

Клиническое преподавание во Франции в первой половине XIX века¹

А. М. Сточик, С. Н. Затравкин, А. А. Сточик

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, НПО "Медицинская энциклопедия" РАМН, Москва

Преобразования в организации и содержании учебного процесса на медицинском факультете Венского и других австрийских университетов, осуществленные в 50—90-годах XVIII века Г. Ван-Свитеном, И. Франком, А. де Гаеном, М. Штолем, результатом которых стало стремительное превращение Венского университета в ведущий центр подготовки врачей в Европе и формирование в его стенах крупнейшей клинической школы, имели широкий резонанс в медицинском мире второй половины XVIII столетия. С этого времени эффективность практических форм обучения у постели больного и необходимость их внедрения в учебный процесс на медицинских факультетах университетов получили окончательное признание.

Не устояли под давлением бесспорных успехов австрийских высших медицинских школ и французские университеты, отличавшиеся особым консерватизмом в вопросах сохранения духа и буквы канонической традиции университетского медицинского образования. В 1778 г. два влиятельных парижских врача К.-Ф. Дюшенуа (Claude-François Duchanoy) и Ж.-Б. Жюмелен (Jean-Baptiste Jumelin) опубликовали "Доклад о необходимости создания клинических медицинских школ", одним из основных положений которого было требование об организации на медицинском факультете Парижского университета двух клинических кафедр [6, 9]. И хотя какой-либо реакции со стороны лиц, наделенных правом принятия решений, не последовало, в 1780 г. профессор практической медицины Парижского университета Дебуа де Рошфор (Desbois de Rochefort) вместе со своим учеником и помощником Ж. Корвизаром (Jean-Nicolas Corvisart Desmaret) на свой страх и риск предложили студентам посещать организованные ими клинические занятия в парижском госпитале Charite [6, 9]. В 1787 г. начинание Д. де Рошфора поддержал его коллега по кафедре хирургии П. Дезо (Pierre Desauet), организовавший клиническое преподавание курса своей дисциплины в другом парижском госпитале Hotel-Dieu [9].

Руководители и большинство профессоров медицинского факультета Парижского университета весьма не-

одобрительно отнеслись к этим инициативам, однако ни против де Рошфора, ни против Дезо никаких санкций не последовало. В конце XVIII века необходимость внедрения в учебный процесс практических форм обучения стала уже объективной реальностью, с которой вынуждены были считаться даже парижские апологеты канонической университетской традиции.

Однако в естественный ход событий, который вполне мог уже к началу XIX века привести к переносу на французскую почву австрийского опыта, вмешалась революция, круто изменившая историю развития как клинического преподавания, так и всего высшего медицинского образования во Франции. Постановлением Конвента от 18 августа 1792 г. все 18 французских университетов как оплот вредоносной схоластики и ученой аристократии были закрыты. Одновременно были распущены и все без исключения унаследованные революцией специальные учебные медицинские заведения: 15 хирургических колледжей и 1 фармацевтический [4].

Конвент осознал совершенную им ошибку довольно скоро. Революционные потрясения внутри страны, войны с внешними врагами, начавшийся голод и эпидемии привели к значительному увеличению потребности во врачах, взять которых оказалось попросту неоткуда. Страну захлестнула волна анахарства, сама по себе принявшая характер национального бедствия. Уже в 1794 г. Конвент постановил принять срочные меры по исправлению возникшей крайне неблагоприятной для будущего революции ситуации и обратился за помощью к бывшему профессору Парижского университета А. Фуркруа (Antoine Fourcroy), который еще в 80-х годах XVIII века являлся помощником секретаря "Societe royale de Medecine" Вик Д'Азира, активно занимавшегося вопросами высшего медицинского образования во Франции и даже подготовившего комплексную программу его реформирования [7, 9].

Фуркруа воспользовался сохранившимися у него бумагами Вик Д'Азира, но они мало ему помогли. Задача, которую предстояло решать, носила беспрецедентный характер. Требовалось не просто создать систему медицинских учебных заведений, что называется, на голом месте, но еще и добиться того, чтобы созданное кардинально отличалось бы от действовавшей во Франции системы подготовки медицинских кадров и не повторяло бы европейские аналоги, существовавшие в монархической Австрии, Германии или Англии. И Фуркруа с честью вышел из трудного положения. Разработанный им

¹ Настоящая публикация продолжает серию статей, посвященных истории клинического преподавания, опубликованных в журнале "Клиническая медицина" в 1998 г. в № 1—5 и 8.

