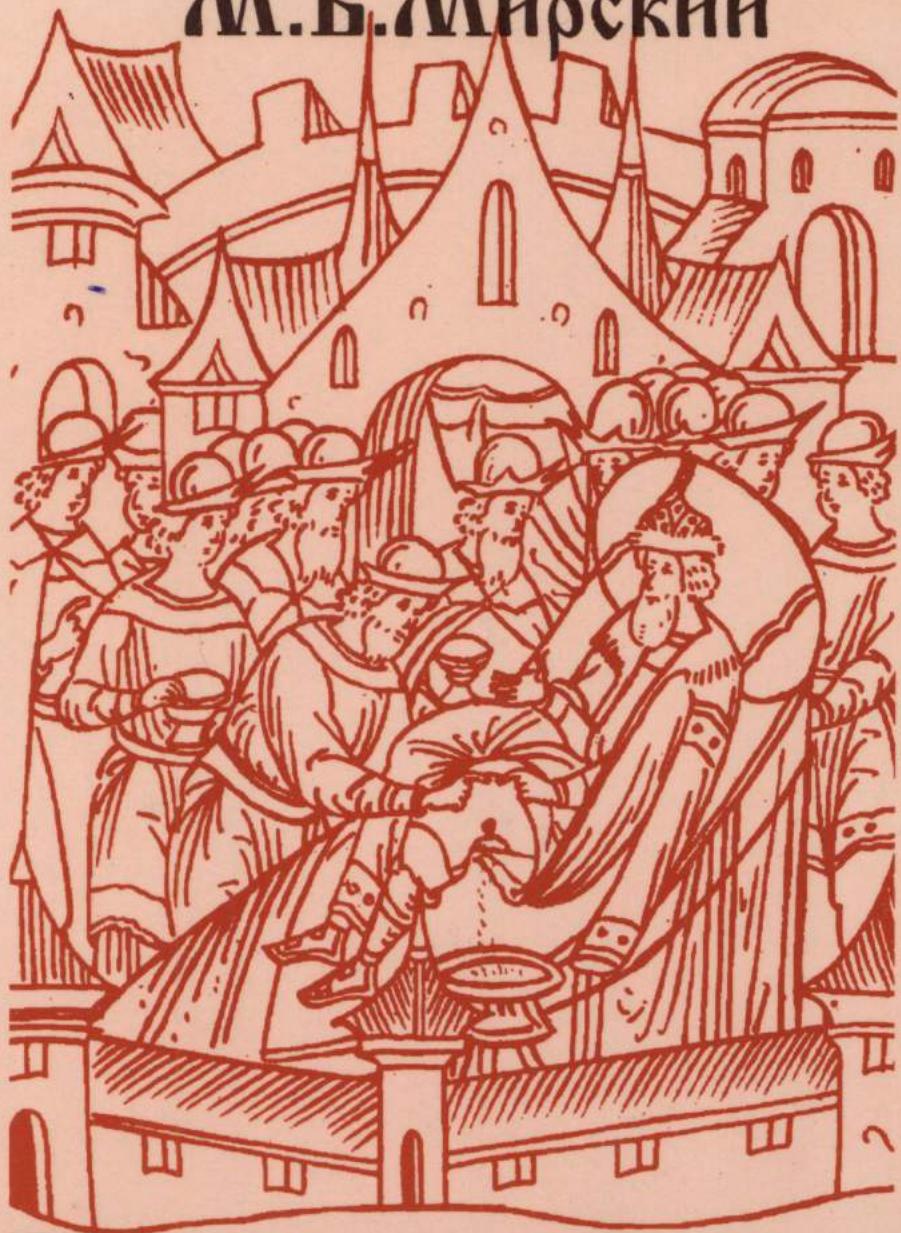


М. Б. Мирский



**Медицина России
XVI-XIX веков**

М.Б.Мирский

**Медицина России
XVI-XIX веков**

**Москва
РОССПЭН
1996**

**Издание
осуществлено при финансовой поддержке
Российского Фонда Фундаментальных Исследований**

Мирский М.Б. Медицина России XVI-XIX веков.

- М.: "Российская политическая энциклопедия" (РОССПЭН), 1996
- 400 с., илл.

Книга посвящена становлению и развитию медицины в России в период XVI-XIX веков, от царя Ивана Грозного до императора Николая II. Книга дает новую, современную трактовку истории российской медицины.

Автор впервые вводит в научный оборот целый ряд новых источников. Особое внимание уделено истории Аптекарского приказа (первого "министерства здравоохранения"), Медицинской канцелярии и Медицинской коллегии. Впервые подробно рассказывается о деятельности иноземных врачей из Англии, Шотландии, германских государств, особо - о российских архиатрах (от сподвижника Петра I Роберта Эрскина до любимца Петра III Якова Монсея).

Подчеркивая оригинальные черты и определенную самобытность российской медицины (характерный пример - земская медицина), автор вместе с тем показывает интернациональный, содружественный другим странам Европы характер ее развития. Это подтверждает, в частности, проведенный автором анализ деятельности видных российских хирургов (Я. Виллие, Ф. и И. Гильтебрандов, Х. Саломона, А. Китера, П. Неммтера и др.), чей вклад в медицину оказался полузабытым.

В работе над некоторыми разделами книги автору помогли научные контакты с историками медицины Великобритании (особенно работа в Wellcome Institute for the History of Medicine) и Германии.

* * *

Mirsky M.B. Medicine of Russia in XVI-XIX cent. - Moscow, ROSSPEN Publishers, 1996 - 400 p., illustrated.

The book is devoted to the formation and development of medicine in Russia over a long historical period of XVI-XIX century, from Ivan the Terrible to the Emperor Nicolai the Second. In contrast to the previous works, the author is trying to give a new, modern interpretation of russian medicine over several centuries.

Taking as a basic numerous sources, quite a number of which were unknown to the researchers previously, and for the first time are being introduced into the research sphere, the author objectively and without ill-famed "ideological stereotypes" examines the problems of medicine and population's health protection in a huge country. Particular emphasis is being placed on the activity of the Aptecarsky Prikaz (the first "ministry of health") and foreign doctors, mainly from England and Scotland, and also from German states. For the first time a detailed account is given of the activity of russin archiathers (from Robert Erskine, who was Peter the Great associate, to Yakov Mounsey, the favourite of Peter the Third), Medical Chancellery and Medical Board.

While emphasizing the distinctive featers and certain originality of russian medicine (a typical example: zemskaya medicine), the author also scientifically proves the international nature of its development in Russia and other countries of Europe: this is specifically confirmed by the analysis for the first time made by the author of some russian surgeons activity (Yakov Vyllie, Feodor and Ivan Giltebrandt, Christian Salomon, Alexander Kiter, Peter Nemmet and others).

Research contacts with medical historians of the United Kingdom (particularly the work at the Wellcome Institute for the History of Medicine) and Germany have significantly contributed to the author's work on some chapters of the book.

*Текст книги публикуется
в авторской редакции*

ISBN 5-86004-029-6

© "Российская политическая
энциклопедия" (РОССПЭН), 1996
© Мирский М.Б.

ВВЕДЕНИЕ

Истории медицины и здравоохранения России посвящена довольно большая литература, в которой, в частности, немало работ, рассматривающих период XVI-XIX веков. Это и написанные еще в прошлом и начале нынешнего века труды патриархов истории отечественной медицины В.М.Рихтера, Я.А.Чистовича, Л.Ф.Змеева, Н.Я.Новомбергского, и гораздо более поздние работы Л.Я.Скороходова, И.Д.Страшуна, Б.Д.Петрова, П.Е.Заблудовского, А.Г.Лушникова. Несмотря на то, что целый ряд конкретных выводов этих работ сейчас нельзя признать достоверными (хотя они и отражают в какой-то степени историческую реальность), это не умаляет их значения: эти труды и поныне остаются нашей историко-медицинской классикой.

Однако наряду с этими капитальными исследованиями у нас было немало работ и другого рода: история медицины и здравоохранения нашей страны преподносилась в них преимущественно в мажорных тонах; имела место и лакировка, и умолчание о негативных или не вписывавшихся в «искусственно-позитивный настрой» фактах, событиях, проблемах. Что скрывать — многие издания, которыми мы когда-то гордились, не выдержали испытания временем прежде всего из-за своей научной необъективности. Авторы этих работ, вместо глубокого и продуманного анализа развития медицинской науки и практики, ориентировались в основном на интерпретацию положений, содержащих строго выверенные идеологические установки, которым придавалось директивное значение.

В историографии нашей специальности немало, например, работ близнецовых по истории медицины и здравоохранения различных регионов, которые представляют собой, по существу, не историко-медицинские исследования, а конъюнктурные поделки, хотя они и признавались в свое время научными исследованиями и диссертациями. В таких работах (посвященных, главным образом, советскому периоду, но не только ему, не только XX столетию, а и более ранним периодам нашей истории) сложная и многомерная проблема развития медицины и здравоохранения решалась в ура-патриотическом духе, под звон литавр: за наукообразностью скрывался чисто конъюнктурный подход, в угоду идеологическим установкам приносились в жертву объективность, исторический подход, научная истина.

Ясно, что подобное закономерно вело вместо научного анализа к фактографичности и голой иллюстративности: при этом научный анализ и синтез фактов подменялся простой оценкой, данной уже ранее, а отсутствовавшие выводы подгонялись под общепринятую трактовку. В результате формировалась необъективная, а в иных работах даже ложная история медицины и здравоохранения: критический анализ событий и фактов от-

существовал, процесс развития укладывался в готовую схему, доказательств вообще не было.

Происходящий в наше время и отнюдь еще не завершившийся процесс ломки устоявшихся исторических представлений не может, не должен обойти и историю медицины и здравоохранения. Думается, в частности, что неизбежно переосмысление этапов развития российской медицины — это вытекает из необходимости критического анализа этого развития. Необходим, если угодно, новый взгляд на историю медицины в нашей стране, новые подходы к ее изучению: это означает, разумеется, также и то, что процесс установления исторической истины будет сопровождаться искоренением прежних, не объективных представлений, идеологических стереотипов и застывших, непреложных догм.

Уверен, однако, что при этом нельзя забывать одну чрезвычайно важную вещь. В условиях, когда ломается устоявшаяся парадигма и на смену приходят новые представления, существует опасность впасть в другую крайность и стать апологетом так называемого «переоценочного подхода». Думается, что было бы серьёзной ошибкой призывать к такому подходу, стремиться оценивать отрицательно все то, что раньше считалось положительным: это, по существу, значило бы продолжать конъюнктурную линию в историко-медицинских исследованиях.

Историю медицины, как и вообще историю, нельзя переписывать заново. Но не подлежит сомнению, что каждое поколение пишет все-таки свою, во многом новую историю. Она действительно новая — по ранее незвестным фактам, событиям, именам, которые стали известны только сейчас, по их толкованию, которое позволяет по-иному выстроить цепь взаимообусловленных событий, по новому, более современному видению давно знакомых и, казалось бы, хорошо изученных проблем, по всему тому, что отвечает запросам жизни, требованиям нашего динамичного времени.

Свою работу я посвятил медицине России XVI-XIX веков. (Кстати, в работе над некоторыми разделами книги мне помогли научные контакты с историками медицины Великобритании, особенно работа в Wellcome Institute for the History of Medicine, и Германии). Речь пойдет о времени, далеком, порой чрезвычайно далеком от нас. Совсем иные социальные условия жизни, иная культура, иной быт. Совсем другая, малоизвестная и, что греха таить, чем дальше от нас, тем все менее эффективная медицина, хотя и делавшая для своего времени много полезного. Чем, казалось бы, может привлечь эта эпоха?

Когда-то великий Серванtes пророчески заметил: «История — сокровищница наших деяний, свидетельница прошлого, пример и поучение для настоящего, предостережение для будущего». И, действительно, история, в том числе история науки, история медицины, — это не только наука о прошлом: это наука о развитии — от прошлого к настоящему, от современности к будущему. Современное науковедение, частью которого является история науки, история медицины, оправданно считает, что ретроспекция, интроспекция, прогностика науки — это звенья одной цепи исторического развития.

Обращение к прошлому отечественной медицины диктуется ныне общественной потребностью. Сегодня, когда с радикальным изменением всей жизни нашего общества меняется и медицина, когда, например, на смену привычному здравоохранению привносится что-то новое, необычное, осо-

бенно важны правдивые, объективные оценки всех этапов развития российской медицины. При этом наибольший интерес, с нашей точки зрения, вызывают XVI-XIX века.

Говоря о прошлом медицине в нашем отечестве, нельзя забывать, что именно в тот период, когда происходило ее становление на научных основах, она формировалась в недрах российской государственности. Уже тогда ее развитие — и в Московском государстве, и в Российской империи — проходило под руководством особых государственных структур — Аптекарского приказа, Медицинской канцелярии, Медицинской коллегии... И в этом заключалось огромное преимущество.

Не подлежит сомнению, что именно тогда был заложен в нашей стране фундамент наиболее прогрессивной, государственной организации медицинского дела и медицинской науки. Начиная уже с XVI века, медицина в нашей стране развивалась в рамках государственности: ее отличительной чертой был и продолжает пока оставаться государственный характер. Об этом весьма уместно напомнить сейчас, когда все более громко начинают звучать голоса об ином подходе к охране здоровья народа, о развитии платной медицины, например, и пр. Анализ более чем четырехсотлетнего опыта российской медицины, в том числе, конечно, и опыта XVI-XIX веков, не подтверждает рациональности подобных нововведений в нашей стране.

Историко-медицинская наука не может стоять на месте: как и всякая наука, она призвана развиваться и обновляться. Огорчительно, что в наших представлениях о медицине России XVI-XIX веков до сих пор во многом господствуют устаревшие подходы, привычные схемы, сложившиеся стереотипы. Это касается, например, якобы негативной роли иноземных врачей в российской медицине или старательно обходившегося вопроса о месте православной церкви (а в дальнейшем и других конфессий) в охране здоровья народа.

Убежден, что наше отношение к прошлому медицины в России должно базироваться на объективной, основанной на фактах истории, на выводах и заключениях, вытекающих из поступательного хода событий и их взаимосвязанности, на анализе деятельности врачей и ученых, особенно тех, чьи полезные и не весьма полезные дела, по сути дела, все еще неизвестны.

Что касается суждений об отечественной медицине XVI-XIX веков, то здесь следует опираться не на схематизированные и идеологизированные представления, а лишь на действительные факты истории, на историческую правду, сколь бы подчас она ни оказывалась неожиданной или не соответствующей нашим прежним понятиям.

Выполненная работа, конечно же, не претендует на всестороннее и исчерпывающее рассмотрение истории медицины и здравоохранения России в XVI-XIX веках, да автор и неставил себе такой цели. Нам казалось важным, не касаясь азбучных истин и не повторяя общезвестного, сосредоточить внимание на тех вопросах, которые мало или совсем не освещены в историко-медицинской литературе: особый интерес вызывало, естественно, то, что до последнего времени представлялось необъективно, в идеологизированно-конъюнктурном духе.

Мы исходили из того, что медицина в России — это неотъемлемая часть более чем тысячелетней отечественной культуры: не приходится доказывать, что ее исторический опыт бесценен.

Погружаясь в события, которые отделяют от нас сотни лет, важно не забывать о том, что не должна нарушаться связь времен. Не могут померкнуть сокровища, создававшиеся веками; невозможно, чтобы обесценилось славное наследие, хранителями которого являемся мы, современные учёные и врачи.

И, конечно же, нужно помнить о сегодняшнем и не забывать о за-втрашнем дне медицины в нашем отечестве.

I.

АПТЕКАРСКИЙ ПРИКАЗ

(XVI—XVII вв.)

1. Зарождение государственной медицины. Иноземные медики.

Общепризнано, что Российское государство уже в конце XV — первой половине XVI века стало одной из значительных европейских держав.

В реформах, предпринятых в 50-х годах XVI века, в царствование Ивана Грозного, впервые, вероятно, была сделана попытка возложить на государство какую-то часть заботы о здоровье людей, об общественном призрении больных и немощных. Так, об этом шла речь на заседаниях большого церковного собора 1551 г. — совещании церковных иерархов с участием царя и боярской думы: он получил название Стоглавого собора или Стоглава (соборные решения были сформулированы в сборнике, содержавшем 100 глав — отсюда и название собора).

Глава 73 называлась так: «Ответ о богадельнях, и о прокаженных, и о клосных, и о престаревшихся, и по улицам в коробах лежащих, и на тележках и на санках возящих, и не имущих главы где подклонити». В ней было сказано: «Да повелит благочестивый царь всех прокаженных и престаревшихся описати по всем градам, опроче здравых строев, да в коем ждо граде устроиti богадельни мужскии и женскии, и тех прокаженных и престаревшихся не могущих нигде же главы подклонити устроиti в богадельнях пищею и оджею... да приставити к ним здравых строев и баб стряпчих, сколько пригоже будет посмотря по людям... чтобы жили в чистоте и в покаянии и во всяком благодарении» (1).

Дело в том, что, следуя наказу царя, на этом соборе, проходившем в Москве, были констатированы, в числе других, серьезные непорядки в монастырских богадельнях: «Милосердие Христианское устроило во многих местах богадельни для недужных и престарелых, а злоупотребление ввело в оные молодых и здоровых тунеядцев». Предлагалось принять определенные меры: «Да будут последние (молодые и здоровые тунеядцы — М.М.) изгнаны, а на их места введены первые (недужные и престарелые — М.М.), согласно с намерением благотворителей»; признавалось также целесообразным, чтобы «и везде да смотрят за богадельнями добрые Священники, люди градские и Целовальники» (2).

В общем, на Стоглавом соборе, стало, вероятно, ясно, что монастырские богадельни, несмотря на их бесспорную пользу, даже при устранении отмеченных непорядков не смогут призвать и лечить всех нуждающихся: поэтому-то и предлагалось привлечь к этому, помимо лиц духовного звания (монахов и добрых священников), еще и гражданское население (людей градских и целовальников). Все же и это, по-видимому, не было выходом из положения. Тогда, очевидно, и было принято (впервые!) реше-

ние о не монастырском, а гражданском, общественном призрении больных и немощных.

Интересно, что, по мнению выдающегося русского историка Н.М.Карамзина, решения Стоглавого собора, или, как он писал, «сие церковное законодательство», в том числе, конечно, и глава 73, принадлежат больше Ивану Грозному, чем духовенству: он мыслил и советовал, оно только следовало его указаниям (3).

Так или иначе, но важнейшее решение было обнародовано в строках Стоглава. Церковно-славянская вязь этих строк не скрывает главной мысли: впервые высказано намерение открыть государственные больницы и богадельни.

Кстати, в Стоглаве упоминались и те, «кои одержимы бесом и лишены разума» (психически больные люди — М.М.). Им тоже рекомендовались государственная помощь, но иного рода — их следовало, как это было заведено на Руси еще с XI века, направлять в монастыри, «чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых» и чтобы дать им возможность получить «вразумление» или «приведение на истину» (призрение и лечение — М.М.).

О всех больных и сирых (не только о психически больных) заботились тогда, прежде всего, монастыри, монастырские больницы, в которых практиковали искусные во врачевании монахи. Занимались этим, выполняя свой христианский долг, и владетельные люди, даже сиятельный царедворцы. Так, близкий советник царя, начальник Челобитного приказа А.Адашев «питал нищих, держал в своем доме десять прокаженных и собственными руками отмывал их».

К сожалению, все то, что было обнародовано в решениях Стоглава, удалось осуществить далеко не сразу.

О культуре России того времени, в том числе о медицине, определенное представление дают и книги иностранцев, побывавших тогда в нашей стране. Так, венецианец Марко Фоскарино, посетивший Москву в 1557 г., писал, что у русских «нет философских, астрологических и медицинских книг. Врачи лечат по опыту и испытанными лечебными травами». Иезуит Джованни Паоло Компант, прибывший в Москву в 1581 г., отмечал, что «в их (русских) обиходе совсем нет ни врачей, ни аптекарей. Один только князь имеет при себе двух врачей, одного — итальянца, другого — голландца». Англичанин Джером Горсей, проживший в России 17 лет, писал, что когда «в 1557 г. вслед за моровым по-ветрием начался большой голод», из нескольких тысяч пришедших к царю за милостыней «самые слабые были распределены по монастырям и больницам, где получили помощь» (4).

Бессспорно, эти и другие подобные свидетельства — ценные документы эпохи (хотя нельзя не признать, что кое в чем их объективность можно подвергнуть сомнению); в ряду других они позволяют составить представление о медицине России XVI-XVII вв. «Представляют интерес заметки иностранцев о русских аптеках, лекарственных средствах, способах народного врачевания, — справедливо отмечал Н.А.Богоявленский. — Они видели на рынках русских продавцов очками и лекарственными травами, костоправов, которые тут же, на месте, производили желающим мелкие операции (по рассказам Эрколи, 1672 г.)» (5).

В то время среди профессиональных «лечцов» — тех, кто занимался оказанием медицинской помощи — существовала определенная, как мы говорим сейчас, специализация. Так, были среди них те, кто специализировался на лечении киля (грыжи) — их называли кильными мастерами, лечением болезней глаз ведали очные, а болезней мочевого пузыря — камнесечцы. Были специалисты камчужные (по лечению ломоты, в современном понимании — ревматизма), чечуйные (они занимались геморроем), чепучинные (специалисты по сифилису), те, кто лечил «от порчи» (предки современных психоневрологов). В свидетельствах современников тех невыразимо далеких лет упоминаются также алхимисты, «лекари польской породы», ученики общелекарские и др.

Впрочем, «врачеством», исцелением больных занимались тогда не только, так сказать, профессиональные лекари, но и просто образованные, грамотные люди. Известно, например, о жившем в царствование Ивана Грозного Я.А.Строганове, «искусном в лечении недугов». Когда царь приехал навестить своего заболевшего любимца Бориса Годунова, то «увидел на нем язвы и заволоку (вид лечения, применявшаяся медициной — М.М.), сделанную ему купцом Строгановым»: в знак особенной милости он дал Строганову право именитых людей называться полным отчеством.

В середине XVI века начали складываться и развиваться интенсивные русско-английские связи, которые поддерживали русский царь Иван Грозный и английский король Эдуард VI: эти связи сыграли благотворную роль и в развитии медицины в России.

Летом 1553 г. в Россию, на Белое море, в устье Северной Двины, где теперь находится Архангельск, прибыл корабль «Эдуард — Благое предпринятие» («Эдуард Бонавентура») во главе с капитаном Ричардом Ченслором — в составе экипажа его корабля был хирург Томас Уолтер. Этот корабль входил в экспедицию, которую возглавлял капитан Хью Уиллоуби: к сожалению, Уиллоуби и его спутники (среди них хирурги Александр Гардинер и Ричард Мольтон) на корабле «Надежда» сбились с пути, вынуждены были зимовать в Лапландии и погибли, замерзли. Что же касается капитана Ченслора, то он побывал в Москве и был принят царем Иваном Грозным.

Правда, суждения Ричарда Ченслора о России, которыми он поделился по возвращении домой, отличались поверхностностью, несообразностями, а то и прямым вымыслом: он, например, считал, что «русские по природе очень склонны к обману; сдерживают их только сильные побои». Однако именно визит Ченслора положил начало русско-английским контактам, русско-английским медицинским связям.

В 1555 г. в Англии была образована «Московская (Российская) компания», установились постоянные торговые, а потом и культурные связи двух стран, которые с каждым годом становились все более оживленными.

В конце 1556 — начале 1557 гг. в Англии побывало первое русское посольство — вологодский дворянин Осип Непея со свитой из 16 человек, холмогорские купцы Фофан Макаров, Михайло Григорьев, толмач Роберт Бест. Возвращался в Россию Непея вместе с Антонием Джэнкинсоном, которого сопровождали, в числе других, врач, доктор Ральф Стэндиш, и аптекарь.

Ральф Стэндиш (Ralf Standish) обучался в Кембридже, где в 1542 г. стал бакалавром, а в 1549 г. — магистром. Позднее, в 1551-1552 гг., слу-

жил в должности проктора в университете Кембриджа, а в 1553 г. стал доктором медицины. Он был известным медиком, отличным практиком, с 1556 г. состоял в королевском колледже врачей. Приехавший в Англию 1557 г. Осип Непея, посол Ивана Грозного, побывал в Кембридже и пригласил доктора Стэндиша в Россию: тот согласился. Правда, английский историк медицины У.Бишоп недоумевал, как и почему доктор Стэндиш, которого он называл «ученый — врач», отправился к Ивану Грозному, поменял благосклонное отношение колледжа врачей на варварский двор московского царя (ба). Но этого мы, наверное, уже не узнаем никогда.

Так или иначе, но уже в сентябре 1557 г. вместе с несколькими англичанами, среди которых был и аптекарь, доктор Стэндиш прибыл в Москву.

В Москве прибывших англичан встретили с большим радушием и щедростью. Их принял и пригласил к обеду, что было великой честью, царь Иван Грозный. Через два дня царь прислал доктору Стэндишу и другим англичанам лошадей для поездок по городу. Очевидно, доктор Стэндиш консультировал здоровье царя, а, возможно, и лечил его, используя привезенные из Англии лекарства: уже через несколько дней Стэндиш получил соболью шубу, покрытую травчатым бархатом, а потом — 70 рублей (аптекарь и прочие по 30). Потом доктор Стэндиш еще несколько раз обедал у царя — это было знаком особой милости.

Доктор Стэндиш выполнял в Москве свои обязанности царского врача в течение, вероятно, двух лет: все это время он входил в число тех, кто обслуживал Ивана Грозного. Очевидно, он умер в Москве в 1559 г. — именно этим годом было датировано и утверждено его завещание, в котором он заявлял о своих обязательствах (имущество и пр.) в других странах.

Царские милости, которыми был осыпан при своей жизни доктор Стэндиш, распространялись не на всех английских медиков, судьба некоторых из них складывалась по-иному. Так, вместе с доктором Стэндишем в Москву приехал Ричард Элмес (Richard Elmes), хирург, по другим данным аптекарь (скорее всего, он совмещал обе эти профессии). Он провел в России почти 30 лет — с 1557 по 1584 г. Сначала его дела шли хорошо, но потом каким-то поступком он навлек на себя страшный гнев царя, избежать смерти ему удалось только благодаря заступничеству английского посла в России Джерома Боуса, а вернуться на родину он смог только после воцарения нового царя Федора Иоанновича. Но все-таки случай с Элмесом был исключением, пожалуй, даже единичным исключением: отношение к англичанам, в том числе и к английским медикам, было тогда вполне благоприятным.

Несколько раз побывал в России Антоний Дженкинсон; выполняя поручения королевы Елизаветы, он всякий раз беседовал с Иваном Грозным и вручал ему письма английской королевы. Русский царь, в свою очередь, тоже давал поручения Дженкинсону. Так, 1 октября 1566 г. Иван Грозный поручил ему завербовать в Англии искусного архитектора, выписать также врача (видимо, ему понравилось врачебное искусство доктора Стэндиша) и аптекаря, и мастеров, умеющих отыскивать серебро и золото.

С этими поручениями зимой 1566-1567 гг. Дженкинсон отправился в Лондон. Летом 1567 г. он вновь прибыл в Москву и вручил царю письмо

от королевы, написанное 18 мая 1567 г., в котором, между прочим, она сообщала, что разрешила отправиться в Россию лицам, которых он затребовал. Действительно, тогда же в Москву прибыли доктор Рейнольдс, аптекарь Томас Карвер и хирург, а также инженер Хэмфри Локк и др. В письме в Англию инженер Локк сообщал, в частности, что «доктору пожаловано 200, аптекарю 100, хирургу 50 рублей».

Доктор Ричард Рейнольдс (Richard Reynolds или Rainolde), потомок известного дворянского рода из Эссекса, учился в Кембридже и там же, по-видимому, изучал медицину. Известно, что в 1553 г. он стал магистром, а в 1567 г. — доктором медицины. Но вместо того, чтобы и дальше продолжать в Кембридже свою университетскую и медицинскую карьеру, он совершил неординарный поступок — запасся рекомендательными письмами из родного университета и уехал в Россию. Его поездке не препятствовали, потому что она оказаласьозвучной интересам королевы Елизаветы и ее министров, укреплявших связи с Россией и поручавших некоторым из отправлявшихся туда англичан особые задания политического характера.

В России доктор Рейнольдс провел менее года: видимо, он «не пришелся ко двору», и Иван Грозный отпустил его на родину. Все-таки свои задачи в России он, очевидно, выполнил. Во всяком случае после возвращения в Англию королева Елизавета сразу же назначила его ректором одного из учебных заведений в Эссексе; занимался он впоследствии и врачебной практикой, и сочинением книг исторического содержания. Умер доктор Рейнольдс в 1606 г.

В 1568 г. королева Елизавета, по личной просьбе Ивана Грозного, прислала к нему доктора Арнульфа Линдсея (Arnold Lindsay), родом из Фландрии, образованного врача, хорошо известного в то время своими книгами по медицине и математике. Доктор Линдсей пользовался у Ивана Грозного большим авторитетом; близкий к царю князь Курбский свидетельствовал, что Иван Грозный к нему «великую любовь всегда показывавше, обаче лекарства от него никакого приймаше» (6).

По сохранившимся преданиям, «лекарства своего Доктора Арнольфа Лензея» царь принимал единственно из рук своего тогдашнего любимца князя Афанасия Вяземского. Доктора Линдсея царь нередко вызывал к себе. Однажды, смертельно ранив во время одного из пиршеств князя Осипа Гвоздева, царь велел позвать Линдсея. «Немедленно призвали доктора Арнольфа. «Исцели слугу моего доброго, — сказал Царь: — я поиграл с ним неосторожно». Так неосторожно (отвечал Арнольф), что разве Бог и твое Царское Величество может воскресить умершего: в нем уже нет дыхания».

Доктор Линдсей умер в Москве в 1571 г. (задохнулся в погребе во время пожара). В этом же году погиб в Москве и аптекарь Томас Карвер, когда он, тоже во время пожара, пытался спастись в погребе дома Московской (Российской) компании на Варварке.

Был при Иване Грозном доктор Ричард Ригерт, о котором 1 июня 1569 г. царь писал Елизавете: «Был в нашем царстве вашего королевства английской земли доктор Ригерт и служил нам и по прошению его пожаловали мы его милостию отпустили в английскую землю» (7).

Из Англии в Москву прибыл еще один врач — доктор Елисей Бомель (Бомелий). Правда, родом он был не англичанин, а голландец из Везеля (Вестфалия), но долго жил в Англии, изучал медицину в Кембридже. Из-

вестен он был, однако, не как врач, а как астролог: говорили, что «в Лондоне народ стекался к нему как к колдуну; были его почитатели и из знати». Это вызвало соответствующую реакцию церкви: в 1570 г. по указанию архиепископа Мэтью Паркера Бомель был посажен в тюрьму.

Из тюрьмы его вызволил находившийся тогда в Англии русский посланник Савин, который предложил Бомелю ехать в Россию. Тот сразу же согласился, а английские власти тотчас дали разрешение, радуясь возможности освободиться от него. Вскоре Бомель прибыл в Москву и быстро вошел в доверие к Ивану Грозному, плетя различные коварные интриги, разжигая присущую царю болезненную подозрительность и склонность к суевериям. Говорили, что он готовил яды, жертвами которых пали многие бояре. В Московской летописи 1570 г. упоминалось, что «к царю немцы прислали немчина лютого волхва нарицаемого Елисея и быть ему любим и в приближении» (8).

Подобную характеристику Бомеля подтверждал и Н.М.Карамзин. «Доктор Елисей Бомелий, негодяй и бродяга, изгнанный из Германии, — писал он; — снискав доступ к Царю, он полюбился ему своими кознями; питал в нем страх, подозрения; чернил Бояр и народ, предсказывал бунты и мятежи, чтобы угождать несчастному расположению души Иоанновой. Цари и в добре и в зле имеют всегда ревностных помощников; Бомелий заслужил первенство между служителями Иоанна, то есть между злодеями России». А позднее «злобный клеветник Доктор Елисей Бомелий... предложил царю истреблять лиходеев ядом и составлял, как уверяют, губительное зелье с таким адским искусством, что отравляемый изыхал в назначаемую тираном минуту» (9).

Пользуясь благоволением царя, Бомель в Москве жил в роскоши, и, сверх того, отправлял через Англию много денег и дорогих вещей к себе на родину, в Вестфалию. Однако, по словам хорошо знавшего его англичанина Горселя, он оставался всегдашим врагом Англии. Увы, Бомель оказался и врагом России — он вступил в заговор в пользу польского и шведского королей, но, уличенный в тайных сношениях со Стефаном Баторием, был разоблачен и в 1580 г. публично казнен в Москве (по мнению Н.М.Карамзина, «всенародно сожжен»). Впоследствии по просьбе королевы Елизаветы его вдова, англичанка Анна Ричардс, в 1589 г. была отпущена на родину царем Федором Иоанновичем.

Иван Грозный, как известно, состоял в постоянной переписке с английской королевой Елизаветой. К ней-то и обратился он после истории с Бомелем с просьбой прислать в Москву несколько искусных и верных врачей и аптекарей. Королева Елизавета быстро откликнулась на эту просьбу. В 1581 г. в Москву прибыл доктор Якоби, аптекарь Джемс Френчем, а также один хирург и др. «Посылаю тебе доктора Роберта Якоби как мужа искуснейшего в лечении болезней, — писала Елизавета Ивану Грозному, — уступаю его тебе, брату моему, не для того, чтобы он был не нужен мне, но для того, что тебе нужен. Можешь смело вверить ему свое здоровье. Посылаю с ним в угодность тебе аптекарей и цирюльников, волею и не волею, хотя мы сами имеем недостаток в таких людях» (10).

Прибытие в Москву доктора Якоби и аптекаря Френчема ознаменовало важное событие в истории русской медицины: была основана царская аптека и создан Аптекарский приказ — первый орган государственного управления медицинским делом в России.

2. Организация Аптекарского приказа. Придворные врачи

Еще начиная с конца XV века в Русском государстве появляются приказы (от слова приказывать, т.е. «поручать») — органы центрального управления, ведавшие государственными делами или отдельными областями государства. Приказы по-другому назывались палатами, избами, дворами, дворцами и т.п. Уже при Иване III существовали такие приказы, как Разрядный, Холопий, Конюшенный. Особенно много новых приказов создал Иван Грозный — Поместный, Стрелецкий, Иноземный, Пушкарский, Разбойный, Посольский и др. Круг дел, которыми ведали приказы, не был очерчен достаточно четко, поэтому в их ведении нередко оказывались и дела, связанные в той или иной мере с охраной здоровья.

Так, Стрелецкий приказ впоследствии стал выполнять в Москве и других городах полицейские функции, в т.ч. ведать борьбой с пьянством. Губной приказ контролировал исполнение распоряжений центральной власти по борьбе с заразными болезнями — по современной нозологии, с сибирской язвой, тифами, дизентерией, венерическими болезнями. Новгородский, Смоленский, Казанский и ряд других приказов управляли крупными регионами Русского государства и, естественно, волей-неволей занимались какими-то вопросами, связанными с медицинским делом. Однако основную роль в этом играл Аптекарский приказ.

Хотя точная дата создания Аптекарского приказа документально не установлена, есть основания считать, что он был учрежден именно в 1581 г., когда в Москву прибыли на русскую службу английские медики и была основана царская аптека. Возглавил Аптекарский приказ особый Аптечный боярин — князь Афанасий Вяземский.

Существуют, правда, и другие точки зрения, «сдвигающие» эту дату на несколько лет, а то и на десятилетия. Более того, некоторые историки, (а вслед за ними и историки медицины) относили это событие к первой половине XVII века, хотя Н.М.Лихачев еще в 1888 г. доказал (со ссылкой на Писцовые книги XVI столетия), что Аптекарский приказ уже существовал в 1594-1595 гг., в царствование Федора Иоанновича, сына Ивана Грозного (11).¹

Аптекарский приказ, как и Каменный, ведавший постройкой дворцовых зданий, считал русский историк И.И.Вернер, «были основаны еще при Борисе (Годунове — М.М.) и не в качестве специально дворцовых учреждений, для удовлетворения нужд исключительно царского двора, но в целях общего благоустройства, как учреждения полицейские (санитарной и строительной полиции). Причину их учреждения надо видеть в известных заботах царя Бориса об «общем благе», о народном благосостоянии; это было явление совершенно новое в тогдашней русской правительской деятельности. Но так как заботы эти были явлением не только новым, но и преходящим, то оба учреждения, основанные в целях общего

¹ В последнее время стали известны новые факты, относящиеся к созданию Аптекарского приказа. По документам, найденным доктором М.В.Унковской (Оксфорд), Аптекарский приказ (Аптекарская Изба) был основан в конце 1560-х годов. Как сообщила мне доктор Унковская во время личной встречи в апреле 1995 г., об этом она пишет в своей книге, которая должна выйти в Англии в 1996 г.

благоустройства, скоро стали удовлетворять почти исключительно нуждам дворцового ведомства (12).

Во всяком случае, можно утверждать, что Аптекарский приказ был основан в 80-х годах XVI в.; созданный вначале как чисто дворцовое ведомство, очень скоро он расширил компетенцию за пределы Кремля и включил в сферу своей деятельности, помимо забот о здоровье царского семейства, еще и заботу о придворных царя, ближних боярах, военачальниках, а затем и обо всем царском войске, и еще многое другое. «Пионер» Аптекарского приказа и незаурядный специалист, доктор Якоби сумел приобрести благосклонность Ивана Грозного и даже, по некоторым источникам, стать его любимцем. Об этом свидетельствует тот факт, что именно он предлагал царю, к тому времени уже несколько раз женатому, в качестве очередной невесты леди Мэри Гастингс, дочь графа Гунтингтона и близкую родственницу королевы Елизаветы. Сватовство царя не увенчалось, однако, успехом.

Роберт Якоби (Robert Jacob) родился в Лондоне, обучался в Тринити коллеже в Кембридже, став бакалавром (1569) и магистром (1573). Потом он изучал медицину в Базельском университете, где стал доктором медицины и много занимался медицинской практикой. В 1579 г. он возвратился в Кембридж, где быстро завоевал себе известность, а вскоре стал личным врачом королевы Елизаветы: она высоко ценила его советы и считала выдающимся доктором, дав ему звание «домашнего врача». Когда Иван Грозный снова попросил прислать ему хорошего врача, королева Елизавета выбрала доктора Якоби.

В Россию доктор Якоби отправился на средства Московской (Российской) компании и полгода жил на ее деньги, прежде чем в декабре 1581 г. Иван Грозный, учредив Аптекарский приказ, назначил ему жалованье, и немалое. При царском дворе доктор Якоби много занимался здоровьем царицы (по-видимому, он хорошо знал гинекологические болезни, так как успешно лечил в Англии королеву Елизавету) и быстро приобрел отличную репутацию, которая сохранялась долгое время.

После смерти Ивана Грозного в 1584 г. доктор Якоби и аптекарь Френчем возвратились в Англию (там Роберт Якоби был в 1586 г. избран членом королевского колледжа врачей), но в 1586 г. они вновь приехали в Москву. Посыпая их, королева Елизавета уведомляла жену царя Федора Иоанновича, царицу Ирину Федоровну (сестру Бориса Годунова), что «из дружбы к ней снова отпускает в Москву Медика своего Якоби, особенно искусного в целении женских и родильных болезней». Интересно, что по царскому приказу встречать доктора Якоби в Вологду выехал боярин Курган Салтыков: он снабдил английского врача деньгами и лошадьми и провожал его до Москвы — такой чести удостоивались самые важные особы.

Лечение царицы, проводимое доктором Якоби, проходило успешно. В письме королеве Елизавете, отправленном уже в марте 1586 г., царица Ирина Федоровна благодарила доктора Якоби.

Интересно, что из Москвы доктор Якоби писал письма своему близкому другу Джону Дию, известному ученому и лейб-медику королевы Елизаветы, в которых сообщал о неведомой тогда иностранцам Сибири и северо-восточных областях России.

Отдав всю жизнь медицине, доктор Якоби так и не завел семьи, остался холостяком. Он умер в Англии во время одной из своих поездок в 1588 г.

Царь Федор Иоаннович, преемник Ивана Грозного, отличался мягким и добрым характером, что сказывалось и в стремлении облегчить участь больных и страждущих. «Приходящим к нему и пришельцам бысть яко отец чадолюбив, — свидетельствовал летописец. — По Божественному писанию явися целитель страждущим, око слепым и хромым, и сих учреждаше довольно, яко же достоит» (13).

В то же время Федор Иоаннович отнюдь не мог похвастать добрым здоровьем. «Родившись слабосильным от начавшей прихварывать матери Анастасии Романовны (первой жены Ивана Грозного — М.М.), он рос безматерним сиротой в отвратительной опричной обстановке и вырос малорослым и бледнолицым недоростком, расположенным к водянке, с неровной, старчески медленной походкой от преждевременной слабости в ногах». Так описывал нового царя, которому шел тогда 32-й год, английский посол Флетчер. Нездоровий, хронически больной человек, царь Федор Иоаннович уважительно относился к медицине, к докторам.

Разумеется, Федор Иоаннович, как и Иван Грозный, ценивший английских медиков, стремился, чтобы придворными врачами Аптекарского приказа были наиболее известные доктора, такие, например, как доктор Хамей.

Болдуин Хамей (Baldwin Hamey), по происхождению голландец, родился в Брюгге (Фландрис) в 1568 г. Родители послали его изучать медицину в Лейденский университет: окончив этот университет, он вскоре получил степень доктора медицины «с отличием». Около этого времени, точнее, в 1592 г., профессоров Лейденского университета попросили отобрать среди их воспитанников того, кто подходит для службы врачом русского царя Федора Иоанновича: все они без колебаний назвали доктора Хамея, ректор поддержал эту кандидатуру и от имени русского царя сделал письму своего университета официальное предложение. Учителя и друзья доктора Хамея, уверенные в том, что он отлично подготовлен для такой работы, убедили его принять сделанное ректором предложение. Так доктор Хамей отправился в Россию.

В течение долгих пяти лет служил доктор Хамей в Аптекарском приказе, был врачом царя, выполняя нелегкие и ответственные обязанности, делая все, чтобы удовлетворить своего августейшего пациента, не отличавшегося, как известно, хорошим здоровьем.

Но всему приходит конец, и в 1598 г. доктор Хамей решил уйти в отставку со своего поста и возвратиться в Голландию. Однако необходимое для этого разрешение царя он получил не сразу — Федор Иоаннович не хотел отпускать своего врача, хотя все-таки скрепя сердце вынужден был согласиться на его отъезд. Доктор Хамей уехал в Амстердам, там женился и вскоре перебрался в Англию, в Лондон. Здесь он быстро завоевал авторитет как образованный и знающий врач и в 1609 г. был принят в королевский колледж врачей. Доктор Хамей практиковал с большим успехом, был одним из наиболее известных врачей английской столицы. Он умер в Лондоне в 1640 г.: на памятнике на его могиле написано, в частности, что он был врачом «большого московского царя» (14а).

В Москве от доктора Якоби узнали и о том, что у английской королевы Елизаветы был придворный врач доктор Джон Ди (Дий), прославившийся еще и как философ, алхимик и астролог: Елизавета называла его «своим философом» и любила посещать его в его доме. Лондонский купец Эдвард Гарланд в 1586 г. (или 1587 г.) получил от царя Федора Иоанновича поручение пригласить в Россию Джона Дия (именно его, кстати, рекомендовал на свое место царского врача доктор Якоби); поездка, эта, однако, не состоялась — вероятно, королева Елизавета не захотела отпустить своего любимца (впоследствии в Москву приехал и несколько лет работал в Аптекарском приказе его сын, доктор Артур Дий).

В это же время, в 1586 г. царь Федор Иоаннович обратился к королеве с просьбой прислать для его жены, царицы Ирины Федоровны, опытную акушерку (повивальную бабку).

Королева выполнила эту просьбу, однако акушерку почему-то в Москву не пустили: она доехала до Вологды, целый год прожила там и вынуждена была вернуться домой ни с чем.

Одновременно в Москве некоторое время работал итальянский врач Павел Миланский. Позднее королева Елизавета направила в Россию доктора Марка Ридли (Ридлея).

Произошло это в 1594 г. После предварительных переговоров, в которых принимали участие Вильям Сесиль, лорд Баргли и Борис Годунов (видный боярин, брат царицы Ирины Федоровны, будущий русский царь: в то время он возглавлял Аптекарский приказ), королева Елизавета отправила доктора Марка Ридли служить при дворе царя Федора Иоанновича. Королева рекомендовала Ридли как высокообразованного в своей области человека, достойного служить монарху.

Марк Ридли был выпускником Кембриджа, имел 35 лет от роду и звание доктора медицины; он был избран членом королевского колледжа врачей за один год до того, как под эгидой Московской компании отправился в Москву, чтобы в качестве врача обслуживать русского царя, а также английских купцов.

За 5 лет, которые Ридли провел в России, он стал любимцем царского двора. Когда пришло время его отъезда, Годунов, который именно в это время вступил на трон после смерти Федора Иоанновича, последовавшей в январе 1598 г., написал королеве Елизавете: «Мы возвращаем его Вашему Величеству с нашим царским благорасположением и похвалой за то, что он служил нам и нашему предшественнику верой и правдой».

Очевидно, те надежды, которые привели его в Россию, как в части карьеры врача, так и в отношении дипломатических обязанностей, которые составляли важную, хотя и неофициальную часть подобных миссий, в полной мере осуществились.

Английский историк медицины Денис Гиббс пишет, что наряду со способностями врача и дипломата, у Ридли были также интересы и таланты в академическом плане. Подлинное значение всего достигнутого им, особенно за период его пребывания в России, смогли оценить только в самое последнее время. Например, о его математических способностях и об успехах в изучении магнетизма знали уже давно, со времени опубликования книги «Краткий курс по магнетическим телам и движению», появившейся в 1613 г. На художественно оформленном титульном листе автор представлялся читателю, как «врач, недавно состоявший на службе импе-

ратора России». Книга была опубликована через 14 лет после того, как Ридли уехал из России, и через 13 лет после опубликования труда «О магните» Вильямом Гильбертом (Гильберт был врачом королевы Елизаветы и президентом коллежка врачей за несколько лет до того, как сам Ридли вступил в должность цензора, а затем казначея этого коллежка).

В книге Ридли о магнетизме приводится гравюрный портрет автора: под ним, как панегирик, перечислены те качества, которые были присущи Ридли и получили признание его современников. Вот этот короткий текст: «Королева Елизавета, отправив тебя в Россию, затем призывает тебя обратно, поскольку ты необходим англичанам. Тебе, эрудиту, прославившемуся в математике и глубоко постигшему магнетизм, повсюду заслуженно воздают хвалу как врачу».

Очевидно, что в тот период не получила еще признания компетенция Марка Ридли в области русского языка, к которому он питал большой интерес. В Годленской библиотеке, по данным доктора Д. Гиббса, имеются три рукописи, написанные одним и тем же очень аккуратным почерком: там представлены английские слова и их русские эквиваленты, причем последние даны красивой и привычной кириллицей. Данных относительно авторства этих рукописей, представляющих собой англо-русский и русско-английский словари, не имелось, пока Симмонс и Унбегаун в 1953 г. не установили, что автором годленских рукописей был Марк Ридли.

Основанием к этому выводу послужила информация, содержавшаяся в книге «Азбука и часовник», опубликованной в Вильне в 1590 г. (сейчас она находится в Кембриджском колледже Троицы). Нет никаких сомнений в том, что владельцем этой книги был Ридли, который, вероятно, купил ее во время своего пребывания в Москве. Позднее он передал эту книгу выпускнику Кембриджа Томасу Невиллу, который стал деканом Кентерберийского собора.

Именно в это время Ридли сделал надпись, в которой представил себя в качестве «архиатруса» императора России: собственно говоря, архиатрус и означает «врач императора». На оборотной стороне титульного листа, тем же самым аккуратным почерком, которым написаны годленские рукописи, изображен русский алфавит с английскими эквивалентами — обстоятельство, являющееся ключом к авторству всех четырех рукописей.

Рукописный словарь Ридли, содержащий около 6000 слов, представляет громадный интерес для современных славистов. Ученый Оксфордского университета доктор Геральд Стоун, подготовливавший эти рукописи к изданию, определил словарь Ридли так: «Не только первые англо-русский и русско-английский словари, но также вообще первый значительный двуязычный словарь, которым мы располагаем» (16).

Характер представления материала и сами рукописи изобличают исключительную тщательность, аккуратность и опрятность, которые были присущи стилю Ридли. Кроме того, поскольку он был прежде всего врач и ученый, сделанные им особые подборки слов и их значений представляют дополнительный интерес. В качестве приложений к основному словарю он приводит названия птиц, рыб, растений и болезней. Выбор названий глав и подробный вокабуляр, приводимый в каждом разделе, свидетельствуют о том, что к сфере его интересов, наряду с медициной, относились некоторые разделы естествознания.

После своего возвращения в Англию в 1599 г. Марк Ридли на протяжении многих лет успешно практиковал как врач в Лондоне и занимал важные посты в коллеже врачей. Имеются документальные свидетельства того, что он вместе с двумя другими врачами участвовал в консилиумах по поводу состояния здоровья известных лиц, но пока не удалось найти конкретных сведений, объясняющих его высокую профессиональную репутацию. Однако вряд ли можно сомневаться в том, справедливо считает доктор Д.Гиббс, что он был наиболее способный и, безусловно, наиболее эрудированный среди английских врачей королевы Елизаветы, которые служили в России.

Тот глубокий интерес, который Ридли питал к русскому языку, и та популярность, которую он завоевал во время своего пребывания в России, не оставляют сомнений в том, что он был весьма близок со многими русскими; нет сомнений и в том, что он до конца своей жизни весьма гордился тем, что находился на службе в России.

Отпуская доктора Ридли домой, правивший тогда царь Борис Годунов написал королеве Елизавете, что «ежели и впредь пожелают приезжать в Россию английские врачи, аптекари и иные ученые люди, то всегда будут пользоваться хорошим приемом, пристойным местом и свободным отпуском» (17). Взамен Ридли королева направила в Москву доктора Виллиса.

Доктор Тимофей Виллис (Timothy Willis) был избран в качестве своеобразного «наследника» Марка Ридли неспроста. Он был известен как доктор медицины Оксфордского университета и автор двух работ по алхимии (химии). Кроме того, он пользовался покровительством королевы Елизаветы, что тоже было немаловажно. Однако случилось, казалось бы, непредвиденное: как только он прибыл в Москву, почти сразу же был отослан обратно, скорее всего, из-за политических интриг.

Государев дьяк Василий Щелкалов, ведавший в то время всеми иноzemными делами, получил поручение побеседовать, точнее — «испытать Виллиса в знаниях». Щелкалов был умным, образованным человеком, не плохо разбирался в медицине, о чем свидетельствовали вопросы, которые он задавал английскому доктору.

Вот как проходила эта беседа, вернее, экзамен доктора Виллиса: «Дьяк Василий Щелкалов спрашивал, есть ли у него книги и лекарства? Каким правилам следует и на пульсе ли основывает свои суждения о болезнях или на состоянии жидкостей в теле? Виллис сказал, что он бросил все книги в Любеке и ехал к нам под именем купца, зная, как в Германии и в других землях не благоприятствуют Медикам, едущим в Россию; что лучшая книга у него в голове, а лекарства изготавливаются Аптекарями, а не Докторами; что и пульс и состояние жидкостей в болезни равнозначны для наблюдателя искусного» (18).

Ответы Виллиса показались Щелкалову «не весьма удовлетворительными» и поэтому английскому доктору, как было дипломатично сказано, не старались удержать в Москве.

Впрочем, по другим данным, королева Елизавета, послав Виллиса в Россию, дала ему попутно некоторые политические поручения. Последнее, однако, повредило Виллису. В беседе с государевым дьяком Василием Щелкаловым, которому поручено было «испытать Виллиса в знаниях»,

тот не смог удовлетворительно объяснить свою миссию и вскоре по повелению царя вынужден был покинуть Россию (19).

Эта история стала поводом для острой переписки между королевой Елизаветой и Борисом Годуновым: в этой переписке королева горячо защищала английского врача, отстаивала его компетентность. Однако в Россию доктор Виллис все-таки больше не приезжал.

Царь Борис Годунов был умным и проницательным человеком, высоко ценил и приглашал к своему двору образованных людей, в том числе медиков: к медикам он благоволил еще и потому, что был раньше Аптечным боярином. «В этом (1600) году царь выписал из Германии нескольких докторов медицины и аптекарей, — писал немец Буссов, который провел в России 10 лет и служил при дворе Бориса Годунова. — Одного доктора, который приехал с английским посольством, он выпросил у посла. По национальности этот доктор был венгерцем, звали его Христофор Рейтлингер, очень сведущий был человек и хороший врач, кроме того, знал много языков. Остальные, те, которых царь выписал из Германии, были: доктор Давид Фасмар и доктор Генрих Шредер из Любека, доктор Иоганн Хильшениус из Риги, доктор Каспар Фидлер из Кенигсберга. Все со степенью доктора и очень умные люди. Шестой, по имени Эразм Бенский, из Праги, был студентом медиком».

Таким образом, при царе Борисе Годунове штат Аптекарского приказа значительно возрос за счет новых придворных врачей, призванных, прежде всего, заботиться о его здоровье (известно, что Борис Годунов страдал подагрой). «Царь держал их всех для того, чтобы они ухаживали за его персоной, — свидетельствовал Конрад Буссов. — Они не имели права лечить кого-либо другого, даже кого-либо из вельмож, если только тот не пойдет на поклон к его величеству и не испросит его позволения».

Логично предположить, что услуги придворных медиков оплачивались достаточно высоко. Действительно, по словам Конрада Буссова, «каждому было положено годовое жалованье 200 рублей и ежемесячные корма... Царь пожаловал каждому доктору пять хороших коней из своей конюшни, кроме того, каждый получил еще одного хорошего коня, чтобы летом каждое утро ездить верхом во дворец и в аптеку, одного коня особо для упряжки в сани зимой, затем двух лошадей для кареты жены, чтобы ездить ей на богослужение, затем одну рабочую лошадь — возить воду. Сверх того царь дал каждому большое поместье с 30 или 40 крестьянами. Да и уважение царь оказывал господам докторам такое, что и знатнейшим князьям и боярам... Итак, у господ докторов не было ни в чем недостатка при этом царе» (20).

Неудивительно, что, прослышиав о таком, иностранные доктора и аптекари охотно ехали служить в Россию, в Аптекарский приказ, их и в самом деле ждало здесь большое жалованье и другие привилегии. Подтверждая это, еще один современник царя Бориса Годунова, пастор Мартин Бер, писал: «Каждому из придворных докторов отпускали ежемесячно знатное количество хлеба, 60 возов дров и бочку пива, ежедневно штоф водки, уксусу и запас для стола, ежедневно три или четыре блюда с царской кухни. Государь давал им обыкновенно по пяти лошадей верховых и каретных. Всякому отводили деревню с тридцатью или более работниками. Когда царь принимал лекарство и когда оно хорошо действовало, то медиков да-

рили камнями, бархатами и соболями; дарили также за лечение бояр и сановников» (21).

Вероятно, солидные материальные блага в немалой степени привлекали иностранных медиков в нашу страну. И было их тогда в Москве немало. Об этом свидетельствует еще и такой факт.

В августе 1602 г. по приглашению царя Бориса Годунова в Москву приехал датский герцог Иоганн Шлезвиг-Гольштинский — жених дочери Бориса Годунова царевны Ирины. Пока шли приготовления к свадьбе, «герцог Иоганн внезапно заболел, что очень опечалило его свиту и царедворцев, — писал очевидец, итальянец Исаак Масса. — У него сделалась горячка, все более усиливающаяся. Царь очень испугался, послал к нему всех своих докторов, аптекарей и хирургов, приказал им сидеть при больном поочередно, днем и ночью и сам посетил его 26 октября... Но болезнь герцога все более и более усиливалась и он умер 28 октября» (22).

Известны имена пяти царских докторов, устроивших своеобразный консилиум и дежуривших у постели больного герцога. Как скрупулезно перечислил в своем отчете его секретарь и обергофмейстер Аксель Гюльденстриерне, «каждому из пяти царских докторов, находившихся при герцоге Гансе во время его болезни, а именно доктору Каспару Фидлеру, доктору Иоганну Хилькену, доктору Гейнриху Шредеру, доктору Давиду Васмару и доктору Христофору Рейтлингеру дано за труды по 10 розенболей» (23). Есть все основания считать, что хирургов и аптекарей в Москве тогда, в 1602 г., было больше, чем докторов: значит, в Аптекарском приказе состояло на службе более десяти только иностранных медиков (не считая своих, отечественных).

Борис Годунов, по всем данным, с уважением относился к медикам, ценил их деятельность, прислушивался к их советам. В 1605 г., когда 80-тысячное русское войско осаждало под начальством князей Мстиславского и Шуйского преданный Лжедмитрию город Кромы, туда заботливостью Бориса Годунова и по совету московских придворных медиков были посланы нужные лекарства.

3. Функции Аптекарского приказа.

Деятельность лейб-медиков

Уже к концу XVI века Аптекарский приказ, по свидетельствам очевидцев, занимал достойное место в структуре управления. Так, француз Яков Маржерет, который провел в России несколько лет, служил в русской армии и был близок к царскому двору, писал: «Важнейшее в России достоинство есть сан Конюшего Боярина, за ним следует Аптечный Боярин, главный начальник Медиков и Аптекарей; потом Дворецкий и наконец Крайний, сии четыре сановника занимают первые места в Думе» (25).

Действительно, Аптекарский приказ возглавляли, как правило, ближние бояре, крупные сановники, приближенные царя. Так, при царе Федоре Иоанновиче во главе этого приказа был Борис Годунов, царский шурин и будущий царь; при царе Борисе — его родственник Семен Никитич Годунов. Традиция эта сохранилась и в дальнейшем — на протяжении XVII столетия Аптекарским приказом руководили представители

древних боярских родов Черкасских, Шереметевых, Милославских, Одоевских и др.

Подобное вполне объяснимо. Поскольку первоначально одной из главных задач Аптекарского приказа была забота о здоровье царя и его приближенных, то «ради остерегательства великих государей здоровья» ближние его бояре должны были контролировать действия врачей, предупреждать возможность «ведовских дел» (колдовства), использования «лихого зелья» (ядов) и пр. Кроме того, они должны были подносить царю лекарства, предварительно попробовав их. Так поступали все руководители Аптекарского приказа. «А лекарство де накушивали прежде доктор, — писал царю Федору Алексеевичу боярин А.С.Матвеев, возглавлявший приказ в 1672–1676 гг., — потом я, холоп твой» (26).

Существовало, правда, мнение, что управление Аптекарским приказом было бы более совершенным, если бы во главе его стояли не знатные бояре и царские сановники, а специалисты-медики. Действительно, формально эти специалисты-медики, почти сплошь иностранцы, никогда не приглашались к участию в управлении медицинскими делами, ибо «управлять» в России в то время могли только исключительно бояре и князья — сановные и родовитые личности, а не какие-то там «служивые люди» (к ним отоносились и врачи), да к тому же не православные, плохо или совсем не знавшие русский язык, приехавшие из-за границы.

Однако не секрет и то, что власть, прежде всего, царь, понимали необходимость профессионального подхода к медицинским делам, касалось ли это лечения коронованных особ или приготовления лекарств, помохи раненым воинам или борьбы с моровыми поветриями. Поэтому с их полного согласия «политику» Аптекарского приказа в вопросах медицины определяли именно профессионалы, специалисты — врачи и аптекари, и «политика» эта, как показывают факты, была достаточно рациональной.

Аптекарский приказ, как и другие органы управления, действовал от имени самого царя: все жалобы на его решения приносились только царю и рассматривались в Боярской думе. Помещался Аптекарский приказ в Кремле, напротив Чудова монастыря и соборов — там же находилась и аптека.

Услугами всех врачей Аптекарского приказа первоначально пользовался лишь царь. «Ни один медик не дерзал, под опасением ссылки, пользовать вельмож, без именного приказа Государя, — свидетельствовал Яков Маржерет и добавлял: По всей России никогда не было других аптек и лекарей, кроме царских» (27). Правда, несколько позже Аптекарский приказ стал доступен уже более широкому кругу лиц — царскому двору. «Врачебные пособия употребляют только царь и некоторые важнейшие вельможи, — писал тот же Яков Маржерет, — простолюдины считают даже нечистым многие лекарственные вещи: пилюли принимают весьма неохотно, а промывательное, мускус, выхухоль, другие подобные средства ненавидят; чувствуя себя незддоровыми, они обыкновенно выпивают хорошую чарку вина, всыпав в нее заряд ружейного пороха, или смешав напиток с толченым чесноком, и немедленно идут в баню, где в нетерпимом жару потеют часа два или три. Так лечится простой народ во всех болезнях» (28).

И по другим источникам, именно так лечились тогда жители Москвы, другие россияне. «Россияне, кроме знатных, не верили Аптекам; про-

стые люди обыкновенно лечились вином с истертым в нем порохом, луком и чесноком, а после бани. Они не любили выхухоли в лекарствах и никаких пильюль; особенно не терпели промывательного, так что самая крайность не могла победить их упрямства. Кто, быв отчаянно болен и соборован маслом, выздоравливал, тот носил уже до смерти черную рясу, подобную монашеской» (29): таких, правда, было немного.

Впрочем, ко всем этим свидетельствам следует относиться с известной осторожностью, так как они исключали, по существу, из обихода простых людей какую-либо медицинскую помощь. А ведь это не так: поскольку населению, в том числе даже многим боярам, купцам и другим богатым людям, были тогда практически недоступны услуги иноземных докторов и лекарства из царской аптеки, они обращались, в случае надобности, к лекцам — «народным лекарям», специалистам по лечению различных заболеваний.

Однако с чем следует согласиться безоговорочно, так это с тем, что особое место — и в лечении болезней, и в повседневной жизни людей того времени — занимала баня. Многие иностранцы, побывавшие в России, оправданно считали баню, особенно парную, исконно русским способом лечения и закаливания. Например, говоря о страсти московских жителей к баням, посол королевы Елизаветы Джильс Флетчер, побывавший в Москве в 1586–1589 гг., более всего удивлялся нечувствительности их к жару и холodu, видя, как они в жестокие морозы выбегали из бани нагие, «раскаленные» и кидались в проруби...

Как орган управления, Аптекарский приказ ведал всеми специалистами-медиками: это были доктора, лекари, окулисты, аптекари, алхимики, костоправы, рудометы, чепучинные лекари, помясы (травники), лекарского и костоправного дела ученики и др. В этой своеобразной медицинской иерархии первенствующее положение занимали доктора — почти все они были иностранцами, получившими в университетах Европы высшее медицинское образование (в России вплоть до начала XVIII века это было невозможно): доктора лечили внутренние болезни; за ними шли лекари — среди них было немало русских, особенно со второй половины XVII века, когда начала действовать в Москве своя медицинская школа: лекари занимались главным образом хирургией и лечением наружных болезней. Далее шли аптекари и другие специалисты.

В то время в России, как и в других странах Европы, считали, что «дохтур совет свой дает и приказывает, а сам тому неискусен; а лекарь прикладывает и лекарством лечит и сам ненаучен; а аптекарь у них у обоих повар».

Иноземные доктора и аптекари, как уже было сказано, охотно ехали служить в Аптекарский приказ. Характерно, что привилегии для иноземных медиков сохранились, по большей части, и в годы Смутного времени, сопровождавшиеся наибольшим упадком хозяйственного благосостояния страны и опустошительными военными действиями. И тогда придворные врачи пользовались особым покровительством своих коронованных пациентов.

Известно, например, что очень интересовался медициной царь Лжедмитрий. Он часто бывал в обществе врачей, говорил им о своем намерении установить в Москве университет, посещал аптеки и имел своего

собственного лейб-медика, которого привез из Польши. Это был Себастиан Петриций.

Себастиан Петриций, известный ученый и деятель польской культуры, родился, вероятно, в 1554 г. в г. Пильзне. В декабре 1574 г. в Кракове он получил степень бакалавра, несколько лет преподавал в школе, а затем в 1581 г. вернулся в Краковский университет и продолжил свое образование. Университет он закончил в 1583 г., сдал экзамены на степень магистра, а затем стал доцентом и написал работу о Цицероне. Не удовлетворившись полученным образованием, он решил изучить медицину, по-видимому, в Краковском университете и в университете Падуи (Италия). В Падуе 1 марта 1590 г. он получил степень доктора медицины: диссертация его, к сожалению, не сохранилась.

Как медик, наибольшее внимание Петриций уделял внутренним болезням. Кроме того, ему принадлежат новые гипотезы в отношении циркуляции крови: так, в отличие от воззрений Галена, он установил аналогии в процессах теплообмена у людей и животных. Он высказал рациональные мысли об общественной и личной гигиене (в нынешнем понимании гигиены). Занимаясь практической медициной, был врачом у ряда крупных феодалов, в т.ч. у Мнишека, где, очевидно, и познакомился с будущим Лжедмитрием. В 1607 г., возвратившись в Польшу, Петриций жил, главным образом, в Кракове, где был профессором университета, занимался медицинской практикой. Умер он в 1626 г. (30).

В истории России, как и в истории российской медицины, XVII век представлял собою особое, неповторимое время. «Внутренние процессы, развивавшиеся в недрах Московского государства, отвоевывали все больше места новым и культурным потребностям, далеким от всякой церковности, несоизмеримым ни с московской стариной, ни с традициями византийского наследства, — писал историк А.Е.Пресняков. — ...Необходимость учиться у иноземцев... открыла в московскую среду доступ иностранцам в таком количестве, какого раньше не бывало... На иностранцев пришлось опереться в организации полков нового ратного строя, в развитии русской артиллерии и в первых попытках кораблестроения, в расширении «врачебного строения»... (31).

Иностранные медики, врачи и аптекари, стали и опорой Аптекарского приказа, постепенно расширявшей сферу своего влияния государственной медицины. Неудивительно, что иностранным медикам в Аптекарском приказе платили гораздо больше, чем русским лекарям: разумеется, это вызывало у тех законное недовольство. Так, в сентябре 1662 г. полковые лекари Федот Васильев «со товарищи восемьнадцать человек» подали челобитную царю Алексею Михайловичу. «Служим мы холопи твои тебе Великому Государю в Аптекарском приказе многое время, — писали они, — из бояры и воеводы по вся годы были (т.е. в войсках — М.М.), всякую нужду, бедность и голод терпели и твоих Государственных ратных раненых людей лечили и теми твоими Государевыми дальнymi службами лекарев иноземцев ослушиваем; а им лекарем иноземцам идет твое Государево жалованье только на год, по пяти рублев да корму на месяц по два рубли» (32). Однако ни эта, ни другие челобитные положения не изменили — иноземные медики и дальше продолжали получать гораздо большее жалованье из Аптекарского приказа.

Хотя число русских лекарей в Аптекарском приказе возрастало, особенно с середины XVII века, все же иностранные врачи и аптекари пользовались преимущественным вниманием, их количество в Москве не уменьшалось. Вот что свидетельствовал побывавший в России в 1674 г. шведский дипломат Иоганн Филипп Кильбургер: «О лекарях и аптеках. В Москве находятся пять лекарей, один хирург и две аптеки. Лекарей зовут: доктор Розенберг — старший, доктор Блументрост (отец будущих видных российских врачей Иоганна и Лаврентия Блюментростов — М.М.), доктор Граман, доктор Даниил Ефлевич и доктор Розенберг — младший; хирург, родом из Силезии и довольно разбогатевший в Москве, зовется Сигизмунд Зоммер и состоит на службе царя, как и все вышеуказанные» (33).

Вскоре после восшествия на престол царя Михаила Федоровича в Аптекарский приказ был принят и стал его врачом голландец Валентин Бильс. Бильс, приехавший в Москву еще в 1615 г., пользовался особым благоволением царя, вполне доверявшего его знаниям и умению. Чтобы иметь возможность быстро вызывать доктора Бильса к себе во дворец, Михаил Федорович распорядился устроить ему двор недалеко от Троицких ворот Кремля, откуда до дворца было не более сотни шагов. Жалованья он получал 200 р. в год, да кормовых по 55 р. в месяц, всего 860 р. в год — эта сумма равнялась тогда первостепенным боярским окладам. Доктор Бильс был царским врачом в течение 18 лет, вплоть до самой смерти: он умер в Москве в 1633 г.

В признание к заслугам доктора Бильса его сын Валентин, рожденный в России, в 1625 г., еще в семилетнем возрасте, был отправлен Михаилом Федоровичем в Голландию «для воспитания и обучения докторской науке и пребывал там 16 лет на щедром иждивении царя». Окончив Лейденский университет и получив диплом доктора, он в 1642 г. возвратился на родину, в Москву, и поступил на службу в Аптекарский приказ. «Содержание ему было положено в половину отцовского. Однако в 1644 г. по государевому указу он был отстранен из докторов, без вины, как он заявлял, но вероятно, за малое искусство» (34): дальнейшая судьба его неизвестна.

Среди медиков, трудившихся тогда в России, следует отметить доктора Артемия (Артура) Дия. Он родился в 1579 г. и был сыном известного математика и врача, любимца королевы Елизаветы, доктора Джона Дия из Мортлека, которого когда-то приглашали в Россию. Артемий Ди окончил весьма престижную Вестминстерскую школу в Лондоне, а затем изучал медицину и окончил университет в Оксфорде (по другим данным — в Кембридже). В 1606 г. он начал медицинскую практику в Лондоне. И хотя у него нередко возникали конфликты с королевским колледжем врачей, могущественные покровители неизменно выручали его и, более того, рекомендовали на высокие медицинские должности. Так, в 1614 г. по рекомендации таких влиятельных особ как архиепископ Кентерберийский и лорд-канцлер, доктора Ди назначили врачом только что созданного госпиталя в Чартерхаузе. Артемий Ди пользовался репутацией образованного врача и даже, по некоторым данным, служил лейб-медиком у английского короля.

По просьбе царя Михаила Федоровича — родоначальника династии Романовых — король в 1621 г. отпустил доктора Ди в Москву: он выехал туда с русским посланником Исаком Ивановичем Погожевым. В Москве

ему назначили большое жалованье — 250 рублей в год и ежемесячно «на стол» 72 рубля — всего 1114 рублей серебром, а также вручили богатые подарки — бархат гладкий, бархат рытой, камка куфтер, атлас лазоревый, сукно багрец, сукно лундыш, сорок соболей и 70 рублей денег. Вскоре в Москве у доктора Дия уже был большой каменный дом близ Никитских ворот; на несколько лет ему дали в пользование расположение под Москвою поместье, принадлежавшее князю Юрию Хворостинину (35).

В Москве, в Аптекарском приказе, доктор Дий, как врач царя Михаила Федоровича, прослужил 5 лет, а в 1626 г. уехал в отпуск в Англию.

Царь Михаил Федорович в молодости был вполне здоров, увлекался охотой на лосей и медведей, часто пешком ходил на богомолье в отдаленные монастыри. Но в зрелом возрасте он уже не отличался крепким здоровьем, а во второй половине жизни, как писал один из современников, так «скорбел ножками», что часто не мог ходить, а возили его в возке. От «много го сидения» организм слабел, нарастала лимфатическая вялость. Под конец жизни царя врачи отмечали в нем «меланхолию, сиречь кручину» (36).

Неудивительно, что Михаил Федорович высоко ценил услуги своих врачей Артемия Дия и помогавшего ему голландца Бильса. Так, перед отъездом в отпуск на родину Артемий Дий получил щедрые подарки — 40 соболей по 100 рублей, 2 сорока соболей по 80 руб., 40 соболей по 40 руб. Чтобы увезти все нажитое в России, ему было бесплатно дано от Москвы до Архангельска 20 подвод (37).

Через год, в 1627 г., доктор Дий возвратился в Москву и вновь стал трудиться в Аптекарском приказе. Он по-прежнему пользовался благоволением царя. В архиве Аптекарского приказа сохранилась челобитная, в которой Артемий Дий в 1631 г. просил у царя Михаила Федоровича разрешения послать в «научение дохтурству за море двух сынишков своих» (38). Такое разрешение было ему, по всей вероятности, дано.

В течение более чем 12 лет (в общей сложности) доктор Дий, оставаясь в высокой чести у царя, лечил и его, и его отца — патриарха Филарета. Как старший врач царя, он многое делал и в Аптекарском приказе. Известно, например, что он тесно взаимодействовал с трудившимися в Москве аптекарями, прежде всего, английскими (Рандольф Вардлей и др.). Он экзаменовал вновь прибывших медиков, проверял их знания и профессиональную компетенцию. Именно он содействовал тому, что родившийся в России сын переводчика Посольского приказа Эльмстон получил медицинское образование в Кембриджском университете (впоследствии он стал доктором медицины и возвратился на родину). Кроме того, он писал трактаты по алхимии (химии), которыми, как говорят, интересовался царь Михаил Федорович. Занимался он, помимо медицины, и торговыми делами царя, например, когда был в отпуске в Англии в 1626—1627 гг.: и это тоже подтверждает то огромное доверие, которым пользовался доктор Дий у российского самодержца.

По мнению английского историка Д.Эпплби (1983), в этой разнообразной деятельности доктор Дий, подобно другим английским медикам, оказывал влияние и на дела, не связанные с медицинской сферой. К тому же он знал несколько языков, много путешествовал; его опыт и знания, умение воспитывать и обучать оказались совершенно необходимыми и способствовали росту и развитию Аптекарского приказа. Важной была и

его энергичная деятельность по пополнению аптек Аптекарского приказа лекарствами, в первую очередь, конечно, для использования в российском царствующем доме.

Интересно, что в 1629 г. доктор Дий написал на латинском языке научный труд. Вот его полное название: *Fasciculus chemicus abstrusae hermeticae scientiae ingressum, progressum, coronidem, verbis apertissimis explicans, ex selectissimis et celeberrimis authoribus, tali serie collectus, et dispositus, ut non modo huius arti tyronibus, sed candidatis, summo emolumento, instar speculi Philosophiae habeatur, a nemine hac methodo distributus. Opera et studio Arthuri Dee, Architatri Magni Imperatoris totius Russiae.*

Ex Musaeo nostro, Moscuae Kalend. Martii 629.

Труд этот был напечатан в том же 1629 г. в Базеле и потом в 1631 г. в Париже, а Элиса Ашмоль перевел его на английский язык и издал в 1650 г. с анаграммой своего имени: *James Hasolle.*

Трудно сказать, как сложилась бы дальнейшая жизнь доктора Дия, покинул ли бы он полюбившуюся ему, судя по всему, Россию, если бы не трагическое событие в его жизни: в 1634 г. умерла его жена. Доктор Дий решил возвратиться на родину. В Англии он удостоился похвалы короля Карла 1 и стал одним из его лейб-медиков. Обосновавшись доктор Дий в Норвиче, недалеко от Лондона, и с успехом продолжал там свою медицинскую практику. Умер доктор Дий в 1651 г.

В качестве замены доктору Дию был избран видный врач Питер Чемберлен, который смог бы заботиться и о здоровье царицы.

Питер Чемберлен (Peter Chamberlen), представитель известной английской врачебной династии, сын знаменитого хирурга, родился в 1601 г. Он обучался сначала в Кембридже, а потом в Падуе, где в 1619 г. получил степень доктора медицины и был затем признан в этой степени в центрах английской науки — Оксфорде и Кембридже. В 1628 г. Чемберлен был избран членом королевского колледжа врачей. Его репутация как практического врача стала известной в странах Европы, в том числе и в России.

Царь Михаил Федорович обратился к королю Англии Карлу 1 с просьбой направить этого врача в Россию, если он не возражает. По-видимому, царь предлагал доктору Чемберлену большое вознаграждение, т.к. был уверен в том, что его приглашение будет принято. Более того, в Архангельске, куда он должен был приплыть морем, и в Москве уже готовились с почетом встретить нового царского врача.

Однако неожиданно от короля Карла пришло письмо с извинениями: он писал, что доктор Чемберлен очень занят и приехать не сможет; вместо него английский король предлагал доктора Эльмстона, который, по его мнению, как прирожденный россиянин, получивший образование в Англии и возвращающийся в свою страну, сможет заменить английского врача. Так доктор Чемберлен, врач, особенно известный своими акушерско-гинекологическими работами, в Россию и не приехал, хотя его очень ждали здесь.

Между тем, здоровье многолетнего пациента доктора Дия — царя Михаила Федоровича — продолжало ухудшаться. В апреле 1645 г. он заболел какой-то желудочной болезнью. Лечение не давало результата. Доктора поставили диагноз: «желудок, печень и селезенка бессильны от мно-

гого сидения, холодных напитков и меланхолии». На всенощной по случаю дня св. Михаила, в именины царя 12 июля 1645 г., с ним случился припадок, и его отнесли во дворец. Поскольку болезнь усиливалась, царь приказал позвать жену и сына Алексея, а также патриарха: он простился с женой, благословил сына на царство, поговорил с боярами и патриархом и скончался «яко неким сладким сном усне» (39).

В XVII в. в России трудилось много иноземных медиков. Как свидетельствуют архивные документы Аптекарского приказа, в 1631 г. англичанин Ульян Иванов Смит «по Государеву указу послан был в английскую землю для обтекарских лекарств и дохтуров и иных мастеровых людей». Возвратившись, он привез с собой и медиков: это были «обтекарь Роман Ульянов с женою... да два лекаря Матвей Килфин, Елизарей Ролонт да с ними два человека» (40).

Интересна последующая судьба этих медиков. Лекаря Матвея Килфина и Елизария Ролонта по указу царя Аптекарский приказ направил в войска. В архивных документах указано, что в октябре 1632 г. под Смоленск был командирован лекарь Елизарий Ролонт, а в феврале 1633 г. врач Матфей Килфин был послан в Пермь великую. Кстати, доктор Ролонт прослужил в России 20 лет, жил в Туле, Переяславле, других городах.

Что касается аптекаря Романа Ульянова, то он прослужил в России почти 25 лет и только в 1655 г. уехал в Англию. Как сказано в архивных документах, ему наказывалось «в своей земле в свое место призвать аптекаря доброго и аптекарскому делу навычного, такова же, каков он Роман». В 1656 г. Роман Ульянов прислал из Англии другого аптекаря — Романа Бениана.

Достойно и уважительно относился к медицине царь Алексей Михайлович. Это был умный и образованный человек, натура впечатлительная и чуткая, хотя и отличавшаяся безволием и временами малодушием. Продолжая своеобразную традицию русских царей, он из иноземных докторов отдавал предпочтение англичанам, считая их преимущественными кандидатами на должности придворных медиков. Например, в марте 1658 г. царь Алексей Михайлович, по данным архивных документов Аптекарского приказа, «указал торговому иноземцу Ивану Гебдону в английской земле призвать дохтура добра и навычного, да ему Ивану указал Государь призвать прежнего аптекаря Романа Тиу» (41). Поручение это было исполнено. Позднее, в 1663 г. царского величества резидент Иван Гебдон прислал из английской земли, как сказано в архивных документах, «во шти сундуках да в дву боченках да в тючке за Ивановым клеймом Гебдона» покупных аптекарских запасов.

Большим авторитетом пользовался доктор Сэмюэль Коллинс.

Сэмюэль Коллинс (Samuel Collins) родился в 1619 г. Изучение медицины он начал на родине, в Кембридже, а закончил в Италии, в Падуе, где получил степень доктора медицины, в 1659 г. был инкорпорирован в этой степени в Оксфорде. Будучи в Голландии, он в 1660 г. познакомился с Иваном Гебдоном, который занимался подбором талантливых специалистов для работы в России и для обслуживания царского двора. Наведя, очевидно, справки об английском докторе и убедившись в его профессиональной компетентности, Гебдон пригласил доктора Коллинса работать в Москве: тот принял это приглашение и вскоре прибыл в столицу России. Он стал получать здесь большое жалованье и щедрые подарки. Но и рабо-

тал он здесь отлично — в короткий срок его репутация превзошла репутацию его предшественников в Аптекарском приказе.

Впрочем, занимался он не только медициной. Доктор Коллинс, как и доктор Дий, считает английский историк Д.Эпплби, вел самые различные дела — коммерческие, технические, политические и дипломатические, причем вел их для русских так же хорошо, как и для англичан.

В апреле 1662 г. он получил официальное разрешение поехать в Англию в отпуск и отправился на корабле с двумя российскими послами, направленными для восстановления дружеских связей с этой страной после реставрации. Он использовал свой отпуск как удобный случай для того, чтобы купить лекарства и книги для царя — эти покупки он делал и в Лондоне, и в разных городах Европы (41а).

В Москве доктор Коллинс переводил царю газеты, которые регулярно присыпали ему друзья из Англии. Его предложение переписываться из России с Королевским обществом, к которому побудила его встреча с известным ученым Робертом Бойлем, было принято, и серия писем из России поступала от доктора Коллинса в это высшее научное учреждение Англии в течение нескольких лет. Эта направляемая Бойлю информация содержала массу совершенно необходимых сведений о действии холода, о замораживании, о естествознании России.

Почти весь этот материал был плодом долгих наблюдений и опытов доктора Коллинса: многие из них были использованы, с указанием о благодарности Коллинсу, в научных сочинениях Роберта Бойля, например, в его работе «Новые наблюдения и эксперименты относительно холода» (1683).

В своих письмах в Королевское общество, адресованных Роберту Бойлю, доктор Коллинс писал и о медицинских проблемах, например, о некоторых «типично российских болезнях» и средствах, которые он использовал при их лечении. Среди вопросов, которые он задавал Бойлю, спрашивая у него совета как у специалиста-химика, был, например, и такой, как приготовление препаратов мышьяка наиболее дешевым способом.

Некто Смарт, писал Коллинс, который живет в Дорчестер хаус и выполняет тяжелую работу механика, брал с него плату 10 пенсов за унию, но зато хорошо готовил такие препараты, которые можно было использовать тотчас же. Коллинс писал, что этот механик Смарт продал ему дурно пахнувший бальзам, который он с удивительным успехом использовал при лечении болезней глаз. Но я забыл, добавлял Коллинс, как он называет его: это знает мистер Батерби, который делает красную серу. И он просил Бойля помочь ему, написать мистеру Батерби, который снабжает нас лекарствами и является очень честным и способным аптекарем.

Многое из того, о чем писал доктор Коллинс в своих письмах, вошло в его книгу о России: эта книга, как и книга Коллинса об анатомии и болезнях людей и животных, была опубликована уже после его смерти (соответственно в 1671 г. и 1685 г.).

Доктор Коллинс, образованный и знающий врач с задатками настоящего ученого, провел в нашей стране 10 лет и многое сделал для улучшения деятельности Аптекарского приказа. Когда он уезжал на родину, на прощание, как показывают архивные документы, царь подарил ему серебряный кубок с кровлею весом две гривенки 19 золотников, 10 аршин бар-

хату, 10 аршин атласу, 10 аршин камки куфтеру, два сукна по 4 аршина, 40 соболей по 45 руб., 70 руб. денег (42).

В 1669 г. доктор Коллинс возвратился на родину; в следующем, 1670 г., во время поездки в Париж он умер на 51 году жизни.

Иван Гебдон пригласил в Москву и доктора Вильсонса. Томас Вильсон родился в 1624 г. в Шотландии, а медицинское образование получил в Лейденском университете. Врачебной практикой занимался, по-видимому, на родине, и занимался успешно: об этом говорит то, что в 1664 г. он стал членом королевского колледжа врачей. Правда, в России доктор Вильсон пробыл лишь около 2 лет, с 1665 по 1667 г., но при отъезде тоже получил щедрые подарки.

Впрочем, были среди врачей Аптекарского приказа выходцы и из других стран Европы, например, из Голландии или из Германии. Так, в российской медицине оставил свой след Лаврентий Алферович Блюментрост (1619–1705). Был он родом из Мюльгаузена (Саксония), изучал медицину в университетах Гельмштадта, Иены и Лейпцига. В 1648 г., защитив в Иенском университете диссертацию «De scorbuto», Блюментрост стал доктором медицины. В родной Саксонии он в течение нескольких лет был штадт-физиком и ланд-физиком, а потом даже лейб-медиком саксонского курфюрста.

Стараниями своего пасынка, пастора кирхи немецкой слободы в Москве Грегори, Блюментрост в 1668 г. был приглашен на должность лейб-медика царя Алексея Михайловича. Он принял приглашение и прибыл в Россию. Но поскольку эту должность занял приехавший ранее шведский врач И.А. фон Розенбург, некоторое время Блюментросту пришлось находиться не у дел. Правда, потом он все же стал лейб-медиком Алексея Михайловича и других царствующих особ: говорят, что его особенно ценила царевна Софья, которая во время стрелецкого бунта (1682) спасла ему жизнь. Он умер на 86 году жизни: его дела продолжили сыновья — известные российские врачи Иван и Лаврентий Блюментросты.

В то время одной из высших царских наград была его личная аудиенция, которой удостоивались очень немногие. Из медиков только наиболее выдающиеся врачи были допущены на аудиенцию к царю. Этой чести удостоились, например, Артемий Дий (1621) и Томас Вильсон (1666): как свидетельствовали очевидцы, это были очень торжественные приемы.

Царь Алексей Михайлович с доверием относился к своим докторам, следовал их советам. Страдая тучностью, и, по-видимому, повышенным давлением крови, он получал облегчение, когда врачи ему «открывали кровь». Сохранилось предание, что после одного из таких кровопусканий, почувствовав себя лучше, царь, как человек добный и привыкший делиться всяким удовольствием с другими, предложил и своим вельможам сделать ту же операцию. А когда боярин Стрешнев, родственник царя по матери, единственный отказался от операции, ссылаясь на свою старость, царь вспыхнул и прибил его. «Открывал кровь» Алексею Михайловичу и его вельможам «немецкий дохтур», скорее всего, доктор Андрей Энгельгардт.

Вместе с тем к детям и женщинам из царской семьи придворных врачей допускали лишь в самых исключительных случаях. «Особенно недоступны для врачей были царевны. Но даже и призванный для консультации врач, как правило, не допускался к больной; ему предоставлялось лишь расспрашивать мамок, боярынь, давать советы состоявшим при

каждой царевне особым бабкам-лекаркам. Подлинной бытовой революцией казалось, когда царица Наталья Кирилловна (жена Алексея Михайловича) начала при болезни горла допускать «на свои очи» врача — «гортанного мастера» (43).

Как правило, в XVII в. у царей было уже обычно несколько докторов. Но иногда их число уменьшалось. Так, в 1662 г. доктор Андрей Энгельгардт писал царю Алексею Михайловичу: «В прежние Государь времена было твоих Государевых дохтуров на Москве человека по два и по три, а ныне я холоп твой служу тебе Великому Государю дохтурскую службу один» (44).

Действительно, в списке чинов Аптекарского приказа в 1663 г. числились: дохтур Андрей Энгельгардт, аптекари Роман Тиу, Крестьянус Энглер, Ондрей Гезениос, Роман Биниан. Алхимисты Франс Слатюр, Марко Юрьев. Часовой мастер Иван Яковлев. Лекари Симон Зомер, Иван Албанус, Иван Островский, Артемий Назарьев, Василий Улф, Данило Фунганданов, Юрия Яганов, Флор Диаклер, Кирьян Кутешев, лекарского дела учеников — 21 человек (45). Однако следить за здоровьем царя обязан был лишь «высший чин» — доктор, который при надобности обращался к аптекарям или лекарям.

Среди иноземных докторов русских царей все-таки выделялись, особенно в первые две трети XVII в., выходцы из Англии. Деятельность английских врачей в Аптекарском приказе способствовала укреплению и их личного авторитета, и авторитета английской медицины. Об этом свидетельствует такой, например, факт. В 1629 г. царь Михаил Федорович отправил уроженца России Ивана Эльмстона — сына переводчика Посольского приказа Ивана Фомича Эльмстона, изучать медицину именно в Англию, в Кембриджский университет; через 13 лет он возвратился в Россию доктором медицины.

Впрочем, из России ездили учиться медицине не только в Англию, но и в Голландию. Еще в 1616 г. царь Михаил Федорович послал сына московского аптекаря Якова Аренсена в Амстердам; правда о дальнейшей его судьбе сведений нет. В 1627 г., как указывалось выше, уехали учиться медицине сыновья доктора Диля. И еще Валентин Бильс — сын московского доктора, отправленный в 1635 г. учиться в Лейденский университет, получил там диплом доктора медицины и вернулся в Россию.

Все это свидетельствует, во-первых, о том, что существовало стремление подготовить для страны собственных врачей, не выписывая их из-за рубежа, и, во-вторых, что осуществить такое стремление оказалось не просто из-за малого числа достойных кандидатов, имевших соответствующее образование и знавших иностранные языки: недаром все эти будущие медики хотя и родились, очевидно, в России, но все-таки были сыновьями иностранцев, приехавших на службу к русскому царю.

4. Экзамены для врачей. Полковые лекари.

В иных историко-медицинских работах, написанных в 40-50-е годы нашего столетия, содержались утверждения о том, что среди иностранных врачей, которых брали на службу в Россию, было много авантюристов. Разумеется, полностью исключить такого нельзя, хотя скорее подобные факты были не правилом, а исключением.

Среди единичных примеров такого рода известен следующий. Побывавший в Москве в 1606 г. ловкий купец, аптекарский помощник Станислав Колачкевич был принят царем Василием Шуйским и думными боярами за доктора и едва не стал лечащим врачом у русского боярина (хотя все-таки не стал) (46). Но это произошло в разгар Смутного времени, когда деятельность всех государственных структур, в том числе, конечно, и Аптекарского приказа, была серьезно нарушена.

А вообще в XVI-XVII веках существовал неписанный закон: прибывающие к нам иностранные врачи обязательно представляли царю рекомендательные письма (своего рода верительные грамоты) от своих монархов, в которых давалась объективная оценка их врачебного мастерства. Это относилось и к английским врачам. Так, Роберт Якоби, Марк Ридли представляли грамоты от королевы Елизаветы, Артемий Дий — от короля Якова и Карла, И. Эльмстон — от короля Карла.

«Все эти иностранцы-врачи были далеко не авантюристы, это были в большинстве случаев люди, составившие себе раньше хорошую репутацию на родине, — справедливо писал еще в конце прошлого века историк медицины Ф.Л.Герман, — да и попасть врачом в Московскую Русь было делом нелегким. Наши предки были не настолько наивны, чтобы довериться первому встречному, а, наоборот, приглашали иноземных врачей с большой осторожностью» (47).

В России уже тогда был введен своеобразный барьер против различных шарлатанов и авантюристов на медицинской ниве.

В обязанность докторов Аптечного приказа входило экзаменовать врачей и аптекарей, которые хотели получить в России право медицинской или аптекарской практики. Вот, например, как доктор Артемий Дий по приказу боярина И.Б.Черкасского проводил в Аптекарском приказе медицинский экзамен «новыеезжего аптекаря... Филипа Бритье», который «сказал, что он аптекарь полный и вместо лекаря научен».

Сначала доктор Дий выяснил его аптекарские познания — знание трав, цветов, кореньев, умение «по дохтурскому приказу микстуры всякие составы составливать», делать сиропы, приготавливать порошки, сушить травы и пр.: этому было посвящено более 20 вопросов. Затем последовали вопросы по лекарской науке, главным образом по хирургии. Доктор Дий интересовался, «какие болезни и раны лекарю доводится знать и лечить?» Филип Бритье отвечал, что «всякие раны, удары и всякие раны гнилья и костной перелом, и составы вправливать, всякие вереды и чирьи, и все измятые места и все что к тому делу доведется». На вопрос: «Что прямому лекарю подобает знать и ведать в рукоделии своем?» последовал ответ: «Очима востро глядеть, сердцем смело и неторопливо, рука легкая и не дрожала б, в руках сила держать левую и правой рукой».

Бритье знал и как заживлять раны («Заживляем: пластырь прикладываем и заживляет; кость раздробленную вынимаем, а составы вынутые вставляем»), как «отнимать, что много наросло» («Отнимаем и разрезываем совсем в чем они росли, и мясо дикое что наросло вытравливаем зельями, а где лишнее наросло у перстов руки или у ног отнимаем снастью»), как лечить большие раны («Зашивать рана большая иглою, которая о трех грань с восченюю нитью...»), как отличить в ранах артерии от вен («как сердечная жилка (артерия — М.М.) перерезана, ино кровь из

нея брыжжет, а иная жилка разрезана — ровно течет*). В общем, и на более чем 20 лекарских вопросов Филип Бритье тоже дал верные ответы.

Экзаменатор Артемий Дий был удовлетворен. «Больше того у тебя не спрашиваю, — сказал он в заключение. — Отвечал ты до сих мест как я сам многажды своими очами видел. По дару Богу, чтоб тебе так лечить, чтоб людей здоровити и от Государя честь получати» (48).

Подобные, действительно серьезные испытания на право медицинской практики, наряду с обязательными рекомендательными письмами от августейших особ, играли важную роль, поскольку призваны были закрыть дорогу различным неучам и шарлатанам, стремившимся в Россию за длинным рублем и открыто спекулировавшим на потребностях страны в образованных и квалифицированных медиках.

С каждым десятилетием XVII в. связи российского государства с Западной Европой все более укреплялись, становились сложнее и глубже. Сказывалось это и в медицине. Существенно, что уже начиная с первой половины XVII в. иноземные врачи приглашались в Россию не только для службы при дворе, но и, главным образом, в войсках (в качестве полковых лекарей) во время войн и боевых действий.

«Подлинные полковые врачи», считал историк Успенский, профессор Харьковского университета, появились в списках государственного Разряда не ранее 1616 г.: эти врачи находились в ведении Аптекарского приказа. «Приказ сей, — писал проф. Успенский, — состоял из некоторого числа придворных медиков и был подчинен одному из знатнейших бояр. Для письмоводства находились в нем дьяки и приказные служители. В ведомстве его состояли как величины медицинские, так и все аптеки и снабжение их лекарствами. От него зависело определение лекарей в полки и весь снаряд полевых аптек» (49).

Роль и значение полковых лекарей возросли, когда в российском войске были созданы (при царе Михаиле Федоровиче) «полки иноземного ратного строя», из солдат и рейтар.

В то же время положение в Аптекарском приказе полковых лекарей, в отличие от врачей, служивших при царском дворе, было не слишком то престижным, а жалованье довольно скучным. Известно, например, что в начале XVII в. полковые лекари, которыми управлял Аптекарский приказ, получали 3 руб. 25 алтын в месяц, а в полковых списках их должности были между писарями и «сержантами» (низшими командирами). Правда, во время войны их жалованье значительно повышалось: так, «за смоленскую службу» (сражения с польским войском в 1633 г.) полковому лекарю платили месячный оклад в 30 рублей (50). Только во второй половине XVII в., в царствование Алексея Михайловича, опытные и заслуженные военные медики стали получать уже по 10 рублей в месяц.

В мирное время штат полковых лекарей, как и всего царского войска, значительно уменьшался. Поэтому, например, когда в 1641 г. доктор Андрыкас из Голландии захотел поступить на службу в Аптекарский приказ, ему было отказано еще и потому, что Россия тогда ни с кем не воевала. В царском указе архангельскому воеводе было сказано: «А буде немчин Антон зачнет говорить, что нам его пожаловать, в наше Московское государство велети принять в службу, и ты бы ему сказал, что, по милости Божией, мы, великий государь, с окрестными государствами мирны и ему в нашем Московском государстве без службы быть не для чего» (51).

В то же время неправильно считать, что все иноземные врачи были своеобразными гастролерами, приезжавшими в Россию на определенный, обычно недолгий, срок. Факты свидетельствуют о том, что многие иноземные врачи, состоявшие на государственной службе, уже тогда обустраивались в России всерьез и надолго. Так, в 1652 г. при раздаче «служивым немцам» (иноземным специалистам, находившимся на государственной службе) земельных участков в Москве, в создававшейся тогда Немецкой слободе, желающим из военно-медицинских чинов велено отмеривать: докторам, против I статьи, вдоль по 40, поперек по 20 саженей; аптекарям, против средней статьи, вдоль по 30, поперек по 15 саженей (52).

Дальнейшее укрепление российской государственности и самодержавной власти вело к повышению роли приказов (в т.ч., естественно, и Аптекарского приказа) как органов личной царской власти. Одновременно их функции изменялись, как правило, возрастая и по числу, и по значению. Аптекарский приказ был среди тех, чье влияние на руководимое ими дело (в данном случае на медицину) постоянно расширялось и углублялось.

Первоначально, как указывалось, Аптекарский приказ заботился лишь о здоровье царя и ближних бояр, но очень скоро расширил круг своих подопечных. По разрешению царя (ему подавали специальные челобитные) он начал заниматься и другими пациентами — их лечили медики, аптекари готовили для них лекарства. Начиная с 40х годов XVII в. это становится правилом.

В клятвенных записях, по которым целовали крест на верность царю чины Аптекарского приказа, говорилось: «Кого мне велит государь лечить своих государевых бояр и ближних и иных всяких чинов людей, ково государь не укажет и мне тех людей по его государевому велению лечить вправду со всяким радением» (53).

Медики Аптекарского приказа действовали не только в Москве — нередко они ездили в дальние области страны для лечения бояр и военачальников: в архивах сохранились такие, например, факты, — в 1644 г. лекарь Анц Вульф, немчин, ездил в Соликамск (54), других посыпали в Вологду, в Архангельск и пр. В архивных документах Аптекарского приказа имелись сведения, что в марте 1645 г. по указу царя Михаила Федоровича лекарь Ондрей Шнитер был послан по просьбе крымского хана в Крым «для озnobные лечбы» (55). А в 1675 г. лекарь Степан Алексеев был послан царем Алексеем Михайловичем лечить калмыцкого даура Тайшу и доложил в Аптекарский приказ, что «то дело дохтурское, а не лекарское, потому что болезнь нутренная» (56). Таких поездок российских врачей было немало.

Потребность в медиках постоянно возрастала, иноземных докторов Аптекарскому приказу уже не хватало. Возникла мысль о профессиональной подготовке собственных врачей, о создании своей, российской медицинской школы.

Вообще говоря, собственные врачи (их называли русскими лекарями) появились в России гораздо раньше, хотя, по мнению некоторых историков медицины (Ф.Л.Герман, 1891), это произошло только в середине XVI века. Долгое время их готовили методами ремесленного ученичества: они поступали учениками к практиковавшим тогда врачам (в т.ч. и к иноземным) и последовательно осваивали различные отделы медицины, затем на

практику их отправляли в полки. После нескольких лет практики ученик становился полноправным лекарем.

Позднее не раз высказывалась мысль о возможности свободного обучения российских подданных (из «природных россиян») в Европе, в том числе и обучения медицине. Но лишь однажды мысль эта едва не осуществилась. В годы Смутного времени, а именно в феврале 1610 г., русский боярин М.Салтыков и его товарищи подписали договор с польским королем Сигизмундом об условиях признания его сына Владислава Московским царем. В этом договоре, в частности, содержалось и такое условие: «Каждому из народа московского для наукивольно ездить в другие государства христианские, и государь имущество за то отнимать не будет» (57). Таким образом, как бы открывалась теоретическая возможность свободного обучения медицине в западноевропейских университетах. Однако этот договор фактически не вступил в силу, вскоре (в августе 1610 г.) был заменен другим, где вышеупомянутое условие отсутствовало, да и тот быстро потерял силу.

И вот в 1654 г. при Аптекарском приказе была открыта, наконец, первая медицинская школа: в ней обучалось сначала 30 учеников из стрельцов и их детей, потом к ним присоединилось еще 8. Архивные документы удостоверяют, что в 1657 г. в Аптекарском приказе получали жалованье, помимо докторов, лекарей и аптекарей, еще и лекарского и костоправного дела ученики — всего 34 человека (58). В это время в школе были только лекарское и костоправное отделения. В последующем здесь готовили еще и лекарей чепучинного (по лечению сифилиса), очного и гортанного дела, а также аптекарей.

Детальных сведений об обучении в этой школе, к сожалению, не сохранилось. Историк медицины Л.Ф.Змеев считал, что «учение начиналось с медицинской ботаники, фармакологии и фармации практической, занимая все дообеденное время, а после обеда анатомия по скелету или рисункам и физиологические понятия. Через два года прибавлялись патологотерапевтические понятия, «замена немочей» и амбулянс. С четвертого года ученики раздавались лекарям (т.е. хирургам) на дом для изучения хирургической патологии с техникой» (59).

Что касается учебных пособий, которые рекомендовались ученикам, то это были переводные врачебные книги: по мнению Л.Ф.Змеева, их было много — анатомия А.Везалия, травник Диоскорида, распространенный «Прохладный вертоград» — свод медицинских знаний (впоследствии доктора Аптекарского приказа рекомендовали книгу как лечебник, руководство для лечения больных), а также Реестр (конспект) из дохтурских книг архимандрита Холмогорского, описание чумы в Казани, кажется, лекаря Назарова, и ряд других. По окончании обучения, продолжавшегося от 4 до 6, в среднем 5 лет (для костоправов — 1 год), выпускников экзаменовали: выдержавшие экзамен становились лекарями.

Первая медицинская школа просуществовала несколько десятилетий (хотя немецкий историк медицины Х.Мюллер-Дитц, 1975, основываясь на устаревших данных, считал ее «только временной») и выпустила более 100 лекарей и лекарского дела учеников, 8 костоправов и 6 костоправного дела учеников.

Впрочем, идеализировать эту школу оснований, видимо, нет, поскольку образование в ней носило ярко выраженный ремесленный харак-

тер и, скорее всего, не сопровождалось обучением у постели больного. Тем не менее ее значение велико, т.к. впервые в истории России государство стало готовить кадры специалистов-медиков.

В 1660 г. первые 30 лекарей, окончивших школу, были направлены в стрелецкие приказы (13) и в разные полки (17) для лечения ратных людей. При этом полковые лекари числились в Аптекарском приказе, здесь же получали и жалованье — по 5 рублей. Нам известны их имена — Ивашко Никитин и Федотко Васильев, Ивашко Марков и Ондрюшка Григорьев, Ивашко Антонов и Якушка Дементьев, другие их товарищи. «Все эти пионеры русской врачебной науки, — писал о них историк медицины Н.Я.Новомбергский, — шли в глухие места, терпели нужду и лишения, разнося страждущим помохь и распространяя рационально медицинские сведения в военных народных массах» (60).

Несколько позже появился первый русский доктор медицины. В 1692 г. стряпчий Петр Васильевич Посников, питомец Московской славяно-греко-латинской академии, отправился в Италию изучать медицину, а в 1695 г. возвратился с дипломом доктора медицины и философии Падуанского университета: в дипломе он аттестовался как «муж мудрейший, ... сама верху во философии и врачестве ... достиже».

Интересно, что в 1695–1696 гг. Посников, как это видно из его писем к Петру I, жил по несколько месяцев в Венеции и Неаполе, Париже и Лейдене, чтобы достигнуть, по его словам, «большаго совершения в медицине». А в Лейденском университете он, очевидно, слушал лекции — в одном из писем царю он сделал приписку: «Из Лейденской академии, декабря в 15 день 1696 г.» (60а). В Неаполе, где Посников собирался заняться научными исследованиями и опытами на животных, он получил письмо из посольства от думного дьяка: «Поехал ты в Неаполь, как в твоем письме написано, живых собак мертвить, а мертвыхживить, — и сие дело не гораздо нам нужно... Тебе велено быть со мной на турской комиссии». Пришлось Посникову отложить медицину в сторону и заняться дипломатией — делами турской (турецкой) комиссии.

Забегая вперед, следует сказать, что во время визита Петра I в Англию в 1698 г. Петр Посников и доктор Термонд (Термонт), врач царя, помогали набирать медицинский персонал, покупать лекарства, инструменты и книги и осматривать медицинские учреждения. 19 апреля 1698 г. Посников в Лондоне имел беседу с доктором Бернардом Коннором, врачом польского короля Яна III Собесского и автором изданной в Англии книги об истории Польши (1698). По словам Коннора, Посников сообщил, что врач — это престижная и почетная профессия в России, что они не готовят в России докторов (докторов медицины, имевших университетское образование — М.М.) — сам Посников, как известно, стал доктором медицины в Падуе, что русские используют английские лекарства, привозимые в Архангельск и через Балтийское море и что таможенные сборы в Архангельске приносят царю каждый год миллион золотых дукатов (60б).

Первый русский доктор медицины П.В.Посников по возвращении в Москву был переведен в Аптекарский приказ, но впоследствии вынужден был, по приказу Петра I, оставить медицину и заняться дипломатией. Впрочем, и на этом поприще он оказал немало услуг России. Вот лишь один пример его дипломатических усилий. «В Париже с 1703 г. жил дво-

рянин Посников без посланического характера. Через него в России узнали, что французский двор ласковую приклонность оказует шведам» (61).

В середине XVII века деятельность Аптекарского приказа значительно расширилась и во многом изменилась. Это было связано с организацией в Москве собственной медицинской школы и появлением своих, русских лекарей, а также костоправов, чепучинных мастеров, аптекарей; в войсках начали служить постоянные полковые лекари. Кроме того, открылась еще одна («Новая») аптека со свободною продажей лекарств, а затем и третья. Начали создаваться гражданские больницы. Характерным было также то, что начиная со второй половины XVII в. медики появляются не только в Москве, но и в других городах — Могилеве, Полоцке, Шклове, Белой Церкви, Казани, Севске, Киеве и др.: это подтверждают документы Аптекарского приказа.

Аптекарский приказ многое сделал для организации медицинской службы в русском войске. Как уже говорилось, в 1616 г. в расходной книге «Разряда» (этот приказ занимался военными делами) впервые упоминается о лекарях, практиковавших среди войск. В дальнейшем их число возрастало, хотя постоянные лекари поначалу были только в наемных иноземных полках (в полках «иноземного ратного строя»).

Начиная с 60-х годов XVII века во всех полках русской армии появляются полковые лекари — ими были и иноземцы, и русские. Русские лекари обязывались нести службу в полках согласно «крестоприводной записи» (своеобразной присяге). А иностранцы стали давать обещание «служити мне городскую, полковую службу и где Великий Государь быть укажет» (62). Назначал полковых лекарей Аптекарский приказ, а Разряд уже направлял их в полки: впрочем, этот порядок нередко нарушался.

Как свидетельствовали архивные документы, в феврале 1663 г. в Смоленск из Аптекарского приказа были «присланы лекарь Якушко Дементьев и ученик Митка Обросимов для лечбы ратных раненых людей в полку стольника и полковника Веденихта Змеева». Гораздо большая «медицинская команда» состояла в 1664 г. в полку князя Якова Черкасского: это были иноземный лекарь Иван Албанус и шесть русских лекарей Иван Никитин, Иван Антонов, Василий Подурцев, Степан Алексеев, Иван Костылев, Степан Ошурок и костоправ Иван Овдокимов. Немного меньше медиков было в полку у князя Григория Ромодановского: в 1662-1663 гг. здесь служили лекари Федот Васильев и Андрей Федотов и лекарский ученик Федька Захарев. А вот в полку князя Ивана Прозоровского в 1667 г. медиков было только двое — лекарь-иноземец Семен Ларионов и ученик лекаря Емелька Климов (63). В 1656 г. были отмечены царским жалованьем «дохтура и лекари и толмачи и лекарского и костоправного дела ученики, которые были на государевой службе под Ригою для лечбы государевых ратных людей». В это же время в полках появились полевые аптеки — на каждую из них первоначально ассигновали по 200 руб.

Небезинтересно также, что, как установил историк медицины М.Ю.Лахтин (1900), из Аптекарского приказа в 1670-1671 гг. последовали указы, подтвердившие бесплатное лечение раненых в сражениях чиновников и стрельцов и отпуск для лекарей, находившихся в войске, необходимых лекарств.

В общем, можно утверждать, что уже в середине XVII века впервые в своей истории русское войско было в определенной мере обеспечено врачебной помощью.

5. Аптеки

Первую аптеку в России основал, как указывалось выше, Джемс Френчем в 1581 г. (до того были лишь упоминания об аптекаре Матюшке, 1554 г., голландском аптекаре Аренде Клаузинде, прожившем в России 40 лет, и аптекаре Николае Броуне: об их аптеках никаких сведений не сохранилось). Аптека Френчема была царской, придворной. Снабжалась она лекарствами и из-за границы, и из различных регионов России. Для сбора лекарственных растений были заведены аптекарские сады и огорода: в Москве они первоначально располагались близ Каменного моста, у Мясницких ворот, близ Немецкой слободы, а потом и в других местах.

Правда, не все эти аптекарские сады и огороды находились в ведении Аптекарского приказа: скорее, наоборот, большинство из них принадлежало другим приказам. Это и неудивительно, если учесть, что они занимались не только лекарственными растениями, но и производили спирт, вино. Так, известно, что Московский аптекарский двор (огород) снабжал подмосковные села вином и медом сырцом (64). Из-за этого-то, прибыльного во все времена дела, многие приказы пытались получить право владеть и распоряжаться аптекарским двором. Наконец, при царе Федоре Алексеевиче (конец XVII века) аптекарский двор (огород) и другие дворы Московского и других уездов, которые прежде принадлежали Приказу тайных дел, царским указом были переданы в Приказ большого дворца (65).

Уже в конце XVI — начале XVII века врачи в России употребляли не только такие общеупотребительные тогда привозные лекарства как опий, камфара,alexандрийский лист и др., но и многие лекарственные растения из арсенала русской народной медицины — солодковый корень, можжевельник и ряд других. В дальнейшем ассортимент лекарств, отпускавшихся из аптек Аптекарского приказа, еще более возрос. При этом больше стало лекарственных трав, произраставших в различных регионах России: такие травы поставляли в Аптекарский приказ в обязательном порядке как своего рода государственный налог — ягодную повинность.

Использование лекарственных растений, или, по-современному, фитотерапии, прочно вошло тогда в лечебную практику врачей Аптекарского приказа. Считалось, например, что буквица «мокроту выведет из груди. Камни в почках крошит и мочу выводит»: ее назначали как отхаркивающее и мочегонное средство, а также использовали при лечении лихорадок и болезней печени, для заживления ран и предупреждения отравлений. Огородную мяту использовали как противорвотное и возбуждающее аппетит средство. Ромашку применяли при лечении 25 заболеваний, наиболее часто как противовоспалительное средство (66). В лекарства, которые готовили в аптеках, помимо растительных средств аптекари по назначению врачей включали и различные органические и неорганические вещества — жир, мед, различные минералы и металлы и пр.

Начиная с 30-х годов XVII века лекарства из аптеки по указанию царя начинают постепенно отпускаться «для всех чинов людей». В 1672 г.

царь повелел «на новом гостином дворе, где приказ Большого Приходу, очистить палаты, а в тех палатах указал Великий Государь построить аптеку для продажи всяких лекарств всяких чинов людей» (67). Эта вторая аптека (она называлась «Новой») быстро завоевала авторитет в Москве: здесь продавали лекарства «всякого чина людям», отсюда снабжали лекарствами воинские части. В 1682 г. при первом гражданском госпитале у Никитских ворот была открыта третья аптека.

Вот как описывал существовавшие в 1674 г. московские аптеки шведский дипломат И.Ф.Кильбургер: «Одна аптека находится в Кремле, но из нее лекарства отпускают только царю и некоторым знатным господам, и она составляет магазин (склад) для другой аптеки. Управляется (она) одним немцем по имени Гутбир.

Другая аптека среди города и также казенная; при оной находятся теперь провизорами Христиан Эйхлер, Иоганн Гутменш и Роберт Бентом и сверх того два англичанина и несколько работников, иностранных и русских». По-видимому, аптеки не приносили казне дохода: ничем другим нельзя объяснить, что при второй аптеке существовал, как писал Кильбургер, «большой кабак, который, по словам доктора Розенберга, вместе с аптекою принес казне в год чистого дохода до 28 тысяч (рублей)» — сумма, по тем временам астрономическая. Впрочем, свидетельствовал шведский дипломат, «аптека эта год от года приходит в упадок, хотя снабжена многими хорошими лекарствами. Все лекарства отпускаются за печатью (т.е. по рецептам — М.М.) и чрезвычайно дороги» (68).

В это же время были предприняты попытки устройства аптек в других городах России. В 1673 г. было велено устроить аптеку в Вологде, а в 1679 г. — в Казани. Наконец, в 1701 г. Петр I приказал устроить в Москве восемь аптек.

Взаимоотношения медиков, трудившихся в Аптекарском приказе, были обычными для медицины того времени и строго выдерживали установленную иерархию — доктора, лекаря, костоправы, аптекари, лекарские, алхимистские, аптекарские ученики, другие работники. Однако временами эти отношения по каким-то причинам обострялись, переставали соответствовать должностной иерархии. Тогда в дело вмешивалась власть — Аптекарский приказ готовил, а царь подписывал соответствующий указ.

В учебнике «История медицины» (П.Е.Заблудовский и др., 1981) приведен указ царей Ивана и Петра Алексеевичей «Об улучшении постановки аптечного и медицинского дела в Аптекарском приказе», в котором говорилось, что доктора и аптекари не имеют между собой доброго согласия, «безо всякой причины» между ними наблюдаются часто «вражда, ссора, клевета и нелюбовь». Отсюда у младших чинов к докторам и аптекарям «непослушание в делах нерадение». В указе отмечено, что при таком положении изготовленные лекарства вместо пользы могут причинить людям страдание. Для наведения должного порядка в медицинском деле и в аптеках указ предписывал каждому доктору и аптекарю принимать присягу и клятву (69).

Хотя ценность таких средств предотвращения профессиональных конфликтов, как присяга и клятва, давно уже сомнительна, все же в XVII веке, надо думать, они обладали действенной силой. Впрочем, как показывает знакомство с опубликованными архивными материалами Аптекарского приказа, таких конфликтов в медицинской среде было немного.

6. Больницы. Роль православной церкви

Аптекарский приказ пытался внести свою лепту и в решение задачи, поставленной еще на Стоглавом соборе, — в создание государственных больниц. Правда, больницами в России многие столетия, с XI века, традиционно занималась движимая христианским милосердием православная церковь. «Церковь на Руси, — писал В.О. Ключевский, — ведала тогда не одно только дело спасения душ: на нее возложено было много чисто земных забот, близко подходящих к задачам государства. Она является сотрудницей и нередко даже руководительницей мирской государственной власти в устроении общества и поддержании государственного порядка».

Православная церковь не прекращала заботиться о больных и страждущих и в XVI-XVII веках, после организации Аптекарского приказа. Поэтому вряд ли правильны утверждения некоторых историков медицины (Н.А. Богоявленский, 1960, и др.), что больницы при монастырях, которые на Руси стали строить с XI века, «обеспечивали в первую очередь интересы социальной верхушки и никогда не были филантропическими учреждениями для социальных низов» (70). Подобные идеологизированные представления не соответствуют объективной истине.

Проведенный русскими историками анализ Писцовых книг, относящихся ко второй половине XVII века, показывает, что уже тогда православная церковь содержала немало помещений для призрения (Н.Я. Новомбергский, 1907, называет их «особыми местами для призрения немощных»). Например, только в 23 уездах и вотчинах Троице-Сергиевой лавры было 1132 таких помещений, а в 12 городах — 470 помещений. Разумеется, это были, в основном, богадельни, однако же не подлежит сомнению, что многие из них замещали отсутствовавшие больницы дляувечных и калек. Правда, это не относилось к душевнобольным — как правило, их помещали тогда в монастыри, но порой и в тюрьмы.

Православные монастыри долго продолжали оставаться единственным местом лечения тех, кто «в уме помешался». Известно, например, что царь Михаил Федорович однажды «указал послать Микиту Уварова в Кириллов монастырь под начало для того, что Микита Уваров в уме помешался». В царском указе имелось и наставление о том, как содержать его. Оказывается, послан был этот больной (занимавший, по-видимому, немалое положение в царском окружении) «с провожатым, с сыном боярским Ондроном Исуповым, а велено тому сыну боярскому Микиту Уварова вести скованы (очевидно, в цепях — М.М.). И как сын боярский Ондрон Исупов Микиту Уварова в Кириллов монастырь привезет, чтобы у него Микиту Уварова взяли, и велели его держать под крепким началом, и у церковного пения и у келейного правила велели ему быть по вся дни, чтоб его на истину привести, а кормить его велели в трапезе с братиею вместе; а буде Микита Уваров в монастыре учнет дуровать, велели держать в хлебне в работе скованы, чтобы Микита Уваров из монастыря не ушел» (71). Конечно, методы, которые приказывал применять царь, не были его изобретением: так в то время «лечили» тех, кто «умом повредился», и в России, и во всех странах Европы.

Призрением и лечением больных занимались многие служители православной церкви (они были тогда наиболее образованными людьми), от монахов до высших церковных иерархов. Известно, например, что лечеб-

ной практикой занимался даже патриарх Никон, когда по определению Московского собора он в 1666 г. был сослан в Ферапонтов монастырь. Документально установлено, что здесь, начиная с 1672 г., он вел прием больных — читал над ними молитвы, мазал их освященным маслом, давал им разные лекарства.

Один из келейных старцев Никона, дьякон Мардай, покупал ему в Москве «для лекарства деревянное (оливковое) масло, осной ладан, скипидар, траву чечуй, целебиху, зверобой, нашатырь, квасцы, купорос, камфору и камень безуй»: из этих компонентов и других продуктов (мед, свиное сало, утиный жир и пр.) Никон составлял лекарства и лечил разные болезни — падучую, страхование от бесов, забывчивость, мнительность и безумие, порчу, черную болезнь, галлическую, расслабление членов, волосатик, трясавицу и гнетеницу, слепоту и др. По всей вероятности, это были заболевания, которые сейчас находятся в компетенции психоневрологов: как свидетельствовали современники, Никон часто добивался успеха. Впоследствии следственным властям, посланным собором в 1676 г., между прочим велено было «все Никоновы лекарства, кореня, травы, водки, мази сжечь на огне и бросить в реку, чтоб от него ничего не осталось» (72).

Искусным врачевателем показал себя архиепископ Холмогорский и Вятский Афанасий, образованный человек, много занимавшийся в Патриаршем книгохранилище в Москве, знакомый с известным просветителем XVII века Епифанием Славинецким. При Холмогорском монастыре Афанасий завел аптеку, в которой был широкий набор лекарств, в т.ч. доставленных из Москвы: об этом свидетельствует находящаяся в библиотеке Академии наук рукопись «Тетрадь преосвященного Афанасия архиепископа Холмогорского», в которой приведена «роспись» лекарств — масел (гвоздичного, мятного, анисового, полынного, сперматанарум), мазей (дигалтейной, попилевой, белильной, бобковой), сложных порошков, сиропов, бальзамов. Афанасий был и автором научных трудов, в т.ч. по медицине — наибольшую ценность представляет «Преосвященного Афанасия архиепископа Холмогорского и Вятского Реестр из доктурских наук» (рукопись хранится в Военно-медицинском музее в Санкт-Петербурге): историк медицины И.Л.Аникин оправданно считал этот труд одной из первых русских фармакопей (73).

Православная церковь была в российском государстве крупной общественной и политической силой, не только духовной, но и мирской, светской. Монастыри имели свои земельные владения — обширные вотчины, энергично вели хозяйство и имели возможность оказывать помощь «больным, сирым и убогим». Масштабы этой помощи были достаточно велики.

Не подлежит сомнению, что в XVII в. в России многие монастыри, да и церкви тоже, содержали больницы. Например, когда келарь Иринарх в 1655 г. построил в Троицком калязинском монастыре церковь, то при ней были сооружены и больничные кельи. При Белогорицком монастыре по описи 1685-1686 гг. значились, среди других, «пять келий братских, келья больнишная, а в них живут пятнадцать старцев». В 1685 г. патриарх Иоаким в грамоте к новгородскому митрополиту Корнелию признал необходимым «Николаевской белой монастырь с вотчинами и со всеми угодья переписать в Софейский дом и в том монастыре построить больницу для прокормления и покоя болящих и питати их из вотчины того Николаевского Белаго монастыря» (74).

В 1678 г. Вологодский и Белозерский архиепископ Симон распорядился устроить в Успенском горнем девичьем монастыре новую больницу. В Нижегородской епархии при Благовещенском соборе в XVII веке Алексеевская каменная церковь, как сказано в старинном документе, стояла между двумя каменными больницами: в длину простиравась она с больничными келиями на 24 сажени, а в ширину на 11 сажень. Из свидетельств современников известно также, что еще в 1597 г. во время оползня горы из-под Печерского монастыря в Волгу монахи и служители больницы сохранились невредимыми: а раз были служители, было, значит, и призрение в больнице.

Первым подлинным больничным учреждением в России нужно считать приемный покой для раненых, устроенный в 1612 г. монахами Троице-Сергиева монастыря. Впоследствии создавались другие подобные больницы, вернее, госпитали, для лечения раненых. Так, в 1656 г. временной госпиталь был открыт в Смоленске. 29 сентября 1678 г. по указу царя Федора Алексеевича «велено занять Рязанское подворье для лечения ратных раненых больных всяких чинов людей, которые ранены на ... службе в Чигирине и под Чигириным» (75). Туда поступило сначала 159 человек. Потом оказалось, что раненых 746 человек. Тогда были заняты еще Вологодское и Казанское подворье. Расходы по содержанию раненых были возложены на Приказ Большого Дворца, а лечили их лекари Аптекарского приказа братья Митрофан, Кирило и Артемий Петровы.

Устраивались больницы и на частные средства — на средства жертвователей. Наиболее известным жертвователем был боярин Федор Ртищев — незаурядная личность, видный государственный деятель и приближенное лицо царя Алексея Михайловича, воспитатель его сына царевича Алексея Алексеевича. Федор Ртищев был образованным человеком, отличался добродой и гуманностью. Во время войны с Польшей, находясь в действующей армии, он подавал пример заботы о раненых воинах: «ни одного из них от скорби изнемогающего, не оставляя без вспомоществования», встречая их на дороге, брал в свою коляску, уступая в ней даже свое место, несмотря на многолетнюю болезнь ног; доставив их в ближайшие города или деревню, изыскивал все способы для их призрения, лечения и пропитания, устраивал для этих людей временные госпитали и лечил их на свой счет и на деньги, данные ему на это дело царицей. А в мирное время в Москве богатый царедворец Федор Ртищев велел собирать по улицам валявшихся пьяных и больных и направлять их в особый приют, где содержал их до вытрезвления и выздоровления.

О боярине Ртищеве писали, что «он построил во многих городах больницы и богадельни, собирая в оныя бедных и немощных, определял к ним врачей, приставников (служителей — М.М.) и снабжал всем на содержание нужным» (76). Неудивительно, что именно боярин Федор Ртищев стал основателем первых гражданских больниц: в 1656 г. он на свои деньги устроил в Москве первую гражданскую больницу из двух палат на 15 больных.

Следует сказать о том, что благотворительная деятельность боярина Федора Ртищева стала высоким образцом для тогдашнего русского общества; обратили на нее внимание и при царском дворе. В царствование Федора Алексеевича «возбужден был вопрос о церковно-государственной благотворительности. По указу царя произвели в Москве разборку нищих и

убогих, питавшихся подаяниями, и действительно беспомощных поместили на казенное содержание в двух устроенных для того богадельнях, а здоровых определили на разные работы. На церковном соборе, созванном в 1681 г., царь предложил патриарху и епископам устроить такие же приюты и богадельни по всем городам, и отцы собора приняли это предложение» (77).

Так частный почин влиятельного и доброго человека лег в основание целой системы церковно-благотворительных учреждений, постепенно возникавших с конца XVII века.

На средства жертвователей создавались больницы при монастырях и церквях. Так, в 1652 г. построил в Новоспасском монастыре в Москве больницу с церковью князь Яков Куденетович Черкасский. Уже упомянутый келарь Иринарх соорудил церковь и при ней больничные кельи «своим иждивением». Патриарх Филарет, отец царя Михаила Федоровича, основал в Москве «больничный» монастырь святого Федора.

В счетном списке Аптекарского приказа, относящемся к 1680 г., упоминаются затраты «на строенье дохтурской палатки, которая построена для дохтурского сидения по осмотру болящих» (78). Вероятно, эта «палатка» действительно стала прототипом возникших значительно позднее лечебниц для амбулаторных больных.

Важное событие произошло в 1682 г. Был обнародован указ царя Федора Алексеевича об организации двух гражданских госпиталей (шпиталей) на Гранатном дворе, у Никитских ворот, и в Знаменском монастыре. «На пропитание» этих учреждений им отводились вотчины. Подчеркивалось, что «больные и увечные, а лечить их можно, и у того дела молодым дохтурам не малая польза, и в науке своей изощрение. И вскоре учение и искусство каждого дохтура при лечбе таких людей познати; также и лекарей, которые ныне Государево жалованье емлют же, некоторым делать нечего» (79). Предусматривалась и рациональная организация этих гражданских госпиталей. «Для лечбы их по всякой нужде надобно, чтоб у них был приставлен дохтур, аптекарь, да лекарей человека три или четыре с учениками. И аптека небольшая, для того, что со всяким рецептом ходить в город неудобно. А лекарства можно прочих держать недорогия, однакож пользу будут чинити» (80). Шпитальни эти должны были находиться в ведении Аптекарского приказа.

К сожалению, этот царский указ из-за последовавшей вскоре скоропостижной смерти царя Федора Алексеевича не был полностью воплощен в жизнь.

7. Борьба с «моровыми поветриями»

Бичом средневековой России, как и других стран, были «моровые поветрия» — эпидемии, которые тогда приходили к нам иногда с юга и востока, но, как правило, с запада, из Европы. «И здесь господствуют особенного рода болезни, подобные заразе, состоящие в боли внутренностей и головы, — свидетельствовали приезжавшие из Европы иностранцы. — Они здесь называются горячкою. Одержимые такой болезнью умирают в короткое время... В случае морового поветрия, которые нередко случаются в Но-

вегороде, Смоленске и Пскове, Москвитяне, опасаясь заразиться оным, никого к себе не допускают из сих мест» (81).

Да, эпидемии и ранее, и в то время были нередкими гостями в российском государстве. Установить сейчас, по сохранившимся описаниям, их характер трудно, хотя скорее всего это были холера и чума, терзавшие и Европу, и Азию. В 60-70 годах XVII века «от изнурения сил (голода — М.М.), от пищи неестественной родилась прилипчивая смертоносная болезнь в разных местах». Небезинтересно, как боролись тогда с этой эпидемией. «Царь приказал заградить многие пути; конная стража ловила всех едущих без письменного вида, неуказанную дорогою, имея повеление жечь их вместе с товаром и лошадьми» (82). Да, жестокими, кровавыми были тогдашние, выражаясь по-современному, противоэпидемические мероприятия...

Людей терзали тогда и другие болезни. Например, у тех, кто отправлялся завоевывать Сибирь, «открылась жестокая цинга, болезнь обыкновенная для новых пришельцев в климатах сырых, холодных, в местах еще диких, малонаселенных, занемогли Стрельцы, от них (цингу долго считали «прилипчивым», т.е. инфекционным заболеванием — М.М.) и Козаки; многие лишились сил, многие и жизни» (83). От заразы (?) и голода погибло около половины воинов Ермака. Впрочем, смертность тогда вообще была высокой.

Но подлинным бичом были все-таки «моровые поветрия». Государственная власть пыталась бороться с этим ужасным злом. Так, в 1592 г. впервые была учреждена во Ржеве пограничная застава «для предохранения от заразных болезней», ранее, с XIV века, устраивались пограничные оцепления. Для погребения огромного числа жертв эпидемий еще начиная с XIII века устраивались «скудельницы» (общие могилы) вдали от жилья и питьевых источников, ими ведали специальные люди, обычно монахи. В 1521 г. в Пскове, а потом и в других местах, появились своеобразные внутренние (уличные) карантины. Использовали окуривание можжевельником и полынью.

В общем, уже в начале XVI века в России применялись все те меры борьбы с эпидемиями (главным образом карантины), которые использовали тогда в других европейских государствах. «В летописях под 1510-19 гг. — писал историк Н.Ф. Высоцкий, — встречается драгоценное указание на эти меры какого-то Филофея. В послании к дьяку Мунехину этот Филофей говорит: «Вы ныне пути заграждаете, домы печатаете, попом запрещаете и болеющим приходити, мертвых тилеса из града далече измеште» (84). Подобные же энергичные и, в большинстве случаев, вполне целесообразные меры принимались и позднее, именно так боролось правительство с чумою в 1654-55 гг.

Во время этого «морового поветрия» царь Алексей Михайлович уезжал из Москвы в район боевых действий российской армии (началась война с Польшей). Он очень беспокоился о своих родных, оставшихся дома. «Да для Христа, государыни мои, оберегайтесь от заморнова от всякой вещи, — писал он своим сестрам, — не презирите прощения нашего!» (85). В письмах своим близким царь «от мору велел опасатица», т.е. соблюдать принятые тогда профилактические меры.

В феврале 1655 г. Алексей Михайлович издал указ (подготовленный, очевидно, в Аптекарском приказе) о борьбе с чумой. Предусматривался, в

частности, ряд предупредительных мер. Следовало: «которые есть деньги в Приказах, и что учнут впредь из городов привозить, перемывать; ... деньги золотые и сосуды золотые и серебряные и деревянные заморные мыть в реке текущей, а выносить на реку не дотыкаючись руками здоровых людей, которых Бог пощадил от морового поветрия и болны не были... платье заморное вымораживать и вытресать тех людей руками, которые в моровых болезнях были, а здоровым бы людям... к тому отнюдь ни к чему не касатца... И о том указал Государь на Москве и в городах кликать биричем по торгам и по улицам по многие дни, чтобы тот Государев указ всяких чинов людям был ведом»... (86).

Эпидемия чумы сопровождалась колоссальными жертвами. Сэмюэль Коллинс, служивший в это время придворным врачом царя Алексея Михайловича, считал, что в 1665 г. моровая язва в России похитила от семисот до восьмисот тысяч человек: цифра эта, по-видимому, близка к истинной, — именно такими были потери от эпидемий в других европейских странах.

Кстати, по сведениям доктора Коллинса, в XVII веке в Россию прошли венерические болезни. «Завоевав Вильну и многие другие пограничные польские города и области, русские взяли в плен госпожу Lues Veneria и, вероятно, провладеют ею долее, нежели городами, — писал Сэмюэль Коллинс. — Прежде этой войны она здесь в течение тысячи лет не была известна; но проникнув однажды в такую страну как Россия, она, как барсук, врывается так глубоко, что ее не иначе прогонять можно, как копьем и огнем» (87).

Существенно, что российские власти хорошо осознавали опасность моровых поветрий — различных эпидемий, принимали (скорее всего, по recommendation докторов Аптекарского приказа) надлежащие меры. Впрочем, проведением основных противоэпидемических мер в XVI-XVII веках ведал, прежде всего, сам царь, издававший основные указы, и воеводы — представители царя на местах. Как своеобразные «издержки времени» следует расценить и то, что наряду с рациональными мерами использовались и не приносившие видимой пользы религиозные средства (крестные ходы, посылки креста со святыми мощами, молебны и пр.). К сожалению, и рациональные меры далеко не всегда оказывались полезными — очень часто они принимались несвоевременно, только после получения царского указа или распоряжения воеводы.

Что касается мер общественной гигиены и санитарии, то сведений о них сохранилось сравнительно мало. Известно, впрочем, что в царствование Михаила Федоровича в Москве был построен, в частности, водопровод — как писал летописец, благоверный царь «хитростройными художествами возвел воду из Москвы реки на царский двор ради великого потребования» (88).

Вот как описывал это современник, архидьякон Павел Алеппский, сын антиохийского патриарха Макария:

«Внутри Кремля прежде не было воды, и для царской кухни воду доставляли посредством черпальных колес из упомянутой реки (реки Москвы — М.М.), но в дни нынешнего царя приехал один франк из немцев и соорудил на берегу реки огромную башню, куда провел воду посредством колеса и приспособления для того, чтобы поднимать воду ночью и днем без всякого труда и снабжать ею царский дворец для всяких потребностей.

Он выкопал 45 огромных колодцев, выстроил над ними куполы, провел трубы и желоба и сделал снаружи железное колесо; если понадобится вода, повертывают колесо одной рукой, и вода течет в изобилии, когда это нужно» (89).

Подчеркну еще, что иностранцев изумляло, что в Москве, как писал Ганс Мориц Айрман, побывавший здесь в 1669 г., «у каждого дома устроена баня... до чего охотно они моются, постоянно на третий или даже второй день, ходят они в баню; как простые, так и знатные люди. Подобных бани я во всю свою жизнь и не видывал... Ни в одной почти стране не найдешь, чтобы так ценили мытье, как в этой Москве». Еще одно свидетельство голландца Балтазара Койэтта, относящееся к 1675-1676 гг.: «Русские вообще очень любят бани и наружное омывание, из-за чего там везде в городах и деревнях много общественных бани».

Думается, что эти и другие подобные свидетельства современников не нуждаются в комментариях.

8. Врачебные освидетельствования

Важной функцией Аптекарского приказа было проведение освидетельствований больных и увечных — врачебная экспертиза: в результате составлялись «дохтурские сказки», в которых указывалось, в частности, «какой болезнью кто скорбен» или «какой скорбью болен», и, главное, «можно ль ему государеву службу служить». Историк медицины М.Ю.Лахтин установил, что подобной врачебной экспертизой в Аптекарском приказе в конце XVII века занимались лекари Иван Албанус, Флор Дляклер, Степан Зомер, Фадей Тавритинов, Василий Улф, доктора Лаврентий Блюментрост и Михаил Грамон, окулист Иван Малчар и др.

Например, в «дохтурской сказке», которую составили лекари Иван Албанус и Флор Дляклер, было сказано: «Стрельца Потанку Иванова осматривали, а на осмотре сказали, что у него правой ноги берцо переломлено и кости из берца выходят и излечить ту ногу не можно, потому что застарела». В другой «дохтурской сказке» эти же лекари свидетельствовали: «На правой ноге на берце большая гноючая с диким мясом и от того под коленом жилы ведут и нога разгибается не свободно, и покамест он Степан от той болезни не выздоровеет, и до тех мест ему Степану на службе быть и службы служить невозможно». А вот диагноз доктора Лаврентия Блюментроста: «Немоществует тяжким вздоханием, а по латыни зовется астма — тяжкая грудная болезнь, да в нем же болезнь тяжкая цинготная и водяная немощь и помрачение ума» (90).

Врачи осматривали самых различных лиц — родственников царя, близких и дальних бояр, военачальников, рядовых стрельцов, а то и «подлых людей». Составлялись протоколы медицинского обследования — «дохтурские сказки». Главным, в сущности, было установить, чем болеет человек, нет ли у него «моровой (т.е. эпидемической — М.М.) болезни?». Иногда врачи проводили осмотр трупов. Кроме того, они давали заключения о различных лекарствах, целебном действии трав и пр.

На Аптекарский приказ возлагались и дела, не связанные прямо с медициной, например, заведывание водочными изделиями (т.е. приготовление водки). Так, еще в июне 1630 г. была дана память (распоряжение)

«окольничему князю Львову и дьякам Мартемьянову и Чиркову: о даче в Аптекарский приказ, для Государя, на водку а尼斯ную двух ведер вина двойного доброго». Вероятно, этот раздел деятельности Аптекарского приказа расширялся — в 1663 г. здесь был уже специальный «холоп (т.е. работник — М.М.)... водочного строения Ерофейко Мухановский» (91). Позднее Аптекарский приказ ведал продажей спиртных напитков частным лицам, продажа эта проводилась под ответственность целовальников — выборных людей, целовавших крест в добросовестном исполнении своих обязанностей.

Уместно напомнить, что ни государственные, ни церковные власти отнюдь не поощряли употребления спиртных напитков, напротив, проповедовали аскетическое воздержание, соответствовавшее религиозной морали. Например, царь Алексей Михайлович в составленном им «Уложении сокольничья пути» (подробном наказе своим сокольникам) считал «пьянство» сокольника в числе тех вин, за которые «безо всякой пощады быть сосланы на Лену» (в Сибирь — М.М.). В то же время случаи злоупотребления алкоголем, как говорится, имели место и отнюдь не были единичными. Поэтому-то «водочная монополия» Аптекарского приказа призвана была в какой-то мере регулировать потребление алкоголя и предохранять от отравлений суррогатами и ядовитыми добавками в алкогольные напитки.

Занимался Аптекарский приказ и благотворительной деятельностью. Так, в середине XVII века на Аптекарском дворе построили особую палатку для кормления нищих.

Следует сказать еще об одной функции Аптекарского приказа — о хранении здесь научных сочинений. «Быть может, приказ для конца XVII века играл роль, подобную, если угодно, Академии Наук, — считал М.Соколовский. — Он ведал... астрологами, алхимистами, часовых дел мастерами, он хранил, например, такие редкие для того времени книги, как описание Китая и китайский лексикон» (92).

Но прежде всего здесь хранились, конечно, медицинские сочинения, которые тогда получили в России распространение. Это был, например, «Благопрохладный вертоград» или «Цветник»: в этом лечебнике были отрывки из сочинений Гиппократа, Галена, Диоскорида, Авиценны и других древних врачей. В Аптекарском приказе были «Аристотелевы проблемы» — свод тогдашней анатомии и физиологии, «Учение Галиново на Иппократа» — комментарии Галена к сочинениям Гиппократа, «Лечебник строгановских лекарств» в переводе с английского, составленный по заказу богатого русского промышленника, и многие другие.

9. Бюджет и врачи Аптекарского приказа

Важно подчеркнуть, что Аптекарский приказ был государственным учреждением, своеобразным «министерством здравоохранения» российского государства. Все его расходы покрывались царской казной из средств других приказов — приказа Большого Дворца, приказа Большой казны, Сибирского приказа и др. Использовались в какой-то мере и собственные средства Аптекарского приказа (доходы от Новой аптеки, вернее, от кабака при ней, от приписанных к нему сел и деревень). Общие расходы Апте-

карского приказа были немалыми, причем значительные средства шли на оплату докторов, лекарей, аптекарей.

В марте 1632 г. Аптекарскому приказу царь пожаловал на год 1045 рублей. Вот как, согласно архивным документам — «росписи обтикарского приказу», распределили эти деньги: «250 рублей — Дохтур Артемий Дий, 200 рублей — дано Дохтур Валентин, 70 рублей дано Обтекарь Ондрей Иванов. 60 рублей с Ваги (т.е. на доходы с Ваги — М.М.) алхимист Виллим Смит. По 55 рублей человеку дано камарицких (т.е. на доходы с Камарицких волостей — М.М.). Обтекарь Филипп Никулаев. Акулист Давыд Брун дано из важдских 47 руб. Камарицких 50 рублей. Из Камарицких Лекарь Клеус Алерт. По 50 рублей человеку Лекари Олферий Олферьев из важдских. Карапир Давыдов из важдских. По 30 рублей человеку дано из Камарицких Лекари ж Ан Шлюц, Вилим Крамер. По 40 рублей человеку дано важдских Переводчики Захарей Захарьев, Елисей Юрьев. 60 рублей дано с Ваги Вьялица Потемкин» (93).

Эти «зарплатные ведомости» ярко иллюстрируют положение, которое занимали в Аптекарском приказе различные медики. Выше всех стояли доктора — придворные врачи царя. Значительно ниже были остальные — аптекари, окулист, лекари, переводчики, хотя и у них существовали определенные градации, скорее всего, в соответствии с выполнением обязанностей по службе.

Шло время, масштабы деятельности Аптекарского приказа возрастили, штаты сотрудников увеличивались — и количественно и, так сказать, качественно. Это отлично показывают архивные документы. К декабрю 1644 г. относится «роспись оптекарского приказу доктуром, и аптекарем, и окулисту, и алхимиству, и лекарем, и переводчиком, и часовы дела мастеру, что кому доведетца дать государева жалованья месячного корму, нынешнего 153 году (т.е. 7153 года по старому русскому исчислению «от сотворения мира»: соответствовало 1644 г. — М.М.) на три месяца, на октябрь, на ноябрь, на декабрь...

Доктуры. Венделинус Сибилисту 216 рублей. Яганусу Белеве да Артману Граману по 180 рублей человеку. Оптекари. Раману Тиу 75 рублей. Ондрею Иванову 60 рублей. Окулисту Давыду Бруну 30 рублей. Алхимиству Христофору Пухнеру да лекарю Вилиму Крамору по 15 рублей человеку. Лекарем же Ондрею Шниттеру Карапиру Бартелову переводчику Василью Александрову по 12-ти рублей по 16 алтын по Деньги человеку. Часово дела мастеру Анце Кезелю 18 рублей 13 алтын 2 деньги. Переводчику Матвею Елисееву 7 рублей 16 алтын 4 деньги» (94). Кроме того, «оптекарского приказу лекарь Елезарий Ролант», который по царскому указу «посыпан был на его государеву службу с воеводою со Львом Плещеевым в Колмыцкий поход для лечбы ратных людей», получил «государева жалованья месечного корму» на 4 месяца 40 рублей. Из сибирского приказа всем было также приказано «дать соболями» (т.е. мехами — М.М.).

Государево жалованье медикам Аптекарского приказа не оставалось стабильным, а изменялось — чаще всего возрастало в связи с какими-то успехами и достижениями, а, может быть, и из-за общего роста стоимости жизни.

Через три месяца, в марте 1645 г., как свидетельствуют архивы, на год было выписано: «Дохтуры: 250 рублей Венделинус Сибилист. По 220 рублей Яганус Белов Артман Граман, 70 рублей Оптекарь Андрей Иванов.

55 рублей Окулист Давыд Брун, лекари 60 рублей. Вилим Крамер. По 30 рублей. Андрей Шниттор, Кашир Бартелов по 40 рублей. Переводчик Василий Александров. Часового дела мастер Анц Кезель, по 25 рублей. Переводчик Матвей Елисеев.

И всего дохтуром и аптекарю и окулисту и лекарем и переводчиком и часового дела мастеру государева жалованья 1040 рублей, опроче аглинские земли оптекаря Рамана Тиу, да лекаря Елизарья Роланта... им по государеву указу месечной корм по уговору* (95).

Прошло еще несколько месяцев и, по свидетельству тех же архивов, в мае 1645 г. «всего государева жалованья Аптекарского приказу доктуром и аптекарем и окулисту и лекарем и переводчиком и часового дела мастеру на пять месяцев корму доведетца дать 1415 рублей 5 алтын 5 де».

