

# Глава I. Пространства и классы

Для наших уже "приглядевшихся" глаз человеческое тело образует по праву природы пространство причины и распределения болезни; пространство, линии, объемы, поверхности и пути которого фиксированы в соответствии со знакомой по анатомическому атласу географией. Этот принцип твердого и видимого тела стал теперь для медицины лишь способом представления болезни в пространстве, без сомнения ни самым важным, ни самым фундаментальным. Были и будут другие способы распределения болезни.

Как можно определить структуры, которым следуют в тайном пространстве тела аллергические реакции? Будет ли когда-нибудь установлена специфическая геометрия проникновения вируса через тончайшие мембраны тканевых сегментов? Разве в эвклидовой анатомии эти фрагменты могут найти закон своего пространственного представления? Достаточно вспомнить, в конце концов, что старая симпатическая теория говорила словарем соответствий, соседства, гомологии - терминами, для которых пространство анатомии почти не может предложить соответствующей лексики. Каждая важная идея в области патологии предписывала болезни конфигурацию, пространственные реквизиты которой не обязательно соответствовали классической геометрии.

Точное совпадение "тела" болезни и тела больного человека, без сомнения - лишь историческая и преходящая данность. Их очевидная встреча существует только для нас или, точнее, мы едва начинаем ее видеть. Пространство конфигурации болезни и пространство ее локализации накладываются друг на друга в медицинском опыте лишь в течении короткого периода: так это существовало в XVIII веке, когда медицина была исключительно согласована с патологической анатомией. Эпоха, маркирующая господство взгляда, так как в самом перцептивном поле, следуя самой последовательности или же самым разрывам, опыт сразу считывает видимое повреждение организма и его соответствие патологическим формам. Болезнь артикулируется прямо в теле, ее логическое распределение вводится в игру, благодаря анатомическим массам. "Взгляд" должен лишь упражняться в истине, обнаруживаемой им там, где она является властью, которой она располагает по полному праву.

Но как сформировалось это право, выдающее себя за древнее и естественное, каким образом место, откуда сигнализирует о себе болезнь, может безраздельно определять образ, в который оно формирует элементы? Парадоксальным образом, пространство конфигурации болезни никогда не было более свободным, более независимым от своего пространства локализации, чем в классификационной медицине, то есть в форме медицинской мысли, предшествовавшей анатомо-клиническому методу, и сделавшей его исторически возможным.

"Никогда не трактуйте болезни, не будучи уверенными в их типе" -говорил Жилибер[7]. От "Нозологии" де Соважа (1761) до "Нозографии" Пинеля (1798) классифицирующее правило преобладает в медицинской теории, доходя до самой практики. Оно проявляется как внутренняя имманентная логика болезненных форм, принцип их расшифровки и семантическое правило их определения: "Не слушайте же этих завистников, что хотели бросить тень презрения на написанное великим де Соважем... Вспомните, что возможно именно он один из всех живших врачей придерживался всех наших догм, следующих из непогрешимых правил здравой логики. Посмотрите, с каким вниманием он определял слова, с какой скрупулезностью он ограничивал определение каждой болезни". Перед тем как быть погруженной в плотность тела, болезнь получает иерархическую организацию семьи, рода и типа. Очевидно, речь идет ни о чем ином, как "о таблице", позволяющей сделать чувствительной к обучению и запоминанию разбухающую область болезни. Но глубже этой пространственной "метафоры", для того чтобы сделать ее возможной, классифицирующая медицина предполагает некую "конфигурацию" болезни: она никогда не была сформулирована, но ее наиболее существенные реквизиты можно сформулировать задним числом. Так же, как генеалогическое древо по эту сторону содержащегося сравнения и всех своих воображаемых тем предполагает пространство, где родство формализуемо, нозологическая таблица требует представлений о болезни, которые не являются ни сцеплением (связью, последовательностью) результатов и причин, ни хронологической серией событий, ни ее видимым следом в человеческом теле.

Эта организация сдвигается к подчиненным проблемам локализации в организме, но определяет фундаментальную систему связей, которая пускает в дело окружение, субординации, разделения, сходства. Это пространство содержит "вертикаль", от которой ветвятся все следствия - лихорадка, "последовательно сочетающая холод и жар", может разворачиваться в едином эпизоде или в нескольких: последние могут следовать без остановки или после интервала; отсрочка может не превышать 12 часов, занимать сутки, длиться полных двое суток или иметь плохо определяемый ритм[8]. А также "горизонталь", по которой сообщаются гомологи - в двух крупных группах судорог находятся, следуя совершенной симметрии, "тонические парциальные нарушения", "тонические генерализованные", "клонические парциальные нарушения" и "клонические генерализованные"[9] либо, например, следуя порядку эксудативных процессов: то, чем катар является для горла, дизентерия - для кишечника[10]. Глубокое пространство, предшествующее всем восприятиям и издали ими руководящее; именно от него, от линий, которые оно пересекает, от масс, которые оно распределяет или иерархизирует, болезнь, проясняясь под взглядом, вносит собственные характеристики в живущий организм.

