

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

## ИЗ ИСТОРИИ ПАТОЛОГИИ XIX ВЕКА. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОЛОГИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, НИИ истории медицины РАМН, 119881. Москва, ул. Трубецкая, 8

Сточик Андрей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, зав. кафедрой;  
Пальцев Михаил Александрович — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН и РАМН, зав. кафедрой;  
Затравкин Сергей Наркисович — доктор медицинских наук, профессор, зав. отделом истории медицины;  
Сточик Анна Андреевна — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник

**Резюме.** Статья посвящена анализу господствовавших в патологии первой половины XIX века коллективных представлений о болезни как чужеродном организму человека явлении (зачастую олицетворявшееся живым существом), возникающем и развивающемся по своим собственным законам, отличным от законов жизнедеятельности организма человека; причинах и сущности болезней, методах их изучения. Показано место патологической анатомии в структуре медицинских знаний того времени и ее роль в изучении болезней.

**Ключевые слова:** болезнь, онтологическая медицина, симптомология, дедуктивный метод познания.

**Summary.** The paper analyzes the first half of the 19th century collective notions on disease as the event that is alien to the human body (which is embodied as a living being), which occurs and develops in accordance with its own laws differing from the laws of human vital functions; on the causes and essence of diseases and the methods of their study. It also shows a place of human pathology in the structure of medical knowledge of that time and its role in the investigation of diseases.

**Key words:** disease, ontological medicine, symptomatology, deductive method for cognition.

Возникновение патологической анатомии, которое справедливо связывают с выходом в свет в 1761 г. труда падуанского профессора Джованни Баттисты Морганьи "De sedibus et causis morborum...", и первые попытки применения анатомического метода для изучения болезней нанесли существенный удар по патологии XVIII столетия. Представленные Дж. Б. Морганьи доказательства первичности морфологических повреждений по отношению к наблюдаемым клиническим симптомам вынудили патологов поставить под сомнение обоснованность прежнего исключительно симптоматологического подхода к выделению нозологических форм. Дж. Б. Морганьи на значительном клинко-анатомическом материале показал, что клинические симптомы являются знаками не болезней, а вызываемых этими болезнями морфологических изменений и что болезни таким образом следует "выводить" не из частоты совместной встречаемости симптомов, как это делалось прежде, а на основании данных, раскрывающих их происхождение — данных о локализации и характере "органических повреждений" [11].

Следуя предложенному Дж. Б. Морганьи новому методологическому подходу, многие патологи (Льето, Фойгтель, Людвиг, Конради, Пинель) уже в конце XVIII — начале XIX века предприняли попытки ревизии существовавших нозографий. Стали появляться клинко-анатомические исследования патологии отдельных органов. Сенак и Меккель описали ряд заболеваний сердца, Блюланд — глотки и пищевода, Бемер — женских половых органов и др. "Чем более делали трупоразъятий, — отмечал профессор Вюрцбургского университета А. Ферстер, — чем глубже проникали взглядом во внутренность тела, тем сильнее обличал опыт, что вымышленные симптоматиками названия болезней часто вовсе не подходят к изменениям, найденным в трупе: так находили одинаковые анатомические изменения при разнообразных группах симптомов и, наоборот, при различных анатомиче-

ских изменениях те же самые группы симптомов" [13, с. 9].

В начале XIX столетия наибольших успехов на этом пути достигли французские врачи и естествоиспытатели, которые не только широко внедрились анатомический метод в практику изучения болезней, но и существенно расширили его возможности и границы применения. Во-первых, ими были установлены и подробно описаны основные смертные изменения, происходящие в трупе, благодаря чему удалось исправить многие ошибки в описании патоморфологической картины большинства известных заболеваний. Во-вторых, на основании материалов многочисленных вскрытий были разделены понятия "смерть" и "болезнь", которые ранее рассматривались как последовательные этапы единого процесса. Было обращено внимание на то, что смерть может наступить не только в результате развития болезни, но и от случайных, не связанных с болезнью причин, например от передозировки лекарств, и в этом случае обнаруживаемая на вскрытии картина морфологических повреждений отражает не терминальную стадию болезни, а какой-либо из предшествующих ей этапов, причем как прогрессивного, так и регрессивного развития патологического процесса. Это открытие позволило, что называется, "оживить" труп, опровергнуть утверждение о том, что с помощью патологической анатомии возможно лишь изучение морфологической картины смерти. В-третьих, благодаря работам М. Биша, осуществившего перенос рассмотрения проблем клинко-анатомических корреляций с органного на тканевый уровень, возрожденной Ж. Корвизаром перкуссии и изобретенной Р. Лаэннеком аускультации удалось добиться существенного прогресса в разработке проблем клинко-анатомических корреляций [11].