Следует особо подчеркнуть, что приведенные выше списки докторов, лекарей и аптекарей не исчерпывали, по-видимому, всего «медицинского состава» Аптекарского приказа; впрочем, не были исчерпывающими и имеющиеся в архивах списки последующих лет и десятилетий XVII века. В них не было, например, полковых врачей. Не учитывались те, кого направляли в районы военных действий, а их было немало. Например, в 1654 г. под Смоленск послали шкловских лекарей Моисея и Савелия Гавриловых, Федора и Матвея Ивановых, Романа Лоховина, копоских лекарей Максимку и Ортюшку Прокофьевых и Ортюшку Ozарова.

Видимо, в этих списках, особенно в списках, составленных во второй половине века, фигурировали прежде всего придворные медики, а также те, кто в момент их составления находился в Москве. Несомненно одно: царское жалованье по расписи Аптекарского приказа получали все медики.

В общем, расходы Аптекарского приказа только на жалованье постоянно росли: росли и ассигнования на другие нужды медиков, например, на лекарства.

Важно отметить такой факт. Если первые десятилетия финансирование Аптекарского приказа осуществлялось за счет других, гораздо более богатых приказов, то в дальнейшем все большую роль в его бюджете играли собственные средства: с их учетом годовой доход превышал даже расход. Так, в 1681-82 гг. годовой доход был 10098 рублей 9 алтын под 2 деньги, расход 8490 рублей 33 алтына, а в 1693-94 гг. за 9 месяцев доход 7261 руб. 19 1/3 коп., расход — 6520 руб. (96).

По каким-то причинам в начале 80х годов XVII в. штаты Аптекарского приказа были сокращены. «По твоему Великого государя указу, — писал зимой 1682 г. царю Федору Алексеевичу лекарь Петрушка Семенов, — за многолюдством из Оптекарские Палаты многие лекари и ученики отставлены» (97).

В отставку были уволены даже некоторые иноземные врачи. Кое-кто из них уехал, но были и такие, кто занялся «вольной практикой». Начали заниматься этим и русские лекари, оказавшиеся временно не у дел. Поэтому не подлежит сомнению, что во второй половине XVII в. в России (в Москве и других городах) были уже вольнопрактикующие врачи — или уволенные из Аптекарского приказа, или пленные, или иностранцы, специально приехавшие с этой целью.

Впрочем, очень скоро, уже весной 1682 г., штаты Аптекарского приказа были восстановлены и, может быть, даже увеличены.

Рост числа врачей, появление гражданских и вольнопрактикующих врачей вызвали необходимость в какой-то степени регламентировать врачебную практику. Есть веские основания полагать, что уже в конце XVII в. были сделаны попытки законодательно закрепить определенные правила медицинской этики, такие, например, как «вредительных и смерть наводящих статей (лекарств — М.М.) никому не давать». Об этом говорил принятый 4 марта 1682 г. указ царя Федора Алексеевича: «Сказан величества государя указ всем лекарем: буде из них кто нарочно или не нарочно кого умортят, а про то сыщется им быть казненным смертью» (98). Впрочем, этот грозный указ относился лишь к случаям, когда врачи умышленно или по незнанию назначат своим пациентам «смерть наводящие статьи».

Число врачей, состоящих под началом Аптекарского приказа, в т.ч. военных (полковые лекари), гражданских, вольнопрактикующих, было достаточно велико, во всяком случае, значительно больше, чем перечислил в первой «Истории медицины в России» В.Рихтер. Это, кстати, отмечали еще в прошлом веке многие исследователи российской старины. «Пишуший эти строки, — сообщал в 1869 г. историк М.Д.Хмыров, — в сотнях перечитанных им томов разных архивов нашел сведения о многих военных врачах русской службы, врачах, самые имена которых, несмотря на почетность иных, были, как видно, неизвестны почтенному Рихтеру» (99).

В архивах Аптекарского приказа имелся составленный 27 апреля 1682 г. «Список Аптекарского Приказу чиновым людям». В этом приказе, делами которого ведал тогда дьяк Андрей Виниус, а возглавлял боярин и дворецкий князь Василий Федорович Одоевский, числились:

«Дохтуры: Степан Фунгаданов, Лаврентий Блюментрост, Симон Зомер, Яган Гутменш, Андрей Келлерман, Захарей Фандергунст, Аптекаря: Крестьян Эйхлер, Яган Гутбир, Франц Шлятор, Фиктринус Григорьев. Алхимисты: Петр Пиль, Яган Зеттигаст. Лекаря иноземцы: Яган Термонт, Яган Фохт, Петр Рабкеев, Адолф Екимов, Андрей Беккер. Подъячие: Тимофей Паников, Захарей Навроцкой, Прокофей Тугаринов, Иван Иванов, Мишка Протопопов, Костоправ Иван Максимов. Алхимского и аптекарского дела ученики: Василий Шилов. Григорей Игнатьев. Андрюшка Аристов. Русские лекари: Кирилло Петров. Артемий Петров. Федор Ильин. Осип Островской. Василий Подурцев. Дмитрей Микитин. Яков Починской. Алексей Иванов. Иван Веденихтов. Кузма Семенов. Андрей Харитонов. Федор Чаранда. Влас Губин. Увар Федоров». Кроме того, в штате приказа числились 2 толмача (переводчика), 27 «лекарского дела учеников», а также истопники, «сторожи старые и новые аптек, глиняных судов мастер» и др.

Все они давали присягу вступившему на российский престол царю Петру I.

Итак, новому царю присягнули, как было тогда принято, на верность 6 докторов, 4 аптекаря, 2 алхимиста, 5 иноземных лекарей, 14 русских лекарей, 27 лекарских учеников, 1 костоправ и 3 алхимистского и аптекарского дела ученика. Очевидно, эти 17 иноземцев и 45 русских медиков были теми работниками Аптекарского приказа, которые в тот момент находились на службе в Москве: общее число медиков в Аптекарском приказе было значительно больше.

Православные (русские медики), как водится, целовали крест; присяга иноземцев заключалась в том, что их «приводили к вере». Как свидетельствовали архивные документы, «приводил иноземцев к вере перед боярином и дворецким перед князем Василием Федоровичем Одоевским да перед дьяком Андреем Виниусом из Немецкие Слободы Лютерской веры пастор Петр Ран, а говорил каждому речь... после его каждой говорил же: правая рука два перста простерты подняв палец и меншие персты согнув, такову:

Яз имрек, кленуся Богу сею мою телесною присягою, что мне Государю своему, Царю и Великому Князю Петру Алексеевичу всея Великия и Малыя и Белыя России Самодержцу, послушно верно и доброхотно служити, и что в службе моей мне будет приказано — по моему лутчemu веданию и искусству и крайнему положению без всякого лукавства исполняти по истине, на том мне Боже помози и Его Святое Евангелие.

И целовали Евангелие в том месте, где начинается первая глава Евангелия Иоаннова» (100).

Итак, в XVI-XVII веках в России появляется государственная медицина. Создается центральный орган управления (Аптекарский приказ). Благодаря его деятельности организуются казенные и частные аптеки, аптекарские сады и склады, проявляется забота о кадрах специалистов, в т.ч. о подготовке собственных кадров во вновь организованной медицинской школе, создается военно-медицинская служба в полках, обращается внимание на противоэпидемические меры, осуществляется врачебная экспертиза и пр. — в общем, осуществляется широкий круг государственных мероприятий в области медицины.

С воцарением Петра I начинается новый период в истории России, ознаменовавшийся крупными реформами во всех областях государственной жизни, которые благотворно оказались и на состоянии медицинского дела.

II.

МОСКОВСКАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКОЛА

(XVIII в.)

I. Реформы Петра I

Конец XVII — начало XVIII веков стали знаменательным временем в истории России. Реформы выдающегося государственного деятеля и полководца, талантливого и энергичного Петра I, напряжение народных сил, труд всей России помогли во многом ликвидировать отсталость государства, сыграли огромную роль в развитии производительных сил страны, ее промышленности и сельского хозяйства, науки и культуры. Как писал об этом времени великий Пушкин, «была та смутная пора, когда Россия молодая, в бореньях силы напрягая, мужала с гением Петра» (1).

Мужала, набиралась сил и опыта и русская медицина.

Петр I был образованным человеком, высоко ценил науку, а к медицине, по словам современников, испытывал особую страсть. Когда в 1697 г. в составе Великого посольства он, под именем урядника Петра Михайлова, побывал в Голландии и Англии, то знакомился и с медицинскими клиниками и анатомическими лабораториями.

Рассказывают, что Петр слушал лекции профессора анатомии Рюйша, присутствовал при операциях, а увидев в его анатомическом кабинете превосходно препарированный труп ребенка, который улыбался, как живой, не удержался и поцеловал его (впоследствии Петр купил анатомическую коллекцию профессора Рюйша, она находилась в Петербурге, в Кунсткамере и Академии наук).

Существует предание, что в Лейдене он заглянул и в анатомический театр к знаменитому профессору Бурхаве, медицинскому светиле того времени, видел, как профессор «разнимал» труп и «сказывал» студентам его части, а потом осматривал богатейшую коллекцию препаратов, бальзамированных и «в спиртуках». Кстати, заметив, что кое-кто из сопровождавшей его свиты высказывает отвращение к мертвому телу, Петр сильно разгневался и заставил их зубами разрывать мускулы трупа.

«Распространению медицины в нашем отечестве при Петре Великом много способствовала страсть этого монарха к анатомии и хирургии, — отмечал впоследствии историк медицины Н. Куприянов. — ... В хирургии император приобрел многие познания и даже практический навык. Обыкновенно монарх носил при себе два набора: один с математическими, другой с хирургическими инструментами и до того любил хирургию, что под руководством Термонта (этот хирург приехал в Россию еще при царе Алексее Михайловиче — М.М.) методически вскрывал трупы, делал разрезы, пускал кровь, перевязывал раны и выдергивал зубы. Царь повелел доносить о каждой более интересной операции, произведенной в госпитале или частном доме. Монарх не только следил за операциями, но и сам их делал» (2).

Искусный мастер, Петр в совершенстве знал многие ремесла. Успехи в этом поселили в нем прочную уверенность в ловкости своих рук: он действительно считал себя и опытным хирургом, и хорошим зубным врачом. Бывало, близкие люди, страдавшие от какого-либо недуга, требовавшего хирургической помощи, приходили в ужас при мысли, что царь может узнатъ об их болезни и, явившись с инструментами, предложит свои услуги в качестве хирурга: отказать царю, конечно, было нельзя, но и довериться ему как оператору, как доктору, как лекарю, тоже было невозможно. Всетаки, как говорят, после него остался целый мешок с выдернутыми им зубами — памятник его зубоврачебной практике.

В царствование Петра I, открывшее, по сути дела, историю России XVIII века, отличительной особенностью организации медицинского дела в стране продолжал оставаться государственный характер. Несмотря на трудности, связанные с проведением масштабных реформ, государство стремилось проявлять заботу об охране здоровья своих граждан, прежде всего военных, расходуя на это определенные суммы из бюджета и управляя всей медициной в стране.

Известно, что в годы царствования Петра I в России были открыты большие военные госпитали — в Москве (1707), Петербурге (1716), Кронштадте (1720), Ревеле (1720), Казани (1722), Астрахани (1725) и других городах страны. Указом Петра I (1721) магистраты обязывались строить «земские изждивением гошпитали ради призрения сирых, больных и увечных и для самих престарелых людей обоего пола»: в результате еще при его жизни в стране было создано 10 госпиталей и свыше 500 лазаретов. Закладывая в 1715 г. морской (Адмиралтейский) госпиталь в Петербурге, на Выборгской стороне, Петр I сказал: «Здесь изнеможенный найдет себе помощь и успокоение, которого ему доселе недоставало; дай только Боже, чтобы никогда многие не имели нужды сюда быть привозимы!» (3).

Следует подчеркнуть, что именно Петр I обеспечил государственную поддержку проводившимся православной церковью, многими ее монастырями мерам по борьбе с «подкидышами» и по призрению сирот и незаконнорожденных; особенно активно поддерживал он начинания новгородского митрополита Иова. Еще в 1706 г. митрополит Иов, используя монастырские доходы, открыл на берегу реки Волхов три больницы, а также дом для прохожих и «дом для незаконнорожденных и всяких подкидных младенцев». Для этого «дома подкидных младенцев» был выделен целый монастырь в Колмове. А. Горчаков в своей книге «Монастырский приказ» (1863) сообщает, что у митрополита Иова в 1714 г. было «10 странноприимниц, 15 нищепитательниц или больниц и домик для подкидышей».

Высокополезную деятельность митрополита Иова Петр часто приводил в пример не только иерархам церкви, но и своему ближайшему окружению: христианская благотворительность становилась важным государственным делом. Более того, в указе от 16 января 1712 г. Петр I прямо предписывал: «По всем губерниям учинить шпиталеты для увечных, а также прием незазрительный и прокормление младенцев, которые от незаконных жен рождены, по примеру новгородского архиерея» (4).

В другом царском указе подчеркивалось: «Тако же како о таких же делах боготщательное и душеспасительное осмотрение преосвященный Иов, митрополит Новгородский, учинил в Великом Новгороде, избрать искусных жен для сохранения зазорных младенцев, которых жены и девки

рожают беззаконно ...Объявить указ, чтобы таких младенцев в непристойные места не отмечивали...» (5).

Даже в записных книжках Петра I имеются заметки, свидетельствующие о том, что он уделял большое внимание этим начинаниям. Вот, например, заметка, сделанная Петром I на одном из заседаний в сенате: «Сделано ли по указу о подъемных младенцах, как у новгородского архиерея Иова было. И если не сделано — для чего» (6).

Развивавшаяся медицина требовала расширения обеспечения населения лекарствами. Поэтому много внимания уделялось увеличению количества аптек. В Петербурге, Казани, Глухове, Риге и Ревеле в 1706 г. были открыты казенные аптеки, а в некоторых других городах — гарнизонные. В то же время были приняты меры к поощрению создания вольных (частных) аптек.

В 1701 г. последовал указ, что всякий русский или иностранец, который пожелает завести вольную аптеку с разрешения правительства, получит бездленежно необходимое для сего место и жалованную грамоту на наследственную передачу своего заведения; таковым аптекарям предоставлено было право свободно выписывать все нужные материалы из-за границы. В Москве, в дополнение к 2 казенным, разрешено было открыть еще 8 аптек. А с 1721 г. вольные аптеки начали открываться в Петербурге и других губернских городах. Характерно, что и разрешение на открытие аптек, и контроль над их деятельностью входили в сферу интересов государства.

Государственной медицине, в первую очередь военно-медицинской службе, требовалось все больше врачей. Сначала их вербовали за границей. Например, только в 1698 г. в Амстердаме для службы в создаваемом российском флоте были наняты, наряду с капитанами, комендорами, штурманами и другими специалистами, и 52 лекаря: каждому полагалось жалованье в размере 12 ефимков, 13 алтын и 2 деньги в месяц (ба). Все эти лекари изучали медицину не в университетах, а в порядке индивидуального ученичества у других, более опытных врачей, а затем служили в войсках или на кораблях различных европейских государств.

Чтобы обрести собственных, более квалифицированных медиков, требовалось готовить в стране своих врачей, открыв с этой целью специальные учебные заведения. И в XVIII веке, после первой госпитальной школы в Москве, было открыто еще несколько школ. Воспитанников госпитальных школ, которые были одинаково компетентны и в терапии, и в хирургии, направляли прежде всего в армию и на флот.

Общепризнанно, что прогресс экономики и связанные с ним политические и культурные преобразования неминуемо обусловливают потребность в быстром развитии науки. Так было и в нашей стране.

Уже в начале XVIII века в России появляются школа математических и навигационных наук (1701), артиллерийские школы (1701), инженерная школа (1713), морская академия (1713), горнозаводские ремесленные школы (1719) и ряд других: создаются Петербургская академия наук (1725), а затем и Московский университет (1755).

В числе первых в России была открыта и готовившая врачей медико-хирургическая (госпитальная) школа.

Важно подчеркнуть, что эта школа представляла собой принципиально новый тип высших медицинских учебных заведений. Главное состоит в том, что в отличие от существовавшей в XVII веке медицинской школы

Аптекарского приказа, о которой шла речь выше, и первая, и все другие российские медико-хирургические школы создавались только на базе крупных лечебных учреждений — госпиталей, почему первое время они и назывались «госпитальными».

С самого же начала учреждение больших, генеральных (т.е. учебных) госпиталей преследовало двоякую цель — лечение больных и преподавание медицины. «Понеже учреждение госпиталей двойкого намерения и плода имеет, — узаконивал «Генеральный регламент о госпиталях», утвержденный в 1735 г.: первое и которое начальственное имеет быть — пользование страждущих больных, второе — произвождение и утверждение медиков и лекарей к большому искусству; того ради к сему намерению, хотя в начале, медиков и лекарей при том иметь надлежит» (7).

Создаваемые в России госпитальные школы принципиально отличались и от существовавших в Западной Европе медицинских учебных заведений — медицинских факультетов университетов. Как известно, их выпускники — врачи терапевтического профиля — получали преимущественно теоретическое образование. В противоположность им хирурги, не имевшие университетского медицинского образования, получали практическую подготовку по методу «ремесленного ученичества» и считались медиками второго сорта. Однако жизнь показывала — и в начале XVIII века это становилось все более очевидным, — что врачи должны быть хорошо подготовлены как по внутренней медицине, так и по хирургии.

В России, где никогда не существовало присущего Западной Европе антагонизма между врачами и хирургами, с самого начала высшего медицинского образования начали готовить лекарей, одинаково компетентных и в хирургии, и во внутренних болезнях. Начало высшему медицинскому образованию было положено в Москве.

25 мая 1706 г. был опубликован указ Петра I об организации Московского «гофшпиталя»: его следовало построить «за Яузой рекою, против Немецкой слободы, в пристойном месте..., для лечения болящих людей». В указе подчеркивалось: «А у того лечения быть доктору Николаю Бидлоо, да двум лекарям Андрею Репкену, а другому, кто прислан будет; да из иноземцев и из русских из всяких чинов людей набрать для аптекарской (т.е. медицинской — М.М.) науки 50 человек; а на строение и на покупку лекарств, и на всякие к тому дела принадлежащие вещи, и доктору, и лекарям, и ученикам на жалованье деньги держать в расход из сбров монастырского приказа» (8).

Первоначально для госпиталя были построены несколько деревянных двухэтажных флигелей — как их тогда называли, «домов со светлицами». Здания госпиталя окружал сад, в котором разводились лекарственные растения.

21 ноября 1707 г. госпиталь был открыт, сюда стали принимать больных для лечения. «Всемилостивейший государь, — писал возглавлявший госпиталь доктор Бидлоо Петру I, — вашему царскому величеству благоугодно явилось повелеть госпиталь при Яззе построить, который божиим благословением попечением же его превосходительства графа Мусина Пушкина (в то время управляющий Монастырским приказом — М.М.) ноября в 21 д. 1707 году в такое состояние приведен, что с оным в Божие имя начало учинено, и впервые несколько больных в том дом приведено» (9).

2. Учение в госпитале

В это же время начала действовать первая в стране Московская госпитальная (медицинско-хирургическая) школа, приступили к занятиям ее первые ученики. На содержание госпитала и школы Монастырский приказ (а потом сменивший его святейший Синод) тратили часть средств, получаемых духовенством от монастырских вотчин, от сборов с «венечных памятей» (их платили при вступлении в брак), от «лазаретных денег» (своеобразного налога на лекарства, собираемого со всех государственных служащих), от «штрафных денег» (за просроченную более года духовную исповедь),

Для обучения в школе требовалось знание латинского языка — преподавание велось на этом традиционном международном языке науки, поэтому в школу поступали первоначально воспитанники Московской славяно-греко-латинской академии и духовных семинарий. Это были молодые люди демократического происхождения, выходцы из низших слоев общества, прежде всего, из мелкого духовенства, из посадских и мастеровых, из казаков и солдат; были среди них и лекарские дети. Большинство составляли «природные россияне», но были и дети иностранцев. Вынужденные добиваться всего собственным трудом, они и на учение смотрели как на труд и в большинстве своем занимались с большой охотой.

Впрочем, не все из поступавших в Московскую госпитальную школу проходили полный курс обучения. Так, в 1712 г. доктор Бидлоо писал Петру I: «Взял я в разных годах и числах 50 человек до науки хирургической, которых 33 осталось, 6 умерли, 8 сбежали (из школ тогда, как писал В.О.Ключевский, убегало очень много молодых людей — М.М.), 2 по указу взяты в школу, 1 за невоздержание отдан в солдаты» (10). По возрасту, продолжительности обучения в школе и успехам в учении всех учеников разделяли на три статьи (разряда) — первую, вторую и третью. Все они учились бесплатно и находились на полном пансионе у государства, жили при госпитале в отдельных светлицах, имели общий стол, получали обмундирование и жалованье. Жалование составляло по 1 рублю в месяц, в обмундирование выдавалось сукно на кафтан, камзол и штаны — по 7 аршин каждому на два года: качество выдаваемого сукна зависело от статьи, в которой состоял ученик.

Твердого срока обучения в Московской госпитальной школе первоначально не существовало — в зависимости от успехов ученика он колебался от 5 до 10 лет. Программа обучения предусматривала основательное знакомство с предметами, составлявшими тогда основу медико-хирургического образования. Это были, во-первых, анатомия, во-вторых, «материя медика», включавшая фармакогнозию (систематическую ботанику), фармакологию и фармацию, в-третьих, внутренние болезни и, в-четвертых, хирургия с десмургией.

Анатомию — важнейшую тогда дисциплину в медицинском образовании — преподавал сам Бидлоо.

Николай Бидлоо, или, как называли его в Москве на русский манер, Николай Ламбертович Бидлоо, родился в Голландии, в г. Амстердаме, около 1670 г. Его отец Ламберт Бидлоо был аптекарем и ученым-ботаником, членом Амстердамского медицинского общества, а дядя Готфрид Бидлоо — анатом и хирург — одно время был лейб-медиком английского

короля, а затем — профессором и ректором знаменитой «Лейденско-Батавской академии». Николай Бидлоо окончил эту академию, в 1697 г. защитил диссертацию на тему «О задержке менструаций» и до 1702 г. занимался медицинской практикой в Амстердаме. Русский посланник в Голландии граф А.А.Матвеев по приказу из Петербурга пригласил Бидлоо в Россию в качестве лейб-медика Петра I и заключил с ним соответствующий контракт. В 1702 г. Бидлоо приехал в Россию, ставшую его второй родиной: он прожил здесь более 30 лет и умер в Москве в 1735 г.

В течение нескольких лет Бидлоо был лейб-медиком Петра I: в его обязанности входило постоянно сопровождать царя в его чрезвычайно частых поездках по России. Кроме того, Бидлоо выполнял многочисленные поручения царя, который всегда интересовался медициной.

В Лейпциге в начале XVIII века выходил журнал «Европейская мольва», в котором освещались важнейшие политические события, печаталась придворная хроника и пр. В числе важных известий из Москвы «Европейская мольва» поместила сообщение о том, что «в Москве построен анатомический театр, который вверен надзору доктора Бидлоо, голландца и царского медика; он часто анатомирует тела как умерших обыкновенной смертью, так и скончавшихся от ран, при чем часто присутствует сам царь с вельможами особенно, когда медики советуются о свойствах тела и причинах различных болезней» (11).

Однако многочисленные обязанности стали тяготить Бидлоо и он обратился к благоволившему к нему царю, который к тому же по состоянию здоровья не нуждался тогда в услугах лейб-медика, с просьбой дать ему другую службу. Так Бидлоо стал главным доктором Московского госпиталя и директором госпитальной школы, где преподавал анатомию и другие основные предметы.

Обучая своих студентов анатомии, доктор Бидлоо использовал труды голландских анатомов Герада Блазиуса (1676) и Стефаниса Бланкара (1695), а также написанный им самим краткий учебник анатомии в 2 частях «Positionum anatomico-phisiologicarum (1695-1696). Широко использовался анатомический атлас Готфрида Бидлоо (1685), изданный на голландском и латинском языках — этот атлас доктор Бидлоо привез в Москву из Амстердама. Обучение учеников анатомии проводились главным образом на трупах: в Москве было издано специальное распоряжение — обнаруженные на улицах трупы «подлых людей» (т.е. людей низкого происхождения) доставлять в анатомический театр в госпиталь. Остеологию ученики изучали по скелетам и отдельным костям. Преподавались и элементы гистологии. Среди учебных пособий Московской госпитальной школы был и рукописный учебник анатомии Н.Бидлоо «Всеобщая наука анатомия, в своих трактатах сокращенно изложенная Н.Бидлоо». Эта книга (к сожалению, незавершенная) была написана в 1714 или 1716 гг. на латинском языке, ее обнаружил историк медицины Б.Н.Палкин в 1976 г. в фондах историко-архитектурного музея г.Астрахани (12).

Изучению анатомии в Московской госпитальной школе уделялось особенно большое внимание: знание этой науки было обязательно для хирургов. «К хирургии, — учил будущих врачей доктор Бидлоо, — относятся, дабы знал хирург: 1. Анатомия, которая есть знание целого человеческого тела снаружи и изнутри» (13). Подобный анатомический (а впоследствии анатомо-физиологический) подход, получивший широкое развитие

не только в Московской, но и в других госпитальных школах, стал закономерностью, отличавшей русскую хирургию XVIII-XIX веков.

Дисциплину «материя медика» (или, по-другому, аптекарскую науку) ученикам госпитальной школы преподавали аптекари госпиталя Христиан Эйхлер, а потом Иван Маак. В госпитале устроен был свой сад лекарственных растений (так называемый аптекарский огород): летом и осенью ученики вместе с аптекарем отправлялись за город, в окрестности Москвы, для сбора лекарственных растений и пополнения госпитальной аптечки.

Так как в медицинской практике господствовали тогда сложные лекарства — тинктуры, эликсиры, декокты — из множества различных ингредиентов (порой из 20-30), ученикам приходилось записывать большое число длинных рецептов и хранить их долгое время. Им давалось представление и об известных тогда фармакопеях, в особенности так называемой лондонской. Наряду с лекарственными растениями, учеников обучали применять для лечения такие экзотические, но бывшие в ходу лекарства как собачье и лисье сало, волчьи зубы, олений рог, заячий лодыжки и пр.

Внутренние болезни (или просто медицина) включали в себя частную патологию и терапию. Их изучение было введено по инициативе доктора Бидлоо.

Хирургию ученикам госпитальной школы преподавал сам Бидлоо — лишь десмургии («учреждению бандажей») обучал его помощник, лекарь Репкен, и подлекарь Федор Богданов.

Таким образом, программа обучения будущих врачей в Московской госпитальной школе была весьма насыщенной, ни в чем не уступая, а кое в чем и превосходя программы медицинских факультетов тогдашних западноевропейских университетов, в большинстве которых все еще господствовал мертвящий дух средневековой сколастики. Главное было, конечно, в практической подготовке будущих врачей, в обучении студентов у постели больного, в палате госпиталя.

3. Вклад Бидлоо в хирургию

О содержании курса анатомии и хирургии, преподававшегося ученикам Московской госпитальной школы, позволяет судить капитальный труд Николая Бидлоо «Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре». Эта большая рукопись на латинском языке, объемом в 1306 листов, написана в 1710 г. Впервые историки медицины узнали о ней в 1809 г., когда В.Я. Джунковский упомянул о труде Бидлоо в «Каталоге книг императорской медико-хирургической академии». Однако еще только через 90 лет Г.Г.Скориченко-Амбодик дал краткую характеристику труда доктора Бидлоо.

Уже в наше время, летом 1963 г., рукопись Бидлоо обнаружил в фундаментальной библиотеке Военно-медицинской академии в Ленинграде (Санкт-Петербурге) историк медицины Н.А.Оборин. Рукопись была переведена на русский язык и издана в Москве в 1979 г. под редакцией профессора М.В.Даниленко с предисловием академика Б.В.Петровского и комментариями Н.А.Оборина.

Имеющиеся в рукописи указатели (индексы) содержат названия основных разделов программы преподавания анатомии и хирургии. По анатомии, например, подробно изучались как общие вопросы — о делении тела человека, о его покровах, об остеологии, о мышцах, об артериях и их разветвлениях, о нервах и их распределении и др., так и частные вопросы — о глазе, об ухе, о носе, о диафрагме, о сердце, о печени и др.

Теоретическая хирургия включала в себя шесть больших разделов. Первый — опухоли: здесь рассматривались вопросы о происхождении воспаления, о флегмоне, роже, гангрене, карбункуле и панариции, о геморроидальных узлах, обо всех грыжах и их разновидностях. Второй — высыпания (напомню, что болезни наружных покровов были компетенцией хирургии): сюда входили чесотка, герпес, лишай, различные пустулы, папулы, пузырьки и другие кожные заболевания. Третий — раны: в этом важном разделе изучались простые, ушибленные, сложные, отравленные и огнестрельные раны, ранения кровеносных сосудов, плевральной оболочки, различных органов, а также ожоги. Четвертый — язвы: здесь рассматривались кариозные, червивые, фистулезные язвы, язвы глаз, носа, рта, груди и др. Пятый и шестой разделы посвящались травмам — разнообразным переломам и вывихам.

Специальный указатель был посвящен клинической хирургии: приводить его, однако, нет нужды, т.к. изложенная в нем программа полностью осуществлена в рукописи доктора Бидлоо, по которой ученики Московской госпитальной школы и изучали клиническую хирургию.

Чем же интересна рукопись этого учебно-научного руководства? Прежде всего, следует отметить, что хирургию Бидлоо считал неотъемлемой частью медицины — в России, как уже говорилось, в отличие от стран Западной Европы, никогда не существовало «разделения» медицины, которой занимались дипломированные врачи — выпускники университетов, и хирургии, отданной на откуп цирюльникам и ремесленникам, среди которых было немало невежд, а то и шарлатанов. Более того, доктор Бидлоо пропагандировал примат медико-хирургической подготовки будущих врачей.

В соответствии с этим хирургия, учил он своих слушателей, это «предмет, созданный опытом, на основе познания и изучения хорошо сложенного человеческого тела, для восстановления и сохранения неестественно измененного случайными болезнями тела и красоты его, что достигается приложением рук извне, применением внутрь лекарств..., а также инструментов» (14). В этом определении важно указание на анатомию как основу хирургии, а также на использование различных лекарств: Бидлоо даже считал, что к хирургии относится и «химия» (приготовление медикаментов в зависимости от особенности болезни), и «ботаника» (знание растений, цветов, корней, пригодных для приготовления лекарств).

Изложение предмета хирургии предваряли ценные деонтологические рассуждения о больном, о хирурге и его помощниках, о присутствующих на операции. Интересно его определение хирурга:

«Хирург должен быть не слишком молод или стар, хорошо изучивший теорию науки и имеющий опыт в своем искусстве. Он должен обладать рассудительным умом, острым зрением, быть здоровым и... сильным. Во время операции быть внешне безжалостным, не сердитым, способным, славным, трезвым. Хирург не должен быть своенравным, дабы не слиш-

ком спешил при операции и по своей опрометчивости не бросал операцию посредине, не сердился на сказанное больным. Еще должен быть проворным, чтобы уверенно начинать операцию, не ленивым, а деятельным. Далее, чтобы хирург не гневался на больного, а старался расположить его к себе. Если надежда на спасение превышает опасность, тогда надо делать операцию. Но если опасность больше..., то следует воздержаться от операции. Никогда не приступать к операции ради наживы, а лечить болезни по призванию. Далее, хирург... не может начинать операцию, не посоветовавшись с коллегой или человеком, сведущим в этом искусстве» (15).

Это определение хирурга вызывает в памяти другое — то, которое дал еще в I веке н.э. Авл Кornелий Цельс в своем сочинении «О медицине» и которое повторялось затем в разное время различными авторами. Вот что писал Цельс:

«Хирург должен быть человеком молодым или близко стоять к молодому возрасту; он должен иметь сильную, твердую, не знающую дрожи руку; и левая его рука должна быть также готова к действию, как и правая; он должен обладать зрением острым и проницательным, душой беспрепятственной и сострадательной настолько, чтобы он желал вылечить того, кого он взялся лечить, и чтобы он, будучи взволнован его криками (все операции производились без обезболивания — М.М.), не спешил больше, чем того требует дело, и не оперировал дольше, чем это необходимо. Но пусть он также делает все так, как будто крики больного нисколько его не задевают» (16).

Сравнивая эти два определения (разделенные, правда, 17 веками), можно отметить, что определение Бидлоо значительно шире и, если можно так сказать, глубже: впрочем, и хирургия в его время была все-таки немного другой.

В начале курса хирургии Бидлоо давал своим ученикам представление о хирургической операции, которая, по его словам, есть «хирургическое вмешательство, сознательно и научно применяемое на больных частях человеческого тела, осуществляющее для сохранения, восстановления и красоты его и включающее четыре вида... 1. Соединение, чтобы срослось разъединенное. 2. Разделение, когда что-то, неестественно сросшееся, должно быть вскрыто и разделено. 3. Удаление, когда что-то..., вросшее в тело, было бы отрезано и отделено. 4. Протезирование — восстановление чего-либо недостающего. Эти вышеназванные вмешательства, или операции, производятся на мягких или твердых частях, снаружи и внутри» (17).

Бидлоо подробно объяснял особенности каждого вида этих операций. Так, операции соединения он подразделял на сопоставление, достигаемое соединением разъединенных частей пластырями, подушечками, повязками, и шов, который накладывается на брюшину, желудок и т.д. Операции разделения включали разрез, пункцию, прободение и прижигание; операции удаления — экстракцию щипцами, ремнями и другими способами, вырезание, разрез; операции протезирования — возмещение (например, изготовление искусственной ноги), восстановление функции (например, приготовление золотой пластинки при сифилитическом поражении нёба), сохранение красоты (искусственный глаз, зубы), изменение неестественного строения (исправление начинающегося горба).

Эти представления о различных оперативных вмешательствах вполне соответствовали передовому уровню тогданий хирургии.

После общего знакомства с операциями следовало более детальное изучение каждой из них. Подробно рассматривались различные пластыри, подушечки и компрессы, повязки и особенно швы — «соединение разъединенной кровоточивой части человеческого тела посредством нити и иглы», причем давались правила, где можно и где нельзя накладывать швы, и рекомендовались конкретные приемы наложения швов. Детально излагались виды и техника разрезов.

Особое внимание уделялось пиротехнике — использованию в хирургической практике различных прижиганий. В то время это был все еще чрезвычайно распространенный вид хирургического вмешательства, удержавшийся затем в медицине вплоть до XIX века: существует мнение, что даже Н.И.Пирогов в 1847 г. ввел в отрядный походный набор «железки для прижигания» (Н.А.Оборин, 1958). Различалось термическое прижигание, которое производили раскаленным железом или раскаленным веществом при какой-либо болезни, и вытравляющее прижигание — с помощью прижигающих и разъедающих лекарств (сублимата ртути, преципитата ртути, негашеной извести, купороса и др.).

Одними из принятых тогда методов лечения, пришедшими из средневековья, но, тем не менее, применявшимися в медицине еще и в XVIII и даже в XIX веке, были фонтанель — искусственная язва, создававшаяся для длительного отделения патологического секрета, и заволока — пучок нитей, вложенный в искусственно сделанный под кожей раневой канал, чтобы вызвать в нем воспалительное раздражение, нагноение. Фонтанели «открывали» либо разрезом, либо разъедающими средствами, либо прижигателями (чаще всего).

«Найди место (для фонтанели — М.М.) и обозначь его чернилами, — учил Бидлоо. — Вокруг этого места смажь розовым маслом против воспаления, а затем произведи скарификацию там, где ты обозначил. Потом приложи небольшой кусочек адского камня к тому месту, где сделаны надрезы. Затем (наложи) защитный пластырь с отверстием, чтобы вытекала разъедающая материя и не распространялась дальше... Этот небольшой кусочек (ляписа) необходимо прикрыть пластырем, чтобы не выпал. Потом — компресс с (красным) или французским вином и повязка. Итак, все пусть останется на протяжении 12-ти часов...

После того, как придешь и увидишь, что эшара отделилась и кожа разъедена не глубоко, то теперь достаточно приложить... шарик из корпии с базиликонной или египетской мазью для смазывания язвы... Когда язва расширена шариком из корпии, то нужно приложить шарик, сделанный из воска... Потом накладывается сухая горошина, посредством которой поддерживается непрерывное вытекание жидкости. При этом все пластыри удаляются и накладывается только вощеная бумага, дабы постоянное выделение материи не вызвало экскориации кожи вокруг фонтанеля... Потом накладывается компресс с французским или (красным) вином. Затем — фибула, которая сдавливает фонтанель, чтобы не увеличивался» (18).

Подробно излагалась и техника протягивания заволоки, причем подчеркивалось, что «заволока значит больше, чем четыре фонтанеля».

С учетом новейших данных медицины говорилось об ангиологии или о секции сосудов. Артериотомию и флеботомию, подчеркивал своим ученикам Бидлоо, применяют на всем теле и при всех болезнях человеческого тела. Рассечение производят продольно, поперечно и косо. Венесекцию «для

уменьшения, или удаления, или отвлечения крови* он рекомендовал при таких болезнях, как абсцессы, раны, язвы, переломы, вывихи, а также при различных болезнях головы (головная боль, безумие, делирий, воспаление глаз), горла (воспаление миндалин, воспаление мышц гортани, ангине, все болезни гортани, все раны горла, головы и т.д.), груди (воспаление плевры, воспаление оболочки легких, закупорка горла, трепетание сердца, астма, плеврит, чахотка). Крови извлекалось от 4 до 8 унций (от 120 г до 240 г).

Подобные широкие показания для кровопускания, которые рекомендовал своим ученикам Бидлоо, можно объяснить, по-видимому, распространенными тогда идеалистическими, вернее виталистическими учениями — такими как учение Иоганна Ван-Гельмента об «архее» (высшем жизненном начале) или, в особенности, «анимизме» создателя теории «флогистона» Эрнста Штала.

Согласно Шталью, душа (*anima*) — это высший жизненный принцип, она является причиной всех функций тела, мертвого самого по себе, и держит их в равновесии, в нормальном тонусе, который при болезни нарушается; лечение болезни должно поддержать душу и восстановить нормальный тонус. При повышенном тонусе, считал Шталь, «наиболее важным и действенным средством... служит кровопускание, заменяющее естественные кровотечения, для этой же цели служат слабительные, рвотные, потогонные и т.п. средства» (19). Следует отметить, что в последующем, особенно в начале XIX века, после появления учения Франсуа Брусселя, кровопускания приобрели в медицине еще большее распространение.

4. Обучение медицине и хирургии

Обучая своих воспитанников медицине и хирургии, Бидлоо учил их применять наиболее рациональные терапевтические и хирургические методы. Так, рассказывая об аневризмах, истинной и ложной, он обращал внимание на особо опасную ложную аневризму, возникающую из-за рассечения или разрывов артерии — она «может закончиться смертельно, если ее не предотвратить». Доктор Бидлоо обучал производству операции при аневризме, детально описывал ход этой операции, употребление турнiqueta; на заключительном этапе, указывал он, «игла с нитью проводится под артерией, а (нить) над раной завязывается хирургическим узлом», рана заполняется паклей, поверх кладется салфетка, пластины, три компресса и повязка.

При лечении варикса (расширение вен) рекомендовалось применять три способа — стягивание, сдавление или перевязывание, разрез, причем доктор Бидлоо не отвергал такой радикальной разновидности третьего метода, как перевязка сосуда по обеим сторонам опухоли с последующим вскрытием и выдавливанием кровяного сгустка. Внимание учеников госпитальной школы обращалось и на такую сравнительно новую тогда операцию, как шов сухожилий — правда, эта операция была известна еще Авиценне, но затем о ней забыли, и лишь в конце XVII века о ней сообщил французский хирург Жан Бьенез.

Хирургия начала XVIII века располагала довольно большим набором различных хирургических инструментов. В России, как свидетельствует сохранившееся доныне в Государственном Эрмитаже (Санкт-Петербург)

собрание Петра I, было много таких инструментов. Доктор Бидлоо знакомил своих учеников лишь с важнейшими хирургическими инструментами, рекомендуя, в каких случаях они могут потребоваться. Например, для подрезания, разделения, вырезания необходимы различные скальпели, прямые, изогнутые и серповидные ножницы. Для операций удаления нужны бритва, прямой и серповидный скальпели, скальпель и ланцет для вскрытия апостем (нарывов), разнообразные прижигатели, щипцы для пережатия перерезанного сосуда, зонд для исследования ран и язв, соскабливающий скальпель для удаления кариозных частей, ложка для порошков, элеватор для приподнимания сдавленных костей черепа, пилка для выпиливания зараженного участка между двумя суставами пальцев.

Будущих врачей (или, как их поначалу называли, медико-хирургов) знакомили с такими обязательными принадлежностями хирургических операций, как турунды из корпии, полотна или губки, канюли из серебра, золота или свинца, салфетки из корпии, пакли или льна, пластиры, компрессы и подушечки, различные повязки.

Все это составляло первый раздел обучения в госпитальной школе — сейчас такой курс называют общей (или пропедевтической) хирургией. Овладев этими необходимыми начальными знаниями, ученики приступали к изучению «хирургических операций от головы до пят», т.е., выражаясь современным языком, частной хирургии.

Доктор Бидлоо знакомил своих учеников с широким кругом операций, применявшимся тогда в хирургии. Обучая оперативным вмешательствам, он подробно описывал показания и противопоказания к ним, скрупулезно перечислял необходимый аппарат операции, т.е. инструменты, перевязочные материалы, лекарства — все, что может потребоваться во время проведения хирургического вмешательства. Далее следовали иногда дополнительные методические указания — такие, например, как и где, в каком помещении, следует производить ту или иную операцию, в каких условиях — в тепле или в холода, и т.п. Затем уже объяснялась техника операций — начиная от того, что сейчас мы называем «подготовкой операционного поля», от первых разрезов, от оперативного доступа, и кончая перевязкой раны и предупреждением возможных осложнений.

По этой общей схеме объяснял он своим ученикам операции на голове, шее, груди, внизу живота, на конечностях, а также операции и перевязывание переломов, перевязывание и закрепление вывихнутых костей, операции извлечения инородных тел и операции опухолей.

Бидлоо излагал своим ученикам полный курс хирургии того времени и, естественно, сообщал о различных методах лечения тех или иных заболеваний, об использовании разных оперативных методов. Однако он не просто механически перечислял существовавшие операции, но и выделял из них наиболее рациональные: критерием чаще всего служил его собственный опыт. Например, упомянув, что после операции аневризмы «некоторые предпочитают закрывать артерию прижигателем», Бидлоо не рекомендовал делать этого, «ибо при отделении эшары вновь вытекает кровь» (20). Перечислив методы лечения варикса, он фактически высказывался за наиболее радикальный из них — перевязку сосуда.

Указав на существовавшие многочисленные способы «сшивания наружных покровов» после ушивания раны кишki, Бидлоо отвергал все, кроме использовавшегося им самим шва с помощью двух игл. Он высмея-

вал применявшийся многими метод зондирования инородных тел в ране восковой свечой, решительно высказываясь за использование металлических инструментов и даже «собственного пальца». При операции парапентеза внизу живота при асците Бидло отвергал методы скарификации, прижигания, «вскрытия древних» (с помощью ланцета), признавая наиболее современный метод — операцию с использованием троакара.

Подобные примеры — их число можно продолжить — подтверждают, что преподававшийся доктором Бидло курс хирургии был основан на новейших достижениях этой науки в начале XVIII века, полностью соответствовал ее научному уровню в то время.

Анализируя историю русской хирургии, В.А.Оппель считал, что «первым учителем хирургии в России нужно считать Николая Бидлоо. Это был образованный врач, вставший во главе медико-хирургического училища» (21).

Что касается теоретических взглядов Бидлоо, то на содержании и изложении его хирургического труда следует отметить некоторое влияние как упомянутых выше теорий «архея» и «анимизма», так и ятрохимических взглядов Ф.Сильвия, профессора из Лейдена. Можно, вероятно, согласиться и с мнением Н.А.Оборина, что «для Н.Л.Бидлоо характерно сочетанное использование основных положений ведущих теорий патологии — гуморальной и солидарной» (22).

Анализ рукописи Бидлоо показывает, что он хорошо знал труды древних и современную ему хирургическую литературу: это подтверждают даже прямые ссылки на хирургический опыт и труды Жана Пти и брата Жака (Жака Болье), Жана Бьенеза и Феликса Вюрца, Фабриция Гильдания и Корнелия Золингена. Вместе с тем, сопоставление рукописи доктора Бидлоо с современной ей литературой, проведенное Н.А.Обориным (1979), подтверждает, что ни одно из тех изданий не было источником его труда. Можно отметить лишь сходство труда Николая Бидлоо с руководством Лаврентия Гейстера «Хирургия». Однако руководство Гейстера впервые издано в Нюрнберге только в 1719 г., через 9 лет после труда Бидлоо. «Поразительное сходство обоих руководств по структуре и содержанию объясняется тем, — разумно считает Н.А.Оборин, — что и Н.Л.Бидлоо, и Л.Гейстер пользовались одним образцом, то есть сложившимся к концу XVII века типом хирургического руководства» (23).

В общем, есть все основания говорить об оригинальности руководства, созданного Бидлоо. Отличительной особенностью этого труда является не только его высокий научный уровень, но и полное соответствие требованиям учебного руководства — строгая систематизация, продуманное изложение материала, акцент на главных вопросах, стремление предоставить учащимся возможности для самостоятельных занятий. «В этих лекциях кое-что не досказано и не раскрыто, — обращался к каждому своему ученику доктор Бидлоо. — Однако все это придет к тебе с опытом, практикой и размышлениями» (24).

Опыт, практика и размышления приходили к будущим медико-хирургам во время учебных занятий. Хирургическим операциям в госпитальной школе обучали на живых людях, в госпитале, и на трупах, в анатомическом театре, причем в госпитале обычно оперировал доктор Бидлоо, а в анатомическом театре — лекарь Репкен.

«В рассматриваемое нами время, — писал о XVIII в. историк хирургии В.А.Оппель, — рядом со старшими и младшими докторами в госпиталях существовали операторы, т.е. лекаря, производившие хирургические операции и обучавшие анатомии» (25). Лекарь Репкен, помощник Бидлоо, и был таким оператором. На трупах оператор Репкен показывал ученикам даже те операции, которые почему-либо не удавалось произвести в госпитале (например, из-за отсутствия больных), но которые входили в курс хирургии. Кроме того, в анатомическом театре и он, и доктор Бидлоо проводили репетиции (повторения) учебного материала «для натверждения учащихся». Десмургии они обучали и на людях, и на фантомах и чучелах.

Еще одним подтверждением высокого научного уровня обучения хирургии в госпитальной школе и широкого диапазона операций, производившихся в генеральном госпитале, является большой запас хирургических инструментов. В Московской госпитальной школе, сообщал Я.А.Чистович, сохранились каталоги этих инструментов, составленные в 1738 г. по случаю порчи большей части их во время пожара в госпитале. Инструменты разделялись по ящикам, и одни из них предназначались для специальных, а другие для общих операций. Кроме того, были инструменты анатомические, физические, акушерские, протезы, для малых операций, для перевязки и даже микроскоп. Например, в первом ящике среди 72 различных хирургических инструментов были инструменты для трепанации, операций на глазе, ухе, во рту, для проведения парацентеза и многие другие. 15 инструментов второго ящика предназначались для операций в области прямой кишки, 25 третьего ящика — при грыжах и других вмешательствах, 25 четвертого ящика — при самых различных операциях. О многих из этих инструментов Бидлоо писал в своей рукописи, учил будущих врачей владеть ими.

5. Выпускники госпитальной школы

В Московской госпитальной школе и сам Бидлоо, и его помощники стремились в преподавании теоретических и особенно клинических дисциплин как можно меньше прибегать к школьным методам зубрежки, заучивания наизусть непонятных или малопонятных терминов. «По отношению к ученикам госпитальной школы Бидлоо не был педантом и не давил их авторитетом своего ума, учености и начальнической силы, — писал Я.А.Чистович. — В одно и то же время он был и бесконтрольным их начальником, и учителем, и воспитателем; учил их всему, что было для них необходимо и полезно знать, и в то же время предоставлял им самим учиться, самим образовать себя, подражая его примеру и исполняя его советы и наставления» (26).

Обучение клиническим дисциплинам проходило непосредственно у постели больных и шло параллельно с изучением теоретических предметов. С самого же начала ученики работали в клинических отделениях госпиталя, исполняя первоначально обязанности, впоследствии ставшие основными для фельдшеров (тогда в России фельдшеров еще не было): это и было, собственно, началом их учения.

Вот как описывал их обязанности преемник Бидлоо доктор Детейльс: «Как он, Детейльс, взойдет в госпиталь к болящим, следуют за

ним оба лекаря, аптекарь и подмастерье, а потом все ученики, и каждого болящего сам осматривает и предлагает всякие рассуждения о состоянии оной болезни и силе лекарств вкратце и написав рецепты, всем ученикам списывать приказывает, а лежащих в ранах, над оными по разности ран и места, бандажи (т.е. перевязку) учредить обоим лекарям приказывает, и ежели которая рана сечению повинна, при себе учинить над самими больными, а не над бесчувственными чучелами, для лучшего обучения ученикам» (27).

Все это во многом напоминает современные клинические обходы, являющиеся важным элементом клинического обучения. Понятно, что участвовавшие в таких обходах ученики госпитальной школы играли роль кураторов больных — сейчас в клиниках медицинских факультетов эту роль выполняют студенты: они наблюдали больных, вели «скорбные билеты» (история болезни), дежурили в госпитале по ночам и в праздники.

Расписание занятий учеников обычно составлялось таким образом, чтобы учебная нагрузка была более или менее равномерной. Прежде всего, ранним утром ученики направлялись к больным, осматривали их, потом принимали участие в обходе доктора Бидлоо, наблюдали за операциями, помогали делать перевязки, ухаживали за тяжелыми больными. Затем они отправлялись на теоретические занятия в классы, подробно записывали все, что им читали, или лучше сказать, диктовали — книг и учебников было очень мало. После обеда ученики переписывали и учили уроки. Бумаги, очень дорогой тогда, было мало, писали на ней свинцовыми палочками, вытянутыми из расплощенной дроби, и гусиными перьями.

Но ни эти, ни многие другие трудности (даже пожары 1721 и 1737 гг., уничтожавшие здания госпиталя) не могли помешать деятельности Московской госпитальной школы. В 1712 г. состоялся первый выпуск — школу окончили Стефан Блаженной (Невский), Егор Жуков, Иван Беляев и Иван Орлов. Последующие выпуски состоялись в 1713, 1714, 1719, 1721, 1723, 1730 и другие годы. Строгие экзамены всякий раз подтверждали знания молодых врачей и обоснованность присуждения им звания лекарей (врачей).

Высокую оценку первым своим воспитанникам дал доктор Бидлоо, сообщавший, что он научил молодых людей «хирургии по основанию анатомическому». «...Они во время от четвертого до пяти лет толико во анатомии и хирургии обыкли, — писал он Петру I, — что я лучших из сих студентов вашего царского величества освященной особе, или лучшим господам рекомендовать не стыжусь. Ибо они не токмо имеют знание одной или другой болезни, которая на теле приключается и к чину хирурга надлежит, но и генеральное искусство о всех тех болезнях, от главы даже до ног, с подлинным и обыкновенным обучением како их лечить, также они приключающиеся язвы завязывать, и ко оным завязывание сочинять, где повседневно от ста до двух сот больных суть, зело поспешно научилися» (28); сообщал он и о производстве операции «в сем государстве неслыханных».

Однако нельзя не сказать о том, что первые выпускники госпитальной школы поначалу встретили довольно холодное, если не сказать враждебное, отношение со стороны коллег-врачей. В первой половине XVIII века в России по-прежнему работало много иностранных врачей: были среди них и такие, кто приехал к нам не из соображений гуманной помощи, а

только за длинным рублем, или, как писал в XIX веке Михаил Лермонтов, «на ловлю счастья и чинов». Ревниво охраняя свои привилегии, такие врачи стремились не допустить в медицинскую среду молодых русских лекарей, а если и принимали их, то держали на положении слуг.

Это предвидел, кстати, и сам Бидлоо. «Егда ты вашего царского просветлнейшего величества дело начинал, — писал он Петру I о создании госпитальной школы в Москве, — многие хирурги (иностранные — М.М.) советовали, дабы я народу сего (т.е. русских — М.М.) юноши не учил, сказующе, что не возможеш сие дело совершить. Боялся, что многие из тех иностранных хирургов мне явились неприятели и яко уже ныне и вижду. Понеже сие против чести их и против их интересов сего народа юноши изучил хотят убо оных посланных вместо слуг до смерти себе имети» (29).

Действительно, в 1712 г. в Петербурге уже окончившим госпитальную школу двум ученикам доктора Бидлоо Стефану Блаженному (Невскому) и Ивану Беляеву комиссия из четырех иноzemных врачей устроила дополнительный экзамен. «И хотя те отроки добре отвещали, — сообщал Бидлоо адмиралу Ф.М.Апраксину, энергично защищая своих воспитанников, — однако, они (иноzemные врачи — М.М.) по зависти лукаво об них свидетельствовали не хотячи (яко после будет явно), чтоб сего народа некоторые при них или временем чрез их дела свыше их почитались, но чтоб лучше они им служили и под их властию были» (30).

Комиссия тогда фактически провалила на дополнительном экзамене молодых врачей, при этом один из членов комиссии голосовал... заочно. Однако вмешательство доктора Бидлоо сыграло свою роль — оба молодых врача были приняты на службу в Балтийский флот. Туда же, кстати, в последующие годы были направлены и многие другие воспитанники Московской госпитальной школы.

В защите молодых русских лекарей важную роль сыграл сам Петр I, который на одном из адресованных ему писем доктора Бидлоо наложил такую резолюцию: «Чтоб никто из оных, иностранных лекарей и подлекарей никакой обиды в чести или в повышении чина российского народа от него изученным хирургам (т.е. воспитанникам доктора Бидлоо — М.М.) являть не дерзал, но также против иностранных хирургов (т.е. наравне с ними — М.М.) хоть здешнего народа, аще точию явился доволен, его императорского величества жалованье и чести могли получать» (31). Желая поощрить, а, может быть, и ускорить подготовку врачей в Московской госпитальной школе, Петр I распорядился выплачивать доктору Бидлоо по 100 рублей за подготовленного лекаря и 50 рублей за подлекаря.

Царская «премия» не побудила, однако, честного и неподкупного доктора Бидлоо поступиться своими принципами и увеличить количество выпускников в ущерб качеству их подготовки. Срок обучения по-прежнему составлял от 5 до 10 лет. Более того, в госпитальной школе помимо генеральных экзаменов были узаконены еще и «третные репетиции» — текущие экзамены, по результатам которых учеников переводили в старшие статьи (разряды); позднее младших учащихся, изучавших подготовительные предметы, называли учениками, а старших, изучавших практическую медицину и хирургию, — подлекарями: выдержав выпускной генеральный экзамен, они получали звание лекарей.

Успехами на медицинском поприще выпускники Московской госпитальной школы принесли своей alma mater заслуженную известность.

III. ПЕРВЫЙ АРХИАТР РОССИИ (XVIII в.)

I. Доктор Роберт Эрскин

Расширявшиеся масштабы государственной медицины потребовали реорганизации управления медицинским делом. В дополнение к Аптекарскому приказу, действовавшему в Москве, была учреждена в 1707 г. в Петербурге Аптекарская канцелярия (1); в течение нескольких лет, как свидетельствуют архивные документы, оба эти учреждения участвовали в медицинском управлении (2). Однако есть все основания считать, что Аптекарская канцелярия, действовавшая в новой столице, была более перспективным учреждением, которое, набирая силу, существовало параллельно с Аптекарским приказом — последний, вместе с Главной аптекой, находился в старой столице и ведал теперь медицинской Москвы и Московской губернии, а в 1721 г. он был превращен в Московскую медицинскую контору, просуществовавшую до середины XIX века.

В 1716 г. в медицине было введено единонаучение: ее возглавил не сановник из родовитых бояр, как это было раньше в Аптекарском приказе (последним из них был князь В.Ф.Одоевский), а врач, получивший должность архиатра, главного начальника Аптекарской канцелярии и всей медицинской части России. Первым архиатром стал доктор Роберт Эрскин (Арескин) — близкий соратник, а затем и друг Петра I.

Царю-преобразователю Петру I в осуществлении его коренных реформ и разительных перемен помогали умные и инициативные помощники. «Одна из граней дарования Петра Великого состояла в умении угадывать таланты, выбирать соратников, — отмечал Н.И.Павленко. — Можно называть десятки ярких индивидуальностей, раскрывших свои способности в самых разнообразных сферах деятельности. Но Петр умел не только угадывать таланты, но и использовать их на поприще, где они могли оказаться наиболее полезными» (3). Впоследствии Пушкин метко определил их как «птенцов гнезда Петрова».

Кто же были эти «птенцы»?

Это были самые различные люди. «Среди сподвижников Петра Великого помимо русских можно встретить голландцев, литовцев, сербов, греков, шотландцев. В «команде» царя находились представители древнейших аристократических фамилий и рядовые дворяне, а также выходцы из «низов» общества: посадские и бывшие крепостные. Царь долгое время при отборе помощников руководствовался рационалистическими критериями, нередко игнорируя социальную или национальную принадлежность лица, которого он приближал к себе и которому давал ответственные поручения. Основаниями для продвижения по службе и успехов в карьере являлись не «порода», не происхождение, а знания, навыки и способности» (4).

Именно знания, навыки и способности — только это и ничто другое — способствовали тому, что одним из близких соратников, а потом и друзей Петра I стал доктор Роберт Эрскин. К сожалению, фигура этого неизвестного человека до наших дней осталась, по существу, неизвестной, не привлекла внимания историков медицины.

Роберт Карлович Эрскин (Robert Erskine или Areskine), по происхождению шотландец, потомок знатного дворянского рода, родился в Альве (Шотландия) в 1677 г. С малых лет он увлекался естественными науками и медициной. Поскольку в Эдинбурге, где он тогда жил, в университете не было медицинского факультета и, следовательно, отсутствовала возможность учиться врачебному мастерству, 15-летний юноша решил поступить по-своему: он стал учеником практиковавшего в Эдинбурге известного хирурга-аптекаря и пробыл в этом качестве пять лет, изучая — и теоретически, и практически — анатомию, хирургию, химию, ботанику. Затем Эрскин уехал в Париж и в течение двух лет учился здесь медицине, частично под наблюдением видного хирурга и педагога Г.Ж. Дю Верне (Du Verney), профессора анатомии в медицинской школе Jardin Royal). Из Франции Эрскин отправился в Голландию, где в Утрехском университете завершил свое медицинское образование. В 1700 г. он защитил докторскую диссертацию о распределении частей человеческого тела — «*Dissertatio medica jnauguralis circa seconomiam corporis humani. Trajecti ad Rhenum*» (5) — и стал доктором философии и медицины.

По возвращении в Англию доктор Эрскин начал работать в школе-колледже Лондонского госпиталя и быстро стал выдающимся преподавателем анатомии. Его умение препарировать человеческое тело и опубликованные им анатомические наблюдения птиц и рептилий получили подтверждение в ряде работ других ученых и общее признание в научных кругах. Благодаря этому доктор Эрскин в 1703 г. был избран членом Королевского общества (Академии наук). Небезынтересен и еще один факт из его биографии: в 1704 г. доктор Эрскин завязал связи с Московской (Российской) компанией, стал ее «свободным членом» (freemen, по-видимому, в современном понимании, акционер).

По причинам, которые нам пока неизвестны (скорее всего, однако, они носили чисто материальный характер), в 1706 г. Роберт Эрскин приехал в Россию и был принят на государственную службу.

Ему сразу же было дано ответственное поручение, связанное с обеспечением русской армии необходимыми лекарствами. Указом о снабжении войск лекарствами от 10 декабря 1706 г. Петр I повелел «в главной своей Великого Государя аптеке быть комиссару Павлу Веселовскому и всякое управление чинить, как надлежит, по данным ему статьям, а особливо приказ воспринимать от доктора Арескина» (6).

Первоначально Эрскин был врачом светлейшего князя А.Д. Меншикова — видного русского военачальника, фаворита и самого приближенного к царю государственного деятеля. Как и полагалось врачу крупного вельможи, Эрскин повсюду сопровождал своего пациента. В течение семи лет он побывал с ним во многих военных походах, в сражениях со шведами у Калиша, где Меншиков был легко ранен, у Лесной, под Полтавой, у Переяслава, в походах в Польшу, в Лифляндию, в Померанию.

Очевидно, Меншиков ценил своего доктора и, более того, завидовал его образованности, знанию иностранных языков. Не исключено, что

именно благодаря Эрскину у Меншикова возникла мысль тоже стать членом Британского Королевского общества: как известно, мысль эта осуществилась, о чем 25 октября 1714 г. известил Меншикова знаменитый Ньютона (7).

У Меншикова часто бывал Петр I: здесь царь-преобразователь России и познакомился с доктором Эрскиным. Личное знакомство и рекомендации Меншикова обратили внимание Петра I на Эрскина как на «благородного, обходительного, прямодушного и благовоспитанного» человека: так называли Эрскина современники, лично его знавшие (8). Русский царь полюбил шотландского доктора, и когда в 1713 г. умер его лейб-медик Иоганн Донель, предложил занять освободившееся место Роберту Эрскину. Меншиков был вынужден отпустить его, хотя именно тогда светлейший князь начал страдать серьезным заболеванием легких.

Правда, предложение Петра I последовало не сразу. Сначала царь поручил Роберту Эрскину обратиться к хорошо знакомому ему видному немецкому ученому, философу и математику Готфриду Лейбницу с просьбой рекомендовать ему врача, которого можно было бы пригласить в Россию для работы в должности лейб-медика. Лейбниц, находившийся тогда в Вене, вскоре ответил на просьбу царя, рекомендовав ему не одного, а двух ученых — доктора Шехцера из Цюриха в качестве лейб-медика, и его брата как специалиста по физике и математике.

«Видя, что ваше царское величество охотно присоединяет ученые и искусственные особы, — сообщал Лейбниц, — писал я по требованию господина Арескина, первого дохтура В[ашего] величества), к славному дохтуру и к превосходительному физику в Цюрих, в Швейцарию, к именуемому господину Шехцеру, призывая его в дохтуры вашего величества особы, на место умершего господина Донеля, и он предъявил себя на то к приезду со своим братом, который также зело искусственным есть в физике и математике. Тем видом ваше величество не только искусственного дохтура получил, на место умершего, но имел бы две особы зело способных к успеху славных намерений вашего величества к произведению в процветание наук от времени больше, между вашими подданными. И мне трудно изобрести иных особы, к тому понятнейшая» (9).

Однако Петру I требовался тогда прежде всего опытный и знающий врач-практик — таким должен был быть его лейб-медик. Предлагавшийся же доктор Шехцер был, судя по характеристике Лейбница, скорее ученым («превосходительным физиком»), чем практическим врачом: брат его и вовсе не имел отношения к медицине. Поэтому-то, очевидно, Петр I и не последовал рекомендации, содержащейся в письме Готфрида Лейбница, а назначил своим лейб-медиком Роберта Эрскина.

Став лейб-медиком, Эрскин сопровождал царя в его многочисленных поездках по России и в военных походах (например, битва при Гангуте, 1714, и др.). Петр I быстро оценил его профессиональные знания и верность царю, выполнял его советы и рекомендации во всем, что касалось здоровья. И.И.Голиков, автор фундаментальной биографии Петра I, написанной в XVIII веке, приводит такой факт: когда Эрскин посоветовал царю пить вино эремитаж (против долговременного поноса), тот стал предпочтать его всем остальным (10).

Правда, в последние годы жизни, когда здоровье Петра I ухудшилось, положение изменилось. «Как видно из его же цидулок, — писал

М.И.Семевский, — за пять, за шесть лет до своей смерти Петр редко расставался с лекарствами. Блюментросту, Арескину и другим придворным медикам была довольно трудная работа с больным, так как пациент никак не мог выдерживать строгой диеты» (11).

Но Петр I использовал неотлучно находившегося при нем доктора Эрскина не только как лейб-медика, но и как специалиста по различным проблемам медицины, прежде всего, военной медицины. В январе 1715 г. был утвержден, вдобавок к существовавшим, медицинский штат еще одного учреждения — Санкт-Петербургской походной канцелярии, где главным определен доктор Арескин, с жалованьем по 2 тысячи рублей, да положено иметь гоф-доктора, аптекаря и лекарей 6 человек, с жалованьем всем по 1306 рублей в год (12).

Весной 1716 г., находясь вместе со своими приближенными, в т.ч., конечно, и с доктором Эрскиным, в Данциге, царь-преобразователь завершил работу над «Воинским уставом». Введенный в действие царским указом 30 марта 1716 г., он был принят для того, «дабы всякий чин знал свою должность». В числе «всяких чинов» были и медики.

Устав, в отличие от предыдущего устава царя Алексея Михайловича, впервые устанавливал в российской армии особую медицинскую службу. «Надлежит быть при всякой дивизии одному доктору и одному штаб-лекарю, — подчеркивалось в уставе, — а во всяком полку полевому лекарю» (13). Им должны были помогать цирюльники (фельдшеры), которых полагалось иметь в каждой роте. В армии должны были быть две аптеки — одна при канцелярии, другая при инfanтерии (пехоте), а в каждой из них — по аптекарю с двумя гезелями (т.е. подручными) и четырьмя учениками.

Устав подробно регламентировал обязанности военных медиков. Эти обязанности были изложены детально, со знанием дела, которым обладал, конечно, формулировавший их человек (мы полагаем, что скорее всего это был доктор Эрскин). Так, требовалось, чтобы доктор «не токмо в медицине (докторстве) доброе основание и практику имел, но дабы трезвым, умеренным и доброхотным себя содержал, и в нужном случае чин свой как нощию, так и днем надлежащим образом, написанием рецептов и учреждением лекарств отправлять мог»: он должен был помогать лекарям «в опасных и сомнительных случаях в лечении и обвязывании (т.е. перевязке — М.М.) больных и раненых», а также надзирать над полевой аптекой. А вот что говорилось об обязанностях штаб-лекаря: «Когда жестокие акции, баталии и осады случатся, много раненых солдат бывает, и надлежит ему вышним офицерам, ежели у кого рука или нога отстрелятся, всегда первый раз завязать, понеже от того наивящее зависит» (14): так должны были поступать и другие лекари.

Устав указывал врачам на необходимость постоянно обучать своих помощников. Так, полковые лекари «повинны ротных фельдшеров не только для одного бритья солдатского употреблять, но и учить их лекарскому делу, и чтоб со тщанием ходили за больными и ранеными». Разумным было положение о тактике действий врача в полевых условиях. Для тех фельдшеров, которые «будут лучше и выучатся хорошо лечить», предусматривалась возможность профессионального роста — о таких, «усматривая от времени до времени, объявлять доктору и штаб-лекарю, дабы они их могли производить в лекари».

Воинский устав и в медицинской службе устанавливал строгую иерархию в выполнении своих обязанностей. Так, полковым лекарям запрещалось в случаях, «ежели прилучится тяжелая болезнь или отсечение руки или ноги или такой тяжелой операции», проявлять самостоятельность: следовало обязательно советоваться с доктором или штаб-лекарем, а в случае их отсутствия — со своими коллегами, другими полковыми лекарями; только если все это оказывалось невозможным, то разрешалось «по нужде лечить и отсекать одному». Бессспорно, это было весьма разумным.

Интересно, что устав закреплял принцип бесплатности медицинской помощи — обязанность докторов и лекарей «лечить всех в войске пребывающих от вышних даже и до низких без платежа». Однако если у офицеров случалась «французская болезнь» (сифилис) или раны, возникшие в драках, то с них за лечение следовало брать плату, «смотря по случаю и рангу». Впрочем, на урядников и рядовых это не распространялось, их во всех случаях лечили бесплатно.

Особенно важным было содержавшееся в уставе положение о полевом лазарете (или шпитале): его необходимость для царя и воинских начальников, тем более для доктора Эрскина, была несомненной. Здесь должны были быть шпитальный инспектор, доктор, священник, лекарь «с доброй полевой аптекой и с некоторыми подмастерьями» (15).

Предусматривалось, что при десяти больных должны быть для услужения «один здоровый солдат» и несколько женщин. В лазарете предусматривались также повар, хлебник, маркетентир, а иногда и особая охрана. Развертывать лазареты разрешалось в деревне или городе, или «в некоторых палатах» (т.е. в полевых условиях — М.М.) — «как случай требовать будет»; во всяком случае, они должны были действовать при всякой дивизии, независимо от того, находится она в поле или на квартирах.

Чтобы больные солдаты быстрее выздоравливали, использовалась небольшая хитрость: в лазарете у них удерживали половину жалованья и выдавали его лишь после выписки в свой полк. Была ли эта мера действенной, судить трудно; но вот о том, что «некоторые явились, которые выздоровели, чтоб им спать, и праздные дни иметь, а к своим полкам не идти», — об этом в уставе говорилось вполне определенно.

Рациональным был установленный регламент работы лазарета. Доктор и штаб-лекарь должны были осматривать больных и назначать им лекарства четыре раза в неделю. Трудившимся здесь полковым лекарям с учениками (их направляли сюда от всех полков дивизии) следовало осматривать больных «во всякой день дважды», в крайнем случае — один раз в день, контролировать лечение, назначенное доктором и штаб-лекарем, следить за поступлением и выпиской больных и раз в неделю докладывать об этом штаб-лекарю, а тот уже — командующему генералу.

О положении, которое согласно уставу занимали в армии тогда медики, можно судить по установленным им рационам. Так, фельд-медикусу (доктору) полагалось 10 рационов, штаб-лекарю — 4, полковому лекарю — 3; в то же время полковник получал 1722 рациона, секунд-майор — 812, капитан — 57, поручик — 46, подпоручик и прапорщик — 35. Меньше, чем у медиков, было содержание только у писарей — 12 рациона. В то же время в артикулах устава особо подчеркивалась роль полкового лекаря: «Надобно полковнику зело попечение прилагать, чтобы иметь доброго и благоискусного лекаря, и в лечбах уже бы свидетельствован был, и притом

полковыми нужнейшими лекарствами и лекарствами снастями всегда б снабден был... а особливо надобно ему раненых и больных прилежно посещать, а о сомнительных болезнях требовать совета от докторов» (16).

Есть основания считать, что при подготовке «медицинских разделов» Воинского устава были использованы различные материалы, в частности, написанная Иоганном Блюментростом, сыном лейб-медика царя Алексея Михайловича Лаврентия Блюментроста, еще в 1700 г. по распоряжению Петра I и посвященная ему книга «*De medico castrensi exercitui Moscovitarum praeſciendo*» («Практический трактат, ставящий лагерного врача блюстителем здравия в Московском войске»). Книга (по другим источникам — диссертация) была издана в Кенигсберге в 1700 г.

Однако вряд ли можно сомневаться, что к работе над этими разделами устава Петр I привлек доктора Р.Эрскина, накопившего в период службы у князя А.Д.Меншикова необходимый опыт военно-медицинской деятельности, а затем, будучи лейб-медиком, выполнявшего самые различные поручения царя, в т.ч. и медико-организационного характера. И царь остался, по-видимому, доволен его работой, «медицинскими разделами» Воинского устава. Можно считать, что именно в благодарность за эту нелегкую работу, в которой Эрскин в полной мере показал свое знание организации и деятельности военных медиков, сущности военной медицины, Петр I через месяц, 30 апреля 1716 г., назначил своего лейб-медика архиатром и поручил ему руководство всей российской медициной.

Разумеется, решение царя ввести в России должность архиатра — главного начальника всей медицинской части (как говорилось тогда, «президента всего медицинского факультета России»), было не спонтанным, а логически входило в систему осуществлявшихся тогда преобразований всей жизни страны.

Итак, 30 апреля 1716 г. Петр I подписал и вручил доктору Эрскину грамоту на латинском языке о пожаловании его архиатром и действительным статским советником. «Объявляем всем и каждому, кому о том ведать надлежит, — говорилось в этой грамоте, — что мы перед несколькими годами благородного и нам верно любезного Роберта Арескина, философии и медицины доктора, Королевского великобританского общества члена, за добре его действо и через многие опыты показанную верность к нашей персоне, также и за великое в медицине искусство, в докторы наши первенственные принять и оного архиятером и президентом канцелярии нашей надворной медицинской всего медицинского факультета в нашей империи учредить благоволили. Еще во свидетельство особливой нашей к нему имеющейся милости, за верные его и усердные к нам учиненные заслуги, чином и характером действительного статского советника нашего пожаловать соизволили» (17). К этому можно добавить, что по табели о рангах, введенной через несколько лет, чин действительного статского советника соответствовал генеральскому.

2. Во главе российской медицины

На архиатра Эрскина легла огромная ответственность за состояние медицины в обширном государстве. Он должен был управлять всей медицинской частью в стране: в его функции входило нанимать на долж-

ности и увольнять врачей и аптекарей, прибывавших тогда в Россию из разных стран Европы, определять им жалованье, осуществлять надзор за госпиталями и аптеками, число которых постоянно росло, а также за медико-хирургической (госпитальной) школой, руководить борьбой с эпидемиями. Все это он должен был совмещать с исполнением обязанностей лейб-медика Петра I — эти обязанности оставались для него основными, главными.

Став архиатром, энергичный и деятельный Эрскин начал с того, что подобрал себе дальних помощников. Одним из первых он обратил внимание на молодого доктора Лаврентия Блюментроста (младшего) — представителя известной российской врачебной фамилии.

Лаврентий Лаврентьевич Блюментрост, младший сын лейб-медика царя Алексея Михайловича, родился в Москве в 1692 г. Получив хорошее домашнее образование, он отправился изучать медицину в университеты Галле, Оксфорда, Лейдена: в Лейдене он был учеником знаменитого Бурхаве и в 1714 г., защитив диссертацию «*De secretioni animali*», стал доктором медицины. По возвращении в Россию его назначили лейб-медиком царевны Натальи Алексеевны — любимой сестры Петра I.

Покровительствовавший Блюментросту архиатр Роберт Эрскин привлек его к заботам о здоровье Петра I — и он вместе с Эрскиным стал сопровождать царя в его поездках. А после смерти Роберта Эрскина Блюментрост унаследовал его должности лейб-медика (но не архиатра) и управляющего Кунсткамерою и царской библиотекой, а затем во многом содействовал претворению в жизнь мысли Петра I об учреждении Академии Наук и в 1725 г. стал ее первым президентом.

Но после смерти в 1733 г. герцогини Мекленбургской, которую ему неоправданно поставили в вину, Блюментроста уволили со службы: он уехал в Москву и до 1738 г. занимался частной практикой, а затем стал главным доктором Московского военного госпиталя и директором госпитальной школы. В 1754 г. его назначили куратором создавшегося Московского университета, но в 1755 г., на 63 году жизни, он умер в Петербурге.

Секретарем, помогавшим Эрскину в делах архиатрства, а также в Кунсткамере и библиотеке, стал Иоганн Шумахер, впоследствии трудившийся в Санкт-Петербургской Академии наук. Помощником Эрскина был и хирург Равенель, которому он давал различные поручения.

Выше указывалось, что почти во все годы царствования Петра I в России действовали два органа государственного управления медициной. В Москве продолжал функционировать Аптекарский приказ, основанный еще в 1581 г., а в новой столице — Петербурге — начала работать Аптекарская (медицинская) канцелярия. Доктор Эрскин как архиатр руководил обоими учреждениями: это подтверждают архивные документы правительствувшего сената. Так, в 1714 г. на имя архиатра Эрскина «в Санкт-Петербургскую Аптекарскую канцелярию писано... чтобы драгуна Санцева освидетельствовать в Аптекарском приказе». В другом документе, в связи с обращением лекаря Гречанина, сенат распорядился этого лекаря «отослать в Аптекарский приказ к дохтуру Арескину с другими дохтурами освидетельствовать лекарски или докторски наук. Он Аностос Гречанин за обучен» (18).

Конечно, управление двумя учреждениями, расположенными в разных городах, представляло для Эрскина немалое неудобство, требовало иметь дополнительных помощников. В 1715 г. доктор Эрскин обратился в сенат с просьбой «об определении Степанова во дьяки в Аптекарский приказ... понеже я ныне имею нужду ради управления дел его царского величества в Аптекарскую канцелярию в служителях приказных, и чтобы один был при мне, и другой в Москве».

Как архиатр, доктор Эрскин много внимания уделял лекарственному снабжению. В сохранившихся архивных документах говорится, что по его распоряжению «послана из Санкт-Петербургской Аптекарской канцелярии лекарственным материалам расписка», а закупку лекарств по расписке было приказано произвести за счет денег «из Московской губернии и определенного числа в Аптекарский приказ» (19).

Тот факт, что именно через этот приказ шла оплата поступавших из-за границы медикаментов и различных средств медицинского назначения, подтверждает еще один документ. «Когда привезены будут к городу, — писал в 1716 г. Петр I вице-губернатору в Архангельск, — выписанные из Голландии медикаменты, тако же кабинет и прочие вещи по письмам г.доктора Арескина от его корреспондентов, тогда велите оные у города принять... отпустите по письмам его докторским куда надлежит, а что с медикаментов надлежит взять пошлину, в том велите иметь счет своему комиссару (который живет в Петербурге) с аптекарским приказом» (20).

Еще не став формально как архиатр во главе российской медицины, доктор Эрскин, действуя, очевидно, по поручению Петра I, выполнял фактически обязанности первого медика государства. В делах Адмиралтейской канцелярии М.Ф.Злотников обнаружил следующую справку: «Явились присланые с Москвы 12 человек молодших лекарей... которые для свидетельства в их лекарской науке посланы к архиатру Арескину, да к доктору Димакия и штап лекарю Яну Говию»: Эрскин и его помощники — заведовавший медицинской частью во флоте доктор Георгий Димахи и штаб-лекарь Ян Гови сочли, что «оные де лекарские подмастерья по распросам своим дело свое против науки объявили, зело изрядно такоже де против других, которые напред сего свидетельствованы» (21). Случилось это, как подтверждают архивные документы, в 1714 г.

Забота о пополнении «медицинского факультета» России квалифицированными специалистами занимала много места в деятельности Р.Эрскина. В его функции как архиатра входило экзаменовать всех прибывающих в Россию иноземных докторов и лекарей. А их было немало. Только в 1713 г., например, в Лондоне российский посол Салтыков набрал 6 хирургов — Матиаса Патерсона, Жана Валеса, Жака Люсмана, Робера Земана, Карла Рошестера, Жака Приesta (22): всем им предстояло сдать экзамен доктору Эрскину. В Гамбурге в мае 1716 г. Петру I был представлен (вероятно, доктором Эрскиным) ученый и достойный врач Андреас Фандер-Неден, и царь взял его своим «надворным медикусом» (гоф-медиком), выдав ему соответствующий патент, но в Россию он, очевидно, с царем не поехал (23).

Но основное внимание следовало уделять подготовке собственных врачей, «из природных россиян». Московская госпитальная школа, действовавшая под руководством Н.Л.Бидлоо, не могла удовлетворить потребности страны во врачах. Поэтому архиатр старался заполучить в свое распо-

ряжение образованных молодых людей, чтобы обучать их медицине. Так, в 1718 г., как свидетельствуют архивные документы, возникла мысль «позаимствовать» учащихся из расположенной в Петербурге Морской академии и направить их к доктору Эрскину для «лекарской науки» (24): затея эта окончилась ничем. Этим же путем, кстати, пытался в 1719 г. идти преемник Р.Эрскина архиатр И.Блюментрост, когда именным указом предписано было послать к нему 30 грамотных нижних чинов «для обучения лекарского» (25), но и он не добился успеха.

Архиатр Р.Эрскин старался способствовать открытию новых госпиталей — Московский, основанный в 1707 г. и руководимый доктором Бидло, ему не подчинялся, а находился в ведении Монастырского приказа.

Еще в 1712 г. Петр I повелел «во всех губерниях учредить для престарелых иувечных гошпитали, а также и для подкормления и призрения незаконно рожденных младенцев». По-видимому, это повеление исполнялось плохо, и поэтому в ноябре 1715 г., уже во время архиатства, был подготовлен новый, гораздо более содержательный указ, объявленный из Сената, «О сделании в городах при церквях гошпиталей для приему и содержания незаконорожденных детей». Предусматривалось в Москве строить мазанки, а в других городах — деревянные дома, набрать «искусных жен для сохранения зазорных младенцев», которых следовало принимать в эти гошпитали «тайно в окно»; предписывалось «те гошпитали построить и кормить из губерний из неокладных прибыльных доходов» (26). Можно добавить, что когда в 1714 г. скончалась сестра Петра I царевна Наталья Алексеевна, устроенную ею богадельню преобразовали в «дом для приема несчастно рожденных и всяких младенцев».

Чтобы улучшить условия в госпиталах престарелых иувечных воинов, было решено на их содержание, на пропитание и лечение больных и раненых солдат собирать с «венечных памятей» (свадеб) налог в двойном размере (27). Нашли и другие источники. «Для достаточного содержания гошпиталей, — пишет В.Рихтер в своей «Истории медицины в России», — указом императорским 1716 года повелено, чтобы при всяком повышении в чин, начиная от генерала даже до последнего офицера, вычитаемо было месячное жалованье и отправляемо во всеобщую госпитальную кассу» (28). В сущности, это была «страховая касса» для офицеров.

В период архиатства Эрскина в Петербурге были учреждены Адмиралтейский и сухопутный госпитали, основаны лазареты в Москве, Ревеле, Кронштадте и других городах.

Кстати, именно тогда, в начале XVIII в., было положено начало женскому уходу за больными в госпиталях. Петр I издал указ (1722) о назначении монахинь в госпитали. И вскоре в некоторые госпитали были назначены старицы с помощницами (для надзора за бельем и госпитальными работниками). Однако после смерти Петра I вступившая на престол Екатерина I отменила этот указ и старицы были возвращены в монастыри.

Много хлопот архиатру Эрскину доставляли эпидемии (моровые поветрия). Например, в июле 1714 г. на одном из кораблей русского флота, на котором Петр I плыл из Ревеля, заболел «моровой заразой» (по-видимому, оспой) провиантмейстер Тихомиров. Петр I повелел, посоветовавшись, очевидно, с доктором Эрскиным, «тотчас с корабля своего всех людей свести на берег, а во всем флоте всех же, чрез день раздевая, осматривать, и корабли чистить и окуривать, и ко всякому кораблю командировал

по галере, дабы всегда по половине людей свозить на берег для прогулки» (30). Все это были общепринятые тогда меры и они принесли результат — эпидемии на кораблях тогда не возникло.

Самой страшной была эпидемия «моровой язвы» (чумы). Доктор Эрскин хорошо помнил, как в 1710 г. под Ригой, где он был с князем Меншиковым, эпидемия чумы унесла около 10 тыс. жизней. И когда осенью 1718 г. в Петербург пришло сообщение о «моровой язве» в Старооскольской и Белгородской провинциях, указом сената туда решено было послать из Аптекарского приказа «добрых и искусных лекарей» для осмотра на людях моровой язвы, устроить на дорогах крепкие заставы и в удобных местах — виселицы, «дабы никто не проезжал, под смертною казнью». Кроме того, в Азовской и Московской губерниях следовало «иметь великую осторожность» (31). И, конечно, не без подсказки архиатра Эрскина в декабре 1718 г. петербургский генерал-полицмейстер А.М.Девиер объявил всем жителям города, что «ежели у кого в домах кто залежит болезню горячкою», следует немедленно сообщать под страхом жестокого наказания (32).

Эти противоэпидемические меры были тогда общепринятыми в России. В инструкции Петра I, данной гвардии капитану Горохову, отправленному в ноябре 1718 г. в Киевскую и Азовскую губернии по случаю открывшегося там морового поветрия (чумы), говорилось о необходимости соблюдения всех принятых тогда противоэпидемических мер: о заставах и карантинах от Днепра до Дона; об уничтожении (сжигании) «домов, которые вымерли, со всем, что в оных есть, и с лошадьми и с скотом, и со всякой рухлядью»; о задержке курьеров, а их сообщения, «принимая чрез огонь и распечатав, переписывать с них одно по другом трижды, и последния с оных копии посыпать» (33).

В ограниченном тогда арсенале лечебных средств Эрскин выделял и высоко ценил лечение минеральными водами, немало заботился о поиске новых источников. В 1717 г. из Германии, куда он выехал в свите Петра I, Эрскин написал подробное письмо доктору Готлибу Шоберу — тогда инспектору главной аптеки и московскому штадт-физику, о необходимости заняться исследованием минеральных вод, в частности, Терекских теплых вод на Северном Кавказе.

Характерно, что и в этом случае, как и всегда, Петр I всецело поддержал инициативу архиатра. «Господа Сенат! — писал царь в своем указе от 24 июня 1717 г. «О приискании в России минеральных вод». — По получении сего велите доктору Шуберту (Шоберу — М.М.) искать в нашем государстве (а особенно в таких местах, где есть железные руды) ключевых вод, которыми можно пользоваться от болезней, на приклад, какими в здешних краях пользуются, как Пирмонтская, Шпавассер и проч. и для того дайте помянутому доктору полный указ, чтобы ему не были никто противны и давали от города до города и от села до села подводы, дабы он нынешним летом до заморозков осмотрел, о чем пространно писал к тому доктору от себя доктор наш Арескин, и то письмо при сем посыпаем, которое к нему от себя с указом к Москве пошлите» (34).

В соответствии с царским указом и поручением архиатра Эрскина Шобер выехал на Кавказ и изучил там Терекские воды (он назвал их «теплицами св.Петра»), которые, по его мнению, оказались «весьма цели-

тельными во многих болезнях». В 1722 г., во время персидского похода, Петр I посетил эти места и лечился минеральными водами.

А в феврале 1718 г. был издан указ «Подлинные дознания о действии марциальных кончезерских воды разными человеки, изыскано хирургием Ревелином, 1718 г., в месяце генваре»: там содержалось десять кратких «историй болезни» различных людей, с успехом лечившихся олонецкими водами (35). Есть основания считать, что архиатр Эрскин имел прямое отношение и к изысканию этих вод, и к последовавшему затем царскому указу о их лечебном действии. Стоит добавить, что олонецкими водами лечились Петр I с Екатериной, царица Прасковья (вдова царя Иоанна Алексеевича), многие вельможи.

Доктор Эрскин, кстати, сам открыл близ Петербурга на правом берегу Невы, на Большой Охте, где потом было поместье графа Кушелева-Безбородки, холодный железный источник: он считал, что воды этого источника «полезны слабонервным».

Можно добавить, что уже вскоре после смерти Эрскина, в 1719 г., в Петербурге была опубликована книга «О марциальных водах объявление», в которой были «Правила дохтурские, как при оных водах поступать», — советы по употреблению вод, диете, поведению больных, а также «Указ его царского величества на дохтурские правила», требовавший неуклонно выполнять эти правила во избежание дискредитации вод (36). Резонно предположить, что в составлении этих «дохтурских правил» участвовал архиатр Эрскин.

Многое сделал доктор Эрскин и для организации и расширения так называемых Аптекарских огородов, где выращивали целебные растения. В Москве такой огород, а фактически ботанический сад (он существует и поныне), был заложен еще в 1706 г. Такой же ботанический сад был заложен, во многом благодаря доктору Эрскину, и в Петербурге в 1714 г. на Аптекарском острове. В этих ботанических садах работали специалисты — провизоры и садовники, которые выращивали травы, а также кустарники и деревья, плоды которых использовались в Аптекарском приказе и в Аптекарской канцелярии для приготовления лекарств. Свои многочисленные поездки с Петром I по России и другим странам доктор Эрскин старался использовать для пополнения арсенала культивируемых лекарственных растений.

По должности архиатра Р.Эрскину приходилось выполнять немало дел, связанных с освидетельствованием высоких особ, т.е. заниматься, говоря современным языком, врачебной экспертизой. Так, в октябре 1715 г. в Шлиссельбурге он, по приказанию Петра I, осмотрел заболевшего пленного шведского графа К. Пипера: современник писал, что «к нему (Пиперу) послан был лейб-медик Арескин, который и засвидетельствовал царю, что граф ненадежен в здоровье, если его оставить без лекаря» (37). После этого шведского графа перевели для «необходимого попечения» на несколько недель в Петербург.

Многообразные обязанности Р.Эрскина как архиатра оплачивались довольно высоко: его жалованье составляло 5 тыс. рублей в год, в то время как жалованье первого лейб-медика — только 1 тыс. 200 рублей, а второго — 800 рублей.

Как близкий к Петру I человек, доктор Эрскин нередко общался с царем и в «неформальной обстановке». Известно, например, что в 1715 г.

Эрскин, его помощник Л.Блюментрост и лейб-медик жены царя Екатерины Г.Поликола были, по указу Петра I, на свадьбе его любимца Н.М.Зотова («Князь-папы») (38). И впоследствии, будучи приближенным царя, Эрскин проводил с ним немало времени. Например, 2 апреля 1718 г. он обедал у Петра I, а потом вместе с царем, генералом Н.Ф.Головиным и несколькими морскими офицерами посетил князя А.Д.Меншикова и пробыл у него до 9 часов вечера (39).

Как «свободный член» Московской (Российской) компании, считает английский историк Д.Эпплби, Эрскин продолжал заниматься торговыми делами по своим собственным счетам, вкладывая деньги в Ост-Индскую компанию и посылая русских скрытно торговать в Ливорно. Среди писем Эрскину от 200 корреспондентов (эти письма хранятся в архиве Российской Академии наук в Петербурге) есть, например, просьбы двух различных лондонских коммерсантов, адресованные Эрскину в ноябре 1709 г., использовать свое влияние, чтобы содействовать проекту импорта в Россию табака и по другим предпринимательским делам (39а).

3. Любимец Петра I

В 1716-1717 гг. доктор Эрскин как лейб-медик царя и архиатр сопровождал, в числе узкого круга приближенных, Петра I во время его поездки в Германию, Данию, Голландию и Францию. В это время он не только следил за здоровьем царя, что было, конечно, его главной обязанностью, но и выполнял многие ответственные поручения.

В Париже Петр I хотел увидеть глазную операцию, а потому поручил Эрскину найти искусного глазного оператора. Эрскин посоветовался со своим учителем, парижским профессором анатомии Дю Верне, и тот рекомендовал английского врача Вилгауза (Wilhause). Петр I в сопровождении Эрскина отправился к нему, и тот в их присутствии сделал операцию удаления катаракты 65-летнему инвалиду. Первым, кого увидел прозревший инвалид, был русский царь. Операция доставила Петру I большое удовольствие и по ее окончании он попросил английского врача взять для обучения русского ученика (40).

В Париже Эрскин сопровождал царя при посещении Аптекарского сада, университета, инвалидного дома, Академии наук, библиотеки и пр.

Современники свидетельствовали, что во время путешествия во Францию Эрскин был еще и советником царя по политическим вопросам: так, в г.Кале он участвовал в совещаниях, связанных с российско-английскими отношениями, и «не расставался с шотландским капуцином, прозванным архангелом». «Вы лучше меня знаете тайного советника доктора Арескина, — писал регенту Франции герцогу Орлеанскому сопровождавший Петра I королевский камер-юнкер Де Либуа (Libois), — мне кажется, что он имел сильное желание вмешиваться во все дела и что этого ему никогда не удается» (41).

В Амстердаме Эрскин и его помощник Блюментрост участвовали в переговорах о покупке понравившейся Петру I анатомической коллекции Рюиша. Вот что писал об этом сам Рюиш: «Господин Арешкин (Эрскин) требует, чтобы я открыл ему известную одному только мне тайну приуготовлять и сохранять анатомические вещи и умащать мертвые тела... Еже-

ли г.Арешкин отменит одно сие требование, на все прочее я согласен... Пускай г.Арешкин покупает у других все, что изволит, только он после крайне о сем раскаиваться станет» (42).

Впрочем, Рюиши хотел было сначала продать свой удивительный способ бальзамирования трупов Эрскину за 50 тыс. флоринов, но потом передумал. Свою тайну он открыл самому Петру I, который впоследствии рассказал о ней Л.Л.Блюментросту, а тот — И.Ригеру.

Летом 1717 г., возвращаясь из Франции, Петр I побывал в Спа (Бельгия), где лечился местными минеральными водами. Царь пил сначала воду из источника Пухон, а затем, по указанию доктора Эрскина, попробовал воду из источника Жеронстера. Дело в том, что «Арескин, в сопровождении главных врачей Спа, посетил и изучил целебные свойства всех источников, и они решили, что вода из Жеронстера будет самая полезная для царя» (43).

Покидая Спа после почти месячного пребывания, Петр I приказал Эрскину выдать городским властям следующее свидетельство: «Я, ниже-подписавшийся, тайный советник и главный врач Его Величества императора Российского, свидетельствую сим, что его величество, отправившись в Спа, страдал потерей аппетита от ослабления желудочных фибр, имел опухоль ног, желчные колики и бледность лица. Пользуясь водами Спа, его величество взял на себя труд отправляться к источнику Жеронстера, отдаленному на 3/4 мили от города, зная, что воды полезнее на месте. Хотя его величество пользовался в прежнее время водами в других местах, но нигде не нашел таких, которые бы ему принесли столько пользы, как воды Спа.

Р.Арескин

июля 24 дня, 1717 года» (44).

В память о своем лечении в Спа Петр I прислал сюда памятную доску из черного мрамора с латинской надписью. Можно добавить, что главную городскую площадь назвали площадью Петра Великого, а источник Пухон — источником Петра Великого. В 1856 г. в главной колоннаде у источников был поставлен великолепный бюст царя, выполненный в мастерской знаменитого скульптора Рауха и подаренный городу Спа князем А.Демидовым.

По возвращении в Петербург Петр I приказал Эрскину написать о своем желании стать членом Парижской Академии наук. «Возвращаясь в свое государство, — свидетельствует современник, непременный секретарь Парижской академии Бернард Фонтенель, — он велел г-ну Арескину, шотландцу, первому своему медику, написать и аббату Биньону, что он желает быть членом сего общества... Академия изъявила ему благодарность свою...» (45).

Действительно, Эрскин отправил письмо в Париж и вскоре получил ответ, что Академия наук считает за «особенное счастье» иметь императора России своим членом. Впоследствии Академия посыпала Петру I книги и ежегодные отчеты, а он сообщал в Париж о своих планах, посыпал карты и описания морей и пр. И только в 1721 г. Петр I послал письмо Парижской Академии наук, в котором писал, в частности, что отныне переписку будет вести лейб-медик Л.Блюментрост, который после смерти Р.Эрскина занял место первого лейб-медика (46).

Доктор Эрскин входил в число тех сподвижников Петра I, которых высоко ценил русский царь, которым он доверял различные важные дела. Когда в 1714 г. по приказу Петра I в Петербурге была основана Кунсткамера с разнообразными естественно-научными и другими коллекциями, собранными или приобретенными самим царем, ее начальником и смотрителем библиотеки, содержавшей множество уникальных книг и рукописей, Петр I назначил доктора Эрскина: он считал, что по своей учености тот вполне подходит и для этой должности. И это было действительно так.

Царь приезжал в Кунсткамеру, осматривал новые экспонаты, которые по его поручению приобретал Эрскин. Например, в Париже по поручению Петра I доктор Эрскин купил для Кунсткамеры, как писал он в отчете царю, «анатомические вещи, сделанные из воска» (т.е. муляжи — М.М.), а также «сфер» (очевидно, глобус — М.М.). Вообще Кунсткамере Эрскин уделял много внимания, заботливо следил, например, за сохранностью препаратов анатомической коллекции, купленной в Голландии у Рюиша: «Раритеты натуральные, которые содержатся в библиотеке Вашего Величества в крепком винном духу (в спирте — М.М.), — доносил он царю, — на которые ныне надлежит вина простого 250 ведер, которое надоально перетроить (трижды перегнать — М.М.). Понеже ныне то время пришло, чтобы тот спиртус, в котором ныне состоят, переменить и оные осмотреть» (47). За свои деньги он заказал проект новой библиотеки царя.

Кстати, богатейшую библиотеку Эрскина — ее он начал собирать еще в годы студенчества и работы врачом в Лондоне, там было около 4 тыс. книг, в том числе 1028 томов медицинских книг (48) — после смерти архитектора, купил, по его завещанию, Петр I.

Известен указ Петра I (1718) о доставлении в Кунсткамеру со всех концов России монстров и «всякого рода раритетов». По поводу этого указа механик царя А.К. Нартов рассказывал, что объявляя о нем доктору Эрскину, государь приказал: «Я велел губернаторам собирать монстров и присыпать к тебе. Прикажи заготовить шкафы. Если бы я захотел присыпать к тебе монстры, человеческие не по виду телес, а по уродливым нравам, у тебя бы места для них не хватило; пускай шляются они во всенародной кунсткамере: между людьми они более приметны» (49).

Коллекции Кунсткамеры, собранные и заботливо приумножаемые под наблюдением доктора Эрскина, вызывали восхищение современников, живших в столице России в петровскую эпоху. «Химические и другие редкости из царства растительного и минерального, множество уродов, Готторийская сфера, представляющая систему Коперника, математические инструменты и множество других вещей, состоявших прежде под наблюдением умершего царского лейб-медика Арескина, по справедливости заставляют удивляться», — свидетельствовал Фридрих Вебер (50).

Петр I нередко давал доктору Эрскину поручения научного характера. Например, в 1715 г. некий Орфиреус распустил слух, что ему якобы удалось открыть вечный двигатель. Узнал об этом слухе и Петр I. По поручению царя Эрскин переписывался о машине Орфиреуса с Лейбницем (51).

Поскольку доктор Эрскин, как архитектор и ответственный за Кунсткамеру, был в то время своеобразным «руководителем науки», он принимал самое энергичное участие в организации и планировании деятельности научной экспедиции Д.Мессершмидта, отправленной исследовать природу и

растительный мир Сибири. Он также курировал все медицинские экспедиции, включая поездку хирурга Томаса Гарвина в Китай в 1715-1718 гг.

О Томасе Гарвине следует сказать особо. Когда и каким путем этот хирург прибыл в Россию, точно не установлено: известно лишь, что уже в 1713 г. — и вплоть до 1715 г. — он успешно работал в петербургском госпитале. В 1715 г. Петр I получил письмо от китайского императора, в котором тот просил прислать к нему врача и несколько медиков, которые знали бы венерические болезни. В числе тех, на кого пал выбор царя, был и Томас Гарвин: бесспорно, что его кандидатуру, как, впрочем, и все другие, подсказал царю доктор Эрскин.

В Пекин Томас Гарвин как врач, и возглавлявший миссию архитектор Лоренц Ланге, добирались больше года и прибыли туда только в ноябре 1716 г. Однако медицинские знания приехавшего из России врача не были востребованы: Томасу Гарвину разрешили только прощупать пульс у императора (51а). Поэтому в феврале 1717 г. российская миссия выехала из Пекина и через год возвратилась в Москву. В отчете на имя доктора Эрскина, написанном по латыни и лишь сравнительно недавно, в 1975 г., переведенном на английский язык в Wellcome Institute for the History of Medicine, содержатся интересные подробности этой поездки, в которой Томас Гарвин, впрочем, был скорее дипломатом, чем медиком.

Можно привести еще один почти аналогичный пример. Доктор Джон Белл приехал в Россию в 1714 г. как врач, однако доктор Эрскин рекомендовал Петру I использовать его как дипломата. Белл действительно оказался хорошим дипломатом и впоследствии ездил с российскими посольствами в Персию и Турцию.

К сожалению, нам не удалось найти свидетельств того, что доктор Эрскин занимался в России научной деятельностью, его научных трудов: такие, по-видимому, отсутствуют. Но о том, что Роберт Эрскин проявил себя не только как искусный и знающий врач, но и как образованнейший из придворных царя, можно говорить вполне определенно: это, кстати, подчеркнуто и в грамоте Петра I о назначении его архиатром.

Не случайно русский царь, высоко ценивший образованных и знающих людей, сделал доктора Эрскина еще и своим советником. «Роберта Арескина... в советники наши определяем и учреждаем, и дабы оный за то от всех признан и почтен был», — писал Петр I (52). Подобное возвышение простого врача, ставшего одним из самых приближенных лиц русского царя, вызвало зависть и интриги придворных. По свидетельствам современников, Эрскина особенно не жаловал царевич Алексей и говорил в Вене, что он да Меншиков направляют царя на все дурное (53). Впрочем, это совсем не странно. Странно другое: среди завистников преобладали находившиеся тогда в России соотечественники доктора Эрскина.

Когда в феврале 1717 г. в Лондоне по указу короля Георга I был арестован шведский посланник граф Гилленборг, а его письма опубликованы (54), «стало известно о надеждах якобитов (сторонников претендента на английский престол Якова III Стюарта — М.М.) на союз с Петром I против Георга I, а также о письме лейб-медика Петра I Арескина (или Эрскина), являвшегося двоюродным братом видного якобита лорда Марра, в котором говорилось, что Петр I якобы не предпримет больше ничего против короля шведского и никогда не будет другом Георгу I, что он сочувствует справедливому делу претендента...» (55).

В одном из писем первый министр шведского короля барон Герц писал Гилленборгу, что родственник лорда Марра (имелся в виду доктор Эрскин) действительно прислал известие, «что царь имеет некоторую склонность к миру, которой мы не преминем воспользоваться» (56).

Но после опубликования бумаг Гилленборга русский посланник Ф. Веселовский, по приказу царя, опроверг сообщения о связи Петра с якобитами. А доктор Эрскин, со своей стороны, написал статс-секретарю английского королевского двора Стенголу письмо, в котором уверял его, что он никакой переписки с Марром, направленной в ущерб интересам английского короля, не вел (57) и опровергал выдвинутые против него несправедливые обвинения.

Петр велел своему представителю в Лондоне Веселовскому сообщить английскому королю, что он «с крайним удивлением из писем заарестованных шведских министров увидел, что его медика Арескина обвиняют, якобы он имел письменную пересылку с претендентовым генералом графом Марром и что будто он Арескин писал, что его царское величество признает, что претендент имеет в своих требованиях справедливость... Хотя его царское величество о добром обхождении сего своего медика, который уже с 13 лет у него в службе находится, довольные опыты имеет, и его ни в какие государственные дела, кроме в лекарстве, не употребляет... запретил ему накрепко всякую письменную пересылку; однако же о таком обвинении приказал его допросить, но он Арескин с клятвою уверил, что таких писем он ни к графу Марру, ни к другому кому не писал, и наихесточайшему наказанию подвергается, если такие письма его окажутся» (58).

Однако и после этого официальные лица пытались связать доктора Эрскина с якобитами, тем более, что он не скрывал, что поддерживает связь с Шотландией, принимал у себя приезжавших в Россию шотландцев. Так, 10 мая 1718 г. ганноверский резидент Вебер, представлявший в то время Георга I в России, в беседе с канцлером Головкиным «просил выслать из России эмиссара претендента Стерлинга, который находится у лейб-медика царя Эрскина» (59). Узнав о пребывании Стерлинга, названного Вебером эмиссаром претендента, Петр I приказал для устраниния подозрений выслать Стерлинга из России (60).

Все-таки имя Эрскина в этой истории всплыло, по-видимому, не без оснований. А.С.Пушкин в своей «Истории Петра» писал: «Петр через секретаря своего посольства Веселовского... отрекался от всякого участия в замыслах шведского министра. Он оправдывал и своего доктора Арескина, тут же замешанного» (61).

Эти ли придворные интриги, или непривычно суровый российский климат, или общая «болезненность» Эрскина, которую отмечали некоторые современники, способствовали тому, что в 1718 г. он серьезно заболел и решил поехать лечиться марциальными кончезерскими водами в г. Олонец.

Однако лечение олонецкими водами, к сожалению, не помогло Эрскину (о характере его заболевания — «тяжкой телесной слабости» — никаких указаний не сохранилось). В декабре 1718 г. он умер.

Так окончилась жизнь первого российского архиатра.

Накануне своей кончины Роберт Эрскин составил и в присутствии олонецкого коменданта полковника артиллерии Г.В.Гекинга подписал свое духовное завещание, хотя, по другим источникам, он только продиктовал его, т.к. «от великого ослабления не мог он руки поднять, чтоб под-

писать»(62). Деньги и все наличное в Англии, а также деньги от продажи дома в Петербурге, он завещал матери и своим сестрам; деньги и все драгоценности в Петербурге — в помощь нуждающимся семьям, большую часть остального имущества — своему камердинеру Ягану Кроннингу, аптекарю Беру, хирургу Равенелю и секретарю Иоганну Шумахеру, а «местность Пакола» — своему любимцу доктору Блюментросту-младшему.

Завещание еще раз подтверждало близость Роберта Эрскина к царской семье. Так, царице Екатерине (жене Петра I) он завещал ценные полотна, кружева и порцелинную посуду, старшей принцессе (Елизавете, дочери Петра I, будущей императрице России) просил, с разрешения царя, передать «местность Гаштель (Гостилицы)». Был в завещании и пункт, касающийся лично Петра I: «все курьезные вещи и медали, и все другие инструменты никому кроме Царского Величества, моего Всемилостивейшего Государя, не представлять, соизволит ли он всемилостиво оныя себе купить, которые деньги раздать в сиротские дома, госпитали и богадельни в Шотландии» (62). Этот пункт завещания Роберта Эрскина — врача, отдавшего последние 12 лет своей жизни служению российской медицине — стал своеобразным прощальным приветом первого архиатра России его далекой родине, Шотландии.

Роберт Эрскин был далеко не бедным человеком. И все же после его смерти обнаружилось, что у него остались еще и какие-то долги. В середине прошлого века М.Д.Хмыров обнаружил в кабинетских делах государственного архива сведения о долгах доктора Эрскина. В этих делах говорилось: «Дано Арескину из кабинета Царского Величества взаймы, в Амстердаме, 29 декабря 1716 г. 100 червонных, да 29 июля 1717 г. 20 червонных. Кроме того, по справке со счетами, Арескин состоит должным Кабинету: 1) остаточных за покупкою в Голландии кабинета (Рюйшева) в 1717 г. 4000 руб.; 2) в Аптекарский приказ 800 руб.; 3) вышепоказанные 120 червонных. — Итого 5040 руб. — Из этих денег следует зачесть Арескину в уплату: 1) за библиотеку его, которая, по смерти владельца, взята на Его Царское Величество, по свидетельству доктора Лаврентия Блументрата, 3000 руб.; 2) за кабинет его, который також возметца на Его Величество, более не надлежит дать, как 500 руб.; 3) за инструмент, называемый Анклию, 300 руб.; 4) за двор его, в котором живет Дакоста (царский шут), 500 руб. — Итого 4300 руб. Останется за ним, Арескиним, 740 руб.» (63).

Архиатру Р.Эрскину были устроены в Петербурге торжественные похороны. Вот что писал о них современник, живший тогда в столице России, посол Брауншвейгского герцогства Фридрих Вебер: «4 января (1719) совершены были великолепные похороны бывшего царского лейб-медика и советника Арескина, умершего в Олонецке. Похоронная процессия направлялась в новый Александро-Невский монастырь, лежащий в 7 verstах от Петербурга. Его царское величество (Петр I — М.М.) шел за телом, отслушав прежде в доме покойного надгробное служение и слово реформатского священника, на голландском языке, и приказал сам закрыть там гроб, по изъявлении знаков своей милости к умершему... Тело несли придворные медики и знатнейшие хирурги, одетые в черных мантиях до самого моста в Немецкой слободе, в сопровождении бесчисленного множества народа, освещаемые 200 факелами... В монастыре, уже от самых ворот до часовни, стояли по обеим сторонам солдаты, тоже с факелами, неугасаемыми на ветру, и его величество (Петр I — М.М.) сопровождал гроб,

держа в руке, по русскому обычаю, восковую горящую свечу, до самого могильного склепа» (64).

На гробе Эрскина по-французски был написан девиз: «Я мыслю более, чем я говорю». Похоронили первого российского архиатра рядом с могилой царевны Натальи, что было еще одним выражением монаршой милости.

Хотя Р.Эрскин и не был православным, его погребли в православном Александро-Невском монастыре (впоследствии — Александро-Невская лавра, Лазаревское кладбище): в этом проявилась веротерпимость и даже безразличие Петра I к тонкостям церковного исповедания. К сожалению, могила Р.Эрскина до наших дней не сохранилась: захоронения XVIII века в Петербурге в большинстве исчезли еще в прошлом столетии (65).

Роберт Эрскин, несмотря на недолгий срок своей деятельности, заложил основы архиатрства в российской медицине; его преемники развивали и, в меру своих сил, совершенствовали медицину в России XVIII века.

IV. МЕДИЦИНСКАЯ КАНЦЕЛЯРИЯ (XVIII в.)

I. Управление медициной

Славное время реформ Петра I благотворно сказалось на российской медицине. Собственно говоря, именно Петру I российская медицина во многом обязана тем, что в XVIII веке она развивалась, в основном, как и медицина других стран Европы, на основе науки и продуманных рекомендаций, касалось ли это подготовки врачей, или борьбы с эпидемиями, или деятельности военно-медицинской службы. При этом отличительной чертой российской медицины продолжал оставаться ее государственный характер.

Коренные сдвиги и преобразования российской медицины в царствование Петра I оценивались неоднозначно, и об этом нельзя не сказать, не определить своего отношения. Вряд ли можно согласиться с характеристикой, которую дал его роли в российской медицине историк медицины Л.Ф.Змеев: «Он (Петр I — М.М.) начал с того, что из больницы сделал казарму... Порываются все связи с прошлым, управление перекраивается на десять манеров (в 23 года десять имен), ни одним он не доволен и заканчивает иностранным образцом» (1).

Неоспоримой заслугой Петра I является, на наш взгляд, то, что следуя рекомендациям близких к нему медиков — таких как Николай Бидлоо, Роберт Эрскин, Иван Блюментрост, он осознал необходимость сохранения и создал перспективы для дальнейшего развития государственной организации медицинского дела, что выгодно отличало нашу страну от многих европейских государств того времени.

В царствование Петра I высшим государственным органом управления медициной долгое время оставался находившийся в Москве Аптекарский приказ, хотя и вынужденный «разделять власть» с действовавшей в Петербурге Аптекарской канцелярией.

Предпринятое царем-преобразователем в 1720 г. кардинальное изменение во многом архаичной системы управления государством, учреждение вместо приказов коллегий и канцелярий, не могло не сказаться и на переменах в руководстве медицинским делом. Инициативу проявил новый архиатр доктор Иван Блюментрост.

Иван (Иоганн-Деодатус) Лаврентьевич Блюментрост, сын Лаврентия Блюментроста — лейб-медика царя Алексея Михайловича и царевны Софьи, родился в Москве в 1676 г. Медicine он учился в Кенигсберге и Галле — туда его послал на свой счет царь Петр I. В университете в Галле Блюментрост выполнил диссертацию «Pulsum theoriae et praxis» и в 1702 г. стал доктором медицины (в 1700 г. он, как указывалось выше, опубликовал труд по военной медицине). Возвратившись в Россию, он был сначала военным врачом, а затем стал (скорее всего, по протекции архиатра Эрсикна)

лейб-медиком сначала самого Петра I, а затем наследника престола царевича Алексея и младших царевен. Служил Иван Блюментрост в основном при царском дворе, но несколько раз сопровождал Петра I в походах.

Хороший организатор и опытный врач, Блюментрост после смерти архиатра Роберта Эрскина с 1719 г. по 1721 г. исполнял его должность, в начале 1722 г. был официально утвержден архиатром: указом Петра I от 14 февраля 1722 г. доктор Иван Блюментрост был пожалован «архиатром с характером (т.е. с функциями — М.М.) и жалованьем бывшего архиатра Арескина» (2).

Следует, однако, подчеркнуть, что хотя формально архиатром Иван Блюментрост стал в феврале 1722 г., фактически эти обязанности он начал выполнять, как лейб-медик Петра I, сразу же после смерти Роберта Эрскина.

Осмотревшись, как говорится, на новом месте, Иван Блюментрост предложил Петру I свой проект преобразования медицины в России, суть которого заключалась в создании нового государственного органа — Медицинской коллегии, призванной управлять всей медицинской частью. Это вполне соответствовало духу петровских реформ и потому проект был принят, с той, однако, поправкой, что учреждалась не коллегия, а Медицинская канцелярия.

Вскоре последовал указ правительствуемого Сената. «Гошпиталям и аптекам, что ныне в Москве и в других местах обретаются и впредь обретаться будут, — говорилось в указе, объявленном Сенатом 14 августа 1721, — при том обретающимся докторам, так же и другим служителям и ученикам быть в смотрении и управлении в той Медицинской канцелярии, а содержать оные, откуда напредь сего содержаны были» (3).

Таким образом, сохранялся и укреплялся государственный характер медицины. Медицинская канцелярия становилась главным органом управления медицинским делом, ей подчинялись все медицинские учреждения, какому бы ведомству или частным лицам они не принадлежали. Год ее основания стал важной датой в истории отечественной медицины XVIII в.

К сожалению, в историко-медицинской литературе, как справедливо отметил Б.Н.Палкин (1974), существовал значительный разнобой и в определении даты образования Медицинской канцелярии, и в изложении ее истории. Так, еще В.М.Рихтер, а вслед за ним Я.А.Чистович, Л.Ф.Змеев, М.Ю.Лахтин и др., считали, что первая реорганизация Аптекарского приказа произошла еще в 1707 г., когда он якобы был переименован в Аптекарскую канцелярию, которую они, по-видимому, и принимали за основанную гораздо позже Медицинскую канцелярию. Н.Я.Новомбергский (1910) указал, а С.В.Шершавкин (1958) окончательно подтвердил ошибочность такого представления (4), хотя ошибка продолжает тиражироваться в литературе, в т.ч. даже в энциклопедических изданиях.

Чем же занималась Медицинская канцелярия, управляя всем медико-санитарным делом в России?

Осуществляла высший надзор за госпиталями и аптеками, госпитальными школами; способствовала «насаждению гошпиталей» и увеличению числа аптек, в т.ч. вольных; ведала всеми докторами, лекарями и аптекарями — определяла их на службу, назначала жалованье и награды; принимала меры к прекращению «повальных и заразительных» болезней, преподавала «наставления, относящиеся до сохранения народного здра-

вия»; изыскивала и предлагала способы к улучшению врачебной части — как в ученом, так и в практическом отношениях. Возглавлял Медицинскую канцелярию И.Л.Блюментрост, который, став архиатром, подчинялся непосредственно императору.

Важной задачей Медицинской канцелярии стало увеличение в стране числа медицинских учреждений, прежде всего аптек. В Петербурге и других губернских городах было разрешено создавать, наряду с публичными (государственными), и т.н. вольные (частные) аптеки. При этом особо оговаривалось, что аптечное дело, как и все медицинское дело, оставалось в ведении государства: все аптеки — и публичные, и вольные, как и госпитали и другие медицинские учреждения, подчинялись Медицинской канцелярии.

Что касается «насаждения гошпиталей», а именно больниц и лазаретов, то к их организации предусматривалось привлечь местные органы управления. Во всяком случае, именно об этом шла речь в указе, который обязывал магистраты строить «земским иждивением (т.е. за счет местных средств — М.М.) гошпитали ради призрения сирых, больных иувечных и для самых престарелых людей обоего пола». В то же время поощрялась и традиционная благотворительная деятельность в медицине православной церкви. Духовный регламент (1721) предписывал монастырям «построити странноприемницы и лазареты и в них собрать престарелых и здравия весьма лишенных» — имелись в виду и больницы, и богадельни, т.к. призрение тогда являлось частью медицины, входило в компетенцию Медицинской канцелярии.

Вместе с тем церковь, монастыри решено было освободить от того, чем они занимались многие столетия, — от призрения и лечения душевнобольных. В 1723 г. Петр I запретил посыпать «сумасбродных» в монастыри и возложил на Главный магистрат обязанность устройства госпиталей для них. Однако такие госпитали не появились, и поэтому страдавших душевными расстройствами продолжали по-прежнему направлять в монастыри. Мало того, этот обычай был даже официально признан: в 1727 г. Синоду было вменено в обязанность не чинить никаких препятствий к приему душевнобольных в монастыри и не ссылаться на совсем недавний указ Петра I (5).

На расходы Медицинской канцелярии (в Петербурге и Москве) в 1725 г., в царствование императрицы Екатерины I, было ассигновано 2 тысячи 672 рубля 20 копеек (6). С годами, вероятно, аппарат Медицинской канцелярии почти не увеличивался: во всяком случае, как свидетельствуют правительственные указы, ее расходы в 1733 г., в царствование императрицы Анны Иоанновны, должны были составить 3 тысячи 723 рубля (7).

Медицинская канцелярия начала осуществлять свои планы. Прежде всего, необходимо было продолжать сложившуюся при Петре I практику увеличения числа медицинских учреждений. Стали открываться новые госпитали и аптеки. Так, уже в 1725 г. по предложению Медицинской канцелярии в Астрахани была открыта аптека, а потом и госпиталь (8). Подобное удалось осуществить и в других городах.

В числе несомненных заслуг архиатра Блюментроста — учреждение в 1728 г. при Московской придворной аптеке лечебницы (точнее — амбулатории) для приходящих больных: здесь ежедневно по очереди дежурили

врачи Севасто, Шобер и Ван-дер-Гульст. Амбулатория пользовалась большой популярностью в Москве (9).

Острой продолжала оставаться проблема медицинских кадров.

В то время, как и раньше, большинство врачей России составляли иностранцы. Практика приглашения в страну зарубежных докторов, начавшаяся еще в XVI веке, при Петре I приобрела прогрессивное развитие. Так, только в 1697 г. из Амстердама в Россию выписали 50 врачей (14 немцев, 14 французов, 12 голландцев и др.). Среди иностранцев были опытные, образованные врачи — такие, например, как доктор Г.М.Карбонари, проживший в России 25 лет, Антоний Севасто, Генрих Шобер, Матиас Минает и многие другие. А всего в царствование Петра в Россию было приглашено около 150 врачей, в т.ч. более 40 докторов медицины (10).

В то же время из-за рубежа в Россию продолжали проникать и другие «специалисты». Медицинская канцелярия с первых шагов своей деятельности обратила внимание на многочисленных шарлатанов, «бродячих лекарей» (их называли «цесарцами» или «венгерцами»), которые брались лечить любые болезни. В 1721 г. И.Л.Блюментрост попросил у Сената особый закон о преследовании этих шарлатанов: «Понеже, иногда многие неученые, считающиеся без всякого наказания, дерзновенно лечат, в чем великую вреду жителям учинить могут» (11). По представлению архиатра Сенат в 1721 г. издал указ, предоставивший право врачебной практики лишь тем, кто имел разрешение (аттестат) Медицинской канцелярии. «Никакой доктор или лекарь не дерзает нигде практику иметь или лечить, — говорилось в указе, — прежде освидетельствования» Медицинской канцелярией.

Но указ этот, видимо, не сыграл своей роли и в 1729 г. «в заграждение народу Российского» Сенат вновь постановил, чтобы «неосвидетельствованные лекари в лекарских искусствах отнюдь лечить народ, а паче подлых людей (простолюдинов — М.М.) под жестким штрафом и наказанием не дерзали» (12).

Следует подчеркнуть, что по представлению Медицинской канцелярии это постановление было подтверждено Сенатом еще раз в 1751 г. Надобность в этом по-прежнему была большой. Тогдашний архиатр и директор Медицинской канцелярии Герман Кааву Бургав, племянник знаменитого Германа Бурхаве, написал даже книгу «Медицинской канцелярии поступки с окулистом Иосифом Гильмером» (СПБ, 1751), в которой описал «деятельность» бродячего лекаря, который в течение трех месяцев, с августа по ноябрь 1751 г., «практиковал», пользуясь покровительством «высокой особы», без разрешения Медицинской канцелярии и производил различные глазные операции: испытание в Медицинской канцелярии показало его полную неграмотность в медицине.

Однако и позднее Медицинской канцелярии приходилось много заниматься различными шарлатанами. Например, в 1757 г., в столичной газете «Санкт-Петербургские ведомости» появилось объявление, в котором почтеннейшей публике предлагались услуги «искусного и при многих дворах апробированного зубного лекаря» (13). Объявление это не прошло мимо Медицинской канцелярии. Уже в следующем номере газеты Медицинская канцелярия сообщала: «Сим объявляется, чтоб приехавшего сюда (т.е. в Петербург — М.М.) недавно зубного лекаря... которого помянутая канцелярия не знает и не экзаменовала и к лечению зубных болезней по-

зволения она ему не давала, никто к себе, в силу приказов, прежде публикованных о неэкзаменованных лекарях, не призывал, дабы вместо желаемой пользы не получить какого вреда» (14).

Определение права на врачебную практику, своеобразная «селекция» специалистов постоянно оставались одной из главных задач Медицинской канцелярии и в последующем.

В 1730 г. во главе Медицинской канцелярии были поставлены 5 врачей — Николай Бидлоо, Готлиб Шобер, Захар Ван-дер-Гульст, Антоний Севасто, Антон Де-Тейльс: они составили общую коллегию, Докторское собрание.

Дело в том, что после смерти благоволившей к нему Екатерины I Иван Блюментрост попал в опалу. В вину ему ставили многое, даже смерть малолетнего императора Петра II, умершего от оспы. Наконец, в 1730 г. по доносу лейб-медика Ригера, которому покровительствовал всемирный Бирон, императрица Анна Иоанновна, якобы «за многие непорядки при Верхней царской аптеке», отстранила его от службы, не уплатив жалованья и не назначив даже пенсии. Потом, когда Докторское собрание под давлением властей вынуждено было признать донос Ригера справедливым, Блюментроста окончательно уволили в отставку. Он умер в Петербурге на 80 году жизни.

Кто же были врачи, составившие Докторское собрание?

Несмотря на свои иностранные фамилии, это были российские врачи, кровно связанные с нашей страной. О Н.Л.Бидлоо как о руководителе Московской госпитальной школы было сказано выше. А вот биографии остальных членов Докторского собрания.

Захар Захарович Ван-дер-Гульст родился в Москве в 1688 г. (?). Его отец, тоже врач, медик — морской врач на военных кораблях, приехавший из Голландии, служил в Аптекарском приказе, был придворным врачом. Молодой Ван-дер-Гульст в 1705 г. отправился изучать медицину за границу, в Голландию, на родину отца. Учение проходило успешно и в 1713 г. он выдержал докторский экзамен в прославленном Лейденском университете. Возвратившись на свою родину, в Россию, Ван-дер-Гульст был назначен старшим доктором Адмиралтейского госпиталя в Петербурге, проработал там много лет, занимаясь и лечебной практикой, и подготовкой подлекарей и лекарских учеников для этого госпиталя. Позже он переехал в Москву: о его занятиях во второй столице сведений не сохранилось. Все же можно предполагать, что он пользовался в медицинской среде большим авторитетом, что и сказалось в выборе его кандидатуры в Докторское собрание.

Москвичом был Антон Де-Тейльс. Сын переводчика, находившегося на российской службе, он родился в 1689 г. в Константинополе, а медицину изучал в Италии, в университете Падуи: там он получил диплом доктора медицины и философии. Некоторое время был врачом российского посольства в Константинополе, а потом приехал в Москву, где в 1714 г. был приставлен «к физическим делам» (очевидно, в Аптекарский приказ с главной аптекой, в 1721 г. преобразованный в Московскую медицинскую контору). Это был важный пост: фактически Де-Тейльс в течение более чем 20 лет исполнял обязанности одного из руководителей московской медицины. Так что назначение его в Докторское собрание было отнюдь не случайным.

Впоследствии, после смерти Н.Л.Бидлоо, с которым он конфликтовал, Де-Тейльс возглавлял в 1735-1740 гг. Московский генеральный госпиталь и госпитальную школу, участвовал в борьбе с чумой на Украине, был в 1757-1761 г. московским штадт-физиком.

Москвичом был тоже доктор Готлиб Шобер. Он родился в 1670 г. в Лейпциге, а медицину изучал в Утрехте. В 1696 г. он защитил диссертацию «De cholera», стал доктором медицины и служил сначала в Швеции, а потом в Германии. В 1712 г., когда Петр I был в Карлсбаде, доктор Шобер был принят в российскую службу и стал сначала лейб-медиком любимой сестры царя княжны Натальи, а потом был назначен московским штадт-физиком (при Аптекарском приказе и Московской медицинской конторе). Шобер был деятельным помощником архиатра Роберта Эрскина — тот посыпал его на Терек для исследования минеральных вод, давал другие поручения. Кроме того, доктор Шобер изучал минеральные воды в других районах России. Из-за конфликта с архиатром Ригером в 1732 г. Шобер оставил должность московского штадт-физика: последние годы жизни (он умер в 1739 г.) был врачом царя Грузии, жившего тогда в Москве.

В Москве жил и Антон Филиппович Севасто. Грек по происхождению, он родился в Италии, в Венеции, в 1674 г. (?). Медицину изучал в итальянских университетах, главным образом, в Падуе, где в 1704 г. получил диплом доктора медицины: его диссертация была посвящена «философско-медицинскому» вопросу. В 1708 г. он поступил в российскую службу в Петербурге, но затем по каким-то причинам вышел в отставку и поселился в Москве. Может быть, он какое-то время не был на государственной службе, а занимался частной практикой, хотя В.Рихтер в своей «Истории медицины в России» (1820) утверждает, что Севасто «постоянно пребывал в казенной службе». Известно также, что он был среди врачей, служивших малолетнему императору Петру II и императрице Анне Иоанновне: следовательно, и он тоже не случайно попал в Докторское собрание.

Впоследствии А.Ф.Севасто активно участвовал в борьбе с чумой на Украине и в ноябре 1738 г. отправил в правительство (в кабинет императрицы Анны Иоанновны) весьма важное сообщение, в котором высказал, наряду со здравыми мыслями о распространявшейся эпидемии, свое мнение о «гнилой горячке» и особенно об отделении больных от здоровых. А.Ф.Севасто, как и его сын доктор Андрей Антонович Севасто (1722-1765), пользовались авторитетом в медицинской среде. Умер А.Ф.Севасто в 1754 г.

В общем, членов Докторского собрания объединяло, кроме прочего, еще одно — все они были москвичами. Впрочем не исключено, что именно это-то и было главной причиной их назначений. Дело в том, что императорский двор, после смерти Екатерины I и воцарения сначала малолетнего Петра II, а затем Анны Иоанновны, находился в Москве. После отстранения (по доносу И.Ригера) архиатра И.Л.Блюментроста — он, кстати, тоже вместе с императорским двором переехал в Москву, — возникший «vakuum медицинской власти» следовало заполнить быстрее и, по возможности, дельными людьми. А это можно было сделать лишь с помощью московских врачей. Вот так, очевидно, и получилось, что в Докторское собрание вошли пятеро москвичей.

Назначая новых докторов, императрица Анна Иоанновна дала им в своем указе очень дальную инструкцию, в которой основное внимание, правда, обращалось на необходимость навести порядок в «Верхней аптеке» (эта аптека обслуживала императорский двор) и контролировать ее деятельность, но подчеркивалась, в частности, и необходимость заботиться о пополнении армии и флота «медицинскими служителями искусствами», а также «стараться, чтобы в добрых и искусных служителях недостатку не было, и их по достоинству жалованьем снабдевать, напротив же того излишних, и от которых никакой пользы иметь не можно, отпустить»; обращалось внимание и на то, чтобы «по требованиям искусственных лекарей без всякого похлебства, ни по дружбе, ниже по ненависти, в наши войска отправлять» (15).

Вскоре, однако, выяснилось, что управление Медицинской канцелярией пятью врачами не улучшило, а ухудшило ее работу. В 1732 г. ее вновь возглавил архиатр — доктор Иоганн Ригер: по указу императрицы он стал директором Медицинской канцелярии с конторою и всего медицинского факультета в Российской империи.

В январе 1733 г. императрица утвердила штат возглавляемой Ригером Медицинской канцелярии с подчиненными ей конторами. В этом штате было 8 придворных медиков, 2 штадт-физика и 2 лекаря (в Петербурге и Москве), 7 врачей, 10 подлекарей и 20 аптекарских учеников дохтурского госпиталя, 4 аптекаря, 11 старших и рядовых гезелей и 11 аптекарских учеников в госпитале, главной (Верхней) и нижней аптеках, а также 34 других работника (инструментального дела мастер с подмастерьями и учениками, огородники медицинских огородов, секретари и др.). Жалование всех их составляло 25 тыс. 769 р. (16).

Иоганн (Johann Christoph) Ригер родился в Пруссии. По приезде в Россию первое время был частнопрактикующим врачом в Москве. Познакомившись с графом А. Остерманом, одним из фаворитов императрицы Анны Иоанновны, вошел к нему в доверие, и тот рекомендовал императрице доктора Ригера в качестве лейб-медика. В феврале 1730 г. с ним был заключен соответствующий контракт на два года: указывалось, что кроме императрицы, он не должен никому подчиняться.

О медицинских познаниях и докторских качествах, проявленных Ригером в России, никаких сведений не сохранилось. Зато известно, что он оказался ловким интриганом, написал донос на архиатра И. Блюментроста, обвинив его в беспорядках в придворных аптеках, и сумел добиться его устранения. Через два года, когда окончился его контракт лейб-медика, Ригер с помощью фаворита императрицы герцога Бирона стал в 1732 г. архиатром, фактически устранив недееспособное, как показала практика, Докторское собрание.

Но в должности архиатра Ригер пробыл лишь два года, не внеся за этот срок в деятельность Медицинской канцелярии ничего нового. В 1734 г. он внезапно уехал, фактически бежал из России за границу; оттуда он много раз обращался к русскому правительству с просьбами о пособии, об уплате ему недоданных будто бы за службу денег и даже о назначении его почетным членом Академии наук.

Уже после отъезда из России Ригер написал диссертацию «De aere» (1744) и издал комментарии на афоризмы Гиппократа (1767), в которых, по некоторым данным, все дальнее заимствовано из книги другого ученого-

го. В другой своей книге (1743) Ригер обнародовал, без всякого на то права, секрет бальзамирования по системе Рюйша и таким же образом перепечатал исследование Блюментроста о железистых водах в Олонецкой губернии.

2. Физикаты и городовые врачи

Шло время, и поскольку деятельность Медицинской канцелярии по выполнению инструкции императрицы не улучшалась, решено было, как водится в таких случаях, сменить ее руководство. Кстати, Докторское собрание давно перестало существовать, а архиатр Ригер уехал.

Новым архиатром в 1735 г. стал Иоганн Бернгардт Фишер (17), сын рижского врача, родившийся в Любеке в 1685 г. Медицину он изучал в университетах Галле, Иены и Лейдена: в Лейдене в 1705 г. он защитил диссертацию, стал доктором медицины. Некоторое время жил в Англии и Франции, а в 1710 г. приехал в Ригу.

В Риге Фишер занялся медицинской практикой, затем стал городским врачом и даже штадт-физиком. В 1725 г. его как квалифицированного и знающего врача пригласили на консультацию к герцогине курляндской Анне Иоанновне (будущей императрице России): вероятно, эта консультация оказалась полезной и сиятельная пациентка запомнила доктора Фишера. Неудивительно, что в 1735 г., вскоре после внезапного отъезда и отставки архиатра Ригера, доктора Фишера вызвали в Петербург и назначили первым лейб-медиком и архиатром, руководителем Медицинской канцелярии и всего медицинского факультета. «Мы к вышеупомянутому нашему лейб-медикусу и архиатру доктору Фишеру, — говорилось в указе императрицы Анны Иоанновны, — всемилостивейше надеяние имеем, что он положенные на него силою сего определения должности так хранить и исполнять тщатся будет, как доброму и верному слуге подобает и довлеет, и мы от его уже оказанного прилежания и ревности не сумненно того ожидать причину имеем» (17а). Фишер оказался, в отличие от своего предшественника, умным, знающим и деятельным врачом и администратором, который в должности архиатра немало сделал для совершенствования медико-санитарного дела в России.

В непосредственном ведении Медицинской канцелярии по-прежнему была придворная медицинская часть, штадт-физики (врачи) и при них врачи в Петербурге и Москве, Петербургский сухопутный госпиталь, аптеки (в Петербурге и Москве) и «медицинский огород». Штат самой канцелярии состоял из 23 канцелярских служителей разного звания, а штат ее Московской kontоры — из 14 служителей (18).

Интересно сравнить, что впоследствии, когда в 1744 г., в период архиатрства графа А.Лестока, был утвержден новый штат Медицинской канцелярии, то в нем оказались только должности сотрудников аппарата самой канцелярии и ее Московской kontоры: какие-либо подчиненные учреждения отсутствовали. В этом штате были должности доктора, помощника, директора Медицинской канцелярии и 40 различных канцелярских служителей (секретарей, переписчиков и пр.), в Московской kontоре таких служителей было 19 (19).

Чрезвычайно важно, что Медицинская канцелярия продолжала занимать особое положение. Еще в 1732 г. было принято и затем неоднократно подтверждалось решение, согласно которому она подчинялась непосредственно кабинету министров — высшему правительльному органу, состоявшему при императрице Анне Иоанновне; ни Сенат, ни другие учреждения, подчеркивалось в указе императрицы, не имели права вмешиваться в ее дела, «в оную ниоткуда повелительных указов не посыпать и никаких рапортов не требовать» (20).

По инициативе руководителя Медицинской канцелярии Иоганна Фишера были осуществлены важные нововведения. «Генеральный регламент о госпиталях» (1735) определил структуру и штаты госпиталей, обязанности медиков, и установил, что все военные госпитали в финансово-экономическом отношении подчиняются военным органам (генеральным кригс-комиссариатам), а в медицинском — только Медицинской канцелярии. В армии во всех полках ввели должности подлекарей, создали полевые аптеки.

Было положено начало медицинской службе в городах — в Петербурге и Москве создали так называемые физикаты, подчиненные Медицинской канцелярии. Правда, еще в самом начале XVIII века, в 1715 г., в Москве, при Главной аптеке, т.е. в ведомстве Аптекарского приказа, была учреждена специальная медицинская службы «у физических дел»: по словам Я.А. Чистовича, «предметом этой службы первоначально были аптеки, продажа ядов и преследование остатков знахарства в лице бродячих лекарей и шарлатанов, а потом заботы уже об охранении народного здоровья и разного рода освидетельствования живых людей» (21). Возглавляли эту службу, которая потом была создана и в Петербурге, «физики» и «штадт-физики», обычно наиболее опытные доктора. В Москве, например, это были Антон Де-Тейльс (1715-1726), Демьян Синопеус (1736-1738), Иоганн Шрейбер (1738-1742) и др., а в Петербурге — Матвей Минят (1738-1746), Яков Гриб (1747-1752), Яков Лерхе (1752-1780) и др. Когда в 1733 г. Сенат утверждал штаты Медицинской канцелярии, о круге деятельности штадт-физика было сказано так: «доктор, яко штадт-физик, при Канцелярии, конторе и аптеках для всяких случающихся нужд... один на город» (22).

В 1733 г. служба «у физических дел» получила название «физикат» — во главе физикатов (в Москве и Петербурге) стояли штадт-физики, в подчинении у них первоначально были I лекарь и I оператор и подсобные работники. Физикаты стали первыми административными органами, управляющими медицинским делом в обеих столицах России. А возглавлявшим их штадт-физическем, помимо многочисленных обязанностей (в т.ч. «инвалидов и других больных от правительства без особенной платы посещать, осматривать и о сем обстоятельное донесение, как и в сомнительном случае мнение подавать»), предоставлялось право входить с представлением к правительству (в правительствувший Сенат) «о всех предметах вообще, до здравия жителей города касающихся» (23).

В общем, обязанности штадт-физиков были сформулированы так: «наблюдение за народным здоровьем; принятие медицинско-полицейских мер; испытание вновь представляющихся врачей; наблюдение за вольнопрактикующими; воспрещение медицинской практики тем, кто не имел на то законного права; надзор за аптеками (казенными и вольными); разбор жалоб медицинских чиновников друг на друга и забота о продвиже-

нии врачей по службе (путем особых представлений); наконец, оказание бесплатной помощи больным, имеющим право на казенное пособие.

В дальнейшем функции столичных физикатов — своеобразных «местных органов здравоохранения» — расширялись, их роль повышалась. Стоит добавить, что эти учреждения просуществовали до середины XIX в.

В 1737 г. архиатр Иоганн Фишер представил от Медицинской канцелярии императрице Анне Иоанновне «доношение». Ссылаясь на вспыхнувшую в марте в Пскове эпидемию «головной болезни», он сообщал, что «во Пскове как докторов, так и лекарей не имеется», и вообще «в губерниях и провинциях для пользования обывателей в их болезнях поныне еще особливых докторов и лекарей не содержано». Фишер предложил «в городах, лежащих поблизости от Санкт-Петербурга и Москвы, а именно: во Пскове, Новгороде, во Твери, Ярославле и во прочих знатных городах империи» учредить должности постоянных врачей, которых будет назначать Медицинская канцелярия. Что касается содержания этих врачей, то Медицинская канцелярия считала возможным два варианта: «оным лекарям... жалованья производить от обывателей или из ратуш» (24).

Предложение Медицинской канцелярии о постоянных врачах городов (их стали называть городовыми) было принято; последовала высочайшая резолюция императрицы, а затем были утверждены «знатные города», куда назначали городовых врачей «для пользования обывателей в их болезнях», но, в соответствии с резолюцией императрицы, жалование — «до двенадцати рублей на месяц со свободною квартирой» — они должны были получать не от обывателей, а от ратуш, т.е. от городских управлений (25). В числе этих «знатных городов» были Новгород, Смоленск, Иркутск, Тобольск и другие губернские центры (всего 11), а также 31 провинциальный город, 9 малороссийских и 5 слободских полков. Таким образом, было узаконено 56 городовых врачей: правда, вакансии эти были замещены далеко не сразу, на это потребовались многие годы (вероятно, еще и потому, что городские управления не имели денег — на содержание врачей был установлен особый сбор с купцов, а платили его плохо).

Первыми городовыми лекарями стали Иоганн Гергекопфс (Стародуб, 1740), Август Тейбелль (Переяслав Рязанский, 1741), Иоганн Вахоман (Иркутск, 1742), Никита Станщиков (Нижний Новгород, 1742), Михаил Шидловский (Тула, 1745), Лев Емельянов (Углич, 1746) и др.

К сожалению, открывшиеся должности городовых врачей (несмотря на разрешение принимать на эти должности лекарей, отслуживших свой срок в военном ведомстве) замещались крайне медленно — даже в 1756 г. их было только 26 (вместо полагавшихся 56). И дело было не в недостатке врачей — к тому времени русские госпитальные школы выпустили достаточноное для этого количества специалистов. Многие городские магистраты считали городовых врачей непозволительной «роскошью», не хотели тратить деньги на их содержание. Так, в 1767 г. из уездного города Козмодемьянска Казанской губернии поступило ходатайство об упразднении должности лекаря: «От лекаря нам никакой нужды нет, — заявляли козмодемьянцы, — и пользоваться им никто не желает и впредь того требовать не будет, и вовсе он нам ненадобен и жалование отдают ему праздно» (26). В 1767 г. в Законодательную комиссию поступило много писем такого рода — из Касимова и Ядринска, Астрахани и Иркутска, Зарайска и Чухломы.

В Ярославле, хотя в круг деятельности магistrата входило, между прочим, и попечение о народном здравии, магистрат должен был, по необходимости, ограничиваться паллиативными мерами; он уповал только на авось, на счастливую судьбу. И действительно, одна судьба хранила ярославцев от повальных болезней. «При императрице Елизавете Петровне, — установил историк и краевед Л.Н.Трефолев, — у нас медицина, вообще, не процветала, в Ярославле она была совершенно забыта. Правда, здесь жил один эскулап, городской лекарь Гове; но, занимая в то же время должность домашнего врача при ссыльном курляндском герцоге Бироне, он был озабочен недугами его светлости гораздо сильнее, чем здоровьем обыкновенных смертных — ярославских горожан, которые платили ему изрядное, для того времени, жалованье: 144 руб. в год. Волей-неволей, чтобы облегчить свои телесные страдания, ярославцы прибегали к знахарям и коновалам. Сколько народу погибло от знахарей и коновалов, это составляет тайну могил, которые находились при каждой приходской церкви в Ярославле» (27).

Поскольку дело с городовыми врачами обстояло неважно, в 1756 г. по представлению Медицинской канцелярии был принят сенатский указ, чтобы «для пользования обывателей в их болезнях в показанных городах, ежели где лекарей не определено, или хотя и были определены, да выбыли, то по усмотрению Медицинской канцелярии определить оных немедленно и содержать всегда... и в которых городах кто определены будут и определить надлежит, о том подать в Сенат ведомость» (28). Предусматривалось, что городовым врачам обязательно будут предоставляться квартиры; жалование им полагалось выдавать по третям года (т.е. 1 раз в три месяца) и без малейшей задержки, под опасением взыскания с магистратов вдвое за нескорую (несвоевременную) выдачу.

Кроме того, важные меры были предусмотрены для Москвы и Московской губернии: «В Москве в рассуждении того города немалой обширности и многолюдства двух докторов, одного при губернской канцелярии, а другого при магистрате, да кроме оных при Московской же губернской канцелярии одного лекаря» (29). При этом один доктор и лекарь должны были состоять при московской губернской канцелярии, а другой доктор — при магистратуре. В обязанности этих медиков входило свидетельствовать о заболевших или битых, также внезапно умерших и пользовать больных: губернский доктор — дворян, магистратский — купцов. Впрочем, главным у губернских аптекаря и доктора была борьба с эпидемиями, «поветривающими и прилипчивыми болезнями, паче во время иногда умножающимися, как бывает весной или осенью». При возникновении эпидемии они обязаны были «пользовать обывателей всякого чина» и выезжать в очаги эпидемий.

Представляет интерес и такой факт. Еще в 1738 г. указом императрицы Анны Иоанновны в Петербурге был назначен специальный врач для бедных: он обязан был ежедневно находиться при главной аптеке, «прописывать бедным и беспомощным лекарства и раздавать оные безденежно». Некоторые деятели Медико-филантропического комитета в начале XIX века считали это предвосхищением идей, положенных созданием диспенсириев в Лондоне в середине XVIII в. (30).

