

Глава V. Урок больниц

В статье "Злоупотребление" Медицинского словаря Вик д'Азир придает организации обучения в больничной среде значение универсального решения проблемы медицинского образования. В этом и состоит для него основная реформа, которую предстоит осуществить: "Болезнь и смерть дают в больницах великие уроки. Воспользуемся ли ими? Напишем ли историю болезней, настигающих там столь много жертв? Организуем ли кафедры клинической медицины?"[150] Итак, в короткое время эта педагогическая реформа приобретет гораздо более широкое значение: ей представится возможность реорганизовать все медицинское знание и внедрить в познание самой болезни неизвестные или забытые, но более фундаментальные и решающие формы опыта: клиника и только клиника сможет "обновить в сторону современности храмы Аполлона и Эскулапа"[151]. Способ обучения и выражения становится способом понимания и видения.

В конце XVIII века педагогика в качестве системы норм образования прямо артикулируется как теория представления и последовательности идей. Детство и юность вещей и людей обличены двусмысленной властью: объявить рождение истины, но также подвергнуть испытанию отсталую человеческую истину, очистить ее, приблизиться к ее обнаженности. Ребенок становится непосредственным учителем взрослого в той мере, в какой истинное образование идентифицируется с самим рождением истины. В каждом ребенке мир бесконечно повторяется, снова возвращаясь к своим исходным формам: он никогда не взрослеет для того, кто смотрит на него впервые. Отрешаясь от одряхлевших уз, глаз может открываться на одном уровне с вещами и эпохами и, будучи в здравом уме и твердой памяти, обладает умением быть самым неумелым, ловко повторяя свое прежнее невежество. Свои предпочтения есть у уха, у руки - ее отпечатки и морщины; глаз, обладающий сродством со светом, выносит лишь свое настоящее время. То, что позволяет человеку возобновлять отношения с детством и следовать за постоянным рождением истины - это ясная, отчетливая, открытая наивность взгляда. Отсюда два великих мифологических примера, в которых философия XVIII века хотела отметить свое начало: иностранный наблюдатель в незнакомой стране и слепой от рождения, обретший зрение. Это же описывают Песталоцци и Bildungs-Romane[152] в великой теме Детского взгляда. Рассуждение о мире идет с открытыми глазами, открытыми в каждый момент как в первый раз.

Сразу же с наступлением термидорианской реакции пессимизм Кабаниса и Кантена, кажется, подтверждается: повсеместно устанавливается предвиденный грабеж[153]. (С начала войны, в особенности с начала пробуждения масс осенью 93-го года, многие врачи ушли в армию, добровольно или будучи призванными; у знахарей были "развязаны руки"[154]. Петиция, адресованная 26 брюмера II года Конвенту, и инспирированная неким Кароном из секции рыботорговцев, еще объявляла врачей, получивших образование на Факультете, вульгарными "шарлатанами", против которых народ хотел бы быть "защищенным"[155]. Но очень скоро этот страх переменяет направленность и опасность

обнаружилась со стороны шарлатанов, которые не были врачами: "Народ стал жертвой мало обученных субъектов, которые, будучи возведенными по своему авторитету в мэтры, назначают снадобья случайно и подвергают опасности существование тысяч граждан"[156]. Бедствия от такой дикой медицины в департаменте Эр были таковы, что Директория информирует об этом Ассамблею пятисот[157], и в двух воззваниях от 13 мессидора IV года и от 24 нивоза VI года правительство требует от законодательной власти ограничить эту губительную свободу: "О, представительные граждане, родина требует услышать свои материнские призывы и Директория выражает их! Это важно для такого дела, которое требует срочности: опоздание на один день может быть смертным приговором для многих граждан"[158]. Доморощенные врачи и прожженные знахари тем опаснее, что госпитализация неимущих больных становится все более и более затрудненной. Национализация больничного имущества доходила иногда до конфискации наличных денег; имущество экономов (в Тулузе, Дижоне) было просто полностью передано пансионерам, и они не смогли им более управлять. Раненые и заболевшие военные занимают многочисленные учреждения; муниципалитеты, которые в это время более не располагают ресурсами для организации госпиталей, поддерживают это: в Пуатье 200 больных были выпровождены из Отель-Дье, чтобы освободить место раненым на войне, за которых армия платила пансион[159]. Эта вынужденная дегоспитализация, ставшая единственным совпадением с великими революционными мечтами, была далека от идеи восстановления болезненных существ в природной истине, которая бы их сама исправляла, ибо на деле умножала болезни и оставляла население без защиты и помощи.

Без сомнения, в конце Термидора или в начале Директории, многие военные медики, демобилизовавшись, обосновались в качестве городских или сельских врачей. Но это новое медицинское внедрение было неоднородного качества.

Многие военные медики имели только образование и очень недостаточный опыт. В год II Комитет общественного спасения попросил Комитет народного образования подготовить проект декрета, определяющего способ "безотлагательной подготовки военных врачей для нужд республиканских вооруженных сил"[160]. Но срочность была слишком велика: принимались все добровольцы, необходимый персонал обучался на месте, за исключением военных медиков первого класса, которые должны были подтвердить предварительное обучение. Все остальные были лишь знакомы с медициной, которой они обучались благодаря поспешно передаваемому опыту. Уже в армии их упрекали за ошибки[161]. Практикуя в гражданской среде без иерархизированного контроля, такие врачи допускают непростительные ошибки: так, упоминался военный медик в Крезе, который убивал своих больных, давая им мышьяк в качестве слабительного[162]. Со всех сторон требуют создания контрольных инстанций и нового законодательства: "Сколько невежественных убийц наводило бы Францию, если бы вы разрешили врачам, хирургам и фармацевтам второго и третьего класса... практиковать в соответствующих профессиях без нового экзамена... особенно в этом обществе человекоубийц, где всегда можно найти наиболее известных, наиболее опасных шарлатанов, тех, за кем закон должен надзирать"[163].