Каковы же принципы этой первичной конфигурации болезни?

1. Согласно врачам XVIII века, она дана в "историческом" опыте, противоположном "философскому" знанию. Историческое - это знание, описывающее плеврит с помощью четырех феноменов: лихорадки, затруднения дыхания, кашля, боли в боку. Философским же будет знание, задающее вопрос о причинах этого состояния: переохлаждение, серозный выпот, воспаление плевры.

Различие исторического и философского - это все-таки не то же самое, что различие причины и следствия: Куллен основывает свою классификационную систему на установлении ближайших причин; это не то же, что различие принципа и следствия, т.к. Сиденхам предполагает выполнить историческое исследование, изучая "способ, которым природа производит и поддерживает различные формы болезни"[11]; не то же, что различие видимого и скрытого или предположительного, т.к. иногда необходимо проследивать по пятам "историю", которая свертывается и уклоняется от первого испытания, как изнурительная лихорадка у некоторых туберкулезных больных - "риффы, спрятанные под водой"[12].

Историческое собирает все, что фактически и юридически, рано или поздно, со всей силой или косвенно может быть дано взгляду. Обнаруживающая себя причина или мало-помалу развивающийся симптом, вычитываемый принцип его происхождения - принадлежит не порядку "философского" знания, но "очень простому" знанию, которое "должно предшествовать любому другому" и которое определяет место первичной формы медицинского опыта. Речь идет об установлении определенного рода фундаментального основания, где перспективы нивелируются и где смещения выравниваются: результат обладает тем же статусом, что и его причина, предшествующее сосуществует с тем, что ему следует. В этом гомогенном пространстве сцепления расплываются, а время расплющивается: локальное воспаление есть ни что иное, как идеальное соположение его исторических элементов (покраснение, уплотнение, жар) без того, чтобы сеть их взаимных обусловливающих и временных пересечений стала проблемой.

Болезнь фундаментально воспринимается в пространстве плоских проекций без глубины и существования без развития. Не существует более одного плана и более одного мгновения. Форма, в которой исходно проявляет себя истина -это поверхность, где рельеф или портрет сразу и проявляется и само уничтожается: "Необходимо, чтобы тот, кто пишет историю болезни... наблюдал с вниманием ясные и естественные феномены, кажущиеся ему сколь-нибудь интерпретируемыми. Он должен в этом подражать художникам, которые, создавая портрет, заботятся о том, чтобы отметить все, вплоть до знаков и самых мелких природных деталей, которые они встречают на лице изображаемого ими персонажа"[13]. Первичная структура, в которой реализуется классификационная медицина - это плоское пространство постоянной одновременности. Стол и доска.

2. Это пространство, где аналогии определяют сущности. Таблицы взаимно подобны, но они также уподобляются друг другу. От одной болезни до другой, дистанция, которая их разделяет, измеряется лишь сличением их сходства без того, чтобы оно вносило логико-временной скачок генеалогии. Исчезновение произвольных движений, притупление внешней и внутренней чувствительности - это общее состояние, которое реализуется в таких частных формах как апоплексия, судорога или паралич. Внутри этого большого родства устанавливаются мелкие разновидности: апоплексия приводит к потере чувствительности всей сенсорной сферы и произвольной моторики, но она не затрагивает дыхания и сердечной деятельности; паралич затрагивает лишь точно локализованные сенсорные и моторные секторы; судорога генерализована, как и апоплексия, но прерывает респираторное движение[14]. Перспективное распределение, заставляющее нас

видеть в параличе симптом, в судороге -эпизод, а в апоплексии - органическое или функциональное поражение, не существует для взгляда классификатора, чувствительного только к распределению поверхности, где соседство определяется не измеримыми расстояниями, а посредством аналогий форм. Становясь достаточно сильными, они переходят порог простого сходства и достигают сущностного единства. Между апоплексией, разом прерывающей моторику, и хроническими и прогрессирующими формами, поражающими мало-помалу всю моторную систему, нет фундаментального различия: в этом симультанном пространстве, где распределения во времени сходятся и накладываются, сродство сворачивается до идентичности. В плоском гомогенном неметрическом мире сущность болезни существует там, где есть избыток аналогий.

3. Форма аналогии раскрывает рациональный порядок болезни. Когда сходство замечается, фиксируется не просто удобная и относительная система ориентировки, начинается дешифровка внятного порядка болезни. Покров приподнимается над принципом их создания: это общий порядок природы. Будь то для растения или животного, игра болезни фундаментально специфична: "Высшее Существо подчиняется законам не менее определенным, производя болезни или обстоятельно обдумывая болезнетворные соки, чем скрещивая растения или животных. Тот, кто внимательно наблюдает порядок, время, час, когда начинается переход лихорадки к фазам, феноменам озноба, жара, одним словом, всем свойственным ей симптомам, будет иметь столько же оснований верить, что эта болезнь составляет определенный вид, как он верит, что растение представляет один вид, ибо оно растет, цветет и погибает одним и тем же образом"[15].