Прямым следствием этих выдающихся научных достижений стали классические исследования Р. Лаэннека в области изучения эмфиземы легких, бронхоэктазов, плевритов, туберкулеза легких, цирроза печени, а также ранние работы Ф. Бруссе,

замахнувшегося на святая святых патологии XVIII века — учение о лихорадках. В 1816 г. на основании методически безупречных клинико-морфологических исследований он доказал, что лихорадки, традиционно считавшиеся общими динамическими болезнями, не являются самостоятельными заболеваниями, и подтвердил предположения Г. Бургава и Г. Шталя о том, что они представляют собой лишь ответную реакцию организма на воспалительный процесс в тех или иных тканях, причем особенности и различия лихорадочных реакций целиком и полностью зависят от того, какие именно ткани вовлечены в воспалительный процесс.

"Медицинской революцией", "самым значительным из того, что медицина испытала в новое время", назвал эти работы Ф. Бруссе знаменитый французский клиницист Ж. Б. Буйо [14, р. 14]. И это была действительно почти революция. Казалось вот-вот, и здание прежней патологии рухнет окончательно, однако вопреки существующей традиции рассматривать историю медицины XVIII—XX века как непрерывный процесс поступательного развития оно устояло.

Анализ учебников и руководств как по общей патологии, так и по частной патологии и практической медицине первой половины XIX века показывает, что достижения патологической анатомии и результаты применения анатомического метода изучения заболеваний не заставили врачей и патологов отказаться ни от прежних взглядов на болезнь, ни от сложившихся подходов к их выделению.

Так, например, учебники А. Ф. Геккера "Патология или наука о болезненном состоянии тела человеческого" (1811), И. Франка "Основание патологии по законам теории возбуждения" (1812), Г. В. Консбруха "Начальные основания патологии" (1817) и Ф. К. Гартмана "Общая патология" (1825) показывают, что общая патология сохранила неизменной и свою структуру, включавшую три основных раздела — этиология, симптоматология, нозология, и их содержание [12], причем особенно показательным является факт сохранения в структуре общей патологии такого раздела, как симптоматология. Если руководствоваться логикой современного врача, то признание патологами того факта, что знаками болезней являются не симптомы, а обнаруживаемые на вскрытии морфологические повреждения, должно было неминуемо привести к вытеснению из общей патологии этого раздела и замене его патологической анатомией. Но на деле этого не произошло. "Некоторые хотели, — прямо указывал Г. В. Консбрух, — причислить к Патологии Анатомию Патологическую, которая чрез трупоразъятия открывает знаки измененных или разрушенных органов" [5, с. 4—5]. Однако, продолжал далее автор: "Патологическая Анатомия часто доставляет такие результаты, которые вовсе ни в какой или по крайней мере в сомнительной связи находились с примеченной болезнью: а посему и не имеют они большой цены для Патологии или еще в заблуждение вводят!" [5, с. 12].

К этой цитате мы еще вернемся, а пока обратимся к учебникам по частной патологии и практической медицине. Если в качестве примера взять такие известные и широко распространенные в Европе издания, как "Enchiridion medicum, или Руководство к практической медицине" К. В. Гуфелан-

да (1840), "Частная патология и частная терапия" К. Г. Неймана (1846—1848), "Traite elementaire et pratique de Pathologie interne" А. Гризолья (1848), то в них мы обнаружим и обилие традиционных симптомов и симптомокомплексов, выделенных в самостоятельные нозологические формы, и классификации этих болезней, построенные вне какой-либо связи с достижениями патологической анатомии и анатомического метода, а главное, множество так называемых общих динамических болезней, т. е. таких болезней, которые затрагивают весь организм целиком и не имеют определенной локализации.

Так, в учебнике К. В. Гуфеланда все многообразие заболеваний разделено на 14 классов: лихорадки, воспаления и приливы крови, ревматизм, катар, желудочные болезни, нервные болезни, изнурительные болезни, водянки, кровотечения, бескровные истечения, задержание, кожные сыпи, худосочия, органические болезни. Уже сами названия классов, отражающие не локализацию болезненного процесса, а особенности наблюдаемой у постелей больных симптоматики, свидетельствуют о том, что данные патологической анатомии не были положены в основу их разделения. И такие, на первый взгляд, "морфологические" классы, как желудочные и нервные болезни, а также класс органических болезней не должны вводить в заблуждение. К нервным болезням у К. В. Гуфеланда относились одышка, сердцебиение, кашель, икота, зубная боль, боль уха, головокружение и т. п., к желудочным — нечистоты, желчь, ослизнение, окисление, завалы. К органическим же болезням К. В. Гуфеланд отнес только три нозологические формы: глисты, мочевые и желчные камни.

