Н. Ларинский
ИСТОРИЯ ФИЗИКАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В БИОГРАФИЯХ, ПОРТРЕТАХ И ФАКТАХ

Н.Е. Ларинский, В.Н. Абросимов

История физикальной диагностики в биографиях, портретах и фактах

Рязань, 2012 г.

УДК 661- 071+61:9
ББК 53.4+5г
Л 251

Рекомендовано к изданию Научно-плановым Советом ГБОУ ВПО «Рязанский государственный университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Рецензенты:
В.Я. Гармаш, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.
Е.И. Шмелев, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гранулематозных болезней легких Центрального научно-исследовательского института туберкулеза РАМН (ЦНИИТ РАМН).

Ларинский Н.Е., Абросимов В.Н.
История физикальной диагностики в биографиях, портретах и фактах / Н.Е. Ларинский. В.Н. Абросимов.

ISBN 978-5-8423-0112-6

Монография посвящена истории появления, развития и совершенствования физикальных методов диагностики - перкуссии, аускультации и пальпации. Особое внимание уделено личностям великих врачей, положивших начало широкому применению этих методов в клинической практике, – И.Л. Ауэнбруггера и Р.-Т.-Г.-М. Лаэннека и других выдающихся клиницистов Европы и США, совершенствовавших и развивавших эти методы. Подробно освещена история внедрения этих методов в практику преподавания и клиническую деятельность российских врачей. В монографии описывается и проникновение физикальной диагностики в смежные с внутренними болезнями клинические специальности: акушерство, педиатрию, неврологию и хирургию. Описана «эволюция» диагностических инструментов - стетоскопа и плессиметра и появление новых методик- спирометрии и клинической термометрии.

Для терапевтов, пульмонологов и кардиологов, в том числе начинающих, а также студентов III-VI курсов.

УДК 661- 071+61:9
ББК 53.4+5г

ISBN 978-5-8423-0112-6

© Ларинский Н.Е.,Абросимов В.Н.
© Оформление, оригинал-макет,
Издательство ... , 2012

Предисловие

Представленную монографию «История физикальной диагностики в биографиях, портретах и фактах», в широком смысле следует отнести к истории науки. Своеобразие медицины заключается в том, что она является и наукой и искусством одновременно. Искусство врачевания, имеющее научную основу, складывается из диагностики и лечения болезней. Самое дисциплинированное клиническое мышление лишь тогда будет продуктивным, если оно опирается на факты, поэтому обнаружение, «добыча» фактов и есть суть диагностического поиска. До определенного момента и диагностика и лечение были одинаково беспомощны, чего не могли не понимать наиболее передовые врачи XVII-XIX вв. С этого момента и начинается интригующая история открытия методов физической диагностики заболеваний, включая, прежде всего, перкуссию и аускультацию. Показательно, сколь близорукими и недальновидными оказались виднейшие, талантливейшие врачи Европы, не принявшие «дигитальную перкуссию» Ауэнбруггера и сколь прозорливым в этом плане был замечательный французский клиницист – Жан-Николя Корвизар! Не уступил ему и его самый талантливый ученик - Р. Лаэннек.

Из истории известно, что метод выслушивания первым предложил не Лаэннек, но до него аускультация была казуистикой и с ее помощью немногие врачи извлекали крохи диагностической информации. Однако именно гениальный Лаэннек не только предложил первую модель «осматривателя груди» - стетоскопа, но и детально описал семиотику болезней легких. После него к этому мало что было добавлено. Заслугой Лаэннека, безусловно, является внедрение метода аускультации и стетоскопа в широкую врачебную практику. Но едва ли не более важным является то, что Лаэннек, будучи талантливым патологом, обнаружил анатомические основы описанных им же диагностических феноменов! В настоящей книге представлено скрупулезное жизнеописание «Человека с золотым ухом» - автора революционного открытия, изменившего медицину. «Ухо Лаэннека открыло человечеству новую эпоху в медицине»,- гласит известный афоризм, и это абсолютная истина! Он ознакомил нас с акустическими явлениями, распознаваемыми этим способом, указал на их значение и собрал результаты своих замечательных исследований в сочинении, которое сделалось бессмертным, вследствие важных результатов, к которым изобретатель пришел сразу. Надо помнить, что перкуссия и опосредованная аускультация были методами-предшественниками визуальной диагностики: то, что врачи сначала лишь слышали, они захотели и увидеть! Примечательно, что наиболее прогрессивные врачи Франции, Германии, России, США и других стран довольно быстро поняли, какими достоинствами обладают эти объективные диагностические методы и стали применять их не только в терапии, но и в клинике нервных болезней, педиатрии, хирургии и т.д. Обо всем этом рассказывает книга. Физикальная диагностика бурно развивалась во многих странах, которые могут гордиться именами своих врачей, отличившихся на этом поприще – чех Й. Шкода, немец Л. Траубе, американец О. Флинт, итальянец П. Грокко, англичанин Ч. Вильямс и другие. Всем им нашлось в книге достойное место. Отдельная часть книги посвящена истории развития физикальных методов диагностики в России. Следует отме-

тить, что авторы не следуют сложившимся стереотипам, не относя выдающихся отечественных клиницистов к активным адептам физикальной диагностики на первоначальном этапе ее развития. Возможно, этот подход покажется дискуссионным, но авторы правомочны иметь свою, обоснованную точку зрения. Да, среди учеников Лаэннека первого «призыва» были клиницисты из России, но их было очень мало (в основном врачи из «Русской Польши и Литвы») и физикальные методы внедрялись у нас не так быстро, как хотелось бы. Но примечательно, что наиболее яркие представители отечественной клиники внутренних болезней С.П. Боткин, Э.Э. Эйхвальд, Н.А. Виноградов и В.П. Образцов были мастерами, «маэстро» непосредственного исследования больных. К достоинствам книги следует отнести и то, что авторы вспоминают забытые имена Н.Ф. Здекауэра, В.К. Экка, В.В. Бессера и других клиницистов, совершенно несправедливо «потерявшихся», часто по конъюнктурным соображениям, в истории отечественной медицины на фоне мощной фигуры Боткина. В книге приведено множество любопытных и малоизвестных фактов, касающихся физикальной диагностики и, несмотря на солидный объем, читается она с интересом. Отрадно, что авторы постоянно подчеркивают необходимость для начинающих и опытных врачей владеть и совершенствовать физикальное мастерство. Обращаясь к истории, авторы не только отдают дань «великим теням» прошлого, но и напоминают – это были «плечи гигантов», на которых, перефразируя А. Юшара, стоим мы все.

Книга Н.Е. Ларинского и В.Н. Абросимова, пожалуй, первая в России на подобную тему, достаточно полно отражает исторические и «географические» этапы становления и развития методов физикальной диагностики. Можно лишь поражаться, как нашим великим предшественникам, имевшим в своем распоряжении плессиметр, перкуторный молоток и далекий от совершенства стетоскоп, удалось описать семиотику болезней легких и сердца, причем детально отразить малейшие нюансы клиники. Все это было сделано еще в позапрошлом веке! Развитие кардиохирургии отсеяло ошибки и заблуждения, совершенные клиницистами прошлого, но остался сохраненный в эпонимах золотой фонд семиотики, в котором немало славных имен. Это лучший им памятник.

Появление настоящей монографии, посвященной открытиям выдающихся врачей прошлых столетий, позволит глубже понять диалектику развития и клиническую значимость методов физической диагностики и для нас - врачей XXI века.

Академик РАМН, директор НИИ пульмонологии ФМБА России,
главный терапевт-пульмонолог Минздравсоцразвития РФ,
Председатель Российского научно-практического
общества пульмонологов, зав. кафедрой госпитальной терапии
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава
А.Г. Чучалин

Чем глубже вы заглядываете в прошлое, тем больше сможете увидеть в будущем.

У. Черчилль

...не только смотреть и слушать, но и видеть и слышать.

И.М. Сеченов

...метод в естествознании есть если не все, то почти все. Одно наблюдение, произведенное с помощью правильного метода, имеет несравненно большее значение, чем сотни самых остроумных гипотез, высказанных многими и многими умными людьми.

Д.Д. Плетнев

...с улучшением настоящих методов исследования с их непогрешимыми инструментальными данными не надо забывать хорошие старые приемы.

С.С. Зимницкий

Нигде так скоро не высказывается талант врача и степень его образования, как в способе исследования больных.

Ф.С. Цыцурин

Классические («старые») физические методы исследования должны оставаться для врача главными.

И.А. Кассирский

...при любом уровне медицинских технологий внимательный наблюдатель, вглядываясь, вслушиваясь, «встукиваясь», вдумываясь, наконец, в своего больного, узнает нечто недоступное кривым и формулам любой сложности.

А.Л. Сыркин

...клинический опыт учит: сколь бы ни были совершенны новые методы исследования, данные, полученные с их помощью, редко могут быть использованы без учета результатов традиционного обследования больного.

Н.А. Мухин, В.С. Моисеев

Навык физикальной диагностики – это в большей степени ход мыслей, чем работа рук.

Е. Браунвальд

Решение и вмешательство – суть действия, раздумье и умозаключение – суть мышление. Сутью медицины является объединенное царство действия и мышления, стоящее на службе у людей.