Для медицинской мысли эта ботаническая модель имеет двойное значение. Она позволяет, с одной стороны, обратить принцип аналогии форм в закон производства сущностей: так, перцептивное внимание врача, который то здесь, то там что-то вновь находит и объединяет, по полному праву сообщается с онтологическим порядком, организующим изнутри и задолго до всех проявлениями мир болезни. С другой стороны, порядок болезни есть не что иное, как отпечаток жизненного мира: здесь и там царят одни и те же структуры, те же формы деления на классы и тот же порядок. Рациональность жизни идентична рациональности того, что ей угрожает. Одна по отношению к другой не являются чем-то вроде природы и контр-природы, но в общем для них природном законе они пересекаются и входят друг в друга. В болезни жизнь узнают, так как именно закон жизни основывает помимо всего и познание болезни.

4. Речь идет о типах одновременно и природных и идеальных. Природных, так как болезни в них выражают собственные сущностные истины; идеальных в той мере, в какой они никогда не даются в опыте без искажения и замутнения.

Первичный беспорядок вносится с самой болезнью и самой болезнью. К чистой нозологической сущности, которая определяет и исчерпывает без остатка свое место в порядке классификации, больной, как источник беспорядка, добавляет свои склонности, свой возраст, образ жизни и всю серию событий, которые, будучи связанными с сущностным ядром, образуют конфигурацию случая. Чтобы установить истинный патологический факт, врач должен абстрагироваться от больного: "Нужно, чтобы тот, кто описывает болезнь,

позаботился о различении свойственных ей симптомов, являющихся ее обязательным сопровождением, от случайных и необязательных, зависящих от темперамента и возраста больного"[16]. Парадоксальным образом больной связан с тем, от чего он страдает, лишь внешним образом; медицинское исследование должно принимать его во внимание, лишь вынося за скобки. Естественно, необходимо знать "внутреннюю структуру нашего тела", но для того, чтобы ее после этого вычесть, освобождая для взгляда врача "природу и сочетание симптомов, приступов и других обстоятельств, сопровождающих болезнь"[17]. Это не патология, функционирующая по отношению к жизни как контр-природа, но больной по отношению к болезни как таковой.

Больной, но также и врач. Его вмешательство - это насилие, если он полностью подчинен идеальному правилу нозологии: "знание болезни есть компас врача: успех лечения зависит от точного знания болезни"; взгляд врача направлен вначале не на это конкретное тело, а на то видимое множество, позитивное изобилие, стоящее перед ним; не на больного, но на разрывы природы, лакуны и промежутки, где проявляются как в негативе "знаки, дифференцирующие одну болезнь от другой, истинность подлога, законность бастарда, лукавство благодушия"[18]. Решетка, которая скрывает реального больного и сдерживает любую терапевтическую неловкость. Назначенное слишком рано и со спорными намерениями снадобье противоречит болезни и искажает ее сущность; оно мешает достичь ее истинной природы и, делая ее не соответствующей правилам, превращает ее в неизлечимую. В инвазивном периоде врач должен лишь затаить дыхание, так как "начальные признаки болезни созданы для того, чтобы опознать ее класс, род и тип". Когда симптомы усиливаются и достигают размаха, достаточно уменьшить их ярость и приносимую ими боль", в период стабилизации необходимо "следовать шаг за шагом по пути, избранному природой", подкрепляя ее, если она слишком слаба, и смягчая "если она слишком сильно разрушает то, что ей мешает"[19].

Врачи и больные включены в рациональное пространство болезни не по полному праву, они терпимы настолько, насколько трудно избежать помех: парадоксальная роль медицины состоит именно в их нейтрализации, в поддержании между ними максимальной дистанции, чтобы идеальная конфигурация болезни в пустоте, разделяющей одно от другого, достигла конкретной свободной формы, обобщаемой в конце концов в неподвижной, симультанной таблице, не имеющей ни глубины, ни тайны, где познание открывается себе самому, следуя порядку сущности.