Против такого положения вещей органы защиты рождаются спонтанно. Одни - очень непрочные, народного происхождения. Если одни парижские районы, более или менее обеспеченные, остаются верными аксиоме Монтаньяров: "чем больше бедняков, тем больше

больниц" и продолжают требовать распределения индивидуальной помощи в пользу больных, лечащихся в домашних условиях[164], то другие, наиболее бедные - принуждены скудостью средств и трудностями получения ухода провозгласить создание больниц, где неимущие больные были бы приняты, накормлены и размещены. В них надеялись вернуться к принципу хосписов для бедных[165]. Подобные дома были созданы явно вне всех правительственных инициатив с помощью фондов и народных собраний[166]. После Термидора, напротив, движение началось сверху. Просвещенные классы, кружки интеллектуалов, вернувшись к власти, которой они наконец добились, предполагали вернуть знанию привилегии, которые были бы в состоянии защитить одновременно и социальный порядок, и индивидуальное существование. Во многих крупных городах администрация, "ужаснувшись болезням, свидетелями которых они были" и "удрученная молчанием закона", решает сама установить контроль за теми, кто желает практиковать в медицине. Она создает комиссии, образованные из врачей старого режима, которые должны оценивать звания, знания и опыт новичков[167]. Более того, некоторые упраздненные Факультеты продолжали полуподпольное функционирование: старые профессора собирали тех, кто хотел обучаться и окружали себя ими во время своих визитов. Если они были заняты на службе в больнице, то там у постели больного они давали свои уроки и могли оценить способности своих учеников. В результате этих частных уроков, для того чтобы одновременно дать им обоснование и отметить различия между учениками, стали выдавать нечто вроде официальных дипломов, удостоверяющих, что ученики стали настоящими врачами. Это происходило во многих провинциях, особенно в умеренных: в Каене или в Дуэ.

Монпелье предоставляет, без сомнения, достаточно редкий пример соединения этих различных подходов: в нем можно увидеть необходимость обучения медиков для армии, и использование медицинской компетенции, признанной старым режимом, и вмешательство народных ассамблей, в особенности их администрации, и спонтанный вариант использования клинического опыта. Бом, бывший профессор Университета, был назначен, по причине как своего опыта, так и республиканских убеждений, практиковать в военном госпитале Сент-Элуа. В этом звании он должен был выбирать кандидатов на должность военного медика, но поскольку образование не было организовано, ученики-медики состояли при народных обществах, которые разрешали администрации района на основании прошения организовать клиническое обучение в больнице Сент-Элуа, поручив его Бому. На следующий год, в 1794 году Бом публикует результаты своих наблюдений и своего обучения: "Метод лечения болезней в соответствии с их представлением в годовом курсе медицинского обучения"[168].

Это, без сомнения, особый случай, но от этого он не становится менее доказательным. Благодаря случайности и взаимодействию потребностей социальных классов, институциональных структур, технических или научных проблем, очень различающихся друг от друга, начал формироваться опыт. Несомненно, это было ничем иным, как оживлением, в качестве единственно возможного пути спасения, клинических традиций, выработанных XVIII веком. В действительности это было уже нечто совсем другое. В этом автономном и квазиподпольном движении, вызвавшем и сохранявшем его, возвращение клиники было первой, одновременно и смешанной и фундаментальной организацией медицинской области. Смешанной, так как больничный опыт в его ежедневной практике соединился в ней с общей формой обучения; фундаментальной, потому что, в отличие от

клиники XVIII века, речь идет не о встрече уже заранее сформированного опыта и невежества, требующего обучения, а о новом расположении объектов знания, об области, где истина сама себя обучает так же, как опытный наблюдатель обучает еще наивного подмастерья. Для того и другого есть лишь один язык - больница, где серия обследованных больных сама по себе является школой. Двойное упразднение - старых больничных структур и университетов - позволило также осуществить непосредственное соединение обучения с конкретной областью опыта, более того, оно упразднило догматическое рассуждение в качестве неперемennого момента передачи истины. Умолкшая университетская речь, закрытие кафедр позволили в тени несколько слепой и, благодаря обстоятельствам, поспешной практики, сформироваться рассуждению, правила которого были совсем новыми. Оно должно было согласовываться с взглядом, который более не довольствовался констатацией, но открывал. В этом поспешном обращении к клинике рождалась совсем другая клиника - клиника скорого XIX века.

Не стоит удивляться тому, сколь внезапно в конце Конвента тема медицины полностью связывается с клиникой, совершенно вытесняя доминировавшую вплоть до 1793 года тему восстановления свободной медицины. По правде говоря, речь не идет ни о реакции (хотя социальные последствия были в основном "реакционными"), ни о прогрессе (хотя медицина и как практика, и как наука заняла от этого более выгодное положение). Речь идет о переструктурировании в точном историческом контексте темы "освобожденной медицины": в свободной области насущность истины принуждает определить свойственные ей институциональные и научные структуры. Это происходит не только из политического оппортунизма, но, без сомнения, из неосознанной верности связям, которые никакое отклонение элементов не может смягчить, так что тот же самый Фуркруа, в году II выступавший против всех проектов восстановления "готических университетов и аристократических академий"[169], и предполагавший в III году, что временное закрытие Факультетов позволит провести в них "реформы и улучшения"[170], считает, что не следовало бы, чтобы смертоносное знахарство и амбициозное невежество расставляли со всех сторон сети для легковверного страдания"[171]: все, что до сих пор приводило к ошибкам, "сама практика искусства наблюдения у кровати больного", должно стать основной частью новой медицины.

Термидор и Директория восприняли клинику как главную тему институциональной реорганизации медицины: это было для них средством установить предел губительному опыту тотальной свободы, способом придать ей позитивный смысл, а также, в соответствии с мнением многих, найти путь для восстановления некоторых структур старого режима.