совместно с Ф. Пинелем (Philippe Pinel), П. Кабанисом (Pierre-Jean-Georges Cabanis) и Ж. Гийотэном (J. Guillotin) в конце 1794 г. пакет документов по организации на базе части ликвидированных медицинских факультетов университетов практических медицинских школ для подготовки военных хирургов полностью отвечал всем вышеназванным требованиям. Учебные программы для открытых в начале 1795 г. в Париже, Монпелье и Страсбурге трех первых таких школ, названных "Ecole de Sante" ("школа здоровья"), были оригинальны и надолго определили особый путь развития во Франции медицинского образования в целом и клинического преподавания в частности.

"Школы здоровья" в Париже, Монпелье и Страсбурге, за исключением числа учащихся и соответствующего им числа учащихся², мало отличались друг от друга, и для удобства и краткости изложения мы в дальнейшем основное внимание уделим самой крупной из них — Парижской, тем более что именно ей суждено было стать основной законодательницей "мод" в сфере медицинского образования во Франции.

Согласно предложениям Фуркруа в Парижской Ecole de Sante было решено организовать 12 самостоятельных кафедр: анатомия и физиология, медицинская химия и фармация, медицинская физика и гигиена, патология наружных болезней, патология внутренних болезней, натуральная история, оперативная хирургия, хирургическая клиника, клиника внутренних болезней, клиническое усовершенствование, акушерство, судебная медицина и история медицины [6].

Уже только перечень кафедр, созданных в Парижской Ecole de Sante, заставляет восхищаться масштабностью замысла Фуркруа. Такому количеству ординарных профессорских должностей и такому обилию самостоятельных учебных дисциплин, охватывавших практически весь объем тогдашнего теоретического знания в области медицины, могли позавидовать подавляющее большинство медицинских факультетов университетов Европы. Но для Фуркруа создание условий для обеспечения выпускникам Ecole de Sante всеобъемлющей теоретической подготовки было далеко не единственной задачей. Он прямо заявлял, что "одна теория без практики бесполезна", что теоретическую подготовку необходимо сочетать с практическими занятиями. "То, что раньше отсутствовало в медицинских школах, — говорилось в утвержденном Конвентом 4 декабря 1794 г. постановлении о создании "школ здоровья", — а именно искусство практики, обучение у постели больного, отныне станет одной из главных частей преподавания" [9]. И эти слова Фуркруа не стали простой декларацией. Из 12 кафедр 4 были клиническими: кафедра клиники внутренних болезней была развернута в Charite, кафедры хирургической клиники и акушерства — в Hotel-Dieu, для клиники усовершенствования было специально выделено здание бывшего монастыря Корделье [6]. Кроме того, в течение каждого учебного года учащиеся Ecole de Sante должны были в обязательном порядке посещать не только клиники, но и практиковаться в работе с больными в больницах и госпиталях.

Весь объем теоретической и практической подготовки учащиеся Ecole de Sante, по замыслу Фуркруа, должны были освоить в течение 3 лет. На первом году обучения ("класс для начинающих") им полагалось прослушать анатомию, физиологию, медицинскую химию, медицинскую физику, ботанику, курс materia medica, пройти практические занятия по химии и анатомии, а также посещать больницы и госпитали с целью "привыкнуть к больничной обстановке" и научиться ухаживать за больными. На втором году ("класс начавших") учащиеся Ecole de Sante продолжали изучение курсов анатомии,

физиологии, медицинской химии, materia medica, к которым прибавлялись лекции и занятия по патологии, фармации, хирургии и акушерству. На этом этапе обучения посещение больниц должно было стать более частым и продолжительным. Третий год ("класс продвинутых") посвящался занятиям по анатомии, патологии, медицинской химии, materia medica, фармации, гигиене, хирургии, внутренней медицине, акушерству, судебной медицине и истории медицины. Во время больничной практики в течение этого года от учащихся требовалось активно участвовать в работе врачей и хирургов, оказывать им необходимую помощь, следить за выполнением и ходом назначенного лечения, вести истории болезни, присутствовать на патологоанатомических вскрытиях [6]. Кроме того, на третий год обучения приходилось и посещение занятий в клинике усовершенствования, которые представляли собой практическое преподавание у постели больного прежнего курса казуистики или консультаторной медицины. В рамках этого курса учащиеся знакомились с отдельными наиболее сложными клиническими случаями и нестандартными схемами и вариантами лечения [6].

