

© В. И. БОРОДУЛИН, В. П. БРЕВНОВ, 1999

УДК 616.11/4:362.123]:93

В. И. Бородулин, В. П. Бревнов

**ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИМИРА:
ФОРМИРОВАНИЕ КИЕВСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ТЕРАПИИ
Сообщение 3**

Кафедра истории медицины и культурологии ММА им. И. М. Сеченова, лаборатория историко-медицинских исследований НПО "Медицинская энциклопедия"

Во второй половине XIX века, точнее, в 1858—1903 гг. при преемниках основателя кафедры Ф. С. Цыбурина — С. П. Алферьеве, Ф. Ф. Меринге и В. В. Чиркове — продолжался процесс становления кафедры и клиники факультетской терапии как лечебного стационара, где осуществляется синтез лечебной, научной (на базе современного естествознания) и педагогической (клиническое преподавание) работы. Данное сообщение посвящено С. П. Алферьеву и его "Речи об отношении патологической анатомии к лечению болезней".

Сергей Петрович Алферьев (4 октября 1816 г., г. Орел, — 30/31 марта 1884 г., Киев) родился в семье обер-офицера, учился в частном пансионе в Москве, в 1838 г. окончил Московское отделение Медико-хирургической академии и посту-

пил сверхштатным ординатором в Екатерининскую больницу¹. В 1843 г., защитив диссертацию о контагиозной гидрофобии, утвержден доктором медицины и отправлен на 2 года "в чужие края" для подготовки к профессуре². Вернулся в Россию в конце 1845 г.; 9 января 1846 г. прочитал в Петербурге "с совершен-

¹ Биографический словарь профессоров и преподавателей Университета св. Владимира в честь 50-летия университета (1834—1884) / Под ред. В. С. Иконникова. — К., 1884. — С. 17—19 и 807.

² ЦГИА (Л.) ф. 733, оп. 70 (1845—62), ед. хр. 52.

ным успехом" публичную лекцию "Об отношении патологической анатомии к частной терапии"; 17 января того же года министр народного просвещения С. С. Уваров определил его исправляющим должностным ординарного профессора создававшейся тогда кафедры частной патологии и терапии Университета св. Владимира; утвердили его в этой должности в 1847 г.³ Одновременно С. П. Алферьев с 1848 г. работал ординаром, а в 1849—1855 гг. заведовал терапевтическим отделением Киевского военного госпиталя. В 1850—54 гг. был деканом медицинского факультета⁴. Известно, что он был популярным в Киеве врачом. В Крымскую кампанию в 1854 и 1856 гг. выезжал с отрядом студентов на театр военных действий Южной армии, работал в госпиталях,⁵ вместе с проф. Ф. Ф. Мерингом был командирован в Константинополь для изучения тифозных заболеваний. Результаты этих исследований были напечатаны на русском⁶, а также на немецком и английском языках в престижных медицинских журналах Европы. Под его редакцией опубликован в качестве учебного пособия переведенный с немецкого языка студентами медицинского факультета "Курс частной патологии и терапии" Рихтера⁷. Об активной научно-общественной позиции С. П. Алферьева свидетельствует избрание его членом медицинских обществ Киева, Одессы, Константинополя. Его основные творческие интересы, кроме заразных болезней, концентрировались на проблеме клинко-патологоанатомических корреляций. В самом начале его самостоятельной деятельности это получило отражение в актовой речи "Об отношении патологической анатомии к лечению болезней", которую ему — начинающему профессору было поручено произнести на торжественном собрании университета в 1847 г.⁸ Как и "Вступление" Ф. С. Цыбурина⁹, она представляет для нас особый интерес, поскольку наглядно демонстрирует методологический подход образованного, критически мыслящего врача середины XIX века к узловым проблемам медицины.

