

Глава III. Свободная область

Оппозиция между медициной патологических типов и медициной социального пространства из-за слишком очевидных достоинств в глазах современников была избавлена от общих для них последствий: она оказалась вне круга медицинских институций, формировавших непрозрачность перед лицом новых требований взгляда. На самом деле нужно было создать совершенно открытое поле медицинского опыта, с тем, чтобы естественная потребность в типологии могла в нем проявиться без остатка и путаницы; требовалось, чтобы оно в достаточной мере было представлено в своей целостности и объединенности, позволяя сформироваться верному, исчерпывающему и постоянному знанию о здоровье населения. Это поле, восстановленное в своей исходной истинности и обозреваемое взглядом во всей своей полноте без преград и искажений, аналогично, как минимум в своих первых формулировках, скрытой геометрии социального пространства, о которой мечтала Революция: однородная конфигурация, устанавливающая в каждой из своих частей ансамбль эквивалентных чувствительных точек, способных поддерживать в своей совокупности постоянные связи; пространство свободного передвижения, где связь частей с целым может быть всегда транспонируема и обратима.

И все же существует феномен совпадения требований политической идеологии и медицинской технологии. В едином порыве врачи и государственные чиновники требовали, иногда в сходных словах, но на различном образе укорененных основаниях, упразднения всего, что могло мешать установлению нового пространства: больниц, которые искажали специфические законы, управляющие болезнью, и которые нарушали не менее строгие законы, определяющиеся связью собственности и богатства, нищеты и труда; врачебных корпораций, мешавших образованию централизованного медицинского знания и свободной игре безграничного опыта, доходящей до пределов Вселенной; наконец. Факультетов, признающих истину лишь как теоретическую структуру и придающих знанию социальные привилегии. Свобода должна сокрушить все преграды, противостоящие живой силе правды. Необходимо создать мир, где взгляд, свободный от всех помех, будет подчинен лишь непосредственным законам истины, но взгляд не просто верный и подчиненный истине без страховки независимым управлением: взгляд, который видит - есть взгляд, который доминирует; и если он также умеет подчиняться, он руководит своими учителями: "Это деспотизм требует невежества, а свобода, сияющая славой, может существовать лишь окруженная всем просвещением, которое может озарить людей. Только во время сна народов среди них может устанавливаться и приживаться тирания... Сделайте другие народы зависимыми не от вашего политического авторитета, не от вашего правительства, но от ваших талантов и вашего просвещения... существует единственная диктатура над людьми, ярмо которой совершенно не претит склоняющемуся перед ней: это диктатура гения"[86].

Идеологической темой, ориентирующей все реформы медицинских структур с 1789 до II года Термидора была тема суверенной свободы истины: величественное насилие Просвещения, бывшее своим собственным господином, упразднило темное царство привилегированных знаний и установило безграничную империю взгляда.

1. Обсуждение больничных структур

Комитет по бедноте Национальной ассамблеи придерживался одновременно идей экономистов и врачей, полагавших, что единственно возможное место исправления болезней - это естественная среда социальной жизни, то есть семья. В ней стоимость болезни для общества сведена к минимуму. Кроме того, в ней исчезает риск усложнения ее уловок, ее самоумножения и перехода в больницах в форму "болезни болезней". В семье болезнь находится в "естественном" состоянии, то есть согласуется с собственным естеством и свободно предоставлена регенерирующим силам природы. Взгляд близких обращает на нее живую силу доброжелательности и сдержанного ожидания. В свободно наблюдаемой болезни есть нечто, ее компенсирующее: "Несчастье... возбуждает своим присутствием благотворное сострадание, рождает в сердцах людей настоятельную нужду принести облегчение и утешение; уход, предоставляемый несчастным в их собственном убежище, использует этот изобильный источник блага, расточающий особую благодать. А бедняк, находящийся в больнице? Все эти источники исключены для него..."[87]. Без сомнения, существуют больные, совсем лишенные семьи, или столь бедные, что живут "набившись в чердаки". Для таких необходимо создавать "коммунальные дома больных", которые должны функционировать как заменители семьи и взаимно распространять сострадающий взгляд; отверженные найдут также "среди компаньонов существ, похожих на них, естественным образом сочувствующих, для которых они по крайней мере не будут совсем чужими"[88]. Таким образом, болезнь найдет в любом месте свое естественное или квазиестественное место: она обретет там свободу следовать своему течению и раскрыться в своей истинной сущности.