Близкие по принципу построения классификации и похожие нозологические формы содержат и другие из названных выше учебников. При этом особо отметим, что ни один из авторов не относился к числу противников патологической анатомии. Более того, в их работах представлен значительный объем патолого-анатомического материала, приводятся и анализируются клинико-анатомические параллели, однако всем этим данным отводится лишь вспомогательная роль. "Все хронические болезни... стремятся изменить форму и состав какой-нибудь органической части; это их сущность", — указывал, например, К. Г. Нейман и тут же обязательно добавлял: "Но динамическими первоначально бывают все, так точно как все делаются потом органическими... Каждая органическая болезнь бывает первоначально динамической, и каждая динамическая в сфере формационной необходимо проявляется органической и именно изменяющею нормальное образование" [7, ч. 2, с. 6; ч. 1, с. 8].

Спустя более четверти века после работ Ф. Бруссе К. Г. Нейман не только продолжал называть лихорадки самостоятельными болезнями, но и отнес к этому классу болезней практически все известные на тот момент заболевания, сопровождающиеся лихорадочными реакциями, считая именно лихорадку главным критерием для формирования соответствующего раздела своей классификации. В частности, раздел лихорадочных болезней его учебника включал 5 отделений: 1) перемежающаяся лихорадка; 2) лихорадки с измененным отделением (катаральная и гастрическая лихорадки, рев-

матизм, острая головная водянка); 3) лихорадки с местным воспалением (рожа, воспаление груди, жаба, воспаление пищеварительного канала, желудок, тонких и толстых кишок, натужный понос, холера, желтая горячка, воспаление печени, почек, мочевого пузыря, матки, ознобление); 4) лихорадки с порождением инородного (пятенная горячка, оспа, скарлатина, корь, краснуха, судорожный кашель, просянка, карбункул, водобоязнь, чума); 5) гектические лихорадки (чахотка). При этом К. Г. Нейман особо подчеркивал, что все без исключения лихорадки (и даже "лихорадки с местным воспалением") являются не местными, а общими динамическими заболеваниями. "О важнейших болезнях легких: о воспалении и чахотке их мы говорили уже; да они и не местные страдания, а общие, с местными припадками, которыми должны сопровождаться все болезни, — писал К. Г. Нейман. — ...Ближайшая причина каждой лихорадки находится в сосудистой системе, ... лихорадка ничто иное, как общая болезнь кровеносной системы" [7, ч. 1, с. 14—15; ч. 3, с. 94].

Основной причиной такого, на первый взгляд парадоксального положения вещей, при котором, с одной стороны, большинством врачей признавалось, что знаками болезней являются морфологические повреждения, а с другой — продолжал господствовать прежний симптоматологический подход к их выделению, служили существовавшие в XVIII — первой половине XIX века представления о болезни, ее сущности и причинах возникновения.

Эти представления начали складываться еще во времена создания первых медицинских школ Древней Греции и на протяжении веков не претерпели сколько-нибудь существенных изменений. В сознании врачей вплоть до середины XIX столетия болезнь представлялась противоположным здоровью и чужеродным организму человека явлением (зачастую олицетворявшимся живым существом), возникающим и развивающимся по своим собственным законам, отличным от законов жизнедеятельности организма человека. "В наблюдениях и размышлениях своих над больными врач ... подмечает у постели больного исключительно только необыкновенные явления, ставит их как нечто в себе законченное, самостоятельное, в противоположность здоровому телу, рассматривает их как нечто чуждое, враждебное жизни и здоровью, и соединение таких явлений называет болезнью, — отмечал А. Ферстер, характеризуя внутреннюю логику возникновения таких представлений. При таком... взгляде, привыкнув видеть Здоровье и Болезнь как две строго противоположные вещи, начинает он совершенно невольно оба этих понятия олицетворять, и здоровью как существу, которого признаки заключаются в обыкновенных отправлениях тела, противопоставлять болезнь как существо враждебное, признаки которого состоят в явлениях необыкновенных" [13, с. 6].

До возникновения патологической анатомии "необыкновенными явлениями" были лишь клинические симптомы ("припадки"), на основании которых болезни описывались и выделялись в самостоятельные нозологические формы. После работ Дж. Б. Морганьи и французских естествоиспытателей первой четверти XIX столетия, убедивших врачебный мир в том, что клинические симптомы вто-

ричны по отношению к морфологическим изменениям в органах и тканях, перечень "необыкновенных явлений", характеризовавших болезни, существенно расширился. Но не более того. Главное осталось неизменным — болезнь в сознании врачей, как и во времена Галена и Ибн Сины, осталась противоположной здоровью сущностью, неким враждебным жизни и здоровью существом, которое "стало характеризовать себя" не только клиническими симптомами, но и "рядом анатомических изменений" [13, с. 9].