По Алферьеву, практическая медицина прошла в своем развитии 2 этапа. На первом из них она "слишком торопилась", путаясь в замысловатых предположениях о природе болезней и их лечении: "Никто не сомневается в наше время, что ни физика, ни химия никогда не достигли бы настоящей степени усовершенствования, когда б вместо того, чтобы заниматься наблюдением, опытами, вместо того чтобы ежедневно вносить и отмечать факты, их сравнивать и сочетать, науки эти с самого начала, сразу вздумали бы определять сущность электричества, химического средства и т. д."

На втором этапе господствовали опытное знание, симптомы и симптоматическая терапия; главный недостаток при этом заключался в том, что в глазах врачей симптом "весьма часто играл роль самой болезни. Они не замечали, казальность, что один и тот же симптом может быть проявлением ... весьма отличных один от другого процессов...". В качестве примера автор рассматривает водянку, которая может быть следствием порока сердца, поражения печени, почек, сдавления венозного ствола и т. д., что требует, конечно, различного подхода к лечению. Таким образом, по Алферьеву, терапия прошлого то боролась "с вымышленным врагом, порождая фантазии", то преследовала "только одну тень болезни".

На современном третьем этапе основанием медицины стала патологическая анатомия, показавшая врачу макро- и микроскопические поражения органов, обуславливающие болезни, что привело к быстрым успехам диагностики; возникли перкуссия и аускультация, появилась патологическая физиология: "в исходе первой половины нашего столетия диагностика, на законах анатомии и физиологии основанная, достигает высокой степени развития, и медицина быстро, исполинскими шагами, подвигается вперед".

Современное лечение должно быть основано на знании локализации патологического процесса: "Чтобы убедиться в важности локализации в практической медицине, — говорит ав-

тор, — стоит обратиться за несколько лет назад. Мы увидим у Пинеля, например, в его носографической таблице, — апоплексию, помещенную в разряде нервных болезней, и заметим мимоходом, что это после трудов Вальзальвы и Моргани, открывших, что в большей части случаев в основании апоплексии лежит процесс геморрагический. Мы увидим также, что паралич конечностей рассматривается вообще как болезнь местная, которую лечат местными раздражающими средствами...". Точно так же "боль, которая спустя несколько дней после предшествовавшего кровопускания из руки распространяется вдоль всей ... конечности, не есть укол или поражение нерва, как бывало объясняли это, но часто первое проявление начинающегося воспаления просеченной вены". При остром суставном ревматизме важно определить, ограничился ли суставами процесс "или в то же время распространился и на покрывала сердечные? — Этим последним явлением, ... окончательно утвержденным профессором Бульо (по современной транскрипции — Ж. Б. Буйо), медицина обязана вполне патологической анатомии".

И сейчас, спустя полтора столетия, когда можно опираться на твердый естественно-научный фундамент, клиницисту придется признать убедительность этих рассуждений автора "Речи". Из приведенных слов ясно, что автор, вознося хвалу патологической анатомии, вовсе не находится при этом в плену узколокалистического подхода, а наоборот, рассматривает патологический процесс как страдание целостного организма.

Главная задача патологической анатомии, по Алферьеву, — способствовать развитию диагностики и терапии: "Патологическая анатомия открыла явления эти и значение их; физическая диагностика уловила признаки их, и что же? — Весь развитый мною ряд явлений пересекается, когда предудительный врач одновременно узнает самое начало поражения и противопоставит ему приличное лечение". Так, "патологическая анатомия навела, так сказать, терапию на более верный след лечения Брейтовой болезни в ранней степени, она же указала, что в хронических ее периодах благоразумнее оставлять в стороне метод мочегонный, к которому по случаю сопровождающей водянки прибегают преимущественно в практике, оставлять как метод, усиливающий деятельность органов, и без того уже пораженных, больных, и что прибегать должно к другим способам, действующим на другие части тела...".