М. Лонгмор, Я. Уилкинсон, С. Раджагопалан

Сорок лет назад (конец 70-х гг. прошлого века) появились критичные и аргументированные суждения видных отечественных интернистов (И.А. Кассирский, 1970; Е.М. Тареев,1976; А.Ф. Билибин, 1981; В.Х. Василенко, 1985; Г.П. Шульцев 1979,1981,1984) о «диспетчеризации» деятельности врачей. *«Все больше становится врачей-диспетчеров, отсылающих пациентов от консультанта к консультанту...»(*З.И. Янушкевичус, 1974). Это касалось, прежде всего, дефектов «диагностического алгоритма», а по сути - клинического мышления, которые компенсировались путем использования многочисленных консультантов, приглашаемых по поводу и без повода, назначением избыточных параклинических методов исследования и т.д. В меньшей степени речь шла о качестве «технических» навыков врачей. Спустя десятилетие явственно зазвучали уже тревожные и тревожащие высказывания о снижении диагностических «умений», об утрате врачами *«чувства личной ответственности за диагноз»* и расчете на то, что *«решающее слово останется за врачом-инструменталистом или лаборантом»* (Е.Е. Гогин, 1990). Появился собирательный образ докторов, *«вся диагностическая деятельность которых заключается в переписывании на первую страницу истории болезни заключения специалиста по тому или иному методу»* (Е.И.Чазов, 1988). О подобных проблемах говорили и американские клиницисты (M.E.Nassar, 1988). *« Возникло положение, когда врач склонен даже при самых скромных жалобах для исключения патологических состояний обследовать пациента на уровне возможностей данного учреждения. Подобного рода «метод тыка» или «широко раскинутой сети», несомненно, обеспечивает известную степень «улова». Но какой ценой? Дело не только в высокой стоимости исследований, опасно, что профессиональный уровень и диагностический потенциал врача при этом отнюдь не повышаются»*,- писал наш современник (С.Я. Долецкий, 1993). Подобной тревогой мотивированы призывы к сохранению клинических традиций С.П. Боткина или У. Ослера (Г.И. Сидоренко, 2001, B. Andrews, 2002) . В наше время снова, как заклинание, звучит мысль: *«...всегда сохранит свою целительную силу общение врача с больным, а значит, расспрос и непосредственное обследование больного, составляющие основу семиотики и диагностики»* (С.Д. Подымова, 2005). Как не вспомнить, в этой связи, выдающихся клиницистов, знатоков физикальной диагностики, которых мы цитируем в этой книге: Д.Д. Плетнева, А.Л. Мясникова, И.А. Кассирского, Н.М. Амосова, А.Л. Сыркина, А.Г. Чучалина, П. Уайта и Е. Браунвальда.

А.Л.Мясников

Еще не так давно было правилом хорошего тона на терапевтических (чаще пропедевтических) кафедрах иметь доцента или ассистента, которые особенно изящно владели физикальными методами диагностики и могли продемонстрировать свои умения студентам и врачам. В середине 70-х гг. у врачей появилась возможность обзавестись добротными стетоскопами известных фирм (уже появились не только польские, но и первые «японские» инструменты). Профессора-интернисты, хотя и реже, чем в старые добрые времена, по сравнению со своими учениками находились (если только это не было одноактной «пьесой», разыгрываемой на глазах восхищенных студентов!) на олимпийской, недостижимой высоте, владея *«крайними тонкостями перкуссии и аускультации»* (В. Йонаш,1968). Но при этом настойчиво высказывались сомнения в качестве диагностических навыков именно практикующих, а не преподающих терапевтов (Н.В. Эльштейн, 1970, 1973, 1983). И эти сомнения имели под собой почву: четверть века назад опытный клинический преподаватель с сарказмом говорит: *«...многие врачи-терапевты до конца своей трудовой биографии не могут отличить систолу от диастолы»* (М.И. Рейдерман,1987). Уже тогда в каждом пятом случае не был поставлен диагноз пневмонии (Н.К. Пермяков,1991), а число расхождений ее диагнозов даже в условиях клиники выросло в два раза (Л.Г. Дуков, А.И. Борохов, 1996). В настоящее время нозокомиальная пневмония прижизненно не распознается в 20-40% случаев, хотя клиническое исследование остается точкой отсчета в ее диагностике (А.И. Синопальников, 2009). В то же время при внебольничной пневмонии физические симптомы, выявляемые при перкуссии или аускультации, имеются у 80% больных (Н.А. Мухин, 2006; В.Н. Сапёров, 2010).

И.А. Кассирский

Несколько десятилетий в печати велись бесплодные, порой схоластические дискуссии (с участием многих видных врачей и биологов) на тему: «заменит ли компьютер врача»? На преувеличенные восторги энтузиастов использования кибернетики в медицине аргументированно возразил видный интернист: *«Машины решают многое, но они ничего не создают»* (А.Ф. Билибин, 1974). Компьютеры врача пока так и не заменили, но зато уже двадцать лет назад отмечалось пренебрежение аускультацией сердца в пользу ЭХО-КГ,

утрата навыков аускультации или формальный к ней подход (C. Chan-Yan et al.,1988, В.А. Алмазов и соавт.,1996). Следует напомнить описание пролапса митрального клапана, сделанное выдающимся клиницистом шестьдесят лет назад: *«При нарушении функции папиллярных мышц клапаны не удерживаются...и выгибаются в предсердия, отходя краями своих створок друг от друга и образуя между ними щель; проникая через нее во время систолы, кровь дает систолический шум. Такое явление наблюдается со створчатыми клапанами, главным образом митральным»* (А.Л. Мясников, 1952). *«Введение в практику эхокардиографии,-* комментируют сказанное современные специалисты,- *позволило увидеть при жизни то, что раньше было лишь услышано, но вполне правильно понято»* (А.И. Воробьев и соавт.,2008). Мы думаем, нужно говорить не об утрате навыков аускультации или перкуссии, ведь утрачивается то, что имеется в наличии, а о том, что эти навыки в институте не были приобретены (ответственность за это лежит равно и на студентах и на преподавателях, при условии, что они сами ими владеют)! Нынешний студент едва ли воскликнет, как его ровесник в 20-е годы прошлого века: *«Выслушивание, выстукивание, ощупывание, больные, болезни - вот предмет нашего увлечения. Вступление в медицину - захватывающая пора!»* (А.Л. Мясников, 2011).*«Не помогут здесь,* - пишет известный клиницист,- *институты и факультеты усовершенствования врачей, так как они имеют иные задачи и не должны заниматься азбукой внутренней медицины»* (Г.П. Кузнецов,1989). Отсюда и нередкое положение, когда *«...врач «видя - не видит и слыша - не слышит»* (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1956). Неудивительно, что в качестве основной причины ошибок в диагностике, например, плеврального выпота оказывается забвение перкуссии или редкое и формальное ее использование (Л.Г. Дуков, А.И. Борохов, 1996). Примечательно, что в наше время методика перкуссии грудной и брюшной полости снова подробно описывается (J. Fedorowski, 2000). Есть здесь еще один аспект, этический: *«При пневмонии... достаточно, допустим, рентгеновского исследования, ибо оно более информативно, чем аускультация... Аритмия наглядна при электрокардиографии (ЭКГ) — и нечего с глубокомысленным видом хвататься за руку в поисках пульса. При холецистите, желтухе ультразвуковое исследование (УЗИ) дает ясную картину, подтвержденную к тому же данными лаборатории, ректоскопии, колоноскопии, и иным докторам кажется, что позволительно обходиться без пальцевого обследования. Грубо говоря, зачем лишнее произносить, щупать, шамански стучать пальчиком по пальчикам, уложенным и прижатым к исследуемому телу? Зачем все эти средневековые пассы? Зачем нам старое, замшелое? Даешь все новое! И уходит непосредственный, человеческий контакт человека с человеком, происходит дегумани-*

зация медицины, врач становится в большей степени мединженером»,- пишет врач с большим стажем (Ю.З. Крелин, 2005).