"Обыкновенно живет в теле здоровье, — продолжал А. Ферстер, — но иногда приходит болезнь и "схватывает" его; проникнув в тело, образует она себе "седалище" где-нибудь, например в мозгу, в кишках и т. д., распространяется далее и поражает органы один за другим. Случается также, что и две болезни разом входят в тело и начинают борьбу; одна другую пересиливает или они мирятся собою или даже порождают третью. Против этого прищельца организм выставляет целебную силу природы, которая, как олицетворенная совесть, всегда скрыта в человеке, выжидая только удобного времени, чтобы начать действовать; явления борьбы обнаруживают то перевес болезни, то целебной силы природы. Торжество последней есть выздоровление и состоит в удалении болезни из тела; смерть есть торжество болезни, которая и сама, конечно, погибает вместе с убитым ею телом. Такая, сама по себе невинная, простодушная система с ее богатым и милым иносказательным языком пустила глубокие корни в сердцах и врачей, и народа; в ней думали найти непреложные истины, и она-то положила основание той, пережившей века, в высшей степени губительной системе" [13, с. 6—7].

Мы привели столь обширную выдержку из книги А. Ферстера потому, что она не только чрезвычайно точно и емко показывает особенности существовавших представлений, но и представляет собой квинтэссенцию содержания как упоминавшихся выше, так и других учебников и руководств по общей и частной патологии, датированных ранее второй половины XIX века.

Итак, болезнь олицетворялась враждебным жизни и здоровью живым существом, что собственно и дало возможность многим врачам второй половины XIX века называть медицину предшествующего периода онтологической (от латинского "онтос" — живое существо), причем А. Ферстер подобрал очень точное слово: болезнь именно олицетворялась живым существом. Никто из врачей и патологов, безусловно, не считало болезнь червем, растением и иным собственно живым существом из плоти и крови. Однако сам по себе факт такого олицетворения имел далеко идущие последствия, которые в совокупности и составили упомянутую А. Ферстером "пережившую века, в высшей степени губительную систему".

Одно из последствий состояло в том, что болезнь в сознании врачей воспринималась как нечто "цельное", "самостоятельное", "живущее" и "действующее" в организме человека по своим собственным законам. "...Болезнь имеет своим автократию, свою автономию..., — указывал, в частности, профессор Московского университета Г. И. Сокольский, — составляет из себя особую форму жизни, в которой усматриваются все знаки органического бытия: она имеет свое начало, развитие, окончание

и прививается к организму, как паразит к растению, с ним живет, с ним и умирает" [10, с. 3]. Особо подчеркнем, что такие "знаки органического бытия" болезни, как "начало, развитие, окончание", не составляли патогенеза заболевания. До 10-х годов XIX века такого термина, как "патогенез", не существовало вовсе, а когда он появился, то имел существенно отличающееся от современного значение и относился к описанию иных процессов<sup>1</sup>. "Начало, развитие, окончание" болезни, разнообразные "переломы" в ее течении и другие признаки ее "жизнедеятельности" воспринимались врачами как изначально присущая болезни данность, предсуществующая в ней программа, ее сущность, которая реализовывалась после того, как болезнь "рождалась" в организме или "проникала" в него.

Из этого вытекало второе важнейшее последствие "олицетворения": поиски ответов на вопросы о сущности болезни, о том, что собой представляет это враждебное существо, были сначала перенесены в плоскость изучения причин возникновения болезней, а затем произошло фактическое отождествление понятий сущности болезни и ее причин. Так, например, профессор Московского университета Г. И. Сокольский прямо указывал, что сущность болезни — это ее ближайшая причина [10, с. 5].

Правда, ряд врачей, которых коллеги уничижительно называли эмпириками, считали поиск ответа на вопрос о сущности болезни ненужным. Если на основании внешних проявлений можно поставить диагноз и назначить лечение, то для чего тогда тратить силы на изучение сущности болезни. Другие исследователи полагали изучение этого вопроса попросту невозможным, причем не только в XV или XVI веках, но и в первой половине XIX века. Так, например, полагал И. Франк, также считал и упоминавшийся выше Г. И. Сокольский. "...В чем состоит сущность — ближайшая причина болезни? — вопрошал он. — Постигание этого для человека невозможно. Мы можем только видеть припадки или внешнюю сторону болезни, но внутренние причины ее, как и причины всех естественных явлений, скрыты от нас и почивают в божеском сознании" [10, с. 5]. К слову сказать, такой подход не мешал ему, изучая лишь "внешние проявления болезни", одновременно и независимо от Ж. Б. Буйо описать клапанный порок сердца при ревматизме.