Создание физикатов и службы городовых врачей знаменовало новый качественный шаг в развитии государственной медицины.

К сожалению, в 1742 г. основавший службу городовых врачей архиатр Фишер вынужден был оставить свою должность — место это понадобилось Арману Лестоку, фавориту новой императрицы Елизаветы Петровны. Формальным поводом стала «веская» причина — Фишер служил предшествующим властительницам — императрице Анне Иоанновне и правительнице Анне Леопольдовне: впрочем, причина эта, интернациональная и всевременная, используется и сейчас.

Доктор Фишер уехал в свое имение Гинтерберг, под Ригой, где занялся медицинской практикой и научной работой: известны его труды (Эрфурт, 1754; Рига, 1767; Нюренберг, 1752-1767 г., и др.), посвященные клинической медицине. Умер И.Фишер в 1772 г.

3. Новые госпитальные школы

Поскольку потребность во врачах постоянно возрастала, в 30-х годах XVIII в. решено было открыть в России новые госпитальные школы. В их открытии большую роль сыграл архиатр Иоганн Фишер. Он хорошо понимал необходимость клинического, медико-хирургического образования молодых врачей, важность изучения ими и хирургии, и внутренних болезней. Так, в инструкции, посланной в мае 1835 г. в Московский госпиталь, Фишер предписывал смотреть, чтобы «ученики во анатомии и хирургии, также в терапии генералу медицине, как и в специальных методах при болезнях обучены были» (29).

В годы архиатрства Фишера были открыты еще три госпитальные школы — две в Петербурге (при сухопутном и адмиралтейском госпиталях) и одна в Кронштадте (при адмиралтейском госпитале). Впрочем, датой их основания считается 1733 г. (хотя историк медицины А.С.Георгиевский полагал, 1983 г., что временем их учреждения следует считать все-таки 1735 г.). Затем в 1758 г. штаб-лекарь Н.Г.Ножевщиков по поручению Медицинской канцелярии создал госпитальную школу в Сибири, в Барнауле, при Колывано-Воскресенском горно-заводском госпитале. В 1788 г. командующий воевавшими с Турцией русскими войсками князь Г.А.Потемкин-Таврический открыл госпитальную школу при Елизаветградском военном госпитале. Такие же школы были открыты на Урале, в Забайкалье и других местах.

В основу обучения в госпитальных школах был взят опыт Московской школы. С годами система обучения будущих врачей совершенствовалась, все более приспосабливаясь к нуждам практики. В 1735 г. был принят «Генеральный регламент о госпиталях» — документ, впервые законодательно регламентировавший все стороны деятельности русских госпиталей, в том числе и деятельности госпитальных школ.

Полностью этот документ назывался так: «Генеральный регламент о госпиталях и о должностях, определенных при них докторов и прочих медицинского чина служителей, также комиссаров, писарей, мастеровых, работных и прочих к оным подлежащих людей» (32). Глава вторая была посвящена должности главного доктора. В ней указывалось, что он «должен больных всякое утро и вечер при главном лекаре и прочих лекарях каждого особы осмотреть, им потребных медикаментов распределять, и приказать, как больных кормить, поить и надзирать надлежит». Особо

подчеркивалось, что «при том же лекарям, подлекарям и ученикам доброе обучение по истинным знакам болезней давать, и причины тому сказывать, тако ж подлекарей их порядочно у себя записывал, дабы оные впредь к пользе своей прислушиваться могли, и видно б было, как больного лечили».

Главный доктор обязан был руководить всей хирургической работой госпиталя — «в перевязке ран доктору, лекарям добрым советом помочьствовать, при всяких тяжелых операциях присутствовать, и учреждать, как им при том содержаться». Одна из основных функций главного доктора, подчеркивалось в регламенте, заключалась в том, что он «должен о происхождении хирургической школы своего госпиталя всякое доброе смотрение иметь, и чтоб оператор и прочие учителя должность свою притом добре исправляли, а молодые бы люди во анатомии и хирургии порядочно и тщательно обучены были, и чтоб подлекари и ученики, под дирекциею анатомика и своеручно по анатомии и хирургических операциях утверждалися; при том же смотреть, чтоб оной оператор им операции в надлежащем учении явственно и порядочно показывал» (33).

Таким образом, главный доктор обязан был также контролировать учебно-педагогическую деятельность преподавателей госпитальной школы, прежде всего — оператора, вновь введенного преподавателя анатомии и хирургии (ранее его обязанности выполняли главный доктор и главный лекарь).

Ответственные обязанности возлагались и на главного лекаря — о них шла речь в третьей главе «Генерального регламента». Как заместитель главного доктора, он обязан был быть искусственным лекарем, в деле своем прилежным, терпеливым, «и в науке хирургической анатомической весьма основательному человеку буть». Главный лекарь дважды в день, а если потребуется и чаще, с лекарями и учениками должен был делать обходы, осмотры и перевязки больных, а также операции: «учеников же притом явственно обучать». В то же время главный лекарь призван был следить за хирургической деятельностью в госпитале, разрешать или запрещать проводить те или иные операции. «Ежели искусного лекаря или подлекаря имеет, — указывалось в Генеральном регламенте, — то может оному таковую операцию чинить приказать, дабы в том утвердишися мог, точию б под его смотрением оное исправлено было». Но следовало соблюдать и осторожность, например, «не позволять, чтобы подлекари, наименьшие же ученики, без присутствия лекарского, кровь пущали».

Помогать главному лекарю призваны были госпитальные лекари и подлекари — о них шла речь в четвертой и пятой главах. Лекарским ученикам, подчеркивалось в шестой главе «Генерального регламента», надлежит «за больными ходить со всяким усердием и терпеливостью, дневанье (т.е. дежурство — М.М.) свое весьма исправлять, и к науке так склоняться, дабы случай, который по ее императорского величества высочайшей милости (имелась в виду царствовавшая тогда императрица Анна Иоанновна — М.М.) имеют, доброму научиться, не упущали» (34).

Однинадцатая глава была посвящена госпитальной (хирургической) школе. «Госпитали, не едино к пользованию больных служат, — вновь подчеркивалось в «Госпитальном регламенте», — но чтоб при лечении их болезней и ран, учреждения могли учинены быть, дабы через доброе наставление, искусственного медика и лекаря, молодых людей (т.е. молодых

врачей — М.М.) производить» (35). Предусматривалось, что нужно сделать «к произвождению молодых лекарей». Намечалось следующее: «1) дабы по множеству больных, и число учеников содержать, которые к хирургии и анатомии удобопонятие имеют; 2) по множеству числа учеников, искусные учителя в хирургии и анатомии содержаны были; 3) дабы у них в мертвых телесах недостатка не было, для толкования анатомии; 4) дабы к лучшему научению анатомии, ученикам показано было частей человеческих телес срисовать для лучшего утверждения мудрого составления оных».

«Генеральный регламент» рекомендовал повышать качество клинического обучения, стремиться к тому, чтобы ученики больше времени проводили в госпитале, старались лучше постигнуть медицину: «Дабы ученики к тунеядству случая не находили, но всегда с больными, и как оные наилучше пользованы быть могут, дело имели, — подчеркивалось в нем. — Удобопонятие же учеников состоит в том, чтоб охоту имели к анатомии и хирургии, и натуральной гнусности, при обхождении с ранами и хирургических операциях в себе не признавали; еще ж чтоб и в латинском языке обучены были и хирургического или медицинского автора разуметь знали». К ученикам относили и подлекарей, «которым еще обучение по анатомии и хирургии потребно» — так, как это уже практиковалось в Московской госпитальной школе.

Предусматривалось на 20-25 учеников иметь одного преподавателя, который должен был ежедневно по несколько часов («зимою, в пристойнейшем к тому времени») заниматься с ними; вместе с тем указывалось на необходимость самостоятельных занятий: «Ученикам же самим в анатомии над телесами утверждаться, дабы и им, как скелетов изготавлять, так и других препаратов анатомических, записать и показывать».

Что касалось изучения хирургии, то «хотя операции хирургические начальственнее в нужных случаях научитися надлежит, и лекари госпитальные оным ученикам показывать имеют то; однакож и учитель повинен, все те хирургические операции в порядочном обучении ученикам показывать, и такого следствия операциям, с показанием к бандажам, дважды годом окончать. Ему ж им и употребление хирургических инструментов показывать: к сему на двадцать пять учеников одного ящика с инструментами и содержать надлежит».

Таким образом, все хирургические операции ученикам госпитальной школы должен был демонстрировать (прежде всего, на трупах, а потом на больных) преподаватель анатомии и хирургии, получивший звание оператора, а также госпитальные лекари — в палатах госпиталя и на дежурствах ученики работали под их руководством.

«Генеральный регламент» вводил в число преподавателей госпитальной школы еще и учителя рисования — опять-таки одного на 20-25 учеников: он должен был обучать будущих врачей зарисовке анатомических препаратов и различных органов. В госпитальной школе появился и студиозус-преподаватель латинского языка, помогавший ученикам совершенствовать знание этого общепризнанного языка науки.

Одним из важных нововведений «Генерального регламента» было появление операторов — особых преподавателей, обучавших анатомии и хирургии. Звание оператора приобрело затем в медицинских кругах большой вес. В 1746 г. архиатр граф Арман Лесток приказал: «Операторам иметь

преимущество и предпочтение пред главными и прочими госпитальными лекарями, тоию им, операторам, затем в дела главных лекарей не мешаться, но отправлять порученные им дела, и о том для ведома во все госпитали послать указы» (36). Операторы стали непременными сотрудниками и педагогами госпитальных школ, наравне с профессорами.

Не всегда, правда, должности операторов занимали специалисты своего дела. В Московской госпитальной школе, например, в 1738 г. обязанности оператора исполнял Траугот Гербер, до того бывший ботаником, доктором Московского медицинского огорода. Впрочем, это было не правилом, а исключением: как правило, операторами были врачи высокой квалификации. Таким был, например, Яков фон Меллен в школе Петербургского сухопутного госпиталя — по словам Я.А.Чистовича, это был «трудолюбивый и деятельный голландец, до увлечения любивший анатомию и отдававший весь свой труд и все свое время исключительно анатомическим занятиям».

Таким был и Иоганн Шрейбер, тоже работавший в Петербурге: как писал Я.А.Чистович, он был «родом пруссак, отличавшийся, с одной стороны, талантом, знаниями и уверенностью учителя и, с другой стороны, высокомерием, гордостью и неуживчивостью раздражительного и капризного человека». Делает честь Шрейберу и то, что он первым выступил против телесных наказаний в госпитальных школах, пожаловавшись в медицинскую канцелярию, что «важные науки принужден ребятам читать, которых лекари присылают к нему яко слушателей, а за деть их лозами секли, ибо состояние учения его, которое следует к произведению основательных и искусных лекарей, с таким ребячым и холопским наказанием общество не имеет, которое у молодых людей отымет любовь к чести, что ему не пристойно» (37).

Иоганн (Johann Friedrich) Шрейбер родился в 1705 г. в Пруссии в интеллигентной, культурной семье — его отец был доктором богословия, проповедником соборной церкви и советником по истории. Еще не став взрослым, в возрасте 16 лет, Иоганн начал посещать университет Кенигсберга: там он слушал лекции по философии, математике, медицине. А в 1726 г., пять лет спустя, он стал университетским студентом, причем, как водилось тогда, учился сначала во Франкфурте-на-Одере, потом в Лейпциге и, наконец, в Лейдене — здесь он изучал медицину под руководством прославленного Бурхаве. В Лейденском университете Шрейбер встретился и подружился с известным медиком Галлером. В 1728 г. он защитил докторскую диссертацию *«Meditationes philosophico-medicae de tletu»* и стал доктором медицины. Следует подчеркнуть, что диссертация Шрейбера, посвященная, говоря современным языком, психоневрологическим проблемам, обратила на себя внимание тогдашних выдающихся медиков и некоторые из них дали о ней лестные отзывы.

После окончания университета Шрейбер в течение почти двух лет занимался медицинской практикой в Саардаме (Голландия), но потом отправился в Германию, в Марбург, чтобы лично познакомиться со знаменитым Вольфом, с которым уже несколько лет состоял в переписке. Из Марбурга он отправился в Лейпциг: здесь ему удалось напечатать I том своего медико-физиологического сочинения о естественно-математических основаниях медицины.

Научные труды Шрейбера обратили на себя внимание и он получил предложение возглавить кафедру медицины и философии в университете Галле. Однако новая должность, по всей видимости, не пришлась ему по душе, поскольку он больше тяготел все-таки к клинической медицине. Неудивительно поэтому, что в 1731 г. он принял приглашение российского правительства приехать на службу в Россию. Весной 1731 г. Шрейбер прибыл в Ригу: здесь с ним был заключен контракт на пять лет.

Шрейбер стал дивизионным врачом, а потом генеральным штаб-доктором армии, совершившей в те годы походы в Польшу, под Данциг, в Австрию, под Азов и в Крым. Во время всех этих походов у него было немало дел: начальство не берегло солдат, в армии постоянно было много больных и раненых, поступавших в госпитали после каждого сражения. Постоянные походы утомили Шрейбера и в 1737 г. он обратился в Медицинскую канцелярию, к архиатру Фишеру, с просьбой дать ему более спокойную работу: в противном случае он вынужден будет уйти в отставку.

Медицинская канцелярия не сочла возможным лишиться доктора, уже завоевавшего себе в России солидный авторитет. Архиатр Фишер перевел Шрейбера на должность штадт-физика в Москву. Однако вскоре после прибытия в первопрестольную Шрейбер срочно выехал «на чуму» на Украину. Почти полтора года пришлось Шрейбера бороться со страшной и совершенно неизвестной эпидемией, ежеминутно рискуя заразиться и умереть. Только в 1739 г. он возвратился в Москву, где до 1742 г. был штадт-физиком, а затем получил новое назначение — профессором хирургии петербургских госпитальных школ.

Иоганн Шрейбер с 1742 по 1760 гг. преподавал в школах обоих петербургских госпиталей — сухопутного и адмиралтейского. Медицинская канцелярия, направив его преподавателем, дала ему титул «доктора и профессора», чем он очень гордился. Он был известным ученым: в 1739 г. описал чуму, которую наблюдал на Украине, а в 1756 г. издал в Лейпциге на немецком языке написанную в России книгу «О распознавании и лечении важнейших болезней» — эту книгу ученики госпитальных школ использовали как учебник, в 1768 г. Петр Погорецкий перевел ее на латинский язык, а в 1781 г. Нестор Максимович-Амбодик — на русский язык.

4. Перемены в высшем медицинском образовании

В новых госпитальных школах изменялось, в соответствии с требованиями времени, и само высшее медицинское образование. Так, при назначении И.Шрейбера профессором хирургии ему была дана Медицинской канцелярией специальная инструкция. Ознакомление с текстом этой инструкции чрезвычайно поучительно, т.к. позволяет судить о содержании, формах и методах изучения хирургии и медицины в госпитальных школах не только в 40-50-х годах XVIII века, но и позже. Как подчеркивалось в инструкции, следует заботиться о подготовке «искусных лекарей, которые бы не токмо разумели хирургию, но притом бы были обучены лечить те болезни, которые обыкновенно между солдатами и морскими людьми случаются и коим они подвержены» (39).

В инструкции подчеркивалась важность методически рационального преподавания хирургии, как, впрочем, и других разделов медицины, на-

глядного обучения. «Требуется порядку методического учения, дабы учащиеся то, что им толкуется, могли хорошо понимать и разуметь: того ради профессору при своих наставлениях взять в рассуждение понятие его слушателей и их способность к учению, и так наипаче на то смотреть, чтобы учащиеся получали понятие о частях человеческого тела, о медикаментах и хирургических инструментах больше очным опознанием, нежели труднопонимаемыми описаниями».

Отсюда, из требования наглядности обучения, прямо вытекал совет профессору, «чтобы он в своих лекциях упоминаемые тела человеческого части на скелете показывал и потом надобное изъяснял; тако ж чтобы потребные к излечению на таких частях случающихся болезней медикаменты и хирургические инструменты положил на показ со изъяснением; понеже таким образом с большею пользою можно надеяться, нежели основательнейшими описаниями, которые об науках возможно изображать».

Инструкция обязывала профессора ежедневно проводить занятия с учениками и подлекарями продолжительностью не менее двух часов, а порой и больше. На этих занятиях следовало учить как предмет «материя медика», так и хирургию, теоретическую и практическую. Давалась рекомендация о том, как проводить занятия по хирургии. «Лучший способ ком можно понять хирургию теоретическую и практическую, — говорилось в инструкции, — есть, когда профессор хирургии то, что он в своих лекциях намерен предложить, оное ж скажет для записи и к тому употребит четверть или полчаса и потом тотчас диктованное истолкует, чем и недостаток хирургических книг и авторов дополняется». Лекции профессору предлагалось читать пять раз в неделю по полудни, т.к. «в обоих госпиталях учащиеся время от утра до полудня провожают перевязыванием и лечением больных».

Интересно, что в инструкции предлагалось профессору хирургии не разделять хирургические и терапевтические заболевания, а говорить о них совокупно. Вот как это обосновывалось: «Понеже хирургия бесспорно не что иное, как медицинская наука о наружных болезнях, и равномерно же медицина не что иное, как хирургическая наука о внутренних болезнях, и вообще сказать обоего рода болезни имеют те же начала и одни причины в основании, того ради за оными разными причинами не бесполезно будет, ежели профессор хирургии последует тому порядку учений, который Бургав в своих афоризмах писал» (40). Такой принцип совместного преподавания заболеваний, требующих оперативного и консервативного лечения, оказался полезным.

Наибольший, пожалуй, интерес вызывала изложенная в инструкции программа изучения хирургических операций. «Операции с начала токмо производить на мертвых телах, дабы учащимся научиться, каким образом оным учинить, — требовала инструкция, — и потом, ежели к тому случай будет, делать операции и на живых и наставлять учащихся, какие при том symptomata могут приключаться и что надлежит делать пока совершенное выздоровление воспоследует». Таким образом, уже тогда была принята используемая и сейчас последовательность изучения хирургических операций — сначала на трупах, в анатомическом театре, а потом в клинике: иной порядок обучения оперативным вмешательствам не допускался.

Профессору предлагалось «у него под командою состоящего оператора» за месяц вперед уведомлять о предстоящем курсе изучения хирургических операций: за 24 часа до операции следовало приготовить все, что могло потребоваться хирургу. При этом безразлично, шла ли речь об учебной операции на трупе или о вмешательстве в клинике: «все в таком состоянии надлежит быть, якобы операция имела производиться на самом живом». Объясняя ход операции, профессору следовало подробно говорить о методах ее проведения, используемых хирургических инструментах, медикаментах, применяемых во время операции и после нее, «дабы symptomata, которые так долго, пока рубец или смерть воспоследует, бывают, отвратить и оныя вылечить».

Инструкция делала обязательным применение в процессе преподавания хирургии «деревянных составных корпусов человечьих» — с их помощью удобно было изучать наложение различных бандажей. Профессору вменялось в обязанность при клинической операции «учащимся при оной операции примечаемое показывать и толковать, и ему всегда со своими учениками быть при перевязках и приказывать то делать, что к лечению рассудить полезно». Таким образом, обучение не исчерпывалось одними лишь хирургическими операциями — будущих врачей учили перевязкам, выбору наилучших средств послеоперационного лечения.

Эту инструкцию составил доктор П.З. Кондоиди, впоследствии ставший лейб-медиком, архиатром и президентом Медицинской канцелярии, сыгравший важную роль в развитии российской медицины. Интересно, что полный курс обучения в госпитальных школах по этой инструкции был определен тремя годами.

Установление должности профессора хирургии, регламентация преподавания этой, да и других специальностей, сыграли положительную роль в хирургической и общемедицинской подготовке учеников госпитальных школ. Рациональным оказалось и установление в 1753 г. должности младших докторов (доцентов). Их обязанности тоже регламентировала специальная инструкция, составленная, как и инструкция профессору хирургии, доктором П.З. Кондоиди.

Младшие доктора обязаны были, в частности, в течение года вести с подлекарями и учениками три учебных курса — по анатомии, хирургии и фармации, читать им лекции «по академическому обыкновению и точно на латинском диалекте». Вот что говорилось о преподавании хирургии:

«Начинать хирургию и толковать вам надлежит на латинском же диалекте чинимых над человеком операций, грубых же колико можно и субтильных и каковых ради причин и обстоятельств такая или такая операции чинима бывает, и какую учинить должно прежде операции препарацию больного, сколько времени и какими способами, что примечать надлежит доктору, что лекарю во время самого действия или операции, чего наипаче остерегать, какое лечение, пищу и питье и прочее больному предписать надлежит для излечения после операции, какие припадки могут быть опасны и проч» (41).

Одним из основных учебных руководств по хирургии в XVIII веке был учебник хирургии Лаврентия Гейстера (Нюрнберг, 1719; Амстердам, 1750): этот учебник использовали и в российских госпитальных школах. Поэтому в инструкции младшим докторам рекомендовалось в преподавании хирургии следовать этому учебнику. Младшие доктора должны были

«показывать и толковать» хирургические инструменты, повязки, бандажи. В то же время им рекомендовалось «самое же рукодействие операций и прикладывания бандажей чинить в присутствии вашем оператору, а где нет оператора — главному лекарю на мертвых человеческих телесах неотложно». Большое внимание уделялось наглядности — в инструкции говорилось, что в «демонстрациях анатомических и хирургических, чего разом всем присутствующим ясно видеть и потому внимать невозможно, по-втором столь на три или четыре стороны повторять и показывать, дабы демонстрация всем равно была видима и внимаема».

Существенно, что обе эти инструкции предписывали иметь в генеральных госпиталях определенное число больных разными болезнями в одной или нескольких палатах и заведывать ими по своему усмотрению, т.е. независимо от госпитального доктора. Фактически это были первые клиники, созданные для учеников госпитальных школ, хотя они и не называли такого названия.

Еще одна инструкция, принятая в 1745 г., установила более строгий порядок экзаменов в госпитальных школах, хотя подчеркивалось, что экзаменатор знания учеников обязан был проверять, не должен был придержаться к ответам учеников, а спрашивать их «благоискусно и ясно, притом же ласково и как возможно просто». Все экзамены по новой инструкции — притом не только по анатомии и хирургии, но и «нутренних болезней и прочего чему обучаются» — делились на приватные и публичные.

Приватные экзамены призваны были способствовать повторению и лучшему усвоению пройденного учебного материала. Недельные приватные экзамены в присутствии одних только учеников оператор проводил каждую субботу. В конце каждого месяца проводился месячный экзамен — на нем присутствовали уже все медики госпиталя, которые задавали ученикам самые разнообразные вопросы. Как правило, лекари экзаменовали по анатомии и хирургическим болезням, оператор и главный лекарь — по оперативной хирургии и десмургии, госпитальные доктора — по внутренним болезням и наружным обыкновенным болезням.

Отвечая на вопросы, ученики демонстрировали анатомические препараты и хирургические инструменты, показывали свое умение производить те или иные операции (на трупах), накладывать повязки и бандажи (на фантомах и на больных), готовить лекарства и пр. Публичные экзамены — их проводили «при исходе каждой трети года» и в конце года — по своему содержанию отличались от месячных лишь присутствием почетных гостей и всех желающих. Публичные экзамены были важны еще и тем, что они были квалификационными: их результаты являлись основанием для производства учеников в подлекари, а подлекарей в лекари. Подобная система проведения экзаменов сохранилась почти до конца XVIII века.

В архиве сохранились документы (они впервые опубликованы В.В.Куприяновым, 1953) с изложением вопросов экзаменуемым на звание лекаря. Из этих вопросов ясны требования, предъявлявшиеся к молодым врачам по различным разделам медицины, в частности, по хирургии. Так, подлекарю Петерсону (экзаменовался 12 января 1764 г.) предложили, в числе других вопросов, произвести трепанацию черепа и ампутировать нижнюю конечность. Подлекарям Цветкову и Авдурову по хирургии (экзаменовались 20 июня 1765 г.) задали такие вопросы: «О килах (т.е. грыжах — М.М.), бывающих из внутренних частей, и о других килах, содер-

жащих ненатуральные части, способы вправления их и операции; о ранах головных и предметах вытекшей крови внутрь головы; о болезнях снаружи и внутри глаза и об операциях катаракты; об опухолях бьющих жил и об лечении и операциях» (42). А через три дня в анатомическом театре оба экзаменующихся показали свое умение делать трепанацию черепа и накладывать повязку после операции.

Однако будущих лекарей готовили не только в госпитальных школах, но и в крупных госпиталях. Например, на Урале их обучали при Екатеринбургском госпитале. Тамошние врачи воспользовались тем, что в 1740 г. Медицинская канцелярия разрешила подготовку лекарских учеников посредством обучения их, как говорится сейчас, на рабочих местах, в заводских госпиталях. Первыми при заводском госпитале в Екатеринбурге под руководством Иоганна Шнезе закончили обучение Гофман и Рудаков: после соответствующего экзамена им было присвоено звание подлекарей. Иные из подлекарей становились впоследствии лекарями. Так, звание штаб-лекаря получил выпускник Екатеринбургского госпитала Козьма Решетников, работавший в Каменском заводском госпитале Екатеринбургского горного ведомства. В 1763 г. в Екатеринбургском госпитале был экзаменован подлекарь Панаев, который после теоретических ответов произвел на трупе операции: трепанацию черепа, ампутацию конечности и парентез (43).

Екатеринбургский госпиталь стал в середине XVIII века признанным центром подготовки будущих лекарей не только для Урала, но и для Сибири. Вот, например, в хранящемся в архиве деле лекарского ученика Василия Шмыгина говорится: «Он с 1751 по 1757 года находился в лекарских науках в Тобольске у штаб-лекаря Карла Лерца, с 1758 по 1759 год до обучения лекарской науке послан в Екатеринбург к штаб-лекарю Шнезе, обучался анатомии, хирургии, материи медицины, ботанике, переведен в подлекари» (44).

5. Практические вопросы медицинского дела

Основное внимание Медицинская канцелярия уделяла практическим вопросам медицинского дела. Так, в поле зрения постоянно оставалось развитие родовспоможения. В 1754 г. был утвержден проект Медицинской канцелярии о «бабичем деле». Все повивальные бабки Москвы и Петербурга, не имевшие разрешения на практику, должны были подвергнуться в Медицинской канцелярии специальным испытаниям, и только затем, по приведении к присяге, получали разрешение заниматься своим делом: нарушителей ждало «телесное наказание». В Москву Медицинская канцелярия назначила 15, а в Петербург — 10 присяжных бабок. Двух, наиболее опытных бабок — старшую и младшую — брали на казенную службу в Москве и Петербурге с жалованьем от 150 до 200 рублей: их особой обязанностью было оказывать помощь всем бедным, а также родильницам в тюрьмах. Предусматривалось в обеих столицах открыть училища повивального искусства — там должны были работать профессор, лекарь и оператор: кроме обучения бабок, они должны были оказывать помощь при тяжелых родах, производить различные операции.

В дальнейшем Медицинская канцелярия осуществляла надзор и за акушерской практикой повивальных бабок: такой надзор осуществлялся в Петербурге, в Москве, в крупных городах. В Москве, например, этим занималась подчиненная Медицинской канцелярии медицинская контора. «Управляющим здесь в Москве бабичье дело (т.е. оказывающим акушерскую помощь — М.М.) и желающим оное впредь управлять русским и иноземкам для экзамена явиться в Медицинскую контору в непродолжительном времени», — объявляла эта контора, добавляя, что «ежели... не явятся, а бабичье дело тайно и явно исправлять будут и после от кого изобличены будут в каких неисправностях или повреждениях, то с ними поступлено будет по указам» (45).

Сфера влияния государственной медицины неуклонно расширялась: это сказывалось прежде всего в обеих столицах, а потом уже в губернских и уездных городах, во всей стране. Совершенствовалась служба городовых врачей: указ императрицы Елизаветы Петровны (1756) более четко обозначал их обязанности.

Российские медики тогда делились на четыре категории. Низшей были подлекари — они работали в госпиталях и обучались медицине: прослужив не менее 6 лет и сдав специальный экзамен (его принимала комиссия, в составе которой должен был быть хотя бы один доктор медицины и несколько лекарей), они могли стать лекарями, т.е. перейти в следующую категорию. Наиболее квалифицированным лекарям присваивали — обычно за какие-либо заслуги — степень штаб-лекаря: в первой половине XVIII века их было немного, но степень штаб-лекаря давала право занимать ответственные должности. Наконец, высшей категорией были доктора медицины — обычно иностранцы (46).

Продолжало существовать правило, по которому иностранные доктора медицины для получения права на врачебную практику (докторского градуса) должны были пройти в Медицинской канцелярии особое проверочное испытание: если результат был неудовлетворительным (а такое в первой половине XVIII века бывало, свидетельствуют современники, и притом нередко), испытуемому разрешалось работать в одном из генеральных госпиталей только подлекарем, а через год снова подвергнуться испытанию.

Наиболее квалифицированные врачи обычно служили в госпиталях (преимущественно в генеральных, т.е. тех, где были госпитальные школы) и в армии, занимая должности врачей полков, бригад, дивизий. Если же медики не могли служить в армии (по старости, например, или по болезни), они переходили в гражданское ведомство, становились городовыми врачами.

Лучшими медицинскими учреждениями продолжали оставаться генеральные госпитали, например, те, что находились в Москве и Петербурге. Они располагались в специально построенных зданиях, сравнительно хорошо снабжались лекарствами и медицинскими инструментами, обладали большим числом коек и солидными штатами. Другие учреждения — полевые госпитали, лазареты, находившиеся в местах расположения войск, преимущественно на границах государства, в мирное время были небольшими, размещались, как правило, в приспособленных помещениях (монастырских зданиях, частных домах и пр.).

Вместе с госпиталями и лазаретами обычно находились и полевые аптеки: они не только снабжали лекарствами, но и чинили хирургические инструменты, хранили различные медицинские запасы и средства для их приобретения и пр. По регламенту 1735 г. при каждой полевой аптеке должен был находиться 1 аптекарь, 2 гезеля, 9 фурлейтов; во время войны штат этот мог быть увеличен, создавалось походное отделение аптеки, которое передвигалось вместе с войсками.

Очень важным в деятельности врачей оставалась борьба с эпидемиями. Преобладали карантинные меры, которые строго соблюдались. Наряду с этим в царствование Елизаветы Петровны в Петербурге были определены (1755) доктор и два лекаря — они должны были «пещись о больных оспою, корью и другими горячками и сыпью»: позднее страдавших этими болезнями велено было причащать в специальных отдаленных церквях. Появилось (1755) первое в России сочинение о прививании оспы. В 1756 г. сделаны были первые опыты оспопрививания в Лифляндии, а в 1758 г. — в Петербурге.

По инициативе Медицинской канцелярии были предприняты попытки получить дополнительные средства на содержание госпиталей и больниц, число которых хотя и медленно, но возрастало, а количество пациентов в них увеличивалось. Если при Петре I вычеты на госпитали проводили только с военнослужащих, то при Елизавете Петровне удерживали на содержание госпиталей и больниц по одной копейке с рубля из жалованья всех, кто находился на государственной службе (47).

Возрастал и круг забот Медицинской канцелярии. «По сочинении апробированного в 1733 г. медицинского штата многие медицинские учреждения воспоследованы, — доносил в 1744 г. императрице Елизавете Петровне новый архиатр и директор Медицинской канцелярии, ее фаворит граф Арман Лесток, — чрез что Медицинской канцелярии дела в отправлении весьма умножились» (48). Лесток просил дать ему в помощь доктора, «знающего в приказном деле, для отправления медицинской канцелярии приказных дел под мою дирекцией», а также утвердить новый бюджет — «на жалованье и на все содержание оной канцелярии и аптек генеральною суммою»: на содержание в Санкт-Петербурге и Москве 60 служащих и прочие расходы требовалось 7 тысяч 431 рубль. Императрица Елизавета Петровна утвердила этот бюджет (49).

Новый архиатр Иван Иванович (Johann-German, Arman) Лесток был чрезвычайно колоритной фигурой. Он обладал такими титулами и должностями как граф Римской империи, доктор-хирург, первый придворный лейб-медик, действительный тайный советник, главный директор Медицинской канцелярии и всего медицинского факультета России. Вместе с тем Я.А. Чистович считал, что «он был ловкий придворный, веселый собеседник, но едва ли знающий и искусный медик... и вовсе неспособный правитель, не имевший понятия о своей... должности».

Потомок старинного французского дворянского рода, Лесток родился в 1692 г. в Германии, где его отец был лейб-хирургом маленького владельческого герцога. Хирургии его обучил отец — после этого Лесток был лекарем во французской армии, а в 1713 г. приехал в Россию и стал лейб-медиком царицы Екатерины, сопровождал царскую семью в путешествии в Европу. Однако за какие-то дурные наклонности и поступки Петр I в 1719 г. выслал его в Казань: лишь после смерти Петра Екатерина I верну-

ла Лестока в Петербург и назначила лейб-хирургом цесаревны Елизаветы Петровны, будущей императрицы.

Ловкий придворный интриган, завсегдатай высшего света, кутила и карточный игрок, он хотя и занимался как хирург лечением больных, но в медицине все-таки разбирался слабо. После вступления Елизаветы на престол настал звездный час Лестока: он стал вельможей, важной персоной русского двора. Императрица Елизавета высочайшим указом пожаловала доктора Лестока в первые придворные лейб-медики в ранге действительного тайного советника с назначением его главным директором Медицинской канцелярии и всего медицинского факультета. лично ему была присвоена привилегия «пускать кровь» императрице, за что он получал крупные дополнительные вознаграждения: истинным же лейб-медиком императрицы стал Г.К.Бургав.

Впрочем, и управлением Медицинской канцелярией Лесток практически не занимался, переложив все дела на вызванного им в Петербург бывшего военного врача, генерального штаб-доктора Украинского корпуса П.З.Кондоиди: правда, это был отличный выбор, за который российская медицина должна быть благодарна Лестоку. В 1748 г. Лесток был арестован, потом сослан, а вернулся в Петербург незадолго до смерти: умер он в 1767 г.

После скандального ухода графа А.Лестока с должности архиатра (и вообще с политической арены) первым кандидатом на освободившуюся должность стал, однако, не П.З.Кондоиди, который был фактическим руководителем Медицинской канцелярии, а хорошо известный императрице Елизавете ее приближенный — лейб-медик Герман Каау Бургав.

В декабре 1748 г. был обнародован следующий указ императрицы:

«Указ Нашему Сенату.

Во всевысочайшем уважении искусства, прилежания и трудов, с каковыми действительный статский советник Герман Каау Бургав о нашем и императорской нашей фамилии здравии неутомленное верно ревностное бдение имел, всемилостивейше жалуем его нашим первым лейб-медикусом и главным директором над медицинскою канцеляриею и всем медицинским факультетом в империи нашей с жалованьем по семи тысяч рублей на год, которое давать ему из статс-конторы, включая во оное получаемые им ныне три тысячи рублей, причем ему свободная квартира и от двора карета и лошади с потребными к тому служители давана быть имеет, о чем сенату куда надлежит потребные указы послать, а его Бургава в сем новом чине к присяге привесть. Впрочем он в единственном нашем ведении состоять и прямо от наших повелений зависеть имеет».

Елизавета (50).

В общем, повторилась история, которая в последующем, вплоть до нашего времени, стала в России едва ли не традицией: высшее медицинское место занял не самый достойный, а тот, кто стоял ближе всех к трону. В этот раз им оказался доктор Бургав.

Герман Каау Бургав (Hermann Kaau Boerhaave) родился в Гааге в 1705 г. в семье врача: знаменитый ученый-медик Герман Бурхаве, профессор Лейденского университета, был его дядей. По этой ли причине, или

просто по сложившейся семейной традиции юный Герман поступил в Лейденский университет, чтобы изучать медицину. Учился он хорошо, а в 1729 г. выполнил диссертацию «De argento vito» и стал доктором медицины. Затем он занялся медицинской практикой в Голландии. Имя знаменитого дяди освещало ему путь и во многом помогало преодолевать встречающиеся жизненные невзгоды. Из уважения, в первую очередь, к имени его дяди, в 1741 г. архиатр Фишер пригласил Германа Каая Бургава в Россию в качестве придворного врача. И хотя по прибытии в Россию он уже не застал во главе Медицинской канцелярии пригласившего его доктора Фишера (его место занял Арман Лесток), все же Бургав был встречен милостиво, а вскоре благодаря рекомендации всесильного Лестока был назначен лейб-медиком императрицы, что и открыло ему дорогу к должности архиатра.

В Медицинской канцелярии архиатр Бургав первыми своими помощниками, вместо справедливо обидевшегося и потому устранившегося от дел П.З. Кондоиди, сделал сначала петербургского штадт-физика Я.Грива, а потом его московского коллегу, умного и дальновидного Я.И.Лерхе (вскоре эти штадт-физики поменялись местами). И хотя архиатр Бургав во время своего пятилетнего правления не очень много занимался делами Медицинской канцелярии, все же в этот период был принят ряд полезных мер, таких, например, как установление (по представлению Медицинской канцелярии) казенной монополии на торговлю минеральными водами в России: отныне (с 1750 г.) заграничные минеральные воды, признаваемые средствами лечения, можно было выписывать только через Медицинскую канцелярию, а не через незнакомых с их действием купцов и частных коммерсантов.

После того, как архиатру Бургаву начали помогать доктора Лерхе и Грив (им обоим, в дополнение к должностям штадт-физиков, поручили еще и обязанности так называемых совещательных врачей, т.е. помощников архиатра), Медицинская канцелярия стала больше интересоваться проблемами, находившимися в ее компетенции как высшего медицинского учреждения страны.

Правда, было бы преувеличением считать, что Медицинская канцелярия одинаково занималась всеми вопросами охраны здоровья. Например, в 20-40-х годах все-таки недостаточной была забота о подготовке собственных врачей: необходимость такой подготовки порой больше декларировалась, хотя и были приняты некоторые меры для увеличения числа врачей. Так, указом императрицы Елизаветы Петровны (1748) было предписано Московской духовной академии отправить в госпитальные школы необходимое число семинаристов для обучения их врачебной специальности. Кстати, позднее (1758) вышел еще один указ: вдовам докторов, лекарей и аптекарей только тогда назначался вдовий пенсион, когда они письменно обязывались детей своих посвятить медицинской части (51), без этого они лишались пенсии; видимо, таким далеко не гуманным образом хотели добиться формирования «медицинских династий» — дела разумного и важного.

И все-таки медиков в России не хватало, что негативно сказывалось на состоянии и развитии всего медицинского дела в стране. Из-за недостатка врачей 1 февраля 1754 г. был даже издан указ «О бытии лекарям и аптекарям, обучающимся в России, всегда в их настоящем звании и о недоз-

волении им избирать другой род службы». Но и эта «запретительная» мера не смогла восполнить нехватку медиков, заполнить пустующие вакансии врачей и некомплект студентов в некоторых госпитальных школах.

Положение однако в корне изменилось, когда Медицинскую канцелярию возглавил Павел Захарович Кондоиди. Родом грек с острова Корфу, он с детских лет жил в России и воспитывался у своего дяди суздальского епископа Афанасия. Медицинское образование П.З. Кондоиди получил в Лейдене и там же защитил в 1732 г. докторскую диссертацию. Затем он был врачом в русской армии и дослужился до должности генерал-штабдоктора; с 1742 г. он был помощником директора, а с 1753 г. — архиваром и президентом Медицинской канцелярии.

С деятельностью Кондоиди во многом связано дальнейшее улучшение медицинского дела в России. Особенно важен его вклад в укомплектование госпитальных школ уроженцами России (а также в подготовку достаточного количества повивальных бабок). Именно при Кондоиди Медицинская канцелярия настойчиво старалась увеличить количество врачей из «природных россиян» и потому принимала все меры к увеличению числа воспитанников госпитальных школ. Охотнее всего туда принимали семинаристов, выпускников духовных училищ. Так, с 1754 г., сообщала Киевская епархия, «по письменным приглашениям Медицинской коллегии (канцелярии — М.М.) и по самопроизвольному желанию более трехсот студентов (Киевско-Могилянской академии — М.М.) отпущено в Медико-хирургическую науку, с коих некоторые действительно служат в докторской при армии его Императорского Величества и при Московском и Санкт-Петербургском госпиталях, а многие при полках в лекарской и подлекарской должностях». И это, по мнению епархии, было постоянным явлением, потому что «не проходит ни один почти год, которого бы здешней академии (Киево-Могилянской — М.М.) студенты самопроизвольно не отпускаемы были в медицинскую науку» (52).

Кондоиди многое сделал и для улучшения деятельности госпитальных школ, повышения качества подготовки русских врачей. Срок обучения в госпитальных школах был ограничен семьью годами. Вступил в действие новый учебный план, предусматривавший строгую последовательность в изучении медицинских дисциплин. В течение первых двух лет ученики изучали анатомию (с элементами гистологии), фармацию и рисование, а на третьем году — еще и физиологию. На четвертом году, наряду с физиологией, начиналось обучение патологии (включая патологическую анатомию), а на пятом и шестом, к физиологии и патологии добавлялись оперативная хирургия и десмургия и проводилась медико-хирургическая практика. На седьмом году обучения учащиеся проходили клиническую практику в палатах госпиталя, а в госпитальной аптеке изучали способы приготовления лекарств. Кроме того, в госпитальных школах преподавалась судебная медицина, а с 1763 г. — еще и акушерство, женские и детские болезни.

По инициативе Кондоиди в 1754 г. была открыта медицинская библиотека «для общего просвещения обретающихся в столичных городах докторов, лекарей и аптекарей»; вскоре здесь было достаточно количество литературы по медицине на латинском, русском, немецком, голландском и других языках. Сюда стали поступать научные журналы из Голландии, Германии и других стран.

Многое делалось, чтобы улучшить клиническое обучение будущих врачей. Подробные истории болезни, которые писали ученики и подлекари, являлись экзаменационными документами, лучшие из них отправляли в Медицинскую канцелярию.

Большое внимание уделялось подготовке преподавателей для госпитальных школ. На эти должности назначались наиболее способные выпускники госпитальных школ, которых предварительно для совершенствования в науках отправляли за границу. Так, в 1761 г. 9 молодых лекарей из Петербурга — Петр Погорецкий, Касьян Ягельский, Фома Тихорский и др. — отправились в Лейден, а 3 — в Страсбург. Через два-три года они возвратились домой, став докторами медицины, многие преподавали впоследствии в госпитальных школах. Например, П.И.Погорецкий (1740-1780) в Лейденском университете защитил в 1765 г. докторскую диссертацию, вернувшись в Россию, стал преподавателем Московской госпитальной школы. Ф.Т.Тихорский (1733-1814) — тоже доктор медицины, преподавал в госпитальных школах Петербурга. К.О.Ягельский (1736-1774) докторскую диссертацию защитил в Лейдене, а в России был преподавателем петербургских и московской госпитальных школ. Были преподавателями И.Ф.Рошалин, Т.Ф.Соболевский, С.А.Леонтович и другие доктора медицины — воспитанники госпитальных школ.

Важный след оставила преподавательская и научная деятельность Мартина Ильича Шеина (1712-1762). Воспитанник госпитальной школы Петербургского адмиралтейского госпиталя, он удачно сочетал таланты художника и анатома и явился создателем первого русского анатомического атласа, печатание которого в Петербурге, в типографии Академии наук, закончилось в октябре 1742 г. Став преподавателем, он активно сам занимался хирургией. Ему принадлежит перевод на русский язык ряда книг и учебных руководств по хирургии и анатомии, таких, например, как «Сокращенная анатомия» Лаврентия Гейстера (1757) или «Основательные наставления хирургические» Иоганна Платнера (1761).

Интересно, что в книгу Платнера Шеин, исходя из собственной хирургической практики, внес ряд дополнений, замечаний и поправок, описал случаи из практики госпиталей Петербурга, из своего хирургического опыта: в некоторых местах перевода книги он прямо спорил с Платнером, приводя собственные оригинальные суждения по поводу тех или иных оперативных вмешательств (53).

В госпитальной школе Петербургского сухопутного госпиталя с успехом преподавал профессор Иван Андреевич Полетика (1726-1783). Медицинское образование он получил в Киле, продолжил в госпитальной школе в Петербурге и завершил в Лейденском университете. В 1754 г. в Лейдене он защитил докторскую диссертацию, а затем в 1754 г. был избран профессором медицинского факультета Кильского университета, где оставался по 1756 г. Вернувшись в Россию, он стал профессором Петербургской госпитальной школы, а затем и главным доктором Петербургского сухопутного госпиталя и многое сделал для российской медицины.

Отличным педагогом зарекомендовал себя доктор медицины Константин Иванович Щепин (1728-1770), уроженец г. Котельнича Вятской губернии. Медицинское образование он получил в Лейдене, там же в 1758 г. защитил диссертацию, потом знакомился (по предписанию Медицинской канцелярии) с состоянием хирургии и медицины во Франции и Англии.

Образованный врач и искусный хирург, участник Семилетней войны, во время которой он руководил Бижоф-Вердерским военно-походным госпиталем, Щепин после ее окончания в 1762 г. стал профессором хирургии и начал читать лекции по физиологии, анатомии и хирургии (притом на русском языке) сначала в госпитальной школе Петербургского сухопутного госпиталя, а затем в Московской госпитальной школе. Здесь он составил и послал в Медицинскую канцелярию программу преподавания наук в Московской школе. «Как хирургия составляет главное дело моих учеников, — считал Щепин, — то и участие в ней удвоить против прочих частей медицины». Медицинская канцелярия утвердила предложение Щепина. Он чрезвычайно плодотворно преподавал хирургию, а также анатомию, физиологию, «материя медика» и другие предметы; к сожалению, его преподавательская деятельность продолжалась недолго. Историк русской хирургии В.А.Оппель справедливо считал К.И.Щепина предтечей великого Пирогова (54).

Во время архиатрства П.З.Кондоиди круг забот Медицинской канцелярии значительно расширился. Этому способствовала энергичная деятельность самого Кондоиди и поддержка, которую он получал в высших сферах государственного управления.

Сравнительно новым было стремление Медицинской канцелярии к повышению квалификации или, по-современному, к усовершенствованию врачей. В 1761 г. высочайшим повелением разрешено было лекарям, уже состоящим на службе, отправляться за границу для усовершенствования в науках с тем, чтобы они, достигнув там докторской степени, по возвращении снова определялись на службу: отправляющимся на этих условиях назначалось единовременное двойное жалованье, с выдачей за треть вперед, и они во время пребывания за границей «поручались покровительству русских посланников».

Жизнь заставляла продолжать добиваться расширения сети госпиталей (или, как называли их тогда в официальных документах, шпитален). Однако к созданию новых госпиталей подходили серьезно, учитывая финансовые, кадровые и иные возможности. Так, когда в июне 1755 г. сенат по просьбе Киевской губернской канцелярии дал указание Медицинской канцелярии, «шпиталь учредить хотя на 50 человек больных, и по оной определить комиссара, а для больных доктора» (55), она по ряду причин отказалась от этого, и с этим решением согласились.

Правда, среди нововведений Кондоиди можно найти и не вполне рациональные. Так, по его указанию были учреждены должности инспекторов госпиталей, на которые назначали не врачей, а отставных строевых офицеров: это противоречило разумному положению Генерального регламента о том, что «о кроме упомянутых в сем регламенте докторов, других директоров или инспекторов к госпиталям определять не надлежит». Мнение о том, что предложение Кондоиди было вызвано преобладанием тогда в военных госпиталях врачей-иностраницев (К.Н.Финне, 1910), вряд ли правильно. Скорее можно предположить, что идею о подобном «трудоустройстве» отставных строевых офицеров Кондоиди «подсказали» в тех высших сферах, где с одобрением относились к нему самому и его деятельности в Медицинской канцелярии.

Многое было сделано П.З.Кондоиди, но не все планы удалось осуществить. Например, в 1759-1760 гг. Медицинская канцелярия намеревалась

приступить к разработке отечественного медицинского законодательства: важность этого трудно переоценить. Такую работу начал К.И.Щепин: ему в 1759 г. было поручено, в частности, «приложить особливое старание о состоянии медицинских судебных постановлений касательно врачебного благоустройства с государственными законами и постановлениями сообразных» (56). К сожалению, работа завершена не была.

После смерти П.З.Кондоиди Медицинскую канцелярию возглавил доктор Монсей, ставший последним российским архиатром.

V. КОНЕЦ АРХИАТРСТВА (XVIII в.)

В XVIII столетии в течение почти полувека — от Петра I до Екатерины II — российскую медицину, отличительной чертой которой был государственный характер, возглавляли архиатры — руководители Аптекарского приказа, а затем Медицинской канцелярии. Это были Р.К.Эрскин (1716-1718), И.Л.Блюментрост (1722-1730), И.Х.Ригер (1732-1735), И.Б.Фишер (1735-1741), А.Лесток (1741-1748), Г.К.Бургаве (1748-1753), П.З.Кондоиди (1754-1760), Я.Ф.Монсей (1761-1762). За исключением уроженца России И.Л.Блюментроста, все они были иностранцами; найдя, однако, в России вторую родину, большинство из них честно и бескорыстно служили российской медицине. Последним в этом ряду был Я.Ф.Монсей.

Яков Фомич Монсей (James Mounsey) родился в 1700 г. вблизи Лочмабена (Шотландия), в семье купца. До сих пор не удалось установить, где он учился медицине; не исключено, что такое обучение он проходил, как мы говорим сейчас, «по индивидуальному плану», т.е. будучи учеником какого-то опытного врача. Во всяком случае, степени доктора медицины, свидетельствовавшей об окончании университета, у него ко времени кратковременной, как он сначала полагал, поездки в Россию, не было.

В 1736 г. достаточно опытный, хотя и не имевший университетского диплома, медик Яков Монсей вступил в российскую службу, первоначально сроком на три года — так было обусловлено в договоре, который он подписал с послом России в Англии князем А.Д.Кантемиром, известным русским писателем: на самом деле в нашей стране, ставшей его второй родиной, он прожил 27 лет.

По прибытии в Россию Монсей был назначен не доктором, а простым лекарем Санкт-Петербургского адмиралтейского госпиталя, но проработал там лишь около полутора лет. Весной 1738 г., в связи с опасностью эпидемии чумы в войсках (в годы русско-турецкой войны 1735-1739 гг.), его, в числе других врачей, послали в армию фельдмаршала Х.А.Миниха, располагавшуюся тогда на Украине. Здесь Монсей познакомился со своим соотечественником, который тоже находился на российской службе, генералом Кейтом: тот отправлялся в Париж для лечения и попросил Медицинскую канцелярию послать с ним Монсея как сопровождающего врача. С разрешения начальства, но без выплаты жалованья, Монсей отправился с Д.Кейтом во Францию и пробыл там два года: только в 1740 г. он возвратился в Россию.

Надо сказать, что Медицинская канцелярия (ею тогда управлял архиатр И.Б.Фишер) отнюдь не благоволила к Монсею: по приезде в Россию его даже уволили со службы, не заплатив жалованья за время поездки с Кейтом. Обиженный Монсей вновь уехал во Францию и там в

университете Реймса вскоре защитил диссертацию и получил диплом доктора медицины.

Возвратившись в Россию, Монсей обратился в Медицинскую канцелярию с просьбой, как это было принято в то время, проэкзаменовать его и произвести нострификацию диплома, утвердить его в степени доктора медицины. В Петербурге он успешно выдержал установленный экзамен и был признан доктором медицины. После этого Медицинская канцелярия изменила свое отношение к нему: Монсей был сразу же взят на государственную службу.

В 1741 г. он вновь стал военным врачом — сначала Ландмилиционного корпуса, потом войск в Финляндии (ими командовал тогда его близкий друг генерал Кейт), затем Лифляндской дивизии, корпуса Репнина и, наконец, первой Московской дивизии. Известно также, что в 1749 г. Монсей был избран членом Королевского общества в Лондоне.

В Москву Монсей прибыл в 1751 г. — сначала как военный, а затем как гражданский врач: с I сентября 1751 г. он временно замещал в течение нескольких месяцев штадт-физика Якова Грива и занимался «с отличной славою» медицинской практикой. Здесь же в 1754 г. он женился на дочери штадт-физика Якова Грива, тоже родом шотландца (I).

В 1756 г. Монсей решил, наконец, выйти в отставку, причем Медицинская канцелярия «за добропорядочное исполнение его должности» выразила ему благодарность («удовольствие»): одной из причин этой благодарности было проведенное Монсеем по указанию императрицы Елизаветы Петровны успешное лечение находившейся в ссылке в Ярославле жены бывшего временщика герцога Э.И.Бирона.

Следует подчеркнуть, что во всех местах своей службы Монсей пользовался авторитетом как отличный специалист своего дела, знающий и думающий врач, склонный к научным исследованиям. Это подтверждает, например, такой факт, который нам удалось найти.

В конце 50-х — начале 60-х годов, живя в Москве, Монсей обратил внимание на то, что в переполненных московских тюрьмах (как известно, императрица Елизавета отменила смертную казнь) никогда почти не обнаруживается гнилая (тюремная и госпитальная) горячка. Пытаясь найти причины этого, Монсей установил, что на возникновение такой горячки не влиял свежий воздух — ее не регистрировали ни там, где в тюрьмах были дворы для прогулок, ни там, где их не было вовсе. Он пришел к выводу, что «сей удивительный в своем роде феномен должно без сомнения приписать свойству пищи и пития заключенных». Они, как и весь простой народ, не будучи в состоянии покупать мясо, питались «преимущественно ржаным хлебом, кислейшим из всех прочих» и пили квас; «употребление кислой или квашенной капусты входит также почти ежедневно в выбор пищи народной, по крайней мере в большую часть года». Наблюдения, которые Монсей позже провел в Петербурге, привели его к таким же выводам (2). Пока не удалось установить, были ли эти весьма интересные исследования Монселя опубликованы в качестве научного труда и как в то время о них стало известно общественности.

Что касается других научных публикаций Монселя, то, как нам удалось выяснить, в 1747 г. в Англии, в журнале «Philosophical Transactions» была опубликована его статья об операции удаления плода, который находился у женщины в течение 13 лет в фалlopиевой трубе: эту операцию он

проделал в Финляндии еще в 1742 г., а скелет, хранившийся у него, позднее послал в подарок Королевскому обществу (3).

И все-таки, как нам представляется, Якова Монселя нельзя причислить к ученному сословию. Вдумчивый и образованный врач, он все-таки не был ученым, да и не стремился к занятиям медицинской наукой. Вместе с тем нельзя не признать — и это отлично показала его последующая деятельность, — что Монсей обладал незаурядными способностями энергичного и умного администратора, знающего потребности жизни и умеющего ставить наиболее актуальные проблемы медицинской практики.

Через несколько лет после поездки Монселя в Ярославль и успешного лечения жены герцога Бирона императрица Елизавета Петровна вновь вспомнила о нем.

Дело в том, что после скоропостижной смерти архиатра П.З. Кондоиди вдруг выяснилось, что при дворе не оказалось ни одного лейб-медика. Именно по этой причине, как было объявлено, сенат и не назначил сразу же нового архиатра — директора Медицинской канцелярии. Указом, принятым 15 сентября 1760 г., сенат постановил: «За неимением лейб-медикуса, дабы в текущих делах Медицинской канцелярии остановки не было, присутствие в оной иметь до указу доктору Лерхе, который и при жизни тайного советника и лейб-медикуса Кондоиди в правлении по Медицинской канцелярии дел в должности ему вспоможение чинил» (4).

А еще через две недели, 29 сентября 1760 г., московский доктор Яков Монсей указом императрицы был назначен лейб-медиком и пожалован чином действительного статского советника. Он сразу же переехал в Петербург и приступил к службе при дворе императрицы.

Одновременно с Монсаем лейб-медиком был назначен Иоганн Штиллинг, а чуть позже — Карл Крузе. Однако никто из них не стал директором Медицинской канцелярии — там по-прежнему временным руководителем оставался петербургский штадт-физик Яков Лерхе.

Императрица Елизавета Петровна — историк В.О. Ключевский писал, что она была «ленивая и капризная, пугавшаяся всякой серьезной мысли, питавшая отвращение ко всякому деловому занятию», но в то же время «умная и добрая, но беспорядочная и своеобразная русская барыня» — была здоровой, крепкой женщиной. Но в последние годы своего 20-летнего царствования она стала часто болеть. «Государыня (Елизавета — М.М.) с самого уже начала прусской войны (с 1756 г. — М.М.) сделалась как-то нездорова, — свидетельствовал современник, известный историк А.Т. Болотов, — и подвержена была частым болезненным припадкам и столь сильным, что не один раз начинали опасаться о ее жизни» (5). Понятно, что основное внимание доктор Монсей уделял здоровью императрицы. Однако как лейб-медик Монсей пользовал, очевидно, не только императрицу Елизавету Петровну, но и наследника престола, бывшего голштинского принца (герцога), великого князя Петра Федоровича (будущего императора Петра III), который, судя по всему, уже тогда благоволил к нему.

Петр Федорович, внук Петра I и племянник императрицы Елизаветы, не отличался хорошим здоровьем. Он родился и рос хилым ребенком, в возрасте 16 лет переболел подряд тремя болезнями — корью, ветряной оспой и натуральной оспой: из-за этого его свадьбу с принцессой Ангальт-Цербстской, будущей Екатериной II, отложили на год (6). К тому же он,

по свидетельствам современников, уже тогда пристрастился к алкоголю, вел нездоровый образ жизни.

Интересно, что Петр III, будучи не только наследником российского престола, но еще и герцогом Шлезвиг-Гольштинским, в 1754 г. познакомился с доктором И.А.Полетикой, выпускником Лейденского университета, избранным профессором Кильской медицинской академии: герцог Петр, как глава государства, утвердил это избрание. А когда в 1756 г. И.А.Полетика, соскучившись по родине, попросил отпустить его в Россию, ему был выдан абшифт (увольнительная), подписанный опять-таки герцогом Петром, что помогло русскому доктору при возвращении в Петербург обрести благосклонность Медицинской канцелярии.

24 декабря 1761 г. императрица Елизавета скончалась: Монсей как лейб-медик был у ее постели и старался облегчить ее страдания. В тот же день был обнародован манифест о том, что наследник Петр Федорович вступил на российский престол как император Петр III.

В шотландском архиве сохранилось письмо доктора Монсея, написанное в Оранienбауме в январе 1762 г. и адресованное, вероятно, мэру г.Драмонта. Письмо это, на бумаге в траурной рамке (оно написано вскоре после смерти императрицы Елизаветы Петровны), позволяет в какой-то мере судить о медицинских делах Монсея в то время.

«Дать вам полный отчет о себе и своей практике было бы слишком длинно, — писал доктор Монсей. — Но поскольку вы приняли дружеское участие в моих делах, я не могу не упомянуть об этом. Как вы знаете, я поселился в Москве, где имел прекрасную репутацию и хорошую практику. Но меня позвали ко двору, без всякого желания с моей стороны, и назначили первым врачом императрицы и государственным советником, что соответствует чину генерал-майора. Мне посчастливилось заручиться доверием императрицы, и проживи она дольше, я убежден, что она осчастливила бы мою семью. Мое поведение во время ее болезни, успехи в лечении и оправданность моих прогнозов увеличили мою репутацию. Так, после смерти императрицы я обнаружил, что завоевал доверие как правительства, так и публики».

Далее доктор Монсей пишет о последующих событиях. «Нынешний император (Петр III), который давно знал и уважал меня, после своего воцарения сделал меня тайным советником, первым врачом и архиатром, — с удовлетворением констатирует он. — Последние два слова покажутся вам синонимами, но это не всегда так, поскольку в этой стране архиатр является главным директором Медицинской канцелярии и всего факультета, и всех медицинских дел по всей империи, что вы и представить себе не можете. Первые врачи других монархов могут быть велики сами по себе, но их величие не идет ни в какое сравнение с моим, и, благодаря Богу, я не только уважаем и любим моим государем, но также обладаю доверием и дружбой всей нации».

В конце письма, однако, доктор Монсей вновь говорит о том, что он не стремится к большим титулам и высоким должностям. «Тем не менее, смею заверить вас, что все это величие было навязано мне, — доверительно пишет он. — Также не могу сказать, что мне это доставляет удовольствие, как можно было бы подумать; действительно, мне немного льстит, что я могу сделать больше добра для моих подчиненных, чем мог любой из моих предшественников. И все же меня не оставляет мысль и надежда

прогуляться с вами... Мое здоровье не безгранично и мои обязанности слишком тяжелы, чтобы длительно нести их, и я давно страдаю ностальгией» (ба).

Одним из первых своих указов Петр III назначил Монселя архиатром и директором Медицинской канцелярии. В этом указе говорилось:

«Во всевысочайшем уважении искусства, прилежания и трудов, с каковыми действительный статский советник лейб-медик Яков Монсей, по его знанию и искусству всеусердствуя службу оказывал блаженные и вечной славы достойная памяти государыне императрице, вселюбезнейшей Е.И.В. тетке Елизавете Петровне, Е.И.В. всемилостивейше пожаловали его Монселя за эту его верноусерднейшую и долговременную службу Е.И.В. архиатром, первым лейб-медикусом и главным директором над медицинскою канцеляриею и всем медицинским факультетом во всей российской империи, с рангом тайного советника и с жалованьем по 7000 рублей ежегодно, и притом он собственною своею персоною в единственном Е.И.В. ведении состоять и прямо от Е.И.В. повелений зависеть имеет, о чем сенат имеет ведать и куда надлежит послать указы.

Петр III, 20 января 1762 г.» (7).

Этот указ, подчинявший Монселя только и непосредственно императору, был для нового архиатра и руководителя Медицинской канцелярии большой честью и ко многому обязывал: в то же время императорский указ демонстрировал важность «медицинского факультета во всей российской империи». Опытный врач и администратор, Монсей с энтузиазмом взялся за порученное ему дело.

Прежде всего, на основании изучения материалов Медицинской канцелярии и собственного опыта, он составил и 28 февраля 1762 г. представил Петру III доклад о состоянии медицинского дела в России и о потребностях медицинской службы, «о приведении управления медико-хирургической и аптекарской наук, яко самонужнейшее для пользы общества дело, в лучшее состояние». Особое внимание он обращал на подготовку собственных врачей и считал необходимым «к поправлению медико-хирургических школ при госпиталях всевозможныя меры употребить». Монсей предлагал, в частности, увеличить число воспитанников этих школ за счет «детей хорошего воспитания и способных к тем наукам», а также дополнительно направить в медико-хирургические школы «достойных и искусных профессоров и прочих учителей» (8).

Хорошо зная по собственному опыту трудности отнюдь нелегкой тогда повседневной службы докторов и лекарей (как он писал в своем докладе, «коя совокуплена многими трудностями и страданиями все время жизни их, по части же и с утратой здоровья»), Монсей считал необходимым позаботиться о служебном росте врачей, т.к. им по действовавшей табели о рангах, принятой еще в 1722 г., определены были «весьма низкие ранги», на уровне младших офицеров и чиновников. «Всемилостивейший государы! — обращался он к Петру III. — Всеподанейше прошу Ваше Императорское Величество всемилостивейшего указа, дабы по высочайшей аprobации оного плана повелено было означенных в нем медицинских и лекарских чинов... рангами признавать и им жалованье ... производить по

назначенным в том плане окладам и как оныи от медицинской канцелярии распределены» (9).

Монсей считал целесообразным, во изменение существовавшего положения, присваивать ранги и платить жалованье врачам «по старшинству, искусству и заслугам», а военным врачам «производить рационы или рационные деньги» и давать им денщиком «с денежным и хлебным жалованьем». В представленном 28 февраля 1762 г., одновременно с докладом, «Плане о рангах принадлежащих Его Императорского Величества к медицинскому факультету чинов» Монсей предлагал резко повысить престиж и, соответственно, жалованье врачам и аптекарям, обеспечивать их необходимым довольствием и помощниками.

Доклад и «План о рангах» архиатра Монсея были признаны интересными и заслуживающими внимания. Ознакомившись с этими документами, Петр III согласился со всеми его предложениями и на его докладе начертал резолюцию: «Быть по сему». Таким образом, благодаря Монсю, служебное и материальное положение российских врачей, а также аптекарей, значительно улучшилось. Например, штадт-физикам Медицинской канцелярии, докторам генеральных госпиталей в Петербурге и Москве и старшим профессорам госпитальных школ, действовавших при этих госпиталях, давали чин надворного советника (подполковника), докторам и дивизионным медикам при армии и артиллерии — коллежского ассессора (премьер-майора), врачам полков ландмилиции — секунд-майора, штаб-лекарям — капитана и т.д.; соответственно повышались и годовые оклады их жалованья. Кроме того, устанавливалось, что «служащим при армии и флоте докторам, лекарям, аптекарям и прочим медицинским, лекарским и аптекарским чинам в случае походов и чрезвычайных экспедиций сверх окладного жалованья получать те же довольствии, какие воинские чины получать будут» (10).

На основании одобренных императором предложений Монсия указом правительствающего сената от 28 марта 1762 г. более 300 (точнее 313) докторов и лекарей, аптекарей и подлекарей — почти весь «медицинский факультет» России того времени — получили чины и солидные прибавки.

О том, что архиатр Монсей и далее продолжал заботиться о нуждах медицинских чинов, свидетельствует и такой факт. В начале июня 1762 г. он представил Петру III новые предложения (в виде «Прибавлений» к уже утвержденному «Плану о рангах»), предусматривавшие, в частности, пенсии (в размере полного, двутретного или половинного жалованья) составившимся и отставным врачам. Эти предложения были высочайше утверждены Петром III 3 июня 1762 г.

Большое внимание уделял доктор Монсей военно-медицинской службе, которая составляла тогда основную часть государственной медицины России. Военные медики продолжали руководствоваться «Воинским уставом» Петра I, его медицинскими разделами, в составлении которых участвовал, очевидно, еще первый российский архиатр доктор Роберт Эрскин. Однако вполне естественно, что за полвека (устав был принят в 1716 г.) некоторые положения медицинских разделов устарели, их следовало модернизировать.

Отлично зная содержание и сущность деятельности военных медиков, Монсей написал «Наставление служащим в полках, во флоте и других командах лекарям, как поступать при отправлении своей должности». Он

обращал внимание на самое важное в медицинском деле, ратовал за индивидуальный подход к больному, разумное использование лекарств и внимательный уход, настаивал на обязательном ведении лазаретных книг (скорбных листов, т.е. историй болезни). Зная по своему опыту большую загруженность военных медиков, Монсей призывал полковых лекарей готовить себе помощников (ротных фельдшеров). Он впервые, пожалуй, указал на необходимость изучения того круга вопросов, которые составляют сейчас предмет медицинской географии: архиатр обязывал военных медиков изучать и присыпать в Медицинскую канцелярию подробные отчеты о лекарственных растениях, способствующих здоровью или болезни, о погоде и климате, а также об обычаях, нравах местных жителей и т.п.

Монсей особенно настаивал на необходимости для врачей повышать свой профессиональный уровень. «Важнейшие услуги и достоинства лекарских состоят в том, если кто как вообще по хирургии и анатомии, так и особенно в субтильнейших операциях, яко в снимании катараракты, вырезывании камня, кил (грыж — М.М.), в акушировании (родовспоможении — М.М.) и т.п. с отменным искусством себя натвердит, — подчеркивал он и добавлял: — а притом в главнейших языках основаться будет так, что в состоянии быть может прочих фундаментальностью обучать и им явственные и понятные лекции давать, еще и всех родов операции с принадлежащим к тому наставлением показывать и в том их натверживать будет» (11).

Составленное архиатром Монсаем «Наставление» Медицинская канцелярия разослала всем военным врачам, что в определенной мере способствовало улучшению деятельности военномедицинской службы российской армии.

Как руководитель Медицинской канцелярии, архиатр Монсей старался не упускать из виду и тот раздел российской медицины, который составлял, выражаясь современным языком, гражданское здравоохранение. Его внимание привлекла деятельность службы городовых врачей: она появилась в России еще в 1737 г., но в ряде городов действовала недостаточно эффективно. Причина была в том, что, как установил Монсей, «оные в управлении лекарской должности зависят от губернаторских и провинциальных канцелярий», а жалованье им платят — и притом нерегулярно — ратуши и магistrаты. Он считал необходимым, «дабы оныя (городовые врачи — М.М.) впредь без получения жалованья не претерпевали нужды, того ради надлежит упомянутым лекарям то жалованье выдавать из губернских и провинциальных канцелярий по третям года и без остановки; по его мнению, «оным же канцеляриям стараться должно и о том, чтоб городовым и провинциальным лекарям хорошия и к житию способныя квартиры даны были» (12).

Монсей предлагал также реформировать службу городовых врачей: ссылаясь на важность борьбы с «заразительными болезнями», он считал необходимым иметь в каждой губернии и провинции, помимо городовых врачей, еще и «губернских и провинциальных докторов или ланд-физиков». Это было важное нововведение, призванное улучшить прежде всего противоэпидемическую работу: «Чрез такое учреждение, — подчеркивал Монсей, — в состоянии быть можно в случае простирающихся болезней к отвращению оных скорейшее вспоможение чинить». Впрочем, это нововведение призвано было улучшить не только борьбу с эпидемиями, но и все без исключения разделы медицинской деятельности. «К тому же в таком слу-

чае, — писал Монсей, — все прочие медицинские дела, а особливо в отдаленных местах лучше управляемы и в порядок приведены будут» (13). Обо всем этом архиатр Монсей сообщил в новом докладе императору: 3 июня 1762 г. Петр III высочайше утвердил и этот доклад, открыв тем самым путь к намеченным Монсеем важным реформам.

В отечественной историографии сложился негативный образ императора Петра III, которому приписывалась чуть ли не «психическая неполноценность». Думается, что это не так. Не говоря уже о серьезных реформах в государственной и экономической жизни, проведенных Петром III, его полная поддержка медицинских реформ архиатра Монселя говорит сама за себя.

Красноречив и такой факт. Когда Сенат предложил императору отдать душевнобольных князей Козловских, как было принято, в монастырь, Петр III не согласился с этим и наложил следующую резолюцию: «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены долггаузы, — а впрочем быть по сему». Этот подписанный Петром III документ историк психиатрии Ю.В.Каннабих считает даже началом «исторического периода русской психиатрии» (14).

Думается, есть основания считать, что и вполне рациональное мнение Петра III о лечении безумных в специальных учреждениях, и начало «исторического этапа русской психиатрии» связаны с именем архиатра Монселя, с которым, скорее всего, советовался император, чьи взгляды он отразил в своей резолюции.

Наряду с руководством Медицинской канцелярией и всем «медицинским факультетом» России Монсей как первый лейб-медик неусыпно следил за здоровьем императора, давал ему советы гигиенического характера, лечил в случае какого-либо заболевания. Известный историк медицины В.Рихтер в начале прошлого века нашел и опубликовал рецепты лекарств, которые доктор Монсей 16 февраля 1762 г. выписал своему пациенту — императору Петру III (15).

К сожалению, Монсей недолго оставался архиатром и главой Медицинской канцелярии. Покровительствовавший ему император Петр III царствовал только 6 месяцев: 6 июля 1762 г. в результате дворцового переворота он был свергнут с престола и оказался под домашним арестом в своем дворце в Ропше, под Петербургом.

В дни переворота низложенный император заболел и обратился к вступившей на престол императрице Екатерине II с просьбой прислать ему врача, но почему-то не лейб-медика Монселя, а своего земляка, голштинского доктора Лидерса (Людерса): тот, однако, отказался ехать к свергнутому Петру III (16).

Как вспоминают современники-иностранные, аккредитованные тогда при императорском дворе — находившиеся в Ропше заговорщики уведомили Екатерину II, что Петр III находится «в припадке сильнейшей геморроидальной колики и что жизнь его находится в большой опасности. Услыхав об этом, она послала своего главнейшего врача (по всей вероятности, доктора Монселя — М.М.) в Ропшу с приказанием оказать больному возможную помощь. Доктор, обманутый этим лживым, притворным участием (со стороны Екатерины II — М.М.), поспешил в Ропшу, там он нашел Петра III уже мертвым и, конечно, увидел очень ясно, от какого рода

болезни он погиб (он был убит заговорщиками — М.М.). Но его заставили хранить глубокое молчание» (17).

Совершенно ясно, что преданный благоволившему к нему Петру III и знавший о тайне его смерти, хотя и обязавшийся «хранить глубокое молчание», доктор Монсей не мог больше оставаться ни архиатром, ни лейб-медиком. Уже 22 июля 1762 г. вступившая на престол императрица Екатерина II именным указом уволила Монселя в отставку якобы «по слабости здоровья».

Глубоко обиженный Монсей, в течение более четверти века преданно служивший российской медицине, решил покинуть свою вторую родину. В 1763 г. он уехал в Шотландию, купил там ферму, а позднее и поместье. Он был избран почетным членом Королевского колледжа врачей в Эдинбурге. Умер Монсей в Эдинбурге 2 февраля 1773 г. (18).

Можно добавить, что несмотря на не совсем благополучный конец своей службы в России, Монсей до конца жизни сохранял любовь к стране, в которой он провел значительную часть своей жизни, старался хоть чем-то помочь российской медицине. Так, он рекомендовал в российскую службу доктора Джона Роджерсона, своего дальнего родственника, который стал и долгое время оставался врачом императрицы Екатерины II, а потом и Павла I, и Александра I.

С отставкой Монселя в российской медицине окончилось архиатрство. Вскоре была реорганизована и Медицинская канцелярия — на смену ей пришла Медицинская коллегия. Однако преемники Монселя по руководству медицинским делом продолжали и развивали традиции российской медицины, отличительной чертой которой оставался ее государственный характер.

VI. МЕДИЦИНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ (XVIII в.)

Царствование Екатерины II, продолжавшееся более 30 лет, было ознаменовано важными реформами в российской медицине, которые, что следует особо подчеркнуть, не меняли ее сложившегося государственного характера.

1. Реформа медицинского дела

Уже в первые месяцы своего царствования Екатерина II пришла к мысли о необходимости преобразования медицинского дела в стране, прежде всего — в армии: вызвано это было итогами завершившейся Семилетней войны, в которой российская армия принимала самое активное участие. Свои мысли об улучшении медицинской службы в войсках она изложила в особом документе — дополнении к ранее данной инструкции в военную комиссию:

*Недавно прошедшая война прусская (является) живым доказательством, что от недостатка в армии докторов, а в полках лекарей и искусных подлекарей и лекарских учеников, претерпевали раненые излишне мучения иувечье, а многие, от некоторого вспоможения, может быть и живота безвременно лишились. В таком ужасном случае, где роду человеческому поневоле делается истребление, стараться надо по должности христианской оное уменьшать всеми способами, дабы без признания пострадавший не оставался на совести нашей, почему и лекарское вспоможение есть тут великой важности, которая в армии несколько пренебрежена.

Мне кажется, сделать надобно в каждом полку два положения к содержанию пользующих: одно на мирное время, а другое на военное. В 1-м, разумеется, число уменьшенное, а в последнем: (1) чтоб докторов, лекарей, подлекарей и лекарских учеников число было умножено, где бы и полевые аптекари были; (2) чтоб лекари в операциях были искусны, а особенно, чтоб с человеколюбием над страждущими должностъ свою отправляли; (3) чтоб самыми лучшими инструментами ко операциям от полку были снабдены или откуда то следует; (4) чтоб аптеки их походные и другие способы ближайшяя на такой пагубной день или случай были довольны и по искуснейшим докторским принципиям снабдены лекарствами для скоровременной помочи; (5) чтоб докторы и лекари, подлекари и ученики особым цветом отменные имели в поле мундиры и между собою различествующие, дабы в таком великом смятении народа, какого я себе представляю во

время баталии, можно было узнать страждущему ближайшего доктора, лекаря, подлекаря и ученика.

О сем надобно от Медицинской Канцелярии потребовать план и к таковым случаям сочинить инструкцию, служащую им правилом, а комиссия потому и содержание их двоякое, то есть на мирное и военное время, изыскать и определить имеет. Все сие таким или иным по рассуждению комиссии образом расположить только бы отвращение увечья и сохранение живота, по возможности, было предопреждено на сражениях и уменьшено по долгу христианскому призванию. И что Канцелярия Медицинская сочинит, а Комиссия о том определит, то представить к нам на рассмотрение и конfirmацию.

Екатерина 1762 года, ноября 9 дня» (1).

Это указание императрицы, содержавшее весьма дельные мысли, подсказанные ей, видимо, близкими к ней офицерами, было сразу же направлено в Медицинскую канцелярию — ее тогда, после отставки Я.Монселя, временно возглавлял доктор Я.Лерхе. Медицинской канцелярии было предписано, «дабы оныя заблаговременно пристойные распоряжения к приготовлению плана учинить могла» (2).

Яков Иванович (Jacob-Johann) Лерхе родился в 1708 г. в Пруссии, в Потсдаме. Медицинское образование он получил в университете Галле; защитив в 1730 г. диссертацию «Oguctographia Halensis, sive fossilium et mineralium in agro Halensi descripti», стал доктором медицины. В 1731 г. Лерхе приехал в Россию и всю последующую жизнь связал с российской медициной: был военным врачом в Астраханском корпусе, затем генеральным штаб-доктором армий, сражавшихся против Турции, и войск, воевавших с Швецией. В 1750 г. он стал штадт-физиком Москвы и председателем Московской медицинской конторы «с обязанностью смотрения иметь над московскою главною аптекой и над медицинским огородом», но через год был переведен на такую же должность штадт-физика в столицу, в Петербург, став одновременно медицинским советником директора Медицинской канцелярии.

И как штадт-физик, и как советник, Лерхе работал в тесном контакте с П.З.Кондоиди, был одним из его ближайших помощников: это подтверждает указ правительствуещего Сената (1760), в котором сказано, что он всегда помогал Кондоиди, «в правлении по медицинской канцелярии дел ему вспоможение чинил».

Лерхе приходилось много заниматься борьбой с эпидемиями: на Украине — с чумой, в Каменегорской провинции — с какой-то опасной болезнью, в Москве (1771) — снова с чумой. Во время московской чумы «Я.И.Лерхе составил правила, как предохранять себя от заразы и как очищать воздух и вещи в помещениях, где она проявлялась». Кроме того, он был автором ряда медицинских и других сочинений. Историк Н.Д.Чечулин писал о Лерхе, что «время его управления медицинской частью отмечено хорошим ведением дела и внимания к повышению требований от экзаменующихся»(3). Умер Лерхе в 1780 г.: его сын Х.Я.Лерхе, родившийся в России, тоже стал доктором медицины и военным врачом.

В конце января 1763 г. был составлен — скорее всего, под непосредственным руководством Я.И.Лерхе — «План, сочиненный в Медицинской

Канцелярии в силу высочайшего ея императорского величества имянного указа... о содержании при армии ея императорского величества в мирное и военное время докторов, лекарей и прочих медицинского чина служителей, також полевых аптек с принадлежащими служителями» (4). Намечался ряд полезных мер — назначение в госпитали «особливых докторов, штап-лекарей, лекарей, подлекарей и лекарских учеников», снаряжение аптек с медикаментами и инструментами, выделение в походах «для внезапно припадающих больных и раненых при каждом полку и команде по несколько фур или дорожных легких колясок», создание резерва медицинских чинов.

Характерно, что Медицинская канцелярия предлагала принять меры по увеличению числа врачей в стране, для чего при Петербургском, Московском и Кронштадтском госпиталях (фактически в этих госпитальных школах) иметь больше учеников (студентов) и вдобавок учредить школы при Рижском и Ревельском полевых госпиталях. При этом считалось целесообразным, чтобы в студенты «из учрежденных в Российской Империи университетов, академиев, семинариев и гимназиев отпускать посвященно или в случае востребования от Медицинской Канцелярии по нескольку человек желающих и обученных в латинском языке, а притом добронравных и порядочного жития молодых людей». Предусматривалась и подготовка преподавателей для госпитальных школ, для чего «человек до шести на несколько лет послать в чужестранные госпитали, яко то в Страсбург, Вену и прочие места Германии» (5).

Все эти и некоторые другие меры, содержащиеся в плане Медицинской канцелярии, свидетельствовали о том, что доктор Я.Лерхе и его помощники всерьез задумывались о ближайших перспективах развития российской медицины. Думается, нет оснований считать, что в то время «в Медицинской канцелярии подвизалась бездарная личность, чуждая национальным интересам России, отрицательно относившаяся ко всему русскому — доктор Я.Лерхе»: это мнение С.А.Семеки (1951) опровергают факты, подтверждавшие, что многое из планов Медицинской канцелярии было вскоре воплощено в жизнь.

Уволив в отставку архиатра Монселя, Екатерина II решила преобразовать и все управление медицинским делом в России: к этому она привлекла одного из наиболее образованных и знающих сановников — барона А.И.Черкасова.

Александр Иванович Черкасов родился в 1728 г. в семье барона И.А.Черкасова, кабинет-секретаря императрицы Елизаветы Петровны. Он получил сначала домашнее образование, а в 1742 г. был послан в Англию, где учился в Кембриджском университете. Вернувшись на родину, Черкасов служил офицером в гвардейском Преображенском полку, бывал за границей, а в 1761 г. по болезни ушел в отставку в чине капитана. Офицер привилегированного гвардейского полка, он был близок к братьям Орловым и всем тем, кто привел к власти императрицу Екатерину II и пользовался ее полным доверием.

Императрица поручила барону А.И.Черкасову составить проект реформы медицины в России и учреждения Медицинской коллегии. Черкасов очень ответственно отнесся к поручению императрицы и работал над проектом в течение нескольких месяцев: не подлежит сомнению, что при этом он пользовался консультациями медиков, может быть, и из числа со-

трудников Медицинской канцелярии. В конце концов представленный им проект был утвержден Екатериной II 12 ноября 1763 г.: тогда же А.И.Черкасов был назначен президентом вновь учрежденной Медицинской коллегии и оставался в этой должности до 1775 г., а потом ушел в отставку, т.к. не ладил, по-видимому, с фаворитом императрицы князем Г.А.Потемкиным, уехал в свое имение, где и умер в 1788 г. Между прочим, А.И.Черкасов был одним из организаторов Вольного экономического общества; именно он ввел в России посевы картофеля.

Вот этот законодательный акт об учреждении Медицинской коллегии:

«Указ нашему сенату. Чрез сие учреждаем в государстве нашем медицинского факультета коллегию, разделяя оную на два департамента, а именно: на коллегию докторского и лекарского искусства, и на канцелярию, отправляющую всю экономию помянутого факультета. Коллегия устанавливается с такими преимуществами, на каких все наши государственные коллегии основаны, и имеет власть делать распорядки, касающиеся до врачевания во всей империи и до распространения науки медицинской, хирургии и всех частей к тому принадлежащих в государстве нашем; а канцелярия факультета экономическая одному президенту подчинена. Какие мы притом обоим сим департаментам на первый случай правила предписали, каких и сколько членов в них определили и в чем оных должность ныне состоит, о том мы дали знать особливою инструкцию коллегии сей за нашим подписанием и прилагаем при сем сенату нашему копию для ведома, и что принадлежит по ней для исполнения. В прочем оной коллегии быть повелеваем в нашем особливом ведении и протекции, и сей наш указ публиковать во всем государстве.

Екатерина. 1763 года ноября 12 дня» (6).

В состав вновь создаваемой Медицинской коллегии (в ее присутствие) входили восемь членов с правом голоса, в т.ч. несколько медиков (медицинских чинов), которые должны были стать первыми помощниками президента в решении всех специальных вопросов: среди них было три доктора медицины, штаб-лекарь, лекарь, оператор и аптекарь. По рекомендации барона А.И.Черкасова, императрица Екатерина II утвердила следующих «медицинских чинов»: генерального штаб-доктора Георга Аша, доктора Матвея Пеккена (он стал потом еще и ученым секретарем Медицинской коллегии), доктора Андрея Линдемана, штаб-хирурга Иоганна Вольфа, хирурга Иоганна Блока и аптекаря Иоганна Моделя.

Трудно, конечно, сейчас судить о медицинской квалификации и компетентности вышеназванных «медицинских чинов», были ли они, как говорится, лучшими из лучших. Можно лишь довериться рекомендации барона А.И.Черкасова, человека, обладавшего, как говорили о нем, глубоким и обширным образованием, знакомого с естественными и медицинскими науками. Стоит лишь добавить, что, как считалось в то время, эти медики были «искуснейшие по своим наукам и талантам»: так, во всяком случае, утверждалось в одном из официальных документов.

По указу императрицы Екатерины II, в структуре нового органа управления предусматривалось иметь два департамента — коллегию «докторского и лекарского искусства», занимавшуюся научными и практиче-

скими медицинскими вопросами, и канцелярию, «отправлявшую всю экономию медицинского факультета», ведавшую хозяйственными делами (в т.ч. медицинским снабжением). В Москве действовало особое отделение Медицинской коллегии — медицинская контора, которой руководил штадт-физик города.

Перед Медицинской коллегией были поставлены две главные задачи: 1) сохранение врачеванием народа в империи и 2) заведение российских докторов, операторов, лекарей и аптекарей, «а к тому содержание порядочное аптек и добрая их экономия». Иными словами, как орган государственного управления, Медицинская коллегия призвана была осуществлять наблюдение за медицинской и лекарственной помощью населению, руководить подготовкой медицинских кадров, контролировать деятельность казенных (государственных) и вольных (частных) аптек, а также рассматривать и оценивать научные труды российских врачей.

Особое внимание Медицинская коллегия и ее президент А.И.Черкасов обратили на подготовку врачей, причем преимущество отдавалось «природным россиянам» (тем, кто родился в России). Так, стремясь к возможно быстрому пополнению российского медицинского факультета (медицинского сословия) собственными докторами медицины, барон А.И.Черкасов подготовил указ императрицы, который позволял «Коллегии медицинской по собственным ее экзаменам всех обучившихся сей науке производить в докторы медицины». Екатерина II подписала этот указ 9 июня 1764 г. (7).

Первым, кто решил воспользоваться этим разрешением, был лекарь Г.М.Орреус — уроженец Финляндии, получивший медицинское образование в Петербургской госпитальной школе (1757) и служивший военным врачом, помощником штадт-физика, оператором Петербургского адмиралтейского госпиталя и московским штадт-физиком. Опытный и знающий врач, Орреус легко выдержал устроенный ему экзамен — это произошло в октябре 1765 г. Однако из-за бюрократической волокиты и запоздалого заинтересованного недоброжелательства некоторых членов Медицинской коллегии (при принятии решений там действовал принцип единогласия), докторский диплом он сумел получить лишь в августе 1768 г., после обращения к императрице: только Екатерине II удалось преодолеть препоны на пути первого российского доктора медицины Г.М.Орреуса.

Таким образом, благодаря Медицинской коллегии (но вопреки мнению некоторых ее членов) в стране смогли появиться собственные доктора медицины — до того каждый обучавшийся в России медицине должен был поехать за границу и получить там от какого-либо университета докторский диплом: после экзамена в Медицинской коллегии на право практики он приобретал возможность лечить людей.

Следует подчеркнуть, что именно Г.М.Орреус, а не Ф.М.Барсук-Моисеев, как указывается в иных работах, стал первым российским доктором медицины; Ф.М.Барсук-Моисеев — первый доктор медицины Московского университета.

Доктор Г.М.Орреус был советником видного русского военачальника П.А.Румянцева-Задунайского еще в годы Семилетней войны. Позже, в 1768 г., он был генеральным штаб-доктором сначала во второй, а затем в первой армии. Вот что писал о нем Румянцев в 1771 г.:

«Сначала при второй, а потом и при предводительствуемой мною ныне армии, с определением его находясь безотлучно, во врачевании одержи-

мых натуральными болезнями и раненых военных чинов крайнюю прилежность и усердие оказывал».

Румянцев отмечал и заслуги Орреуса в борьбе с эпидемиями: «При самом сильнейшем распространении заразительной болезни в Молдавии, быв от меня определен к пользованию подверженных ее свирепости разного состояния людей и для постановления мер ее пресечению, презирая все опасности, с толиким радением и неусыпностью в том трудился, что как в излечении великого множества зараженных, так и в принятии им способов к конечному от сего зла освобождению в короткое время ощущено быть стало превосходное его искусство... Не имею ни малейшей причины усомниться, чтоб медицинская коллегия не воззрела на оказанные им с толиким небрежением о собственной безопасности заслуги, но столько же как в воздаяние ему, так и для поощрения других» (8).

Медицинская коллегия «воззрела» на заслуги доктора Г.М.Орреуса, оценила их по заслугам. Барон А.И.Черкасов ходатайствовал перед императрицей Екатериной II об определении Орреуса сначала на должность и жалованье дивизионного доктора, а в 1772 г. — штадт-физиком Москвы: здесь он вновь отлично проявил себя в борьбе с эпидемией чумы. В 1776 г. Орреус вышел в отставку; умер он в 1811 г.

2. Подготовка врачей

Медицинской коллегии, как и ее предшественникам в управлении — Аптекарскому приказу и Медицинской канцелярии — был поручен государственный контроль за врачеванием народа: по указу императрицы (1764) Медицинской коллегии надлежало наблюдать, «чтобы лечение людей не иначе было производимо, как испытанными в том врачами». Поэтому по-прежнему много внимания обращалось на квалификацию врачей, приезжавших в Россию: среди них, как и прежде, попадались шарлатаны и проходимцы, стремившиеся исключительно к собственной выгоде. На это, кстати, жаловалась даже императрица Екатерина II: «Легче иметь дело с королем вражеской державы, — писала она, — чем давать работу (приезжим) лекарям так, чтобы они были довольны» (9).

Все врачи, особенно доктора медицины, приезжавшие в Россию из-за рубежа, держали экзамен на возможность медицинской практики в стране, на право пользоваться степенью доктора медицины: изъятий из этого правила не было ни для кого, послушники строго наказывались. Например, когда в Медицинской коллегии узнали, что приехавший в Москву из Греции лекарь И.М.Ксантопул в объявлении в «Московских ведомостях» назвал себя доктором, Московской медицинской конторе было приказано объявить ему «при собрании всех московских лекарей, подлекарей и учеников, чтобы он не смел называть себя доктором или медиком... и взять от него в этом расписку» (10).

В заботах о приумножении российского медицинского факультета главное место занимала деятельность госпитальных школ. Не только потребности жизни — развитие естествознания, прогресс медицинской науки и практики диктовали необходимость дальнейшего совершенствования подготовки врачей. Основанный в 1764 г. медицинский факультет Московского университета еще только набирал силу, преподавание клинической

медицины и особенно хирургии велось там неудовлетворительно, рассчитывать на быстрое и качественное пополнение медицинского сословия воспитанниками университета было трудно. Поэтому основной упор был сделан на выпускников хорошо зарекомендовавших себя в XVIII веке российских медицинских учебных заведений — госпитальных школ.

Правда, даже тогда имела место (хотя и в ограниченных, по-видимому, масштабах) посылка молодых людей для изучения медицины за границу. Об этом, например, свидетельствует найденное М.Ю.Лахтиным в московском архиве министерства иностранных дел в самом начале нынешнего века и относящееся к 1763 году «Дело о находящихся лекарях и подлекарях в чужестранных государствах для обучения медицине»(10а).

Все-таки решено было, выражаясь современным языком, интенсифицировать подготовку врачей в России. С этой целью Медицинская коллегия рассмотрела ряд предложений. Старались учесть и зарубежный опыт — в страны Западной Европы были направлены воспитанники госпитальных школ петербургских госпиталей, доктора медицины Страсбургского университета профессора М.М.Тереховский и А.М.Шумлянский, известный исследователь микроскопического строения почек.

Дело, однако, двигалось медленно. Только в июле 1786 г., когда главным директором (вместо президента) Медицинской коллегии стал А.А.Ржевский, появился Указ Екатерины II сенату, по которому вводился «вновь изданный и умноженный штат медицинской коллегии с ее конторой и прочими принадлежностями». По этому указу госпитальные школы обрели самостоятельность — их отделили от госпиталей, назвав медико-хирургическими училищами. Было образовано три училища — московское, петербургское (в его состав вошли обе петербургские госпитальные школы) и кронштадтское, число учеников в них значительно возросло, в среднем в два раза. В каждом училище образовали четыре кафедры: анатомии, физиологии и хирургии; ботаники, «материи медики» и химии; патологии, терапии и медицинской практики; акушерства, женских и детских болезней. Учебной и клинической базой медико-хирургических училищ оставались генеральные госпитали — Московский, Петербургский сухопутный и Кронштадтский адмиралтейский.

Позднее Медицинская коллегия приняла «Предварительное постановление о должностях учащих и учащихся, до воспоследования полного для врачебных училищ устава» (1795). Устанавливалась внутренняя автономия училищ, вводилось выборное начало при определении должностей преподавателей. Число профессоров в училищах было увеличено до семи: математики и физики, химии и ботаники, анатомии и физиологии, «материи медика» и рецептуры, патологии и терапии, повивального искусства, хирургии; были введены также должности заместителей профессоров — адъюнктов.

«Предварительное постановление» довольно строго регламентировало обязанности профессоров. Так, профессор хирургии обязан был читать лекции во вторник, среду, пятницу и субботу, от 4 часов пополудни. Демонстрации операций на трупах должна была предшествовать «обстоятельная теория»: после демонстрации профессора ученики, если позволяли время и обстоятельства, должны были собственноручно повторить эту операцию. Профессору предписывалось «великое при сем случае внимание обра-

щать... на способности, склонность и твердость духа каждого учащегося, яко на такие качества, которые не многим свойственны и потому редкие к сей науке охотно прилепляются» (11). Перед началом операции в клинике, разумеется, в отсутствие больного, надо было объяснить ученикам сущность вмешательства и показать все необходимое для ее проведения; при проведении самой операции соблюдать «тишину и человеколюбие». Летние месяцы — июнь и июль — следовало посвящать изучению десмургии на чучелах (фантомах).

Срок обучения в училищах был ограничен пятью годами. В первый год изучались математика, физика, химия, ботаника, анатомия и физиология: эти же предметы (за исключением математики) входили в программу второго года обучения — к ним лишь присоединялись «материя медика», патология, терапия, умение писать рецепты. Наконец, в программе третьего года обучения, помимо патологии, терапии и ботаники, была хирургия, причем устанавливалось, что ученики «по понедельникам и четвергам упражняются в препарировании собственными руками на мертвых телах в черной анатомии», т.е. изучают предмет, который впоследствии определили как топографическую анатомию и оперативную хирургию. Прошедшие трехлетний срок обучения и сдавшие необходимые экзамены получали звание и квалификацию подлекаря.

Наиболее способных учеников оставляли в училище еще на два года. На четвертом году происходило обучение акушерству и совершенствование в хирургии, после чего им присваивалось звание «кандидат хирургии», затем они обязаны были заниматься: «а) лечением болящих и под наблюдением госпитального доктора и штаб-лекаря чрез целый год; в) всякий кандидат должен сделать не менее четырех над мертвым телом важных операций и два анатомические препарата...; с) каждый кандидат понедельно обязан быть дежурным при обсервационной палате с двумя третьеклассными учениками и класть на бумагу (т.е. записывать — М.М.) профессора клиники наблюдения, вести записку всем таковым примечаниям, выполнять делаляемые им предписания и чинить поверенные им исследования и опыты...; д) по окончании года (т.е. пятого года обучения — М.М.), ежели предписанную им должность выполняли в самой точности и важных не имеют за собой пороков, быв произведены лекарями, троякое имеют преимущество пред прочими» (12).

Это «трякое преимущество» было достаточно солидным и заключалось в следующем: предусматривалось, что «лекари 1) употребляемы будут к важным должностям и определяемы на выгоднейшие места; 2) выслужив пять лет в звании лекарском, по сочинении диссертации, защищенной в Медицинской коллегии и удостоенной к напечатанию, без всякого другого испытания производимы будут в доктора; 3) ожидать могут определения в адъюнкты и быть со временем настоящими профессорами» (13). Таким образом, наиболее способным открывалась широкая дорога в науку.

В самом конце XVIII века, в 1798 г., в России была проведена еще одна реформа высшего медицинского образования. Наряду с медицинским факультетом Московского университета были созданы две медико-хирургические академии: Московская (на базе Московского медико-хирургического училища, в ее состав вошли и некоторые ученики Елисаветградской медико-хирургической школы) и Петербургская (на базе Петербургского медико-хирургического училища, в ее состав вошли и ученики Кронштад-

тского училища и существовавшего с 1784 г. в Петербурге Калинкинского училища, в котором преподавание велось на немецком языке). Медико-хирургические академии унаследовали не только учеников и преподавателей медико-хирургических училищ, их программы и учебные планы: они унаследовали лучшие черты госпитальных школ и медико-хирургических училищ, прежде всего, клинический характер преподавания. Впрочем, деятельность этих академий по-настоящему развернулась лишь в начале XIX века.

Госпитальные школы и медико-хирургические училища России выпустили в XVIII веке около 1800 лекарей. Их воспитанниками были видные русские ученые и врачи: акушер-гинеколог Н.М.Максимович-Амбодик (1744-1812) и эпидемиолог Д.Ф.Самойлович (1744-1805), анатом П.А.Загорский (1764-1846) и гистолог А.М.Шумлянский (1748-1795), хирурги Н.К.Карпинский (1745-1810) и Е.О.Мухин (1766-1850), Я.О.Саполович (1766-1830) и М.И.Шеин (1712-1762), патолог и терапевт И.А.Смеловский (1762-1808), фармаколог Г.Ф.Соболевский (1741-1807); труды этих ученых во многом определили состояние русской медицины XVIII — начала XIX веков.

Госпитальные школы окончили известные врачи — участники Камчатской экспедиции Беринга (1733-1743) И.Дагилев и Н.Быстров и экспедиции на Алеутские острова (1764-1770) Н.Гриневский, тульский городовой лекарь М.М.Шидловский, белгородский губернский лекарь О.М.Шумлянский, врач карантина в Астрахани М.Седов, главный лекарь Колывано-Воскресенских заводов в Сибири Н.Г.Ножевников, военные врачи А.Г.Бахерахт, Е.Т.Белопольский, П.В.Малахов, Л.Ф.Тетерин и многие другие.

Если в начале XVIII века в России было всего до 150 иноземных докторов и лекарей, то к 1802 г. всего врачей было 1519. Из них: в армии — 422, во флоте — 218, во врачебных управах, карантинах, госпиталях — 879. Кроме того, были еще вольнопрактикующие врачи, но их число неизвестно (14).

Сочетание клинической медико-хирургической подготовки с предшествующим солидным анатомо-физиологическим обучением являлось особенностью врачебного образования в госпитальных школах и медико-хирургических училищах, в том числе подготовки врачей-хирургов. Самобытный, оригинальный характер обучения в этих учебных заведениях разительно отличался от схоластического преподавания на медицинских факультетах зарубежных университетов, да и в основанном в 1755 г. Московском университете в первые десятилетия его существования, когда у него не было даже достаточных клинических баз.

Нельзя не отметить, что в программах обучения будущих врачей, особенно поначалу, приоритет отдавался хирургии. Это объяснялось тем, что врачей в первое время готовили главным образом для нужд армии и флота. Однако не следует забывать, что хирургия включала в себя тогда и такие современные дисциплины, как офтальмология, отоларингология, стоматология, травматология и ортопедия, урология, проктология, онкология, дерматовенерология и др., а также ряд разделов внутренней медицины, акушерства и гинекологии. Изучение всех этих разделов — как правило, клиническое, в госпитале, у постели больного, а также солидное по тем временам теоретическое обучение, — способствовали высокому уровню

подготовки молодых врачей, успешно справлявшихся со своими обязанностями и в военно-медицинской службе, и в гражданском здравоохранении (городовых врачей, уездных лекарей и пр.), оказывавших и хирургическую, и терапевтическую помощь.

В своем сочинении «Речь к слушателям госпитальных школ Российской империи», впервые опубликованном в 1787 г. в Париже на французском языке, известный русский ученый Д.С.Самойлович писал: «Кто может сказать, что это не самый удобный случай изучать медицину, если у нас каждый ученик, поступающий в госпиталь (т.е. в госпитальную школу — М.М.) должен ежедневно бывать у постели больных, пускать им кровь, делать перевязки, прописывать лекарства — словом — исполнять все то, что и предписывается ему врачом или хирургом, наблюдающим за их лечением. Ученик должен тоже, в установленные часы, ежедневно бывать в классах, где ему преподаются основы теории. Не согласится ли всякий со мною, что лучше одновременно изучать теорию и практику, нежели одну теорию» (15).

Думается, есть все основания утверждать, что именно госпитальные школы и медико-хирургические училища подготовили расцвет русской клинической медицины, особенно хирургии, в первой половине XIX века, связанный с именами Ивана Буша, Ефрема Мухина, Ильи Буяльского, Николая Пирогова.

3. «Приказная медицина»

В 1767 г. Екатерина II приказала собрать Законодательную комиссию, призванную разработать новые законы Российской империи. В своей деятельности комиссия руководствовалась, прежде всего, Наказом самой Екатерины — интересным и содержательным документом.

В этом Наказе было много идей по поводу улучшения законодательства и других реформ. Например, указывалось на ужасающую смертность детей у русских крестьян, уносящую до трех четвертей «сей надежды государства». «Какое цветущее состояние было бы сея державы, — горько воскликала автор Наказа, — если бы могли благоразумными учреждениями отвратить или предупредить сию пагубу!» Среди язв, опустошающих Россию, называлась заносная заразительная болезнь (по-видимому, имелась в виду оспа, с которой Екатерина II, по совету врачей Медицинской коллегии, начала бороться весьма решительно, сделав прививки себе и сыну, наследнику престола цесаревичу Павлу).

Кроме Наказа Екатерины II, учитывались также т.н. депутатские наказы, поступившие из разных городов России. Вскоре в России были проведены крупные реформы в государственном управлении, которые затронули и медицинское дело.

После издания закона об учреждениях для управления губерний (1775) в стране была создана новая система помощи бедным и нуждающимся, объединившая учреждения общественного призрения и медицинской помощи. Это были специальные государственные учреждения — приказы общественного призрения: предусматривалось, что они будут действовать в интересах всех слоев населения, привлекут внимание к делам призрения и медицины. В приказах были представители всех сословий:

председателем был губернатор, а заседателями — дворяне, купцы, мещане, крестьяне, при необходимости приглашались предводитель дворянства и городской голова.

Приказы общественного призрения, созданные во всех губерниях России, были самостоятельными учреждениями, располагавшими собственными средствами: каждый приказ при учреждении получил капитал (15 тыс. руб.), который можно было приумножать путем финансовых операций; были у них и другие источники доходов, например, свои аптеки, хозяйственные заведения и пр. Впоследствии, правда, в царствование императора Павла I, самостоятельность приказов была ликвидирована — в 1798–1799 гг. их передали городским властям. Приказы общественного призрения, согласно принятому закону, должны были устраивать и содержать народные школы, сиротские дома, богоугодные заведения, в том числе больницы, аптеки, дома для неизлечимых больных и для сумасшедших.

Особенно важны были больницы: предусматривалось, в частности, пользовать и призревать здесь «всякого звания бедных и неимущих безднежно, прочих же больных и господских служителей только тогда принимать, когда порожние места случатся, и класть особо, а плату за излечение сих установить умеренную» (16). Правда, в некоторых губерниях круг лечившихся бесплатно был расширен; так, в Петербургской губернии это были низшие канцелярские чиновники и приказные служители, «отставные люди казенного ведомства», жены и дети солдатских и матросских команд, не имевших своих госпиталей, и др. Чиновники, купцы и мещане других губерний, помещичьи крестьяне и служители вносили умеренную плату (7 р. 50 к. в месяц), хотя число платных больных впоследствии было, к сожалению, значительно расширено (17).

Предусматривалось, что в каждой больнице должны были быть главный надзиратель (администратор), врачи, лекари и подлекари, смотрители, а также «сидельники, бабы-сидельницы, повара и другие работники». Высший надзор за больницами приказов общественного призрения был поручен генерал-штаб-доктору гражданской части.

Приказы общественного призрения начали на новых основах организовывать и помочь душевнобольным. Были открыты психиатрические отделения в больницах; стали строить специальные дома для умалишенных («желтые дома»). Первый «желтый дом» был открыт в Новгороде в 1776 г. В том же году в Москве, в Екатерининской больнице, начало действовать специальное отделение: такие же отделения появились в Екатеринославе и в Симбирске (1772). В Петербурге в 1779 г. открылся первый приют для душевнобольных.

Создание приказов общественного призрения, организация ими специальных медицинских учреждений, прежде всего больниц, ознаменовали новый важный этап в истории отечественной медицины — появление т.н. «приказной медицины»: она просуществовала в России почти 100 лет, а в некоторых регионах страны еще дольше. Хотя приказы общественного призрения были государственными учреждениями, положенный в основу их хозяйственной деятельности принцип самостоятельности и самодеятельности помогал в решении различных экономических и финансовых проблем: использовали они и благотворительные фонды. Все это помогало — лучше или хуже — решать проблемы, возникавшие по-

вседневно в больницах и других медицинских учреждениях. Думается, что и для современного здравоохранения эта практика представляет небольшой интерес.

Нельзя также не сказать и о том, что негативная оценка, которую давали «приказной медицине» деятели сменившей ее в России гораздо более прогрессивной формы медицинского обслуживания — земской медицины (Е.А.Осипов, Д.Н.Жбанков и др.), все-таки вряд ли правомерна. В конце XVIII в. и позже «приказная медицина» (при всех ее недостатках, обусловленных бедностью, нехваткой медицинского персонала, низкой культурой и пр.) была все-таки формой государственной медицины, и забывать об этом нельзя.

Важно напомнить еще об одном начинании, родившемся в России во второй половине XVIII века. Речь идет о воспитательных домах для детей-подкидышей, созданных по инициативе И.И.Бецкого, поддержанной Екатериной II. Эти учреждения, несмотря на недостатки в их деятельности, завоевали себе авторитет в российском обществе, стали известны в Европе.

А.И.Герцен называл приказы общественного призрения и воспитательные дома «лучшими памятниками екатерининского времени» (18).

Одновременно с приказами общественного призрения были учреждены должности уездных врачей. Позже была проведена еще одна важная реформа: в 1797 г. по инициативе энергичного и деятельного главного директора Медицинской коллегии барона А.И.Васильева в каждой губернии России появились врачебные управы (в Петербурге и Москве их заменили физикаты). На врачебные управы возложили обязанность руководить всем медицинским делом в губерниях: они должны были стать «блестителем здравия всей губернии по воинской и гражданской части». Действовали эти управы, являвшиеся органами государственного управления, под наблюдением Медицинской коллегии.

Эту реформу Медицинской коллегии с полным правом можно считать исторической в российской медицине. «Учреждение врачебных управ, по мысли, с которою оно задумано, есть прекрасный памятник деятельности Медицинской Коллегии в последний период ее существования, — писал историк медицины Я.А.Чистович. — Оно имело целью, во-первых, снабдить губернии знающими и опытными врачами, специально образованными каждый по своей части, которые могли бы, в случаях надобности, немедленно подавать больным надлежащую помощь и пособие; во-вторых, снабдить губернии специально образованным коллегиальным собранием, которое бы заботилось об охранении народного здоровья и для того издавало бы надлежащие правила и постановления, соответственные местным условиям каждой губернии, проводя здравые гигиенические понятия в провинциальную жизнь; и в-третьих помочь центральной власти (Медиц. Коллегии) в устройстве провинциальных врачебных заведений и облегчить надзор за ними, т.е. поддержать их существование соответственно местным надобностям» (19).

Иными словами, своей реформой Медицинская коллегия сделала шаг к децентрализации управления медицинским делом, к более успешной деятельности медиков, учитывающей местные условия, которые в огромной России резко, порой полярно различались. Не исключено, что тем самым открывалась даже потенциальная возможность использования на нужды

охранения народного здравия местных средств, что и тогда было немаловажно. В общем, здесь можно проследить многое из того, что через десятилетия, в иных исторических условиях, воплотила в жизнь российская земская медицина.

Бессспорно, создание врачебных управ и другие реформаторские меры Медицинской коллегии были чрезвычайно важны. По существу, все эти меры способствовали тому, что даже в отдаленных регионах Российской империи — таких, например, как Сибирь — население начали обеспечивать медицинской помощью, стали появляться медицинские учреждения, росло число врачей. Так, были открыты казенные аптеки в Тобольске (1763), Селенгинске (1765), Иркутске (1798). Первым губернским доктором в Тобольске стал Фридрих Баад (1764): он прожил там 12 лет. Там же служили штаб-лекарь Иван Тибовский, военные врачи Иоганн Тиль, Яков Давас, Петр Поморский, Алексей Анисьевич, Вильгельм Рейхерт, Генрих Гермес, Рейнгольд Беренс др. (20).

Когда в Иркутске в 1798 г. была организована врачебная управа, там начали работать врач Федор Реслейн, оператор Иван Шиллинг, акушер Андрей Поддубный. В Забайкалье при Нерчинских серебряных заводах действовал госпиталь — здесь работали штаб-лекарь и лекарь: эти врачи получили образование за счет заводов в Московской госпитальной школе. Еще раньше были открыты оспенные дома в Тобольске (1763) и Иркутске (21).

Организация «приказной медицины», врачебные управы создали основания для быстрого роста государственной медицины, ее «гражданского крыла». Возникли, однако, и большие трудности, прежде всего, из-за нехватки врачей. Известно, что при разделении России на наместничества и утверждении их штатов (1780) Медицинская коллегия сообщила императрице, что она не в состоянии определить в наместничества 308 докторов, 308 лекарей и 616 подлекарей, положенных по штатам. В результате решено было принимать на русскую службу больше иностранных врачей. Екатерина II поручила ганноверскому лейб-медику Циммерману, с которым вела переписку, приглашать в Россию медиков по контракту. Именно так были приглашены Циммерманом доктора Ф.Уден, К.Брандау, Е.Елизеин, А.Маркус и многие другие, в т.ч. магистр медицины Эдинбургского университета Яков Виллие, ставший впоследствии видным российским хирургом и деятелем военной медицины (22).

Учреждение врачебных управ стало, как это ни странно, причиной еще одного «явления». «При учреждении врачебных управ, — еще в прошлом веке справедливо отмечал Я.А.Чистович, — коллегия (медицинская — М.М.) совершенно упустила из виду ученое значение врачей и назначила членами многих управ штаб-лекарей, подчинив им во многих местах докторов медицины, не искавших окольными путями административного повышения. С этой именно поры появились в медицинском сословии так называемые «деловые люди», в канцелярском значении этого слова, и постепенно стало теряться прежнее значение докторского диплома, а вместе с тем возросло искательство чинов, уравнявших самую глубокую ученость с самым пошлым невежеством» (23).

Все это не удивительно: любой реформе сопутствуют какие-то недостатки. Удивительно другое: «явление», родившееся в российской медицине в конце XVIII века, существует, по-видимому, и сейчас, в конце века XX...

4. Больницы, аптеки, ученые труды.

Годы деятельности Медицинской коллегии ознаменованы появлением в России, наряду с госпиталями (в конце XVIII века было постоянных 13 сухопутных и 7 морских, не считая временных, создававшихся во время войны) еще и больших, специально построенных гражданских больниц. Это были Павловская больница (1763) в Москве, Обуховская (1784) в Петербурге, Екатерининская (1776) в Москве и др.

Приказы общественного призрения старались поддерживать создание во многих городах больниц, а также «сифилитических» и «оспенных» домов (страдавших умопомешательством, продолжали призревать, по большей части, в монастырях). Правда, по справкам врачебных управ, представленных Медицинской коллегии в апреле 1797 г., большинство этих лечебных заведений «находится в самом худом положении в рассуждении строения, пищи, одежды и местного расположения» (24). Это не относилось, однако, к большим городским больницам, начавшим действовать в стране в последней трети XVIII в. в Москве, Петербурге и др. Они были вполне современными учреждениями, ни в чем не уступавшими европейским.

Интересно, как описывал российские госпитали и больницы французский хирург Д.Ж.Ларрея, побывавший в России с наполеоновской армией: «Госпитали, которые привлекли мое особенное внимание, могут служить украшением самой культурной нации в мире... Залы занимают всю длину здания, в них много света, т.к. окна простираются с пола почти до самого потолка. Рамы всюду двойные... печи изразцовые. В залах находится четыре ряда кроватей, отстоящих друг от друга на такое расстояние, какое требует чистота. В каждом ряду находится 50 кроватей... В трех корпусах госпиталя находится всего 14 зал. Общее число кроватей может быть доведено до 3000... Московский военный госпиталь представляет собой красивейшее и обширнейшее здание, которое я когда-либо видел. Гражданские больницы, которые я также осматривал при посещении наших раненых, заслуживают не меньшего внимания. Больших больниц в Москве четыре: Шереметевская, Голицынская, Александровская и при воспитательном доме. Кровати и все предметы содержатся в них в большой чистоте и опрятности» (25).

Эта оценка Ларрея относится к 1812 г. — самому началу XIX в., но почти все описанные им госпитали и гражданские больницы были основаны и действовали уже в конце XVIII века.

Несомненной заслугой Медицинской коллегии было «порядочное (т.е. в полном порядке) содержание аптек» — эта задача была поставлена еще в проекте А.И.Черкасова. Поскольку большинство лекарств, используемых в XVIII веке, были растительного происхождения, всемерно поощрялось, чтобы аптеки, да и госпитали тоже, имели свои аптекарские огорода. Помимо этого, в распоряжении Медицинской коллегии были 4 ботанических сада в Петербурге, Москве, Дубно и Тобольске и 7 садовых заведений в Астрахани, Воронеже, Смоленске, Выборге, Карасубазаре, Оренбурге и Херсоне. Различные хирургические инструменты и перевязочные средства изготавливали на 4 заводах в Петербурге, Москве, Херсоне и Тобольске (26). Все это помогало Медицинской коллегии обеспечивать аптеки, а че-

рез них — госпитали и больницы, необходимыми лекарствами и медицинскими изделиями.

Что касается роли Медицинской коллегии в развитии медицинской науки (это выражалось, главным образом, в рассмотрении и оценке научных трудов российских врачей), то она наиболее ярко стала проявляться в 90-е годы. И здесь многое зависело от ученого секретаря коллегии (эта должность появилась в 80-е годы, когда руководителями коллегии были А.А.Ржевский и И.Ф.Фитингоф).

Например, во время работы ученым секретарем Я.Рейнегса внимание к научным «примечаниям» (так назывались научные труды врачей) было явно недостаточным: работы не оценивались, врачи не получали ответа, часть работ была утеряна.

С назначением на должность ученого секретаря И.И.Виена и его помощника И.С.Орлая положение дел в значительной степени изменилось. Объявление коллегии за подписью И.И.Виена о присылке научных «обсерваций» активизировало деятельность врачей. В связи с этим возникла потребность в классификации «примечаний». В сентябре 1793 г. коллегия утвердила инструкцию о распределении поступающих работ на 4 класса в зависимости от значения и новизны вопроса и качества изложения.

Около 2-х лет (с 10.VIII.1793 г. до 13.V.1795 г.) в дни своих заседаний коллегия читала «медицинско-физические примечания». К лучшим работам (первый и второй класс) было отнесено 129 примечаний из 496. И.И.Виен по поручению коллегии «сочинил» списки работ по каждому классу в отдельности, списки были подписаны всеми членами коллегии. Но предполагаемый выпуск тома лучших работ русских врачей не состоялся: его удалось издать (книгу на латинском языке, в которой было помещено 50 работ, принадлежавших перу 39 авторов) только в 1804 г. (27).

Нельзя не сказать и о том, что Медицинская коллегия обладала правом цензуры различных медицинских сочинений, представлявшихся подчиненными ей российским врачам. Этим правом, однако, она пользовалась не всегда разумно. «Например, по доносу доктора Эразмуса она запретила предисловие к учебнику Шрейбера, составленное издателем его, проф. П.И.Погорецким, и предписала Московской медицинской конторе отобрать его из университетской типографии: но распоряжение ее не исполнено и осужденное предисловие сохранилось до настоящего времени», — писала в середине XIX века газета «Медицинский вестник» (28).

Еще со времен президентства А.И.Черкасова, и позднее, когда Медицинскую коллегию возглавляли А.А.Ржевский, И.Ф.Фитингоф и особенно А.И.Васильев, царствующие особы российского императорского дома, прежде всего, императрица Екатерина II, поддерживали начинания медиков, одобряли их планы, предоставляли Медицинской коллегии необходимую государственную поддержку.

Не исключено, что это во многом объяснялось близостью этих сановников к императорскому двору, к самой императрице. Действительно, все президенты Медицинской канцелярии были приближенными Екатерины II.

Сменявший первого президента Медицинской коллегии барона А.И.Черкасова другой сановник, Алексей Андреевич Ржевский (1737-1804), потомок старинного дворянского рода, в молодости был гвардейским офицером. Но будучи умным и образованным человеком с выраженными творческими наклонностями, он пренебреж военной карьерой и вы-

шел в отставку, занявшись литературной деятельностью. Не чуждался Ржевский и общественно-политических дел: в 1767 г., например, он был депутатом от дворян г. Воротынска Московской губернии в созданной Екатериной II Законодательной комиссии (Комиссии по составлению нового Уложения). Ржевский был также академиком Российской Академии наук; видимо, своим связям в придворных кругах он был обязан тому, что в 1772 г. был назначен вице-директором и в течение трех лет исполнял обязанности отсутствовавшего директора Академии наук, следовательно, руководил ее деятельностью.

В 1775 г. Ржевский стал сенатором и президентом Медицинской канцелярии. Однако ничем особенным на поприще руководства российской медициной он себя не проявил. Зато он приобрел известность как один из виднейших деятелей российского масонства, в 80-90-х годах стоял во главе петербургских розенкрейцеров. Но более всего Ржевский был известен как выдающийся литератор своего времени, драматург и поэт, создавший, по мнению литературоведов, своеобразный поэтический стиль (хотя многие считали его вычурным) и оказавший определенное влияние на российских поэтов конца XVIII века, в том числе на своего друга знаменитого Г.Р. Державина.

После Ржевского президентом на какое-то время стал статский советник А.О. Закревский, быстро, впрочем, показавший свою непригодность к этой должности. Тогда решено было ввести новую должность — главного директора Медицинской коллегии, подчинив ему и президента, и всех членов коллегии. Первым главным директором Медицинской коллегии стал барон И.Ф. Фитинггоф (в скором времени должность президента была ликвидирована).

Иван Федорович Фитинггоф (1720-1792), уроженец города Риги, был профессиональным военным, а затем государственным деятелем. В 1788 г. императрица Екатерина II почему-то назначила его (по всей вероятности, как мы говорим сейчас, в порядке трудоустройства) на должность в Медицинскую канцелярию. Хотя барон Фитинггоф к медицине не имел ровно никакого отношения, но к своим обязанностям относился довольно ревностно: ему, в частности, принадлежит мысль о строительстве специального здания для Петербургского медико-хирургического училища и генерально-го сухопутного госпиталя, об учреждении должности инспектора учеников медико-хирургических училищ.

Наконец, последним главою Медицинской коллегии стал А.И. Васильев — барон, потом граф. Алексей Иванович Васильев (1742-1807) получил юридическое образование, долго служил в Сенате и в 1770 г. стал обер-секретарем, участвовал в работе созданной императрицей Екатериной II Законодательной комиссии. Васильев проявил себя как крупный государственный деятель, специалист по финансовому управлению, составивший, в частности, сборник законов по этим вопросам. Он был избран сначала почетным членом Российской Академии наук, а позднее стал ее действительным членом.

Став директором Медицинской коллегии, Васильев немало сделал для улучшения ее деятельности и расширения сферы ее влияния. При назначении императрица поручила ему «приложить всемерное старание, дабы со стороны этой коллегии все попечению ея принадлежащее в точности исполнено было». Васильев возглавлял высшее медицинское ведомство стра-

ны в течение десяти лет. Ему удалось, прежде всего, укрепить финансовое положение Медицинской коллегии, ликвидировать образовавшийся раньше долг частным лицам и учреждениям, достигавший астрономической по тем временам суммы в 600 тысяч рублей, а затем даже постепенно сделать некоторые накопления. При Васильеве была создана Петербургская медико-хирургическая академия: на Выборгской стороне были построены и оснащены всем необходимым обширные здания для новой академии, созданы кафедры и клиники. В бытность Васильева главою Медицинской коллегии была проведена крупная реформа — в губерниях были учреждены врачебные управы.

В начале 1799 г., уже в царствование императора Павла I, удалось осуществить еще одно подсказанное жизнью преобразование. В Медицинской коллегии были организованы пять отделений: первое ведало наукой; второе — генеральными сухопутным и морским госпиталями, казенными аптеками, медико-хирургическими академиями и пр.; третье — военной медициной; четвертое — гражданской врачебной частью; пятое — кадрами российской медицины. Эта реформа самой Медицинской коллегии, проведенная А.И.Васильевым, призвана была значительно улучшить ее структуру и функции.

Несмотря на достаточно плодотворную деятельность в управлении медико-санитарным делом, в российскую историю граф А.И.Васильев вошел не как директор Медицинской коллегии, а как первый в России министр финансов. После воцарения императора Павла I Васильев был назначен государственным казначеем; при императоре Александре I он возглавил только что образованное министерство финансов.

Разумеется, все эти президенты и главные директоры Медицинской коллегии, не будучи медиками, работали в тесном контакте с врачами, опирались на них, а иные попросту передоверяли им все дела. Как правило, в Медицинской коллегии работали наиболее опытные и квалифицированные специалисты-медики (бывали, конечно, и исключения, да ведь какое же это правило без исключений?...).

Например, при главном директоре И.Ф.Фитингофе членами коллегии были доктор медицины и генерал-штаб-доктор Г.Ф.Аш, старший доктор Петербургского генерального сухопутного госпиталя Ф.Т.Тихорский, доктор артиллерийского и инженерного корпусов С.Д.Горголи, доктор департаментов сената И.Б.Дольст, штаб-лекарь Измайловского полка Л.Е.Варнек, оператор Петербургского адмиралтейского госпиталя Г.Д.Гамен, научный секретарь доктор Я.Рейнегс. Это были люди, искушенные в медицине, способные подсказать — и действительно подсказывавшие — главному директору разумные мысли и предложения: другое дело, что барон Фитингофф далеко не всегда следовал советам своих помощников и подчиненных.

Главному директору А.И.Васильеву помогали три старших члена Медицинской коллегии — доктор медицины Г.Ф.Аш, профессор хирургии Я.О.Саполович и профессор анатомии и физиологии Н.К.Карпинский, а также три младших — И.И.Виен, Е.Е.Еллизен и О.К.Каменецкий, еще и научный секретарь профессор патологии Г.И.Базилевич. Как видно, у А.И.Васильева были более авторитетные помощники, по заслугам оставившие свои имена в истории российской медицины.

И все-таки есть веские основания полагать, что не имевшие медицинского образования руководители Медицинской коллегии, в особенности

А.И.Черкасов и А.И.Васильев, играли важнейшую роль в организации медицинского дела. Понятно, что одним из секретов успехов разносторонней деятельности Медицинской коллегии — а успехи эти были несомненными — являлась близость ее руководителей к императорскому двору, к царствующей династии, к императрице Екатерине II.

Не будем, впрочем, абсолютизировать это положение. Факты говорят о том, что вмешательство царствующих особ в медицинские дела далеко не всегда было плодотворным, а иногда принимало анекдотические формы. Так, император Павел, известный своим солдафонством, в 1800 г. «указать соизволил» запретить медицинским чинам называться врачами, а именовать их званиями, которые им присвоены, — докторами, штаб-лекарями, лекарями и т.п. Впрочем, таких анекдотов, связанных с императором Павлом, в свое время ходило немало.

Медицинская коллегия, сыгравшая важную роль в деятельности государственной медицины России, просуществовала 40 лет и прекратила свою работу в 1803 г., после министерской реформы императора Александра I.

VII. НАУЧНЫЙ ТРУД ПО ГИГИЕНЕ (XVIII в.)

I. Врач и ученый

Во второй половине XVIII века новые явления в экономической жизни России сопровождались быстрым ростом культуры, сохранявшей и умножавшей ломоносовские традиции; шло интенсивное развитие русской медицины.

Среди известных ученых и врачей конца XVIII века, чьи научные труды обеспечили прогресс отечественной медицины, следует назвать и совершенно забытое имя — профессора Кронштадтского и Московского медико-хирургических училищ Карла Фридриха Борна (? — 1798). К сожалению, и его имя, и его деятельность оказались неведомыми даже историкам медицины.

Уроженец Бранденбурга, Карл Фридрих Борн сначала учился в Берлине, а затем — в Геттингене. В 1784 г. он окончил Геттингенский университет — один из наиболее известных германских университетов, заслуженно слывший в те годы центром рационалистической философии и неогуманизма. 30 декабря 1784 г. он представил в университет диссертацию «*De febre gastrica putrida*» («О гнилостной желудочной лихорадке»), в которой разбирались вопросы физиологии и клиники некоторых желудочно-кишечных заболеваний. Диссертация была опубликована и получила несколько положительных отзывов в медицинской печати тех лет. К.Ф.Борну была присуждена степень доктора медицины.

Вскоре Борн решил поступить на российскую службу и переехал в Петербург. С тех пор вся его жизнь и научная деятельность были связаны с Россией, ставшей его второй родиной.

В Петербурге, куда Борн приехал глубокой осенью 1783 г., он по каким-то причинам, может быть, из-за незнания русского языка, не стал, очевидно, держать в Медицинской коллегии экзамен, установленный для иностранных докторов медицины, а сразу приступил к практической деятельности в качестве лекаря Обуховской больницы. Не исключено, впрочем, что попытка экзаменоваться была, но кончилась безуспешно, поскольку Борн не смог преодолеть на экзамене не медицинский, а языковой барьер: по этой-то причине он с ноября 1783 по март 1785 г., почти полтора года, работал простым лекарем. Овладев, видимо, в достаточной мере русским языком, 4 июня 1785 г. он выдержал специальный экзамен в Медицинской коллегии, в результате которого подтвердил свою квалификацию и степень доктора медицины.

Перед Борном открывалась дорога к научной и преподавательской деятельности в высших учебных заведениях — медико-хирургических училищах (госпитальных школах). Однако он решил все-таки продолжить свои занятия практической медициной и получил назначение в Рождест-

венский уезд Петербургской губернии. После полутора лет практической работы уездным врачом, что, помимо прочего, помогло ему в совершенствовании русского языка, К.Ф.Борн в январе 1787 г. принял предложение стать профессором анатомии, физиологии и хирургии Кронштадтского медико-хирургического училища.

Это училище, основанное в 1733 г. при Кронштадтском генеральном адмиралтейском госпитале, было одним из передовых центров подготовки русских медиков. В конце XVIII века здесь преподавали такие известные ученые, как акушер-гинеколог Н.М.Максимович-Амбодик, хирург И.Ф.Буш, терапевты Е.К.Валлериан, М.Х.Пеккен.

Профессор К.Ф.Борн сначала преподавал в Кронштадтском училище анатомию, хирургию и физиологию, затем круг его педагогической деятельности значительно расширился, он начал преподавать еще и патологию и терапию. Таким образом, Борн фактически вел в училище преподавание всех основных медицинских дисциплин, что свидетельствовало о его обширных знаниях врача-клинициста и эрудиции ученого-медика. Интересно, что в отличие от ряда врачей-иностраниц, профессор К.Ф.Борн вел преподавание на русском языке, которым он владел уже достаточно хорошо: это свидетельствовало о его уважении и любви к новой родине — России. Правда, свои научные труды К.Ф.Борн писал по-немецки (за исключением диссертации, которая, по законам того времени, была написана на ученой латыни). Что ж, родной язык остается родным навсегда и, думается, нет оснований в чем-то упрекать Борна.

В январе 1793 г., после шести лет профессорства, Борн почему-то решил вновь перейти на практическую работу. Он уволился из медико-хирургического училища в Кронштадте и снова был переведен доктором в знакомый ему Рождественский уезд. Но теперь уже служба уездного врача очевидно, показалась, ему, профессору, постылой. И хотя он проработал здесь почти два с половиной года, все-таки потом покинул Рождественский уезд. Борн узнал об открывшейся в Москве профессорской вакансии: он переехал в Москву и 29 октября 1795 г. стал профессором акушерства и женских болезней в Московском медико-хирургическом училище. И здесь, не в пример некоторым иностранным медикам, он преподавал свой предмет только на русском языке.

К.Ф.Борн умер в Москве 8 апреля 1798 г.

За сравнительно короткий срок научно-практической деятельности в России К.Ф.Борн выполнил ряд интересных научных исследований. Такова, например, его работа «Два сочинения об усиленном питании», опубликованная в Петербурге в 1789 г.; в ней он высказал оригинальные соображения о необходимости того вида лечения, который сейчас мы называем диетотерапией.

В опубликованной в 1790 г. в одном из немецких медицинских журналов статье «История болезни капитан-лейтенанта Константина Павловича фон Сарандиначи» он подробно описал проделанную им операцию ампутации бедра после огнестрельного ранения и послеоперационное лечение больного. Представляет определенный интерес исследование К.Ф.Борна по физиологии «О назначении надпочечников» — рукопись этой работы до последнего времени хранилась в Центральном историческом архиве в Ленинграде (Санкт-Петербурге). Еще одна работа Борна бы-

ла опубликована в 1803 г. в изданном Медицинской коллегией сборнике лучших научных трудов русских врачей.

И в бытность профессором Кронштадтского медико-хирургического училища, и особенно в период практической работы уездным лекарем в 1793-1795 гг., Борн занимался научными исследованиями и посыпал свои работы в Медицинскую коллегию. Так, 4 сентября 1794 г. за присланную в Медицинскую коллегию «анатомико-физиологическую обсервацию, исполненную просвещения, достойную к помещению в впредь издаваемые ею медико-хирургические акты, равно как и за подробное его ботаническое описание трав, растущих в Новгородском наместничестве», доктор медицины К.Ф.Борн был удостоен звания «Почетного члена Медицинской коллегии»: это была высокая честь, которой в то время удостаивались немногие.

2. Конкурс Вольного экономического общества

Наиболее интересным и важным трудом К.Ф.Борна была работа «О раннем заселении новых каменных домов»; эту работу он, будучи профессором Кронштадтского медико-хирургического училища, представил на конкурс, объявленный в 1787 г. Вольным экономическим обществом.

Бурный рост Петербурга как столицы государства, политического и экономического центра страны, вызвал значительное увеличение численности его жителей: в 1784 г. здесь проживало 192 тысячи человек.

В городе велось большое строительство. Наряду с огромными дворцами знати, соборами, общественными зданиями, сооружались и сравнительно небольшие дворянские особняки, а также двух- и трехэтажные дома, в которых жили небогатые купцы, мелкие чиновники, разночинная интеллигенция, мещане, различный «служивый люд». Все это были не деревянные, а каменные здания: только с 1762 по 1800 г. их число в центре города увеличилось в четыре раза.

Однако каменные дома, хотя и более удобные, чем деревянные, не пользовались тогда в условиях холодного и сырого климата Петербурга (как, впрочем, и в других городах Европы, с другим климатом) особой популярностью. Иностранцы, а вслед за ними и русские, считали, что заселять новые здания можно спустя длительное время после постройки; существовало предубеждение против каменных домов: говорили даже, что жизнь в таких домах вредно влияет на здоровье и приводит к различным болезням.

С целью развеять или подтвердить это укоренившееся предубеждение и дать каменным домам надлежащую гигиеническую оценку, Вольное экономическое общество и объявило специальный конкурс на тему: «Действительно ли вредны новые каменные здания для здоровья и какая тому причина?». Участникам его предлагалось ответить на такие вопросы:

«1. Действительно ли новые наши дома так вредны, как чужестранцы утверждают о своих? А когда действительно вредны, то какая сему причина? Или не менее ли мы внимательны на действия и следствия она? И в таком случае:

2. Какие ранняя и поздняя следствия имеет жительство в наших каменных домах, в рассуждении различной их новости, положения и высоты, на состояние здоровья различных по образу жизни и по летам жителей?

3. Какие суть надежнейшие экономические средства, служащие хотя не к совершенному отвращению проистекающих от новых каменных домов действий на здравие человеческое, однако по крайней мере к избежанию от оных и к прекращению? И какие экономические и здравие охраняющие меры и средства должны употреблять первые жильцы в новых каменных строениях, дабы не подвергнуться повреждению здравия, причиняемого оными новыми зданиями, или когда они уже подтверждены, здравие их восстановить?*

Отвечая на эти вопросы, К.Ф.Борн продемонстрировал солидную медицинскую подготовку и рациональный, научно обоснованный взгляд на проблемы гигиены жилища. В своем труде он вышел далеко за рамки заданных вопросов и высказал много здравых мыслей о гигиене вообще, о медико-гигиенических проблемах, о гигиене городов и жилища. Он указал на необходимость учитывать климатические факторы и погодные условия, знать образ жизни людей, причем не только в России, но и в других странах, а также быть сведущим в лекарском и аптекарском искусстве, чтобы выбрать нужные средства для ликвидации и профилактики вредных последствий влияния каменных домов на здоровье проживающих в них людей.

Сравнивая каменные дома в Петербурге, Вене, Берлине, Париже, Лондоне, Гамбурге, Любеке и других городах Европы — с точки зрения применявшимся строительных материалов, работы каменщиков, внутренней отделки, — Борн указывал на разницу зданий, от которой в значительной степени зависело вредное или полезное влияние на здоровье. Так, в Петербурге каменные дома отличались от зданий в Германии и других странах. Прежде всего, они были обычно двух- или трехэтажные: поэтому, чтобы здание держалось прочно, нижняя стена могла быть не тоньше трех, а вернее двух с половиной кирпичей. Комнаты в петербургских домах делали просторнее и выше, окна — шире и в большем количестве. Существенно также, что в отличие от других городов Европы, в Петербурге при строительстве применяли быстро сохнувшую известь с добавлением песка и кирпичи из хорошей глины, добываемой на берегах Невы.

Все это, заключал Борн, являлось причиной быстрого высыхания каменных стен, благодаря чему вредное влияние влажного воздуха значительно уменьшалось. Кроме того, в большом помещении неблагоприятное действие влажного воздуха на организм было меньшим. Опыт учит, особо подчеркивал Борн, что тесные комнаты, даже сухие, вредны для здоровья, если в них проживает многочисленная семья.

В конце XVIII века, в связи с развитием химии и полученными наукой новыми данными об атмосферном воздухе и различных газах, особое внимание медиков привлекала воздушная среда — химический состав, состояние и температура атмосферного воздуха. В соответствии с этим Борн указывал на огромное значение чистого свежего воздуха, систематического проветривания помещений.

Все исследователи и врачи, писал Борн, опыты из физики и каждого-дневный опыт учат, что теплые комнаты, в которых живет много людей, намного вреднее, чем сырье просторные комнаты. Воздух в них, если он не обновляется, вреден, как зараза. Такой воздух гасит огонь горелки и убивает быстро животных, в чем легко можно убедиться, проделав опыт с какими-нибудь мелкими животными. Например, если птицу или мышь

запереть под стеклянным колпаком, замазав его края воском, то животное задохнется, если не дать ему чистого воздуха. Поэтому простым людям (простолюдинам) нужно все время проповедывать, насколько губителен спретый воздух, который или убивает быстро как чума, или действует как медленный яд, злокозненность которого обнаруживается уже тогда, когда всякая помощь запоздала.

Борн подробно разобрал значение температуры воздуха в доме, обратив внимание на такую существенную деталь, как двойные рамы в окнах петербургских домов.

В Германии, Голландии, Англии, Италии рамы почти не высыхают и довольно быстро истлевают. Происходит это по следующим причинам: влажные пары, находящиеся в помещении, стремятся к более холодным местам в комнате, какими осенью, зимой и весной являются окна (из-за небольшой толщины). Пары конденсируются на поверхности стекла (оно запотевает) и, если мороз несильный, стекают вниз. Поэтому рамы всю зиму мокрые и это, в свою очередь, является источником влажных испарений в комнате.

В Петербурге, подчеркивал Борн, где в домах устроены двойные окна, внутреннее стекло не является самой холодной частью в комнате и на нем не конденсируются пары: они выходят наружу при открывании дверей и при сквозняках, а также при затапливании печей. Все это также способствует высыханию помещений и сохранению постоянной температуры в доме.

Важную роль придавал Борн рациональной системе отопления. Критикуя применявшиеся тогда в Германии печное отопление, он с похвалой отзывался о домовых печах, использовавшихся в Петербурге, указывая на их преимущество — спиралевидный дымоход, много проволоки в конструкциях, нет толстых стен, хорошая вытяжка, дают достаточно тепла.

И еще одна немаловажная деталь гигиены жилища, которая привлекла к себе внимание Борна: речь идет о полах в доме. За границей полы в то время часто делали из больших и широких кирпичей или вместо них употребляли глинистую массу. На таких полах ногам всегда было холодно, и это вело ко многим заболеваниям. От простужения ног, считал Борн, бывает насморк, кашель, боль в горле, одышка, колотье в боку, лихорадка, а также запоры, поносы, повреждение соков и др.: простуда ног опаснее, чем простуда всего тела. А достаточно ведь отказаться от каменных полов, полагал он, и подобных бед было бы меньше.

Борн противопоставлял заграничным зданиям те петербургские дома, где пол был выложен толстыми половицами (двойными), а пустое пространство между половицами заполнено кирпичной щебенкой, известью и песком, чтобы не проходила влага снизу, из земли. Такие дома, по его мнению, были теплее и здоровее для жилья.

3. Организм и среда

Борн, как многие ученые и врачи, с материалистических позиций рассматривал вопрос о влиянии на организм окружающей среды. Проблемы гигиены жилища он обоснованно связывал с действием факторов внешней среды на организм человека. Так, говоря о влиянии жилищных

условий на здоровье, он приводил в пример Гамбург — в то время много-людный город с узкими грязными улицами, где не могли разъехаться две кареты, с высокими домами, в нижние этажи которых не попадали солнечные лучи, с маленькими неприбранными внутренними дворами. Беднейшие ремесленники жили там в подвалах, которые во время прилива часто заливала морская вода, и, следовательно, никогда не имели сухих жилищ: этих людей можно было узнать по незддоровому виду и по бледному цвету кожи.

В Гамбурге, писал Борн, гораздо больше болезней, чем в Петербурге, и смертность там выше: в больницах Гамбурга умирал каждый пятый-шестой пациент, тогда как в Петербурге — едва седьмой, восьмой или девятый. Такую же непривлекательную картину, как в Гамбурге, Борн сам наблюдал в Бреславле, Магдебурге, старом районе Берлина. А ведь узкие улицы, высокие дома с очень маленькими дворами, низкие и тесные комнаты — все это пагубно отражается на здоровье.

Следует отметить, что негативные примеры влияния факторов внешней среды на здоровье Борн находил, как правило, в Германии, не упоминая о современной ему российской действительности. Видимо, эти примеры были лучше знакомы ему, хотя немалую роль играли, очевидно, и определенные «дипломатические» соображения.

В своем труде Борн довольно основательно проанализировал различия в образе жизни и занятий простолюдинов в России и за границей, чтобы увидеть их влияние на здоровье. В Германии и других странах, из которых поставляются различные галантерейные товары и мануфактура, эти товары не приносили большой прибыли. Ткачи, вязальщицы, кружевницы и другие ремесленники не могли позволить себе больших квартир из-за высокой платы. Поэтому в одном помещении проживало много людей, что приводило к заражению воздуха, и без того уже нездрового из-за влажности.

Кроме того, писал Борн, надо учесть и сидячий образ жизни этих людей, грубое и плохое питание (пища почти вегетарианская, состоящая из капусты, мучных каш, картофеля и т.п.), которое ослабляет людей — их можно сразу узнать по бледной коже. При сидячей работе на холодном полу остывают ноги и ремесленники вынуждены для согревания применять жаровни (угольные горшки): удушающие испарения от углей приводят к возникновению одышки, сильного кашля, несварению желудка и чахотке — чахотка встречается за границей среди простонародья намного чаще.

Иное положение, считал Борн, в России. Здесь простолюдины заняты грубым рукоделием, хлебопашеством, физическим трудом в поле, на строительстве домов и каналов (особенно в Петербурге). На свежем воздухе, за тяжелой физической работой, они за день выдыхают все, что вдыхали ночью (т.е. влажный затхлый воздух). Поэтому здесь влажный воздух сырьих помещений меньше вредит простонародью, чем за границей, где ремесленники и рабочие круглый год сидят в сырьих, грязных, тесных комнатах и только в редкие солнечные дни выходят на свежий воздух. Когда же они начинают хворать, то болезнь плохо поддается лечению, так как главные средства, которыми ее можно было бы отвратить, не применяются: а средства эти ничто иное как движение и свежий чистый воздух.

Характерно, что Борн демонстрировал уважительное отношение к народной гигиене и народной медицине, к выработанным вековым опытом

способам предупреждения и лечения болезней. Так, он обращал внимание на многочисленные горячие парные бани в России, к которым здешние люди привыкают едва ли не с младенчества: эти бани, считал он, закаляют организм, почему местные жители переносят вредное влияние влажного воздуха и сырых квартир лучше, чем иностранцы.

Медицина того времени придавала большое, подчас даже чрезесчур большое значение географическим и климатическим условиям, с которыми связывали возникновение и распространение болезней. Борн, однако, не абсолютизировал роль этих факторов, хотя и не отрицал их значения. Например, зимой во Франции, Италии, Голландии, Англии, писал он, чаще всего идет дождь, даже в Германии морозы редки и часто чередуются с оттепелью и дождем со снегом. В России же 6 месяцев длится морозная зима, все пары, все испарения от людей и животных замерзают, воздух очищается и дома становятся суще. Всю зиму здесь чистый и сухой воздух, полезный даже для людей со слабыми легкими. Следовательно, делал вывод Борн, не только квартиры сами по себе являются причиной болезней, но имеется целый ряд побочных влияний и причин, в том числе не последнее место занимает климат.

Борн обладал (об этом свидетельствуют его научные труды) широким клиническим мышлением. Как и большинство отечественных врачей, он материалистически трактовал одну из главных проблем медицины — проблему возникновения заболеваний. Болезнь он связывал чаще всего с неблагоприятными факторами внешней среды, рассматривая их действие в соответствии с уровнем медицинских знаний того времени.