Классифицирующее мышление обретает для себя сущностное пространство. Болезнь существует лишь в нем, так как оно конституирует ее в качестве природы, и все же она кажется всегда несколько смещенной по отношению к этому пространству, ибо проявляется у реального больного в уже вооруженных глазах врача. Прекрасное плоское пространство портрета есть одновременно и исток, и окончательный результат: то, что делает с самого начала возможным рациональное и достоверное медицинское знание и то, к чему нужно без конца стремиться через все, что утаивает его от взгляда. Вся работа медицины состоит в воссоединении с присущим ей состоянием, но путем, на котором она должна стирать каждый свой шаг, ибо медицина достигает своей цели, нейтрализуя не только случаи, на которые опирается, но и свое собственное вмешательство. Отсюда странный характер медицинского взгляда: он включен в бесконечную спираль, он адресуется к тому, что есть

видимого в болезни, но исходя из больного, который скрывает это видимое, показывая его; следовательно нужно опознать, чтобы знать. И этот взгляд, продвигаясь, пятится, так как он идет к истине болезни, лишь позволяя ей реализовываться, ускользая и разрешая болезни самореализовываться в своих феноменах, в своей природе.

Болезнь, улавливаемая в таблице, проявляется через тело. Там она встречается пространство, конфигурация которого совершенно отлична, а именно: объемы и массы. Эта скованность определяет видимые формы, принимаемые болезнью в организме больного: образ, каким она там распределяется, проявляется, прогрессирует, разрушая ткани, движение или функции, вызывая видимое на аутопсии поражение, запускает в том или ином месте проявления симптомов, провоцирует реакции, и, тем самым, направляется к благоприятному или фатальному исходу. Речь идет о сложных и производных формах, с помощью которых сущность болезни со своей табличной структурой артикулируется в густом и плотном объеме организма и обретает в нем тело.

Каким образом плоское однородное пространство классов может стать видимым в географической системе масс, дифференцированных своими объемами и размерностями? Как болезнь, определяемая своим местом в семействе подобных, может характеризоваться своим очагом в организме? Эта проблема того, что требовало привлечения вторичного пространственного распределения патологии.

В классификационной медицине органные проявления не являются абсолютно необходимыми для определения болезни: последняя может быть перемещена из одной точки в другую, задевать другие телесные поверхности, оставаясь полностью идентичной своей природе. Пространство тела и пространство болезни обладают свободой скольжения относительно друг друга. Одно и то же спазматическое расстройство может располагаться внизу живота, где оно вызывает диспепсию, закупорку внутренних органов, задержку менструальных или геморроидальных выделений. В груди же -сопровождаться удушьем, сердцебиением, ощущением комка в горле, приступами кашля и, наконец, достигая головы, вызывать эпилептические судороги, припадки и коматозные состояния[20]. Это скольжение, сопровождающее большое количество симптоматических классификации, может проявляться во времени у одного индивида. Его также можно обнаружить, обследуя группу индивидов, у которых пораженные участки различны: в своей висцеральной форме спазм встречается чаще всего у лимфатических субъектов, в церебральной - у сангвиников. Но, в любом случае, сущностная патологическая конфигурация не искажена. Органы являются прочной поддержкой болезни, никогда не образуя в ней обязательных условий; система точек, определяющая отношения распределения в организме, не является ни константной, ни необходимой, и они не имеют общего, предварительно очерченного пространства.

В этом телесном пространстве, где она свободно циркулирует, болезнь претерпевает трансформации и метаморфозы. Перемещение ее частично преобразует. Носовое кровотечение может превратиться в кровохаркание или кровоизлияние; единственно, должна быть установлена специфическая форма излияния крови. Вот почему типологическая медицина во все времена своего развития включала часть, связанную с симпатическим учением. Обе концепции лишь усиливали друг друга для лучшего равновесия системы. Симпатическое сообщение через организм иногда обеспечивается с

помощью локализации определенного посредника (диафрагма для судорог, желудок для расстройств настроения), иногда - через всю систему распространения, попадающую в телесный комплекс (нервная система для боли, судорог, сосудистая система для воспаления), в других случаях - простым функциональным соответствием (подавление экскреции сообщается от кишечника до почек, и от последних к коже), и, наконец - приведением в соответствие чувствительности одной области к чувствительности другой (боли в пояснице при водянке яичка). Но будь то соответствие, расстояние или посредничество, анатомическое распределение болезни не меняет своей сущностной структуры. Симпатическое отношение поддерживает игру между пространством локализации и пространством конфигурации: оно определяет их взаимную свободу и предел этой свободы.