В совокупности с физиологией патологическая анатомия прояснила и многие вопросы в области хирургических методов лечения: "Разве не перерезывали личного нерва для унятия личных болей, гнездящихся в чувствительных нервах пятой пары? Делали, но разумеется безуспешно; а делали потому, что не знали законов нервной системы, не знали, что личный нерв, как нерв движения, не принимает никакого участия в деле чувствительности, для которого опять есть свои орудия. Кроме безуспешности операция влекла за собой еще важную невыгоду для пациента — половинный паралич мышц лица, под управлением личного нерва стоящих". По поводу лечения легочной чахотки, которая является "страшной болезнью, отчаянием больного и врача" автор речи отмечает: "В самом раннем периоде болезни этой замечается также бедность крови, уменьшение количества ее шариков ... Не ослаблять, следовательно, должно больного в начале чахотки кровопусканиями, мушками, фонтанелями, нарывными пластырями и мазями всех сортов и родов; не обеднять кровь его и без того скудную; напротив, стараться укреплять больного, направлять качество его крови".

Принимая положения о решающей роли патологической анатомии в создании научной базы клинической медицины, о необходимости для врача в первую очередь установить локализацию болезненного процесса, Алферьев (как и Цыбурин), словно предугадывая крайности локалистического мышления, которое станет господствующим в медицине под влиянием вирховской целлюлярной патологии, настойчиво подчеркивает границы возможного применения морфологического метода. При этом он опирается на само определение понятия "болезнь" и на вопрос: что такое болезнь, отвечает следующим образом: "... мы понимаем под именем болезни расстройство, в отправлениях тела происшедшее и связанное в большей части случаев с повреждением самого строения телесного состава. Как первое влечет за собою второе, так это последнее тесно соединено с первым; почти сказать можно, что присутствие одного предполагает непременно и присутствие другого". Можно отметить, что высказанный молодым клиницистом полтора столетия назад взгляд на актуальную во все времена методологическую проблему соотношения субстрата и функции в норме и при патологии — вполне в духе концепции, развиваемой в наши дни известным патологом Д. С. Саркисовым, который, опираясь на современный методический фундамент, указывает на "обязательное наличие тончайших структурных изменений даже в тех случаях, когда они еще совершенно не-

³ Владимирский-Буданов М. В. История Императорского университета св. Владимира. — К., 1884. — С. 417; Киевский гор. гос. архив, ф. 16, оп. 285, ед. хр. 42 и 168.

⁴ ЦГИА (Л.), ф. 733, оп. 70, ед. хр. 122; Киев. гор. гос. архив, ф. 16, оп. 288, ед. хр. 161.

⁵ ЦГИА (Л.), ф. 733, оп. 70, ед. хр. 580.

⁶ Отчеты проф. С. П. Алферьева и Ф. Ф. Меринга // ВМЖ. — 1856. — № 2; 1857. — № 2; 1859. — № 1 и 2.

⁷ ЦГИА (Л.), ф. 733, оп. 80, ед. хр. 773.

⁸ Киев. гор. гос. архив, ф. 16, оп. 285, ед. хр. 133.

⁹ Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1997. — № 3.

заметны на органном, тканевом и даже клеточном уровнях, существуя лишь на внутриклеточном, т. е. ультраструктурном и молекулярном¹⁰.

Соответственно сказанному, и лечение не может всегда основываться на морфологических данных. В качестве примера автор речи приводит сифилис, при котором независимо от локализации проявлений болезни терапия должна быть направлена на "устранение производящей причины", т. е. быть специфической, на нашем языке — этиотропной. "Но есть еще более важное условие, громко говорящее против одностороннего материализма. При постели больного встречается нередко в целом такое соединение припадков, которое не стоит в прямом отношении к поражению органа, ...на языке клиническом называется общим состоянием. Это-то общее состояние, на взвесь и оценку которого истинный практик обращает полное внимание, влияет всегда на предпочтение и выбор того или другого способа врачебных действий". Так, при эпидемических болезнях даже "союз патологической анатомии с микробиологией не удовлетворяет вопроса: чем разнится, например, слюна бешеного животного от слюны здорового? Заразительный гной язвы любовственной от гноя простого, доброкачественного? Здесь опытность клиническая берет перевес...".