Например, Борн считал, что в сырых помещениях влажный нездоровий воздух действует на кожу, легкие и пищеварение. Влага с кожи и особенно с поверхности легких не может испаряться, так как воздух и так насыщенарами. Поскольку легкие — самый чувствительный внутренний орган, то они и страдают от этого более всего: они постоянно окружены паром, отчего все больные ослабевают, вместо того, чтобы укрепляться. Последствиями являются всевозможные грудные болезни: одышка, кашель, простуда и, наконец, так распространенная в Германии чахотка с мокротой, особенно у молодых людей.

Поверхность тела, писал Борн, также страдает от сырого воздуха. Он не только препятствует испарению с кожи, но и увеличивает всасывание вредной жидкости. Кожа становится чувствительной к изменениям погоды. При малейшем охлаждении закрываются все поры, через которые идет испарение, и это снова ведет ко множеству заболеваний: к вредным простудам, болезни горла, кашлю, насморку и т.д. Так как известно из практики (и от врачей), что пищеварение всегда связано с испарениями, то страдает и ослабевает желудок. От этого происходят многочисленные заболевания — порча желудочного сока, бледный цвет кожи, слабость нервов, водянка, запоры и многие другие болезни.

Впрочем, правильно замечал Борн, кроме сырости существует ряд других причин вредности новых каменных домов. Таково, например, испарение свежей известки: эти пары не видны, но ощущимы обонянием. У людей возникает стеснение в груди, тяжкое дыхание, кашель: жить в такой комнате нельзя. Известны даже случаи, когда люди умирали, проведя ночь в заново оштукатуренной комнате.

Многие замечания Борна-клинициста о механизме развития заболеваний представляют несомненный интерес. Например, он писал, что вред проживания в сыром доме часто сказывается не сразу: только по прошествии некоторого времени обостряются старые болезни и возникают новые. Особенно страдают пожилые люди, а также младенцы: у них труднее, с осложнениями, происходит рост зубов, опаснее протекает оспа, корь, возникают такие осложнения, как кашель, чирьи (фурункулы), слезотечение, упорная чесотка и др.; английская болезнь (рахит) излечивается труднее.

В юношеском возрасте вред сырых помещений сказывается не так сильно, хотя могут возникнуть простуда, насморк, кашель, боль в боку и в горле и т.д. У женщин нарушаются или исчезают месячные и уже от этого только возникают многочисленные заболевания. У старых людей все заболевания протекают в более тяжелой форме. Кроме того, к ним прибавляются такие болезни, как лом в костях (ревматизм), подагра и т.д. Водянку вылечить в сыром помещении невозможно. Скорбут (цинга) является следствием жизни в новых тесных каменных домах, и лечится она только свежим воздухом и правильным питанием.

Борн, однако, совсем не считал, что все зло происходило только от каменных домов: сырье деревянные строения были не менее вредны для здоровья. В доказательство он приводил такой пример из собственной практики. Когда в Кронштадте сгорело каменное здание морского госпиталя, то больных пришлось перевести в быстро сооруженное деревянное строение, хотя там с мокрых бревен еще капала вода. И сразу же заболевания значительно обострились, а смертность намного увеличилась. А когда строение просохло, картина вернулась к той, что была раньше.

В заключение своего труда Борн как опытный и знающий врач дал несколько советов, как предохранить себя от болезней, связанных с проживанием в сырых помещениях, и как помочь организму, если заболевания уже проявили себя. Прежде всего, он считал необходимым изменить постройку домов: комнаты должны быть просторнее и выше, сами дома более низкими (по числу этажей), а дворы — большими. Печи обязательно следует устраивать со спиральным дымоходом. Полы должны быть не из камня и прочих сырых материалов, а только из двойных деревянных половиц. Двойными должны быть и рамы (оконные переплеты). Наконец, улицы должны быть шире.

Нельзя, писал Борн, употреблять жаровни (угольные горшки). Воздух в помещении должен обновляться с помощью открытых окон или вентиляторов. Кроме того, комнаты можно очищать уксусом, сахаром, яблочными корочками, можжевельником и т.д. Очищение уксусом противостоит влиянию вредного воздуха и предохраняет особенно от гниения; уксус помогает рассасыванию мокроты, укреплению груди и легких; он предохраняет от порчи желудочные соки и помогает при сухом кашле. Очищение смолой, сахаром, яблочными корочками играет больше высушивающую роль, оно хорошо помогает ослабевшим в сырости легким и трахее и применяется поэтому при мокром кашле и при чахотке с мокротой.

Борн вновь указал на необходимость больше двигаться; это просто необходимо людям с малоподвижным образом жизни, которые работают сидя. Он писал даже, что прогулка в плохую погоду лучше, чем вечное сидение в спрятом воздухе сырых квартир. Особенно подчеркивал он уже высказанную ранее мысль о том, что в одном маленьком помещении нельзя

жить вместе многим жильцам: за это люди платились жизнью. О вреде проживания в таких условиях свидетельствуют, например, переполненные госпитали, многие болезни на кораблях, в тюрьмах и т.д.

Большинство своих советов Борн адресовал простолюдинам, людям труда. Он писал, что простолюдин не всегда понимает, откуда берутся такие болезни, как одышка, кашель, чахотка, водянка и т.д., и пренебрегает такими важными средствами, как свежий воздух и движение, которые при сидячем образе жизни могут предохранить от многих бед; когда же болезнь запущена окончательно, то и свежий воздух не поможет, а нужна помочь разумного и искусного врача. Впрочем, эти и другие советы Борна относились не только к простолюдинам, но и к образованным людям, и даже к аристократам.

4. Медико-гигиенические исследования

Работу К.Ф.Борна, представленную на конкурс под девизом «*Sapere aude*», рассматривал специальный комитет (жюри), созданный Вольным экономическим обществом: в его состав входили известные медики — доктор медицины И.З.Кельхен, профессор И.Г.Георги, доктор медицины Г.М.Орреус, аптекарь (впоследствии академик) И.Ловитц, доктор медицины А.Н.Энгельгардт. Комитет высоко оценил представленную работу: 28 октября 1788 г., в день празднования учреждения Вольного экономического общества, она была признана лучшей, а ее автору К.Ф.Борну присудили премию в 25 дукатов.

Интересно, что этот комитет, состоявший из ученых и врачей, сопроводил труд К.Ф.Борна «пояснительными дополнениями», в которых полемизировал с ним по ряду частных вопросов. Эти дополнения поучительны, т.к. позволяют составить представление об общем уровне медико-гигиенической науки того времени и свидетельствуют о полемике по различным проблемам науки.

Так, констатировав, что автор призовой работы правильно ответил на первый вопрос конкурса, и что наблюдения врачей совпадают с теми причинами, которые он выявил в своем труде, члены комитета отмечали, что все новые каменные дома вредны для здоровья рано вселившихся жильцов вследствие влияния воздуха, насыщенного различными испарениями. Но их основу составляет не только вода сама по себе, как неправильно утверждает автор: вода в зависимости от обстоятельств бывает разной. Эта разница зависит от того, что, во-первых, с течением времени состав испарений воздуха меняется, во-вторых, обусловлена использованными стройматериалами для домов, в-третьих, оборудованием и состоянием построек, и, в-четвертых, месторасположением и климатом.

Члены комитета указали также, что фундаменты большинства каменных, а также деревянных домов, состоят из битого известняка с примесью глины и простой извести: в подвалах этот материал (в виде кафельных плит) сыреет и является вредным для здоровья. Поэтому камины изготавливали из мрамора, который не подвергался влиянию воздуха.

Кирпичи в Петербурге делали из хороший, почти без извести, глины с берегов Невы и в зависимости от степени обжига они были трех цветов (трех различных видов). Приводилась характеристика этих кирпичей: го-

лубые, т.н. каменные или железные, коричнево-красные и голубоватые из-за шлака. Если они 24 часа находились в воде, то каждый впитывал 6-8 лотов воды и терял ее при 10° по Реомюру за 5 дней. Темные коричнево-красные кирпичи, встречавшиеся чаще всего, не разрушались, как и голубые, на свежем воздухе. Такой кирпич впитывал за 24 часа 12 и больше лотов воды, и не только терял ее за 5 дней при 10° по Реомюру, но и становился на 3 фунта легче, чем перед опусканием в воду (если пробу брали в ноябре «при испарении осенней влажности из воздуха»). Бледно-красные кирпичи обжигались меньше всего и более всего разрушались, поэтому их применяли лишь для внутренних стен. За 24 часа такой кирпич впитывал от 15 до 22 лотов воды и быстро ее терял. Таким образом, делали вывод ученые, все виды кирпичей быстро освобождались от влаги.

Что касается времени высыхания стен в новых зданиях, то указывалось, что за границей, действительно, они высыхают очень медленно и раствор долго не затвердевает. В наших же домах стены, напротив, сразу высыхают и раствор извести становится твердым очень быстро. Это происходит от того, что у нас при строительстве, в отличие от других стран Европы, гасят известь перед самым употреблением, добавляют в раствор много песку и производят кладку сухих кирпичей: раствор быстро затвердевает, при этом он впитывает много воды. Во время кладки стен гасятся отдельные крупицы извести, которые тоже впитывают при этом воду, и она быстро испаряется из стен.

Впрочем, оговаривались ученые, и в наших домах (имелся в виду Петербург того времени) есть помещения, стены которых высыхают медленно, а частично и вовсе не высыхают. Особенно это относится к первым этажам и подвалам: там — влажные стены, грибок на полу, что вредно влияет на здоровье людей. Причины этого и в том, что часть дома расположена на болотистой почве, и в том, что песок для строительного раствора взят с бывшего дна моря и содержит следы соли, которая притягивает воду.

Между прочим, члены комитета обращали внимание на то, что каменные здания становятся все дороже, и простые люди стараются и у нас, как и за границей, жить теснее. При этом усиленная топка печей простонародьем приносила бы успех, если бы они не так плотно закрывали все выходы для испарений.

Ученые признавали, что не только в странах Европы, но и у нас много людей, ведущих «сидячий» образ жизни, и редко выходящих на улицу. Их здоровью вредит, может быть, не то, что они рано закрывают печи. Из продуктов питания здешние простые люди едят много мяса, но также и старой соленой рыбы, подсоленное масло и каждый день свежеиспеченный хлеб. Вообще, считали петербургские медики, наши низшие классы более противостоят вредным влияниям на их здоровье, чем низы за границей, из-за жесткого воспитания, простой пищи, простой одежды и простого жилья.

Члены комитета подчеркивали, что перечень болезней, которые возникают в результате заселения каменных домов или ухудшаются в них, так велик, что все видящие последствия вредного влияния сырых помещений должны использовать средства профилактики и борьбы с этим злом. Эти средства и правила следует применять перед постройкой новых каменных домов, перед их заселением и перед вселением первых жильцов. Они считали необходимым при постройке новых домов, особенно времен-

ных, принимать во внимание место расположения дома: нельзя строить в низинах и на болотистой почве; важно качество строительных материалов; надо следить, чтобы нижние этажи были по крайней мере на 1 фут выше уровня фундамента, а под половицами был слой сухого щебня или сухого песка; не забывать, что для здоровья жильцов полезны просторные светлые высокие комнаты; вытяжные печи, очищающие воздух и экономящие дрова, являются преимуществом петербургских квартир, но еще не распространены повсеместно: они должны быть рекомендованы как средство профилактики и поправки здоровья, как в старых, так и в новых квартирах.

Ученые предлагали свои средства, способствующие высыханию новых каменных домов перед их заселением. По их мнению, здешний климат с долгим жарким летом и суровой морозной сухой зимой сам по себе есть верное средство для раннего заселения каменных домов. Поэтому постройки, начатые весной, заканчивают к осени и их следует оставлять открытыми на всю зиму. Первое лето на строительстве следует заниматься отделочными работами, слесарными, столярными, малярными и т.д. Во вторую зиму не следует вставлять двойные стекла в окна, чтобы испарения конденсировались на холодных стеклах, и их можно было бы удалить или губкой (если это капельки воды), или при морозе ножом (если это лед).

Говоря, что при этом можно удалить много влаги, один из членов комитета ссылался на свои опыты. Он собрал 16 ноября 1788 г. при умеренном морозе 7 фунтов 4 лота влаги, при 15-23° мороза 4 фунта 3 лота, 16 декабря даже 19, 25 фунтов в пустой нетопленной влажной комнате. Влага с запотевших окон и иней на окнах сырых и особенно новых, только что построенных комнат, представляют собой грязную и испорченную воду, что можно установить уже по вкусу и запаху.

Обращалось внимание и на то, что выходу дурных испарений из новых домов способствует топка вытяжных печей: чем чаще их топить, тем лучше. А окрашивание деревянных частей свинцовыми красками должно происходить задолго до заселения, так как они загрязняют воздух.

В заключение следовали конкретные рекомендации. Дома, построенные с учетом всех правил, можно заселять следующим образом: верхние этажи через год, нижние через полтора года после постройки. Еще лучше, если верхние этажи заселены не раньше, чем через 1,5, а нижние через два года постройки. Первым жильцам каменных домов рекомендовали регулярный и деятельный образ жизни — он полезен для здоровья вообще, а для жизни в каменных домах особенно: даже влажная погода лучше, чем спертый воздух. В сырых новых помещениях следовало жить просторнее, чем в уже высохших. Обязательно нужно было следить за проветриванием с помощью форточек, вентиляторов, вытяжных печей. Зимой советовалось собираять влагу с окон и стен.

Комната следовало содержать в чистоте — использовать сухую и влажную уборки, не забывать о чистоте окон и одежды. Спальни не следует так сильно топить, как в старых сухих домах; кроме того, не рекомендуется ставить постели у самых стен. В тех местах города, где дома и квартиры сыреют из-за влажности почвы, надо было время от времени посыпать пол сухой хвоей, пропитанной уксусом, чтобы освежить и улучшить воздух.

Так как новые дома, построенные из сырой древесины и мха, заключали ученые, также имеют некоторое время недостатки новых каменных домов, то и жильцы могут руководствоваться вышеперечисленными правилами.

Пояснительные дополнения к труду К.Ф.Борна, составленные известными учеными-медиками, действительно в какой-то мере и поясняли, и дополняли некоторые положения, высказанные им на основании собственного опыта и знакомства с практикой России и других стран Европы. Вместе с тем они свидетельствовали о научных исследованиях отечественных ученых, об атмосфере научного поиска, которым характеризовался тогда в России такой сравнительно новый раздел медицины как медико-гигиенические исследования.

Не будет преувеличением считать, что почти неизвестный сейчас труд К.Ф.Борна по гигиене жилища еще раз подтверждает достаточно высокий научный уровень российской медицины XVIII века.

VIII.

ПЕРВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

(XVIII в.)

1. Идея профессора Удена

29 июня 1792 г. в столичной газете «Санкт-Петербургские ведомости» появилось довольно большое сообщение, вызвавшее интерес читателей. В нем «некоторое общество опытных врачей», ссылаясь на пользу издания медицинских сочинений в Швейцарии, Германии и Англии, сообщало о своем намерении «для почтенной российской публики издавать такого же рода сочинения, касающиеся до человеческого здравия».

Так впервые «почтенная российская публика» узнала о примечательном событии — предстоящем рождении в России медицинской периодической печати.

Но кто вознамеривался тогда, в конце XVIII века, взяться за издание медицинского журнала — этот всегда тяжкий и малоблагодарный труд? Что это было за «некоторое общество опытных врачей»?

XVIII век — время становления и развития медицинской науки в России. Основанные по инициативе Петра I госпитальные школы и медико-хирургические училища начали готовить собственных врачей. В стране были открыты Академия наук, Московский университет с медицинским факультетом, а затем и медико-хирургические академии. Появились русские ученые-медики — доктора медицины. Выходили медицинские книги. Практическая медицина России развивалась на научных основах.

Однако до последнего десятилетия XVIII века в России не издавалось медицинских журналов. Правда, еще в 60-х годах Медицинская коллегия (ее президентом тогда был барон А.И.Черкасов) подумывала о периодическом медицинском издании — журнале «Записки русских врачей». В нем предполагалось публиковать сочинения врачей научного и научно-практического характера. А таких сочинений было немало: только за годы деятельности Медицинской коллегии (с 1763 по 1803 гг.) их набралось около тысячи.

Но время шло, во Франции, Англии, Германии, Италии и некоторых других странах Западной Европы давно уже выходили специальные медицинские журналы (как известно, первый из них начал издавать парижский хирург Н.Бленнь еще в конце XVII века), а в Медицинской коллегии все еще продолжались бесконечные разговоры на эту тему, дело с места не двигалось.

Наконец, в 1792 г. с новой инициативой выступили члены существовавшего тогда в Петербурге «кружка немецких врачей» — этот кружок и был тем самым «некоторым обществом опытных врачей», о котором говорилось в газетном сообщении.

В конце XVIII века в России, наряду с собственными врачами (или, как их называли, «природными россиянами»), получившими образование дома или за границей, продолжало практиковать и немало иностранцев, приехавших, главным образом, из различных германских государств. Среди них было много таких, кто, обретя в России вторую родину, трудился честно и самоотверженно, стремился внести свой вклад в развитие российской медицины. Вот к ним-то и принадлежали члены образовавшегося в Петербурге в начале 1792 г. «кружка немецких врачей»: собственно говоря, это были российские врачи, обосновавшиеся в столице России, — «немецкими» они были только по происхождению.

Считается, что душой этого кружка был доктор Кейнеш (или Клейнеш): полагают, что именно он выступил с предложением об издании в России собственного медицинского журнала. Однако все наши попытки обнаружить какие-либо следы деятельности этого врача в России окончились ничем. Более того, как показало знакомство с изданными в XVIII-XIX веках врачебными справочниками (они выходили в Германии, Франции, Англии, Дании и других странах, и учитывали всех, кто получил медицинское образование в Европе), доктор Кейнеш (или Клейнеш) не принадлежал к врачебному сословию — его фамилии ни в одном справочнике найти не удалось.

По нашему мнению, есть все основания полагать, что доктор Кейнеш (или Клейнеш) — фигура мифическая: он никогда не существовал в реальности, а был лишь своеобразным псевдонимом энергичного и деятельного профессора Ф.К.Удена, незадолго перед этим перебравшегося в Петербург из Малороссии: в столице Уден сразу вошел в «кружок немецких врачей» и выдвинул идею издания медицинского журнала (это мнение, кстати, разделяет и немецкий историк медицины Х.Мюллер-Дитц).

Кто же такой был профессор Уден?

Федор (Фридрих) Карлович Уден родился в Пруссии, изучал медицину в Берлинской медико-хирургической коллегии и в Галльском университете, в 1776 г. получил докторский диплом.

Небезинтересно, что кроме медицины он изучал еще и горное дело, став, очевидно, неплохим специалистом: об этом свидетельствовал, в частности, тот факт, что в 1783 г. он получил чин горного советника в государстве Саксен-Веймар. В 1786 г. Уден приехал в Россию (его рекомендовал ганноверский лейб-медик Циммерман) и был принят как врач на государственную службу.

Первое время он работал в Черниговском наместничестве, но в 1792 г. по ходатайству барона Фитингхофа был переведен в Петербург на должность профессора в Калинкинский медико-хирургический институт (училище). Не успел он, правда, приступить к делам, как последовало новое назначение — преподавателем математики и физики в медицинской школе. Работа эта была ему, однако, не по душе, да и характером он с начальством не сошелся, и потому уже в следующем году он вышел в отставку.

Об Удене вспомнили через несколько лет: в 1799 г. он был избран почетным членом Медицинской коллегии, в 1800 г. назначен профессором патологии и терапии медико-хирургической академии. Он был знающим терапевтом и в 1800 г. по приказу императора Павла I ездил в Тифлис

лечить царя Грузии. В 1802 г. Уден был утвержден ученым секретарем Петербургской медико-хирургической академии.

Профессор Уден зарекомендовал себя знающим ученым и способным педагогом: пользовались известностью такие его труды как «Фармакопея» (1818, на латинском языке) и особенно «Академические чтения о хронических болезнях» в семи частях (1816-1822) — эти «чтения» были, по сути, первым оригинальным учебным руководством по частной патологии и терапии для студентов-медиков и врачей: в этом руководстве он, в частности, описал перкуссию и отметил ее большое значение.

В 1792 г., когда преисполненный лучших намерений Уден (а был он, по словам историка медицины Я.А.Чистовича, «человек обширного образования и неуклонной энергии») приехал в Петербург и вошел в «кружок немецких врачей», он сразу же загорелся идеей издания медицинского журнала. Собственно говоря, документы подтверждают, что именно Уден начал «пробивать» издание журнала — а «пробивать» нужно было уже и тогда, дело это и тогда было совсем нелегким.

Сначала Уден обратился с просьбой разрешить выпускать такое издание в Медицинскую коллегию — высший орган управления медицинским делом в России. В архиве сохранилось его обращение:

«Я намерен выдать еженедельное сочинение под названием «Беседующие врачи, или общеполезная врачебная переписка». Оного сочинения, собственно мною на российском языке написанного, честь имею первый лист при сем прилагать, и таким образом еженедельно поступать, и покорнейше прошу по рассмотрении дозволить мне оную выпускать в печать. Федор Уден» (1).

Поначалу его просьба была встречена благожелательно, так как в Медицинской коллегии все еще продолжались бесконечные разговоры об издании медицинского журнала. Но поскольку бюрократическая административная машина и тогда тоже действовала с завидной медлительностью, отношение к инициативе профессора Удена уже вскоре переменилось, став сначала прохладным, а потом и просто негативным.

Название для журнала Уден выбрал самое, на его взгляд, простое — «Беседующие врачи или общеполезная врачебная переписка». Вместе с просьбой разрешить издание Уден представил Медицинской коллегии «первый лист» (первый номер) «Беседующих врачей», в котором, в частности, была сделана попытка изложить направление будущего издания (2).

К сожалению, этот «лист» не дошел до нас, и мы не можем судить о первоначальной «редакционной программе». Известно лишь одно: Медицинской коллегии — ее возглавлял И.Ф.Фитингоф — эта программа явно не понравилась, поскольку, как гласил официальный документ, сохранившийся в архиве, «по рассмотрении коллегией, примечено некоторое во оном положение до веры и церковных обрядов относящееся» (3).

Впрочем, есть основания считать, что это был просто предлог для того, чтобы отказать Удену в его просьбе, ибо приписываемое ему негативное отношение до веры и церковных обрядов заключалось, вероятно, в том, что больным разрешалось в постные дни есть скромное (4).

Думаю, что, скорее всего, отказ Медицинской коллегии был продиктован соображениями политического свойства. Ведь начало 90-х годов XVIII века — конец царствования императрицы Екатерины II — был ознаменован в России гонениями властей на свободную мысль, на пе-

чать. Осуждение А.Н.Радищева (1790) и Н.И.Новикова (1792), репрессии против вольных типографий, борьба с передовыми антикрепостническими идеями — все это характеризовало обстановку в России. Официальная политика воспринималась, очевидно, Медицинской коллегией (а она была органом государственного управления) как прямое указание властей ограничить возможности публикации изданий с «крамольным» содержанием.

В общем, можно утверждать, что время для выпуска первого российского медицинского журнала было выбрано, мягко говоря, не слишком удачное. Так или иначе, но Медицинская коллегия не разрешила издание «Беседующих врачей».

Однако эта неудача отнюдь не смущила Удена, подтвердившего свою славу «человека обширного образования и неуклонной энергии». Чтобы обезопасить будущий журнал от новых провалов, он решил заручиться поддержкой влиятельных особ — в то время это было еще важнее, чем сейчас.

Каким путем — неизвестно, но ему удалось добиться покровительства всесильного временщика графа Платона Александровича Зубова. После этого все пошло как по маслу, никаких препятствий больше не возникало. «Позвольте, сиятельныйший граф, изъявить чрез сие пред всем светом достодолжное и глубочайшее наше к вам высокопочтение, — благодарили его «сочинители врачебных ведомостей», — с коим, поручая себя в покровительство ваше, пребываем навсегда вашего графского сиятельства всепокорнейшие слуги».

2. Программа журнала

Читатели столичных «Санкт-Петербургских ведомостей» смогли познакомиться и оценить программу будущего медицинского издания. «Цель его, — писала столичная газета, — состоит в том, чтобы уяснить природу человека, открыть все, что имеет влияние на здравие человеческое, истребить во врачестве встречающиеся предрассуждения, и по надежнейшим способам всех времен и народов подать руководство к познанию и врачеванию почти всех болезней, которым подвержены бывают знатные и богатые, женский пол, сидячие люди, дети и простой народ; также как в приличных (видно, прилипчивых — М.М.) и заразительных болезнях себя содержать или предохраняться от оных» (5). Это была очень рациональная программа, адресованная прежде всего врачам, но не только им, а еще и широкому кругу читателей.

Что касается названия, то издатели оставили прежнее — «Беседующие врачи или общеполезная врачебная переписка». Издание должно было начаться в июле и выходить «каждую неделю по одному листу». Подпись принималась на полгода и стоила довольно дорого — в Петербурге 2 р. 50 к., а вне его — 5 р., по тем временам — огромные деньги.

Интересно, что уже тогда предполагалась «обратная связь» с читателями. «А как чаятельно случится может, что в отдаленности от искусственных врачей живущие читатели его сочинения пожелают иметь от общества (имелось в виду упоминавшееся «некоторое общество опытных врачей», т.е. издатели журнала — М.М.) мнение и совет в некоторых особых бо-

лезненных случаях, для того да благоволят таковые присыпать к обществу описание своих болезней, на что оно им наискорейшим образом ответствовать будет безднежно... Впротчем, всякой да будет благонадежен, что общество ни малейшего злоупотребления в рассуждении доверенности своих корреспондентов никогда не сделает» (6).

Издателем журнала стал известный петербургский книгопродавец И.Д.Герстенберг — его «фирма» находилась на Вознесенской улице, напротив строившейся тогда Исакиевской церкви. Изздание предполагалось начать с 1 июля. Известно, однако, что человек только предполагает... В общем, хлопоты, неизбежные при всяком новом деле, растянулись на 4 месяца — только 2 ноября 1792 г. журнал, наконец, вышел в свет. Назывался он, правда, уже не «Беседующие врачи», а «Санкт-Петербургские врачебные ведомости».

В первом полугодии у журнала было 208 подписчиков — по тем временам довольно большое число. Среди подписчиков (их тогда называли «пренумерантами») было много врачей и аптекарей из больших и малых городов Российской империи. В Астрахани, например, это были штаб-лекарь Зимович, лекарь Ниткачев, штаб-лекарь А.Чупрыгин, аптекари Ушаков и Цетлер, в Калуге — доктор Рюмгильд, в Киеве — штаб-лекарь Шиц и аптекарь Ф.Бунге, в Козелицах — штаб-лекарь Х.Х.Крумрейх, в Лубнах — аптекарь П.Гильдебрандт, в Нежине — аптекарь И.Цыгра, в Полоцке — штаб-лекарь А.В.Свирика, в Ромнах — штаб-лекари А.И.Вилмердинг и Г.Е.Вихман.

Естественно, что больше всего пренумерантов оказалось в обеих столицах — Петербурге и Москве. Среди московских подписчиков были штаб-лекарь З.Галенкин, профессор Московского университета Ф.Г.Политковский, лекарь Чебоскарев, а среди петербургских — штаб-лекари И.Каменецкий, И.П.Кремянский, Я.Палтусов и др.: два экземпляра поступали в медико-хирургическое училище. Пренумерантами журнала стали, кроме медиков, армейские и флотские офицеры, купцы, крупные сановники и вельможи, священнослужители, государственные служащие, юристы, инженеры — в общем, широкий круг образованных людей.

О выпуске первого номера сообщила столичная газета «Санкт-Петербургские ведомости». В пространном объявлении, опубликованном в газете 5 ноября 1792 г., излагалась обновленная программа медицинского журнала, «в котором все, до здравия и болезней касающееся, описано будет, сколько возможно, ясно и подробно», причем давалось обещание «чрез сии общеполезные врачебные ведомости подавать надежнейшее и спасительнейшее наставление» (7).

Итак, журнал вышел, наконец, в свет. Отнюдь не случайно новое издание открывало посвящение графу П.А.Зубову. «Сиятельный граф! Милостивый государь! — обращались к нему «сочинители врачебных ведомостей». — Надеясь, что сочинение сие, имеющее целью распространение удобопонятнейших истин врачебной науки и преподавания средств к соблюдению или поправлению здоровья, людям всякого рода и состояния, соделается общеполезным, дерзаем мы посвятить оное вашему сиятельству яко сыну отечества благоразумием и прозорливостью проникающего все истинное и полезное, и благотворительно и милостиво поощряющего все, что к пользе отечества служить может». Таким образом, это посвящение

было своеобразным обещанием за «благотворительное и милостивое поощрение» делать все, что «к пользе отечества служить может».

Кто же были эти «сочинители врачебных ведомостей»? По всей вероятности, автором подавляющего большинства статей был Ф. Уден. Есть также указание современника, что одним из сочинителей был петербургский доктор И. Г. Эллизен (8); однако установить его вклад в издание журнала трудно — скорее всего, он был невелик.

Уже первые листы (номера) показали, что новый журнал поставил целью пропагандировать передовое направление в медицине, которая тогда, во второй половине XVIII в., лишь начинала развиваться на научных основах.

А о чём писали «Санкт-Петербургские врачебные ведомости»? В первом номере журнала разбирался вопрос «о происхождении различия между врачами и лекарями», причем под «лекарями» подразумевались хирурги. Подробно проанализировав историю медицины, начиная от античных времен, журнал поддерживал мнение медиков знаменитой Салернской школы, что «без настоящей хирургии действительная врачебная наука быть не может и что совершенство врачевания зависит от соединения хирургического искусства с знанием врачебным». В то же время особо подчеркивалось, что в России никогда не существовало присущего Западной Европе антагонизма между врачами и хирургами, сохранявшегося там еще и в XVIII веке. «Одно токмо Российское государство уже с давнего времени представило в сем случае всем прочим европейским державам пример мудрого своего законодательства, — писал журнал. — В оном сходственно с существом дела не полагается ни малейшего различия между внутренним и наружным врачебным искусством» (9). Это была, бесспорно, прогрессивная точка зрения, присущая отечественной медицине.

Прогрессивные идеи отстаивал журнал, рассматривая различные проблемы медицинской науки и практики. Взять, например, кровопускание, — тогда это был едва ли не универсальный лечебный метод. Статью «О кровопускании» ее автор (вероятно, проф. Уден) начинал со смелого утверждения: «Я при самом начале единожды навсегда утверждать стану, что кровопускание, вообще взятое, приносит более вреда, нежели пользы, и выключая немногие только случаи, в прочем никогда предпринимаемо быть не должно» (10). Это свое мнение он основывал на собственном опыте, подчеркивая, что «в таковом искусстве, каково есть врачебное, которое все основано на наблюдениях, должны мы все наблюдать со внимательным рассуждением». Характерно, что наряду с собственными наблюдениями он анализировал наблюдения французов Мартро и Тиссо, немца Вейкарда, англичанина Прингла. Он отвергал существование «многокровия», считавшегося причиной воспаления и показанием для кровопусканий, равно как и обычай «пускать кровь» у беременных, применять кровопускания при продолжительных лихорадках, чахотке, грудных заболеваниях, при различных кровотечениях и пр.

С передовых позиций, против «господствующих заблуждений», выступал журнал и по другим клиническим проблемам. «Я должен упомянуть еще здесь об одном повсюду господствующем заблуждении, — писал в статье профессор Уден. — Часто говорят врачи: у больных надо очистить кровь, т.е. надо пустить кровь, пить увары и принимать слаби-

тельное». Все эти рекомендации, указывалось в статье, вредны и совсем не помогают больному.

Интересной была статья о наследственных болезнях.

«Существуют ли как наследственные болезни? — задавал вопрос журнал. — Исследование сего вопроса остается полезным и нужным». Автор статьи (вероятно, проф. Уден) предостерегал от фатального взгляда на наследственную слабость, замечая, что «сия естественная слабость не есть еще болезнь, а только повод к удобнейшему получению болезни». В то же время он отвергал наследственное происхождение тех болезней, которые были свойственны, например, «известному климату»: в качестве примера приводились «цинга в северных приморских странах, ломотная болезнь и чахотка в Англии и зобы в Швейцарии».

Так же он относился и к заболеваниям, возникающим от образа жизни. «Я не называю наследственною ту болезнь, — подчеркивал автор статьи, — которая происходила от одинакового образа жизни у родителей и детей». Он полемизировал с немецким врачом Гофманом, который считал наследственными чесотку и другие наружные недуги, чирьи, бородавки и струпы, кишечную килу, ипохондрию, почечуй (геморрой): «все они токмо наследственными быть кажутся», — утверждалось в статье (11). Особое внимание обращалось на образ жизни человека, выполнение гигиенических, диетических и иных предписаний: в подтверждении автор статьи ссылался на мнение знаменитого Бурхаве.

3. Для врачей-практиков

Врачам, в первую очередь, адресовались советы, как поступать при кровотечении из носа (№ 7), при желудочной судороге (№ 8), какую употреблять пищу (№№ 11-12, 15-16 и др.), как перевязывать пуповину (№ 10), как ухаживать за новорожденными (№ 20). Особое внимание уделялось тому разделу медицины, который мы называем сейчас «охрана материнства и детства». Пропагандировалось материнское вскармливание новорожденных (№ 21), рациональные методы ухода за детьми первых месяцев жизни (№№ 24, 25), способы воспитания детей до 3-х лет (№ 26) и пр. Все эти довольно большие материалы были предназначены, конечно, прежде всего медикам, однако простота и доступность изложения делали их полезными для любого читателя.

Выступая за необходимость учреждения в России скотоврачебных (ветеринарных) училищ — в XVIII веке ветеринария была тесно связана с медициной, — Ф.Уден, автор этой статьи, проницательно замечал, что с помощью «чинимых при скотолечении опытов и замечаний откроются и во врачебной науке многие истины» (12). Отсюда — один шаг к экспериментальной медицине...

Периодически журнал публиковал и небольшие информационные материалы. Таковы были, например, занимательные факты из медицинской практики («Полезное средство от тоски», «Испытание», № 14), сообщения о переливании крови (№ 22). Интересно, что в журнале были опубликованы присланные из Лейпцига две небольшие статьи доктора Ганеманна (будущего основоположника гомеопатии) — о винной пробе и о лечении омертвления членов (№ 14).

Характерно, что журнал периодически корректировал свои планы. Вот пример такой корректировки. В мае 1793 г. было объявлено о намерении опубликовать статьи «О припадках женского пола, также о случающихся почти повсеместно заразительных болезнях»: хотя заразительные болезни в то время постоянно оставались в центре внимания и врачей, и общества, видимо, появилась причина вновь обратить на них внимание общественности.

Первые полгода, до лета 1793 г., журнал выходил регулярно — один раз в неделю. Однако в июле как считают некоторые исследователи, произошло непредвиденное, а именно мифический доктор Кейнеш (Клейнеш) по каким-то причинам якобы прекратил сотрудничество с журналом (13).

Редактирование журнала целиком легло на плечи профессора Удена, занятого и преподаванием, и врачебной практикой. И вот из-за этого-то на несколько месяцев издание журнала и было приостановлено. «Скопившееся по должности... множество дел не дозволило... заготовить вперед столько писем (т.е. сочинений — М.М.), сколько к начатию вновь печатания потребно, — объяснял Уден в сообщении, опубликованном в «Санкт-Петербургских ведомостях» 9 декабря 1793 г. — ...Остановка сия произошла от неимения обработанных писем» (14).

Не исключено, однако, что профессор Уден, решивший покончить со становившейся одиозной фигурой «доктора Кейнеша (Клейнеша)», воспользовался случаем и переложил на него вину за приостановку издания «Санкт-Петербургских врачебных новостей». Подобная версия поступка, который позволял, во-первых, покончить с бытовавшим мифом (подобным позднейшему «поручику Киже» русского писателя Ю.Н.Тынянова), и, во-вторых, оправдаться перед читателями за временное прекращение выхода журнала, выглядит, по нашему мнению, достаточно правдоподобной.

Лишь в марте 1794 г., когда освободившийся от преподавательской работы Ф.К.Уден вновь смог посвятить себя редакторской работе, издание журнала «Санкт-Петербургские врачебные ведомости» возобновилось. «Медицины доктор и профессор Уден имеет честь известить почтенных читателей еженедельного врачебного сочинения, — говорилось в вышедшем журнале, — что встретившиеся при продолжении печатания... препятствия преодолены все совершенно»: он обещал «удовлетворить почтейнейшую публику, удостоившую сие сочинение благосклоннейшего своего принятия» (15). За витиеватостью выражений сквозило явное желание сохранить и приумножить число подписчиков.

Программа журнала, считал Уден, остается практически без изменений. «Сочинители Врачебных Ведомостей имеют честь уведомить почтенную публику, — писал он 5 мая 1793 г., — что они намерены продолжать сие сочинение свое и будут непрерывно стараться заслужить одобрение публики яко главнейшую для них цель... Не преминут сочинители приложить всевозможное старание, дабы сделать сочинение сие сколь можно приятнее и общеполезнее» (16).

Журнал продолжал обращать внимание своих читателей на наиболее актуальные проблемы медицины. Так, несомненный интерес представляла статья о ломотной болезни (ревматизме). В соответствии с представлениями того времени в ней утверждалось, что «ломотная болезнь, ревматической или простудной лом, перебегающие в теле боли, судороги в мясистых частях и самая подагра принадлежат все к одному отродию. Отец их неу-

меренность в пище, а мать ленность» (17). Автор статьи считал, что «крестьянин и рабочий человек не знает ни ломотной болезни, ни подагры, ни прочего тому подобного, оттого что живет умеренно, а притом довольно работает».

В статье автор писал о своей «теории, которую бы я доказать мог, что вещество ломотное и вещество костей одинаковы и что все сии болезни: ломота, подагра, каменная и проч. имеют основанием недостаток в рассуждении составления и питания костей нашего тела». Причина, считал он, в «слабости твердых частей» в организме, в «нарушении равновесия в их движениях», т.е., говоря современным языком, в нарушении обмена веществ, сказывающегося на состоянии костной ткани. «Природа работает и трудится в человеке беспрестанно и различными способами мало помалу отторгает все старинные частицы, возобновляя притом оные посредством пищи и питания, — утверждалось в статье. — Года через три или четыре переменяется состав человеческого тела и возобновляется все вещество оного» (18).

Интересна также классификация ломотных болей, которую пропагандировал автор статьи. Он разделял их на три рода: ревматический лом или лом в членах, ломотную болезнь и подагру или ногоболение. Излагалась симптоматика и методы лечения каждой нозологической формы, причем автор статьи ссылался, как правило, на собственный опыт.

Полезными для врачей и аптекарей были сведения о различных ма-зях и бальзамах, которые применялись при ожогах, при глазных заболеваниях, для лечения ран и чесотки, утоления боли и пр. Журнал пропагандировал применение «хинхины или корки лихорадистой» (т.е. хинина) как средства для тех, кто часто бывает в «климатах, вредных здоровью», причем автор сообщения об этом ссылался как на опыт английских врачей, так и на собственный опыт.

Несомненный интерес вызывали статьи «О главнейших причинах продолжительных болезней» (№№ 36-39) — ими считались прежде всего неумеренность в пище и питье, а также «Письма к благородной особе» (№№ 33-35), где излагались рекомендации по здоровому образу жизни. Давались рекомендации врачам, как действовать при удушье (№№ 39-40), при отвращении от пищи (№№ 28-29), при перемежающихся лихорадках (№№ 44-45), при различных других лихорадках (№№ 41-42) — последние, кстати, содержались в «сочинении английского врача», не названного по имени. Журнал опубликовал еще одну статью английского врача, опять-таки не названного по имени, — о различных выделениях организма (№№ 42-44).

Впрочем, некоторые мысли из статей авторов журнала трудно признать рациональными. Так, в статье «Для любителей учености» утверждалось, что «внимательное и с великой внимательностью производимое чтение чужих мнений вредит по большей части гораздо более, нежели собственные свои рассуждения...» (№ 19). Однако таких высказываний и статей в журнале было все-таки немного.

Предугадывая, вероятно, важность «принципа обратной связи», журнал публиковал письма читателей, прежде всего врачей. Так, в одном из таких писем врач, «пожелавший, чтобы имя его осталось неизвестным», сообщал об интересном случае из своей практики — исцелении от внезапно возникшей слепоты.

В июле 1794 г. вышел последний, 52 номер журнала. После этого его издание прекратилось — можно лишь гадать, почему это произошло. Впрочем, поскольку издание медицинских журналов и газет всегда было делом хлопотным и отнюдь не прибыльным, не исключено, что журнал перестал выходить из-за недостатка средств, или, как говорят сейчас, из-за отсутствия спонсоров: думается, что эта версия вполне современна и правдоподобна.

Первый медицинский журнал, выходивший в XVIII веке, достойно представлял медицину России того времени. Этот журнал заложил в нашей стране фундамент научной медицинской печати, играющей важную роль в развитии медицинской науки и практики.

IX.

ОТ ВЕКА РАЗУМА — К ВЕКУ НАУКИ: КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА РОССИИ И ДРУГИХ СТРАН ЕВРОПЫ

(XVIII-XIX вв.)

Наверное, не будет ошибкой сказать, что клиническая медицина вообще и хирургия, в частности, имеют очень долгое прошлое и весьма краткую историю. В самом деле, возьмем, например, хирургию — старейшую медицинскую специальность. Считается, что первый учебник хирургии появился еще во второй половине 3-го тысячелетия до нашей эры (его в 1862 г. нашел английский археолог Эллиот Смит). Но подлинную историю хирургии следует, очевидно, начинать с Амбруаза Парэ (XVI век), а еще вернее — с XVII века, когда хирургия, как и клиническая медицина, только-только начала становиться наукой.

1. Достижения «века разума»

Итак, становление клинической медицины как отрасли науки в России и других странах Европы, относится к XVIII веку — веку разума. В ее возникновении важную роль сыграли преемственность в развитии научных знаний, взаимовлияние культуры и науки различных стран. Разумеется, способствовали этому и объективный ход эволюции общества, развитие промышленности, расширение торговли и международных связей, формирование мирового рынка: все это благоприятствовало прогрессу научных изысканий, ликвидации местной и национальной замкнутости, формированию интернационального характера развития науки.

Базой становления научной клинической медицины явились успехи философской мысли (начиная с Фрэнсиса Бэкона и Рене Декарта), а затем и естествознания. Труды гигантов науки, крупных ученых разных стран способствовали прогрессу и клинической медицины.

В XVIII веке ученые-естественноиспытатели еще не знали, в сущности, о бесконечной сложности природы — понимание этого пришло позднее, в XIX веке. Однако начавшаяся «промышленная революция» оказала влияние и на развитие естествознания. Передовые мыслители и ученые Европы — такие как англичанин Исаак Ньютона, русский Михаил Ломоносов, немец Иммануил Кант, француз Антуан Лавуазье, швед Карл Линней — своими трудами отражали стремление освободиться от догматизма умозрительной метафизики и богословско-схоластических построений, добиваясь познания объективной истины, достоверных представлений о природе.

В XVIII веке достигла развития новая, светская философия, в которой были сильно выражены материалистические тенденции и которая была глубоко враждебна церковно-феодальной идеологии средневековья. Ее яркими представителями были французские просветители Шарль Монтескье, Вольтер, Жан Жак Руссо, а также английские, немецкие, русские просветители — и среди них Александр Радищев. Впрочем, надо оговор-

риться, что для философов XVIII века, оказавших большое влияние на развитие естествознания, наряду с механистическим материализмом характерными были абсолютизация законов механики и игнорирование идеи развития.

Но в биологии и медицине царил тогда эмпиризм, сочетавшийся с различными виталистическими теориями (анимизм Георга Штала, «динамическое» учение Фридриха Гоффмана, «животный магнетизм» Франца Месмера, «бронанизм» Джона Броуна и др.).

У всякой науки есть основоположники — те, кто стоял у ее истоков, есть и предшественники — те, кто подготовил условия для ее возникновения. Если предшественниками клинической медицины можно считать многих выдающихся врачей — таких как Гиппократ и Гален, Авиценна и Парацельс, то ее родоначальниками явились англичанин Томас Сиденгам и голландец Герман Бурхаве.

Томас Сиденгам, прозванный «английским Гиппократом», был энтузиастом опытного врачебного метода. Он рассматривал болезнь как процесс, как «усилие природы восстановить здоровье путем удаления внедрившегося болезнестворного начала». Он был сторонником принципа «нон-зологичности», дал классическое описание скарлатины, дизентерии, кори, оспы, хореи, подагры и других заболеваний. Он выделял острые и хронические болезни, обращал внимание на различные виды симптомов болезни — основные, определяемые свойствами самой болезни, акцидентальные, выявляющие собой целительные силы организма, и искусственные, вызываемые врачебным вмешательством и проводимым лечением. Сиденгам стремился применять специфические лекарства — именно он ввел лечение малярии корой хинного дерева (1). В основе его врачебной системы лежало наблюдение у постели больного.

Герман Бурхаве, основоположник лейденской школы, пропагандировал передовые для своего времени методы врачебной практики, приблизил врача к больному и сделал тщательное наблюдение основой клинической деятельности. «Клинической называется медицина, — писал Бурхаве в книге «Введение в клиническую практику», — которая: а) наблюдает больного у их ложа; в) там же изучает подлежащие применению средства; с) применяет эти средства... Необходимо тщательное наблюдение всех явлений, которые обнаруживаются нашими чувствами в человеке здоровом, больном, умирающем и мертвом» (2). Бурхаве ввел во врачебный обиход тщательное обследование больного, ведение подробных историй болезни, термометрию, вслед за Сиденгамом провозгласил первенствующее значение клинической практики.

Традиции лейденской школы восприняли многие врачи Европы, в т.ч. русские клиницисты Семен Зыбелин, Александр Шумлянский, Федор Политковский, защищавшие в Лейдене свои докторские диссертации, и другие русские врачи.

В историю медицины России навсегда вошли ученые и врачи, плодотворно трудившиеся у нас — те, кто приехал к нам на несколько лет, как говорит русская поговорка, «за длинным рублем», но потом полюбил Россию и остался здесь на всю жизнь. Таков, например, был голландец Николай Бидлоо, основатель Московского госпиталя и госпитальной школы, автор первого отечественного учебника по хирургии. Можно назвать немца Иоганна Шрейбера, профессора Петербургских медико-хирургических

школ, преподававшего анатомию и хирургию, и ряд других. Иностранцы по рождению, они обрели в России вторую родину, стали отечественными врачами и учеными. Кстати, напомню, что и русские врачи преподавали в университетах Европы. Так, Иван Полетика в 1754 г. Кильской медицинской академией был избран в число профессоров и работал там два года (3). Это, впрочем, неудивительно, т.к. уже в XVIII в. медицина России была частью общеевропейской медицины.

Развитие клинической медицины в России и других странах Европы с самого начала отличалось общностью и взаимосвязями ученых, взаимопроникновением достижений и, в конечном счете, взаимозависимостью прогресса науки и практики в различных странах.

Тем же путем шло, по существу и развитие хирургии — старейшей медицинской специальности, одной из основных составляющих клинической медицины, хотя в разные исторические периоды в различных странах преобладали те или иные направления. Так, в России развитие имело свои особенности, заключавшиеся, как уже говорилось, в том, что у нас никогда не существовало присущего Западной Европе антагонизма между дипломированными врачами — выпускниками медицинских факультетов университетов — и хирургами, готовившимися по методу «ремесленного ученичества»; с самого начала высшего медицинского образования (1707) в России готовили лекарей, одинаково компетентных и в хирургии, и во внутренних болезнях (4). В то же время во Франции, например, созданная в 1731 г. Хирургическая академия лишь в 1743 г. была приравнена к медицинскому факультету университета. В Англии хирурги отделились от цирюльников только в 1745 г. В Пруссии антагонизм между врачами и хирургами сохранялся даже в XIX веке.

Врачи XVIII века внесли немало нового в развитие клинической медицины и хирургии. Так, англичанин Вильям Геберден старший описал грудную жабу (стенокардию). Австриец Леопольд Ауэнбруггер открыл метод перкуссии, который первоначально был, правда, отвергнут. Итальянец Джованни Ланчизи показал значение набухания шейных вен как симптома расширения сердца. Англичанин Персиваль Потт описал клинику туберкулеза позвоночника, Роберт Виллан выделил и описал экзему, Вильям Уитеринг ввел в медицинскую практику наперстянку.

Русский Нестор Максимович-Амбодик предложил конструкции родильной кровати и гинекологического кресла. Француз Филипп Пинель по-новому стал лечить психических больных, отменил заковывание их в цепи. Русский Семен Зыбелин изложил основные правила диететики. Англичанин Джон Гунтер предложил перевязку артерий при аневризмах. Француз Жан Давье успешно удалил катараракту. Англичанин Эдуард Дженнер ввел оспопрививание.

Перечисление достижений врачей XVIII века можно продолжить, хотя нельзя не сказать, что развитие клинической медицины и хирургии в России и в других странах Европы в то время отставало, как правило, от развития естественных наук. Объяснялось это во многом тем, что состояние исследований по ключевым проблемам — таким, например, как семиотика или диагностика — все-таки не давало возможности выйти на уровень обобщений, позволявших понять магистральные пути развития клинической медицины. Многие из новых методов лечения — терапевтических и хирургических — произрастали не из глубокого научного анализа, а в значитель-

ной мере строились на интуиции, были замечательными догадками врачей и чаще всего уходили корнями своими в народную медицину.

В общем, в клинической медицине продолжал преобладать эмпирический подход, подкрепленный стремлением действовать с позиций здравого смысла, опираться на собственный опыт.

«Если рассмотреть все случившиеся в продолжение сего века произведения, и что еще более, изобретения, мнения, гипотезы, теории систем, — писал в 1808 г. русский клиницист Федор Политковский, — то увидим, что врачебная наука Западной Европы и при конце XVIII столетия осталась точно такою же, какою была в самом начале» (5).

Впрочем, эти слова вряд ли можно признать бесспорными — ведь современники всегда плохие судьи. Думается, что при внимательном анализе можно обнаружить и отрадные перемены. Они заключаются, прежде всего, в том, что уже начиная со второй половины XVIII века (хотя, главным образом, в начале XIX века), благодаря трудам ученых и врачей разных стран на смену сорному бурьяну эмпиризма в диагностике и лечении — эмпиризма, основывавшегося на определенных теоретических системах — начали робко пробиваться ростки научно обоснованных способов распознавания и исцеления болезней терапевтического и хирургического характера. Но все-таки, в общем, научная мысль клиницистов и хирургов, стреноженная доктринами витализма, анимизма и других теоретических концепций, оказалась не готовой к осмыслению новых реалий.

Таково было положение в большинстве стран Европы, в том числе в России. «На Западе двумя, тремя поколениями раньше нас началась научная работа в области естествознания, — писал академик В.И.Вернадский, — но мы сразу воспользовались всем, по-существу, небольшим прошлым опытом в этой области и уже в XVIII столетии мы были здесь равные с равными» (6). В полной мере, как показывает исторический анализ, это относится к клинической медицине и хирургии.

2. Торжество опытного знания

XIX век — век науки — открыл новые возможности для ее развития. Общеизвестны достижения естествознания первой половины XIX века — такие как теория клеточного строения животных и растений, закон превращения энергии, учение об эволюционном развитии органического мира. Эти выдающиеся открытия благотворно сказались на медицине, во многом изменив собственный строй и логику ее развития, в т.ч. строй и логику развития клинической медицины.

Начал утверждаться новый строй клинического мышления, в формировании которого важную роль играла физиология, использовавшая для изучения жизнедеятельности организма экспериментальный метод, и патология, поставившая на службу клинике учение о материальном субстрате болезней. При этом патология как наука, как учение о причинах болезни и закономерностях их возникновения и развития, призвана была стать своеобразной «философией клинической медицины», дать систему взглядов на проблемы этиологии, патогенеза, лечения и профилактики заболеваний.

В общем, на смену мертвящей схоластике и догматизму, тянувшимся еще из средневековья, на смену царившим еще в XVIII веке рутине и шаблону, приходило опытное знание. Развитие естествознания давало базу для прогресса клинической медицины.

В том, что клиническая медицина в конце XVIII — начале XIX века начала становиться подлинной естественной наукой, обретать прочный «физиологико-патологический» фундамент, огромную роль сыграли труды ряда выдающихся ученых — представителей теоретической медицины. Среди них следует назвать итальянца Джованни Морганти, давшего представления о локализации болезней, француза Мари Франсуа Биша, автора учения о тканях и тканевой патологии, француза Франсуа Мажанди, внедрившего экспериментально-физиологическое исследование организма, Карла Рокитанского, идеолога гуморальной патологии. В России выделялась деятельность Петра Загорского, Александра Филомафитского, Алексея Полунина, Ивана Глебова.

Успехи теоретической медицины (представленной тогда направлениями, которые впоследствие получили названия патологической анатомии, патологической физиологии и патологической химии) способствовали здравому прогрессу клинической медицины, хотя каждое из этих направлений «тянуло одеяло на себя», стремясь к собственному приоритету. Уже тогда ведущие ученые указывали на важность всеобъемлющего, всеохватывающего подхода. «Наши сведения о явлениях жизни в больном организме будут тем полнее, — писал русский клиницист Иосиф Варвинский в своем труде «О влиянии патологической анатомии на развитие патологии вообще и клинической в особенности», — чем исследование будет общестороннее, поэтому патолог должен обращать внимание на патологическую анатомию, патологическую химию и патологическую физиологию»(7). Об этом же говорил и патолог Алексей Полунин: «Патология не должна быть ни преимущественно анатомическою, ни преимущественно химическою, ни преимущественно физиологическою. Анатомия, химия и физиология в равной степени должны содействовать разъяснению болезненных явлений» (8).

Принципиально новые возможности для клинической медицины открыло появление дотоле неизвестных абсолютному большинству врачей методов объективного исследования больного. Речь идет прежде всего о перкуссии, которую еще в 1761 г. разработал австриец Леопольд Ауэнбруггер. Метод этот однако, долго не находил применения — в России среди немногих, применявших его в конце XVIII века были, в частности, в Петербурге Яков Саполович (с помощью перкуссии он определял, например, выпот в плевральной полости), и Федор Уден, а также Викентий Герберский в Вильне. После того, как француз Жан Корвизар доказал важность перкуссии, ее стали широко применять в различных странах Европы.

Другим важным открытием были предложенные французом Рене Ланнеком аускультация и стетоскоп. В России они сразу же получили широкое распространение. Аускультацию применяли Феликс Римкевич из Вильны (в 1824 г. он написал книгу о применении стетоскопа), Викентий Герберский, обучавшийся в Париже у Ланнека, а также Прохор Чаруковский, Матвей Мудров, Григорий Сокольский и другие клиницисты.

Прогресс патологии и успехи диагностики позволили обратить внимание на проблемы семиотики, первоначально болезней сердца и сосудов

(француз Жан Корвизар), язвы желудка и ее осложнений (русский Федор Уден и француз Жан Крювелье) и др. Появляются основополагающие труды о туберкулезе и других болезнях легких (француз Рене Лаэннек), болезнях почек (англичанин Ричард Брайт), о ревматизме (русский Григорий Сокольский и француз Жан Буйо).

В странах Европы в первой половине XIX века сложились крупные, взаимодействовавшие друг с другом и в какой-то мере влиявшие друг на друга центры клинической медицины. Они действовали во Франции (Жан Корвизар, Рене Лаэннек, Франсуа Брусс, Жан Буйо), в Пруссии (Иоганн Шенлейн, Людвиг Траубе), в Австрии (Иозеф Шкода), в России (Матвей Мудров, Иустин Дядьковский, Григорий Сокольский), в Англии (Ричард Брайт).

И хотя во врачебной практике продолжала царить полипрагмазия, порождавшая обоснованный скептицизм, все же в клиническую медицину и хирургию более уверенно начинают проникать принципы патогенетического и этиотропного лечения. Формируются более радикальные специфические методы терапевтического и хирургического характера. Так, немец Иоганн Бремзер описал методы лечения гельминтозов человека. Англичанин Эстли Купер и француз Гийом Дюпюитрен при контрактуре пальцев кисти предложили рассекать ткани апоневроза. Бельгиец Людвиг Сетен ввел репозицию костных отломков при переломах и последующую иммобилизацию при помощи крахмальной повязки. Русский Иван Рклицкий осуществил поднадкостничные резекции костей.

Однако в медицине, как и вообще в науке, понятия «новое» и «научный прогресс» далеко не равнозначны. Бывало и так, что «новое» вело к регрессу, знаменовало движение не вперед, а назад. Вот только один пример. В клинической медицине начала XIX века появились новые общемедицинские теории и концепции. Одной из самых распространенных стала «физиологическая медицина» француза Франсуа Брусс. Под влиянием умозрительной системы Брусс большинство врачей разных стран в любой патологии стали видеть воспалительный процесс и лечить его различными противовоспалительными средствами, главным образом кровопусканием. Это был тогда поистине универсальный метод — его применяли и при воспалении легких, и при простом фурункулезе, и при любом лихорадочном процессе. Немудрено, что только во Франции Брусс и его последователями было пролито больше крови, чем во всех наполеоновских войнах.

И еще один пример, который свидетельствует не столько о достижениях, сколько о косности медицины того времени в странах Европы.

Венгр Игнац Земмельвейс в 1847 г. вменил в обязанность медицинскому персоналу венской акушерской клиники мытье рук раствором хлорной извести. Это антисептическое мероприятие дало отличные результаты — заболеваемость и смертность среди родильниц резко снизились, случаи родильной горячки (послеродовой инфекции), по существу, сошли на нет. Открытие Земмельвейса, будь оно тогда признано и внедрено в клиническую медицину и хирургию, на 20 лет приблизило бы наступление антисептики. Но ведь уже говорилось, что современники — плохие судьи. Открытие Земмельвейса не было оценено, как не оценили за 4 года до этого такое же, по существу, достижение американца Оливера Холмса: огромные возможности, открывавшиеся перед хирургией, были упущены (9).

Почему же медицина не заинтересовалась открытием Земмельвейса? Не исключено, что главной причиной этого явилось то, что открытие антисептики Земмельвейсом не было детищем прогресса науки, оно произрастало не из глубокого научного анализа сущности проблемы борьбы с инфекцией, а в значительной мере строилось на практическом опыте и интуиции, было, в сущности, замечательной догадкой, хотя и подтверждалось экспериментально. В общем, это было «не закономерное открытие» — может быть, из-за этого-то на него и не обратили внимания. Впрочем, это всего лишь предположение.

Начало XIX века характеризуется расширением и упрочением связей между врачами и учеными различных стран Европы. Это было частью общего процесса усиления различных обменов в области экономики и культуры, науки и техники. Подобная тенденция отражала стремление порвать с национальной ограниченностью, осуществить интернационализацию в экономической и духовной жизни общества. Важно, что плоды духовной деятельности отдельных наций становились общим достоянием.

Научные медицинские журналы, выходившие во Франции, Германии, России и других странах Европы, сообщали своим читателям о всех новостях научной и практической медицины. Вошли в практику публикации трудов ученых и врачей за пределами своих стран. В большинстве журналов регулярно сообщалось о научных исследованиях, проводимых в ведущих центрах клинической медицины Европы, публиковались статьи зарубежных ученых, рецензии на их труды, которые, кстати, регулярно переводились на различные языки.

Расширялись и личные контакты ученых и врачей. В России, например, в командировки «с ученой целью» в другие страны регулярно направляли Петербургская медико-хирургическая академия, Московский университет, Дерптский университет, Харьковский университет и др. Немало врачей ездили в зарубежные клиники частным образом. В то же время ученые и врачи из других стран ездили к нам. Вот один лишь пример. Английский хирург Аугуст Гранвилл в 1827 г. подробно знакомился с хирургическими клиниками, больницами, госпиталями Петербурга, беседовал с ведущими хирургами, присутствовал на операциях. Он дал высокую оценку ведущим русским хирургам, с которыми встречался — Николаю Арендту, Христиану Саломону, Ивану Рклицкому и др., общему состоянию хирургии и клинической медицины в России (10).

Кстати сказать, высокий уровень русской медицины был хорошо известен в других странах Европы. Так, в 1830 г. французская Академия наук с просьбой поделиться опытом борьбы с холерой обратилась в Московский университет, а не к английским медикам, которые значительно раньше в Индии познакомились с этой болезнью.

3. Анатомо-физиологическое направление

Следует подчеркнуть, что в России уже в начале XIX века возникает и крепнет передовое анатомо-физиологическое направление. Русская клиническая медицина, в особенности русская хирургия, одной из первых в Европе определила анатомо-физиологическое направление как ведущее в своем развитии. В этом важную роль сыграли Иван Буш, Ефрем Мухин,

Иустин Дядьковский, Илья Буяльский: своего наибольшего развития это направление получило в трудах Николая Пирогова.

Труды этих русских хирургов и клиницистов, их научные взгляды были хорошо известны в Европе. Так, опубликованные в 1828 г. «Анатомико-хирургические таблицы» Ильи Буяльского были приобретены большинством университетов Европы, попали и в Северную Америку, а в Германии были переведены и изданы на немецком языке.

Во всех странах Европы хорошо знали замечательные труды Николая Пирогова — «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций. Полный курс прикладной анатомии человеческого тела. Анатомия описательно-физиологическая и хирургическая», другие его работы по новой, фактически основанной им науке — топографической анатомии и оперативной хирургии. Пирогов широко внедрил в хирургию и использовал для нужд клиники чрезвычайно редкие тогда экспериментальные исследования на животных. Такие эксперименты он проводил при изучении возможностей перевязки брюшной аорты, перерезки ахиллова сухожилия, костной пластики, различных видов обезболивания и пр.

Русские хирурги Николай Пирогов и его предшественники Илья Буяльский, Иван Буш, Ефрем Мухин были не просто виртуозными специалистами и отличавшимися солидной общемедицинской подготовкой крупными учеными — они были широко мыслящими людьми, опиравшимися на достижения биологии и медицины, поднимавшимися в своих теоретических обобщениях и практических действиях, основанных на анатомо-физиологическом направлении, до подлинных высот науки: такими же, кстати, были французы Доминик Жан Ларрей и Гийом Дюпюитрен.

Преобладавшее в клинической медицине и хирургии России анатомо-физиологическое направление во многом опиралось на бурно прогрессировавшую общую патологию. Например, Илья Буяльский, предвосхищая последующее развитие этой науки, обращал особое внимание на изменчивость человеческого тела или, по-современному, на проблему регенерации: «Все части тела нашего, как жидкые, так и плотные и твердые, начиная с минуты рождения, или, лучше сказать, с минуты зачатия и до самой смерти, беспрестанно изменяются в объятности, форме, строении и пр., — писал он в своем учебнике «Краткая общая анатомия» — ... В нас происходит внутреннее и беспрестанное движение, посредством которого наши органы, по-видимому, с одной стороны, тратятся и разрушаются, а с другой, вознаграждаются и приобретают новую силу. Это возобновление наших составных начал составляет одно из главных действий жизни, или даже, можно выразить, — составляет самую жизнь» (11).

Известно, как много занимался проблемами общей патологии Николай Пирогов. Ему, в частности, принадлежит истолкование воспаления как реакции организма в целом. Он исследовал закономерности течения раннего процесса; многочисленные патологоанатомические исследования и клинические наблюдения легли в основу его классического труда «Патологическая анатомия азиатской холеры» (12). Общепатологические представления Пирогова, его взгляды на развитие патологического процесса, на взаимозависимость организма и внешней среды долгое время сохраняли свое значение.

Анатомо-физиологическое направление русской хирургии, так ярко отраженное в трудах Пирогова, оказало заметное влияние на развитие хирургии в других странах Европы, в особенности в Германии. Об этом хорошо сказал крупнейший немецкий хирург Эрнст Бергман: «Мы никогда не забудем, что наша немецкая хирургия построена на фундаменте, заложенном великими хирургами французской академии и что она базируется на анатомических (а также физиологических и патологических — М.М.) работах русского Николая Пирогова и на антисептическом способе англичанина Листера» (13).

Огромный прогресс медицины во второй половине XIX века был отражением общего прогресса естествознания, успехов физики, химии, биологии, других естественных наук, достижений научно-технической мысли.

На развитие клинической медицины и хирургии, которые становятся подлинной наукой, особое влияние оказали появление бактериологии (француз Луи Пастер), целлюлярная патология (немец Рудольф Вирхов), исследования по физиологии (француз Клод Бернар, немец Иоганн Мюллер, русский Иван Сеченов). Все это способствовало коренной ломке прежних представлений, формированию современного облика клинической медицины и хирургии.

Настоящую революцию произвели успехи бактериологии, расширившие диагностические и лечебные возможности, позволившие расшифровать этиологию многих распространенных заболеваний и получить рациональные средства борьбы — различные сыворотки и вакцины — с бешенством, дифтерией и другими инфекционными болезнями, открывшие пути предупреждения хирургической инфекции. Целлюлярная патология, морфологический подход способствовали изучению материального субстрата болезни, позволяли решить вопрос о локализации заболевания, давали классификацию основных патологических состояний и ряда нозологических форм. Экспериментально-физиологические исследования способствовали формированию функционального подхода, вооружали клинику знанием нормы и патологии, объясняли происхождение отдельных патологических состояний, способствовали разработке новых терапевтических методов.

Общий технический прогресс, неразрывно связанный с прогрессом прикладных, точных и естественных наук, отразился и на развитии клинической медицины, привел к ее техннизации. Достижения научно-технической мысли способствовали быстрому техническому вооружению клиницистов. Это была, бесспорно, прогрессивная и важная тенденция. Еще раньше, благодаря появлению полой иглы, шприцов и других средств, в арсенал клиницистов вошли под кожные инъекции (англичанин Александр Вуд), прокол грудной клетки с помощью троакара (француз Арман Труссо) и пр.

Новые изобретения значительно расширили возможности диагностики. Так, француз Огюст Нелатон предложил желудочный зонд и каучуковый катетер. Немец Герман Гельмгольц сконструировал офтальмоскоп, француз Антуан Дезормо — трубчатый эндоскоп для исследования мочевых путей, матки и прямой кишки, немец Макс Нитце — простой цистоскоп, а француз Иоахим Альбарган — катетеризационный цистоскоп. Поляк Иоганн Микулич изобрел зофагоскоп, русский Александр Маклаков — тонометр для измерения внутриглазного давления, итальянец

Сильвио Рива-Роччи — сфигмоманометр для измерения артериального давления. Наконец, немец Вильгельм Рентген предложил рентгенодиагностику.

Итак, сформировались методы нового, объективного исследования больного. На смену долго властовавшей в клинической медицине полипрагмазии начали приходить методы этиотропной и патогенетической терапии. Это обусловило постепенный отказ от широкого применения кровопусканий, рвотных и других т. н. противовоспалительных средств и использование новых лечебных средств (морфия, стрихнина, атропина, препаратов брома и йода, салицилового натрия и др.).

Развитие химии, совершившей в XIX веке поистине триумфальное шествие (молекулярно-анатомические представления; структурная теория строения вещества; появление синтетической органической химии; периодический закон химических элементов), способствовало быстрому прогрессу фармакологии и фармакотерапии, появлению более эффективных лекарств — таких, как аспирин (немец Карл Герхардт), уротропин (русский Александр Бутлеров), амилнитрит (англичанин Томас Брантон), физиологический раствор (англичанин Стивен Рингер), антипиририн, предшественник пирамидона и анальгина (немец Людвиг Кнорр), салол (русский Маркел Ненцкий), кофеин (немец Эрнст Фишер). Возникли химические методы лабораторной диагностики (исследование крови, мочи, желудочного сока и пр.). В лечебной практике клиницисты и хирурги стали применять и такие воздействия, как массаж, электротерапию, лечение минеральными водами, диетотерапию, курортное лечение.

В клинической медицине стран Европы во второй половине XIX века преобладали два основных направления — клинико-экспериментальное, в основном, процветавшее в Германии (Людвиг Траубе и др.), и собственно клиническое, главными представителями которого были французские врачи (Арман Труссо и др.).

В клинической медицине и хирургии России во второй половине XIX века, несмотря на огромные успехи патологической анатомии, преобладало все-таки не сугубо морфологическое, а традиционное анатомо-физиологическое, функциональное направление. Это ярко отразилось в трудах Сергея Боткина, Николая Склифосовского, Алексея Остроумова. «Необходимо стать не на анатомическую, а на физиологическую точку зрения, — писал в 70-х годах XIX века, выражая их взгляды, известный клиницист Эдуард Эйхвальд. — Анатомический взгляд, лежащий в основе современной патологии, придает медицине какой-то мрачный характер; с точки зрения анатомии все расстройства кровообращения более или менее неизлечимы и в более или менее короткое время приводят к смертельному исходу... Гораздо более утешительна и не менее важна физиологическая точка зрения» (14). Характерным для клинической медицины России стало использование экспериментальных, прежде всего физиологических исследований, проводившихся в специальных лабораториях: в клинике Сергея Боткина такой лабораторией руководил Иван Павлов.

Русские клиницисты внесли немало нового в разработку проблем симиотики, диагностики и лечения болезней. Особо следует выделить созданный у нас оригинальный метод обследования больных, в который включили, наряду с анамнестическим расспросом, и все виды физических, лабораторных и инструментальных способов исследования. Клинический

метод, созданный совокупными усилиями русских врачей и доведенный Григорием Захарьиным, по словам французского клинициста Анри Юшара, до высоты искусства, стал достоянием врачей многих стран Европы. Получил распространение и метод скользящей пальпации брюшных органов, предложенный Василием Образцовым.

Русская клиническая медицина использовала многие терапевтические средства, заимствованные из народной медицины: таков был, например, горицвет (адонис верналис), введенный в практику по инициативе Сергея Боткина. Применялись и оригинальные методы, например, такие способы диетотерапии, как лечение молоком (Федор Иноzemцев) и кумысотерапия (Николай Постников, Алексей Остроумов).

В клинической медицине России родилось оригинальное функциональное направление, названное позднее нервизмом: в его основе лежал принцип ведущей роли нервной системы в регуляции всех жизненных функций и реакций организма. Правда, в 50-х годах XX века чересчур ретивые приверженцы этого направления в нашей стране противопоставили его всем остальным, «неправильным», по их мнению, направлениям и теориям медицины: это серьезно скомпрометировало нервизм в глазах ученых и врачей.

4. Расцвет клинической медицины

Достижения хирургов разных стран привели во второй половине XIX века к подлинному расцвету этого важнейшего раздела клинической медицины. Его обусловили анатомо-физиологическое направление (русский Николай Пирогов), обезболивание (американцы Вильям Мортон и Джон Уоррен, англичанин Джеймс Симпсон), антисептика (англичанин Джозеф Листер) и асептика (поляк Иоганн Микулич, немец Эрнст Бергманн, русские Николай Склифосовский, Карл Рейер и др.), новые методы борьбы с кровотечением (немец Фридрих Эсмарх, швейцарец Теодор Кохер, француз Жан Пеан и др.). Все это позволило хирургам значительно расширить сферу своих действий — появились хирургия брюшной полости, оперативная гинекология, начали производить операции на легких, на щитовидной железе, на горлани, на головном и спинном мозге.

Были разработаны костно-пластика ампутация стопы (Николай Пирогов), иридэктомия при глаукоме и удаление катаракты (немец Альберт Грефе), холецистостомия (англичанин Джон Боббс) и спленэктомия (француз Жак Пеан), трансплантация кожи (швейцарец Жак Реверден, русские Петр Пясецкий и Салех Янович-Чайнский, немец Карл Тирш).

Хирургической практике были предложены резекции пищевода, горлани, дистального отдела желудка с гастродуоденальным анастомозом (немец Теодор Бильрот), метод создания портокавального анастомоза (русский Николай Экк), лапаротомия по поводу перитонита (англичанин Ричард Тейт), резекция привратника по поводу язвы (поляк Леон Ридигер), холецистэктомия (немец Карл Лангенбух), аппендиктомия (швейцарец Роберт Кренлейн и англичанин Александр Махомед), метод удаления нижней конечности с частью тазового пояса (русский Владимир Ратимов и немец Теодор Бильрот).

Здесь перечислены далеко не все достижения. Но и они отлично иллюстрируют общую тенденцию. Главной особенностью развития хирургии в России и других странах Европы было огромное расширение ее лечебных возможностей в связи с совершенствованием оперативной техники, появлением новых эффективных операций и оперативных методов. Важно подчеркнуть, что эти и многие другие методы, разработанные в разных странах Европы, быстро становились общим достоянием. Следовательно, развитие этой специальности (как, впрочем и всей клинической медицины) с полным правом можно представить как итог коллективных усилий, совместной работы ученых и врачей. Благотворные результаты этого показывает, в частности, быстро возросшее качество хирургической помощи, что отразила медицинская статистика того времени.

И еще один немаловажный момент. Хирургия многое дала не только практике, но и так называемым теоретическим дисциплинам. Так, именно хирургия подарила науке методы хронического эксперимента — такие как фистульная методика (создание искусственного доступа к внутренним органам, русский Владимир Басов), экстирпация, денервация, а впоследствии — создание различных сосудистых анастомозов и др.

В России и других странах Европы в ходе развития клинической медицины и хирургии постоянно нарастали процессы дифференциации и интеграции — взаимно противоположные, но диалектически связанные друг с другом.

Так, в хирургии всех стран Европы долгое время преобладали процессы дифференциации медицинских знаний. В результате практических запросов в XIX веке из нее выделились урология и гинекология, офтальмология и оториноларингология, травматология и ортопедия, другие специальности. Эта последовательная дифференциация отдельных областей хирургии явилась чрезвычайно благотворным процессом, который продолжается и в современной медицине (трансфузиология, анестезиология, ангиохирургия, проктология и др.).

Следует указать, что новые разделы хирургии (как и клинической медицины) возникали не только в результате непосредственных практических запросов времени, но и в силу внутренней логики ее развития. Так, к дифференциации закономерно вело совершенствование диагностики и методов лечения — оно набирало силу, начиная со второй половины XIX века.

Однако уже с конца XIX века, а, главным образом, в XX веке, в хирургии еще большую силу начали набирать интегративные процессы. Именно они обусловили возникновение онкологии, кардиохирургии, трансплантологии, эндоваскулярной хирургии, комбустиологии и ряда других направлений клинической медицины, характеризующихся применением оперативных методов лечения.

Такие же процессы характерны и для клинической медицины. Например, уже к первой половине XIX века относятся выделение невропатологии — в этом важную роль сыграли экспериментальные исследования англичанина Чарльза Белла и француза Франсуа Мажанди и деятельность врачей француза Жана Шарко, немца Вильгельма Эрба, русского Алексея Кожевникова, англичанина Джорджа Джексона, француза Гийома Дюшена и др.

Надо обратить внимание и на то, что в конце XIX века и в клинической медицине начался процесс интеграции, при котором обособленно развивающиеся науки связывались между собой т. н. пограничными дисциплинами: было положено начало, например, нейрохирургии, возникшей на границе невропатологии и хирургии.

Важную роль в развитии клинической медицины и хирургии признали были сыграть (и в дальнейшем сыграли) крупные, хорошо оборудованные научно-исследовательские центры — такие, например, как Пасторовский институт в Париже (1888) или Институт экспериментальной медицины в Петербурге (1890). Однако вплоть до первых десятилетий XX века основными научными учреждениями клинической медицины и хирургии оставались все-таки университетские клиники, госпитали и крупные больницы: только в последующие годы стали появляться специализированные научно-исследовательские центры клинического профиля.

Во второй половине XIX века усилились международные контакты ученых и врачей. В практику стали входить медицинские съезды и конгрессы (не только национальные, но и международные) как действенная форма коллективного общения. Здесь происходил обмен опытом и научной информацией, обсуждение актуальных научных и практических проблем, подводились итоги и намечались перспективы развития различных областей медицинской науки и практики.

Первый международный съезд врачей состоялся в Париже в 1867 г., среди 1200 его участников большинство составляли ученые и врачи, занимавшиеся клинической медициной. В дальнейшем такие съезды созывались периодически через 2-4 года в разных странах Европы. XII Международный съезд врачей проходил в России, в Москве (1897), в нем участвовало более 7,5 тыс. ученых и врачей: только из Германии и Австрии было около 800 человек, из Франции — около 400; из 1500 докладов и сообщений большая часть была посвящена клинической медицине (15). Интересно, что на следующем, XIII Международном съезде (Париж, 1900), в центре внимания был доклад Ивана Павлова об экспериментальной терапии (16).

К этому же времени относится начало проведения европейских и международных съездов по отдельным клиническим специальностям. Это были конгрессы офтальмологов (с 1857), отиатров (с 1876), психиатров (с 1878), фтизиатров (с 1888), терапевтов и дерматологов (с 1889), акушеров-гинекологов (с 1892), неврологов (с 1897): с 1905 г. начались международные конгрессы хирургов (17).

Укреплению сотрудничества ученых и врачей различных стран Европы способствовали и появившиеся международные научные объединения — такие, например, как научное общество анатомов «Anatomische Gesellschaft» (1886). Правда, расцвет этих международных объединений, основа которых была заложена в XIX веке, относится уже к началу XX века — именно тогда возникли Международное общество хирургов (1902), Международная федерация стоматологов (1919), Международное общество урологов (1921), Международное общество ортопедии, хирургии и травматологии (1929), Международный противотуберкулезный союз (1920), Международное общество по переливанию крови (1938) и многие другие, в т.ч., кстати, Международное общество по истории медицины (1920) (18).

О чем же свидетельствует анализ развития клинической медицины и хирургии в России и других странах Европы?

Прежде всего — об интернациональном, содружественном характере научного развития, о важности вклада, внесенного учеными и врачами различных стран. Конечно, можно спорить о величине и соразмерности каждого такого вклада, о роли того или иного ученого, о степени разработанности тех или иных проблем. Но неоспоримо одно: в области клинической медицины и хирургии научная мысль — это не просто общая сумма, а синтез достижений ученых отдельных стран: отсутствие какого-то одного звена, может быть, несущественного при получении общей суммы, осложнит или сделает невозможным процесс синтеза нового научного знания. Вот почему в Европе, да и во всем мире, было и, думаю, будет и впредь взаимосвязано развитие клинической медицины и хирургии, опирающейся на тесные контакты и взаимодействие ученых и врачей различных стран.

...Великому русскому писателю Михаилу Булгакову принадлежат крылатые слова о том, что рукописи не горят. В сущности, «не горят» и научные идеи, концепции, гипотезы, теории, открытия, сколь бы нерациональны не были они с позиции сегодняшнего дня. Ведь между современными взглядениями и всеми предшествующими имеются не только различия, но и глубокое родство. Появившись, казалось бы, спонтанно, все они на деле зиждутся на прочном фундаменте развития единой человеческой культуры, развития, происходящего под влиянием социальной практики, потребностей общества, его идеологии, его интеллектуальных и материальных возможностей, развития, идущего одновременно во многих странах.

Х. ХИРУРГИ РОССИИ (XVIII—XIX вв.)

1. Европа: «истинные врачи» против хирургов; Россия: единство медицины и хирургии

Хирургия издревле пользовалась уважением и почетом, была передовой и самой смелой отраслью медицины. В то же время эта старейшая медицинская специальность всегда требовала от медиков большого умения и обширных знаний.

Еще в древних рабовладельческих государствах хирургией занимались особые специалисты. Так было, например, в Вавилоне, о чем свидетельствует кодекс Хаммураби (около 2250 лет до н.э.). Труд вавилонских хирургов оценивался довольно высоко: за «тяжелую операцию с помощью бронзового ножа» и исцеление больного или за «снятие» бронзовым ножом катаракты и излечение глаза полагалось 10 секлей серебра, что составляло две годовые арендные платы за хороший дом. В древнем Египте хирургами были жрецы: врачебное сословие делилось тогда на три группы — врачи-терапевты, врачи-хирурги и врачи-заклинатели. Прерогативой врачей были занятия хирургией и в других древних государствах — Индии, Китае, Тибете, государствах античного мира, в том числе в Древней Греции и в Древнем Риме.

В средневековье, когда большую роль в оказании медицинской помощи в Западной Европе стали играть монастыри, хирургией занимались монахи, освоившие ряд операций. Наряду с ними действовали и семьи врачей: члены этих семей (например, Гуго Боргониони из Лукки и его сын Теодорик, известный Ланфранки и его сын Бонетус, XIII век; семья французских хирургов Коло, XVI-XVII века) делали операции грыжесечения и камнесечения, снятия катаракты, удаления носовых полипов и геморроидальных узлов. Однако 4-й Латеранский собор (1215) запретил духовенству производить хирургические операции под предлогом того, что «христианской церкви противно пролитие крови». А так как занимавшиеся врачеванием духовные лица вынуждены были подчиняться всем правилам и законам церкви, вплоть до безбрачия (для дипломированных врачей оно было отменено лишь в 1452 г.), хирургические вмешательства были искусственно исключены из врачебной практики: хирургию отлучили от медицины.

Потребность в хирургической помощи, особенно возраставшую во времена многочисленных войн средневековья, стали удовлетворять не дипломированные врачи, а практики — цирюльники (в том числе войсковые; в войсках немецких государств их называли фельдшерами — «полевые ножницы*») и костоправы. Так появились особые специалисты — хирурги, которые стояли едва ли не на самой низкой ступени медицины.

У хирургов-практиков существовала в то время своеобразная специализация. Среди них были литотомисты (камнесечцы), костоправы, цирюльники (они же кровопускатели) и др.; низшую группу составляли банщики, занимавшиеся удалением бородавок и мозолей. Среди хирургов было немало бродячих мастеров, которые переезжали из города в город, а операции свои производили публично, на городских площадях, в обществе скоморохов и плясунов на канате. Неудивительно, что университеты, в которых господствовала тогда сколастическая медицина, культивировали у студентов презрительное отношение к хирургии и хирургам: будущие врачи не имели права заниматься хирургией, считавшейся «низкой» профессией.

Тогда же, в условиях сословно-цехового строя, сложились объединения (братства) хирургов. Например, во Франции входившие в братство св. Козьмы (их называли длиннополыми) имели право производить камнесечения, грыжесечения и некоторые другие оперативные вмешательства. Представителям другого братства (их называли короткополыми) разрешалось делать более простые операции. Цирюльники — самые многочисленные представители цеха хирургов — занимались преимущественно кровопусканием, одним из самых распространенных тогда методов лечения. Мозольными операторами были банщики, тоже входившие в цех хирургов.

Уже в конце XV столетия специалисты-хирурги почти во всех городах Франции состояли в утвержденных правительством объединениях: они решившо охраняли свои права как от подвластных им цирюльников, так и от конкурировавших с ними медиков (об этом свидетельствовали многочисленные судебные процессы того времени). Кроме того, помимо отстаивания своих профессиональных интересов, объединения готовили специалистов по хирургии, как правило, путем индивидуального ремесленного ученичества.

Среди средневековых хирургов были, разумеется, и невежды, и шарлатаны, однако большинство составляли все же искусные мастера, специалисты своего дела. Лучшие представители средневековой хирургии по праву вошли в историю медицины. Таковы бывший цирюльник Амбруаз Пари, прославившиеся своими пластическими операциями Гаспар Тальякоцци из Болоньи и Пьер Франко из Прованса, немецкий хирург Лоренц Гейстер и ряд других.

Деятельность средневековых хирургов носила эмпирический, практический характер, что разительно отличало их от дипломированных врачей-схоластов, блистательно высмеянных Мольером (комедии «Мнимый больной», «Врач поневоле» и др.). Но хирурги находились в абсолютной зависимости от дипломированных врачей и вынуждены были подчиняться им (а цехи хирургов — университетам), что отрицательно сказывалось на развитии хирургической науки и практики.

Во многих странах Западной Европы в то время было принято, что при проведении операций хирурги должны для советов и руководства приглашать «истинных врачей» (*medicum rigum*), которые ничего не смыслили в хирургии и оставались простыми зрителями, хотя и получали за свое присутствие на операции солидный гонорар. Более того, когда в 1490 г. в Падуе был построен первый анатомический театр и начались вскрытия трупов, секцию производили хирурги, а профессора медицины, никогда не

державшие в руках хирургический нож, даже близко не подходили к секционному столу.

Несмотря на всевозможные препятствия, хирургия медленно продолжала прогрессировать, чему не в последнюю очередь способствовали многочисленные войны, сопровождавшиеся большими потерями от холодного, а затем и от огнестрельного оружия. Хирургов требовалось все больше, индивидуальное ученичество уже неправлялось с их подготовкой. В XVI веке во Франции был открыт Сен-Комский колледж хируров, а затем и другие школы: эти учебные заведения довольно быстро завоевали хорошую репутацию. В Сен-Комском колледже, например, преподавались как теория, так и практика хирургического искусства; это учебное заведение было и научным центром. В 1554 г. Сен-Комский колледж предложил прославленному Амбруазу Паре, входившему в цех хирургов, защитить диссертацию на французском языке, а затем признал его ученым хирургом высшего разряда. Однако медицинский факультет («истинные врачи») опротестовал решение колледжа, причем даже сам Амбруаз Паре, а он был тогда придворным хирургом и акушером, не смог добиться отмены этого протеста. Впоследствии, в 1660 г., Сен-Комский колледж проиграл судебный процесс против медицинского факультета и был лишен права выдавать специальные дипломы: от этого удара центр подготовки французских хирургов долго не мог оправиться.

Лишь в 1731 г. в Париже была основана Королевская хирургическая академия, вскоре приравненная в правах к медицинскому факультету университета. Преподававшие здесь Франсуа Пейрони и Жан-Луи Пети разграничили сферы влияния настоящих хирургов и цирюльников (в других странах Западной Европы такое разграничение произошло гораздо позже — в Англии, например, только в 1800 г.). Хирургическая академия издавала ученые записки, в которых описывались различные инструменты, операции, случаи из практики. Читавшиеся в академии курсы теории и практики хирургии были связаны с физиологией: они пользовались широкой известностью. В хирургической академии обучалось гораздо больше иностранцев, чем на медицинском факультете университета.

Процесс создания научной хирургии шел и в других странах: в Германии, например, в 1748 г. в Дрездене была устроена первая государственная хирургическая клиника, а в Австрии в 1785 г. открыли медико-хирургическую «Иозеф-академию». Характерно, что Великая французская революция (конец XVIII века) упразднила центры схоластической науки — университеты, но не тронула хирургические учебные заведения, которые стали затем основой для новой организации медицинского образования.

Стоит добавить, что еще в первой половине XIX века в странах Западной Европы существовали различия между врачами и хирургами. Например, посетившие в 1818 г. Вену российские врачи-адъюнкты Петербургской медико-хирургической академии П.Н.Савенко и Х.Х.Саломон писали: «Хирурги составляют самую низкую ступень медицинского сословия. Они имеют значение как наши фельдшера». Или еще один пример. Когда в Пруссии в 1825 г. произвели реорганизацию врачебного дела, была установлена иерархическая классификация медиков. Выше всех стояли дипломированные врачи, ступенью ниже — хирурги I класса,

еще ниже — хирурги II класса. Чтобы стать дипломированным врачом, надо было после гимназии в течение 4 лет учиться в университете, а затем сдать несколько экзаменов; к хирургам же предъявлялись более умеренные требования — они могли часть своего образования получать в особых медико-хирургических учебных заведениях, в больницах и т.д. Лишь в 1852 г. специальный закон уничтожил в Пруссии различия между врачами и хирургами.

Единственной страной в Европе, в которой никогда не было сословно-цехового деления медиков, антагонизма и соперничества между врачами и хирургами, оставалась Россия: у нас никогда не существовало разделения этих медицинских профессий.

Следует отметить, что выдвигавшийся порой аргумент о том, что российская медицина, якобы из-за позднего развития, «перешагнула» через этап сословно-цехового деления медиков, с нашей точки зрения не выдерживает критики. Первые же высшие медицинские учебные заведения, основанные у нас в самом начале XVIII века, когда в Европе еще господствовали средневековые взгляды на хирургов, уже готовили для российской медицины врачей медико-хирургического профиля, способных заниматься, и занимавшихся, одновременно и медициной, и хирургией.

Хорошо известно, что в средние века в нашей стране тоже действовали медики-ремесленники. Документы древнерусской письменности (летописи, юридические акты, уставы и пр.) подтверждают, что в XI-XVI веках медицинскую помощь на Руси оказывали именно врачи-ремесленники («лечцы», т.е. лекари): при этом, что весьма существенно, они, используя различные медицинские инструменты, довольно успешно (для того времени) занимались и хирургией.

Например, в XVI веке, как указывалось выше, в Московском государстве отмечалась своеобразная специализация медицинских профессий: были «лекари», «дохтуры», «зелейники», «травники», «рудометы» (кро-вопуски), «зубоволоки», «очные» мастера, «костоправы», «камнесечцы», «повивальные бабки». И на том этапе своего развития российская медицина не знала схоластики в образовании. Лекари готовились одинаково по медицине и хирургии, они обязаны были знать всю совокупность общемедицинских знаний того времени. Не обязательно было, чтобы каждый лекарь оперировал: хирурги отличались только своими «механическими (оперативными) приемами». Права врачей, занимались ли они только медициной, или только хирургией, или и медициной и хирургией, были равными.

Правда, имеется единичное свидетельство различия в подготовке лекарей и специалистов «костоправного дела»: в созданной в 1654 г. при Аптекарском приказе первой медицинской школе обучение лекарей, как указывалось выше, продолжалось от 4 до 6 лет (в среднем 5 лет), а «костоправов» — 1 год (однако, по некоторым данным, так быстро обучали в другой школе — в организованной при Стрелецком приказе школе «костоправного дела», просуществовавшей очень недолго). Впрочем, хирургической деятельностью занимались тогда и те, и другие, а подготовка «костоправов» продолжалась короткое время.

В медицинской школе Аптекарского приказа ученики, в числе других дисциплин, изучали и хирургию, ездили с лекарями в войска, занимались практической хирургией («пули вымали и раны лечили и ко-

сти правила и тому они лекарскому делу научены»). Выпускников школы направляли в стрелецкие полки в звании подлекарей, а потом, накопив практический опыт и зарекомендовав себя знающими специалистами, они утверждались Аптекарским приказом в звании «русских лекарей».

Российская медицина и хирургия отличались практической направленностью: видимо, не случайно с самого же начала высшего медицинского образования в России обучение врачей хирургии носило клинический характер. Это подтверждает программа Московской госпитальной школы, аналогичных учебных заведений в Петербурге и Кронштадте: изучение хирургии проводилось в госпитале, у постели больного, и было обязательным.

Практическим было и хирургическое образование в медико-хирургических училищах, созданных в 1786 г., и в медико-хирургических академиях, организованных в 1798 г. Характерно, что в названиях этих учебных заведений было слово «хирургический», что подчеркивало характер обучения и предстоящей практической деятельности подготавливаемых в них врачей.

Российскую хирургию того времени отличала тесная, постоянно укреплявшаяся связь с медицинской наукой, прежде всего с анатомией, которая почиталась «основой хирургии». Эта связь оставалась традиционной и впоследствии: свидетельством является то, что многие российские хирурги (И.В.Буяльский, Н.И.Пирогов и др.) были в то же время превосходными анатомами.

Нельзя не отметить, что многие российские хирурги порицали постоянные раздоры и неприкрыту враждебность врачей и хирургов, характерные для медицины стран Западной Европы того времени. Вот что писал, например, по этому поводу создатель первой российской научной хирургической школы И.Ф.Буш:

«Российские врачи никогда не входили в тщетные и без всякого сомнения как распространению врачебной науки, так и самому человечеству вредные прения иностранных врачей об отделении хирургии от медицины и о превосходстве одной перед другой... Врачебная наука не имеет... в других государствах Европы желаемого единобразия; зависть, гордость и невежество спорят, кому наиболее иметь добычи от страждущего болезнями человека? И сие кажется между прочим есть немаловажною причиной несовершенства врачебной науки».

Благодаря трудам видных российских хирургов в первой половине XIX века отечественная хирургия вышла на передовые рубежи в мировой медицине. Одной из важных причин этого явилось становление и развитие сначала анатомического, а затем строго научного анатомо-физиологического направления: важно подчеркнуть, что это направление в отечественной хирургии развивалось более активно, чем в целом ряде европейских стран.

Это строго научное направление, отличавшее отечественную хирургию, во многом определило ее последующие достижения, ее роль в мировой медицине. Это направление упрочилось и развивалось благодаря первой российской научной хирургической школе.

2. Иван Буш: первая научная школа российской хирургии

В наше время научную школу определяют как научный коллектив (во главе с руководителем — автором определенной программы исследования), для которого одинаково актуальны научные задачи и подготовка оригинальных исследователей, и характерен определенный стиль работы (Н.И.Родный, 1975). Это современное (хотя и не бесспорное) определение во многом «подходит» для характеристики возникшей еще в самом начале XIX столетия первой русской научной хирургической школы, основоположником которой был выдающийся хирург Иван Федорович Буш.

Сын отставного солдата, И.Ф.Буш родился 20 февраля 1771 г. в г. Нарве. Окончив Нарвскую общественную школу, он уехал в Петербург и поступил в Калинкинское медико-хирургическое училище (правда, по мнению Я.А.Чистовича, И.Ф.Буш «получил образование частью в Кронштадтской госпитальной школе, а частью в хирургическом Калинкинском институте»). Но, не завершив полного курса обучения, в 1788 г. был мобилизован в военный флот и назначен на 64-пушечный корабль «Мечеслав».

После одного из морских сражений, в котором участвовал «Мечеслав», 18-летнему лекарю Бушу пришлось оказывать медицинскую помощь более чем 200 тяжело раненым морякам: с этой задачей ему удалось справиться с честью. Вскоре молодой врач был назначен на 100-пушечный корабль «Владимир», а затем на легкое трехмачтовое судно-шебеку «Минерва», входившее в гребную флотилию. В 1790 г. во время одного из сражений с шведскими кораблями Буш попал в плен и несколько недель вынужден был провести в Стокгольме.

Возвратившись, после заключения мира, в Россию, он поселился в Ораниенбауме, где написал свою первую работу об абсцессах печени. Эта работа обратила на себя внимание, и Медицинская коллегия (в то время высший орган управления медициной в России) назначила Буша сначала прозектором, а потом оператором Кронштадтского адмиралтейского госпиталя. При этом госпитале действовало медико-хирургическое училище и Буш стал преподавать здесь хирургию: в то время ему было только 20 лет. Вскоре он прочитал пробную лекцию «О глазе и слезном свище» и был назначен руководителем кафедры анатомии, физиологии и хирургии Кронштадтского медико-хирургического училища.

Молодой врач быстро завоевал популярность и в 1797 г. стал преподавать хирургию в том самом Калинкинском медико-хирургическом училище, которое окончил девятью годами ранее. Еще через три года, в 1800 г., его пригласили занять кафедру хирургии в открытой незадолго до того в Петербурге медико-хирургической академии: здесь он проработал 33 года, вырос в крупного ученого-хирурга — основоположника первой отечественной хирургической школы. Умер И.Ф.Буш в 1843 г.

Общепризнано, что формирование научной школы обусловливается, прежде всего, наличием крупного ученого, обладающего педагогическими способностями. Буш был отличным, прирожденным педагогом — эту славу он завоевал в Калинкинском медико-хирургическом училище. И когда его назначили профессором хирургии в медико-хирургическую академию, то, как писал его современник доктор И.Т.Спасский, «с сожалением и со-

проводаемый истинным участием своих учеников расстался он с любимым училищем» (1). Сожаление, однако, быстро прошло, когда Буш убедился, какие большие перспективы открываются перед ним.

После организации в 1798 г. Петербургской медико-хирургической академии хирургии студентов обучали Я.О.Саполович и П.Р.Логинов. Став руководителем кафедры хирургии, И.Ф.Буш начал читать лекции не на латыни, а на русском языке, и сразу же обнаружил стремление поставить преподавание хирургии на практическую, клиническую основу. Он доказывал, что к теоретическому обучению «практическое еще обучение у кровати болящего присоединить желательно было» (2). Однако сделать это долго не удавалось — у кафедры хирургии не было своей клиники. В конце концов Бушу удалось осуществить свою идею.

Первая в России хирургическая клиника на 13 кроватей (по сути дела — палата в госпитале) была открыта в 1806 г. благодаря содействию руководителей медико-хирургической академии И.П.Франка и Я.В.Вилье: через год в ней было уже 30 кроватей. Это позволило Бушу проводить клиническую подготовку студентов по хирургии. Сначала студенты курировали больных, вели палатные журналы и присутствовали на операциях, которые делал сам Буш или его помощники: тех из студентов, кто хорошо выполнял операции на трупах, допускали к клиническим операциям. На 4-м курсе каждый студент должен был сделать публично, в присутствии профессора Буша, не менее 4 больших операций у больных, т.е. показать свое умение оперировать. После организации хирургической клиники, писал И.Т. Спасский, было «положено прочное основание к усовершенствованию оперативной хирургии в России и к образованию отечественных операторов, которые могут стать наряду с отличнейшими хирургами чужестранными» (3).

Преподавание хирургии Буш с самого начала стремился проводить на основе последних данных науки и с обязательным практическим уклоном. В этом ему помогали адъюнкты (преподаватели) кафедры, которых он сам подбирал из числа наиболее способных выпускников академии. В начале это был С.Ф.Гаевский, потом М.А.Митрофанов, затем К.Гассинг, С.Калибе, В.П.Малахов, Я.Н.Маслович, И.Н.Михайловский, Г.Я.Высоцкий, Л.Пикулин, В.В.Пеликан, Х.Х.Саломон, И.В.Буяльский, П.Н.Савенко, П.Покровский и др. Многие из этих учеников Буша стали затем видными хирургами, некоторые профессорами хирургии, а И.В.Буяльский вырос в крупнейшего русского хирурга первой половины XIX столетия. Кроме вышеуказанных, своим учителем считали Буша также видные московские хирурги А.И. Поль и А.А. Рихтер, харьковский профессор хирургии Н.И. Еллинский, казанский профессор А.И. Арнгольд и др.

В последние годы преподавание хирургии в академии И.Ф. Буш вел вместе со своим учеником и помощником Х.Х. Саломоном. Это подтверждают, в частности, архивные документы. Так, 12 января 1829 г. И.Ф. Буш в своем отчете писал: «В сентябрьской трети минувшего 1828 г. преподавал я из подробной хирургии учение о головных повреждениях и болезнях лица, ушей, рта и горла. Адъюнкт-профессор Саломон преподавал учение о повязках и показал большую часть хирургических операций на кадаврах. Он же сделал повторение с студентами 4 класса (курса — М.М.)» (4).

Обучению и воспитанию адъюнктов Буш отдавал много времени и сил. Зато, как писал его современник и биограф Д.Лихтенштадт, «он ра-

довался, видя, что из учеников его, сделавшихся потом адъюнктами, готовятся достойные ему преемники, которым ему можно будет с полной уверенностью передать и кафедру и клинику» (5). Буш стремился, прежде всего, обучить своих многочисленных учеников, которые в процессе учения становились его помощниками, хирургическому умению производить простые и сложные операции, подчеркивая научный характер хирургии, важность знания анатомии. «Великая расторопность, тонкость и твердость в отправлении суть свойства оператора, — писал он — ...кроме телесных и душевных свойств для занимающегося производством операций... потребно знание: практической анатомии и механики, строения и употребления различных инструментов, повязок и хирургических машин» (6).

За время работы И.Ф.Буша в медико-хирургической академии у него обучались хирургии свыше 2 тысяч врачей-выпускников академии. Были среди его учеников и выпускники университетов (русских и иностранных). Так, лекции И.Ф.Буша слушал в академии выпускник Московского университета молодой врач М.Я.Мудров (будущий профессор и известный ученый), который с 1801 г. в течение полутора лет был прикомандирован для усовершенствования к морскому госпиталю в Петербурге (7).

Бушу поручалось также экзаменовать по хирургии иностранных врачей, поступавших в русскую службу, и выпускников университетов. Когда, например, в Петербурге выпускники русских университетов — кандидаты в Профессорский институт в Дерпте — держали экзамен, их знания проверяли профессора медико-хирургической академии Д.М.Велланский и И.Ф.Буш. Среди кандидатов был, как известно, и юный Н.И.Пирогов. «Буш спросил у меня, — вспоминал впоследствии Пирогов, — что-то о грыжах, довольно слегка... А я, признаюсь, трусил. Где, думаю, мне выдержать порядочный экзамен по хирургии, которой я в Москве вовсе не занимался! Радость после выдержания экзамена была, конечно, большая» (8).

Анализ истории науки показывает, что, как правило, для возникновения каждой большой научной школы нужен крупный ученый, признанный авторитет в своей отрасли знаний, вокруг него и образуется научная школа. Не был исключением из этого правила И.Ф.Буш.

Нет сомнений в том, что Буш был крупнейшим ученым-хирургом своего времени: современники заслужено называли его «европейской знаменитостью». Правда, научное творчество Буша не поражает, на первый взгляд, широтой интересов и количеством научных работ, которых у него, по данным историков хирургии, было 22. Однако все его труды, и в первую очередь «Руководство к преподаванию хирургии», отличаются энциклопедичностью, глубиной научного анализа, проникновением в сущность исследуемых проблем.

Главный труд И.Ф.Буша — первое отечественное обобщающее руководство по хирургии («Руководство к преподаванию хирургии») — впервые был издан в 1807 г. Три тома (части) этого «Руководства» были посвящены соответственно общей, частной и оперативной хирургии. В течение трети века «Руководство» Буша являлось основной книгой, по которой обучались хирургии русские студенты и врачи. Все-таки, несмотря на свое «педагогическое» название, «Руководство» было не только учебником, но прежде всего капитальным научным трудом, в котором обобщались новейшие достижения хирургии, в том числе достижения и научно-клинический опыт самого И.Ф.Буша. В частности, не подлежит сомнению, что аб-

согутное большинство рекомендованных им (иногда со ссылками на других хирургов) методов лечения Буш либо применял сам, либо их использовали его ученики.

В первой части своего руководства, посвященной общей хирургии, Буш анализировал важнейший патологический процесс — воспаление, причины которого были как внутренние, так и внешние — механические и химические. В соответствии с этим, перечисляя разные виды воспаления, он полагал, что их возникновение зависит «от силы сцепления частиц, от смены органического вещества и строения частей; от расположения, рода и силы болезнестворного влияния» (9).

Воспалительные заболевания — фурункулы («кровавые вереды»), карбункулы («огненные»), абсцессы, флегмоны, рожа, лимфангоиты, тендовагиниты и др. — часто встречались тогда в практике, причем диагностика и лечение их представляли большие трудности для врачей. И.Ф. Буш подробно описал симптоматику этих заболеваний, их течение и наиболее рациональные способы лечения — такие, например, как удаление воспаленных тканей, или прижигание каленым железом при карбункуле, мази, пластиры, примочки и тепловые процедуры при начинающихся абсцессах и флегмонах и обязательное вскрытие гнойников при нагноении. Детально рассматривалось лечение отморожений, ожогов и особенно гангрены («antonova огня») — очень частого и грозного осложнения хирургических вмешательств.

Основываясь на собственном опыте, И.Ф.Буш подробно описал все известные тогда формы гангрены — госпитальную, старческую и др. Происхождение гангрены и других осложнений в ране объяснялось, в соответствии с уровнем медицины того времени, действием «развивающегося миазматического яда». Соответствовали своему времени и рекомендуемые способы лечения, например, т.н. «противовоспалительное лечение», включавшее в себя кровопускания («кровокидания»), прохладительную диету, применение слабительных, рвотных, промывательных и другие ослаблявшие организм методы.

В «Руководстве» была детально описана клиническая симптоматика разнообразных опухолей — таких как липома («тучный нарост»), кисты («мешочная опухоль»), саркома («мясной нарост»), гемангиома («губчатая кровяная опухоль»), рак, скирр и др. Рекомендовались как консервативные, так и особенно оперативные (но щадящие) методы лечения: «иссечение есть лучшее средство, пока повреждение ограничено, т.е. совершенно истреблено быть может» (10). Много места отводилось ранам — этот раздел представлял особый интерес для военных врачей. Подчеркивалась необходимость извлечения инородных тел («его извлечь должно, что первый предмет лечения составляет»); при рубленых, резаных ранах рекомендовалось применять шов («сухой или кровавый»). Исходя из собственного опыта, Буш рекомендовал (задолго до появления антисептики) прикладывать к нагноившимся ранам спиртовые, свинцовые и другие повязки, а края ран стягивать липким пластырем, не менять часто повязки.

И.Ф.Буш внес важный вклад в развитие отечественной травматологии: ему, в частности, принадлежат ценные рекомендации начинать движения в суставах через 2 недели после повреждения, т.е. проводить раннее функциональное лечение. Всесторонне разобрал Буш вопросы лечения

переломов и вывихов костей, в том числе огнестрельных переломов. Много внимания он уделил кожным, отоларингологическим, глазным, стоматологическим, гинекологическим и урологическим заболеваниям — все они «входили» тогда в хирургию. Он говорил также об оспопрививании (и рекомендовал технику прививки коровьей оспы по Дженнери), пользовании горчичниками, пиявками, шпанскими мушками, нарывным пластырем, банками и пр. Впрочем, были у Буша и наивные, и просто неразумные (но выдержаные в духе того времени) советы, например, «пораженных молнией... зарывать в свежую землю, оставляя рот и нос открытыми» (11).

Капитальный труд И.Ф.Буша пользовался большой популярностью у студентов-медиков и врачей и несколько раз переиздавался, причем в каждое новое издание автор вносил многочисленные и весьма существенные добавления и исправления, отражавшие новейшие достижения хирургии. Как свидетельствуют архивные документы, 7 июля 1833 г. «Конференция (медицинско-хирургической академии — М.М.) положила отпечатать сочинение 5 изданием... конференция нашла, что издание не только вновь отработано, но более нежели в третью часть пополнено новейшими открытиями и усовершенствованиями... Принимая по сему во уважение, что издание стоило г.сочинителю многолетних больших трудов, и что оно принесет величайшую пользу по части хирургии не только учащимся в сей академии, но и многим российским врачам, единогласно положила выдать г.Бушу годовой оклад его жалованья... из суммы, за продажу книг вырученной, и сто экземпляров самого сочинения» (12).

В своих научных трудах Буш опирался, конечно, не только на свой опыт и опыт своих учеников, но и на результаты, достигнутые мировой наукой. Он знал иностранные языки и, как правило, был отлично осведомлен обо всем, что делалось в хирургии Западной Европы, как каждый настоящий ученый, не отставал от времени, широко пользовался огромным фактическим материалом, который накопила медицинская наука во всем мире.

Отличительной особенностью научного творчества Буша был подчеркнуто рациональный анатомический (а по многим вопросам — и анатомо-физиологический) подход к проблемам хирургии. Кстати, свою науку он, не в пример западно-европейским коллегам, никогда не отделял от медицины: хирургия — неотъемлемая часть медицины, не уставал повторять он в своих трудах, подчеркивая необходимость для хирургов не только хорошо оперировать, но и правильно диагностировать заболевания. Так, в статье о грыже овального отверстия он писал: «К распознаванию оной весьма много способствует исследование причин и припадков в страждущей внутренности при других явлениях, свойственных грыжам» (13).

Анализируя состояние современной ему хирургической науки и практики, Буш демонстрировал подлинно научное понимание проблемы, указывая, что для улучшения хирургии необходимо «точнейшее познание происхождения болезней», знание физиологии и патологии, а также уменьшение числа «хирургических орудий, доведение многих операций до совершенства и открытие новых способов оперирования» (14). В его клинике применяли ряд новых тогда хирургических инструментов, в т.ч. бужи, дилиятаторы уретры, литотомы: он одобрительно отзывался об эласти-

ческих катетерах и начал применять их первым среди русских хирургов. Характерно, что именно И.Ф.Буш и руководимое им врачебное общество¹ поддержали первые в России переливания крови, которые произвел петербургский городской акушер доктор медицины А.М.Вольф. «По требованию бывшего тогда председателем общества... заслуженного профессора и академика И.Ф.Буша, — писал доктор Вольф, — я составил и читал там в 1838 году записку о первом сделанном мною (в 1832 г. — М.М.) переливании крови» (15).

Буш был опытным клиницистом-диагностом, его отличал индивидуальный и всегда гуманный подход к больному. Но, конечно, прежде всего он был отличным хирургом-оператором. В своей клинике он производил такие сложные по тем временам операции как ампутации бедра и голени, трепанации черепа, грыжесечения и др. «Лучшие петербургские врачи того времени, — писал современник и биограф Буша Д.Лихтенштадт, — советовались с ним... сперва в случаях собственно хирургических, а потом и в чистых терапевтических» (16).

С большим уважением относился к И.Ф.Бушу и Н.И.Пирогов. В своей работе «О трудностях распознавания хирургических болезней...» (1854) он описывал больного, у которого И.Ф.Буш «произвел... несколько лет назад очень трудную операцию с величайшей тщательностью и искусством (речь шла об удалении опухоли локтевого сустава — М.М.)... Проф. Буш... вылущил опухоль и, как я слышал, должен был накладывать очень много лигатур для устранения значительного кровотечения» (17).

Знающий и образованный врач, И.Ф.Буш, как показывают его труды, интересовался историей медицины и хирургии. В своем «Руководстве» он кратко, но весьма добросовестно проанализировал развитие этой науки, подчеркнув, что «хирургия есть часть врачебной науки, изъясняющая наружные местные болезни и лечение оных как внутренними, так и наружными химически или механически действующими средствами» (18). И.Ф.Буш решительно порицал разделение медицины и хирургии, еще сохранившееся в то время кое-где в Европе. «Отделять хирургию от медицины, — писал он, — ...есть дело не соответствующее цели сих наук». Именно анализ (хотя и весьма краткий, порой конспективный) истории медицины позволил ему высказаться против «вредного, от оных времен доныне продолжающегося, впрочем, по причине обширности, частию необходимого разделения всей врачебной науки на фармацевтическую, медицинскую и хирургическую части» (19). Говоря о средневековой хирургии, он подчеркивал ее слабые места: «средств выдуманных и сложных было много, но об операциях мало старались», и выступал против «тягостного невежества», за «необходимость в лучших познаниях». Буш призывал хирургов вооружаться знанием своей науки, особо указывая, что «знание такого должно быть а) историческое, б) материалов и работы» (20).

Основоположник первой отечественной хирургической школы, И.Ф.Буш более 30 лет возглавлял кафедру хирургии в медико-хирургической академии, воспитал многочисленных учеников. Хотя в дальнейшем все они обретали самостоятельность, но в своей научно-практической дея-

¹ Это общество называлось Обществом немецких (фактически российских — М.М.) врачей в Санкт-Петербурге и выросло из упоминавшегося «кружка немецких (фактически российских — М.М.) врачей», образовавшегося в столице России в 1792 г.

тельности продолжали разрабатывать актуальные проблемы хирургии в соответствии с идеями своего учителя, с его анатомо-хирургическим направлением, с его принципами «щадящей» хирургии, с его гуманным, индивидуальным подходом к больному. Однако сам Буш почувствовал, что отстает от уровня развития хирургии и поэтому решил оставить преподавание в медико-хирургической академии: он обратился с просьбой об отставке, мотивируя это ухудшившимся состоянием здоровья.

Архивные документы свидетельствуют, что 10 марта 1833 г. президент медико-хирургической академии Я.В.Виллие направил министру внутренних дел письмо, в котором говорилось: «Академик и заслуженный профессор императорской медико-хирургической академии действительный статский советник Буш в поданном в конференцию прошении изъясня, что по причине слабости здоровья, усиливающейся почти ежедневно, он не в состоянии далее продолжать преподавание лекций без опасения расстроить тем последние силы, просит об увольнении его от академии на законном основании. Принимая во внимание сии причины и равно преклонные лета г.Буша и соглашаясь посему на просимое им увольнение я... при сем не могу не присовокупить, что г.Буш долговременно отлично-усердно службой, понесенными им трудами на пользу академии и обширными сведениями своими бесспорно оказал большие заслуги сему заведению...» (21).

Высокий авторитет И.Ф.Буша и лестная характеристика всесильного тогда Я.В.Виллие сыграли свою роль. Было принято правительственное решение, в котором «в уважение и верную отличную и многолетнюю службу академику Буша и оказанные им заслуги» говорилось о необходимости «справедливым и пользы академии соответственным удержать его при оной, посему... уволив Буша только от преподавания лекций, оставить при академии с званием почетного члена и в должности непременно члена конференции оной...» (22).

Следует подчеркнуть, что, как отмечали современники, Буш был выдающимся преподавателем. «Не взирая на несовершенство российского языка, — писал о нем московский профессор М.Я.Мудров в начале XIX века, — он читал хирургию, как оратор; в его лекциях было собрано все, что было известно до тех пор. В чтение своих лекций он умел вложить всю свою душу, заразить своих слушателей тем увлечением, пробудить в них ту любовь к медицинским наукам, которыми сам дышал». За свою преданность делу, честность и справедливость он пользовался общим уважением среди врачей и студентов. Вообще Буш, хотя и не был выдающимся техником и даже, вследствие своей близорукости, по отзыву проф.Мудрова, имел в этом отношении некоторые недочеты, благодаря указанным качествам бесспорно должен быть отнесен к выдающимся хирургам своего времени (23).

В 1838 г. с большой торжественностью было отпраздновано 50-летие научно-практической деятельности И.Ф.Буша. Правительство пожаловало ему орден и денежную награду. В медико-хирургической академии учредили премии его имени — за лучшее сочинение по хирургии и лучшему выпускнику академии. «Г-н Буш имеет столько признательных учеников и почитателей его знаний, — писал журнал «Отечественные записки», — что пятидесятилетний юбилей празднован был в одно время в Санкт-Петербурге, в Москве, Варшаве и даже в некоторых городах Сибири» (24).

«Большая часть русских врачей нашего времени обязана вам своим образованием, — писали И.Ф.Бушу к его юбилею в 1836 г. московские врачи. — В числе ваших учеников имели счастье быть и мы. Каждый из нас с признательностью, с благоговением вспоминает назидательные ваши наставления, которые, равно как и собственный ваш пример, послужили нам лучшим путеводителем на поприще деятельной жизни» (25): это письмо подписали, среди других, известные московские профессора-хирурги А.И.Поль, Г.Я.Высоцкий, А.А.Рихтер.

Деятельность основоположника первой русской хирургической школы И.Ф.Буша имела огромное значение в истории отечественной медицины. Главное состоит в том, что Буш и его ученики (а это были, как уже указывалось, профессора И.В.Буяльский, Х.Х.Саломон, П.Н.Савенко, И.В.Рклицкий, В.В.Пеликан, С.Ф.Гаевский, Н.И.Еллинский, Г.Я.Высоцкий, А.И.Поль, А.А.Рихтер, А.И.Арнгольд и многие известные врачи), созданная им школа, заложили и развили те научные традиции, без учета которых нельзя объяснить стремительный взлет хирургии в России, связанный с именем великого Пирогова: блестящие пироговские труды были во многом обусловлены предшествующей историей русской хирургии, в которой И.Ф.Буш и основанная им школа занимали самое почетное место.

3. Яков Виллие: родился в Шотландии, прославился в России

Контакты и дружеские связи медиков России и Великобритании, зародившиеся еще в XVI веке, продолжали плодотворно развиваться и в последующем. Своеобразным символом этих связей в конце XVIII — начале XIX веков стала жизнь и деятельность Якова Виллие — известного российского хирурга, врача, ученого, деятеля военно-медицинской службы.

Яков Васильевич Виллие (James Willie) родился в 1768 г. в Шотландии. Его родители — отец Вильям Виллие и мать Джанет Майлджен — были бедными крестьянами и жили в небольшом городке, называвшемся Кинкордин-на-Форте. Тон в семье задавала мать: она экономила во всем и собирала пенсы с тем, чтобы обеспечить своим сыновьям университетское образование. Первое событие в жизни Виллие, о котором имеется точная информация, показывает несгибаемую волю его матери, которая твердо решила, что ее сын должен добиться места под солнцем. Внук младшего брата Виллие, Вальтер Виллие, вспоминал:

«Будучи юношей, он (Джеймс Виллие) был определен в качестве подмастерья к врачу в своем родном городе: однако он убежал с тем, чтобы стать моряком, поскольку отношение к нему было грубым. Его мать, женщина с весьма сильным характером и глубокой религиозной верой, отправилась в поисках его в небольшой морской порт Крамент-на-Форте, и поднявшись на борт небольшой шхуны, которая была пришвартована там, вытащила его на берег за шиворот и, как говорят, не разжала своей руки до тех пор, пока не привела его обратно в Кинкордин. Как бы то ни было, на обратном пути они были застигнуты штормом и вернулись домой, претерпев немало злоключений. Что касается шхуны, с которой хотел связать

свою судьбу Виллие, то в эту штормовую ночь она пошла на дно» (1). Виллие изучал медицину в Эдинбурге, очевидно, так же, как в свое время Роберт Эрскин, — учеником известного врача. Однако, в отличие от Эрскина, он посещал и университет в Абердине.

Шотландские университеты предоставляли возможность получить звание доктора медицины всем, независимо от социального статуса — в противоположность Оксфорду и Кембриджу, где необходимыми условиями являлись средства (богатство), социальный статус и принадлежность к официальной церкви. Несомненно, однако, что для того, чтобы пройти путь до получения звания доктора медицины в Шотландии, требовалась большая целеустремленность, и вся последующая жизнь Виллие свидетельствовала о том, что это качество было одной из наиболее отличительных черт его характера.

Трудоспособность и целеустремленность — эти присущие Виллие качества, наряду с изрядным везением, а, возможно, и то обстоятельство, что конкурировавшие с ним другие врачи были менее способными и не получили той высокой квалификации, которую ему удалось получить, — вот что, по мнению британского историка медицины Д.Блэйра, определило, в конечном счете, последующие успехи Виллие и его высокий социальный ранг. Именно его шотландское наследие, с чувством независимости и установкой на высокий стандарт, способствовало этому.

Правда, Виллие были присущи и менее позитивные черты шотландского характера: он был замкнутым, лишенным щедрости и суровым в стиле своего общения. Как констатирует один из его современников, нарисовавший его портрет при жизни, у него было «много своеобразия (ссылка на его склонность) и весьма неизысканные манеры»: замкнутость и необщительность, по словам Д.Блэйра, считаются типичными для шотландцев чертами, а склонность или, как сами шотландцы называют это качество, «бережливость», — также типичная негативная черта шотландцев. Об абердинцах, например, говорят, что они наиболее скупы среди всех других шотландцев. Впрочем, вполне возможно, что Виллие вовсе не был так скончен, как это изображают, поскольку значительную долю приобретенного впоследствии в России богатства он использовал для того, чтобы создать больницу в Петербурге, а остальные свои средства завещал царю. Бедные шотландские родственники получили также определенную сумму — семьдесят тысяч фунтов стерлингов, когда они начали судебные споры по завещанию Виллие (2).

Таков «шотландский аспект» личности русского хирурга.

Виллие был высокого роста, крепкого сложения. Он отличался личной храбростью, имел три ранения и был весьма преданным человеком. Честолюбие, которая, по мнению Д.Блэйра, отличает его от типичного шотландца — это полное отождествление себя со страной, в которую он приехал. Характерно, что Виллие, живя в Петербурге, никогда не приезжал в Шотландию, хотя его брат навещал его в России.

Еще в бытность студентом, когда Виллие в 1787-1790 гг. изучал медицину, он обнаружил особую склонность к хирургии и брал частные уроки у профессоров Эдинбургского университета: анатома Файфа и хирурга Росселя. В 1790 г. он получил университетский диплом и стал врачом.

По приглашению русского правительства молодой начинающий врач Виллие, в числе других иностранных врачей, приехал в Россию. Здесь он,

прежде всего, в Медицинской коллегии сдал специальный экзамен, установленный для иностранных врачей: в комиссию, проверявшую его знания, входили видные русские врачи Н.М.Максимович-Амбодик, Д.С.Самойлович, И.К.Карпинский. Выдержав экзамен, он был назначен старшим врачом Елецкого пехотного полка, а в 1794 г. стал штаб-лекарем.

Уже тогда Виллие приобрел репутацию искусного хирурга: так, адъютанту прославленного русского полководца А.В. Суворова он произвел сложную по тем временам операцию извлечения пули, засевшей в поясничном позвонке. В 1795 г. он вышел в отставку и в течение нескольких лет был домашним врачом крупного вельможи, не прекращая, однако, занятий хирургией. В эти годы он успешно выполнил ряд технически сложных вмешательств, таких как ларинготомия и ампутация верхних конечностей. Хирургическое мастерство Виллие обратило на себя внимание — он стал придворным оператором (1798) и лейб-хирургом (1799). В это же время он трудился в Петербургском генеральном сухопутном госпитале, бывал там почти ежедневно, оперировал, в течение года преподавал хирургию молодым врачам: среди этих врачей были В.П.Малахов, О.К.Каменецкий, М.А.Митрофанов — ученики видного русского хирурга И.Ф.Буша, ставшие затем известными хирургами. Как писал доктор В.С.Сахаров, Виллие «занимался со студентами 4-го курса топографической анатомией и заставлял их делать, под своим руководством, операции на трупах и на живых людях» (3). В 1800 г. Медицинская коллегия признала его доктором медицины и хирургии «за искусство и знание во врачебной науке и оказание в пользовании больным отличных успехов» (4): ранее, в 1794 г., он получил степень доктора медицины Абердинского университета, по-видимому, заочно — тогда это было возможно.

В 1803 г. Виллие возвращается на военно-медицинскую службу. Вскоре в его жизни произошло знаменательное событие — в 1806 г. он назначается главным военно-медицинским инспектором русской армии: в этой должности Виллие оставался почти пятьдесят лет и многое сделал для совершенствования военной медицины, особенно в годы наполеоновских войн и Отечественной войны 1812 г.

Став главным военно-медицинским инспектором и находясь в действующей армии, Виллие участвовал более чем в 50 сражениях, в т.ч. сражениях при Аустерлице, Гутштате, Анкендорфе, Гейльсберге и Фридланде, Прейсиш-Эйлау, при Витебске, Смоленске, Бородино (здесь он оказывал помощь раненому русскому полководцу Багратиону), Кульне, Лейпциге и всех других битвах с наполеоновской армией, а также в сражениях русско-турецкой войны. В действующей армии он не только руководил деятельностью медицинской службы, но много и успешно оперировал как врач-хирург. Правда, во время одной из операций пострадал он сам: в 1805 г., оперируя раненого с гангреной, Виллие уколол указательный палец левой руки и, вследствие наступившего гнойного заражения, палец пришлось удалить.

Современник писал о Виллие, что он «делал хирургические операции на самом поле битвы под выстрелами неприятельскими». Так было и в годы наполеоновских войн в Европе, и битв Отечественной войны 1812 г., и сражений русско-турецкой войны 1828 г. Например, во время русско-турецкой войны он производил на поле боя сложные хирургические операции, такие как экзартикуляция (вычленение) плечевой кости и перевязка

лучевой артерии — последнюю он сделал ночью, на перевязочном пункте, при свете сальных огарков.

Я.В.Виллие внес большой вклад в развитие высшего медицинского образования в России. С 1808 по 1838 гг., в течение 30 лет, он был президентом Петербургской медико-хирургической академии и во многом способствовал превращению ее в один из центров русской медицинской науки. Он явился также одним из инициаторов издания «Всеобщего журнала врачебной науки» (1811), а затем — «Военно-медицинского журнала» (1823), выходящего и поныне.

Естественно, что самое большое внимание Виллие уделял развитию военно-полевой хирургии. Это по его инициатве «для поощрения хирургических занятий» в число ученых медицинских степеней была включена степень медико-хирурга: этой степени присвоены были права и преимущества докторского звания, она давалась Петербургской медико-хирургической академией по представлении довлеетворительного описания не менее трех произведенных с успехом важных хирургических операций. На казенном инструментальном заводе при непосредственном участии Виллие было изготовлено много новых хирургических инструментов, которые вошли в специально сформированные наборы — корпусные, полковые, батальонные ящики, а также госпитальные и фельдшерские наборы: к каждому набору Виллие составил список инструментов, указал способы их хранения.

Виллие плодотворно занимался многими разделами военной и гражданской медицины, был высокообразованным врачом и ученым — об этом достаточно убедительно свидетельствуют его научные труды. Еще будучи старшим врачом Елецкого пехотного полка, он выполнил свою первую научную работу — о применении на практике предложенного им метода лечения мышьяком перемежающихся (так называемых болотных) лихорадок (1794). Свой метод он использовал для лечения солдат и в ряде случаев добился успеха, хотя пришел к выводу, что мышьяк при перемежающихся лихорадках помогает далеко не всегда (скорее всего, именно эту работу он представил в Абердинский университет как докторскую диссертацию).

Виллие прошел в русской армии все ступени военно-медицинской службы — начал полковым лекарем, а закончил главным военно-медицинским инспектором. Он много занимался совершенствованием военно-медицинской службы. Так, им были составлены различные положения и инструкции, регламентировавшие деятельность полковых лазаретов, обязанности полковых и батальонных лекарей, функции подвижных и военно-временных госпиталей. По своему содержанию это были труды, содержащие свежие, оригинальные мысли, опиравшиеся на анализ деятельности военных медиков и опыт военных врачей русской армии, в т.ч. на собственный опыт Я.В.Виллие. Военным врачам были адресованы составленные им «Наставление, служащее руководством врачам, при наборе рекрут находящимся» (1806) и «Наставление для руководства при назначении нижних воинских чинов из госпиталей в неспособные» (1808).

Среди работ Виллие следует отметить большой научный труд фармакотерапевтического содержания — полевая фармакопея, предназначенная, прежде всего, для военно-медицинской службы. Этот труд выдержал четы-

ре издания (1808, 1811, 1818, 1840), причем каждый раз Виллие дополнял и перерабатывал его в соответствии с прогрессом медицины и химии: 4-е издание представляло собой труд размером около 800 страниц на латинском языке. Он написал этот труд как справочник для врачей, в котором привел и названия врачебных средств, и болезни, при которых следует применять те или иные лекарства: фармакопея представляла собой, по сути дела, и научное сочинение, и практическое руководство.

Ряд работ Виллие был посвящен различным, часто встречавшимся тогда инфекционным заболеваниям: в этих работах он писал, в частности, и о профилактике этих заболеваний. Так, в его работе «Способы очищения воды» (1827) содержались важные практические рекомендации о различных способах «фильтрации загрязненной воды (через песок, уголь, сукно) с последующим использованием ее для питья и приготовления пищи» (5). В своем труде «О желтой американской горячке» (1805) Я.В.Виллие всесторонне проанализировал нередко появлявшуюся тогда у русских моряков в плаваниях и встречавшуюся в южных областях России желтую лихорадку. Небезинтересны были мысли Я.В. Виллие о причинах лихорадок и инфекционных болезней, «о происхождении зараз». Наряду с наивными рассуждениями о «повсеместных поветриях», об «удушливом веществе» в воздухе и даже о «притягательной силе Луны», здесь встречалось, например, такое: «Касательно распространения заразительных болезней должно знать, что зараза, находясь в известном месте, может сообщаться жильям, платью и постелям, к коим прильнув и часто через долгое время, не сказывая своего действия, опять появляется... Самая моровая язва, по моему мнению, ничто иное есть, как высочайшая степень заразы» (6). Эти высказывания Я.В.Виллие по эпидемиологии инфекционных заболеваний были чрезвычайно важны, так как во многом обусловили систему профилактики этих болезней в русской армии (да и среди населения России) в первой половине XIX века.

Не менее важным было указание Виллие, что для предупреждения заразных болезней «употребление бань и мытия столько полезно, что между первыми медико-хирургическими лечениями почестться должно»; не отвергал он и таких мер, как «обмывание всякой посуды и опрыскивание водою известковою, простою, морскою или соленою, посыпание едкой известью стен, мест зараженных». В то же время не одобрял он широко использовавшегося окуривания серой, ладаном и пр.: «признаться должно, что курительные вещества, столько одобляемые, хотя обновляют воздух, однако ж нередко великий от них происходит вред» и рекомендовал лишь «курения парами совершенных минеральных кислот». Необычной была одна из глав книги, которую Виллие назвал «Пособия и предосторожности со стороны правительства» (т.е. администрации) и в которой утверждал, что «правительство обязано... иметь неусыпное бдение о вспомоществовании народу» и проводить главные меры борьбы с инфекционными болезнями — заботиться о качестве продовольствия, следить за чистотой улиц и колодцев и погребением умерших, устраивать карантины, запретить сборища и праздники, а также «излишнее употребление хмельных напитков и излишнюю работу» и т.п. (7). Особенно важны были рекомендованные Виллие гигиенические и противоэпидемические меры в больницах и госпиталях.

Интересовался Я.В. Виллие и особо опасными (по современной терминологии) инфекционными болезнями. Так, в работе «Практические замечания о чуме» (1829) он детально описал симптоматику этого заболевания, подчеркнув важность «принятия нужных мер предосторожности, каковы, например, устроение карантинов, назначение особой комиссии, и, в случае надобности, госпитали для зараженных чумой» (8). Средствам борьбы с холерой была посвящена его работа «Отчеты о средствах, употребленных против холеры в военных госпиталях в С.Петербурге с практическими замечаниями о свойствах сей болезни» (1831).

Подчеркнуто научно-практический характер носила работа Я.В. Виллие «Практические замечания о болезнях, жаркому климату свойственных» (1828). Здесь были описаны диагностика и лечение дизентерии (в том числе метод лечения, с успехом применявшейся самим Виллие) и диареи (простого поноса, по терминологии Виллие): этими заболеваниями часто страдали находившиеся на Кавказе солдаты русской армии. Военным врачам была адресована и работа Я.В. Виллие «Практические замечания о перемежающихся лихорадках и послабляющих горячках» (1829) — речь шла, прежде всего, о разных видах малярии. Хотя научное творчество Виллие было весьма разнообразным, все-таки, по моему мнению, наиболее важными были его труд по хирургии и практическая деятельность врача-хирурга. Именно это, а также плодотворное, в течение почти полувека, руководство военно-медицинской службой русской армии, обеспечили ему достойное место в истории российской медицины.

Без сомнения, главным научным трудом Я.В. Виллие было «Краткое наставление о важнейших хирургических операциях» (1806). Эта небольшая, но весьма емкая и содержательная книга пользовалась большой популярностью у врачей — военных и гражданских. Работу над ней он начал вскоре после того, как военно-медицинская служба русской армии обогатилась составленными под руководством Виллие различными наборами хирургических инструментов. «Исправив образцы употребительнейших и самых нужных хирургических инструментов, и назначив, какие именно из них должны впредь составлять корпусные, полковые и батальонные ящики, а равно и карманные наборы, кои должен иметь при себе всякий лекарь, — писал Виллие, — я признал нужным вместе издать и краткое наставление о производстве важнейших хирургических операций, основанное не только на советах славных медико-хирургов, но и на собственных опытах» (9).

Труд Виллие был прямо адресован военным врачам, и потому главное внимание в нем уделялось операциям, связанным с оказанием помощи раненым. Так, говоря о «лечении ран, нанесенных огнестрельными орудиями», Виллие подчеркивал: «Раны сии никогда не излечиваются одним соединением и, имея малое отверстие, бывают всегда сопряжены с ушибом и разпранием частей. Следствием чего бывают излияния крови под кожей... нечувствительность, воспаление, антонов огонь и нагноение; ...после нескольких дней... мгновенное кровотечение, показывающее, что важные сосуды повреждены, всегда угрожает опасностью». Особое внимание он обращал на «глубокие и сквозные раны», которые «с трудностью излекиваются».

При лечении ран Виллие советовал поступать следующим образом:

- 1. производи скальпелем расширение отверстий раны при входе и выходе

де. 2. буде нужно, производи противоотверстия, иногда длинные и глубокие, соразмерно величине члена, глубине, суживанию раны и отстоянию одного отверстия от другого». Создание « противоотверстий» было сравнительно новым, но довольно эффективным оперативным приемом, который следовало применять «для споспешествования выхождению или извлечению из ран инородных тел и отломков костей, для удобнейшего перевязывания артерий, для укroщения сильного воспаления, для ускорения нагноения и для способствования выхождению гноя и отделению помертвевших частей» (10). Изложенная здесь тактика хирурга при лечении огнестрельных ран была довольно действенной и сохраняла свое значение в доантисептическую эру в течение многих лет.

Виллие обращал внимание и на лечение осложнений огнестрельных ран. Так, «если рана наконец затвердеет и образует многие свищи», то следовало провести «через канал заволоку». Существенным было его замечание, что для расширения ран вместо инструмента можно использовать «буде можно, палец, который всех проводников вернее и безопаснее». В то же время проникающие ранения грудной и брюшной полостей «не должно никогда ни зондом испытывать, ни расширять», если только не будет обнаружено «присутствия там излитой и осевшейся крови или другой жидкости, либо и воздуха». Виллие был сторонником радикальных методов лечения огнестрельных ран: об этом свидетельствовал, например, его совет удалять инородные тела, которые «крепко сидят в самой кости», для чего «делать в кости просверливание, где возможно и безопасно».

При лечении ран Виллие рекомендовал производить «сожжение» (зашивание). Если раны были нанесены холодным оружием и «не сопряжены ни с выпадением внутренностей, ни с переломом костей и при коих не нужно бывает перевязывание артерий», то следовало использовать «простое соединение». Вот что советовал Виллие: «Очистив таковую рану от спекшийся крови и остановив кровотечение непосредственно после поражения, соедини края раны между собою с помощью ленточек липкого пластиря, пристойной повязки или помощью кровавого сожжения... Такое соединение в самых глубоких ранах одно достаточно бывает для совершенного их излечения, если тому не воспрепятствует худое сложение больного, госпитальная зараза, либо если кашель, движение части или внутреннее кровотечение, коему нужно дать исход, либо выхождение других жидкостей, как-то слюны, в пищу употребляемых веществ и проч., сделавшегося соединения опять не уничтожит» (11).

Таким образом, Виллие высказывал научно обоснованное мнение по поводу лечения ран, нанесенных холодным оружием. Он обращал внимание и на необходимость предупреждения возможных осложнений. Так, касаясь прогноза ран, он особо предупреждал об опасности ранений головы («раны головные бывают смертельны по мере стеснения... мозга»), грудной клетки («грудные раны бывают опасны потому, что легкие больше или меньше стеснены») и брюшной полости («брюшные раны бывают смертельны»). При всех ранах к неблагоприятным последствиям могло привести «кровотечение из больших сосудов или важных органов, например, печени, селезенки, почек и проч., по причине потери великого количества крови», а также кровотечение из малых сосудов. Говорилось и о

«вспалении, коего последствием бывает антонов огонь» — об этом подлинном биче доантисептической хирургии.

Свидетельством активной хирургической тактики Виллие при лечении ран было описание им операции «просверливания» (трепанации) черепа. Рассказав о последовательных этапах этой операции, он в заключение писал: «По вынутии кости старайся об удалении причины, напр. вскрай твердую оболочку... ежели под оною находится кровь, или подымы вдавленную кость, или извлеки отломки оной и так далее... Буде же одно просверливание недостаточно, то сделай второе». Это подтверждали и другие операции — такие как операция «прободения груди», которая «производится при накоплении крови, гноя, воды и воздуха в грудной полости, при переломе ребер или при повреждении артерии... при инородном теле, в груди находящемся», операция «отесечения больных членов» (ампутации конечностей), иссечения пальцев, операции аневризмы и раненых артерий.

Операции на артериях вызывали особый интерес. Дело в том, что хирургические вмешательства на крупных кровеносных сосудах (перевязки) только-только входили тогда в хирургическую практику и заслужено считались одними из самых сложных. Виллие, однако, считал, что всякий хирург должен уметь производить такие операции, а умение это должно было базироваться на отличном знании анатомии. Демонстрируя характерный для русской медицины строго научный анатомо-хирургический подход к оперативным вмешательствам, Виллие писал: «Врач, не знающий совершенно анатомии всех главных артерий, нервов, мышц и проч., их важности и направлений, их начала, прохождения, соединения и настоящего положения, никак не заслуживает сего названия и вместо пособия наносит бедствия роду человеческому. Множество непредвидимых случаев встретиться может, при коих, буде он, по незнанию своему, что-либо замедлит, теряется здоровье, а, может быть, и жизнь больного» (12).

Операцию на артериях Виллие советовал производить как на самом поврежденном месте, так и выше аневризмы, на здоровой части. Описав достаточно сложную технику операции, он особо остановился на смущавшем многих врачей вопросе о физиологической дозволенности такого вмешательства. «Все артерии конечностей тела без исключения, — утверждал Виллие, — даже самую подмышковую и бедренную... ничего не опасаясь, можно перевязывать; посему при ранах таковых артерий одно их перевязывание может спасти жизнь с сохранением члена, не производя то есть отсечения его, которое обыкновенно предписываемо было в подобных случаях, ибо одни соединительные ветви, кои везде находятся, могут доставлять питание члену» (13). Таким образом, опираясь на отличное знание сосудистых коллатералей и их значения в кровоснабжении, Виллие занял активную хирургическую позицию в вопросе об операциях на сосудах, что сыграло положительную роль в распространении этих вмешательств в русской хирургии.

В «Кратком наставлении» Виллие описал 33 различных операции. Здесь были глазные операции (по поводу бельма, слезного свища и пр.), вмешательства в области рта и носоглотки (по поводу заячьей губы, а также трепанация сосцевидного отростка, прободение барабанной перепонки, трахеотомия и пр.), брюшной полости (парацентез), мочеполовой системы

(литотомия, катетеризация мочевого пузыря и пр.). Среди них были и часто встречавшиеся операции, и довольно редкие тогда — например, грыжесечение: «Сия операция, — писал Виллие, — предпринимается при ущемлении наипаче паховой или бедренной грыжи, нимало не медля, когда вышедшие внутренности через вправление... в полость брюшнуюозвращены быть не могут».

Книга Виллие была адресована не только военным, но и гражданским хирургам: об этом свидетельствовали разделы, посвященные таким операциям как «вырезывание женской груди», кесарское сечение и даже пособие при трудных родах.

В заключение своего труда Виллие призывал хирургов постоянно совершенствоватьсь в производстве оперативных вмешательств. «Советуется каждому врачу, — писал он, — повторять чаще все важнейшие хирургические операции на мертвых телах и не пропускать никакого случая привучать себя к производству над живыми и самых малых операций... Со стороны оператора требуется, что он, сколько бы ни имел решительности, твердости в руке и спокойствия в духе, сколько бы он ни был уверен в своем искусстве, отнюдь не должен переставать в рассечениях мертвых тел упражняться, как для того, чтобы знания анатомические всегда оставались у него в свежей памяти, так и для того, что через сие приобретается ловкость и проворство в производстве операций» (14).

Адресуя свой труд практическим врачам и рекомендуя им апробированные, проверенные наукой, практикой и собственным опытом способы операций, Виллие, однако, отнюдь не стремился сделать свое «Наставление» каноническим и тем более запретить применять другие оперативные методы и приемы. Наоборот, он подчеркивал, что врач «не должен оставлять без внимания и других, по-видимому, маловажных образов производства, и намерений других славных операторов, ибо оные без сомнения откроют дорогу, как ему поступать в разных и неожиданных случаях, которые всякого малознающего хирурга могут привести в замешательство». Эти слова характеризуют Виллие как врача-гуманиста, сторонника научного прогресса в хирургии, который интересы спасения жизни и здоровья больных ставил гораздо выше авторского самолюбия.

К «Наставлению» Виллие приложил список хирургических инструментов, входивших в различные военно-медицинские наборы («ящики»). Так, в батальонном наборе было 9 инструментов, в полковом — 24, а в корпусном — 106 инструментов. Таким образом, в распоряжении русских военных врачей начала XIX века были практически все использовавшиеся тогда хирургические инструменты, что позволяло им производить широкий круг хирургических, да и не только хирургических вмешательств.

«Наставление» Виллие было фактически первым, хотя и чрезвычайно кратким и не систематичным, руководством к изучению хирургии, в особенности — оперативной хирургии. Оно было выпущено карманным форматом и вручалось как премия лучшим выпускникам Петербургской медико-хирургической академии. Вслед за руководством Виллие появились труды других отечественных хирургов, в т.ч. Е.О.Мухина (1806) и капитальное «Руководство к преподаванию хирургии» И.Ф.Буша (1807). Эти первые обобщающие труды сыграли важную роль в последующем развитии российской хирургии.

В 1827 г. в России побывал английский врач Аугуст Боцций Гранвилл. Он посетил ряд городов России — Петербург, Ригу, Ревель, Варшаву и др., а по возвращении в Лондон издал свои путевые записки. Особый интерес вызвала у него медицина Петербурга. Здесь он, в частности, встретился с Виллие, отметил, что тот издал отличную пространную фармакопею, что он возглавлял военно-медицинскую службу русской армии и что по его указанию стал издаваться «Военно-медицинский журнал». Однако, дав высокую оценку русским хирургам Николаю Арендту, Христиану Саломону, Петру Савенко и др., о Виллие Гранвилл отзывался прежде всего как о военно-медицинском администраторе (15). К сожалению, подобная точка зрения преобладает и во многих историко-медицинских работах. Согласиться с этим нельзя.

Повторяю: есть все основания считать, что родившийся в Шотландии Я.В.Виллие — не только видный организатор военной медицины, но и выдающийся российский хирург, врач, ученый. Недаром в Петербурге, у клиник медико-хирургической академии, еще в XIX веке ему был поставлен памятник (он стоит там и сейчас).

...Рассказывают, что решив жениться, Виллие послал своей избраннице в Шотландию предложение руки и сердца и приглашение приехать в Петербург. Та, однако, соглашалась стать его женой лишь при условии, что Виллие покинет Россию, вернется в Шотландию. После долгих раздумий на Британские острова ушло его письмо: Виллие сообщал, что свое предложение руки и сердца он берет обратно — любовь к России, его второй родине, оказалась сильнее. Можно добавить, что до конца жизни (Виллие умер в 1854 г.) он так и остался холостяком...