Но идеи Комитета по бедноте объединились также с темой социального сознания и централизации болезни. Если семья близка несчастным по долгу естественного сострадания, народ близок им по долгу социальной и коллективной помощи. Больничные учреждения, совершенно неподвижные и создающие бедность их собственной инертностью, должны исчезнуть, но всегда подлежать мобилизации к выгоде национального благосостояния, чтобы обеспечить каждому необходимую помощь. Государство же должно "отчуждать от своего дохода" больничную собственность, объединяя ее затем в "общую массу". Будет создана центральная администрация, ответственная за распоряжение этой массой; она будет сформирована как постоянное медико-экономическое сознание нации; она будет заниматься универсальным восприятием каждой болезни и непосредственным изучением всех нужд. Недреманное око нищеты будет ответственно за тщательное "выделение необходимых и совершенно достаточных сумм для помощи несчастным". Оно будет финансировать "коммунальный дом" и распределять специальную помощь семьям бедняков, которые самостоятельно ухаживают за своими больными.

Две проблемы привели проект к неудаче. Одна - связанная с отчуждением больничного имущества - имела политическую и экономическую природу. Другая, медицинской природы - имела отношение к сложным и заразным заболеваниям.

Законодательное собрание отказывается от принципа национализации имущества, оно предпочитает просто собирать налоги, предназначая их для основания помощи. Не следовало более доверять одной центральной администрации заботу о распоряжении ими, она оказалась бы слишком сложна, слишком далека, и из-за этого бессильна отвечать на нужды. Знание болезни и нищеты, чтобы быть непосредственным и эффективным, должно быть географически специфицированным и Законодательное собрание в этой области, как и во многих других, отказалось от централизма Учредительного собрания в пользу рыхлой системы английского типа: местные администрации, ответственные за создание основных промежуточных пунктов, должны быть в курсе потребностей и сами распределять доходы, формируя множественную сеть надзора. Так был найден принцип коммунализации помощи, к которому Директория окончательно примкнет.

Но децентрализованная и смешанная с местными учреждениями помощь не могла более выполнять карательных функций: нужно было отделить проблему помощи от проблемы подавления. Тенон в своих заботах об урегулировании вопроса о клиниках Бисетр и Сальпетриер хотел, чтобы Законодательное собрание создало Комитет по делам "госпиталей и домов заключения", в чьем ведении были бы больничные учреждения, тюрьмы, проблемы бродяжничества и эпидемий. Законодательное собрание возражало, что это значит "некоторым образом унижить низшие классы, смешивая на равных основаниях уход за обездоленными и надзор за преступниками"[89]. Знание о болезни и помощь, которая должна оказываться бедным, получают собственную автономию. Они адресуются теперь одному типу специфически беспомощного состояния. Соответственно, врач начинает играть решающую роль в организации помощи. На социальной ступени, где он располагается, он начинает определять нужды, судить об их природе и уровне необходимой помощи. Децентрализация средств помощи авторизует медиализацию ее выполнения. В этом можно опознать идею, близкую Кабанису, идею врача - должностного лица, которому город должен вверять жизнь людей, вместо того, чтобы "оставлять ее на милость циркачей и кумушек". Это он должен судить, что "жизнь власть имущих и богатых не более драгоценна, чем жизнь слабых и неимущих", и это он, наконец, сумеет отказать в помощи "общественным злодеям"[90]. Кроме своей роли медицинского техника, он играет экономическую роль в распределении помощи, моральную и квазисудебную роль в ее присуждении - и вот уже появляется "надзиратель за моралью как за общественным здоровьем"[91].