Итог сказанному подведен в следующих словах автора: "Не будем же требовать от патологической анатомии большего, нежели сколько может она покуда дать нам, потому что, как всякая другая наука, как все знания человеческие, она имеет свои границы; не позабудем еще, и это весьма важно, что изменения в живом теле совершаются под влиянием жизни, а эта последняя недоступна ношу анатомическому и другим средствам наших исследований ... Один из главнейших укоров состоит в том, что патологическая анатомия подала повод к ложным объяснениям; что через нее некоторым случайным, побочным поражениям органов придано было слишком важное значение; что на основании их возмечтала она строить ложные системы касательно сущности болезней и что, наконец, все это привело к ошибочному лечению. Точно, история науки свидетельствует ошибки эти и мы признаем их ... Но к науке ли относить должно упрек или к тому врачу, который не вполне понимая еще языка ее, вдался в предположения и увлекся ими?... Если врач, подслушав, например при движениях сердца, совместное с "тук—так", его нормальными звуками, присутствие поддува и не умея еще должным образом оценить семиотического значения признака этого, встречающегося в разнородных по свойству болезнях, станет, руководствуясь им, лечить бледную немочь по тем же показаниям, которые приличны воспалению внутрисердечной оболочки (эндокардит), и принесет тем вред в первой, винить ли аускультацию? Нет, того никто не сказал еще, хотя и говорят некоторые, что она бесполезна".

Известно, что увлечение патоморфологией и физическими методами диагностики привело некоторых выдающихся европейских клиницистов, стоявших на позиции дальнейшего развития медицины строго научным путем, к "терапевтическому нигилизму". Автор "Речи" видит эту опасность и верно оценивает ее, руководствуясь рационализмом врача, следующего традициям эмпирического направления в медицине — того самого "научного эмпиризма", который был на знамени Т. Сиденгама и К. Гуфелянда, А. Труссо и Г. А. Захарьина: "...говорят, медицина сделалась чем-то вроде натуральной истории: врачи стараются по данным признакам верно определять болезни, размещать их в разряды — только не стараются лечить. Отчасти справедлив и этот укор ... Мы сами были свидетелями совершенного почти врачебного бездействия в Венской больнице, в залах Шкоды... Но патологическая ли анатомия делает врача фаталистом, оставляющим больного без лечения? Совершенно нет...". С. П. Алферьев ссылается, в частности, на патоморфологические исследования Лаэннека и Бейля, продемонстрировавшие возможность исцеления легочной чахотки: "Патологическая анатомия открыла факты эти — клиническому наблюдению и опыту представляется воспользоваться ими ...: содействовать исцелению болезней, стараться облегчать и даже, по возможности, отвращать страдания ближнего".

Характерен сам подбор высших авторитетов, на которые ссылается автор речи: здесь Рокитанский и Шенлейн, Биша, Пинель и Лаэннек, Андраль и Буйо — все они сыграли ведущие роли в становлении клинико-анатомического направления.

В заключение своей речи автор с удовлетворением констатирует, что "патологическая анатомия и у нас тесно вошла теперь в круг наук, составляющих медицинское образование". Это заявление соответствует реальной ситуации в отечественной медицине того времени: в 1845—1846 гг. началась деятель-

ность первых кафедр патологической анатомии, созданных в Киевском и Московском университетах¹¹.

Если сопоставить "Вступление" Ф. С. Цыцурина и "Речь" С. П. Алферьева с актовой речью их сверстника (годы рождения соответственно 1814, 1816 и 1811) профессора Московского университета И. В. Варвинского "О влиянии патологической анатомии на развитие патологии вообще и клинической в особенности" (1849 г.), то нельзя не признать очевидное совпадение методологических подходов всех трех авторов. Приведем лишь одно характерное высказывание Варвинского: "Показывая успехи, которыми наша наука обязана анатомическому направлению, мы не раз обращали внимание и на погрешности представителей анатомико-патологической школы как неизбежные следствия односторонности. В большом организме изменяется не одно строение, но и химический состав органов и отправления ... Потому патолог должен обращать равное внимание на патологическую анатомию, патологическую химию и патологическую физиологию"¹². Есть все основания полагать, что к концу первой половины XIX века и в Москве, и в Киеве и, разумеется, в Петербурге молодые европейски образованные профессора были вполне подготовлены к тому повороту отечественной клиники внутренних болезней на естественно-научную платформу, который произошел на полтора — два десятилетия позже — в 60-е годы 19-го столетия.