4. Хирурги Гильтебрандты: отец и сын

Имя видного отечественного хирурга Ф.А.Гильтебрандта оказалось незаслуженно забытым. Между тем, еще более ста лет назад известный историк медицины Я.А.Чистович писал, что он был «знаменитый профессор и хирург, который пользовался огромной популярностью в Москве в начале нынешнего (т.е. XIX — М.М.) столетия» (1).

Федор Андреевич (Юстус Фридрих Якоб) Гильтебрандт родился в Германии, в г.Вормсе, 14(25) декабря 1773 г. Он рано остался сиротой, но все же сумел окончить гимназию. В 16-летнем возрасте Ф.А. Гильтебрандт приехал в Россию, которая стала его второй родиной. Здесь он, по-существу, провел всю свою жизнь.

В ноябре 1789 г. в Москве благодаря покровительству своего дяди, И.Д.Гильтебрандта, профессора анатомии и хирургии Московского медико-хирургического училища, он стал студентом этого училища: одновременно он, как и другие студенты-медики, работал в Московском генеральном госпитале. «Во время курса учения, — писал о Гильтебрандте его биограф, известный русский хирург Ф.И.Иноземцев, — он очень ревностно занимался анатомией практически, и постоянными упражнениями в препаратах приобрел ясное и основательное познание строения тела человека и ту ловкость в производстве операций, которой он отличался впоследствии» (2).

Окончив в 1792 г. медико-хирургическое училище и получив звание лекаря, он поступил на службу в военно-медицинское ведомство, стал военным врачом и в течение 3 лет служил в формировавшихся в Москве пехотных батальонах. Но Ф.А.Гильтебрандта тянуло к научной деятельности. Он решил стать адъюнктом (преподавателем) Московского медико-хирургического училища.

Со студенческих лет, помимо хирургии, он много занимался химией и ботаникой — дисциплинами, занимавшими тогда солидное место в медицинском образовании: продолжал он эти занятия и став военным врачом. Когда хорошо знавший его профессор химии и ботаники Московского медико-хирургического училища Ф.Х.Стефан пригласил его на кафедру, Гильтебрандт с радостью согласился. Он прошел испытание, в ходе которого ему было поручено прочесть две пробные лекции — одну по ботанике («Об устройении, сложении, питании, произрождении и разделении трав и растений»), вторую — по химии («О воздухе»). Эти лекции, в соответствии с традициями того времени, он читал на латинском языке. «На сделанном нами ему особливом испытании во врачебной науке, а паче всего в химии и ботанике, — писали производившие испытание профессора И.Д.Гильтебрандт, Ф.Х.Стефан и М.Х.Пеккен, — ...правильными, порядочными и основательными расположением мыслей, такожде и ясным и точным выражением оных удовлетворил он (Ф.А.Гильтебрандт — М.М.) общему желанию нашему и адъюнктом при профессоре химии и ботаники определен быть может» (3).

Почти пять лет Ф.А.Гильтебрандт был адъюнктом химии и ботаники и преподавал эти дисциплины в медико-хирургическом училище. Но в Московском генеральном госпитале, где он вскоре стал работать врачом, Гильтебрандт занимался практической медициной, преимущественно хирургией: уже в 1799 г. он заведовал двумя палатами и проводил активную хирургическую деятельность.

Совмещать занятия хирургией с преподаванием химии и ботаники становилось все трудней и в 1800 г., прочитав предварительно на латинском и русском языке две пробные лекции «О дыхании и произведении животной теплоты» и «О слуховом орудии тела человеческого», Гильтебрандт становится адъюнктом другой, более близкой к хирургии кафедры анатомии и физиологии в Московской медико-хирургической академии, которая была создана на базе медико-хирургического училища. В 1801 г., выдержав экзамен и защитив диссертацию «Draco cephalis monographia», посвященную тяжелым головным болям, он становится доктором медицины и хирургии, а затем, кроме анатомии и физиологии, начинает преподавать еще науку о переломах и вывихах в существовавшей тогда при Московском генеральном госпитале костоправной школе.

Успешные занятия практической хирургией, преподавательская и научная деятельность способствовали тому, что Ф.А.Гильтебрандт приобрел широкую известность как ученый-хирург. В 1804 г. он стал экстраординарным, а в 1808 г. — ординарным профессором хирургии Московского университета: в этой должности он проработал до 1830 г. Одновременно с 1808 по 1839 гг. он был профессором хирургии и клиники наружных болезней Московской медико-хирургической академии, а с 1807 по 1844 гг. — консультантом Мариинской больницы для бедных.

Во время Отечественной войны 1812 г. Гильтебрандт активно участвовал в лечении раненых в Москве и во Владимире, куда он уехал с транспортом раненых в день вступления французов в Москву: он приобрел большой опыт в лечении ран, оказывая помощь многим солдатам и офицерам (в частности, вместе с Я.И.Говоровым лечил раненого русского полководца П.И.Багратиона) и стал признанным специалистом по военной хирургии.

В своих научных трудах Ф.А. Гильтебрандт показал себя хирургом и клиницистом, разделявшим материалистические представления, опиравшимся на данные опытной науки. Так, подчеркивая важность «опытного управления в науках», демонстрируя очевидный материалистический подход, он утверждал: «Упражнение ту доставляет выгоду, что не только через него познаются вещи обыкновенные, но им не руководствуемый человеческий разум выводится из окружающей его тьмы, углубляется во все то, что сокровенно от простого взора и что, без тщательного упражнения, осталось бы навеки неизвестным, и нет вещи, толико неприступной, которой бы не мог он достигнуть» (4).

Гильтебрандт активно пропагандировал передовые методы в медицине. Об этом говорит, например, его отношение к предложенной Дженнером (1796) оспенной вакцинации: как известно, в России первым ее осуществил Е.О.Мухин (1801). Гильтебрандт решительно высказался в пользу осенней вакцинации: он сам произвел такие прививки, а в книге «О прививании коровьей оспы» (1802), переведенной им на русский язык, подчеркнул необходимость широко пользоваться ими в практике (5). В другой своей книге он советовал «заблаговременно воспользоваться спасительным изобретением предохранительного прививания коровьей оспы» (6).

Гильтебрандт уделял много внимания глазным заболеваниям (офтальмология тогда была одним из разделов хирургии). И здесь он пропагандировал и успешно применял новые, по тем временам, методы оперативного лечения болезней глаз, например, катаракты. «Чего могли бы ожидать те, — писал он, — которые лишились зрения от туска (*cataracta*)... если бы хирургия не представляла нам в помощь операцию столь искусную и, в рассуждении благополучного успеха, столь превосходную» (7).

Мастерство Гильтебрандта-оператора высоко ценили его коллеги. Так, именно ему поручила в 1804 г. Медицинская коллегия сделать операцию катаракты крупному чиновнику штаб-лекарю Швану: операция увенчалась успехом. В клинике университета и в Мариинской больнице Гильтебрандт устроил специальные палаты для глазных больных. Он всегда говорил о необходимости применять научно обоснованные методы лечения глазных заболеваний: об этом писал, в частности, и в предназначенных «для народа» книгах «О сохранении зрения» (1804) и «О средствах сберегать зрение и глаза до самой глубокой старости» (1819) (8).

Ф.А.Гильтебрандт всемерно поддерживал плодотворную традицию русской клинической медицины, заключавшуюся в неразрывном единстве медицины и хирургии. Он решительно выступал против тех своих коллег, которые свысока относились к хирургии, считали «сию столь важную науку за ремесло, не требующее дальнейшей образованности, следовательно, в которой всякий, начинающий только еще учиться, или вовсе не имеющий никаких познаний, может иметь хорошие успехи» (9). Хирургия, подчер-

кивал Гильтебрандт, является составной частью медицины: именно поэтому хирург, как и каждый врач, должен быть прежде всего клиницистом. «Кто пожелает счастливо и с хорошим успехом лечить, тот должен наперед значительно рассмотреть историю болезни, — писал Гильтебрандт. — Он должен узнать каждой болезни свойства, силу, ход, состояние, сложность, переход из одной в другую и т.п... Достоверное и полное описание болезни всегда есть первым и важнейшим основанием всякого лечения и... должно предшествовать употреблению лекарств... Никогда и никак не можно допустить употребление лекарства, прежде нежели будет сама болезнь хорошо рассмотрена и определена» (10). Таким образом, Гильтебрандт выступал за этиотропную терапию, против довольно широко распространенного тогда употребления симптоматических средств.

Характерно, что Гильтебрандт призывал к индивидуальному лечению: он советовал «сообразить лечение с местом, временем года, возрастом больного, его привычками, образом жизни». Вот что он писал: «От той же болезни одно лекарство помогает здесь в Москве, а в Грузии надобно другое; так действуем зимой, а летом иначе; одним образом лечатся дети, иначе совершеннолетние, иначе престарелые; ежели от одинаковой болезни дать одно и то же лекарство и пьянице и трезвому, то верно погубишь которого-нибудь из них. Иным образом должно пользоваться царедворца, совсем иначе простого селянина — иначе надобно лечить солдата, иным образом ученых людей».

Что касалось применения тех или иных лекарств, здесь следовало избегать догматического подхода, т.к. «в одной и той же болезни, но в разное время течения оной, часто надобны бывают разные и даже противоположные лекарства, например: в начале болезни даются лекарства такие; совсем другие должно употреблять, когда она придет в силу, и еще особые нужны бывают во время уменьшения ее». Это и неудивительно, считал Гильтебрандт, «ибо тщательно рассматривая состав каждого лекарства, находим во множестве их великое разнообразие: иные из них действительны и полезны, иные же опасны и вредят; одни удобны, другие менее хороши, либо составлены из начал, друг другу противных» (11).

Вдумчивый клиницист, Гильтебрандт особо указывал на важную роль такого раздела медицины, как патология. Об этом он писал еще в своей докторской диссертации (1801); об этом шла речь и в переведенной им на русский язык книге «Начальные основания общей патологии» (1800). Патологию, часто повторял Гильтебрандт, «врач должен совершенно познать прежде, нежели начнет действовать против самих болезней».

Однако наибольшее внимание Гильтебрандт уделял хирургии. В Московском генеральном госпитале, в клиниках Московского университета и медико-хирургической академии, в Мариинской больнице для бедных он развернул активную хирургическую деятельность. Так, он произвел более 3 тысяч одних только операций вырезывания камня мочевого пузыря, причем подавляющее число их окончилось успешно. Успешно производил он и другие, сложные по тем временам операции, — такие, например, как ампутация конечности, операция зоба, удаление груди. «Операции, преимущественно литотомию, он производил с легкостью, ловкостью и скоростью, без всякой торопливости, — писал о Гильтебрандте Ф.И.Иноземцев. — Встречавшиеся во время операций неожиданные препятствия и изменения в больных органах ни на минуту не лишали его хладнокровия.

Лечение его после операций состояло преимущественно в назначении правильного содержания и диеты. Весьма редко прибегал он в этих случаях к лекарствам и после литотомий почти никогда к извлечениям крови, не принимая всякую боль, появляющуюся на другой день операции, за воспаление» (12).

Высоко ценил Ф.А.Гильтебрандта-хирурга учившийся в Московском университете в 20-х годах XIX века Н.И.Пирогов. «Московский университет того времени, — писал Пирогов, — мог похвальиться именами таких ученых, как Юст-Христиан Лодер (анатом), Фишер (зоолог), Гофман (ботаник); таких практиков-врачей, как М.Я.Мудров, Е.О.Мухин, Федор Андреевич Гильтебрандт (хирург)... Федор Андреевич Гильтебрандт, искусный и опытный практик, особенно литотомист» (13).

Гильтебрандт не уставал подчеркивать необходимость подготовки широко образованных хирургов. «Нет ни одной части во врачебной науке, которая бы не должна быть известна хирургу, — утверждал он. — Так, например, без малейшего возражения обязан он знать строение человеческого тела. Химия необходима для хирурга, если он желает иметь более уверенности в своих преднамерениях... Столь же нужно для хирурга и знание ботаники... Можно даже сказать, что хирург непременно обязан знать такие познания, которые для медика не слишком нужны: сюда принадлежат математические и физические науки» (14). В соответствии с этим он строил свой курс преподавания хирургии.

Именно Гильтебрандт первым начал преподавать в 1804 г. в Московском университете самостоятельный курс хирургии — до того изучение этой науки было объединено с изучением анатомии. Преподавание хирургии он впервые в университете проводил в условиях клиники — в хирургической клинике (институте). После пожара Москвы во время Отечественной войны 1812 г. именно Гильтебрандт выступил с предложением вновь создать в университете хирургический, а также клинический и повивальный институты.

Как свидетельствуют архивные документы, в решении Совета императорского Московского университета, принятом 1 июня 1814 г., говорится: «По представлению в отделение Врачебных наук Г.Ординарного Профессора Гильтебрандта, что он, желая споспешствовать пользе студентов врачебного отделения и доставить им удобнейший случай не только видеть, но и учиться делать хирургические операции над больными, предлагает открыть снова хирургический институт в приличном месте на основании Высочайше конфирированного Университетского Устава § 7, Врачебное отделение, находя, что таковое открытие... действительно необходимо для усовершенствования Медицинских студентов в делании разного рода операций, испрашивает о вторичном учреждении не только Хирургического, но также Клинического и Повивального институтов» (15).

Прошло, однако, немало времени, прежде чем институты (клиники) университета начали действовать. Об этом свидетельствовало письмо Ф.А. Гильтебрандта вправление университета, посланное 15 октября 1815 г., в котором он считал «необходимо нужным для хирургического Клинического института купить разных вещей для шести кроватей означенных в приложенном при сем реестре с показанием цены каждой вещи» (16). В реестре перечислялись столы, стулья, кровати, постельное белье, посуда: все на шесть персон, всего на 498 руб. 70 коп. (17).

Правда, поначалу Гильтебранду отказали: «...врачебное отделение... зная сколько необходимо нужно возстановление хирургического института и следовательно издержки, кои должны простираться до вышеупомянутой суммы при устроении кроватей и прочих нужных для оного вещей, исчисленных подробно в реестре, представленном Правлению от Г.Ординарного профессора хирургии Гильтебранда, не находит однако же возможности употребить на сие ту сумму, которая уставом университета определена» (18). И только в конце 1816 г. в университетских клиниках началась нормальная работа. Об этом свидетельствует письмо М.Я.Мудрова вправление университета от 1 декабря 1816 г., в котором он сообщает, что «университетскую больницу и Клинический институт посещают через день Профессор Гильтебрандт по части хирургической, а по части внутренних болезней профессор Мудров» (19).

В преподавании хирургии Гильтебрандт стремился к тому, чтобы студенты-медицини освоили как можно больше практических навыков — и в анатомическом театре, на трупах, и в хирургической клинике. «В зимнее время слушатели будут заниматься производством операций над трупами, — подчеркивалось в его программе на медицинском факультете университета, — ...и сверх того в течение академического года будут иметь частые случаи видеть важнейшие операции в хирургической клинике, учрежденной при Московском университете, где также заниматься будут лечением хирургических болезней. Опытнейшие же из слушателей производить будут операции» (20). По такой же программе обучал он и студентов Московской медико-хирургической академии.

Правда, о Гильтебрандте как преподавателе, педагоге и существуют разноречивые мнения. Н.И.Пирогов, например, в конце жизни вспоминал, что он «как профессор был из рук вон плох. Он так сильно гнушил, что, стоя в двух-трех шагах от него на лекции, я не мог понимать ни слова, тем более что он читал и говорил по-латински... Лекции его и его адъюнкта Альфонского состояли в перефразировании изданного Гильтебрандтом краткого и краткого до пес plus ultra (до последней степени) учебника хирургии на латинском языке» (21).

Другую, пожалуй, более точную характеристику Гильтебрандта как педагога дал М.Г.Соколов, тоже учившийся у него: «Ф.Гильтебрандт читал хирургию по печатному руководству собственного сочинения, на латинском языке. Студенты оставались довольны его лекциями» (22). В этом же духе высказывался о Гильтебрандте и Ф.И.Иноземцев: «На лекциях излагал предмет ясно и кратко. Знавши сам твердо и ясно анатомию, он предполагал и в слушателях своих тоже основательное знание этой отрасли медицины и потому никогда не входил в подробное анатомическое описание органов, на которых производится операция, и довольствовался только краткими описаниями. После лекции он любил беседовать со слушателями своими и охотно давал требуемые от него объяснения... все это на латинском языке, тоном дружеским, веселым, часто шутливым» (23).

Действительно, латинский язык, в соответствии с традициями того времени, был обиходным у многих профессоров. Как и другие профессора, лекции по хирургии Ф.А.Гильтебрандт читал по-латински; на латинском языке написал он и свой учебник по этой специальности «Institutiones Chirurgiae» (1819). В этом он следовал давнему обычаяу, укоренившемуся в русских медико-хирургических школах и училищах в XVIII веке и су-

ществовавшему первое время в Петербургской и Московской медико-хирургических академиях. К тому же в то время «в клиниках и госпиталях латинский язык безусловно был обязательн и господствовал безраздельно, — писал историк медицины Я.А.Чистович. — Студент, который бы решился «принимать больного» в клинику на русском языке, был бы публично осмеян товарищами, а профессорами даже и не выслушан, т.е. безапелляционно осужден на оставление на другой год в том же курсе» (24).

Кстати говоря, написанный на латинском языке учебник Ф.А.Гильтебрандта «Руководство хирургии» был не таким уж и кратким, в нем было 436 страниц (25). Его отличала содержательность и глубина изложения материала: в 59 главах этого учебника была изложена (на уровне, соответствовавшем медицинской науке того времени) хирургическая патология — воспаление, нагноение, гангрены, раны, грыжи, опухоли и пр. Много внимания было уделено описанию операций, причем довольно сложных. Так, Гильтебранд детально описывал операции заячьей губы, ларинготомию и трахеотомию, сечение пищевода, желудка, кишечника, почек, прокол грудной клетки и живота — через пупок, ниже пупка, через рукав (влагалище), различные виды камнесечения (в т.ч. высокое, боковое, через прямую кишку). Были здесь и трепанации костей, ампутации, вычленения, ряд глазных и зубных операций. Описание операций дает основание считать, что Гильтебранд владел искусством их проведения, применял их в своей практике.

Учебник Гильтебрандта в течение ряда лет применялся при изучении хирургии студентами-медиками. Через десять лет по поручению конференции Московской медико-хирургической академии он переработал и дополнил это руководство: в 1829 г. оно вышло вторым изданием и вновь широко использовалось в преподавании в университетах и академиях России, было признано классическим. Гильтебрандта, еще в 1819 г. избранного академиком медико-хирургической академии, даже наградили за это руководство, пожаловав ему ...200 экземпляров его же труда. «Я не только не могу принять как награду, но как самое чувствительное оскорбление, — ответил на это глубоко обиженный Гильтебрандт. — Такая награда может быть наградой для студента, могущего продавать экземпляры между товарищами и по книжным лавкам, но не для академика» (26).

Ф.А.Гильтебранд слыл человеком независимым, не привыкшим угоджать сильным мира сего: он категорически отказывался, например, от участия в церемонии встречи царских особ, справедливо считая, что это не имеет отношения к академическим делам. В то же время, по словам Ф.И.Иноземцева, «как врач он был доступен каждому, и ежедневно его приемная была наполнена людьми преимущественно бедного класса, которым он помогал своими советами с радушием, и поэтому память его осталась в низших классах народа» (27).

В 1804 г. вместе с другими профессорами Гильтебрандт основал в Москве Физико-медицинское общество, а впоследствии был избран его почетным членом. Кроме того, он был почетным членом Московского общества испытателей природы, Геттингенского и Туринского университетов.

Ф.А.Гильтебрандт умер в Москве 15(26) сентября 1845 г. на 82 году жизни и был похоронен на Введенском кладбище. На памятнике на его могиле были выбиты слова «*Viro humanissimo*» («Мужу благоднейшему»).

Дело, которому посвятил свою жизнь Ф.А.Гильтебрандт, продолжил его сын — хирург И.Ф. Гильтебрандт.

Иван Федорович Гильтебрандт родился в Москве 25 июня (7 июля) 1806 года. Получив среднее образование, он решил поступить в Московский университет, но не на медицинский факультет, как рекомендовал ему отец, а на физико-математический; и лишь окончив его и убедившись в своем «медицинском призвании», он вновь стал студентом, на этот раз медицинского факультета. Интересно, что во время обучения его особенно заинтересовала анатомия. Под руководством профессора Х.И.Лодера он изучал не только описательную, но и топографическую анатомию и, будучи студентом, получил серебряную и золотую медали за научные работы на анатомические темы (28). В 1827 г. И.Ф.Гильтебрандт получил врачебный диплом и остался работать в университете. Здесь он в 1829 г. защитил диссертацию о гидроцеле и стал доктором медицины.

Начав свой врачебный путь, И.Ф.Гильтебрандт решил идти по стопам отца — посвятить себя хирургии. Он стал помощником профессора — руководителя хирургического института (причем одновременно некоторое время заведывал холерной больницей при Московском университете). Вскоре И.Ф.Гильтебрандт начал работать адъюнктом хирургической клиники Московского отделения медико-хирургической академии: в этой клинике, руководимой известным российским хирургом профессором А.И.Полем, он прошел хорошую школу научной и практической деятельности, стал опытным, квалифицированным хирургом.

Это дало ему уверенность в своих силах и позволило принять предложение видного российского хирурга, профессора Московского университета Ф.И. Иноземцева — начать работать в его клинике. В этой университетской клинике И.Ф.Гильтебрандт в качестве адъюнкта трудился с 1833 года: здесь он преподавал оперативную хирургию и хирургическую анатомию (еще ранее, кроме обязательного курса оперативной хирургии, в 1832 году он впервые с успехом провел приватный курс оперативной хирургии на трупах для студентов, желавших совершенствоваться в хирургии).

Что касается оперативной хирургии, то в 1840 г. профессор Иноземцев поручил Гильтебранду вести «большую часть оперативной хирургии студентам четвертого и пятого курсов» (29). Позднее на кафедре профессора Иноземцева он преподавал клиническую хирургию. Одновременно с 1838 г., став профессором Московской медико-хирургической академии, он преподавал хирургию и в этом высшем учебном заведении. Однако в 1846 г. И.Ф.Гильтебрандт по причинам, выяснить которые не удалось, оставил преподавательскую деятельность (и в университете, и в медико-хирургической академии) и перешел на сугубо практическую работу, став помощником главного доктора Московского военного госпиталя. Умер он в Москве в 1859 г.

И в Московском университете, и в медико-хирургической академии И.Ф.Гильтебрандт показал себя отличным педагогом, творчески преподававшим такой трудный предмет как оперативная хирургия. В преподавании он главное внимание обращал на самостоятельную работу студентов. В своем отчете он писал: «...Учащиеся производили операции по очереди по мере того, как трупы представляли к тому удобность, в моем присутствии, и, прежде нежели приступали к самой операции, они должны были

описывать как положение частей, так и приемы операции» (30). В прилагаемых к отчету списках студентов IV курса значилось, что каждый из них проделал на трупе от 6 до 11 операций.

Примечательно, что Гильтебрандт составил первую программу по оперативной хирургии. Эта программа и его отчеты об учебной работе за 1833–1836 гг., проанализированные Т.И.Аникиной, свидетельствуют, что в Московском университете была создана довольно стройная система преподавания оперативной хирургии на основе изучения топографической анатомии. «Изложению приемов каждой операции предшествовало анатомическое описание рассекаемых частей, — писал Гильтебрандт, — дабы слушатели привыкли к приложению анатомии к хирургии» (31).

Большой место в программе отводилось методике преподавания с точным указанием на положение трупа при различных операциях, взаиморасположение студентов, выполняющих в качестве хирургов и ассистентов то или иное оперативное вмешательство на трупе. Оговорена роль студентов, ассициирующих на операции, и преподавателя, ведущего занятие. Наиболее трудные по технике оперативные приемы преподаватель должен был выполнять сам, давая подробные объяснения студентам. Тщательно отрабатывались со студентами элементы оперативной техники (действия ножом, скальпелем, бистуреем, завязывание различных узлов), а слушателям предлагалось выполнять на трупах типичные операции (перевязка сосудов на протяжении, ампутации конечностей, трепанация черепа, ампутация грудной железы и особенно много операций камнесечения). Преподавание в секционном зале было тесно увязано с особенностями выполнения этих операций в клинике (32).

И.Ф.Гильтебрандт был разносторонне образованным хирургом и владел широким диапазоном применявшимся тогда оперативных вмешательств. В то же время он стремился использовать в своей практике новые, только появившиеся методы. Так, он был в числе тех первых русских хирургов, кто начал применять различные методы обезболивания. Например, в Московском военном госпитале он с успехом произвел ряд операций (ампутация голени и др.) под хлороформным и эфирным наркозом: эти операции отметил Н.И.Пирогов (33).

Много внимания уделял И.Ф.Гильтебрандт офтальмологии, которая была тогда разделом хирургии. Он лечил различные заболевания глаз, оперировал, преподавал курс глазных заболеваний студентам в Московском университете и медико-хирургической академии. Чтобы вооружить студентов и врачей необходимой литературой, Гильтебрандт решил перевести на русский язык книгу известного немецкого хирурга, специализировавшегося на проблемах офтальмологии, И.Х.Юнкена (Jungken) «Руководство к исследованию болезней глаза»: не исключено, что сделал он это по совету Ф.И.Иноземцева. При этом свою работу Гильтебрандт разделил на две части. «Не имея достаточного времени для перевода всего сочинения вскорости, но желая содействовать трудам г.профессора Иноземцева в хирургической клинике, куда ежедневно приходят люди, одержимые глазными болезнями и преимущественно воспалениями, — писал он в предисловии, — я решил издать диагностические таблицы воспалений глаз Юнкена, которые содержат в себе плоды его наблюдений, и которые могут быть очень полезны для наших слушателей» (34).

Через несколько лет Гильтебрандт издал полный перевод книги Юнкена. «Издатель, разделяя кафедру практической хирургии в Московском университете с профессором Иноземцевым, которого имя сделалось столь известным, и который был одним из отличнейших и любимейших слушателей Юнкена, — указывал Гильтебрандт, — имел случай удостовериться пятилетним опытом в успешности лечения глазных болезней по методу Юнкена» (35).

И.Ф.Гильтебрандт известен и своими научными исследованиями. Его главный научный труд — монография «О распознавании и лечении аневризм и об операции перевязывания артерий» (1842). Эта книга стала объективным свидетельством успехов русской медицины в хирургии кровеносных сосудов.

Научный труд И.Ф.Гильтебрандта был основан на солидном опыте автора. «Занимаясь в течение более 9 лет почти ежедневно упражнениями в перевязывании артерий на трупах и топографическим рассечением отдельных частей тела, также имевши случай видеть и наблюдать много операций перевязывания артерий на живых, — писал Гильтебрандт, — в этом описании операций я передаю свое собственное убеждение» (36); при водил он и клинический опыт Московского военного госпиталя.

Демонстрируя характерный для русской хирургии анатомический (а часто — и анатомо-физиологический) подход, Гильтебрандт дал тщательное топографо-анатомическое описание различных аневризм и большинства крупных артерий, доступных в то время хирургическому вмешательству (перевязке). При этом вопросы топографической анатомии он излагал в соответствии с классической книгой Н.И.Пирогова «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций». «При анатомическом описании частей я следовал природе, т.е. описывал части так, как их видел на трупе, — отмечал Гильтебрандт. — При этом исследовании частей на трупе я убедился вполне, что нельзя описать и изобразить тканей с большей ясностью, вероятностью, точностью и отчетливостью, как это сделал Пирогов... Почему я везде ссылаюсь на его таблицы». Следование пироговскому труду оказалось чрезвычайно благотворным, т.к. позволило осуществить строго научный, анатомо-хирургический подход к операции перевязки артерий.

Гильтебрандт дал отрицательную оценку существовавшим тогда методам лечения аневризм путем давления (прижатия) на опухоль или артерию. «Давление, рассматривая его вообще, есть средство болезненное, трудное, продолжительное, неверное и иногда даже опасное, — указывал он, ссылаясь, в частности, на случай в Шереметевской больнице в Москве, — и потому общее употребление его должно быть отвергнуто». В противовес этому он отстаивал перевязывание артерий, которое «состоит в обнажении большой артерии и в обведении около ея круглой или плоской лигатуры, которая стягивает до такой степени, чтоб прекратить совершенно прохождение крови через перевязанную часть... Перевязывание аневризматических артерий есть самое простое, скорое и верное средство для излечения аневризм. Даже можно сказать, что в большей части случаев перевязывание есть самое безопасное средство» (37).

В книге излагались показания к операции, причем подчеркивалось важное положение — «к перевязыванию должно приступать тотчас, как только мы распознаем аневризму с достоверностью и убедимся в возмож-

ности достигнуть до артерии без повреждения важных органов, в большей вероятности возобновления кругообращения крови после операции ниже перевязанного места... почти всегда должно предпринимать операцию как можно скорее... Особенno должно спешить операцией, когда угрожает опасность разрыва мешка или когда из него показались кровотечения» (38). Подобный подход — срочность и продуманность операций — был гораздо прогрессивней применявшейся многими отечественными и зарубежными хирургами «выжидательной» тактики.

Уделялось внимание и противопоказаниям к операции.

И.Ф.Гильтебранд детально излагал методы перевязывания аневризматических артерий: между аневризмой и сердцем; между аневризмой и периферической частью артерий; выше и ниже аневризматической опухоли с последующим вскрытием ее: лучшим он считал первый метод (метод английского хирурга Гунтера).

Напомнив о важности сохранения коллатералей (как он писал, «боковых ветвей»), он считал все же более важным перевязать артерию в совершенно здоровом месте, дальше от аневризматической опухоли. Наоборот, при ранах артерий лигатуру следовало накладывать ближе к аневризматической опухоли. Наконец, при выборе места для перевязывания артерии он советовал обращать внимание на положение перевязываемого ствола и на окружающие его части и обнажать артерию там, где она лежит ближе к поверхности тела и где в сферу операции входят менее важные органы и ткани.

И совет применять, как правило, метод Гунтера, и все другие рекомендации Гильтебранда были чрезвычайно рациональными: это подтверждала практика русских и зарубежных хирургов.

Продуманными были и рекомендации И.Ф.Гильтебранда о выборе инструментов («снарядов») для операции — кстати, в их числе он называл инструменты, предложенные русскими хирургами — такие, как иглы Арендта и Буяльского, инструмент Буяльского для стягивания концов лигатуры и др. Целесообразными были его предложения о пяти помощниках хирурга (один из них — главный), о положении больного на операционном столе, о расположении оператора и пр.

Сама операция, подчеркивал И.Ф.Гильтебранд, состоит из четырех главных элементов — обнажения артерии, отделения ее от окружающих ее частей, подведения и завязывания лигатуры, соединения и перевязки раны. Обращалось внимание и на лечение после операции. Правда, сравнительно небольшое место (видимо, из-за отсутствия собственного опыта) уделялось травматическим аневризмам.

Важным достоинством труда Гильтебранда было детальное исследование методов перевязывания крупных артерий — с указанием хирургов, осуществлявших подобные операции. Так, в числе производивших перевязку безымянной артерии он называл известных русских хирургов Н.Ф.Арендта и И.В.Буяльского, подчеркивая, что Буяльский применил при этом свой оригинальный метод; общей сонной артерии — Н.Ф.Арендта (1823), В.В.Пеликаны, А.И.Поля (1842), Н.И.Пирогова; подключичной — Н.Ф.Арендта (несколько раз), А.И.Овера (несколько раз), А.А.Гибса, В.В.Пеликаны (несколько раз), И.В.Буяльского; общей подвздошной — Х.Х.Саломона (1837).

Перевязка наружной подвздошной артерии в России была произведена к 1842 г. 14 раз, в т.ч. в Петербурге (Н.Ф.Арендт, Х.Х.Саломон, И.В.Буяльский), Москве (А.И.Поль, П.Н.Кильдюшевский; ординатор Московского военного госпиталя адъюнкт И.С.Быстров), Вильно (В.В.Пеликан), Дерпте (Н.И.Пирогов), Вольмаре (П.Н.Вальтер): из этих операций 11 были успешными. Кстати, мировая статистика этих операций, по Гильтебранду, на это время была такова: всего сделано 76 операций, в т.ч. 56 успешных.

Все это говорило о высоком уровне хирургии сосудов в России в середине XIX века.

Российские хирурги Гильтебрандты — и отец, и сын — внесли достойный вклад в медицинскую науку и практику.

5. Венцеслав Пеликан: литовский дворянин, русский хирург, царский сановник

В.В.Пеликан известен как крупный военно-медицинский начальник в русской армии XIX века. Однако совершенно забытой оказалась короткая, но весьма плодотворная деятельность В.В.Пеликаны как профессора-хирурга, одного из видных представителей первой русской хирургической школы.

Венцеслав (Вацлав) Венцеславович Пеликан, сын литовского дворянина, родился в г.Слониме (ныне Беларусь) в 1790 г. В 1809 г. он поступил в Петербургскую медико-хирургическую академию и окончил ее с золотой медалью в 1813 г. Еще будучи студентом, он проявил особый интерес к хирургии, а, получив врачебный диплом, стал преподавателем, исполняющим обязанности адъюнкта (репетитором) кафедры хирургической патологии и клиники, которую возглавлял видный русский хирург, основоположник первой отечественной хирургической школы И.Ф.Буш.

Должность репетитора — первого и единственного тогда помощника профессора Буша — предусматривала выполнение большого объема различных хирургических вмешательств. Буш обычно поручал эти операции своим помощникам «для их же усовершенствования» в хирургии. Об активности репетитора В.В.Пеликаны говорит список операций, которые он проделал в клинике в первый же год своей врачебной деятельности: здесь экзартикуляции пальцев и руки, трепанация грудины, ампутация плеча, литотомия, операция гидроцеле, эксцизия глаза и др. — всего около 60 операций. Разумеется, вел он и занятия по хирургии. Однако практическое оперирование и занятия со студентами вовсе не исчерпывали обязанностей репетитора. Каждый сотрудник клиники должен был заниматься научной работой, и профессор И.Ф.Буш строго следил за этим.

Под руководством профессора Буша В.В.Пеликан провел научные исследования по одной из актуальнейших тогда проблем хирургии — лечению аневризм. Результаты этих исследований он изложил в своей диссертации «Происхождение аневризмов в наружных боевых жилах через разрыв внутренней или существенных оболочек оных».

Диссертация В.В.Пеликаны представляла собой крупный вклад в только рождавшуюся тогда хирургию сосудов. Этот научный труд был ос-

нован на экспериментальных исследованиях и клинических наблюдениях. Чтобы предотвратить гангрену, после перевязки артерии, считал Пеликан, «лечение должно быть направлено к тому, чтобы артериальный импульс был достаточен для продвижения крови по венам, или, что одно и то же, чтобы активность артерий была пропорциональна способности восприятия и емкости вен. Я думаю удовлетворить этому признанию путем одновременной перевязки артерии и вены; этим мой метод разнится от других. Предпринимается ли оперативное вмешательство в самом пострадавшем участке или в отдалении от него, всегда одновременно с перевязкой артерии перевязывается и одноименная вена, за исключением, быть может, сонной артерии». Основой диссертации явились опыты на собаках, в ходе которых Пеликан перевязывал артерии и вены. «Я подверг также такой операции, — писал Пеликан, — двух кошек, у одной из которых я перевязал аорту вместе с нижней полой веной, близко от диафрагмы, у другой же наложил лигатуру только на аорту. Первая кошка выздоровела и живет до сих пор, другая же погибла через несколько часов после операции» (1).

Успех в первом эксперименте дал основание ученому применить подобную операцию в клинике у двух человек по поводу аневризмы подколенной области. У одного был достигнут полный успех — он выздоровел через 46 дней после операции, другой, хотя операция у него тоже прошла успешно, погиб от столбняка. Интересно, что в ходе операции Пеликан, по его словам, накладывал на артерию и вену две лигатуры и в промежутке между ними рассекал сосудистый пучок.

Таким образом, Пеликан первым установил, что одновременная перевязка артерии и вены в ряде случаев дает эффект (этот эффект, связанный с развитием коллатерального кровообращения, позволил В.А.Оппелю в 1908-1914 гг. выдвинуть теорию так называемого редуцированного кровообращения).

Уже 1 мая 1815 г. Пеликан представил свою диссертацию в медико-хирургическую академию с просьбой разрешить опубликовать ее и защитить на степень доктора медицины и хирургии.

Интересен отзыв, который дали на диссертацию В.В.Пеликана профессора академии И.Энегольм, И.Буш и Е.Зучич. Как показывают архивные документы, на заседании конференции 29 мая они сообщили:

* В диссертации г.Пеликана находят они три предмета, особенного уважения заслуживающие, как то: 1) подтверждение теории Скарпы о происхождении аневризм в наружных боевых жилах через разрыв внутренних или существенных оболочек оных; 2) потребное для совершеннейшего успеха от операции перевязывание не только главной артерии по Гунтеровской методе на высшем месте члена, где она совершенно здорова и к перевязыванию удобно помещена, но и главной вены, для вящего избежания последствий от остановленного обращения крови через систему вен. Сие средство совсем есть новое, автору сему принадлежащее, которое он старался защищать как умственными доводами, так и опытами, сделанными над животными, и наконец успехом, который он двукратно имел над больными, из которых хотя один и умер, но уже, по выпадению лигатуры и при закрытии раны, от нервных припадков; 3) предлагается разрезать артерию, не перевязывавши ее предварительно, как делали Соорег, Абернетхи, дабы артерия, отделенная от всех частей, удобнее между ими

скрываться могла и срастись с окололежащими частями, через что можно будет предварить наиболее повторительные кровотечения, что требует еще лучшего исследования, и через опыты подтверждения. Вообще диссертация сия обработана с великою прилежностью и украшена как древнею, так и новейшею литературою. Почему и полагают ее весьма достойною отпечатания и защищения к достижению достоинства доктора медицины и хирургии» (2).

С этим согласились все профессора. Было принято решение: «Конференция, будучи совершенно согласна с мнением гг. статского советника Энегольма, академика Буша и профессора Зучича, и зная, что сочинитель сей диссертации незадолго пред сим время выдержал экзамен из всех частей медицины с отличным успехом и, при клинических занятиях многократно доказал на самом деле свои знания, определила: уволив его от экзамена, предоставить ему право напечатать и публично защищать свою диссертацию, что и представить г. министру на благоусмотрение» (3). Это решение конференция (ученый совет) академии направила, в соответствии с существовавшими тогда правилами, министру народного просвещения графу А.К.Разумовскому.

Однако сановный вельможа выразил сомнение в праве молодого врача претендовать на столь высокую ученую степень. Дело в том, что степень «доктора медицины и хирургии» была самой почетной, выше звания «медико-хирурга» и степени «доктора медицины». Поэтому министр посчитал, что «производство лекаря В.Пеликаны непосредственно в звание доктора медицины и хирургии было бы несообразно с высочайше утвержденными правилами об экзаменах медицинских чиновников, в коих упомянуто токмо о производстве докторов медицины и медико-хирургов в означенное звание» (4). Он соглашался лишь на то, чтобы Пеликан защищал диссертацию на степень доктора медицины — а уж потом «на законном основании» он мог бы приобрести и степень доктора медицины и хирургии.

Трудно сказать, что послужило причиной такого решения. Граф А.К.Разумовский, племянник фаворита императрицы Елизаветы, став в 1810 г. министром народного просвещения, во многом способствовал подъему образования в России. В то же время известно, что он придерживался реакционных взглядов, был, в частности, «проводником руссификаторской политики в Западном крае» (5), т.е. в Польше и Литве. Возможно, именно поэтому он не дал хода литовцу В.В.Пеликану, хотя не исключено, что здесь имела место обычная приверженность к бюрократическим способам восхождения по служебной лестнице.

Но Пеликан не согласился с решением министра и, сославшись на приобретенный в клинике Буша солидный хирургический опыт и перечислив важнейшие из проделанных операций, через три месяца вновь обратился к конференции академии с просьбой о защите диссертации на степень доктора медицины и хирургии. Несомненно, это повторное обращение Пеликан предпринял по совету И.Ф.Буша, высоко оценившего научные исследования своего ученика.

«Имев, однако, намерение служить при академии, — писал Пеликан, — и зная, что степень медико-хирурга не может еще дать полного права на достоинство адъюнкт-профессора (к чему требуется звание доктора), он считал, что «с приумножением числа важнейших операций

(коих теперь слишком 60 сделал) может получить непосредственно степень доктора медицины и хирургии, тем более, что правилами об экзаменах медицинских чиновников не предписано, чтобы медицинские чиновники, желающие получить достоинство доктора медицины и хирургии, проходили все другие низшие степени и, что, вероятно, между прочим посему многие из штаб-лекарей (которые в рассуждении ученых степеней от лекарей ничем не отличаются), не быв прежде ни докторами медицины, ни медико-хирургами*, все же допускаются к приобретению степени доктора медицины и хирургии. Ссылаясь далее на толкование различных статей в правилах об экзаменах, он заключал, что «если конференция академии не сомневается в том, что он давно уже имел право на получение звания медико-хирурга, то осмеливается вторично просить конференцию сделать представление г.министру об исходатайствовании ему позволения на защищение своей диссертации для получения степени доктора медицины и хирургии» (6).

Профессора медико-хирургической академии признали основательность доводов ученика Буша. Было вынесено следующее решение: конференция академии, «будучи совершенно удостоверена о знании и искусстве г.Пеликаны во врачевании болезней и делании операций и зная, что он действительно сделал уже оных более 60, а посему и давно уже заслуживае звания медико-хирурга, определила прописав все сие, представить на благорассмотрение г.министра народного просвещения» (7).

В этот раз министр довольно быстро (через несколько дней) согласился, чтобы лекарь В.В.Пеликан был допущен для публичной защиты диссертации. Прошло, однако, еще полгода, прежде чем диссертация была напечатана: только 1 апреля 1816 г. Пеликан представил ее конференции и попросил назначить время для публичной защиты. Эту просьбу конференция адресовала президенту академии Я.В.Виллие. И вновь осечка: Я.В.Виллие, всегда благожелательно относившийся к воспитанникам академии, в этот раз почему-то оставил просьбу молодого врача без внимания.

Неопределенность положения способствовала, очевидно, тому, что В.В.Пеликан не выдержал нервного напряжения и заболел: у него диагностировали «тяжкую нервную горячку», которую он, правда, «перенес благополучно». Однако после болезни осталась, как признали врачи, «слабость здоровья вообще и особенно слабость груди».

Обеспокоенные состоянием здоровья своего молодого коллеги, ученые академии решили вступиться за него и ходатайствовать о признании его доктором медицины и хирургии без защиты уже опубликованной диссертации: решающую роль сыграло вмешательство его учителя И.Ф.Буша. 24 июня 1816 г., как свидетельствуют архивные документы, конференция академии приняла следующее решение: «По засвидетельствованию гг.исправляющего должность президента статского советника и кавалера Энегольма и академика Буша, приняв в рассуждение расстроенное в высокой степени здоровье исправляющего должность адъюнкт-профессора хирургии г.Пеликаны, особенно же великую слабость груди его, усилившуюся еще более после нервной недавно перенесенной им горячки и нередко уже при легком напряжении груди случающееся у него кровохарканье, определила, прописав все сие, представить на благорассмотрение г.президента академии, не благоугодно ли будет его превосходительству, уволив от защищения диссертации его, изъявить свое согласие на признание его доктором

медицины и хирургии, тем паче, что познания сего чиновника и искусство его в делании важнейших хирургических операций всей конференции совершенно известны с самой лучшей стороны» (8). Единодушное мнение ученых сыграло свою роль. Я.В.Виллие согласился с решением конференции академии и по его представлению граф А.К.Разумовский 24 июля 1816 г. наконец-то утвердил В.В.Пеликан в ученой степени доктора медицины и хирургии.

Чтобы стать полноправным адъюнктом академии, В.В.Пеликан должен был еще прочесть пробную лекцию. 3 сентября 1816 г. ему была дана тема — «О препятствиях, встречающихся при извлечении камня из мочевого пузыря, и о способах преодоления оных». Через две недели, 23 сентября, В.В.Пеликан представил свой труд на суд конференции академии. Лекция была прочитана, как отмечалось в решении конференции, «с превосходным успехом и одобрением гг.членов конференции, вследствие чего определено об утверждении его в звании адъюнкта хирургии представить его сиятельству г.управляющему министерством народного просвещения» (9).

Казалось бы, теперь-то уже все будет в порядке. Однако бюрократическая машина царской администрации вновь воздвигла препоны перед молодым ученым. Новый министр народного просвещения князь А.Н.Голицын, который на этом посту «проводил реакционную политику, опираясь на мракобесов М.Л.Магницкого и Д.П.Рунича» (10), не утвердил решения конференции. «Что как по § 26 устава академии, — сообщил он 19 октября, — желающий определиться в адъюнкты оной, кроме пробной лекции, должен быть экзаменован словесно и письменно, каковому испытанию не был подвергнут представляемый к утверждению в адъюнкты хирургии доктор медицины и хирургии Пеликан, то не находя надобности отступить в сем случае от предписания, в уставе содержащегося, предлагается в рассуждении его исполнить повеленное уставом и о последствии его сиятельству донести» (11).

Ученые-медики снова встали на защиту своего молодого коллеги. Конференция сообщила новому министру, «что как Пеликан воспитанник здешней академии, в продолжении учебного своего курса во всех предметах оказывал превосходные успехи с отличием и при производстве его в лекари 1813 г. марта 22 дня награжден за отличие золотою медалью и тогда же избран в должность адъюнкта по части хирургии, которую должность до сего времени и исполнял он с особенною похвалою, то конференция, будучи совершенно уверена в основательных знаниях Пеликаны, ежегодно оказываемых им на самом деле в хирургической клинике, почтала возможным уволить его от испытания на адъюнктское звание, давно уже с похвалою им исполняемое» (12). Но князь Голицын не пожелал прислушаться к мнению ученых. 21 ноября 1816 г. было сообщено в академию, что «как бы ни уверена она (конференция — М.М.) была в основательных знаниях доктора Пеликаны, однако должно держаться правил, в высочайше утвержденном уставе академии изложенных, и потому его сиятельство не может утвердить его в звании адъюнкта хирургии, доколе он не выдержит предписанного на сие звание испытания» (13).

Академии пришлось подчиниться. 2 декабря 1816 г. В.В.Пеликан выдержал словесное (устное) и письменное испытание, которое показало, что

у него «в предметах хирургии знания весьма хорошие» (14). 21 декабря 1816 г. он был наконец-то утвержден в звании адъюнкта хирургии.

Однако сравнительно успешно начавшаяся научная карьера В.В.Пеликаны в стенах Петербургской медико-хирургической академии неожиданно прервалась: в 1817 г., после четырехлетней работы, он вынужден был покинуть клинику своего учителя И.Ф.Буша.

Неприязненное и даже враждебное отношение высшей царской администрации, выразившееся и в истории с защитой диссертации, и в утверждении в звании адъюнкта, было, по-видимому, главной причиной того, что он решил расстаться с академией. Его выбор пал на Виленский университет: там после смерти профессора Я.Ф.Нишковского освободилась кафедра хирургии. Претендовать на эту кафедру Пеликан мог еще и потому, что преподавание в Виленском университете шло в то время на польском языке, который был знаком ему с детства. Пеликан послал в Вильну письмом свою пробную лекцию, переведенную на польский язык.

Молодого хирурга, ученика Буша, охотно приняли на его родине, в Литве, в Виленском университете. Уже 16 апреля 1817 г. попечитель Виленского учебного округа уведомил министра народного просвещения, что адъюнкт В.В.Пеликан избран Виленским университетом ординарным профессором. На этот раз князь Голицын очень быстро, уже 5 мая 1817 г., утвердил его ординарным профессором на кафедру теоретической хирургии (хирургической патологии) и хирургической клиники Виленского университета.

В Вильне в полной мере раскрылись незаурядные способности В.В.Пеликаны как ученого-хирурга. Прежде всего, он быстро зарекомендовал себя как умелый хирург-практик, осуществлявший сложные по тем временам операции — такие, например, как вылущение бедра из тазобедренного сустава. В.В.Пеликан первым в Вильне сделал операцию ринопластики, наложил лигатуры на общую сонную, подчревную и бедренную артерии. Он предложил твердую мозговую оболочку рассекать не крестообразно, как это было принято, а в случаях субдуральных гематом наносить несколько отверстий в ее зоне, через которые отсасывать кровь и сгустки, что предохраняло от развития мозговых грыж (15). Он производил операции по поводу заячьей губы, делал ларинготрахеотомии, осуществлял хирургическое лечение аневризм, а также офтальмохирургические операции. Частыми вмешательствами были в его практике операции на мочевыводящих путях — такие как извлечение камней из мочевого пузыря и др. В общем, хирургия в Вильне с прибытием Пеликаны поднялась на качественно новый уровень.

Ряд интересных научных работ по хирургии В.В.Пеликан опубликовал в 1821-1823 гг. в издаваемом тогда в Вильне журнале «Дневник медицины, хирургии и фармации» и в «Протоколах общества виленских врачей». Среди них было, в частности, сообщение «О нарушении звучности голоса — возможные повреждения при операции по поводу узлового зоба» (1821), статьи «Три способа перевязки поврежденных артерий» (1822), «О слезных камнях» (1822) и «Сведения о получении острых хирургических травм металлическими предметами» (1822), работа «О воспалении вен» (1823) и др.

В.В.Пеликан зарекомендовал себя умелым педагогом. Помимо чтения лекций и занятий со студентами, он руководил подготовкой молодых уч-

ных-хирургов, которые готовили диссертации по хирургии. Его учениками были К.Порцианко, С.Галензовский, И.Корженевский, ставшие впоследствии профессорами-хирургами.

Для научных исследований В.В. Пеликан характерен был передовой анатомо-хирургический подход, усвоенный им в школе И.Ф.Буша. Анатомия всегда пользовалась у хирургов-учеников Буша особым вниманием. И когда в Виленском университете некому было преподавать анатомию, Пеликан, не бросая хирургии, взялся за это. Он написал оригинальное руководство по миологии (1823), сам подготовил ряд анатомических препаратов, а препарат почек, изготовленный И.В.Буяльским, получил от него в подарок. Особое внимание Пеликан уделял анатомическому обоснованию хирургических операций. Кроме того, он многое сделал для облегчения работы хирурга, создания новых хирургических инструментов. Ему принадлежат дугообразно изогнутая пила для перепиливания костей, не травмировавшая мягких тканей, фреза для трепанации черепа, металлические скобки, которыми пользовались при операциях по поводу заячьей губы.

Дальнейшему росту В.В.Пеликану как ученого-хирурга помешала, с нашей точки зрения, его административная деятельность. В 1824 г. он стал деканом, а затем и ректором университета в Вильно, а в последующем в Петербурге директором медицинского департамента военного министерства и президентом медико-хирургической академии. Исключением были лишь годы его работы в Виленском военном госпитале (1830-1833), открытом во время Польского восстания 1830-1831 гг. против царизма, и в Московском военном госпитале (1838-1846), когда ему удавалось все-таки заниматься практической хирургией.

Будучи, например, главным доктором Московского военного госпиталя, Пеликан превратил его фактически в большую клинику для молодых врачей и студентов старших курсов медицинского факультета Московского университета и Московской медико-хирургической академии. Здесь занимались практической хирургией и научными исследованиями известные хирурги — профессора В.А.Басов и Н.Я.Высоцкий, физиолог И.Т.Глебов и др. Здесь «читались практические лекции, патолого-анатомические демонстрации, коллегиально обсуждались способы лечения и хирургические операции. Эта практическая школа для многих заслуженных врачей и хирургов... Кроме госпитальных занятий, главный доктор В.В.Пеликан принужден был посвящать много времени городской практике, потому что вскоре по приезде в Москву приобрел славу образованнейшего и счастливейшего практика, а в последние три года жизни в Москве ни один более или менее серьезный случай в городе не обходился без его участия в совещаниях» (16).

В сентябре 1846 г. В.В.Пеликан получил назначение на высокий административный пост начальника медицинского департамента военного министерства в Петербурге: с этого времени он окончательно распрощался с хирургией.

Следует сказать, что с самого же начала своей административной деятельности, еще в 20-30-е годы, в бытность ректором Виленского университета, В.В.Пеликан показал себя ревностным сторонником реакционной политики, проводившейся тогда царскими властями в Польше и Литве, в т.ч. и в Виленском университете. Так, Пеликан как ректор университета сыграл неблаговидную роль в судьбе Адама Мицкевича, который в 1826 г.

вознамерился побывать на родине. В секретном донесении на имя сенатора Н.Н.Новосильцева Пеликан высказался против желания поэта, считая, что «по нахождению в Вильно, как равно и в других местах, многих членов бывшего тайного общества филоматов и филаретов, появление... Мицкевича могло бы побудить к дерзким и несвойственным заключениям» (17). Из-за этого секретного донесения поэт так и не смог посетить родные места.

В драматической поэме «Дзяды» (часть III) Адам Мицкевич представил Пеликанна как явного пособника Н.Н. Новосильцева — открытого революционера, руководившего в 1824 г. следствием по делу о тайных обществах в Литве (18). Кстати, в 1831 г., после Польского восстания, Пеликан, был «назначен членом высочайше учрежденной в Вильне комиссии для определения степени винности участвовавших в мятеже» (19).

А.И. Герцен в «Былом и думах» заклеймил «виленского ректора» Пеликанна как «инквизитора» (20). Недобрым словом поминал он его и в заметках, опубликованных в «Колоколе» в 1858–1860 гг. (21).

В общем, в Вильне талантливый хирург В.В.Пеликан, став администратором, показал себя верным слугой царского престола, и это сыграло немалую роль в его дальнейшей судьбе. Отношение к нему высшей царской администрации кардинально переменилось: «по особому высочайшему повелению он зачислен на службу по министерству внутренних дел, с званием члена медицинского совета (с 25 февраля 1833 г.) и с производством из государственного казначейства всего того содержания, какое получал в ведомстве министерства народного просвещения (т.е. по 4200 р. в год)» (22).

Поднимаясь по иерархической лестнице, Пеликан достиг самых высших ступеней — в 1846–1873 гг. он возглавлял медицинский департамент военного министерства, медико-хирургическую академию, Медицинский совет министерства внутренних дел, был произведен в действительные тайные советники.

Правда, во второй половине своей жизни — а она пришлась на либеральную эпоху царствования Александра II, Пеликан пересмотрел свои былые взгляды. Вот что писал об этом его внук А.А.Пеликан: «Мой дед, В.В.Пеликан, в свое время первоклассный ученый, талантливый врач, человек редкого энциклопедического образования, поразительной эрудиции, в молодости видный представитель реакции 20-х и 30-х годов, гонитель Мицкевича, ощельмованный им за это во «Дзядах», — в старости же человек в высшей степени гуманный, отзывчивый, способный идти с духом времени, понять свои реакционные заблуждения и произнести над ними, в назидание внукам, суровый приговор, словом, человек прекрасный, отзывчивый, либеральный, в лучшем смысле этого слова» (23).

Пеликан был близок с рядом видных деятелей русской культуры, например, писателем Н.В.Кукольником и художником К.П.Брюловым. «Он (К.П.Брюлов — М.М.) написал прекрасный портрет доктора Пеликанна, который в коллекции произведений, находившихся уж в мастерской, занимал едва ли не первое место по совершенному сходству и выражению характера, — вспоминал академик живописи А.Мокрицкий, — в этом портрете можно было читать ум, доброту и наблюдательность почтенного и известного своей ученостью доктора» (24). К сожалению, этот портрет, написанный К.П.Брюловым в 1837 г., был утерян.

Нельзя не сказать и о том, что В.В.Пеликан был близким приятелем Н.И.Пирогова. В письме к И.В.Бертенсону, написанном в декабре 1880 г., Пирогов вспоминал, что «В.В.Пеликан (расположением ко мне и дружбой которого я всегда дорожил), предложил мне (в 1847 г. — М.М.) отправиться по высочайшему повелению на Кавказ и испробовать анестезирование на поле сражений» (25). Во время пребывания в Севастополе в 1855 г. Пирогов регулярно сообщал в медицинский департамент Пеликану о положении дел с помощью раненым солдатам и офицерам русской армии. Очевидно, дружба с первым хирургом России льстила В.В.Пеликану, заставляла его вспоминать о прерванном по собственной воле творческом пути ученого-хирурга.

Факт остается фактом: так успешно начавшаяся научная деятельность В.В.Пеликаны в области хирургии не получила достойного развития. Бессспорно, как ученый-хирург, он мог бы добиться куда большего, если бы не предпочел медицинской науке административную карьеру. Но и то, что он сделал, позволяет сформулировать однозначный вывод: профессор В.В.Пеликан внес заметный вклад в развитие хирургии, имя его по праву стоит в ряду видных представителей отечественной медицины.

6. Христиан Саломон: врач, ученый, педагог

Первая русская хирургическая школа, основанная в начале XIX столетия И.Ф.Бушем, дала отечественной хирургии много замечательных врачей и ученых, составивших гордость нашей медицины. Одним из наиболее выдающихся воспитанников этой школы был профессор хирургии Петербургской медико-хирургической академии Х.Х.Саломон. К сожалению, жизнь и деятельность этого ученого и хирурга почти не отражены в историко-медицинской литературе.

Христиан Христианович Саломон родился в Нарве в 1796 г. В 1814 г. он поступил в Петербургскую медико-хирургическую академию и в 1817 г. окончил ее с золотой медалью. Около трех лет затем он работал на кафедре хирургии. После двухгодичной командировки за границу, во время которой он (вместе со своим другом и однокашником П.Н.Савенко) посетил ведущие хирургические клиники Франции, Англии, Австрии и Германии, Саломон начал работать адъюнктом на кафедре хирургии медико-хирургической академии и ординатором в Военно-сухопутном госпитале. В 1823 г. он защитил диссертацию «Анатомо-физиологический трактат о глазе человека с добавлением наблюдений об его эмбриологии, сравнительной анатомии и патологии».

Вскоре Х.Х.Саломон стал адъюнкт-профессором кафедры хирургии у своего учителя проф. И.Ф.Буша и начал преподавать оперативную хирургию, десмургию и механуругию; в это время он фактически руководил хирургической клиникой и производил большую часть операций. В 1829 г. он стал ординарным профессором, а с 1833 г. — заведующим кафедрой академической хирургической клиники с курсом оперативной хирургии: этой кафедрой он руководил до выхода в отставку в 1847 г.

Умер Саломон в 1851 г.

Х.Х.Саломон был отличным педагогом, первым помощником И.Ф. Буша, вместе с которым вел преподавание хирургии студентам медико-хирургической академии. Это подтверждают архивные документы. Так, 12 января 1829 г. И.Ф. Буш в своем отчете писал: «В сентябрьской трети минувшего 1828 года преподавал я из подробной хирургии учение о головных повреждениях и болезнях лица, ушей, рта и горла. Адъюнкт-проф. Саломон преподавал учение о повязках и показал большую часть хирургических операций на кадаврах. Он же сделал повторение со студентами 4 класса» (1).

Не подлежит сомнению, что Х.Х.Саломон был одним из наиболее выдающихся русских хирургов первой половины XIX столетия. Когда в 1829 г. он был утвержден ординарным профессором, то ему было вменено в обязанность «непосредственное заведывание хирургической клиникой, пользование в оной находящихся больных и производство нужных операций над оными, требуя в важнейших случаях советов от Буша» (2). Фактически активную хирургическую деятельность Х.Х.Саломон начал гораздо раньше. «До отъезда моего за границу, с 12 мая 1817 года до 20 января 1820 года, занимавши должность адъюнкта по хирургии и хирургической клинике, — вспоминал Саломон, — я сделал 12 операций: 3 литотомии и 9 разных больших операций. По возвращении моем в 1822 году, с этого года до 1846, произведено мною 411 больших хирургических операций» (3). Среди них были и уникальные, по тем временам, вмешательства.

В 1823 г. он первым в России произвел перевязку наружной подвздошной артерии, а в 1837 г. первым успешно перевязал, по собственному методу, общую подвздошную артерию вблизи бифуркации аорты. Он успешно оперировал при аневризмах подколенной, подключичной, плечевой и других артерий, делал операции при травматической аневризме в локтевом сгибе. Все это дает право считать Х.Х.Саломона одним из пионеров отечественной ангиохирургии.

Саломон производил такие сложные для первой половины XIX века операции как грыжесечения, ампутации и экзартикуляции конечностей, поднадкостничные резекции, литотрипсии, операции при катаракте и ряд других. Он стал в России одним из пионеров операции тенотомии (первым ее произвел русский хирург Н.Ф.Арендт). В статье «Операция разрезывания сухих жил» (1839) он ссылался и на собственный клинический опыт, и на «опыты, над живыми животными произведенные». Подробно описывая технику операции, Саломон подчеркивал, что она «доставляет возможность излечения там, где всякая другая помощь была бы бесполезна» (4).

В научном творчестве Х.Х.Саломона (а ему принадлежит более 60 научных трудов) основное место занимала хирургия. Однако, поскольку хирургия включала тогда в себя многие разделы, позднее выделившиеся в самостоятельные дисциплины, Саломон уделял внимание широкому кругу проблем — офтальмологии, венерологии и дерматологии, отоларингологии, травматологии и ортопедии. Так, вместе с П.Н.Савенко он описал симптоматику и лечение египетской болезни (трахомы) у матросов в Кронштадте (1823); ряд своих офтальмологических работ он посвятил образованию искусственного зрачка (1829), энуклеации глаза (1834), лечению глазных воспалений (1848), операциям при катаракте (1849).

Довольно часто Саломон делал различные офтальмологические операции. Например, в работе «Операция перерезывания глазных мышц при

косоглазии» (1840) он высказывался в пользу такой операции, которую не раз успешно производил.

Актуальные проблемы рассматривались в трудах Саломона по дерматологии и венерологии. Интересные мысли высказывал он в статье «О вередном и карбункулезном воспалении клетчатки» (1844). Лечение вереды (фурункула) и карбункула было тогда нелегким делом: Саломон пропагандировал активный метод лечения этих «воспалений», в особенности карбункула, подчеркивая, что «свободный разрез ... сокращает течение болезни, а часто и значительное страдание больного... Нередко предотвращается даже опасность для жизни» (5). Рассматривая в статье «О лимфатических опухолях или нарывах» (1843) лечение этой нередкой тогда патологии, Саломон советовал применять наружные, терапевтические методы и «не вскрывать лимфатических нарываем, потому что от этого больной может легко прийти в худшее состояние» (6).

С своеобразным наставлением для врачей по венерологии были работы Х.Х.Саломона «Практические замечания о венерической болезни» (1834), посвященная распознаванию и лечению гонореи и сифилиса, и «Практические замечания к учению о сифилитических болезнях» (1845). При лечении отоларингологических заболеваний он довольно широко использовал хирургические методы; кроме того, он одним из первых в России стал применять катетеризацию и бужирование евстахиевых труб.

Многие труды Х.Х.Саломона были посвящены травматологии и ортопедии. Основные проблемы этого раздела хирургии трактовались им в соответствии с уровнем развития современной ему медицины, но с учетом таких важнейших факторов как значение общего состояния организма, оказывающего влияние на процесс сращения костной ткани, необходимость применения методов вытяжения, важность расслабления мускулатуры, сроки и способы оперативного лечения и пр. В статье «О переломе шейки бедра» (1831) Саломон описывал наиболее характерные симптомы этой тяжелой травмы, знание которых помогало при диагностике и дифференциальной диагностике, и обращал особое внимание на лечение — «выравнивание» и «укрепление концов перелома». Он подчеркивал, что «к существенным поправлениям лечения переломов шейки бедра, равно как и нижних конечностей вообще, принадлежит полусогбенное положение члена, через что мышцы ослабляются и значительное препятствие к исцелению устраняется» (7): это было важное практическое замечание. Из существовавших тогда методов с использованием «машин, вытягивающих выпрямленный член», Саломон выделил применение т.н. «двойной наклоненной плоскости Купера», с помощью которой он успешно излечил в клинике «перелом шейки бедра с значительным разлукением» (т.е. смещением — М.М.).

К своему труду «О лечении переломов и вывихов» (1835) Х.Х.Саломон дал подзаголовок «Практические замечания». Сделал он это, вероятно, для того, чтобы оттенить практическую направленность, адресоваться к врачам, повседневно имевшим дело с лечением травм. Вместе с тем, это не был пересказ чьих-то работ: «Я столь убежден в важности сего предмета, — писал Саломон, — что не считаю излишним изложить здесь хотя вкратце результаты моих наблюдений». Прежде всего он рекомендовал добиваться расслабления болезненно-сокращенных мышц, окружающих переломленную или вывихнутую кость — в этом он видел главную цель хирурга: а до-

биваться этого следовало «через сгибание больного члена». В некоторых трудных случаях такое сгибание нужно было совмещать с постоянным вытягиванием и противовытягиванием. «Переломы шейки бедра и косые переломы бедра и голени, — отмечал Саломон, — я удобно и совершенно излечивал сказанным способом» (8): в доказательство он приводил убедительные примеры из собственной практики. Эти же принципы, как убеждал на-капленный опыт, следовало использовать и при лечении вывихов.

Говоря о практически важной операции «отнятия плечевого сустава», Х.Х.Саломон подробно разбирал (1833) существующие приемы, выделяя использованные им самим способы Лисфранка и Лангенбека. «Впрочем, всякому оператору должно предоставить выбор того или другого оперативного способа, сообразно с каждым особенным случаем» (9), — писал Саломон, выступая против шаблона, за индивидуализацию хирургического лечения.

Чрезвычайно важной была работа Х.Х.Саломона об ампутациях — «Отсечение членов». Указав, что «отсечение членов всегда есть крайнее средство, избираемое при таком расстройстве частей, которое угрожает неизбежною опасностью для жизни больного», он подробно изложил показания и противопоказания к этой операции: они вполне соответствовали уровню хирургии того времени, даже такое как «во время войны каждый весьма сопряженный перелом, каждая рана, проникающая в членосоединение и проч., требует отсечения члена как необходимого условия к сохранению жизни больного». В то же время Саломон выступил против рекомендованной Ларреем ампутации при столбняке, т.к. «операция такая вовсе не может удалить столь значительного страдания нервной системы». Впрочем, Саломон вовсе не абсолютизировал эти показания и противопоказания: «Искусство в индивидуализировании или практический трактат, приобретаемый у кровати больного, — писал он, — укажет как должно поступать в сомнительных случаях» (10).

Для военных хирургов весьма важным было указание Саломона, что «отсечение члена не должно предпринимать, прежде нежели раненый получил опять полное присутствие духа, прежде нежели пульс после нанесенного повреждения опять установился и прежде нежели утихло первоначальное оглушающее впечатление на всю нервную и сосудистую систему» (11), т.е. после выведения из шока. Ампутацию следует производить, считал Саломон, в течение 24 часов, еще лучше — 12-18 часов после ранения: операции, предпринятые в первые часы после нанесенного повреждения, имеют гораздо лучший исход. Рациональными были и рекомендуемые Саломоном методы ампутации.

Свои научные труды по хирургии Саломон посвящал наиболее важным проблемам, таким, например, как лечение грыж. Вместе с П.Н.Савенко он составил «Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж» (1835). Этот научный труд, сохранивший свою ценность многие десятилетия, содержал и разделы, в которых подробно описывалось грыже-сечение, которое «принадлежит к труднейшим хирургическим операциям, ибо для надлежащего производства онного требуются не только точные анатомико-патологические сведения грыжевых частей, но и особенная опытность, спокойствие духа, осмотрительность, а иногда даже предприимчивость в действиях оператора» (12).

Особые трудности представляло в то время лечение ущемленных грыж, и Саломон не раз обращался к этому очень непростому вопросу. «Я... представлю вкратце сделанные мною при постели больных наблюдения и опыты, — писал он. — ...О положениях, подтвержденных опытом, никогда не излишне говорить для того, чтобы практические врачи обратили на них внимание и усвоили их себе» (13).

Различая острое и хроническое ущемление, он рекомендовал «для назначения времени для операции при остром ущемлении должно совершенно соображаться со степенью ущемления и сопутствующими воспалительными припадками»; при хроническом же ущемлении «не должно спешить с операцией, потому что еще можно довольно много надеяться на приличное фармацевтическое лечение». Впрочем, тактика врача должна быть хирургической: «Бессспорно, — писал Саломон, — что грыжесечение, произведенное иногда в самых сомнительных обстоятельствах, может спасти больного от явной смерти и что лучше приступать к оному ранее, нежели позднее» (14).

Основываясь на собственном опыте, он рекомендовал при паховых и бедренных грыжах «уничтожать ущемление посредством разреза» — при паховых грыжах делать разрез в брюшном кольце и в шейке грыжевого мешка, а при бедренных разрезать в 2-3 местах джимбернатову связку вместе с шейкой грыжевого мешка. «После грыжесечения, — писал Саломон, — я накладываю самую простую повязку, а края раны соединяю посредством липкого пластиря». В то же время он критиковал рекомендовавшееся зарубежными хирургами вкладывание в грыжевой канал или в шейку грыжевого мешка смоченной в масле турунды с ниткой, т.к. это «легко может причинить воспаление брюшины и кишок». Эти советы Саломона были очень важны для практических врачей.

Хирургические методы лечения пропагандировал Х.Х.Саломон в своей работе «О лечении выпадения прямой кишки» (1836). Он, однако, предупреждал о необходимости соблюдать осторожность при операциях. «При невозможности вправления, — писал Саломон, — некоторые советуют делать насечки, но через это возникает повод к ранам и к следующему затем воспалению толстой кишки, а потому насечек надоено, сколько можно, избегать» (15).

Собственный клинический опыт позволил ему рекомендовать при этом заболевании операцию, предложенную Дюпюитреном и заключавшуюся, по его словам, в том, что «одна часть тканей, составляющих задний проход, вырезывается и чрез срастение прочих частей проход этот суживается». Правда, проктологические операции, как свидетельствовали примеры из историй болезни, Саломон проводил по собственной, модифицированной методике, используя, в частности, глазные щипчики, вырезая то больше, то меньше кожных складок, применяя для остановки сильного кровотечения перевязки сосудов.

Характерно, что новые операции, входившие в хирургическую практику, Саломон рекомендовал лишь после того, как проверял их эффективность в своей клинической практике. Так было, например, с предложенной Дюпюитреном операцией по поводу опухоли подъязычной слюнной железы. «Я несколько раз совершенно удостоверился в пользу Дюпюитрена способа, — писал он, — который по простоте своей достоин особенно го внимания» (16).

Одним из наиболее важных научных трудов Х.Х.Саломона было «Руководство к оперативной хирургии» (ч. I-II, 1840), в котором обобщались достижения хирургии и собственный опыт автора и пропагандировались наиболее рациональные методы хирургического лечения. «Руководство» отличалось глубиной научного анализа и характерным для отечественной хирургии анатомическим подходом. «Всякое хирургическое действие требует возможно подробных и точных анатомических познаний, — писал Саломон. — ...Познание одной описательной анатомии ...для оператора недостаточно; он должен знать в точности анатомию хирургическую... столь же необходимо оператору знание и анатомии патологической» (17). Хирургу требовались и особые моральные качества — «в высшей степени спокойствие и присутствие духа, решительность, вообще мужественные поступки, с которыми в непременной связи должны быть: нежность чувств, истинное участие к больному и желание быть ему полезным» (18).

Хирург обязательно должен быть врачом, утверждал Саломон. «Хирург должен знать важность болезни столько, сколько границы врачебной науки и искусства вообще дозволить могут, ибо ему должны быть известны показания для производства операции, по окончании которой больной остается также под его надзором». В общем, он так формулировал свои требования к хирургу: «Точные анатомические сведения, продолжительные и прилежные анатомические и хирургические упражнения на трупах, и случай часто производить операции над живыми, при счастливом душевном и телесном расположении, образуют хорошего оператора» (19).

В «Руководстве» подробно излагались методика подготовки больных к операции, приготовление необходимых инструментов и «оживляющих средств», требования к операционной и ее освещению («свет, здесь необходимый, требуется в такой степени, чтобы совершенно можно было различать части, над которыми производится операция; не худо, если бы он падал сверху»), количество помощников, положение больного и хирурга («оператор принимает положение сидячее, стоячее или опускается на одно колено»). Особенно важно послеоперационное лечение — «часто от оного единственно зависит счастливый успех операции: здесь должен показать оператор терапевтические свои сведения, без коих он обойтись не может». Что касается перевязки раны, то она должна лишь защищать рану «от доступа наружного воздуха», т.е. от загрязнений.

Описывая операции, «на разных частях тела производимые», Саломон много места уделял часто применявшемуся тогда кровопусканию («кровокиданию») — показаниям и противопоказаниям, технике вскрытия различных вен, осложнениям («особенным приключениям»); говорилось и об артериотомии (височной артерии). Для дренирования гнойных очагов рекомендовалось «введение заволоки». Подробно излагалась техника насечек (скарификаций), «припущения пиявок» и «приставления банок», вскрытия нарываов, прививания коровьей оспы, а также «впрыскивания лекарств в вены», «расширения» ран и наложения швов, извлечения инородных тел и пр.

В соответствии с уровнем хирургии того времени он описывал и такие операции как «образование фонтанели» (искусственной язвы или гнойной раны), «приставление моксы» (с образованием ожога со струпом), «прикладывание раскаленного железа»: все эти давно исчезнувшие в медицине

операции являлись своеобразной «раздражающей терапией» и нередко оказывались эффективными.

Для Саломона был характерен рациональный, а нередко критический подход к хирургическим операциям. Так, говоря о «разрезывании нервов» (русские хирурги одними из первых ввели в практику операцию невротомии), он подчеркивал, что «успех сей операции остается еще сомнителен, поелику боли после оной не прекращаются... Операцией не всегда удаляется причина болезни» (20), и в подтверждение ссылался на опыт И.В.Буяльского, в 1834 г. первым перерезавшего прибавочные нервы Виллизия, и других хирургов.

В то же время, описывая существовавшие тогда операции, он выделял те, которые давали наилучший эффект. Из нескольких способов остановки кровотечения он выделял один, указывая, что «наложение лигатуры на кровоточащий сосуд есть простейший и вернейший способ». Наложению лигатуры, на основании собственного опыта, отдавал он предпочтение и при оперативном лечении аневризмы, подчеркивая, что «способ этот есть самый действительный и надежный». Зато предлагавшаяся операция закрытия мочевых свищей, которая в его руках «не имела полного успеха», не рекомендовалась.

Вообще, охотнее всего он описывал способы, в т.ч. и оригинальные, которыми оперировал сам, такие, например, как сложнейшее наложение лигатуры на общую подвздошную артерию. Особое внимание Саломон обращал на технику операций, на мастерство хирурга, подчеркивая, что «чем нежнее и вернее будут приемы при делании этих операций и чем они проще и с меньшим числом орудий производятся, тем более можем ожидать счастливого исхода» (21).

«Сложные операции» на голове, шее, туловище и конечностях Саломон описал отдельно, посвятив этому вторую часть своего «Руководства». Здесь речь шла об операциях на черепе, вмешательствах на глазах, ушах, в полости рта, а также об операциях при зобе, при болезнях грудной железы, при инородных телах в пищеводе и ряде других нередко встречавшихся заболеваний. Довольно много места уделил Саломон операциям «на разных местах брюха», причем не только часто производившемуся при асцитах «прободению брюха», но и таким редким тогда вмешательствам как лапаротомия, гастротомия, энтеротомия, нефротомия, вскрытие желчного пузыря. Чрезвычайно подробно были изложены операции при грыжах и различные вмешательства на мочеполовых органах. Детально разбирались операции по «отсечению членов» — ампутации, экзартикуляции, резекции.

«Руководство к оперативной хирургии» явилось капитальным научным трудом, который был по достоинству оценен современниками. Вот, например, что говорил об этой книге познакомившийся с ней еще в рукописи выдающийся русский хирург И.В.Буяльский: «Сочинение это будет превосходным руководством для студентов и врачей, занимающихся хирургией» (22). Высоко оценивали книгу и другие ученые.

Ободренный подобными отзывами, Х.Х.Саломон решил представить свой труд на соискание высшей научной награды того времени — демидовской премии. Академия наук, присуждавшая эти премии, направила «Руководство» на рецензию Ф.И.Иноземцеву, профессору хирургии Московского университета.

Ф.И.Иноземцев чрезвычайно серьезно отнесся к поручению Академии наук и, обстоятельно разобрав труд Х.Х.Саломона, дал ему очень высокую оценку: отзыв Ф.И.Иноземцева был рассмотрен и одобрен медицинским факультетом Московского университета. В 1842 г. Академия наук, основываясь на этом отзыве, наградила Х.Х.Саломона демидовской премией: Ф.И.Иноземцев за основательное и добросовестное рецензирование был отмечен большой золотой медалью (23).

Х.Х.Саломон, как и его учитель И.Ф.Буш, поддерживал все новое в хирургии, отстаивал методы, которые расширяли лечебный арсенал врача. Так, он положительно отнесся к переливанию крови, посвятив этому методу специальный раздел в своем «Руководстве к оперативной хирургии». Он подчеркивал, что «операция эта оказалась действителью наипаче после большой потери крови, особенно от кровотечения из матки после родов», и отмечал, что «наилучше употребляется венная кровь здорового человека, которой количество берется умеренное, и впрыскивание производится тихо» (24). Наряду с этим говорилось и о переливании крови от животных, что, впрочем, было естественным для медицины того времени, не знавшей ни о видовой, ни о групповой дифференцировке крови.

Интересно, что Саломон описывал как непосредственное переливание крови (из вены одного человека в вену другого), так и «посредственное» (через сосуд и сифон). Поддерживал Саломон и такие, не слишком известные тогда методы, как забытое и только-только возрождавшееся иглоукалывание, которое употребляется, как он писал, «с тем намерением, чтобы действовать на нервы какого-либо места в теле».

Передовые научные взгляды высказывал Х.Х.Саломон по многим проблемам хирургии и медицины. Так, ему принадлежат интересные мысли по поводу эпидемии холеры в Астрахани в июле 1830 г. Саломон отвергал господствовавшее тогда среди врачей мнение, что холера «притекла в Астрахань из Персии через воздух». В защиту своего мнения он указывал на первый случай заболевания холерою на судне, пришедшем из Персии и стоявшем вблизи Астрахани, постепенное развитие холеры и распространение ее по «большим проезжим дорогам», тогда как в местах, совершенно изолированных, хотя и находившихся вблизи Астрахани, холеры не было. Описав «припадки» холеры и ее течение, Саломон приходил к заключению, что холера заразительна, а «губительный яд заразы скрыт в изыхаемом воздухе и в запахе от трупов, умерших холерою». К «предохранительным мерам» Саломон относил карантин, диету, правильный образ жизни, а также «чтобы изыхаемый больными воздух не мог войти в тело здорового человека» (25).

Характерно, что Х.Х.Саломон, как подлинный ученый, не абсолютизовал свои научные труды и труды своих коллег. «Я весьма удален от того, чтобы одобрить самолюбие и решительные приговоры, которые в учебных занятиях всегда суть доказательством весьма односторонних понятий и недостаточного образования, — писал Саломон, — прошу читателей принять мои примечания как такие, которые подтверждены внимательным наблюдением и опытом лучших практиков и чрез то известны стали врачебной публике» (26).

Энциклопедически образованный ученый и врач, искусный хирург и тонкий диагност, Х.Х.Саломон заслужено считался отличным клиници-

стом. Отнюдь не случайно его часто приглашали принять участие в консилиумах вместе с другими видными русскими хирургами, в т.ч. вместе с Н.И.Пироговым, а также с Н.Ф.Арендтами и И.В.Буяльским.

Кстати, Н.И.Пирогов хорошо знал труды Х.Х.Саломона. Так, в работе «Перевязывание левой общей подвздошной артерии» (1852) он писал о том, что в «1837 г. Саломон произвел эту операцию с успехом» и упоминал, что «Саломон... предлагает делать разрез, параллельный с нижней надбрюшной артерией» (27). В «Анналах хирургического отделения клиники Дерптского университета» (1839) Н.И.Пирогов упомянул о произведенной Х.Х.Саломоном перевязке общей подвздошной артерии. В «Началах общей военно-полевой хирургии» (1864) он упоминал о сделанной, как он писал, «еще недавно... ампутации едкими веществами по способу Бонне ...Саломоном» (28).

Однако отношения Н.И.Пирогова и Х.Х.Саломона были не простыми. Например, когда в 1835 г. молодой Н.И.Пирогов приехал в Петербург для чтения курса лекций по хирургической анатомии (эти лекции он читал в Обуховской больнице), Х.Х.Саломон не постеснялся, вместе с известным хирургом Н.Ф.Арендтом и молодыми врачами, стать слушателем этих интереснейших лекций: он сразу оценил гений Н.И.Пирогова. А вот другой, прямо противоположный факт. Когда в 1844 г. Пирогов представил в академию проект создания анатомического института, против этого проекта выступил ряд профессоров, в т.ч. и Х.Х. Саломон. «Так, проф. Саломон отрицал необходимость основания института по той причине, что за границей нет подобных учреждений; далее указывалось, что цель академии приготовлять военный врачей, а не ученых анатомов и т.д.» (29). Жизнь, однако, показала, что в данном случае Саломон был не прав.

Научные труды Х.Х.Саломона были хорошо известны не только в России, но и за границей. Например, в одном из французских медицинских журналов — «Gazette medicale de Paris» — в 1837-1840 гг. был описан ряд проделанных им уникальных операций и помещены похвальные отзывы о нем, причем его имя называлось в ряду самых знаменитых хирургов (30).

Деятельность выдающегося русского хирурга Х.Х.Саломона — предмет гордости отечественной медицины.

7. Николай Арендт: врач, лечивший Пушкина

В первой половине XIX столетия отечественная хирургия достигла больших успехов, стала вровень, а по некоторым позициям обогнала науку ряда западно-европейских стран. Среди тех, кто обеспечил эти замечательные успехи, был выдающийся русский хирург Н.Ф.Арендт. «Медицина и хирургия того времени, — писал Н.И.Пирогов, — в С.-Петербурге имели весьма дальних представителей: Буш, Арендт, Саломон, Буяльский... пользовались заслуженою популярностью и в публике, и между врачами того времени» (1). Пирогов называл Н.Ф.Арендта вторым, после основоположника отечественной хирургической школы масти-того И.Ф.Буша.

Николай Федорович Арендт родился в 1785 г. в г.Казани. Дед его был ремесленником, мастером медных дел, а отец, уроженец Москвы

Ф.И.Арендт, — известным московским врачом. В 1805 г. Н.Ф.Арендт окончил Петербургскую медико-хирургическую академию, получив в награду за отличные успехи в ученье серебряный карманный набор хирургических инструментов. Вероятно, эта награда, соответствовавшая учрежденной позднее золотой медали, сыграла определенную роль в том, что молодой Арендт стал хирургом, вернее, военным хирургом.

После продолжительной стажировки в Петербургском генеральном госпитале в 1806 г. его назначили лекарем в Навагинский мушкетерский полк; в рядах этого, а затем и других русских полков, он участвовал во многих сражениях бушевавших в Европе наполеоновских войн.

В кровавых битвах при Пултуске и при Прейсиш-Эйлау военный врач Арендт проявил себя умелым хирургом и спас жизнь многим русским воинам. Затем последовали другие сражения, в частности, в войне со Швецией в 1808-1809 гг., в которых штаб-лекарь, а затем лекарь I класса Арендт по-прежнему был в военном строю, рядом с солдатами. В эти годы он приобрел большой практический опыт в военно-полевой хирургии и ко времени начала Отечественной войны 1812 г. был сложившимся хирургом, знающим и искусным оператором. За труды и успехи во время войны со Швецией Арендт был награжден бриллиантовым перстнем.

Наступил 1812 год. Когда наполеоновские войска перешли Неман и двинулись на Москву, старший лекарь I класса Н.Ф.Арендт был назначен дивизионным доктором 13-й пехотной дивизии: как писал его современник, «Арендт явился опять на бранном поле с запасом опыта и знаний». И вновь он участвует в кровопролитных сражениях при Клястицах, при Полоцке, при Чашниках. Снова он оперирует в поле, в палатке, в крестьянской избе. А когда, преследуя наполеоновские войска, русская армия сражается уже на полях Европы, штаб-доктор I пехотного корпуса Арендт вновь участвует в кровопролитных сражениях при Бауцене и при Фершампенуазе, в гигантской «битве народов» при Лейпциге, во многих других сражениях, вплоть до взятия Парижа.

В 1814 году, после взятия Парижа и окончания войны, Арендт был назначен главным врачебным инспектором русских войск, находившихся тогда во Франции. Организовав русские госпитали, Арендт умело руководил их деятельностью и обнаружил качества незаурядного организатора и опытного администратора.

Возвратившись в 1815 г. в Россию, Н.Ф.Арендт вновь стал дивизионным доктором 12-й пехотной дивизии, а затем — старшим доктором кавалерии гвардейского корпуса. Наконец, в 1820 г. Н.Ф.Арендта назначили главным доктором артиллерийского госпиталя в Петербурге, и он смог полностью посвятить себя любимому делу — хирургии. Правда, военное ведомство, высоко ценя его организаторские способности и медицинский опыт, стремилось использовать его в военно-медицинской службе — его назначали, например, генерал-штаб-доктором армии, готовившейся к зарубежному походу.

Годы военной службы в действующей армии, участие в походах русских войск и в кровопролитных сражениях обогатили Арендта большим медицинским опытом и отточили его незаурядное хирургическое мастерство. «В эти годы он сделал столько разного рода операций, что одно исчисление их по справедливости удивляло современных хирургов, тоже не остававшихся без дела среди наполеоновских войн, — писал Я.Чистович. —

Но славе Арендта содействовала не одна численность произведенных операций; современники его все более удивлялись тому, что большая часть операций его, производившихся иногда среди очень неблагоприятных обстоятельств, оканчивалась благополучно» (2). Военно-полевые операции Арендта — а их он проделал, как писали, более 800 — сохранили жизнь и вернули здоровье многим солдатам и офицерам русской армии.

Известный французский хирург Ларрей изумлялся отличным результатам, которых достиг Арендт при выполнении сложных операций. Действительно, в то время это были уникальные результаты. Высказывалось даже мнение, что объясняются эти результаты якобы тем, что «Арендт, помимо огромной опытности, один из первых применял антисептическое лечение и придавал ему самое серьезное значение» (3). Вряд ли это так: ведь тогда, в первой половине XIX века, не существовало еще самого понятия «антисептика», и так называемую антисептику (вернее, элементы антисептики) Арендт применял, конечно, эмпирически, что отнюдь не снижает его роли в уменьшении послеоперационной смертности.

Расцвет научно-практической деятельности Н.Ф.Арендта как хирурга пришелся на время его работы в Петербургском артиллерийском госпитале. Именно тогда выполнил он свои знаменитые операции — экзартикуляции целых конечностей и особенно перевязки кровеносных сосудов, ставшие широко известными в России и за рубежом. Вот что писал в 1822 г. журнал «Отечественные записки»: «Арендтом произведены две перевязки аневризмов... 1-я над Иваном Коноваловым прошлого 1821 года 18 ноября. Он перевязал ему сонную артерию с правой стороны выше ключицы. Аневризм, происшедший от удара в висок, на котором был уже кровавый гриб, так сильно увеличивался и угрожал разрывом (а потому и неминуемой смертью), что Арендт должен был решиться сделать сию важную, опасную перевязку при свечах. Успех увенчал сие смелое, небывалое предприятие в летописях медицины: Коновалов скоро выздоровел. 2-я, текущего 1822 года, июня 22 дня. Арендт сделал операцию аневризму в 13 минут у известного немецкого актера Вильде. Перевязана им в левом паху бедренная артерия выше пупартовой связки. Операция сия имеет сходство с произведенной в клинике знаменитым нашим оператором Буяльским... Вильде в 25 дней совершенно излечился и в нынешнем месяце уже вступит на сцену театра» (4). К этому «Отечественные записки» добавляли, что «в веймарских газетах и в берлинских медицинских журналах» ранее была описана еще одна операция аневризмы у купца И.Пораткова, сделанная Арендтом до этих двух операций. Когда выздоровевший после уникальной операции купец, вспоминал Арендт, «с женою и детьми зашел ко мне, что я при виде их чувствовал, описать невозможно» (5).

В 20-е годы Арендт произвел еще несколько операций перевязки различных кровеносных сосудов по поводу аневризм. Некоторые из этих операций (например, перевязку безымянной артерии) он сделал первым в России, а перевязку аневризмы наружной подвздошной артерии — первым в мире. Делясь своим опытом, Н.Ф.Арендт опубликовал в 1823 г. в только начавшем выходить тогда «Военно-медицинском журнале» большую статью «Описание двух счастливым успехом сделанных операций перевязывания подвздошной наружной артерии». Впервые в России он произвел и операцию тенотомии.

Высокое научно-практическое мастерство Н.Ф.Арендта получило всеобщее признание ученых-медиков и медицинской общественности. Это нашло свое выражение в беспрецедентном в истории отечественной медицины акте: «за усердную и долговременную службу, равно как и за совершенное познание медицины и хирургии, доказанное многократным производством всех операций», Н.Ф.Арендту в 1821 г. без сдачи обязательного экзамена и без защиты диссертации была присвоена ученая степень доктора медицины и хирургии.

В 1827 г. Н.Ф.Арендт ушел в отставку с военной службы и занялся широкой медицинской практикой, основное внимание уделяя своей любимой хирургии. Вскоре его пригласили на должность главного консультанта в Обуховскую больницу. И хотя работал он там, как говорится, на общественных началах, бесплатно, но регулярно проводил обходы больных, давал разрешение на проведение операций, обязательно присутствовал на всех операциях и сам оперировал наиболее тяжелых больных, занимался обучением молодых врачей — хирургов. За годы, когда Н.Ф.Арендт был главным консультантом Обуховской больницы (а работал он здесь около 20 лет), результаты лечения значительно улучшились, снизилась послеоперационная летальность; в больнице выросли опытные специалисты — их называли потом «обуховскими хирургами».

Н.Ф.Арендт всегда благожелательно относился к молодым хирургам, в особенности к тем, кто совмещал практическую деятельность с научными исследованиями. Так, одним из первых он оценил талант молодого Пирогова: еще в 1835 г., когда решение о выборе Пирогова на кафедру в Дерптском университете затягивалось, Арендт, принимавший участие в его судьбе, передал ему приглашение занять кафедру в Харькове. В 1842 г. Н.И.Пирогов приехал в Петербург, и Н.Ф.Арендт, пользуясь своими связями, выхлопотал для него разрешение прочесть «обуховским хирургам» цикл лекций по новой тогда хирургической анатомии. Каково же было изумление Пирогова, когда среди своих юных слушателей он увидел почтенного доктора медицины и хирургии Н.Ф.Арендта, ставшего внимательным учеником и не пропустившего буквально ни одной лекции! (6). Хирург должен учиться всю жизнь, полагал Арендт, и сам всегда следовал этому правилу, отнюдь не считая зазорным учиться у молодых ученых и врачей.

Мастерство Н.Ф.Арендта получило такое широкое признание, что сам император Николай I, заболев, обратился к нему за помощью. А после успешного лечения доктор Арендт был назначен лейб-медиком и в течение 10 лет исполнял обязанности личного врача императора Николая I. Однако «придворное» положение не намного изменило заведенный порядок деятельности Н.Ф.Арендта. Он продолжал быть консультантом Обуховской больницы, занимался врачебной практикой, не отказывая в помощи никому, кто бы ни обратился к нему. «Он... сокращал иногда визит в богатом доме, чтобы не опоздать в тесную и грязную лачужку какого-нибудь дворника, — писал Я.Чистович. — Были годы, которые... Арендт прожил почти не выходя из коляски: так много было у него больных; но между этими больными едва ли одна треть имела возможность заплатить за его попечения. Напротив, весьма многим бедным людям сам он, вместе с советом, привозил и деньги на исполнение совета. Но зато в последние двадцать лет едва ли можно было встретить в Петербурге бедняка, который бы не

знал Николая Федоровича и ничем не был обязан ему» (7). До последних дней жизни (он умер в 1859 г.) неутомимо работал Н.Ф.Арендт — самый популярный и самый общедоступный врач северной столицы, и его приемная, по словам очевидцев, «была полна бедными людьми из простолюдья со всех концов Петербурга, являвшимися за безвозмездно врачебною помощью».

Н.Ф.Арендт лечил многих выдающихся деятелей русской культуры и среди них — А.С.Пушкина.

Когда после дуэли морозным январским днем 1837 г. Пушкина, раненного злодейской рукой, привезли домой, на Мойку, первым доктором, к которому сразу же отправился Данзас, секундант и друг Пушкина, был Н.Ф.Арендт. Дома его не оказалось, но ему была оставлена записка — и вскоре, бросив все дела, Арендт был у постели раненого поэта, которого хорошо знал и любил, не раз лечил прежде.

В те трагические для русской культуры дни Н.Ф.Арендт много раз навещал раненого Пушкина, руководил его лечением. Было предпринято все, чем располагали медицина и хирургия того времени, — но тщетно. «Полдень. Арендт сейчас был, — писал находившийся в те дни в квартире Пушкина друг поэта А.И.Тургенев. — ...Надежды нету, хотя есть облегчение страданиям. ...Арендт думает, что это не протянется до вечера, а ему должно верить: он видел смерть в 34 битвах» (8).

К сожалению, Арендту и его коллегам, собравшимся у постели раненного поэта (а в их числе были и такие знаменитые хирурги как И.В.Буяльский и Х.Х.Саломон), не удалось спасти жизнь Пушкина: рана, тяжелая и для современной медицины, тогда, в 30-е годы XIX столетия, оказалась смертельной. Н.Ф.Арендт тяжело переживал смерть поэта.

8. Петр Савенко: любимый ученик Буша

В развитии русской медицины и хирургии первой половины XIX в. выдающуюся роль сыграла первая отечественная хирургическая школа, основанная И.Ф.Бушем. Одним из видных представителей этой школы был профессор Петербургской медико-хирургической академии хирург и клиницист П.Н.Савенко: к сожалению, его имя, его вклад в отечественную медицину оказались полузабытыми.

Петр Назарович Савенко родился в 1795 г. в Екатеринославской губернии. После окончания гимназии он в 1813 г. поступил в Петербургскую медико-хирургическую академию и окончил ее «весьма успешно». Как один из лучших выпускников, П.Н. Савенко был послан за границу для совершенствования в хирургии и окулистике: в течение нескольких лет он работал в хирургических клиниках Франции, Англии, Германии. Однако главным в становлении Савенко как хирурга и клинициста была его научная и практическая деятельность под руководством профессора И.Ф.Буша. «Это был любимейший ученик Буша, вполне достойный своего учителя», — писал о П.Н.Савенко историк хирургии К.Э. Лопатто (1).

Начиная с 1822 г. П.Н.Савенко работал в медико-хирургической академии адъюнктом (преподавателем) сначала окулистики, а потом хирургии. Одновременно он много занимался практической медициной — был

ординатором и оператором Главного морского госпиталя, главным врачом заведений приказа общественного призрения. В 1824 г. Савенко защитил диссертацию, в 1832 г. стал ординарным профессором хирургии, а с 1833 г. по 1839 г. возглавлял кафедру теоретической хирургии. Умер П.Н. Савенко в 1843 г.

Хирург и клиницист, П.Н.Савенко интересовался широким кругом научных проблем современной ему медицины. Первую свою научную работу, выполненную вместе с другим учеником Буша — Х.Х.Саломоном, он посвятил «описанию глазной болезни, господствовавшей между матросами Кронштадтского порта в 1823 году». Основываясь на большом клиническом материале (более 400 больных, которых они лечили с 10 июня по 1 сентября в Ораниенбаумском морском госпитале), П.Н.Савенко и Х.Х.Саломон детально описали симптоматику распространенной тогда египетской болезни (трахомы), решительно высказавшись за ее инфекционное происхождение и подчеркнув роль гнойного отделяемого: «Сей-то гной или гнойная материя, — писали они, — по нашему мнению, исключительно содержит в себе заразительное семя» (2). Обращала на себя внимание наблюдательность молодых врачей, установивших, в частности, что у больных «во время сильнейших местных страданий общее здоровье остается невредимым», а также что «мясистые нарости век (granulationes), по нашему мнению, суть следствия заразительного веко-око-гноетечения и содержатся к оному как действие к своей причине». При лечении больных особое внимание было уделено «предостерегательному лечению», а также «противувоспалительному лечению», включавшему сильные, до обморока, кровопускания, применение холода и прижиганий, слабительных, рвотных, хины, настойки опия и других средств. Вопреки мнению зарубежных авторитетов (в том числе немецкого хирурга Ф.Вальтера) и основываясь на «собственной опытности», они не применяли «вырезывание части соединительной оболочки, наипаче нижних век, в заразительном веко-око-гноетечении»; такая операция производилась лишь при «наростах необычайной величины», имеющих «нарочитую твердость», а также при «расслабленной соединительной оболочке, образующей при стянутом веке многие складки, лежащие одна на другой» (3). Приведенное в статье подробное описание оперативной техники свидетельствовало о том, что хирургические методы при лечении трахомы П.Н. Савенко и Х.Х.Саломон применяли достаточно широко.

Большой интерес представляла статья П.Н.Савенко «Описание излечения расширения подключичной боевой жилы через перевязывание сего сосуда» (1824). В то время хирургические вмешательства на сосудах (почти исключительно перевязки) производились крайне редко, каждая успешная сосудистая операция была событием в медицине. «В наши времена, — писал Савенко, — хирургия... достигает и у нас до степени известного совершенства. Подтверждением сего служат некоторые поправления, сделанные российскими врачами в нашей науке, равно как и те важные операции, кои были предприняты, наипаче в столицах России» (4).

Подтверждением «известного совершенства» отечественной хирургии того времени была и описанная им операция перевязки подключичной артерии, произведенная русскими хирургами А.А.Гибсом, Н.Ф.Арендтом и самим П.Н.Савенко в Петербургском морском госпитале 5 января 1823 г.

Операция эта, предпринятая впервые в России, продолжалась «час и три четверти» и завершилась успехом: «находившийся под левою ключицей желвак совершенно исчез, не оставя по себе никаких следов». Детально проанализировав ход этой уникальной по тем временам операции и доказав ее пользу, П.Н.Савенко выступил за применение в клинике (при соответствующих показаниях) перевязки сосудов: это, по его словам, доказали «многочисленные и неоспоримые примеры над людьми и опыты, сделанные над животными». Это вполне соответствовало основному направлению хирургической школы Буша. Основываясь на анатомическом подходе и проанализировав возможные варианты операции, он рекомендовал технику подобных вмешательств при перевязке подключичной артерии в различных местах, убедительно доказав, что «сосуд сей может быть перевязан в трех местах, т.е. либо под ключицей, либо над сею костью и притом с наружной или с внутренней стороны лестничных мышц» (5). Этот вывод был весьма важен для практической хирургии того времени.

Важнейшим научным трудом П.Н.Савенко по хирургии, сохранившим свою ценность многие десятилетия, были составленные им вместе с Х.Х.Саломоном «Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж» (1835). Этот труд был строго выдержан в духе идей об анатомическом фундаменте хирургии — идей, характерных для первой отечественной хирургической школы: основой труда, как указывалось в предисловии, послужило «бесчисленное множество наблюдений, сделанных по сему предмету» и самими авторами, и другими хирургами. Самым подробным образом были рассмотрены наиболее часто встречавшиеся врачам паховые, пахомоночные и бедренные грыжи. Сначала давалось «анатомическое изложение частот, участвующих в образовании грыж», — приводилась анатомия наружных и внутренних паховых и бедренных колец, пахового и бедренного каналов, семенного канатика, нижней надчревной артерии и пр. Далее следовало «анатомическое изложение частей, составляющих грыжу». Детально описывались грыжевые мешки и слои (или оболочки) паховых и бедренных грыж. Говорилось и об опасностях, подстерегавших хирурга, например, о том, что «особенного внимания заслуживает измененное положение кровеносных жил», которые могут быть ранены во время операции. Однако, подчеркивалось в книге, «хотя анатомические наблюдения многих хирургов и собственные наши подтверждают типовые изменения положения боевых жил, однако же они редко только могут составить препятствие при производстве операции бедренной грыжи».

Наибольший интерес вызывали разделы, в которых подробно описывалась операция грыжесечения. Авторы предупреждали о серьезности оперативного вмешательства при грыжах: «Грыжесечение принадлежит к труднейшим хирургическим операциям, ибо для надлежащего производства оного требуются не только точные анатомико-патологические сведения грыжевых частей, но и особенная опытность, спокойствие духа, осмотрительность, а иногда даже предприимчивость в действиях оператора. Сверх того, знание литературы грыж составляет непременную принадлежность хирурга, который при каждом почти грыжесечении встречается с новыми обстоятельствами, могущими привести его в замешательство» (6).

Особо подчеркивалась важность своевременного производства грыжесечения — «не откладывать операции до того времени, когда производство оной делается опасным, либо и вовсе невозможным». Поэтому при ущем-

лении не следовало «очень долго терять время» на терапевтическое лечение, а вправление грыжи рекомендовалось производить «с великою осторожностью» и излагались показания (довольно широкие по тому времени) и противопоказания к операции, перечислялись необходимые инструменты (скальпели, пинцеты, герниотомы и пр.) и перевязочные средства, состав и обязанности помощников, говорилось о том, в каком положении должны находиться больной и оператор.

Подробно описывалось производство самой операции: «Главные приемы операции суть: 1) разрез общих покровов; 2) разделение оболочек, облагающих грыжевой мешок, и вскрытие сего последнего; 3) уничтожение самого ущемления; 4) возвращение или вправливание выпадших внутренностей в приличное место, если сие возможно» (7). Каждый прием в дальнейшем детализировался, причем подчеркивались особенности хирургической тактики оператора, указывались возможные осложнения и меры, которые надлежало предпринять врачу. Следует добавить, что этот важный научно-практический труд был отлично издан: его напечатали на русском и латинском языках, а большая часть таблиц была выполнена в натуральную величину. Неудивительно, что «Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж» были высоко оценены и в России, и за рубежом.

П.Н.Савенко внес солидный вклад в развитие отечественной урологии: эта дисциплина была тогда важным и обширным разделом хирургии. Савенко искусно выполнял многие сложные тогда урологические операции — такие как литотомия, применял и пропагандировал новые оперативные методы. Так, в 1839 г. он опубликова в «Военно-медицинском журнале» чрезвычайно интересные статьи «О камнекрушении», «Некоторые предварительные сведения, относящиеся к операции камнекрушения», «Производство камнекрушения». А вскоре вышла его монография «Очерк главнейших камнекрушающих происшествий» (1840), которая привлекла большое внимание отечественных хирургов.

Как известно, в 20-30 гг. XIX столетия на смену литотомии пришли операции литотритии (некровавого удаления камней мочевого пузыря с помощью особого прибора, размельчающего камни путем просверливания) и литотрипсии (камнедробления). Книга П.Н.Савенко была первым отечественным трудом, посвященным новым операциям. С энциклопедической полнотой излагались здесь история, показания и противопоказания, техника камнедробления — камнеразбивания и раздавливания камней.

Характерно, что анатомию мочевыводящих путей П.Н.Савенко описывал с точки зрения хирурга-уролога: «Рассматривая мочеиспускательный канал, — писал он, — ...мы обращаем внимание на два главные его свойства: 1) на способность пропускать инструменты, существующие для разрушения камня в мочевом пузыре и 2) на возможность проводить отломки раздробленного камня с извергаемой через мочеиспускательный канал жидкостью» (8). В книге анализировались причины возникновения камней в мочевых органах (хотя Савенко и оговаривался, что «патологические исследования не определили подлинной причины отделения из мочи у иных тончайшего порошка, а у других мельчайших камешков»), подробно описывалась симптоматика заболевания, рекомендовались наиболее рациональные методы литотритии и литотрипсии. Савенко ссыпался на опыт многих зарубежных хирургов, прежде всего, французского хирурга Гертлу (Heurteloup), а также на операции, проделанные русскими хирургами.

гами А.И.Полем, Х.Х.Саломоном, И.В.Рклицким, А.А.Дубовицким, и, конечно же, на собственный опыт — он проделал много операций литотрипсий. П.Н.Савенко по праву считается в русской хирургии одним из пионеров использования новых методов камнедробления.

Солидную клиническую эрудицию продемонстрировал П.Н.Савенко в своей работе «О бедро-мышечной и бедро-тазовой немочи» (1835). В то время это заболевание (позднее его называли фунгозным страданием тазобедренного сустава) многие хирурги смешивали с другой распространенной болезнью — ишиасом, основываясь на якобы сходной клинической симптоматике. Используя дифференциально-диагностический подход, Савенко убедительно доказал (и подтвердил это примерами из собственной практики), что эти заболевания не имеют между собой почти ничего общего. Кстати, описывая лечение ишиаса и рекомендуемое больному «горизонтальное положение на спине, без особенного укрепления бедра», Савенко добавлял: «К сему простому способу, испытанному мною с успехом, я обыкновенно присоединяю умеренное обвивание всего члена циркулярным бинтом для поддержания спокойствия силы и потребного возбуждения в мышцах» (9): это был важный практический совет.

Выраженный научно-практический характер носила работа П.Н.Савенко «Об озноблениях и ожогах» (1834). Основное внимание он уделил «озноблениям». Детально проанализировав действие холода на живой организм, он убедительно доказывал, что при замерзании происходит «поражение... обеих нервных систем, т.е. центральной и периферической, с зависящими от оных органами. Человеческий организм, подвергшийся действию холода, лишается главнейшего возбудителя жизни — чувствительности» (10).

П.Н. Савенко описал отморожения, которые он разделил на пять степеней, в зависимости от поражения тканей, и рекомендовал очень осторожно проводить их лечение, особое внимание обращая на «предостерегательное лечение», т.е. на профилактику отморожений (в подтверждение он ссылался на пример русского полководца А.В.Суворова). Описывая «восстановительное лечение», он обращал внимание как на местное, так и на общее лечение; в заключение следовало использовать «фармацевтическое лечение» — применять различные лекарства. Для врачей были важны рекомендации Савенко по лечению каждой из пяти описанных им степеней отморожения, сделанные им на основании собственного опыта. «Питательная, свежая пища, чистый воздух, спокойствие больного, в соединении с укрепляющим и возбуждающим способом лечения, — подчеркивал он, — суть необходимые условия для выздоровления, а особенно после значительных поражений холодом».

П.Н.Савенко высказал оригинальную мысль, что «отморожение есть ни что иное, как ожог, ...припадки или явления оного суть не что другое, как повторение явлений, замечаемых при ожоге»; исходя из этого, он и сообщал «новейшие мысли и изыскания по сему предмету». При лечении ожогов следовало: «1) удалить причину ожога; 2) уничтожить воспаление; 3) удерживать в надлежащих границах вторичное воспаление, посредством коего происходит отделение обгорелых частей; 4) образованию рубца способствовать с большой осторожностью и вместе с тем препятствовать, сколько возможно, чтобы члены, требующие движения, не сделались не-

подвижными или обезображенными» (11). Эти ценные рекомендации были по достоинству оценены врачами-практиками.

Образованный и вдумчивый клиницист, П.Н.Савенко всегда интересовался теоретическими проблемами клинической медицины, в особенности патологической анатомией. Свою докторскую диссертацию он посвятил патолого-анатомическому изучению меланоза. В то время всякие болезненные изменения в разных органах и тканях, продукты которых были окрашены в черный цвет, называли меланозным перерождением. Диссертация П.Н.Савенко (она была опубликована на латинском языке в Петербурге в 1825 г.) вызвала большой интерес у русских и зарубежных ученых: J.N. Rust в своем энциклопедическом руководстве (1830-1836) писал, что один из лучших трудов о меланозе принадлежит П.Н.Савенко. Интересной была и его статья «Анатомико-патологическое описание мозговика» (1833), в которой он всесторонне разобрал медулярную саркому, ее морфологию, отличие от других опухолей, симптоматику и дифференциально-диагностические критерии. Что касается лечения, писал Савенко, то «оно состоит либо в укрощении припадков всеми известными утолющими средствами, либо в коренном истреблении желваков (т.е. опухоли) и поддержании сил больного» (12).

Наряду с хирургическими, П.Н.Савенко высоко ценил и терапевтические методы лечения, рекомендовал широко применять физиотерапевтическое и курортное лечение. Посетив летом 1827 г. Северный Кавказ, он детально познакомился с минеральными источниками, проанализировал их целебное действие. Вышедшая вскоре книга П.Н. Савенко «Кавказские минеральные воды» (1828) стала первым научным трудом по курортологии и бальнеотерапии, посвященным целебным факторам этого прославленного ныне курорта. В начале книги было дано подробное описание местоположения целебных источников; здесь же автор приводил свою точку зрения на их возникновение — как писал он сам, «нечто из общих моих понятий о происхождении и образовании минеральных вод в недрах земли». Эти «понятия», однако, были вполне научными, выдержаными в духе физико-химических представлений того времени.

Отдавая должное целебной силе минеральных вод, Савенко вместе с тем писал, что «осторожное и благоразумное обхождение с сими целебными средствами несомненно поддержит здоровье врачающегося оными и самую славу вод». Он описывал различные методы лечения водами — общие, поясничные, ножные и ручные ванны, обливания, капельные ванны (дождевидные орошения), вспрыскивания (при помощи маточных и клистирных трубок), паровые ванны. Внутрь он рекомендовал употреблять минеральную воду в натуральном виде, подогретой или охлажденной, а также «смешанною с другими веществами».

В книге давались подробные наставления и медицинского, и гигиенического характера. Вот лишь один пример. «Для лучшего и надежнейшего действия воды, — писал Савенко, — по окончании употребления оной должно стараться развлекать себя такими предметами, которые могли бы возбуждать приятную деятельность в целом теле, как-то: должно прогуливаться пешком или в покойном экипаже, в местах, могущих развлечь мысли и воображение, либо стараться занять себя слушанием приятного разговора, чтения, музыки и тому подобного» (13).

Всесторонне обследовав источники минеральных вод, Савенко дал обоснованные рекомендации по их эксплуатации, устройству ванн и купален, а также по лечению, выделяя, например, «болезни, в коих теплые и горячие кавказские серные минеральные воды оказывают преимущественную пользу». В книге приводились показания и противопоказания к лечению серными, железистыми и кислыми минеральными водами. «Кавказские минеральные воды, — подчеркивал в заключение Савенко, — не уступая теперь в лечебных свойствах многим иностранным минеральным водам, в скором времени не уступят им и в самом устройстве». Это предвидение русского ученого оправдалось очень быстро.

Несмотря на разносторонность своих интересов, главное внимание П.Н.Савенко уделял хирургии. И отнюдь не случайно, когда его учитель профессор И.Ф. Буш решил выйти в отставку, преемником этого видного отечественного хирурга конференция медико-хирургической академии назвала его ученика П.Н.Савенко. Как свидетельствуют архивные документы, 10 марта 1833 г. президент академии Я.В.Виллие обратился к министру внутренних дел с письмом, в котором писал: «На место же г.Буша профессором мед.хирургии покорнейше прошу... определить исправляющего должность адъюнкта по сей части ординарного профессора Савенко с жалованьем и квартирными деньгами по штату» (14).

Профессор Савенко пользовался широкой известностью не только как ученый и отличный хирург, но и как гуманный врач, всегда готовый помочь больному. «Петр Назарович Савенко был возвышенных, благородных чувств, — писал его современник доктор Никитин, — всегда усердно помогал больным и старался облегчать их страдания кротким, человеколюбивым участием. Имея тонкое, светское образование, отнюдь не представлял он кабинетного ученого, что редко бывает с людьми, посвятившими себя науке» (15).

9. Илья Буяльский: добро в делах

«Тебя я не видел, но знаю:
Ты человечество живиши...
Чего же я тебе желаю?
Того, чем ты других даришь.

Чтобы цвело все оживленьем,
Чтоб мир был в теле и в сердцах...
Я не парю воображеньем,
Но чту везде добро в делах.*

Эти стихотворные строки, написанные без малого полтораста лет назад, знаменитый баснописец Иван Андреевич Крылов посвятил своему близкому другу, замечательному русскому ученому-хирургу Илье Васильевичу Буяльскому.

«Добро в делах» — так кратко, но выразительно охарактеризовал баснописец самую сущность высокополезной деятельности Буяльского. И, действительно, добрыми, полезными делами характеризуется вся жизнь ученого, представлявшего собой гордость и славу российской хирургии

первой половины XIX века. «Буяльский обнаруживает яркие черты новаторства, — писал о нем историк хирургии В.А.Оппель. — ...Буяльский представлял собой крупный и разносторонний талант, интересующийся и хирургией, и анатомией, давший обоим наукам очень много» (1).

Илья Васильевич Буяльский родился в сентябре 1789 г. в деревне Воробьевка Черниговской губернии и был самым младшим, семнадцатым ребенком в семье. Его отец был сельским священником, дед и прадед — запорожскими казаками. Окончив уездное училище в Новгород-Северске, а затем Черниговскую духовную семинарию, И.В.Буяльский в 1809 г. поступил в Московское отделение медико-хирургической академии, где его учителем стал видный ученый профессор Е.О.Мухин. Интересно, что его сокурсником был М.А.Достоевский — отец великого писателя. Однако вскоре их дороги разошлись.

В 1810 г., будучи студентом 2-го курса, И.В.Буяльский перевелся из Москвы в Петербургскую медико-хирургическую академию — здесь его учителями стали известный анатом П.А.Загорский и видный хирург И.Ф.Буш. Вскоре же, увлеквшись анатомией и хирургией, он начал работать в хирургической клинике проф. И.Ф. Буша — основоположника первой русской хирургической школы.

В 1814 г. И.В.Буяльский окончил академию и стал прозектором анатомии, продолжая одновременно активную хирургическую деятельность. В 1825 г. его избрали экстраординарным, а в 1831 г. — ординарным профессором кафедры анатомии медико-хирургической академии: в это же время он много и плодотворно работал как практический хирург. Умер И.В. Буяльский в 1866 г.

Труды И.В.Буяльского сыграли важную роль в прогрессе хирургической науки и практики, в становлении и развитии анатомического и анатомо-физиологического направления, ставшего определяющим для отечественной хирургии. «Ежели существует особенное призвание к хирургии, то в Илье Васильевиче (Буяльском — М.М.), оно вполне осуществилось, — писал его современник. — Хирургия и соприкосновенные ей физиология и анатомия были истинной его страстью» (2). Об этом же неоднократно писал и сам Буяльский. «Если он (врач — М.М.) хочет сделать операции *cito, tuto et jucundo* (скоро, безопасно и ловко — М.М.), он должен постоянно упражняться на кадаверах», — писал Буяльский в предисловии к своему капитальному труду «Анатомико-хирургические таблицы» (1828). Занятия анатомией, систематические упражнения на трупах помогли ему в совершенстве изучить топографическую анатомию, овладеть приемами оперативного мастерства.

Несмотря на то, что Буяльский много лет возглавлял кафедру анатомии медико-хирургической академии, изучение анатомии было для него только средством «для достижения окончательной цели, т.е. совершенства в хирургии» (3).

Многие разделы современной ему хирургии привлекали внимание Буяльского. Однако наибольший интерес вызывала у него хирургия кровеносных сосудов. Есть все основания считать, что именно Буяльский стал одним из пионеров ангиохирургии, именно он (вместе с Н.Ф.Арендтом и Х.Х.Саломоном) заложил в нашей стране основы сосудистой хирургии.

В то время хирурги, как уже указывалось, чрезвычайно редко оперировали на кровеносных сосудах. В хирургии господствовало мнение о нецелесообразности широкого применения оперативных методов лечения аневризм, т.е. перевязки сосудов. Например, известный французский хирург Larrey (как писал он позднее в своей книге, опубликованной в 1830 г.) лишь при расширении малых сосудов производил их перевязку, а при расширениях больших сосудов он назначал холод и моксы и, если это не помогало, производил ампутацию. Кровотечение из перерезанной артерии, считал Larrey, останавливается само собой не от куска спекшейся крови, но от сокращения мышечной оболочки артерий.

Вопреки этим и другим подобным взглядам И.В.Буяльский стал пропагандистом активных хирургических методов, доказал их важность и необходимость. Свой первый солидный научный труд — докторскую диссертацию «*Dissertatio medico-chirurgica sistens momenta quaedam aneurysmatum*» (1823), написанную, согласно требованиям того времени, на латинском языке, Буяльский посвятил чрезвычайно актуальному тогда вопросу об аневризмах и причинах их возникновения. Дав определение болезни, он привел довольно точные анатомические сведения об артериях, а затем остановился на вопросах диагностики внутренних и наружных аневризм и причинах, обусловливающих их возникновение.

Следует особо подчеркнуть, что молодой хирург выдвинул новую теорию патогенеза аневризм, утверждая, что своим происхождением они обязаны воспалению внутренней стенки самой артерии. Это была новая, оригинальная гипотеза — ее правильность была доказана десятилетия спустя. Буяльский подробно осветил методы лечения аневризм, как паллиативные, так и радикальные: он писал о сжатии сосудов (*compressio*), об использовании хирургических инструментов — прямого бистурея, скальпеля, турникета и других. Много места уделил он лигатурам, в т.ч. лигатурам бедренной артерии, подвздошной, сонных, верхней щитовидной, подключичной, плечевой и других. Свои рекомендации Буяльский подтверждал ссылками на клинический опыт своего учителя И.Ф.Буша.

Профессор Буш высоко оценил диссертацию Буяльского, оригинальность выдвинутых им идей. Детально ознакомившись с этой диссертацией, он говорил своему ученику: «Смотрите, чтобы вас не раскритиковали. Но если ваше мнение справедливо, то все рисунки и все сочинения Астли Купера об аневризмах должны быть признаны никуда не годными» (4).

Буяльский быстро стал отличным хирургом, признанным мастером довольно сложных операций на кровеносных сосудах. Несомненный интерес представляла произведенная И.В.Буяльским в 1822 г. в присутствии И.Ф.Буша операция перевязки «паховой аневризмы» (аневризмы наружной подвздошной артерии «величиной в кулак»). Операцию эту он произвел по методу Купера, но в собственной, весьма существенной модификации: вместо полуулунного был произведен прямой разрез. «Рану образовал я не полуулунную, как советует Купер, — писал Буяльский, — но прямую снаружи и сверху вниз и внутрь косо идущую по направлению сухожильных волокон» (5): сделано это было с целью лучшего последующего сращения краев раны, причем мысль о подобном разрезе Буяльский сначала проверил «при делании примерных операций на трупах».

В ходе этой операции, для того, чтобы покрытые брюшиною кишki не выходили в рану, была использована, как писал Буяльский, «стальная лопаточка с рукояткою, которую ввел я в употребление и которая гораздо лучше крючков тупых, при аневризме употребляемых»: этот инструмент известен как лопаточка Буяльского.

Определенную трудность представляло отделить наружную подвздошную артерию от вены — здесь они проходили вместе, и Буяльский, отделяя одну от другой рукояткой скальпеля по внутреннему и наружному краю артерии, производил поистине ювелирную работу. Затем уже под артерию подведены были две лигатуры из 8 скрученных шелковых нитей. «Все сие, — отмечал Буяльский, — от начала операции до сего места... сделано было по замечанию моему и присутствовавших, ровно в двадцать минут» (6), что свидетельствовало об отличной оперативной технике русского хирурга. Операция закончилась успешно, больной (он былunter-офицером) вскоре выздоровел и продолжал армейскую службу.

Хотя операции перевязки сосудистых аневризм получали — во многом благодаря Буяльскому — все большее распространение, результаты их не всегда были удовлетворительными. Опасным осложнением продолжало оставаться кровотечение. Буяльский заинтересовался этим осложнением и, чтобы выяснить его причины, в анатомическом театре провел ряд экспериментов на трупах. Вырезав несколько артерий, он с разной силой (слабо, умеренно, сильно) перевязывал их лигатурой, а затем разрезал артерию вдоль и исследовал состояние оболочек артерий. Оказалось, что при сильном сжатии «оболочки артерии, будучи лигатурою разорваны подле самой лигатуры, по силе упругости разойдутся и стены артерии не будут между собою в соприкосновении, что необходимо для скорого и безопасного сращения артерии; а когда разрежете лигатуру и вдоль самую артерию, то найдете, что мышечная и внутренняя оболочки лигатурою совершенно разрезаны, и потому-то мышечная оболочка мертвая, по силе упругости своей, разойдется, да и наружная оболочка при сильном перевязывании так перерезывается, что чуть-чуть держится, и следовательно, в живом теле от сильной перевязки при малом движении, вздрагивании, а особенно чихании больного весьма легко артерия лопается на месте перевязки и следуют опасные и даже смертельные кровотечения» (7). Подобное «перевязывание» артерий лигатурой, указывал Буяльский, особенно опасно, когда сосуды склерозированы («когда они бывают окостеневши»), что часто наблюдается при сосудистых аневризмах.

Эксперименты и клинический опыт позволили Буяльскому прийти к совершенно определенному выводу: «Артерию во время перевязывания, а особенно при аневризмах, от внутренних причин происшедших, должно перевязывать легко, умеренно, то есть чтобы стены артерии между собою только сомкнулись и перестало бы биение в аневризме. Таковое сжатие артерий и повреждение мышечной оболочки весьма достаточны для того, чтобы произошло малое в оболочках воспаление, нужное для скорого сращения оных; и по сей причине никогда не будет кровотечения» (8).

Этот важный научный вывод Буяльского был прямо адресован практическим хирургам, и во многом содействовал использованию ими более рациональной тактики при операциях на сосудах. Вывод русского хирурга о том, что «бывшее, и ныне еще у некоторых операторов остающееся прежнее мнение, что артерию должно перевязывать весьма крепко, — не-

справедливо, противно познанию анатомии, физиологии и патологии, а для больных пагубно» (9) сохранял свое значение долгое время.

Чтобы иметь возможность производить перевязку сосудов по всем правилам, Буяльский изобрел специальный турникет. Этот турникет он всесторонне проверил в экспериментах на собаках, а потом начал применять в клинике. Уже первые перевязки подколенных аневризм с помощью этого турникета, сделанные в 1827-1830 гг., прошли успешно и позволили рекомендовать этот инструмент для широкого употребления.

Турникет Буяльского быстро вошел в хирургическую практику. Интересно, что им пользовался молодой Пирогов, когда проводил эксперименты по теме своей докторской диссертации «Является ли перевязка брюшной аорты легко выполнимым и безопасным вмешательством?» (1832).

Перевязки сосудов Буяльскому приходилось производить при различных операциях. Так, в феврале 1833 г. он вместе с ассистировавшими ему врачами Дроздовым и Талисом произвел у 36-летней женщины успешное иссечение левой груди, пораженной раком, причем одновременно, из-за запущенности болезни, ему пришлось вырезать большую грудную мышцу. «Во время операции, — отмечал Буяльский, — наложены три лигатуры. Внутренняя поверхность раны была весьма велика... остались одни межреберные мускулы..., через которые приметно было биение самого сердца» (10). Несмотря на такое большое вмешательство, операция окончилась успешно.

Замечательным вкладом в развитие сосудистой хирургии стал выдающийся труд И.В.Буяльского «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций перевязывания больших артерий» (1828). Это был первый в отечественной медицине атлас по топографической анатомии и оперативной хирургии, сочетавший в себе качества учебного и практического руководства.

В первом разделе своего труда Буяльский на 32 страницах (русского и латинского текста) подробно рассказал о технике проведения операций на больших артериях. «В нынешнее столетие, — писал он, обращаясь к читателю, — хирургия сделала самый большой шаг в производстве операций аневризм. Прежде только перевязывание бедренной артерии, для лечения подколенной аневризмы, и при аневризме локтевой перевязывание плечевой артерии считались удобопроизводимыми, ныне же познание анатомии и хирургии до такой смелости довело операторов, что самые большие стволы артерий, как-то: сонных, подключичных, крыльцевых, даже безымянных и подвздошных перевязывают со счастливым успехом и истергают людей из челюстей смерти; умолчу только о начальственной брюшной, которую также Астлей Купер осмелился перевязать» (11).

Все научные труды И.В.Буяльского отличал ярко выраженный анатомический (а в ряде случаев — анатомо-физиологический) подход к проблемам хирургии — подход, характерный для первой русской хирургической школы И.Ф.Буша. Подобный подход Буяльский отчетливо продемонстрировал и в «Анатомико-хирургических таблицах».

«Операции аневризм, — подчеркивал Буяльский, — без сомнения суть одна из важнейших, и производство оных основывается на совершенном познании частей, ножу подвергаемых и окололежащих, почему врач, желающий сделать оные над живыми, должен так хорошо знать положение всех частей тела, чтобы он снаружи пальцем своим, так сказать, мог

определить как положение их самое точное, так и расстояние одних от других» (12).

Знание анатомии должно было облегчить успешное проведение операций. В то же время важно было знать показания к их проведению. Буяльский назвал важнейшие показания к перевязке сосудов. «Большие артерии обыкновенно перевязываются при органических повреждениях, — писал он, — которые происходят: 1) от наружной причины, что наичаще случается на сражениях, где повреждения сии не менее как и другие встречаются и 2) от причины внутренней, напр., когда при глубоких язвах и антоновом огне разъедаются большие сосуды и происходят опаснейшие кровотечения; или когда ревматизмы, ломотные и силене подобные болезни, перешедшие на оболочки артерий и оные повреждая, производят аневризмы» (13).

Для осуществления операций на сосудах очень важно было знать строение и свойства артерий — и Буяльский не прошел мимо этого вопроса, детально охарактеризовал их анатомическую и гистологическую структуру, а также их роль в организме: «Артерии, — подчеркивал он, — суть каналы конические, белые, упругостью и раздражительностью одаренные, которые кровь, желудочками сердца прогнанную, воспринимают и, то расширяясь, то сокращаясь, ко всем частям тела оную разносят». Он отметил два важных для хирурга свойства артерий. Во-первых, «упругость, с помощью которой оболочки оных (артерий — М.М.) вдоль и поперек будучи растянуты или сжаты, в прежнее свое состояние, то есть в диаметр и вид приходят; по сей причине пополам перерезанная артерия не спадается, но остается открытою и круглою». Во-вторых, это «раздражительность... она при всяком возбуждении... сокращается, и если артерия пополам бывает перерезана, то концы оной более стягиваются, нежели в мертвом теле» (14). Эти замечания следовало учитывать при проведении операций на артериях.

Особое внимание уделил Буяльский общим принципам оперирования на кровеносных сосудах. Он обращал внимание и на крупные вопросы, и на мелочи — например, подчеркивая, что лучше оперировать больного не на кровати, как часто практиковалось в то время, а на столе; хирург сможет расположиться удобно, поскольку «твердью рукою и долее может продолжать сию деликатную операцию без утомления, что чрезвычайно важно». Оперировать он советовал утром, со свежими силами. Хирургу следовало иметь пятерых помощников. «Первый и второй помощник должны быть по сторонам больного, имея под руками губки, лопаточки или тупые крючки. Третий находится у аппарата с инструментами и другими вещами, для операции приготовленными; четвертый и пятый держат больного в должном положении». Иными словами, первые два помощника были ассистентами хирурга, третий выполнял обязанности операционной сестры, а четвертый и пятый компенсировали отсутствовавший тогда наркоз.

При ранениях больших артерий Буяльский советовал накладывать две лигатуры — одну выше, а другую ниже повреждения; если же это оказалось невозможным, то следовало «перевязать ее на месте, ближайшем к сердцу, где артерия лежит поверхностнее, и тогда довольствоваться одной лигатурой». При аневризмах артерии следовало перевязывать «между сердцем и опухолью»: если же сделать это было невозможно и никаких не остается средств к спасению больного, то перевязывать можно ниже опухо-

ли. Кстати, сам Буяльский иногда так и поступал, например, оперируя при аневризме общей сонной артерии. Однако ученый подчеркивал общее правило: «При аневризмах, от внутренней причины происшедших.., артерии должно перевязывать на самом здоровом месте, следовательно, от аневризматического мешка сколько можно далее» (15). Соблюдение этого правила помогало успешнее оперировать при артериальных аневризмах.

Свойственный Буяльскому анатомический (а часто и анатомо-физиологический) подход сказывался и в его рекомендациях хирургам. Так, он предупреждал врачей, что «артерию не должно перевязывать очень близко подле происхождения больших стволов, дабы движение крови в оных не препятствовало образованию кусочка запекшейся крови, который запирает отверстие оной». Он считал, что нельзя перевязывать правую подключичную артерию «при начале сонной или сию при начале подключичной». Бедренную артерию, по его мнению, не следовало перевязывать «тотчас под происхождением бедренной глубокой, также бедренную артерию в тазу, под началом артерии подчревной». Важность этих предостережений подтверждала хирургическая практика и самого Буяльского, и других хирургов.

Буяльский требовал при операции бережно относиться к тканям, не травмировать их. «Разводить края раны лопаточками, тупыми крючками и пальцами должно весьма легко, дабы, напрягая, не ушибить мускулов, — писал он. — Равным образом дотрагиваться губкою в рану также должно весьма легко: правила сии весьма важны, и мне кажется, из числа первых». Далее ученый объяснял, почему так важно осторожное обращение с тканями: «Если операция сделана с сею осторожностью, рана заживает через первое краев сращение, в противном случае бывает воспаление раны, нагноение между мускулами, а особенно в теле слабом, раздражительном и остроты имеющем» (16).

Ученый, однако, не абсолютизировал свои требования, рекомендуя прежде всего руководствоваться интересами больного. Например, он советовал хирургам делать длинный разрез общих покровов, поскольку «во многих операциях наружный разрез недостаточный оператора затрудняет, а больному вредит». Весьма существенными были и другие его рекомендации, относившиеся к технике операций, — например, об отделении артерии от вены, об осторожности в случае «окостенения» (склерозирования) сосудов, о силе перевязывания артерий, о недопустимости перевязки нерва «для отвращения могущих оттого произойти важнейших нервных припадков» и т.п.

Характерно, что Буяльский не советовал перевязывать вместе с артерией и вену, считая, что «пользы никакой от перевязывания вены ожидать не можно». В этом он расходился с мнением В.В.Пеликанова, другого ученика И.Ф.Буша, который первым в своей диссертации (1816) установил, что одновременная перевязка вены и одноименной артерии в ряде случаев дает эффект. Впрочем, Буяльский не отвергал таких операций, считая, что «примеры (которые, впрочем, весьма редки и сомнительны), где вена вместе с артерией была перевязана со счастливым успехом, дают только смелость оператору, при случае повреждения, ее перевязать» (17).

Буяльский пунктуально перечислил все инструменты, которые должны быть у хирурга при проведении операций на сосудах. Это были скальпели, бистуреи, зонды, иглы, пинцеты и пр. В числе этих инструментов

были упоминавшиеся уже «стальные с рукоятками лопаточки, на конце немного искривленные» — их целесообразно было употреблять вместо применявшимся тогда тупых крючков, травмировавших ткани: «сии лопаточки, — писал Буяльский, — мне первому пришло на мысль употребить» — по имени автора их называли «лопаточки Буяльского». Среди инструментов был и предложенный ученым и подробно описанный им специальный турникет, названный затем «турникет Буяльского», а также усовершенствованная им аневризматическая игла и тупая игла со стальной пружиной, предложенная российским хирургом Н.Ф.Арендтом.

Описания операций перевязывания артерий, которые дал Буяльский, подкупали глубиной изложения и строго анатомическим подходом — разумеется, с учетом деталей хирургического вмешательства. Именно так были изложены операции перевязывания безымянной, сонной, подключичной, верхней щитовидной, крыльцовой, плечевой, наружной подвздошной, бедренной, а также подвздошной артерии в тазу и бедренной артерии под фаллопиевой связкой.

Много места уделял Буяльский и послеоперационному лечению, подчеркивая, что «в первые дни и даже недели, пока не отойдут лигатуры, спокойствие тела и духа сохранять надобно, ибо всякие сильные движения тела и духа, напр., гнев и радость производят разрыв перевязанных артерий, а от того и кровотечение» (18). В общем, Буяльский ратовал за полный покой после операции перевязывания артерий: в те времена это была чрезвычайно рациональная рекомендация. И еще одно важное замечание: подробно описывая тактику врача при тех или иных осложнениях (кровотечениях, воспалении и пр.), Буяльский выступал за индивидуализацию лечения, подчеркивал, что «лечение должно быть сообразно обстоятельствам, которые все здесь никак изложены быть не могут».

«Анатомико-хирургические таблицы» были высоко оценены в России. «Издание сие со всей справедливостью можно назвать великолепным, — писал «Военно-медицинский журнал», — и оно делает честь не только сочинителю, но и всей российской хирургии... Предприятие г-на Буяльского есть единственное не только в нашем отечестве, но и вообще» (19). В другой статье об этом труде говорилось так: «О пользе сих таблиц для российских врачей и могущей от оных быть пользе для страждущего человечества мы умалчиваем. Каждому свое дело знающему врачу при взгляде на оные польза сия должна быть очевидна. Полезны они всегда будут для врачей всякого состояния, гражданских и военных, и для сих последних наиболее во время самой войны, где огнестрельных и колотых ран, а также и повреждений артерий бывают бесчисленные виды. Мы уверены, что сии таблицы многим подадут смелость к деланию сих операций, без какового пособия не имевшему случаев часто такие операции видеть решиться на производство оных действительно трудно» (20).

«Таблицы» И.В.Буяльского получили широкую известность и в нашей стране, и за рубежом. Их приобрели все европейские университеты, в Германии они были переведены на немецкий язык. Труд русского хирурга стал известен и в Америке.

Вот что, в частности, писал Буяльскому из Бостона в 1829 году профессор хирургии Гарвардского университета К.Уоррен: «В госпитале Бостонском мы часто перевязывали большие артерии, как-то сонную, подвздошную и крыльцовую. Мы всегда нуждались в каком-либо издании

для помощи в новых опытах, и ваша книга весьма кстати пришла к нам на консилиум, поелику она всех прежде изданных книг и таблиц об артериях весьма много превосходит» (21).

В петербургских больницах, в военных госпиталях Буяльский довольно часто производил сложные операции перевязки различных кровеносных сосудов. Так, в марте 1833 г. он оперировал больного с огромной аневризматической опухолью правой подключичной артерии: из-за величины аневризмы пришлось делать перевязку безымянной артерии. «Сделал я перевязку безымянной артерии по правилам, изложенным мною в моем сочинении под названием «Анатомико-хирургические таблицы о перевязывании больших артерий» и перевязал артерию с помощью изобретенного мною турникетика — писал Буяльский. — Операция продолжалась довольно долго, а именно 53 минуты» (22). На самом деле, конечно, это было совсем не так долго, как скромно писал Буяльский.

«Перевязка самых глубоких артерий для него (Буяльского — М.М.) была делом нескольких минут, — писал его современник. — ...Перевязка подвздошной артерии..., столь же большой и столь же глубокой, как и безымянная, хотя более далекой от сердца, производима была И.В.Буяльским в течение 20 минут и всегда с полным успехом. Вообще перевязка артерий была специальностью И.В.Буяльского» (23). Недаром профессор Буш относился к своему ученику с таким большим уважением, ценил в нем прекрасного хирурга. «Мне читать хирургию, — говорил он на заседаниях конференции (ученого совета) медико-хирургической академии, — а Илье Васильевичу производить операции».

Буяльский внес крупный вклад в хирургическое лечение мочекаменной болезни. В 1852 г. он издал «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций вырезывания и раздробления камней»: этот труд фактически заложил основы отечественной урологии. В основу труда лег личный опыт автора — известно, что Буяльский лично произвел более 200 операций по поводу камней мочевого пузыря. Кроме того, в своем труде российский хирург обобщил все важнейшие достижения урологии, в частности, подробно изложил операции литотомии и литотрипсии, а также с исчерпывающей полнотой привел хирургическую анатомию мочевого пузыря. Интересно, что Буяльский рекомендовал при литотомии осуществлять вскрытие мочевого пузыря путем бокового сечения — в противовес удалению камней через прямую кишку и двустороннему разрезу, предложенному французским хирургом Дюпюитреном. Труд Буяльского был высоко оценен — журнал «Современник» писал, что это «лучшее наставление хирургам, производящим трудную операцию литотомии», труд, «приносящий честь не только одному автору, но и целому сословию русских врачей» (24).

Впрочем, Буяльский отлично оперировал не только на сосудах и на мочевом пузыре: он был мастером самых разнообразных операций. Так, несомненный интерес представляла проделанная И.В.Буяльским в 1843 г. операция «вырезывания мясного народа на верхней челюсти» у 26-летней женщины. Консультировавший эту больную известный хирург Диффенбах предложил произвести для удаления «народа» три обширных разреза на лице. И.В.Буяльский сделал операцию по-иному, по более простому методу, с использованием лишь двух сравнительно небольших разрезов. «Избегнуть, сколько-то возможно, напрасного поврежде-

ния частей, — писал Буяльский, — есть одно из важнейших условий, которые должно иметь в виду при всякой хирургической операции, и тем более при операциях на лице» (25). Эту успешную операцию Буяльский проделал в присутствии своих коллег и друзей, видных хирургов Н.Ф.Арендта и Х.Х.Саломона.

В течение тридцати трех лет (1831-1864) Буяльский был консультантом Мариинской больницы. Именно здесь он произвел множество различных операций. В их числе были такие сложные по тому времени вмешательства, как перевязывание безымянной артерии (1833), удаление опухоли кожи (1834), удаление влагалищного полипа (1841), грыжесечения (1847), пластические операции (1847), удаление полипа матки (1841). Кстати, Буяльский успешно произвел ряд других акушерских и гинекологических операций, в том числе «извлечение заносов зародышей первых 3-4 месяцев, или их последов, во время сильного кровотечения, угрожающего смертью» (1852). Занимался он и лечением травм, например, вылечил 2-летнего ребенка, получившего травму при падении с 3 этажа (1859), успешно извлек у 12-летнего мальчика инородное тело из полости малого таза (1835); производил он и операцию невротомии (1835).

Одним из первых среди русских хирургов он начал делать операции у детей и даже у новорожденных. Так, в 1847 г. он успешно произвел трехдневному младенцу «операцию для уничтожения зарощения прямой кишки»: отдаленные результаты этой операции — через 6 лет — оказались отличными. В 1863 г. он удалил у 7-летней девочки иголку, оказавшуюся под кожей; интересно, что к больной девочке его пригласил ученик Пирогова, известный хирург Беккерс. Производил он и пластические операции, такие как образование нижней губы из кожи подбородка (1848), и акушерские операции, например, преждевременные искусственные роды (1846). Буяльский успешно лечил и глазные болезни, например, фистулу слезного мешочка (1848).

Оперировал он, однако, не только в Мариинской больнице, но и в других больницах и госпиталях Петербурга. «Главный доктор 2-го военно-сухопутного госпиталя Ф.Ф.Гейрот желал, чтобы все операции в госпитале производимы были Буяльским, — вспоминал его современник, — но так как это было невозможно, то он просил, чтобы Буяльский присутствовал, по крайней мере, при важнейших операциях. Просьба эта была, впрочем, совершенно лишняя: Буяльский являлся с величайшим удовольствием всюду, где бы ни производилась операция» (26).

Русский хирург внимательно следил за развитием медицинской науки, одним из первых применял в своей практике новые лечебные методы. Сразу же после появления методов обезболивания хирургических операций Буяльский начал использовать их в своей практике. Так, уже в августе 1846 г. в Мариинской больнице он произвел у восьмимесячного ребенка удаление липомы, использовав хлороформный наркоз. Операция прошла успешно. «Этот случай доказывает, — писал Буяльский, — что хлороформ при операциях можно употреблять и годовым детям, с большой только осторожностью» (27).

Именно Буяльский первым в России оценил и применил в клинической практике крахмальную (клейстерную) повязку, предложенную в 1834 г. бельгийским хирургом Сетеном. В 1837 г. в Мариинской больнице он впервые наложил эту повязку больному с переломом костей нижней ко-

нечности. Многие хирурги (и в их числе И.Ф.Буш, Х.Х.Саломон, Л.Я.Нагумович, П.Ф.Флорио) вначале негативно отнеслись к использованной Буяльским новинке; однако вскоре, убедившись в ее пользе, они переменили свое мнение. Крахмальная повязка прочно вошла в практику русских хирургов. Впоследствии Н.И.Пирогов использовал неподвижную крахмальную, а затем гипсовую повязку (1852) для транспортной иммобилизации и при лечении ран после резекции костей и суставов.

В то же время Буяльский критически относился к некоторым принятym тогда методам лечения, считая, что практика не подтверждает целесообразности их применения, и использовал свои способы. Так, вопреки существовавшему тогда мнению, он отрицал необходимость «разрезывания» карбункулов, советуя ограничиваться прикладыванием повязки с «холодной катаплазмой» (из теста со свинцовой водой). «Двадцать лет с лишним я не разрезываю карбункулов ни в больнице, ни на практике, — писал Буяльский, — и с того времени не потерял ни одного больного» (28). Использовавшийся им способ тогда, в доантисептическую эру, был, возможно, вполне рациональным.

Буяльский был одним из энтузиастов метода переливания крови, который в то время одними врачами горячо поддерживался, а другими столь же горячо отвергался. «Я, с моей стороны, думаю, и останусь в том убеждении, — писал Буяльский, — что операция переливания крови, позже или раньше, должна войти в круг необходимых практических пособий, и что путем опыта она, наконец, займет место наряду с прочими операциями, к которым прибегают в экстренных случаях» (29). Правда, сам Буяльский так и не произвел ни одного переливания крови (первое переливание крови в России произвел, как указывалось выше, петербургский акушер-гинеколог А.М.Вольф в 1832 г.), хотя предложил оригинальную конструкцию двойного сифона для проведения предложенного им лечебного метода (30).

В большинстве своих работ Буяльский рекомендовал применять проверенные, научно обоснованные методы диагностики и лечения. Но порой попадались у него и нерациональные советы. Например, как предохранительное средство от холеры он рекомендовал прованское или деревянное масло, которым следовало натираться два раза в день. Впрочем, он и сам понимал, очевидно, малую обоснованность этих своих советов, оговариваясь, что «правда, этих опытов весьма мало, чтобы доказать пользу сего предохранительного лекарства» (31).

