

# Глава X. Кризис лихорадок

Глава, где будет рассмотрен последний процесс, с помощью которого анатомо-клиническое восприятие обретает свое равновесие. Глава, которая была бы длинной, если бы события можно было передать в деталях: на протяжении около 25 лет (с 1808 года, даты, когда появляется История хронических воспалений, до 1832 года, когда на смену ей приходят дискуссии о холере) теория летучих лихорадок и ее критика Бруссе занимают в медицинских исследованиях значительное место. Без сомнения, более значительное, чем позволялось бы проблеме, достаточно быстро решаемой на уровне наблюдения. Но столь много полемики и такие трудности понимания при наличии согласия о фактах, столь обильное использование посторонних для области патологии аргументов - все это свидетельствует о сущностном столкновении, крайней степени конфликта (жесточайшего и запутаннейшего) между двумя несовместимыми типами медицинского опыта.

Метод, разработанный Биша и его первыми последователями, оставлял открытыми две группы проблем.

Первые касались самого существа болезни и ее связи с патологическими феноменами. Когда констатируется серьезный выпот, дегенерация печени, очаги в легком - есть ли это сам плеврит, цирроз, туберкулез, которые наблюдаются как таковые вплоть до их патологического основания? Есть ли поражение истинная и трехмерная форма болезни, сущность которой должна быть образом пространственной природы, или же ее нужно скорее расположить по ту сторону - ближайших причин, или по эту - как непосредственно первое видимое проявление остававшегося бы скрытым процесса? Ясно, но задним числом, какой ответ предписывает логика анатомо-клинического восприятия. Для тех же, кто практиковал это восприятие в истории медицины первый раз, дела обстояли не столь очевидно. М.-А. Пети, обосновавший свою концепцию кишечно-брыжеечной лихорадки на патолого-анатомических наблюдениях, считает, что в кишечных расстройствах, сопровождающихся некоторыми лихорадками, называемыми адинамическими или атаксическими, нет открытия ни самой сущности болезни, ни ее непреходящей истины. Речь идет лишь о ее "местоположении", и это географическое уточнение менее важно для медицинского знания, чем "общая совокупность симптомов, которая разделяет одни симптомы от других, делая возможным опознание их истинного характера": здесь терапия заблуждается, когда она направлена на кишечные расстройства, вместо того, чтобы следовать указаниям симптоматиологии, требующей тонизирующих препаратов[406]. "Местоположение" есть лишь пространственное прикрепление болезни, совсем другие болезненные проявления означают ее сущность. Последняя сохраняет важное предварительное условие, образующее связь между причинами и симптомами, вытесняя таким образом поражение в область случайного. Тканевое или анатомическое повреждение отмечает только точку столкновения с болезнью, зону, откуда она начинает свое завоевательное предприятие: "Между гепатизацией легкого и вызывающими его причинами происходит кое-что, что ускользает от нас. То же самое касается всех нарушений, которые

встречаются при вскрытии тела: далекие от того, чтобы быть основной причиной всех наблюдаемых феноменов, они сами есть результат особого расстройства в интимном действии. Итак, это решающее действие ускользает от всех наших средств исследования"[407]. По мере того как патологическая анатомия лучше устанавливает местоположение, кажется, что болезнь глубже погружается в скрытость недоступных процессов.

Есть другая группа вопросов: все ли болезни имеют свой патологический коррелят? Является ли возможность определить их местоположение общим принципом патологии, или она имеет отношение лишь к весьма специфической группе болезненных феноменов? И в этом случае можно ли начать изучение болезни с классификации нозографических типов (органические -неорганические расстройства) до погружения в область патологической анатомии? Биша оставляет место для болезней без повреждений, но он трактует их лишь с помощью недомолвок: "Исключите некоторые виды лихорадок и нервных недугов - и все или почти все относится к области этой науки" (патологической анатомии)[408]. Вступив в дискуссию, Лаеннек допускает деление болезней на "два больших класса: те, что сопровождаются очевидным поражением в одном или нескольких органах, описывавшиеся на протяжении многих лет под названием органических заболеваний; и те, что не оставляют ни в каких частях тела постоянных нарушений, которым можно было бы приписать их первопричину, обычно называемые нервными"[409]. В эпоху, когда Лаеннек излагает этот текст (1812), он не принял еще окончательно ничьей стороны по поводу лихорадок, он еще близок локалиционистам, с которыми вскоре разойдется. Байль в это же время различает органическое, не нервное, но витальное и противопоставляет органическим повреждениям, телесным порокам (например, опухолям) витальные нарушения, расстройства "витальных свойств и функций" (боль, жар, учащение пульса). Те и другие могут пересекаться, как, например, при туберкулезе[410]. Именно эту классификацию воспроизведет вскоре Крювелье в несколько более сложном виде: органические расстройства, простые и механические (переломы), нервно-органические и вторично-витальные (геморрагии), недуги, первично витальные, дублированные органическими расстройствами, либо глубокими (хронические воспаления), либо поверхностными (острое воспаление) и, наконец, витальные болезни без всяких повреждений (неврозы и лихорадки)[411].