Скорее даже не предел, а, следовало бы сказать, порог, так как по ту сторону симпатического трансфера и гомологии, которую он подтверждает, связь может устанавливаться от болезни к болезни, которая является причинной, не будучи сродственной. Одна патологическая форма может порождать другую, очень удаленную в нозологической таблице, с помощью свойственной ей созидательной силы. Тело - это место смежности, последовательности, смеси различных типов. Отсюда сложности, отсюда смешанные формы, отсюда регулярные, или менее частые, как между манией и параличом, последовательности. Хаслам наблюдал психически больных, у которых "речь была затруднена, рот искривлен, руки или ноги лишены произвольных движений, память ослаблена", и которые чаще всего "не осознавали своего состояния"[21]. Переплетения симптомов, одновременность их развернутых форм - всего этого недостаточно для формирования единственной болезни. Отдаленность речевого возбуждения от моторного паралича в таблице сродства болезней мешает хронологической близости объединить их в одну группу. Отсюда идея причинности, проявляющаяся в небольшом временном разрыве; то проявления безумия начальны, то моторные знаки начинают развитие совокупности симптомов: "паралитические заболевания являются причиной безумия значительно чаще, чем об этом думают. Они также - очень частый результат сумасшествия". Никакое симпатическое влияние не может здесь преодолеть разрыв между типами, и общности симптомов в организме недостаточно для того, чтобы установить единство, которое противоречит сущностям. Существует все же межнозологическая причинность, роль которой обратна симпатическому отношению: последнее сохраняет фундаментальную форму, пересекая время и пространство; причинность обеспечивает одновременность и пересекаемость, которые смешивают сущностную чистоту.

Время в этой патологии играет ограниченную роль. Допускается, что болезнь может длиться, и что в этом развитии каждый эпизод мог бы появляться в свою очередь. Начиная с Гиппократа, вычислялись критические дни. Было известно значение артериальной пульсации: "Если пульс учащается на каждом тринадцатом ударе или около него, кровоизлияние последует на четвертый день, возможно, несколько раньше или позже. Если это наблюдается на каждом шестом ударе, кровоизлияние произойдет через три дня... Наконец, если это наблюдается на каждом четвертом, третьем или втором ударе, или если оно постоянно, нужно ждать кровоизлияния в течение 24 часов"[22]. Но эта численно фиксируемая длительность составляет часть важнейшей структуры болезни, так же как хроническому катару надлежит через некоторое время стать чахоточной лихорадкой.

Эволюции или протяженности, которая сама бы единственно своей логикой вносила новое событие, не существует, время интегрировано как нозологическая константа, но не как органическая переменная. Время тела не изменяется и еще в меньшей степени определяет время болезни.

То, что заставляет сообщаться сущностное "тело" болезни с реальным телом больного, это совсем не точки локализации или результаты лечения, это скорее качества. Меккель в одном из опытов, изложенных в Королевской академии Пруссии в 1764 году, объясняет, как он наблюдает повреждения мозга при различных заболеваниях. Во время аутопсии он изымает из мозга небольшие кубики одинакового объема (6 линий по ребру[23]) из различных участков мозговой ткани: он сравнивает эти пробы между собой и с пробами, взятыми от других трупов. Точный инструментарий этого сравнения - весы. В случае туберкулеза, болезни истощения, удельный вес мозга относительно ниже, чем при апоплексии, болезни ожирения (1др. 3 3/4 гр.[24] против 1др. 6-7гр.), тогда как у здоровых субъектов, умерших естественной смертью, средний вес равен 1др. 5гр. В зависимости от участка мозга этот вес может варьировать: при туберкулезе в особенности легок мозжечок, а при апоплексии -тяжелы срединные отделы[25]. И все же между болезнью и организмом есть точки сцепления, точно расположенные по зональному принципу, но речь идет лишь о секторах, где болезнь таинственна, или воплощает свои специфические качества: мозг сумасшедших легок, сух и рыхл, так как сумасшествие - это заболевание живое, горячее, взрывчатое; мозг чахоточных будет истощен, вял, инертен и бескровен, так как чахотка отнесена к общему классу геморрагий. Качественная совокупность, характеризующая болезнь, располагается в органах, которые поддерживают симптомы. Болезни тела сообщаются лишь через непространственные качественные элементы.

В этих условиях понятно, что медицина обращена к некоторым формам знания, которые Соваж описывает как математические: "Знать меру и уметь измерять, например, определять силу и скорость пульса, интенсивность жара, величину боли, силу кашля и других подобных симптомов"[26]. Если Меккель измерял, то не для того, чтобы достичь знания в математической форме, для него речь шла об оценке интенсивности некоторых патологических качеств, составляющих болезнь. Никакая механика, измеряющая тело, не может в ее физических и математических частностях оценить патологический феномен; судороги могут определяться усыханием, сужением нервной системы - тем, что явно принадлежит механике, но механике качеств, которые сцеплены, механике движений, которые себя артикулируют, изменений, которые запускаются последовательно как серия, но не на уровне механики исчисляемых сегментов. Речь может идти о механизме, который не принадлежит Механике. "Врачи должны ограничиваться знанием силы лекарств и болезни посредством их воздействий, они должны тщательно наблюдать и изучать их законы и не уставать в поисках физических причин"[27]. Восприятие болезни все же предполагает качественный подход; чтобы понять болезнь, нужно смотреть туда, где существуют сухость, жар, возбуждение, где есть влажность, закупорка, слабость. Как различить под той же самой лихорадкой, тем же самым кашлем, под тем же самым истощением чахоточный плеврит, если не опознать там сухое воспаление легких, а здесь серозный выпот? Как различить, если не по их качеству, судороги эпилептика, страдающего от мозгового воспаления, от таких же судорог ипохондрика, пораженного закупоркой внутренних органов? Проницательное восприятие качеств, восприятие различий одного