Хотя основной специальностью Буяльского была хирургия, он зарекомендовал себя как разносторонне образованный клиницист широкого профиля. Он с успехом лечил внутренние и детские болезни, заболевания глаз, акушерско-гинекологическую патологию: об этом свидетельствует Меморандум Буяльского, найденный в 1940 году профессором Е.М.Маргариным. Так, при угрожающих смертельных кровотечениях он первым предложил и с успехом произвел смелую операцию — выскабливание матки с помощью специальной ложечки; ему принадлежит первая в России операция влагалищного свища (32).

Ряд интересных исследований Буяльского был посвящен патологической анатомии и судебной медицине. Названия этих работ говорят сами за себя: «Анатомико-патологическое описание двойной матки», 1832; «Руководство врачам к правильному осмотру мертвых человеческих тел для уз-

нания причины смерти, особливо при судебных исследованиях», 1824; «Краткое описание брюшной беременности, после которой кости согнившего зародыша, спустя 12 лет, вышли через нарыв, прорвавшийся в прямую кишку, с совершенным выздоровлением матери», 1831; «Анатомическое описание найденного в теле человеческом превратного положения сердца, всех больших кровеносных жил и некоторых других внутренностей, с недостатком селезенки», 1829; «О камешках в крововозвратных семенных внутренних жилах», 1827; «Наблюдение о раздроблении черепа на 96 частей без малейших наружных повреждений», 1830; «Анатомико-патологическое рассмотрение внemаточной беременности», 1843, а также чисто анатомические исследования «О седьмой паре нервов мозговых», 1843; «Анатомико-патологическое описание двух сросшихся младенцев женского пола», 1852. Ему принадлежит и учебник анатомии.

Буяльский часто производил вскрытия и бальзамирование трупов. Однажды во время вскрытия, проведенного в 1824 г., он поранил палец: возникла флегмона, протекавшая очень тяжело и на 4 месяца приковавшая его к постели; после этого он около двух лет не мог свободно владеть пальцами левой руки и из-за этого должен был отказаться от должности прозектора анатомии. А ведь будучи прозектором, Буяльский отличался «искусством препаровки и неутомимостью в работе». Он подготовил ряд уникальных анатомических препаратов, среди которых выделялись так называемые вытравленные (коррозионные) препараты сосудов почек, приготовленные в 1817–1825 гг. путем тончайших инъекций: эти препараты выделялись «замечательной красотой, представляя вид разноцветного кустика самого мелкого моха» (33) — цветные рисунки этих препаратов были опубликованы в одной из работ Буяльского («Фотографические рисунки вытравленных артерий и вен почек человеческих», Петербург, 1863).

Умелый хирург и отличный диагност, Буяльский пользовался в Петербурге огромной популярностью. Среди его пациентов были и представители знати, и городская беднота: бедных он лечил бесплатно. Его вызывали к самым тяжелым больным: известно, например, что зимой 1837 г. И.В.Буяльский вместе с Н.Ф.Арендтом, Х.Х.Саломоном, И.Т.Спасским и другими врачами лечил раненого Пушкина.

Тонкий ценитель живописи и скульптуры, И.В.Буяльский в течение 35 лет преподавал анатомию в Российской академии художеств. Здесь он сблизился с художниками К.Брюлловым и А.Егоровым, скульпторами П.Клодтом и П.Кузнецовым, многими молодыми слушателями. Так, вместе с П.Клодтом и И.В.Буяльского можно считать автором знаменитой бронзовой статуи «Лежащее тело»: на постаменте этой скульптуры высечено, что «на замороженном теле преподавал профессор анатомии Илья Буяльский и по снятии под его наблюдением формы отлил из бронзы профессор скульптуры Петр Клодт». Выходившая тогда в Петербурге «Художественная газета» писала: «Лежащему телу» примера нигде нет и никогда не было. Несколько экземпляров этой статуи стало бесценным приобретением академий художеств Европы».

Буяльскому принадлежат не только научные, но и популярные статьи и сочинения, например, напечатанная во многих газетах, журналах и имевшая успех большая статья «О вреде от излишнего употребления табаку» (1849).

В 1829 г. И.В.Буяльский был назначен управляющим Петербургским хирургическим инструментальным заводом, где выпускались различные инструменты для врачей, и в течение многих лет возглавлял этот завод: после его отставки эту должность занял Н.И.Пирогов.

О взаимоотношениях Буяльского и Пирогова было написано немало. Большинство авторов, описывая их непростые взаимоотношения, делали акцент на их борьбе в стенах медико-хирургической академии, изображали их открытыми врагами (А.И.Таренецкий, 1898; С.Я.Штрайх, 1913; В.А.Оппель, 1923). Думается, однако, что для подобных заключений оснований нет. Известно, например, что Пирогов объективно, по большей части, судил о хирургической деятельности И.В.Буяльского. Так, в составленной Пироговым «Таблице операций, произведенных нами и другими хирургами в России с помощью анестезирования», он отметил операции, проведенные в Мариинской больнице проф.Буяльским под эфирным наркозом (офтальмохирургические, по поводу опухолей различных органов, ущемленной грыжи, вылущивания плеча) (34). В ряде работ — например, в «Началах общей военно-полевой хирургии», «Анналах хирургического отделения клиники Дерптского университета» — он ссылался на клинический опыт Буяльского.

Пирогов неоднократно вместе с И.В.Буяльским участвовал в консилиумах — об этом он писал, в частности, в статье «О трудностях распознавания хирургических болезней и о счастье в хирургии, объясняемых наблюдениями и историями болезней» (1854), ценил его профессиональные качества. Вместе с тем известны и иронические высказывания Пирогова о Буяльском (например, в письме к К.К.Зейдлицу, 1855).

Бессспорно, отношения Буяльского и Пирогова нельзя назвать дружескими. Неправильно, однако, и представлять их противниками, считать, что Буяльский якобы интриговал против Пирогова: подобные представления, как правильно отмечал еще Г.А.Колосов (1933), не опираются на факты. Что касается роли этих двух ученых в развитии русской хирургии, то следует согласиться с В.А.Оппелем, который писал, что Пирогов был гением, а Буяльский — исключительным талантом; Пирогов начал второй период истории русской хирургии, а Буяльский блестяще закончил первый период ее развития.

Хочу добавить, что авторы иных работ, написанных в былые годы, бездумно повторяли пущенную кем-то в научный обиход выдумку, якобы Буяльский в своей хирургической практике применял... антисептику. Нет нужды доказывать бессмысличество этого. Вклад И.В.Буяльского в отечественную и мировую хирургию настолько весом и фундаментален, что всякие попытки приписать ему несуществующие достижения не только вызывают удивление и компрометируют их авторов, но и отрицательно скаживаются на авторитете этого замечательного ученого и хирурга, на авторитете всей отечественной хирургии.

Илья Васильевич Буяльский, всегда творивший «добро в делах», по праву вошел в историю отечественной и мировой медицины.

XI.

ШКОЛА ПИРОГОВА

(XIX в.)

1. Ученики «первого хирурга России»

В XIX веке в России было немало замечательных хирургов. Однако лишь одного из них, Николая Пирогова, история наградила титулом «первого хирурга России». И в этом нет ничего удивительного: ведь первый — это не только начало ряда, это, прежде всего, самый крупный в ряду других.

Замечательный хирург, прославленный анатом, знаменитый педагог — таким был Николай Иванович Пирогов. Научное творчество Н.И.Пирогова базировалось на естественно-научном мировоззрении, на прочном биологическом фундаменте, что обусловило, в частности, становление и развитие в его трудах анатомо-физиологического направления в хирургии, в клинической медицине. Пирогов представлял собой редкое сочетание в одном лице ученого-теоретика и врача-практика. А как ученый и врач, Пирогов всегда исповедывал благородные гуманистические идеалы, характерными для него были демократичность, гражданственность, высокая нравственность и бескорыстие, правдивость и стремление к научной истине.

Николаю Пирогову, его научным заслугам, посвящена целая «пироговиана» — множество книг, статей, научных трудов, в которых деятельность «первого хирурга России» проанализирована всесторонне и при этом достаточно глубоко. И хотя в иных из них прослеживается стремление сделать из Пирогова икону, все-таки преобладают бесспорные, проверенные временем оценки его научного творчества и практических дел, его вклада в медицину (правда, объективности ради, следует отметить, что попадаются, особенно в последнее время, и спорные, и просто неверные отзывы).

Не пытаясь конкурировать с обобщающими работами о Пирогове и содержащимися в них общеизвестными положениями, считаю необходимым остановиться на одном, хотя и частном, но очень важном для истории медицины вопросе, который, полагаю, до сих пор остается открытым: была ли у Пирогова своя научная школа в хирургии?

Вопрос это далеко не праздный. Не приходится доказывать, что проблема научных школ — одна из основных в науковедении, в том числе, конечно, и в современной истории медицины.

Из всего многообразия определений «научной школы» (С.Р.Микулинский, 1975; Н.И.Родный, 1975; М.Г.Ярошевский, 1977, и др.) вытекает одна из основных черт этого понятия — первенствующая роль выдающегося ученого, создателя научной школы.

Однако, что касается Пирогова, следует отметить, что в отечественной историко-медицинской литературе укоренилось мнение (В.А.Оппель, 1923; Н.Н.Бурденко, 1941, и др.), что великий русский хирург не создал

собственной научной школы — такой школой является-де вся российская хирургия.

Правда, как бы в противовес этому, появились работы (А.М.Геселевич, 1956; А.П.Юрихин, 1984, и др.), в которых приводится длинный список врачей — учеников Пирогова в Дерптском университете и в Петербургской медико-хирургической академии (до 30 человек), якобы и составивших его научную школу.

Обе эти крайние позиции выглядят неубедительно; они субъективны, противоречат современному пониманию научной школы и, во всяком случае, серьезно уязвимы для критики.

Внимательный анализ развития российской хирургии и деятельности ведущих российских хирургов XIX века позволяет утверждать, что Николай Иванович Пирогов за сравнительно недолгие годы своей профессорской деятельности создал собственную научную хирургическую школу. Эта передовая научная школа действовала в русле прогрессивного анатомо-физиологического направления, одним из основоположников которого в мировой хирургии был Н.И.Пирогов.

«В медицине я как врач и начальник с первого же моего вступления на учебно-практическое поприще поставил в основание анатомию и физиологию, — писал Пирогов, — в то время, когда это направление, теперь уже общее, было еще ново, не всеми признано и даже многими значительными авторитетами (как, например, в то время в Германии Рустом, Греффе-отцом и Диффенбахом) вовсе, и даже для хирургии, отрицаемо» (1). Это — общепризнанная истина: недаром великий русский физиолог И.П. Павлов отмечал, что «при первом прикосновении к своей специальности — хирургии, он (Пирогов) открыл естественно-научные основы этой науки: нормальную и патологическую анатомию и физиологический опыт» (2).

Школа Пирогова характеризовалась, прежде всего, выраженным клинико-экспериментальным подходом к решению хирургических проблем: такой подход последовательно демонстрировал в своих работах и сам Пирогов, и его ученики. Она возникла — и это следует подчеркнуть особо — на основе предшествующих достижений отечественной хирургии, нашедших, в частности, наиболее яркое воплощение в деятельности ученых, которые составили первую российскую научную хирургическую школу И.Ф.Буша.

Как известно, в формировании научной школы важную роль играет непосредственное общение учителя и учеников, педагогические способности ее лидера. Высокое мастерство Пирогова-педагога не подлежит сомнению. В Дерптском университете и в Петербургской медико-хирургической академии у Пирогова обучались хирургии сотни врачей. Разумеется, далеко не все они стали хирургами: еще меньше оказалось таких, кто по праву мог называть себя учеником Пирогова, воспитанником его школы. Однако именно из дерптских и петербургских студентов-медиков выросли наиболее талантливые ученики Пирогова.

Итак, в отличие от других, полагаю, что у Пирогова были прямые, непосредственные ученики — те, кто в Дерпте или Петербурге работал вместе с ним, учился у него теории и практике хирургии, помогал ему на операциях и в экспериментах, кто разделял и развивал его идеи. Однако учеников этих было сравнительно немного.

Есть основания считать, что учениками Пирогова были, прежде всего, следующие крупные ученые (по алфавиту): Л.А.Беккерс, П.П.Заблоцкий-Десятовский, В.А.Караваев, А.А.Китер, П.Ю.Неммерт, П.С.Платонов, М.А. Фаворский, К.К.Штраух; впрочем, не исключаю, что в этот список может быть включено еще несколько имен.

Своих первых учеников-хирургов — А.А.Китера (подробнее о нем — дальше) и В.А.Караваева — Николай Пирогов воспитал в бытность профессором Дерптского университета.

А.А.Китер (1813-1868), первый ученик Пирогова, был ассистентом руководимой им кафедры, впоследствии стал профессором хирургии, акушерства и гинекологии и внес весомый вклад в развитие этих отраслей медицины. В.А.Караваев (1811-1892) стал видным русским хирургом и офтальмологом (офтальмология оставалась еще частью хирургии).

К дерптскому периоду жизни и деятельности Пирогова можно отнести и еще одного его ученика — К.К.Штрауха (1810-1884), одного из пионеров отечественной трансплантиологии, успешно изучавшего, под непосредственным влиянием своего учителя, проблему пересадки роговицы (3).

Деятельность Н.И.Пирогова в Петербургской медико-хирургической академии была чрезвычайно плодотворной — и в научной, и в педагогической областях. Появились у него и новые ученики: П.Ю.Неммерт (подробнее о нем — дальше), П.П.Заблоцкий-Десятовский (подробнее о нем — дальше) и другие.

П.Ю.Неммерт (1818-1858) был первым (и долгое время единственным) помощником Пирогова в госпитальной хирургической клинике, а впоследствии стал его преемником — руководителем клиники.

П.П.Заблоцкий-Десятовский (1814-1882) был ординатором знаменитого 2-го военно-сухопутного госпиталя, в котором находилась тогда госпитальная хирургическая клиника: здесь под непосредственным руководством Н.И.Пирогова он постигал хирургическое мастерство, помогал Пирогову в лечении больных; впоследствии он стал профессором хирургии медико-хирургической академии.

Петербуржцы Л.А.Беккерс (1832-1862), П.С.Платонов (1823-1860), М.А.Фаворский (1804-1867) тоже выросли в известных российских хирургов и стали профессорами хирургических кафедр медико-хирургической академии.

Научные открытия Н.И.Пирогова, в личности которого гармонично соединились искусство хирурга, мудрость ученого, гуманизм врача, имели мировое значение, они оказали влияние на развитие хирургии во многих странах. Но, конечно, особенно важна была деятельность Пирогова для нашей страны: его научные труды подняли российскую хирургию на новую, высшую ступень, а их автора сделали «первым хирургом России».

Самое важное состоит в том, что ученики Пирогова, воспитанники его хирургической школы, обретая самостоятельность, в своей научно-практической деятельности продолжали разрабатывать актуальные проблемы хирургии в соответствии с идеями своего учителя. В своих трудах они развивали передовое пироговское анатомо-физиологическое направление, последовательно демонстрировали клинико-экспериментальный подход к решению различных проблем хирургии. Наконец, своих собствен-

ных учеников («внучатых» учеников Пирогова) — а их число было достаточно велико — они воспитывали в духе тех же плодотворных научных идей, на которых сформировалась научная школа Пирогова.

2. Александр Китер: хирург и акушер-гинеколог

Имя А.А.Китера — первого ученика великого Пирогова, хирурга и акушера-гинеколога, ставшего затем выдающимся ученым — незаслуженно забыто. Между тем, Китер внес крупный вклад в науку, воспитал ряд видных ученых и во многом способствовал развитию русской клинической медицины.

Александр Александрович Китер родился в 1813 г. в г.Вендене Лифляндской губернии (ныне — Латвия). В 1831 г. он окончил гимназию в г.Риге и поступил на медицинский факультет Дерптского университета. Еще в студенческие годы Китер познакомился с трудившимся в то время в Дерпте Н.И.Пироговым, учился у него, помогал ему в проведении экспериментов. В 1835 г. Китер окончил университет с золотой медалью и был оставлен для подготовки к профессорскому званию в хирургической клинике, который руководил учитель Пирогова И.Ф.Мойер. В этой клинике он начал работать над диссертацией и одновременно овладевал хирургическим мастерством: и в том, и в другом ему много помогал Н.И.Пирогов.

Предшествовавшие защите диссертации устные докторские экзамены по теоретической и оперативной хирургии Китер сдавал в марте 1836 г. двум ведущим хирургам Дерптского университета — И.Ф.Мойеру и Н.И. Пирогову. Кроме устных экзаменов, он написал письменную работу на предложенную ему тему «О вылущении плечевой кости». С этой работой молодого врача познакомился экзаменатор Н.И. Пирогов и поставил оценку «весьма хорошо».

Диссертация Китера была посвящена сравнению применявшимся тогда методов удаления камней мочевого пузыря — камнесечения и камнедробления. Трудясь много и упорно, Китер написал ее за несколько месяцев и уже в апреле 1836 г. представил для защиты. Известен отзыв, который дал об этой диссертации Н.И.Пирогов: «Я подробно изучил диссертацию господина Китера... и убедился, что излагаемое господином Китером не содержит ничего против правил, и думаю, что она соответствует своей цели» (1). Интересно, что свою диссертацию Китер посвятил Н.И.Пирогову.

Став доктором медицины, Китер начал свою научно-практическую деятельность под руководством Н.И.Пирогова: уже в мае 1836 г. он был назначен ассистентом факультетской хирургической клиники, которой руководил Н.И.Пирогов. В течение двух лет Китер был ближайшим помощником Пирогова — ассистировал ему при операциях, участвовал в проведении экспериментов, лечил больных в клинике.

Китер был отличным помощником, и Пирогов высоко ценил его. В предисловии к своему знаменитому труду «Анналы хирургического отделения клиники императорского университета в Дерпте» (1837) Пирогов писал: «Не могу при этом не выразить своей искренней благодарности господину ассистенту хирургической клиники доктору Китеру и тем госпо-

дам практикантом, которые оказали мне значительную помощь при изучении описанных здесь случаев пунктуальным ведением историй болезни» (2). В тексте «Анналов», комментируя одну из историй болезни, где большому производили камнечесечение, Пирогов упоминал, что она «изложенная и подробно прослеженная ассистентом хирургической клиники, господином доктором Китером» (3). В другом своем труде «Анналы хирургического отделения клиники императорского университета в Дерпте» (1839) Пирогов описывал случай осложненного перелома нижнего конца плечевой кости, закончившийся летально, и говорил о вскрытии, которое он, очевидно, проводил вместе с Китером: об этом свидетельствовало его замечание, что «г-н д-р Китер обратил мое внимание» на одну из интересных деталей строения кости, обнаруженную при вскрытии.

Когда летом 1837 г., в каникулярное время, Н.И.Пирогов выехал в путешествие по Лифляндии, в гг. Вольмар, Венден и Ригу, то, чтобы иметь возможность на месте оперировать больных, он взял с собой своего ассистента А.А. Китера (а также 2 студентов). В Вендене, родном городе Китера, они прожили целую неделю, там было сделано до 60 различных операций; много операций и вскрытий было сделано также в Вольмаре и особенно в Риге.

Характерно, что когда в 1839 г. Пирогова пригласили занять кафедру хирургии в Петербургской медико-хирургической академии, то в качестве своего преемника на должность руководителя кафедры хирургии Дерптского университета он рекомендовал А.А.Китера. «Господин доктор Китер, — писал Н.И.Пирогов 8 мая 1840 г. Министру народного просвещения С.С.Уварову, — по общему мнению факультета, совершенно в состоянии быть назначенным для временного замещения моей должности» (4).

Годы работы ассистентом у Н.И.Пирогова помогли его первому ученику заложить тот прочный фундамент, который стал основой всей его будущей научно-практической деятельности в области медицины. На всю жизнь усвоил Китер передовые идеи своего великого учителя, и потому всегда выступал последовательным сторонником анатомо-физиологического клинико-экспериментального направления в хирургии. Вместе с тем Китер усвоил пироговский подход к хирургическим операциям — рациональный, научно обоснованный, базировавшийся на возможно более точной диагностике и предусматривавший выхаживание больного после операции.

В 1838-1839 гг. Китер побывал в зарубежных клиниках и лабораториях, которыми руководили Диффенбах, Рокитанский, Вельпо, Лисфранк и другие известные ученые. По возвращении в 1840 г. в Россию Китер занял кафедру теоретической («умозрительной») хирургии в Казанском университете; с 1843 г. он преподавал здесь также оперативную хирургию и десмургию. Так как при кафедре теоретической хирургии клиники не было, Китер вынужден был заняться частной практикой, главным образом, по хирургии (одним из его пациентов стал П.А.Дубовицкий, будущий профессор и президент Петербургской медико-хирургической академии). Однако это не давало ему полного удовлетворения, и в 1848 г. Китер совершил «нелепый», с точки зрения университетского начальства, поступок: профессор университета стал... младшим ординатором Казанского военного госпиталя, получив, таким образом, возмож-

ность заниматься клинической хирургией. В Казани Китер зарекомендовал себя вдумчивым ученым и хорошим специалистом по хирургии, а также по акушерству и гинекологии.

В 1846 г. А.А.Китер впервые произвел (вместе с Ф.О.Елачичем) уникальную в то время операцию полной экстирпации матки через влагалище при раке. Небезинтересно, что эту операцию Китер выполнил задолго до Billroth и Mac-Dauen, которых считают пионерами тотальной экстирпации матки через влагалище (5). Эта операция, окончившаяся успешно, получила широкую известность и во многом способствовала тому, что Китер завоевал себе репутацию выдающегося хирурга-гинеколога.

Будучи профессором хирургии Казанского университета, Китер выполнил ряд акушерско-гинекологических работ — «Об искусственном выведении заноса» (1847), «Вырезывание всей матки, пораженной раком, без выпадения» (1847) и др.

В 1843 г. А.А.Китеру предложили занять кафедру акушерства и женских болезней Петербургской медико-хирургической академии. Его кандидатура была горячо поддержана трудившимся тогда в академии Н.И. Пироговым и другими известными учеными, и Китер стал профессором этого ведущего научно-учебного центра России.

В то время акушерство и гинекологию в медико-хирургической академии преподавали на кафедре акушерства и женских болезней и в академической акушерско-гинекологической клинике. Клиникой заведовал проф. О.И.Мяновский, по специальности терапевт, который не знал и не любил гинекологию, гинекологические исследования, по воспоминаниям современников, «считал чуть не посягательством на женское целомудрие», ни о каких операциях и речи не вел: гинекологические операции в клинике — такие как закрытие пузырно-влагалищного свища, ампутация маточной шейки, экстирпация матки, удаление маточного полипа и др. — производил, если требовалось, Н.И.Пирогов, причем некоторые из них он делал под хлороформным наркозом, а однажды при длительных родах с успехом применил ректальный наркоз. Эти сравнительно редкие операции Пирогова подчеркивали очевидный факт: гинекологии в медико-хирургической академии не было.

Кафедра акушерства и женских болезней, которую возглавил Китер, поначалу была «теоретической» — она не имела своей клиники: лишь после долгих хлопот профессору Китеру передали одно только акушерское отделение. Недостаток гинекологической практики Китер полностью компенсировал работой в Максимилиановской лечебнице — с 1850 г. он был консультантом по женским болезням этой известной тогда в Петербурге больницы. Здесь у него было широкое поле для практической деятельности. Именно в Максимилиановской лечебнице Китер применял новые тогда способы гинекологического обследования — такие как исследование маточным зеркалом, внутреннее исследование пальцем, использование маточного зонда и ряд других, а также лечебные процедуры — приставление пиявок к маточной шейке, прижигание маточной шейки и внутренней полости матки, спринцевание полости матки, расширение канала маточной шейки навошенной губкой и посредством раздвигающего зеркала; в этой же лечебнице он испытал на практике целый ряд новых инструментов.

Китер был одним из первых, кто внедрял в акушерство и гинекологию хирургическое направление. Он не уставал повторять, что и акушерство, и гинекология суть части хирургии, а потому и способы как исследования, так и лечения акушерско-гинекологических больных должны быть по преимуществу хирургическими. Китер производил сложные по тем временам операции — по поводу выпадения матки, мочевых свищей, в одном случае выполнил чревосечение по поводу внематочной беременности, дважды произвел кесарево сечение и пр. Активно, по тем временам, действовали Китер и его помощники и в акушерской клинике — накладывали щипцы, производили поворот на ножки и извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и извлечение последа; при «чрезмерно болезненных родах» применяли наркоз (хлороформирование).

Приняв на себя заведывания кафедрой акушерства и женских болезней, Китер составил программу преподавания этой дисциплины, а в 1857–1858 гг. издал «Руководство к изучению акушерской науки» (в 2 частях). Этот солидный научно-практический труд объемом около 700 страниц был для своего времени (да и для нескольких поколений студентов в последующие годы) исчерпывающим учебным руководством, в котором автор дал систематическое изложение акушерских знаний — как нормального акушерства, так и патологии и терапии болезней беременных, рожениц и родильниц. Следует отметить высокий научный уровень руководства, его практическую направленность. «При изложении, — писал Китер, — я старался придерживаться физиологического направления, которое в новейшее время повело к таким прекрасным успехам во всей медицине. Вместе с тем я старался обратить особенное внимание на то, что более полезно и важно в практическом отношении» (6).

Деятельность Китера как акушера-гинеколога отличал глубоко научный подход. В 1848 г., уже вскоре после начала своей акушерско-гинекологической деятельности, он опубликовал работу о лечении разрывов промежности: на основании своего опыта он считал, что лучший способ их лечения — зашивание, которое целесообразно производить на третьей неделе после родов. В другой работе, посвященной оперативному лечению полного выпадения матки, он (тоже на основании собственного опыта) рекомендовал применять эпизиорацию (резание наружного края нижней половины обеих больших губ и последующее сшивание), лучше в сочетании с элитрографией (искусственным сужением влагалища).

В статье «Описание двух родовспомогательных операций» (1849) Китер подробно рассматривал два случая тяжелых родов из своей практики. В первом он смог спасти роженицу «после 5-дневных потуг», произведя извлечение мертвого плода при помощи щипцов и крючка, во втором ему удалось сохранить жизнь роженицы с обильным маточным кровотечением вследствие предлежания плаценты — он тампонировал влагалище, а затем сделал поворот на ножки, наложил щипцы и извлек плод.

О широком научном кругозоре Китера, его отличном знании современной ему акушерско-гинекологической науки свидетельствовал опубликованный в журнале «Записки по части врачебных наук» солидный труд «Критический обзор трудов по части акушерской науки в последние 15 лет» (1849). Он детально разобрал симптоматику и диагностику беременности и родов, пособия, применяемые в случаях нормальных и патологических родов, рассмотрел родовспомогательные операции. В заключение, делая

выводы, Китер изложил свои взгляды по ряду актуальных вопросов, в т.ч. по наиболее важному — об акушерском вмешательстве в родах, считая необходимым вовремя применять это вмешательство и осуждая пассивно-выжидательное поведение врача. Вызвала интерес и работа Китера «Случаи беременности заносом (mola) с клиническими замечаниями об образовании заносов» (1853), опубликованная в медицинской газете «Друг здравия». На основании анализа восьми наблюдений из собственной практики Китер высказал ряд дальних соображений относительно патогенеза, диагностики и лечения этого заболевания, указав, в частности, что с анатомо-патологической точки зрения занос и выкидыши представляют в своем происхождении идентичные процессы.

Наиболее крупным вкладом Китера в акушерско-гинекологическую науку стал его капитальный труд — «Руководство к изучению женских болезней» (1858). Это было первое отечественное и одно из первых в истории мировой науки руководство по гинекологии: недаром в предисловии сам Китер писал, что «если пересмотреть иностранную литературу нашего предмета, то с уверенностью можно сказать, что до сих пор ни на одном языке нет подробного, полного, и применимого к первоначальному изучению руководства о женских болезнях» (7).

В этом труде Китер выступил сторонником единой акушерско-гинекологической науки. «Трудно установить определенные границы между акушерскою наукой и наукой о женских болезнях, — писал он, — трудно указать резкий предел, где оканчивается первая и начинается область второй... Та и другая наука только в сложности (т.е. в сумме — М.М.) своей составляют полную и цельную систему». Здесь же он дал определение гинекологии, называя ее «патологией и терапией женского организма, за исключением всего до беременности и родов относящегося, и со включением однако же родильного периода» (8). В соответствии с этим Китер и построил свой труд, состоящий из двух частей, а каждая часть — из нескольких разделов.

В первом разделе основное внимание он уделил болезням матки — порокам ее развития, воспалительным заболеваниям, доброкачественным и злокачественным опухолям. Описывая способы лечения этих заболеваний, Китер называл и терапевтические, и хирургические методы, причем последним часто отдавал предпочтение. «При частной гипертрофии маточной шейки, вместе с удлинением и затвердением ее, тепапевтические средства обыкновенно не приносят никакой пользы, — указывал Китер. — Поэтому мы имеем здесь прямое показание к операции отсечения маточной шейки» (9).

Хирургическое лечение рекомендовал он и при выпадении матки, «хроническом вывороте матки», доброкачественных (фиброзах, полипах) и злокачественных опухолях. Интересно, что описывая оперативный способ лечения фиброзов, Китер советовал «при наружных опухолях большого объема... делать разрез брюшных стенок — laparotamiam», добавляя, правда, что эта операция «отважна» и представляет собой «крайние и рискованные меры» (10). Говоря о хирургическом лечении рака матки, Китер подробно описывал «сложный способ, состоящий из наложения лигатуры и отсечения» и добавлял: «Эта операция придумана мною. Мне представился редкий случай сделать эту операцию». Речь шла о полном удале-

нии матки путем влагалищного иссечения, которое Китер произвел в Ка-
зани в 1846 г.

Второй раздел своего руководства Китер посвятил болезням придат-
ков матки. Особенно подробно он описал кисты яичников и их лечение: и
здесь он, скептически оценивая терапевтические средства, выступал сто-
ронником оперативного лечения, причем лучшим из хирургических спосо-
бов считал не опасную своими осложнениями овариотомию (стоит напом-
нить, что незадолго до выхода руководства Китера, в 1856 г., французская
медицинская академия отвергла эту операцию), а прокол кисты через
брюшную стенку или свод влагалища с последующим впрыскиванием в ее
полость «йодистой жидкости» (кстати, так рекомендовала поступать и
французская медицинская академия). Детально описывал Китер в следую-
щих разделах болезни «маточного рукава» (влагалища), наружных поло-
вых органов и грудных желез.

Во второй части Китер разбирал «Общие болезни женщин»; под ними он подразумевал заболевания, «которые обнаруживаются видимым пора-
жением одной или нескольких отдельных систем, при более или менее яв-
ном участии всего организма». Сюда он относил «неправильности месяч-
ных очищений», болезни кровеносной и нервной систем, общие болезни
родильного периода, заболевания «периода увядания женского организма»
(климактерического периода).

Большой интерес вызывает данное Китером описание родильной го-
рячки. Это заболевание, отмечал Китер, «первым своим источником» име-
ет «особое разложение крови в ее составных частях». Правда, разбирая бо-
лезнь, он подчеркивал, что это разложение «по новейшим исследованиям
есть не простое разложение, а скорее начинающееся ее гниение
(septicaemia)». Следовательно, заболевание «главным основанием своим
имеет заражение всей массы крови». Таким образом, Китер придерживал-
ся передовых взглядов на сущность родильной горячки как инфекционно-
го «заразительно-прилипчивого» заболевания, которое «распространяется
через особенную родильную миазму (miasma puerperale)»: эта миазма «пе-
реносится преимущественно посредством испорченного, ихорозного, гнию-
щего воинчего родильного очищения и, кроме того всеми предметами, ко-
торые могут быть замараны этой жидкостью, как например бельем, губка-
ми, пальцами акушера» (11).

В этом определении миазмы как источника родильной горячки Китер
следовал по стопам своего учителя Н.И.Пирогова, который словно бы
предугадывая грядущую антисептику, не раз писал о необходимости борь-
бы с «госпитальной миазмой». Китер тоже считал необходимым прини-
мать профилактические меры: он подчеркивал важность чистоты и соблю-
дения «строгих правил гигиены» в родильных домах, «предохранительно-
го» и раздельного содержания беременных и родильниц, изоляции забо-
левших, временного закрытия и тщательной очистки палат, в которых об-
наружилась эта болезнь. Необходимость всех этих мер Китер обосновывал
собственным опытом (описывая, например, применявшийся им в акушер-
ском отделении академической клиники способ дезинфекции палат после
родильной горячки — «вымораживание») и ссылками на работу других
акушеров-гинекологов, в частности, знаменитого Земмельвейса.

В те годы в акушерской клинике Китера, как и во всех других родо-
вспомогательных учреждениях того времени, «родильная горячка» была

частой гостьей. Однако, в отличие от других акушеров, Китер главное внимание обращал на профилатику этого заболевания. «Проф.Китер, — писал В.С.Груздев в 1898 г. — прекрасно понимал, какими путями разносится пуэрперальная зараза, и принимавшиеся при нем профилактические меры против этой последней сделали бы честь даже современному акушеру» (12). Китер требовал, чтобы внутреннее акушерское исследование рожениц и родильниц производилось по возможности реже, чтобы при родах присутствовало как можно меньше «зрителей», чтобы вскрытия умерших производили те, кто не посещает клинику, чтобы тщательно взвешивались показания к оперативному вмешательству при родах, чтобы обращалось внимание на чистоту палат, белья и других вещей, на чистоту воздуха, чтобы белье и медицинские приборы, использовавшиеся у больных родильной горячкой, не применялись у других родильниц. Стоит напомнить, что все эти весьма здравые требования Китера относятся к доанти-септической эре.

Разумеется, было бы преувеличением утверждать, что «Руководство к изучению женских болезней» было безупречным. В некоторых разделах сказывался недостаточный клинический опыт автора: кое-где он, доверяясь старым акушеркам, описывал ненаучные, знахарские методы лечения (например, считал, что при невралгии матки иногда помогает «окуривание половых частей колганом или дымом от тлеющих перьев рыбчиков»). Однако эти частности не могли заслонить огромных достоинств первого русского руководства по гинекологии. Это был оригинальный, глубоко научный труд, написанный Китером на основании собственного опыта и с учетом новейших данных мировой акушерско-гинекологической науки. Чрезвычайно важно, что Китер пропагандировал наиболее передовые идеи хирургического лечения гинекологических заболеваний, выступал сторонником применения новых тогда оперативных методов, обнаруживал хирургический подход к самому предмету женских болезней.

Труды А.А.Китера получили высокую оценку его коллег — об этом свидетельствуют архивные документы. Так, конференция медико-хирургической академии 16 мая 1858 г. постановили: «Выдать академику Китеру за сочинения его «Руководство по изучению акушерской науки» и «Руководство к изучению женских болезней» годовой оклад жалованья» (13).

Китера как акушера-гинеколога хорошо знали и высоко ценили не только в России, но и за границей. Так, в 1856 г. он представил в Берлинское акушерское общество доклад о лечении застарелого разрыва промежности и влагалищно-пузырного свища: доклад этот был выдержан в хирургическом духе.

Итоги клинической деятельности Китера в области гинекологии, характер проводившихся им вмешательств — все это подтверждало, что, как писал В.С.Груздев, «Китер всегда и всюду оставался прежде всего хирургом, — врачом, любившим хирургическое вмешательство, превосходно понимавшим ту пользу, какую последнее может принести... и потому применявшим его там, где громадное большинство его современников едва ли решилось бы прибегнуть к тому» (14).

Кафедрой акушерства и женских болезней Китер руководил 10 лет, с 1848 г. по 1858 г. Когда в 1858 г. в медико-хирургической академии стала вакантной кафедра госпитальной хирургии, Китер обратился с просьбой

перевести его на эту кафедру, подчеркивая, что 10 лет специальных трудов и занятий по акушерству не могли заглушить в нем пламенного стремления к хирургии.

Объясняя необычность своего шага — выдвижения собственной кандидатуры, он писал: «Неужели конференция (т.е. ученый совет медико-хирургической академии — М.М.) будет меня порицать за то, что... я решился обратить их внимание на себя? Неужели кто-нибудь подумает, что мое намерение при этом было другое, нежели... всеми силами, всеми способностями быть как можно более полезным нашему рассаднику просвещения. Трудно судить о себе; может быть я и ошибаюсь в самом себе, но я не мог поступить иначе. Я уже не так молод, чтобы дождаться другого случая, а не высказать теперь сокровенных моих мыслей, по моему мнению, значило бы изменить тому, что я называю своим призванием» (15).

В 1858 г. Китер был избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии и назначен главным врачом хирургического отделения 2-го военно-сухопутного госпиталя. Он стал руководить кафедрой, которую основал и долгое время возглавлял его гениальный учитель — Н.И.Пирогов: эта высокая честь ко многому обязывала Китера. Однако не порвал Китер и с полюбившимися ему хирургической гинекологией и оперативным акушерством. Сохранился архивный документ о том, что «профессор Китер 25 марта 1858 г. определен старшим городовым акушером» (16). Петербурга: эту должность он занимал 10 лет, до 1868 г. В 1862 г. он ассистировал своему ученику А.Я.Крассовскому во время знаменитой операции овариотомии.

Как и Пирогов, Китер стремился применять в хирургии все новое, что давала тогда медицинская наука. Еще будучи профессором Казанского университета, Китер стал одним из пионеров эфирного наркоза в России. Как известно, первым в России его применил Ф.И.Иноземцев в феврале 1847 г. Но уже через два месяца, в апреле 1847 г., А.А.Китер вместе с Ф.О.Елаичем получили у ректора Казанского университета знаменитого математика Н.И.Лобачевского присланный из Петербурга «снаряд» для «этеризации» и приступили к изучению эфирного наркоза. В результате длительных исследований они описали стадии наркоза, убедились, что при правильном применении он безвреден для человеческого организма, но на различных людей действует по-разному. А.А.Китер и Ф.О.Елаич пришли к выводу, который ранее в России сделали Н.И. Пирогов и Ф.И.Иноземцев: наркоз чрезвычайно важен для медицины, его применение открывает широкие возможности для хирургии.

Огромные возможности для дальнейшего развития хирургии открыла антисептика. Китер был первым русским хирургом, безоговорочно поддержавшим новый метод борьбы с хирургической инфекцией и применившим его на практике. Уже в 1868 г. первым в России он сделал сообщение о листеровском способе лечения ран. Как отмечали его современники, сразу же после появления листеровской повязки ее «немедленно» стали применять в госпитальной хирургической клинике, которой руководил профессор Китер.

Продолжая традиции Н.И.Пирогова, Китер особое внимание уделял анатомо-физиологическому, клинико-экспериментальному направлению в хирургии, стремился укрепить научные основы этой ведущей медицинской специальности. В сохранившемся в архиве отзыве Китера (от 28 мар-

та 1869 г.) на отчет о заграничной командировке одного из молодых учених академии подчеркиваются «настоящие потребности современной хирургии... отрабатывание хирургии как науки путем патологической анатомии и физиологического эксперимента, равно как гистологических наблюдений» (17). Эти «настоящие потребности» последовательно проводили в жизнь сам А.А.Китер и его ученики — сотрудники госпитальной хирургической клиники.

По примеру Н.И.Пирогова, который был выдающимся оператором, Китер производил разнообразные хирургические вмешательства — все те, которые входили в арсенал современной ему хирургии. «Хирург по призванию, талантливый оператор, он был настоящий художник в своем искусстве», — писал о Китере журнал «Медицинский вестник» (18). Так, он охотно занимался урологией, посвятив этому разделу хирургии ряд своих работ. Собственно говоря, с урологией он начал свою научно-практическую деятельность: его диссертация (1836) была посвящена сравнению камнесечения и камнедробления. Еще несколько работ он посвятил мочекаменной болезни и сужениям мочеиспускательного канала. Большую известность и широкое применение в России получил уретротом Китера: от других уретротомов он отличался тем, что его лезвие было снабжено влагалищем, предохранявшим нормальную слизистую от ранения, а желобок был расположен на выпуклой поверхности кондуктора (19). Китер, как и Пирогов, для извлечения камней делал операцию высокого сечения мочевого пузыря.

Китер выступал сторонником хирургического лечения геморроя, указывая на опасность осложнений этого заболевания (20). Он довольно широко применял в своей практике гальванокаустику, в частности, первым использовал этот метод для радикального лечения подвижных паховых грыж. Нередко оперировал Китер и при аневризмах, например, он успешно лечил аневризмы подколенной и сонной артерий, перевязывая в этих и других аналогичных случаях проводящий артериальный ствол (21).

Большой хирургический опыт позволил Китеру составить «Атлас к оперативной хирургии» (1870), в котором детально были показаны операции на кровеносных сосудах, а также разнообразные ампутации и резекции, пластические операции, вмешательства на органах дыхания, пищеварительном и мочеполовом тракте. Этот атлас и сейчас представляет немалый интерес.

Постоянное внимание проявлял А.А.Китер к пересадкам тканей и органов (трансплантологии), основоположником которой в России был его учитель Н.И. Пирогов. Целому ряду своих учеников он рекомендовал заняться научными исследованиями по наиболее актуальным тогда проблемам трансплантологии.

Интересное исследование, по предложению А.А.Китера, провел Е.И. Богдановский (1861) — впоследствии профессор и известный русский хирург. Его внимание привлекла проблема трансплантации костей — проблема, развитие которой было связано с основополагающими трудами Н.И.Пирогова (1854) по костно-пластической хирургии и работами Ollier (1858) по свободной пересадке костной ткани. В нескольких опытах Е.И. Богдановскому удалось установить важный факт: «В образовании новой костяной субстанции нельзя пропустить участия надкостной пленки и костной ткани», в этом процессе принимали участие «ткани соседние, окружающие кость (пересаженную — М.М.), т.е. соединительная клетчатка

и мышечные влагалища». Иными словами, костный трансплантат может приживать и без надкостницы (позже, в 90-х годах XIX века, об этом сообщили Axhausen и Barth). Богдановский подтвердил, что алло-трансплантация костей неэффективна — во всех восьми опытах хирург констатировал гибель пересаженных костей. Сообщая о результатах своих экспериментов в журнале «Медицинский вестник» (1861, № 10), Богдановский первым сформулировал основные требования к костно-пластическим операциям: 1) максимальное соответствие трансплантата величине и форме костного дефекта, куда он пересаживается; 2) полная неподвижность костных фрагментов и прочная фиксация пересаженного трансплантата; 3) «обстоятельства, которые способствуют заживлению, если не всей, то по крайней мере большей части раны первичным натяжением». Выполнение этих требований, как показал опыт, во многом способствовало успеху костной трансплантации. Эксперименты Е.И.Богдановского по трансплантации костной ткани положили начало интересным исследованиям по этой проблеме, которые выполнили ученик Китера П.И. Скроботов (1869) и ряд других ученых.

Внимание Китера привлекла еще одна важная, по существу, неисследованная проблема трансплантологии — пересадка зубов. Научные исследования по этому вопросу он поручил вести молодому врачу В.М.Антоневичу: эти исследования начались в 1862 г. В мае 1865 г. В.М.Антоневич представил в медико-хирургическую академию диссертацию «О реплантации и трансплантации зубов». При реплантации, указывал В.М.Антоневич, «лунечку должно очистить пинцетом или кисточкой от кровяных сгустков, потому что они как посторонние тела мешают соединению; далее нужно тщательно вымыть ее водою, чтобы она была совершенно чиста». Потом уже зуб надо «слегка втиснуть... в лунечку, стараясь, чтобы корень достиг до самого дна ее. Вставивши зуб, следует укрепить его в том положении, в котором он находится». Операцию надо производить быстро, в течение 8 минут, иначе, считал Антоневич, зуб омертвеет. Особенно тщательно следовало укрепить зуб в лунке. Эти положения В.М.Антоневич подкрепил 18 примерами из собственной практики за 1862-1865 гг. и, кроме того, результатами опытов на животных, часть которых, по-видимому, предшествовала, а часть шла параллельно клинической практике (22).

Значительное место В.М.Антоневич уделил трансплантации мертвых зубов, к которым он относил мертвые зубы людей, животных, а также зубы, сделанные из разных металлов и костей. В восьми опытах он на место удаляемых кариозных вставлял здоровые зубы, взятые от трупов, и искусственные зубы из слоновой кости. Опыты эти не дали благоприятных результатов. Не дали эффекта и 50 экспериментов на собаках, которым трансплантировались зубы людей, собак и телят. Правда, у некоторых животных зубы как будто приживали и сидели довольно крепко по несколько месяцев; однако стоило собакам начать жевать твердую пищу, как зубы вскоре выпадали. Исследование ученика Китера В.М.Антоневича по трансплантации зубов подкупало глубиной анализа и стремлением к экспериментальной и клинической проверке теоретических предположений.

Профессор Китер внимательно следил за всеми новинками хирургии. Его внимание сразу же привлекла трансплантация (свободная пересадка) кожи. Как известно, предсказанная Н.И.Пироговым свободная пересадка

кожи появилась в 1869 г., когда парижский хирург Реверден впервые произвел трансплантацию кожи на гранулирующую поверхность. Русские хирурги, в частности Китер, одними из первых оценили новый трансплантологический метод. Уже через несколько месяцев после появления свободной пересадки кожи ее применяли М.Скоров (1870), А.А.Яценко (1870), П.Я.Пясецкий (1870) и др.

В числе пионеров нового метода был ученик Китера, ординатор его клиники С.М.Янович-Чайнский. Первые операции свободной пересадки кожи Янович-Чайнский произвел в Николаевском госпитале в Петербурге уже в августе 1870 г. Следует особо подчеркнуть, что русский хирург внес чрезвычайно существенное изменение в методику Ревердена — он предложил использовать маленькие толстые кусочки эпидерма. «Мы убедились, что чем кусочек больше и толще, — писал Янович-Чайнский, — тем развитие от него рубцовой ткани деятельнее, и мы всегда старались, чтобы при срезывании в состав лоскуточка вошел, если не весь слой свободной кожи.., то по крайней мере вся толща сосочкового ее слоя» (23). Применение разработанного русским хирургом метода давало отличные результаты (он и сейчас находится на вооружении врачей). Метод свободной пересадки, при котором пересаживают маленькие по размерам, но глубоко захватывающие толщу кусочки кожи, заслуженно называют методом Ревердена—Янович-Чайнского.

Китер стал основоположником большой хирургической школы. Учениками А.А.Китера (а, следовательно, «внучатыми» учениками Пирогова), помимо названных выше хирургов, были П.П.Пелехин, С.П.Коломинин, П.Я.Мультановский, П.Ф.Лесгафт, А.Х.Ринек, Е.В.Павлов, К.Ф.Гепнер и др. Среди его учеников были и акушеры-гинекологи. Это, прежде всего, А.Я.Крассовский, выполнивший диссертацию о разрывах матки (1852) и ставший впоследствии выдающимся русским акушером-гинекологом. Это М.Фаворский, хирург, успешно изучавший болезни матки (1857). Это Г.Ф.Бушковский, посвятивший свою диссертацию полипам матки (1849). Это доктор Кон, в основу интереснейшей диссертации которого о физиологических и анатомо-патологических особенностях женского таза (1852) было положено тщательное измерение 48 женских тазов, собранных Н.И.Пироговым в основанном им патологоанатомическом музее медико-хирургической академии. Это П.Собольщиков, исследовавший в диссертации трубную беременность (1855). Среди учеников Китера был также В.М.Флоринский, ставший затем профессором акушерства и гинекологии.

Ученик Пирогова, выдающийся русский хирург и акушер-гинеколог, А.А.Китер достойно продолжал и развивал лучшие традиции школы Пирогова.

3. Петр Неммерт: эрудированный клиницист

Учениками великого Пирогова заслуженно считаются видные русские хирурги — те, кто воспринял и проводил в жизнь пироговские идеи, глубоко научные и высокогуманные принципы хирургической науки и практики. Среди них выделяется видный русский хирург,

профессор Петербургской медико-хирургической академии П.Ю. Неммерт (1818-1858).

Достойно удивления, что имя П.Ю.Неммерта оказалось незаслуженно забытым уже вскоре после его смерти. Упоминавшие о нем историки хирургии (П.А.Белогорский, 1898, и др.) не знали ни места, ни года его рождения: считали даже, что он был «родом иностранец». Это, однако, не так. Удалось найти архивные документы, в которых говорится: «В 1818 г. 24 июня родился в Царском селе и был крещен 10 июля того же года Петр Иоан Георгий, сын фаянсового фабриканта Юлия Неммерта и его жены Христины, урожденной Шторнберг» (1).

В 1835 г. Петр Юльевич Неммерт поступил вольнослушателем в Петербургскую медико-хирургическую академию, а в 1840 г. окончил ее с золотой медалью и премией Буша. Способного молодого врача, проявившего склонность к хирургии, направили ординатором во 2-й военно-сухопутный госпиталь: вскоре он стал репетитором при кафедре теоретической хирургии, которую возглавлял проф. П.А.Дубовицкий. А когда на базе 2-го военно-сухопутного госпиталя начала работать госпитальная хирургическая клиника Н.И.Пирогова, быстро ставшая признанным центром русской хирургии, П.Ю.Неммерт добился перевода в эту клинику. По рекомендации конференции (ученого совета) медико-хирургической академии 2 февраля 1842 г. Неммерт как «отличный молодой врач, подающий надежду со временем быть достойным членом академии», был «перемещен репетитором к кафедре госпитальной хирургии и патологической анатомии» (2). Репетитор кафедры Неммерт стал первым (долгое время был единственным) помощником Пирогова и в хирургических операциях, и в патологоанатомических исследованиях.

В 1846 г. Неммерт представил докторскую диссертацию о двусторонней боковой перевязке общей сонной артерии и, защитив ее, 4 января 1847 г. был признан доктором медицины. О его возросшем хирургическом мастерстве говорит тот факт, что когда в 1846 г. Н.И.Пирогов отправился за границу, Неммерт во время его отсутствия исполнял часть обязанностей заведующего госпитальной хирургической клиникой.

Недруги Пирогова пытались поссорить молодого врача с его учителем, использовать его для различных интриг. Главный доктор 2-го военно-сухопутного госпиталя Д.Я.Лосиевский распустил нелепый и вздорный слух о том, что Пирогов якобы сумасшедший и, пользуясь своим положением, дал П.Ю.Неммерту секретное указание: «Заметив в поведении г.Пирогова некоторые действия, свидетельствующие об его умопомешательстве, предписываю вам следить за его действиями и доносить об оных мне» (3). Разумеется, Неммерт отказался шпионить за своим учителем и показал это «секретное предписание» Пирогову: разразился скандал, в результате которого Лосиевский вынужден был униженно просить извинения у Пирогова.

В июне 1847 г. Н.И.Пирогов направился на Кавказ, где в то время шли военные действия, для того, чтобы выяснить возможность использования эфирного наркоза на поле боя, а также помочь военным медикам освоить новейшие методы хирургии, такие, например, как применение крахмальной повязки. «В помощь мне для исполнения этих поручений, — писал Пирогов, — был назначен ассистент при хирургической госпитальной клинике г.доктор Неммерт» (4), а также фельдшер И.Калаш-

ников. По пути на Кавказ Пирогов и Неммерт останавливались в крупных и небольших городах, где в больницах и госпиталях проводили показательные операции, в частности, обучали врачей применению эфирного наркоза и пользованию разработанной Пироговым наркозной аппаратурой. Так было, например, в Пятигорске. Интересно, что первые операции под наркозом Пирогов и Неммерт делали в присутствии всех раненых, чтобы убедить их в болеутоляющем действии эфирных паров.

Близ аула Салты Н.И.Пирогов впервые в мире применил эфирный наркоз для обезболивания операций в военно-полевых условиях: это было выдающимся достижением военно-полевой хирургии, добиться которого Пирогову помог его ученик П.Ю. Неммерт.

В военных госпиталях Пирогов и Неммерт производили многочисленные, порой весьма сложные операции. Например, в Дербенте, как отмечал Пирогов, «из операций, которые мы произвели здесь, замечательны особенно два выпиливания головки плечевой кости с пулями, засевшими в существе самой кости» (5). В Тифлисе «в военном здешнем госпитале, — писал Пирогов, — мы сделали несколько замечательных операций с помощью эфирных паров. Из них одна была сделана над пятилетним ребенком. ...Во Владикавказе из операций, произведенных нами под влиянием эфирных паров, замечательно вырезывание зоба» (6). При сложных переломах верхней конечности, в т.ч. при огнестрельных ранениях конечностей, для транспортной иммобилизации они применяли неподвижную крахмальную повязку. Это позволило испытать сберегательный способ лечения — вместо ампутаций ограничиться после рассечения ран наложением с лечебной целью неподвижной повязки. Производились различные ампутации, операции по поводу огнестрельных, колотых и рубленых ран различных частей тела: одних лишь вмешательств по поводу огнестрельных ран было произведено более 2 тысяч.

Все это была чрезвычайно тяжелая работа.

«Утомленные до изнеможения днем, — вспоминал Пирогов, — при производстве операций и перевязок (по большей части в согнутом положении), пропитанные эфирнымиарами и нечистотой ...мы могли по крайней мере утешить себя тем, что совестливо исполняли наши обязанности и не пропустили ни одного случая устранить страдания раненых, подвергая их всякий раз перед операцией влиянию эфирных паров» (7). За время поездки они сделали под наркозом более 100 операций.

Возвратившись в Петербург, Н.И.Пирогов в конце 1847 г. опубликовал «Отчет о хирургических пособиях, оказанных раненым во время осады и занятия укрепления Салты»: в этой работе он подвел итоги применения эфира в военно-полевых условиях (в последующем Пирогов и его ученик использовали эфирный, а затем и хлороформный наркоз в мирных условиях). Затем П.Ю.Неммерт помог своему учителю собрать материал об операциях, произведенных в России под наркозом за целый год (с февраля 1847 г. по февраль 1848 г.).

Поездка с Н.И.Пироговым для оказания помощи раненым и обучения врачей стала для П.Ю.Неммерта отличной школой. В военно-полевых условиях, как и в столичной клинике, он сумел многому научиться у своего учителя, перенять у него искусство диагностики и хирургическое мастерство, стать зрелым хирургом. Н.И.Пирогов высоко ценил своего учени-

ка. Вскоре по возвращении с Кавказа он представил конференции академии кандидатуру Неммерта на должность адъюнкт-профессора.

В архиве удалось найти письмо Н.И.Пирогова, в котором он писал:

«Сославшись уже словесно на конференции об определении г.д-ра Неммерта адъюнктом при кафедре оперативной хирургии и вместе ассистентом при госпитальной клинике с тем, чтобы он преподавал десмургию и занимал студентов упражнениями в производстве операций над трупами с анатомико-хирургическими объяснениями, я теперь обращаюсь еще письменно. Я до сих пор не имею еще ассистента, исключая молодых госпитальных ординаторов, никто без меня не заведует клиникою и в случае моей болезни или моего отсутствия никто не будет в состоянии (проводить) клинических занятий, продолжать клинические упражнения и руководить студентов при перевязках. Сверх того, после определения г.Неммерта в адъюнкты я предлагаю его послать за границу как кандидата, известного конференции своими способностями, своею ловкостью в производстве хирургических операций и своими сведениями в анатомии и хирургии. Поэтому прошу покорнейше конференцию ускорить представление г.Неммерта к занятию места адъюнкта начальству.

Академик проф.д-р Пирогов. 1848 февраль 9» (8).

Немногие из хирургов удостаивались столь лестной характеристики Н.И.Пирогова!

В 1848 г. П.Ю.Неммерт стал адъюнкт-профессором, а в 1853 г. — экстраординарным профессором хирургии. Все эти годы он оставался ближайшим помощником Н.И. Пирогова. Когда в 1854 г., с началом Крымской кампании, Пирогов направился в осажденный противником Севастополь, все его обязанности в клинике были возложены на П.Ю.Неммерта. А после того, как Н.И.Пирогов оставил академию, проф.Неммерт стал в 1856 г. его преемником — руководителем госпитальной хирургической клиники и главным врачом хирургического отделения 2-го военно-сухопутного госпиталя. Правда, самостоятельная хирургическая деятельность П.Ю.Неммерта продолжалась недолго: он умер в 1858 г.

В научном наследии П.Ю.Неммерта, как и в его практической деятельности, прослеживается огромное влияние Н.И.Пирогова. Известно, например, что Н.И.Пирогов еще в период пребывания в Дерпте проявлял глубокий интерес к сосудистой хирургии, посвятив этому докторскую диссертацию и ряд научных трудов. Действуя по совету своего учителя, П.Ю.Неммерт тоже избрал темой для докторской диссертации одну из актуальных проблем сосудистой хирургии. Работая над диссертацией, он провел ряд экспериментов по перевязке (одновременной и разновременной) обеих сонных артерий у собак: это позволило выяснить пути коллатерального кровообращения, установить возможность восстановления кровообращения после произведенных операций. А о том, что такая возможность действительно существует, убедительно свидетельствовала приведенная в диссертации история болезни человека, у которого Н.И.Пирогов с успехом перевязал на операции обе сонные артерии. Докторская диссертация П.Ю.Неммерта (1846) явилась солидным вкладом в хирургическую ангиологию (9).

П.Ю.Неммерт и в дальнейшем продолжал интересоваться сосудистой хирургией. Об этом свидетельствует, например, напечатанная в газете «Друг здравия» его статья «Перевязка arteriae iliacaе externae» (1852). У больного с очень большой опухолью на бедре П.Ю.Неммерт диагносцировал травматическую аневризму и произвел ему довольно сложную операцию — перевязку art.iliacaе externae, сделанную несколько ниже (на один палец) от бифуркации. Операция завершилась успехом: лигатура с куском омертвевшего сосуда выделилась на 6 день после операции; последующего кровотечения не было; больной выздоровел через 2,5 месяца (10). О собственном опыте операций на венах писал П.Ю.Неммерт в опубликованной в «Военно-медицинском журнале» статье «Об оперативном пособии при varicocele через накручивание вен» (1852).

Помимо сосудистой хирургии, П.Ю.Неммерт занимался и другими «пироговскими» разделами этой науки. Он, например, уделял много внимания восстановительным операциям (ринопластика, кожная пластика и др.). Будучи, как и Пирогов, большим энтузиастом наркоза, П.Ю.Неммерт постоянно указывал на необходимость и огромную важность обезболивания для хирургии вообще, для военно-полевой хирургии — в особенности. «Россия первая оказала важнейшую услугу оперативной полевой хирургии, — писал он в 1848 г., — доказав опытом возможность и чрезвычайную пользу эфиризации на поле сражения» (11). Продолжая пироговские традиции углубленного изучения анатомии, он издал «Записки по хирургической анатомии» (1854): они представляли собой, по сути дела, учебное руководство — литографированные лекции, которые он читал студентам медико-хирургической академии.

Учебные руководства П.Ю.Неммерта — уже упоминавшиеся «Записки по хирургической анатомии» (1854), а также «Учение о вывихах и переломах» (1854) и «Записки по десмургии» (1852) — пользовались большой популярностью у студентов и молодых врачей. Молодежь охотно и регулярно участвовала в обходах, которые профессор Неммерт умело превращал в клинические лекции у постели больных. Если же ординатор и даже студент выражали желание произвести сложные операции, то Неммерт непременно требовал, чтобы желавший этого показал свое умение на трупе, проделав эту операцию предварительно несколько раз (12).

Неммерту удалось внести в хирургию немало нового. Например, при хронических нарявах подвздошной впадины использовался способ Неммерта — «наложение малых разрезов» (13). Пройдя школу Пирогова, П.Ю.Неммерт, по свидетельству современников, владел ножом как искусный музыкант смычком. Солидные анатомические познания и отличная техника позволяли ему оперировать «по-пироговски» — быстро, но не спеша, и получать относительно благоприятные результаты. Высокогуманным было и отношение Неммерта к больным, лечившимся в клинике (это были, главным образом, солдаты, а также неимущий люд): на собственные деньги он покупал необходимые продукты и нанял специального повара, который по его указанию готовил блюда для оперированных и других тяжелых больных. Кроме того, Неммерт сам покупал для клиники хирургические инструменты и ряд медикаментов, в том числе химически чистый хлороформ для наркоза.

Видный ученый-хирург, высокообразованный клиницист, талантливый педагог — таким вошел в историю отечественной медицины ученик Пирогова профессор П.Ю.Неммерт.

4. Павел Заблоцкий-Десятовский: ученый и хирург

Среди тех, кто внес заметный вклад в развитие русской хирургии и медицины в середине XIX века, одно из первых мест занимает ученик Пирогова, профессор Петербургской медико-хирургической академии П.П.Заблоцкий-Десятовский: и о нем тоже забыли историки медицины.

Павел Парфенович Заблоцкий-Десятовский родился в 1814 г. на хуторе Напрасновка (близ города Новгорода-Северского) Черниговской губернии, в обедневшей дворянской семье. Его старший брат, Андрей Парфенович (1807-1881), окончил физико-математический факультет Московского университета, а затем стал магистром математики: ему принадлежит диссертация «О способах исследования кривых линий второго порядка» (1831). Он был прогрессивно настроенным человеком, убежденным противником крепостного права. Другой его брат, Михаил Парфенович (1810-1859), был известным русским статистиком и метрологом, автором ряда исторических трудов.

Андрей Парфенович обладал большим влиянием на своих братьев. Именно он посоветовал Павлу Парфеновичу после окончания гимназии поступить на математическое отделение Московского университета. Однако вскоре П.П.Заблоцкий-Десятовский увлекся естественными науками и перешел на медицинский факультет. Здесь его учителями были такие известные ученые как физиолог А.М.Филомафитский, анатом Х.И.Лодер, терапевт И.Е.Дядьковский, хирург Ф.И.Иноземцев.

В 1835 г. П.П.Заблоцкий-Десятовский окончил университет с похвальным листом и принял предложение отправиться в экспедицию, которой предстояло детально обследовать восточные берега Каспийского моря. Во время экспедиции (она продолжалась около 2 лет, с 1835 по 1836 г.) он зарекомендовал себя не только как врач, но и как ученый-естественноиспытатель. Вскоре ему поручили составить медико-географическое описание Талышинского ханства и западных берегов Каспийского моря от Астрахани до Ленкорани и Астары (ныне территория Калмыкии, Дагестана и Азербайджана). Молодой врач отлично справился и с этим поручением. Сохранившиеся в архиве документы свидетельствуют, что П.П.Заблоцкий-Десятовский «своими делами и рвением был прямою и непосредственною причиною того, что экспедиция не только не потеряла от болезней ни одного человека, но экипажи возвратились в совершенном здоровье» (1).

Возвратившись из экспедиции в Москву, он опубликовал два солидных научных труда — «Обозрение Талышинского ханства в медико-топографическом и статистическом отношении» (1836) и «Путевые записки из Астрахани через Кизляр в Баку» (1836). В них содержались важные сведения об общей и медицинской географии, климатологии, о животном и растительном мире, в т.ч. о лекарственных растениях, о населении и долгожителях: уже тогда молодой врач отметил, что больше всего долгожителей

в горных районах — там, писал он, «доживают до 80 и 90 лет». Заблоцкий-Десятовский подробно описал болезни, которыми страдали тогда местные жители, выделив среди них особенно частые лихорадочные заболевания (мalaria), появление которых «в эпидемическом виде, в весеннее и осенне время, замечается почти каждый год, особенно в низменной части» (2).

Первые печатные труды П.П.Заблоцкого-Десятовского явились, по мнению научной общественности, весомым вкладом «в описание этих местностей в естественно-историческом отношении»: в 1837 г. их автор был избран действительным членом Общества испытателей природы. И в дальнейшем П.П.Заблоцкий-Десятовский не переставал заниматься такими естественными науками как энтомология, ботаника, зоология, природоведение, совершая путешествия по России (в 1850 г. его избрали действительным членом Русского географического общества), собирая гербарии и коллекции насекомых: в 1856 г. он подарили медико-хирургической академии богатейшее собрание растений и насекомых из различных географических районов нашей страны. Однако главным в жизни молодого врача была, конечно, медицина. После возвращения из экспедиции он занялся в Московском университете научной работой и, защитив в 1838 г. диссертацию «De solpuga arachnoidea», стал доктором медицины.

В 1839 г. П.П.Заблоцкий-Десятовский отправился в научную командировку во Францию и в течение трех лет работал в лабораториях физиологии и общей патологии и в хирургических клиниках. В 1842 г. по возвращении в Россию он был избран адъюнкт-профессором кафедры теоретической хирургии Петербургской медико-хирургической академии, а через несколько месяцев стал ординатором знаменитого 2-го военно-сухопутного госпиталя, в котором находилась тогда основанная Н.И.Пироговым госпитальная хирургическая клиника, быстро ставшая одним из ведущих центров русской и мировой хирургии. «Служба моя при втором военно-сухопутном госпитале и посещение клиники профессора Пирогова, — писал П.П. Заблоцкий-Десятовский, — поставили меня в благоприятные условия для постоянных практических наблюдений» (3). Здесь, в клинике Пирогова, постигал он практическое мастерство хирурга, искусство тонкой диагностики и рационального, научно обоснованного лечения: нередко было так, что больных, которых курировал молодой хирург, оперировал сам Пирогов. Поскольку, как показывают факты, хирургическим мастерством П.П.Заблоцкий-Десятовский овладевал под непосредственным руководством Н.И.Пирогова, а в дальнейшем постоянно придерживался пироговских принципов в хирургии, развил его идеи, есть все основания считать его учеником великого русского хирурга.

Впоследствии, став профессором медико-хирургической академии, П.П.Заблоцкий-Десятовский нередко выполнял те или иные поручения вместе с Н.И.Пироговым: это подтверждают архивные документы. Так, 24 апреля 1848 г. для рассмотрения правил приема экзаменов на степень доктора медицины была создана комиссия из профессоров Н.И.Пирогова, П.А.Загорского и П.П.Заблоцкого-Десятовского (4). 8 апреля 1850 г. конференция академии решила «диссертацию на латинском языке выдержавшего экзамен на доктора медицины лекаря Воинова передать на рассмотрение Пирогову и Заблоцкому» (5).

К имени и делам своего современника и коллеги Н.И.Пирогова, которого П.П.Заблоцкий-Десятовский считал выдающимся хирургом и своим учителем, он всю жизнь относился с огромным уважением, цитировал его работы, часто ссылался на его клинический опыт, ставил в пример его операции.

В 1845 г. П.П.Заблоцкий-Десятовский стал экстраординарным профессором теоретической хирургии — как было сказано 22 марта 1845 г. на заседании конференции медико-хирургической академии, это звание ему было присвоено «в виде награды за отлично усердную службу и для большего еще поощрения на поприще служебном и ученом» (6). В 1852-1867 гг. он возглавлял эту кафедру, а в 1867-1869 гг., вплоть до выхода в отставку, руководил кафедрой хирургической академической клиники.

Профессор П.П.Заблоцкий-Десятовский быстро приобрел славу одного из лучших хирургов медико-хирургической академии. И отнюдь не случайно, как было сказано в решении конференции (ученого совета) академии, «во время командировки, болезни и отпуска гг.профессоров Пирогова, Дубовицкого, Рклицкого поручаемо ему (Заблоцкому-Десятовскому — М.М.) было начальством госпиталя и конференцией отправление должностнсти г.академика Пирогова по хирургическому отделению госпиталя, чтение лекций по теоретической хирургии вместо г.Дубовицкого, исправление должности г.Рклицкого в хирургической клинике и преподавание студентам оперативной хирургии» (7).

Интересно, что «для большего разнообразия клинического материала профессорам академии, по ходатайству Н.И.Пирогова, разрешено было принимать (на лечение в хирургические клиники — М.М.) и лиц гражданского ведомства, — вспоминал И.Г.Карпинский. — Кроме того, все случаи внезапного заболевания хирургическими болезнями, травматические повреждения на фабриках, находящихся в Выборгской части (район Петербурга — М.М.), должны были доставляться исключительно в хирургическую клинику. Это делалось не через официальную переписку, а по личной просьбе профессора (Заблоцкого-Десятовского — М.М.)... Благодаря такому образу действий клиника Павла Парфеновича имела более или менее живой и разнообразный материал» (8).

В 40-60 годы прошлого столетия, когда П.П.Заблоцкий-Десятовский преподавал хирургию в медико-хирургической академии, эта специальность, как уже указывалось, включала в себя многие, впоследствии выделившиеся из нее разделы — такие как урология, отоларингология, офтальмология, гинекология, анестезиология и др. Поэтому в силу своих служебных обязанностей профессор хирургии должен был хорошо знать вопросы диагностики и лечения многочисленных заболеваний, которые лечили тогда не только консервативными, но и оперативными методами.

П.П.Заблоцкий-Десятовский отлично ориентировался во многих вопросах теоретической и практической медицины. Это позволило ему в течение 6 лет — с 1846 по 1852 г. — преподавать еще и дисциплину, которая называлась тогда «судебная медицина, медицинская полиция и гигиена» и руководить соответствующей кафедрой медико-хирургической академии. Все эти годы он продолжал преподавать хирургию и заниматься хирургической практикой во 2-ом военно-сухопутном госпитале, а с 1858 г., став старшим ординатором этого госпиталя, он руководил здесь хирургической и сифилитической клиниками (курс сифилидологии он читал студентам

еще с начала 40-х годов). «Патологию хирургических болезней, или, как тогда называли, теоретическую хирургию читал П.П.Заблоцкий-Десятовский, — вспоминал учившийся в те годы в академии А.А.Синицын. — Он же читал учение о глазных болезнях, о сифилисе и о болезнях половых органов. Столь обширная и разнообразная программа, даже при тогдашнем состоянии науки, едва ли была по силам одному человеку» (8).

Хирургия — практическая и научная — была любимой специальностью, более того — основой деятельности П.П.Заблоцкого-Десятовского как врача и ученого. И к своей хирургической работе он относился чрезвычайно серьезно. Вот как в самом начале своей хирургической деятельности изложил он свое кредо хирурга: «Всегда и из всех способов операции должно избирать такой, который менее всех опасен для жизни больного, дает самую большую надежду на успех, причиняет наименее боли и страдания. Когда все три условия находятся удовлетворенными, то это большое счастье и для больного, и для хирурга» (9). Этим принципам, сформулированным еще в 1843 г., до появления обезболивания, а тем более антисептики и асептики, он свято следовал на протяжении всей своей жизни. «Больной для него был выше всего», — вспоминал его ученик И.Г.Карпинский (10).

П.П.Заблоцкий-Десятовский внес важный вклад в развитие отечественной хирургии. Так, он явился одним из основоположников отечественной анестезиологии. Как показывает хранящийся в архиве акт специальной комиссии из ведущих профессоров медико-хирургической академии, 27 декабря 1847 г. во 2-ом военно-сухопутном госпитале «произведены были профессором Заблоцким 5 операций с притуплением чувствительности посредством чистого хлороформа, приготовленного в фармацевтической лаборатории академии». В числе этих операций были ампутация бедра, три вмешательства по поводу фимоза и удаление кондилом заднего прохода. «Ни во время вдыхания хлороформа, ни по прекращении одного, — отмечается в акте, — не было никаких вредных последствий... больные остались совершенно довольными, будучи избавлены от тяжких страданий, неразлучных с операциями».

В заключение профессора академии писали, что «хлороформ производит усыпление скорее и приятнее, нежели эфир, и имеет то важное преимущество, что нет надобности в особенных аппаратах, а достаточно простое накапывание на платок, полотенце, губку и т.п.» Члены комиссии подчеркивали, что «хлороформ, при всем своем благодетельном действии во время операций, составляет чрезвычайно сильное средство, употребление коего может быть вверено единственно врачам... Употребление же хлороформа не врачами может повести к разным злоупотреблениям, чему, к несчастью, были за границею примеры относительно эфира...» (10). Акт подписали П.П.Пелехин, П.А.Дубовицкий, П.А.Загорский, И.В.Рклицкий, А.П.Нелюбин и др.

Метод обезболивания с помощью хлороформа, который в России впервые применил П.П.Заблоцкий-Десятовский, начали широко использовать отечественные хирурги. Преимущества этого вида обезболивания, доказанные, в частности, П.П.Заблоцким-Десятовским (быстрое действие, более мощный наркотический эффект, простота применения, отсутствие непосредственных осложнений и пр.) способствовали тому, что в те годы хлороформный наркоз почти везде вытеснил эфирный.

Важным вкладом в хирургию была монография П.П.Заблоцкого-Десятовского «Описание грыж» (1855). Несмотря на довольно большой опыт, накопленный в этом разделе хирургии, многое в диагностике и лечении этих заболеваний оставалось тогда неясным. Русский хирург, детально разобрав этиологию и патологическую анатомию грыж, основное внимание сосредоточил на их лечении. Говоря о паллиативном лечении, он подчеркивал: «Первое показание при грыже, когда она простая и без осложнений, есть введение грыжи в живот и удержание ее приличным бандажем». Радикальное лечение, считал он, «состоит в произведении заращения отверстия, пропустившего грыжу, или по крайней мере в произведении в этом отверстии достаточного сужения для воспрепятствования обратному выхождению внутренностей».

Однако подробно рассмотрев все применявшееся тогда способы радикального лечения грыж (он насчитал их 13), Заблоцкий-Десятовский не отдал предпочтения ни одному из них: «При настоящем состоянии науки, — писал он, — лучшее средство радикального излечения грыж составляет прижатие с помощью бандажа, соединенное в некоторых случаях с горизонтальным положением на спине и с употреблением местных вяжущих средств». Разбирая осложнения при грыжах, он особо остановился на опаснейшем из них — ущемлении: «Многие из больных с ущемленной грыжею, — отмечал хирург, — даже при пособии умирают, а без пособия почти всегда». В этих случаях он советовал применять как неоперативные средства («противовоспалительные кровопускания», теплые ванны, слабительные, клистиры и пр.), так и оперативные — вправление грыжи под хлороформным обезболиванием и грыжесечение: при этом главным он считал операцию грыжесечения и подробнейшим образом описывал эту операцию, а также послеоперационное лечение, подчеркивая значение покоя: «До заживления раны больной должен лежать спокойно, избегать сильных движений и кашля, дабы через рану не вышли опять внутренности» (11).

П.П.Заблоцкий-Десятовский описал в своей монографии все виды грыж, встречавшиеся в клинической практике, — паховые, бедренные, пупочные и др. Все рекомендовавшиеся им диагностические и дифференциально-диагностические приемы, а также способы лечения, он иллюстрировал примерами из собственной практики или из практики таких известных хирургов как Вельпо, Купер, Нелатон, Дюпюитрен, И.В.Рклицкий, В.А.Басов. Писал он и о таких новых тогда методах, как предложенное в 1854 г. Боденсом наружное применение льда для лечения ущемленной грыжи.

Практически важному вопросу была посвящена и работа П.П.Заблоцкого-Десятовского «Опухоли вен (varices) на нижних конечностях» (1843). Лечение варикозного расширения вен представляло тогда немало трудностей. В ходу были еще такие, например, варварские методы как оставшееся от средневековой хирургии прижигание раскаленным железом или едкими щелочами. Разобрав и отвергнув эти и другие способы, молодой хирург отдавал предпочтение сравнительно новому методу, разработанному Вельпо в 1833-1840 гг. и заключавшемуся в перевязке вен. «Радикальное лечение этой болезни, — подчеркивал он, — не иначе возможно, как только помощью операции. Конечно, она может остаться иногда без успеха, болезнь может возвратиться в той же степени; но зато, по всем известным

наблюдениям, гораздо чаще, в большей части случаев, операция перевязывания бывает успешна, болезнь излечивается радикально» (12).

П.П.Заблоцкий-Десятовский предложил ряд новых оперативных приемов и хирургических инструментов: пользовалась известностью, например, его операция при фимозе и сконструированный для нее специальный пинцет.

С самого начала своей врачебной деятельности П.П.Заблоцкий-Десятовский обращал особое внимание на тот раздел хирургии, который выделился впоследствии в самостоятельную медицинскую специальность — урологию. Одним из наиболее интересных и важных урологических трудов П.П.Заблоцкого-Десятовского была монография «Учение о болезнях яичка, семенного канатика и мошонки» (1848). В первой части он подробно рассмотрел заболевания яичка — пороки развития этого органа, травмы, воспаление, водянку, туберкулез и многие другие болезни. С исчерпывающей для того времени полнотой изложил он вопросы этиологии и патогенеза этих заболеваний, подчеркивая необходимость учитывать все это при диагностике и особенно при лечении. Он одинаково подробно останавливался и на консервативных, и на радикальных средствах, но преимущественно все же отдавал хирургическому лечению. «Некоторые утверждают, что болезнь эта (речь шла о водянке семенного канатика — М.М.) может быть излечена без операции, прижатием и употреблением местных разрешающих средств, — отмечал Заблоцкий-Десятовский и добавлял: — Если такие случаи и бывают, то они должны встречаться чрезвычайно редко». Такой же «хирургический» акцент звучал и в других его рекомендациях. В то же время он предупреждал врачей против излишней «ретивости», советовал, в частности, не злоупотреблять частым применением кастрации (например, при туберкулезном поражении яичка и некоторых других заболеваниях).

Рассматривая предлагавшиеся различными врачами методы лечения (большинство этих методов в монографии было изложено с завидной обстоятельностью, что подтверждало отличное знание автором зарубежной и отечественной медицинской литературы), русский хирург, невзирая на авторитеты и ранги, рекомендовал применять лишь те из них, в целесообразности которых он убедился на собственном опыте, либо сам наблюдал их эффективность в других клиниках. Высшим авторитетом был для него его учитель Н.И.Пирогов. Так, возражая против назначения больным при одной из форм орхита бальзамических средств внутрь, он писал: «В сифилитическом отделении 2-го военно-сухопутного госпиталя уже более 4 лет ни я, ни проф.Пирогов, никогда при лечении перелойного (гонорройного) воспаления не употребляли бальзамических средств и ограничивались лишь лечением самого воспаления яичка» (13).

Рекомендуя при лечении паренхиматозного воспаления яичка делать небольшой разрез белочной оболочки, он отмечал: «В 1845 году я видел в клинике профессора Пирогова случай, где с выгодою и с полным успехом этот ученый употребил у одного больного разрез белковой оболочки и где больной обязан был только этой операции сохранением своего яичка» (14). Касаясь оперативного лечения злокачественной опухоли этого органа и описывая различные способы «отнятия яичка», он отдавал безусловное предпочтение операции Пирогова, которая по его словам, «отличается... большей легкостью, скоростью и следовательно меньшей болью; перевязки

семенного канатика в массе здесь не делаются, а перевязывается только одна семенная артерия; рана здесь после операции меньше и может скорее зажить и даже первым (т.е. первичным — М.М.) натяжением» (15).

Продуманными и обоснованными были и рекомендации П.П.Заблоцкого-Десятovского по консервативному лечению. Так, в главе «Расстройство отправлений яичек и симпатические страдания их органов» он высказал мысль, что функциональные расстройства половой деятельности у мужчин связаны с деятельностью головного мозга. «Можно предположить, — писал он, — что в некоторых случаях это происходит от несовершенного или малого развития той части мозга, которая есть как бы вместе лище прокреативных способностей человека» (16). При этих заболеваниях он считал вредным назначение различных «похотных» средств (шпанские мушки, фосфор и др.), оправдывая их применение только при органических страданиях.

Монография П.П.Заблоцкого-Десятovского получила высокую оценку научной общественности. Профессора-хирурги П.А.Дубовицкий и И.В.Рклицкий писали, что этот труд «заключает в себе полное описание этого предмета как в историческом, так и в практическом отношении, и соответствует современному состоянию науки. Такого подробного изложения нет не только на русском языке, но и на иностранных, и оно будет полезно не только для учащихся академии, но и для практических врачей, и сделает истинную честь автору» (17). За эту монографию П.П.Заблоцкий-Десятovский был награжден высшей научной наградой того времени — демидовской премией Академии наук.

Труды П.П.Заблоцкого-Десятovского были посвящены различным проблемам современной ему хирургии. Так, в работе «О болезнях челюстной пазухи» (1851) — она была написана на основе лекций, которые он читал студентам 3 курса, — он описал ряд часто встречавшихся заболеваний гайморовой полости, — таких как раны, воспаление, свищи, нарыва, водянка, инородные тела и др. Он обращал внимание на этиологию и патогенез заболеваний, подчеркивал особую важность своевременного лечения воспаления (гайморита), которое вначале должно быть терапевтическое, а в случае неуспеха — хирургическое: вскрытие полости или «катетеризм» (катетеризация). Лечение водянки челюстной пазухи, указывал Заблоцкий-Десятovский, должно быть только хирургическое — прокол или вскрытие полости. Оперативные методы рекомендовал он применять и при полипах (опухолях) гайморовой полости: операция состояла из двух «моментов» — вскрытия пазухи и обнажения опухоли, а затем удаления опухоли вместе с частью кости. После удаления опухоли он считал полезным производить прижигания каленым железом — как он писал, «дабы вернее уничтожить корень опухоли».

Ярко выраженный научно-практический характер носила другая работа Заблоцкого-Десятovского — монография «О болезнях рта и соседних ему частей» (1856). Описывая заболевания губ, языка, десен, язычка, миндалевидных желез (миндалин), нижней челюсти и околоушной железы, он обращал внимание на то, что «в практике болезни этих органов встречаются очень часто, и хотя многие из этих болезней неважны и легко уступают самым простым средствам, но с другой стороны здесь встречаются и такие болезни, которые очень упорны или требуют хирургического пособия». Хирургическому лечению Заблоцкий-Десятovский придавал осо-

бое значение, детально рассматривая, например, операции при заячье губе, при опухолях нижней челюсти, хейлопластику (восстановление губ) и др. При этом он обращал внимание и на послеоперационное лечение. Так, после операции на нижней челюсти, советовал хирург, «должно содержать челюсть в совершенном покое, воздерживаться от глотания и плевания; жажду утолять и питать больного помошью промывательных из простой воды или из бульона» (18).

Заблоцкий-Десятовский отличался завидной эрудицией, хорошо знал сочинения зарубежных и русских хирургов. Разумеется, в основе его труда лежал собственный клинический опыт; однако он ссылался и на опыт других хирургов — французов Г.Д. Шолиака, Ж.Лисфранка и Г.Дюпюитре-на, англичанина Э.Купера, немца И.Вальтера, русских хирургов И.Ф. Буша, В.А.Басова, Н.Ф.Арендта.

Монография «О болезнях рта и соседних ему частей» была одним из первых отечественных трудов по стоматологии. Заблоцкий-Десятовский предполагал расширить ее: «Впоследствии, — писал он, — я постараюсь представить еще описание болезней зубов, щек, слюнных желез, небной занавески и пр., и таким образом практики могут иметь полную монографию болезней рта и соседних с ним частей». К сожалению, это намерение он не осуществил.

В монографии «О болезнях носа и носовых полостей» (1857) Заблоцкий-Десятовский подробно разобрал травмы и «безобразия» носа и различные заболевания носовой полости. Его рекомендации по лечению часто встречавшихся тогда травм носа базировались на большом опыте и были весьма осторожными. Так, при переломах носа он советовал прежде всего предупреждать или уменьшать воспалительные явления при помощи «кровопусканий и разрешающих мягчительных прикладываний на большую часть; если смещения отломков нет, то нечего делать», а при смещении следует «вправить перелом и в случае нужды удержать вправление». Характерно, что Заблоцкий-Десятовский подробно описывал не только хирургические, но и терапевтические методы лечения, причем подчеркивал важность общей, а не только местной терапии. Лечение при сифилитических и золотоушных туберкулезных язвах носа, писал он, должно быть общее — ртуть и иодистый калий при одних и улучшение питания и применение различных паст и мазей при других. В монографии рассматривались также раковые язвы носа, инородные тела носовой полости, полипы носа и носоглотки, другие заболевания. Говоря о лечении озены, он указывал, что «необходимо местному лечению воспомоществовать общим лечением, соответствующим телосложению субъекта, равносильными ревульсивными средствами, каковы слабительные, шпанские мушки или заволока на затылке». Полипам носа и носоглотки он уделял особенно большое внимание: подробно описывал их диагностику и дифференциальную диагностику, детально рассматривал способы лечения, причем признавал только хирургические методы.

Эти труды П.П.Заблоцкого-Десятовского свидетельствуют о том, что их автора с полным правом можно считать одним из тех русских хирургов, которые много занимались отоларингологией и стоматологией и заложили основу для развития этих отраслей медицины в нашей стране.

В 1842 г. П.П.Заблоцкий-Десятовский первым начал читать в Петербургской медико-хирургической академии самостоятельный курс сифили-

дологии (сочиная это с интенсивными занятиями хирургией и урологией). В 1857 г. он опубликовал «Руководство к изучению и лечению сифилитических болезней», в котором изложил вопросы диагностики, терапии и профилактики этого трудноизлечимого в то время заболевания.

Он подробно, с энциклопедической полнотой, описал первичные формы сифилиса и их осложнения, вторичные формы, третичный сифилис и его тяжелые последствия — нередко встречавшиеся тогда поражения внутренних органов, так называемую сифилитическую кахексию и др. В «Руководстве» содержались ценные рекомендации для врачей — например, об отказе от стандартных методов терапии и индивидуализации общего лечения в зависимости от возраста и пола больных.

Этот труд получил высокую оценку. Вот, например, что писали о нем профессора П.Ю.Неммерт и И.В.Рклицкий: «Это сочинение заслуживает особого внимания по полноте и ясности изложения и по богатству практических познаний самого автора и критическому разбору некоторых нововведений в лечении сифилитических болезней. Сочинение это настолько составляет прекрасное руководство для учащихся, что должно быть настольной книгою всякого практического врача» (19). Этот труд также был отмечен демидовской премией Академии наук.

П.П.Заблоцкий-Десятовский был разносторонне образованным ученым. Широк был и круг его научных интересов. Так, он проводил эксперименты по лечению эпителиального рака под кожным впрыскиванием уксусной кислоты, интересовался возможностью использования в клинике метода насильтвенного расширения уретры специальным расширителем, исследовал возможность лечения язв с помощью «обдувания», доказывал нецелесообразность лечебного применения оспопрививания при сифилисе.

Столкнувшись с фактом токсического действия бихромата калия, который предлагалось тогда применять для лечения сифилиса, П.П.Заблоцкий-Десятовский на основании собственного клинического опыта не рекомендовал использовать этот препарат: тем самым он одним из первых выступил за проведение токсикологического исследования новых лекарств. Интересно, что к такому же выводу о высокой токсичности бихромата калия при лечении сифилиса пришел и Н.И.Пирогов.

П.П.Заблоцкому-Десятовскому принадлежат интересные труды по истории медицины. Так, в «Руководстве к изучению и лечению сифилитических болезней» (1857) он приводит подробные данные о распространении венерических болезней в древности и в средние века в странах Европы и Азии. В статье «Взгляд на историю хирургии» (1844) он отмечал, что изучение истории этой науки представляет громадную трудность, так как приходится изучать в одно и то же время и историю «людей, книг, учреждений, и историю учений». Это громадный труд, если принять во внимание, что для отыскания источников надо знать языки и «знать дух народов». Он подробно разобрал и обоснованно критиковал сочинения Галлера, Д.Леклерка и Ж.Шульца: «Они собрали факты, — писал он, — но не оживотворили их идеей, не пролили на них света мысли»: в их трудах не было дано последовательной истории медицины и хирургии. «Всякая история, которая не дает ясного понятия о прошедшем, бесполезна и не достигает своей цели, — писал он; — а уразумение прошедшего только тогда бывает полным, когда оно способствует к уразумению настоящего, и до некоторой степени позволяет предвидеть и направлять будущее» (20). Под

этими словами и сегодня подпишется каждый историк науки. Чрезвычайно современно звучит и другая его мысль об изучении истории хирургии: «Если историк должен изучить причины успехов и неудач в каждой предшествовавшей эпохе, то без сомнения на нем будет лежать еще большая обязанность показать их в эпохе настоящей» (21).

Большой интерес представляет статья П.П.Заблоцкого-Десятovского «Очерк истории патологической анатомии» (1844). Написанная ярким, образным языком, статья содержит чрезвычайно поучительный, хотя и несколько односторонний, взгляд на развитие общепатологических идей и систем в медицине. «История наук имеет чрезвычайную важность для ума человеческого: она есть зерцало удивительных успехов и беспрестанных недоумений мысли, — писал он... При составлении этого беглого очерка... мы хотели показать... дух трудов, явившихся доселе, и направление, которое патологическая анатомия давала изучению медицины вообще» (22).

П.П.Заблоцкий-Десятovский много занимался просветительской деятельностью. «С постепенным развитием разумного взгляда на жизнь человека, — писал он, — делается более и более ощутительной потребность в сведениях о тех условиях, от которых зависят два существенные блага ее — здоровье и возможная продолжительность. Естественно, что рядом с этой потребностью в наше время возникла целая литература так называемых популярных или общенародных медицинских и гигиенических сочинений» (23). Весомый вклад в эту литературу внес в те годы П.П.Заблоцкий-Десятovский. В 50-х годах XIX века в выходившей тогда «Землемельческой газете» и газете «Друг здравия» был опубликован целый ряд его популярных, или, как сказали бы мы сейчас, санитарно-просветительных статей, посвященных различным вопросам гигиены, диететики, «домашней медицины». Чрезвычайно интересно были написаны им такие статьи как «Гигиенические афоризмы об одежде» (1851) и «Гигиенические афоризмы об опрятности» (1851), «О влиянии климата на здоровье человека» (1851), «О сохранении зубов в здоровом состоянии» (1855), «Наставление, как помогать во внезапных случаях, угрожающих жизни» (1867) и некоторые другие. В этих популярных статьях он выступал за здоровый образ жизни, за соблюдение правил личной гигиены и санитарии, подчеркивая в то же время первостепенную важность общегигиенических мер. «В стране сырой (т.е. в болотистой местности — М.М.) лучше заботиться об осушении местности, нежели надеяться на одни тягостные меры гигиенические, — писал он. — Осушение всякой страны составляет обыкновенно заботливость правительства. Выполнение этой меры может принести наибольшие благодеяния для народа» (24).

Видный русский хирург и ученый, П.П.Заблоцкий-Десятovский пользовался большим авторитетом среди врачей. Не случайно в 1882 г. при создании в Петербурге Хирургического общества Пирогова он стал первым председателем этого авторитетного научно-практического объединения русских хирургов.

Об этом следует, пожалуй, сказать несколько подробнее, поскольку бытуют разные версии создания этого общества. П.П.Заблоцкому-Десятovскому принадлежит важнейшая роль в организации Хирургического общества Пирогова. «Январь 1881 года... — вспоминал петербургский хирург, близкий приятель Пирогова и Заблоцкого-Десятovского, А.Л.Эберман. — Академик Павел Парфенович Заблоцкий-Десятovский был тогда уже серь-

еезно болен... В вечерние беседы с ним мы часто говоривали об уважаемом нами Н.Ив.(Пирогове — М.М.), о предстоящем его юбилее, о душевном нашем желании выразить ему не только словом, но и делом, наше к нему уважение... Во время вечернего моего посещения Павла Парфеновича сообщил я ему давно уже таявшуюся мысль об устройстве хирургического общества в Петербурге... в память Н.Ив.Пирогова. С той самой минуты Пав.Парфен., с жаром ухватившись за эту мысль, не давал мне покоя до тех пор, пока я не принес ему черновой, мною составленный, устав Общества. Собственноручные заметки Павла Парфеновича и теперь еще красуются на написанном моему рукою проекте устава. Проф.Заблоцкий сообщил о нашем предприятии в Медицинском совете... Мая 12 дня, т.е. ровно за 12 дней до празднования юбилея Н.Ив.Пирогова в Москве, собрались... учредители общества (в числе учредителей были ученик Пирогова проф.В.А.Караваев и его близкий друг А.Л.Обермиллер, известный терапевт Н.Ф.Здекауэр и профессор-хирург из Москвы Н.В.Склифосовский, ряд других видных ученых-медиков и врачей — М.М.) для окончательного обсуждения устава, который и поручено было при прошении, за подписью проф. Заблоцкого и моему, передать в Медицинский совет» (25).

При создании хирургического общества Пирогова П.П.Заблоцкий-Десятовский, как уже говорилось, был единогласно избран его первым председателем. К сожалению, он так и не приступил к своим новым обязанностям: летом 1882 г. П.П.Заблоцкий-Десятовский умер.

Жизнь и научная деятельность ученика Пирогова П.П.Заблоцкого-Десятовского представляют собой высокий пример служения отечественной медицине и хирургии.

XII. ШЕРЕМЕТЕВСКАЯ БОЛЬНИЦА (XIX в.)

XIX век — время интенсивного развития клинической медицины в передовых странах Европы, в том числе в России. При этом важную роль в прогрессе медицинской науки и практики играли не только общепризнанные научные центры — университеты и академии, но и крупные (по тем временам) больницы, функционировавшие в больших городах. Это наглядно доказывает история больницы при Странноприимном доме графа Н.П.Шереметева в Москве.

1. Странноприимный дом

Странноприимный дом был основан в 1792 г. Позднее, в 1803 г., граф Шереметев обратился к императору Александру I с просьбой одобрить и утвердить его решение об учреждении в Москве Странноприимного дома: он просил «для благонадежной состоятельности учреждаемого им Странноприимного дома Его Высокомонаршаго покровительства и конfirmации тех средств, которые могут охранить навечно благоустройство и целость сего дома, посвящаемого на общую пользу» (1).

Как только стало известно об этом великодушном поступке графа Шереметева, знаменитый русский поэт Г.Р.Державин посвятил ему в своей оде «К Спопихину» такие поэтические строки:

«О, если Шереметев к дням
Своим еще прибавил веку,
То не по тем своим пирам,
Что были дивом человеку...
Но тем обрел он всех любовь,
Что бедным дал, больным покров
Сии щедроты в род и род,
Как солнечны лучи, не умрут...»

Основанный в 1792 г. и начавший действовать в 1810 г., Странноприимный дом представлял собою уникальное учреждение. В Странноприимном доме, по предложению графа Шереметева, должны были содержаться на его иждивении «богадельня для ста человек обоего пола всякого звания неимущих иувечных и больница на пятьдесят человек для безденежного лечения всякого состояния бедных». В сущности, это было единое учреждение: сочетание больницы и богадельни вообще весьма рационально, а тогда открывало возможности для пролонгированного лечения неимущих больных, своеобразной постклинической реабилитации, в особенности страдавших хроническими заболеваниями.

Первоначально в больнице работали три врача — старший (главный) доктор Я.В.Кир (он жил здесь же, при больнице) и ординаторы штаб-лекарь И.И.Крылов и лекарь А.В.Рикман. Примерно таким же был тогда, в первое-второе десятилетия XIX века, врачебный состав и других московских больниц — Павловской, Голицынской, Мариинской, чуть больше — Екатерининской.

В Шереметевскую больницу принимали всяких больных, бедных и беспомощных, если только не была потеряна надежда к их исцелению. Первые больные поступили сюда в июле 1810 г. — по поводу раны ноги, в связи с расслаблением от приключившегося паралича, по поводу лихорадки. В первые годы существования больницы наиболее часто врачи регистрировали такие диагнозы, как водянка в груди от приключившегося антонова огня, горячка беспрерывная, горячка с местным воспалением, чахотка, ломота, цинга, сухотка, понос и др.

Таким образом, преобладали больные терапевтического профиля (за исключением 1812 г., когда Шереметевская больница, по существу, стала госпиталем для раненых офицеров и солдат — русских и французов).

В 1821 г., как свидетельствуют архивные документы, здесь лечилось 613 больных, из них выздоровело 422, получили облегчение и выписаны 86, умерло 58 (2). Следовательно, летальность составляла 0,46%, что было ниже, чем в других больницах Москвы.

С самого начала клиническая работа врачей была поставлена на научные основы. Им предписано было вести «непременно и безоговорочно» историю болезни — штаб-лекарю в женском, а лекарю — в мужском отделении, и еженедельно предъявлять их в Совет Странноприимного дома. Дежурный врач (а эта должность была введена в первые же месяцы), как отмечали современники, «по очереди целые сутки безотлучно бывает и единственно своей должностю занимается». Более того, после обхода больных дежурный врач должен был являться в определенные часы в «советную камеру» и словесно извещать старшего доктора о «благосостоянии» больницы, о здоровье больных, которых первое время принимали сюда безотказно.

Однако уже вскоре подобная «безотказность» врачей привела к тому, что контингент больных стал чрезвычайно тяжелым: сюда стали брать и неизлечимых больных, которых неохотно принимали в другие больницы. Значительно возросла смертность: от тифа, например, умирало 21%, а от чахотки — 37%. Очень многое оказалось здесь «продолжительно страждущих» (страдавших хроническими заболеваниями). Понятно, что из-за этого нередко сама больница превращалась в богадельню и врачи не могли нормально работать.

Решено было выработать свои, для Шереметевской больницы, правила приема больных. После многократных исправлений удалось сформулировать своеобразные медицинские показания для лечения в больнице.

Принимать сюда следовало, прежде всего, наиболее тяжелых больных с острыми заболеваниями, или тех, которым требовалась операция; если же оставались свободные места, то принимали и с более легкими острыми недугами, а если свободных мест было много, то брали и хронических больных, «доступных для лечения» или хотя бы для облегчения их состояния. Не лишались возможности лечиться в больнице и неизлечимые больные, которые были «уже близки к смерти». Однако, как правило, не

принимались больные, страдавшие «заразительными» заболеваниями, хотя если они все-таки попадали сюда, (например, с другими диагнозами), то, конечно же, оставались здесь для лечения. «Бедный человек всякого звания (свободного состояния, т.е. не крепостной) принимается для лечения, — писал в 1859 г. А.Т.Тарасенков. — Тут иногда встречаются в одно время: монах, священник, солдат, мещанин, француз, немец, татарин, еврей, араб и проч.» (3).

Такой разнообразный контингент больных обусловил необходимость определенной специализации врачебной помощи. Если хирургические операции, например, в первые годы производили все три врача (больше других — штаб-лекарь И.И.Крылов), то уже с 1815 г. в больнице появляется специалист-оператор. Сначала это был медико-хирург К.А.Делоне — в прошлом французский врач, взятый в плен в 1812 г., а затем оставшийся в России, принявший русское подданство и выдержавший экзамен на лекаря, что дало ему право врачебной практики. Через несколько лет его сменил пришедший работать в больницу по приглашению старшего доктора Я.В.Кира доктор А.А.Альфонский, известный московский хирург, ученик Ф.А.Гильтебрандта, впоследствии — профессор хирургии и ректор Московского университета. Было куплено два ящика новейших хирургических инструментов, оборудован хирургический кабинет (прообраз операционной). Диапозон оперативных вмешательств постоянно расширялся.

Становлению Шереметевской больницы, повышению качества врачебной помощи во многом способствовал старший (главный) доктор больницы, доктор медицины Я.В.Кир. Он родился в Шотландии, в семье врача лондонского госпиталя св.Фомы. Медицинское образование и степень доктора медицины получил в Англии. В 1802 г. приехал в Россию и в Петербурге, в Медицинской коллегии, выдержал экзамен на право заниматься медицинской практикой и именоваться доктором медицины. С 1806 г. (и до 1838 г.) — старший (главный) доктор Странноприимного дома графа Шереметева в Москве.

Я.В.Кир составил руководство для врачей и обслуживающего персонала, где предусмотрел, в частности, перевод неизлечимо больных в богадельню и обязательное вскрытие умерших. Ему принадлежат также правила поведения для больных. Он определил, каким должно быть питание больных, и утвердил четыре вида порций (по современному — четыре лечебных стола). Он продумал, каким должен быть санитарный порядок в больнице — настоял на необходимости вентиляции, устройства штор на окна, обязательных ванн и бани (топить три раза в неделю), запрета курения. Я.В.Кир, будучи образованным клиницистом, немало сделал и для повышения качества диагностики и лечения.

2. Обучение студентов

Шереметевская больница становилась одной из лучших в Москве. И отнюдь не случайно в 1817 г. Московское отделение медико-хирургической академии обратилось к императору Александру I с просьбой дать высочайшее соизволение, чтобы студенты «для усовершенствования опытами науки посещали больных, находящихся в Странноприимном доме». Такое соизволение было дано: Шереметевская больница стала клинической базой,

а старший доктор Я.В.Кир был утвержден профессором Московского отделения медико-хирургической академии по одной из ведущих кафедр — кафедре патологии, терапии и клиники (4).

Вскоре больница стала клинической базой медицинского факультета Московского университета. С 1835 г. сюда направлялись окончившие курс учения и выдержавшие теоретические экзамены на степень лекаря. Здесь студенты (интересно, что среди них был будущий профессор А.И.Овер) в течение трех месяцев занимались медицинской практикой под руководством опытных специалистов больницы: в заключение им выдавались «удостоверения в их практических способностях».

В повышении научного уровня Шереметевской больницы немалая заслуга принадлежит доктору медицины Б.К.Мильгаузену (1781-1853). В 1803 г. он окончил Петербургскую медико-хирургическую академию. С 1808 г. — профессор Московского отделения медико-хирургической академии: первоначально занимался и медициной, и ветеринарией, но с 1817 г., став лекарем Шереметевской больницы, сосредоточился на медицине: с 1822 г. — доктор медицины. Б.К.Мильгаузен проработал в больнице 35 лет — сначала лекарем, потом штаб-лекарем, а затем в течение 13 лет — главным доктором больницы. Одновременно Б.К.Мильгаузен продолжал оставаться профессором Медико-хирургической академии.

Определенную роль в совершенствовании клинической медицины и хирургии сыграл П.Н.Кильдюшевский (1799-1858). В 1824 г. он окончил Московское отделение медико-хирургической академии и был оставлен при ней преподавателем. В 1826 г. стал доктором медицины и акушером, а в 1827 г. — оператором Шереметевской больницы. Одновременно в 1829 г. он занял место профессора Повивального института московского воспитательного дома. С 1841 г. — академик.

Много сил потратил Кильдюшевский на борьбу с холерой. Еще в 1819 г. он был послан в Саратов и Хвалынск для борьбы с холерной эпидемией: находясь в этой командировке, он написал руководство для врачей по клинике и терапии холеры. В 1830-31 гг. он участвовал в борьбе с холерой в Туле и в Вологде. Делился своим опытом Кильдюшевский и с врачами Пруссии — там были изданы его научные труды и популярные книги о холере.

В Москве, кроме преподавания в медико-хирургической академии, где он возглавлял кафедру анатомии и физиологии, Кильдюшевский много занимался клинической медициной, производил различные акушерские, гинекологические и хирургические операции. В 1833 г. опубликовал работу об эпидемической катаральной лихорадке. В 1834 г. «за многие операции, давшие ему большую известность в ученых кругах Москвы», он был удостоен Медицинским советом (по представлению медико-хирургической академии) степени доктора хирургии. П.Н.Кильдюшевский почти двадцать пять лет был оператором, а затем в течение семи лет — главным доктором Шереметевской больницы.

С полным правом можно утверждать, что уже тогда Шереметевская больница стала одним из признанных центров клинической медицины России. Здесь нередко бывали (на консультациях, консилиумах, операциях) известные русские ученые-медики, такие, например, как профессор В.А.Басов, а впоследствии — В.Ф.Снегирев, А.А.Бобров, А.П.Губарев. Сохранились свидетельства, что в Шереметевской больнице не раз бывал даже сам

Н.И.Пирогов. Так, в 40-х годах он, в ту пору уже известный хирург, бывая в Москве, консультировал больных в Шереметевской больнице (5).

Однако в начале 50-х годов высокий уровень клинической медицины в больнице стал снижаться. Это касалось, например, лечения внутренних болезней — при этом все еще применялись многочисленные лекарства, весьма сложные и почти у каждого больного, каким бы заболеванием он не страдал, противовоспалительные.

Заметно снизился и клинический уровень врачей больницы. Так, ординатор А.И.Шеффер (который служил еще и в фельдшерской школе) проводил в больнице не более получаса в день и, конечно, больными не занимался. Другой лекарь, А.Ф.Куртенер, назначал больным лекарства в огромных дозах, а скорбные листы не заполнял, говоря, что «писание историй болезни он находит не нужным и бесполезным»: в то же время в приемном покое он занимался частным приемом.

Несмотря на начавшийся в те годы прогресс хирургии, связанный с появлением обезболивания, хирургическая деятельность в больнице стала менее активной, диапазон операций сократился, методы обезболивания, по-видимому, не применялись — во всяком случае никаких указаний на это ни в литературе, ни в архивных документах тех лет найти мне не удалось. Не все было в порядке и с таким важнейшим элементом клинической медицинской практики как вскрытие умерших.

Хотя еще при основании больницы первый главный доктор Я.В.Кир настаивал на необходимости вскрытий тел умерших, все же вскрытия в течение первых десятилетий проводились, по-видимому, не систематически. Стремление нового главного доктора А.Т.Тарасенкова ввести регулярное патологоанатомическое исследование трупов умерших натолкнулось (1861) на резкое противодействие Совета Странноприимного дома (в его состав входили главный смотритель, три его помощника, священник и главный доктор): члены Совета считали, что в благотворительном заведении допустимы лишь судебно-медицинские вскрытия трупов.

Правда, как свидетельствуют архивные документы, потом врачам все же разрешили вскрывать трупы умерших в больнице не только в судебно-медицинских целях (6). Однако лишь в 1865 г., благодаря вмешательству попечителя графа Д.Н.Шереметева, поддержавшему усилия главного доктора Тарасенкова, вскрытия были, наконец, узаконены.

Для восстановления авторитета Шереметевской больницы как ведущего медицинского учреждения очень многое сделал главный доктор А.Т.Тарасенков (1816-1873). В 1838 г. он окончил Московский университет и работал врачом в больнице для чернорабочих и других московских больницах, был лечащим врачом великого русского писателя Н.В.Гоголя.

А.Т.Тарасенков был разносторонним, знающим клиницистом, почетным членом Физико-медицинского общества при Московском университете, автором ряда научных трудов (об энцефалитах и арахноидитах, о паховых грыжах, о перемежающихся лихорадках, о ревматизме, о слоновости, о трахеотомии и др.). В 1858 г. он стал главным доктором Шереметевской больницы и проработал на этой должности 15 лет. Он ввел в практику много новшеств, поставил всю деятельность больницы на научную основу, стремился внедрить различные новые методы диагностики и лечения — как терапевтические, так и хирургические.

В больнице были устроены палаты (боксы) для одного-двух больных, которых по медицинским показаниям следовало отделять от других. Оборудовали две операционные палаты — вверху (в женском) и внизу (в мужском) отделении. Приобрели необходимые инструменты для различных операций, а также анатомические столы, носилки и пр.

Немало было сделано для улучшения больничного питания. В рационе больных постоянно была говядина, каши из гречки, риса или манной крупы, капуста, сливочное масло, хлеб ржаной, пеклеванный или пшеничный. По назначению врачей больные получали диетическое питание — курицу, телятину, уху из свежей рыбы, молоко, яйца, саго, яблоки, чернослив и все, что врачи считали полезным и необходимым.

Именно в это время в больнице вошли в практику регулярные конференции врачей. «Для обсуждения общих и более важных мер врачи по временам собираются вместе... В этих беседах передается о замечательных болезненных случаях, о способах лечения, о выборе лекарств, о лучших способах их употребления, приемах и т.д. Мы, — считал А.Т. Тарасенков, — находим такие беседы весьма полезными и практическими: они уясняют многое, что в ежедневных срочных занятиях не может быть удобно и успешно обсуждено» (7).

Чрезвычайно существенным было то, что врачи больницы могли пользоваться — и пользовались — новейшими лекарствами и минеральными водами, в т.ч. дорогими лекарственными средствами — в отличие, кстати, от казенных (государственных) больниц, где в день на лекарства отпускали известное число копеек, превышать которое считалось невозможным.

Деятельность А.Т. Тарасенкова как главного доктора получила высокую оценку медицинской общественности. «...Теперь, после двухгодового служения Алексея Терентьевича Тарасенкова при Странноприимном доме, я могу еще с большою уверенностью свидетельствовать, что выбор этот как нельзя более благоприятен, — писал в 1861 г. проф. А.И. Овер попечителю графу Д.Н. Шереметеву. — Его неусыпными стараниями в больнице многое исправлено и приведено в должный порядок. Чистота его намерений, правдивость и необычайное усердие известны не только мне...» (8).

3. Как лечили в больнице

В первые десятилетия среди больных, лечившихся в Шереметевской больнице, чаще всего встречались тяжелые горячки (тифозные заболевания), затем легкие горячки (простудные, гастрические, катаральные), перемежающиеся лихорадки, ревматизм и ломота, воспаление внутренних органов и хронические страдания в них, а также чахотка и сухотка. Очень много было «заразительных» болезней (склератина, корь, оспа, брюшной, сыпной и возвратный тифы и пр.).

Следует, впрочем, оговориться, что регистрировавшиеся врачами эпидемиологические формы болезней иногда были довольно расплывчатыми. Вот конкретный пример. «Под именем тифа до сих пор не все врачи понимают одно и то же болезненное состояние, — писал в 1858 г. проф. А.И. Овер. — Одни называют тифом только ту форму, где все характеристические явления выражены явственно и болезнь имеет определенное течение, другие

же появление некоторых тифозных явлений считают достаточным для названия болезни тифом или тифозною горячкой» (9).

Как же лечили тогда врачи Шереметевской больницы? Анализ показывает, что если, например, в 50-е годы при тифах — самой частой болезни — лечение обычно применялось «сильно противовоспалительное» и с этой целью назначались кровопускания и такие лекарства, как, например, каломель, то уже в 60-е годы, когда главным доктором стал А.Т. Тарасенков, лечение тифов стало, как правило, выжидательным — к сильно-действующим средствам прибегали весьма редко. Врачи по большей части прописывали кислоты (в небольших приемах), обтирания уксусом, примочки, клистиры, слизистые и маслянистые средства; хину; при упадке сил давали возбуждающие, вино, кофе, питательные средства (молоко, бульон, сырье яйца).

Характерная деталь: в то же время в Полицейской больнице, как явствует из обзора состояния московских больниц гражданского ведомства за 1858 г., при лечении тифа нередко применялись кровопускания, в больнице для чернорабочих — лечение холодной водой, в тюремных больницах (тюремного замка и пересыльного замка) — преимущественно противовоспалительные средства, а в гомеопатической больнице, кроме гомеопатических средств, назначали (не только при лечении тифа, но и всех других болезней) одни лишь клистиры из воды с маслом, трение теплым маслом, холодные примочки и теплые припарки. Неудивительно, что, как отмечал А.И. Овер, «в Шереметевской смертность гораздо менее, нежели во всех» (10), т.е. в других московских больницах.

В начале 60-х годов в Шереметевской больнице хотя и не было еще отдельной лаборатории, но уже начали делать регулярные анализы мочи, по-видимому, с микроскопией осадка. Самостоятельная лаборатория была открыта в 1882 г. — здесь начали производить клинические, а с 1897 г. — и бактериологические анализы.

Изменилась и хирургия в больнице. Прежде всего, увеличилось число операций. Если в 1810-20 гг. было произведено лишь 16 больших операций, в 1820-30 гг. — 78, в 1830-40 гг. — 107, в 1840-50 гг. — 115, то в 1850-60 гг. — 164, а в 1860-70 гг. — 188. Таким образом, в последние десятилетия ежегодно производилось от 10 до 20 больших операций (11). Сюда входили камнeseчение, вырезание опухолей, отнятие больших членов (ампутации) и перевязка артерий при аневризмах. Что касается вырезания незначительных опухолей, полипов, извлечения посторонних тел и вправления вывихов, то они нередко производились и в амбулаторном отделении.

В 50-60 гг. диапазон операций существенно расширился: работавшие тогда операторами А.Ф. Редлих и Ф.Е. Гааг начали делать трахеотомии, резекции костей, прободение живота (парацентез), оперировать при водянке яичка, фистулах, атрезиях и др. Производились и глазные операции. Больше всего было «вырезывания опухолей» (добропачественных и злокачественных) и других «пластиических операций», а также камнeseчений, ампутаций и экзартикуляций. В 1867 г. оператор Ф.Е. Гааг, приват-доцент университета, и замещавший его И.Н. Новацкий, впоследствии — профессор-хирург университета, стали производить резекции костей и нижней челюсти, верхней челюсти, стопы, а также грыжесечения, трахеотомию (60-70 гг. — 2), перевязку артерий (лучевой). В 1867-69 гг.

они производили до 30 операций в год. Оперировали с обезболиванием: из отчета больницы за 1869 г. известно, что хлороформом тогда уже пользовались.

Следует подчеркнуть, что в Шереметевской больнице оперировали больше, чем в других московских больницах. Так, в 1868 г. здесь было оперировано 2% всех больных или 1 из 47. В то же время, как удалось установить, во всех других московских больницах гражданского ведомства в совокупности (кроме глазной) оперировался 1 из 123 — только в Екатерининской больше, 1 из 20 (там помещались клиники университета), а в Градской — 1 из 137, в Чернорабочей — 1 из 163 и т.п. Правда, смертность после операций в Шереметевской больнице была большой — в 1860-70 гг. она составляла 16% (а в 1865 г. доходила даже до 50%). Но в других московских больницах она была тогда тоже высокой: в Екатерининской — 19%, в Градской — 16%, в Чернорабочей — 14% (12).

Что же касается общей смертности в Шереметевской больнице, то за 60 лет (1810-1870) она составила около 11%; примерно такою же она была за это время и в других больницах Москвы — Градской, Екатерининской, Павловской и др., а также в больницах Парижа.

В общем, Шереметевская больница вновь стала, как мы говорим сейчас, передовой, заслуженно считалась тогда в Москве одной из лучших: по ее клиническому уровню во многом равнялись другие больницы. «Больница Странноприимного дома графа Шереметева может быть причислена к числу наилучших больничных учреждений и даже превосходит во многом другие заведения, — отмечал в 1859 г. доктор медицины и хирургии, профессор медико-хирургической академии и Московского университета А.И.Овер, назначенный еще в 1850 г. медицинским инспектором московских больниц гражданского ведомства. — Недаром Шереметевская больница пользуется доверенностью в публике... Всякий считает за благополучие в ней лечиться, к какому бы он званию ни принадлежал, какой бы важный чин не имел... Слава Шереметевской больницы вероятно не ограничивается Москвою; иногородние, имеющие кратковременное пребывание в Москве, и даже иностранцы знают о существовании этой больницы и, заболев, прямо обращаются к ней за пособием» (13).

Как показывают архивные документы, в больнице продолжали преобладать больные терапевтического профиля. Так, в 1878 г. страдавших воспалением легких здесь было 12,94%, ревматизмом — 11,76%, возвратным тифом — 8,82%, тифом и тифозными горячками, а также брюшным тифом — 8,23% (14).

4. На научных началах

В деятельности клиницистов Шереметевской больницы в конце XIX — начале XX века особенно наглядно проявляется научное начало. Этому способствовали укрепившиеся контакты с медицинским факультетом Московского университета. С 1884 г., после введения нового университетского устава, разрешавшего использовать для преподавания не только университетские клиники, Шереметевская больница становится постоянной клинической базой Московского университета. Здесь студенты изучали

ли общую терапию (проф. В.Д.Шервинский), гинекологию (приват-доценты С.С.Заяницкий и Н.Н.Савинов), хирургическую патологию (приват-доцент С.Н.Доброхотов), общую хирургию (проф. С.Е.Березовский), внутренние болезни (приват-доцент А.Н.Ланговой), амбулаторную хирургию (приват-доцент И.Дэирне).

Важный вклад в совершенствование клинической деятельности внесли главные врачи А.К.Пфель, руководивший больницей с 1873 по 1879 гг., и особенно С.М.Клейнер (1852-?). В 1873 г. С.М.Клейнер окончил Московский университет, работал в Московской временной городской больнице, а с 1877 г. — в Шереметевской больнице: с санитарным отрядом этой больницы участвовал в русско-турецкой войне 1877-1978 гг. Возглавляя больницу (главным врачом он был с 1880 по 1914 гг.), он многое сделал для того, чтобы повысить вновь снизившийся научный уровень клинической медицины в больнице — и это ему удалось, в особенности в деле использования новых методов лечения терапевтических и хирургических болезней. Немало пришлось потрудиться ему с внедрением методов антисептики, а затем асептики: были устроены и оборудованы новые операционная и перевязочная.

В 1882-83 гг. больница была коренным образом перестроена. Значительно возрос ее научно-клинический уровень. Так, в соответствии с достижениями фармакологии и физиологии в терапевтической практике больницы произошла (в конце 70 — начале 80 гг.) почти полная замена старых лекарств (травы, сложные рецепты) новыми (алкалоиды, синтетические вещества и др.). Стали широко применяться физические методы лечения (электризация, водолечение и другие методы физиотерапии, массаж). Использовались новые методы диагностики, что потребовало устройства лаборатории для клинических и микроскопических анализов.

Значительно увеличилось число и диапазон хирургических операций. Если в 1870-1880 гг. их было всего около 30 в год, то в 1881-1891 гг., когда оператором стал Н.И.Никольский, — уже до 60, а в 1891-1898 гг. — более 60. Начиная с 1901 г., когда должность оператора занял приват-доцент С.Е.Березовский, ставший вскоре профессором Московского университета, количество оперативных вмешательств составило более 140, а в 1909 г. — 185 в год. Вместе с тем, послеоперационная летальность составляла лишь около 5% — это был неплохой показатель.

Шереметевская больница стала одной из первых в России (а иногда и первой), где были произведены сложные операции, такие как иссечение матки по поводу рака (1870), чревосечение (овариотомия) (1884), иссечение почки (1885) и прямой кишечника (1886), надлобковое сечение мочевого пузыря (1886), резекция кишки (1888), эхинококкотомия на печени (1898), рассечение почки (1899), гастроэнтеростомия (1903), иссечение опухоли головного мозга (1906), вскрытие нарыва легкого (1907). Делали здесь и аппендэктомии, резекции желудка, удаление зоба, резекции верхней челюсти, удаление камня из желчного пузыря и т.п.

Важно подчеркнуть, что именно Шереметевская больница одной из первых выделила новую клиническую специальность — гинекологию. Если в первые десятилетия все гинекологические операции здесь производили хирурги, то уже в 70-е годы ставится вопрос об учреждении должности консультанта по женским болезням. Именно в Шереметевской больнице доктор А.Н.Соловьев в 1879 г. произвел первую в России операцию удале-

ния матки (иссечения матки по поводу рака). Такие операции вошли в практику больницы: С.С.Заяицкий, автор диссертации «Полная экстирпация раковоперерожденной матки через влагалище» (1887), произвел в 1885-1886 гг. в Шереметевской больнице 6 таких операций. С 1888 г. больница становится базой преподавания гинекологии студентам Московского университета — этот курс вначале приват-доцент С.С.Заяицкий, а затем приват-доцент Н.Н.Савинов (15).

Когда в 1887 г. в Москве проходил II съезд Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова, делегаты и многочисленные гости съезда по инициативе Н.В.Склифосовского посетили Шереметевскую больницу. Они детально познакомились с деятельностью всех отделений больницы и высоко оценили ее клинический уровень, качество диагностической и лечебной работы.

Бесспорный приоритет — и это надо отметить особо — принадлежит Шереметевской больнице во введении в широкую клиническую практику амбулаторного лечения. Еще при учреждении больницы, в 1803 г., предполагалось, что доктор Странноприимного дома «предпочтительно занимаясь принадлежащими к дому людьми, он не должен отказывать в помощи своей не кому-либо из живущих в оном, но и страждущих вне дома бедных не оставлять по возможности врачевать». Отсюда и пошла амбулаторная деятельность врачей Шереметевской больницы — они не только бесплатно принимали приходящих больных, но и бесплатно выдавали им лекарства.

Амбулаторным приемом воспользовалось в 1841 г. 319 человек, в 1842 г. — до 1 тыс., а в последующие годы — до 2-3 тыс человек ежегодно: всем им давали врачебные советы, выписывали рецепты и отпускали лекарства, производили несложные операции и хирургические перевязки (16).

В 1860 г. амбулаторных больных было уже 5482 (15 человек в день), в 1868 и 1869 гг. — более 30 тыс. (около 100 человек в день) (17). А в 1873 г. было открыто специальное «отделение для приходящих» — амбулатория: здесь работал штатный врач (А.Г.Боголепов), велись приемы по всем наиболее важным отраслям медицины с участием специалистов: подобной бесплатной амбулатории по всем специальностям ни в одной из московских больниц (за исключением университетских клиник) тогда не было.

Наплыв больных был огромен: в 70-80 гг. врачи принимали по 50-60 тыс. человек, т.е. по 175-200 чел. в день. Впоследствии это число уменьшилось до 27 тыс. в год, т.к. с 90-х гг. в Москве открылись другие амбулатории (18).

Анализ подтверждает, что повышение клинического уровня Шереметевской больницы, тенденция к определенной специализации медицинской помощи привели в начале XX века к изменению состава пациентов в стационаре. «Самыми частыми заболеваниями, — отмечал в 1910 г., в год 100-летия больницы, проф. С.Е.Березовский, — являлись всевозможные формы тифа, ревматизм, острые воспаления легких и плевры, заболевания костно-мышечного аппарата, а со временем устройства гинекологического отделения в медицинских отчетах в довольно значительном количестве отмечаются заболевания женской половой сферы» (19).

Специализированное гинекологическое отделение Шереметевской больницы заслуженно считалось тогда лучшим в Москве и потому использовалось для обучения не только студентов, но и врачей. Так, в феврале

1911 г., как свидетельствуют архивные документы, совет Странноприимного дома разрешил приват-доценту Московского университета Н.Н.Савинову «пользоваться амбулаторными и стационарными больными для лекций по объявленному курсу «Гинекология» и разрешил доктору Савинову допустить посещение больницы и операционной его слушателями-врачами с условием, чтобы операции и лечение больных производилось исключительно персоналом Шереметевской больницы» (20).

Впрочем, и другие отделения больницы, прежде всего терапевтические и хирургические, пользовались высоким авторитетом у медицинской общественности: отмечался высокий клинический уровень диагностики и лечения, хорошая обстановка для больных. В архиве сохранился протокол осмотра Странноприимного дома, проведенного 19 января 1914 г. комиссией Московской городской думы по исследованию положения городских больниц. В этом протоколе говорится: «Общее впечатление, вынесенное комиссию из внешнего осмотра, весьма благоприятно. Невзирая на устарелость здания, оно содержитя в исправности, а чистота воздуха в свою очередь свидетельствует о заботах администрации. Повсюду наблюдается домашний характер обстановки и, так сказать, семейный уют...» (21).

В годы первой мировой войны в лучших Московских больницах были открыты лазареты для лечения раненых. Создали такой лазарет и в Шереметевской больнице. Уже 1 августа 1914 г. Совет Странноприимного дома, как свидетельствуют архивные документы, обратился в Московское местное управление Российского общества Красного Креста со следующим письмом: «Согласно предложению господина попечителя Странноприимного дома графа Шереметева, при Странноприимном доме открывается лазарет для пользования раненых воинов из 40 коек, который предоставляется в распоряжение Красного Креста...» (22). А через три дня главный смотритель сообщил главноуполномоченному внутри империи Российского общества Красного Креста, что этот лазарет предоставляется в полное распоряжение Российского общества Красного Креста, причем оборудование и содержание лазарета Странноприимный дом принимает на свой счет (23). В лазарете работали высококвалифицированные хирурги, в том числе проф. С.Е.Березовский.

Есть все основания утверждать: передовые традиции медицинской науки и высокий клинический уровень, существенно обогащавшие медицинскую практику, во многом способствовали тому, что Шереметевская больница за годы своего более чем столетнего существования стала одним из признанных центров клинической медицины России. Это подтверждает и общеизвестный факт: отнюдь не случайно именно Шереметевская больница была реорганизована в 1923 г. в научно-исследовательское учреждение — Институт неотложной помощи имени Н.В.Склифосовского.

ХIII. МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА «ДРУГ ЗДРАВИЯ» (XIX в.)

«Для надлежаще образованного врача не довольно знать основательно одне собственно медицинские науки, уже по себе очень обширные; ему столь же необходимо знать, по крайней мере, до известной степени, и науки вспомогательные, каковы суть все науки естественные; сверх того, для него полезны и даже необходимы познания, нужные всякому образованному человеку» (1).

Эти слова, актуальные и сегодня, написаны более 160 лет назад: в них заключалось кредо известного врача и ученого К.И.Грума и его детища — российской медицинской газеты «Друг здравия».

1. Хирург, педиатр, редактор

Славные дела К.И.Грума, созданная им замечательная медицинская газета «Друг здравия», основательно забыты: согласиться с этим решительно невозможно, хотя бы уже потому, что газета эта, выходившая более трех век, была уникальным явлением в российской медицине XIX века.

«Друг здравия, Народно-врачебная газета» — таково было полное название этого периодического издания, выходившего еженедельно и избравшего своим девизом латинское изречение «Ars longa, vita brevis» (Искусство вечно, жизнь коротка).

Газета — это, прежде всего, ее редактор, определяющий ее политику, ее направление, ее лицо. Кто же был редактор и издатель «Друга здравия»?

Его имя мало что говорит современному врачу.

Кондратий Иванович Грум (Грум-Гржимайло), потомок старинного дворянского рода, родился 21 сентября 1794 г. в Могилеве (ныне Беларусь). Он рано лишился отца и поэтому образование получал бесплатно в народном училище и духовной семинарии; лишь позднее ему удалось окончить гимназию, что давало право поступить в университет.

В 1815 г. К.И.Грум стал студентом Виленского университета: сначала он изучал философию на физико-математическом факультете, но уже через год перешел на медицинский факультет, где его учителями стали известные ученые терапевт П.И.Франк и хирург В.В.Пеликан.

Еще будучи студентом, Грум увлекся хирургией и нередко помогал проф.Пеликану при сложных операциях. Впоследствии, окончив университет, он стал военным врачом и продолжал много внимания уделять хирургии, например, не часто применявшемуся тогда оперативному лечению паховых грыж. В 1823 г. он выполнил диссертацию «О паховых

грыжах и их лечении посредством операции» на степень доктора медицины и хирургии.

За семь лет, с 1821 по 1828 гг., Грум произвел 27 операций радикального лечения, использовав собственную методику «перевязывания грыжевого покрывала и мешка» и «уничтожения полости грыжевого мешка»: главная цель ее состояла в том, чтобы, как он писал, «там, где невозможно непосредственное сращение пахового канала, срослась только шея мешка и посредством ее уничтожения паховый канал» (2). Важно подчеркнуть, что операции Грум производил в военном госпитале в Могилеве под руководством известного хирурга Л. Я. Нагумовича и в гражданских больницах. Свой опыт оперативного лечения грыж он обобщил в монографии, которая в 1839 г. была удостоена высшей научной награды — демидовской премии Академии наук.

Грум был разносторонним хирургом — в полевых условиях он производил ампутации и экзартикуляции конечностей, обработку различных ран. Он осуществил первую в России операцию высокого сечения мочевого пузыря (1823). Не прекращал он и научных исследований — написал книгу «О колтуне» (1828), производил в Могилевском госпитале много вскрытий и о самом интересном писал статьи в «Военно-медицинский журнал», издававшийся в Петербурге.

В 1833 г. К. И. Грум оставил военную службу и переехал в Петербург, стал чиновником особых поручений при гражданском генерал-штаб-докторе С. Ф. Гаевском (он был известным хирургом, учеником проф. Буша) и членом Петербургского физиката: позднее, когда С. Ф. Гаевский возглавил медицинский департамент министерства внутренних дел, К. И. Грум занял в этом департаменте должность секретаря и чиновника для особых занятий.

В эти годы К. И. Грум многое сделал для распространения оспопрививания в России. В 1841 г. он выпустил «Руководство к прививанию предохранительной оспы» (2 изд. — 1846), которое стало учебником для медиков. Позднее, в 1851 г., по предложению К. И. Грума Вольное экономическое общество устроило в Петербурге Оспопрививательное учреждение: здесь под руководством Грума проводились предохранительные прививки тысячам людей — только с 1851 по 1865 гг. было привито 15 тыс. детей и взрослых.

К. И. Груму принадлежит ряд научных трудов. Это, прежде всего, трехтомное «Полное руководство к воспитанию, образованию и предупреждению болезней детей со времени их рождения до совершеннолетия» (1843-1845). Том 1 был посвящен физическому воспитанию младенцев, том 2 — физическому воспитанию детей, том 3 — умственному и нравственному образованию детей. Вольное экономическое общество отметило этот труд Грума золотой медалью.

Немалый интерес представляли труды К. И. Грума по курортному и бальнеологическому лечению: ему принадлежит двухтомное «Полное систематическое практическое описание минеральных вод, лечебных грязей и купаний в Российской империи с присовокуплением краткого описания заграничных минеральных вод и патологии хронических болезней» (1855).

Важной заслугой К. И. Грума была его деятельность популяризатора медицинских знаний. Еще в 1838 г. он перевел на русский язык книгу

известного немецкого врача Х.В.Гуфеланда «Добрый совет матерям, как поступать в важнейших частях физического воспитания детей, в первые их годы»: к переводу он добавил подробные наставления, «как лечить важнейшие детские болезни такими врачебными средствами, которые всегда можно иметь дома, или выписывать из аптеки без рецепта, или покупать в лавках». Впоследствии К.И.Грум выпустил популярную книгу «Друг матерей»: она пользовалась широкой известностью и дважды — в 1846 г. и 1858 г. — издавалась большим тиражом.

Таким образом, есть все основания говорить о том, что К.И. Грум был весьма эрудированным врачом и ученым, обладавшим и теоретическими познаниями, и клиническим опытом.

Помимо прочего, он был наделен несомненным литературным даром, писал стихи и выпустил два поэтических сборника. К.И.Грум много путешествовал, бывал в Италии и Германии, Швейцарии и Турции, Палестине и Швеции, Англии и Греции, Испании и Франции. Но больше всего он любил родную природу, и в одном из своих стихотворений писал:

«О Русы! Отчизна, мать мой!
Одна мила, драга на светел
Тебя люблю всем сердцем я,
Родное в каждом здесь предмете.»

Он часто выступал в различных газетах и журналах — например, в «Северной пчеле», «Сыне Отечества», «Военно-медицинском журнале» и др. В общем, доктор Грум был культурным, широко образованным человеком. Понятно, что все эти качества идеально соответствовали тому нелегкому делу, за которое взялся К.И.Грум, — издание российской медицинской газеты «Друг здравия».

Поскольку доктор Грум много занимался популяризацией медицинских знаний, предполагаемое издание он сначала задумал как популярное, рассчитанное на широкий круг читателей. В своем заявлении в Петербургский цензурный комитет, в котором он просил разрешить издание «Друга здравия» (это заявление одним из первых обнаружил в архиве Г.Л.Магазанник), Грум писал: «Цель сего журнала (так он называл будущее издание — *M.M.*): знание, драгоценное для каждого состояния людей, сохранять свое здоровье, предупреждать немощи, содержать себя во время болезней, достигать долголетия, воспитывать детей... При изложении предметов будут наблюдаемы удобопонятное для каждого читателя и отчетливое оных исследование..., потребное для всех состояний в общежитии» (3).

Первый номер «Друга здравия» вышел в марте 1833 г. — он открывался разделом «Гигиена». Здесь была помещена статья об отношении христианской религии к науке о сохранении здоровья. «Если внимнем во все постановления и правила христианской церкви, — писала газета, — то ясно увидим, что в них содержится и предлагается надежнейшее средство к соблюдению здоровья и достижению долголетия в общежитии, и действительно, кто не согласится, что источники нашего здоровья суть: умеренность, воздержание, трудолюбие, успокоение душевных возмущений, обуздание страстей, упование на промысел Божий и жизнь будущую» (4).

2. Без «школьных» поучений

При изложении основных вопросов медицины, в особенности гигиены, газета стремилась избегать «школьных» поучений и старалась следовать «исследованиям, основанным на опытности и учености». Это стало незыблемым правилом. «Не довольно сказать: избегай, берегись этого, а делай то и следуй тому, — писала газета в самом начале своего издания, — но надлежит показать, вразумить: почему так, а не иначе должно поступить». Вразумить читателей было, однако, делом нелегким. Поэтому-то газета не уставала повторять азбучные истины — что «к употреблению домашних врачебных средств надлежит прибегать только в маловажных случаях, и в то время, когда нет врача», что «никогда без совета и направления врача не употреблять, особенно внутрь, тех средств, которые столь охотно предлагаются разными лицами», и т.д., и т.п.

Следуя традиции первого российского медицинского журнала «Санкт-Петербургские врачебные ведомости», «Друг здравия» взял на себя обязанность помочь тем, кто «имеет надобность во врачебных направлениях» — на их письма и вопросы обещалось отвечать «сколь возможно обстоятельно и довлетворительно». Это обещание выполнялось неуклонно. Нередко публиковались письма читателей, преимущественно с вопросами на медицинские темы, и ответы редакции. Ответы, которые писал доктор Грум, неизменно начинались так: «Редакция журнала «Друг здравия» честь имеет ответствовать...». Следует отметить, что ответы эти, не будучи конкретно адресованы врачам, содержали, тем не менее, довольно основательные сведения по различным вопросам: обязательным было упоминание о том, что применять те или иные средства можно только «по усмотрению врача».

«Друг здравия» не оставлял без внимания и отклики читателей на опубликованные материалы. Об этом свидетельствует, например, пространный «Ответ Б.Б.», в котором шла речь об «ученой полемике» между автором «Оыта системы практической медицины» и его критиками: не вдаваясь в существо этой полемики, газета все же твердо защищала труд ученого. «Если некоторые понятия, суждения автора и не согласуются с моими, ибо противны мнениям чужестранных писателей, — считал автор «Ответа Б.Б.» (по-видимому, сам К.И.Грум — М.М.), — то все же я не имею права думать, что они ложны или происходят от неведения» (5). Кстати, редактор газеты К.И.Грум особенно аккуратно отвечал на вопросы, присыпаемые врачами по поводу болезней их пациентов, — отвечал подробно, анализируя состояние организма, пользу и вред тех или иных лекарств, рекомендую рациональные методы лечения.

В первое время на страницах «Друга здравия» часто появлялись материалы, как говорят сейчас, санитарно-просветительного содержания. Например, говорилось о «простом, отличном средстве для чищения зубов», которое заключалось в следующем: «В продолжение недели несколько раз вычищать зубы древесным угольным порошком и тотчас же натирать оные чистым хорошим мылом»: зубных порошков и паст тогда еще не было.

Газета подчеркивала важность грудного вскармливания детей. «Мать обязана сама кормить свое дитя, — писал «Друг здравия». — Это непре-

менный, неоспоримый закон природы»: правда, закон этот и тогда нередко нарушался.

Питанию детей, уходу за ними, предупреждению детских болезней уделялось особенно много внимания. Следует отметить многочисленные статьи долголетнего сотрудника «Друга здравия» казанского врача М.А. Нечаева. Серию своих статей он потом объединил и издал в Казани в 1837 г. в виде отдельной брошюры «О способах отвращать смертность младенцев на первом году их жизни в быту крестьянском» (6).

Публиковались и другие полезные советы. Характерным, однако, был один тезис, который постоянно подчеркивала газета, — всегда и во всем, что касается здоровья, строго следовать указаниям врачей». «Простолюдины большую частью неимоверно нетерпеливы в болезнях, — писала газета, — и не имея облегчения от одного средства, принимаются за другое, а там за третье и таким образом беспрестанно лечатся». Газета особо предупреждала против «лечебных пыток сумасбродных шарлатанов и корыстолюбивых невежд» — а их в то время было еще больше, чем в наши дни...

Все-таки, хотя газета и помещала «общеполезные» материалы, она вовсе не была популярным изданием. Уже с первого номера здесь помещались статьи, предназначенные исключительно для врачей. Таковы были «Патологические наблюдения», «Физиологические изыскания и открытия», «Медицинская статистика», «Диететика», «Предметы патологические и физиологические» и др. Обращаясь к читателям, доктор Грум откровенно признавался в том, что «издатель старался сделать сию газету столь же полезною и занимателюю для не учившихся медицине, как и для врачей». Этим, очевидно, и объяснялся подзаголовок «Друга здравия» — «народно-врачебная газета».

Газета выступала за совершенствование врачебного искусства, которое «обнимает науку и практику: знай здоровье и болезни и употребляй верные средства к сохранению и восстановлению человеческого здоровья». Правда, содержание врачебного искусства, в соответствии с состоянием науки того времени, толковалось расширительно — сюда включались эмпиризм (испытательность), рационализм (здравая рассудительность) и эмпирико-рационализм (гомеопатизм). Однако главное внимание обращалось все-таки на рациональное врачевание, на необходимость следовать учению Гиппократа, ибо, утверждала газета, «все методы и системы врачевания, несмотря на свои теоретические разногласия, в существе своем основываются на сем учении».

«Друг здравия» постоянно подчеркивал необходимость для врачей повышать свои знания, знакомиться с новейшей литературой по медицине. «Что врач без книг! — воскликнул К.И.Грум в одной из своих статей. — Есть ли средства, способы обогащать себя знаниями без чтения? Что составляет истинное, неотъемлемое, первое достоинство врача?.. Есть много причин, по коим врачам несколько трудно приобретать медицинские сочинения, хотя истинные любители медицинских наук, стремящиеся к усовершенствованию, и теперь находят средства обогащать себя познаниями» (7).

Дело, конечно, не ограничивалось такими сентенциями — «Друг здравия» старался, в свою очередь, тоже «обогащать познаниями» своих читателей — российских врачей. Именно этому было подчинено большин-

ство публикаций газеты — и теоретических статей, и практических рекомендаций.

О рекомендациях следует сказать особо. Сам Грум был опытным врачом, много занимавшимся клинической практикой, и поэтому в своих советах часто ссыпался на собственный опыт. Но с благодарностью он принимал и популяризировал и опыт своих коллег, старался как можно чаще сообщать об этом в газете. «Издатель чувствительнейше благодарит господина штаб-лекаря Марка Нечаева, — писал Грум в 1834 г., — за сообщаемые им из далекой страны очень любопытные сведения. Дай Бог, чтобы его патриотическому усердию подражали». Этот штаб-лекарь был врачом при Невьянских горных заводах в Пермской губернии и многое делал для улучшения охраны здоровья, снижения детской смертности, борьбы с эпидемиями.

Судя по всему, издание «Друга здравия» было делом весьма нелегким, и не только по материальным соображениям — подобных трудностей почти и не было, газета получала правительенную субсидию, ей покровительствовали высшие медицинские начальники С.Ф.Гаевский, Д.К.Тарасов, В.В.Пеликан, И.В.Енохин, Ф.С.Цыпурин. Но Грума угнетало отсутствие интереса в обществе к медицинской науке.

Обращая внимание на изданную тогда книгу «Секретный эконом, фабрикант, ремесленник, заводчик, художник, домашний врач», он горестно вопрошал: «Где в русской литературе приют врачебным предметам — предметам о жизни и здоровье человека? Наша врачебная словесность (т.е. медицинская литература — М.М.) подобна сироте. О ней печется одно правительство (субсидия! — М.М.). Медицинское сословие — только и можем при сем случае высказать: горе тому, кто пытается для врачебной словесности нашей жертвовать и здоровьем и достоянием. Все отзывы — глас в пустыне!» (8).

Настроение редактора и издателя газеты можно понять. Несмотря на то, что «Друг здравия» начал завоевывать авторитет, все же в первые годы его издания ни одна медико-хирургическая академия, ни один университет в России не выписывали газету.

Но постепенно положение стало меняться: По представлению министра внутренних дел и с одобрения комитета министров 15 мая 1834 г. император Николай I разрешил, чтобы «газета «Друг здравия» назначена для всех в России врачебных управ с тем, чтобы она газета была сообщаема для чтения гражданским медицинским чиновникам». За витиеватостью выражений скрывалась простая мысль: газета должна была стать, по существу, официозом существовавшей тогда в России государственной медицины.

Однако официозом «Друг здравия» все-таки не стал — скорее можно утверждать, что с серединой 1834 г. газета приобрела полуофициальный статус. Впрочем, это почти не сказалось на ее содержании — за исключением того, что газета начала печатать некоторые правительственные документы, относящиеся к медицине, такие, например, как «Положение о классах медиков, ветеринаров и фармацевтов и производстве их в чины» и др. Более существенным, правда, было то, что газета становилась профессиональным, чисто медицинским изданием.

Важным было, например, что начиная с 1838 г. в виде особого приложения к «Другу здравия» стали выходить «медицинско-статистические из-

вестия». В заявлении с просьбой разрешить это прибавление доктор Грум подчеркивал, что в нем будут печататься сведения, нужные «для каждого любознательного врача, не имеющего ни средств, ни времени извлекать их из многих стоящих дорого, не для каждого доступных источников» (9).

И действительно, сведения, которые публиковались в «медицинско-статистических известиях» — а они издавались с 1838 г. по 1850 г. — представляли большой интерес. Здесь печатались распоряжения правительства по медицинскому ведомству, уставы, сметы, штаты и отчеты медицинских учреждений, учебные программы, списки вышедших книг. Все это было весьма полезно врачам, да и не только врачам.

«Друг здравия» по-прежнему адресовал свои материалы российским врачам. На его страницах приводились конкретные рекомендации, давались рецепты — например, «угольных лепешек противу зловонного дыхания», «проносного питья», сернокислого хинина «от завала селезенки», мази от веснушек. Газета приводила и прописи рецептов сложных лекарств, которые следовало применять только врачам.

Пропагандируя необходимость заниматься неустанным повышением своего профессионального уровня, К.И.Грум призывал врачей писать обо всем интересном, активнее участвовать в развитии «врачебной словесности» в России. «От каждого врача-патриота будет зависеть, — утверждал он, — содействовать, радеть успехам отечественной врачебной словесности, которая, к стыду нашему, так отстала от иностранной, между тем, как наши учебные заведения устройством и способами превосходят таковые заграничные».

Врачи охотно сообщали в газету о новом в медицинской практике. «Друг здравия» регулярно печатал «практические замечания» российских докторов: их было много, и притом самых разнообразных. Медико-хирург Шклярский сообщал о лечении «воспаленного прыща», штаб-лекарь Никитников — о результатах вскрытия, штаб-лекарь Пупарев — об опухолях суставов, медико-хирург И.Малышев — о глазных болезнях.