Напрасно было бы утверждать, что вся целиком область нозологии пребывала под контролем патологической анатомии, и что витальная болезнь могла быть доказана как таковая только негативно и через неудачу в поисках нарушений. Тем не менее, лишь с помощью этой уловки находилась форма классификационного анализа. Ее тип - не ее местоположение, не ее причина -определял природу болезни, и сам факт обладания или не обладания локализуемым очагом был предписан предварительной формой этой детерминации. Повреждение - не есть болезнь, но лишь первое из проявлений, через которые является ее родовой характер, противопоставляющий ее недугам без субстрата. Парадоксальным образом усилие патоанатомов придало энергию классификационной идее. Именно здесь произведения Пинеля приобретают свой смысл и свой забавный авторитет. Сформировавшееся в Монпелье и в Париже в традиции Де Соважа и под более современным влиянием Куллена мышление Пинеля относится к классификационным структурам, но оно имело несчастье и в то же время шанс развиваться в эпоху, когда тема клиники, а затем клинико-анатомический метод, отказали нозологии в ее реальном содержании, но не без

эффекта, впрочем временного, ее реципроктного усиления. Мы видели, как идея класса коррелировала с некоторым нейтральным наблюдением симптомов[412], как клиническая расшифровка содержит в себе чтение сущности[413]. Сейчас мы увидим, как патологическая анатомия спонтанно согласуется с некоторыми формами нозографии. Итак, все творчество Пинеля обязано своей мощью каждому из этих усилений: его метод лишь вторично нуждается в клинике или анатомии повреждений. В основном речь идет об организации в соответствии с реальной, но абстрактной связью переходных структур, с помощью которых клинический взгляд или пато-анатомическое восприятие искали в уже существующей нозологии их обоснования или устойчивого равновесия. Никто среди врачей старой школы не был более чувствителен или более восприимчив к новым формам медицинского опыта, чем Пинель; охотно став профессором клиники, он без излишней нерешительности начал практиковать аутопсию. Но он не замечал, что эффект повторения вносит в рождение новых структур лишь опорные линии, взятые у древних[414]. Нозология подтверждалась, а новый опыт заранее осмеивался. Биша может быть единственный, кто понял несовместимость своего метода с нозографическим: "Мы раскроем, как сможем, действие природы... Не будем связаны преувеличенным значением той или иной классификации": никогда никакая из них не даст нам "точной таблицы развития природы"[415]. Лаеннек, напротив, без проблем допускал развитие клинико-анатомического опыта в пространстве нозологического распределения: вскрывать трупы, находить повреждения - это значит освещать то, что "наиболее точно, наиболее достоверно и наименее изменяемо в локализуемых болезнях" и, таким образом, выделить "то, что должно их характеризовать или определять, что, в конце концов, служит основанием нозологии, предоставляя ей наиболее очевидные критерии"[416]. В этом духе "Общество соревнования", которое объединило молодое поколение и верно представляло новую школу, предложило на конкурсе 1809 года знаменитый вопрос: "Какие болезни должны специально рассматриваться в качестве органических?"[417]. Очевидно, то, что было вопросом, относится к понятию летучей лихорадки в ее неорганизованности, которого Пинель продолжал придерживаться, но в данном конкретном случае поставленная проблема была к тому же проблемой типов и классов. Пинель был оспорен, его медицина была до основания переосмыслена.

Этот вопрос разрешит Бруссе только в 1816 году в Обсуждении общепринятой Доктрины, где он излагает радикальную критику, уже сформулированную в опубликованной восемью годами раньше Истории хронических воспалений. Для того чтобы патологическая анатомия стала реально свободной от опеки нозографии, а проблематика болезненных сущностей перестала удваивать перцептивный анализ органических повреждений, совершенно неожиданно понадобится недвусмысленная физиологическая медицина, то есть сколь ясная, столь и свободная от симпатических отношений теория, обобщенное применение концепции раздражения и благодаря этому возвращение к своеобразному патологическому монизму, близкородственному монизму Брауна. Потом будет забыто, что структура клинико-анатомического опыта могла быть уравновешена только благодаря Бруссе. В памяти останутся лишь его бешеные атаки против Пинеля, неуловимый контроль которого Лаеннек, напротив, весьма поддерживал. Будут вспоминать только невоздержанного физиолога и его поспешные обобщения. И недавно славный Мондор обнаружил за благодушием своего пера резкость юношеских оскорблений, брошенных в сторону тени Бруссе[418], неосторожно не прочтя его текстов, и не поняв как следует истинного положения вещей.

А оно таково.

С конца XVIII и до начала XIX веков невроты и летучие лихорадки рассматривались, с относительно общего согласия, как болезни без органических повреждений. Болезни духа и нервов получили, фактически благодаря Пинелю, достаточно особый статус, так как на протяжении их истории, по крайней мере до открытия Байля, не прерывались дискуссии по поводу органических оснований болезни.

Лихорадки в течение более чем пятнадцати лет находились в самом центре проблемы.

Наметим сначала некоторые основные линии концепции лихорадки в XVIII веке. Вначале под этим словом подразумевалась конечная реакция организма, защищающегося против приступов или патогенной субстанции. Лихорадка, проявлявшаяся в течение болезни, двигалась в противоположном направлении и пыталась восстановить пошатнувшееся положение. Она есть не знак болезни, но знак сопротивления ей, "недуг жизни, которая пытается оттолкнуть смерть"[419]. Она обладает, таким образом, и в самом прямом смысле, целительной ценностью: она показывает, что организм "*morbiferam aliquam materiam sive praeusscipare sive removere intindit*"[420]. Лихорадка есть развитие выделения ради очищения, и Сталь напоминает его этимологию: *februlare*, то есть ритуально отгонять от дома тени умерших[421].