Дефекты физикального обследования стали встречаться с удручающим постоянством, что невнятно объяснялось утратой *«доверия к традиционным методам перкуссии и аускультации»*, но чаще, как не печально, вызывалось «неохотой», за чем скрывается, как мы думаем, банальное невладение методикой. Это дало повод для блестящего сарказма: *«Кто-то заметил, что человеческий гений создал «Одиссею», «Божественную комедию», «Дон Кихота» и другие великие творения, о которых все говорят, и мало кто читает. Так и с классическими методами диагностики: о них знают, признают их неоценимое значение, но тратить время на них не хотят»* (Н.В. Эльштейн, 1998). Сделаем лишь одну оговорку - можно со скептицизмом относиться к результатам, полученным с помощью аускультации (при условии хорошего владения ею!), а можно с упрямством, достойным лучшего применения, отмахиваться от изучения ее как априори *«устаревшей и малоэффективной»*. Так и не научившись физикальной диагностике в стенах университета и попав в условия «среднестатистического ЛПУ», многие молодые доктора становятся совершенно беспомощными, *«ведь в обычных городских больницах в гораздо большей мере, чем в специализированных клиниках, бывают весьма сложные в диагностическом отношении больные»* (А.Л. Мясников, 2011). На вопрос: «Что может сделать участковый терапевт для больного?» следует бесхитростный ответ пациента: «Выписать больничный лист или справку, пачку рецептов и направлений». И все! Ни о какой аускультации, тем более доскональной, перкуссии и пальпации речь вообще не идет! А между тем кардиологические больные составляют значительную часть тех, кто обращается к участковому врачу и сколько их может оказаться среди тех, кто пришел по другому поводу? Нам вовсе не кажется риторическим вопрос*: «Как преодолеть барьер на пути больного с сердечно-сосудистой патологией к необходимому ему хирургу* (кардиохирургу-Н.Л.,В.А.)- *барьер, связанный с невыявлением этой патологии в поликлинике?»* (В.И. Ровинский, 2008). Не меньше сложностей и в области респираторной медицины, в которой *«сконцентрировано большое количество врачебных специальностей»*, но *«основные принципы осмотра больных остаются незыблемыми. Больной должен быть обследован в буквальном смысле с «головы до ног». Старая школа фтизиатров заложила эти прогрессивные принципы в обсле-*

Н.М. Амосов

дование больных с патологией дыхательной системы» (А.Г.Чучалин, 2009). Понятно, что трудоемкий процесс обучения пропедевтике далеко не всегда достигает цели: *«Читать лекции по пропедевтике ...внутренних болезней...очень трудно: ...надо говорить совсем не подготовленным для восприятия студентам о методах исследования больного человека, о признаках заболеваний»* (А.И. Воробьев,1997). С другой стороны - простота получения готового диагноза от ЭХО-графии лишает врача мотивации терпеливо выстукивать и выслушивать больного, хотя кто знает, сколько здоровых людей сейчас имеет «эхокардиографические пролапсы» митрального клапана! Известная острота дискуссии заставляет или яростно отвергать стетоскоп: *«...стетоскоп – это не более чем культовый предмет. Как прибор он приносит больше вреда, чем пользы»* (Р. Мендельсон, 2004), или напротив, говорить о нем с ностальгической грустью: *«... стетоскоп - лучший символ практической медицины»* (H. Markel, 2006). Понятно, что попытки возвращения «назад, к Лаэннеку!» не должны носить декоративный, утрированный или шаржированный характер. Иногда и сейчас, из самых благородных побуждений, рождаются фантастические идеи вроде использования аускультации для диагностики огромного «набора» болезней (В.А. Репин, 1991, 1992, 1993) или предложения о выслушивании «зон проекции камер сердца» (З.Ю. Юзбашев, 2008). При этом в современном руководстве по внутренним болезням десять страниц уделяется диагностическому значению «обычной» аускультации сердца, что нетрадиционно для курса факультетской терапии. Подобный подход авторы мотивируют тем, что *«даже дипломированные врачи плохо владеют этим методом»* (Б.И. Шулутко и соавт.,1994). «Чего же боле?» - как писал классик!

А.Л. Сыркин

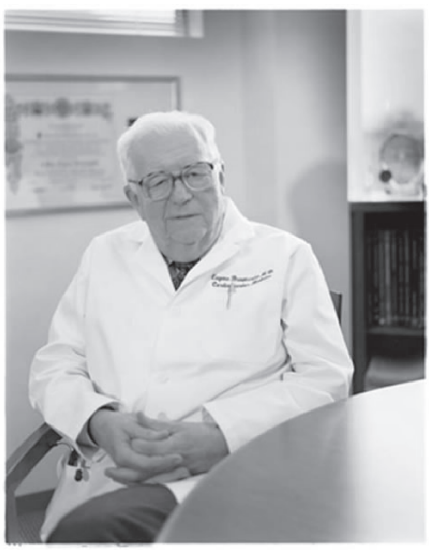
На наших глазах внедрялись во врачебный обиход визуальные методы диагностики. Конечно, никто не отказывается использовать достижения «высоких технологий», но нельзя забывать того, что *«данные инструментальных исследований позволяют вывести на более высокий уровень трактовку обнаруживаемых при выслушивании сердца шумов, от-*

работать до совершенства навыки аускультации. Однако чаще происходит иное - терапевт и кардиолог утрачивают интерес к педантичному выслушиванию сердца – необходимые сведения он получает без труда по данным электро - и эхокардиографии. Получает, но только когда доступно надежное инструментальное подспорье, а наедине с больным, не имея навыков аускультации, он становится все более беспомощным. Проблема заключается в том, что недостаток практических навыков у врачей «первого контакта», недостаточно обеспеченных неотложной лабораторной и инструментальной поддержкой, увеличивает процент пациентов, теряющих время, а иногда и шансы на излечение, пока нет рабочего диагноза» (Е.Е. Гогин, 2005).

Еще двадцать лет назад 80% из полутора сотен опрошенных участковых врачей заявили, что *«лабораторные анализы и функционально-диагностические обследования целесообразно проводить перед (!) врачебным осмотром»* (Н.В. Эльштейн, 1990). Не секрет, однако, что большинство терапевтов старшего поколения не отличат, к примеру, М-эхокардиографию от двухмерной кардиографии или допплеровского исследования. Врачи с большим стажем более медленно приспосабливаются к новым технологиям, поскольку они чувствуют себя уверенными в своих диагностических навыках *«и опыт сделал их уверенными в своем ремесле»* (C. Warren, 1999). Но кто доказал, насколько эта уверенность обоснована, и что врач действительно владеет тонкостями физикальной диагностики, что он смотрит больного «с головы до пят» (если у него хватает времени на это, конечно)? Сравнивать аускультацию и ЭХО-

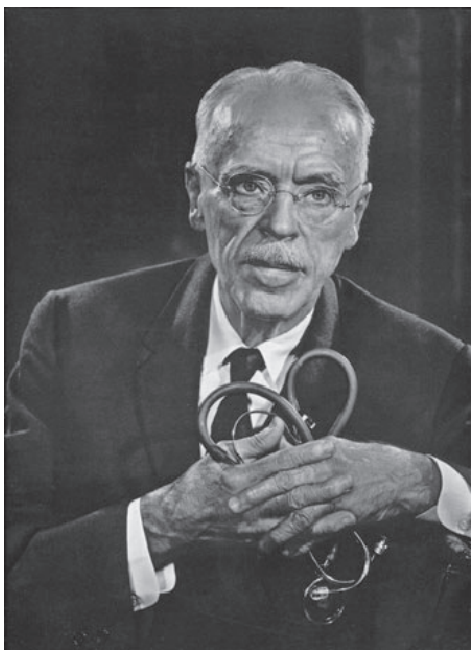
А.Г. Чучалин (первый ряд, второй справа)

графию можно, сопоставляя диагностические возможности слуха и зрения, как в недавнем прошлом сравнивали ее с фонокардиографией, дающей «картинку» звуков сердца (К. Холльдак, Д. Вольф, 1964). Но поскольку крайне редко ЭХО-графию проводит клиницист, то в абсолютном большинстве случаев на долю практического врача остается ознакомление не с «живыми» данными, а лишь с протоколом, который при визуальном методе целиком зависит от опыта врача, проводящего исследование! Не случайно еще два десятка лет назад констатировалось: *«Ошибки диагностики, связанные с неадекватной подготовкой и недостаточным опытом, представляют не меньшую опасность, чем отсутствие оборудования...эффективное применение ультразвукового сканирования, которое имеет более низкую стоимость, чем другие виды диагностического изображения, в значительной степени определяется искусством врача»* (Доклад научной группы ВОЗ, 1992). Подход клинициста не изменился и сейчас: *«Врач должен понимать, что любые инструментальные методы диагностики (например, электрокардиография) могут давать ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Использовать эти диагностические методы также не всегда возможно, т.к. они могут быть недоступными из-за высокой стоимости или противопоказанными конкретному пациенту. Кроме того, квалификация лаборанта или специалиста, интерпретирующего результаты исследования, может оказаться недостаточной, а само диагностическое оборудование – не соответствовать стандартам или нуждаться в ремонте»* (Дж. Констант, 2004). Хотя и трудно спорить с веским доводом: *«Профессиональное владение навыками непосредственного обследования больного - перкуссией, аускультацией, пальпацией – необходимо и в XXI столетии. В отличие от сложных диагностических приборов глаза, уши, руки у врача всегда при себе»* (В.И. Ровинский, 2008), но, пожалуй, только инфекционисты в наше время досконально еще проводят общий осмотр и физикальное обследование (Е.Е. Гогин, 2009). Конечно, появление ЭХО-КГ оказало кардиологии неоценимую услугу, сделав «доступным ранее недоступное», но возможно ли проводить ее подряд всем больным с сердечными жалобами или использовать в качестве



