

И

337378

Проф. Д. Д. ПЛЕТНЕВ

# РУССКИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ

ЗАХАРЬИН, БОТКИН, ОСТРОУМОВ

---

Издательство Л. Д. Френкель

Москва / Петроград

1923

Проф. Д. Д. ПЛЕТНЕВ

615  
П-38

РУССКИЕ  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ

ЗАХАРЬИН, БОТКИН, ОСТРОУМОВ

— основоположители русской  
клинической медицины —

ВОЛОГОДСКАЯ  
ОБЛАСТНАЯ  
БИБЛИОТЕКА

Издательство Л. Д. Френкель

Москва / Петроград

1923

1188  
1188  
337378

61709)  
П 38

Петрооблит № 4033.

Напечатано 3000 экз.

Гос. уч.-пр. шк.-тип. имени тов. Алексева. Красная, 1.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                              | СТР. |
|------------------------------|------|
| Предисловие. . . . .         | 5    |
| Вирхов и Кл. Бернар. . . . . | 9    |
| Захарьин. . . . .            | 21   |
| Боткин. . . . .              | 43   |
| Остроумов. . . . .           | 79   |

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ.

Знаток и глубокий психолог русской истории Ключевский в одной из своих статей говорит: «Мы вообще неохотно заглядываем в свое прошедшее и робко ступаем вперед». И это верно. Нет народа, который бы меньше знал свое прошлое, чем русские. Это одинаково относится как к массе, которой подобное незнание извинительно потому, что в круг образования ее мало вводилось изучение истории, так и к наиболее культурному слою русских. Последний слой просто-на-просто мало интересовался своей историей, притом не только историей вообще, — тем, что принято называть русской историей, — но также и историей того предмета, который избирался специальностью.

Такое незнание недопустимо — как потому, что всякий уважающий себя народ помнит и чтит наиболее выдающихся своих деятелей, послуживших своими работами родине, иной раз и человечеству, так и потому, что всякое знание — в данное время я имею в виду представителей науки — преемственно. Зная труды своих предшественников, легче идти по пути исследования и совершенствования.

Поэтому изучение работ предшествовавшего поколения, а также сохранение имен и оценка деятель-

ности их в истории русской культуры являются нашим прямым долгом. Все сказанное в одинаковой мере относится к представителям различных дисциплин, в частности к представителям медицины.

Медицине менее посчастливилось в науке в смысле выявления особенностей русского творчества, русского таланта, чем это произошло в других отраслях науки и искусства. Нам известны русская литература, русская музыка, русская живопись, но нам неизвестна русская *научная* медицина. Общеизвестны отдельные блестящие имена, ее представляющие: Боткин, Корсаков, Мечников, Павлов, Пирогов, Сеченов и др., но мы не можем говорить о русской медицине так, как мы говорим об английской, немецкой, французской.

Английская и т. д. научная медицина есть не только литературное выражение, но ясно очерченное конкретное понятие. Этого нельзя сказать о русской медицине. Между тем русский талант так всестороннен, многогранен, что, несомненно, и в этой области он так же выявит себя, как выявил уже в области литературы и искусства.

Отдельные имена он выдвинул. Среди них почетное место принадлежит трем клиницистам, имена которых стоят в заголовке. Помимо Захарьина, Боткина и Остроумова найдется немало талантливых клиницистов, имеющих свое место в истории русской медицины. Достаточно назвать — я беру только скончавшихся — Виноградова, Волкова, Лашкевича, Левашова, Манассеина, Образцова, Опенховского, Л. Попова, Стольников, Эйхвальда и др. Все названные клиницисты выделялись своим талантом, оставили своих учеников, из которых многие сами заняли кафедры. Особенно ярок недавно скончавшийся киевский клиницист, которого можно считать создателем методи-

ческой пальпации, как диагностического метода, В. П. Образцов.

Тем не менее я посвящаю свой очерк только Захарьину, Боткину и Остроумову, так как они являются *основоположителями* всей русской клинической медицины. От них пошли дальнейшие ветвления, и другие клиницисты в большей или меньшей степени эволюционно выросли от указанных трех. Этим ничуть не умаляются ни талант, ни достижения, ни индивидуальность перечисленных выше других клиницистов.

Если бы я писал историю русской клинической медицины вообще, каждый из них занял бы в ней свое определенное место. При указанном же мной взгляде я остановился только на трех основоположителях русской клинической мысли.

В своем очерке я касаюсь исключительно научной и научно-педагогической стороны деятельности Захарьина, Боткина и Остроумова. Я умышленно не касался других сторон их жизни. Биография и психология личности их не входят в план моего очерка.

Я избегал полемики по поводу них, за редким исключением. Совершенно избежать ее было невозможно, так как по поводу покойных деятелей было написано несколько полемических, притом достаточно резких статей. Для того, чтобы у читателей, которые получают представление об изучаемых ученых по указанным полемическим статьям, не осталось впечатления, что последние безусловно правильны, ибо по поводу них не было ответа или опровержения, мне и пришлось несколько подробнее остановиться на них, чем я того хотел бы.

Все названные три лица умерли, ушли в историю. Они уже не вызывают и не должны вызывать к себе

того страстного отношения, как это было при жизни. Они подлежат объективной оценке.

В своем очерке я и пытался оставаться на этой объективной точке зрения, единственно правильной в настоящий момент. Этим между прочим объясняется значительное количество цитат в настоящем очерке. Свое понимание идей автора я всюду старался обосновать на подлинных словах разбираемого ученого. Делаю это еще и потому, что никто не может так ярко передать мысли талантливого ученого и писателя, как он сам.

Клязьма 31 декабря 1922 г.

*Д. Шлетнев.*

## I. ВИРХОВ И КЛ. БЕРНАР

### 1.

В 1847 г. в Париже гениальный мыслитель и экспериментатор Клод Бернар, заменивший на кафедре физиологии своего учителя, знаменитого Маженди, начал свою вступительную лекцию словами: «Мне поручено преподавание научной медицины; таковой не существует»—«*La médecine scientifique, que j'avais pour mission de vous enseigner, n'existe pas*».

Во времена Кл. Бернара, времена пересмотра научных доктрин и формирования новой, близкой к современной медицине, в физиологии, не стоящей перед немедленными требованиями практической жизни, а потому и более трезвой и наиболее критической из медицинских дисциплин, господствовал скептицизм. В общей патологии, не существовавшей, как самостоятельная дисциплина, но по требованиям жизни выступавшей во всех частных фактах, преобладали спекулятивные рассуждения; в практической медицине— грубая эмпирия.

Реформаторами медицины в половине XIX века, научной деятельностью которых была произведена

коренная ломка господствовавших в науке взглядов, явились Р. Вирхов и Кл. Бернар \*).

Вирхов, основатель клеточной патологии, видел в клетке самодовлеющий организм, и различные анатомо-гистологические изменения ее считал за сущность заболевания организма. На закате своей жизни он с таким же энтузиазмом защищал свою идею, как и при первом ее обосновании. На международном съезде врачей в Риме в 1894 г. он говорит: «Мне представляется чистым анахронизмом поднимать вопрос об общих заболеваниях перед столь высоким собранием. Если у кого из присутствующих еще сохраняется в какой-либо мозговой клетке воспоминание об общих болезнях, то, по здравом размышлении, он должен прийти к заключению, что в каждом больном человеке остается значительная, обычно даже большая часть здоровой жизни, и что больной, пожалуй, даже и мертвый, образует только часть тела. Кто этого не понимает, с тем не может быть никаких разговоров о патологии в духе естественно-научного мышления».

То обстоятельство, что не при всех заболеваниях находят анатомические, resp. гистологические изменения, не меняет существа дела. «В огромной области нервных болезней, равно и при отравлениях, оказывается много случаев, где отсутствуют патолого-анатомические изменения. Однако, это не потому, что здесь нет *sedes morbi*, но по той причине, что болезнь не вызвала видимых изменений в захворавших частях».

\*) По задачам очерка я не останавливаюсь на замечательных предшественниках Вирхова и Кл. Бернара. Знакомство с ними чрезвычайно интересно и поучительно. Для этого надо обратиться к первоисточникам или к книгам по истории медицинских идей.

Таким образом «приходится говорить о локализации болезни и в тех случаях, где мы не находим видимых изменений».

«Это и есть то, что я называю *анатомическим мышлением*. Я утверждаю, что ни один врач не может разумно мыслить о болезненных явлениях, если он для них не находит определенного места в теле».

В этих своих словах Вирхов только перефразировал свои мысли, высказанные им в первом издании «Патологии, основанной на теории ячеек (целлюлярная патология)», в 1858 г. «Не должно забывать, что в какой бы значительной мере сложные процессы, совершающиеся внутри ячейки, ни зависели от условий, не связанных с ее цельностью—истинная деятельность все же исходит от самой ячейки, которая и деятельна до тех пор, пока является нам самостоятельным и цельным элементом».

Вирхов сам хотел связать старую медицину с новой. «Мы хотим реформы, но не революции. Мы хотим сохранить старое и присоединить к нему новое».

Это ему не удалось. Под его влиянием медицина второй половины XIX века приняла клеточный характер, отрицая предшествовавшие научные теории, и только в конце XIX века и начале XX в. она стала одновременно патолого-физиологической и конституциональной, т. е. в понимание болезни вошли не только изменения отдельных клеток, но и нарушения разнообразных взаимоотношений частей организма, равно и изменения чисто конституционального морфологического и физико-химического характера.

## 2.

Новое течение медицинской научной мысли расцвело во Франции приблизительно в ту же эпоху.

На ряду с патолого-анатомическим мышлением Вирхова оно может быть охарактеризовано, как физиологическое, resp. физиолого-экспериментальное мышление. Возглавлялось оно физиологом Клод Бернаром.

Первым этапом научной медицины, по мнению Кл. Бернара, является период чистого наблюдения, вторым — период экспериментальной медицины. Последняя старается установить условия возникновения и существования физиологических и патологических явлений, ставя себе целью управление ими, тогда как наблюдательная только медицина передает лишь естественную историю явлений. Медицина не заканчивается в клинике. Она в ней только начинается.

«Я верю, говорит Кл. Бернар, в будущее медицины. Я верю, что пройдет время, когда ее научное состояние достигнет той же точности, какую мы видим в науках, изучающих неорганическую природу. Вступая на путь эксперимента, медицина делается чистой наукой».

В другом месте Кл. Бернар говорит: «Экспериментальная медицина есть движущаяся вперед наука, есть медицина развивающаяся, наука будущего.»

Знания одной патологической анатомии не достаточно для уяснения сущности болезни. «Параллельно с наблюдениями необходимо производить опыты на животных, если хотят основывать *действительно научную медицину* (*médecine vraiment scientifique*), охватывающую физиологию, патологию и терапию. Врач, желая уяснить болезнь, не должен опираться на одно патолого-анатомическое знание. Он должен исходить из наблюдения над больным и уяснять себе сущность болезни при помощи физиологии, опирающейся на данные патологической анатомии и всех вспомогательных наук, которыми пользуются биологи при своих изысканиях. Только в сочетании клиники и физиологии заключается

залог прогресса *медицины, как положительной науки*. Клиника естественно составляет основание медицины: она ставит вопросы, физиолог объясняет явления, не отрываясь от наблюдения у постели больного. Экспериментальная медицина не должна отрываться от клинического наблюдения, но должна возвращаться к нему лучше вооруженная».

Клод Бернар гениально предрекал, что врач-экспериментатор есть врач будущего. Этот врач, по мнению Кл. Бернара, должен отличаться от врачей-эмпириков тем, что он не будет довольствоваться одним наблюдением у кровати больного и констатированием того или иного конечного действия лекарств, он захочет при помощи эксперимента проникнуть в сущность явлений, понять физиологический механизм возникновения и развития болезни и сущность целебного действия лекарств. Сама терапия должна основываться на знании законов течения болезни и свойств лекарств.

Р. Вирхов и Кл. Бернар должны считаться мыслителями, положившими основание новой клинической медицине. И тот, и другой в половине XIX века похоронили спекулятивную и чисто эмпирическую медицину. Правда, эмпирия и до настоящего времени не потеряла вполне своего значения в практической медицине, но она остается в ней, как неизбежный фактор там, где знание еще не смогло дать своей базы опережающим его требованиям практической жизни. Как самодовлеющая система, она умерла.

### 3.

Переход, однако, от старой эмпирической медицины к новой патолого-гистологической (целлюлярная

патология) и физиологической произошел не сразу. Во всех странах новые идеи с трудом прокладывали себе путь, и в каждой из них находились талантливые врачи, с настойчивостью и упрямством защищавшие «свою медицину» от вторжения в нее новых идей. Особенно это относится к экспериментальной медицине. Клеточную патологию легче было принять и понять, чем вивисекционную. Микроскоп *ad oculos* демонстрировал изменения, протекающие в клетках. Отрицать их не было возможности. Техника микроскопического исследования при известном прилежании давалась относительно легко научно работающему врачу.

В ином положении оказалось вначале экспериментальное направление. Здесь, прежде всего, надо было экспериментировать с живыми, нередко страдающими от условий опыта, существами. Чрезвычайно трудна методика опытов. Еще труднее анализ явлений, синтезирование отдельных симптомов их. Все это вместе взятое объясняет, почему экспериментальное направление, прочно стоявшее в физиологии, лишь медленно прокладывало себе дорогу в клинике.

#### 4.

Так обстояло дело в западной Европе. Так же, но еще с большим опозданием, обстояло дело и в России. Идеи Вирхова и Кл. Бернара лишь медленно просачивались в нашу родину. Особенно это относится к экспериментальной медицине.

Так, в статье проф. Н. Ф. Голубова «О направлениях в русской клинической медицине (Москва и Петроград)», вышедшей в 1894 г. и напечатанной в четвертом выпуске «Клинических лекций» проф. Г. А. Захарьина,— статье, след., целиком разделяемой самим

Захарьиным, мы находим следующие воззрения: «Идеальную клинику до сих пор еще принято называть «гиппократической», так как в ней именно поддерживаются незыблемые принципы медицины, обессмертившие имя Гиппократата». «На ряду с такой чистой, классической клиникой в последние десятилетия народился другой тип клиники, в которой больной человек потерял первенствующее значение. Теоретическая, абстрактная сторона медицины, эксперимент над животными, поверхностное или одностороннее отношение к терапии в силу увлечения лишь случаями, где ожидается всегда, конечно, заманчивое и интересное для врача вскрытие — вот что воспребобладало в таких клиниках». «В последние десятилетия врачи даже освоились с аномалией, представляемой превращением клиники в лабораторию экспериментальной патологии».

Эпиграфом к своему сочинению Голубов, а с ним вместе, очевидно, и Захарьин, ибо он выпускает статью в «Трудах» своей клиники, выбирает слова I. M. Guardia: «В общем *вся медицина сводится к клинике, которая ограничивается практически приложением* (курсив мой) знания врачебного искусства к лечению болезней. Когда забывают эту основную истину, свет гаснет и почва уходит из-под ног».

Эти слова печатаются профессорами Московского университета: одним в расцвете его деятельности, другим на склоне, в самом конце XIX века, почти через полвека после вступительных слов профессора, не начинающего только свою ученую карьеру, но уже имеющего заслуги пред наукой, Кл. Бернара, и двадцать лет спустя после смерти этого ученого, всю жизнь с энтузиазмом и верою проводившего вышеприведенные идеи.

Перелом и начало расцвета русской медицины началось одновременно в Москве и Петрограде в начале шестидесятых годов прошлого столетия. Одновременно во главе факультетской и ей соответствующей в медико-хирургической академии академической терапевтической клиники, а вместе с тем невольно во главе московской и петроградской школы становятся два исключительно одаренных врача: Григорий Антонович Захарьин и Сергей Петрович Боткин. Безусловно прав Голубов, утверждая в упомянутой статье, что и одновременное занятие тем и другим кафедры терапевтической клиники... «составляет грань в истории русской клинической медицины, начинает собой новую эру».

Захарьин и Боткин почти одновременно учились в Московском университете.

Что из себя представляли наши университеты и руководящие представители научной медицины, ярко очерчено Н. И. Пироговым в его сочинениях и В. А. Белоголовым в его воспоминаниях. Беру из последнего несколько выдержек для того, чтобы дать краткое представление об учителях Боткина и Захарьина.

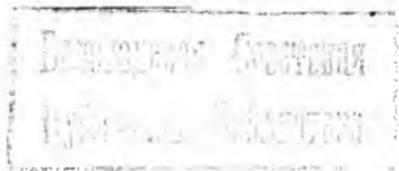
Белоголовый характеризует это время, как «допотопное». «Большинство профессоров читали свои лекции по запискам, лет 10—15 назад составленным, и относились к своему преподаванию, как к отбыванию чиновничьей повинности». Преподаватель Топоров, тридцать лет спустя после смерти Лаэннека, характеризовал методы перкуссии и аускультации, как шарлатанские приемы. Млодзеевский «наставник не бойкий, узкий и отсталый» не столь резко, но все же отрицательно относился к названным диагностическим методам, вошедшим в обиход не только западноевропейских клиник, но и практических врачей.