случая от другого, тонкое восприятие вариантов - нужна вся герменевтика патологических фактов, начиная с разнообразного многокрасочного опыта, измерения всех переменных равновесия, избытка или недостатка: "Человеческое тело состоит из сосудов и жидкости; ...когда сосуды и волокна не имеют ни слишком высокого, ни слишком низкого тонуса, когда жидкости обладают соответствующей консистенцией, когда они не слишком быстро и не слишком медленно движутся - человек находится в здоровом состоянии. Если движение... слишком сильное, ткани отвердевают, жидкости становятся слишком густыми; если оно слишком слабое, волокна ослабевают, и кровь замедляется"[28].

И взгляд врача, открытый этим тончайшим свойствам, должен быть внимателен к их изменчивости; расшифровка болезни в ее специфических характеристиках покоится на утонченных формах восприятия, которые должны оценивать каждое особое равновесие. Но в чем состоит эта особенность? Это не особенность организма, в котором патологический процесс и реакция разворачиваются уникальным способом, образуя "случай". Скорее речь идет о качественных вариациях болезни, к которым добавляются, чтобы их видоизменить до следующего уровня, вариации, представляющие собой темпераменты. То, что классификационная медицина называет "частными историями", суть результаты умножения, вызванного качественными вариациями (вследствие темперамента) сущностных качеств, характеризующих болезни. Больной индивид оказывается в месте, где появляется результат этого умножения.

Отсюда его парадоксальная позиция. Кто хочет знать болезнь, о которой идет речь, должен удалить индивида в его неповторимых качествах. "Творец, - говорит Циммерман, - определил течение большинства болезней непреложными законами, которые скорее открываются, если течение болезни не прерывается или не затемняется самим больным"[29]. На этом уровне больной - лишь негативный элемент, но болезнь никогда не может проявиться вне темперамента, его свойств, его живости или его тяжести, и, даже если бы она сохраняла свой общий вид, ее черты в их деталях всегда получают особенную окраску. И тот же Циммерман, узнающий в больном лишь негатив болезни, "пытается иногда" против общих предписаний Сиденхама "признавать лишь частные истории. Хотя природа в целом проста, она тем не менее изменчива в частностях, в результате чего необходимо пытаться познать ее в целом и в частностях"[30].

Типологическая медицина обновляет внимание к индивиду. Внимание более нетерпеливое и в меньшей степени переносящее общие формы восприятия, скороспелое вычитывание сущности. "У некоторых эскулапов каждое утро - 50 или 60 пациентов в приемной; они выслушивают жалобы каждого, разделяют их на 4 очереди, предписывая первой кровопускание, второй - слабительное, третьей - клистир, а четвертой - перемену воздуха"[31]. Это совершенно не имеет отношения к медицине. То же самое встречается в госпитальной практике, убивающей качество наблюдения и душащей таланты наблюдателя неисчислимостью наблюдений. Медицинское восприятие не должно адресоваться ни к сериям, ни к группам, оно должно структурироваться как взгляд через "лупу, которая, будучи приложена к различным частям объекта, заставляет в них отмечать другие детали, которые без этого не замечались"[32], и начинать бесконечную работу познания единичных слабостей. В этом месте обнаруживается тема портрета, затронутая ранее; больной - это болезнь, приобретающая особенные черты, данная здесь тенью и рельефом, вариациями,

нюансами, глубиной, и работа врача, когда он описывает болезнь, должна воссоздавать эту живую плотность: "Нужно выразить те же самые недуги больного, его собственное страдание с его же жестами, его же отношения в его же словах и в его же жалобах"[33].

Посредством игры первичного пространственного распределения, типологическая медицина помещает болезнь в плоскость гомологии, где индивид не может получить позитивного статуса, зато во вторичном пространственном распределении он требует острого восприятия особенностей, свободного от общепринятых медицинских структур, групповых взглядов и самого медицинского опыта. Врач и больной втягиваются в бесконечно увеличивающуюся близость и связываются: врач взглядом, который насторожен и всегда направлен к постижению большего; больной - совокупностью незаменимых и немых качеств, которые его выдают, иначе говоря, демонстрируют и варьируют точные упорядоченные формы болезни. Между нозологическими свойствами и окончательными чертами, которые читаются на лице больного, качества свободно пересекают тело. И медицинский взгляд не имеет оснований запаздывать к этому телу, по крайней мере, к его плотности и его функционированию.