1. Меры от 14 фримера III года

Фуркруа отвечал за представление Конвенту отчета об учреждении Школы здоровья в Париже. Основания, которые он привел, достойны отдельного замечания, тем более, что они будут почти дословно повторены в мотивировке успешно принятого декрета, хотя он не один раз отклонится от буквы и духа проекта. Речь идет прежде всего о создании, по модели центральной Школы общественных работ, единственной для всей Франции школы, где будут выпускать офицеров здравоохранения, необходимых для больниц, и прежде всего

для военных госпиталей: не было ли 600 медиков убито в армии менее чем за восемнадцать месяцев? Кроме этого обоснования срочности и необходимости установить предел преступлениям шарлатанов, следовало устранить некоторые важные возражения против этой меры, могущей возродить старые корпорации и их привилегии. Медицина есть практическая наука, успехи которой важны для всего народа. Создавая школу, покровительствуют не горстке людей, но позволяют народу через квалифицированных посредников ощутить благоденствие истины. "Это оживление, - говорит докладчик не без стилистических и смысловых затруднений, - многочисленных каналов, заставляющих циркулировать изобретательную активность искусств и наук во всех разветвлениях социального тела"[172]. Итак, то, что гарантирует столь ожидаемой медицине стать знанием, полезным для всех граждан - это ее непосредственная связь с природой. Вместо того, чтобы быть, как прежде Факультет, местом эзотерического и книжного знания, новая школа станет "храмом природы". В нем совсем не будут учить тому, во что верили стародавние учителя, но это будет формой истины, открытой всему, что проявляет ежедневный опыт: "Практика, манипулирование будут соединены с теоретическими наставлениями. Ученики будут практиковаться в химических опытах, анатомических вскрытиях, хирургических операциях, работе с приборами, немного читать, много видеть и много делать". Упражняться в самой практике и у постели больного - вот чему будет обучать вместо бесполезной физиологии истинное искусство врачевания"[173].

Клиника, таким образом, становится основным элементом как научной связности, так и социальной полезности и политической чистоты новой организации медицины. Она является их истиной в условиях гарантированной свободы. Фуркруа предлагает, чтобы в трех госпиталях (хоспис де л'Юманите, хоспис де л'Юните и Учебный госпиталь) клиническое обучение обеспечивалось профессорами, хорошо оплачиваемыми, чтобы они могли себя этому полностью посвятить[174]. Публика будет широко допущена в новую Школу здоровья: так, предполагалось, что все, кто практикует без достаточного образования, сами придут пополнить свой опыт. В любом случае, в каждом районе будут выбраны ученики, "отличающиеся хорошим поведением, чистыми нравами, любовью к Республике и ненавистью к тиранам, достаточно развитой культурой и знанием некоторых наук, которые послужат предварительным условием искусства врачевания", их соберут в центральной Школе медицины, чтобы через три года они стали офицерами здравоохранения[175].

Для провинции Фуркруа предусмотрел лишь специальные школы. Депутаты Юга препятствуют этому и требуют, что Монпелье также стал центральной школой. Наконец, этого же потребовал для Страсбурга Эрман, тем более что декрет от 14 фримера предполагал создание трех медицинских Школ. Было предусмотрено трехлетнее обучение. В Париже "класс начинающих" изучает в течение первого семестра анатомию, физиологию, медицинскую химию, во втором - медицину, ботанику, физику. В течение всего года ученики должны будут часто посещать больницы "чтобы приобрести там привычку к наблюдению за больными и научиться общим принципам ухода за ними"[176]. В "классе начинающих" сначала изучалась анатомия, физиология, химия, фармация, оперативная медицина, затем медицинские предметы, внутренняя и внешняя патология. В течение этого второго года студенты "могут быть использованы для ухода за больными". Наконец, в течение последнего года повторялись предшествующие курсы, и, используя уже полученный больничный опыт, начинается клиника в собственном смысле слова. Ученики,

распределенные по трем больницам, где они оставались в течение четырех месяцев, затем будут меняться. Клиника включает две части: "У постели каждого больного профессор будет останавливаться на время, необходимое, чтобы его хорошо расспросить, надлежащим образом осмотреть. Он обратит внимание учеников на диагностические знаки и важные симптомы болезни", затем в аудитории профессор напомним общую историю болезней, увиденных в больничных палатах, укажет на их причины, "известные, возможные и скрытые", сформулирует прогноз, определит "витальные", "лечебные" или "паллиативные" назначения[177].

Эту реформу характеризует то, что новое уравнивание медицины вокруг клиники коррелирует в ней с теоретически расширенным обучением. В тот момент, когда формируется практический опыт, приобретенный путем исследования самого больного, необходимо связать частное знание с общей системой знаний. Два первых принципа, с помощью которых новая парижская Школа истолковывает декреты от 14 февраля, провозглашают, что она должна обучать "животной экономии, начиная с элементарной структуры неодушевленных тел вплоть до наиболее сложных феноменов организмов и их взаимодействия" и постараться показать, в каких отношениях находятся простые живые существа со всеми сложными[178]. С другой стороны, это расширение приводит медицину в соприкосновение со всей серией проблем и практических требований. Освещая единство человеческого существа материальными условиями существования, она покажет как "можно сохранить надолго существование, настолько свободное от болезни, что позволяет человеку поверить в него"; она продемонстрирует "точку соприкосновения, из которой искусство врачевания снова возвращается в гражданские отношения"[179]. Клиническая медицина, таким образом - это не медицина, обращенная к первому уровню эмпиризма и старающаяся с помощью методического скептицизма свести все свои знания, свою педагогику к единственной констатации видимого. Медицина в это первое время не называла себя клиникой без определения себя одновременно как множественного знания о природе и познании человека в обществе.