337378 75888

Из профессоров на слушателей оказывал наибольшее влияние знаменитый в летописях московского университета Ф. И. Иноземцев, «фанатик различных предположений», по словам Пирогова. Прекрасный лектор, тонкий наблюдатель, оригинальный ум, несмотря на ошибочность и в некоторых случаях фантастичность своих воззрений, он мог и должен был оказывать влияние на своих учеников, благодаря своей наблюдательности и живому критическому отношению к господствовавшим в медицине воззрениям. Иноземцев был одним из немногих, по словам Боткина, советовавших ему ехать для усовершенствования за границу. Многие профессора искренно удивлялись стремлению молодого Боткина за границу, считая, что наука в том виде, как она преподавалась в московском университете, законченна и совершенна.

С полученной в такой «научной» атмосфере подготовкой Боткин и Захарьин отправились на несколько лет за границу, откуда, во всеоружии полученных знаний, явились создавать русскую научную медицину, частично творить русскую культуру. Образовались две школы: московская и петроградская. Обе дали ряд выдающихся работ, из обеих вышел ряд талантливых клиницистов, сумевших поставить русскую научную медицинскую мысль рядом с европейской.

К научно-педагогической характеристике проф. Захарьина и Боткина мы и перейдем, не касаясь всех других сторон личности этих двух больших людей.





Проф. Г. А. Захарьин.

## II. ЗАХАРЬИН.

### 1.

По приезде за границу, прежде всего в Германию, Боткину и Захарьину пришлось учиться всей медицине заново, начинать с азав, по словам Боткина. Изучение медицины оба они начали параллельно с клиникой в лаборатории новатора медицины Р. Вирхова. К этому периоду времени относятся первые работы обоих русских ученых в области физиологии крови.

Если я не ошибаюсь, названная работа Захарьина остается единственной, им произведенной в лаборатории. Возвратившись в Россию, он целиком уходит в клинику (1861 - 1896 г.), в клинику «гиппократическую» т. е. такую, где все отдается наблюдению у постели больного, тонкой семиотике болезни, причем лаборатории и инструментальному исследованию больного отводится минимум внимания.

Утонченное наблюдение, терапевтическая эмпирия, доведенная до высоты искусства, практицизм — основание как личной научно-врачебной, так и предварительной деятельности Захарьина. В последней Захарьин ставит себе непосредственной целью готовить не научных исследователей, а практических врачей, «Какие цели, должно преследовать клиническое

преподавание?— Чтобы слушатели делались практическими деятелями, как можно скорее и как можно совершеннее... Чтобы предотвратить впадение в рутину, преподаватель должен указывать на все особенности встречающихся случаев—*индивидуализировать*» (Клинические лекции. Вып. 1, стр. 3). В этих коротких строках выразился весь преподаватель Захарьин. Он готовит практических врачей, но он хочет, чтобы практик и эмпирик не был шаблонен. «Усвоение слушателями метода и умения индивидуализировать должно быть главной целью преподавателя». «Кто усвоит метод и навык индивидуализировать, тот найдется и во всяком новом для него случае» (Вып. 1, стр. 4). Он старается утончить наблюдательность учеников, но вместе с тем он всячески старается избегать с ними постановки научных вопросов, не делает попыток объяснить клинические явления, оставаясь исключительно в области фактов.

«Он (преподаватель) должен помнить, что его первый долг есть клиническое обучение, образование научно-*практических* (курсив Захарьина) деятелей, врачей,—что значительная трата времени на что другое, а не на клиническое обучение, ведет лишь к преждевременному, а потому и бесполезному отвлечению еще незрелых слушателей от их необходимейших занятий, от удовлетворения их насущнейшим потребностям» (Вып. 1, стр. 37). В лекциях о заболеваниях желудка Захарьин, рекомендуя своим слушателям отвар кондуранго с каплями *pisicis vomicae*, говорит: «При хроническом катаре желудка полезны так называемые *горькие* (*amara*). Не касаясь фармакологического объяснения действия горьких средств, скажу, что *клинически польза их несомненна: при употреблении их во время принятия пищи диспепси-*

*ческие явления уменьшаются»* (Вып. 2, стр. 49. — Курсив мой).

Нежелание объяснить патогенез явлений, фармакодинамику лекарственной терапии характеризует не только Захарьина-преподавателя, но и Захарьина врача-мыслителя. Так, в своем научном докладе в заседании Московского Физико-Медицинского Общества в январе 1884 г., озаглавленном «Каломель при гипертрофическом циррозе печени и вообще в терапии», перед подготовленной аудиторией врачей, где именно желательно осветить вопрос с точки зрения фармакодинамики, где гипотеза, хотя несовершенная, вполне уместна, стимулируя мысль врача, Захарьин говорит: «Я не имею ни малейшего намерения пускаться в праздное гипотезирование». «Мое намерение, повторяю, не разъяснить фармакологию каломеля, а привести клинические доказательства действительности этого средства,—точнее: определить болезни, где его употребление успешно и, в сфере таких болезней, точнее поставить индикации к его употреблению» (Вып. 1, стр. 91).

В заседании того же общества в январе 1889 г. в своем докладе «О кровеизвлечении» Захарьин говорит: «Коснусь, по отношению к кровеизвлечению, лишь того периода истории медицины, которому сам был очевидцем; коснусь для того, чтобы показать, как сложилась моя личная опытность в употреблении этого средства». «Я буду краток, потому что намерен сообщить лишь то, что считаю фактически верным, и не коснусь теорий... Нет такой теории, против которой нельзя было бы возразить; а при этом всегда есть опасность,— правда, лишь при легкомысленном отношении к делу,— что, опровергая теорию, объясняющую факты, считают опровергнутыми

и последние. Убеждение же мое в фактической пользе кровезвлечений добыто тем же путем анализирующего и критического наблюдения, как и мое личное убеждение в пользе всякого другого из бесспорно действительных средств нашей терапии» (Вып. 1, стр. 50).

В приведенных словах – источник как трезвой критики, так и удержания научной медицины на первой ступени ее развития, по вышеприведенному выражению Кл. Бернара, периоде чистого наблюдения. Отправляясь только от фактов, не пытаюсь установить объединяющих их предположений, не делаю попыток к толкованию и синтезированию явлений, наблюдатель остается только эмпириком, не возвышаясь до мыслителя.

Путь науки есть путь собирания фактов и вместе с тем путь попыток, сплошь и рядом ошибочных, создания объединяющих факты теорий. Нередко неверные теории являются стимулом к дальнейшей эволюции научной мысли, стимулом к научному прогрессу. Из истории науки можно привести достаточное количество теорий, имеющих в данный момент только историческое значение и, тем не менее, сыгравших огромную роль в движении научной мысли вперед.

Достаточно указать на историю вопросов о свете, о движении, об энергии в природе, эволюции, наследственности и т. д., и т. д.

История человеческой мысли есть история человеческих заблуждений, и путь к истине ведет через цепь ошибочных гипотез. Исходя из этого, нельзя отказываться от георетических построений в медицине, оставаясь исключительно в области фактов.

Вместе с тем нельзя забывать и того, что в самом процессе искания объяснения фактов лежит задача научного исследования. Паскаль остроумно замечает по этому поводу «*Nous ne cherchons jamais les choses, mais la recherche des choses*» (*Pensées morales détachées. Art. IX—XXXIV*).

## 2.

Захарьин чуждается не только теорий в клинической медицине. Он по возможности избегает лабораторных методов исследования. Так, во всех выпущенных им четырех томах клинических лекций совершенно отсутствуют сфигмограммы, приводятся только самые элементарные анализы мочи, крови, желудочного сока. Отношение к ним московского клинициста характеризуется следующими его словами: «Сфигмография и сфигмоманометрия, не говоря уже об их крайнем неудобстве во врачебной практике, не могут заменить, определить качеств (главное — силы) пульса так же, как и качеств артерии осязанием». (Вып. 4, стр. 101).

Еще более осторожен, я сказал бы, почти враждебен Захарьин к применению желудочного зонда. «Я могу сказать свое мнение о значении этого метода исследования в его настоящем виде, для диагностики желудочных болезней вообще: лишь в редких случаях может представиться основательный повод к приложению этого метода; иное дело, если с течением времени получаемые при его помощи результаты и их достоверность будут расти». «Все сказанное о желудочном зонде относится к употреблению его с диагностической целью; иное дело — приложение его к терапии» (Вып. 2, стр. 34—35).

Жизнь показала, как неправ был Захарьин в своей оценке как сфигмографии, так и желудочного зонда. Неправ он был не потому, что у него не хватало прозорливости. В другом месте мы увидим, что она у него была высоко развита. Ему просто чужда была лабораторная и экспериментальная методика. Она не соответствовала его направлению. Он был прежде всего практик-эмпирик и обладал в этой области огромной интуицией. Все, что не давало ему немедленного результата, было чуждо его духу.

На той же странице Захарьин огульно отмахивается от детального исследования желудочного сока, мочи. «Напоминаю печальной памяти повальное титрование, мелочное исследование мочи, ничего не дававшее для практики, и пр.».

И это говорит преподаватель своим слушателям, зная, какое решающее значение для них имеет его авторитетный голос; зная, что к его голосу в печати— все это было им самим тотчас опубликовано,— будет прислушиваться вся Россия. Таково было, след., его убеждение и отношение к лабораторной и инструментальной методике исследования в клинике.

Вместе с этим у Захарьина проявлялась нелюбовь не только к методике. Как уже указано, ему чуждо детальное исследование, напр., мочи. Его удовлетворяет только указание на присутствие или отсутствие элементарных патологических составных частей мочи, таких, как белок, сахар, желчные пигменты. Он иронизирует над «научным» орнаментом уже воздвигнутого здания, над «мелочным исследованием» мочи, забывая, что другого пути научного изучения обмена веществ, как путь исследования конечных продуктов обмена,— в первую очередь, конечно, мочи— в то время не существовало. Пусть в тот момент это исследование еще

«ничего не давало для практики.» Но изучать обмен, хотя бы элементарно, надо было для той же практики в будущем и изучать именно в клинике, и с этой точки зрения преподаватель должен, критически отметивши все недостатки методики, указать путь, по которому следует идти врачу при постановке вопросов, а не отмахиваться огульно от них в виду недочетов методики. В это же время другие клиницисты, понимая недостатки практикуемой методики, старались подойти к решению вопроса, помимо химического исследования конечных продуктов обмена, еще и путем биологическим, изучая степень токсичности мочи (Бушар).

При анализе больного Захарьин охотно останавливается на тонкой семиотике и не останавливается на патогенезе страдания, на его этиологии.

Так, излагая дифференциальную диагностику между заболеваниями желчного пузыря и выхода желудка, Захарьин говорит: «Об объективном исследовании в таких случаях замечу, что если боль оказывается при давлении на упомянутое место, направленном вверх к правому подреберью (место правее средней линии живота, между пупком и реберным краем, в месте, соответствующем не то желчному пузырю, не то выходу желудка), то это говорит за болезненность желчного пузыря; если же при давлении, направленном вниз и внутрь (к пупку), то— за болезненность выхода желудка» (Вып. 3-й, стр. 39).

На ряду с такой детальной семиотикой об изменениях крови при хлорозе и пернициозной анемии говорится только вскользь, хотя гематология тогда уже народилась, но ее данные еще не вошли в обиход практического врача. В чем разница и значение кровяной морфологии при различных видах малокровия—ни слова.

Демонстрируя больную с хлорозом и указавши в начале лекции на то, что в крови «красных кровяных телец — 50%, а гемоглобина лишь 12% нормального количества; пойкилоцитоза и лейкоцитоза нет» при изложении терапии Захарьин говорит: «Назначено было железо и, как показывает ход болезни, успешно: при 8 пилюлях (указан состав пилюль Bland) явления хлороза уменьшаются, аппетит увеличивается, а тошнота после еды прошла» (Вып. 4-й, стр. 19). К удивлению, совершенно не<sup>т</sup>отмечается состав крови поправившейся больной. Преподаватель ограничивается только фразой об «успешном» лечении, появлении аппетита и исчезновении тошноты.

Семиотика настолько преобладает во врачебном миросозерцании Захарьина, оттесняя патогенез, что он, не поставивши диагноза больному, на лекции назначает ему лечение и мотивирует его симптоматикой. «Диагностика, в виду конца лекции — в следующий раз, а теперь два слова о лечении» (Вып. 3-й, стр. 4) и дальше на след. лекции: «Прежде чем перейти к окончательной диагностике, скажем о лечении, которое показуется сегодняшним состоянием больного. Катар желудка нет, а потому Эмская вода отменяется, кондуранго и пух будем продолжать, так как еще бывает, хотя и непостоянно, тяжесть под ложечкой и отрыжка и так как понос кончился лишь недавно, а запор еще продолжается. Франклинизация и массаж — хорошо действовали на больного, но теперь, с прекращением поноса, время заменить их гидротерапией» (Ibid., стр. 5).

В головы слушателей внедряется симптоматическая, а не патогенетическая терапия.

### 3.

Таковы недостатки Захарьина, как научного врача, как преподавателя. Наряду с ними, однако, он обладает и огромными достоинствами, как врач и преподаватель. В заслугу ему должен быть прежде всего поставлен самостоятельно, вне зависимости от каких бы то ни было влияний, выработанный метод исследования больных. Голубов вполне прав, утверждая, что «Московская школа дала русской медицине наилучший, самостоятельно выработанный оригинальный метод исследования больных».

Особенностью метода является детальный расспрос больного, его анамнез и исследование субъективного status его. Расспрос, не механическое сопоставление различных сообщаемых больным фактов,—это активное состояние ума врача. Умело направленный, он сразу рисует врачу картину условий жизни больного и эволюцию болезненных симптомов и реакцию его организма на окружающие условия. Благодаря методически проводимому расспросу, нередко с первых же шагов исследования выясняется индивидуальный характер заболевания. Неудивительно, что французский талантливый клиницист Гюшар, ознакомившись с методом Захарьинской школы, говорит, что в ней «расспрос подымается до высоты искусства». — «L'interrogatoire, qui est élevé à la hauteur d'un art».

Как указано, Захарьин избегал гипотез, избегал говорить о патогенезе заболевания. Изредка он это делал. Так, в лекции о хлорозе, он, что с ним исключительно редко бывает, задает себе вопрос: «Изменения крови при хлорозе и их следствия очевидны и, как видно из настоящего случая, могут быть громадны;

но где причина их?» (Вып. 4-й, стр. 16). В дальнейшем, разбирая этиологические гипотезы хлороза и отказавшись от них, он в нескольких строках останавливается на учении о внутренней секреции, только что завоевавшем научную базу, и приходит к заключению о соотношении «между каким-либо особым состоянием половых органов в период образования половой зрелости и хлорозом» (Вып. 4-й, стр. 18). Интуиция, которой в высокой степени был одарен Захарьин, позволила ему, при отсутствии научных данных, предугадать, где надо искать патогенетического решения вопроса о хлорозе.

Тонкий наблюдательный ум Захарьина позволил ему отметить конечные гиперэстезии над болящими глубокими частями, впоследствии получившие название Гедовских зон.

Помимо тонкой наблюдательности, у Захарьина был ясный критический ум. Так, при разборе желтушного больного Захарьин останавливается на вопросе о самостоятельной, без желчных камней, гепаталгии и, несмотря на то, что наличие последней защищает им ценный авторитетный исследователь печеночных заболеваний проф. Фрерикс, целиком отрицает их.

#### 4.

Практическая медицина за период своего существования повторно переживала смену увлечения различными терапевтическими средствами и, разочаровавшись в них, не имея научной базы для их оценки, переходила в период не здорового скептицизма— последний в своей основе опирается на знание— а скептицизма, граничащего уже с нигилизмом. Борясь с таким терапевти-

ческим нигилизмом, Вирхов учил, что практический врач должен опираться на научную эмпирию, т. е. такую эмпирию, где терапевтический эффект, полученный у постели больного, стоял бы в известной причинной зависимости от применения того или иного способа лечения, а не базировался только на положении: *post hoc, id est propter hoc*. Таким эмпириком, притом эмпириком талантливим, несомненно является Захарьин. «Такого принципа (принципа научной эмпирии) держатся в настоящее время все (!) непредубежденные врачи, держится московская школа», говорит его близкий ученик Голубов.

Во всех лекциях, научных сообщениях мотивом, освещающим и оправдывающим то или другое назначение, является личное наблюдение пользы его, виденное Захарьиным в практике.