На таком конечном основании развитие лихорадки и ее механизм легко анализируются. Последовательность симптомов указывает ее различные фазы: дрожь и начальное чувство холода означает периферический спазм и разжижение крови в близких к коже капиллярах. Учащение пульса указывает, что сердце реагирует и направляет возможно больше крови к членам, жар показывает, что в результате кровь циркулирует быстрее, и что все функции также ускорились; пропорционально убывает моторная сила, отсюда впечатление слабости и атонии мышц. Наконец, пот указывает на успех этой лихорадочной реакции, достигающей изгнания болезненной субстанции; но когда она достигает этого лишь на определенное время, развивается перемежающаяся лихорадка[422].

Эта простая интерпретация, с очевидностью связывая симптомы, проявляющиеся в соответствии с органическими коррелятами, имела в истории медицины тройное значение. С одной стороны, анализ лихорадки в ее общей форме точно раскрывал механизм местных воспалений. И здесь, и там существуют сгущения крови, контрактура, провоцирующая более или менее продолжительный стаз, затем усилие системы для возобновления циркуляции, и в результате этого усилия - резкое движение крови. Будет видно, как "красные кровяные тельца попадают в лимфоток", что провоцирует в виде локальной формы их внедрение в соединительные ткани, а в генерализованном виде - жар и возбуждение всего организма. Если процесс ускоряется, части, более насыщенные кровью, отделяются от более тяжелых, располагающихся в капиллярах, где "лимфа превратится в нечто вроде желе". Отсюда нагноение, образующееся в дыхательной или кишечной системах в случае генерализованного воспаления, или в форме абсцесса, когда речь идет о локализованной лихорадке[423].

Но если существует функциональная идентичность между воспалением и лихорадкой, то потому, что кровеносная система есть главный элемент этого процесса. Речь идет о двойном смещении нормальной функции: сначала замедлении, затем увеличении; сначала с феноменами возбуждающими, затем феноменами возбуждения. "Все эти феномены должны быть выведены из возбуждения сердца, увеличенных и стимулированных артерии, наконец, из действия какого-либо стимула и сопротивления жизни, возбужденной таким вредным стимулом"[424]. Так лихорадка, механизм которой может быть в той же мере и генерализованным и локальным, обретает в крови органическую и изолируемую почву, которая может сделать ее локальной или генерализованной, либо вновь генерализованной, после того, как она была локальной. Через это рассеянное раздражение в кровеносной системе лихорадка всегда может стать основным симптомом болезни, остающимся локальным в течение всего своего развития: без того, чтобы ничто не было изменено в своем образе действия, она может быть скорее летучей, чем симпатической. В данной схеме проблема существования летучих лихорадок без точно определенных поражений не могла быть поставлена: какой бы ни была ее форма, исходный момент, или поверхность проявления, лихорадка обладает всегда одним и тем же типом органического обоснования.

Наконец, феномен жара далек от установления сущности лихорадочных явлений. Он формирует лишь самую поверхностную и транзиторную форму их завершения, тогда как ток крови, заражение, которое он вызывает, заражение, которое он очищает, заторы или выпоты указывают на то, что такое лихорадка в своей глубинной природе. Гримо предостерегает против использования физических инструментов, которые "позволяют надежно информировать лишь о степени выраженности жара, а эти различия наименее важны для практики; ... врач должен особенно постараться различить в лихорадочном жаре качества, которые могут быть установлены только с помощью очень развитого чутья, и которые ускользают и укрываются от всех средств, которыми может снабдить физика. Такие, например, качества, как едкость и раздражающие свойства лихорадочного жара", дающие такое же ощущение, как "дым в глазах", указывают на гнилостную лихорадку[425]. Под однородным феноменом жара, лихорадки, таким образом, существуют подлинные свойства, нечто вроде субстанционального и дифференцированного основания, которое позволяет распределить ее по специфическим формам. Так, естественно и не проблематично переходят от лихорадки к лихорадкам. Перемещение смысла и концептуального уровня между обозначением общего симптома и определением специфических болезней, которое нам бросается в глаза[426], не может быть замечено медициной XVIII века, занятой формой анализа, с помощью которой она расшифровывала механизм лихорадки.

Таким образом, XVIII век объединит, благодаря очень однородной и связной концепции "лихорадки", значительное число "лихорадок". Столл различает двенадцать типов, к которым он прибавляет "новые и неизвестные". Они определяются то по механизму кровообращения, который их объясняет (воспалительная лихорадка, проанализированная Франком и описываемая как *suppore*), то по наиболее важному не лихорадочному симптому, который их сопровождает (желтушная лихорадка Сталя, Селла и Столла), то по органам, на которые переходит воспаление (брыжеечная лихорадка Багливи), то по свойствам выделений, которые она вызывает (гнилостная лихорадка Галлера, Тиссо и Столла), то, наконец, по многообразию принимаемых ею форм и развитию, которое она за собой влечет

(злокачественная лихорадка и токсическая лихорадка Столла). Это, на наш взгляд, запутанное сплетение стало туманным лишь тогда, когда медицинский взгляд сменил эпистемологическое основание.