Любопытную характеристику «Друга здравия» находим на его страницах в ответе редакции одному из читателей, уездному врачу из Евпатории штаб-лекарю Н.Оже: «Газета «Друг здравия», издаваемая под руководством мужа, известного любовью к отечественной врачебной словесности и влиянием своим на распространение оной, назначена сосредоточивать и сообщать врачебные известия, которые могут принести пользу публике и самим врачам».

Такую пользу приносили материалы, поступавшие из всех городов и весяй России, где самоотверженно работали в те времена гражданские и военные врачи. Штаб-лекарь из Вышнего Волочка Зейдер писал о лечении запоя, московский штадт-физик Протопопов — о случае рождения сросшихся плодов, кишиневский городовой врач Каминский — о лечении в городской больнице, петербургский аптекарь Е.И.Грасманн — об эфирном масле из березовых почек, штаб-лекарь Н.Оже, врач Евпаторийского уезда — о грязях Сакского озера, штаб-лекарь Х.Инсевс — о результатах вскрытия, штаб-лекарь Зауэр — о применении пиявок, инспектор Воронежской врачебной управы Н.Шванский — о кумысе, штаб-лекарь Л.Зиссерман из Каменец-Подольска об опухоли языка и др.

В связи с появившимся еще в начале XVIII в. и традиционно проявлявшимся в русской медицине интересом к лечению минеральными водами «Друг здравия» ставил вопрос о применении тех вод, «коих польза до-знана, несомнительна»: при этом, однако, подчеркивалось, что «благотворное действие чаще всего зависит не от условий, заключающихся в свойствах вод, или места, но от индивидуальных условий, в коих будет находиться каждый больной».

Необходимость индивидуально подходить к лечению больного, учитывать условия его жизни — эта мысль постоянно высказывалась на страницах газеты. Например, в статье проф. И.Т. Спасского о семиотике детских болезней подчеркивалось, что «болезни детские гораздо многочисленнее и разнообразнее, нежели сие с первого взгляда кажется: ибо у детей сверх особенных, возрасту их свойственных недугов, встречаем все те же болезни, каким подвержены и взрослые». Эта статья известного русского врача, представлявшая собой часть материала, опубликованного ранее в «Военно-медицинском журнале» (10), являлась важным вкладом в только складывавшуюся тогда, в 30-е годы XIX в., педиатрию.

Пожелавшие от времени страницы «Друга здравия» донесли до нас имена многих российских врачей-исследователей, внимательно анализировавших случаи из своей практики, предлагавших и испытывавших новые методы диагностики и лечения. Характерно, что это были не сотрудники университетов и академий, а практические врачи: штаб-лекарь Медведев из Мариуполя, штаб-лекарь Рулев из Козлова, штаб-лекарь из Омска С.Яроцкий, штаб-лекарь И.Брыков из Карабчева, штаб-лекарь Лаптев из Лебедина. Их было много — и это с самой лучшей стороны характеризует и российских докторов того времени, и состояние отечественной медицины в XIX веке.

3. За научную медицину

Вторая треть прошлого столетия — время, когда К.И. Грум издавал «Друг здравия» — характеризовалась большими переменами в клинической медицине, которая все более уверенно становилась на научные рельсы.

Газета — надо отдать ей должное — последовательно выступала за подлинно научную медицину. Взять, например, актуальный тогда вопрос об обязательных патологоанатомических исследованиях. «Поколику важно трупоразъятие в терапевтическом отношении? — задавал вопрос К.И. Грум в одной из своих статей и отвечал: — Всякие же в медицине изыскания производятся не для любопытства, но для того, чтобы извлечь из оных практическую пользу» (11).

Высокий научный уровень демонстрировали в своих статьях видные русские ученые — профессора Петербургской медико-хирургической академии. Особенно часто выступал на страницах газеты выдающийся русский хирург И.В.Буяльский, которого, очевидно, связывали с доктором Грумом личная дружба и «хирургическое прошлое». Во всяком случае, не подлежит сомнению, что в течение более 30 лет И.В.Буяльский был активнейшим сотрудником и автором газеты, за это время было опубликовано свыше 60 его статей. Это были не только научные статьи, хотя они и со-

ставляли подавляющее большинство: хирург Буяльский выступал на страницах газеты и как, выражаясь современным языком, пропагандист здорового образа жизни (дважды, в 1849 г. и в 1859 г., публиковалась его статья «О вреде от излишнего употребления табаку»), и как философ (статья, напечатанная в 1862 г. — «Человек, рассматриваемый в анатомико-физиологическом отношении»).

Подчеркивая важность статей И.В.Буяльского, газета, как правило, публиковала их на самом видном месте, открывала ими свои страницы, сопровождала их своими комментариями. Комментируя, например, статью Буяльского о сложной, по тем временам, хирургической операции извлечения инородного тела из тазовой области, «Друг здравия» подчеркивал ее уникальность и целительность, а также то, что она была «весьма опасная для славы г.профессора Буяльского, достаточно им заслуженной, ибо при неблагополучном исходе верно наговорили бы много неприятного».

Масса ценного содержалась и в статьях П.А.Чаруковского, Н.Ф.Арендта, И.Т.Спасского: их труды тоже были зрымым доказательством успехов отечественной медицины — и «Друг здравия» не уставал писать об этом. Но, пожалуй, еще больше газета писала о достижениях зарубежной науки.

Ни один номер «Друга здравия» не обходился без информации о новостях мировой медицины. Доктор Грум постоянно помещал статьи и рефераты статей из французских, немецких, английских, итальянских, американских изданий — практически всех, выходивших в то время. В общем, я, вероятно, нисколько не преувеличу, если скажу, что не было тогда такого иностранного медицинского журнала или изданного за рубежом солидного труда по медицине, которые не попадали бы в поле зрения «Друга здравия».

О новинках медицинской литературы сообщалось и в разделе «Библиография». В этом разделе содержалась не просто информация о новинках медицинской литературы, но и давалась ее оценка, причем далеко не всегда положительная. Так, кратко пересказав содержание книги о холере, выпущенной в Германии, в Мюнхене, в 1833 г., Грум в заключение писал: «Из подобных умозрительных заключений состоит почти все сочинение». По поводу одной французской книги по хирургии он писал, что «упрекают автора в том, что он не обратил внимания должного на труды новейших авторов», а по поводу другой, посвященной общей патологии, высказался еще более категорично: «Сочинение сие не заключает особенной практической ценности».

О библиографическом разделе «Друга здравия», который подробно информировал читателей о русских и иностранных медицинских новинках, следует сказать вот еще что. Автором большинства рецензий был сам доктор Грум, показавший себя как хорошо эрудированный врач, любящий и понимающий медицинскую книгу. Он сразу оценил по достоинству такие замечательные книги, как «Учение о грудных болезнях» Г.И.Сокольского (1838), «Общая терапия» И.Е.Дядьковского (1836), «Фармакография» А.П.Нелюбина (1834), «Начертание фармации» А.А.Иовского (1838). Наконец, несомненной заслугой К.И.Грума была его самостоятельная и вполне оригинальная оценка работы проф. П.Ф.Горянинова «Первые черты системы природы...» (1834), в которой автор развивал эволюци-

онные воззрения. Рецензент писал: «...Система природы проф. Горянинова останется навсегда прекрасным памятником русского гения: его вполне оценят в нашем отечестве, — когда врачи наши перестанут коснеть в постыдном равнодушии к отечественной врачебной литературе; когда они воспрянут на глас патриотизма, давно к ним взывающего; когда мы перестанем раболепно представлять свои труды на суд иноземной расправы и благоговейно принимать надменные отзывы не родных аристархов». Рецензию К.И.Грума на книгу П.Ф. Горянинова следует признать для своего времени явлением весьма значительным (12).

Критический запал «Друга здравия» наиболее сильным был тогда, когда газета выступала против антинаучных, рекламных высказываний о здоровье и лекарствах, против нередкого тогда шарлатанства в медицине. «Я, вменив себе в обязанность не писать похвал врачебным средствам, названным универсальными, а тем более с той целью, чтобы содействовать торговым затеям, должен сказать, — писал К.И.Грум, — что вовсе не верю целебности секретных средств, предлагаемых не врачами, и почитаю шарлатанством все их печатные объявления». Это было глубокое убеждение редактора. Потому, например, астрология в газете характеризовалась как «заманчивое шарлатанство, укорененное временем и предрассудками», причем об увлечении высочайших особ того времени астрологией «Друг здравия» отзывался хотя и корректно, но весьма определенно: «Достойно удивления». Интересно, как бы отреагировала газета на поведение своих потомков — совсем не «высочайших особ», которые и сегодня, в самом конце XX века, всерьез воспринимают разнообразные, в т.ч. передающиеся по телевидению, астрологические прогнозы?..

В то же время доктор Грум активно пропагандировал народную медицину, которую малокомпетентные люди тогда, как, впрочем и сейчас, без всяких оснований смешивали со знахарством и чуть ли не с колдовством. «Человеколюбие и патриотизм давно взывают ко врачам: вам необходимо знать систематически народную медицину, — писал Грум, — она необходима для России, в русском народе существует много дельных простонародных врачебных средств, надо только привести их в известность, в систематический порядок» (13). Эта его мысль вполне актуальна и в наши дни.

Не буду, впрочем, утверждать, что «Друг здравия» в своих публикациях оказывался высшим судьей в медицинских вопросах, да он и не претендовал на эту роль.

К некоторым материалам, носившим дискуссионный характер, Грум давал примечания, в которых, что характерно, никогда не стремился ставить точку над и, а просто давал собственную оценку высказанного, причем нередко признаваясь в своей малой компетентности. Так, по поводу статьи штаб-лекаря Пупарева с толкованием «трупоразъятия» (вскрытия) больного, погибшего от рака желудка, он честно писал: «Могут ли произвести подобное органическое повреждение так называемые медленные яды, того решить я сам не смею».

Статьи самого К.И.Грума, его комментарии к научно-практическим материалам других врачей рисуют его как вдумчивого исследователя, пытавшегося проникнуть в заповедные тайны человеческого организма. Конечно же, в его высказываниях отражалось состояние науки того времени. Например, сообщив об общезвестных фактах, что в капле воды под мик-

роскопом можно обнаружить множество «крошечных оживленных животных», он писал: «Я спрашиваю, не могут ли таковые животные гнездиться и в жидкостях человеческого организма, ибо многие из сих жидкостей заключают в себе те условия и материалы, из коих легко поражаются сии животные». Таким образом, Грум поддерживал имевшую тогда хождение теорию о самозарождении живых существ в организме, теорию, оказавшуюся в итоге ложной.

Было бы бестактно осуждать «Друга здравия» и его редактора за подобное. Нет нужды доказывать, что газета как зеркало отражала состояние медицины своего времени. Поэтому, например, здесь всерьез писалось о «количестве крови, которое следовало бы выпустить, чтобы сразу ослабить воспаление», обсуждалось влияние лунного света на людей, рекомендовалось лечить различные язвы креозотом или заменяющей его сажей, а водобоязнь (бешенство) — моксами и заволоками на сосцевидных отростках.

Однако очень многое, о чем шла речь на страницах «Друга здравия», и сегодня, с высот современной науки, отнюдь не представляется анахронизмом. Характерным примером является лечение электричеством. «Действие гальванического электричества, — писала газета, — в некоторых болезненных случаях так сильно, и благотворное влияние оного на человеческий организм столь очевидно, что врачи должны иметь у себя гальванический снаряд». Газета пропагандировала «пояс гальванический, изобретенный одним из наших известных русских врачей», который помогал при невралгических болях: этот пояс, как и гальванический снаряд, изготавливал в Петербурге механик Ростини.

4. Помощники и друзья

Почти 20 лет К.И.Грум один, практически без помощников, выполнял нелегкую работу редактора и издателя «Друга здравия». Можно полагать, что он неоднократно пытался найти врачей, которые могли бы помочь ему; но, видимо, овладеть спецификой медицинской журналистики не всякому было по силам. А сам Грум предъявлял к этой профессии высокие требования. «Я, как журналист, — считал он, — обязан следить ход всякой медицинской науки, знать все, что делается в нашем ученом мире, и обязан говорить истину, основываясь на фактах, но вовсе не на умствованиях» (14).

Поиски К.И.Грума в конце концов увенчались успехом: в 1851 г. у «Друга здравия» появился новый редактор — Е.В.Пеликан (сам Грум официально остался издателем газеты).

Сын учителя доктора Грума — известного хирурга и деятеля военно-медицинской службы профессора В.В.Пеликаны, энциклопедически образованный ученый и врач, молодой Е.В.Пеликан был профессором Петербургской медико-хирургической академии: здесь он руководил кафедрой судебной медицины, медицинской полиции и гигиены, т.е. занимался широким кругом проблем медицинской науки и практики. Пеликан хорошо разбирался в медицинской журналистике — с 1848 г. он, наряду с профессорской деятельностью, заведывал редакцией авторитетнейшего в России и многих других странах «Военно-медицинского журнала»; впоследствии

он стал крупным ученым в области судебной медицины, токсикологии, патологической анатомии и общественной гигиены, а также видным организатором медицинской службы — в течение многих лет занимал посты директора медицинского департамента министерства внутренних дел и председателя Медицинского совета, т.е. фактически руководил практической медициной в России.

Высказывалось, правда, мнение (Г.Л.Магазанник, 1958), что эта перемена в руководстве газетой, связанная с привлечением Е.В.Пеликаны, была для К.И.Грума вынужденной. Думаю, что это вряд ли соответствует истине: заключенное между ними соглашение о временной, сроком на 4 года, передаче Е.В.Пеликану редактирования газеты было, скорее всего, следствием условия, поставленного Пеликаном (15).

Новый редактор внес немало нового в содержание газеты, в направление ее выступлений. Изменился и внешний облик газеты: увеличился ее формат, появились чертежи, улучшилась и стала более четкой печать и пр. В пространном объявлении об издании газеты в 1851 г., которое Г.Л.Магазанник обнаружил в делах Главного управления цензуры, намечалась очень широкая и интересная программа: сообщалось, в частности, что редакция «получила обещание от многих известнейших г.г. ученых и практических врачей в С.-Петербурге, Москве, Киеве, Харькове, Казани, Варшаве принимать участие в этом издании. Богатый запас материалов редакция надеется иметь от знаменитого нашего профессора Н.И. Пирогова» (16).

В 50-е годы «Друг здравия» стал приобретать чисто научный характер. На страницах газеты публиковались оригинальные статьи русских ученых и врачей по различным проблемам клинической медицины, давалась обширная информация о состоянии медицинской науки и практики в России и за рубежом, печатались библиографические материалы; меньше места занимала официальная хроника, а также фельетоны (злободневные статьи) по различным вопросам медицинской практики и врачебной жизни. Круг авторов газеты значительно расширился. Регулярно стали печататься материалы Н.И.Пирогова: только в течение 1852-1856 гг. было опубликовано около 30 статей самого Пирогова, его клинических лекций, написанных им или записанных его сотрудниками. Был напечатан ряд статей Ф.И.Иноземцева, одна из них была посвящена физиологической роли узловатой нервной системы. Авторами «Друга здравия» стали видные ученые А.А.Китер, П.П.Заблоцкий-Десятовский, Л.Н.Севрук, Х.Я.Гюббенет, Д.П.Шипулинский, многие другие.

Больше стало появляться материалов из зарубежных изданий. Пеликан владел французским, немецким, английским и итальянским языками, что помогало ему выбирать из мировой медицинской литературы все самое актуальное и сообщать об этом читателям «Друга здравия». Стоит добавить, что Е.В.Пеликану во многом помогал молодой врач Я.А.Чистович, впоследствии видный русский историк медицины. Разумеется, и Грум, оставаясь издателем, участвовал в выпуске газеты.

«Друг здравия» активно выступал за необходимость создания в России медицинских обществ, подчеркивая, что «цель существования оных есть беспрерывное совещание врачей к достижению желанной пользы». Кстати, первым, пожалуй, эту мысль высказал К.И.Грум. «У нас преимущественно ощущительна для всего медицинского сословия необходимость

такого медицинского общества, которое бы имело в виду только пользу врачебной литературы для пользы всего в России медицинского сословия, — писал он. — Общество сие занялось бы изысканием средств и способов к приобретению и распространению врачебных знаний, возбуждению соревнования к сочинениям, сообщению сведений, открытиям, исследованиям и сохранению чистоты вековой медицины среди господствующего обуревания врачебного искусства». Газета активно поддержала начавшее действовать тогда в Петербурге Общество русских врачей (К.И.Грум, вместе с С.Ф.Вольским и Е.И.Андреевским, Е.Н.Смельским и С.Ф.Гаевским, был среди его основателей), печатала протоколы заседаний, сообщала о наиболее интересных выступлениях. Многие годы «Друг здравия» последовательно пропагандировал идею создания в России многих медицинских обществ. «В нынешнее время крайне необходимы и полезны медицинские общества в каждом губернском городе, в котором бы могли участвовать, делом и словом, как ученые и как собратья, все врачи временно или постоянно пребывающие в губернии,» — писал К.И.Грум в 1862 г. Общество русских врачей в Петербурге он предлагал даже преобразовать в академию, наподобие Парижской медицинской академии.

Однако в конце 50-х годов Е.В.Пеликан стал директором медицинского департамента Министерства внутренних дел — высшего медицинского учреждения России — и вынужден был оставить редактирование «Друга здравия». И опять на многие годы вся тяжесть издания газеты легла на доктора Грума.

Случайно или нет, но в это же время возникли сложности в отношениях с ведомством цензуры. В 1856 г. доктор Грум, доведенный, как он сам писал, «до отчаяния», обратился с жалобой на систематические притеснения Петербургского цензурного комитета, в частности, цензора Ахматова: придирик этого цензора вызвали статьи о перевозке лошадей по железным дорогам, о чесоточных насекомых, о глистах и др. К.И.Грум просил принять участие в его «злосчастной судьбе и судьбе издания». Только вмешательство министра народного просвещения А.С.Норова помогло «Другу здравия»: министр приказал «предложить цензору Ахматову не задерживать без особенной надобности выхода в свет номеров сей газеты» (18).

Доктор Грум снова сам, без помощников, занялся своим детищем, лишь в редких случаях, например, когда весной 1862 г. он уезжал за границу — поручая это дело на один-два месяца попечению немногочисленных друзей, таких как доктор медицины Б.И.Гржимало.

«Друг здравия» выходил непрерывно в течение 37 лет — это своеобразный рекорд для медицинского издания XIX века. И все эти годы газета достойно продолжала лучшие традиции русской медицинской журналистики, пользовалась неизменным вниманием читателей. Только в последние 1-2 года ее содержание заметно поблекло. Она приобрела характер реферативного издания, оригинальных статей, за исключением «Афоризмов» самого К.И.Грума, почти не публиковалось. Бессменному издателю и редактору, которому в 1869 г. исполнилось 75 лет, становилось все труднее заниматься своим привычным делом.

Наконец, в ноябре 1969 г. появилось объявление: «Издание врачебной газеты «Друг здравия» приостанавливается на 1870 год и подписка на нее прекращается». Приостанавливая издание, К.И.Грум полагал, видимо,

что в дальнейшем ему удастся возобновить выход газеты. Этого, к сожалению, не произошло.

К.И.Грум планировал продолжать издание своих «Афоризмов», содержащих «анализ всех болезненных состояний по части патологии и терапии» (19). И хотя в 1868-1869 гг. он уже опубликовал в «Друге здравия» 13 «афоризмов» с анализом различных болезней, чаще всего встречающихся в практике врача, однако и этой работой заниматься ему стало нелегко — поэтому он предупреждал, что его «афоризмы» в 1870 г. «будут выходить в неопределенное время года».

Планам К.И.Грума по возобновлению выхода газеты не суждено было свершиться: он умер в 1874 г., не намного пережив главное свое детище — «Друг здравия», уникальное издание в российской медицине XIX века.

XIV.

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА — НАЦИОНАЛЬНОЕ ДОСТОЯНИЕ РОССИИ

(XIX в.)

Как известно, принятая в 1993 г. Конституция Российской Федерации предусматривает введение местного самоуправления, которое станет действовать «с учетом исторических и иных местных традиций» (ст. 131).

Не стану говорить об «иных местных традициях», но что касается исторических... В 1864 г. Александр II — царь-освободитель и архитектор перестройки всей жизни России в XIX веке (эпоха «великих реформ») — утвердил «Положение о губернских и уездных земских учреждениях». Тогда в жизнь российского государства более чем на полвека вошло всесословное местное самоуправление — земство. На свои средства, главным образом, на налоги на недвижимое имущество, земства помогали обустраивать многое из того, что определяло повседневную жизнь: сюда входили дороги и земледелие, торговля и промышленность, школы и богадельни, почта, пожарная охрана...

Для нас, медиков, самое главное состоит в том, что вместе с земствами появилась земская медицина — оригинальная, не имевшая аналогов в мире организации медицинской помощи, ставшая национальным достоянием России.

1. Земское положение

При всем разнообразии форм организации медико-санитарного дела в России, которые представляли несомненный интерес, а нередко были поистине пионерскими, государственная медицина в нашей стране в XVI-XIX веках развивалась хотя и гораздо более интенсивно, но в основном по тем же направлениям, что и в других европейских странах. Однако земская медицина, появившаяся в России во второй половине XIX века, представляла собой оригинальное, самобытное явление и знаменовала огромный шаг вперед в рационализации охраны здоровья населения. «Западная Европа выработала медицинскую помощь в болезнях преимущественно в виде личного дела больного и служащего ему врача, на правах ремесла или торговли, — писал проф. М. Я. Капустин. — Русская земская медицина явилась чисто общественным делом» (1).

По «Положению» 1864 г. местное управление строилось в соответствии с новыми принципами ведения экономической и политической жизни; главным оказался принцип имущественного ценза — «количество имущества, которым владеет в уезде то или иное лицо» (2). Соответственно при проведении выборов уездного земского собрания все население делили на три курии: в первой были землевладельцы уезда (помещики), во второй —

собственники недвижимого имущества в городе (состоятельные горожане — домовладельцы, фабриканты, купцы и др.), в третьей — крестьяне (3).

По мере развития земских учреждений, в них, помимо помещиков, состоятельных горожан и крестьян, все более заметную роль играла интеллигенция («третий элемент»), разночинцы — их представители осуществляли функции служащих. Число служащих увеличивалось из года в год и со временем достигло внушительных размеров, далеко превысив число выборных земских деятелей. «В период максимального развития земской деятельности на каждого гласного в среднем приходилось до 50 служащих: статистиков, инженеров и техников, секретарей, бухгалтеров, заведующих отделами, учителей, врачей... Им принадлежало видное место в практической, хозяйственной, культурной сфере земских учреждений» (4).

Для покрытия своих расходов земства получили право облагать жителей налогами. Основную часть поступлений земства получали от налогов на недвижимое имущество — земли, леса, доходные дома, фабрики, заводы: главным объектом обложения оказались земли, причем большая часть земских налогов падала на крестьянские земли.

Деятельность земств включала два рода функций — обязательные (содержание арестантских помещений и квартир для чинов полиции, уход за большими дорогами, поставка подвод и пр.) и необязательные (страхование сельскохозяйственных построек от пожара, содержание городских больниц и богаделен, продовольственная помощь и пр.) (5). Однако факультативность медицинских функций, ярко выраженная в первые годы (например, в 1868 г. 50 уездных земств вообще не выделяло никаких средств на медицину) (6), под влиянием потребностей жизни постепенно начала уходить на второй план. Земская медицина становилась все более и более важным видом деятельности.

До появления земской медицины сельское население, составлявшее тогда в России свыше 90%, не имело все-таки организованной медицинской помощи. Существовавшие с конца XVIII века учреждения приказной медицины были относительно немногочисленны: были даже губернии, где на всю территорию приходилось от одной до четырех больниц, и то только в губернских, а иногда в уездных городах. К тому же большинство их было неблагоустроенными, отличалось невысоким, все-таки, качеством медицинской помощи. Положение отягощали нищенские условия жизни крестьян, только-только освободившихся от крепостного права. «Всем известно, каковы гигиенические условия быта нашего крестьянства, — с грустью отмечал в 1866 г. доктор А. Малаксианов, — беспримерная статистика смертности грудных детей открывает нам все плачевное состояние этих условий». В Самарской губернии, например, в 1864 г. на 1 млн. 600 тыс. сельских жителей было лишь два вольнопрактикующих врача, живших в деревне (7).

Земская медицина призвана была покончить с таким положением, обеспечить подавляющему большинству населения России возможность получения медицинской помощи.

Руководствуясь высокими идеями служения народу, характерными для демократических настроений русского общества 60-х годов XIX в., эпохи великих реформ, передовые врачи и ученые высказывались за необходимость создания определенной системы медицинского обслуживания населения. Характерно, что нигде в мире не существовало тогда подобной системы. «Нам, русским, первым предстоит сделать крупный шаг вперед

и указать путь другим, — писал И.И.Моллесон, — так как сколько известно, нигде за границей не было даже и попытки к такой организации народной медицины» (8).

В ведение губернских земств перешли губернские больницы, психиатрические лечебницы, а также фельдшерские и повивальные школы. Уездные земства отныне ведали заботами о развитии сельской медицины, содержанием больниц в уездных городах, большинством расходов по эпидемиям.

С самого же начала русские врачи выступили за необходимость утверждения в создававшейся земской медицине принципа врачебной помощи населению — в противовес тем земским деятелям, которые с целью экономии делали ставку на фельдшерскую помощь, с использованием даже т.н. «ротных фельдшеров», не обладавших необходимым минимумом медицинских знаний. В подтверждение преимуществ организации врачебной помощи приводились конкретные расчеты. «Если предположить, что сельских врачей будет только по 4 в уезде, — писал, подводя итог своим экономическим расчетам, доктор А.Малаксианов, — то можно высчитать, что 1800 человек земских врачей, сохранивши жизнь только 1500 людям, т.е. менее чем по одному больному на врача, сберегут капитал в 1 млн. рублей серебром» (9).

Земская практика ряда уездов и губерний вскоре показала, что фельдшерское лечение обходится несоответственно дорого, а потому отпадает главный и основной довод в пользу фельдшеризма. Необходимо, считали передовые земские деятели, возможно скорее ликвидировать это наследие дореформенного времени, так как, обходясь населению слишком дорого, во всех смыслах фельдшерский строй подрывает в корне общественно-просветительное значение медицины и тормозит развитие ее в будущем.

Но если мнение о рациональности врачебной помощи все-таки возобладало (в 1864 г. в 18 губерниях было 50 врачей, в 1866 г. в 29 губерниях 283 врача) (10), то о формах и методах работы земских врачей высказывались самые противоречивые суждения. В первых проектах преобладал разъездной тип оказания врачебной помощи (М.Г.Соколов, 1861; И.В.Новодворский, 1862; Ю.Б.Укке, 1866, и др.). Так, доктор Ю.Б.Укке (Самарская губерния) предлагал, «чтобы врач объезжал принадлежащие к округу (части уезда — М.М.) села и деревни в течение 4-5 дней, и 3-2 дня отдыхал и принимал больных дома» (11). Кстати, примерно таким же было предложение штаб-лекаря Г.Гвоздева (Полтавская губерния) и ряда других врачей.

Разъездная система была, собственно говоря, приложением обычной тогда практики городских врачей, когда врач выезжал к больному по вызову, к сельским условиям — разве что земский врач за свои разъезды получал жалованье от земства, а не гонорар от больного. Однако вскоре выяснились все неудобства этой системы — и для больных, и для врача, да и для земства тоже.

2. Участковое обслуживание сельского населения

На смену разъездной системе в 70-80 годах пришла новая, стационарная система (этот термин первыми применили в Вятской и Самарской губерниях). При этом в центре каждого участка, которые создавались в уездах, открывалась больница с амбулаторией. Таким образом, было положе-

но начало наиболее прогрессивному принципу участкового обслуживания сельского населения.

Стационарная система, со временем совершило вытеснив разъездную, доказала свои преимущества. «На основании многочисленного опыта мы утверждаем, — писал проф. М.Я.Капустин, — что врач, живущий в центре своего участка и ежедневно принимающий лично всех приходящих больных, несомненно развивает большую деятельность, отвечающую запросу массы крестьянского населения и приносящую большую пользу» (12).

Так появилось одно из самых больших достижений земской медицины — участковое обслуживание сельского населения. Сельские участковые больницы, обслуживающие определенное количество жителей на прилегающей ограниченной территории, стали центром лечебно-профилактической и санитарной помощи. Таким образом, были заложены основы врачебной службы на селе.

Важно подчеркнуть строго научный подход земских врачей к формированию такой службы: по их расчетам требовалась 1 больница на 10 тыс. человек, а радиус обслуживания не должен был превышать 10 верст. Правда, выдержать этот «норматив» удалось далеко не везде — даже в 1914 г. в среднем 1 больница приходилась на 25 тыс., а радиус обслуживания превышал 17 верст (13). В состав сельского врачебного участка, кроме стационара и амбулатории, входили один-два фельдшерских пункта и аптека.

В развитии земской медицины пропагандировался, а кое-где последовательно осуществлялся принцип плановости. «Земства только тогда будут вполне целесообразно расходовать ассигнуемые на медицину средства, — писал Б.Б.Веселовский, — когда внесут в это дело планомерность — будут производить расширение больничной и врачебной помощи и т.д. по выработанным специалистами планам и схемам» (14).

Стоит добавить, что тогда, в условиях ограниченности числа врачей, особенно важной была универсальность медицинской помощи, оказываемой в сельской земской больнице: здесь принимали страдавших и острыми, и хроническими заболеваниями, взрослых и детей, мужчин и женщин. В соответствии с этим сложился тип земского врача как врача-универсала, обладавшего широким кругом знаний и практических навыков.

В то же время деятельность земских врачей отличал достаточно высокий научный уровень. Это сказывалось прежде всего в том, что при амбулаторном приеме земские врачи регистрировали больных, как тогда говорили, «по карточной системе», т.е. заполняли на каждого амбулаторную карту. Если учесть, что в течение года у каждого земского врача было несколько тысяч амбулаторных больных (например, в Саратовской губернии в 1910 г. в среднем на 1 врачебный участок приходилось более 21 тыс. посещений больных) (15), то нетрудно понять, что земские врачи накапливали чрезвычайно ценный материал для анализа и суждений о заболеваемости населения. К тому же точная и полная регистрация обращаемости, достоверная статистика заболеваемости и смертности дали в руки земским врачам мощное средство для проведения санитарно-профилактической деятельности.

Крупнейшим достижением земской медицины было то, что, намного опередив свое время, она провозгласила необходимость и осуществила на практике сочетание лечебной и санитарно-профилактической деятельности. Более того, именно земским врачам принадлежит инициатива разви-

тия санитарно-профилактической деятельности как приоритетного направления в охране здоровья (подробнее об этом дальше в книге). «Как высший, так и узкий интерес земского врача заключается в сокращении числа больных и продолжительности болезней. Задача лечащей медицины и гигиены здесь идут рука об руку, в неразрывной связи» (16). Думается, есть все основания считать, что именно здесь, в земской медицине, находится фундамент профилактического направления здравоохранения — важнейшего в организации и деятельности службы здоровья в нашей стране.

Анализ показывает, что периоды подъема земской медицины, увеличения числа врачей и медицинских учреждений всякий раз следовали за эпидемиями, поражавшими Россию (например, холера в начале 90-х гг. и в 1905-1911 гг.). У широкой общественности крепло убеждение, что никакие временные и чрезвычайные меры не дадут эффекта, что положение может исправить лишь постоянная система организации медицинской помощи, способная выполнять и лечебные, и санитарные функции.

Важным делом земской медицины была санитарно-просветительная работа. Еще великий русский хирург Н.И. Пирогов в письме Полтавскому земству (1869) отмечал, что «в смысле охранения народного здравия одно пользование больных бесцельно без выполнения гигиенических условий», и указывал на огромное значение распространения среди населения правильных гигиенических представлений. Земской медицине, подчеркивал Пирогов, придется бороться с невежеством народных масс и видоизменить целое их мировоззрение. Завет великого ученого земские врачи воплощали в жизнь. «В действительности земский врач сделался одним из первых просветителей народа — верным и преданным народному делу работником среди населения — для народа и вместе с народом», — говорил Д.Н. Жбанков на Международном съезде врачей в Москве (1897). Известно, что земские врачи всемерно поддерживали деятельность Комиссии по распространению гигиенических знаний при Пироговском обществе (ее возглавлял известный ученый-гигиенист А.В. Мольков).

Будучи демократичной по самому своему существу, земская медицина стремилась как можно шире привлекать к выполнению своих задач не только так называемую земскую общественность, но и само население: особенно это касалось различных санитарно-противоэпидемических мероприятий. «Общественные санитарные организации, — писал в 1913 г. один из энтузиастов земской медицины З.Г.Френкель, впоследствии видный советский ученый-гигиенист, — могут проводить и осуществлять всякого рода мероприятия по охране здоровья населения только при содействии самого населения, опираясь на его понимание сущности проводимых мер и их значение» (17). Именно так и действовали многие земские врачи. Таким образом, земская медицина впервые, пожалуй, осуществила тот принцип, который впоследствии стал одним из основных в советском здравоохранении.

Поскольку центра земской медицины в стране не существовало, важную роль в ее становлении и развитии играл «коллективный разум» нескольких поколений врачей, который формировался первоначально на губернских съездах врачей: такие съезды начали проводить Тверское (1871), а затем Бессарабское (1873), Новгородское (1873), Херсонское (1874), Московское (1876) и другие земства. Здесь обсуждались насущные вопросы,

коллективно вырабатывалась общая линия и конкретные рекомендации. Позднее, в 80-е годы, после образования Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова, самые актуальные проблемы земской медицины вошли в повестку съездов этого общества, которое фактически и стало центром земской медицины (подробнее об этом этом дальше в книге).

В то же время трудно переоценить значение деятельности таких энтузиастов земской медицины, как Е.А.Осипов, П.И.Куркин, И.В.Попов (Московская губерния) и И.И.Моллесон (Пермская), М.С.Уваров (Херсонская) и Е.В Святловский (Черниговская), В.Ф.Предтеченский (Пермская) и А.В.Корчак-Чепуровский (Бессарабская), В.И.Асеев и В.И.Долженков (Курская), Т.Е.Гаврилов и В.А.Аверьянов (Пензенская), М.М.Гран (Самарская) и И.П.Дмитриев (Петербургская), Д.Н. Жбанков (Смоленская) и С.Н.Игумнов (Харьковская). Это их усилиями была учреждена земская санитарная организация, основаны медико-статистические бюро, изучавшие губернии в медико-санитарном отношении, предлагавшие разумные планы создания и деятельности сельских врачебных участков, руководившие противоэпидемическими и санитарно-гигиеническими мероприятиями.

3. Общественная медицина

Земскую медицину часто называли «общественной». Что скрывалось за этим? Например, общество врачей Казани считало, что понятие «общественная медицина заключает три раздела: а) общественную гигиену и медицинскую полицию, медицинские географию и статистику; б) судебную медицину вообще; в) эпизоотии и ветеринарную полицию» (18). Известный гигиенист А.П.Доброславин полагал, что «едва ли удобно и теоретически, и практически соединять под одно знамя «общественной медицины» такие несродные предметы, как гигиена, судебная и практическая медицина» (19). Е.А.Осипов на II Пироговском съезде (1887) в «Программе подсекции общественной медицины» заявил, что «общественная медицина заключает в себе общие основы нормальной организации санитарной и врачебной медицины земства и городской думы» (20). Таким образом, Е.А.Осипов считал общественной медициной только земскую и городскую. Однако М.С.Уваров, И.И.Моллесон и др. более широко толковали это понятие, включая в него и военную, железнодорожную, морскую, фабричную медицину. Это мнение получило общую поддержку: уже начиная с V Пироговского съезда в секции общественной медицины появились подсекции военной, морской, железнодорожной, фабричной. В то же время продолжала существовать и иная точка зрения — общественной медициной является все, что не входит в правительенную.

Все-таки, исходя из того, что общественная медицина служит всему обществу, нельзя, видимо, согласиться с теми, кто ограничивал общественную медицину в России только земской и городской. В 1875 г. возглавлявшаяся Е.А.Осиповым санитарная комиссия Московского губернского земства внесла в земское собрание доклад об устройстве земской медицины в уездах и о санитарном исследовании губерний. В докладе содержались принципиально важные положения: нормальное устройство зем-

ской медицины должно предшествовать и содействовать санитарным исследованиям губерний, а никак не наоборот; рациональная земская врачебная помощь оказывается врачами и правильно ими регистрируется для накопления материала о болезненности населения; земская медицина должна иметь главным образом санитарное направление (профилактическое направление); земские лечебные заведения губерний должны стать центрами врачебно-санитарной жизни для окружающих их районов, базами санитарного изучения губерний и санитарной деятельности земства. «За пятидесятилетний период, — писал в 1925 г., комментируя эти положения, известный статистик С.М.Богословский, — они не только не потеряли своей силы и значения, но, наоборот, стали быстро развиваться вглубь и вширь самой революцией... Если здесь термин «земская» заменить словом «советская», то все эти формулы остаются совершенно приемлемыми для настоящего времени» (21).

Впрочем, в советское время среди высказываний в адрес земской медицины преобладали иные. Например, еще в 20-е годы высказывалось мнение, что «лишь наша некультурность, невежество, нищета, а главное маленькие, маленькие обывательские горизонты могли окружить каким-то ореолом земскую медицину» (22). А в 30-х года уже открыто провозглашалась резко негативная точка зрения. А.Л.Карасев (Ташкент) писал о «сущности земщины как пережитка внутри советского здравоохранения, который является одним из проявлений главной опасности правового уклона на данном этапе». Автор квалифицировал «пережитки земщины» как одно из проявлений «главной опасности на данном этапе в организации социалистического здравоохранения» (23).

При анализе земской медицины много внимания обращалось на «бедственное положение» в земстве крестьян и «третьего элемента», на засилье там дворян и помещиков, на противодействие земских деятелей. Да, известно, что далеко не всегда земские деятели поддерживали врачей. Например, многие из них выступали против создания земской санитарной организации (так было в Курской, Орловской, Полтавской, Черниговской губерниях). Было немало фактов урезывания смет больниц, неутверждения кандидатур земских врачей, уменьшения числа врачебных должностей и пр. Но в целом картина была иной. «В отношении земцев, — справедливо отмечал И.Д.Страшун, — необходимо тщательное уточнение хотя бы потому, что против их воли нельзя было провести ни одного практического мероприятия, ибо финансы были в руках губернского и уездных земств» (24). К тому же «несмотря на всю ненормальность взаимных отношений, — писал в 1914 г. князь Д.Шаховской, — все же земская работа определенно воспитывала политическую мысль в демократическом направлении» (25).

В прежние годы особый, негативный акцент делался на том, что «деятели и руководители земской медицины, а вместе с ними и значительная часть земских врачей, стояли на народнических позициях. Большинство деятелей земской медицины не понимало значения рабочего движения, руководящей роли рабочего класса» (26). Вряд ли это следует ставить им в вину. Среди земских врачей были представители не только большевиков, на чем раньше акцентировалось внимание, но и самых различных политических партий, составлявших весь спектр политической жизни России. Помимо хорошо известных, но весьма немногочисленных большеви-

ков (Н.А.Семашко, С.И.Мицкевич, З.П.Соловьев), это были кадет А.И.Шингарев, эсеры Д.Я.Дорф и В.Д.Черныкаев, либеральный народник В.П.Воронцов, октябрист М.Я.Капустин, социал-демократы Н.И.Долгополов и О.В.Аптекман, земские либералы Н.А.Долгоруков, М.П.Литвинов, М.И.Петрункевич, М.С.Уваров, Е.В.Святловский, толстовец А.А.Волькенштейн, народник В.О.Португалов, народоволец П.П.Кащенко и многие другие (27). Политический плюрализм отнюдь не мешал их плодотворной совместной деятельности.

Можно привести немало прозвучавших в советские годы высказываний, в которых сквозило неприкрытое стремление к политизации истории земской медицины и оценке ее деятелей прежде всего, а порой и исключительно, с позиций классового подхода, культивировавшегося тогда т.н. «принципа партийности».

И хотя в 60-е годы появились более взвешенные оценки, отдававшие должное несомненным достижениям земской медицины (в частности, в работах, посвященных ее 100-летию), все же и сегодня вряд ли можно согласиться с тем, что, как было сказано в 1964 г. в одной из работ известного историка медицины П.Е.Заблудовского, «земская медицина, как и в целом русская общественная медицина, принадлежит прошлому», а «всякая попытка некритического (?) переноса опыта дореволюционной общественной медицины, ее задач, содержания и организационных форм в условиях социализма была бы грубой ошибкой» (28).

Интересно, кстати, как относились к земской медицине основоположники советского здравоохранения Н.А.Семашко и З.П.Соловьев — нарком здравоохранения и его заместитель.

З.П.Соловьев, прошедший школу земской медицины, в своей деятельности ученого социал-гигиениста и организатора советского здравоохранения, несмотря на официальное критическое отношение, фактически плодотворно продолжал и развивал идеи земских врачей. Это в особенности относится к профилактике. Так, в докладе на V Всероссийском съезде здравотделов (1924) «Профилактические задачи лечебной помощи (диспансеризация лечебного дела)» Соловьев считал необходимым положить «в основу деятельности всех без исключения лечебных учреждений» принцип «слияния санитарных и лечебных задач, объединенных понятиями задач лечебно-профилактических». Осуществлять профилактические задачи следовало и на сельских врачебных участках — это бесценное наследие земской медицины советское здравоохранение заботливо сохраняло и старалось приумножить, несмотря на скромные возможности 20-х годов.

Однако уже тогда З.П.Соловьев подчеркивал, что «мы можем даже при тех скромных ресурсах, которыми сейчас располагает наша участковая сеть, поставить перед ней профилактические задачи и развернуть профилактические перспективы» (29). Он считал целесообразным, чтобы в плане работы сельских участковых врачей были мероприятия по санитарному надзору, по борьбе с эпидемиями, социальными болезнями, по охране материнства и детства, здоровья детей и подростков, по санитарному просвещению, по физической культуре. Если исключить физическую культуру, то фактически планы работы, задачи, поставленные З.П.Соловьевым перед советскими сельскими врачами 20-х годов, содержали те же элементы, что и планы земских медиков конца XIX — начала XX века

Н.А.Семашко, как известно, был земским врачом и хорошо знал русскую земскую медицину. Тем не менее, отзываясь о ней, он отдавал преимущество чисто политическим моментам, оставляя в стороне само содержание, саму сущность этого уникального явления. «Если земские либералы и демократы трудились немало над общедоступностью лечебной помощи для сельского населения, — писал он в 1923 г., — то их стремления не выходили за пределы постановки самой примитивной лечебной помощи и осуществлялись в самых скромных размерах» (30).

В то же время стоит напомнить, что, выступая в июне 1918 г. на 1 съезде медико-санитарных отделов советов с докладом об основных задачах советской медицины на местах, Н.А.Семашко, говоря о лечебной медицине, подчеркнул, что она «должна быть построена на последовательности проведения принципов: а) общедоступности и б) бесплатности» (31). Он указал, что «необходимо категорически бороться против самостоятельного фельдшеризма», сделать акцент на «санитарию» (правда, «советскую»). Он сказал, что «необходимо немедленно развить самую широкую санитарно-просветительную деятельность», а также рекомендовал сохранить, хотя и «радикально» изменить, форму «участия населения в медико-санитарной деятельности». Нет нужды доказывать, что эти положения, которые легли в основу организации советской медицины, Н.А.Семашко покернули из практики земской медицины.

И в других своих выступлениях Н.А.Семашко, ставший первым наркомом здравоохранения, подчеркивал значение таких непреходящих ценностей земской медицины (не упоминая, правда, о ней), как сельский врачебный участок — об этом он писал в Бюллетене Наркомздрава (1927), или профилактическая деятельность врачей — об этом он говорил в докладе на пленуме центрального бюро врачебных секций (1928), или санитарная работа на селе — этому была посвящена его большая работа (1947).

Процесс создания земской медицины растянулся на полстолетия: конец ему положили мировая война, серьезно ослабившая земства, и октябрьская революция, окончательно разрушившая и упразднившая их в январе 1918 г. «От земской медицины остался скелет без плоти и души», — с грустью констатировал в апреле 1919 г. врач В.Г.Соболев. Составленный им тогда прогноз необычано актуален и сегодня: «...Невозможность удовлетворения привычного запроса населения на медицинскую помощь может возродить и знахарство, и близкий к нему ротный фельдшеризм, и, наконец, платную помощь там, где предложение ее будет... Современная разруха делает ее (земскую медицину — М.М.) совершенно бессильной, немощной и тем дискредитирует ее в глазах населения. При нахождении на руках у населения достаточного количества денежных знаков оплата медицинских услуг производится сравнительно легко, и таким образом при неорганизованности населения все строение общественной медицины рушится» (32).

4. Бесплатность медицинской помощи

Вопрос о платности медицинской помощи в земской медицине представляет особый интерес. Первоначально земства брали плату за лечение в больницах и амбулаториях — так, как это практиковалось в доставшихся им больницах приказов общественного призрения: плата эта была нема-

лой — 60 руб. в месяц. Однако уездные земства постоянно понижали эту плату, отменяли ее то для одной, то для другой категории больных. В результате больничная плата, по данным Б.Б.Веселовского, к 1910 г. сохранилась главным образом в уездных городских больницах и притом только для пациентов из других уездов.

Принцип бесплатности больничной помощи стал одним из основополагающих в земской медицине. «При скучости средств земства, — писал М.Я.Капустин, — лучше брать деньги за совет и лекарство с приходящими больными, но лечение в больнице должно быть бесплатным» (33). Отвергая экономические и другие соображения в пользу взимания платы за лечение, Б.Б.Веселовский считал: «Все подобные доводы не являются, по существу, достаточно убедительными. Конечно, сбор за советы и лекарства даст возможность увеличить врачебную помощь и т.д., но такое «специальное обложение» падает всей тяжестью на самые малоимущие слои населения — на них перелагается налог, а состоятельные элементы земства уклоняются от несения налога на такую потребность, которая должна быть признана самой настоящей — в широком общественном смысле слова» (34). Начиная с 80-90-х годов земства отказываются от взимания какой бы то ни было платы и с амбулаторных больных — сначала на фельдшерских пунктах, а потом и на врачебных приемах.

Таким образом, окончательно сформировался принцип бесплатности в земской медицине. Он означал: бесплатную амбулаторную помощь с бесплатной выдачей лекарств и лечебных пособий; бесплатное лечение в больницах — участковых, уездных, губернских, бесплатную хирургическую и специальную помощь и родовспоможение; бесплатное проведение всех мероприятий против инфекционных болезней и проведение различных санитарных мер (35).

Следует указать, что основанием для введения бесплатной медицинской помощи были не только общегуманные соображения, но и практические наблюдения врачей о том, что установление какой бы то ни было, даже минимальной, платы за врачебный совет, за лекарства, за лечение в больнице снижает обращаемость за медицинской помощью, а это лишает, в частности, земских врачей возможности своевременно выявлять инфекционных больных и эффективно бороться с эпидемиями, т.е. подрывает общественно-санитарное значение всей системы земской медицины. Поэтому-то бесплатность и стала общим правилом оказания всех видов медицинской помощи. Помощь врача в земстве, говорил проф. М.Я.Капустин, это отнюдь не личная услуга за счет больного и не акт благотворительности: это «общественная служба».

Разумеется, бесплатная земская медицина стоила огромных денег. Если в 1868 г. на медицину земства тратили 1204 тыс. рублей (8% всех средств), то в 1890 г. уже 9977 тыс. рублей (21%), а в 1903 г. — 30265 тыс. рублей (28%) — значительно больше, чем на что-либо другое. Некоторые земства (Липецкое, Хвалынское, Ливенское и др.) тратили на медицину 45-47% своего бюджета (36).

В 1910 г. только в 40 губерниях Европейской России расходы на земскую медицину составляли 53,5 млн. рублей — более половины всех расходов на врачебно-санитарное дело во всей стране (следует напомнить, что на огромной территории — Сибирь, Дальний Восток, Кавказ, Средняя Азия — ни земств, ни земской медицины тогда не было).

Кстати, немногим известно, что в начале XX в. принцип бесплатности земской медицины был узаконен правительством России. Когда в 1903 г. земство было введено в 6 западных губерниях — Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилевской, Подольской, — правительство В.К.Плеве утвердило специальное положение об управлении земским хозяйством, где в ст. 104 было сказано, что «во всех содержимых на земские средства сельских лечебных заведениях жители губернии пользуются бесплатно» (37). В 1913 г. затраты на здравоохранение составляли уже 63,7 млн. рублей или 25% всего земского бюджета. Если в 1870 г. было 613 земских врачей (кроме губернских городов), то в 1910 г. — уже 3802 (38).

О масштабах земской медицины позволяют судить данные 1910 г. Только в 34 земских губерниях действовало 1715 сельских (в среднем на 13 кроватей), 331 уездная (в среднем на 45 кроватей) и 32 губернских (в среднем на 190 кроватей) больниц, а также 45 психиатрических больниц на 23,5 тыс. кроватей. Кроме того, в этих губерниях у земской медицины было 22 фельдшерские и фельдшерско-акушерские школы и 14 акушерских школ. В 21 губернии были санитарные бюро, в 16 — санитарные врачи губернских земств в уездах, в 14 — осенние телятники и в 6 — бактериологические институты с пастеровскими отделениями.

Земская медицина создавала новые учреждения здравоохранения. В Нижегородском, Вологодском, Харьковском губернских земствах в 56 деревнях действовали летние детские ясли-приюты, в Екатеринославском, Саратовском, Петербургском — лечебно-продовольственные пункты для пришлых рабочих. Таврическое земство организовало в Саках грязелечебницу (39).

Представляют интерес цифры, которые позволяют в какой-то мере судить и о результатах деятельности учреждений земской медицины. Если в 1867 г. смертность в России составляла 37 на 1 тыс. населения, то в 1887 г. — 34, в 1907 г. — 28, а в 1917 г. — 27 (40).

Процесс строительства и функционирования земской медицины проходил непросто, главным образом, из-за конфликтов с властями (а не с земскими деятелями, как часто писали раньше). Бюрократическая царская администрация пыталась подчинить себе земских врачей. Эту цель преследовал, например, т.н. лечебный устав, появившийся 10 июля 1893 г. Однако земства встретили его решительным противодействием и путем открытого протеста, обструкций сорвали его применение. Подобных примеров за пятидесятилетнюю историю земской медицины было немало. «Государственная власть всячески стремилась отнять у земств (и, добавляю, земской медицины — М.М.) даже самые естественные проявления их «воли», — писал в 1915 г. А.И.Шингарев. В то же время стоит напомнить малоизвестный факт. В начале XX в. земские учреждения стали получать в виде субсидий средства от казны — в 1907 г. они составили 2,4 млн. рублей, в 1913 г. — уже 40,8 млн. рублей (41). Значительная часть этих средств шла на медицину.

Естественно, что у земской медицины были и недостатки. Один из самых существенных — ограниченность ее сферы действия. Земское самоуправление и, соответственно, земская медицина, даже в 1914 г. были распространены лишь в губерниях (да и то не во всех) Европейской части России. «Политика недоверия и к инородцам окраин, и к казачьему насе-

лению, и к глубоко демократическому составу жителей Сибири и пр. была тому причиной: так объяснял в 1913 г. политику царской администрации известный деятель кадетской партии А.И.Шингарев (42). Земские врачи призывали сделать все, чтобы земская медицина не была привилегией только относительно меньшей части территории и населения земских губерний, а стала достоянием всего населения в большей или меньшей мере, и чтобы она могла выполнять свое общественное и государственное значение «как единственно реальная у нас система санитарной охраны страны». Кстати, после февральской революции (1917) в планах Временного правительства было распространение земского самоуправления (и, следовательно, земской медицины) на всю территорию России.

Земская медицина представляла собой оригинальную и во многих отношениях уникальную систему здравоохранения. «Ни в Германии, ни в другой какой-либо стране культурного Запада нет организации врачебно-санитарного дела, вполне соответствующей нашей земской медицине» (43), — писал в 1912 г. З.Г.Френкель. Эта организация, с которой русские земские врачи неоднократно знакомили международную общественность (Международный съезд врачей в Москве, 1897; Международная гигиеническая выставка в Дрездене, 1911, и др.), завоевала заслуженную популярность. Например, на выставке в Дрездене немецкий профессор Гартнер, посетивший русский павильон с группой своих учеников-студентов и врачей Иенского университета, заявил, что «ваша земская медицина, эта совершенно неведомая сторона в жизни России, открывает нам новые широкие горизонты — обобществления всех видов врачебной помощи». При этом Гартнер особо указал на самую сильную и ценную сторону муниципализации всех видов врачебной помощи широким массам населения, каковою по всей своей природе и является земская медицина, — полное, так сказать, внутреннее слияние задач общественной санитарии с задачами индивидуальной помощи заболевшим (44).

Голландский гигиенист Сальтет отмечал «замечательную санитарную организацию у русских» и считал, что в Голландии следует осуществить такую же регистрацию заболеваемости. Позднее в Амстердаме создали медико-санитарное бюро, которое по методике русской земской санитарной статистики занималось статистикой заболеваемости. Известный немецкий статистик Е.Ресле, основательно проанализировав оригинальную, как он считал, русскую общественную медицинскую систему и методику статистики заболеваемости сельского населения, делал далеко идущий вывод: «Ясно, что этому самому могущественному из всех народов, так основательно исследующему свои жизненные условия и с такой преданностью думающему о том, как их улучшить, должно принадлежать будущее этого мира» (45).

Свидетельств высокого международного признания достижений земской медицины немало. Например, когда в начале 30-х годов организация гигиены Лиги наций выбирала наилучшую систему обслуживания медико-санитарной помощью сельского населения, ее эксперты после длительного изучения рекомендовали как наиболее совершенную и достойную для подражания схему развития «системы сельской гигиены», исключительно близкую к системе русской земской медицинской организации.

Стоит добавить, что ассамблея Всемирной организации здравоохранения (1952) в своих рекомендациях о развитии сельской медицины посчи-

тала целесообразным производить на первых порах объединение в сельской участковой больнице функций лечебной и санитарной медицины, т.е. то, что земская медицина России осуществила еще в 70-80-х годах XIX века. Важность введенного земской медициной участкового принципа медицинского обслуживания наглядно показала и конференция ВОЗ по проблемам первичной медико-санитарной помощи (1978).

Трудно переоценить значение земской медицины. «Такое оригинальное учреждение земская медицина, — писал С.Н.Игумнов, — такое ценное само по себе и такое прямо бесценное в нашей скучной культурной сокровищнице» (46). Все-таки следует особо подчеркнуть ее роль в создании советского здравоохранения. Именно из земской медицины взяли Н.А.Семашко и З.П.Соловьев почти все основные принципы — такие как бесплатность и общедоступность, профилактическое направление, участие общественности, т.е. самого населения в охране здоровья, единство науки и практики — в общем, почти все (за исключением государственного характера здравоохранения). Не лишним будет напомнить, что все это было использовано в решениях XXIII сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения, принявший резолюцию об основных принципах развития национального здравоохранения и рекомендовавшей их для практического применения.

О земской медицине России вновь и вновь заставляет говорить наша сегодняшняя жизнь. Еще раз напомню о Конституции, в которой говорит-ся (ст. 41) о развитии, в числе других, «муниципальной системы здравоохранения». Что она будет собой представлять, эта новая система? Споры об этом еще только-только разгораются... Думаю, что, по логике вещей, муниципальное здравоохранение призвано стать «земской медициной наших дней», продолжить ее славные традиции, поставить на службу современности ее богатейший опыт.

Земская медицина — национальное достояние России, оригинальная форма организации медицинской помощи — служит всему миру. Обращение здравоохранения современной России к опыту земской медицины — это веление времени.

XV.

РОЖДЕНО ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНОЙ: САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

(XIX в.)

Земская медицина, родившаяся в России в 60-х годах прошлого столетия и просуществовавшая чуть больше полувека, представляла собой поистине уникальное явление. Она обогатила практику охраны здоровья такими замечательными нововведениями как участковое обслуживание сельского населения, бесплатность и общедоступность врачебной медицинской помощи, постановка и решение задач общественной санитарии. Именно благодаря ей в медицинской практике появилось т.н. санитарное (точнее — санитарно-профилактическое) направление, сосредоточившее внимание на проблемах предупреждения болезней, на рациональной, базирующейся на научных основах, организации охраны здоровья населения.

1. Общественно-гигиенический характер

Уже вскоре после создания земств предпринимались попытки придать нарождающейся земской медицине общественно-гигиенический, санитарный характер. Так, начавший выходить тогда журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены» фактически впервые поднял важную проблему, обусловившую широкий интерес к санитарным исследованиям: это дало право доктору В.Н.Порай-Кошицу заявить, что «с развитием «Архива» начала развиваться и наша земская санитарная служба» (1).

В 60-70 гг. XIX века в некоторых губерниях все более определенно стали высказываться мнения о необходимости поставить в центр земской медицины врача-гигиениста, который смог бы осуществлять профилактические меры в интересах широких масс населения. В этом, бесспорно, сказывалось влияние духовного вождя и лидера русской медицины Н.И.Пирогова, который определенно заявил: «Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предохранительной» (2).

Кстати, небезинтересно напомнить, что, как писал М.Я.Капустин, «знаменитое изречение нашего патрона Н.И.Пирогова — «будущее принадлежит медицине предохранительной» — звучало ново не только для России, но и для большей части стран Западной Европы того времени» (3).

Передовые земские врачи не уставали подчеркивать, как говорилось на одном из Пироговских съездов, «всегдашнее настойчивое, красной нитью проходящее через всю земскую медицину стремление ее к санитарному направлению, иногда наперекор непреодолимым препятствиям, глу-

шившим осуществление этого стремления» (4). Находились даже такие горячие головы, которые обеспечение населения лечебной помощью вычеркивали из области общественной деятельности, считая лечение «частной потребностью, подлежащей удовлетворению за счет и страх отдельных лиц и частных обществ» (5). Впрочем, подобная и другие крайние точки зрения не вызывали отклика.

Следует сказать, что тогда, в 60-70 годы XIX века, правительственные органы фактически не занимались общественной санитарией. Вице-директор медицинского департамента министерства внутренних дел Бубнов, выступая 26 января 1886 г. на заседании известной комиссии С.П. Боткина, заявил, что медицинская администрация далека от санитарного дела, т.к. «учреждение, которое ведает ныне врачебную часть гражданского ведомства, было учреждено еще в то время, когда охранение народного здоровья считалось делом более полицейским, нежели врачебным, санитарным» (6).

Основная тяжесть общественно-санитарных мероприятий должна была лежать на земскую медицину. И это хорошо понимали передовые ученые и врачи. Не только среди врачей, но и среди земских деятелей, широкой общественности нашла резонанс инициатива, родившаяся в Полтавской губернии. Это был проект организации земской медицины, разработанный в 1867-1869 гг. комиссией Полтавского губернского земства под руководством председателя земского собрания и губернского предводителя дворянства, врача князя Н.А.Долгорукова. Первой задачей земской медицины, указывалось в этом проекте, является устранение причин заболеваний — общественная гигиена; намечалось оказание медицинской помощи заболевшим — общественное врачевание, а также обеспечение существования неимущих старцев, калек,увечных и пр. — общественное призрение. Итак, в сферу земской медицины по этому проекту должны были входить общественная гигиена, общественное врачевание и общественное призрение. К сожалению, Н.А.Долгоруков вскоре отошел от дел и его проект, уже одобренный земством, не был осуществлен.

Огромное значение для становления земской санитарии сыграла деятельность Общества врачей г. Казани, которое в 1870 г. возглавил известный патолог проф. А.В.Петров. В числе первоочередных проф.Петров выдвинул казалось бы чисто научную задачу — изучение в медицинском отношении местностей с целью поднять в них уровень общественного здоровья (7). Однако эта задача имела непосредственный практический выход. И уже вскоре член общества доктор Ю.Б.Укке из Самары представил проект учреждения должности и деятельности врача-гигиениста: этот проект был детально и благожелательно отрецензирован доктором В.О.Португаловым. Затем, по поручению общества, Португалов составил свою программу (8): одобренная обществом, она была представлена Казанскому губернскому земству.

Земские деятели не смогли оценить эту программу и не приняли ее, хотя и заинтересовались санитарными исследованиями и выделили даже средства на их проведение. Это помогло проф. А.В.Петрову вместе с доктором А.Я.Щербаковым объездить все уезды и представить в 1871 г. свой проект организации земской медицины, одобренный Обществом врачей: одним из главных положений было обязательное развитие, наряду с лечебной деятельностью, и гигиенического (санитарного) направления. С

этой целью предлагалось создать в губернском земстве институт врачей-гигиенистов и учредить санитарный комитет, куда бы вошли гласные и врачи, преимущественно гигиенисты, под руководством одного из них. Комитет должен был подчиняться только земскому собранию и не зависеть от земской управы. Последнее и стало причиной, по которой земские деятели отклонили проект А.В.Петрова и А.Я.Щербакова: правда, было признано полезным создать при земской управе санитарное отделение во главе с врачом.

Итак, продуманный и рациональный проект, по выражению С.Н. Игумнова, «рухнул в Казанском земстве, но в измененной редакции в то же время (1872 г.) был осуществлен Пермским губернским земством» (9). И связано это с деятельностью И.И.Моллесона — первого санитарного врача России.

Иван Иванович Моллесон (1842-1920), еще будучи врачом участковой больницы, в 1871 г. предложил Яранской уездной управе учредить должность санитарного врача. Земство согласилось с этим предложением. Уездное земское собрание постановило «пригласить врача-гигиениста, но прежде просить врача Моллесона выработать подробный и обстоятельный проект» (10) об обязанностях санитарного врача. О содержании этого проекта Моллесон сообщил Обществу врачей Казани — в ноябре 1870 г. он был избран действительным членом общества (11). В круг этих обязанностей входило: предупреждение и уничтожение эпидемических болезней; борьба с «заразительными болезнями», не эпидемическими (венерическими); борьба с прочими разнообразными острыми и хроническими болезнями; изучение всех влияний среды, подтачивающих здоровье человека. Санитарный врач должен был исследовать воздух и воду, выявлять причины эпидемий, участвовать в выборе места для новых поселений, вести санитарно-статистические исследования, наблюдать за чистотой, за продажей продуктов питания, изучать условия труда и быта населения и пр.

Уже в этом сообщении Моллесон высказал свое кредо врача-профилятика, сторонника общественной гигиены и санитарии как главного направления земской медицины. Обоснованию своих взглядов на земскую медицину И.И.Моллесон посвятил специальную работу, которая, по решению Общества врачей, была выпущена в Казани в 1871 г. отдельной брошюкой и вызвала большой интерес. Кстати, в 1971 г., к столетию со дня первой публикации, эта работа И.И.Моллесона была переиздана в Федеративной Республике Германии, в Штутгарте (12).

Основную роль в земской медицине Моллесон отводил не лечению (хотя он, конечно, и не думал отрицать лечебное дело), а предупреждению болезней: этого ждало от врачей общество. «Интерес общества — не интерес практика-филантропа, — подчеркивал Моллесон, — оно должно искать не излечения отдельных (изо ста одной) личностей, а уменьшения массы болезней и смертности в более широких размерах» (13).

С этой целью следовало осуществить в земской медицине ряд нововведений, прежде всего, в каждой губернии и каждом уезде ввести должности санитарного врача и ежегодно проводить съезды земских врачей. При этом права и обязанности санитарного врача должны быть признаны и утверждены правительством.

«Действуйте на причины болезней, уничтожайте их радикальными средствами, указанными наукой, и тогда все затраты ваши принесут ог-

ромный процент, так как болезнь исчезнет сама собой и останется лишь историческим фактом», — призывал И.И. Моллесон земских врачей (14).

Именно И.И.Моллесон стал первым в России санитарным врачом: в 1872 г. Пермское губернское земство предложило ему занять должность губернского санитарного врача, и он сразу же согласился.

Небезинтересно, что о целесообразности учреждения такой должности Пермская губернская управа решила посоветоваться с Н.И.Пироговым. Великий хирург поддержал инициативу пермяков, одобрил санитарное направление земской медицины и сообщил, что, по его мнению, земство должно обратить внимание на решение трех задач: внедрение и распространение оспопрививания среди местного населения; искоренение сифилиса; учреждение санитарных комиссий (15).

Эти три пироговские задачи стали главными в деятельности И.И.Моллесона. По его инициативе начала действовать санитарная комиссия, призванная исследовать санитарные условия губернии, изыскивать причины наиболее распространенных болезней, осуществлять некоторые меры по санитарному надзору и сокращению числа болезней (16). Сам Моллесон начал изучать распространение сифилиса в Соликамском уезде. Предусматривались и меры по оспопрививанию.

К сожалению, в результате конфликта с председателем губернской управы И.И.Моллесон уже через год вынужден был оставить свою должность. Он стал в 1873 г. санитарным врачом Шадринского уезда, в 1876 г. — врачом Ольховской участковой больницы, затем работал в г. Ирбите и только в 1883 г. возвратился в Пермь. В последующем он работал в земствах Саратовской, Тамбовской, Калужской и Воронежской губерний.

Среди первых санитарных врачей, чья деятельность заложила фундамент санитарной организации земской медицины, были В.О.Португалов и А.Н.Радаков (Вятская губерния), Е.А.Осипов, Е.М.Дементьев, А.В.Погожев, П.А.Песков (Московская), П.А.Добычин (Самарская), И.А.Дмитриев, Ю.Ю.Гюбнер, В.Ф.Нагорский (Петербургская), М.Я.Капустин и В.И.Долженков (Курская), П.Г.Брюховский и М.С.Уваров (Херсонская) и ряд других. Это были, как правило, наиболее компетентные специалисты, авторы научных трудов, не только практики, но и теоретики санитарно-профилактического направления.

Вот, например, как понимал обязанности врача-гигиениста (санитарного врача) один из пионеров земской санитарии В.О.Португалов: «Я не знаю врачей гигиенистов как узких специалистов, избравших эту отрасль как предмет своего направления, — говорил в 1870 г. В.О.Португалов. — Где они в Европе, а тем паче у нас? Вот почему я смотрю на гигиену не как на новую специальность в медицине, а как на новое направление в обширном значении слова... Санитарный врач, врач гигиенист: его специальность уже не лечение болезней, а лечение общественных недугов» (17).

2. Профилактическая деятельность

Собственно говоря, заниматься санитарно-профилактической деятельностью земские врачи начали еще в период становления земской медицины, в 60-70 годы, когда господствовала т.н. разъездная система медицинской помощи. В это время врачи, выполнявшие еще и санитарные

функции, стремились проводить специальное изучение своего региона с помощью особых экспедиций: их девизом было «изучение местности в санитарном отношении и в связи с этим изучение причин болезней и изыскание средств для постановления людей в лучшие гигиенические условия» (18): так поступали, например, И.И.Моллесон (в Пермской и Самарской губерниях), другие земские врачи. Однако раскрыть свои возможности санитарно-профилактическое направление смогло только тогда, когда в земской медицине была развернута сеть участковых больниц и земский врачебный участок стал надежной опорой проведения санитарных мероприятий. «Нормальное устройство земской медицины должно предшествовать и содействовать санитарным исследованиям губернии, а не наоборот» (19) — так считала, отстаивая единство профилактической и лечебной помощи населению, санитарная комиссия Московского губернского земства.

Впрочем, существовала и другая точка зрения, о которой вспоминал в 1907 г. земский врач 70-х годов Я.М.Белый. «На выработку правильной организации земского медицинского дела ухлопывались все наши силы и вся энергия молодости, — писал он. — Первые пробы земских врачей шестидесятников оставили мало следов в земско-медицинском деле, если не считать Пермской и Вятской губерний» (20).

Первоначально господствовало, пожалуй, мнение о необходимости поручить всю санитарную работу врачам земских больниц. Время, однако, показало, что загруженному множеством дел земскому врачу заниматься еще и санитарией было физически невозможно.

А что представляла собой земская санитария? Отвечая на этот вопрос на одном из Пироговских съездов, С.Н.Игумнов подчеркнул, что она «в своем прошлом всегда созидалась на социологическом основании, ее целью было изучение общих санитарных условий и удовлетворение общественных массовых нужд, а не частных потребностей, ее методом — статистика, пропаганда и общественная организационная деятельность» (21). В сущности, это был большой самостоятельный раздел работы, требовавший не только времени, но и специальных знаний.

С каждым годом становилось все яснее, что для организации более или менее планомерной медицинской деятельности земской медицине прежде всего необходимы репрезентативные данные о заболеваемости или, как тогда говорили, болезненности населения: эти данные можно было получить с помощью систематических и преемственных массовых наблюдений, т.е. с помощью методов санитарной статистики. Санитарная статистика, разработка демографических данных (рождаемости, брачности, смертности), данных о заболеваемости и смертности (взрослых и детей, жителей отдельных районов и пр., а также страдавших теми или иными заболеваниями) представляла собой достоверный и доступный метод исследования.

Следует напомнить, что уже в первые годы существования земской медицины появились медико-топографические описания отдельных селений и уездов, составленные земскими врачами по образцу таких же описаний своих коллег — военных и гражданских врачей XVIII в. и первой половины XIX в. Эти описания вызывали большой интерес, хотя вскоре стало ясно, что они дают лишь «моментальный снимок» явлений. А как познать их динамику, ход их развития? Это могло дать лишь непрерыв-

ное систематическое наблюдение в течение продолжительного времени. Такое наблюдение (санитарная статистика) стало одной из функций врачей земских больниц: позднее стало ясно, что санитарной статистикой должны заняться специалисты — санитарные врачи.

Санитарная статистика — важнейшее достижение русской земской медицины, которым по праву гордились земские врачи. Особенно это относится к статистике заболеваемости, которой в Западной Европе тогда, по сути, не было. К сожалению, земства не везде поддерживали статистические исследования: некоторые советские исследователи впоследствии пытались объяснить это тем, что земства якобы «боялись, что эти статистические таблицы раскроют картину их жестокой эксплоатации народных масс» (22).

Статистические исследования стали в первое время основным содержанием деятельности появившихся тогда земских медико-статистических бюро — эти органы избирались на съездах врачей. До 1890 г. было образовано 25 медико-статистических бюро (позднее они были преобразованы в санитарные бюро). В это же время, что очень важно, были сформулированы первые программы деятельности земских санитарных врачей: в их функции, помимо занятых санитарной статистикой, должны были входить еще и санитарный надзор и проведение разного рода оздоровительных, в особенности профилактических мероприятий.

Земский врач, справедливо утверждали передовые русские ученые и врачи, и их мнение всякий раз звучало на Пироговских съездах, это «врач всего населения и должен быть стражем и печальником его санитарных нужд; он их изучает, а потому не только прописывает рецепты, но и регистрирует. Он — врач общества, служитель общего блага, радетель широких народных нужд» (23). Это теоретическое представление находило практический выход в санитарно-профилактической деятельности врачей земских больниц, в деятельности специальных санитарных врачей уездных и губернских земств.

Следует, правда, сказать и о том, что санитарно-профилактические идеи порой не находили поддержки у земских врачей. Были среди них и такие, кто считал, что основные усилия, а, следовательно, и финансовые средства земской медицины, должны быть направлены лишь на расширение сети участковых и других земских больниц, увеличение числа врачей, улучшение лечебной помощи населению. Так, врачебный совет Змиевского уезда Харьковской губернии 2 июня 1909 г. решил: «Признавая в принципе желательным существование института санитарных врачей, тем не менее (совет) смотрит на этот институт в настоящее время как на предмет роскоши для земской медицины и считает учреждение должности санитарных врачей в губернии в настоящее время несвоевременным и нерациональным... гораздо производительнее было бы расходовать... не на санитарную организацию... а на улучшение общей постановки земской медицины в губернии и главным образом путем сгущения медицинской сети участков, считая этот путь могучим фактором» (24). И это был, к сожалению, не единичный факт. Такое же постановление вынес (сентябрь 1909 г.) санитарный совет Кирсановского уезда Тамбовской губернии (25).

«Антипрофилактические» высказывания звучали даже на пироговских съездах, явившихся, по сути, высшими собраниями врачебной об-

щественности России. Так, на V пироговском съезде доктор Г.М.Герценштейн заявил: «Гигиена не имеет средств бороться с вынужденным вегетарианизмом русского народа... Пока русский народ разъедает язва сифилиса, терзают эпидемии, уродует оспа, малярия мешает работе — все это дает высокий процент смертности и низкую продолжительность жизни. Надо дать страдальцам медицинскую помощь» (26). Под «медицинской помощью» подразумевалось исключительно лечебное дело.

Кстати, объяснение, которое давалось в 20-30 годы такому отношению земских врачей к санитарной деятельности, и сейчас поражает своей идеологической заданностью. «Санитарно-оздоровительные мероприятия проявляются не сразу, — писал журнал «Врачебное дело» (1929). — Для того, чтобы оценить их, надобен кругозор, но ведь его не было и не могло быть у мелкой буржуазии (т.е. у земских врачей — М.М.)... Только те из земских врачей, кто мог подняться идеологически на высшую ступень, смогли обобщить и понять паллиативную и вспомогательную роль лечебной медицины и стать на санитарные и даже социально-гигиенические позиции» (27).

Итак, отрицание профилактики — крайняя точка зрения — не получила поддержки у врачебной общественности. Зато все большее признание получала мысль о необходимости для земского врача, наряду с лечебной, заниматься и санитарно-профилактической или, как тогда говорили, гигиенической деятельностью. В подтверждение можно привести много фактов. Но вот лишь один: «В Московском земстве давно признано, что земская медицина должна иметь санитарное направление по преимуществу», — писали Е.А.Осипов, И.В.Попов и П.И.Куркин (28).

Поистине пророческими оказались слова И.И.Моллесона, сказанные 10 сентября 1871 г. на заседании общества врачей г.Казани: «Самая идея — ожидание благоденствия не от лечения уже заболевших, а от предостережения здоровых от этих заболеваний, ставя их в известную обстановку, — не может считаться подлежащей сомнению или спору» (29).

Первоначально санитарно-профилактическая деятельность земских врачей далеко не везде получала поддержку. Действительно, если лечебная работа была вполне осозаемой и характеризовалась числом принятых и вылеченных больных, количеством операций и т.д., то судить о работе санитарных врачей было нелегко (за исключением периодов эпидемий). Однако постепенно положение изменилось. Все большее признание получал один из самых весомых аргументов в пользу санитарной организации в земской медицине — нараставшее понимание того, что одна лечебная медицина не в состоянии справиться с болезнями, в особенности инфекционными, что необходимо больше заниматься профилактической деятельностью.

«Как решает земство эту задачу «народного здравия?» — задавали вопрос земские врачи. — Какую систему выработало оно по части медицины? — и отвечали: ...Никакой системы еще не выработано, никто не думает еще серьезно о народном здравии и не понимает его возможности и все относятся к делу самым наивным образом, предоставляя все в руце Божии» (30). Действительно, в начале 70-х годов продуманная система земской медицины еще только создавалась. И о том, какой ей быть, существовали различные мнения.

«Забота «об обеспечении народного здравия», которая лежит на земстве, ...может быть двух родов, — считал земский врач И.И. Моллесон. — Во 1-х, можно лечить уже существующие болезни, что теперь и делают с грехом пополам врачи-терапевты (лечители), и, во 2-х, можно заботиться о предупреждении появления болезней, — обязанность, которую должны выполнять, еще почти не существующие у нас, санитарные врачи, гигиенисты» (31).

3. Предупреждение болезней

Мысль о необходимости предупреждения появления болезней, о создании санитарной организации завоевывала умы и сердца земских врачей. «Мысль, что земская медицина из лечебной должна перейти в санитарную, цель которой уменьшать причины заболеваний, все более и более получает право гражданства», — утверждала, например, отражая мнение врачебной общественности, газета «Земский врач» (32). Об этом вскоре стали говорить и в земствах (например, в 1889 г. на сессии Таврического губернского собрания), и в органах правительственной власти (губернатор Бессарабской губернии, 1890, и др.), а Херсонское губернское земство решило даже в 1889 г. определить дальнейшее направление существовавшей здесь с 1886 г. санитарной организации.

Что же должна была делать санитарная организация? «Всякая санитарная организация, — считал А.В.Корчак-Чепуровский, — ставит задачей: 1) изучение явлений общественного организма, благоприятно или вредно отзывающихся на здоровье его, и 2) указание средств борьбы с вредными, и способов проведения в жизнь — полезных для здоровья этого общественного организма факторов» (33). Из этого вытекали ее задачи как прикладной гигиены, опирающейся на гигиеническую науку и руководствуясь такими способами изучения, как санитарная статистика состава, движения и заболеваемости населения и экспериментальное изучение химических, физических, эпидемиологических и других факторов внешней среды, влияющих на здоровье населения. Кроме того, важной была и разработка вопросов эпидемиологии (применительно к местным условиям). Наконец, особое значение приобретал контакт санитарной организации с лечебной медициной.

Соответственно, формулировались и задачи, входящие в круг деятельности санитарного врача. «В противоположность существующему, сложившемуся в доземский период взгляду на санитарно-эпидемического врача как на агента исключительно медико-полицейского надзора, — говорилось, например, на съезде врачей Вологодской губернии, — деятельность земского санитарного врача должна исходить всегда из основного стремления к пробуждению в области народного здравоохранения общественной самодеятельности во всех ее видах и формах, а также в непосредственной борьбе с эпидемиями» (34). К сожалению, в наши дни большинство санитарных врачей уже превратилось или превращается в «агентов медико-полицейского надзора»: завет земских врачей о пробуждении общественной самодеятельности только декларируется, да и то не везде.

Именно санитарный (санитарно-эпидемический) врач призван был стать организатором земской медицины в уезде — он должен был стать

непременным членом уездного санитарного совета. Разумеется, всю свою деятельность он основывал на санитарно-статистических данных, поступавших в уездную управу, санитарный совет и губернское санитарное бюро. Анализ заболеваемости населения, прежде всего сельского, в то время указывал на большой процент инфекционных болезней — брюшного и сыпного тифа, кровавого поноса (дизентерии), скарлатины, кори, дифтерии, оспы и пр. Неудивительно, что противоэпидемическая работа оставалась для санитарного врача главной, первоочередной. Обычно он выезжал в эпидемические очаги и оставался там до прекращения эпидемии, стараясь на месте выяснить причины и условия ее развития и распространения, а потом вместе с врачом участковой больницы вырабатывая и осуществляя те или иные противоэпидемические меры. Особое место занимала специфическая профилактика инфекционных заболеваний — оспопрививание, другие прививки. Подобное содержание противоэпидемической деятельности земских врачей стало в дальнейшем основой деятельности советского здравоохранения в борьбе с эпидемиями — и в 20-30 годы, и в последующее время.

Не следует, однако, полагать, что санитарные (санитарно-эпидемические) врачи занимались только санитарно-профилактическими вопросами. Отнюдь: их деятельность простиралась на многие стороны земской медицины, такие, например, как анализ деятельности врачей, фельдшеров и акушерок, состояние тех или иных видов медицинской помощи (например, акушерской, офтальмологической, терапевтической и пр.) и меры по ее улучшению — в общем, то, что входит сейчас в компетенцию организаторов здравоохранения, руководителей управлений и отделов здравоохранения. Вот один лишь пример. На VII съезде врачей Вологодской губернии санитарно-эпидемический врач К.Н.Смирнова сделала обстоятельный доклад об акушерской помощи населению в уездах Вологодской губернии в 1903-1907 гг., в котором проанализировала состояние родовспоможения и высказала дальние предложения по приближению врачебной помощи к населению, устройству родильных приютов и пр.

В обязанности санитарного врача входило руководство санитарным надзором и непосредственное наблюдение за исполнением обязательных санитарных постановлений. Он должен был, например, осуществлять надзор за промышленными заведениями и зданиями — рассматривать планы вновь открываемых и перестраиваемых фабрик, заводов и других промышленных предприятий и давать заключения о них уездной управе, проверять, соответствуют ли построенные предприятия утвержденным планам, участвовать в выборе места и проектов вновь строящихся школ, больниц, приютов, а затем контролировать их санитарное состояние и т.п. В круг его обязанностей входили и организация санитарного надзора и санитарных мероприятий в местах временного скопления населения (ярмарки, лесозаготовки и пр.).

В обязанности санитарного врача входила и исследовательская работа. На основании разработки общего или специального санитарно-статистического материала и данных по движению населения (демографических данных) следовало проводить специальные исследования наиболее вредных условий труда и быта, а также особо неблагополучных в санитарном отношении местностей в уезде, чтобы выработать меры их оздоровления: осуществлением таких мер призваны были заняться уездное и губер-

нское земство. Сюда же относилось и систематическое, планомерное санитарное описание в уездах школ, фабрик, заводов и торгово-промышленных заведений, источников водоснабжения и т.п. — это помогало в решении вопроса о благополучии или неблагополучии той или другой местности, той или другой части населения.

Одной из лучших в России была санитарная организация Херсонского земства: здесь работали такие известные врачи, как М.С.Уваров и Н.И.Тезяков, П.Н.Диатропов и А.В.Корчак-Чепуровский, Н.П.Васильевский и С.Н.Караманенко, Е.И.Яковенко и К.В.Товстицкий, П.Ф.Кудрявцев и И.Н.Позубов, В.В.Хижняков и ряд других. Херсонские санитарные врачи прославились своими санитарно-статистическими исследованиями, на которые неоднократно ссылались не только ученые-медики, но и экономисты, философы, политики. Занимались они и санитарным надзором, противоэпидемической деятельностью. Кроме того, исходя из местных условий, санитарные врачи приняли на себя руководство всей медицинской, в т.ч. лечебной, деятельностью врачей, фельдшеров и акушерок во всех уездах губернии, особо подчеркивая профилактическую направленность в охране здоровья.

Заслуженной славой пользовались санитарные врачи Московского губернского земства, прежде всего, Е.А.Осипов (1841-1904) — с его именем связано фактически создание санитарной организации Московской губернии. Выпускник Казанского университета, Осипов с 1870 г. работал земским врачом в Самарской губернии и с самого начала проявил себя как сторонник санитарно-профилактического направления: его доклады на губернских съездах врачей, статьи в научных журналах уже тогда привлекали внимание общественности.

В 1873 г. Московское губернское земство учредило санитарную комиссию и пригласило Е.А.Осипова «для занятий по указаниям комиссии и для выполнения санитарно-статистических работ». Это скромное начинание стало основой возникшей в Московской губернии санитарной организации: в 1885 г. комиссия была преобразована в губернский санитарный совет, бюро при ней — в губернское санитарное бюро, был введен институт санитарных врачей. Е.А.Осипов стал руководителем земской санитарной организации Московской губернии — на этой должности он проработал 20 лет и многое сделал для того, чтобы эта санитарная организация стала лучшей в России. Он разработал принципы работы сельского врачебного участка, предложил и осуществил программу санитарного исследования губерний, изучал заболеваемость населения и разрабатывал меры по ее снижению. Е.А.Осипов и его соратники Ф.Ф.Эрисман, А.В.Погожев, Е.М.Дементьев, П.А.Песков, П.И.Куркин и др. словом и делом выступали за приоритет санитарного направления в земской медицине: в этом немалую роль сыграло Общество русских врачей в память Н.И.Пирогова, одним из активных деятелей которого и руководителем секции общественной медицины был Е.А.Осипов.

Первенствующее значение земской санитарной организации как основного проводника санитарно-профилактического направления в земской медицине сказывалось и в сложившихся с годами структурных формах и методах деятельности. «Стройная и правильная врачебно-санитарная организация губернии, — считал один из видных деятелей земской медицины Д.Н.Жбанков, — должна состоять из следующих учреждений:

периодические губернские съезды врачей и представителей земств, губернский санитарный совет, уездные санитарные советы, участковые санитарные советы или санитарные попечительства, санитарные бюро и санитарные врачи и, как базис всей этой системы, участковые земские врачи» (35).

4. Санитарные советы

Особое значение имели губернские санитарные советы. В каждый такой совет входили земские деятели — вся губернская земская управа, 3-7 гласных губернского собрания, городской голова губернского города, председатели уездных земских управ, а также врачи — врачебный инспектор, правительственный чиновник, старшие врачи соматической и психиатрической больниц, земские врачи (по одному от каждого уезда — их выбирали уездные санитарные советы), все санитарные врачи губернского земства, заведующий бюро и его помощник, губернский ветеринарный врач (правительственный чиновник). Впрочем, состав их сильно варьировался. Так, Харьковский губернский санитарный совет включал более 30 членов, в т.ч. председателей всех уездных управ и врачей из каждого уезда. Совет заседал 2 раза в год, его решения давали опору и направление работе санитарного бюро. По такому же принципу были построены и действовали санитарные советы в Екатеринославской и Таврической губерниях.

Важно отметить главное: санитарный совет отнюдь не являлся медицинским органом, скорее наоборот, это был орган и инструмент земства. Возглавлял совет обычно председатель губернской управы. Заседания проводились не менее двух раз в год. О деятельности совета губернская управа регулярно сообщала губернскому собранию.

Считалось, что санитарный совет состоит при губернской управе в качестве совещательного органа и поэтому должен курировать все вопросы земской врачебно-санитарной деятельности — например, обсуждать меры борьбы с эпидемиями, рассматривать состояние врачебной помощи, анализировать проекты смет губернских лечебных заведений и санитарных учреждений, давать заключения о соответствии земских построек — таких как больницы, школы, приюты — требованиям санитарии и гигиены и пр.

В идеале все выглядело замечательно. Однако на практике... Как ни странно, но в ряде губерний санитарные советы встретили со стороны земских управ, как утверждала газета «Земский врач», «отрицательное и даже враждебное отношение». Парадоксальность такого положения, существовавшего, например, в Черниговской губернии, удивляла и поражала земских врачей. «Существование советов является какой-то фикцией, — с горечью отмечал В.Баталин. — Так как созыв совета зависит от управ, то управа всегда имеет возможность фактически уничтожить совет — стоит только не созывать его. Но мало этого: приведение в исполнение постановлений совета зависит также от управы: не хочет управа исполнять и не исполняет» (36).

Более того, в некоторых губерниях положение было еще хуже. Так, по словам А.В.Корчак-Чепуровского, херсонские правители земства питали к врачам — социальным гигиенистам звериную ненависть (37). А хер-

сонский губернатор, выступая на земском собрании 10 октября 1900 г., прямо предупреждал гласных, «что в лице Общества охранения народного здравия (в его состав входили многие авторитетные земские врачи — М.М.) земство найдет не пособников, а злых врагов» (38).

Несмотря на очевидную пользу, губернские санитарные советы активно действовали далеко не везде. Так, в 1910 г. из 34 земских губерний в 13 — в т.ч. в таких передовых с точки зрения земской медицины, как Бессарабская, Казанская, Пермская, Херсонская, Черниговская и др. — этих советов не было, а еще в 10 они работали вполсилы, собираясь от случая к случаю.

Непосредственными рабочими органами земских санитарных организаций были губернские санитарные бюро. В Московской губернии, например, где сложилась наиболее продуманная система земской медицины и санитарии, губернское санитарное бюро состояло при губернской земской управе и было, во-первых, ее специальным отделением по врачебно-санитарной части и, во-вторых, исполнительным органом губернского санитарного совета и губернского съезда врачей. Главными его функциями были: распорядительно-организационные по врачебно-санитарной части и руководящие по санитарно-статистическим работам Московского земства. Можно сказать, что санитарное бюро было центральным медицинским учреждением Московского земства. Как вспоминал С.И.Мицкевич, это бюро «было своего рода лабораторией московской земской медицины и, пожалуй, и общероссийской, так как по земской медицинской организации Московской губернии старалась равняться вся земская Россия» (39).

Примеру москвичей следовали и в других губерниях: везде роль и значение санитарных бюро возрастали. «Санитарное бюро именно и является тем центральным пунктом организации, где, как в фокусе, объединяются обе стороны земской медицины в губернии — врачебная и санитарная», — считал Е.А.Осипов (40). Позднее их функции расширились и в Московской, и в других губерниях: фактически они стали своеобразными организационно-методическими центрами земской медицины и санитарии.

Вопрос о руководящей роли санитарных бюро (и вообще санитарной организации) в земской медицине заслуживает отдельного рассмотрения. Известно, что в начале 20-х годов, когда процесс становления советского здравоохранения начал набирать силу, вновь возник вопрос о путях его развития, о роли и месте санитарной организации и санитарных врачей. «Сохранившаяся еще в здравотделах группа старых пироговцев (т.е. деятелей земской медицины — М.М.) пыталась установить гегемонию в проведении профилактических начал работы участка за санитарными врачами, стремясь вновь вернуть санитарной организации ведущую роль в отношении деятельности лечебной медицины, — объяснял И.Д.Страшун. — Под новым названием крылась старая тенденция земских санитарных врачей непосредственно и повседневно руководить участковыми врачами, но уже не только в деревне, как это было в царской России, а и в городских лечебных учреждениях» (41).

В этом объяснении, правомерность которого можно и должно оспаривать, прослеживается «идеологическая заданность», негативное отношение, существовавшее в 20-е годы к земской медицине и ее деятелям — «старым пироговцам», земским санитарным врачам с их «старой тенденцией» и пр. Необъективность сказывается и в том, что точка зрения о ве-

дущей роли санитарной организации объявляется не соответствующей «принципам советской медицины». Действительно, как считал в 20-е годы один из руководителей Наркомздрава З.П.Соловьев, «санитарный врач работает и в исполкоме, и в секции здравоохранения, но работает как санитарный врач, а не как руководитель дела здравоохранения в волости... Санитарный врач таким образом освобождается от общей организационной работы и может максимум своей энергии и компетенции употребить именно на профилактическую работу» (42).

Не исключено, что стремление освободить санитарных врачей от «общей организационной работы» диктовалось прежде всего политическими соображениями — недоверием к старой интеллигенции, стремлением не допустить деятелей земской медицины и «старых пироговцев» к активному руководству советским здравоохранением, ограничить их функции ролью «узких специалистов» по санитарии, бактериологии и эпидемиологии. Во всяком случае, мысль об освобождении в начале 20-х годов санитарных врачей от тех широких функций, которые они выполняли в земской медицине, представляется далеко не бесспорной. Как, кстати, и бытовавшее до последнего времени мнение, что «только исследователи-марксисты сумели распознать и правильно охарактеризовать коренные изменения в общественной медицине, происшедшие за весьма короткий срок» (43).

Губернские земские санитарные бюро призваны были заниматься еще и «различными исследованиями санитарного характера». Удавалось это, однако, не везде. Так, в Вологде губернский съезд врачей признал, что « входящие в программу деятельности санитарного бюро различные исследования санитарного характера не могли быть выполнены в должном объеме вследствие малочисленности врачебного санитарно-эпидемического персонала, занятого все время борьбой с эпидемиями» (44). Для исправления положения считалось необходимым увеличить число этих специалистов до 10, по одному на каждый уезд.

В Херсонской губернии санитарное бюро было организовано уже в 1882 г.; вскоре же во всех уездах появились санитарные врачи. Здесь удавалось проводить поучительные исследования, как и в Харьковском санитарном бюро, которое с 1904 по 1918 гг. возглавлял С.Н.Игумнов, и в некоторых других.

Что касается уездных санитарных врачей, то их содержало губернское земство; и хотя работали они при уездных упрахах, уволить или вновь назначить их могли только в губернском центре: это давало уездным санитарным врачам определенную независимость. Они ведали всей земской медициной уезда, разрабатывали данные санитарной статистики, занимались осуществлением санитарных и, что особенно важно, противоэпидемических мероприятий: в некоторых губерниях (например, в Херсонской) деятельность по борьбе с эпидемиями была возложена на уездные земства, а губернские принимали участие лишь в случаях чрезвычайных (45). Позднее, в начале XX века, в уездах, кроме санитарных врачей, появились еще врачи-бактериологи, работавшие в санитарно-бактериологических лабораториях, и врачи-эпидемиологи, непосредственно занимавшиеся организацией противоэпидемической деятельности. Подобное разделение сил диктовало структуру и методы деятельности санитарной организации и сохранялось в здравоохранении нашей страны долгие годы, вплоть до наших дней.

Как оптимистически смотрели в будущее земские врачи в 80-90 гг.! «Для будущего земской санитарии можно признать уже тот факт знаменательным, — считал А.В.Корчак-Чепуровский, — что если еще и мало земств ввели санитарную организацию, то, кажется, нет еще такого, которое извело бы ее; ясно, что сознание или вера в своевременность и необходимость возникновения этой отрасли земской медицины окрепли» (46).

Увы, этому оптимистическому прогнозу, для которого тогда были, казалось, все основания, не суждено было оправдаться. Более того. Есть все основания констатировать, что с самого начала большинство земств определенно противились созданию санитарной организации. Одной из причин, по мнению авторитетного земского врача С.Н.Игумнова, была «боязнь ее (т.е. санитарной организации — М.М.), предчувствие, что как только она окрепнет, земству и более всего управе придется считаться с нею, подпасть под ее влияние, что не только инициатива, но и вся постановка дела отойдет от управы к ней... Опасались этого не столько управы, сколько рядовые гласные земских собраний, не раз формально запрашивавшие управу, не связывают ли им руки врачебные советы, санитарные бюро» (47).

Эти опасения, на первый взгляд, выглядели по меньшей мере странно, хотя тот же С.Н.Игумнов считал их не совсем беспочвенными. Стремление земских врачей поставить врачебные советы или санитарные комиссии в положение самостоятельных органов, независимых от управы, которой приходится приводить в исполнение их постановления (а такое стремление ясно определялось даже в составленном еще в 1871 г. проекте председателя Общества врачей г. Казани проф. А.В.Петрова), встречало решительное противодействие и земцев, и администрации. Основа их возражений была в том, что только управа, избранная земским собранием, может быть самостоятельным органом, а отнюдь не коллегия врачей, состоящая на службе и под контролем управы. И в этом был резон.

Зато совершенно необоснованным был другой момент. Не вникая или не желая вникнуть в сущность намечаемых мер, земские деятели требовали от санитарных врачей, от всей земской санитарии быстрого и осозаемого, сиюминутного эффекта. Это нередко приводило к конфликтам, порой даже к фактической ликвидации земской санитарии в некоторых уездах и даже губерниях. Так, в Черниговской губернии создали санитарное бюро в 1882 г., но уже через год якобы из-за недостатка средств закрыли. Потом опять открыли в 1889 г., но в 1893 г. снова закрыли, и только в 1916 г. решили его воссоздать. В Бессарабской губернии санитарное бюро, открытное в 1892 г., было закрыто в 1897 г. решением губернского земского собрания по инициативе известного реакционера М.В.Пуришкевича, ярого противника санитарной организации: вновь открыли его лишь в 1912 г., после эпидемии холеры 1910 г. В Екатеринославской губернии санитарное бюро учредили в 1896 г., но в 1905 г. закрыли: только в 1907 г., когда председатель губернской управы М.В.Родзянко ушел в Государственную Думу, удалось восстановить санитарную организацию.

В Харьковской губернии санитарная организация была введена особым постановлением губернского земского собрания в 1902 г., к середине 1903 г. губернское земство решило упразднить должности 8 санитарных врачей. Сделано это было как «временная мера», зато причина была постоянной, знакомой нам и сегодня — «недостаток средств, денежные за-

труднения». Однако вскоре земцы опомнились. Уже в 1907 г. губернское земское собрание подвергло сомнению правильность этой меры, а в 1908 г. губернская управа внесла на очередное губернское земское собрание предложение возобновить деятельность санитарной организации (48).

В общем, скептическое, если не враждебное отношение земств к санитарной организации, к санитарно-профилактическому направлению земской медицины, было фактом. И недаром еще в январе 1902 г. на III Пироговском съезде в Москве В.И.Долженков с горечью отмечал, что земская санитарная организация возникла пока только в трех наиболее богатых земствах — Московском, Херсонском и Петербургском, учреждается в Харьковском и поставлена на очередь еще в нескольких (49).

Кардинальных перемен не произошло и в последующие годы. Даже в 1910 г. санитарные организации существовали только в 20 земских губерниях из 34, причем лишь в 11 были уездные санитарные врачи. В то же время было закрыто 15 ранее существовавших земских врачебно-санитарных бюро (из них 7 — в течение 1905-1906 гг.), хотя и продолжали работать сотни санитарных врачей. Эти данные приводились на XI Пироговском съезде (50).

Вероятно, эти факты и дали основание некоторым советским врачам (И.А.Арнольди и др.) в конце 20-х годов считать, что хотя «земская медицина по своей тенденции являлась санитарной, но и санитарные мероприятия, столкнувшись с классовыми (!) интересами земства, вынуждены были свертываться, терпели поражение» (51).

И хотя это идеологизированное объяснение вряд ли приемлемо, ясно одно: говорить о существовании в земской медицине единой санитарной организации нельзя. Состав санитарных организаций был различным: в одних губерниях работало от 12 до 18 врачей (Московская, Пермская, Петербургская, Новгородская) и много вспомогательного персонала, в других — только один врач, заведующий санитарным бюро, и два-три счетчика (Казанская, Калужская, Олонецкая, Пензенская и др.).

«В общей сумме действующая санитарная рать, — считал Д.Н. Жбанков, — в 20-ти земских губерниях, где есть в настоящее время (т.е. в 1910 г. — М.М.) какая-либо организация, состоит из 142 врачей, 20-ти заведующих бюро, 8-ми помощников, 90 санитарных и санитарно-эпидемических врачей и 24-х постоянных эпидемических врачей» (52). Жбанков добавлял, что «при обсуждении успехов и результатов земской санитарии никогда не следует забывать об этой микроскопически малой рати работников и проводников санитарного дела, а также о тех ничтожных материальных средствах, с которыми им приходится работать». Средства эти действительно были небольшими: из общей сметы 30 губернских земств в 31 миллион рублей на санитарную часть расходовалось 929 тыс.рублей, т.е. 2% (53), причем основные средства шли на противоэпидемические мероприятия. Правда, следует учесть и добавку: в последнее десятилетие перед 1 мировой войной российское правительство предоставило дотации земству — сначала на агрономические меры и на земские школы, а с 1911-1913 гг. — на санитарные мероприятия, такие как устройство водоснабжающих сооружений, постройку заразных бараков, дезинфекционных камер и пр. Эти дотации вдвое увеличивали ассигнования на санитарию (54).

5. Санитарные попечительства

Благодаря земским санитарным врачам родились важные начинания в области сельской санитарии и гигиены, такие как создание лечебно-проводольственных пунктов для пришлых наемных рабочих. В Херсонской губернии, например, начиная с 1892 г. открывалось до 17 таких пунктов ежегодно для 30-80 тыс. человек. В Екатеринославской губернии в 1912 г. было 17 пунктов для свыше 33 тыс. человек. Деятельность этих пунктов, помимо социальной помощи, помогала организовать текущий санитарный надзор, предупредить распространение эпидемических заболеваний.

Большую роль сыграли сельские ясли-приюты, создаваемые для детей в страдную пору. В Харьковской губернии в 1910-1913 гг. открывалось в год около 100 таких яслей на 6-9 тыс. детей, а позднее — от 300 до 429 на 50 тыс. детей. В Екатеринославской губернии в 1915 г. их было 73 на 8 тыс. детей, а в Полтавской в 1898-1902 гг. — от 50 до 150 на 10 тыс. детей (55). Эти ясли-приюты помогали бороться с высокой заболеваемостью и смертностью детей: они стали прообразом создававшихся у нас в стране в течение многих десятилетий т.н. «колхозных (совхозных) летних детских яслей».

Забота о рациональном водоснабжении на селе также была в поле зрения санитарных врачей. По их рекомендации устраивались буровые, трубчатые и шахтные колодцы, кое-где — водопроводы. А в Московской губернии земские санитарные врачи осуществляли особый санитарный надзор на фабриках и заводах, в школах и лечебных заведениях. Особое внимание и здесь обращалось на улучшение водоснабжения сельского населения — охрану естественных водоемов, наблюдение за устройством колодцев и пр.

Наконец, трудно переоценить значение санитарного просвещения населения, распространения гигиенических знаний — важность этого подчеркивал еще Н.И.Пирогов (1869) в своем письме Полтавскому земству, когда указывал, что «земской медицине придется бороться с невежеством народных масс и видоизменить целое их мировоззрение».

Внедрить в практику санитарное просвещение как неотъемлемую часть земской санитарии (санитарно-профилактического направления в земской медицине) пытались еще в 70-80 гг.: позднее на V пироговском съезде (1889) врачи ходатайствовали перед правительством «о дозволении врачебному сословию, как то существует для духовенства, устно и письменно знакомить народ со сведениями по медицине и гигиене» (56). Но только в начале XX века земские врачи широко развернули санитарное просвещение сельского населения. Издание листовок и брошюр, народные чтения и беседы со световыми картинами, передвижные выставки — все это и многое другое входило в арсенал земских врачей, решавших одну из основных задач земской санитарии — поднять санитарную культуру народа. Стоит добавить, что советское здравоохранение, широко развернувшее, особенно в 20-30 годы, санитарно-просветительную работу, руководствовалось, в основном, опытом земской санитарии, продолжало и развивало традиции земских врачей.

«Работа врача, отделенного от населения, без помощи этого населения не могла быть благоприятной», — говорил на XI Пироговском съезде доктор С.Ф.Галюн (57). Вероятно, именно поэтому земская медицина

выдвинула идею создания санитарных попечительств как формы самодеятельности населения в отношении санитарного благоустройства и других санитарных нужд. Их устраивали еще в 70-х годах, но тогда они не привились.

В 90-х годах — начале XX в. земские врачи вновь обратились к санитарным попечительствам как постоянным учреждениям, располагавшим средствами, способным решать задачи, которые ставили перед ними медики. Пожалуй, первыми это осознали земские врачи Вологодской, Костромской, Екатеринославской и некоторых других губерний. Они активно помогали созданию и деятельности санитарных попечительств — своеобразных санитарных органов, представлявших населению возможность помочь земской медицине, а врачам — опираться на помочь населения в проведении санитарно-профилактических мероприятий. Кстати, отсюда, от земской медицины, идет тот принцип опоры на население, самодеятельности населения, который впоследствии стал одним из основополагающих в советском здравоохранении.

Санитарные попечительства (одно или несколько) устраивали на территории, обслуживаемой участковой больницей. Сами попечители избирались уездным земским собранием из местных жителей, пользующихся «добрым именем и доверием», числом не менее 5 на каждый участок. У них были документы — открытые листы от земской управы, дававшие право беспрепятственного санитарного осмотра торговых и промышленных заведений и других мест, подлежащих санитарному надзору. О своих действиях, о санитарном состоянии они сообщали участковому попечительству, медикам земского участка.

Деятельность попечительств регулировалась особыми уставами и правилами. В их задачи входило: следить за разного рода «вредными влияниями» на здоровье населения и принимать меры к их устраниению; руководить санитарными попечителями в проведении санитарного благоустройства; всячески помогать земским медикам в борьбе с эпидемическими и другими болезнями; помогать в призрении бесприютных и хронических больных и беспризорных детей. Средства санитарных попечительств складывались из различных пожертвований, а иногда — сумм, ассигнованных земством.

Следует отметить, что санитарные попечительства нередко занимались не только медицинскими проблемами, но и другими — такими как дороги, экономическая помощь, устройство низших и средних учебных заведений, библиотек и т.п. Это объяснялось тем, что, как говорил на XI Пироговском съезде доктор С.Ф.Галюн, «отсутствие местных органов самоуправления, направляло в русло работы санитарных попечительств и удовлетворение культурных, выросших в последнее время потребностей, а отсутствие благотворительных учреждений в деревне — и цель благотворительности» (58).

Как показывали протоколы собраний санитарных попечительств, которые печатались во врачебно-санитарных хрониках губернских земств, эти попечительства занимались широким кругом вопросов санитарно-профилактического характера. Санитарное благоустройство сел и деревень, водоснабжение, санитарное состояние площадей, рынков, улиц, дворов, влияние отходов производства промышленных предприятий на здоровье населения, предупреждение эпидемий, устройство летних яслей-приютов для

детей, санитарное состояние школ, устройство школьных горячих «приварков» (завтраков, обедов) и снабжение бедных школьников обувью и одеждой, общественное призрение престарелых — все эти и многие другие вопросы входили (вольно или невольно) в круг дел санитарных попечительств.

В 1903 г. Костромское губернское земство решило учредить в губернии участковые санитарные попечительства. «В некоторых местах население относилось не особенно доверчиво к этим вновь нарождающимся учреждениям, — писала в 1908 г. «Нижегородская земская газета». — Крестьяне опасались, как и при всяком нововведении, увеличения налогов специально на нужды попечительств, наложения штрафов за неаккуратное посещение заседаний попечительств и т.п. Но, по разъяснению тех целей, к которым стремятся попечительства, и путей к осуществлению этих целей, — в большинстве случаев все эти сомнения отпадали и крестьяне охотно соглашались принять участие в делах попечительств» (59).

Попечительства возбуждали перед земствами ходатайства о субсидиях и ссудах на улучшение питьевых источников, а иногда и за свой счет ремонтировали колодцы. В организации врачебно-продовольственной помощи пострадвшему от неурожая населению попечительства являлись живой связью земства с деревней и быстрым проводником этой меры на местах. Они обращали на своих заседаниях внимание на необходимость организации народных чтений по медицине и гигиене, стремились к улучшению санитарных условий школ, торговых и промышленных заведений, промыслов, обращали внимание на пьянство, обсуждали меры по предупреждению и борьбе с разного рода эпидемиями и пр.

Наибольшее развитие получили санитарные попечительства в Кологривском и Ветлужском уездах Костромской губернии. «Мысль о попечительствах возникла у кологривских земцев еще в 1885 г., — вспоминал земский деятель С.Лесник — но нужен был сильный внешний толчок, чтобы провести эту мысль в жизнь; таким толчком явилась холерная эпидемия 1903 г. ...Холера и голод были главными инициаторами и организаторами попечительств. Начала дело холера, а голод подхватил и поддержал» (60).

Немало санитарных попечительств было создано и в других губерниях. Так, в Харьковской губернии в 1913 г. было около 100 попечительств (в т.ч. в Харьковском уезде — 33, в Старобельском — 17), а в Екатеринославской — 63 (61). Вместе с тем, санитарные попечительства оставались все-таки сугубо общественными организациями с неопределенным правовым положением. Далеко не везде земства интересовались их деятельностью, помогали им; необходимые финансовые средства тоже находились не всегда. Вероятно, поэтому количество попечительств было все-таки небольшим, даже в тех земских губерниях, где существовали губернские санитарные организации, да и действовали они отнюдь не активно. Например, в Вологодской губернии съезд земских врачей констатировал, что санитарные попечительства потому не проявляют «живой деятельности», что не имеют ни средств, ни прав юридического лица (приобретать имущество и пр.). Поэтому врачи высказались за введение вместо попечительств мелкой земской единицы с правом самообложения.

Не только вологодские, но и многие другие земские врачи поддерживали мнение о необходимости мелкой земской единицы или «всесословной волости», которая взяла бы на себя местную санитарию вместо санитарных попечительств. Более того, некоторые земские врачи считали даже попечительства ненужными. Так, Н.И.Тезяков считал, что они «мало жизненны», в Саратовской губернии присутствие по земским делам не разрешило их создавать (62).

6. «Перо» или «пробирка»?

И все-таки идея создания санитарных попечительств показала свою жизненность, причем не только в условиях земской медицины. В 1911 г. Главное управление по делам местного хозяйства министерства внутренних дел издало циркуляр об участковых санитарных попечительствах, в котором подчеркивалось основное положение — одной из наиболее действенных мер к улучшению санитарного состояния является привлечение самого населения к наблюдению за точным выполнением установленных санитарных правил.

В это же время министерство внутренних дел составило примерные основные положения об устройстве и порядке деятельности участковых попечительств — городских и земских. Попечительства должны были знакомиться с санитарным состоянием своих участков и причинами нарушений санитарных требований, исследовать неблагоприятные условия, содействующие распространению заразных болезней, и заботиться об их устранении, стараться широко знакомить население с обязательными санитарными правилами и гигиеническими сведениями, заботиться об улучшении санитарных условий жилищ и питания несостоятельной части населения, а также побуждать частных владельцев (убеждением, напоминанием и настоянием) к сознательному соблюдению санитарных правил и обязательных постановлений. В определении состава и порядка деятельности санитарных попечительств многое было взято из земской практики (63).

В начале XX века, в связи с бурным прогрессом бактериологии, санитарно-профилактическое направление было поставлено перед выбором, который в дискуссиях формулировался так: «перо» или «пробирка». Чему отдать предпочтение — санитарно-гигиенической деятельности, санитарным описаниям и санитарной статистике («перо») или санитарно-эпидемиологической работе, связанной с санитарно-техническим направлением, развитием вакцино-сывороточного дела, успехами бактериологии и эпидемиологии («пробирка»).

Мнения земских санитарных врачей разделились. Отвечая тем, кто в связи с громадными успехами бактериологии призывал санитарных земских врачей поставить во главу угла своей деятельности «бактериологические запросы практики», известный деятель земской медицины С.Н. Игумнов говорил, что «необходимо не забиваться в лабораторию к бактериологической пробирке, а работать над социальной пробиркой, тем более, что болезнь, калечение и смерть происходят далеко не от одних только бактерий... не следует забывать основной характер санитарии — ее социальные задачи» (64).

Противоположную точку зрения отражал, например, Н.А.Кост, который в статье с символическим названием «К вопросу о новом течении в земской санитарии» (65) писал о необходимости для санитарных врачей сосредоточиться на специальных проблемах, овладевать новыми методами статистического и бактериологического исследования, использовать научные достижения гигиены, бактериологии, эпидемиологии. «Должен быть устранен, — считал видный отечественный ученый Н.Ф.Гамалея, — столь остро ощущаемый в стране недостаток в санитарных врачах нового типа, т.е. владеющих санитарной техникой» (66): в понятие «санитарная техника» включалось, естественно, и умение использовать весь арсенал научных, прежде всего, бактериологических методов.

Однако победил все-таки разумный компромисс, признание важности обоих подходов, сочетания санитарно-гигиенической и противоэпидемической деятельности.

Итак, проблема предупреждения болезней — с использованием самых разнообразных средств и методов — оставалась в центре внимания земской медицины. Это особенно важно в сравнении с положением, существовавшим тогда в других странах мира. Практически везде, кроме России, медицинским обслуживанием населения в конце XIX в. — начале XX в. занимались частнопрактикующие врачи, которые в большинстве своем были далеки от проблем профилактики. Да и лечебная медицина в целом была там резко разграничена с санитарной деятельностью.

Земская медицина России считала предупреждение заболеваний, проведение профилактических мер по борьбе с наиболее распространенными болезнями одной из своих главных, а, может быть, и самых главных задач. Земские врачи разработали и выступали за внедрение в медицину санитарно-профилактического направления, за синтез лечебной и профилактической медицины. «Я твердо убежден, — писал Е.А.Осипов, — что санитарные меры и рациональное врачевание вместе составляют целое и должны на практике идти в параллель, что только при этом условии возможен прогресс в деле народного здравия» (67).

Без сомнения, родившееся в российской земской медицине санитарно-профилактическое направление было и остается наиболее прогрессивным в охране здоровья населения.

XVI.

СТАНОВЛЕНИЕ ПИРОГОВСКОГО ОБЩЕСТВА

(XIX в.)

Пироговское общество, общество Пирогова... Толковые и энциклопедические словари дают различные дефиниции понятия «общество», трактуя его по-разному: и как круг людей, соединенных одними интересами, и как добровольное объединение с какой-то целью, и как совместное пребывание с кем-то, и вовсе даже как «совокупность людей, объединенных теми или другими производственными отношениями».

Не будем строги к энциклопедистам: если говорить о Пироговском обществе, то все эти определения, и простые, и научообразные, довольно точно передают и содержание, и смысл деятельности этого прославленного объединения российских врачей.

Впрочем, лучше всех, пожалуй, определил это понятие Владимир Даля в своем «Толковом словаре живого великорусского языка». Вот его определение: «Собрание людей, товарищеских, братских связанных какими-либо общими условиями» (1). Полагаю, что сказано так, словно врач-писатель имел в виду именно Пироговское общество.

1. На демократических принципах

Славное имя Пирогова — ученого и хирурга, педагога и общественного деятеля — давно, еще с середины прошлого века, стало для всей образованной России символом одухотворенности и гуманности, демократичности и настоящего народолюбия. А для врачей нашей страны, для всей медицинской общественности это имя стало, да, пожалуй, остается и поныне, знаменем борьбы за подлинно научную медицину, за ее высокие гуманистические идеалы, за истинное, духовное и физическое, здоровье людей.

Нет нужды говорить о том, что отмечавшийся в мае 1881 г. юбилей Н.И.Пирогова — 50-летие его научной деятельности — стал праздником всей российской медицины. И хотя торжества проходили в древней столице — организаторами были Московское хирургическое общество и Московский университет, — в них участвовали представители многих городов и губерний России.

Первыми в первопрестольную прибыли тогда многочисленные гости из северной столицы — профессора и доценты Военно-медицинской академии, известные ученые, врачи. Посещения клиник и лабораторий, оживленные встречи с коллегами и друзьями, обсуждение самых насущных проблем — все это оказалось важным, нужным, исключительно полезным: таково было общее мнение. И отнюдь не случайно во время юбилейных пироговских торжеств представительная делегация петербуржцев специально встретилась с москвичами. Тема этой встречи одинаково интересова-

ла всех — но речь шла не просто о контактах, а об объединении сил, о совместных действиях для развития российской медицины.

Потребность в общении, в постоянных контактах очень хорошо выразил в своем выступлении на этой встрече известный акушер-гинеколог, профессор Военно-медицинской академии К.Ф.Славянский: «Невольно является желание повторять эти свидания каждый год в виде периодических съездов врачей в Москве и Петербурге, — сказал он, а затем, как истинный акушер-гинеколог, добавил с улыбкой: — Уверен, что рождение этого ребенка произойдет легко и, наверное, без щипцов» (2). Естественно, с мнением профессора согласились и терапевты, и хирурги, и, конечно же, все акушеры-гинекологи: о других врачах и говорить нечего...

Впоследствии об этом очень хорошо сказал видный ученый акушер-гинеколог А.Я.Крассовский: «Руководимые побуждением увековечить память о деятельности Н.И. (Пирогова — М.М.), учредители в то же время пожелали, чтобы вместе с его именем в основу задуманного общества легла идея, потребность в осуществлении которой давно уже всеми чувствовалась, давно всеми сознавалась — идея общения врачей обеих столиц и всей России на почве научных интересов*; при этом намечалось «облегчить совокупную разработку врачебной науки в применении к потребностям нашего обширного отечества, а также и вопросов, касающихся до улучшения быта врачей, с правильным и беспристрастным разрешением коих неразрывно связано и процветание врачебной науки в нашем отечестве» (3).

Так родилась мысль об устройстве в память о Н.И.Пирогове общества российских врачей. Мысль эта быстро обрела широкую поддержку и сравнительно быстро (по российским понятиям) овеществилась. Не прошло и двух лет, как в 1883 г. было создано Московско-Петербургское медицинское общество. Проект устава общества, который составили хирурги А.Н.Соловьев и Н.В.Склифосовский, 23 ноября 1883 г. получил официальное утверждение.

Что было главным в уставе общества, членом которого, как подчеркивалось, «может быть всякий русский врач?» На чем намечалось сосредоточить внимание? Согласно уставу, цель общества первоначально состояла в разработке научно-врачебных вопросов, а равно и вопросов, касающихся врачебного быта. Делать это предстояло соединенными силами врачей, ученых, а также медицинских обществ и других коллегиальных медицинских учреждений. Предусматривалось, что на съездах общества все будет решаться демократическим образом — голосованием простого большинства участников съезда.

Съезды должны были заниматься «чтением, выслушиванием и разбором научных трудов и других сообщений» (4). Сказано было хоть и витиевато, но вполне понятно: именно съезд врачебного общества призван был, обсуждая все насущные вопросы медицинской науки и практики, заниматься их «разбором» (анализом) и, естественно, высказывать свое мнение, мнение российских врачей.

Небезинтересно, что вскоре, в 1888 г., цель уже созданного общества сформулировали еще более определенно: «Цель общества состоит в разработке научно-врачебных и санитарных вопросов, а равно и вопросов, касающихся до врачебного быта, соединенными силами всех русских врачей» (5).

В промежутках между съездами должно было действовать правление общества, которое избиралось на съездах: правление обязано было устраивать съезды и приводить в исполнение принятые там постановления, в частности, доводя их до сведения правительственный учреждений. Впоследствии в помощь правлению возникли довольно многочисленные постоянные комиссии по тем или иным актуальным проблемам.

В общем, с самого начала в основу устава общества его члены-учредители положили демократические принципы, коллективное принятие решений, отказ от какого-либо подчинения бюрократическим структурам. Даже когда устав впоследствии трижды менялся (в 1886, 1889 и 1892 гг. по инициативе московских членов общества в него были внесены еще какие-то корректизы), суть его все-таки оставалась неизменной, изменения были направлены лишь на создание прочной и постоянно действующей организации, объединенной вокруг правления, вокруг группы членов-учредителей общества.

Но кто же были учредители общества? В историко-медицинской литературе называются фамилии различных врачей и ученых, в основном петербуржцев и москвичей, но почему-то, например, еще и одесского врача Н.А.Строганова, что вряд ли соответствует истине. Анализ показал, что учредителями общества был довольно узкий круг людей, в который входили, прежде всего, ученики, соратники и друзья Н.И.Пирогова.

«Славная восьмерка» — вот как можно назвать самых-самых первых учредителей нового врачебного общества. Это один из «внучатых» учеников Пирогова профессор акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии А.Я.Крассовский и его коллеги по академии, профессора-терапевты Э.Э.Эйхвальд (близкий друг Пирогова) и В.А.Манасеин — редактор газеты «Врач», человек, которого называли «врачебной совестью России». Это очень близкие друзья Пирогова врачи-хирурги И.В.Бертенсон и А.Л.Эберман. Это петербургские акушеры-гинекологи профессор К.Ф.Славянский и врач В.В.Сутугин. Это, наконец, фактический преемник Пирогова в почетной роли лидера российской хирургии профессор Московского университета Н.В.Склифосовский. Всех их роднило трепетное поклонение перед памятью великого Пирогова, стремление продолжить «пироговскую линию» в российской медицине, поднять ее научный и практический уровень: все они были, разумеется, последовательными и убежденными пироговцами.

Стоит особо подчеркнуть важный факт: на первых этапах деятельности общества российских врачей во главе его (не только в составе членов-учредителей, но и в определявшем всю его деятельность правлении) стояли прославленные российские ученые-медики. Первым председателем общества стал один из инициаторов его создания, видный акушер-гинеколог профессор А.Я.Крассовский, а членами первого, организационного правления — врачи И.В.Бертенсон, В.В.Сутугин, А.Л.Эберман, К.А.Воловский.

Вместе с профессором Крассовским и позднее работой общества руководили ученые, чьи имена составляют гордость русской науки и говорят сами за себя. Это хирург Н.В.Склифосовский и терапевт С.П.Боткин, гигиенист Ф.Ф.Эрисман и хирург А.А.Бобров, терапевт А.А.Остроумов и патолог В.В.Пашутин, психиатр С.С.Корсаков и хирург П.И.Дьяконов, офтальмолог А.Н.Маклаков и деятель земской медицины Е.А.Осипов, бакте-

риолог Г.Н.Габричевский и хирург С.П.Федоров. Впрочем, в Пироговском обществе это стало неписанным законом: всегда, на протяжении всей его почти сорокалетней деятельности, ученые-медики возглавляли правление общества, были его самыми активными и деятельными членами, своеобразным «мозговым трестом».

Созданное вначале как Московско-Петербургское, общество врачей быстро приобрело поистине всероссийский характер. А в 1886 г. оно получило новое официальное название — Общество русских врачей в память Н.И.Пирогова: впрочем, для краткости его именовали просто Пироговским обществом.

2. «К служению общему благу»

Конечно, Пироговское общество было не первым врачебным обществом в России. Еще в XVIII веке российские врачи активно участвовали в Вольном экономическом обществе, много занимавшемся проблемами охраны здоровья, особенно оспопрививания и гигиены. В 1804 г. появилось Общество соревнования врачебных и физических наук при Московском университете, в 1845 г. — физико-медицинское общество в Москве, в 1833 — общество врачей в Петербурге, в 1858 — Общество русских врачей в Москве. Возникли также врачебные общества в Вильне, Одессе, Харькове, Твери и других губернских городах России: уже в середине XIX века действовало 35-40 таких губернских обществ врачей.

Медицина развивалась, шел активный процесс дифференциации медицинских знаний. Возникали новые специальности, а вместе с ними и новые, специализированные врачебные общества: психиатрическое в Петербурге (1861), физико-химических и медицинских наук в Харькове (1872), хирургическое (1873) и гигиеническое (1882) в Москве, сифилидологов и дерматологов (1885) и детских врачей в Петербурге, акушеров-гинекологов (1886) в Киеве и Петербурге, окулистов (1889) и отоларингологов (1897) в Москве.

Но характерна одна немаловажная деталь: медицинские общества России были не только профессиональными объединениями врачей. Дело в том, что своеобразным законом для российской медицинской интеллигенции, традицией, установившейся и получившей особое развитие еще в 60-е годы, в эпоху великих реформ, стало стремление к общественной пользе, к проведению широких мер по охране здоровья. Поэтому все более отчетливой становилась мысль о том, что помимо узко профессиональных перед российскими врачами встают и более широкие задачи — «врачебные, санитарные и врачебно-бытовые», как подчеркивалось в уставе нового общества. И решать их следовало общими силами.

Поэтому-то создававшееся новое врачебное общество, отнюдь не посягая на «суверенитет» различных медицинских специальностей, основное внимание сосредоточило на том, чтобы, основываясь на достижениях науки, помогать в развитии российской медицины, делать ее успехи и достижения достоянием самой широкой практики, поддерживать все, что делала медицинская интеллигенция для сохранения народного здоровья. Позднее это хорошо выразил, говоря о Харьковском медицинском обществе, известный врач С.Н.Игумнов: «Обстоятельства того времени, начавшийся

подъем общественного настроения, естественно, раздвигали поставленные рамки деятельности, влекли общество (врачебное — М.М.) из круга чисто научной работы и профессиональных интересов к удовлетворению нужд и служению общему благу» (6).

А каковы же все-таки были взаимоотношения Пироговского общества с другими, местными врачебными обществами России? Уже на I Пироговском съезде казанский профессор Н.А. Толмачев выступил за то, чтобы «все русские медицинские общества объединились между собою в недрах Пироговского общества» (7). Эта мысль звучала и на других съездах, неизменно находя поддержку. Предлагались самые различные меры постоянной связи Пироговского и местных (губернских, городских) медицинских обществ: эти меры, правда, осуществлялись не везде и не в полном объеме. И все-таки уже в 1898 г. правление общества с удовлетворением констатировало, что после его обращения некоторые медицинские общества и коллегиальные земско-медицинские учреждения «уже состояли членами Пироговского общества» (8).

После утверждения первого устава общества прошло еще целых два года, прежде чем удалось, наконец, созвать съезд врачей — I Пироговский съезд. Он открылся в Петербурге 26 декабря 1885 г., в его работе участвовало более 500 врачей из 50 городов и губерний страны: такого представительного медицинского форума Россия до того не знала никогда. А само общество насчитывало перед съездом в своих рядах около 300 действительных членов — ученых-медиков и практических врачей: радовало, что среди них было довольно много земских врачей.

«При посредстве возможно частых общений и взаимного содействия, — сказал, открывая съезд, А.Я.Крассовский, — мы, русские врачи, получили новые силы и настойчивость к преодолению трудов и препятствий в решении врачебных задач» (9). Ему словно бы вторил председатель Медицинского совета (в то время — высшей правительственной медицинской инстанции) и близкий друг Пирогова профессор Н.Ф.Здекауэр, подчеркнувший, что только при «научно-братьском» объединении «сословие наше сделается всесильным и, соответственно высокому его научному цензу и той несомненной пользе, которую приносят науки и искусства врачевания и здравоохранения, займет то почетное место в государстве, которое ему подобает» (10).

Не только первый — каждый Пироговский съезд становился большим событием в жизни русских медиков, всей России. Особенно хочу подчеркнуть высокий научный уровень этих съездов. Как правило, на их заседаниях обсуждались наиболее актуальные вопросы медицинской науки и практики. Это отлично иллюстрирует, например, тематика научных докладов по проблемам клинической и теоретической медицины и имена их авторов.

Так, на I съезде был заслушан доклад Н.В. Склифосовского «Об успехах хирургии под влиянием противугниостного метода», в котором этот видный русский хирург выступил страстным пропагандистом антисептики. Основные положения доклада горячо поддержали Н.А.Вельяминов, С.П. Коломнин, другие ученые и врачи. На V съезде, проходившем в 1894 г., всеобщее внимание привлек доклад И.П.Павлова «О неполноте современного физиологического анализа действия лекарств». Участники VII съезда в 1899 г. с большим интересом обсуждали доклад Г.Н.Габри-

чевского о мерах борьбы с чрезвычайно опасной тогда (и, как оказалось, сейчас тоже) дифтерией, о применении противодифтерийной сыворотки. На X съезде в 1907 г. об успехах в изучении сифилиса сообщил Д.К.Заболотный.

Напомню, что предметом особой гордости российских врачей в те годы была земская медицина — приоритетный вид медицинской помощи, созданный впервые в нашей стране и не имевший аналогов в мире. По образцу земской в 80-е годы в стране стала создаваться городская медицина: ту и другую позднее стали называть общественной медициной.

Проблемы общественной медицины, рациональной, научно обоснованной организации медицинской помощи населению, от съезда к съезду занимали все большее место и в деятельности Пироговского общества, и в программе Пироговских съездов. Особый отклик они находили у земских врачей, которых от съезда к съезду становилось в Пироговском обществе все больше, а многие из них завоевали своими делами всероссийскую известность: это, например, были земские врачи А.Е.Богаевский и И.Г.Витте, А.Г.Архангельская и Н.В.Комаревский, А.А.Кадьян и А.Ф.Шимановский, многие другие.

Ставить регулярно в программу съездов вопросы общественной медицины было важно еще и потому, что сами съезды — и это тоже следует подчеркнуть особо — представляли медицинской интеллигенции замечательную возможность легально, с большим общественным резонансом, обсуждать самые острые и неприятные для власти предержащих вопросы, связанные прямо и непосредственно со здоровьем народа.

Может быть, именно поэтому в повседневной деятельности Пироговского общества, в работе каждого Пироговского съезда участвовали, кроме врачей и ученых-медиков, многие представители российской интеллигенции. Во всяком случае, факт остается фактом: по словам очевидца, на съезды Пироговского общества нередко собиралось по 5-7 тыс. человек, «так что даже в столицах трудно бывает найти настолько обширное помещение, в котором возможно было бы принять всех желающих» (11).

3. Не поддаваясь давлению властей

Пироговское общество выносило на обсуждение съездов не только чисто медицинские вопросы: оно не уходило и от острых социальных проблем, связанных со здоровьем народа. Это были, например, рабочий вопрос и фабрично-заводское законодательство, требование демократических свобод и отмена телесных наказаний, женский вопрос и борьба с голодом. Все же при их обсуждении, хотя порой и звучали гневные обличительные речи, дело чаще всего заканчивалось очередным обращением с ходатайством к правительству.

Любопытна судьба таких ходатайств. Как показывает сводка, составленная Пироговским обществом за 20 лет, «в общем итоге 2/3 всех заявленных ходатайств остались безрезультатными, а именно 43%, совсем не были удостоены ответом, по 20,8% ответ был отрицательный, в 2,8% случаев он носил характер формальной отписки» (12). Да, не жаловали, совсем не жаловали Пироговское общество власть предержащие!. Хотя к

«высшей власти» — императору Николаю II — Пироговское общество не апеллировало.

И все-таки врачи проводили свою линию, делали достоянием общественной гласности факты, будоражившие всю Россию. Не случайно после VIII съезда, проходившего в 1902 г., был усилен существовавший и до того полицейский надзор за деятельностью Пироговского общества. Более того, накануне следующего, IX съезда — он должен был проходить в Петербурге — оргкомитет получил от департамента полиции письмо с «убедительной просьбой» ...исключить из повестки дня доклады, проникнутые оппозиционными настроениями по отношению к правительству.

Откликнулось ли Пироговское общество на подобные «убедительные просьбы?» Думаю, что нет. Ибо медицинская интеллигенция России всегда старалась держаться независимо, не поддаваться давлению властей. Во всяком случае, программы и повестку дня Пироговских съездов общество всегда разрабатывало самостоятельно, согласовывать что-то с кем бы то ни было никому и в голову не могло прийти.

Уже на II съезде, в 1887 г., был заслушан доклад Е.М.Дементьева «К вопросу о физическом развитии человека вообще и фабричных рабочих в частности». На IV съезде, в 1891 г., обсуждались доклады Н.И.Долгополова «К вопросу об организации фабричной медицины и улучшении положения фабричных врачей» и И.Г.Витте «О слиянии фабричной медицины с земской»: по предложению Ф.Ф.Эрисмана положение фабрично-заводской медицины было признано «в высшей степени неудовлетворительным». А на VI съезде, в 1896 г., впервые появилась ставшая затем едва ли не традиционной секция фабричной медицины: здесь рассматривались такие важные вопросы как поддержка 8-часового рабочего дня (доклад Н.И.Долгополова) и установление ответственности предпринимателей заувечья и профессиональные болезни рабочих (доклад А.В.Погожева).

Разумеется, при их обсуждении наблюдался, как сейчас говорят, «большой разброс мнений». И неудивительно: политические взгляды и симпатии участников Пироговских съездов разнились друг от друга, отличаясь широкой палитрой, от монархистов до большевиков. Это, однако, никак не мешало им в работе, в осознанном стремлении к действиям, направленным на совершенствование российской медицины. Например, в годы между двумя революциями (1905 г. и 1917 г.) в обществе вместе, что называется, рука об руку, трудились октябрист К.И.Шидловский, кадеты С.С.Салазкин и А.И.Шингарев, меньшевик Н.И.Долгополов, большевик З.П.Соловьев, эсеры Д.Я.Дорф и В.Д.Чернышев: политический плюрализм этих людей сочетался с единым пониманием задач Пироговского общества. Выигрывало главное — интересы российской медицины.

Впрочем, еще при основании Пироговского общества об этом говорили его учредители. Например, А.Л.Эберман, старейший из живших тогда друзей Пирогова, прочел делегатам I Пироговского съезда такие собственные стихи:

«Пусть мы под знаменем науки
Забудем горе, злобу, муки,
Различие племен и расы,
Чины, и партии, и классы;
Горды пусть будем мы не чином,
А медицины гражданином» (13).

Что ж, эти бесхитростные строчки — с точки зрения здравого смысла — и сегодня звучат так же злободневно, как более 100 лет назад.

...Не так давно мне довелось выступать на заседании научного общества в одной из стран дальнего зарубежья, в аудитории, хорошо понимающей по-русски. Свое выступление я начал привычным «уважаемые товарищи», и хотя увидел недоумевающие взгляды, продолжал так: «Уважаемые товарищи! Не ищите, пожалуйста, в этом моем обращении никаких идеологических акцентов. Дело в том, что именно так — уважаемые товарищи — обращались друг к другу российские врачи, члены Пироговского общества, на своих Пироговских съездах. Они были действительно товарищами, друзьями, соратниками в великом деле охраны народного здоровья».

Уверен, что врачи современной России — тоже товарищи, друзья, соратники — свято хранят память о своих предшественниках, о всех тех, кто на протяжении веков строил российскую медицину: среди них и те, кто совсем недавно, каких-нибудь сто лет назад, участвовал в Пироговских съездах, создавал и пестовал славное детище медицинской интеллигенции — Пироговское общество.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицина — органическая часть культуры. Питаясь ее достижениями, соответствуя нравственному уровню общества в целом, медицина издревле во многом определяет здоровье народа — физическое, да и духовное тоже: она растет и развивается, обретает свою зрелость вместе с культурой, на ее основе.

Материалы, представленные в этой книге, дают основание утверждать, что российская медицина в XVI-XIX веках, в «научный» период своего становления и развития, находилась в тесной, неразрывной связи с культурой нашего отечества, с мировой культурой.

Основу российской медицины в ее «донаучный» период составили наблюдения безвестных лекарей, прежде всего, монахов православных монастырей, а также народных целителей, несколько столетий успешно действовавших на ниве здоровья. Их вскормила и вспоила многовековая народная мудрость, нашедшая свое практическое выражение в народной медицине. Резонно полагать, что наиболее образованные, приобщившиеся к передовым достижениям культуры монахи-лекари были знакомы к тому же с трудами врачей древности и средневековья, в какой-то мере использовали их в своей практике.

Когда в XVI веке молодой царь Иван IV (впоследствии Иван Грозный) и русская православная церковь, движимые, скорее всего, соображениями гуманизма и христианского милосердия, провозгласили необходимость государственной заботы о больных и немощных, это явилось выражением человеческой солидарности и национального долга, потребностей общества, основанных на росте его культуры. Отсюда — прямой путь к становлению российской медицины, вскоре обретшей и в течение столетий сохранившей свой государственный характер. Аптекарский приказ (первое «министрство здравоохранения»), архиатрство, Медицинская канцелярия и Медицинская коллегия — вот этапы развития организации и управления российской медициной в XVI-XVIII веках.

Не подлежит сомнению, что на протяжении последних столетий медицина в нашем отечестве развивалась в единстве, может быть, даже в гармоническом единстве, с мировой наукой. Подобный интернациональный характер развития медицины в России, как и в других странах Европы, подтверждает неоспоримый факт: российские врачи были, в основном, в одной научной шеренге со своими европейскими коллегами. Этому способствовали плодотворные обмены врачами и учеными, в особенности деятельность иноземных врачей в России (а некоторых российских — в других странах) и тесные контакты с передовыми европейскими университетами.

В XVIII-XIX веках взаимодействие и взаимовлияние ученых и врачей России и Европы достигли высокой степени и были исключительно

важны: об этом говорит анализ достижений клинической медицины в нашей стране и в других европейских странах; об этом же свидетельствует детальное знакомство с научной и практической деятельностью российских хирургов.

В истории российской медицины этих столетий наглядна живая связь и преемственность научной мысли и практических действий врачей и ученых-медиков — и, как их называли тогда, «природных» россиян, и тех чужеземцев, кого на долгие годы, часто навсегда, занес к нам ветер истории и для кого наша страна стала второй родиной. Следует подчеркнуть, что, как подтверждают исторические источники, эти люди с именами, выдававшими их «западные» корни, в большинстве своем честно и добросовестно служили новому отечеству — России; они принесли сюда свою культуру, богатый и разнообразный опыт, способствовали распространению различных новых теорий, взглядов, методов — в общем, внесли, особенно в XVI-XVIII веках, свой вклад в становление и развитие российской медицины.

Напомню, что иноземных врачей, как и других специалистов — ремесленников, строителей, офицеров, архитекторов — охотно привлекали в Россию со времен Ивана Грозного, особенно активно — в XVIII веке, в славные годы реформ Петра I. Стремясь заполучить их в страну, им обещали — и давали — всевозможные привилегии, большое жалованье, высокие чины, одаривали богатыми подарками. Умные и проницательные правители понимали, что таким образом они содействуют процветанию государства, повышению его интеллектуального потенциала, росту отечественной культуры, отечественной медицины.

В общем, для медицины России XVI-XIX веков, как и для всей российской культуры, характерными были разносторонние связи с другими странами Европы, прежде всего с Великобританией и германскими государствами, а также с Голландией, Францией и др. Эти связи были достаточно прочными и нисколько не компрометировали борьбу за свое самоутверждение, которую вела в то время медицина в нашем отечестве — именно за самоутверждение, а не против часто гиперболизированного «иностранных засилья» (хотя отдельные факты такого «засилья» имели, несомненно, место, причем не только в медицине).

Непреложный факт: наряду с развитием в общеевропейском русле российская медицина явила миру и свою самобытность, создав, например, оригинальную систему медицинской помощи населению. Речь идет о возникшей у нас в XIX веке земской медицине — уникальной, не имевшей аналогов в мире организации медицинской помощи и охраны здоровья народа. Земской медицине принадлежит бесспорный приоритет в разработке и внедрении в широкую практику таких важнейших принципов как бесплатность и общедоступность медицинской помощи, санитарно-профилактическое направление в охране здоровья, участковое обслуживание населения и пр. Исторические заслуги родившейся в России земской медицины признаны всем миром.

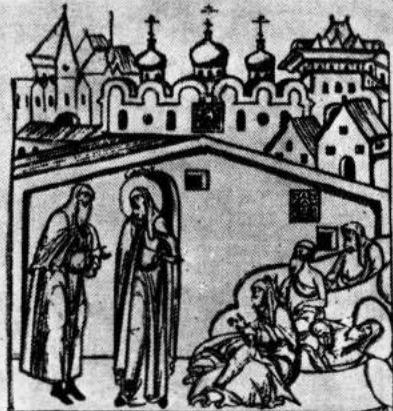
...Широко известны приписываемые Ньютону слова о том, что если он видел дальше других, то потому, что стоял на плечах гигантов. Эти слова могут, очевидно, повторить (с известной поправкой на время) многие современные российские ученые и врачи.

Разумеется, далеко не все наши предшественники, тем более те, кто щеголял в пышных париках и расшитых камзолах, были гигантами или выдающимися личностями: увы, лишь немногие оказались достойны посмертной славы и признания потомков. Бессспорно, однако, и то, что в течение столетий большинство из них самоотверженно, в духе заповедей Гиппократа, стояло на страже здоровья народа России.

Их успехи, большие и малые, были кирпичами в здание российской медицины. Их ошибки, существенные и несущественные, учили тех, кто шел вслед за ними. Их труды и мысли, порой отстававшие, а порой опережавшие свое время, помогали анализировать настоящее и зорко взглядываться в будущее. Без всего этого, уверен, не родилась бы современная российская медицина.

Храня сокровища и следуя лучшим традициям прошлого, опираясь на богатства отечественной и мировой науки, используя взращенные научно-технической революцией опыт и знания современных ученых и врачей, российская медицина добьется, в конце концов, новых побед и свершений.

Монастырская больница



ІІІ
Бого-Еже нemoщнмъ слоужити
съпасаи

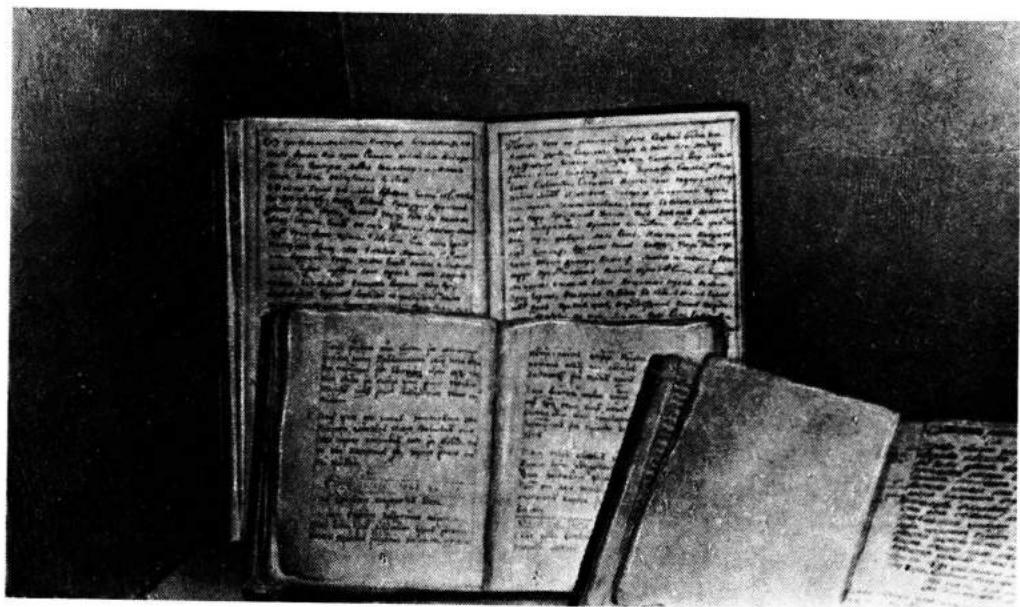
приим
жка
ні
є
м
з
г
:



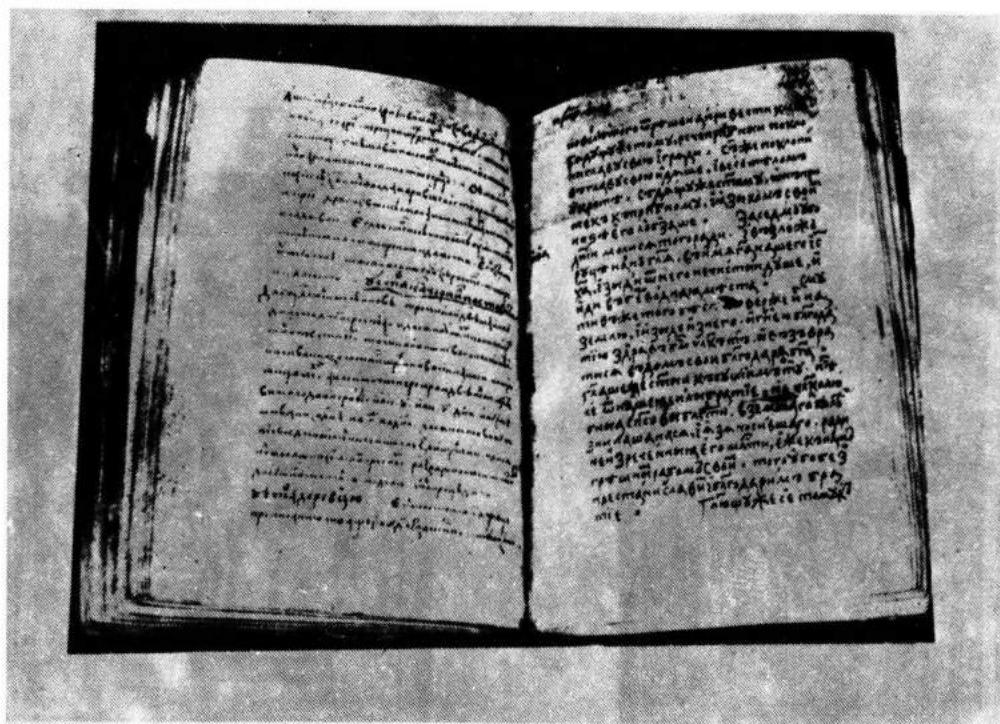
Древнерусская амбулатория.
Прием больных врачом и
раздача лекарства (миниатюра
из рукописного синодика XVIII
века)



Монастырский «лекарственный погреб»
(аптека). Миниатюра из рукописи Публич-
ной библиотеки (Санкт-Петербург).