Е. Браунвальд

скриннинга? С другой стороны, известно, что случаи, когда диагностика лечащего врача не может быть оправдана данными исследования больного, объясняются его малой квалификацией (А.С. Воронов, 1949). Мотивированные основания для направления больного на ЭХО-КГ у врача, в том числе и кардиолога, обязательно должны быть и тут уже нельзя обойтись без знания физикальных методов. *«...Рентген следом за нами не ходит. Не умеешь перкутировать – больной задохнется от экссудативного плеврита, не умеешь слушать – перепутаешь незвучные влажные хрипы при сердечной недостаточности со звучными на фоне бронхиального дыхания при пневмонии, в результате – смерть больного. Попробуй с помощью рентгеновского аппарата разобраться в конгломерате проблем, который преподносит обширный инфаркт миокарда: старость с ее склонностью давать к ателектазам пониженную вентиляцию есть, повышенная температура есть, кашель есть. Что ж, за рентгенограммой побежишь? Ну, беги, получишь снимок легких лежачего больного. Ты ведь на рентген полагался. Вот теперь и трактуй...»* (А.И. Воробьев, 1997). Резко, но справедливо! Объективная ситуация такова, что в большинстве лечебных учреждений России будет непозволительной и еще не скоро достижимой роскошью ставить диагноз митрального порока или «аортальной болезни», обнаруживая у больного одышку или «непонятный» шум, и направлять больного на ЭХО-КГ, которая и произведет основную диагностику. Это, конечно, заставило бы забыть невеселую фразу: *«...ошибки в диагностике пороков сердца, прежде всего, связаны с ошибками аускультации»* (И.А. Кассирский, Г.И. Кассирский, 1961). Но мы ее не забыли, и спустя полвека опытный кардиолог снова пишет: *«Почему возникают ошибки при диагностике пороков? Ответ только один. Потому что допускаются ошибки при аускультации сердца»* (С.Г. Горохова, 2009). Например, почти у 90% больных с дилатационной кардиомиопатией отмечается стойкий пресистолический ритм галопа, шумы относительной недостаточности клапанов, систолический шум, напоминающий шум митральной



П.Д. Уайт

недостаточности, нередко - III тон (Е.Н. Амосова, 1999, В.И. Шумаков, М.Ш. Хубутия, И.М. Ильинский, 2003). Тщательная аускультация позволяет обнаружить этот «крик сердца о помощи». Одному из нас вспоминается 28-летний пациент, в течение пяти лет работавший помощником машиниста на железной дороге (?!), у которого при профилактическом осмотре в провинциальной больнице (1980 г.) довелось на амбулаторном приеме, используя стетоскоп конструкции Б.Е. Вотчала, услышать подобный шум, III тон и ритм галопа. Диагноз кардимиопатии был позже верифицирован при инструментальном исследовании в клинической больнице МПС в Москве.

При объективном подходе вряд ли вызывает сомнение мысль о том, что *«...правильный выбор методик, которые могут оказаться информативными в данном конкретном случае, почти целиком зависит от профессиональных навыков врача «первой линии», семейного, участкового, «скорой помощи», приемного покоя, а в стационаре - от лечащего врача»* (Е.Е. Гогин, 2002). Собственно говоря, «дискуссия» на эту тему возникла в те времена, когда были живы еще многие из упомянутых нами клиницистов: *«...практический врач свыкается с тем, что на его долю остается сопоставление положительных и отрицательных результатов исследований, производимых специалистами. Это приводит в некоторых случаях к ошибочным заключениям, так как практическому врачу неизвестны чувствительность и источники ошиб*ок *соответствующих специальных методов диагностики»* (Г. Лакс, 1931). Это было написано восемьдесят лет назад! Одновременно, не без иронии было сказано: *«все стремления некоторых врачей вернуть медицину к прошлым методам непосредственного исследования больных и к замене более сложных инструментальных и лабораторных методов более внимательным наблюдением самого больного, более индивидуальным к нему подходом и т.д. и т.д.- кажутся нам по сути дела как неправильными, так и тщетными,- тщетными потому, что нельзя, как показала история, остановить развитие науки; можно его только задержать, затормозить. Неправильна эта точка зрения потому, что никакое тщательное наблюдение «у постели больного» не может уже заменить этих сложных инструментальных и лабораторных методов исследования, по крайней мере, для огромного большинства врачей, так как именно это большинство не одарено гениальностью»* (Г.Ф. Ланг, 1930). Четверть века спустя обмен колкими мнениями продолжался: *«...нужно проникнуться той мыслью, что как ухо представляется наиболее совершенным аппаратом при диагностике заболеваний грудной полости, так глаз и рука являются наиболее совершенными инструментами для исследования брюшной полости, и ни один из предложенных до сего времени диагностических аппаратов, даже рен-*

тгеновский, не может в этом отношении сравниться с опытным глазом и искусной рукой»,- пишет знаток физикальной диагностики (Н.Д. Стражеско, 1954). Ему отвечает видный клиницист, автор популярного учебника по пропедевтике: *« Было бы излишним обсуждать вопрос о том, не уводят ли нас инструментальные и лабораторные способы слишком далеко от непосредственного наблюдения за больным. Необходимо, конечно, достаточно внимательно пользоваться обычными непосредственными методами исследования и наблюдения у постели больного, но теперь уже никто не может отрицать громадного значения широкого применения лабораторных и инструментальных исследований для усовершенствования диагностики»* (А.Л. Мясников, 1957*)*. А вот мнение нашего современника: *«На самом деле для изучения методов клинической диагностики все же имеется достаточно много оснований. К ним относятся экономическая эффективность, удобство для недорогого наблюдения заболевания в динамике, ценность при ранней диагностике ряда жизненно важных осложнений, возможность обоснованно выбрать более дорогие методы дальнейшего обследования, наконец, терапевтическое влияние непосредственного общения врача с больным. Кроме того, возможность поставить диагноз, опираясь только на собственные умения и знания, приносит врачу несравненное моральное и интеллектуальное удовлетворение»* (С. Манджони, 2006). Не случаен, в этой связи, призыв опытных интернистов: *«аускультация не должна стать «потерянным искусством»* (B. Karnath, M. Boyars, 2002). Отсюда напрашивается вывод о необходимости тщательного обучения студентов методам общеклинической диагностики, ведь *« изучить их - значит понять их основание и приобрести навык в смысле определения степени точности и размера ошибок»* (М.М. Губергриц, 1947). С другой стороны, использующий физикальные методы врач *«...будет удовлетворен тем, что почувствует себя «настоящим доктором», а не просто интерпретатором результатов лабораторных исследований».* Уже много лет назад было сказано: *«Совершенно неправильно, конечно, ставить вопрос так: или инструментальное, лабораторное направление исследования больных, или тщательное непосредственное наблюдение...»* (Г.Ф. Ланг, 1930). Подобное, не нуждающееся в особых доказательствах, сочетание возможно лишь при условии, что врач умеет здесь достичь гармонии. Именно умение и вызывает сомнение. В последнее время профессиональные издания в России и за рубежом все чаще обращаются к вопросу дефицита практических навыков врача. Активно обсуждается эта проблема и в Интернете.

Современные врачи склонны еще больше доверять высокотехнологичным диагностическим методам, чем тому, что они сами видят, слышат и осязают – вот пафос опубликованной в 2005 году полемической

статьи известного американского интерниста, профессора Г. Фреда. Она посвящена дефициту врачебных навыков, который автор назвал «гипоскиллией» (англ. «skill» - навык, умение)(H. Fred, 2005). Публикация вызвала немедленный отклик (M.E. Nassar, 2005; D.A. Morgenstern, 2005; T.O. Cheng, 2005, Н.А. Мухин, 2007), причем D. Morgenstern, в свою очередь, предложил термин - «gadgetophillia», означающий пристрастие врачей к техническим методам диагностики в ущерб общеклиническим. Он же удачно использовал пример J.B. Barlow, впервые поставившего диагноз пролапса митрального клапана клинически, хотя ЭХО-графия позже позволила описать его «немые» формы. Дихотомия «высокие технологии - «личное» неумение врача»,- вот, по мнению Г. Фреда, порочный круг, в котором оказались современные доктора. С этим можно соглашаться или спорить, но факт остается фактом – риск превращения врача, особенно «первой линии» в «пишущий придаток» ЭХО-КГ (как раньше «увеличенной СОЭ»!), а стетоскопа в бутафорский атрибут сериала «Скорая помощь» существует реально. Отсюда вытекает необходимость повышения качества обучения физикальной диагностике и важное значение ее для практического врача, что подчеркивается современными специалистами (J. Leuppi, et al. 2005, В.И. Ровинский, 2008; J. Kugler, A. Verghese, 2010). В этой связи вспоминается поучительный пример, приведенный П. Уайтом в его знаменитой книге «Ключи к диагностике и лечению болезней сердца». Речь шла о 48-летнем пациенте, в панике обратившемся по поводу «серьезной болезни сердца», выявленной у него при попытке застраховаться на солидную сумму. П.Уайт обнаружил у него незаращение артериального протока без признаков недостаточности кровообращения. Любопытен его ядовитый комментарий по этому поводу: *«Предыдущие освидетельствования при страховании на мелкие суммы были совершенно недостаточными - стетоскоп поспешно прикладывался только к верхушке сердца»* (П. Уайт, 1960). Мудрено не услышать с рождения до пятидесяти лет «машинный», систоло-диастолический шум во II-III межреберье слева у грудины (G.A. Gibson, 1898) или ощутить его эквивалент - систоло-диастолическое дрожание, но для этого нужно (не спеша!) поставить туда стетоскоп или положить руку! Другой пример: дефект межжелудочковой перегородки. Казалось бы, чего проще - типичный грубый систолический шум в III-IV межреберье слева у грудины. Порок врожденный, стало быть, подобных больных до операции, если она необходима, наблюдают педиатры, но вот в чем проблема - иногда отмечающееся ослабление шума при этой патологии расценивается как положительный признак («дефект уменьшился»), а на самом деле это грозный симптом нарастания легочной гипертензии. Можно дождаться такого «ослабления» шума, когда хирургическое вме-

шательство уже становится невозможным (Н.М. Амосов, Я.А. Бендет, 1990). Все те же вопросы, которыми задавался Лаэннек: техника аускультации и трактовка полученных результатов! Как и тогда, первоначальным дефектом обследования кардиологического больного является *«...некачественная аускультация... или же неверная интерпретация правильно определяемой аускультативной симптоматики»* (В.И. Маколкин, 2007).