Создатели "школ здоровья" полагали, что у них есть все основания для того, чтобы ожидать скорых позитивных результатов. Включение в программу обучения фактически всех существовавших в то время медицинских дисциплин, распределение учебных предметов по годам обучения, позволявшее обеспечить необходимую последовательность в их освоении, организация 4 клинических кафедр на базе крупнейших парижских госпиталей и создание всех условий для приобретения навыков практической работы с больными "открывали блестящие перспективы" новым учебным заведениям, предвещая быстрое разрешение проблемы дефицита квалифицированных врачебных кадров.

Однако на деле последствия проведенной реформы медицинского образования во Франции оказались, мягко говоря, несколько иными. В 1801 г. Фуркруа, занимавший пост директора Комитета по народному образованию, с сожалением вынужден был констатировать, что выпускники "школ здоровья" ("офицеры здоровья") мало отличаются от шарлатанов и знахарей, что они мало что умеют и еще меньше знают [6].

На первый взгляд, такая оценка Фуркруа первых 6 лет деятельности "школ здоровья" может показаться парадоксальной. А вместе с тем если вновь обратиться к описанной выше учебной программе Парижской Ecole de Sante и попытаться проанализировать основные нововведения Фуркруа, исходя из того, в какой мере они отвечали задачам, которые были призваны решать, то становится очевидным, что ничего парадоксального с Парижской и другими французскими "школами здоровья" не произошло.

Стремление Фуркруа включить в учебную программу все существовавшие в то время как теоретические, так и практические медицинские дисциплины было вне всякого сомнения чрезвычайно прогрессивным, но в сочетании с 3-летним сроком обучения привело к совершенно противоположному результату. В течение каждого учебного года учащиеся "школ здоровья" оказывались вынужденными слушать настолько большое количество до предела насыщенных новой информацией учебных предметов, что были просто не в состоянии усвоить материал. При этом у них имелась прекрасная альтернатива чрезвычайно сложным лекциям — посещение больниц и госпиталей, которое не только разрешалось, но и поощрялось, начиная с первого года обучения. Вместе с тем еще в XVI—XVII веке профессора университетов, возражавшие против того, чтобы студентам разрешалось работать с больными, в качестве одного из контраргументов сторонникам практических форм обучения высказывали мысль, что посещение больниц будет отвлекать молодых людей от слушания лекций, что они будут слепо стремиться заниматься практической медициной, полагая, что таким образом можно быстрее овладеть врачебным искусством [2].

²В первые годы деятельности "школ здоровья" в Париже обучалось 300 человек, в Монпелье — 150, в Страсбурге — 100. В Парижской Ecole de Sante было организовано 12 кафедр, в Монпелье — 8, в Страсбурге — 6 [6].

Посещение же учащимися "школ здоровья" больниц и госпиталей не оказывало практически никакого влияния на формирование их как врачей. Не оказывало, во-первых, потому, что там они были фактически предоставлены сами себе. Какого-либо руководства или контроля со стороны профессоров не предусматривалось, а врачи и хирурги больниц не должны были, да и в силу огромной загрузки попросту не имели возможности их чему-нибудь обучать. Во-вторых, к работе с больными (особенно в течение первых 2 лет обучения) учащиеся "школ здоровья" приступали, еще не имея необходимой для этого научно-теоретической базы, а потому в самом лучшем случае могли лишь приобрести некоторый эмпирический опыт, не зная и не понимая того, что стоит за тем или иным врачебным действием.

Отчасти отмеченные недостатки первых учебных программ "школ здоровья" компенсировались клиническими занятиями, проводившимися такими мастерами своего дела, как Корвизар (клиника внутренних болезней), Дезо (хирургия), Леруа (акушерство), и с удовольствием посещавшимися учащимися. Однако и эти занятия были далеки от совершенства. В Парижской Ecole de Sante с первых лет ее существования на каждом курсе обучалось не менее 100 человек, и при таком количестве учащихся у профессоров не было возможности организовать проведение занятий у постели больного должным образом. Такие важнейшие элементы клинического преподавания, как обучение студентов у постели больного навыкам опроса и осмотра пациента, их активное участие в выявлении и анализе наблюдаемых признаков болезни, в обсуждении диагноза, прогноза и необходимой терапии, оказались невыполнимы. У профессоров не было возможности опросить такое количество учащихся, проконтролировать и исправить их действия у постели больного. В результате занятия в клиниках стали сводиться к профессорским обходам с последующим разбором увиденного в клинике на лекциях. Бесспорно, клинические разборы, проводившиеся, например, Корвизаром, были превосходны, но они не могли полностью заменить учащимся непосредственного общения с профессором у постели больного, собственных попыток постановки диагноза и назначения лечения с последующим анализом допущенных ошибок и многого другого, что составляет предмет собственно клинического преподавания [2].