Первая встреча между анатомией и симптоматическим анализом лихорадок произошла задолго до Биша и весьма задолго до первых наблюдений Проста. Встреча негативная, так как анатомический метод упустил свои права и отказался определить локализацию некоторых лихорадочных заболеваний. В 49 письме своего Трактата Моргани говорил, что не обнаружил при вскрытии больных, умерших от жестоких лихорадок, "vix quidquam... quod earum gravitati aut impetui responderet; usque adeo id saepe latet per quod faber interfichmt"[427]. Анализ лихорадок только по их симптомам и без стремления локализовать был возможен и даже необходим: чтобы придать структуру различным формам лихорадки, нужно было заместить органический объем пространством распределения, куда бы входили лишь знаки и то, что они означают.

Восстановление порядка, произведенное Пинелем, произошло не только по линии его собственного метода нозологической расшифровки, оно точно совпало с распределением, заданным этой первичной формой патологической анатомии: лихорадки без органического поражения относились к летучим; лихорадки с локальным поражением - к симпатическим. Эти идио-патические формы, характеризующиеся их внешней манифестацией, позволяли проявиться таким "общим свойствам как нарушения аппетита и пищеварения, ухудшение кровообращения, прерывание некоторых видов секреции, затруднения сна, возбуждение или снижение активности разума, нанесение ущерба некоторым функциям чувствительности или прерывание их, стеснение, каждого в своей манере, движения мышц"[428]. Но разнообразие симптомов позволяет также вычитывать различные типы: воспалительная или ангиотоническая форма, "отмеченная снаружи знаками раздражения или напряжения кровеносных сосудов" (она часто встречается в пубертате, на начальных этапах беременности, после алкогольных эксцессов); "менинго-желудочная" форма с особыми более примитивными нервными симптомами, которые кажутся "корреспондирующими с эпигастральной областью" и во всех случаях следуют за расстройствами желудка; адено-менингеальная форма, "симптомы которой указывают на раздражение мукозных мембран кишечной трубки", она встречается в особенности у субъектов лимфатического телперамента, у женщин и стариков; адинамическая форма, "проявляющаяся особенно извне знаками крайней слабости и общей атонии мышц", она вероятно вызывается сыростью, нечистотой, частым пребыванием в больницах, тюрьмах, операционных, от плохого питания и злоупотреблений удовольствиями Венеры; наконец, атаксическая или злокачественная лихорадка, характеризующаяся "попеременным возбуждением и расслаблением с совершенно особой нервной аномалией", обнаруживает почти те же самые предшествующие события, как и адинамическая лихорадка[429]. Именно в самом принципе этой спецификации содержится парадокс. В своем общем виде лихорадка характеризуется лишь ее следствиями; в ней совершенно отсутствует органический субстрат, и Пинель не упоминает жар как существенный или главный симптом класса лихорадок, но коль речь идет о том, чтобы разделить эту сущность, функция распределения обеспечивается принципом, который подчеркивает не логическую конфигурацию типов, но органическую пространственность тела: кровеносные сосуды, желудок, слизистая кишечника, мышечная или нервная система призываются поочередно, чтобы послужить

связующим звеном в бесформенном разнообразии симптомов. Если они могут организоваться настолько, чтобы сформировать классы, то это не потому, что они есть сущностное выражение, а потому, что они являются локальными знаками. Принцип сущности лихорадок располагает в качестве конкретного и специфического содержания лишь возможностью их локализации. От Нозологии де Соважа к Нозографии Пинеля конфигурация была перевернута: в первой - локальные проявления всегда несли возможную общность; во второй - общая структура покрывала необходимость локализации.

Понятно, что в этих условиях Пинель верил в возможность интеграции в своем симптоматологическом анализе лихорадок открытия Редерера и Ваглера: в 1783 году они показали, что слизистая лихорадка всегда сопровождается следами внутреннего и внешнего воспаления в пищеварительном канале[430]. Понятно также, что он воспринял результаты аутопсии Проста, показавшие очевидные кишечные поражения. Но понятно и то, почему он не видел их сам[431]: патологическая локализация появляется для него хотя и сама по себе, но в качестве вторичного феномена внутри симптоматологии, где локальные знаки отсылают не к местоположению болезни, но к их сущности. Наконец понятно, почему апологеты Пинеля смогли увидеть в нем первого из локализационистов: "Он совершенно не ограничивался классификацией объектов: материализуя некоторым образом науку, до этого слишком метафизическую, он пытался локализовать, если можно так выразиться, каждую болезнь или приписать ей особое местоположение, то есть определить место ее основного существования. Эта идея очевидно демонстрируется в новых наименованиях, предложенных для лихорадок, которые он продолжал называть летучими как бы для того, чтобы выразить последнее почтение доминировавшим до этого идеям, но определяя каждой особое местоположение, требуя включать, например, желтушные и слизистые лихорадки в особое раздражение некоторых отделов кишечной трубки"[432].

На самом деле то, что Пинель локализовал, было совсем не болезнями, а знаками,-и локальное значение, которое они имели, не указывало на исходную область, первичное место, в котором болезнь получает сразу и свое рождение и форму. Оно позволяло только опознать болезнь, посылающую этот сигнал как характерный симптом своей сущности. В этих условиях установление каузальной и временной цепи шло не от патологии к болезни, но от болезни к патологии как ее следствию и, может быть, привилегированному положению. Шомель в 1820 году еще останется верным Нозографии, поскольку будет анализировать кишечные изъязвления, отмеченные Бруссе "как следствие, но не причину лихорадочного недуга": не образуются ли они относительно поздно (лишь на второй день болезни, когда метеоризм, чувствительность правой абдоминальной области и сукровичные выделения указывают на их существование)? Не появляются ли они в этой части кишечной трубки, где ткани, уже раздраженные болезнью, наиболее долго застаиваются (окончание подвздошной кишки, слепая кишка, восходящий отдел прямой кишки) и в наклонных сегментах кишечника чаще, чем в вертикальных и восходящих[433]? Таким образом, болезнь гнездится в организме, закрепляя в нем локальные знаки, сама располагаясь во вторичном телесном пространстве, но ее сущностная структура остается предваряющей. Органическое пространство снабжено ссылкой на эту структуру; оно ее отмечает, но не управляет ею.