2. Реформы и дискуссии V и VI года

Меры, принятые 14 февраля, были далеки от решения всех поставленных проблем. Открывая Школы здоровья для публики, предполагалось привлечь туда достаточно образованных офицеров здравоохранения и уничтожить, благодаря эффекту свободной конкуренции, знахарей и врачей-самоучек. Не удалось ничего: слишком малое число Школ, отсутствие экзаменов (исключением были ученики-стипендиаты) воспрепятствовали формированию квалифицированных медицинских кадров; четыре раза - 13 мессидора года IV, 22 брюмера и 4 февраля года V и 24 нивоза года VI - Директория была вынуждена напоминать Собранию о разрушениях, вызванных свободной медицинской практикой, плохим образованием практических врачей, отсутствием эффективного законодательства. Итак, нужно было разом найти систему контроля по отношению к врачам, появившимся после Революции, усилить строгость и влияние новых Школ, расширить набор в них.

С другой стороны, образование, даваемое Школами, само по себе являлось поводом для критики. Программа в ее предельной широте была претенциозна, хотя обучение длилось,

как и при старом режиме, лишь три года: "Кто слишком много требует, не получает ничего"[180]. Между разнообразными курсами не было никакой связи: так в парижской Школе, с одной стороны, изучали клиническую медицину симптомов и знаков, тогда как Дубле в курсе внутренней патологии преподавал более традиционную типологическую медицину (наиболее общие причины, затем "общие феномены, природа и характер каждого класса болезней и их основные группы"; он повторял "все то же самое обсуждение видов и типов")[181]. Что касается клиники, она не обладала, без сомнения, созидательной ценностью, которую ожидали: слишком много студентов, а также слишком много больных. "Быстро передвигаясь по залу, произносили в конце этой пробежки два слова, удаляясь затем с поспешностью - и это то, что называется обучением клинике внутренних болезней. В больших больницах обычно наблюдали много больных, но слишком мало болезней"[182].

Наконец, сопровождаемая всеми этими сетованиями и увеличивая число недовольных, с большими усилиями была восстановлена медицинская профессия, определяемая компетентностью и защищенная законом. Медицинские общества, исчезнувшие вместе с Университетом в августе 1792 года, были восстановлены вскоре после закона от 14 февраля. Сначала это было Общество здоровья, основанное 2 февраля IV года Деженеттом, Лафиссом, Бернаром Пеллетье и Лавейлем. В принципе, оно предполагало быть лишь органом свободной и нейтральной информации: быстрая передача наблюдений и опыта, знание, способствующее развитию всех, кто занимается искусством врачевания - нечто вроде большой клиники в масштабе нации, где будут стоять лишь вопросы наблюдения и практики: "медицина" провозглашает первый проспект общества, "основанного на правилах, единственным основанием которых может быть опыт. Чтобы собрать их, необходимо содействие наблюдателей. Так, многие области медицины зачахли после разрушения научных обществ. Но они окрепнут и вновь расцветут под сенью законного правительства, которое может лишь с удовлетворением взирать, как образуются общества наблюдателей-практиков"[183]. В этом духе Общество, убежденное, "что полная изоляция кого-либо противоречит интересам человечества"[184] публикует Периодический сборник, вскоре дублированный другим, посвященным зарубежной медицинской литературе. Но очень скоро этот источник универсальной информации объявил о том, что и было без сомнения его истинной заботой: снова объединить тех врачей, чья компетенция была подтверждена обычным обучением и бороться за то, чтобы снова были определены границы свободной медицинской практики, "чтобы не было позволительным скрыть в истории воспоминания о тех губительных моментах, когда нечестивая и варварская рука разбила во Франции алтари, посвященные культу медицины. Они исчезли, эти сословия, о древней славе которых свидетельствовали долгие успехи"[185]. Движение, имевшее в большей степени значение отбора, нежели информирования, охватывает провинцию: Общества создаются в Лионе, Нанси, Брюсселе, Бордо, Гренобле. В том же году, 5 мая, другое Общество проводит свое учредительное собрание в Париже с участием Алибера, Биша, Бретонно, Кабаниса, Деженетта, Дюпюитрена, Фуркруа, Ларрея и Пинеля. Лучше, чем Общества здоровья, оно представляет проявления новой медицины: нужно закрыть двери в храм для тех, кто вошел туда незаслуженно, воспользовавшись тем, что "с первым сигналом Революции святилище медицины, как Храм Януса[186], открылось нараспашку, и толпа ворвалась в него"[187]. Но столь же важно реформировать метод обучения, который применялся в школах в году III: скороспелое и разношерстное образование, не позволявшее врачу овладеть никаким методом точного наблюдения и

диагностики, где нужно "заменить на философское, рациональное методическое рассуждение случайный и легкомысленный путь иррефлексии"[188]. Перед общественным мнением, независимо от Директории и Собрания и не без их молчаливого одобрения, при постоянной поддержке представителей просвещенной буржуазии и близких к правительству идеологов[189], эти общества начинают вести непрерывную кампанию. И в этом движении идея клиники быстро приобретает значение, столь отличное от того, что было введено законодательством от III года.

Статья 356 Конституции Директории гласила, что "закон надзирает за профессиями, связанными со здоровьем граждан". Именно благодаря этой статье, которая, казалось бы, обещала контроль, границы и гарантии, и была развернута вся полемика. Невозможно раскрыть все ее детали; скажем лишь, что существо спора было связано с моментом знания: то ли было необходимо сначала реорганизовать обучение, установив затем условия медицинской практики, то ли, напротив, провести сначала чистку медицинского сословия, определить стандарты практики, а затем зафиксировать курс обязательного обучения. Между этими двумя положениями было очевидное политическое расхождение: те, кто был наименее далек от принятой традиции, как, например. Дону, Приор из Кот д'Ор, хотели реинтегрировать офицеров здравоохранения и всех вольных стрелков от медицины благодаря максимально открытому образованию; другие же, группировавшиеся вокруг Кабаниса и Пасторе, желали бы ускорить воссоздание закрытого медицинского сословия. В начале Директории первые были в большем почете.