Созданная после революции система подготовки медицинских кадров нуждалась в радикальном реформировании, и как только "школы здоровья", выпустившие за первые 6 лет своей деятельности около 5000 "офицеров здоровья", смогли частично погасить социальную напряженность, возникшую из-за острого дефицита врачей, Фуркруа не стал медлить с преобразованиями. Но начал он их не с ревизии организации учебного процесса, а с введения новой таблицы о рангах во французской медицине и нового порядка аттестации медицинских чиновников. Прежде всего Фуркруа добился того, что полноценными и полноправными врачами и хирургами во Франции стали считаться только доктора медицины и доктора хирургии. "Офицеры здоровья" были отнесены к низшему классу врачей, которым разрешалось "лечить лишь простые болезни", не требующие применения сложных лекарств³, при этом практиковать они могли только в войсках, деревнях и небольших провинциальных городках, где не было ни одного доктора [6].

По указу Наполеона от 9 июня 1803 г. для получения звания доктора необходимо было сдать экзамены по анатомии, физиологии, патологии, materia medica, химии, фармации, гигиене, судебной медицине и клинике внутренних или наружных болезней в зависимости от того, на звание доктора медицины или доктора хирургии претендовал соискатель. Экзамен по клинике внутренних или наружных болезней должен был включать в себя практическое испытание у постели больного и защиту диссертации. Все экзамены должны были сдаваться в учебных медицинских заведениях по мере прохождения учащимися учебной программы [6]. Для приобретения звания "офи-

цера здоровья" необходимо было пройти "испытания" по анатомии, фармации и хирургии, при этом желавшие стать "офицерами здоровья" могли не обучаться ни в каком учебном медицинском заведении, а пройти подготовку либо в течение 6 лет под руководством опытного врача, либо в течение 5 лет в одном из госпиталей [6].

Указанные нововведения определили постепенную переориентацию Ecole de Sante на подготовку не "офицеров здоровья", а главным образом докторов медицины и докторов хирургии, которая была окончательно завершена в 1808 г. преобразованием "школ здоровья" в медицинские факультеты университетов [6].

На следующем этапе преобразований основное внимание руководителей медицинского образования Франции было обращено на решение проблемы теоретической подготовки студентов. Правда, после указа Наполеона от 9 июня 1803 г. она несколько потеряла свою остроту. С введением процедуры этапного экзамена на звание доктора, принимавшегося профессорами факультета после завершения преподавания соответствующих курсов, студенты волей-неволей оказались вынужденными посещать лекции по тем естественнонаучным и теоретическим врачебным наукам, которые требовалось сдавать на экзаменах. В дальнейшем перечень дисциплин, входивших в докторский экзамен, постоянно расширялся и к 1836 г. стал охватывать по существу всю учебную программу медицинских факультетов [9]. Кроме того, начиная с 1836 г., на медицинские факультеты стали зачислять только лиц, уже имевших степень бакалавра, т. е., иными словами, уже прослушавших курс и сдавших экзамены по общеобразовательным и некоторым естественным наукам³. Параллельно с целью обеспечения студентам условий для освоения материала срок обучения на факультете был увеличен до 4 лет [10].

Описанные меры позволили несколько повысить уровень подготовки врачей, выпускавшихся в первой половине XIX века французскими высшими медицинскими учебными заведениями, но нового качества достичь так и не удалось. И не удалось прежде всего потому, что не был пересмотрен сложившийся еще в первые годы работы Ecole de Sante порядок клинической подготовки будущих врачей и хирургов. При этом создается даже впечатление, что ни руководители медицинского образования, ни профессора-клиницисты французских университетов первой половины XIX века не видели имевшихся недостатков. Реформа 20-х годов XIX века, в результате которой во французских университетах произошло удвоение числа основных клинических кафедр, а в Париже в 1823 г. были организованы даже 4 хирургические и 4 терапевтические клиники [6], не может оцениваться как попытка пересмотра сложившихся форм организации и содержания клинического преподавания. Указанное нововведение было реакцией на продолжавшееся увеличение числа учащихся, достигшего к началу 20-х годов XIX века таких величин, что сделало невозможным проведение в присутствии студентов даже обходов больных, находившихся в клиниках. Организовав дополнительные клинические кафедры, руководители медицинского образования лишь распределили учащихся между профессорами, не внося ничего принципиально нового в сложившийся еще в "школе здоровья" порядок клинической подготовки. В результате вплоть до второй половины XIX века основу клинической подготовки студентов медицинских факультетов французских университетов продолжали составлять проводившиеся 3 раза в неделю 2-часовые занятия в клиниках и параллельная