В этой конфигурации, где медицинские инстанции умножаются, чтобы лучше обеспечить текущее наблюдение, больницы должны обрести свое место. Они необходимы больным без семей, но также в случаях заразных, тяжелых, сложных, "экстраординарных" болезней, с которыми врачи не сталкиваются в своей ежедневной практике. Здесь также видно влияние Тенона и Кабаниса. Больница, которая в своем самом общем виде есть лишь стигмат нищеты, появляется на местном уровне как необходимая мера защиты. Защиты здоровых людей от болезни, защиты больных от невежественной практики: необходимо "защитить народ от его собственных ошибок"[92], защитить одних больных от других. То, что Тенон

предлагал - это дифференцированное больничное пространство. Дифференцированное по двум принципам: "образовательному", предлагающему каждой больнице одну категорию больных или одну группу болезней, и "распределительному" - определяющему внутри больницы порядок ведения, "чтобы упорядочить типы больных, которых они согласны принимать"[93]. Таким образом, семья, естественное место болезни, дублируется другим пространством, которое должно воспроизводить как микрокосм конфигурацию мира патологии. Там, под наблюдением врача, болезни будут группироваться по порядку, по родам и классам в рациональную область, восстанавливающую исходное распределение сущностей. Итак, больница позволяет "так классифицировать больных, что каждый находит то, что соответствует его состоянию, без утяжеления за счет соседства с болезнями других, без заражения, будь то больничного, будь то внешнего"[94]. Болезнь обретает здесь как свою высшую точку, так и вынужденное местопребывание своей истинности.

В проектах Комитета по помощи были, таким образом, соположены две инстанции: обычная, заключающая в себе текущее наблюдение за социальным пространством через распределение помощи посредством системы сильно медикализованных местных пунктов, и экстраординарная, определяющая прерывное, исключительно медицинское пространство, структурированное по модели научного знания. Болезнь помещалась в двойную систему наблюдения: одна точка зрения смешивала и растворяла ее в совокупности социальных невзгод, требующих изживания, другая - изолировала ее, чтобы лучше выделить ее истинную природу.

Законодательное собрание оставило Конвенту две нерешенных проблемы: собственности больничного имущества и новую проблему больничного персонала. 18 августа 1792 г. Собрание объявило "все религиозные корпорации и гражданские конгрегации мужчин и женщин, духовные и светские"[95] распущенными. Но большая часть больных содержалась религиозными орденами или, как Сальпетриер - светскими организациями, построенными по квазимонастырской модели, поэтому декрет добавлял: "Тем не менее в больницах и домах призрения те же люди продолжают уход за больными и лечение больных в индивидуальном порядке под наблюдением муниципального и административного персонала вплоть до окончательной организации, которую Совет по помощи незамедлительно представит Национальному собранию". В действительности, вплоть до Термидора, Конвент мыслил о проблемах помощи и больниц главным образом в терминах ликвидации. Скорейшей ликвидации государственной помощи требовали Жирондисты, боявшиеся политического оформления наиболее бедных классов в Коммуны в случае предоставления возможности распределения помощи. Для Роланда система физической помощи "наиболее опасна": без сомнения, благодеяние может и должно оказываться "частным образом, но правительство не должно в это вмешиваться, оно будет обмануто, не сможет помочь или поможет плохо"[96]. Отмены больниц требовали Монтаньяры, воспринимавшие их как институализацию нищенства; одной из задач революции было уничтожить их, делая бесполезными.

По поводу одного из госпиталей, предназначенных "страдающему человечеству", Лебон спрашивал: "Нужно ли, чтобы там находилась для страдания некая часть человечества? ...Так разместим же над дверями этих приютов надписи, извещающие об их скором исчезновении. Так как если революция закончится, а среди нас еще будут несчастные, наши

революционные усилия будут напрасными"[97]. И Барер в дискуссии о законе от 22 флореаля II года выдвинул знаменитую формулу: "Чем больше милостыни, тем больше больниц".