Будем называть третичным пространственным распределением совокупность действий, с помощью которых болезнь в обществе очерчивается, блокируется, изолируется и размещается в привилегированных и закрытых областях, или распределяется по местам лечения, приспособленным для того, чтобы этому благоприятствовать. Третичное - значит, что речь идет о производных и менее существенных структурах, чем предыдущие. Оно вводит систему мнения, к которым прибегает группа, чтобы поддержать и защитить себя, практикует исключение, устанавливает формы призрения, реагирует на страх смерти, вытесняет или уменьшает нищету, вмешивается в болезнь или предоставляет ее своему естественному течению. Но в большей степени, нежели другие формы пространственного распределения, она является местом разнородных диалектик: разнородных институализаций, хронологических разрывов, политических движений, притязаний и утопий, экономических принуждений, социальных столкновений. В нем, включенном в практику и медицинскую институализацию, первичное и вторичное пространственные распределения сталкиваются с формами социального пространства, генез структуры и законы которого имеют иную природу, и все же, или скорее на этом основании, оно является исходным пунктом наиболее радикальных дискуссий. Они возникают только начиная с него, со всей неустойчивости медицинского опыта и определяют своим восприятием наиболее конкретные измерения и новую почву.

Следуя типологической медицине, болезнь по праву рождения обладает формами и периодами, чуждыми общественному пространству. Существует "дикая" природа болезни, которая одновременно является ее истинной природой и наиболее мудрым течением: одинокая, свободная от вмешательства медицинских уловок, она дает проявиться упорядоченному и почти растительному рисунку ее сущности. Но чем более социальное пространство, где она проявляется, становится сложным, тем более она денатурализируется. До цивилизации люди страдали лишь наиболее простыми и неотвратимыми болезнями. Крестьяне и простолюдины все еще близки фундаментальной нозологической таблице; простота их жизни дает ей ясно обнаруживаться в своем рациональном порядке: у них нет всех этих разнообразных, сложных, смешанных нервных

болезней, но лишь устойчивые апоплексии или отчетливые приступы безумия[34]. По мере того, как они занимают более высокое положение и вокруг них выстраивается социальная сеть, "здоровье кажется деградирующим", болезни становятся разнообразнее, сочетаются между собой, и "их число уже велико в среде высшей буржуазии... и оно наибольшее среди людей света"[35].

Больница как цивилизация является искусственным местом, внедряясь в которое болезнь рискует утратить свое истинное лицо. Она сразу же встречает форму осложнений, которую врачи называют тюремной или больничной лихорадкой: мышечная астения, сухой обложенный язык, свинцовый цвет лица, липкая кожа, понос, бледная моча, стеснение дыхательных путей, смерть от восьмого до одиннадцатого дня или несколько позднее, на тринадцатый[36]. В целом, контакт с другими больными в этом беспорядочном саду, где виды пересекаются, портит чистую природу болезни, делая ее менее разборчивой; и как в этой вынужденной близости исправить флюиды, исходящие от всего сообщества больных, гангренозных частей тела, сломанных костей, заразных язв, гнилостных лихорадок"?[37] И потом, можно ли изгладить досадное впечатление, произведенное на больного, оторванного от своей семьи, сценой этих заведений, являющихся для многих лишь "храмом смерти"? Это публичное одиночество, безнадежность вместе со здоровыми реакциями организма искажают нормальное течение болезни; нужно было бы иметь очень опытного больничного врача, "чтобы ускользнуть от опасностей ложного опыта, который, как кажется, проявляется в искусственных болезнях, о которых нужно позаботиться в больнице. В конце концов, никакая из больничных болезней не является чистой"[38]. Естественное место болезни - это естественное место жизни: семья, нежность непосредственных забот, свидетельства преданности, общее желание выздоровления, все входит в согласие с тем, чтобы помочь природе в борьбе с болезнью и тем, чтобы ей самой дать проявиться в своей истине. Больничный врач видит лишь двусмысленную, искаженную болезнь, полностью искривленную патологию; тот же, кто лечит дома, достигает за короткое время истинного опыта, основанного на естественных феноменах всех типов болезни"[39]. Предназначение этой домашней медицины - быть необходимо почтительной: "Наблюдать болезнь, помогать природе без насилия и ожидать, скромно признавая нехватку знаний"[40]. Таким образом, между действенной и выжидательной медициной реанимируется старый спор по поводу типологической патологии[41]. Нозологисты благоволили к последней, и один из них, Вите, в классификации, включающей более 2000 типов и носящей название выжидательной медицины, предписывает неизменно хину, чтобы помочь природе завершить ее естественное движение[42].

Таким образом типологическая медицина требует - для болезни свободного пространственного размещения без привилегированных областей, без больничного принуждения - чего-то вроде свободного распределения в месте своего рождения и развития, которое должно функционировать как место, где она развивается, завершает свою сущность, где она доходит до естественного конца - неизбежной смерти, если таков ее закон, выздоровления, часто возможного, если ничто не расстроило ее природу. Там же, где она проявляется, ей полагается в том же самом развитии исчезнуть. Не следует ее закреплять в приготовленной медицинским образом области, но оставить в позитивном смысле "произрастать" на родной почве: семейный очаг, социальное пространство, задуманное в самой естественной, наиболее примитивной и морально прочной форме,

одновременно закрытое и совершенно прозрачное. Итак, эта тема точно совпадает с тем, как она отражалась в политическом мышлении по поводу проблемы призрения.