Но большинство врачей и патологов все же пытались "постичь тайну существа" болезни, результатом чего явилось постепенное формирование учения о причинах болезней, составившего содержание особого и весьма обширного раздела общей патологии, получившего название "Этиология". Согласно этому учению, основы которого начали закладываться еще Гиппократом, Галеном и Ибн Синоу, причины болезней разделялись на внешние (случайные, отдаленные) и внутренние — предрасполагающие (предшествующие) и ближайшие (связующие).

В отношении перечня внешних и предрасполагающих причин мнения авторов учебников и руководств по патологии были в целом сходны. К внешним причинам относили факторы внешней среды обитания человека (температура воздуха, инсоля-

ция, влажность, "непогода" и т. п.), "механически действующие вредности", пищу, питье, яды, "заразы" ("миазмы" и "контагии") и др.

Что же касается предрасполагающих причин болезней, то их перечень включал в себя разнообразные "предрасположенности, зависящие от..."возраста, пола, телосложения, темперамента (холерик, меланхолик, флегматик), "наследственных и врожденных факторов", образа жизни человека, его привычек, режима труда и отдыха, рациона, соблюдения гигиенических правил и др.

Согласно представлениям врачей XVIII — первой половины XIX века, для возникновения болезни требовалось совместное влияние внешней (случайной) и предрасполагающей причин. "Всякое в теле имеющееся расположение, по которому оно, если случай к тому сделается, занемочь может, предрасполагающей причиной называется, а случайная причина есть та, которая, присоединяясь к предрасполагающей, оную возбуждает, дабы соединенными силами причинять болезнь, — указывал один из основоположников патологии как самостоятельной научной дисциплины И. Д. Гауб. — Из сих причин одна, сама собою, не в состоянии причинять болезнь, а надобно, чтобы они обе вместе были. Когда предрасполагающей причины нет, тогда случайная не вредит, и, напротив того, тот, который, имея предрасположение к болезни, случайных оной причин избегает, болезни причастным не делается" [3, с. 22].

Согласно представлениям врачей и патологов того времени, совместное воздействие на организм человека внешней и предрасполагающей причин было необходимым, но не достаточным условием "зарождения" болезни. "Расположение и случайная причина сами по себе не могут произвести болезни, но только посредственно способствуют к произрождению оной...", — указывал, в частности, Г. В. Консбрух [5, с. 39]. Совместное действие случайной и предрасполагающей причин порождало не саму болезнь, а ее ближайшую причину. "Ближайшая причина есть та перемена в здоровом теле, через отдаленные причины учинившаяся, — писал профессор Лейпцигского университета Х. Г. Людвиг, — которая в дальнейшем своем открытии есть действительнее прочих к приведению расположения, от которого наконец действия нарушаются" [6, с. 69]. Особо подчеркнем, что между ближайшей причиной болезни и болезнью не было посредника в виде патогенетического механизма. "Между связующими (ближайшими. — Авт.) причинами и состоянием (болезнь. — Авт.) совершенно не бывает посредствующего звена", — прямо указывал еще Ибн Сина [4, с. 153]. "Ближайшая причина есть условие, происходящее из соединения всех отдаленных причин, от которых сама болезнь зависит. На ней так, как на фундаменте, основывается все здание ... болезни, и так с самою болезнью тесно соединена, что одну без другой вообразить невозможно. Посему-то очень часто понятие ближайшей причины с самою болезнью смешивают и за одно принимают" [5, с. 39].

По своей сути ближайшая причина болезни, за исключением очевидных случаев совпадения ее с внешней причиной (ножевое ранение сердца, травматический перелом бедренной кости и т. п.), представляла собой продукт умозрительного теоретизирования — результат применения так называемого

<sup>1</sup>В учебнике И. Франка термин "патогения" синонимичен термину "этиология".

мого дедуктивного способа познания. Использование в медицине дедукции, т. е. формы умозаключения от общего к частному, характеризовавшегося тем, что новое знание о предмете исследования выводилось на основании общих теоретических положений, принимавшихся за истинные, составляло еще одну из важнейших особенностей онтологической медицины.