Обследование 1816 года до самого основания принадлежащее доктрине Пинеля, с удивительной теоретической ясностью демонстрирует ее постулаты. Но начиная с Истории воспалений обнаруживается в форме дилеммы то, что до этого предполагалось совместимым: или лихорадка идиопатична или она локализуема, и любая успешная локализация лишает лихорадку ее статуса летучести.

Без сомнения, эта несовместимость, логически вписанная внутрь клинико-анатомического опыта, была без излишнего шума сформулирована или, по крайней мере, заподозрена Простом, когда он демонстрировал лихорадки, отличающиеся друг от друга в соответствии с "органом, патология которого локализует их" или в соответствии с "типом повреждения" тканей[434], а также Рекамье и его учениками, случайно исследовавшими эти болезни - менингиты, отмечая, что "лихорадки этого класса очень редко бывают летучими болезнями, и они, может быть всегда, зависят от такого поражения мозга как воспаление серозного типа[435]". Но то, что позволило Бруссе трансформировать эти первые попытки в систематическую форму интерпретации всех лихорадок - это, без сомнения, разнообразие и, в то же самое время, связность областей медицинского опыта, которые он прошел.

Получив образование непосредственно перед Революцией в традиции медицины XVIII века, знавший в качестве морского военного врача проблемы, характерные для госпитальной медицины и хирургической практики, последовательно ученик Пинеля и клиницистов новой Школы здоровья, посещавший курсы Биша и клиники Корвизара, приобщившие его к патологической анатомии, он вернулся к военному ремеслу. Следуя за войсками из Утрехта в Майнц и из Богемии в Далмацию, он практиковался, как и его учитель Деженетт, в сравнительной медицинской нозографии, с большим успехом используя метод аутопсии. Все формы медицинского опыта, пересекавшиеся в конце XVIII века, были ему знакомы. Неудивительно, что он смог из их совокупности и сопоставления извлечь радикальный урок, который должен был придать каждой из них смысл и обобщить их. Бруссе был всего лишь точкой конвергенции всего этого опыта, индивидуально вылепленной формой его совокупной конфигурации. Он, впрочем, знал об этом, если говорил: "тот врач - наблюдатель, который не пренебрежет опытом других, но захочет удостовериться его собственным... Наши медицинские школы, которые не сумели сбросить иго старых систем и предохраниться от заражения новыми, сформировали за несколько лет субъектов, способных укрепить пока еще неустойчивое искусство врачевания. Широко известные среди своих сограждан или далеко рассеянные по нашим армиям, они наблюдают, они размышляют... Однажды, без сомнения, они заставят услышать свой голос"[436]. Вернувшись в 1808 году из Далмации, Бруссе публикует свою Историю хронических воспалений.

Это неожиданное возвращение к доклинической идее о том, что лихорадка и воспаление восходят к одному и тому же патологическому процессу. Но в то время как в XVIII веке эта идентичность делала вторичным различие общего и локального, у Бруссе она выступает естественным следствием тканевого принципа Биша, то есть необходимости нахождения поверхности органического поражения. Каждая ткань будет иметь собственный тип нарушений: таким образом, именно с помощью анализа частных форм воспаления на уровне частей организма необходимо начинать изучение того, что называется лихорадками. В тканях, пронизанных кровеносными капиллярами (таких, как мягкая мозговая оболочка или

легочные доли), будет обнаружено воспаление, провоцирующее сильный температурный скачок, нарушение нервного функционирования, расстройство секреции и, возможно, мышечные расстройства (возбуждение, напряжение). Ткани, слабо пронизанные кровеносными капиллярами (тонкие мембраны), приводят к сходным, но более слабым расстройствам. Наконец, воспаление лимфатических сосудов вызывает нарушение питания и серозной секреции[437].

В глубине этой совершенно глобальной детализации, стиль которой очень близок Биша, мир лихорадок в крайней степени упрощается. В легких будут обнаруживаться лишь воспаления, соответствующие первому типу (катар и перипневмония), воспаления, образующие второй тип (плеврит), и наконец те, источником которых является воспаление лимфатических сосудов (туберкулез легких). В пищеварительной системе слизистая мембрана может быть поражена либо на уровне желудка (гастрит), либо кишечника (энтерит, перитонит). Что касается их эволюции, она направлена в одну сторону, следуя логике тканевого развития: воспаление в кровяном русле, когда оно очень сильно, всегда затрагивает лимфатические сосуды. Вот почему плевриты дыхательной системы "приводят к легочному туберкулезу"[438]. Что касается кишечных воспалений, они постоянно тяготеют к язвенному перитониту. Гомогенные по своему происхождению и конвергентные в своей терминальной форме, воспаления разворачиваются в множественные симптомы лишь в этом промежутке. Они захватывают по симпатическим путям новые ткани и области: либо это развитие по ходу основных узлов органической жизни (так, воспаление слизистой кишечника может нарушать желчную и почечную секрецию, приводить к появлению пятен на коже и налетов во рту), либо оно последовательно поражает функцию связи (головная боль, мышечная боль, головокружение, оглушенность, делирий). Таким образом, все симптоматологические варианты могут быть выведены из этого обобщения.