Первый план реформы был сформулирован Дону, одним из авторов Конституции III года, снискавшим в Конвенте симпатию Жирондистов. Он не хочет менять по существу декреты Фримера, но желает, чтобы были организованы "дополнительные курсы по медицине" в 23 провинциальных больницах[190]: там практические врачи смогли бы усовершенствовать свои знания и было бы возможным потребовать у местных авторитетов доказательств способности к занятиям медициной. "Вы не будете назначать глав профессиональных гильдий, но вы потребуете доказательств умения; можно будет стать врачом, не посещая какой-либо школы, но вы потребуете торжественного поручательства за знания каждого кандидата - и вы примирите таким образом права личности на свободу с безопасностью общества"[191]. Здесь еще яснее, чем раньше, клиника появляется в качестве конкретного решения проблемы врачебного образования и определения медицинской компетенции.

Проект Дону в своей реформаторской умеренности и верности принципам III года единодушно раскритикован: "Настоящее организованное убийство" - говорит Барайон[192]. Несколько недель спустя Комиссия народного образования представляет другой доклад, на этот раз принадлежащий Кале. Скрытый смысл его проекта, содержащего протест против различия, которое сохранялось для городских врачей, хирургов, "делавших все, что требуется в деревнях", и аптекарей, посвящавшихся в профессию с детства, состоял в том, чтобы заставить принять восстановление профессионального медицинского сословия[193].

Необходимо, чтобы пять школ, которые будут основаны в Париже, Монпелье, Нанси, Брюсселе и Анжере, были общими для врачей, хирургов и аптекарей. Обучение будет подтверждаться шестью экзаменами, на которых ученики представят свои успехи (чтобы

стать хирургом, достаточно будет трех экзаменов). Наконец, в каждом департаменте жюри по здравоохранению, выбранное среди врачей и фармацевтов, "будет консультировать по всем проблемам, связанным с искусством врачевания и общественным здравоохранением"[194]. Под предлогом более рационального обучения, даваемого более многочисленными Факультетами и единообразно распределяемого среди тех, кто занимается общественным здоровьем, проект Кале в качестве основной цели имел восстановление, с помощью системы обучения и нормированных экзаменов, сословия врачей.

В свою очередь, проект Кале, поддерживаемый такими врачами, как Барайон, яростно атакуется со стороны школы Монпелье, объявляющей достаточными меры, принятые Конвентом на самом Собрании всеми теми, кто остался верен духу III года. Дело затягивается. Используя волну арестов контрреволюционеров от 18 фруктидора, Приор из Кот-д'Ивуара, бывший член Комитета общественного спасения, добивается отзыва проекта Кале из Комиссии народного просвещения. Он упрекает его в ничтожности места, которое получает в нем клиника, и в возвращении к педагогике старых Факультетов: "недостаточно, чтобы ученик слушал и читал, нужно, чтобы он еще и видел, чтобы трогал и, в особенности, упражнялся в действиях, приобретая к ним привычку"[195]. Благодаря этой аргументации. Приор получает двойное тактическое преимущество: он валидизирует таким образом на научном уровне опыт, приобретенный теми, кто, начиная с 1792 года, стал в большей или меньшей степени врачом-самоучкой; с другой стороны сам, подчеркивая, насколько клиническое образование дорогостояще, склоняется к тому, чтобы поддержать лишь Школу в Париже, вместо того, чтобы увеличивать их количество, принося в жертву качество. Это был просто возврат к тому, что составляло проект Фуркруа в его первой редакции. Но тем временем Пасторе, накануне переворота, который вскоре произойдет (после чего, объявив одним из руководителей роялистского заговора, его отправят в ссылку), заставил Совет пятисот принять декрет по поводу медицинской практики. Жюри, состоящее из двух врачей, двух хирургов и одного фармацевта при трех Школах здоровья, должно было контролировать тех, кто хотел бы практиковать по их ведомству; более того, "все те, кто в настоящий момент практикует искусство врачевания, не будучи законно посвященным в это в формах, предписанных старыми законами, обязан предстать перед жюри в течение трех месяцев"[196]. Все медицинские нововведения последних пяти лет должны быть подвергнуты, таким образом, ревизии, причем последняя происходит с помощью жюри, образованного старой Школой. Врачи начинают снова контролировать пополнение своих рядов; они восстанавливаются в качестве сословия, способного определить критерии своей компетенции.

Принцип согласован, но малое количество Школ здоровья делает трудным его применение. Требуя, чтобы их еще уменьшили, Приор предполагает, что это сделает применение декрета Пасторе невозможным. В любом случае, этот декрет оставался мертвой буквой и прошло едва ли четыре месяца после того, как он был принят, когда Директория была вынуждена снова привлечь внимание законодателей к опасности, к которой может привести граждан неконтролируемая медицина: "Неоспоримый закон требует длительного обучения, экзамена, строгого жюри для того, кто претендует на одну из профессий, относящихся к искусству врачевания; наука и умение должны приветствоваться, но неумение и неблагоразумие продолжают; публичные наказания устрашают корыстолюбие и

обуздывают преступления, имеющие известное сходство с убийством"[197]. 17 вентоза VI года Вите вновь ставит на обсуждение Совета пятисот основные направления проекта Кале: пять медицинских школ; в каждом департаменте совет по здравоохранению, занимающийся эпидемиями и "средствами сохранения здоровья обитателей и принимающий участие в выборах профессоров; серия из четырех экзаменов, проходящих в фиксированную дату". Единственная реальная новация - это создание клинического испытания: "Кандидат во врачи излагает у постели больного характер данного вида болезни и ее лечение". Таким образом, впервые в рамках институционального единства оказываются объединенными критерии теоретического и практического знания, которые могут быть связаны лишь в опыте и навыке. Проект Вите не допускает интеграции или успешной ассимиляции официальной медициной опыта самодеятельных врачей, практиковавших с 1793 года, но он признает ценность практики, полученной в больницах. Это не признание медицины "самоучек", но признание ценности опыта, как такового, для медицины.