С победой Монтаньяров эта идея повлекла за собой организацию государством общественной помощи и в более или менее отдаленные сроки - полную отмену госпитальных учреждений. Конституция II года объявляет в своей Декларации прав, что "общественная помощь есть священный долг"; закон от 22 флореаля предписывает создание "свода национальной благотворительности" и организацию системы помощи на местах. Он предполагал создание домов здоровья лишь для "больных, совершенно не располагающих жильем или не могущих получить в нем помощь"[98]. Национализация больничной собственности - принцип, который был принят, начиная с 19 марта 1793 года, но реализация которого должна была быть задержана до "полной, окончательной и множественной организации общественной помощи", - стала незамедлительно выполняться после закона от 23 мессидора II года. Больничное имущество будет продано наряду с национальным имуществом с помощью казначейства. Кантональные агентства будут отвечать за распределение необходимой помощи по месту жительства. Итак, начала осуществляться, если не в реальности, то по меньшей мере на уровне законодательства, великая мечта о всеобщей дегоспитализации болезней и нищеты. Бедность - это экономическое состояние, содействие которому должно осуществляться в той мере, в какой оно существует, болезнь - это индивидуальное несчастье, необходимый уход за жертвой которого должна осуществлять семья. Больницы - анахроническое решение, не отвечающее реальным нуждам нищеты, клеймящее своей убогостью больного человека. Он должен достигнуть в семье идеального состояния, когда человеческое существо не будет более надорвано мучительной работой и не будет знать больницы, провожающей его к смерти. "Человек не создан ни для ремесла, ни для больницы, ни для богадельни: все это отвратительно"[99].

2. Право на практику и медицинское образование

Декрет Марли, принятый в марте 1707 года, регулировал на протяжении всего XVIII века врачебную практику и медицинское образование. Тогда речь шла о борьбе с шарлатанами, знахарями и "людьми без дипломов и способностей, практиковавших в медицине"; соответственно, нужно было реорганизовать Факультеты, впавшие после многих лет в "глубочайшую дряхлость". Было предписано, что врачи впредь должны обучаться во всех университетах королевства, где есть или были Факультеты; кафедры, вместо того, чтобы бесконечно оставаться вакантными, по мере освобождения открывали бы конкурсы; что студенты могли бы получать свою степень не ранее трех лет обучения, подтвержденного записями на лекции каждые 4 месяца; каждый год они должны подвергаться экзаменам перед тем, как им присуждают звание бакалавра, лицензиата или доктора; они должны обязательно посещать курсы анатомии, химической и галеновской фармации и демонстрации лечебных растений[100]. Эти условия в качестве принципа были положены в основу 26 статьи Декрета: "Никто не может ни практиковать в медицине, ни давать каких-

либо снадобий, будь то даже бесплатно, если он не получил степени лицензиата". Далее речь идет о том, что стало основным следствием, и что было оплачено медицинскими Факультетами ценой их реорганизации, а именно о том, что "все нищенствующие или не нищенствующие монахи подпадают или находятся под запрещением предыдущей статьи"[101]. В конце века критики были единодушны по крайней мере в отношении четырех пунктов: шарлатаны продолжают процветать, каноническое образование, даваемое Факультетами, более не отвечает ни нуждам практики, ни новым открытиям (обучали лишь теории, не были предусмотрены ни математика, ни физика); было слишком много Медицинских школ, чтобы можно было обеспечить везде достаточно высокий уровень обучения; в них царил взяточничество (кафедры добывались как посты; профессора давали платные курсы; студенты покупали экзамены и заказывали свои диссертации неимущим врачам), что делало медицинское обучение крайне дорогим, тем более, что для того, чтобы специализироваться в практической области, новоиспеченный врач должен был посещать разборы известного практика, которому нужно было за это платить[102]. Революция оказывается, таким образом, между двумя сериями притязаний: одни в пользу более жесткого ограничения права врачевания, другие в пользу более строгого университетского курса. Однако, и те и другие противятся любым реформам, приводящим к упразднению гильдии, корпораций и закрытию университетов.