Назначая *t-am cito*, Захарьин говорит. «Почему мы назначаем именно это средство, а не другое? Во 1-х потому, что в случаях, подобных настоящему, *t-ra cito* оказалась полезною, и я могу свидетельствовать об этом и по своему личному опыту, а во 2-х потому, что в настоящем случае *t-ra cito* более пригодна, чем другие средства, рекомендуемые против поноса . . . . . они менее надежны, по моим наблюдениям, чем *t-ra cito*» (Вып. 2, стр. 19).

«Главное основание к показанию щелочных минеральных вод при желчных камнях то, что практика показала пользу названных вод при этой болезни и указала способ их употребления» (Вып. 2, стр. 43).

В упомянутом уже докладе «О кровеизвлечении» Захарьин говорит «Убеждение же мое в фактической пользе кровеизвлечений добыто тем же путем анализирующего и критического наблюдения, как и мое личное убеждение в пользе всякого другого из бес-

спорно действующих средств нашей терапии» (Вып. 1, стр. 50).

Захарьин не ищет путей к разъяснению причин того или другого влияния. Он неоднократно видел пользу средства или метода, проверил его, пропустил через фильтр собственной наблюдательности—и этого довольно. Он сам *верит* в терапию вообще и в частности в свою терапию и потому может заразить этой верой и своих учеников.

Как он мастерски описывает влияние и дает показания к применению гидротерапевтических процедур, массажа, минеральных вод! В нескольких строках он очерчивает гидро- и механотерапию и, несмотря на всю схематичность и краткость, он дает представление о названных методах, импрегнирующихся отныне в мозгу у студентов.

Также мастерски Захарьин схематизирует показания к лечению минеральными водами и пользу от их применения в каждом отдельном случае. Не без основания утверждает Голубов, что «постановка вопроса о лечении минеральными водами составляет оригинальную особенность, славу и украшение московской школы».

Теперь мы знаем, что и взгляд на терапевтический эффект и все индивидуальные показания Захарьина к назначению отдельных вод не более, как схема, но прекрасная схема для практического врача.

История показывает, что в оценке минеральных вод научно прав был современник Захарьина Боткин, говоря о применении их при желчно-каменной болезни: «Лечение минеральными водами считается здесь своего рода панацеей и на первом месте ставится Карлсбад, у нас Эссентуки, также дающие иногда блестящие результаты, далее Мариенбад, Киссинген,

**Виши и проч.** Конечно, каждая из этих вод имеет свои особенности, и каждый случай надо индивидуализировать, что, надо сознаться, представляет вопрос довольно мудреный. Разрешить этот вопрос теперь, дать вам определенную меру, так сказать, шаблон этого лечения, сказать, какую воду надо предпочитать, теплую или холодную, богатую или бедную угольной кислотой.—я не считал бы возможным и скажу только одно, что в случаях, где колики очень часты и сильны, я обыкновенно избегаю употребления воды холодной и богатой угольной кислотой» (Вып. III, стр. 106).

Боткин открыто сказал «ignoramus» и за это претерпел не мало нападок. «Итак, пишет по этому поводу Голубов, мы видим как бы бессилие решить столь важный терапевтический вопрос. Какое же представление о лечении минеральными водами вынесут с лекций для своей деятельности слушатели, если их талантливейший учитель, опытный врач, считает индивидуализирование минеральных вод вопросом мудреным и отказывается дать им какие-либо мало-мальски определенные указания».

Захарьин постоянно говорил «не знаю», но это касалось науки, а в практике он говорил «знаю». Боткин же имел мужество говорить и там, и там «не знаю». Эмпирия его не удовлетворяла, и за то он был повинен.

Практическая медицина причудливая, если не сказать,—иногда трагическая дисциплина. Во все времена к ней предъявляется всегда одно и то же требование: «помоги ближнему мне, страдающему существу», и если наука или врач не могут этого сделать—чего они стоят! Нигде не находятся в такой трагической коллизии между собой наука и практика, как в меди-

цине, и, поэтому, иногда откровенность ученого врача в этом направлении является его виной. Лишний раз оправдывается изречение: «прав тот, кто во время прав».

В своей эмпирической чуткости Захарьин говорит иной раз вещи, которые сразу звучат какой то ересью: Захарьин разрешает больным употребление крепкого чая, кофе, даже алкоголя! Да, Захарьин это делает, но делает в следующей форме. Он предупреждает своих слушателей, что нельзя налагать шаблонно запрет на такие *pervina*, как чай, кофе и даже вина. «Требовать полного прекращения в известных случаях надо с большой осторожностью, зрело обдумав все обстоятельства, все *pro* и *contra*» (Вып. 2й стр. 45). Прекращение же употребления чая у разбираемого больного «не только не своевременно, но прямо ошибочно».

## 5.

Как сказано, вера самого Захарьина в эффект средств, им признанных, велика, я бы сказал -- иногда безгранична.

*Теперь* нельзя, напр., без улыбки читать такие утверждения: «Иногда понижение температуры при крупозной пневмонии от каломеля прямо переходит в кризис» (Вып. 1, стр. 116). Или при даче каломеля по грану (0,06) через час — до 12 гран в сумме максимум при роже. «Иногда температура падает до нормы и больше не поднимается; тогда и распространение рожи прекращается. Если же лихорадка снова поднимается, рожа продолжает распространяться, и состояние сил больного удовлетворительно, то даю каломель во 2-й раз прежним порядком. Более двух раз не приходится давать или потому, что рожа прекра-

щается, или потому, что она хотя и длится, но лихорадка не велика, а силы больного с продолжением болезни уменьшаются». (Вып. 1, стр. 113).

После авторитетной рекомендации Захарьиным каломеля при роже, пневмонии и др. заболеваниях, последний был испробован в тысячах случаях, и того магического эффекта от каломеля, какой приписывает ему Захарьин, другие врачи не могли отметить. А раз Захарьин в такой форме рекомендовал каломель, то след., именно, так он и сам верил.

Разбирая больного с плевритическим экссудатом, Захарьин полемизирует с врачами, придерживающимися выжидательной терапии. «Я нахожу, по своим наблюдениям, что чем скорее удастся сломить острый стадий плеврита, тем лучше дальнейшее течение болезни, тем скорее наступает всасывание экссудата и возможность способствовать ему терапевтическими средствами». «В остром периоде плеврита — главное место этого средства (салициловый натр), обуславливающего падение температуры и вместе резкое уменьшение боли, одышки и кашля» (Вып. 4-й, стр. 33 и 34). И действительно, у туберкулезного больного, каким был лекционный плевритик, после четырех дней салициловой терапии по 3,0 p. die «температура пала окончательно, и состояние больного резко улучшилось».

Мы знаем теперь, что сплошь и рядом туберкулезные плевриты значительно противостоят салициловой терапии, и что «сломить» острый стадий экссудативного плеврита далеко не так просто, как это рекомендует Захарьин, при помощи салицилового натра. Но в разбираемом случае эффект был блестящ, и для слушателей снова «прав тот, кто во время прав».

Раз поверивши в известное средство, Захарьин остается ему верен, и, странным образом, в подобных

случаях ему иногда как-то изменяет его практическое чутье, и он или не видит, или, быть может, не хочет видеть того, что он ошибся в оценке средства, переоценил его. Так обстоит, напр., дело с креозотом при туберкулезе. Захарьин видел в нем чуть ли не панацею, считал его почти *specificum* при туберкулезе. «Специфическое средство то, которое действует не на какой-нибудь симптом болезни, а очевидно ударяя, так сказать, в самый центр последней, сразу на все, уничтожая их, прекращая болезнь, как хинин при малярии и салициловый натр при остром сочленовом ревматизме. Если пока так определять специфическое средство, то, конечно, такого бесспорного против бугорчатки, каков хинин против малярии, нет; но креозот производит при бугорчатке такое действие, которое нельзя назвать лишь симптоматическим, — притом только при бугорчатке и расположении к ней, но, сколько известно, ни при какой другой болезни» (Вып. 4-й, стр. 58). «При их (креозот и гваякол) продолжительном и постепенно увеличиваемом употреблении аппетит увеличивается, бывшие диспептические явления (легкие) проходят, питание и силы значительно, иногда поразительно, увеличиваются, так же как и местные явления» (стр. 62). По мнению Захарьина, в некоторых случаях креозот является даже коррективом к климатическому лечению. Он приводит случай 12-летней девочки из своей практики с туберкулезными бактериями в мокроте, где двухмесячное пребывание на юге Франции было для нее бесполезно, и «лишь после того, как больная стала принимать креозот, здоровье стало поправляться» (*Ibid.*, стр. 83).

Захарьин настолько увлечен креозотом, что ради него согласен пожертвовать высоко им ценимым, притом вполне справедливо ценимым, кумысом.

«До введения во врачебную практику больших приемов креозота при лечении хронической бугорчатки легких, кумыс был лучшим средством для поправления в кратчайший срок питания и сил, а равно и местных симптомов. С того времени значение кумыса уменьшилось во 1-х потому, что креозот, хотя и несколько медленнее, дает те же результаты... во 2-х лечение креозотом несравненно доступнее, чем поездки на кумыс...» (Вып. 4-й, стр. 59).

В данном случае Захарьин оказался не прав. Креозот, гваякол и др. лекарства этого порядка остаются только симптоматическими средствами при лечении бугорчатки легких, значение же кумыса осталось непоколебленным.

Во всей деятельности Захарьина, как врача, есть элемент психотерапевтический. Он сам во введении в свои клинические занятия, блестяще характеризуя, каким должно быть предсказание врача, отмечает в нем для больного элемент внушения. Он говорит своим слушателям, что нередко «предсказание (делаемое больному) совпадает с лечением».

Психотерапии, как самостоятельного метода лечения, во времена Захарьина не существовало. Но сам он был величайшим психотерапевтом своей эпохи и, как таковой, принес больше пользы больным, чем многие из современных специалистов психотерапевтов, шаблонно практикующие свои методы. У него была высок развитая интуиция в понимании *больного человека*. И там, где ему иногда не хватало знания для понимания патогенеза болезни, там у него было чутье к пониманию страдающего человека. И так как нельзя лечить болезнь, а надо лечить больного—в конце концов болен человек, а не какой-либо один или два органа его—то там, где нервная система в определенных своих

функциях принимала участие в общей картине болезни, Захарьин бывал незаменимым одновременно терапевтом и психотерапевтом.

Захарьин, как уже выше отмечено, в своих лекциях неоднократно иронизирует относительно инструментальной и лабораторной техники, «научных орнаментов» диагностики, иронизирует над врачами, умеющими производить разнообразные исследования и анализы и не умеющими подойти к больному с разумным распросом. Не любит Захарьин в частности сфигмографии. Рядом с ним его ученик Голубов пишет: «Сколько лишнего и мелочного можно найти в области современной физической диагностики и семиотики»... Припомним судьбу кропотливой семиотики мочи и пульса прошлых столетий. В той же статье, являющейся сплошным панегириком Захарьину, ряд нападок на эксперименты, производимые в клинике, на экспериментальное направление некоторых клиник. Это мнение, очевидно, разделяется и самим Захарьиным, ибо, как уже выше отмечено, статья Голубова помещена в 4 выпуске клинических лекций Захарьина рядом с его собственными статьями «О сифилисе легких» и «О пиперацине», след., с его согласия и по его желанию.

И в том же 4-м выпуске рядом с упомянутой полемической статьей «О направлениях в русской клинической медицине» помещена работа того же Голубова «О кумысе», в которой приведен ряд цифр колебаний периферического кровяного давления и несколько хорошо снятых сфигмограмм, превосходно иллюстрирующих влияние кумыса на кровообращение. На основании их Голубов вполне правильно *научно, не только практически*, оценивает эффект терапевтического влияния кумыса.

Захарьин не терпит экспериментов в клинике, и Голубов дважды в своей статье подчеркивает слова Шарко, сказанные им проф. Гирту, что тот у него не увидит «клиники собак» и... Захарьин устраивает к концу своей профессорской деятельности при факультетской терапевтической клинике экспериментально-бактериологическую лабораторию, заведывание которой поручает прив.-доц. А. И. Войтову. В этой лаборатории делаются опыты на лягушках, морских свинках, мышах, кроликах и... собаках, и соответственные экспериментальные работы (Воронин, Флеров) печатаются в 3-м и 4-м выпусках «Клинических лекций» Захарьина и «Трудов» его клиники рядом с упомянутой статьей Голубова. Одна из этих экспериментальных работ, притом имеющая серьезное научное значение, именно «Экспериментальные исследования по этиологии крупозного воспаления легких» К. Ф. Флерова была предложена к исполнению самим Захарьиным и впоследствии выпущена из Клиники в качестве диссертации.

Мало того, в том же 4 выпуске знаменитым хирургом-клиницистом, проф. В. Ф. Снегиревым, печатается статья из гинекологической клиники о паре, как крокроестоанавливающим средстве, статья, основанная на экспериментах над собаками.

Захарьин был консерватор по складу своего духа. Консерватизм есть элемент человеческой психики, он заложен внутри самого человека. Последний рождается с наклонностью или, наоборот, негативизмом к консерватизму. «Каким кладут в колыбельку, таким и в могилку».

Консерватизм в таком человеке всегда проявится по разному, конечно, в зависимости от того, будет он политическим, общественным деятелем, или работником науки, искусства. Жизнь может заставить таких

деятели переменить свои мнения, если доказательства жизни окажутся достаточно убедительными. В некоторых случаях такая перемена явна для всех; в других—сам консерватор даже себе не сознается в этом, делая уступки частично.

Так было и с Захарьиным. Он родился консерватором. С энтузиазмом воспринял эмпирическую медицину. Его огромный талант, его интуиция дали ему возможность занять первенствующее место среди современников, основать общепризнанную школу, быть ее главой. Он выдвинулся в переходную эпоху, когда пути расходились — один путь эмпирии и чистого наблюдения у постели больного, другой путь, намеченный Кл. Бернаром, путь параллельного клинического наблюдения и эксперимента. Захарьин выбрал первый и долго сопротивлялся последнему. Официально — до самой смерти, если судить по его писаниям и писаниям Голубова, а неофициально — в то время, как Голубов печатал свои полемические выпады против клиник, где процветают эксперименты, против «клиники собак», во втором этаже факультетской терапевтической клиники экспериментировал над собаками ученик Захарьина К. Ф. Флеров по предложению самого директора клиники и своего учителя (см. Вып. 3-й стр. 336).

Жизнь сильнее каждого человека, и не всегда можно до смерти донести свои мнения неизменными. Так было и с Захарьиным. Он был слишком умен, чтобы не видеть требований растущей науки. Он им уступал, но уступал по одному шагу, официально продолжая свою полемику с невраждующим, противным складу его мышления, научным направлением.



П. С. Боткин.

### III. БОТКИН.

#### 1.

Переходим к рассмотрению С. П. Боткина, как ученого и преподавателя. Современник в полном смысле слова (1861—1889) Захарьина и основатель Петроградской клинической школы, он рельефно очерчен как в им самим составленных лекциях и научных трудах, так и в очерках его учеников (Сиротинин, Чистович), его друзей (Белоголовый) и противников (Голубов). Начнем и здесь, как при очерке деятельности Захарьина, с его вступительных лекций, в которых преподаватель высказывает обычно свое научное и педагогическое credo. Оно выражено в двух напечатанных вступительных лекциях студентам и в его речи «Общие основы клинической медицины», произнесенной на торжественном акте в Военно-Медицинской Академии 7 декабря 1886 г. Начнем сначала с его взгляда на медицину, как на науку, потом перейдем ко взгляду на нее, как на практическую дисциплину.

«Свойством самосохранения отличается все живое; жизнь есть самосохранение в обширном смысле этого слова,— свойство, равно принадлежащее живой элементарной клетке и самому сложному организму, состоящему из целой массы элементов». «Реакция

организма на вредно-действующие на него влияния внешней среды и составляет сущность больной жизни. Болезнь есть явление проходящее, временное, и только в том случае, если организм не восстановит своего равновесия, оно становится постоянным, влияя, в большей или меньшей степени, на укорочение жизни. Восстановление нарушенного равновесия жизни организма совершается в силу той же способности живого элемента приспособляться — свойства, которым отличается все живое». «Сущность этого свойства приспособления заключается в тех же сложных физико-химических процессах, которые составляют основу общего свойства живого существа — самосохранения». «Болезнь не есть нечто особенное, самостоятельное, она представляет обычные явления жизни при условиях, невыгодных организму». «В силу свойств самосохранения, в силу приспособляющейся способности живого организма к различным внешним условиям и в силу преимущества — человек живет и совершенствуется как в физическом, так и в нравственном отношении» (Клин. лекции. Вып. 1, стр. 2—5).