У нас нет сомнения в том, что *«...чем выше квалификация врача, тем ...точнее навыки физикального исследования...»* (В.К. Милькманович, 1995). Конечно, физикальные методы всегда были сложны по «исполнению» - еще сто тридцать лет назад видный клиницист писал не без иронии: *«Студенты-медики, желая доказать свою подготовку умением вызывать возможно громкий звук, просматривают при перкуссии довольно значительные уплотнения»* (T. Jurgensen, 1882). Не следует забывать, что *«при изучении физикальных методов исследования, как перкуссии, так и особенно аускультации, помимо усвоения самих технических приемов, студент впервые встречается с совершенно новой для него областью (сферой звуков), не имеющих места в обыденной жизни»* (В.И. Катеров, 1960). Однако существующие ныне мультимедийные и фантомные методы обучения заставляют забыть о временах, когда преподаватели вынуждены были «напевать» нам мелодию митрального стеноза! Наиболее рациональным представляется подход американских клиницистов к оценке чувствительности и специфичности физикальных методов диагностики с точки зрения доказательной медицины (С. Стерн, А. Сайфу, Д. Олткорн, 2008). Вполне логичным выглядит мнение видного российского клинициста, высказанное четверть века назад: *«.....Практический врач не может все время ходить с рентгеновским аппаратом и электрокардиографом. Он должен и обязан выслушать легкие, сердце, определить наличие хрипов, шумов и т.д. Фонендоскоп и его слуховой аппарат всегда должны быть готовы к этому. Без расспроса жалоб, осмотра и т.д. не может быть общения с живым человеком. Поэтому современный врач остается вооруженным физическими методами обследования и должен в них совершенствоваться!»* (Г.П. Шульцев, 1988). Мы обратились к истории физикальной диагностики, прежде всего, потому, что почти все симптомы патологии органов грудной и брюшной полости были описаны выдающимися клиницистами с помощью ими же разработанных методов еще в позапрошлом веке, задолго до появления рентгеноскопии и других визуальных методов исследования. У этих клиницистов было и есть чему поучиться, и нам вовсе не представляется преувеличением мысль о том, что *«... касаясь повседневной, казалось бы, элементарной части работы врача, мы вновь и вновь обращаемся к далекой старине»*

(В.Х. Василенко, 1983). В конечном счете, *«по-настоящему мы знаем то, что умеем»* (А. Генис, 2009). По крайней мере, нам хотелось бы так думать, ведь *«...глазами данного отдельного врача на больного смотрит медицина, медицинская теория и тысячелетия врачебного опыта. Ведь тот, кто «волею судеб» не оказался включенным в единый поток общественного медицинского познания, может долго, до бесконечности долго выслушивать, прощупывать больного. Совершеннно ясно, что он даже не ощутит, не услышит того, что слышит и ощущает врач. Характерные при пороке сердца шумы сольются с общим шумовым фоном в фонендоскопе. Ухо не врача не уловит их»* (Ф.Т. Михайлов, 1965). Замечено, что, к сожалению, и не всякое врачебное ухо их уловит! Нам хотелось бы не только отдать дань великим врачам прошлого, но и показать, что компетентный врач способен *«всякому методу отвести свое место, а право разрешить диагностическую задачу оставить за собой»* (М.И. Мастбаум, 1941). Ну и потом, разве не вызывает удовлетворения у врача возможность контролировать ход течения болезни и лечения больного, *«пользуясь возможностями, щедро предоставленными ему самой природой»!* (М.С. Кушаковский, 1997). Исторический фон показался нам для данной цели наиболее демонстративным и убедительным. При этом мы руководствовались мыслью, что *«...историк науки – не судья, но и не беспристрастный ценитель событий и людей науки прошлого. Он отыскивает среди фактов такие аспекты и связи, которые представляются ему наиболее существенными на сегодняшний день, в свете современных устремлений общества»* (Л.И. Иржак, 1983). Как нам это удалось, судить читателям.

Часть I
ВНАЧАЛЕ БЫЛИ БОЧКИ?

Глава I . «Чувствительный, музыкальный, в музыкальной стране, в великое музыкальное время» - Иоганн Леопольд Ауэнбруггер (Johann Leopold Auenbrugger, 1722-1809).

Ему резонировало любое пространство.

С. Юрский

Судьба всякой истины сначала быть осмеянной, а потом уже признанной.

А. Швейцер

У нас были талантливые предки: удивительно искусные техники и глубокие мыслители; многое они побеждали своей гениальностью и своим искусством, но они не могли достичь всего, чего хотели, ибо научной медицины в то время почти что не существовало.

С.П. Федоров

Pro captu lectoris habent sua fata libelli
(Оценка читателей книгам судьбу назначает)

Теренциан Мавр

Открытие Ауэнбруггера послужило исходным пунктом для всех точных работ нашего времени.

А. Труссо

...слава остается только за изобретателями. Все последующие работники в этой области не более как ученики.

И. Ньютон

...я никогда не слушался голоса честолюбия.

Л. Ауэнбруггер

В середине XVIII столетия диагностика все еще *«влачила существование несчастное и скудное»*. Это, образно говоря, была освященная авторитетом Гиппократа «школа пульса и мочи», главным недостатком которой было почти полное отсутствие надежных методов диагностики, кроме беседы с больным (C. Newman, 1957, 1958,1 960).

«Непосредственное исследование тела пациента играло здесь лишь второстепенную роль. Оно ограничивалось, как правило, только зримыми симптомами, такими, как цвет кожи и слизистых, поведение, жар, пульс» (Й. Лахмунд, 2008). Сюда еще, пожалуй, можно добавить визуальную оценку мочи (помните ядовитое описание этого приема в «Де-

Врач XVII века

камероне» Д. Бокаччо?) и богатой фибрином «воспалительной» крови, извлекаемой при венесекциях (В.Х. Василенко,1985). Поэтому открытие, сделанное Л. Ауэнбруггером, можно считать эпохальным, а его работу – одной из немногих классических в медицине Нового времени. Л. Ауэнбруггер принадлежит к числу самых признанных и уважаемых имен в истории медицины и, тем не менее, к немногим великим деятелям человечества современники, да и потомки отнеслись так несправедливо, как к нему. Мало того, его биография превратилась почти в легенду, подтверждая давно высказанную мысль, что *«чем дальше в прошлое, тем слабее и изменчивее контуры биографического рисунка, тем более сомнений в достоверности свидетельств и документов»* (В.М. Проскуряков, 1933). Какого факта его биографии не коснуться, всюду неопределенности и разночтения. Начнем с имени Ауэнбруггера. Во многих работах его именуют Иосифом, а крещен он был как Иоганн. Приводится неверное написание его фамилии - Au**g**enbrugger (А.П. Зильбер, 1996). Местом его рождения называют Линц, датой рождения 11 ноября (М.С. Шойфет, 2004). По-разному указываются год: 1798, 1807 или 1808 г. и дата его смерти(http://www.bookrags.com/Leopold Auenbrugger). Утверждается, что *«всю свою дальнейшую жизнь»*, после ухода из Испанского госпиталя, Ауэнбруггер преподавал в Венском университете и одновременно стал лейб-медиком Марии-Терезии (М.С. Шойфет, 2004; http//www.russianvienna.com/nvm/nvm_200612percussia.htm), или испытал триумф второго «рождения» своего открытия, сделанного Ж. - Н. Корвизаром (Г. Эйхгорст, 1882, Д.Д. Плетнев, 1922). *«Недостаток документов - избыток сомнений...»,* - пишет историк (Н.Я. Эйдельман, 1983). Больше всего, конечно, интригует утверждение, что Л. Ауэнбруггер играл (на чем: на клавире, на виолончели, на стеклянной гармонике?) в Венском сим-