³Лица, не имевшие степени бакалавра, могли быть допущены к слушанию лекций медицинского факультета условно и были обязаны сдать соответствующий экзамен в течение первого года обучения на факультете. Те, кто по тем или иным причинам не удавалось достичь степени бакалавра в отведенный срок, независимо от достигнутых успехов в изучении медицины отчислялись с факультета.

минимум 2-летняя практическая работа студентов в больницах и госпиталях.

О том, что представляли собой занятия во французских клиниках в 20—40-х годах XIX столетия, сохранилось немало свидетельств. Приведем два из них, которые, с нашей точки зрения, исчерпывающе характеризуют постановку клинического преподавания во французских университетах в тот период.

Первое принадлежит профессору Московского университета Н. С. Топорову, проходившему стажировку во Франции в 1839 г. "Клиника внутренних болезней Профессора Bouilland⁴. Она устроена в Hôpital de la Charité на 40 кроватей; принимаются в нее страждущие всякого рода внутренними болезнями, преимущественно с различными поражениями сердца и легких. Каждый поступающий в клинику больного осматривается предварительно Профессорским Помощником, который сделанное им письменное наблюдение болезни передает на следующее утро Профессору. Сей последний, изследовав снова болезнь, кладет диагностику болезни и назначает приличная противу нее средства. В следующие за сим дни он почти не останавливается около сего больного, если Помощник не уведомит его о каких-либо особых в больном переменах, требующих изменения в сделанной им индикации. Из Клиники Профессор идет в аудиторию, где делает критический разбор замеченных им явлений и доказывает правильность его диагностики и индикации. При выписке каждого больного Профессор повторяет коротенько историю его болезни, обращая внимание своих слушателей на обстоятельства, заслуживающие особенное внимание. Каждый умерший в Клинике больной непременно вскрывается, причем Профессор, показывая слушателям патологические изменения и диктуя все замеченное своему Помощнику, указывает на отношения сих изменений к припадкам болезни"⁵.

Как видно из приведенной цитаты, занятий непосредственно у постели больного Буйо не проводил. Какого-либо диалога между студентами и профессором не предусматривалось вовсе, как не предусматривалось и обучения студентов навыкам работы с больными, методике опроса, осмотра и обследования пациента. С точки зрения французских профессоров-клиницистов, всему этому студенты должны были учиться сами во время практических упражнений в госпиталях. В задачи профессора входило лишь показать слушателям, как осуществляется то или иное врачебное действие, и после обхода провести разбор увиденного в клинике. При этом, как показал проведенный нами анализ других свидетельств о порядке преподавания во французских клиниках в первой половине XIX века, Н. С. Топоров смог удивительно точно охарактеризовать суть проводившихся перед аудиторией слушателей клинических разборов — доказательство правильности сделанных профессором "диагностики и индикации". Профессор не учил студентов алгоритму диагностического поиска, не обосновывал поставленный диагноз и назначенное лечение, а именно "доказывал правильность".

"Французский клиницист хочет прежде всего вызвать у ученика восхищение, — писал известный немецкий хирург Т. Бильрот. — Я не хочу сказать — своей персоной или своими знаниями, а восхищение наукой вообще... Ученик должен чувствовать, какая большая пропасть лежит между студенческой скамьей и кафедрой... Поэтому во французских клиниках все подготовлено. Больной предварительно обследован, чтобы у ученика не возникло бы и мысли о возможной ошибке.

Если бы профессор просто продемонстрировал непогрешимость своего знания, то показал бы его ограниченность. Но он делает свой доклад ослепительно, в блестящей ораторской форме, с грациозной импровизацией,

хотя и заранее подготовленной. Все удивляет и восхищает! Все рукоплещут! ... Амбулатории в парижских клиниках не используются для преподавания. Французским профессорам совсем не нравится выставлять себя в ситуации шаткой диагностики... Ученик не должен видеть, как это делается. Только то, что сделано! И этим он должен восхищаться! ..." [5].