«Знание человека, его взаимных отношений к окружающей среде, его способность приспособления к различным, более или менее, неблагоприятным изменениям этой среды; возможные границы восстановления равновесия и те условия, при которых равновесие восстанавливается более или менее скоро — вот существенные вопросы, которые ставятся нам в практической жизни по поводу каждого представившегося нам случая». «Существовавшее знание некоторых фактов, не подведенных под общие истины, не составляет науки» (Ibid., стр. 6—7.)

Смотря на болезнь, как на ту же жизнь, но при измененных условиях, врач естественно ищет

способов воздействия на физико-химические процессы, которыми характеризуется здоровая и больная жизнь. «Но механизм и химизм животного организма до такой степени сложны, что, несмотря на все усилия человеческого ума, до сих пор еще не удалось подвести различные проявления жизни как здорового, так и больного организма под математические законы. Это обстоятельство, ставящее медицинские науки в ряд наук неточных, значительно затрудняет применение их к отдельным индивидуумам. Кто знаком с алгеброй, тот не затруднится при разрешении задачи уравнения с одним или большим количеством неизвестных; другое дело – разрешение задач практической медицины: можно быть знакомым и с физиологией, и с патологией, и со средствами, которыми мы пользуемся при лечении больного организма, — и все-таки, без умения приложить эти знания к отдельным индивидуумам, не быть в состоянии разрешить представившуюся задачу, если даже решение ее и не переходит за пределы возможного. Это умение применять естествоведение к отдельным случаям и составляет собственно *искусство лечить*, которое, следовательно, есть результат неточности медицинских наук. Понятно, что назначение врачебного искусства будет уменьшаться по мере увеличения точности и положительности сведений».

«Начинающему заниматься клинической медициной... предстоит изучить искусство применять приобретенные им сведения к разрешению следующих практических вопросов, которые представляются ему с каждым больным, именно: в чем состоит индивидуальность данного больного и какие меры нужно принять для излечения или для облегчения патологических проявлений его жизни» (Курс клиники внутренних болезней, т. I. стр. 2—3).

Будучи убежденным, что практическая медицина не может еще претендовать на точную науку, и что врачу раньше почти исключительно, а теперь нередко, приходится руководиться чутьем, инстинктом, доставая знания эмпирическим путем, Боткин верит в возможность и сам стремится к научному обоснованию медицинской практики.

«Успех и прочное развитие практической медицины будут обуславливаться уменьшением значения в ней инстинкта и большого подчинения науке или разуму» (Основы Клини. мед. стр. 9.).

Блестяще очертил Боткин значение и задачи практической медицины и необходимость индивидуализации больного—в лекции, прочтенной студентам в 1862 г. Она была прочтена тогда, когда эмпирия царила в полной степени.

В России он выступал первым новатором клинической медицины. Быть новатором нелегко, и всякий выступающий в этой роли чувствует это на себе.

Нелегко было и Боткину. Маленький факт из этого периода его деятельности. В 64 году Боткин заболевает тяжелой формой сыпного тифа. С трудом он переносит его и для поправления отправляется за границу, в Италию. Освеженный и, в конце отдыха, попутно поработавши в лаборатории у Вирхова, Боткин возвращается к началу осеннего семестра в Петроград с тем, чтобы снова энергично взяться за работу. За время его отсутствия, однако, в городе уже была пущена молва, что у Боткина после тифа развилось мозговое расстройство и что он не сможет больше руководить клиникой.

Зависть и злоба во все времена человеческой истории были элементами борьбы людей между собой. Зависть заставляла современников и противников Бот-

кина много раз и в разных видах выступать против него, несмотря на то, что он нес в общество завоевания науки и желание отдать свои знания родине и, быть может, даже человечеству, настолько он был крупен, как научная индивидуальность.

Однако, вернемся к упомянутой лекции Боткина в 1862 г. («Мед. Вестник» 1862 г., № 41).

Отметив роль и значение эмпирии в медицине, он подчеркивает необходимость серьезного естественно-научного образования для врача, и говорит дальше: «Чтобы избавить больного от случайностей, а себя от лишних угрызений совести, и принести истинную пользу человечеству, неизбежный для этого путь есть путь научный, по которому вы пошли с самого начала и который не должны оставлять, приступая к практической медицине, а потому в клинике вы должны научиться *рациональной* практической медицине, которая изучает больного человека и отыскивает средства к излечению или облегчению его страданий, а потому занимает одно из самых почетных мест в ряду естествоведения. А если практическая медицина должна быть поставлена в ряд естественных наук, то понятно, что приемы, употребляемые в практике для исследования, наблюдения и лечения больного, должны быть приемами естествоиспытателя, основывающего свое заключение на возможно большем количестве строго и научно наблюдаемых фактов. Поэтому вы поймете, что научная практическая медицина, основывая свои действия на таких заключениях, не может допускать произвола, иногда тут и там проглядывающего под красивой мантией искусства, медицинского чутья, такта и т. д. Представляющийся больной есть предмет вашего научного исследования, обогащенного всеми современными мето-

дами; собравши сумму анатомических, физиологических и патологических фактов данного субъекта, группируя эти факты на основании ваших теоретических знаний, вы делаете заключение, представляющее уже *не диагностику болезни, а диагностику больного* (курсив мой), ибо, собирая факты, представляющиеся в исследуемом субъекте, путем естественного опыта, вы получите не только патологические явления того или другого органа, на основании которых дадите название болезни, но вместе с этим вы увидите состояние всех остальных органов, находящихся в большей или меньшей связи с заболеванием и видоизменяющихся у каждого субъекта. Вот эта-то *индивидуализация каждого случая, основанная на обязательных научных данных, и составляет задачу клинической медицины и вместе с тем самое твердое основание лечения, направленного не против болезни, а против страдания больного* (курсив мой). Частная терапия рисует вам отдельные болезни, указывая на лечение их; клиническая же медицина представляет вам эти болезни на отдельных индивидуумах со всеми особенностями, вносимыми в историю болезни известной индивидуальностью больного. Частная терапия говорит вам, что при воспалении легкого употребляют кровопускание, рвотный камень, наперсточную траву и пр. и пр.; клиническая же медицина, основанная на индивидуализации случая, говорит: Петру сделайте *venae sectionem*, Ивану дайте *digitalis* и проч. Из этого вы видите, что основанием клинической медицины служит самое подробное исследование данного случая, которое, если не всегда будет иметь приложение к лечению в настоящее время, то послужит впоследствии наилучшим материалом для будущей более счастливой терапии».

В приведенных словах самого Боткина заключается лучший ответ на упрек ему и его школе в том, «что увлечение экспериментом перешло должные границы в ущерб, конечно, чисто клинической деятельности у постели больного человека». (Голубов).

Боткину делался упрек в том, что он мало отдает времени расспросу больного, быстро переходя к объективному исследованию. Наиболее резко звучат упреки в устах Голубова и Васильева, из которых последний был одно время ординатором клиники Боткина.

Сам я никогда не слышал и не мог слышать Боткина. Он умер раньше, чем я стал студентом медицины. Но личные и печатные отзывы учеников Боткина, заслуживающих уважения, как научные работники и отдающие себе отчет критики, говорят противное. Так, ученик Боткина Н. Я. Чистович говорит: «Расспрос длился долго и для новичков мог показаться даже слишком детальным».

Таков же отзыв и другого ученика Боткина, В. Н. Сиротинина. Упомянув осторожно о «недоразумении со стороны автора критики, никогда не слышавшего лекций С. П. Боткина и судившего о них и о нем, как о клиницисте, весьма поверхностно и с предвзятой точки зрения», Сиротинин говорит далее: «Всякий из слышавших лекции С. П. может засвидетельствовать, как подробно и обстоятельно расспрашивал он больных, прежде чем приступить собственно к собиранию объективных данных, и как каждое, даже мельчайшее, но точное указание больного—получало впоследствии значение и ярко освещалось при разборе диагноза и терапии» (LVI).

Переходим к диагностике профессора Боткина. Она была безукоризненна—это не только по отзывам его

учеников и друзей, но и по отзывам противников его, как ученого и преподавателя. «Петербургская школа несомненно блистала диагностиками секционного стола» (Голубов). «Проф. Боткин, в талантливости и врачебной прозорливости которого никто, конечно, не может усомниться...» (Голубов).

Образцом диагностики Боткина может служить случай расширения желудка. Разобравши в подробностях все диагностические методы для определения последнего, Боткин говорит: «Позволяю себе так распространяться об этом потому, что за последнее время практические врачи несколько злоупотребляют диагностикой расширения желудка, предполагая нередко это страдание на основании только обычных клинических признаков, даваемых наблюдением, перкуссией и ощупыванием даже и в тех случаях, где видимые перистальтические сокращения, — этот единственно надежный диагностически, из даваемых наблюдением, признак, — отсутствуют». (Лекции, Вып. 3, стр. 153).

Боткин тщательно анализирует все отдельные симптомы, сопоставляет все признаки существующего расширения, с наличием достаточного химизма желудочного пищеварения, отмечая слушателям все существенное значение такой диссоциации, и приходит путем исключения к выводу, что здесь расширение желудка *suū generis* на почве расстройства иннервации его вслед за сотрясанием мозга. Если в настоящее время при наличии Рентгеновских лучей, диагностика была бы поставлена точно, и весьма вероятно, что первопричина расширения допускала бы иное толкование, чем то, которое дал ему Боткин, то все же конструкция этиологического и патогенетического диагноза петроградского клинициста должна быть признана в научном отношении весьма правдо-

подобной и чрезвычайно поучительной для слушателей.

Диагностика у Боткина была во всех случаях, как и в данном, не только анатомическая, но и этиологическая и патогенетическая. Так, разбирая симптоматиологию хлороза, Боткин утверждает, что «сводить всю симптоматиологию хлороза на первичные изменения в крови мы не имеем права». «Считаю крайне важным не искать непременно причинной связи между всей этой симптоматологией и обеднением крови красными кровяными шариками, что делается и до сих пор в весьма многих руководствах». «Я пойду даже далее и позволю себе усумниться в том,—представляют ли изменения крови при хлорозе явление первичное, позволю себе поставить вопрос, не происходят ли, наоборот, первичные изменения в нервных аппаратах, а кровь изменяется только уже вторично, последовательно» (Лекции. Вып. 1, стр. 64). Попутно Боткин отмечает значение полового аппарата в развитии хлороза. Теория Вирхова о значении узкой аорты для появления хлороза «не выдерживает критики». Путем исключения Боткин приходит к мысли, что должна быть допущена возможность влияния каких-то нервных центров на кровь, в смысле хлоротического ее изменения. Тогда будет понятно и быстрое развитие болезни в некоторых случаях после психических потрясений, напряженной мозговой деятельности и т. п.

Гипотеза Боткина в положительном смысле не оправдалась; я ее привожу для иллюстрации того положения, что, будучи ошибочной, она, тем не менее, как критическая мысль, чрезвычайно ценна. Это рабочая гипотеза и, как таковая, она будит мысль к исканию.

Мы знаем теперь, какое отношение к хлорозу имеет внутренняя секреция яичников, т. е. центральное влияние—каким путем оно идет, нам и теперь неизвестно. Боткин тогда не мог предвидеть этого, но его критический ум не удовлетворялся господствовавшими тогда теориями. Он ошибался в своем воззрении, но самая ошибка его поучительна и показательна для большого критического ума.

Десять лет спустя другой русский клиницист, Захарьин (см. выше), высказал правильное предположение об этиологической связи между яичниками и хлорозом, но к тому времени подошли уже работы о связи микседемы со щитовидной железой, Эдиссоновой болезни с надпочечниками, акромегалии с гипофизом—одним словом, вполне определилась эндокринология.

Помимо симптоматической, этиологической и патогенетической диагностики Боткин стремится всюду провести и индивидуальную, функциональную диагностику. Он указывает своим слушателям, что «в природе мало, так сказать, математических случаев», указывает «на необходимость всегда поставить себе вопрос, достаточно ли вообще тех анатомических изменений больного органа, которые мы находим в каждом данном случае, для объяснения симптомов болезни и всего страдания; на необходимость, другими словами, сделать диагностику *не только болезненной формы, но и больного индивидуума*» (Лекции. Вып. 2, стр. 54. Курсив мой).

Здесь лишний раз подчеркивается необходимость диагностики не болезни, а больного. Ставя же диагноз не болезни, т.-е. не изменения того или другого органа в человеке, а заболевания всего человека, нарушения жизненных его соотношений, всегда при-

ходится поставить себе и второй вопрос: объяснимо ли все болезненное состояние больного анатомическими изменениями органов, у него находимыми? Боткин отвечает на этот вопрос так: «Можно найти весьма значительные анатомические расстройства в организме, без особенно резких ощущений со стороны больного; и, наоборот, весьма незначительные патолого-анатомические изменения могут сопровождаться бесконечным рядом различного рода жалоб» (Курс, Вып. 1, стр. 6).

«Изменения *функции* сердца сплошь и рядом не идут пропорционально с *анатомическими изменениями в самом сердце*» (Лекции. Вып. 2, стр. 60).

Мы видим, что задолго до официального появления доминирующей в настоящее время функциональной диагностики, наш соотечественник на ней настаивал.

Попутно со своим диагностическим утверждением он делает попытку патогенетического предположения. Он полагает, что отмеченные им изменения *функции* сердца при недостаточности анатомической подкладки, находятся в зависимости от *центральных нервных аппаратов*, состояние которых в свою очередь зависит во многом от условий окружающей среды (Ibid).

Отсюда и терапевтический вывод: «Если таких субъектов вы подвергнете обычному лечению, направленному на сердечный аппарат, то сплошь и рядом не получите такого блестящего успеха, как в случаях, так сказать, обычного расстройства компенсации... Такие субъекты, как наша больная, очень часто идут гораздо лучше, иногда блистательно, под влиянием средств, действующих на функцию общей нервной системы» (Лекции. Вып. 2; стр. 61).

В этих коротких строках, помимо индивидуальной диагностики,—и индивидуальная терапия, вопрос, к которому еще придется вернуться.

«Первое дело врача в таком случае определить причину ослабления сердечной деятельности, ибо за удалением ее, если это только возможно, следуют самые блестящие результаты. Если лечить больного с расстройшенной компенсацией рутинно, не индивидуализируя показаний, то успех бывает часто сомнителен и медлен». (Курс. Вып. 1, стр. 98).

При оценке динамики кровообращения, Боткин обращает внимание, помимо сердца, на состояние периферических сосудов. У молодых субъектов встречается иной раз уменьшение эластичности артерий без всякого склероза и без анатомического изменения левого желудочка. Эта особенность сосудов есть врожденная недостаточность эластичности артерий. В одних случаях она не сопровождается никакими функциональными расстройствами, тогда как в других сосуды не справляются со своей работой в динамике кровообращения, что ведет к целому ряду болезненных симптомов.

Таким образом, в расстройствах кровообращения Боткин обращает внимание на состояние сердца, сосудов и регулирующего аппарата нервной системы. Остается только присоединить состояние эндокринного аппарата, для того, чтобы получить современное стройное учение о кровообращении.

Предугаданное здесь учение о периферическом сердце намечалось нашим гениальным соотечественником в 1867 г., когда ни один клиницист в Западной Европе об этом еще не говорил.

Выше отмечена была семиотическая наблюдательность Захарьина, задолго до Геда отметившего гиперестезию поверхностных нервов при заболеваниях внутренних органов. Эта особенность носит теперь, как известно, название Гедовских зон.

Семиотическая наблюдательность не была чужда и Боткину. Напротив, он был ею в высокой степени одарен, и, замечая какой-нибудь симптом, он всегда старался найти ему объяснение.

Так, Боткин уже в 1867 г. отмечал ощущение сердцебиений многими больными, вследствие гиперэстетического состояния межреберных нервов. Оно появляется не только при гипертрофированном, но и при нормальном сердце, и исчезает с улучшением физической и нравственной обстановки больного, при лечении и регулировании половых отправлениях его, и т. д. (Курс. Вып. 1, стр. 43 и 44).

Боткин еще молодым клиницистом отмечает, что ослабление деятельности сердца может начинаться и без прямого увеличения препятствия к кровообращению, от непосредственного ослабления силы мышечной ткани. Это ослабление может развиваться или вследствие утомления мышцы, под влиянием долго продолжавшейся, увеличенной возбудимости, или же от анатомического изменения мышечной ткани сердца. Первый вид замечается при особенно возвышенной сердечной возбудимости, так напр.: под влиянием различных угнетающих психических моментов, и др. Нередко расстройство компенсации наступает вслед за горем, долго тревожившим больного, вслед за бессонными ночами, под влиянием того или другого психического момента (Курс. Вып. 1, стр. 53).

Теперь для нас это несомненная, притом, обычная истина, но в то время, когда эта мысль была формулирована с кафедры (1867 г.), она для большинства была новшеством и составляла личное наблюдение Боткина.