И сам метод дедукции, и многие теоретические положения первоначально были заимствованы из философии. К их числу относились, например, представления о том, что человеческое тело состоит из соков и твердых частиц (земляных, железных, серных и пр.), рассуждения о принципах и порядке их взаимодействия ("смещения") друг с другом и пр. Затем, особенно в период бурного развития естествознания, медицина обогатилась собственными умозрительными гипотезами о принципах внутреннего устройства и функционирования человеческого организма — кислотно-щелочное равновесие, кахексия, стенические и астенические состояния, сочувствия, кразы крови и др. Эти гипотезы становились основами целых медицинских систем и учений, и именно с их помощью изучались ближайшие причины болезней. Мы не оговорились, именно изучались. "Настоящий путь к истинной Врачебной науке..." состоял в органичном соединении двух основополагающих путей познания мира — дедукции и индукции. "Наблюдение, не сопровождаемое умозрением, доставляет хаотическое содержание без порядка и без правил, — прямо указывал Ф. К. Гартман. — Умозрение одно само по себе начертывает только форму без содержания и, будучи в области возможного, не находит пути к действительному миру. Посему как то, так и другое в их разделности не приводит к истинному знанию и полезному действию... Точное изыскание в особенном должно быть сопряжено с философическим умозаключением из общего" [2, с. 11—12].

Как же негодовал по поводу такого "комплексного" подхода к научным исследованиям Р. Вирхов, справедливо полагавший, что дедуктивный метод познания неприменим к изучению проблем естествознания. "Предмет медицины — человеческое тело прямо вел медицину в область естественных наук, — писал его ученик А. Ферстер, — но ее первые, главные выводы сделали из нее умозрительную науку, и она тут же запуталась в своих основных воззрениях..." [13, с. 10—11].

Поэтому не удивительно, что существовало огромное множество гипотез в вопросе о том, что представляла собой ближайшая причина болезней. Так, например, сторонники гуморальной теории считали, что ближайшая причина болезней состоит в нарушении "варения" и "смещения" соков, солидаристы настаивали на разнообразных "повреждениях" твердых частиц и нарушении их взаимодействия с соками, приверженцы динамического учения Броуна — на возникновении под влиянием внешних и предрасполагающих причин либо стенического, либо астенического состояния. Если же исследователь не был последователем ни одного из учений, как, например, упоминавшийся выше К. Г. Нейман, то в его работах можно найти весь спектр возможных ближайших причин, включая появившуюся во второй половине XIX века кон-

цепцию о "повреждениях узловатой нервной системы".

Многочисленные "версии" о сущности ближайшей причины болезней объединяло лишь одно — все они носили умозрительный характер, были "выведены" в результате использования дедуктивного метода познания и описывали некий генерализованный процесс, затрагивавший либо весь организм, либо одну из его основных интегральных систем (кровеносную или нервную).

При этом, согласно представлениям врачей XVIII — первой половины XIX столетия, ближайшая причина, вызвав болезнь, продолжала действовать и даже могла оказаться страшнее и опаснее самой болезни. Более того, она имела свои собственные внешние клинические проявления, которые регистрировались врачами также в виде "припадков". В отличие от "припадков", которые были тождественны болезни и назывались "припадками болезни", эти "припадки" именовались "припадками причины болезни".

"Припадки причины суть такие явления, — писал, например, Г. В. Консбрух, — кои происходят от одной и той же причины, от которой произошла и самая болезнь, а посему они с болезнью, как случайные действия одной и той же причины, находятся в связи... Они могут происходить позже других припадков или они могут продолжаться и тогда, когда болезнь уже исчезла, и наоборот. Сии припадки опаснее самой болезни, сверх того руководствуют к узнанию причины и потому при распознавании и лечении болезней они весьма важны" [5, с. 31].

Подобные утверждения содержатся и в других учебниках по общей патологии того периода и позволяют утверждать, что врачи XVIII — первой половины XIX века были убеждены в том, что часть наблюдаемых у постелей больных клинических симптомов не являлась симптомами самой болезни, а представляла собой внешние проявления "выведенного" дедуктивным методом генерализованного "динамического" процесса — ближайшей причины болезни. Диагностировать этот процесс, который, как уже неоднократно отмечалось, и представлял собой в сознании врачей сущность болезни, можно было только на основании клинической симптоматики, и в первую очередь именно поэтому симптоматология не утратила своих позиций в патологии даже после широкого признания патологической анатомии и анатомического метода исследования. Именно поэтому сохранились и прежние принципы составления классификации болезней, и традиционные представления об общих болезнях, а цитировавшийся нами выше К. Г. Нейман прямо говорил о том, что все болезни "являются первично динамическими".

Именно поэтому даже самые последовательные сторонники патологической анатомии не только не пытались разрушить здание прежней патологии, но, напротив, искали пути объединения нового знания и старых верований. В этом плане наиболее ярким примером могут служить работы знаменитого профессора Венского университета К. Рокитанского, предпринявшего попытку с помощью секционного ножа, микроскопа и химических реактивов детально изучить не только известные болезни, но и их ближайшие причины.