План Кале в году V казался слишком строгим, план Вите, поддержанный, в свою очередь. Кале и Барайоном, породил такую же оппозицию. Он с ясностью показал, что никакая реформа образования невозможна, пока не будет решена проблема, которую она заслоняет: проблема медицинской практики. После отклонения проекта Кале, Барайон предлагает Совету пятисот резолюцию, которая проясняет то, что составляло его скрытый смысл: никто не сможет практиковать в искусстве врачевания, не имея звания, присвоенного либо новыми Школами, либо прежними Факультетами[198]. Порше на Совете старейшин поддерживает этот же тезис[199]. Именно в таком политическом и концептуальном тупике находилась эта проблема. По крайней мере все эти дискуссии позволили осветить то, что было на самом деле проблематичным: не просто количество Школ здоровья или их программа, но сам смысл медицинской профессии и привилегированный характер определяемого ею опыта.

3. Вмешательство Кабаниса и реорганизация от IX года

В хронологическом порядке Кабанис предложил свой проект по поводу медицинской полиции в промежутке между проектом Барайона и дискуссией Вандемьера со старейшинами от 4 мессидора VI года. На самом деле, этот текст принадлежал уже другой эпохе. Он отмечает момент, когда Идеология начинает занимать активное и зачастую определяющее место в политическом и социальном переустройстве. В этой мере текст Кабаниса по поводу медицинской полиции по своему духу ближе к реформам Консулата и современной ему полемике. Если он хочет определить условия практического решения, то пытается, главным образом, дать в основных чертах теорию медицинской профессии.

Непосредственно и на практическом уровне Кабанис определяет судьбу двух проблем: проблему офицеров здравоохранения и проблему экзаменов.

Старшие офицеры здравоохранения могут быть допущены к практике без новых формальностей; другие, напротив, должны сдать специально предназначенный для них экзамен. Он ограничится "фундаментальными знаниями искусства врачевания и, в особенности, тем, что касается его практического применения". Что касается обычного медицинского обучения, оно должно быть санкционировано экзаменом, состоящим из письменного, устного испытания и "упражнений по анатомии, хирургии и клинической медицине как внутренних, так и внешних болезней". Однажды установленные критерии компетенции позволят выбрать тех, кому можно безопасно доверить жизнь людей. Медицина в таком случае станет закрытой профессией: "Все лица, которые будут практиковать в медицине, не сдав экзаменов или не представ перед специальным жюри, будут оштрафованы, и в случае повторения - помещены в тюрьму"[200].

Суть текста касается того, что есть по своей природе медицинская профессия. Проблема заключается в том, чтобы определить ее как закрытую область и сохранить без восстановления корпоративных структур старого режима и не в формах государственного контроля, напоминающего период Конвента.

Кабанис различает в предпринимательстве, понимаемом в широком смысле слова, две категории объектов. Некоторые имеют такую природу, что потребители сами судят об их полезности, то есть общественного сознания достаточно для определения их ценности. Последняя же, фиксированная во мнении, является внешней по отношению к объекту: она не содержит тайн, ошибок, возможных мистификаций, так как коренится в согласии. Мысль фиксировать ценность с помощью декрета имеет не больше смысла, чем желание навязать ей внешнюю истину, настоящая цена может быть лишь свободной ценой: "В социально хорошо урегулированном государстве свобода предпринимательства не должна встречать никаких преград, она должна быть полной, неограниченной, и, так как развитие предпринимательства может стать полезным для того, кто им занимается, лишь в той мере, в какой оно само по себе является полезным для публики, из этого следует, что общий интерес здесь в подлинном смысле слова смешивается с частным интересом".

Но существуют такие области предпринимательства, объект которых и его ценность не зависят от коллективной оценки. Либо эти объекты относятся к тем, что служат фиксации рыночной стоимости других объектов (например, драгоценные металлы), либо речь идет о человеческой индивидуальности: здесь все ошибки становятся роковыми. Так ценность объекта предпринимательства не может быть зафиксирована консенсусом, когда он основан на рыночных критериях, или когда его существование касается кого-либо из членов консенсуса. В этих двух случаях объект предпринимательства имеет непосредственно невидимую истинную ценность: она зависит и от ошибки, и от обмана, следовательно, ее нужно измерять. Но как дать компетентной публике инструмент измерения, который содержал бы точную компетенцию? Необходимо, чтобы она делегировала государству контроль не за каждым произведенным объектом (что будет противоречить принципу свободной экономики), но за самим производителем; нужно проверять его способности, его моральные ценности и время от времени "истинную ценность и качество объектов, которые он продает". Необходимо таким же образом надзирать за врачами, как за золотых дел мастерами, то есть как за участниками вторичного производства, которые не производят ценности, но лечат тех, кто их производит или измеряет: "Вот почему особенно врачи,

хирурги, фармацевты должны быть весьма тщательно проверены равно в отношении их знаний, способностей, моральных привычек. Это не есть стеснение предпринимательства и ни в коем случае не покушение на свободу индивида"[201].

Предложение Кабаниса не было принято. Однако оно намечало в основных направлениях решение, которое будет вскоре принято, предписывающее медицине статус свободной и пользующейся покровительством профессии, которую она сохраняла вплоть до XX века. Закон от 19 вентоза XI года по поводу медицинской практики сходен с идеями Кабаниса и, в более общем виде, - с идеями Идеологов. Он предусматривает иерархию двух уровней в медицинском сословии: степени доктора медицины и хирургии, присвоенной одной из шести Школ, и степени офицера здравоохранения, которой удостоивались те, кого Кабанис предлагал объединить в качестве временной категории. После четырех экзаменов (анатомия и физиология, патология и нозография, медицинское дело, гигиена и судебная медицина) доктора будут проходить испытание по клинике внутренних или внешних болезней в зависимости от того, кем они хотели бы быть: врачами или хирургами. Для офицеров здравоохранения, которые обеспечивали "самое обычное лечение", требовалось только трехлетнее обучение в Школе, к тому же и это не было необходимым - им было достаточно подтвердить пять лет практики в гражданском или военном госпитале, или шесть лет в качестве ученика или помощника врача. Они будут экзаменоваться жюри департамента. Все лица, не принадлежащие к этим двум категориям, в случае занятий медицинской практикой подвергнутся наказанию от штрафа до тюрьмы.