Боткин впервые только подметил и пытался, по свойству своего ума, дать, конечно, и толкование

временным расширениям аорты, столь важным для избежания ошибочных диагностик, аневризм ее, и столь существенным для функциональной оценки упругости этого сосуда.

Наблюдательность и тонкость дагностики Боткина у постели больного была поразительна, как об этом свидетельствуют его многочисленные ученики. «Проницательность его, как диагноста, была поистине удивительная и обуславливалась не только талантом, но и самым его методом изучения и разбора больного». (Сиротинин. LVI).

Диагностика, как сказано, у Боткина была не только семиотической, но и патогенетической. Отсюда его критическая оценка находимых им симптомов.

Всем известны его заслуги в разработке учения о блуждающей почке. Он установил ее значение в патологии, он проповедывал необходимость тщательной ее пальпации. И сколько ему пришлось вытерпеть за этот диагноз!

Возможно, что в этой области у Боткина, как вообще у всякого новатора, были свои увлечения, но несомненно, что он не заслуживал тех нападков, которые сыпались на него за это. Боткин сам с горечью говорит слушателям в своей лекции «Подвижность почек»: «Мы пережили то время, когда наши диагнозы подвижности почек чуть не подвергались насмешкам публично с кафедры, когда нам, чтобы отстоять значение своих патологических наблюдений, приходилось прибегать к защите авторитетных патолого-анатомов и когда практические врачи, недостаточно, или совсем не умевшие определять подвижность этого органа, в особенности, конечно, глумились над этими диагнозами. И это время было вовсе не так давно. Я работаю здесь в Петербурге около 25 лет,

и этот диагноз теперь вероятно доступен для каждого, а приблизительно лет 10 или 15 тому назад, когда мы, выработавши метод исследования, стали находить эту подвижность почек весьма часто, то и дали повод для подобного глумления, вероятно потому, что, во-первых, глумиться и вообще не трудно, а во-вторых, в самом представлении об этом органе, блуждающем, или, так сказать, гуляющем по животу — был хороший материал для дешевого остроумия. Между тем, чем более мы исследовали в этом направлении, тем больше у нас было материала, тем чаще, тем, так сказать, обыкновеннее мы встречались с этой патологической формой» (Лекции. Вып. 1, стр. 169, 170).

А вот и письменное подтверждение словам Боткина, в которых он указывает на нападки на него: «Такое положение диагностики блуждающей почки в Петербурге несомненно зависело от того, что центр тяжести был в объективном исследовании. По методу Московской школы, путем точного анализа можно поставить убедительную диагностику блуждающей почки, даже в таком случае, где объективное исследование в данный момент не применимо (при большой напряженности живота); по петербургскому же методу налегают на ощупывание, и, при благоприятных условиях со стороны брюшной стенки, часто достигают до нижнего края почки, диагностируя *ren mobilis* тогда, когда дело идет о *ren palpabilis* — состоянии, обыкновенно не имеющее патологического, а следовательно и диагностического значения» (Голубов, стр. 181).

Насколько Боткин нуждался в последнем уроке, в разъяснении, что прощупываемая почка еще не есть блуждающая почка со всем многосимптомным комплексом в противовес случаям, где она является источником разнообразных симптомов. видно из сле-

дующих слов самого Боткина, сказанных им в той же лекции, не процитированной указанным автором до конца: «Нет никакого сомнения, что есть случаи, где подвижная почка не дает никаких припадков, где организм и нервные аппараты так приспособились к этому, что почка, так сказать, болтается, но никаких явлений не вызывает, и об этих-то случаях я и говорил вам, что, встречаясь с ними, умалчивал об этом перед врачами, не желая заводить напрасного спора или подавать повод к насмешкам, а *подобные случаи встречаются вовсе не редко*» (Курсив мой. Лекции. Вып 1, стр. 177).

Для всякого непредубежденного человека очевидно: 1) что без объективного исследования названные бессимптомные почки не диагностируемы; 2) что Боткин сам отлично проводил разницу между *ren mobilis* и *ren palpabilis*, и, как критически мыслящий ученый и врач, заявлял об этом как на лекциях, так и в печати.

### 3.

Огромное значение и сила Боткина, как ученого, в его научных патогенетических построениях и научной критической мысли. Ряд теорий и гипотез его нашел себе много лет спустя подтверждение и сделался достоянием патологии.

Сюда относятся, напр., его гипотезы о связи желчных камней с микроорганизмами, об инфекционном происхождении так назыв. катаральной желтухи, подтвержденном 20 лет спустя.

Не могу попутно не присоединиться к мысли проф. А. А. Киселя назвать этот вид желтухи *Morbus Botkini*, на что он имеет такое же право, как и Вейль, описавший желчевой гепатит, справедливо получивший имя *Morbus Weillii*.

Блестяща гипотеза Боткина о гемолитических процессах благодаря изменению концентрации среды вследствие частых перемен эндосмотических токов содержимого шариков, высказанная им задолго (в 1867 г.) до учения о распространенных теперь гемолизирующих процессах.

Чрезвычайно интересны и поучительны лекции Боткина о тифах.

Вундерлиховская температурная кривая при брюшном тифе до сих пор еще приводится, как типическая для него, почти во всех учебниках диагностики и частной патологии и терапии. Боткин со свойственной ему критической оценкой говорит своим слушателям в 1884 г., что «температурное течение брюшного тифа в общем не только не укладывается в ту схему, которая была указана для этой болезни Вундерлихом и потом вошла во все руководства, держась там и по настоящее время,—но, напротив, в громадном большинстве случаев, резко от нее отличается» (Лекции. Вып. 1, стр. 21).

Мастерски разбирая симптоматику в лекциях о брюшном и сыпном тифе, Боткин останавливается на патогенезе лихорадки. Интересна и здесь прозорливость Боткина—патолога. Отметив значение нервных центров и различных химических процессов в организме для возникновения лихорадочных колебаний, Боткин высказывает предположение, что «в инфекционных болезнях, кроме местных причин, несомненно существует и *общая* причина, заключающаяся в крови и соках нашего тела и вызывающая эту лихорадку... Очень может быть, что здесь происходят изменения белков крови, которые распадаются, образуется значительное количество продуктов окисления... влияющих ненормально на главные центры. Во всяком

случае несомненно, что для объяснения лихорадочных явлений в начале болезни мы должны необходимо прибегать к влиянию этого чего-то, вызывающего целый ряд химических изменений, вероятно, белковых веществ крови» (Лекции. Вып, 1, стр. 40).

В этом толковании патогенеза лихорадки нельзя не видеть зачатка современного учения о парэнтеральном белке, участие которого в возникновении лихорадочного состояния при инфекциях теперь общепризнано. В 1884 г., когда эта мысль была высказана и опубликована, она была только талантливой гипотезой русского ученого. Опыты Креля и Маттеса, вызывавших лихорадку подкожным введением альбумоз, пришли позже.

Вскоре по рождении микробиологии, как науки, наступила эпоха естественного увлечения микроорганизмами, из-за которых не только ординарные врачи, но и многие крупные клиницисты отодвигали на задний план макроорганизм. Трезвый критический ум Боткина предохранил его от такого слепого увлечений. В лекциях о брюшном тифе Боткин приводит слушателям гипотетический пример вспышки эпидемии болезни в артели рабочих из 50 чел., живущих при совершенно одинаковых условиях. В конечном итоге окажется, что «заболевают далеко не все, но какие-нибудь 9, 10 человек; тяжесть болезни будет у различных субъектов — различная: один болен месяц, или более, другой оканчивает свою болезнь в 2 недели, третий хворает несколько дней, не давая вполне характерных для брюшного тифа симптомов, четвертый, наконец, просто отделается кратковременным недомоганием. Ясно, что индивидуумы эти справлялись с заразой, поступившей в их тело, различно... Видя столь различную тяжесть заболевания при одинаковых гигиени-

ческих условиях, вы, конечно, с большей вероятностью допустите наше предположение о различной сопротивляемости организма вредным влияниям и согласитесь, что мы имеем право, не отрицая вполне влияния количественной разницы в поступлении заразы, остановиться и на этой индивидуальной разнице, как весьма вероятной причине разнообразного течения болезни». (Лекции. Вып. 1, стр. 20).

В той же лекции Боткин высказывает гипотезу о возникновении у инфицированного человека иммунитета. «Мы в клинике на каждом шагу убеждаемся в действительном существовании тех, неизвестных нам физиологических условий в организме, которые дают ему возможность бороться с заболеванием, а поэтому и считаем себя вправе предположить в животном организме способность развивать в себе, тем или другим путем, условия более или менее неблагоприятные для специфических низших организмов, проявления жизни которых, поэтому, то затихают, то возбуждаются в более резкой форме, что и выражается колебаниями всего болезненного процесса, также то затихающего, то возбуждающегося с новой силой. Вспомните при этом об исчезновении спирилл в крови одновременно с окончанием лихорадки при возвратной горячке, и вы поймете, что мы имеем право на нашу гипотезу» (Ibid., стр. 28).

Мастерски Боткин характеризует статистический метод в клинике, предостерегая от увлечения им. Условия лечения, ухода, характер различных эпидемий—все это столь существенные факторы, накладывающие свой отпечаток на все получаемые данные при разных эпидемиях и при разных условиях, что статистический метод в клинике может быть применяем только с чрезвычайной осторожностью и большой критикой.

Исключительно интересны и теперь еще, поражая оригинальностью своей мысли, его лекции по болезням сердца. Теперь еще перечитываешь их с захватывающим интересом, и нельзя не согласиться с Сиротининым, утверждающим, что по этим лекциям «в существенных своих чертах можно и теперь, хотя прошло 30 лет (это было написано в 1898 г.), учиться сердечным болезням».

В частности, в семиотике и патологии сердца мало кто из русских врачей знает, что одна разновидность шума при сужении двустворки описана Боткиным и названа им *постсистолическим* шумом. Справедливо эту разновидность *назвать именем Боткина*, так как шум функционального митрального стеноза носит название шума Флинта, как мы отмечаем двойной тон Траубе, феномен Дюроззе и т. д. Это наш долг перед покойным большим ученым и национальная обязанность. Национальная потому, что все народы стараются отметить открытия и работы своих ученых, гордясь ими. Это чувство до сих пор не было развито у русских.

#### 4.

Много нареканий при жизни и после смерти сыпалось на Боткина за его терапию. В печати наиболее резки упреки Васильева, говорящего «о терапевтическом скептицизме Боткина, граничащем почти с нигилизмом, особенно в последние годы», и Голубова. Последний приводит выдержки из частного письма Боткина к Белоголовому, опубликованного последним. «Три недели, как начались лекции; из всей моей деятельности—это единственное, что меня занимает и живет, остальное тянешь, как ляжку, прописывая массу почти

ни к чему не ведущих лекарств. Я начинаю вырабатывать грустное убеждение в бессилии наших терапевтических средств». Дальше Голубов пишет: «Я, правда, нигде не мог найти, чтобы Боткин с кафедры, на лекциях, проповедывал отрицание терапии, но косвенно, своим фактическим отношением к ней, конечно, он мог укоренить в своих слушателях убеждение в ее неспособности, поселить вообще небрежное отношение к ней».

Я, тщательно пересмотревши все напечатанное Боткиным, так же, как Голубов, нигде не мог найти отрицания им терапии. Каким образом при этих условиях он мог «косвенно ... поселить вообще небрежное отношение к ней» — я не знаю.

Раньше, чем перейти к рассмотрению читанного Боткиным с кафедры и опубликованного им в печати из этой области, я процитирую слова биографа и близкого ему ученика, а потому и хорошо знающего отношение Боткина к терапии, Сиротина.

«Каждый помнит, пишет последний, как целые лекции посвящались только терапии в тех случаях, когда дело этого заслуживало, и читатели даже в этих, не представлявших полного курса, лекциях С. П. найдут этому подтверждение, не говоря уже о целом ряде терапевтических средств, введенных в употребление С. П. Боткиным и его школой и навсегда связанных с его именем».

«Правда, как терапевт, С. П. не был вообще поклонником энергических мероприятий и отличался мудрой осторожностью, долгим опытом своей жизни выработав убеждение, как много вреда приносят часто больным легкомысленные и основанные только на эмпиризме энергические мероприятия увлекающихся поклонников тех или других средств. Но он же первый

настаивал на энергической терапии, когда она могла иметь значение причинного лечения, или когда это было безусловно нужно. Сколько раз нам приходилось быть свидетелями, когда, разобрав подробно больного, он настаивал на необходимости, напр., хирургического специального пособия, где специалисты отказывались его применить, не видя действительных показаний к операции, или не соглашаясь с диагностикой, и где последствия оправдывали вполне взгляд С. П.» (стр. LVI).

Обратимся теперь к лекциям самого Боткина. В случае Б., бывшем предметом разбора на нескольких лекциях, идет столь тщательное и подробное рассмотрение терапии, как мне не приходилось читать ни у одного клинициста. В частности он останавливается на препаратах ляписа. О последнем говорит в своей лекции и Захарьин (Вып. 3, стр. 12). Взгляд на лягис и показания к нему оба клинициста устанавливают более или менее одинаково, но подробнее и с большой тщательностью — как в смысле влияния на организм, так и в смысле дозировки и продолжительности употребления — это делает Боткин.

Я не хотел бы, чтобы в приведенных строках кто-нибудь мог усмотреть упрек Захарьину. Я далек от этого. Мне хотелось только подчеркнуть то обстоятельство, что там, где Боткин находил это нужным, он отводил терапии достаточно места.

В этой же лекции Боткин подробно останавливается на терапевтическом эффекте наперстянки. Уже в 1867 г. он возражает против *шаблонного*, к сожалению, до сих пор распространенного гипертрофированного страха перед кумулятивными ее свойствами. До сих пор еще нередко можно встретить врачей, которые боятся дать его почему-то больше трех (непонятная цифровая точность!) стклянок подряд.

В ниже приводимых строках можно также видеть, как неверно обвинение Боткина в рабском подчинении эксперименту и отсутствии у него клинического чутья.

«Случаи, где наблюдается суммированный эффект предшествовавших малых доз, в высшей степени редки и составляют чрезвычайно редкое исключение из общего правила». . . «Почему существовало и существует до сих пор такое разногласие при показаниях к употреблению этого средства? С одной стороны, разница в индивидуальной восприимчивости различных субъектов, при различных патологических состояниях; с другой — совершенно противоположный эффект на силу сердца, при различных видах замедления и учащения его сокращений, под влиянием различной величины доз этого средства, составляли и составляют достаточную причину разноречия практических врачей при назначении одного из самых драгоценных средств, каким обладает терапия; тем более, что *опыты над животными*, приводившие также к самым различным результатам, смотря по дозе и по индивидууму, с своей стороны весьма *линоу способствовали к поддержанию заблуждений в этом вопросе*». (Курс. вып. 1, стр. 106, курсив мой).

Останавливаясь на терапии сердечных больных, он всюду детально разбирает терапию соответственных больных, а не их сердца (ср. выше стр. 68). Много места—семь страниц, отведено терапии при разборе Базедовой болезни (Лекции. Вып. 2, стр. 107—116), причем, помимо терапии в узком смысле этого слова, фармакотерапии, отводится значительное место климату, обстановке, режиму. Все эти факторы терапии подробно очерчиваются и тщательно индивидуализируются.

Остановимся еще на одном примере, на лечении брюшного тифа. В нескольких словах Боткин характеризует необходимость питания брюшнотифозных. Этот вопрос, как известно, десятки, если не больше лет, оставался спорным и ему было посвящено целое заседание на съезде немецких терапевтов в Висбадене в 1913 году. В конце концов все согласилось в том, что лихорадящих больных необходимо питать для возмещения калорийных потерь во время болезни. Боткин в 1884 г. говорит своим слушателям: «Старайтесь питать в таком количестве, чтобы было достаточно для пополнения трат, и делайте это с самого начала болезни», причем, однако, он обращает внимание на то, что нельзя, исходя из принципа питания, кормить больного усиленно, шаблонно, не считаясь с тем, что вводить в желудочно-кишечный тракт лихорадящего иногда бывает легче, чем заставить пищеварительные органы переварить, а организм усвоить введенное. «Старайтесь питать . . . конечно, помня, что пищеварительная способность при всякой лихорадке уменьшена, а в брюшном тифе, который специфически поражает кишечный канал, тем более. Поэтому вопрос—как и чем кормить брюшного тифика—конечно, представляет большую заботу» (Лекции. Вып. 1, стр. 45). Дальше идет детальный разбор, как и чем кормить тифозного.