К. Рокитанский внес значительный вклад в развитие патологической анатомии. Во-первых, им была впервые описана и изучена патологическая анатомия целого ряда заболеваний: спонтанного разрыва аорты, ущемления и сужения кишок, прободной язвы желудка, зоба щитовидной железы, новообразований грудной железы и др. Во-вторых, он осуществил беспрецедентную по своим масштабам ревизию накопленного к началу 40-х годов XIX века клинико-анатомического материала, в ходе которой выявил и исправил значительное количество неточностей и ошибок, допущенных его предшественниками. В результате в 1841—1846 гг. вышло в свет его знаменитое руководство по общей и частной патологической анатомии, в котором были впервые систематизированы и с исчерпывающей точностью описаны патоморфологические изменения в органах и тканях при всех без исключения заболеваниях, для которых к началу 40-х годов XIX века такие изменения были найдены. За этот труд Р. Вирхов назовет К. Рокитанского "Линнеем патологической анатомии". В-третьих, К. Рокитанский создал учение, в рамках которого не только провозглашался тезис о том, что "каждая болезнь в каждом своем периоде может быть предметом анатомического исследования...", и постулировалась принципиальная невозможность "существования динамических болезней", но и впервые был "определен" материальный субстрат ближайшей причины болезней. Этим субстратом К. Рокитанский и его последователи считали кровь, а ее всестороннее изучение стало наиболее актуальной задачей исследовательской деятельности в области патологической анатомии и теоретической медицины [9].

Учение К. Рокитанского получило широчайшее мировое признание и сыграло огромную роль в пропаганде как самой патологической анатомии, так и анатомического метода исследования. Однако, несмотря на все заявления К. Рокитанского о том, что в основе любой нарушенной функции, любого "припадка" лежат морфологические повреждения, его теория гуморальной патологии была выстроена в полном соответствии с классическими принципами онтологической медицины.

Так, согласно учению К. Рокитанского, в основе большинства болезней лежали различные нарушения состава крови — дискразии<sup>2</sup>, а обнаруживаемые патоморфологические изменения представляли собой лишь результат так называемого сосредоточения этих дискразий в органах и тканях. "Сосредоточение" дискразий приводило к образованию вторичного патологического очага — "местной болезни", определявшего в свою очередь характер клинических проявлений данного заболевания.

В самом общем виде механизм формирования вторичных патологических очагов в ходе развития дискразий выглядел следующим образом. "Ненормальная краза (дискразия) есть первичное страдание, местная же болезнь есть сосредоточение оной (дискразии. — Авт.) — вторичное страдание, — говорится в знаменитом труде К. Рокитанского "Руководство к общей патологической анатомии". —

<sup>2</sup>К. Рокитанский выделял следующие кразы (дискразии): простая фибринозная, крупозная, туберкулезная, пиемия, тифозная, сыпная, канкрозная, серозная, гнилостная, септическая и др.

Место сосредоточения зависит, кроме внешних условий, от особенного отношения кразы к известным органам и тканям при содействии со стороны нервной системы; форма, при которой сосредоточивается краза, есть преимущественно гиперемия и застой — воспаление, совершенный (абсолютный) застой — выпотение или образование продукта внутри сосудистой системы, происходящее без помощи воспаления, например самопроизвольное свертывание измененного фибрина, образование гноя в сосудах, как больших, так и волосных, в каком-нибудь органе. Отношение различных краз к различным органам и тканям, даже к различным отделам одного и того же органа весьма различно: так, например, крупозно-фибринозные кразы весьма охотно сосредоточиваются на слизистой перепонке дыхательных путей и в самих легких, тифозная краза — на слизистой перепонке, особенно подвздошной кишки, сыпные кразы — на общих покровах и слизистых перепонках..." [9, с. 627—628]. "Сосредоточение" кразы могло привести к образованию не только вторичных патологических очагов деструктивного характера (некроз клеток, гнойное расплавление и др.), но и к образованию новых клеток и тканей (раковая опухоль и др.), если в процессе возникающей вслед за гиперемией и стазом экссудации плазмы происходило выделение "правильной бластемы". "Бластема для патологических новых произведений происходит из общей питающей жидкости — из плазмы крови..., — указывал К. Рокитанский. — Она просачивается сквозь стенки сосудов повсюду, где есть волосные сосуды, или является как внутреннее выделение из крови внутри сосудистой системы, или, в более редких случаях, как следствие экстравазации из разорванных сосудов... Первоначальная бластема, как жидкость, тотчас по своем выделении не имеет никакого определенного вида, но рано или поздно начинают в ней развиваться форменные элементы в виде молекулярных зернышек, зерен, ячеек... Одно из главнейших метаморфозов бластемы есть ее превращение в ткань; впрочем, она может остаться в своем первобытном незрелом состоянии и потом отживать и распадаться; она может также всосаться" [9, с. 167—168].