Все это движение идей, проектов и мер, развернувшееся в период от VI до XI года, приводит к окончательному решению проблемы.

1. Чтобы установить закрытый характер медицинской профессии, стараются не заимствовать старую корпоративную модель, и, с другой стороны, избежать контроля, который противоречил бы экономическому либерализму, над медицинскими актами как таковыми. Принцип отбора и контроль за ним устанавливается над самим понятием компетенции, то есть над совокупностью виртуальностей, которые характеризуют саму личность врача: знание, опыт и эта "признанная порядочность", о которой говорит Кабанис[202]. Медицинский акт должен оцениваться по тому, кто его выполняет, его истинная ценность есть функция социально признанного качества его исполнителя. Так внутри экономического либерализма, явно вдохновленного Адамом Смитом, определяется профессия, одновременно и "свободная" и закрытая.

2. В определение пригодности теперь вводится различие уровней: с одной стороны - "доктора", с другой - "офицеры здравоохранения". В этом завуалированном и вновь возвращенном разграничении обнаруживается древнее различие между врачами и хирургами, между интернистами и экстернистами, теми, кто знает, и теми, кто видит. Речь более не идет о различии в объекте, или способе его проявления, но о различии уровня опыта субъекта, который знает. Без сомнения, между врачами и хирургами уже существовала институционально маркированная иерархия, но она проистекала из первичного различия в объективном поле их активности. Теперь она сместилась к качественному показателю этой активности.

3. Это разграничение имеет объективный коррелят: офицеры здравоохранения будут лечить "людей предприимчивых и активных"[203]. В XVIII веке допускалось, что простые люди, особенно в деревне, ведущие жизнь более естественную, моральную и здоровую, страдают в основном от внешних болезней, требующих хирурга. Начиная с года XI, это разделение более очевидно становится социальным: чтобы лечить народ, часто поражаемый "примитивными несчастными случаями" и "простыми недомоганиями", не требуется быть "ученым и углубленным в теорию" - для этого достаточно офицера здравоохранения с его опытом. "История искусства, как и история человечества, доказывает, что природа вещей, как и порядок цивилизованного общества, настоятельно требует этого различия"[204]. Согласно идеальному порядку экономического либерализма, пирамида качества соотносится с расположением социальных слоев.

4. На чем основывается различие между теми, кто практикует искусство врачевания? Сущность образования офицера здравоохранения - годы практики, число которых можно увеличить до шести. Врач дополняет полученное им теоретическое образование клиническим опытом. Именно это различие между практикой и клиникой составляет самую новую часть законодательства от XI года. Практика, требуемая от офицера здравоохранения, есть контролируемое знахарство: уметь после того, как увидишь. Опыт интегрируется на уровне восприятия, памяти и повторения, то есть на уровне примера. В клинике речь идет о структуре куда более тонкой и сложной, где интеграция осуществляется во взгляде, являющемся в то же время знанием; это совершенно новое кодирование поля вступающих в игру объектов. Практику для фельдшеров - откроют, но для врачей посвящение в клинику - предназначат.

Это новое определение клиники было связано с реорганизацией больничной сферы. В своем начале Термидор и Директория возвращаются к либеральным принципам Законодательного собрания. Декретом 11 термидора III года придерживается их в декрете о национализации, оставляя помощь единственно в ведении государства, тогда как ее следовало бы поместить "под защиту общего сострадания и опеку зажиточных людей"[205]. С плевиоза до жерминаля IV года правительство отправляет администрациям на местах серию циркуляров, воспроизводивших по сути моральную и экономическую критику, обращенную незадолго до Революции, или в самом ее начале против принципа госпитализации (высокая стоимость лечения в больнице, привычка к безделью у того, кто получает эту помощь, финансовая нужда и нравственная убогость семьи, лишенной отца или матери). Предполагалось, что будет увеличена помощь, оказываемая на дому[206]. Тем временем эпоха стала уже не тон, когда верили в ее универсальную действенность или мечтали об обществе без убежищ и больниц: нищета слишком распространилась - в год II в Париже было более 60 000 нищих[207], и их число лишь увеличивалось. Слишком опасались народных волнений, слишком не доверяли политическим злоупотреблениям при распределении помощи, чтобы возложить на нее всю систему поддержки. Для поддержки больниц, как и для привилегий медицины, необходимо найти структуру, совместимую с принципами либерализма и необходимостью социальной защиты, двусмысленно понимаемой как защиту бедности богатством и защиту богатых от бедных.

Одной из последних мер термидорианского Конвента было приостановление 2 брюмера года IV закона о национализации больничного имущества. По новому рапорту Делакруа от 12

вендемьера IV года закон от 23 мессидора II года окончательно отменяется. Проданное имущество должно быть восполнено из национального достояния и благодаря этому правительство освобождается от всех обязательств. Больницам возвращается статус юридического лица, их организация и управление ими доверяются муниципальной администрации, которая образует исполнительную комиссию из пяти человек. Эта коммунализация больниц освободила государство от необходимости помощи, передав узким сообществам обязанность солидарности с бедняками. Каждая коммуна должна была отвечать за состояние нищеты и способ, которым она оказывала ей поддержку.