Терапию при брюшном тифе Боткин разделяет на купирующую и симптоматическую, включая сюда и гидротерапию. Относительно первого метода он говорит: «Нет никакого сомнения в том, что право на попытку прервать, купировать эту болезнь—мы имеем. Сама природа уже одним существованием легких, абортивных форм, указывает нам на эту возможность; и если мы обратим внимание на тот факт, что харак-

терные для брюшного тифа анатомические поражения не обязаны непременно проделать весь цикл своих изменений, что весь процесс может пойти назад, не доходя до высшей стадии своего развития; если мы, наконец, вспомним, что обладаем уже купирующими некоторые инфекционные болезни средствами,—как например, хинином для перемежающейся лихорадки, ртутью для сифилиса,—то право наше искать купирующего брюшной тиф средства превращается даже в обязанность перед наукой и больными. Но, кроме этого, мы имеем и теоретические основания, также заставляющие нас искать подобного средства. . . . . Обратившись к общим условиям жизни низших организмов и зная, как сильно моменты, более или менее благоприятствующие этой жизни, влияют на их способность к размножению, зная некоторые условия, делающие жизнь этих паразитов совершенно невозможной, и целый ряд средств, их убивающих,—вы поймете, что и с этой чисто теоретической точки зрения обрывающее лечение брюшного тифа имеет право на свое существование» (Лекции. Вып. 1, стр. 29).

Признав всю потенциальную возможность купирующего лечения и рассмотрев все существующие методы таких попыток, Боткин говорит далее: «В настоящее время мы не располагаем таким средством, купирующее влияние которого на тиф можно бы было считать доказанным» (Ibid, стр. 33). «Мы говорили о несостоятельности существующих abortивных способов лечения, не отвергая, однако их значения в будущем и считая даже необходимым дальнейшее исследование этого вопроса в будущем» (Ibid, стр. 38).

Не имея специфической терапии при брюшном тифе, Боткин придает большое значение симптоматической. «Маленькие дозы препаратов хины, улучшаю-

щие самочувствие больного, не забывая, конечно, и симптоматического лечения, смотря по преобладанию того или другого симптома. . . применяйте возбуждающие средства, как главным образом вино, затем арнику, валерьяну, камфору — *всему этому я придаю важное значение*» (Ibid., стр. 46--47. Курсив мой).

Боткин считает необходимым отдельно остановиться на каломеле. «Указав вам на каломель и иод, как на наиболее распространенные в настоящее время купирующие средства, и не придавая им, как другие авторы, подобного значения, я тем не менее очень охотно даю каломель в начале болезни. . . до вызова характерных стульев. И в этом нет с моей стороны никакого противоречия. Я смотрю на это средство, как на имеющее свои права, во-первых, и теоретически, а во-вторых, и это главное, верю отдельным наблюдениям опытных врачей о полезности его в начале болезни» (Ibid., стр. 35).

Критически разобрав лечение брюшного тифа жаропонижающими, в частности лечение большими дозами хинина, что пропагандировалось в то время, особенно Либермейстером, Боткин относится к этому методу отрицательно, исходя из той точки зрения, что лихорадка есть процесс чрезвычайно сложный — на патогенезе ее он продолжительно останавливается. «Да можно ли на эти 39°, 40° у больного смотреть, как на самостоятельную патологическую единицу?» А раз это так, то борьба только с температурой, увлечение антипиретическим методом лечения, является ошибкой.

Особое внимание Боткин отводит, столь модному тогда лечению холодными ваннами по методу Бранда. «Превознося свой метод лечения, он, насколько помню,

прямо даже говорил, что брюшной тиф, леченный холодной водой, не смертелен, что больные, так сказать, умирают не от тифа, а по воле врача, неумело применившего этот способ, что, следовательно, не лечить брюшной тиф по его способу — есть преступление... И масса увлеклась этим методом, и все эти холодные ванны, обтирания, обливания применялись самым энергичным образом, настолько энергичным, что, например, шести- и четырехградусная вода играла роль самого обыкновенного терапевтического агента. Да и как было не увлекаться, когда Бранд говорил, что у него из сотни тификов не умерло ни одного» (Ibid., стр. 43).

Подвергнув всестороннему рассмотрению данные, приведенные Брандом, произведя научный анализ влияния ванн, Боткин говорит: «Я вовсе не отвергаю значения охлаждающего лечения, нет, — но я не преклоняюсь только перед ним, как абсолютным». «Лечение водой — это прекрасный метод, все равно — действует ли он, как думал Либермейстер, отнятием тепла, или иным путем, изменяя кровообращение в коже, или на нервные аппараты, влияя, может быть, посредством этих аппаратов на органы, выделяющие продукты обратного метаморфоза»... «Придавать значение одному охлаждению значит сводить вопрос на такие элементарные представления, которые имеют только вид, а не значение истины. Я глубоко уверен, что хорошее влияние ванн не может быть приписано только жаропонижающему их действию; если бы это было так, то можно предложить и лучшее средство, что и было сделано». «Итак, лечите вообще водой, употребляя и ванны, и обертывания, и обтирания, и холодные компрессы на голову и живот, смотря по обстановке, в которой действуете. Не думайте только,

что, применяя все эти способы, вы лечите самую суть болезни» (Ibid, стр. 44—45).

Приведенных цитат из самого Боткина достаточно для того, чтобы видеть, каким он был вдумчивым терапевтом. Он был терапевтом-критиком, но не нигилистом. Нигилизм — шаблонное отрицание, отрицание по внутреннему ощущению, а критика, здоровый научный скептицизм, есть восприятие факта, но не молчаливое, а соединенное с попыткой научного уяснения себе того или другого факта, предположения. Такой здоровый научный скептицизм был в полной мере у Боткина. Это иллюстрируется и его оценкой кумулятивных свойств наперстянки, и значения жаропонижающих при инфекционных заболеваниях, влияния каломеля, гидротерапии и т. д. и т. д.

Надлежит быть особо отмеченным то научное предвидение Боткина, благодаря которому он намечает путь искания специфической терапии при инфекционных заболеваниях. Один путь, это путь искания паразитотропных средств. Разобравши теоретическую возможность и реальное отсутствие таких обрывающих тиф фармакологических лекарств, Боткин ставит вопрос: «Не можем ли мы, отыскивая эти обрывающие болезнь средства, наметить еще какой-либо путь?... Мне кажется, что можем, и что этот другой путь, быть может, и имеет за себя будущее. Ведь нет никого сомнения в том, что способность обрывать тиф существует в человеческой природе, и я думаю, что в наших поисках за обрывающим способом лечения нам следует не столько придерживаться теоретических соображений, сколько изучать внимательно и всесторонне течение тех случаев брюшного тифа, которые сами по себе оканчиваются abortивно. Мне кажется, далее, что, изучая эти случаи, где

болезнь сама обрывается, мы будем в состоянии со временем подсмотреть, так сказать, и те приемы организма, посредством которых он освобождается от этой заразы, что, ведь, в сущности и совершается в теле тех больных, которые, заразившись брюшным тифом, оканчивают все дело в 9 или 10 дней, *производя вероятно в своем теле нечто такое, что убивает эту заразу.* (Курсив мой). Вот в этом-то изучении природных естественных abortивных форм, в этом знании приемов, употребляемых нашим организмом для освобождения от поступившей в него заразы, мне кажется, мы найдем и тот путь, руководясь которым, придем и к знанию купирующих, обрывающих болезнь средств» (Лекции. Вып. 1, стр. 35).

В этой выдержке интересен ход мысли Боткина. Он естествоиспытатель. Он верит в возможность паразитотропных средств, но, считая, что при инфекции в микроорганизме происходят процессы, направленные против инфекта, он пытается уловить их. В его мозгу натуралиста идут процессы мышления к установке биологических закономерностей, свойственных природе. Это ему ближе, чем эмпирическое искание паразитотропных средств. Тот и другой путь — путь научной практической медицины, но первый характерен для натуралиста-мыслителя. И это тем интереснее, что здесь, на заре бактериологии, намечается путь, давший через много лет столь блестящие результаты в области серо- и вакцинотерапии, задолго до того, как эта область терапии родилась. А ведь Боткин и с бактериологией познакомился уже на склоне своей деятельности, в том возрасте, когда люди уже мало имеют охоты к восприятию новых идей.

Высказывая научные предположения и гипотезы, Боткин отнюдь не считал себя непогрешимым и говорил об этом открыто студентам. Он прекрасно отдавал себе отчет в том, что ум его не должен быть в вавилонском плену у доктрины. Он понимал, что при подчинении доктрине гаснет стимул к исканию истины. Очень метко выразил эту идею Гёксли: «Люди опьяняют себя доктринами в такой же степени сильно, как и коноплей. Тогда создается умственное опьянение, едва отличимое от мономании» (Science and Education p. 136).

Вот почему Боткин говорил своим слушателям: «Заканчивая нашу беседу, я отнюдь не хотел бы, чтобы вы считали эту мысль вполне законченной» (Лекции. Вып. 1, стр. 37). Его задачей было пробудить у своих учеников пытливость, стимулировать их к исканию научных истин, отнюдь не заботясь о том, чтобы ученики считали его идеи непогрешимыми. Он стремился сам к исканию научных истин в лучшем смысле этого слова и воодушевлял других к тому же.

Пытаясь дать характеристику научным работам Боткина, Голубов пишет: «Трудно сказать, для чего более поработал Боткин: для клиники, или для экспериментальной и общей патологии».

Да, это верно. На поставленный в такой форме вопрос—трудно дать ответ. Боткин так многогранен, так широки области, которые он охватывал своим гениальным—я, именно, думаю, гениальным, а не только талантливым мозгом,—что расчлнить перегородками его научную деятельность невозможно. Можно сказать только суммарно: *он работал как натура-*

*лист в науке—медицине, он создавал русскую научную медицину.*

Жизнь показала, что отделять лабораторию от клиники невозможно. В только что вышедшей на русском языке книге Льюиса «Физиология и патология сердца», представляющей собой лекции английского ученого в Северо-Американских Соединенных Штатах, автор во вступительной лекции говорит: «Ясный ум великого врача, имя которого носит ваше общество\*), предвидел, что верные успехи практической медицины возможны лишь на почве успехов ее авангарда, т. е. физиологии. Разве не долгом справедливости и признательности является данное ему имя отца этой науки? Не должно ли нами овладеть чувство глубокого удовлетворения и гордости при мысли, что этот пионер экспериментальной физиологии принадлежал к нашему сословию и что величайшее его открытие было вдохновлено наблюдениями над человеком. Мы должны проникнуться взглядами Гарвея, положившими основание медицине, как точной, науке, и, следуя его примеру, поддерживать теснейшую связь между физиологией и патологией человека».

## 5.

При изучении жизни и деятельности Боткина у некоторых может явиться вопрос: раз его ум так был устремлен к теории и эксперименту, то не проще ли было ему заняться чисто экспериментальной деятельностью в специальной лаборатории по физиологии или общей патологии. Я думаю, что на

---

\*) Гарвей.

этот вопрос может быть дан только отрицательный ответ. Он был *физиологом-клиницистом, клиницистом-мыслителем*, а не чистым физиологом, или патологом-экспериментатором, ведущим работу только в лаборатории.

Проведя несколько лет за границей, Боткин в Германии, Австрии и Франции работает в различных клиниках и параллельно в Патолого-анатомическом институте у Вирхова, по химии у Гоппе-Зейлера в Берлине, по физиологии у Людвига в Вене, по физиологии у Кл. Бернара в Париже. По приезде в Россию, он все же возвращается в терапевтическую клинику проф. Шипулинского в Петрограде, где прежде всего устраивает лабораторию, до того там не имевшуюся. Его влекла именно клиника, а не сама по себе лаборатория и эксперимент. Последний для него был только *методом* для разрешения встававших перед ним *клинических* вопросов.

В науке бывает и наоборот. Люди, начавши работать в клинике, уходят оттуда целиком в лабораторию. Достаточно назвать скончавшегося казанского физиолога К. В. Ворошилова, общепатолога С. М. Лукьянова, б. директора Института Экспериментальной Медицины в Петрограде, и, наконец, нашего гениального физиолога И. П. Павлова.

Все они были ординаторами клиники С. П. Боткина, все они начинали свою деятельность в клинике и отсюда уже перешли целиком в свои лаборатории, подчиняясь внутренним стимулам, которыми определялся их интерес к той или другой научной области.

И физиолог Кл. Бернар, и клиницист Боткин одинаково определяют задачи клинической медицины. «Врач должен исходить из наблюдения над больным и уяснять себе сущность болезни при помощи физио-

логии et cт.» говорит Кл. Бернар (ср. выше стр. 9) и клиницист Боткин именно так и смотрит на научную клиническую медицину.

Боткин брался за научное разрешение вопросов, которые, казалось бы, должны трактоваться в лаборатории. «Я имею в виду его работу «О рефлекторных явлениях в сосудах кожи и о рефлекторном поте», напечатанную в 1875 г. Это был последний большой им выпущенный труд. Все расширяющаяся общественная и практическая деятельность совершенно не оставляют ему времени для того, чтобы написать что-либо крупное, несмотря на все желание сделать это.

По глубине научного анализа работа Боткина одна из лучших в этой области. Она ясно показывает, в какой связи должна стоять клиника с теоретическими дисциплинами. Ни чистый физиолог, ни клиницист эмпирик не смогли бы создать что-либо подобное. Только клиницист, тонкий наблюдатель у постели больного, и одновременно физиолог, владеющий как техникой эксперимента, а потому умеющий критически оценить данные лаборатории, так и хорошо знакомый с физиологической литературой, мог дать эту блестящую работу.

Характерно, что Боткин учился у Вирхова, *воспринял* его клеточную патологию и, несмотря на то, что клеточная патология наложила свой руководящий отпечаток на современную Боткину клинику, он работал и мыслил в клинике шире, исходя из патолого-анатомических изменений как от базы, а не полагая в них все существо заболевания.

Клиника Боткина, по своему подходу к разрешению клинических задач, опережала западно-европейские, ему современные, и только после его смерти направление, им преуказанное, стало общепринятым.

Боткин изучал больного, а не болезнь, и этим он осуществлял гиппократовское учение, ибо Гиппократ учил, что нет болезни в человеке, а есть больной человек. У Гиппократа других методов, как наблюдение только больного, не было, и потому он ограничивался только наблюдением. Гиппократиком в настоящее время является не тот, кто отмахивается от современной, подчас очень сложной методики — возьмем для примера хотя бы электрокардиографию, микроанализ — а тот, кто, будучи вооружен всеми методами научного исследования, изучает больного человека. В этом смысле и Захарьин, и Боткин — оба гиппократики. Но Захарьин талантливый клиницист-эмпирик, Боткин же — гениальный клиницист-мыслитель.

---



Проф. А. А. Остроумов

## IV. ОСТРОУМОВ.

### 1.

Алексей Александрович Остроумов вступил на научную арену много позже Захарьина и Боткина. По окончании Университета он после короткого периода времени занимает место ординатора в клинике Захарьина. По рекомендации последнего, отметившего выдающиеся способности молодого Остроумова, он оставлен при университете для приготовления к профессорскому званию, а затем командировается за границу с той же целью. Здесь он работает в клиниках, по патологической анатомии и экспериментальной патологии, здесь же он публикует работу «Об иннервации кожных сосудов». Как свидетельствует его товарищ, ныне здравствующий профессор Московского Университета, А. Б. Фохт, одновременно с ним занимавшийся за границей, Остроумов приехал за границу, имея уже тему в голове. Два разрешения ее ему нужна была только методика. В 1879 г. он избирается штатным доцентом, а вскоре и профессором госпитальной терапевтической клиники, каковым остается до 1903 г. На этой кафедре в полной широте развертываются его дарования.

Остроумов явился в Москву во всеоружии патологической анатомии и физиологии. Эксперименту он придает огромное значение в разрешении вопросов клинической медицины, и первое время, когда еще он имел возможность заниматься экспериментально, устраивает даже у себя на квартире лабораторию, где работает сам и с ним несколько молодых врачей.

Интересно отметить, что лекции Остроумова, по свидетельству его ученика и биографа, В. А. Воробьева, значительно различались между собой в различные периоды его жизни. В них «ясно отражалась эволюция его собственных научных взглядов и идей. В первые года А. А. уделял немалое место патологической анатомии, но вскоре же заметил односторонность господствовавшего в медицине патолого-анатомического направления и с большой иронией относился к увлечению большинства клиницистов патологической анатомией. В противоположность тому он указывал всегда на выдающееся значение для врача физиологии и общей патологии и отводил им всегда видное место в своих клинических лекциях. Однако он далек был от слепого поклонения перед данными эксперимента, получаемыми у холоднокровных и теплокровных животных, и едко, а подчас и грубо, высмеивал клиницистов, оценивающих все исключительно с точки зрения «лягушачьей и собачьей» физиологии.

Первый период его деятельности мало отразился в печати, а потому и оценка его в настоящем очерке производится главным образом по последнему периоду его деятельности. Да это и вполне справедливо.

Здесь он вырисовывается вполне законченным, рельефным ученым, новатором в медицине.