И.Л. Ауэнбруггер

фоническом оркестре под управлением И. Брамса (А.П. Зильбер, 1996). Наверное, последнее было бы особой честью для Л. Ауэнбруггера, если бы Венский симфонический оркестр не был основан... в 1900 году, а И. Брамс (Johannes Brams, 1833-1897) не родился четверть века спустя после смерти Ауэнбруггера, и никак не мог дирижировать оркестром, основанным через три года после собственной смерти! Если речь идет о Венском филармоническом оркестре, то и он был основан в 1842 году и никогда постоянного дирижера не имел. Не сохранилась могила выдающегося врача на старом Венском кладбище, но зато сохранилась и упорно тиражируется «идея» о происхождении открытия Ауэнбруггера. То ли он видел, как отец или другие пивовары простукивали бочки с пивом для определения степени их наполненности, то ли сам юный Иоганн делал это, а *«став врачом, он вспомнил об этом методе и начал применять его для определения жидкостей в грудной клетке, а в дальнейшем и при других заболеваниях (аневризмах, перикардитах)»* (М.П. Мультановский, 1961; В. Йонаш,1968; А.А. Шелагуров 1964, 1975; Т.С. Сорокина, 1987, 2008; Е.Н. Грицак, 2003; В.И. Бородулин, 2004; М.С. Шойфет, 2004; M. Foucault, 1963; J.C. Yernault, A.B. Bochadana, 1995). Утверждалось, что сам *«Ауэнбруггер писал, что мысль о перкуссии (выстукивании) грудной клетки с целью выяснить, есть ли в плевральной полости свободная жидкость, пришла ему в голову, когда он увидел, как его отец, владелец гостиницы, выстукиванием определял уровень вина в бочке»* (Е.И. Чазов, 1981). Неизвестно, правда, где и когда писал об этом Ауэнбруггер, по крайней мере, в его книге, вышедшей восемнадцать лет спустя после смерти отца, об этом не говорится ни слова! Есть и еще более фантастическая версия: симптом «a craced-pot resonance» - «шум треснувшего горшка» «открыла» мать Ауэнбруггера, простукивая обручальным кольцом горшки, дабы убедиться, что нерадивая служанка не уронила их (http://www.archive.org/stream/adventuresofdoct006523mbp/adventuresofdoct006523mbp_djvu.txt). Прямо какая-то «перкутирующая» семья! Если следовать такой логике, то понятно, почему Л.Траубе, в свою очередь, описал получаемое перкуссией «полулунное» пространство - его отец (вполне соответствующая фамилия – нем. «Traube» – «виноград»!) был, как и у П.-Ш.-А. Луи - виноделом! Явным преувеличением является утверждение, что *«Работой Ауэнбруггера практические врачи впервые заинтересовались в России»* (А.Г. Лушников, 1961). К этому добавляется еще одна «душераздирающая» подробность - непризнанный и гонимый врачами первооткрыватель перкуссии с горя сошел с ума и последние годы жизни провел в психиатрической больнице (М.П. Мультановский, 1961; В.И. Бородулин, 2004; Т.С. Сорокина, 2008). Любопытно, что история с изгнанием Ф. Мессмера из Вены (с активным

участием представителей корпорации венских врачей) хорошо известна и драматично описана С. Цвейгом, а вот подобных фактов об Л. Ауэнбруггере никто из исследователей не приводит! Напротив, известные факты свидетельствуют, что если Ауэнбруггер и не купался в лучах славы, то не был и изгоем.

Понятно, что глубинную сущность деятельности Ауэнбруггера заслоняет сложнейшая путаница обстоятельств, случайностей, расчетов, противоречий, о которых можно только догадываться. Но нет сомнений в том, что он должен был проявить, и, добавим, проявил много терпения, выдержки, упорства и целеустремленности в достижении цели!

Дом в Граце, в котором родился Л. Ауэнбруггер

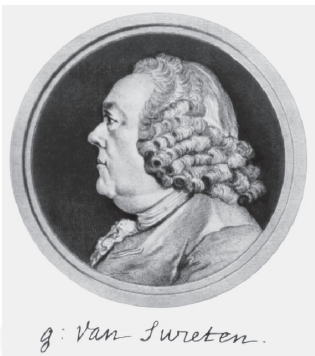
Вот что достоверно известно об Иоганне Леопольде Ауэнбруггере. Он родился в 8 часов утра 19 ноября 1722 года в Граце, расположенном в Южной Австрии (Штирия), в семье Себастьяна Аунбрукхера (Sebastian Aunbrucher) и Марии-Терезии, урожденной Кошутник (Maria-Theresia Koscutnik). Крестным отцом новорожденного был офицер Иоганн Баптист Раймунд, уже крестивший ранее двух детей этой большой семьи (до Иоганна Леопольда родились Мария Барбара, Иоганн Антон, Мария Анна, а после него - Себастьян Георг, Иоганн Игнац Франц Йозеф и Иоганн Непомук). Себастьян Аунбрукхер (Aunbrucher) - такую фамилию семья носила до 1743 года, был успешным, по крайней мере, с 1720 до 1740 г., пивоваром, владельцем трактира «Черный мавр» (в одной из биографий его называют владельцем гостиницы - на первом этаже располагался трактир, на втором – номера для постояльцев) (C. Clar, 1868) и двух домов. Трактир пользовался в Граце популярностью и даже вошел в историю города произошедшим в нем инцидентом - в пасхальный понедельник 1727 года между студентами и новобранцами местного пол-

Мемориальная доска на доме

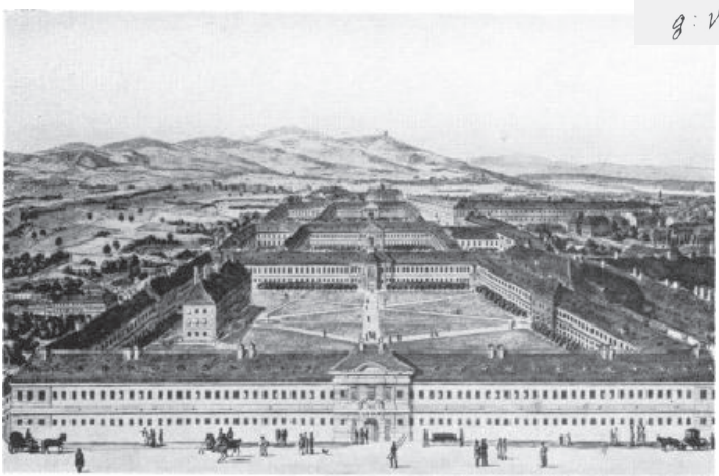
ка там произошел конфликт, закончившийся потасовкой. При судебном разбирательстве инцидента С. Аунбрукхер выступил свидетелем в пользу студентов, после чего их оправдали (http://austriaforum.org/searchit/webmaster2210071537 40.htm).

Трактир «Черный мавр», принадлежавший отцу Л. Ауэнбруггера

...1743 год оказался для семьи Ауэнбруггеров роковым: 14 января, недолго проболев, умер С. Ауэнбруггер, а 26 января – дочь, 24-летняя Мария Барбара. Как это нередко бывает, у главы семейства оказались долги, из-за которых пришлось продать сначала один из домов, затем трактир. Один дом семье удалось сохранить, и она жила в нем до знаменательного для Леопольда 1761 года. Трактир должен был унаследовать старший брат, Иоганн Антон (так решил отец, когда был жив), а для Леопольда он приготовил *«кое-что получше»* (E. Otis,



Г. Ван-Свитен



Главный госпиталь Вены, XVII в.

1898). Этим оказался университет Карла-Франца в Граце, второй после Венского, основанный эрцгерцогом Карлом фон Габсбургом в 1585 г. как теологическая школа иезуи-

тов, где Ауэнбруггер изучал, в том числе, и философию, к которой сохранил интерес на всю жизнь. Затем Л. Ауэнбруггер начал изучать медицину в Венском университете под руководством **Г. Ван-Свитена (Gerard van Swieten, 1700 -1772)**, основателя «старой» Венской клинической школы. О трех годах биографии Л. Ауэнбруггера, последовавших за смертью отца, ничего не известно, но в 1746 году он - «казенно-коштный» (Kostschuler) студент медицинского факультета Венского университета и осваивает премудрости врачебной науки в госпитале Святой Троицы, годом позже, благодаря доктору Ф. Эмериху, он начал получать стипендию. 26 апреля 1752 года Ауэнбруггер выдержал трудный экзамен, а 18 ноября того же года защитил тезисы об афоризмах Гиппократа на степень доктора медицины. В 1751 - 1755 гг. он работает в Испанском военном госпитале помощником врача (без жалованья). Видимо, служба его была успешной, поскольку в 1757 году кайзерина австрийская Мария Терезия (Maria Theresa Walburga Amalia Christina, 1717-1780) приказала медицинскому факультету (австрийское врачебное сообщество) избрать Л. Ауэнбруггера своим членом без взимания обязательного в таких случаях сбора. Известно, что Мария-Терезия была инициатором реформы австрийской медицины. Потерявшая шестерых детей, трое из которых - Шарль-Иосиф, Мария-Иоганна и Мария-Жозефа умерли от оспы в возрасте 15, 12 и 16 лет соответственно, она поручила Ван-Свитену изучить причины высокой детской смертности и впервые в Австрии ввела обязательное вскрытие больных именно на родине Ауэнбруггера – в Граце (http://en.wikipedia.org/wiki/Maria-Theresa). В 1758 году Ауэнбруггер стал главным врачом Испанского военного госпиталя и работал в этой должности до 1762 года, после чего начал свою успешную и обширную частную врачебную практику. Испанский военный госпиталь, тогда лучший в Австрии, был основан в 1718 году для лечения испанцев, итальянцев и датчан, проживавших в Вене, а как военный начал функционировать в 1741 году, во время войн Австрии с Францией и Баварией и завоевания Богемии (Чехии), почему и стал называться военным. В 1753 году, в период короткого мира, новый госпиталь Святой Троицы начал строить-