В 1857 г. в связи с переводом первого руководителя кафедр Ф. С. Цыцурина в Варшаву на место президента Медико-хирургической академии на освободившееся место профессора по кафедре терапевтической клиники с семиотикой и заведующего факультетской терапевтической клиникой Университета св. Владимира был перемещен с кафедры частной патологии и терапии ординарный профессор С. П. Алферьев. Недолгий срок, в течение которого он возглавлял факультетскую терапию, отмечен продолжением начатого Цыцуриным внедрения метода патологоанатомического контроля в лечебно-педагогический процесс. Два первых руководителя кафедры, несомненно, как и И. В. Варвинский, выступили фактическими соратниками столичных профессоров — М. Я. Мудрова и его учеников А. И. Овера, Н. И. Пирогова, Г. И. Сокольского (в свою очередь учитель И. В. Варвинского), с деятельностью которых принято связывать становление клинико-анатомического направления в отечественной клинической медицине¹³.

Вместе с тем следует еще раз подчеркнуть, что мы не предполагаем применительно к первой половине XIX века каким-либо свидетельствами прямого влияния клиник Москвы и Петербурга на деятельность профессоров других российских университетов. Так, у Алферьева, если речь заходит о ревматизме и методической основе успехов в его изучении, то призывается авторитет Буйо, а Сокольского с его работами, опубликованными к тому времени на русском языке, и в помине нет. Казалось бы, прописная истина, что до появления клиник Боткина и Захарьина российские врачи готовились к профессии, как правило, под руководством европейских светил (Дерптский университет по составу профессоров и характеру преподавания тоже был скорее немецким, чем русским), а среди отечественных коллег пророков не наблюдали. Единственное, может быть, исключение — Петербургская клиническая школа И. Ф. Буша — относится к области хирургии, а не терапии и не отменяет общей ориентации отечественной медицины в те годы: научное солнце светило с Запада и в его лучах не были заметны собственные светильники. Однако этот взгляд оспаривался и оспаривается в историко-медицинской литературе с удивительным упорством.

Совокупность научных трудов первых руководителей факультетской терапевтической клиники Университета св. Владимира свидетельствует, что они явились глашатаями новой, естественно-научной медицины в России, опирающейся на значительные к тому времени достижения европейского естествознания в целом и теоретической медицины в частности. Однако удалось ли им в какой-либо степени привить ростки такой медицины, хотя бы конкретно в Киевском университете св. Владимира (например, организацией при клинике научной лаборатории или созданием научных школ)? В нашем распоряжении нет никакой документальной базы для положительного ответа на этот вопрос. Внесем ясность: сделать подобный эпо-

¹¹ Затравкин С. Н. Становление патологической анатомии в Московском университете: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1993. — С. 14—15.

¹² Цит. по Зиновьев И. А. К истории высшего медицинского образования в России. — М., 1962. — С. 69.

¹³ Сточик А. М., Затравкин С. Н. // Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова. — 1996. — Т. 6. — С. 21.

¹⁰ Саркисов Д. С. Очерки истории общей патологии. — Изд. 2-е. — М., 1993. — С. 261.

хальный вклад в историю нашей медицины не удалось никому из отечественных терапевтов первой половины XIX века. Еще в конце XIX — начале XX века было принято считать, что естественно-научная медицина взошла на кафедры российских университетов только в 60-х годах — с Боткиным и Захарьиным, с ними она сделала свои первые шаги в обеих столицах¹⁴. Мы полностью разделяем эту точку зрения. Другое дело, что Боткин и Захарьин появились не "вдруг", что многое должно было состояться до них, чтобы усилия их могли найти понимание во врачебной среде — без этого свет новых идей быстро бы померк. Мы вправе считать, что и Цыцурина, и Алферьев шли в первой шеренге тех отечественных врачей, кто готовил почву для новых всходов.