Система обязательств и компенсаций между бедными и богатыми происходит теперь не по закону государства, но по своеобразному контракту, меняющемуся в пространстве, во времени, который, располагаясь на муниципальном уровне, скорее принадлежал области свободного договора.

Договор такого же рода, но более странный и более скрытый, молчаливо заключается к этому же моменту между больницей, где лечат бедняков, и клиникой, где получают образование врачи. Еще в последние годы Революции здесь воспроизводится, иногда буквально, то, что было сформулировано в непосредственно предшествовавший период. Наиболее важной этической проблемой, которую порождала идея клиники, была следующая: на каком основании можно превратить в объект клинического изучения больного, принужденного бедностью просить помощи в больнице? Он просит помощи, абсолютным субъектом которой он был в той мере, в какой она могла им быть получена. Теперь его просят стать объектом осмотра, и объектом относительным, ибо его изучение предназначено для того, чтобы лучше узнать других. Более того, клиника, наблюдая, изучает, и эта ее часть, связанная с новизной, сопряжена с риском: врач в частной практике, как замечает Экин[208], должен заботиться о своей репутации, его путь будет всегда определяться не иначе как уверенностью в безопасности. "В больнице он защищен от подобных пут и его гений может практиковать по-новому. Не противоречит ли сущности больничной помощи принцип: "Госпитальные больные во многих отношениях наиболее подходят для экспериментального лечения""[209]?

В этом, разумеется при определенном равновесии, нет никакого ущерба ни естественным правам страдания, ни тому, чем общество обязано нищим. Больничная область двусмысленна: теоретически свободная и открытая безразличию экспериментирования, договорным характеристикам связи, объединяющей врача и больного, она обрастает обязательствами и моральными преградами в силу молчаливого, но настоящего контракта, который связывает человека, обычно бедного, своей универсальной формой. Даже если в больнице врач не производит, будучи свободным от всех условностей, теоретических экспериментов, то он производит, входя в нее, решающий моральный эксперимент, ограничивающий его беспредельную практику закрытой системой долженствования. "Попадая в приюты, где изнемогают, объединившись, нищета и болезнь, испытываешь мучительные чувства. Это активное сострадание, это яростное желание принести утешение и облегчение, это внутреннее удовольствие, которое рождают успехи, и которое усиливает зрелище распространяемого счастья"[210].

Но смотреть, чтобы знать, показывать, чтобы учить - не является ли это молчаливым насилием, тем более противозаконным, ибо оно молчаливо, над страдающим телом, жаждущим быть успокоенным, а не демонстрируемым? Может ли боль быть спектаклем? Она может им быть, она даже должна им быть силой неуловимого права, заключающегося в том, что никто не есть тот единственный, и бедняк в еще меньшей степени, чем другие, кто мог бы получить что-то иначе, чем с помощью богача. У бедняка нет какого-либо шанса найти излечение, кроме как если другие вмешаются со своими знаниями и ресурсами, со своей жалостью. Поскольку нет болезней, вылеченных вне общества, верно то, что болезнь одних должна быть трансформирована в опыт для других, и что боль таким образом получает возможность проявления: "Страдающий человек не перестает быть гражданином... История страданий, к которым он сводится, необходима для ему подобных, поскольку она учит их тому, что представляют собой болезни, которые им угрожают". Отказываясь от представления себя в качестве объекта обучения, больной "стал бы неблагодарным, потому что он пользовался бы преимуществом, даваемым социальностью, не платя дани благодарности"[211]. И, благодаря структуре обоюдности, это показывает богатому пользу от помощи, оказываемой бедным госпитализированным: платя за то, чтобы их лечили, на самом деле он заплатит за то, чтобы лучше были изучены болезни, которыми он сам может быть поражен. То, что является благотворительностью с точки зрения бедняка, трансформируется для богатого в полезное знание: "Благотворительные дары смягчают страдание бедняка, откуда в результате придут в просвещение для сохранения богача. Да, благотворители, богачи, щедрые люди, этот больной, лежащий в постели, которая создана вами, страдает в настоящий момент от болезни, которая не замедлит атаковать вас самих. Он выздоровеет или погибнет, но при том или ином событии его участь может просветить вашего врача и спасти вашу жизнь"[212].

Итак, вот слова договора, который заключают богатство и бедность для организации клинического опыта. Больница здесь находит в условиях экономической свободы возможность заинтересовать богача; клиника Определит успешный поворот для другой договаривающейся стороны. Со стороны бедняка она представляет собой интерес., оплату больничной госпитализации по соглашению с богачом, интерес, который необходимо понять в его перегруженной плотности, так как речь идет о компенсации, имеющей смысл объективного интереса для науки и жизненного интереса для богача. Больница становится прибыльной для частной инициативы, начиная с того момента, когда страдание приходящих в нее в поисках успокоения обращается в спектакль. Благодаря достоинствам клинического взгляда, помощь сводится к плате.

Эти темы, столь характерные для дореволюционной мысли и много раз сформулированные, обретают свой смысл при либерализме Директории и получают в это время непосредственное применение. Объясняя в году VII как функционирует акушерская клиника в Копенгагене, Деманжон подчеркивает, невзирая на стыдливые и целомудренные возражения, что в нее принимаются лишь "незамужние, или объявившие себя таковыми женщины". Кажется, что ничего нельзя представить лучше, ибо целомудрие этого класса женщин "представляется наименее деликатным"[213]. Таким образом, этот класс, морально обедненный и столь социально опасный, может послужить наибольшей пользе благородных женщин. Мораль будет вознаграждена теми, кто над ней глумится, ибо эти женщины "будучи не в состоянии совершать благодеяния, содействуют, по крайней мере, созданию

медицинского блага, с лихвой возвращая его своим благодетелям"[214].

Взгляд врача есть накопление, точно вписанное в товарный обмен либерального мира...

Версия #1

Зверобой создал 26 мая 2025 14:53:50

Зверобой обновил 26 мая 2025 14:55:24