Отсюда напряжение между требованиями реорганизации знаний, такими как отмена привилегий и эффективное наблюдение за здоровьем нации. Как свободный взгляд медицины, и через нее - правительства, который должен быть устремлен на граждан, может быть вооружен знанием и компетенцией без того, чтобы не впасть в эзотеризм знания и жесткость социальных привилегий?

Первая проблема: может ли медицина быть свободной профессией, не защищенной никаким корпоративным законом, никаким запретом на практику, никакой привилегией компетенции? Может ли медицинское сознание нации быть столь же спонтанным как политическое или нравственное сознание? Врачи защищают свои корпоративные права, подчеркивая, что они заботятся не о привилегии, но о сотрудничестве. Медицинское сословие отличается, с одной стороны, от политических сословий тем, что оно не старается ограничить свободу других, налагая на граждан законы и обязанности; оно вводит императив лишь по отношению к себе самому, "его юрисдикция заключена в его лоне"[103], но оно отличается также и от других профессиональных сословий тем, что стремится не поддерживать темные права и обычаи, но сопоставлять и обсуждать знание. Без организующего органа познание угасает при своем зарождении, опыт отдельного человека теряется для всех. Врачи, объединяясь, неявно клянутся: "Мы хотим укреплять себя всеми нашими знаниями; слабость кого-либо среди нас исправляется силой других; собираясь вместе под совместным надзором, мы стимулируем бесконечное соревнование"[104]. Медицинское сословие критикует себя более, нежели защищает, и поэтому оно необходимо, чтобы защитить народ от его собственных иллюзий и шарлатанов-мистификаторов[105]. "Если врачи и хирурги составляют необходимое для общества сословие, их важные функции требуют от имени законодательной власти особой осторожности, предупреждающей злоупотребления"[106]. Свободное государство, желающее защитить свободных граждан от ошибок и болезней, которые случаются, не может разрешать свободной медицинской практики.

В действительности никто, даже самые либеральные Жирондисты, не помышлял о полной либерализации медицинской практики и о режиме бесконтрольной конкуренции. Матье Жерар сам, требуя отмены всех установленных медицинских сословий, хотел образовать в каждом департаменте трибунал, который бы судил, "занимаясь в особенности медициной, не доказавшей своего умения"[107]. Но проблема медицинской практики была связана с тремя другими: общей отменой корпораций, исчезновением медицинского сообщества и, в особенности, с закрытием университетов.

Вплоть до Термидора проекты реорганизации Медицинских школ были неисчислимы. Их можно сгруппировать в два класса: одни, предполагавшие устойчивость университетских структур, другие, учитывавшие декрет от 17 августа 1792 года. В группе "реформистов" постоянно встречается идея о том, что необходимо уничтожить местный сепаратизм, упраздняя прозябающие мелкие Факультеты, где недостаточно многочисленные, малокомпетентные профессора распределяли или продавали экзамены и ученые степени. Несколько важных Факультетов предложат всей стране кафедры, занять которые будут просить самых лучших; они будут готовить врачей, качество которых никем не может быть оспорено. Контроль государства и его мнение эффективно помогут, таким образом, рождению знания и медицинского сознания, ставшего наконец адекватным нуждам нации. Тъери полагает, что будет довольно четырех факультетов; Галло - что только двух и нескольких специальных школ для менее академического образования. Необходимо было к тому же, чтобы обучение длилось дольше: семь лет по Галло, десять по Кантону, поскольку речь шла о включении в цикл обучения математики, геометрии, физики и химии[108], всего, что было органически связано с медицинской наукой. Но в особенности необходимо было предусмотреть практическое обучение. Тъери предполагал создать почти независимый от Факультетов Королевский институт, который обеспечивал бы элите молодых врачей улучшенное образование. В Королевском институте было бы создано нечто вроде интерната, дублированного больницей (можно было бы использовать располагавшийся совсем рядом Сальпетриер); там профессора преподавали бы, посещая больных; Факультет довольствовался бы тем, что делегировал врача для публичных экзаменов в Королевском институте. Кантен полагает самым главным принять, что кандидатов-врачей должны направлять поочередно то в больницы, то в деревни, располагающиеся около госпиталей, где они могли бы практиковаться: и здесь и там есть потребность в рабочей силе, а лечащиеся больные редко нуждаются в высококвалифицированных врачах. Осуществляя от района к району этот вариант медицинского Тур де Франс, будущие врачи получают более разностороннее образование, познакомятся с болезнями каждого климатического пояса и будут информированы о наилучших методах лечения.