Императрица Maria-Theresa-Walburga-Amalia-Christina, 1717-1780

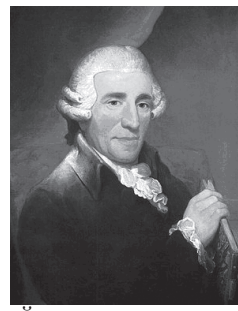
Леопольд Ауэнбруггер

ся неподалеку от Испанского военного госпиталя. Он имел самостоятельную администрацию, но обслуживался некоторыми врачами из Испанского военного госпиталя, среди которых был и Ауэнбруггер. В 1760 году госпитали объединили, и новое учреждение получило название «Объединенный госпиталь». Неясно, вследствие этой ли реформы или по иным причинам (конфликт с А. Де-Гаеном?) Ауэнбруггер покинул свой пост в госпитале два года спустя. Он не пытался остаться в госпитале и не имел возможности преподавания, что рассматривается как одна из возможных причин медленного распространения перкуссии, и после ухода из госпиталя стал частнопрактикующим врачом (J. Smith, 1962).

Л. Ауэнбруггер с женой

О личности Ауэнбруггера известно немного. Он был набожным, отличался завидной витальностью, предпочитал вегетарианскую пищу, владел обширной библиотекой, до конца жизни увлекался философией, музыкой и театром (B. Mader, 2005). С сохранившихся портретов на нас смотрит спокойный, уверенный в себе человек в завитом по моде того времени парике. Л. Ауэнбруггер не чурался филантропии, поддерживая малоимущих студентов и оказывая безвозмездную помощь бедным пациентам (E. Otis, 1898). Среди его знакомых, кроме виднейших композиторов того времени, был и изобретатель «магнетизма» **Ф. Месмер (Franz Anton Mesmer, 1734 -1815)**. 18 ноября 1754 г. Л. Ауэнбруг-

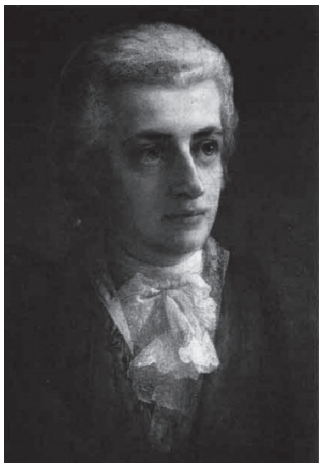
гер обвенчался с Марианной Пристерберг (Maria -Anna von Priesterberg, 1730-1807), происходившей из семьи священника. В 1755 году у них родилась дочь Катарина-Франциска, в замужестве Цойс-Эдельштейн (Katarina von Zois-Edelstein, 1755-1825), а 19 июля 1759 года вторая дочь – Марианна (Maria-Anna Auenbrugger, 1759-1782).



А. Сальери, Й. Гайдн

Обе они были талантливыми ученицами Й. Гайдна и А. Сальери, у которого, кстати говоря, Ауэнбруггер был почетным свидетелем во время венчания. В одном из писем сыну Леопольд Моцарт писал о том, что дочери Ауэнбруггера *« очаровательны и очень музыкальны, особенно старшая, и играют сверхъестественно хорошо»* (J. Jenkins, 1993). В 1780 году Й. Гайдн (Franz Joseph Haydn, 1732 - 1809) посвятил сестрам цикл из шести фортепианных сонат (Auenbrugger›s sonaten), которые до сих пор исполняются. 25 февраля 1780 года Й. Гайдн говорит в письме: *«Очень важно для меня одобрение дочерей Ауэнбруггера. Их манера игры и понимание музыкального искусства выдает в них великих мастеров»* (А. Нормайр, 1997). Известно, что Леопольд и В.- А. Моцарты, Й. Гайдн, А. Сальери бывали на воскресных музыкальных завтраках в доме Ауэнбруггеров. Сам Л. Ауэнбруггер был музыкальным человеком и написал в 1775 году либретто к комической опере А. Сальери «Трубочист», поставленной в Вене в 1781 г., которую, однако, В. Моцарт назвал «неудачной работой», наверняка из-за авторства своего соперника! (G. Lindeboom, 1974). Музыкальные способности, как считают, легли в основу изобретения Ауэнбруггера (музыкальный слух позволял различать нюансы перкуторного звука), однако сведений, что он играл на каком-либо инструменте, нет. Марианна Ауэнбруггер была красива и талантлива, но в августе 1782 г. умерла от скоротечной чахотки, замуж она так и не вышла. Антонио Сальери откликнулся на ее смерть «Траурной одой» для фортепиано и сопрано (Wikipedia.org/wiki/Marianne Auenbrugger). Катарина имела дочерей Терезию и Элоизу (Aloisia von Lehmann), которая, в свою очередь, имела трех сыновей: Альберта, Вильгельма и Эрнста, но правнуки уже не носили фамилию Ауэнбруггера (C. Clar, 1868).

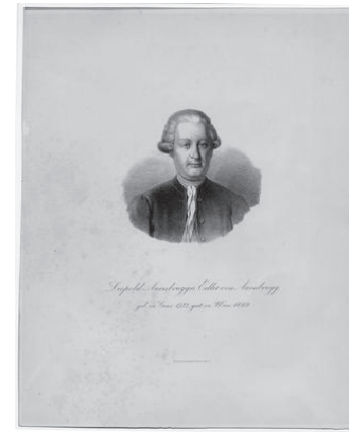
Л. Ауэнбруггеру было предложено стать гофмедиком Марии -Терезии, однако он предпочел ежегодную пенсию в 200 флоринов этой почетной, но, вероятно, беспокойной должности. 12 ноября 1783 года австрийский кайзер Иосиф II пожаловал ему «дворянский предикат» (пре-



В.-А. Моцарт

дикат- подтверждение, удостоверение в данном случае - дворянства) и его стали именовать «Edler von Auenbrugg»– «Благородный из Ауэнбруггов». До 1918 г. в Австрии существовал обычай, согласно которому лица, которым император присвоил дворянство, меняли свое имя на новопожалованное (Neu-Geadelten), со звучным дополнением (http://semplinski.narod.ru/deutsche.html). Так Леопольд Ауэнбруггер стал дворянином, сменив имя Иоганн на Иосиф, несомненно, в честь императора, с девизом «благородный»! Приставка «von» в данном случае обозначала его принадлежность к титулованному, но низшему дворянству, которое было уделом выходцев из бюргерского сословия, в отличие от высшего дворянства, к которому относился, например, барон Ван-Свитен. В книге регистрации смертей Венского магистрата Ауэнбруггер и значится как «Leopold Edler von Auenbrugg». Л. Ауэнбруггер баллотировался на должность декана медицинского факультета в 1780 году, но не прошел по конкурсу. Хотя наиболее активные годы деятельности Ауэнбруггера не были связаны с Венским университетом, но в 1796 году Медицинский факультет удостоил его почетного титула «Приглашенный экзаменатор». Он стал, по существу, заслуженным профессором, что давало право на эмеритуру, не имея профессорского звания. Принято считать судьбу Ауэнбруггера трагической (В.И. Бородулин, 2008). Но, собственно говоря, почему? Он был успешным и востребованным частнопрактикующим врачом, был достаточно обеспечен (жена получила неплохое наследство), обладал жалованным дворянством, имел хорошую библиотеку, занимался любимыми вещами: медициной, философией