Здесь располагается великий концептуальный поворот, который основывался на методе Биша, но еще не был ясен: локальная болезнь, генерализуясь, порождает специфические симптомы каждого типа; но лихорадка, взятая в своей первичной географической форме, есть не что иное, как локально индивидуализированный феномен в структуре общей патологии. Иначе говоря, отдельный симптом (нервный или печеночный) не является локальным знаком; напротив, это - указание на генерализацию. Только генерализованный симптом воспаления придает ему требование точно локализованного места поражения. Биша был озабочен задачей организменно обосновать генерализованные болезни: отсюда его поиски органической универсальности. Бруссе расщепляет дуплеты: отдельный симптом - локальное поражение, общий симптом - множественное расстройство, перекрещивая их элементы и показывая множественное расстройство за отдельным симптомом и локализованное поражение за общим симптомом. Отныне органическое пространство локализации реально не зависит от пространства нозологической конфигурации: последнее скользит по первому, смещая по отношению к нему свое значение и отражаясь в нем лишь за счет обращенной проекции.

Но что такое воспаление, процесс, имеющий генерализованную структуру, но всегда локализованный в определенной точке поражения? Старый симптоматологический анализ характеризует его через отечность, покраснение, жар, боль - через то, что не соотносится с формами, принимаемыми им в тканях: воспаление мембраны не представляет собой ни

боли, ни жара, ни, тем более, покраснения. Воспаление не является сочетанием знаков, оно есть процесс, который разворачивается внутри тканей: "Любое локальное возбуждение органического явления, достаточное, чтобы нарушить гармонию функций и дезорганизовать ткань, с которой оно связано, должно рассматриваться как воспаление"[439]. Таким образом, речь идет о феномене, включающем два различных патологических пласта уровня и хронологии: сначала функциональное расстройство, а затем расстройство текстуры. Воспаление есть физиологическая реальность, опережающая анатомическую дезорганизацию, делающую его воспринимаемым для глаза. Отсюда необходимость физиологической медицины, "наблюдающей жизнь, но жизнь не абстрактную, а жизнь органов и жизнь в органах в связи с любыми агентами, которые могут как-либо на них повлиять"[440]; патологическая анатомия, задуманная как простое обследование безжизненных тел, есть сама по себе собственный предел, покуда "роль и симпатическое влияние всех органов далеки от того, чтобы быть известными"[441].

Чтобы определить первичное и основное функциональное расстройство, взгляд должен уметь выделять область поражения, ибо она не введена в действие, хотя болезнь в своем исходном укоренении всегда локализуема, и благодаря функциональным расстройствам и их симптомам эти органические корни должны быть точно определены до самого поражения. Именно здесь симптоматология приобретает свою роль, но роль, целиком основанную на локальном характере патологического поражения: восходя по пути симпатических связей и органических влияний, она должна за бесконечно обширной сетью симптомов "свести" или "вывести" (Бруссе употребляет два слова в одном и том же смысле) исходную точку физиологических расстройств. "Изучать пораженные органы без упоминания симптомов болезни - это то же, что рассматривать желудок независимо от пищеварения"[442]. Так, вместо того, чтобы восхвалять, как это обычно делается, "без меры в дежурных писаниях преимущества описи", совершенно обесценивая "индукцию под именем генетической теории, априорной системы напрасных предположений"[443], следует заставить говорить о наблюдении симптомов языком патологической анатомии.

Новая, по сравнению с Биша, организация медицинского взгляда: начиная с Трактата о мембранах, принцип наблюдаемости был абсолютным правилом, а локализация представляла лишь его следствие. Начиная с Бруссе, порядок изменился. Именно потому, что болезнь по своей природе локальна, она, с другой стороны, и наблюдаема. Бруссе, особенно в Истории воспалений, допускает (и именно в этом он идет дальше Биша, для которого витальные болезни могли не оставлять следов), что любой "патологический недуг" включает особые "изменения феномена, который восстанавливает наши тела по законам неорганической материи". Как следствие - "если трупы иногда кажутся нам немymi, то это потому, что мы не умеем их спрашивать"[444]. Но эти расстройства, в особенности когда они имеют в основном физиологическую форму, могут быть едва видимыми, либо к тому же, как пятна на коже при кишечной лихорадке, исчезать со смертью. В любом случае, они могут быть несоразмерными по своей интенсивности и воспринимаемому значению тем нарушениям, которые они вызывают: то, что важно на самом деле, это совсем не то, что в этих расстройствах явлено зрению, но то, что в них определяется местом, где они развиваются. Разрушая нозологическую перегородку, возведенную Биша между витальным или функциональным нарушением и органическим расстройством, Бруссе, в силу очевидной структурной необходимости, поставил аксиому локализации выше принципа

наблюдаемости. Болезнь принадлежит пространству до того, как она стала принадлежать взгляду. Исчезновение двух последних классов а priori нозологии открыло медицине поле полностью пространственных исследований, детерминированное от начала до конца этим локальным значением. Забавно констатировать, что это абсолютное опространствливание медицинского опыта возникает не вследствие окончательного объединения нормальной и патологической анатомии, но прежде всего лишь для того, чтобы определить физиологию болезненного феномена.