Практическое образование отчетливо отделено от теоретического и университетского обучения. В то время как медицина (как мы это увидим далее) уже владела концепциями, позволявшими определить единство клинического обучения, реформаторы не доходили до того, чтобы предлагать институциональную версию: практическое обучение есть не простое и чистое применение абстрактного знания (тогда было бы достаточно поручить это практическое обучение профессорам самих школ), но оно не может быть также и ключом к этому знанию (его невозможно приобрести, если оно не было уже получено однажды в другом месте). Практическое образование определялось нормами медицины как социальной группы, тогда как университетское образование не отделялось от медицины, более или

менее родственной типологической медицине.

Достаточно парадоксальным образом это получение практических знаний, доминировавшее в качестве темы социальной полезности, было почти полностью предоставлено частной инициативе. Государство контролировало лишь теоретическое образование. Кабанис хотел бы, чтобы все госпитальные врачи имели разрешение "формировать школы согласно плану, признанному в качестве лучшего"; сам и только сам врач определит каждому ученику время необходимого обучения. Для некоторых будет достаточно двух лет, для других, менее одаренных, потребуется четыре года. Эти уроки, возникшие в результате индивидуальной инициативы, должны обязательно оплачиваться, и преподаватели сами будут устанавливать цену: последняя, без сомнения, может быть очень высока, если профессор очень знаменит, и его обучение уникально, но в этом не существует никаких неудобств. "Благородное соревнование, вызванное всеми видами мотивов, может обернуться лишь к выгоде больных, врачей, учеников и науки"[109].

Курьезна структура этой реформаторской мысли. Предполагается передать помощь индивидуальной инициативе и поддерживать больничные учреждения как привилегированные и существующие для более сложной медицины; структура образования инвертирована: оно следует обязательному и публичному пути в Университете, в больнице же становится частным, конкурентным и платным. Итак, нормы получения знания и правила формирования восприятия еще не соположены: способ, которым наблюдают, и способ, которым этому обучают, не сходятся. Поле медицинской практики разделено между такой свободной и бесконечно открытой областью, как домашняя практика, и закрытой, ограниченной типологической истиной, которую она раскрывает. Поле ученичества разделено между закрытой областью передаваемого знания и открытой - где истина говорит о самой себе. Больница все время играет двойную роль: места систематизации истин для взгляда, с помощью которого наблюдает врач, и места свободного опыта для знания, которое формулирует учитель.