Первые русские лечебники
(из коллекции Музея истории медицины имени П.Страдыня, Рига)



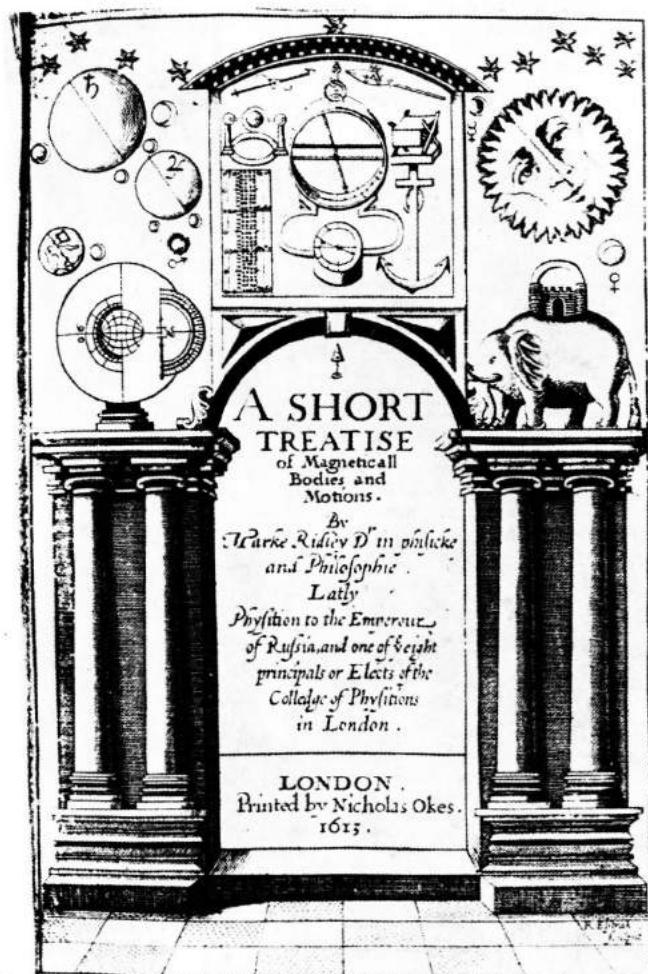
Отрывки из лечебника (слева), вшитые в рукопись религиозного содержания по списку XVI века (Рукопись Публичной библиотеки, Санкт-Петербург)

Русская баня. Миниатюра из рукописи XVII века



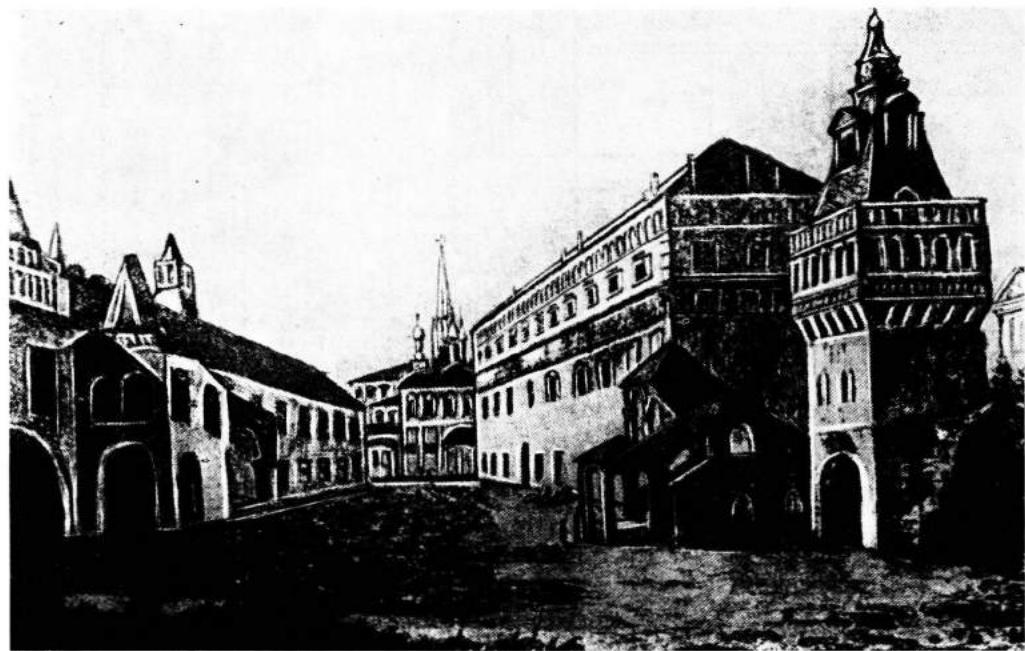
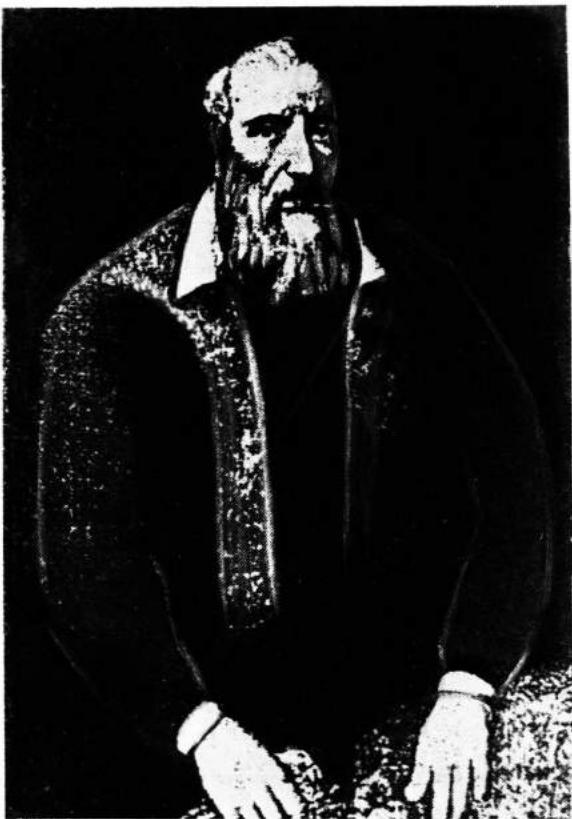
Совместное мытье мужчин и «женок» в банях. По миниатюре Публичной библиотеки (Санкт-Петербург), список XVII века

Марк Ридли (из коллекции Wellcome Institute, Лондон)



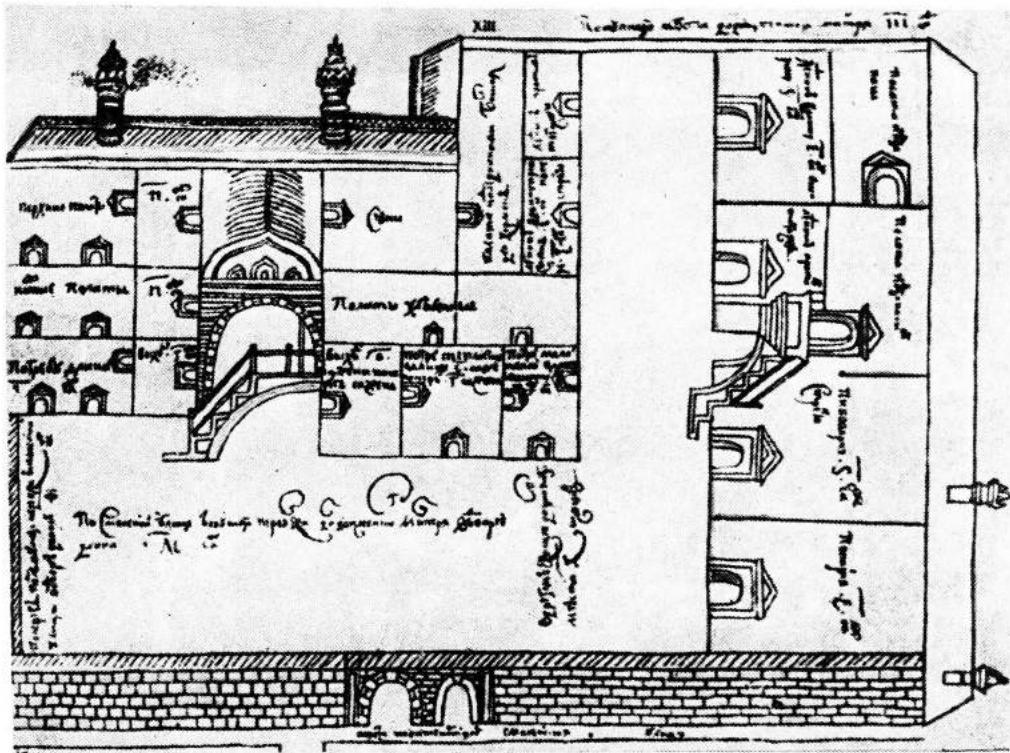
Титульный лист книги
М.Ридли (1613), где указано,
что он был врачом царя России

Себастиан Петриций
(из коллекции музея, Краков)



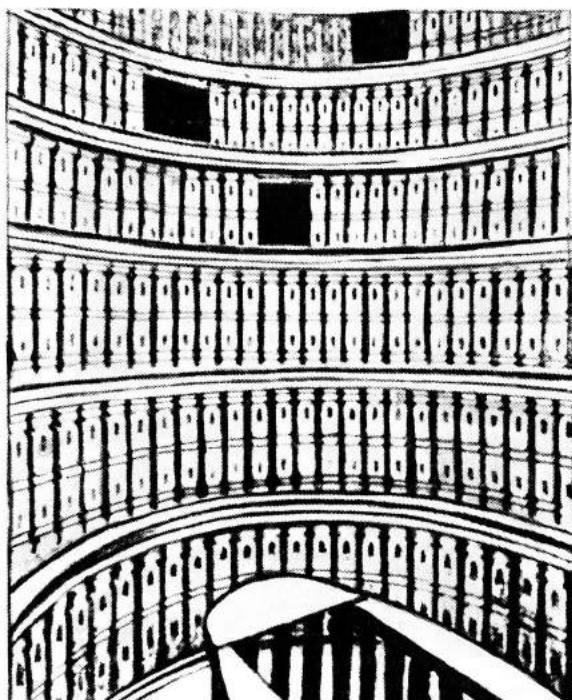
Здание Аптекарского приказа в Кремле

Фарфоровая ваза московской
Главной аптеки (из коллекции
Исторического музея, Москва).

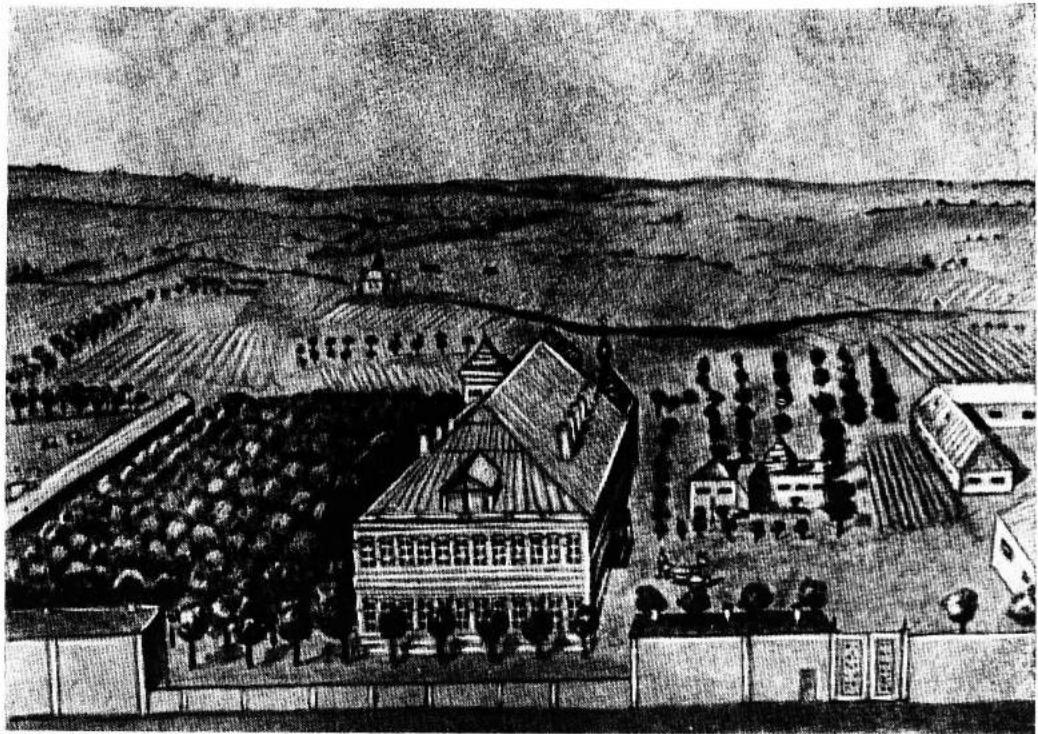


Аптекарский двор на Воздвиженке.

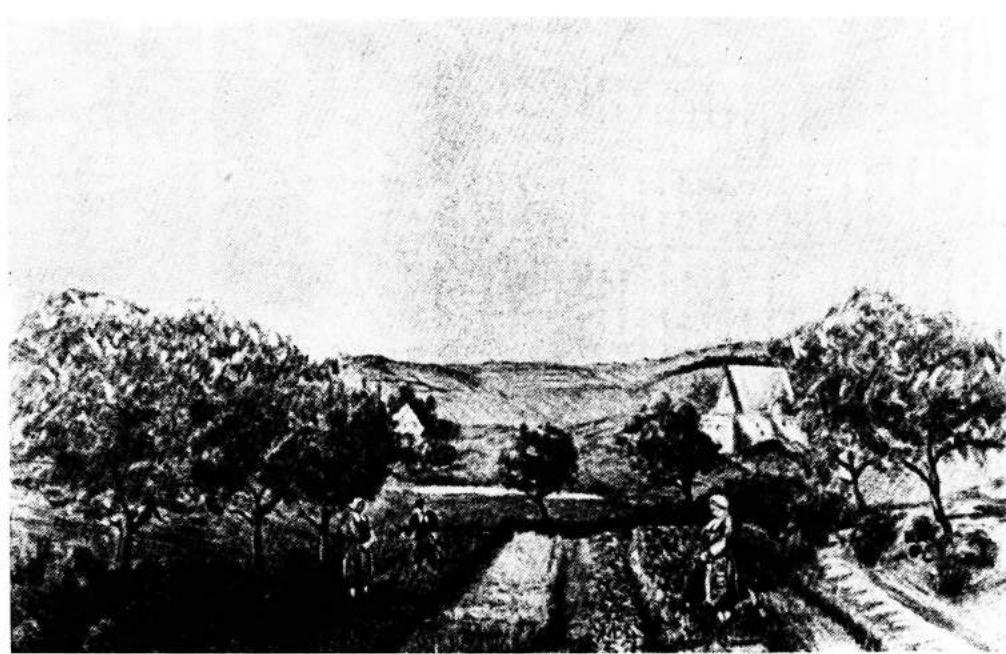
Сэмюэль Коллинс (из коллекции Wellcome Institute, Лондон)



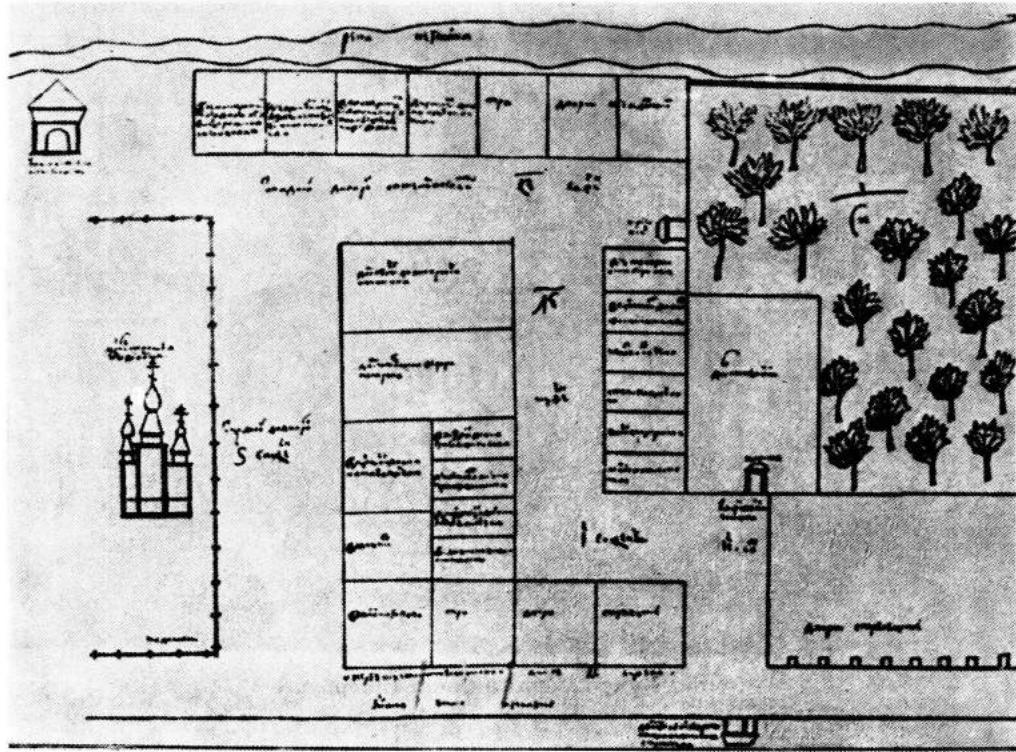
Аудитория в Падуанском университете, где слушал лекции П.В.Посников.
Под рисунком — его автограф в матрикуляционной книге студенческой корпорации, к которой принадлежал Посников



Московский госпиталь (начало XVIII века)



Аптекарский (лекарственный) огород (1707)



План аптекарского сада на берегу реки Неглинной



Экслибрис Роберта Эрскуна
(воспроизведен проф. У.Е.Батлером)

Томас Гарвин (из коллекции Wellcome Institute, Лондон)





Здание Кунсткамеры в Санкт-Петербурге



Гражданская аптека XVII века (со старинной гравюры)

SCHEDIASMA CHEMICO-MEDICUM
INAUGURALE

DE

ACIDO VEGETABILI,

QUOD

CUM ANNOTATIONIBUS BOTANICIS,
ANNUENTE DEO TER OPT. MAX.

Ex Autoritate MAGNIFICI RECTORIS,

D. ADRIANI VAN ROYEN,
MED. DOCT. MEDICINAE ET COLLEGII PRACTICO MEDICI
IN ACAD. LUGD. BAT. PROFESSORIS ORDINARI.

N E C N O N

*Amplissimi SENATUS ACADEMICI Consensu.
& Nobilissimae FACULTATIS MEDICAE Decreto,*

PRO GRADU DOCTORATUS,

Suumque in MEDICINA Honoribus & Privilegiis rite
ac legitime consequendis.

Publico & amico examini satis

CONSTANTINUS SCEPIN,
E WIATKA RUSSUS.

Ab diem 19. Maii 1758. hora tuncque faltis.

O Bias Bezae, i N rizm manz!

LUGDUNI BATAVORUM.
Apud GFRARDUM POTVLIET.
MDCCLVIII



ЯКОВ МОНСЕЙ (из коллекции
Wellcome Institute, Лондон)

JO. FR. SCHREIBER.

*Dotoris Medici, Anatomic & Chirurgiae Professoris, Consiliarii Aulici, ac Membri
Honorum Academiae Scientiarum
Petropolitanae.*

MANUDUCTIO
AD
COGNOSCENDOS ET CURANDOS
MORBOS.

cut accedit

APPENDIX

DE
MORBIS SEXUS SEQUIORIS
ATQUE INEANTUM.

cura & sumptibus

PETRI POGORETSKI M. D.

Typus Universitatis Cetaceae Mosquensis
Anno 1768.

Ueber das frühe Bewohnen
neuer Steinhäuser.
Eine
Preisschrift,
vom
Herrn D. Karl Friedrich Bern,
Prof. des Chirurgischen Institutes in Kronstadt;
mit
erläuternden Zusätzen
der Committät
der St. Petersburghischen
freyen ökonomischen Gesellschaft
und
Herrn Eberh. Joh. Schröter
Mitgl. dieser Gesellsch. und der Churbauerschen
Akad. der Wissenschaften,
Bemerkung über das aufgethaupte
Eis befrorner Fenster.

St. Petersburg. 1789.
Druck beim Kanzl. adelichen Land.-Kadetten-Corps.

Dra. N. 61

100

Учебник И.Ф.Шрейбера для медико-хирургических школ

Указ медицинской коллегии о присылке врачами научных сочинений (1764)

Таблица анатомических терминов, использовавшаяся при обучении будущих врачей в Европе и в России (XVIII век)

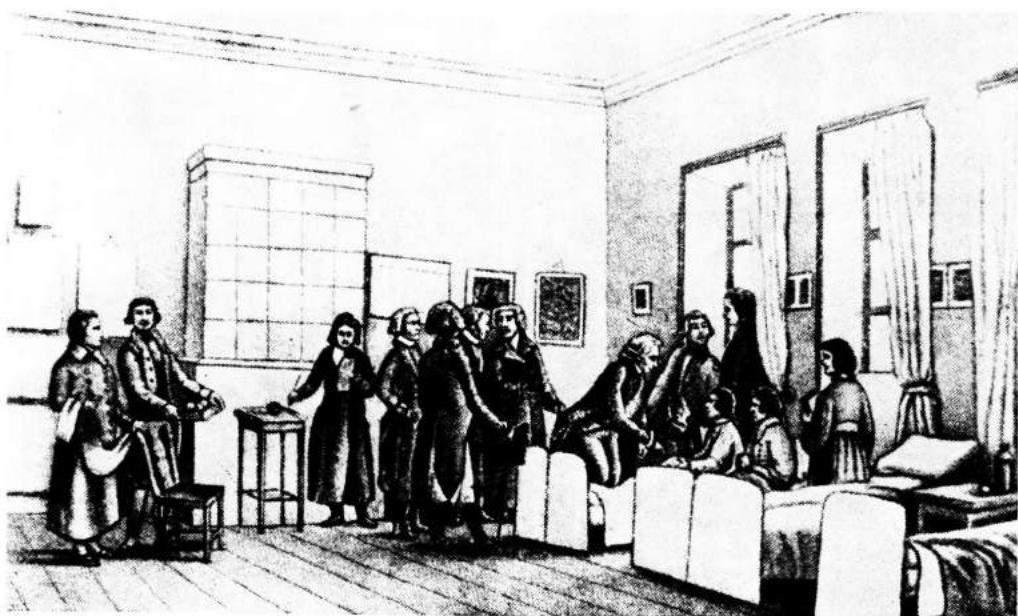
Отъ надзорного советника к профессору Тереховскому

Рапортъ

Од исполнение присягового клятвъ государственной лесной
имперской коллегии прошедшего 19 мая 19 дни подъ № 3087 указа
претворено въ фактъ при съезѣ поиска списковъ находящихся въ областяхъ
имперской сады распределеніи въ спикерамъ бывшемъ доношу
о государственной медико-хирургической коллегии. Где я по вступлении
въ звание въ областяхъ садъ не нашелъ въ немъ никакихъ списковъ,
а распределеніе весьма мало. Поскольку спикеръ садъ оставилъ въ звѣ
имперскому листу безъ профессора, и что сподователемъ былъ не
именемъ, которое при съезѣ находилось никакъ, и о какихъ въ
спискахъ упоминаютъ, присобрѣтии собственными руками курь
зинъ 1793 года Сентября. — дни

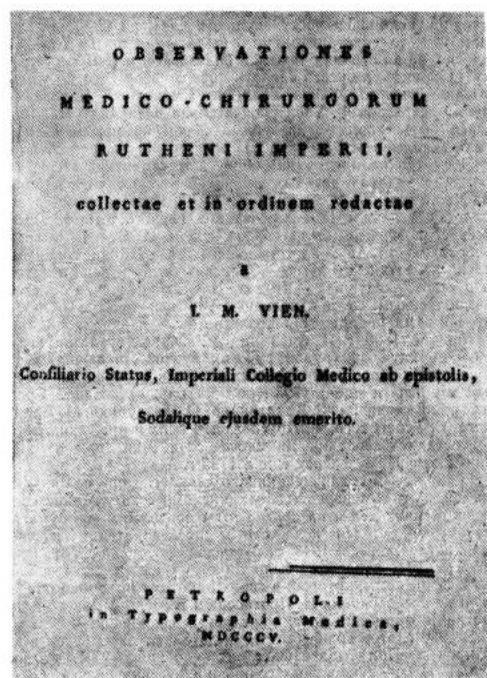
Тереховский

Рапорт М.М.Тереховского в Медицинскую коллегию (1793)



Российская клиника (XVIII век)

Московский военный госпиталь
в конце XVIII века



Титульный лист сборника научных
трудов, изданного И.И. Виеном



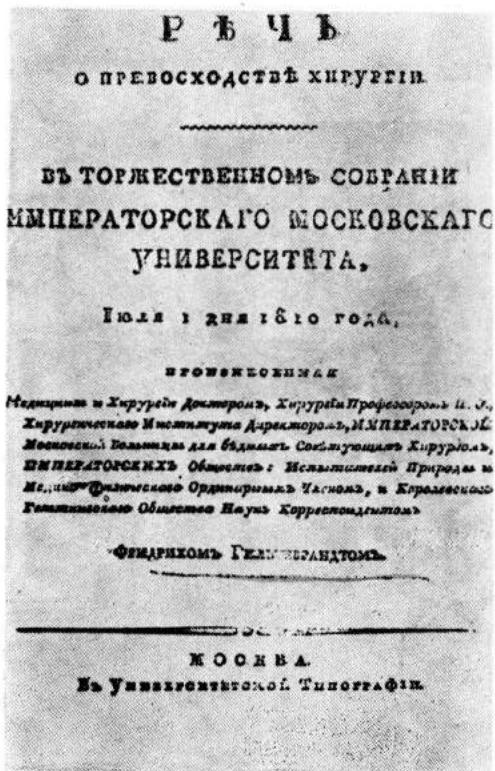
И.Ф.Буш



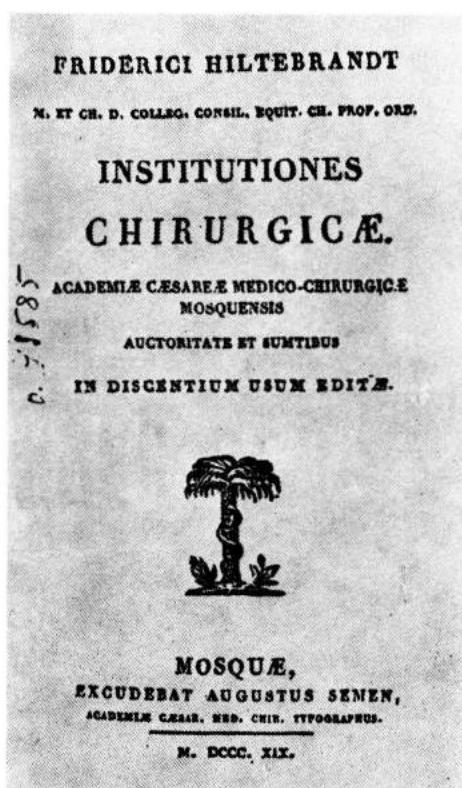
Я.В.Виллие



Московский университет (начало XIX века)



Актовая речь Ф.А.Гильтебрандта
«О превосходстве хирургии» (1810)



Учебник Ф.А.Гильтебрандта
по хирургии (1819)



В. В. Пеликан



Н. Ф. Арендт

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ
ЖУРНАЛЪ,
издаваемый
МЕДИЦИНСКИМЪ ДЕПАРТАМЕНТОМЪ
ВОЕННОГО МИНИСТЕРСТВА.

Часть I. № 1.

Документ издан в санкт-петербургской типографии
Печатано в санкт-петербургской типографии Министерства.



САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

въ Типографии Медицинского Департамента Минист. Внутр. Дѣлъ,
1823.



И.В.Буяльский

**DISSERTATIO
MEDICO - CHIRURGICA
SISTENS MOMENTA
QUAERANTIA
ANEVRYSMATICUM,
PATHOLOGIAM THERAPIAMQUE
SPECTANTIA,**
**QUAM
AMPLISSIMI CONVENTUS IMPERATORIAE
MEDICO-CHIRURGICAE ACADEMIAE PETRO-
POLITANAE DISQUISITIONI
SUBMITTIT**
**PRO GRADU
DOCTORIS MEDICINAE ET CHIRURGIAE
EUDENM ACADEMIAE
ADUNCUS PROFESSORUM ANATOMIAE,
SOCIETATIS CAESAREARUM PHYSICO-ME-
DICARUM MOSQUENSIS ET MEDICAR VILHENSISS BO-
DALIS, MEDICO-CHIRURGUS, COLLEGIORUM AD-
SENIOR, SANCTAE ANNÆ 3^æ CLASSE EQUE
ELIAS BUJALSKY.
*Cum tabula lithographica.***

PETROPOLI,
ED TYPGRAPHIA N. GRETSCHE.
1823.

Диссертация И.В.Буяльского

**АНАТОМИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЯ
ТАБЛИЦЫ**
Воспроизведены из издания в пурпурном
**ЕГО ВЕЛИЧЕСТВА
ИМПЕРАТОРА
НИКОЛАЯ I.**



*Карты
Илья Буяльский
Академик Физико-Медицинской и Хирургической
Сообщества. Сочинение
ВЪ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЪ.
1823. годъ.*

«Анатомико-хирургические таблицы»
И.В.Буяльского

**КРАТКАЯ
ОБЩАЯ АНАТОМИЯ**

ТЕМА ЧЕЛОВЪЧЕСКАГО.

Илья Буяльский

Заслуженный Профессор Анатомии и Академик, Доктор Медицины и Хирургии, Физиологического Философического въ Америке и разных других земельных обществах членъ, действительный Статский Собственный и Кавалеръ С. Владимира 3-й, С. Анны с короной 2-й; и С. Станислава 3-й степени.

Илья Буяльский.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.
Въ типографии Конрада Биннера.
1824.

Учебник И.В.Буяльского по анатомии



Н.И.Пирогов



А.А.Китер



Петербургская медико-хирургическая академия (с гравюры середины XIX века)



П.П.Заблоцкий-Десятовский



П.Ю.Неммерт

WOCHE NSCHRIFT
für die
gesammte
HEILKUNDE.

Herausgeber: Dr. Casper.

Mitredaction: Dr. Romberg, Dr. v. Stosch.

Diese Wochenschrift erscheint jedesmal am Sonnabende in Lieferungen von 1, bisweilen 1½ Bogen. Der Preis des Jahrgangs, mit den nötigen Registern ist auf 33 Thlr. bestimmt, wofür sämmtliche Buchhandlungen und Postämter sie zu liefern im Stande sind.

A. Birschwald.

Nr. 24. Berlin, den 13ten Juni 1840.

Zur Lehre von der Transplantation der Cornea. Vom Dr. Strauch.
— Krankheiten der Neugeborenen, als Folge von Krankheiten
der Mutter. Vom Ober-Hausarzt Träger. — Vergiftungen
durch Strychnia. Von den DDs, Wegeler und Weyand.

**Beitrag zur Lehre von der Transplantation
der Cornea.**

Mitgetheilt vom Dr. Strauch in St. Petersburg.

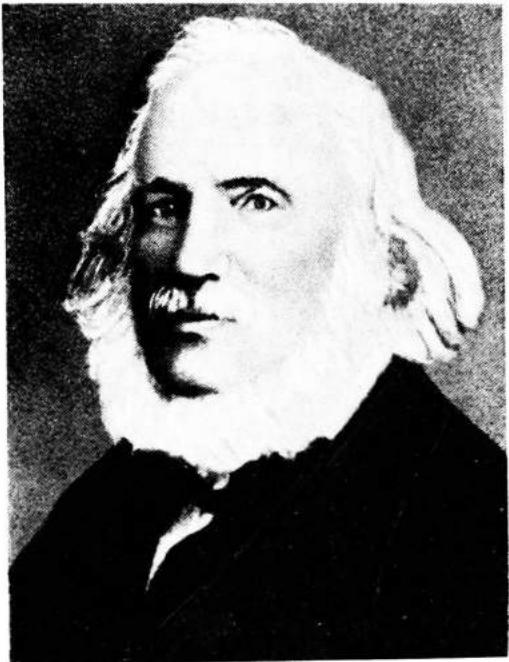
(Mit einer Abbildung.)

Sehr wahr sagt Diefenbach, dieser Matador der Chirurgia curtorum, „die Idee Reisinger's, die vollkommen verdunkelte Hornhaut eines Menschen durch die eines Thieres zu ersetzen, ist gewiss eine der kühnsten Phantasien, und es wäre der höchste Preis der Chirurgie, wenn diese Operation gelänge.“ — Wenn ich nur gleich bis jetzt noch nicht so glücklich gewesen bin, eine Transplantation der Cornea am Menschen mit Erfolg zu machen, so wünsche ich doch wenigstens durch die Mittheilung eines leicht auszuführenden Verfahrens mein Scherlein zur Vervollkommenung dieser Operation beizutragen, indem

Jahrgang 1840. 26

Работа К.К.Штрауха по трансплантации роговицы

К.И.Грумм — издатель и редактор
«Друга здравия»



Шереметевская больница (1880)

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА.

ОЧЕРК

И. И. Моллесона.

Земского врача из г. Перми, Член Общества врачей г. Казани.

КАЗАНЬ.

ВЪ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ТИПОГРАФИИ

1871.

Труды по земской медицине
(книга И.И.Моллесона)

Л 287 А 253
XII-й Международный Съездъ Врачей.

F 193
115

90199
10/03/94

РУССКАЯ ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА.

Обзоръ развитія земской медицины въ России вообще и
отдельно въ Московской губерніи съ краткими стате-
стическими очеркамиъ странъ и ихъ санитарного состояния.

Съ картами, планами и физиограммами.

ОСТАНОВИ

С. А. Осиповъ, Ч. В. Лоповъ и Л. Ч. Куркинъ.

ИЗДАНО

ВЪ РУССКОМЪ ЯЗЫКѢ

Приложеніемъ Общества русскихъ врачей къ памяти Н. И. Бирюкова
при содѣйствіи Молловской Губернскай Земской Управы.

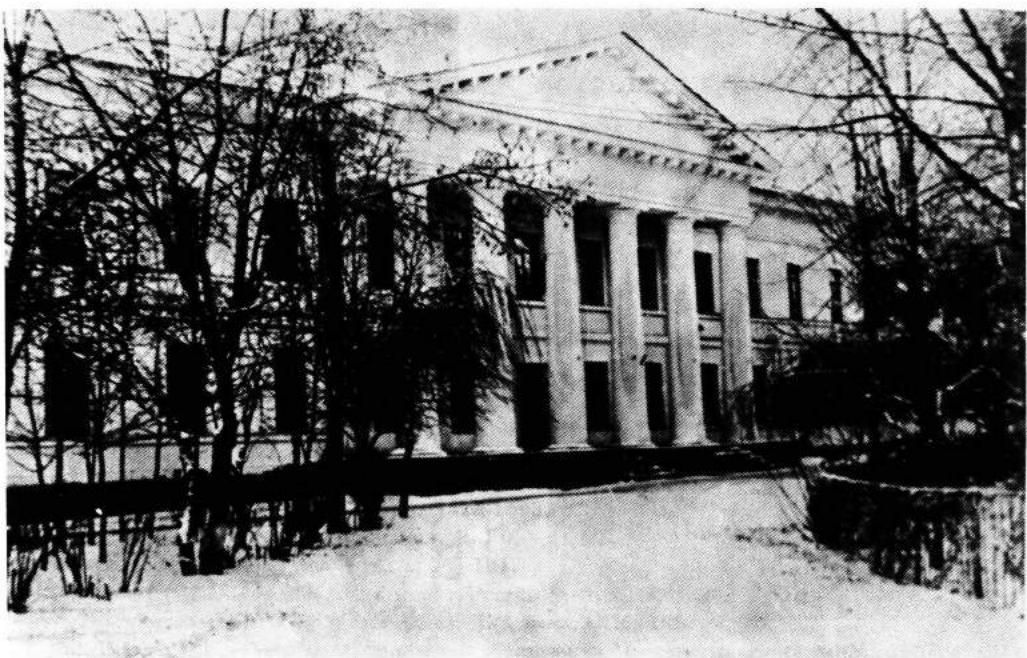


МОСКВА.
Товарищество "Литеракъ С. И. Балкова", Петровка, Садовническій пр., 6. Т-ръ № 2.
1899.

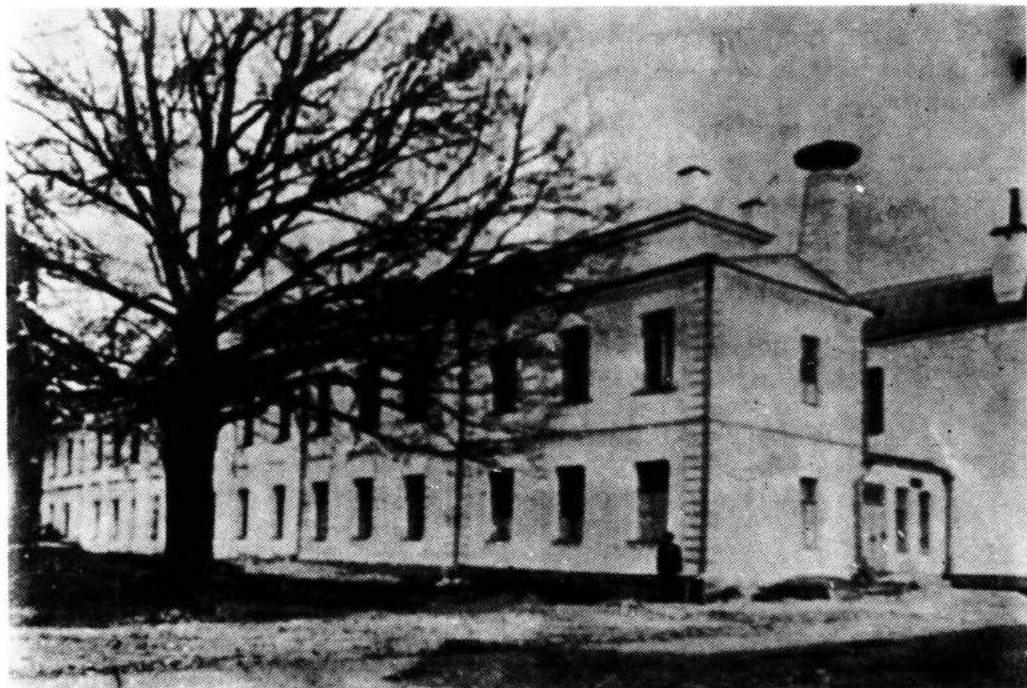
Труды по земской медицине
(книга Е.А.Осипова и др.)



Роменская уездная земская больница



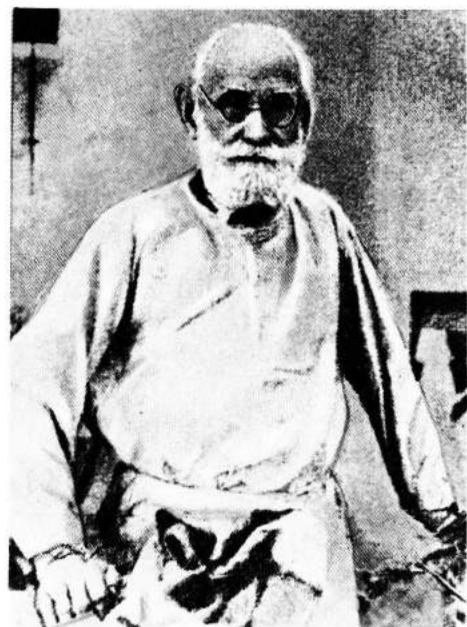
Полтавская губернская земская больница



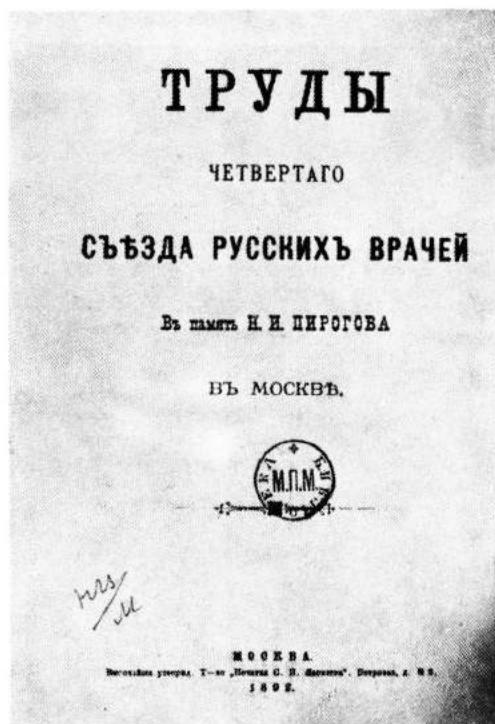
Тверская губернская земская больница



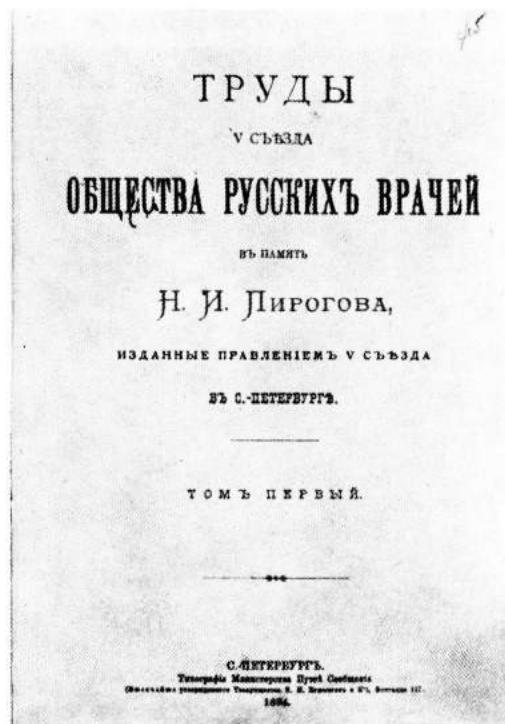
Е.А.Осипов



И.П.Павлов



Труды съездов Пироговского общества



Литература и источники

1. Аптекарский приказ

1. Стоглав. Казань, 1862, с. 335-336.
2. Карамзин Н.М., История государства Российского, М. 1994, т. IX, с. 242.
3. Карамзин Н.М., Указ. соч., с. 244.
4. Иностранные о древней Москве, М., 1991, с. 54, 89, 125.
5. Богоявленский Н.А., Древнерусское врачевание, М., 1960, с. 201.
- 5а. Bishop W.I., Proceedings of the Royal Societe of Medicine, 1939, vol. XXIII, № 2, p. 16.
6. Новомбергский Н.Я., Врачебное строение в допетровской Руси, Томск, 1907, с. 70.
7. Толстой Ю., Россия и Англия. 1553-1593, СПб, 1865, с. 66.
8. Новомбергский Н.Я., Указ. соч., с. 70.
9. Карамзин Н.М., Указ. соч., с. 75, 101.
10. Рихтер В., История медицины в России, т. 1, СПб, 1820, с. 399.
11. Лихачев Н.П., Разрядные дьяки XVI века, СПб, 1888, с. 70.
12. Вернер И.И., О времени и причинах образования Московских приказов, М., 1907, с. 49.
13. Рихтер В., Указ. соч., с. 295
14. Стог А., Об общественном призрении в России, СПб, 1818, ч. 1, с. 21.
- 14а. Munk V., The Roll of the Royal College of Physicians, London, 1878, p. 154.
15. Гиббс Д., Медицинская газета, 1993, 3. IX, с. 12.
16. Там же.
17. Рихтер В., Указ. соч., с. 310.
18. Карамзин Н.М., Указ. соч., т. X, с. 386.
19. Ханыков Л.В., Журнал Министерства внутренних дел, 1851, ч. 33, с. 349-350.
20. Иностранные о древней Москве, с. 188.
21. Ханыков Л.В., Указ. соч., с. 351.
22. Иностранные о древней Москве, с. 290.
23. Там же, с. 145.
24. Карамзин Н.М., История государства Российского. Изд.5, СПб, 1843, т. XI, с. 102.
25. Состояние Российской державы, СПб, 1830, с. 48.
26. История о невинном заточении ближнего боярина Арт. Серг. Матвеева, М., 1785, с. 9.
27. Устрилов, Сказания о Дмитрии Самозванце, СПб, 1859, т. 1, с. 292.
28. Состояние Российской державы, с. 38-39.
29. Карамзин Н.М., История государства Российского, М., 1994, т. X, с. 386.
30. Szpilczynski Stanislaw, Doktor Sebastian Petryciz Pilzna, Warszawa, 1961.
31. Пресняков А.Е., Российские самодержцы, М., 1990, с. 129-130.
32. Материалы для истории медицины в России, СПб, 1881, в. 1, с. 217-218.
33. Иностранные о древней Москве, с. 362.
34. Забелин Иван, История города Москвы, М., 1905, с. 380-381.
35. Рихтер В., Указ. соч., т. II, с. 33.
36. Пресняков А.Е., Указ. соч., с. 27.
37. Новомбергский Н.Я., Указ. соч., с. 204-205.
38. Материалы для истории медицины ..., в. 1, с. 15.
39. Берх В., Царствование царя Михаила Федоровича, СПб, 1832.
40. Материалы для истории медицины ..., в. 1, с. 17.
41. Там же, в. 4, СПб, 1885, с. 700.
- 41а. Appleby I.H., Medical History, 1983, vol. 27, p. 296.

416. Там же, р. 297.
42. Рихтер В., Указ. соч., прибавления, с. 113.
43. Конюш Э.М., Истоки русской педиатрии, М., 1946, с. 44.
44. Материалы для истории медицины ..., в. 1, с. 227.
45. Там же, с. 232-233.
46. Журнал Министерства народного просвещения, СПб, 1895, ч. 299, с. 64.
47. Герман Ф.Л., Врачебный быт допетровской Руси, Харьков, 1891, с. 112.
48. Флоринский В.М., Протоколы заседаний Общества русских врачей в С.-Петербурге за 1877-1878 год, СПб, 1877, с. 107-115.
49. Успенский, Опыт повествования о древностях русских, Харьков, 1818, с. 540.
50. Дополнения к актам историческим, собранные и изданные археографической комиссией, 1848, т. III, № 58.
51. Лахтин М.Ю., Медицина и врачи в Московском государстве, М., 1906, с. 55.
52. Полное собрание законов Российской империи (ПСЗ), СПб, 1830, т. 1, № 85.
53. Материалы для истории медицины ..., в. 1, с. 49.
54. Там же, с. 107-108.
55. Там же, с. 87.
56. Там же, в. 4, с. 553-554.
57. В.О.Ключевский о русской истории, М., 1993, с. 304.
58. Материалы для истории медицины..., в. 1, с. 184-186.
59. Змеев Л.Ф., Былое врачебной России, СПб, 1890, с. 143.
60. Новомбергский Н.Я., Указ. соч., с. 233.
- 60а. Вычков И.А., Новые материалы для биографии первого русского доктора П.В.Постникова, М., 1912, С. 7, 13.
606. Appleby I.H., Medical History, 1983, vol. 27, p. 302-303.
61. Бриннер А.Г., История Петра Великого. СПб, 1882, т. II, с. 430.
62. Материалы для истории медицины ..., в. 4, с. 1219.
63. Там же, в. 2, с. 365.
64. Записки отделения русской и славянской археологии императорского русского археологического общества, т. II, СПб, 1861, с. 348.
65. Там же, с. 45-46.
66. Аникин И.Л., Советское здравоохранение, 1990, № 9, с. 77.
- 66а. Appleby I.H., Medical History, 1983, vol. 27, p. 297.
67. Материалы для истории медицины ..., в. 2, с. 450.
68. Иностранцы о древней Москве, с. 362.
69. Заблудовский П.Е. и др., История медицины, М., 1981, с. 80-81.
70. Богоявленский Н.А., Указ. соч., с. 4.
71. Каннабих Ю., История психиатрии, М., 1928, с. 83.
72. Белокуров С.А., Чтения в императорском обществе истории и древностей Российских, 1887, кн. 1, с. 83-86.
73. Аникин И.Л., Советское здравоохранение, 1991, № 11, с. 60.
74. Соколовский М., Характер и значение деятельности Аптекарского приказа, СПб, 1904, с. 24.
75. Материалы для истории медицины ..., в. 4, с. 1049.
76. Стог А., Указ. соч., с. 29.
77. Ключевский В.О., Указ. соч., с. 386.
78. Материалы для истории медицины ..., в. 4, с. 1242.
79. Стог А., Указ. соч., с. 32-33.
80. Там же, с. 34.
81. Иностранцы о древней Москве, с. 27.
82. Карамзин Н.М., Указ. соч., т. IX, с. 91.
83. Там же, с. 212.

84. Высоцкий Н.Ф., Чума при Алексее Михайловиче, Казань, 1879, с. 14.
85. Пресняков А.Е., Указ. соч., с. 64.
86. Чтения в императорском Обществе истории и древностей Российских, М., 1883, кн. 2, смесь, с. 11-12.
87. Коллинс С., Нынешнее состояние России, изложенное в письме к другу, живущему в Лондоне (пер. с англ.), М., 1846, с. 29.
88. Забелин Иван, Указ. соч., с. 164.
89. Иностранцы о древней Москве, с. 325.
90. Лахтин М.Ю., Этюды по истории медицины, М., 1907, с. 167.
91. Материалы для истории медицины ..., в. 1, с. 254.
92. Соколовский М., Указ. соч., с. 28-29.
93. Материалы для истории медицины ..., в. 1, с. 20.
94. Там же, с. 72-73.
95. Там же, с. 88.
96. Рихтер В., Указ. соч., т. II, с. 17-18.
97. Материалы для истории медицины ..., в. 4, с. 1274.
98. ПСЗ, т. II, № 1171.
99. Хмыров М.Д., Военно-медицинский журнал, 1869, январь, ч. 104, с. 26.
100. Материалы для истории медицины ..., в. 4, с. 1292.

II. Московская госпитальная школа

1. Пушкин А.С., Полное собрание сочинений, т. 4, М., 1957, с. 259.
2. Куприянов Н., История медицины России в царствование Петра Великого, СПб, 1872, с. 6, 8.
3. Голиков И.И., Деяния Петра Великого, ч.5, М., 1788, с. 3.
4. ПСЗ, т. IV, № 2467.
5. Там же, т. V, № 2953.
6. Конюш Э.М., Указ. соч., с. 59.
- 6а. Лахтин М., Материалы к истории медицины в России, М., 1907, с. 34.
7. ПСЗ, т. IX, № 6852.
8. Алелеков А.Н., История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России, М., 1907, с. 74.
9. Чистович Я., История первых медицинских школ в России, СПб, 1883, с. XXVIII.
10. Алелеков А.Н., Указ. соч., с. 84.
11. Пекарский П., Введение в историю просвещения в России XVIII столетия, СПб, 1862, с. 186.
12. Палкин Б.Н., Советское здравоохранение, 1978, № 10, с. 78-80.
13. Бидлоо Н.Л., Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре, М., 1979, с. 9.
14. Там же.
15. Там же, с. 12-14.
16. Цельс Авг Корнелий, О медицине, М., 1959, с. 274.
17. Бидлоо Н.Л., Указ. соч., с. 10.
18. Там же, с. 82-83.
19. Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К., История медицины, М., 1925, с. 352.
20. Бидлоо Н.Л., Указ. соч., с. 103.
21. Оппель В.А., История русской хирургии, Вологда, 1923, с. 13-14.
22. Оборин Н.А., Н.Л.Бидлоо и его «Наставление...», в кн.: Бидлоо Н.Л., Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре, с. 424.
23. Там же, с. 408.
24. Бидлоо Н.Л., Указ. соч., с. 278.

25. Оппель В.А., Указ. соч., с. 42.
26. Чистович Я., Указ. соч., с. 64.
27. Там же, с. 50.
28. Соловьев С.М., История России с древнейших времен, т. 16, СПб, 1886, с. 13.
29. Алелеков А.Н., Указ. соч., с. 104.
30. Злотников М.Ф., Морской врач, 1916, май, с. 254.
31. Алелеков А.Н., Указ. соч., с. 107-108.

III. Первый архиатр России

1. ПСЗ, т. V, № 2124.
2. Российский государственный архив древних актов (РГАДА), Правительствующий Сенат, фонд 248, 1714, книга 37/37, л.л. 35-36.
3. Павленко Н., Полудержавный властелин, М., 1988, с. 21.
4. Там же, с. 7.
5. Brit. Library Catalogue, London, 1979, № 10.
6. ПСЗ, т. IV, № 2121.
7. Павленко Н., Указ. соч., с. 209-210.
8. Captain John Perry, The state of Russia under the present Czar, London, 1716, p. 171; Alexander Gordon, History of Peter the Great, vol. II, p. 170.
9. Чистович Я., Указ. соч., приложение, с. CCCLXII.
10. Голиков И.И., Деяния Петра Великого, изд. 2, М., 1838, ч. 6, с. 264.
11. Семевский М.И., Царица Катерина Алексеевна, Анна и Вилем Монс, СПб, 1884, с. 140.
12. ПСЗ, т. V, № 2881.
13. Там же, № 3006, с. 244.
14. Там же, с. 245.
15. Там же, с. 246.
16. Там же, с. 452.
17. Чистович Я., Указ. соч., приложение, с. CCCLXVII.
18. РГАДА, ф. 248, кн. 37/37, л. 35-36.
19. Шершавкин С.В., Советское здравоохранение, 1958, № 2, с. 57.
20. Голиков И.И., Указ. соч., с. 438.
21. РГАДА, ф. 248, д. 37, л. 84-85 об; Злотников М.Ф. Указ. соч., с. 255-256.
22. Рихтер В., Указ. соч., т. III, с. 188.
23. Там же, с. 156.
24. Описание дел архива Морского министерства, т. II, СПб, 1877, с. 335.
25. ПСЗ, т. V, № 3375.
26. Там же, № 2953.
27. Голиков И.И., Указ. соч., ч. 5, с. 238.
28. Рихтер В., Указ. соч., с. 20.
29. Голиков И.И., Деяния Петра Великого, ч. 5, М., 1788, с. 34.
30. Голиков И.И., Указ. соч., изд. 2, 1838, ч. 5, с. 244.
31. ПСЗ, т. V, № 3234.
32. Там же, № 3256.
33. Там же, № 3237.
34. Там же, № 3092.
35. Пекарский П., Наука и литература при Петре Великом, т. II, СПб, 1862, с. 441.
36. Громбах С.М., Русская медицинская литература XVIII века, М., 1953, с. 24.
37. Русский архив, 1872, с. 1336.
38. Голиков И.И., Указ. соч., ч. 6, с. 283.
39. Там же, ч. 7, с. 347.

- 39а. Appleby I.H., *Medical History*, 1983, vol. 27, p. 302.
40. Полуденский М., *Петр Великий в Париже*, М., 1865, с. 17.
41. Цветаев Д., *Русское обозрение*, 1872, с. 620.
42. Голиков И.И., Указ. соч., ч. 6, с. 199-200.
43. Поляков В., *Возрождение*, Париж, 1955. № 48, с. 10.
44. Там же, с. 18.
45. Фонтенель, *Похвальное слово императору Петру Великому*, СПб, 1807, с. 46.
46. Отечественные записки, 1821, ч. V, с. 186.
47. Чистович Я., Указ. соч., приложение, с. CCCLXVII.
48. Луппоп С.П., *Книга в России в первой четверти XVII века*, М., 1973, с. 239.
49. Ключевский В.О., *Петр Великий среди своих сотрудников*, М., 1915, с. 12.
50. Русский архив, 1872, с. 1420.
51. Пекарский П., Указ. соч., т. 1, с. 34.
- 51а. Andersen I.G., *Scotsmen in the service of the Czars*, Edinburgh, 1990, p. 107-108.
52. Чистович Я., Указ. соч., приложение, с. CCCLXVII.
53. Пекарский П., Указ. соч., с. 47.
54. Никифоров Л.А., *Русско-английские отношения при Петре I*, М., 1950, с. 149.
55. РГАДА, Дела английские, 1717, д. 7, л. 121.
56. Там же, л. 186.
57. Там же, д. 10, л. 100.
58. Голиков И.И., Указ. соч., ч. 6, с. 192-193.
59. РГАДА, Дела английские, 1718, д. 11, л. 23.
60. Там же, д. 3, л. 3.
61. Пушкин А.С., *Полное собрание сочинений*, т. 9, М., 1958, с. 373.
62. Лахтин М., *Материалы к истории медицины в России*, М., 1907, с. 51-52.
63. Хмыров Н.Д., *Военно-медицинский журнал*, 1869, январь, ч. 104, с. 44-45.
64. Русский архив, 1872, с. 1641.
65. Исторические кладбища Петербурга, СПб, 1993, с. 135.

IV. Медицинская канцелярия

1. Змеев Л.Ф., *Чтения по врачебной истории России*, СПб, 1896, с. 250.
2. Рихтер В., Указ. соч., ч. III, прибавления, с. 15.
3. ПСЗ, т. VI, № 3811.
4. Палкин Б.Н., *Советское здравоохранение*, 1974, № 4, с. 63.
5. Каннабих Ю., Указ. соч., с. 286.
6. ПСЗ, т. XLIV, ч. II, книга штатов, отд. IV, к № 4659.
7. Там же, к № 9085.
8. Там же, к № 8304.
9. Венгеров С.А., *Критико-биографический словарь*, т. III, СПб, 1892, с. 425.
10. Ханыков Л.В., Указ. соч., с. 372.
11. Шагов М., *Русский офтальмологический журнал*, 1926, № 4, с. 427.
12. Там же, с. 428.
13. Санкт-Петербургские ведомости, 1757, № 10.
14. Там же, № 11.
15. ПСЗ, т. VIII, № 5620.
16. Там же, т. XLIV, ч. II, книга штатов, отд. IV, № 6305.
17. Энциклопедический словарь Брокгауза-Ефрана, т. 36, с. 72.
- 17а. Лахтин М., *Материалы к истории медицины в России*, М., 1907, с. 54.
18. ПСЗ, т. XLIV, ч. II, отд. IV, № 6305.
19. Там же, к № 9085.
20. Там же, т. VIII, к № 5958.

21. Чистович Я., Указ.соч., с. 480.
22. ПСЗ, т. XLIV, ч. II, отд. IV, № 6305.
23. Рихтер В., Указ. соч., т. III, с. 230-231.
24. ПСЗ, т. XIV, с. 532.
25. Там же.
26. Загоскин Н.П., Врачи и врачебное дело в старинной России, Казань, 1891, с. 68.
27. Трефолев Л.Н., Избранное, Ярославль, 1951, с. 200.
28. ПСЗ, т. XIV, с. 532.
29. Там же.
30. Страшун И., Здравоохранение, БМЭ, 1 изд., т. 10, 1929, с. 601.
31. Палкин В.Н., Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники, М., 1959, с. 61.
32. ПСЗ, т. IX, № 6852, с. 662.
33. Там же, с. 670.
34. Там же, с. 673-674.
35. Там же, с. 679.
36. Чистович Я., Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия, СПб, 1870, с. 379.
37. Чистович Я., История первых медицинских школ в России, СПб, 1883, с. 158-159.
38. Ястребцов Е., Шрейбер, Русский биографический словарь, т. 23, СПб, 1911, с. 384-385.
39. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., с. 267.
40. Там же, с. 268.
41. Там же, с. 277.
42. Куприянов В.В., К.И.Щепин — доктор медицины XVIII века, М., 1953, с. 81.
43. Соркин Ю.Э., Фельдшер и акушерка, 1985. № 8, с. 34.
44. Тобольский филиал Государственного архива Тюменской области (ТФ ГАТО), ф. 156, оп. 1749 года, дело 62, лист 12.
45. Московские ведомости, 1757.
46. Лахтин М.Ю., Медицинская беседа, 1900. № 7, с. 196.
47. Бочкарев В., Сборник статей в честь М.К.Любавского, СПб, 1917, с. 444.
48. ПСЗ, т. XLIV, ч. II, отд. 4, к № 9082, с. 45.
49. Там же, с. 47.
50. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., с. 494.
51. Ханыков Л.В., Указ. соч., с. 379.
52. Сборник императорского Русского исторического общества, СПб, 1885, т. 43, с. 91.
53. Палкин В.Н., Указ. соч., с. 76-83.
54. Оппель В.А., Указ. соч., с. 56.
55. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., с. 543.
56. Всеобщий журнал врачебной науки, 1811, т. V, с. 108.

V. Конец архиатруства

1. Рихтер В., Указ. соч., т. III, с. 491-493.
2. Олин В.Н., Примечания переводчика к книге Ч.Виллиамса «Записки о Петре Великом», СПб, 1835, с. 271-272.
3. Edinb.medicin. Journal, 1926, vol. 33, p. 274-279.
4. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., с. 506.
5. Болотов А.Т., Петербург при Петре III, СПб, 1901, с. 23.
6. Носков Н., Императрица Елизавета Петровна, СПб, 1913, с. 47.
- 6а. Andersen I.G., Указ. соч., с. 114-115.
7. Чистович Я., Указ. соч., с. 507.

8. ПСЗ, т. XLIV, ч. II, отд. 4, к № 11455.
9. Чистович Я., Указ. соч., с. 319.
10. ПСЗ, т. XLIV, ч. II, отд. 4, к № 11455.
11. Чистович Я., Указ. соч., приложение, с. LXV-LXVI.
12. Там же, с. 325.
13. Там же, с. 326.
14. Каннабих Ю., Указ. соч., с. 286.
15. Рихтер В., Указ. соч., т. III, приложения, с. 112.
16. Соловьев Д., Борьба за престол, М., 1912, с. 73, 76.
17. Hisbet Bain, Peter III, Emperor of Russia, Westminster, 1902, рассказ Салдерна.
18. Bruckner, Die Arzte in Russland, 1817.

VI. Медицинская коллегия

1. Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА), ф. 23, оп. 18, д. 21, л. 4, 4 оборот.
2. Там же, л. 5-6.
3. Н.Ч. (Чечулин Н.Д.), Лерхе, Русский биографический словарь, т. 14, СПб, 1914, с. 316.
4. Семека С.А., Медицинское обеспечение русской армии во время Семилетней войны, М., 1951, с. 252-253.
5. Там же, с. 256.
6. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., с. 508.
7. ПСЗ, т. XVI, № 12179.
8. Страшун И., Медицинский работник, 1941, 9/VII, с. 4.
9. Екатерина II, Сочинения, т. 3, СПб, 1830, с. 463.
10. Медицинский вестник, 1862, № 16, с. 157.
11. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., с. 385-386.
12. Там же, с. 390.
13. Георгиевский А.С., Труды Военно-медицинской академии, т. 216, Л., 1984, с. 33.
14. Страшун И., Здравоохранение, БМЭ, 1 изд., т. 10, с. 606.
15. Самойлович Д.С., Избранные произведения, М., 1949, с. 38-39.
16. ПСЗ, т. XX, № 14392.
17. Максимов Е., Трудовая помощь, 1901, № 9, с. 548.
18. Герцен А.И., Былое и думы, т. 1, М., 1968, с. 109.
19. Чистович Я., Очерки из истории русских ..., с. 48-49.
20. Медицинский вестник, 1862, № 17, с. 166-168.
21. Там же, № 18, с. 174.
22. Литературно-медицинский журнал, 1909, сентябрь, с. 19.
23. Медицинский вестник, 1862, № 17, с. 170.
24. Лахтин М.Ю., Медицинская беседа, 1901, № 2, с. 39.
25. Larrey D.J., Memories de chirurgie, Paris, 1817, vol. IV, p. 65-71.
26. Корнеев В.М., Советское здравоохранение, 1963, № 11, с. 78.
27. Там же, с. 78-79.
28. Медицинский вестник, 1862, № 16, с. 153.

VII. Научный труд по гигиене

1. Георги И.Г., Описание столичного города Санкт-Петербурга, СПб, 1794, с. 169.
2. Громбах С.М., Русская медицинская литература XVIII века, М., 1953.
3. Очерки истории Ленинграда, т. 1, Л., 1955, с. 350.
4. Палкин Б.Н., Русские госпитальные школы XVIII века, с. 165, 245.

5. Ходнев А.И., История императорского Вольного экономического общества, СПб, 1865, с. 315.
6. Чистович Я., История первых медицинских школ ..., приложение, с. CV-CVI.
7. Born C.F., *De febre gastrica putrida*, Goettingen, 1784.
8. Born C.F., *Ueber das fruehe bewohnnen neuer steinhauser*, St.Petersburg, 1789.
9. Born C.F., *Krankengeschichte ...*, in Richter chir. Bibl., 1790, Bd. 10, St. 3, art. 5, s. 462-480.
10. Born C.F., *Zwo Abhandlungen über die nutritionskraft etc.*, St.Petersburg, 1789.
11. Callisen A.C.P., *Medizinisches Schriftsteller — Lexicon der jetzt lebenden Aertzte, Wundarzte, Geburtshelfer, Apotheker und waturtorscher aller gebildeten Volker*, Copenhagen, 1830, s. 458-459.

VIII. Первый медицинский журнал

1. Российский государственный исторический архив Санкт-Петербурга (РГИА, Санкт-Петербург), ф. 1926, оп. 5, д. 421, л. 261.
2. Громбах С.М., Указ. соч., с. 193.
3. РГИА (Санкт-Петербург), ф. 1926, оп. 5, д. 421, л. 262.
4. Чистович Я., История первых медицинских ..., приложение, с. СССХIII.
5. Санкт-Петербургские ведомости, 1792, 29/VI, № 52, с. 1005.
6. Там же, с. 1006.
7. Там же, 5/XI, № 89, с. 1743.
8. Георги И.Г., Указ. соч., с. 555, 563.
9. Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 1792, № 1, с. 6-7.
10. Там же, 1792, № 2, с. 9.
11. Там же, 1792, № 8, с. 44.
12. Там же, 1794, № 49, с. 182.
13. Неустроев А.Н., Первый русский медицинский журнал «Санкт-Петербургские вра-
чебные ведомости», СПб, 1874, с. 7.
14. Санкт-Петербургские ведомости, 1793, 9/XII, № 98, с. 2323.
15. Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 1794, № 36, с. 79.
16. Там же, 1793, № 27, с. 1.
17. Там же, 1793, № 29, с. 18.
18. Там же, с. 22.
19. Там же, № 28, с. 9.

IX. От века разума — к веку науки

1. Аксаментов Г.В., Клиническая медицина, 1989, № 11, с. 153.
2. История медицины, т. 1, М., 1954, с. 145-146.
3. Скороходов Л.Я., Краткий очерк истории русской медицины, Л., 1926, с. 90.
4. Мирский М.Б., Клиническая медицина, 1984, № 2, с. 145.
5. Политковский Ф.Г., Медико-физический журнал, 1808, ч. 1, с. 2.
6. Лушников А.Г., Клиника внутренних болезней в России, М., 1962, с. 160.
7. Зиновьев И.А., К истории высшего медицинского образования в России, М., 1962, с. 95.
8. Полунин А.И., Московский врачебный журнал, 1856, кн. 3-4, с. 183.
9. Пахнер Ф., За жизнь матерей, М., 1963, с. 208.
10. Архангельский Г.В., Советское здравоохранение, 1990, № 2, с. 75.
11. Буяльский И.В., Краткая общая анатомия, СПб, 1844, с. 148.
12. Пирогов Н.И., Собрание сочинений, т. IV, М., 1960, с. 13-146.
13. Руководство практической хирургии, т. 1, М.-Л., 1936, с. 13.
14. Эйхвальд Э.Э., Патогенез и симптоматика расстройств кровообращения, СПб, 1871, с. 8.

15. Бартошевич С.Т., Итоги 12-го Международного съезда врачей в Москве, Саратов, 1897, с. 4.
16. Летопись жизни и деятельности академика И.П.Павлова, Л., 1969.
17. Stumke H., Bibliographie der internationale medizinischen Kongresse und Verbande, Leipzig, 1939.
18. A history of medicine, Springfield, vol. 1-2, 1954.

X. Хирурги России

1) Европа: «истинные» врачи ...

1. Буш И.Ф., Всеобщий журнал врачебной науки, 1812, ч. 1.
2. История медицины, Под редакцией В.Д.Петрова, М., 1954.
3. Ковнер С.Г., История средневековой медицины, Киев, 1893-1897, в. 1-2.
4. Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К., История медицины, М., 1925.
5. Менье Л., История медицины, М., 1925.
6. Оппель В.А., История русской хирургии, Вологда, 1923.
7. Таннери П., Исторический очерк развития естествознания в Европе, М., 1934.
8. Brunn K., Kurze Geschichte der Chirurgie, Berlin, 1928; 1973.
9. Meade R.H., An Introduction to the History of General Surgery, 1968.
10. Wangensteen O.H., Wangensteen S.D., The Rise of Surgery, 1978.

2) Иван Буш ...

1. Северная пчела, 1844, № 48, с. 5.
2. Ландшевский А., Исторический очерк академической хирургической клиники, СПб, 1898, с. 36.
3. Северная пчела, 1844, № 48, с. 6.
4. РГВИА, ф. 316, оп. 1, д. 144, л. 49.
5. Военно-медицинский журнал, 1844, ч. 43, № 2, с. 222.
6. Буш И.Ф., Руководство к преподаванию хирургии, изд. 4, 1822, ч. 1.
7. Скороходов Л.Я., Указ. соч., с. 94.
8. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. VIII, М., 1961, с. 234.
9. Буш И.Ф., Руководство ..., изд. 4, ч. 1, с. 4.
10. Там же, с. 154.
11. Там же, с. 438.
12. РГВИА, ф. 316, оп. 5, д. 25, л. 26 с оборотом, 28.
13. Всеобщий журнал врачебной науки, 1811, № 5, с. 42.
14. Там же, № 1, с. 14-15.
15. Военно-медицинский журнал, 1846, ч. 47, № 2, с. 425.
16. Там же, 1844, ч. 43, № 2, с. 217.
17. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. IV, М., 1960, с. 193-194.
18. Буш И.Ф., Руководство ..., изд. 4, ч. 1, с. III.
19. Там же, с. VIII.
20. Там же, с. 364.
21. РГВИА, ф. 316, оп. 5, д. 15, л. 12 с оборотом.
22. Там же, л. 16 с оборотом.
23. Колесов Г.А., Медико-хирургическая академия и ее деятели в начале XIX столетия, СПб, 1914, с. 30.
24. Отечественные записки, 1839, т. 5, разд. VII, с. 85-86.
25. Военно-медицинский журнал, 1836, ч. 28, № 2, с. 150-151.

3) Яков Виллие ...

1. Блэйр Д., Медицинская газета, 1992, 25/XII, с. 14.
2. Там же.
3. Сахаров В.С., Отчет по устройству Михайловской клинической больницы, СПб, 1873, с. 12.
4. История Военно-медицинской академии, СПб, 1898, с. 248.
5. Долинин В.А., Я.В.Виллие, М., 1984, с. 41.
6. Виллие Я., О желтой американской лихорадке, СПб, 1805, с. 67-68.
7. Там же, с. 160.
8. Виллие Я.В., Практические замечания о чуме, СПб, 1829, с. 35.
9. Виллие Я.В., Краткое наставление о важнейших хирургических операциях, СПб, 1806, с. III.
10. Там же, с. 2-3.
11. Там же, с. 8.
12. Там же, с. 92.
13. Там же, с. 89.
14. Там же, с. 97-98.
15. Архангельский Г.В., Советское здравоохранение, 1990, № 2, с. 75.

4) Хирурги Гильтебрандты ...

1. Чистович Я., История первых медицинских ..., приложение, с. CXLII.
2. Иноземцев Ф.И., Биографический словарь профессоров и преподавателей Московского университета, ч. 1, М., 1855, с. 200.
3. Чистович Я., Указ. соч., приложение, с. CXL-CXLI.
4. Гильтебрандт Ф.А., Слово о средствах ..., М., 1826, с. 18-19.
5. Гильтебрандт Ф.А., О прививании коровьей оспы, М., 1802.
6. Гильтебрандт Ф.А., О сохранении зрения, М., 1804, с. 216-217.
7. Гильтебрандт Ф.А., Речь о превосходстве хирургии, М., 1810, с. 5-6.
8. Гильтебрандт Ф.А., О средствах сберегать глаза и зрение до самой глубокой старости, М., 1819.
9. Гильтебрандт Ф.А., Речь о превосходстве ..., с. 6.
10. Гильтебрандт Ф.А., Слово о средствах ..., с. 13.
11. Там же, с. 15-16.
12. Иноземцев Ф.И., Биографический словарь ..., с. 205.
13. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. VIII, М., 1962, с. 216, 222.
14. Гильтебрандт Ф.А., Речь о превосходстве ..., с. 8-9.
15. Центральный исторический архив г. Москвы (ЦИАМ), ф. 418, оп.110, д. 281, л. 1.
16. Там же, оп. 112, д. 100, л. 7.
17. Там же, л. 2-2 оборот, 8-8 оборот.
18. Там же, л. 14 оборот-15.
19. Там же, оп. 113, д. 415, л. 3-4.
20. Российский Д.М., 200 лет медицинского факультета Московского университета, М., 1955, с. 94.
21. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. VIII, с. 222.
22. Змеев Л.Ф., Вылое врачебной России, СПб, 1890, с. 54.
23. Иноземцев Ф.И., Биографический словарь ..., с. 205.
24. Чистович Я., История первых медицинских ..., с. 418.
25. Колесов Г.А., Врачебное дело, 1928, № 19, с. 1475.
26. Прейсман А.Б., Московская медико-хирургическая академия, М., 1961, с. 83.
27. Иноземцев Ф.И., Биографический словарь ..., с. 206-207.

28. Кованов В.В., Аникина Г.И., История кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ..., М. 1957, с. 28.

29. Архив Московского университета, дела мед.факультета:за 1840 год, № 15 и № 16; за 1841 год, № 65.

30. Там же, дела мед.факультета за 1834 год, № 71, т. 1, л. 24.

31. Там же.

32. Кованов В.В., Аникина Г.И., Указ. соч., с. 30.

33. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. III, М., 1959, с. 295, 331, 496.

34. Юнкен И.Г., Руководство к исследованию болезней глаза, М., 1836, с. II.

35. Юнкен И.Г., Учение о глазных болезнях, М., 1841, с. VIII.

36. Гильтебрандт И.Ф., О распознавании и лечении аневризм и об операции перевязывания артерий, М., 1842, с. VIII-IX.

37. Там же, с. 37, 39-40.

38. Там же, с. 41.

5) Венцеслав Пеликан ...

1. Оппель В.А., Новый хирургич.архив, 1931, т. 23, кн. 3-4, с. 459.

2. РГВИА, ф. 316, оп. 69, д. 159, л. 123 оборот, 124, 124 оборот.

3. Там же, л. 124 оборот-125.

4. Там же, л. 146 оборот.

5. Большая советская энциклопедия, изд. 3, т. 21, с. 434.

6. РГВИА, ф. 316, оп. 69, д. 159, л. 230 оборот-231.

7. Там же, л. 231 оборот.

8. Там же, д. 160, л. 131 оборот, 132, 132 оборот.

9. Там же, л. 229-229 оборот.

10. Советская историческая энциклопедия, т. 4, М., 1963, с. 486.

11. РГВИА, ф. 316, оп. 69, д. 160, л. 250-250 оборот.

12. Там же, л. 250 оборот, 251, 251 оборот.

13. Там же, л. 283 оборот-284.

14. Там же, л. 290.

15. Серапионес И., Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины, Вильнюс, 1980, с. 12.

16. Медицинский вестник, 1873, № 30, с. 282.

17. Вестник Европы, 1888, т. V, с. 145.

18. Мицкевич А., Сочинения, т. III, М., 1952, с. 204-225, 301.

19. РГВИА, ф. 316, оп. 63, д. 4716, л. 5 оборот.

20. Герцен А.И., Собрание сочинений, т. VIII, с. 204.

21. Там же, т. XIII, с. 416; т. XIV, с. 197, 224, 285.

22. Медицинский вестник, 1873, № 30, с. 282.

23. Голос минувшего, 1914, № 2, с. 105.

24. Отечественные записки, 1855, т. XII, с. 165.

25. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. VIII, М., 1962, с. 57.

6) Христиан Саломон ...

1. РГВИА, ф. 316, оп. 1, д. 144, л. 49.

2. Кудряшов А.И., Исторический очерк кафедры десмургии и механургии при ВМА, СПб, 1898, с. 4.

3. Записки по части врачебных наук, СПб, 1847, кн. 1, с. 20.

4. Военно-медицинский журнал, 1839, ч. 34, № 1, с. 62.

5. Записки по части врачебных наук, СПб, 1844, кн. 3-4, с. 17.

6. Там же, с. 28.
7. Военно-медицинский журнал, 1831, ч. 18, № 3, с. 335.
8. Там же, 1835, ч. 26, № 1, с. 6.
9. Там же, 1833, ч. 22, № 1, с. 17.
10. Там же, 1838, ч. 31, № 3, с. 368-369.
11. Там же, с. 370.
12. Саломон Х.Х., Савенко П.Н., Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж, СПб, 1835, с. 12.
13. Записки по части врачебных наук, 1844, кн. 3-4, с. 1.
14. Там же, с. 4.
15. Военно-медицинский журнал, 1836, ч. 27, № 3, с. 5.
16. Там же, 1836, ч. 28, № 1, с. 8.
17. Саломон Х.Х., Руководство к оперативной хирургии, 1840, ч. 1, с. 6.
18. Там же.
19. Там же, с. 6-7.
20. Там же, с. 105.
21. Там же, с. 140-141.
22. Кудряшов А.И., Указ. соч., с. 7.
23. Букин Ю.В., Вестник хирургии, 1957, № 7, с. 137.
24. Саломон Х.Х., Руководство к оперативной ..., ч. 1, с. 77.
25. Ландшевский А., Исторический очерк кафедры ..., с. 80.
26. Военно-медицинский журнал, 1834, ч. 24, № 1, с. 47.
27. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. IV, 1960, с. 447.
28. Там же, т. V, 1961, с. 429.
29. Белогорский П.А., Госпитальная хирургическая клиника при ВМА, СПб, 1898, с. 33.
30. Ландшевский А., Указ. соч., с. 77.

7) Николай Арендт ...

1. Пирогов Н.И., Севастопольские письма и воспоминания, М., 1950, с. 393.
2. Чистович Я.А., Протоколы заседаний Общества русских врачей, СПб, 1859-1860, с. 149.
3. Вейнберг Л., Русский биографический словарь, т. П, СПб, 1900, с. 278.
4. Отечественные записки, 1822, ч. 12, № 30, с. 120-121.
5. Арендт Н.Ф., Военно-медицинский журнал, 1823, ч. 2, № 1, с. 19.
6. Пирогов Н.И., Указ. соч., с. 395.
7. Чистович Я.А., Указ. соч., с. 149.
8. Фомин А.А., Новые материалы для биографии А.С. Пушкина, СПб, 1880, с. 9.

8) Петр Савенко ...

1. Лопатто К.Э., Кафедра хирургической патологии и терапии при ВМА, СПб, 1898, с. 27.
2. Военно-медицинский журнал, 1823, ч. 2, № 3, с. 328.
3. Там же, 1824, ч. 3, № 1, с. 118-119.
4. Там же, с. 35-36.
5. Там же, с. 77.
6. Саломон Х.Х., Савенко П.Н., Анатомико-патологические и хирургические таблицы грыж, СПб, 1835, с. 12.
7. Там же, с. 14.
8. Савенко П.Н., Очерк главнейших камнекрушащих операций, СПб, 1840, с. 107.
9. Военно-медицинский журнал, 1835, ч. 25, № 3, с. 452.
10. Там же, 1834, ч. 23, № 1, с. 72.
11. Там же, № 3, с. 616-617.

12. Там же, 1833, ч. 21, № 2, с. 212.
13. Савенко П.Н., Кавказские минеральные воды, СПб, 1828, с. 29-30.
14. РГВИА, ф. 316, оп. 5, д. 15, л. 14.
15. Труды Общества русских врачей, СПб, 1845, с. 347.

9) Илья Буяльский ...

1. Оппель В.А., История русской хирургии, с. 96, 102.
2. Оранский Ф.С., Материалы для истории отечественной медицины, М., 1866, с. 25.
3. Таренецкий А.И., Кафедра и музей нормальной анатомии, СПб, 1898, с. 70.
4. Маргорин Е.М., Илья Буяльский, Л., 1948, с. 39.
5. Военно-медицинский журнал, 1824, ч. 3, № 2, с. 197.
6. Там же, с. 202-203.
7. Там же, 1830, ч. 2, № 2, с. 225.
8. Там же, с. 226.
9. Там же, с. 226-227.
10. Там же, 1833, ч. 22, № 3, с. 384-385.
11. Буяльский И.В., Анатомико-хирургические таблицы, СПб, 1828, с. III.
12. Там же.
13. Там же, с. 1.
14. Там же, с. 2.
15. Там же, с. 5.
16. Там же, с. 4.
17. Там же, с. 5.
18. Там же, с. 18.
19. Военно-медицинский журнал, 1828, ч. 10, № 2-3, с. 378.
20. Там же, ч. 11, № 3, с. 453.
21. Оранский Ф.С., Указ. соч., с. 50-51.
22. Военно-медицинский журнал, 1833, ч. 22, № 3, с. 388.
23. Оранский Ф.С., Указ. соч., с. 17-18.
24. Современник, 1854, т. 46, с. 45-49.
25. Военно-медицинский журнал, 1843, ч. 42, № 3, с. 387-388.
26. Оранский Ф.С., Указ. соч., с. 25.
27. Друг здравия, 1848, № 34, с. 266.
28. Там же, 1838, № 21, с. 167.
29. Там же, 1846, № 10, с. 74.
30. Военно-медицинский журнал, 1846, ч. 41, № 1.
31. Друг здравия, 1848, № 25, с. 200.
32. Маргорин Е.М., Указ. соч., с. 53.
33. Таренецкий А.И., Указ. соч., с. 52.
34. Записки по части врачебных наук, 1849, кн. 1.

X1. Школа Пирогова

1) Ученники «первого хирурга» ...

1. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. VIII, М., 1962, с. 61.
2. Русский хирургический архив, 1907, кн. 2, с. 38.
3. Мирский М.Б., История отечественной трансплантологии, М., 1985, с. 31-35.

2) Александр Китер ...

1. Калью П.И., Н.И.Пирогов и анатомо-физиологическое направление в хирургии, М., 1959, с. 147.

2. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. II, М., 1959, с. 14.
3. Там же, с. 262.
4. Пирогов Н.И., Севастопольские письма и воспоминания, 1950, с. 459.
5. Дукальский С.Г., Казанский медицинский журнал, 1973, № 5, с. 89.
6. Китер А.А., Руководство к изучению акушерской науки, СПб, 1857, ч. 1, с. VI.
7. Китер А.А., Руководство к изучению женских болезней, СПб, 1858, с. VIII
8. Там же, с. 5.
9. Там же, с. 54.
10. Там же, с. 181-182.
11. Там же, с. 462.
12. Груздев В.С., Исторический очерк кафедры акушерства и женских болезней Военно-медицинской академии, СПб, 1898, с. 138.
13. РГВИА, ф. 316, оп. 46, д. 234, л. 4.
14. Груздев В.С., Указ. соч., с. 140.
15. Белогорский П.А., Указ. соч., с. 143-144.
16. РГВИА, ф. 316, оп. 60, д. 99, л. 3.
17. Там же, оп. 38, д. 41, л. 8.
18. Медицинский вестник, 1879, № 14, с. 115.
19. Гаспарян А.М., Гаспарян С.А., Ткачук В.Н., Очерки по истории отечественной урологии, Л., 1971, с. 56.
20. Записки по части врачебных наук, 1844, кн. 2.
21. Медицинский вестник, 1863, № 41-42; 1865, № 14-15.
22. Антоневич В.М., О реплантации и трансплантации зубов, СПб, 1865.
23. Янович-Чайнский С.М., Медицинский вестник, 1871, № 2.

3) Петр Неммерт ...

1. РГВИА, ф. 316, оп. 66, д. 4133, л. 5-5 оборот.
2. Там же, оп. 63, д. 4195, л. 1-7.
3. Белогорский П.А., Указ. соч., с. 30.
4. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. III, 1961, с. 83.
5. Там же, с. 71.
6. Там же, с. 75-76.
7. Там же, с. 85.
8. РГВИА, ф. 316, оп. 19, д. 20, л. 2.
9. Неммерт П.Ю., *De arteriae carotidis communis lateris utrinsque deligatione*, СПб, 1846.
10. Белогорский П.А., Указ. соч., с. 129.
11. Неммерт П.Ю., Записки по части врачебных наук, 1848, кн. 3, с. 31.
12. Белогорский П.А., Указ. соч., с. 123.
13. Пирогов Н.И., Собр. сочинений, т. IV, с. 545.

4) Павел Заблоцкий-Десятовский ...

1. РГВИА, ф. 316, оп. 17, д. 5, л. 1.
2. Заблоцкий-Десятовский П.П., Обозрение Талышинского ханства в медико-топографическом и статистическом отношении, М., 1836, с. 32.
3. Заблоцкий-Десятовский П.П., Учение о болезнях яичка, семенного канатика и мочонки, СПб, 1848, с. III.
4. РГВИА, ф. 316, оп. 69, д. 187, л. 88.
5. Там же, д. 188, л. 48-48 оборот.
6. Там же, оп. 57, д. 198, л. 1.

7. Там же, оп. 24, д. 17, л. 14-15.
8. Врач, 1882, № 34, с. 672.
9. Русская старина, 1912, т. 152, № 10, с. 103.
10. Заблоцкий-Десятовский П.П., Опухоли вен (*varices*) на нижних конечностях, СПб, 1843, с. 25.
11. Врач, 1882, № 36, с. 607.
12. РГВИА, ф. 316, оп. 57, д. 298, л. 9-13.
13. Заблоцкий-Десятовский П.П., Описание грыж, СПб, 1855, с. 55.
14. Записки по части врачебных наук, 1843, кн. 2, с. 39.
15. Заблоцкий-Десятовский П.П., Учение о болезнях яичка ..., с. 75.
16. Там же, с. 85.
17. Там же, с. 269.
18. Там же, с. 318.
19. РГВИА, ф. 316, оп. 69, д. 187, л. 88, 89-89 оборот.
20. Заблоцкий-Десятовский П.П., О болезнях рта и соседних ему частей, СПб, 1856, с. 143.
21. РГВИА, ф. 316, оп. 27, д. 34, л. 8-8 оборот.
22. Военно-медицинский журнал, 1843, ч. 42, № 2, с. 229.
23. Там же, с. 234.
24. Записки по части врачебных наук, 1844, кн. 2, с. 54; кн. 3, с. 88-89.
25. Заблоцкий-Десятовский П.П., Предисловие переводчика к книге Х.В.Гуфеланда «Искусство продлить человеческую жизнь», 1856, с. XIII.
26. Заблоцкий-Десятовский П.П., О влиянии климата на здоровье человека, дополнение к книге Х.В.Гуфеланда, 1856, с. 498.
27. Оппель В.А., История русской хирургии, с. 293-294.

ХII. Шереметевская больница

1. Тарасенков А.Т., Историческое описание больницы Странноприимного дома, М., 1859, с. 3.
2. ЦИАМ, ф. 208, оп. 1, д. 230, л. 25 оборот-26.
3. Тарасенков А.Т., Указ. соч., с. 8-9.
4. ЦИАМ, ф. 208, оп. 1, д. 160, л. 1-2.
5. Владимирович Г.А., Тарасов М.М., Институт имени Склифосовского, М., 1959, с. 25.
6. ЦИАМ, ф. 208, оп. 1, д. 420, л. 1-20.
7. Тарасенков А.Т., Воспоминания о Шереметевской больнице, 1899, с. 23.
8. РГИА (Санкт-Петербург), ф. 1088, оп. 14, д. 202, л. 1-2.
9. Овер А.И., Обзор состояния московских больниц гражданского ведомства, М., 1858, с. XVI.
10. Там же, с. X.
11. Тарасенков А.Т., Историческая записка о Странноприимном доме, М., 1860, с. 13.
12. Тарасенков А.Т., Медико-статистические сведения по Странноприимному дому, М., 1871, с. 14.
13. Овер А.И., Материалы для истории московских больниц гражданского ведомства, М., 1859, с. 88, 90.
14. ЦИАМ, ф. 208, оп. 1, д. 464, л. 3.
15. Там же, д. 620, л. 1-1 оборот.
16. Тарасенков А.Т., Историческое описание больницы ..., 1859, с. 23.
17. Тарасенков А.Т., Воспоминания ..., 1899, с. 18.
18. Березовский С.Е., Больница при Странноприимном доме, М., 1910, с. 110-111.
19. Там же, с. 85.
20. ЦИАМ, ф. 208, оп. 1, д. 620, л. 1-1 оборот.
21. Там же, ф. 179, оп. 21, д. 4406, л. 3.

22. Там же, ф. 208, оп. 1, д. 652, л. 1.
23. Там же, л. 4.

XIII. Медицинская газета «Друг здравия»

1. Друг здравия, 1833, № 8, с. 58.
2. Грум К., Монография о радикальном лечении пахово-мошоночных грыж, СПб, 1837, с. 96-97.
3. РГИА (Санкт-Петербург), ф. 772, оп. 1, д. 1141, л. 1.
4. Друг здравия, 1833, № 1, с. 1.
5. Там же, 1834, № 3, с. 21.
6. Магазиник Г.Л., Советское здравоохранение, 1958, № 10, с. 38.
7. Друг здравия, 1834, № 9, с. 69.
8. Там же, № 6, с. 44.
9. РГИА (Санкт-Петербург), ф. 772, оп. 3, д. 148056, л. 9.
10. Военно-медицинский журнал, 1833, ч. 22, № 3.
11. Друг здравия, 1834, № 17, с. 133.
12. Магазиник Г.Л., Указ. соч., с. 39.
13. Друг здравия, 1835, № 1, с. 3.
14. Там же, № 7, с. 56.
15. РГИА (Санкт-Петербург), ф. 772, оп. 5, д. 149686, л. 10.
16. Там же, л. 4-6.
17. Друг здравия, 1834, № 12, с. 89.
18. РГИА (Санкт-Петербург), ф. 772, оп. 6, д. 151116, л. 2, 4, 8, 10.
19. Друг здравия, 1869, № 46, с. 368.

XIV. Земская медицина — национальное достояние России

1. Капустин М.Я., Основные вопросы земской медицины, СПб, 1889, с. V1.
2. Материалы по земскому общественному устройству, 1885, т. 1, с. 150.
3. ПСЗ, 2-е собр., СПб, 1867, т. 39, отд. 1, № 40457, с. 4.
4. Герасименко Г.А., Земское самоуправление в России, М., 1990, с. 10.
5. ПСЗ, 2-е собр., т. 39, отд. 1, № 404577 с. 2.
6. Маслов С., Земство и его экономическая деятельность за 50 лет существования, М., 1914, с. 7.
7. Архив судебной медицины и общественной гигиены, 1866, № 2, с. 130-134.
8. Моллесон И.И., Земская медицина, Казань, 1871, с. 55.
9. Архив судебной медицины ..., 1866, № 5, с. 159.
10. Очерки истории русской общественной медицины, М., 1965, с. 36.
11. Архив судебной медицины ..., 1866, № 2, с. 136.
12. Капустин М.Я., Указ. соч., с. 18.
13. Трутовский В., Современное земство, П., 1914, с. 88.
14. Веселовский Б.Б., История земства за 40 лет, СПб, 1909, т. 1, с. 433.
15. Календарь для врачей всех ведомств, СПб, 1912, ч. П, с. 174.
16. Капустин М.Я., Указ. соч., с. VI.
17. Френкель З.Г., Очерки земского врачебно-санитарного дела, СПб, 1913, с. 5-6.
18. Страшун И.Д., Русская общественная медицина в период между двумя революциями, М., 1964, с. 12-13.
19. Дневник общества врачей Казани, 1873, № 21, с. 321.
20. Труды П. Пироговского съезда, М., 1887, т. II, с. 125.
21. Московский медицинский журнал, 1926, № 12, с. 102.
22. Лукомский М.Я., Строительство рабочей медицины, М., 1925, с. 24-25.

23. За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1934, № 8-9, с. 3-10.
24. Очерки истории русской общественной медицины, с. 40.
25. Юбилейный земский сборник, СПб, 1914, с. 451.
26. Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И., Основные черты развития медицины в России в период капитализма, М., 1956, с. 130.
27. Пиরумова Н.М., Земская интеллигенция, М., 1986, с. 105-116 и др.
28. Заблудовский П.Е., Здравоохранение Российской Федерации, 1964, № 8, с. 7, 8.
29. Отчет о работе V Всероссийского съезда здравотделов, М., 1924, с. 60.
30. Семашко Н.А., Избранные произведения, М., 1967, с. 51.
31. Известия советской медицины, 1918, № 5-6, с. 16.
32. Врачебное дело, 1919, № 9, с. 308.
33. Капустин М.Я., Главные основания проекта сельской земской больницы, 1874, с. 1-2.
34. Веселовский Б.В., Указ. соч., т. 1, с. 396.
35. Календарь для врачей ..., 1912, ч. II, с. 163.
36. Веселовский Б.В., Указ. соч., т. 1, с. 252, 255, 257.
37. Календарь для врачей ..., 1912, ч. II, с. 164.
38. Веселовский Б.В., Земство и земская реформа, М., 1918, с. 20.
39. Календарь для врачей ..., 1912, ч. II, с. 179-181.
40. Загряцков М.Д., Земство и демократия, М., 1917, с. 19.
41. Трутовский В., Современное земство, П., 1914, с. 60.
42. Шингарев А.И., Земская и городская Россия, М., 1915, с. 31.
43. Френкель З.Г., Календарь для врачей, 1912, ч. II, с. 162.
44. Советское здравоохранение, 1960, № 5, с. 20.
45. Там же.
46. Юбилейный земский сборник, с. 412.

XV. Рождено земской медициной

1. Игумнов С.Н., Очерк развития земской медицины в губерниях, вошедших в состав УССР, Киев, 1940, с. 18.
2. Пирогов Н.И., Начала общей военно-полевой хирургии, 1941, ч. 1, с. 2.
3. Капустин М.Я., Задачи гигиены в сельской России, М., 1902, с. 10.
4. Труды XI Пироговского съезда, М., 1911, с. 82.
5. Там же, с. 352.
6. Погожев А.В., Исторические основы санитарной реформы в России, М., 1891, с. 5.
7. Протоколы Общества врачей г. Казани, 1870, № 2, с. 20.
8. Там же, № 15, с. 194.
9. Игумнов С.Н., Указ. соч., с. 20.
10. Карпов Л.Н., Земская санитарная организация в России, Л., 1964, с. 52.
11. Протоколы Общества врачей г. Казани, 1870, № 15, с. 192.
12. Гигиена и санитария, 1987, № 9, с. 34.
13. Моллесон И.И., Земская медицина, Казань, 1871, с. 28.
14. Там же, с. 55.
15. Карпов Л.Н., Указ. соч., с. 54.
16. Сборник Пермского земства, 1872, январь-февраль, с. 50.
17. Протоколы Общества врачей г. Казани, 1870, № 12, с. 175-177.
18. Моллесон И.И., Указ. соч., с. 42.
19. Осипов Е.А., Куркин П.И., Попов И.В., Русская земская медицина, М., 1899.
20. Белый Я.М., Из недавней старины, Новгород, 1907, с. 192-194.
21. Труды XI Пироговского съезда, с. 352.
22. Врачебное дело, 1929, № 6, с. 391.
23. Труды XI Пироговского съезда, с. 82.

24. Русский врач, 1909, № 48, с. 1648.
25. Там же, № 52, с. 1785.
26. Труды V съезда Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова, т. II, СПб, 1894, с. 595.
27. Врачебное дело, 1929, № 6, с. 390.
28. Осипов Е.А. и др., Указ. соч., с. 284.
29. Моллесон И.И., Указ. соч., с. 55.
30. Там же, с. 11.
31. Там же, с. 26.
32. Земский врач, 1890, № 9, с. 158.
33. Там же, с. 159.
34. VII губернский съезд врачей, в. 1, Вологда, 1908, с. 105-106.
35. Жбанков Л.Н., О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России, М., 1910, с. 8.
36. Земский врач, 1890, № 33, с. 506.
37. Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине, Киев, 1962, с. 282.
38. Русский врач, 1904, № 50, с. 1696.
39. Мицкевич С.И., Записки врача-общественника, М., 1941, с. 49.
40. Осипов Е.А. и др., Указ. соч., с. 287.
41. Страшун И.Д., Русская общественная медицина ..., с. 101.
42. Соловьев З.П., Избранные произведения, М., 1956, с. 155.
43. очерки истории русской общественной ..., с. 27.
44. VII губернский съезд врачей, в. 1, Вологда, 1908, с. 91.
45. Материалы к истории гигиены ..., с. 36.
46. Земский врач, 1890, № 9, с. 160-161.
47. Игумнов С.Н., Указ. соч., с. 104.
48. Русский врач, 1909, № 48, с. 1648.
49. Восьмой Пироговский съезд, М., 1903, с. 36.
50. Труды XI Пироговского съезда, с. 355.
51. Врачебное дело, 1929, № 6, с. 390.
52. Жбанков Д.Н., Указ. соч., с. 68.
53. Там же.
54. Игумнов С.Н., Указ. соч., с. 137.
55. Там же, с. 123.
56. Труды V съезда Общества русских врачей ..., с. 454.
57. Труды XI Пироговского съезда, с. 365.
58. Там же, с. 366.
59. Земский сборник Черниговской губернии, 1908, сентябрь, с. 34-35.
60. Там же, 1908, декабрь, с. 35.
61. Игумнов С.Н., Указ. соч., с. 127.
62. Труды XI Пироговского съезда, с. 369.
63. Гигиена и санитария, 1911, № 9-10, с. 449-456.
64. Труды XI Пироговского съезда, с. 354.
65. Общественный врач, 1913, № 1.
66. Гамалея Н.Ф., Собрание сочинений, т.3, М., 1958, с. 133.
67. Осипов Е.А., Московская медицинская газета, 1874, № 9, с. 267.

XVI. Становление Пироговского общества

1. Даль В.И., Толковый словарь живого великорусского языка, СПб, 1881, т. II, с. 634.
2. Н.И.Пирогов и его наследие — Пироговские съезды, СПб, 1911, с. 159.
3. Дневник I съезда Московско-Петербургского медицинского общества, 1885, в. 2, с. 16.

4. Там же, в. 1, с. 2.
5. Дневник III съезда Общества русских врачей, 1888, в. 1, с. 2.
6. Научные медицинские общества в СССР, М., 1972, с. 9.
7. Шидловский К.И., Свод постановлений и работ I-VI всероссийских съездов врачей, М., 1899, с. 13.
8. Там же, с. 15.
9. Дневник I съезда ..., 1885, в. 2, с. 17-18.
10. Там же, с. 43.
11. Нейдинг И., Медицинские общества в России, М., 1897, с. 44.
12. Журнал Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова, 1904, № 4, приложение, с. VII.
13. Дневник I съезда ..., 1885, в. 2, с. 19.

Именной указатель

- Авдурев 103
Аверьянов В.А. 306
Авиценна 46, 61, 163
Адашев А. 8
Айрман Г.М. 45
Аксхаузен Г. 259
Албанус (Абанус) И. 30, 36, 45
Александр I 121, 138-139, 276, 278
Александр II 215, 302
Александров В. 47-48
Алексеев С. 33, 36
Алексей Алексеевич 41
Алексей Михайлович 23, 27, 29, 30, 32,
33, 41, 43, 46, 51, 70, 72, 73, 8
Алексей Петрович 81, 86
Алерт К. 47
Альбарран И. 170
Альфонский А.А. 202, 278
Анастасия Романовна 15
Андреевский Е.И. 299
Андрыйкас А. 32
Аникин И.Л. 40
Аникина Т.И. 205
Анискевич А. 134
Анна Иоанновна 87, 89-93, 95-97
Анна Леопольдовна 96
Антоневич В.М. 259
Антонов И. 35-36
Апраксин Ф.М. 66
Аптекман О.В. 308
Арендт Н.Ф. 168, 197, 207-208, 217, 224-
229, 235, 241, 243, 245, 272, 295
Арендт Ф.И. 225
Аренсен Я. 30
Аристов А. 49
Аргольд А.И. 182, 188
Арнольди И.А. 328
Архангельская А.Г. 339
Асеев В.И. 306
Ауэнбрюггер Л. 164, 166
Афанасий, епископ Суздальский 109
Афанасий, архиепископ Холмогорский 34, 40
Аш Г.Ф. 125, 138
Ахматов 299
Ашмоль Э. 26

Баад Ф. 134
Багратион П.И. 199

Базилевич Г.И. 138
Баргли 16
Барсук-Моисеев Ф.И. 126
Барт А. 259
Бартелов К. 47-48
Басов В.А. 173, 214, 269, 272, 279
Баталин В. 324
Баттерсби Д. 28
Бахерахт А.Г. 130
Беккер А. 49
Беккерс Л.А. 243, 249
Белогорский П.А. 261
Белл Д. 81
Белл Ч. 173
Белов Я. 47
Белопольский Е.Т. 130
Белый Я.М. 318
Беляев И. 65-66
Бениан (Биниан) Р. 27, 30
Бенский Э. 19
Бентом Р. 38
Бер 83
Бер М. 19
Бергманн Э. 170, 172
Березовский С.Е. 284-286
Беренс Р. 134
Беринг В. 130
Бернар К. 170
Бертенсон И.В. 336
Бест Р. 9
Бецкой И.И. 133
Бидлоо Г. 55-56
Бидлоо Л. 55
Бидлоо Н.Л. 54-65, 74, 75, 85, 89, 163
Бильрот Т. 172-173, 252
Бильс В. 24-25, 47
Бильс В.(младший) 24, 30
Биньонон 79
Бирон Э.И. 89, 91, 95, 114-115
Биша М.Ф. 166
Бишоп У. 10
Блаженней (Невский) С. 65-66
Блазиус Г. 56
Бланкар С. 56
Бленни Н. 152
Блок И. 125
Блэйр Д. 189
Блюментрост И.Л. 29, 72, 75, 85-91, 113

- Блюментрост Л.А. 24, 29, 45, 49, 72, 85
 Блюментрост Л.Л. 29, 73, 78, 79, 83, 92
 Боббс Д. 172
 Бобров А.А. 279, 336
 Богданов Ф. 57
 Богдановский Е.И. 258
 Боголепов А.Г. 285
 Богословский С.М. 307
 Богоявленский Н.А. 8, 39
 Боденс 269
 Бойль Р. 28
 Болотов А.Т. 115
 Больё Ж. (брать Жак) 63
 Бомель Е. 11-12
 Бонне Ш. 224
 Боргониони Г. 176
 Боргониони Т. 176
 Борис Годунов 9, 13, 14, 16, 18-20
 Борн К.Ф. 140-148, 151
 Боткин С.П. 171-172, 315, 336
 Боус Д. 10
 Брайт Р. 167
 Брандау К. 134
 Брантон Т. 171
 Бремзер И. 167
 Бритье Ф. 31
 Броун Д. 163
 Броун Н. 37
 Брун Д. 47-48
 Бруссе Ф. 61, 167
 Брыков И. 294
 Брюллов К.П. 215, 245
 Брюховский П.Г. 317
 Бубнов 315
 Буйо Ж.Б. 167
 Булгаков М.А. 175
 Бунге Ф. 156
 Бургав Г.К. 88, 107-108, 113
 Бурденко Н.Н. 247
 Бурхаве Г. 51, 73, 88, 99, 101, 107, 158, 163
 Буссов К. 19
 Бутлеров А.М. 171
 Буш И.Ф. 131, 141, 168-169, 180-187, 196,
 208-211, 213-214, 216-217, 223-224, 228-
 229, 234, 236, 238, 240, 242, 244, 248,
 261, 272, 288
 Бушковский Г.Ф. 260
 Буяльский И.В. 131, 169, 180, 182, 188,
 207-208, 214, 222, 224, 228, 234-246,
 294-295
 Быстров И.С.
 Быстров Н. 130
 Бэкон Ф. 162
 Бьенез Ж. 61, 63
 Валес Ж. 74
 Валлериан Е.К. 141
 Вальтер И. 272
 Вальтер П.Н. 208
 Ван-Гельмонт И.Б. 61
 Ван-дер-Гульст З.З. 88-89
 Варвинский И.В. 166
 Вардлей Р. 25
 Варнек Л.Е. 138
 Василий Шуйский 20, 31
 Васильев А.И. 133, 136-139
 Васильев Ф. 23, 35-36
 Васильевский Н.П. 323
 Вахоман И. 94
 Вебер Ф. 80, 82-83
 Веденихтов И. 49
 Везалий А. 34
 Вейкард Г. 157
 Вельпло А. 251, 269
 Вельяминов Н.А. 338
 Велланский Д.М. 183
 Вернадский В.И. 165
 Вернер И.И. 13
 Веселовский Б.В. 304, 310
 Веселовский П. 68
 Веселовский Ф. 82
 Виен И.И. 136, 138
 Вилгауз 78
 Виллан Р. 164
 Виллие В. 188
 Виллие Вальтер 188
 Виллие Я.В. 134, 182, 187-197, 211-212, 234
 Виллис Т. 18-19
 Вилмердинг А.И. 156
 Вильде 226
 Вильсон Т. 29
 Виньюс А.А. 49-50
 Вирхов Р. 170
 Витте И.Г. 339-340
 Вихман Г.Е. 156
 Владислав IV 34
 Воинов 266
 Воловский К.А. 336
 Волькенштайн А.А. 308
 Вольский С.Ф. 299
 Вольтер 162
 Вольф 99
 Вольф А.М. 186, 244
 Вольф И. 125
 Воронцов В.П. 308
 Вуд А. 170
 Вульф А. 33
 Вушкивский Г.Ф.
 Высоцкий Г.Я. 182, 188, 214
 Высоцкий Н.Ф. 43
 Вюрц Ф. 63
 Вяземский А. 11, 13
 Гааг Ф.Е. 282

- Габричевский Г.Н. 337, 339
 Гаврилов М. 48
 Гаврилов С. 48
 Гаврилов Т.Е. 306
 Гаевский С.Ф. 182, 188, 288, 292, 299
 Гален К. 23, 46, 123, 163
 Галензовский С. 214
 Галенкин З. 156
 Галлер А. 99, 273
 Галюн С.Ф. 329-330
 Гамалея Н.Ф. 333
 Гамен Г.Д. 138
 Ганеманн С. 158
 Гарвин Т. 81
 Гардинер А. 9
 Гарланд Э. 16
 Гартнер Х. 312
 Гассинг К. 182
 Гастингс М. 14
 Гвоздев Г. 303
 Гвоздев О. 11
 Гебдон И. 27, 29
 Геберден В. 164
 Гезениос О. 30
 Гейрот Ф.Ф. 243
 Гейстер Л. 63, 102, 110, 177
 Гекинг Г.В. 82
 Гельмгольц Г. 170
 Георг I 81-82
 Георги И.Г. 148
 Георгиевский А.С. 96
 Гепнер К.Ф. 260
 Гербер Т. 99
 Герберский В. 166
 Гергекопф И. 94
 Герман Ф.Л. 31, 33
 Гермес Г. 134
 Герстенберг И.Д. 156
 Гертлу Ч. 231
 Герхардт К. 171
 Герц Г. 82
 Герцен А.И. 133, 215
 Герценштейн Г.М. 320
 Геселевич А.М. 248
 Гиббс Д. 16-18
 Гибс А.А. 207, 229
 Гилленборг К. 81-82
 Гильберт В. 17
 Гильданий Ф. 63
 Гильдебрандт П. 156
 Гильмер И. 88
 Гильтебрандт И.Д. 197-198
 Гильтебрандт И.Ф. 204-207
 Гильтебрандт Ф.А. 197-204, 278
 Гиппократ 46, 163
 Глебов И.Т. 166, 214
 Гове 95
- Гови Я. 74
 Говоров Я.И. 199
 Гоголь Н.В. 280
 Годунов С.Н. 20
 Голиков И.И. 69
 Голицын А.Н. 212
 Головин Н.Ф. 78
 Головкин Г.И. 82
 Горголи С.Д. 138
 Горохов 76
 Горсей Д. 8, 12
 Горчаков А. 52
 Горянников П.Ф. 295
 Гофман 104
 Гофман К. 158
 Гоффманн Ф. 163
 Граман А. 24, 47
 Грамон М. 45
 Гран М.М. 306
 Гранвилл А. 168, 197
 Грасманн Е.И. 293
 Грегори И. 29
 Гречанин А. 73
 Грефе А. 172, 248
 Гржимало Б.И. 299
 Гриб Я. 93, 108, 114
 Григорьев М. 9
 Григорьев О. 35
 Григорьев Ф. 49
 Гриневский Н. 130
 Груздев В.С. 256
 Грум К.И. 287-300
 Губарев А.П. 279
 Губин В. 49
 Гунтер Д. 164, 207
 Гунтингтон 14
 Гутбир Я. 38, 49
 Гутменш И. 38, 49
 Гуфеланд Х.В. 288
 Гюббенет Х.Я. 298
 Гюбнер Ю.Ю. 317
 Гюльденстриерне А. 20
- Давас Я. 134
 Давиэль Ж. 164
 Давыдов К. 47
 Дагилев И. 130
 Дакоста 83
 Даль В.И. 334
 Данзас К.К. 228
 Даниленко М.В. 57
 Девиер А.М. 76
 Дезормо А. 170
 Декарт Р. 162
 Де Либуа 78
 Делоне К.А. 278
 Дементьев Е.М. 317, 323, 340

- Дементьев Я. 35-36
 Демидов А. 79
 Державин Г.Р. 137, 276
 Де-Тейльс А. 64, 89-90, 93
 Де Шолиак Г. 272
 Джексон Д. 173
 Дженкинсон А. 9-10
 Дженнер Э. 164, 199
 Джунковский В.Я. 57
 Дэирне И. 284
 Диатроптов П.Н. 323
 Дий А. 16, 24-26, 29-31, 47
 Дий Д. 14, 16, 24
 Димахи Г. 74
 Диоскорид 34, 46
 Диффенбах И. 242, 248, 251
 Диляклер (Дляклер) Ф. 30, 45
 Дмитриев И.П. 306, 317
 Доброславин А.П. 306
 Доброхотов С.Н. 284
 Добычин П.А. 317
 Долгополов Н.И. 308, 340
 Долгоруков Н.А. 308, 315
 Долженков В.И. 306, 317, 328
 Дольст И.Б. 138
 Донель И. 69
 Дорф Д.Я. 308, 340
 Достоевский М.А. 235
 Дроздов 238
 Дубовицкий П.А. 232, 251, 261, 267-268, 271
 Дьяконов П.И. 336
 Дю Верне Г.Ж. 68, 78
 Дююнтрен Г. 167, 169, 220, 242, 269, 272
 Дюшени Г. 173
 Дядьковский И.Е. 167, 169, 265, 295
- Егоров А. 245
 Екимов А. 49
 Елаич Ф.О. 252, 257
 Елизавета I 10-12, 14, 16, 18-19, 22, 24, 31
 Елизавета Петровна 83, 95-96, 105-108,
 114-117, 124
 Елисеев М. 47-48
 Еллизен Е.Е. (Эллизен И.Г.) 134, 138, 157
 Елинский Н.И. 182, 188
 Екатерина I 75, 77-78, 83, 87, 89-90, 106
 Екатерина II 113, 115, 120-122, 124-128,
 131, 133-134, 136-137, 139, 154
 Емельянов Л. 94
 Енохин И.В. 292
 Ефлевич Д. 24
- Жбанков Д.Н. 133, 305-306, 323, 328
 Жуков Е. 65
- Заблоцкий-Десятовский А.П. 265
 Заблоцкий-Десятовский М.П. 265
- Заблоцкий-Десятовский П.П. 249, 265-275, 298
 Заблудовский П.Е. 3, 38, 308
 Заболотный Д.К. 339
 Загорский П.А. 130, 166, 235, 266, 268
 Закревский А.О. 137
 Зауэр 293
 Захарев Ф. 36
 Захарьев З. 47
 Захарьин Г.А. 172
 Заяницкий С.С. 284-285
 Здекауэр Н.Ф. 275, 338
 Зейдер 293
 Зейдлиц К.К. 246
 Земан Р. 74
 Земмельвейс И. 167-168
 Зеттигаст Я. 49
 Зимович 156
 Зиссерман Л. 293
 Злотников М.Ф. 74
 Змеев В. 36
 Змеев Л.Ф. 3, 34, 85-86
 Золинген К. 63
 Зоммер С. 24, 30, 45, 49
 Зотов Н.М. 78
 Зубов П.А. 155-156
 Зучич Е. 209-210
 Зыбелин С.Г. 163-164
- Иван III 13
 Иван IV Грозный 7-15, 342-343
 Иван V Алексеевич 38, 77
 Иванов А. 47, 49
 Иванов И. 49
 Иванов М. 48
 Иванов О. 47
 Иванов П. 45
 Иванов Ф. 48
 Игнатьев Г. 49
 Игумнов С.Н. 306, 316, 318, 326-327, 332,
 338
 Ильин Ф. 49
 Иноземцев Ф.И. 172, 197, 200, 204-205,
 223, 257, 265, 298
 Инсев Х. 293
 Иоаким 40
 Иов, митрополит Новгородский 52
 Иовский А.А. 295
 Иоганн Шлезвиг-Голштинский 20
 Ирина Борисовна 20
 Ирина Федоровна 14, 16
 Иринарх 40, 42
 Исупов О. 39
- Кадбян А.А. 339
 Калашников И. 261
 Калибе С. 182
 Каменецкий И. 156

- Каменецкий О.К. 138, 190
 Каминский 293
 Каннабих Ю.В. 120
 Кант И. 162
 Кантемир А.Д. 113
 Капустин М.Я. 301, 304, 308, 310, 314, 317
 Караваев В.А. 249, 275
 Караманенко С.Н. 323
 Карамзин Н.М. 8, 12
 Карасев А.Л. 307
 Карбонарий Г.М. 88
 Карвер Т. 11
 Карл I 26, 31
 Карпинский И.Г. 267-268
 Карпинский Н.К. 130, 138, 190
 Кащенко П.П. 308
 Кезель А. 47-48
 Кейнеш (Клейнеш) 153, 159
 Кейт Д. 113
 Келлерман А. 49
 Кельхен И.З. 148
 Килфин М. 27
 Кильбургер И.Ф. 24, 38
 Кильдюшевский П.Н. 208, 279
 Кир Я.В. 277-280
 Китер А.А. 249-260, 298
 Клаузинг А. 37
 Клейнер С.М. 284
 Климов Е. 36
 Клодт П.К. 245
 Ключевский В.О. 39, 55, 115
 Кнорр Л. 171
 Кожевников А.Я. 173
 Койэтт Б. 45
 Колачкевич С. 31
 Коллинс С. 27-29, 44
 Коло 176
 Коломин С.П. 260, 338
 Колосов Г.А. 246
 Комаревский Н.В. 339
 Компант Д.П. 8
 Кон 260
 Кондоиди П.З. 102, 107-109, 111-113, 115, 123
 Коннор Б. 35
 Коновалов И. 226
 Корвиазар Ж. 166-167
 Корженевский И.О. 214
 Корнелий, митрополит Новгородский 40
 Корсаков С.С. 336
 Корчак-Чепурковский А.В. 306, 321, 323-324, 327
 Кост Н.А. 333
 Костылев И. 36
 Кохер Т. 172
 Крамер В. 47-48
 Крассовский А.Я. 257, 260, 335-336, 338
 Кремянский И.П. 156
 Кренлейн Р. 172
 Кроннинг Я. 83
 Крузе К.Ф. 115
 Крумрейх Х.Х. 156
 Крылов И.А. 234
 Крылоз И.И. 277-278
 Крювелье Ж. 167
 Ксантопуло И.М. 127
 Кудрявцев П.Ф. 323
 Кузнецов П. 245
 Кукольник Н.В. 215
 Купер Э. 167, 218, 236, 238, 269, 272
 Куприянов В.В. 103
 Куприянов Н. 51
 Курбский А.М. 11
 Куркин П.И. 306, 320, 323
 Куртенер А.Ф. 280
 Кутешев К. 30
 Кушелев-Безбородко Г.Г. 77
 Лавуазье А. 162
 Ланге Л. 81
 Лангенбек Б. 219
 Лангенбух К. 172
 Ланговой А.Н. 284
 Ланфранки 176
 Ланчизи Г. 164
 Лаптев 294
 Ларионов С. 36
 Ларрей Д.Ж. 135, 169, 219, 226, 236
 Лахтин М.Ю. 36, 45, 86, 128
 Лазинек Р. 166-167
 Лейбниц Г. 69, 80
 Леклерк Д. 273
 Леонтович С.А. 110
 Лермонтов М.Ю. 66
 Лерхе Х.Я. 123
 Лерхе Я.И. 93, 108, 115, 123
 Лерц К. 104
 Лесгафт П.Ф. 260
 Лесник С. 331
 Лесток А. 92, 96, 98, 106-107, 113
 Лжедимитрий I 20, 22-23
 Лидерс (Людерс) 120
 Линдеман А. 125
 Линдсей А. 11
 Линней К. 162
 Листер Д. 170, 172
 Лисфранк Ж. 219, 251, 272
 Литвинов М.П. 308
 Лихачев Н.М. 13
 Лихтенштадт Д. 182, 186
 Лобачевский Н.И. 257
 Ловитц И. 148
 Логинов П.Р. 182
 Лодер Х.И. 201, 204, 265

- Локк Х. 11
Ломоносов М.В. 162
Лопатто К.Э. 228
Лосиевский Д.Я. 261
Лоховин Р. 48
Лушников А.Г. 3
Львов А.М. 46
Люсман Ж. 74
- Маак И. 57
Магазинник Г.Л. 289, 298
Магницкий М.Л. 212
Мажанди Ф. 166, 173
Майлджен Д. 188
Макарий 44
Макаров Ф. 9
Мак-Дауен 252
Маклаков А.Н. 170, 337
Максимов И. 49
Максимович-Амбодик Н.М. 100, 130, 141,
164, 190
Малаксианов А. 302-303
Малахов В.П. 182, 190
Малахов П.В. 130
Малчар И. 45
Малышев И. 293
Манасеин В.А. 336
Маргорин Е.М. 244
Мардари 40
Маржерет Я. 20-21
Марков И. 35
Маркус А. 134
Марр 81, 82
Мартемьянов 46
Мартро 157
Маслович Я.Н. 182
Масса И. 20
Матвеев А.А. 56
Матвеев А.С. 21
Матюшка 37
Махомед А. 172
Медведев 294
Меллен Я. 99
Менчиков А.Д. 68-69, 72, 76, 78, 81
Месмер Ф. 163
Мессершмидт Д.Г. 80
Микитин Д. 49
Микулинский С.Р. 247
Микулич И. 170, 172
Мильгаузен Б.К. 279
Минаэт (Минят) М. 88, 93
Миних Х.А. 113
Митрофанов М.А. 182, 190
Михаил Федорович 24-26, 30, 32-33, 39, 44
Михайловский И.Н. 182
Мицкевич А. 214-215
Мицкевич С.И. 308, 325
- Мнишек Ю. 23
Модель И. 125
Мойер И.Ф. 250
Мокрицкий А. 215
Моллесон И.И. 306, 316-318, 320-321
Мольер 177
Мольков А.В. 305
Мольтон Р. 9
Монсей Я.Ф. 112, 113-121, 123
Монтецкие Ш. 162
Морганы Д. 166
Мортон В. 172
Мстиславский Ф.И. 20
Мудров М.Я. 166-167, 183, 187, 201-202
Мультановский П.Я. 260
Мусин-Пушкин И.А. 54
Мухановской Е. 46
Мухин Е.О. 130-131, 168-169, 196, 199,
201, 235
Мюллер И. 170
Мюллер-Дитц Х. 43, 157
Мяновский О.И. 252
- Навроцкий З. 49
Нагорский В.Ф. 317
Нагумович Л.Я. 244, 288
Назаров 34
Назарьев А. 30
Нартов А.К. 80
Наталья Алексеевна 73, 75, 84, 90
Наталья Кирилловна 30
Невилл Т. 17
Нелатон О. 170, 269
Нелиубин А.П. 268, 295
Неммерт П.Ю. 249, 260-265, 273
Неммерт Ю. 261
Ненций М.В. 171
Непея О. 9-10
Нечаев М.А. 291
Никитин А.Н.
Никитин И. 35-36
Никитников 293
Николай I 227, 292
Николай II 340
Никольский Н.И. 284
Никон 40
Никулаев Ф. 47
Ниткачев 156
Нитце М. 170
Нишковский Я.Ф. 213
Новацкий И.Н. 282
Новиков Н.И. 155
Новодворский И.В. 303
Новомбергский Н.Я. 3, 35, 39, 86
Новосильцев Н.Н. 215
Ножевщиков Н.Г. 96, 130
Норов А.С. 299

- Ньютон И. 69, 162, 343
 Обермиллер А.Л. 275
 Оборин Н.А. 57, 60, 63
 Образцов В.П. 172
 Обросимов М. 36
 Овдокимов И. 36
 Овер А.И. 207, 279, 281-283
 Одоевский В.Ф. 49, 50, 67
 Оже Н.А. 293
 Озаров О. 48
 Оллье Л. 228
 Олферьев О. 47
 Оппель В.А. 63-64, 111, 209, 246-247
 Орлай И.С. 136
 Орлов И. 65
 Орреус Г.М. 126-127, 148
 Орфиреус 80
 Осипов Е.А. 133, 306, 317, 320, 323, 325,
 333, 337
 Остерман А. 91
 Островский И. 30
 Островский О. 49
 Остроумов А.А. 171-172, 336
 Ошурок С. 36
 Павел Алеппский 44
 Павел Миланский 16
 Павел I 121, 131-132, 138-139, 153
 Павленко Н.И. 67
 Павлов Е.В. 260
 Павлов И.П. 171, 174, 248, 338
 Палкин Б.Н. 56, 86
 Палтусов Я. 156
 Панаев 104
 Паников Т. 49
 Парацельс 163
 Паре А. 162, 177-178
 Паркер М. 12
 Пастер Л. 170
 Патерсон М. 74
 Пашутин В. В. 336
 Пеан Ж. 172
 Пейрони Ф. 178
 Пеккен М.Х. 125, 141, 198
 Пелехин П.П. 260, 268
 Пеликан А.А. 215
 Пеликан В.В. 182, 188, 207-216, 240, 287,
 292, 297
 Пеликан Е.В. 297=299
 Песков П.А. 317, 323
 Пети Ж.-Л. 178
 Петр I 35, 38, 49-56, 62, 65-67, 68-70, 72-
 83, 85-87, 106, 113, 118, 343
 Петр II 89, 90
 Петр III 115-118, 120-121
 Петриций С. 23
 Петров А. 41, 49
 Петров А.В. 315-316, 327
 Петров Б.Д. 3
 Петров К. 41, 49
 Петров М. 41
 Петровский Б.В. 57
 Петрункевич М.И. 308
 Пикулин Л.Е. 182
 Пиль П. 49
 Пинель Ф. 164
 Пипер К. 77
 Пирогов Н.И. 60, 131, 169-170, 172, 180,
 182, 186, 188, 201-202, 205-208, 216,
 224, 227, 238, 244, 246-252, 255, 257-
 264, 266-267, 270, 273, 275, 280, 285,
 298, 305-306, 314, 317, 323, 329, 334-
 337
 Платонов П.С. 249
 Платнер И. 110
 Плеве В.К. 311
 Плещеев Л. 47
 Погожев А.В. 317, 323, 340
 Погожев И.И. 24
 Погорецкий П.И. 100, 110, 136
 Поддубный А. 134
 Подурцев В. 36, 49
 Позубов И.Н. 323
 Покровский П.И. 182
 Полетика И.А. 110, 116, 164
 Поликола Г. 78
 Политковский Ф.Г. 156, 163, 165
 Полунин А.И. 166
 Поль А.И. 182, 188, 204, 207-208, 232
 Поморский П. 134
 Попов И.В. 306, 320
 Порай-Кошиц В.Н. 314
 Поратков И. 226
 Португалов В.О. 308, 315, 317
 Порцианко К. 214
 Посников П.В. 35-36
 Постников Н. 172
 Потемкин В. 47
 Потемкин-Таврический Г.А. 96, 125
 Потт П. 164
 Починской Я. 49
 Прасковья 77
 Предтеченский В.Ф. 306
 Пресняков А.Е. 23
 Приест Ж. 74
 Прингл Д. 157
 Прозоровский И. 36
 Прохофьев М. 48
 Прохофьев О. 48
 Протопопов 293
 Протопопов М. 49
 Пти Ж. 63
 Пупарев К.В. 293

- Пуришкевич М.В. 327
 Пушкин А.С. 51, 67, 82, 228, 245
 Пухнер Х. 47
 Пфель А.К. 284
 Пясецкий П.Я. 172, 260
- Рабкеев П. 49
 Равенель (Ревелин) 73, 77, 83
 Радаков А.Н. 317
 Радищев А.Н. 155, 162
 Разумовский А.К. 210, 212
 Раи П. 50
 Раух 79
 Ратимов В.А. 173
 Реверден Ж. 172, 260
 Редлик А.Ф. 282
 Рейер К.К. 172
 Рейнегс Я. 136, 138
 Рейнольдс Р. 11
 Рейтлингер Х. 19-20
 Рейхерт В. 134
 Рентген В. 170
 Репкен А. 54, 57, 63-64
 Репнин 114
 Ресле Е. 312
 Реслейн Ф.Ф. 134
 Решетников К. 104
 Ржевский А.А. 128, 136-137
 Рива-Роччи С. 170
 Ригер И.Х. 79, 89-91, 113
 Ригерт Р. 11
 Ридигер Л. 172
 Ридли М. 16-18, 31
 Рикман А.В. 277
 Римкевич Ф. 166
 Рингер С. 171
 Ринек А.Х. 260
 Рихтер А.А. 182, 188
 Рихтер Б.М. 3, 49, 75, 86, 90, 120
 Ричардс А. 12
 Рклицкий И.В. 167-168, 188, 232, 267-269,
 271, 273
 Роджерсон Д. 121
 Родзянко М.В. 327
 Родный Н.И. 181, 247
 Розенберг 24, 38
 Розенбург И.А. 29
 Рокитанский К. 166, 251
 Ролонт Е. 27, 47-48
 Ромодановский Г. 36
 Россель 189
 Ростини 297
 Рошалин И.Ф. 110
 Рошестер К. 74
 Ртищев Ф.М. 41
 Рудаков 104
 Рулев 294
- Румянцев-Задунайский П.А. 126-127
 Рунич Д.П. 212
 Руссо Ж.-Ж. 162
 Руст И.Н. 233, 248
 Рюйш Ф. 51, 78-80, 83, 92
 Рюмгильд 156
- Савенко П.Н. 178, 182, 188, 197, 216-217,
 219, 228-234
 Савин 12
 Савинов Н.Н. 284-286
 Салазкин С.С. 340
 Саломон Х.Х. 168, 178, 182, 188, 197, 207-
 208, 216-224228-230, 232, 235, 243-245
 Салтыков 74
 Салтыков К. 14
 Салтыков М. 34
 Сальтет 312
 Самойлович Д.С. 130-131, 190
 Санщеев 73
 Саполович Я.О. 130, 138, 166, 182
 Сарапдиначи К.П. 141
 Сахаров В.С. 190
 Свирика А.В. 156
 Святловский Е.В. 306, 308
 Севасто А.Ф. 88-90
 Севасто А.А. 90
 Севрук Л.С. 298
 Седов М. 130
 Семашко Н.А. 308-309, 313
 Семевский М.И. 70
 Семека С.А. 124
 Семенов К. 49
 Семенов П. 48
 Сервантец М. 4
 Сесиль В. 16
 Сетен Л. 167, 243
 Сеченов И.М. 170
 Сибилист В. 47
 Сигизмунд 34
 Сиденгам Т. 163
 Сильвий Ф. 63
 Симmons 17
 Симон 41
 Симпсон Д. 172
 Синицын А.А. 268
 Синопеус Д.П. 93
 Склифосовский Н.В. 171-172, 275, 285-286,
 335-336, 338
 Скориченко-Амбодик Г.Г. 57
 Скоров М. 260
 Скорододов Л.Я. 3
 Скроботов П.И. 229
 Славинецкий Е. 40
 Славянский К.Ф. 335-336
 Слатюр Ф. 30
 Смарт П. 28

- Смеловский И.А. 130
 Смельский Е.Н. 299
 Смирнова К.Н. 322
 Смит У.И. 27, 47
 Смит Э. 162
 Снегирев В.Ф. 279
 Соболев В.Г. 309
Соболевский Г.Ф. 110, 130
 Собольщиков П.И. 260
 Соколов М.Г. 202, 303
 Соколовский М. 46
 Сокольский Г.И. 166-167, 295
 Соловьев А.Н. 284, 335
 Соловьев З.П. 308, 313, 326, 340
Софья Алексеевна 29, 85
Спасский И.Т. 181-182, 245, 294-295
 Станциков Н. 94
 Стенгол Д.Ч. 82
 Степанов 74
 Стерлинг 82
Стефан Баторий 12
 Стефан Ф.Х. 198
 Стоун Г. 17
 Страшун И.Д. 3, 307, 325
 Стрешнев Р.М. 29
 Строганов В.В.
 Строганов Н.А. 336
 Строганов Я.А. 9
 Стэндиш Р. 9-10
 Суворов А.В. 190, 232
 Сутугин В.В. 336
- Таврятинов Ф. 45
 Тайша 33
 Талис 238 ·
 Тальякоцци Г. 177
 Тарасенков А.Т. 278, 280-282
 Тарасов Д.К. 292
 Таренецкий А.И. 246
 Тезяков Н.И. 323, 332
 Тейбель А. 94
 Тейт Р. 172
Тереховский М.М. 128
 Термонт (Термонд) Я. 35, 49, 51
 Тетерин Л.Ф. 130
 Тибовский И. 134
 Тиль И. 134
 Тирш К. 172
 Тиссо 157
 Тиу Р. 27, 30, 47-48
 Тихомиров 75
 Тихорский Ф.Т. 110, 138
 Товстичкий К.В. 323
 Толмачев Н.А. 338
 Трефолев Л.Н. 95
 Траубе Л. 167, 171
 Труссо А. 170-171
- Тугаринов П. 49
 Тургенев А.И. 228
 Тынянов Ю.Н. 159
- Уайтеринг В. 164
 Уваров М. 39
Уваров М.С. 306, 308, 317, 323
 Уваров С.С. 251
 Уден ·Р.К. 134, 153-155, 157-159, 166-167
 Уиллоби Х. 9
 Укке Ю.Б. 303, 315
 Улф В. 30, 45
 Ульянов Р. 27
 Унбегаун 17
Унковская М.В. 13
 Уолтер Т. 9
 Уоррен Д. 172
 Уоррен К. 241
 Успенский Г.П. 32
 Ушаков 156
- Фаворский М.А. 249, 260
 Файф 189
 Фандергунст З. 49
 Фан-дер-Неден А. 74
 Фасмар (Васмар) Д. 19-20
 Федор Алексеевич 37, 41-42, 48-49
 Федор Иоаннович 10, 12-13, 15-16, 20
 Федоров С.П. 337
 Федоров У. 49
 Федотов А. 36
 Фидлер К. 19-20
 Филарет 25, 42
 Филофей 13
Филомафитский А.М. 166, 265
 Финне К.Н. 111
 Фитингоф И.Ф. 136-138, 153-154
 Фишер Г.И. 201
Фишер И.Б. 92-94, 96, 100, 108, 113
 Фишер Э. 171
 Флетчер Д. 15, 22
 Флоринский В.М. 260
 Флорио П.Ф. 244
 Фонтенель Б. 79
 Фоскарино М. 8
 Фохт Я. 49
 Франк И.П. 182
 Франк Ю.И. 287
 Франко П. 177
 Френкель З.Г. 305, 312
 Френчем Д. 12, 14, 37
 Фунгаданов Д. 30
 Фунгаданов С. 49
- Хамей Б. 15
 Хаммураби 176
 Харитонов А. 49

- Хворостинин Ю. 25
 Хижняков В.В. 323
 Хильшениус (Хилькен) И. 19-20
 Хмыров М.Д. 49, 83
 Холмс О. 167
- Цветков 103
 Цельс А.К. 59
 Цетлер 156
 Циммерман И.Г. 134, 153
 Цицерон М. 23
 Цыгра И. 156
 Цыпурин Ф.С. 292
- Чаранда Ф. 49
 Чаруковский П.А. 166, 295
 Чебоскарев 156
 Чемберлен П. 26
 Ченслор Р. 9
 Черкасов А.И. 124-127, 135-136, 139, 152
 Черкасов И.А. 124
 Черкасский И.Б. 31
 Черкасский Я.К. 36, 42
 Черныкаев В.Д. 308, 340
 Чечулин Н.Д. 123
 Чирков 46
 Чистович Я.А. 3, 64, 86, 93, 99, 106,
 133-134, 154, 181, 197, 202, 226-227,
 298
 Чупрыгин А. 156
- Шарко Ж. 173
 Шаховской Д. 307
 Шван 199
 Шванский Н. 293
 Шеин М.И. 110, 130
 Шенлейн И. 167
 Шервинский В.Д. 284
 Шереметев Д.Н. 280-281
 Шереметев Н.П. 276
 Шершавкин С.В. 86
 Шеффер А.И. 280
 Шехцер 69
 Шидловский К.И. 340
 Шидловский М.М. 94, 130
 Шиллинг И. 134
 Шилов В. 49
 Шимановский А.Ф. 339
 Шингарев А.И. 308, 311-312, 340
 Шипулинский Д.П. 298
 Шиц 156
 Шклярский В.М. 293
 Шкода И. 167
 Шлюц А. 47
 Шлятор Ф. 49
 Шмыгин В. 104
 Шнезе И. 104
- Шниттер О. 33, 47-48
 Шобер Г. 76, 88-90
 Шредер Г. 19-20
 Шрейбер И.Ф. 93, 99-100, 136, 163
 Шталь Г. 163
 Шталь Э. 61
 Штиллинг И. 115
 Шторнберг Х. 261
 Штрайх С.Я. 246
 Штраух К.К. 249
 Шульц Ж. 273
 Шумахер И.Д. 73, 83
 Шумлянский А.М. 128, 130, 163
 Шумлянский О.М. 130
- Щелкалов В. 18
 Щепин К.И. 110-112
 Щербаков А.Я. 315-316
- Эберман А.Л. 274, 336, 340
 Эдуард VI 9
 Эйхвальд Э.Э. 171, 336
 Эйхлер Х. 38, 49, 57
 Экк Н.В. 172
 Элмес Р. 10
 Эльмстон И.И. 25-26, 30
 Эльмстон И.Ф. 30
 Энгельгардт (Ингельгарт) А.М. 29-30
 Энгельгардт А.Н. 148
 Энглер К. 30
 Энегольм И.И. 209-211
 Эпплби Д. 25, 28, 78
 Эразмус И.Ф. 136
 Эрб В. 173
 Эрисман Ф.Ф. 323, 336, 340
 Эрколи 8
 Эрскин Р.К. 67-86, 90, 113, 118, 189
 Эсмарх Ф. 172
- Юнкен И.Г. 205-206
 Юрихин А.П. 248
 Юрьев Е. 47
 Юрьев М. 30
 Юшар А. 172
- Яганов Ю. 30
 Ягельский К.О. 110
 Якоби Р. 12, 14-16, 31
 Яков I 31
 Яков III Стюарт 81
 Яковенко Е.И. 323
 Яковлев И. 30
 Ян III Собеский 35
 Янович-Чайнский С.М. 172, 260
 Яроцкий С. 294
 Ярошевский М.Г. 247
 Яценко А.С. 260

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
I. АПТЕКАРСКИЙ ПРИКАЗ (XVI-XVII вв.)	7
1. Зарождение государственной медицины. Иноzemные медики	7
2. Организация Аптекарского Приказа. Придворные врачи	13
3. Функции Аптекарского приказа. Деятельность лейб-медиков	20
4. Экзамены для врачей. Полковые лекари	30
5. Аптеки	37
6. Больницы. Роль православной церкви	39
7. Борьба с «моровыми поветриями»	42
8. Врачебные освидетельствования	45
9. Бюджет и врачи Аптекарского приказа	46
II. МОСКОВСКАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКОЛА (XVIII в.)	51
1. Реформы Петра I	51
2. Учение в госпитале	55
3. Вклад Бидлоо в хирургию	57
III. ПЕРВЫЙ АРХИАТР РОССИИ (XVIII в.)	67
1. Доктор Роберт Эрскин	67
2. Во главе российской медицины	72
3. Любимец Петра I	78
IV. МЕДИЦИНСКАЯ КАНЦЕЛЯРИЯ (XVIII в.)	85
1. Управление медициной	85
2. Физикаты и городовые врачи	92
3. Новые госпитальные школы	96
4. Перемены в высшем медицинском образовании	100
5. Практические вопросы медицинского дела	104
V. КОНЕЦ АРХИАТРСТВА (XVIII в.)	113
VI. МЕДИЦИНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ (XVIII в.)	122
1. Реформа медицинского дела	122
2. Подготовка врачей	127
3. «Приказная медицина»	131
4. Больницы, аптеки, ученые труды	135
VII. НАУЧНЫЙ ТРУД ПО ГИГИЕНЕ (XVIII в.)	140
1. Врач и ученый	140
2. Конкурс Вольного экономического общества	142

3. Организм и среда	144
4. Медико-гигиенические исследования	148
VIII. ПЕРВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ (XVIII в.)	152
1. Идея профессора Удена	152
2. Программа журнала	155
3. Для врачей-практиков	158
IX. ОТ ВЕКА РАЗУМА — К ВЕКУ НАУКИ: КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА РОССИИ И ДРУГИХ СТРАН ЕВРОПЫ (XVIII—XIX вв.)	162
1. Достижения «века разума»	162
2. Торжество опытного знания	165
3. Анатомо-физиологическое направление	168
4. Расцвет клинической медицины	172
X. ХИРУРГИ РОССИИ (XVIII—XIX вв.)	176
1. Европа: «истинные врачи» против хирургов; Россия: единство медицины и хирургии	176
2. Иван Буш: первая научная школа российской хирургии	181
3. Яков Виллие: родился в Шотландии, прославился в России	188
4. Хирурги Гильтебрандты: отец и сын	197
5. Венцеслав Пеликан: литовский дворянин, русский хирург, царский санов- ник	208
6. Христиан Саломон: врач, ученый, педагог	216
7. Николай Арендт: врач, лечивший Пушкина	224
8. Петр Савенко: любимый ученик Буша	228
9. Илья Буяльский: добро в делах	234
XI. ШКОЛА ПИРОГОВА (XIX в.)	247
1. Ученики «первого хирурга России»	247
2. Александр Китер: хирург и акушер-гинеколог	250
3. Петр Неммерт: эрудированный клиницист	260
4. Павел Заблоцкий-Десятовский: ученый и хирург	265
XII. ШЕРЕМЕТЕВСКАЯ БОЛЬНИЦА (XIX в.)	276
1. Странноприимный дом	276
2. Обучение студентов	278
3. Как лечили в больнице	281
4. На научных началах	283
XIII. МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА «ДРУГ ЗДРАВИЯ» (XIX в.)	287
1. Хирург, педиатр, редактор	287
2. Без «школьных» поучений	290
3. За научную медицину	294
4. Помощники и друзья	297

XIV. ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА — НАЦИОНАЛЬНОЕ ДОСТОЯНИЕ РОССИИ (XIX в.)	301
1. Земское положение	301
2. Участковое обслуживание сельского населения	303
3. Общественная медицина	306
4. Бесплатность медицинской помощи	309
XV. РОЖДЕНО ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНОЙ: САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ (XIX в.)	314
1. Общественно-гигиенический характер	314
2. Профилактическая деятельность	317
3. Предупреждение болезней	321
4. Санитарные советы	324
5. Санитарные попечительства	329
6. «Перо» или «пробирка»?	332
XVI. СТАНОВЛЕНИЕ ПИРОГОВСКОГО ОБЩЕСТВА (XIX в.)	334
1. На демократических принципах	344
2. «К служению общему благу»	337
3. Не поддаваясь давлению властей	339
Заключение	342
Литература и источники	345
Именной указатель	364

М.Б.Мирский
Медицина России XVI-XIX веков

Художественное оформление - А.Сорокин

ЛР № 030457 от 14.12.1992. Подписано в печать 23.11.1995г.
Формат 70Х100 1/16. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная.

Усл.печ. л. 23,5. Уч.-изд. л. 25. Тираж 2500. Заказ №3551
Издательство "Российская политическая энциклопедия" (РОССПЭН)
129256, Москва, ул. В.Пика, д.4, корп.1. Тел. 181-00-13. Факс. 181-0113



Марк Борисович Мирский, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела истории медицины и здравоохранения Института имени Семашко Российской Академии медицинских наук. Председатель Московского научного общества историков медицины, член Международного общества истории медицины.

Автор более 300 научных исследований и публикаций по проблемам истории медицины и здравоохранения.

* * *

Mark Borisovich Mirsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of History of Medicine and Public Health, the Semashko Institute, Russian Academy of Medical Sciences. Chairman of the Moscow Scientific Society of Medical Historians, member of the International Society for History of Medicine.

The author of more than 300 research studies and publications on history of medicine and public health problems.