Но необходимо продвинуться еще дальше к образующим элементам новой медицины и поставить вопрос об истоках воспаления. Последнее, будучи локальным возбуждением органических событий, предполагает в тканях некоторую "способность двигаться", а в контакте с этими тканями существование агента, запускающего и усиливающего механизмы. В качестве таковой выступает раздражимость - "свойство приходить в движение при контакте с инородным телом, которым обладают ткани... Галлер приписывал это свойство только мышцам, но сегодня все согласны с тем, что оно присуще всем тканям"[445]. Его не следует смешивать с чувствительностью, которая является "осознанием изменений, вызванных инородными телами, образующим лишь дополнительный и вторичный феномен по сравнению с раздражимостью: эмбрион еще, а апоплектик уже не обладают чувствительностью, но и тот, и другой сохраняют раздражимость. Приращение раздражимости провоцируется "телами или объектами, живыми или безжизненными"[446], которые вступают в контакт с тканями. Это могут быть внутренние или внешние агенты, но в любом случае - инородные функционированию органов. Серозная жидкость, выделяющаяся из тканей, может стать раздражающей для другой ткани или для себя самой, если она слишком избыточна. Но в той же мере это может быть изменение климата или режима питания. Организм болен лишь в связи с вмешательством внешнего мира или расстройством его функционирования, или анатомии. "После многочисленных колебаний в своем движении медицина, наконец, последовала по единственной дороге, которая могла бы привести ее к истине: наблюдению связи человека с внешними изменениями и одних органов человека с другими"[447].

Этой концепцией внешнего агента и внутреннего изменения Бруссе обходит одну из тем, которая преобладала, за небольшими исключениями, в медицине после Сиденхама: невозможности определения причины болезни. Нозология от Саважа до Пинеля была, с этой точки зрения, чем-то вроде фигуры, скрытой внутри этого отречения от каузального определения: болезнь удваивалась и устанавливалась сама собой в своем сущностном подтверждении, а каузальные последовательности являлись не чем иным, как внутренними элементами этой схемы, где природа патологии служит им эффективным основанием. Начиная с Бруссе - при Биша это было еще не известно - локализация нуждается в охватывающей каузальной схеме: местоположение болезни есть не что иное, как точка прикрепления раздражающей причины, точка, детерминированная одновременно раздражимостью тканей и раздражающей силой агента. Локальное пространство болезни есть в то же самое время и непосредственно каузальное пространство.

Итак, - и в этом великое открытие 1816 года - исчезает существо болезни. Органическая реакция на раздражающий агент, патологический феномен более не принадлежат миру, где болезнь в своей особенной структуре существовала согласно предваряющему ее

властвующему типу, в котором она сосредотачивала однажды рассеянные индивидуальные варианты и все вневидовые случайности. Они обретают в органической ткани, где структуры пространственны, каузальную детерминацию, анатомические и физиологические феномены. Болезнь теперь - лишь некоторое сложное движение тканей в реакции на раздражающую причину: именно в этом - сущность патологии, так как не существует более ни летучих болезней, ни сущностей болезней. "Все классификации, которые тяготеют к тому, чтобы заставить нас рассматривать болезни как отдельные существа, дефектны, а здравый ум, вопреки его воле, без конца возвращается к поискам страдающих органов"[448]. Так, лихорадка не может быть летучей: она "не что иное, как ускорение тока крови с увеличенным теплообразованием и нарушением основных функций. Это экономическое состояние всегда зависит от локального раздражения"[449]. Все лихорадки растворяются в длительном органическом процессе, почти полностью угаданном в тексте 1808 года[450], подтвержденном в 1816 году и по-новому схематизированном через восемь лет в Катехизисе физиологической Медицины. В основании всех лихорадок - одно и то же гастроинтестинальное воспаление: сначала простое покраснение, затем все более и более многочисленные пятна винного цвета в области червеобразного отростка; эти пятна всегда переходят в отечность поверхности, вызывая впоследствии изъязвления. На этой постоянной патоанатомической основе, которая определяет истоки и основную форму гастроэнтерита, процессы разделяются: когда раздражение пищеварительного канала больше распространяется вширь, чем вглубь, оно вызывает значительную желчную секрецию и боль в двигательных мышцах - это то, что Пинель называл желчной лихорадкой; у лимфатических субъектов, или когда кишечник наполнен слизью - гастроэнтерит принимает направление, которое заслуживает название слизистой лихорадки; то, что называли адинамической лихорадкой - есть "не что иное, как гастроэнтерит, достигший такой степени интенсивности, что силы уменьшаются, интеллектуальные способности притупляются... язык коричневает, рот покрывается черноватым налетом"; когда раздражение захватывает по симпатическим путям мозговые оболочки - оно приобретает формы "злокачественных" лихорадок[451]. Таким, либо другим разветвлением гастроэнтерит захватывает мало-помалу весь организм: "Совершенно верно, что ток крови пронизывает все ткани, но это доказывает лишь то, что эти феномены располагаются в любой точке тела"[452]. Итак, нужно лишить лихорадку ее статуса общего состояния, и к выгоде патоанатомических процессов, оформляющих ее проявление - ее "деэссенциализировать"[453].