И надо признать, что французские профессора полностью достигали своей цели. Проводившиеся ими клинические разборы действительно восхищали. А если к сказанному Т. Бильротом добавить, что в ходе этих блистательных разборов слушателям сообщались последние достижения из области научных изысканий французских клиницистов, то не удивительно, что на протяжении первой половины XIX века во Францию учиться у Лаэннека, Буйо, Андраля, Дюпюитрена и др. съезжались тысячи врачей со всего мира [1]. Но если для врачей, уже освоивших азы клинической медицины, такие разборы, помимо "восхищения торжеством науки", приносили огромную пользу, то для студентов французских университетов они были скорее вредны. Еще в конце XVIII века И. Франк, определяя задачи клинического преподавателя, неоднократно повторял, что профессор клиници не должен демонстрировать перед учеником свое искусство, он должен передать его будущему врачу, должен прежде всего научить студентов думать у постели больного, должен научить их "великому искусству врачебного сомнения" [8].

Как следствие описанного порядка проведения занятий в клиниках уровень и качество подготовки выпускников медицинских факультетов французских университетов оказались в прямой зависимости от того, чему студентам удавалось научиться во время 2-летней самостоятельной практической работы в лечебных учреждениях. Однако, как уже отмечалось, студентами во время этих занятий у постели больного по существу никто не руководил. В задачи врачей и хирургов госпиталей или больниц входило лишь предоставление студентам возможности работать с больными и контроль за их действиями. Профессора и преподаватели медицинских факультетов даже не интересовались тем, как и чем занимаются студенты во время этой практики. Для них было важно лишь получить свидетельство за подписью доверенных лиц из числа врачей и хирургов лечебного заведения о том, что тот или иной студент в течение установленного срока прошел курс практической подготовки у постели больного [4, 6, 10, 11].

Исключение составляли только те студенты, которые местом прохождения такого курса выбирали себе университетские клиники. Только в этом случае у них появлялась реальная возможность восполнить то, что не удавалось получить во время занятий в клиниках: отработать навыки работы с больным под контролем и руководством преподавателей клиник, присутствовать на клинических разборах у постели больного и даже в отдельных случаях принять в них активное участие. Но таких студентов было меньшинство: во-первых, потому что клиники имели значительно меньшую по сравнению с госпиталями и больницами коечную мощность и туда брали преимущественно меньшее число практикантов, во-вторых, большинство студентов стремились уклониться от контроля со стороны преподавателей факультета и отправлялись на практику в госпитали, лишая себя последней возможности получить должную клиническую подготовку.

Все вместе взятое привело к тому, что среди выпускников медицинских факультетов французских университетов по-настоящему хороших врачей было не так много, и определило удивительный парадокс французской медицины первой половины XIX века — сосуществование выдающихся, постоянно развивавшихся и пополнявшихся талантливейшей молодежью клинических школ и сравнительно низкого уровня профессиональной подготовки подавляющего большинства французских врачей.

⁴Буйо Ж.-Б. (Bouilland Jean Baptiste, 1796—1881 гг.) — профессор Парижского университета 1831—1876 гг.

⁵ЦИАМ. — Ф. 418. — Оп. 346. — Д. 25. — Л. 14.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Мейер-Штейнер Т., Зудгоф К.** История медицины. — М., 1925.
2. **Сточик А. М.** Становление клинического преподавания на медицинском факультете Московского университета: Актовая речь. — М., 1997.
3. **Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н.** Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. — М., 1998.
4. **Таубер А. С.** Современные школы хирургии в главнейших государствах Европы. Книга третья: Французские и швейцарские школы. — СПб., 1893.
5. **Billroth Th.** Über das Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Universitäten. — Wien, 1876.
6. **Corlieu A.** Centenaire de la faculté de médecine de Paris (1794—1894). — Paris, 1896.
7. **Coury Ch.** The teaching of medicine in France from the beginning of the seventeenth century // History of Medical Education. — University Press of California, 1970. — P. 121—145.
8. **Lesky E.** Iohann Peter Frank als Organisator des medizinischen Unterrichts // Sudhoff's Arch. Gesch. Med. — 1955. — Bd 39, N 1. — S. 1—29.
9. L'Hotel Dieu de Paris. — Paris, 1969.
10. **Ludwig H.** Das Unterrichts-Wesen in Frankreich mit einer Geschichte der Pariser Universität. — Breslau, 1848.
11. **Puschmann Th.** Geschichte des medizinischen Unterrichts. — Leipzig, 1899.