Август 1791 года - закрытие университетов; сентябрь - Законодательное собрание распущено. Двусмысленность этих сложных структур изживается. Жирондисты провозглашают свободу, которая будет ограничиваться лишь ее собственной игрой, и они привлекают на помощь всех тех, кто, благодаря создавшемуся положению вещей, желает, в отсутствие любой организации, снова добиться если не привилегий, то по меньшей мере - влияния. Католики, такие как Дюран Мэйян, старые ораторы, такие как Дону или Сэйе, умеренные, такие как Фуркруа, являются защитниками наиболее крайнего либерализма в обучении наукам и искусствам. Проект Кондорсе угрожает на их взгляд возрождением "чудовищной корпорации"[110]. В этом видится возрождение того, чего едва избежали, - "готических университетов и аристократических академий"[111], после чего не нужно будет долго ждать, чтобы восстановилась сеть духовенства, более опасная, может быть, чем та, которую народный разум только что низвергнул"[112]. Вместо и на месте этого корпоративизма индивидуальная инициатива утвердит истину везде, где она будет реально свободна: "Верните гению всю широту власти и свободу, которая провозглашена; объявите его права неотъемлемыми; щедро наделите полезных толкователей природы, где бы они ни находились, почитанием и публичным вознаграждением; не ограничивайте узким кругом просвещение, желающее лишь того, чтобы его poznали"[113]. Никаких организаций, но

лишь полученная свобода: "граждане, просвещенные в литературе и искусствах, приглашены заниматься образованием на всем пространстве Французской Республики". Ни экзаменов, ни других знаков компетенции, кроме возраста, опыта и почитания граждан. Тот, кто хочет преподавать математику, изящные искусства, или медицину, должен лишь получить в своем муниципалитете свидетельство о патриотизме и порядочности. Если же он нуждается и заслуживает помощи, то сможет также просить у местных органов того, чтобы ему предоставили материалы для обучения и экспериментов. Эти свободно даваемые уроки будут, по согласованию с учителем, оплачиваться учениками, но муниципалитеты смогут распределять стипендии для тех, кто в них нуждается. Образование в условиях экономического либерализма и конкуренции восстанавливает старую греческую свободу: знание спонтанно передается словом, и последнее чувствует того, кто внес в него новую истину. И словно для того, чтобы пометить ностальгией и недоступностью свою мечту, чтобы сообщить ей еще большую античность, делающую его замыслы неприступными, и лучше скрыть реальные расчеты, Фуркруа предлагает, чтобы после 25-летнего преподавания, учителя, обремененные годами и почитанием, могли бы, как когда-то Сократ, признанный лучшей частью Афин, получить содержание для их долгой старости в Пританее.

Парадоксально, что именно Монтаньяры и лица, наиболее близкие Робеспьеру, защищали идеи, родственные проекту Кондорсе. Ле Пеллетье, план которого после его убийства был подхвачен Робеспьером, а затем Роммом (Жирондисты уже пали), предполагает централизованное и контролируемое государством на каждом этапе образование. Даже во времена Монтаньяров беспокоились об "этих 40000 Бастилий, куда предполагается вновь заточить рождающееся поколение"[114]. Букье, член Комитета народного образования, поддержанный Якобинцами, предлагает смешанный план, менее анархический, чем у Жирондистов и менее жесткий, чем у Ле Пеллетье и Ромма. Он делает важное различие между "знаниями, необходимыми гражданину", без которых он не может стать свободным человеком - государство должно ему их предоставить так же как свободу - и "знаниями, необходимыми обществу": государство "должно им благоприятствовать, но не может их ни организовать, ни контролировать, как первые. Они служат сообществу, а не формируют индивида". Медицина входит в них вместе с науками и искусством. В 9 городах страны будут созданы "Школы здоровья", каждая с 7 учредителями, но в Париже их будет 14. Дополнительно "фельдшер будет давать в госпиталях уроки, предназначенные для женщин, детей, сумасшедших и венерических больных". Эти учредители будут одновременно оплачиваться государством (3500 ливров в год) и избираться жюри, организованным "администраторами округа, объединяющего граждан"[115]. Таким образом общественное сознание обретет в этом обучении одновременно свободу выражения и пользу, к которой оно стремится.