Эта ликвидация онтологии лихорадки, вместе с допущенными ошибками (в эпоху, когда различие между менингитом и тифом уже начало ясно отмечаться), есть наиболее известный элемент анализа. На самом деле, в общей экономике анализа она не более чем негативная копия позитивного и более тонкого элемента: идеи медицинского метода (анатомического или, в особенности, физиологического), примененного к органическому страданию. Необходимо "позаимствовать у физиологии характерные черты болезни и распутать с помощью научного анализа всегда запутанные кризисы страдающих органов"[454]. Эта медицина страдающих органов содержит три момента:

1. Установить, какой орган страдает, что происходит, начиная с манифестации симптомов при условии выяснения "всех органов, всех тканей, образующих средства сообщения, с помощью которых эти органы объединены между собой, и

- изменений, которые модификации одного органа производят в других".
2. "Объяснить, как Орган становится страдающим", начиная с внешнего агента и придерживаясь основного факта, что раздражение может вызвать гиперактивность, или, напротив, функциональную астению, и что "почти всегда эти два изменения существуют одновременно в нашей экономике" (под действием холода активность любой секреции уменьшается, а легких - увеличивается).
  3. "Указать, что необходимо сделать, чтобы остановить страдание"; то есть устранить причину (холод при пневмонии), но также устранить "эффекты, которые не исчезают, когда причина не перестает действовать" (гиперемия крови поддерживает раздражение в легких при пневмонии)[455].

В критике медицинской "онтологии" понятие органического страдания идет, без сомнения, куда дальше и глубже, чем понятие раздражения. Оно дополнительно содержит абстрактную концептуализацию: универсальность, которая ему позволила, все объясняя, создавать для взгляда, направленного на организм, последний экран абстракции. Понятие "страдания" органов содержит лишь идею связи органа с агентом или местом страдания, как реакции на поражение, либо как ненормального функционирования, либо как нарушающего действия пораженного элемента на другие органы. Отныне медицинский взгляд будет направлен только на пространство, заполненное формами сочетания органов. Пространство болезни, без остатка и смещения, есть то же самое, что пространство организма. Воспринимать болезнь - есть некоторый способ воспринимать тело.

Медицина болезни Исчерпала свое время; начинается медицина патологических реакций, структуры опыта, которая доминировала в XIX веке, вплоть до определенного момента XX века, так как, не без некоторой методологической модификации, медицина патогенных агентов будет под нее подогнана.

Можно оставить в стороне бесконечные дискуссии, в которых приверженцы Бруссе спорили с последними сторонниками Пинеля. Патоанатомические исследования, выполненные Пети и Серром по проблеме кишечно-брыжеечной лихорадки[456], различие, установленное Каффином между температурными симптомами и мнимыми фебрильными болезнями[457], работы Лаллеманда по острому церебральному поражению[458], и, наконец, Трактат Буйо, посвященный "так называемым летучим лихорадкам"[459], мало-помалу вывели за границу проблемы само то, что продолжало питать полемику. Она закончилась, замолкнув. Шомель, который в 1821 году подтверждал существование генерализованных лихорадок без поражения, в 1834 году совершенно признал их органическую локализацию[460]. Андрал посвятил том своей Медицинской клиники в первом издании классу лихорадок, во втором - отнес их к внутренним плевритам и плевритам нервных центров[461].

Тем не менее, вплоть до его последнего дня, Бруссе атаковали со страстью, и после смерти его дискредитация не прекратилась. По-другому и не могло быть. Бруссе не удалось бы обойти идею летучих болезней иным образом, чем посредством экстраординарно высокой цены: ему следовало перевооружить старую, столь раскритикованную идею (из-за особенностей патологической анатомии) симпатических отношений. Он должен был вернуться к галеновской концепции раздражения; он сосредоточился на патологическом монизме, напомиавшем Брауна, и снова ввел в действие, в логике своей системы, старые

практики лечения. Все эти возвращения были эпистемологически необходимы, чтобы в своей чистоте появилась медицина органов, и чтобы медицинское восприятие освободилось от всех нозологических предубеждений. Но благодаря тому же факту, она рисковала затеряться разом в разнообразии феноменов и однородности процесса. Между монотонным раздражением и бесконечной яростью "кризисов страдающих органов" восприятие колеблется, прежде чем зафиксировать неизбежный порядок, где образуются все особенности: ланцет и пиявка.

Все было обоснованным в неистовых атаках, которые современники Бруссе организовывали против него. Но не все: то клинко-анатомическое восприятие, наконец обретенное в своей полноте и способное само себя контролировать, именем которого они обосновывали свои выступления против Бруссе, было обязано или по крайней мере должно было быть обязано окончательной формой равновесия его "физиологической медицине". Все у Бруссе противоречило тому, что наблюдалось в его эпоху, но он зафиксировал для своей эпохи последний элемент способа видения. Начиная с 1816 года, глаз врача мог адресоваться организму больного. Историческое и конкретное а priori нового медицинского взгляда завершило свое формирование.

Расшифровка структур лишь реабилитирует. Но поскольку в наши дни еще существуют врачи и другие специалисты, надеющиеся создать историю, сочиняя биографии, распределяя в них заслуги, - вот для них текст одного врача, который не был совсем уж невежественным: "Публикация Обзора медицинской доктрины есть одно из этих важнейших событий, летопись которых надолго сохранит память... Медицинская революция, основания которой заложил М. Бруссе в 1816 году, является, бесспорно, самой значительной из того, что медицина испытала в новые времена"[462].

---

Версия #1

Зверобой создал 26 мая 2025 15:00:41

Зверобой обновил 26 мая 2025 15:01:16