Критика больничных учреждений является в XVIII в. общим местом экономического анализа. Имущество, на котором они основаны, неотчуждаемо: это постоянная доля бедных. Но сама бедность не постоянна, нужды могут меняться и призрение должно в свою очередь выполнять в провинциях и городах ту роль, в которой они нуждаются. Это не значит нарушать, но, напротив, восстанавливать в истинной форме волю дарителя; ее "основная цель - служить народу, разгружать государство, не отступая от желания основателей и подтверждая их же взгляды; совокупность всей собственности, принадлежащей больницам, необходимо рассматривать как общинное имущество"[43]. Именной фонд, единый и неприкосновенный, должен быть растворен в пространстве всеобщего призрения, в отношении которого общество одновременно является единственным управляющим и недифференцированным получателем. С другой стороны, экономическая ошибка -связывать призрение с иммобилизацией капитала, иными словами, с обеднением народа, влекущим в свою очередь необходимость создания новых фондов -отсюда ухудшение активности. Не следует направлять помощь ни к производительному богатству (капиталу), ни к распределительному (рента, которая всегда обратима в капитал), но на сам принцип производства богатства - труд, то есть заставляя работать бедных, что приносит им помощь, не приводя нацию к обнищанию[44].

Больной безусловно не способен работать, но если он помещен в больницу, это становится для общества двойной нагрузкой: призрение, которое он получает, предназначается лишь для него, а его оставленная семья оказывается в свою очередь в нищете и болезни. Больница, прародительница болезней в закрытом и заразном пространстве, которое она образует, удваивается в социальном пространстве, где она размещается. Это разделение, предназначенное защищать, распространяет болезни, умножая их без конца. Напротив, если они оставлены нестесненными в области своего рождения и развития, они никогда не превосходят самих себя: они угаснут так же, как и появились, помощь, оказываемая на дому, компенсирует вызываемую ими бедность; уход, спонтанно осуществляемый окружением, никому ничего не стоит, финансовая поддержка больного помогает его семье: "Хорошо, если кто-то съест мясо, из которого больному готовили бульон, или, разогревая для него отвар, ничего не стоит также обогреть его детей"[45]. Цепь "болезни болезней", а также постоянного обнищания бедных также прервется, если отказаться от создания для больного отделенного и специального особого пространства, двусмысленно, но неловко, благоприятствующего болезни, защищая от нее.

Независимо от подтверждения, идеи экономистов и врачей-классификаторов совпадают в основных направлениях: пространство, в котором завершается болезнь, есть абсолютно открытое пространство без разделения и выделения привилегированных или фиксированных форм, сведенное к единой плоскости видимых проявлений; однородное пространство, где никакое вмешательство не разрешено, кроме взгляда, который, останавливаясь, держится в стороне, где ценность помощи состоит единственно в эффекте временной компенсации; пространство без собственной морфологии, лишь отмечающее сходство одного индивида с другим и с лечением, предоставляемым частной медициной частному больному.

Но будучи доведенной до своей крайности, тема обращается. Медицинский опыт в свободном пространстве общества, образованного единственной фигурой семьи - не предполагает ли он поддержки всего общества? Не влечет ли он наряду с особым вниманием, проявляемым к индивиду, одновременного распространения общей бдительности по отношению к группе в ее единстве? Следовало бы создать медицину, в достаточной степени связанную с государством, чтобы она могла в согласии с семьей осуществлять постоянную, всеобщую, но дифференцированную политику помощи. Медицина становится национальной задачей, и Менюре в начале революции мечтал о бесплатном лечении, обеспечиваемом врачами, которых государство вознаграждает из доходов церкви[46]. Поэтому же было необходимо осуществлять контроль над этими врачами, ограничивать злоупотребления, объявлять вне закона шарлатанов, избегая, с помощью здоровой и разумной организации медицины того, чтобы домашний уход не превращал больного в жертву и не подвергал бы его окружение опасности заражения. Хорошая медицина должна получать от государства, "устанавливающего, что существует истинное искусство врачевания", свидетельство правильности и законную защиту[47]. Медицина индивидуального восприятия, семейной помощи, домашнего ухода может найти поддержку лишь с точки зрения полностью ее покрывающих коллективно контролируемых структур. Открывается совершенно новое, почти неизвестное в XVIII веке институциональное пространственное распределение болезней. Типологическая медицина на этом будет закончена.

---

Версия #2

Зверобой создал 26 мая 2025 14:50:07

Зверобой обновил 26 мая 2025 14:51:10