Наиболее ценным материалом этого периода являются «Клинические Лекции» Остроумова 1893—1894 г.,

записанные его учеником А. И. Шингаревым, впоследствии депутатом и министром, трагически погибшим во время революции.

Так же, как это сделано по отношению к деятельности Захарьина и Боткина, начнем с изложения понимания Остроумовым задач медицины.

«Медицина родилась из практической потребности помочь больному», говорит он, «но этим нельзя ограничивать ее цели, как науки, так как *практическое применение науки никогда не может служить целью изучения* (курсив мой); оно является само собой с прогрессом науки. Все обширные практические применения естественных наук, которыми гордится наш век, явились лишь тогда, когда физика, химия, механика вышли из мрака алхимических кабинетов и стали на научную почву, *имея лишь в виду изучение законов природы* (курсив мой). Прогресс медицины будет идти параллельно с успехами естествознания, когда она будет пользоваться теми же методами и руководиться теми же целями. *Цель клинического изучения — общая всем биологическим наукам* (курсив мой), и только при сознании общности цели возможно взаимное пользование результатами» (Лекции, IX-X).

«Патология и физиология, которые стали теперь отдельными самостоятельными науками и достигли замечательных результатов, ... и теперь не утрагли своей связи с клиникой, и прогресс наших знаний о человеке возможен только при условии взаимной общей разработки вопросов, составляющих содержание науки-медицины». (Ibid, X). Дальше он очерчивает значение эксперимента для медицины вообще и клиники в частности и утверждает, что «прогресс нашей науки-клиники возможен лишь при условии совместной работы в том же направлении и с теми же це-

лями, которые составляют задачи естествознания». (Ibid, X).

«Цель клинического исследования—изучить условия существования человеческого организма в среде, условия приспособления к ней и расстройства». «Одни и те же условия среды производят значительные болезни». Отсюда вывод о необходимости изучения *индивидуальных* свойств болеющего организма, индивидуальных условий его среды. «Предметом нашего изучения служит больной человек, нормальная жизнь которого нарушена условиями его существования в среде». (Ibid., XI).

Отсюда и общепатологическая задача, предъявляемая клинике: изучить условия приспособления, вымирания и вырождения отдельных людей и причину этого. Для решения подобной задачи необходимо как знание условий, в которых родился, жил и развивался человек, так и знание его внутренних условий, в первую очередь наследственности.

В этих словах объяснение того обширного анамнеза, который родился в клинике Остроумова и который значительно раздвинул рамки, согласно широте поставленной задаче, подробного анамнеза, вышедшего из клиники Захарьина.

Больше, чем в какой то ни было клинике, Остроумов останавливается на наследственности, которой наряду с условиями внешней среды принадлежит главная роль в этиологии вымирания, неприспособления не только отдельных людей, но и целых семей, причем понимание наследственности им ставится не на узкую точку зрения, напр. наследственная передача пороков сердца, болезней почек и т.п., а гораздо более широко:

*«Передается потомству неправильность обмена, ненормальное питание и жизнь всех органов и тка-*

ней — дискразия. Равновесие у потомков нарушено врожденно, и при всяких условиях среды *приспособление невозможно*. Поэтому *изменившийся патологически организм*, хотя и поддерживает свое равновесие запасными силами органов, но *дает потомство нежизнеспособное, вымирающее*» (Ibid., XIV. Всюду курсив Остроумова).

Помимо, однако, внутренних условий организма, нередко предопределяющих его заболевание, огромное значение придает Остроумов и внешней среде. Организмы поколениями приспособляются к известной среде, и когда последняя резко меняется, то это сказывается сплошь и рядом не на пережившем среду, но на его потомстве. В последнем нет унаследованных, врожденных приспособлений, а потому оно вымирает.

Остроумов берет пример крестьянской семьи, где один из крестьян меняет свою среду на новую «городскую деятельность приказчика или купца, изменяет свои родовые приспособления, и если сам еще сохраняет равновесие, то в его потомстве с детства часто можно отметить неустойчивость и хроническую болезненность, вымирание. Жизнь в новой среде переутомляет неприспособленные по наследству органы, в потомстве они передаются как слабые, неустойчивые. С другой стороны, крепкие наследственно органы от неупражнения в новой среде слабеют и в таком виде передаются детям. Поэтому, несмотря на кажущееся улучшение внешних условий жизни, жилища, питания и т. п., мы часто бываем свидетелями вырождения и вымирания потомства людей, резко изменивших среду предков» (Ibid., XV).

Болезни, перенесенные индивидуумом в течение своей жизни, в свою очередь служат для выяснения особенностей организма. «Острые инфекции и хронические,

поражая организм, часто обнаруживают слабые и крепкие стороны его. Осложнения, особенности течения, последствия—все это характеризует данный индивидуум, его особенности организации». «Знание реакции организма на болезнь (инфекцию). (Неправильное выражение. Следовало бы сказать: на инфект; курсив Остроумова)—необходимое и крайне важное дополнение к нашим сведениям о влиянии среды на организм» (Ibid., стр. XX).

Большое значение отводит Остроумов в анамнезе характеру физического и умственного развития растущего организма, останавливаясь с особым вниманием на периоде полового развития.

В это время наблюдаются столь резкие изменения как в физической, так и умственной организации соответственного индивидуума, что каждый врач обязан на них внимательно остановиться.

«С появлением новых ощущений изменяется и психическая жизнь. Человек с этого периода начинает стремиться к самостоятельности, критически относиться к окружающему. Психическая жизнь делает быстрые шаги в развитии. При благоприятных даже условиях обстановки мы часто наблюдаем в этом периоде юности нервность, экзальтацию, стремление к нервным возбуждающим: вино, табак. Такое состояние нервной системы проявляет свое действие на всем организме и на отдельных органах в расстройстве функций и общего питания». «Этот период жизни часто определяет характер—физический и психический—всей остальной жизни человека». «Вообще болезни юношеского возраста по большей части обнаруживают врожденные слабые стороны организма, поэтому особенно важно знать подробно историю этого периода жизни» (Ibid., XXII—XXIII).

Так же подробно Остроумов останавливается на зрелом организме, равно и на периоде его инволюции.

При таком детальном расспросе «мы знакомимся в анамнезе с состоянием организма в целом и в частях, его функциональными силами по отношению органов к среде, компенсации условий среды и расстройств» (Ibid., стр. XXVII).

Так же детально, как анамнез, Остроумов изучает и status praes. больного, пользуясь для этого всей новейшей клинической методикой: «Благодаря прогрессирующему усовершенствованию физических и химических способов исследования, применяемых в клинике, мы все более и более приобретаем возможность получить точные данные об анатомических и физиологических свойствах организма» (Ibid., XXXI).

## 2.

Диагностика у Остроумова была всесторонняя. В основу, конечно, он клал установление анатомических изменений органов больного, но целиком это его не удовлетворяло. Он придавал огромное значение функциональной диагностике как отдельных органов, так и всего организма. Для того, чтобы знать силу органа, необходимо изучить функцию его при разной работе, необходимо знать влияние функций одного органа на функции других при разной работе, необходимо изучить условия, при которых расстроенные функции опять становятся нормальными.

В конце концов при исследовании и постановке диагноза центральной должна оставаться мысль, что, так как организм представляет одно целое, то *при расстройстве функции одного органа расстраивается равновесие и всего организма* (курсив Остроумова).

Ibid., XXX). След., в основе научно-клинического мышления Остроумова становится та же идея Гиппократова, как и у Боткина.

Отметивши все функциональные особенности органов и организма, врач должен помнить, что проявления функциональных дефектов «так же различны, как различна индивидуальность каждого». Отсюда необходимость определить причины их, причем в первую очередь Остроумов ставит врожденность, обуславливаемую, главным образом, наследственностью.

Разбирая параллельно двух больных с циррозом печени, он указывает своим слушателям на то, как различно протекают оба случая. «В одном — уже 3½ года прошло со времени первого расстройства компенсации, и больной все еще может справляться с процессом и чувствует себя хорошо, в другом — в августе была сделана первая пункция, а в ноябре — аутопсия». Между тем первый «Ш. злоупотреблял алкоголем в течение довольно длинного ряда лет, второй, П...ов, почти не пил». «Быть может, вся этиология в подобных случаях заключается лишь во врожденной слабости органа. Отец больного пьяница и мог передать сыну слабую печень. Это предположение было тем более вероятно, что мы отметили у больного ряд и других признаков наследственной слабости организации: плоскую длинную грудь, недоразвитие сосудистой системы (ранний склероз ее), резкое нарушение кроветворения, слабость желудочно-кишечного канала, вызывавшую неукротимое расстройство его функции — поносы. Данные аутопсии подтвердили наши заключения»... и дальше: «У нашего больного (28 лет) был не какой-либо воспалительный процесс, а лишь *старческая атрофия*. Его маложизненные наследственные органы под влиянием не особенно тяжелых условий

среды, которые мы с вами, может быть, вынесли бы без всякого вреда, отказались работать, погибли естественной смертью. Понятно, что компенсация была невозможна. Вся беда была в недоразвитии организма—плохой сосудистой системе, малой печени, слабом пищеварительном аппарате, легких, и, очень вероятно, дегенеративной нервной системе. Пьяница отец, мать, рано погибшая от хронической болезни, братья и сестры нежизнеспособные, поумиравшие в раннем детстве, одна сестра чахоточная— вот какова его наследственность. Больной был продукт вырождения. Не удивляйтесь, поэтому, что наша терапия оказалась бессильной» (Лекции, стр. 31 и 33).

При разборе больного священника Д. . . 31 г. с неврастенией отмечается несимметричное развитие головы, межреберная невралгия, чувствительность аортальных сплетений, повышенная впечатлительность и раздражимость больного, обуславливающая ту массу жалоб, которую вы слышали от него. «Состояние психической сферы очень резко отражается на деятельности многих его органов». У больного рельефны рефлексы с одного органа на другой. Разнообразие рефлексов у подобных больных чрезвычайно велико. «Чем выше чувствительность, тем шире и сильнее рефлекс, но тем не менее у каждого больного он выразится по своему, идя по более привычному пути, захватывая более слабые, более раздражимые органы».

Каково происхождение неврастения в данном случае? Остановившись на возможных причинах, Остроумов приходит к выводу, что больной дегенерант, и вся его неврастения, не будучи обусловлена внешними причинами, выросла на «подготовленной почве». «Его отец умер от водянки, когда больному было 2 года, т. е. по всей вероятности отец был болен и в момент

зачатия нашего больного. Мать худая, нервная, часто страдает лихорадкой; старший брат, как слышал больной, страдает нервным расстройством. В его собственной жизни мы находим уже признаки наследственной слабости нервной системы. Таково раннее (в 6 лет) развитие полового возбуждения и ненормальное его удовлетворение; за то же говорит и необыкновенно длительное, повторное течение перемежающейся лихорадки, которая особенно бывает упорна, как мы знаем, при слабости нервной системы и ее повышенной возбудимости. Тиф тек у него с резким поражением центральной нервной системы. Первое время ученья больной чувствовал себя еще сносно (хотя и тут он упоминает про запоры), но лет с 19-ти стал уже утомляться, уставать, а тяжелая и требующая большой нервной работы учительская должность совсем расстроила его: с этого времени, главным образом, начинаются те нервные симптомы со стороны различных органов, на которые он жалуется.

Женитьба, урегулировавшая половую функцию, и более спокойное место священника, которое он получил, на время улучшили его состояние, но вскоре опять появились и даже усилились нервные расстройства.

А между тем, вы не забудьте, что по своему происхождению он должен был бы получить в наследство приспособление к нервной работе (его отец и многие, вероятно, из его предков жили именно такой работой).

Если же мы не видим приспособления у больного (а он остался ведь в среде своих предков), мы должны допустить, что какие-то неблагоприятные условия, и именно в этих предках, нарушили уже приспособления, иначе говоря, что больной наш — пример вырождения. То же подтверждает и наше исследование: у него

и несимметричный череп, и малое сердце с жесткими сосудами и дегенеративная нервная система, обусловившая его неврастению». (Лекции, стр. 113).

Я привел столь длинную выдержку из лекции для того, чтобы на конкретном примере показать, как Остроумов преподавал и пояснял слушателям свои воззрения, о которых он говорил в своей вступительной лекции. Он не только высказывал какое-нибудь научное предположение, гипотезу, он всегда старался ее обосновать и доказать на *целом ряде* случаев. Студент вместе с ним учился *искать* научную истину, в нем пробуждалось стремление к самому познанию.

При разборе брюшно-тифозных больных Остроумов, подобно Боткину, внушает слушателям, что разнообразие течения болезни зависит от индивидуальности заболевшего организма, что при инфекции *поражается в той или другой степени весь организм*. «Даже в легких случаях все функции расстроены, питание и жизнь клеток изменены, благодаря яду процессы обмена между кровью и клеткой становятся ненормальными. Все функции клетки — питание, размножение, выведение изменяются» (Лекции, стр. 247).

Температурная кривая не характеризует брюшного тифа и не может его характеризовать, ибо «лихорадка не есть только расстройство терморегулирующих центров, а процесс, связанный с рядом расстройств питания и обмена всего организма» (Ibid., стр. 248).

Остановливаясь на разной продолжительности тифах, Остроумов, подобно Боткину (см. стр. 71), задает себе вопрос: «Неужели в этих случаях цикл жизни тифозной палочки иной, чем обычно? Нет, это скорее зависит от свойства организма им-  
мунизировать яд, и различие в продолжительности болезни и времени выздоровления, приобретения иммунитета

обусловливается какими-то неизвестными нам условиями индивидуальности» (Лекции, стр. 251).

В поисках за особенностями организма, Остроумов останавливается на конституции его, на антропометрии. Вопрос о конституции теперь не сходит со страниц книг и журналов, о ней говорит чуть ли не каждый клиницист и практический врач, а в те времена заявления Остроумова встречались многими с улыбкой, ибо что такое конституция? Ее, ведь, в те времена ничем не могли определить, и подойти с этим термином к больному было до известной степени делом интуиции..

Теперь мы пытаемся установить ее объективно, хотя до сих пор не имеем бесспорного определения конституции, на котором могли бы все сойтись.

А антропологические измерения только теперь, 25 лет спустя после высказанного Остроумовым мнения, начинают завоевывать общее признание.

После постановки диагностики Остроумов всегда останавливался на том, каким образом в каждом отдельном случае происходит компенсация нарушенных функций.

После столь всестороннего разбора предсказание уже не представляло затруднения. Так, в случае Д...— раннего склероза многих органов, разбору которого Остроумов посвятил несколько лекций, в итоге он говорит: «Понятна прогностика, понятна и терапия. Надеемся на увеличение запасной силы, но немного. Мы не можем сделать организм его нормальным, ибо соединительная ткань заместила действующие элементы,— не можем возвратить к норме его склерозированную печень, почки, не можем возродить его желудочно-кишечный канал. Все это вне нашей власти. Мы видим его теперь в наилучшем состоянии; попра-

вились, может быть, более сильные врожденно и потому менее пораженные органы, как пищеварительный аппарат, а остальные, особенно сердце, улучшились менее» (Лекции, стр. 88).

### 3.

Терапию также, как диагностику, Остроумов всегда старался обосновать рационально. Приходилось ему назначать средства и эмпирически — при современном состоянии медицины этого никто не может избежать, — но и при эмпирических назначениях он пытается найти для них обоснование, иронизируя подходящими слишком схематическими объяснениями действия лекарств. Примером такого назначения и критического вместе с тем отношения к нему служит лекция пятая.

Остроумов говорит в ней о назначении минеральных вод. После критического разбора их влияния в итоге он приходит к заключению: «Клинические наблюдения говорят, что щелочи несомненно улучшают пищеварительную функцию, будучи применены умело. Назначение их должно быть строго обдуманым, ибо они, увеличивая щелочность крови, усиливают обмен, и в результате является похудание» и т. д. (Лекции, стр. 54).

В связи с этими взглядами Остроумова не могу не отметить ошибочности утверждения, допущенного к сожалению проф. Стржеско в его интересном критико-биографическом очерке «Памяти профессора В. П. Образцова» (Киевский Мед. Журнал 1922 № 1): «Он (Образцов) не придавал только такого значения анамнезу, как-то делала эмпирическая школа Остроумова и Захарьина». Такой взгляд является досадным

недоразумением. Остроумов не был эмпириком. Он был врачом-естествоиспытателем и, как таковой, всегда старался найти причину явления и физико-химические обоснования его.