Как видно даже из приведенной цитаты, при всей умозрительности выстроенной К. Рокитанским теории возникновения патологических очагов, она включала значительный объем данных патоморфологических исследований и во многом благодаря этому создала иллюзию "примирения" анатомического метода и традиционных представлений онтологической медицины. "Именно Патологическая анатомия, — прямо указывал К. Рокитанский, — не только доказала существование болезней крови со всеми их подробностями, но и решила вопрос высокой важности: она доказала существование первичных аномалий в самой бластеме, страдание массы крови внутри сосудистой системы в воспалительном процессе, открыв в этом источник различия экссудатов (бластем), доказала зависимость местных болезненных процессов от прежде существовавшего страдания всей крови, — одним словом упрочила будущность гуморальной патологии" [9, с. 625]. И далее: "Критическая обработка патологической анатомии ведет путем физиологического исследования к высшему гуморализму: она находит причину бесчисленных измене-

ний плотных частей в соответственных неправильностях соков, а именно крови, и эти последние принимает в расчет во всех случаях, где нет изменений в плотных частях. Поэтому она старается сколько возможно подробнее изучить уклонения физических свойств кровяной массы и относительно дальнейших вопросов обращается к патологической химии. Таким образом, она перестала видеть в тифе простое воспаление желудочно-кишечное и проч." [9, с. 10].

Во многом благодаря созданной К. Рокитанским иллюзии многочисленные приверженцы гуморальной патологии К. Рокитанского уже не считали себя онтологами, хотя их собственная бесконечная вера в первичность дискразий по отношению к "местным патологическим очагам" родилась именно в недрах онтологической медицины. Они яростно критиковали врачей-онтологов, но сами полностью находились во власти сложившихся в рамках онтологической медицины коллективных представлений. Они называли "детством нашей науки" время, когда отдельные симптомы выделялись в качестве самостоятельных нозологических форм, и одновременно с этим продолжали выделять в качестве отдельных заболеваний, например, лихорадку или головную боль. Они осуждали врачей-онтологов за то, что они видели в болезни живое существо, но при этом даже не пытались отказаться от представлений о существовании "больной жизни", о ближайшей причине болезней, от использования в исследовательской деятельности дедуктивного метода познания.

На протяжении первой половины XIX века ближе всех к тому, чтобы преодолеть онтологические верования, был Ф. Бруссе, заявивший, что "нет болезней в чистом виде, есть только крик болящих воспаленных органов" [8, с. 291]. Весьма показательно, что в первую очередь именно за это положение он был подвергнут критике со стороны последователей гуморальной теории К. Рокитанско-

го. "Изучение анатомических изменений привело Бруссе и его последователей, — отмечал, в частности, профессор Московского университета И. В. Варвинский, — к ложному выводу, что в большей части болезненных процессов местные повреждения суть причины общих расстройств" [1, с. 106]. И именно за это положение он удостоится искренней похвалы со стороны Р. Вирхова — первого патолога, поставившего перед собой цель полностью разрушить здание прежней патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Варвинский И. В.* // Моск. врач. журн. — 1849. — Ч. 1. — С. 55—109.
2. *Гартман Ф. К.* Общая патология. — М., 1825.
3. *Гауб И. Д.* Начальные основания врачебной патологии, то есть науки о свойстве, причинах, припадках и различиях болезней, в человеческом теле случающихся. — СПб., 1792.
4. *Ибн Сина.* Канон врачебной науки. Кн. 1. — Ташкент, 1981.
5. *Консбрух Г. В.* Начальные основания патологии. — М., 1817.
6. *Людвиг Х. Г.* Патология или полезные наставления о существе, причинах, припадках и знаках болезней, в человеческом теле случающихся. — М., 1790.
7. *Нейман К. Г.* Частная патология и частная терапия. Ч. 1—3. — М., 1846—1849.
8. *Плетнев Д. Д.* Избранное. — М., 1989.
9. *Рокитанский К.* Руководство к общей патологической анатомии. — М., 1849.
10. *Сокольский Г. И.* // Носография и терапия Ю. Л. Шенлейна, составленная из лекций, преподаваемых им в Вюрцбурге, Цюрихе и Берлине. — М., 1841.
11. *Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н.* Патологическая анатомия в Московском университете в первой половине XIX века. — М., 1999.
12. *Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н., Сточик А. А.* // Арх. пат. — 2006. — Вып. 3. — С. 37—42.
13. *Ферстер А.* Руководство патологической анатомии. — СПб., 1860.
14. *Bouilland J. V.* Traite des Fievres Lites essentielles. — Paris, 1826.

Поступила в редакцию 28.04.09