С наступлением Термидора имущество больниц национализируется, Корпорации запрещаются. Общества и Академии упраздняются. Университет с Факультетами и Медицинскими школами более не существует, но члены Конвента не имели возможности ни реализовать политику помощи, принцип которой они приняли, ни ограничить свободную медицинскую практику, ни определить требующуюся для нее компетенцию, ни, наконец, закрепить формы соответствующего обучения.

Такое затруднение удивляет, когда думаешь, что в течение десятков лет каждый из этих вопросов обсуждался на протяжении долгого времени, что предлагалось такое количество решений, обозначавших теоретическое понимание проблемы, тем более что Законодательное собрание в принципе сформулировало то, что при Термидоре и Консулате вновь будет открыто как решение.

В течение всего этого периода игнорировалась необходимая структура, которая могла бы придать единство форме опыта, уже определенного индивидуальным наблюдением, разбором случаев, ежедневной практикой болезни и форме обучения, относительно которого хорошо понималось, что оно должно происходить скорее в больнице, нежели на Факультете, в тесной близости к конкретному миру болезни. Было неясно, как можно давать с помощью слова то, что умели делать лишь взглядом. Видимое не было ни говорящим, ни сказанным.

Если медицинские теории за полвека в значительной степени модифицировались, и если были в большом количестве выполнены новые наблюдения, то тип объекта, к которому обращалась медицина, остался прежним. Позиция познающего и наблюдающего субъекта оставалась той же, концепции формировались по тем же самым правилам. Или скорее, вся совокупность медицинского знания подчинялась двум типам регулярности: один тип - индивидуальное и конкретное видение, разбитое на сектора в соответствии с нозологической таблицей классов болезней; другой - продолжающаяся, глобальная и количественная регистрация климатической и топографической медицины.

Все попытки педагогической и технической реорганизации медицины проваливались по причине центральной лакуны: отсутствия новой, связанной и унитарной модели формирования объектов, способов видения и медицинских концепций. Политическое и научное единство института медицины требовало для своей реализации мутации в глубину. Однако у революционных реформаторов это единство осуществлялось лишь в форме теоретического рассуждения, перегруппировывавшего задним числом уже установленные элементы знания.

Эти колеблющиеся рассуждения явно взыскали единства знаний и практической медицины, отмечая им идеальное место, но в той же мере они были основным препятствием для его реализации. Идея совершенно прозрачной, неограниченной, сверху донизу открытой для взгляда, вооруженного, тем не менее, привилегиями своей компетенции, области, разрешала собственные трудности, благодаря возможностям, приписываемым свободе: в ней болезнь должна была сама, без затруднений, сформулировать для взгляда врача нерушимую и даруемую истину. Общество же, находящееся под медицинским наблюдением, осведомленное и просвещенное, должно благодаря этому освободиться от болезни. Великий миф свободного взгляда, который в своей верности тому, чтобы открывать, получает свойство разрушать. Очищенный и очищающий взгляд, свободный от тени, рассеивает мрак. Космологические ценности, подразумеваемые в *Aufklärung*[116], еще участвуют в этом. Медицинский взгляд, чьи возможности познаются, еще не перенял в клиническом опыте новых условий реализации; он не более чем сегмент диалектики Просвещения, перенесенной в глаз врача.

Благодаря эффекту, обусловленному успехом современной медицины, для большинства умов, более приверженных темам просвещения и свободы, клиника, которой они в общем избегают, будет пребывать в дискурсивных структурах, где она обрела рождение. Будут охотно думать, что клиника родилась в этом свободном саду, где встречаются с общего согласия врач и больной, где наблюдение свершается в немоте теорий, единственно ясностью взгляда, где опыт передается от учителя ученику вне самих слов. К выгоде этой истории, связывающей плодородность клиники с научным, политическим и экономическим либерализмом, забывается, что на протяжении многих лет он воспроизводил идеологическую тематику, бывшую препятствием в организации клинической медицины.

Версия #1

Зверобой создал 26 мая 2025 14:51:15

Зверобой обновил 26 мая 2025 14:52:26