Превосходно изложены у Остроумова принципы общей его терапии в след. строках: «Знание условий, вызывающих расстройство функций, с одной стороны, и условий приспособления—с другой, дают точные указания не только для прогностики, но и для терапии больного. Надо определить среду, где больной прожил бы без расстройств функций, и помочь функциональным способностям его органов. Иначе говоря, надо выяснить профилактику и лечение его. В первой основным правилом будет не утомляться, чтобы функция одного органа не влияла вредно на функцию другого. Ибо утомление, напр., нервной системы отзовется на состоянии пищеварительного аппарата, так как иннервация имеет здесь, как я много раз говорил вам, огромное значение. Состояние пищеварительного аппарата отразится непременно на печени, а расстройство ее функции повлияет на обмен и общее питание—ухудшится питание и самой нервной системы, и т. д. Такова эта тесная связь органов друг с другом, эта цепь, где каждое звено зависит от предыдущего и влияет на последующее» (Лекции, стр. 51).

Разбирая больного с пороком сердца, у которого объективно было установлено хорошее состояние сердечной мышцы, но возбудимое сердце, которое больной постоянно чувствует, Остроумов задает вопрос, не дать ли в данном случае наперстянки, кофеина, не назначить ему эртелевский способ гимнастики сердца, отвечает на это отрицательно и путем критического анализа приходит к заключению, что состояние этого больного с пороком сердца

показует лечение бромом, ляписом с белладонной, электризацией и теплыми полуваннами, теплыми обливаниями. Больной, под влиянием лечения, поправился.

Терапия в данном случае, как и в других, индивидуальна и критически обоснована.

Посмотрим теперь терапию при брюшном тифе, тем более, что здесь возможно сравнение при одинаковых условиях терапии двух таких больных клиницистов, как Боткин и Остроумов.

Первый вопрос, который при инфекциях ставит жизнь, конечно, вопрос о кормлении. Остроумов отвечает на него одинаково, как и Боткин, но в свойственном ему лапидарном стиле.

«Общий вопрос «кормить при тифе или нет?» — не имеет смысла. Конечно, хорошо всегда кормить, когда можно. Кто же этого не поймет? Но при резких признаках расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта речь может идти уже не о кормлении, а лишь о выведении скопившихся там раздражающих веществ или о возможном покое для этого органа, смотря по особенностям случая. Кормлением тогда врач может вызвать массу серьезных расстройств. Но отчего же не кормить такого больного, как наш. Пищеварительный аппарат его крепкий, он переносит без всяких расстройств назначаемые ему яйца и молоко — будем, конечно, и продолжать кормить, ибо он легче при этом будет бороться с инфекцией» (Лекции, стр. 254).

Здесь также виден крупный терапевт, восстающий против «неимеющего смысла» общего вопроса «кормить при тифе или нет?»

«Дать каломель или нет?» спрашивает дальше Остроумов.

«Теперь никто не признает за каломелем специфического значения при тифе. Назначая его без показаний, мы только бесцельно раздражаем кишки, делаем их на время более слабыми для борьбы с токсином и можем получить в результате резкое их поражение, но при соответствующих индикациях (метеоризме, запоре в начале тифа и т. д.) мы охотно дадим и каломель, а в других случаях поставим лучше клизму: все сообразно показаниям, которые дает нам состояние больного. Это верное и надежное основание для нашей терапии, свободное от увлечения предвзятой мысли и шаблона специфической терапии» (Лекции, стр. 256).

Остроумов, при оценке лечения брюшного тифа холодными ваннами по методу Брандта, говорит: «Здесь дело сводится чуть не к фабричной простоте лечения: больному ставят градусник и всякий раз, как температура подходит к заветной, положим 39°, цифре—кладут его в холодную ванну. Не нужно ни врачебного образования, ни обсуждения данного положения больного! Как только температура дошла до известного предела—холодная ванна. Лечение сможет вести любая сиделка, лишь бы разобрала градусы термометра, а чтобы доказать полезность способа, стоит только прибегнуть к спасительной статистике: с ее помощью можно получить какой угодно % смертности» (Лекции, стр. 267).

По поводу едкого выпада Остроумова против статистики невольно вспоминаются не менее едкие, но более мягкие слова французского философа-позитивиста О. Конта: «Подобные методы (методы статистических цифровых приемов), если к ним только можно применить этот термин, являются по существу своему абсолютной эмпирией, прикрываемой математическими

видимостями» (Cours de philosophie positive. T. III p. 329, 5 édition).

Высмеявши *шаблонное* лечение водой при брюшном тифе, Остроумов научно разбирает рациональные методы применения его и приходит к заключению: «Теперь мы имеем в гидротерапии могучее лечебное средство, выбирая то или иное ее применение, какое нам окажется подходящим в каждом данном случае тифа, совершенно по тем же правилам, как делаем это при лечении неврастении или истерии и т. д. Ведь не каждого же неврастеника вы обольете холодной водой!» (Лекции, стр. 268).

Наиболее ярко выступает Остроумов со своим критическим умом при оценке лечения малярии, туберкулеза и хлороза. При разборе хинина, как *specificum* при малярии, он говорит, что все же хинин не является средством абсолютным. Простуда, голод, утомление, психические травмы—все может вызвать взрыв малярии, казалось бы, излеченной. В доказательство он приводит случай ветеринарного врача, у которого малярия была вполне «излечена», приступов не было, но в периоде полного здоровья ассистентом клиники д-ром А. П. Ланговым при исследовании крови, производимом еженедельно, были находимы плазмодии. Однажды, после сильного утомления, больной вдруг получил опять «сильнейший приступ лихорадки, и в крови оказалась масса размножившихся плазмодиев». Больной снова оправился, приступов лихорадки не было, но, некоторое время спустя, при незначительном вечернем повышении  $t^{\circ}$  опять были обнаружены малярийные паразиты.

Сколько я знаю, это один из самых ранних случаев констатирования «носителей малярии», но никто о нем и не знает, ибо Остроумов о нем написал мимо-

ходом, на русском языке, иностранцы же русской литературы не знают, а русские . . . тоже ее не знают.

Указывая на вспышки лихорадки после переутомления, простуды и т. д. (см. выше), Остроумов не остается только в области наблюдений из практики. Он ищет подтверждение своему мнению в эксперименте и находит обоснование ему в известных опытах Пастера над курами, зараженными сибирской язвой.

Его интуиция позволила ему, несмотря на все не только нападки, но и отрицания, продолжающиеся, вероятно, по недоразумению, и до сих пор сохранить взгляд на простуду, как на существенный этиологический момент в возникновении *различных* инфекционных заболеваний.

После указанного становится вполне понятно и лечение, приводимое Остроумовым при малярии. «Вот почему, опять повторяем, если мы хотим, чтобы специфическое средство действовало, мы должны сделать сначала устойчивым организм больной. В слабом организме никакой хинин не выведет зародышей малярии, пока сам организм не выработает свое собственное противоядие, а это возможно лишь при укреплении организма. Такова, напр., роль мышьяка при малярии. Он действует на обмен и на нервную систему, а вызываемое им улучшение этих функций помогает борьбе с лихорадкой. А сколько же случаев малярии, где мы лечим железом, водой, питанием, правильными условиями жизни и т. п. Нет такого, почти, средства, которого мы не употребили бы при малярии, потому что мы лечим *не самую малярию, а субъекта, пораженного ею* (курсив Остроумова) со всеми его болезненными расстройствами. Крепкий субъект, получивший малярию, иногда выздоровеет без всякого лечения,

стоит ему лишь выехать из малярийной местности, а вот у таких, как наша больная, надо много забот, чтобы избавить их от малярии» (Лекции, стр. 217).

При рассмотрении туберкулезной терапии, Остроумов, упомянув о неимении специфического средства против туберкулеза, хотя креозот в это время (1893—1894 г.) почти считался таковым и был в большом почете (оценка креозота Захарьиным), со свойственной ему прозорливостью говорит: «Если бы при туберкулезе было открыто специфическое средство, то я все-таки сказал бы, что, при глубоком предрасположении организма, оно оказалось бы мало действительным, и радикальное лечение должно состоять в том, чтобы сделать организм невосприимчивым, не предрасположенным к заразе. До сих пор, однако, мы не имеем специфического средства от туберкулеза».

Дальше Остроумов научно разбирает фармакодинамику креозота и других продуктов сухой перегонки дерева и каменного угля и находит для них определенные показания при лечении туберкулеза. Специфическое же действие креозота при туберкулезе уже в те времена Остроумовым отрицается.

Один из первых Остроумов, настаивая на питании при туберкулезе, восстает против шаблонного перекармливания чахоточных, причем он подчеркивает необходимость не только количества, но и качества питания. «Туберкулезного субъекта с ожирением, замедленным обменом, вы не будете, конечно, раскармливать, здесь будут более уместны щелочи и другие способы, усиливающие обмен, тогда как больному истощенному, лишенному подкожно-жирного слоя, вы назначите усиленное питание. Это усиленное питание должно соответствовать по своим составным частям тем особенностям обмена и той способности

усвоения, которые имеются у больного» (Лекции, стр. 169).

В лекции о хлорозе, подобно Захарьину и Боткину, Остроумов восстает против отождествления сущности хлороза с изменениями крови. «Хлороз — болезнь не приобретенная, а *врожденная*; изменение состава крови есть одно из его проявлений, но никак не причина сопутствующих изменения функций других органов. Эти изменения суть самостоятельные последствия общего *недоразвития* организма и не стоят в связи с тем или иным составом крови: состав крови может очень улучшиться, а они останутся без перемены» (Лекции, стр. 137).

На примере больной П. (лекция двенадцатая) Остроумов иллюстрирует это положение. Больная прибыла в весе в клинику за 2 месяца на 12 фунтов, ее состав крови с 30% Hb и с 4.700.000 эритроцитов при наличии пойкило- и микроцитов улучшился до 90% Hb и 5.600.000 эритроц.—и тем не менее Остроумов считает случай тяжелым и неизлеченным. «Не говорите, что хлороз излечим, стоит только дать железо; ваша прогностика будет очень часто неверна» «Я разрушаю одну из ваших иллюзий. Вы так привыкли верить в могущество специфического действия железа при хлорозе, но ведь с иллюзиями трудно мыслить правильно, трудно лечить соответственно» (стр. 139). Здесь опять уместно вспомнить вышеприведенные слова Гексли и Боткина (ср. стр. 72).

У больной Л. излечение, несмотря на прекрасный состав улучшившейся крови, недостижимо. «Нельзя же в самом деле заставить вырасти и развиваться маленькое сердце, детскую матку, малые легкия! Нельзя исправить дегенеративную нервную систему.

Иначе говоря, нельзя изменить условия наследственности. Все, чего можно ждать, это лишь несколько большей *устойчивости* организма, несколько большей способности приспособления к окружающим условиям» (стр. 138).

«Я хотел показать вам здесь наибольшее сочетание недочетов развития во всех органах, во всем организме. Как видите, у больной это так выражено, что вам и самим теперь не придет в голову заботиться об *излечении* ее железом. Да и вообще лечение хлороза не может быть односторонним—одним только железом. Надо заботиться о всех решительно органах, особенно хлопотать об улучшении иннервации и пищеварительной способности желудочно-кишечного тракта» (стр. 139).

Теперь, в последние годы, дебатировался вопрос о хлорозе без хлоротического состояния крови, о возможности улучшить состав крови лечением и не поправить одновременно больную, а в начале девятых годов, когда Остроумов писал вышеприведенные слова, он был новатором и—увы—новатором, слова которого звучали втуне, ибо он писал по-русски.

Суммируя все сказанное, мы видим в Остроумове клинициста-физиолога, сочетавшего в себе физиологическую подготовку с клинической наблюдательностью и чутьем, понимание необходимости изучать патологические явления параллельно: 1) в том экспериментальном виде, как их нам готовит природа, и 2) в расчлененном, воспроизводимом искусственно, лабораторно. В этом отношении Остроумов близок Боткину. Его работы и лекции не сверкают тем количеством научных гипотез и обобщений, которыми так богат Боткин, но в одном он пошел дальше Боткина, дальше всех современных ему клиницистов. Он встал на *путь*

*биологизм*. Он *первый* пришел к заключению, что медицина есть биологическая дисциплина с методами для широкого изучения, главным образом отрицательного отбора. В поле зрения врача попадают в огромном большинстве случаев вымирающие и вырождающиеся. Приспособленные, выживающие, компенсирующие среду—это здоровые люди.

С огромным критическим умом Остроумов сочетал и *творчество*. Последнее, помимо практической терапии—он был блестящий терапевт, намечавший пути и принципы терапевтического мышления, а не умело только применявший лечебный арсенал у постели больного,—вылилось у него главным образом в одной, но большой идее. Идея эта была *введение клинической медицины в круг биологии и введения биологического мышления в клинику*. Были у него здесь увлечения и недочеты, но какой же новатор свободен от них?

К сожалению, Остроумов не был знаком с работой Менделя.

В клинике особенно ясны недочеты одной близкой прямой наследственности, и та теория наследственности, которая усложнена у Менделя, ближе к клинической действительности, чем та, с которой оперировал Остроумов, формулируя ее четырьмя положениями, приведенными в его вступительной лекции.

В итоге приведенных характеристик возникает вопрос о сравнении трех отечественных клиницистов.

Да нужно ли это? И как их сравнивать? Какую взять общую им всем меру?

Я думаю, что в этом нет надобности. Они не только основоположители русской медицины, они *классики* русской клинической мысли, да и одной ли русской? По своему таланту, по своей творческой дея-

тельности они все так велики, что если бы они родились англичанами, итальянцами, немцами, французами—их имена стояли бы рядом с именами Кл. Бернара, Вирхова, Листера, Шарко. У Боткина и Остроумова был несомненно реформаторский ум, и они вообще считались бы новаторами медицины, если бы не были русскими.

Каждый из них классик, но классик с ярко выраженными личными особенностями: Захарьин клиницист-эмпирик, Боткин клиницист-физиолог, Остроумов клиницист-биолог.

Захарьин и Боткин современники, антиподы по своему мышлению, и к обоим им я прилагаю термин: классики.

Возможно ли это, верно ли это? Нет ли в таком определении обоих противоречия?

Да, это верно. Современная медицина — наука, опирающаяся на физиологию и биологию,—до сих пор не свободна от эмпирии. Мы сузили область последней, но пока еще не освободились от нее. Разве попытка применять теперь такие средства, как серебро, висмут, в чистом виде и в разных комбинациях с препаратами мышьяка, не представляет собой эмпирической попытки найти наилучшее средство для лечения сифилиса? *Эмпирия нами еще не изжита.* Тем более она не была изжита во времена деятельности Захарьина. Можно сказать, что он не понял и не уловил идей Кл. Бернара, которым впоследствии пришлось занять господствующее в медицине место. Может быть. Но, ведь, это особое врожденное свойство ума—выбрать себе направление.

Разве в философии, естествознании, истории и социологии не уживаются до сих пор самые противоречивые, друг друга исключаящие теории, и во главе

всех них не стоят крупного умственного масштаба люди?

По складу своего ума Захарьин был консерватор, Боткин и Остроумов—реформаторы. Каждый в отведенной ими себе научной области не зарыли своего таланта, но излучили его в человеческую среду, и наша обязанность потомков сохранить их имена в истории русской науки и воздать им должное.

---

## ЛИТЕРАТУРА.

В основе -- лекции и работы Боткина, Захарьина и Остроумова.

- С. П. Боткин.** Клинические лекции. Изд. Карла Риккера. С.-Петербург. 1888 г.
- С. П. Боткин.** Курс клиники внутренних болезней. Изд. Общества русских врачей в С.-Петербурге. 1899.
- Г. А. Захарьин.** Клинические лекции. Москва. 1891---1894.
- А. А. Остроумов.** Клинические лекции, записанные студентом Шингаревым. 1895.
- В. А. Белоголовый.** С. П. Боткин, его жизнь и медицинская деятельность. С. П. Б. 1892.
- Н. Ф. Голубов.** О направлениях в русской клинической медицине (Москва и Петербург), помещено в 4-м выпуске Клинических Лекций Захарьина 1894 г.
- Васильев.** Методы клинического исследования, оттиски из газеты «Медицина».

- В. А. Воробьев.** Алексей Александрович Остроумов. Отчет Московского Университета 1908 г.
- А. А. Кисель.** Сергей Петрович Боткин. Врачебное Дело. 1920. № 7—8.
- Перфильев.** Очерки современной клинической медицины в России. I Клиническая школа проф. Захарьина. СПб. 1892.
- В. Н. Сиротинин.** С. П. Боткин. Помещено в посмертном издании Курса Клиники С. П. Боткина. 1899.
- Н. Я. Чистович.** Клинические Лекции. Петроград. Изд. Риккера. 1918.
- Claude Bernard.** La science expérimentale. Paris. Baillière et file. 1890.
- 
- 



---

Адреса Издательства: { Москва, Кузнецкий пер., 4.  
Петроград, Мойка, 42, кв.

Скл. изд. — Москва, Камергерский пер., 5, уг. Б. Дми  
«Универсальный Книжный Магазин».