Творческие судьбы двух первых руководителей факультетской терапевтической клиники профессоров Ф. С. Цыцурина и С. П. Алферьева до того момента в жизни каждого из них, когда он оставил университет, схожи как близнецы-братья. Почти сверстники, они с той же разницей в 2 года готовились к профессуре в ведущих зарубежных клиниках, а затем были назначены сразу же ординарными профессорами в новый, Киевский, университет и, не достигнув пятидесятилетия, покинули его. Дальнейшая жизнь видного деятеля медицинской службы Ф. С. Цыцурина и частного лица С. П. Алферьева имеет мало общего. О втором мы знаем только, что, выйдя в отставку в 1864 г. за выслугой лет, он до конца жизни оставался консультантом при больнице Киевской духовной академии и семинарии; в 1868 г. был произведен в действительные статские советники (отметим, что это генеральский чин), а в 1876 г. "Медицинский вестник" опубликовал его статью "Аспирационный и инъекционный прибор, заменяющий все до сих пор существующие аппараты и всякие шприцы"¹⁵. Спустя несколько лет, сведениями о которых мы не располагаем, он скончался в преклонном возрасте от воспаления легких.

¹⁴ Голубов Н. Ф. О направлениях в русской клинической медицине (Москва и Петербург) // Клинические лекции проф. Г. А. Захарьина и труды Факультетской терапевтической клиники ИМУ. — Изд. 3-е. — Вып. 4. — М., 1895. — С. 170; Плетнев Д. Д. Русские терапевтические школы. — М. — Пг., 1923.

¹⁵ См. сноску 1.

Какова была оценка личности и деятельности С. П. Алферьева во врачебном общественном сознании того времени? "Университетские известия" в 1865 г. писали: "Университет лишился проф. С. П. Алферьева, служившего ему 21 год. Профессор пользовался дружбой и уважением своих соотечественников по медицинскому факультету и вообще многих членов Университета, он отличался ясностью изложения, был и есть любимый и распространенный в городе практик. Как общественный деятель он был безукоризнен. Его упрекают в недостатке физиологического направления в клинике. Сергей Петрович, конечно, принадлежал времени по своему образованию, когда клинические науки основывались исключительно на патологической анатомии"¹⁶. Иными словами, прекрасный человек, врач, педагог и общественный деятель, но заметных следов в истории медицины не оставил. Можно ли безоговорочно согласиться с этим? Несомненно, несколько его научных работ не составили эпохи в отечественной медицине. Его помощник по кафедре Бр. Хойновский стал профессором госпитальной терапевтической клиники в Варшаве¹⁷, но говорить на основе этого единичного факта о создании научной школы не приходится. Однако правомерно ли бросать упрек в архаичности научной методологии ("недостаток физиологического направления") клиницисту, чья профессорская деятельность завершилась до расцвета академической (факультетской) клиники С. П. Боткина в Петербурге и задолго до физиологического направления госпитальной терапевтической клиники А. А. Остроумова в Москве? Тем более, при несомненном понимании С. П. Алферьевым ограниченных возможностей патолого-анатомического подхода и перспективности физиологического мышления в клинике, которые наглядно демонстрируют приведенные выше цитаты из его "Речи". Нам представляется, что С. П. Алферьев сыграл пусть скромную, но достойную роль как продолжатель Ф. С. Цыцурина в деле формирования научного направления в терапевтической клинике Университета св. Владимира и тем самым в подготовке условий для становления третьего в России Киевского научно-общественного центра терапевтической мысли.

Поступила 06.08.98

¹⁶ Университетские известия. — 1865. — № 1. — С. 10—11.

¹⁷ Юбилей Киевской университетской клиники // Университетские известия. — 1869. — С. 493.