Е. Виглер «Врач»,
первая половина XVIII века



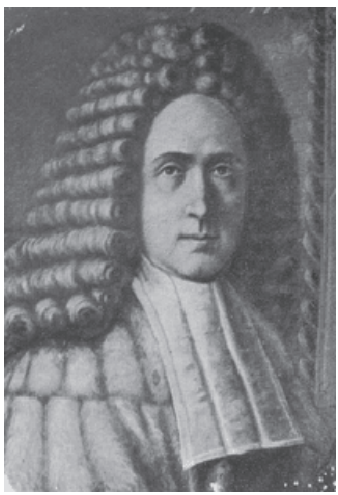
Л. Ауэнбруггер

(дружил с известным философом Вернером) и музыкой, был счастлив в браке и умер не в «долгаузе» (dollhause), а в доме дочери на Новом рынке, 9 (ныне престижный и фешенебельный район Вены). А каково его музыкальное окружение! Известно, что после премьеры «Трубочиста» Мария-Терезия спросила Ауэнбруггера, не собирается ли он продолжить творчество либреттиста, на что тот вежливо ответил, что у него есть еще нереализованные врачебные замыслы! За 11 лет до смерти он перенес какое-то лихорадочное заболевание, протекавшее так тяжело, что в биографии Ауэнбруггера (1805) было сказано, что вследствие этой болезни он умер (!). Нет, он остался жив, но после болезни ослеп на один глаз, хотя другим видел неплохо, мог читать и писать и даже различал часы на кафедральном соборе Святого Стефана. В последние годы жизни Ауэнбруггер был забыт, другие события его заслонили, в частности, война с Наполеоном, во время которой Австрия потерпела жестокое поражение, а его родной Грац был оккупирован. В 1804 г. супруги Ауэнбруггер справили «золотую» свадьбу, а 14 апреля 1807 г. М. Ауэнбруггер умерла... После этого Ауэнбруггер находил утешение только в своих внучках, а все, что было в прошлом, в прошлом и осталось, и не было никакого триумфа по поводу выхода перевода его книги, сделанного Корвизаром... Нет никаких свидетельств того, что Ауэнбруггер о нем вообще слышал. 18 мая 1809 года Ауэнбруггер умер, как уже было сказано, в доме дочери (Wien, Neuer Markt, 9) от «старческой слабости» (пневмонии?) (J. Smith, 1962). Согласно легенде, великий врач предсказал время своей смерти, сказав: *«Когда часы пробьют два часа пополудни...»* Так оно и случилось. Его похоронили на старом Венском кладбище, но, вероятно, потомки не были особенно внимательны к памяти Ауэнбруггера – местонахождение его могилы, как и у Моцарта, неизвестно. Считал ли

Врач XVIII века у постели больного

он свое открытие эпохальным, неизвестно, но то, что оно таковым являлось, несомненно. Спустя сто лет на доме, где умер Ауэнбруггер (Sterbehaus) обществом венских врачей была открыта мемориальная доска.

Это краткая история долгой жизни (на протяжении ее в России сменилось девять императоров!), но не этим стал знаменит Ауэнбруггер. Был ли он создателем своего метода или имел каких-нибудь предшественников? Несомненно, предшественники у него были, но имеем ли мы дело с *«новаторским решением, прямым заимствованием или простым совпадением с некоторыми старыми взглядами»*? Чему был обязан Ауэнбруггер новизной своей идеи? Мы уверены, что Ауэнбруггер хорошо усвоил мысль Гиппократа: *«Из того, что выводится только путем рассуждения, нельзя почерпнуть ничего...Поэтому должно вообще стоять на том, что действительно происходит, и заниматься этими делами немалое время, если кто хочет приобрести себе ту легкую и безошибочную способность, которую мы зовем врачебным искусством»* (Гиппократ, 1936). Л. Ауэнбруггер не просто «*снова предложил известный с древности метод»* (Г.Я. Гуревич-Ильин, 1947), но опубликовал его *«уже в достаточной степени разработанным»* (М.В. Шелагуров, 1953). К нему вполне приложимы слова классика медицины: *«Таланты и гении имеют своих предтеч. Нередко их талант и гениальность не в том, что они сказали нечто абсолютно новое, а в том, что они из отдельных кирпичей, сделанных их предшественниками, сумели построить то прекрасное целое, которому мы удивляемся»* (Д.Д. Плетнев, 1987). Все то, чему с такой серьезностью учили предшественники Ауэнбруггера, «*нам сейчас представляется какой-то совсем наивной сказкой»*: они высказывали разные взгляды и создавали фантастические теории на почти пустом месте, при крайне несовершенной анатомии, наивных представлениях о физиологии и примитивной диагностике. Прорыв Ауэнбруггера в том и состоит, что он, воспитанный в духе школы Г. Ван-Свитена, использовал принятые здесь традиционные диагностические приемы, но на каком-то этапе ему стала видна их ограниченность. Нет сомнения в том, что Л. Ауэнбруггер знал о работах ученика Мальпиги и учителя Морганьи, выдающегося итальянского врача и анатома **И. Альбертини (Ippolito Francesco Albertini, 1662-1738),** который описал гипертрофию



Д. Морганьи

Д. Ланчизи

и дилатацию сердца, ввел пальпацию как диагностический прием и установил, что «правое сердце» более склонно к расширению, а «левое» к гипертрофии. Альбертини предлагал применять предложенное Вальсальва лечение аневризмы покоем, голоданием и кровопусканиями для терапии гипертрофии и дилатации сердца (F. Garrison, 1931). Современник Ауэнбруггера, почти одновременно с его книгой опубликовавший свой главный труд «О местонахождении и причинах болезней, выявленных анатомом» (De sedibus et causis morborum,per anatomen indagatis), **Д.Б. Морганьи (Giovanni Battista Morgagni (Giambattista Morgagni), 1682 –1771)** первым, пожалуй, обратил внимание на значение физических симптомов в диагностике болезней груди. Он описал гепатизацию легкого при пневмонии, изменения сердца при грудной жабе, поражения эндокарда и миокарда, деструкцию легкого при туберкулезе, острую желтую дистрофию печени, синдром слабого пульса с эпилептиформными припадками. Д. Морганьи пересмотрел семиотику перикардиального выпота, описал отличительные признаки гипертрофии и дилатации сердца и дополнил семиотику пороков сердца. Он ассоциировал цианоз с органическим заболеванием сердца, изучил венный пульс и описал застой в легких и кровохарканье при поражении сердца. Д.Б.Ланчизи (Giovanni Maria Lancisi, 1654—1720) предлагал выстукивать грудину при диагностике аневризмы аорты, а Г. Ван-Свитен использовал непосредственную перкуссию для различения тимпанита и асцита. Ему же принадлежали указания в комментариях к афоризмам Г. Бургаве на опыт перкуссии головы у животных и людей (E. Lesky, 1959, F. Shiller, 1967). Таким образом, база для открытия Ауэнбруггера была сформирована его выдающимися предшественниками и современниками, но причем тут бочки?

С 1754 года, занимаясь лечением эмпиемы плевры торакоцентезом, Ауэнбруггер пытался понять, как меняются звуки, полученные при постукивании грудной клетки у больных с различными патологическими состояниями. Семь лет наблюдения за больными с легочной и сердечной патологией, семь лет секций, семь лет экспериментов на барабанах, в которые наливалась вода, или трупах, в плевральную полость которых вводилась жидкость. Так родился «дигитальный способ» - непосредственная перкуссия пальцами. Л. Ауэнбруггер рекомендовал производить выстукивание *«концами выпрямленных и сведенных пальцев»*. Он был

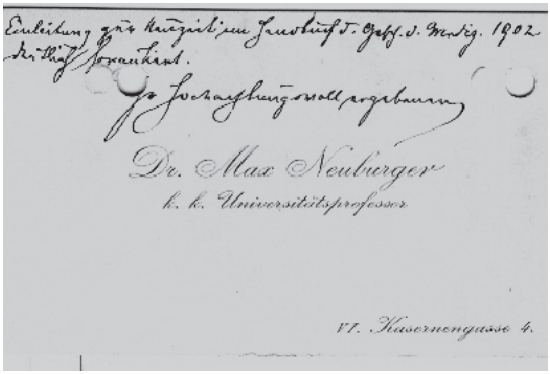
очень наблюдателен и подметил досадную особенность, которая позже мешала успешно применять перкуссию по методу В.П. Образцова, – возникавший шорох (strepitus) от трения кожи. *«Если постукивать обнаженную грудь голой рукой*,- пишет Ауэнбруггер,*- то соприкосновение этих двух гладких поверхностей вызывает шум, затмевающий истинный характер происходящего тона»*, для устранения которого он рекомендовал перкутировать не по голому телу, а по натянутой ткани рубашки или использовать перчатку не из гладкой кожи (позже Корвизар отметил, что это приглушает звук). Ауэнбруггер предлагал перкутировать на вдохе, выдохе и при задержке дыхания и предложил наиболее рациональные положения тела при перкуссии передней, задней и боковых поверхностей грудной клетки (Л. Ауэнбруггер, 1961). Перкуссия по его методу давала мягкий и глухой звук, но различие в нем, хотя и грубое, ощущалось (S. Jarcho, 1959). Л. Ауэнбруггер, таким образом, открыл диагностическое значение слуха, благодаря чему медицина, которая раньше могла только видеть, стала еще и слышать! Свою знаменитую работу Ауэнбруггер закончил 31 декабря 1760 года, а напечатана она была три месяца спустя. Примечательно, что Л. Ауэнбруггер писал о подводных камнях, на которые ему придется наткнуться, и предполагал появление завистников, ненавистников и клеветников. И ведь как в воду смотрел! Он говорит в книге о своих десятилетних наблюдениях над «просовидными» экзантемами, упоминает о свинцовой колике и чахотке, ссылается на гиппократовские диагностические методы (исследование пульса и мочи, цианоз), описывает одностороннюю гиперемию лица при пневмонии, *«шум, производимый гноем»,* ощущаемый при пальпации, *«звук выстукиваемого куска мяса»* при выпоте в плевре, 15 раз обращается к знаменитой книге Г. Ван-Свитена, которого иначе как *«высокочтимый учитель»* не именует, но нигде не ссылается на свой детский опыт «виночерпия» (Л. Ауэнбруггер, 1961)! Едва ли Л. Ауэнбруггер задумывался над тем, что своим открытием он *«в значительной мере способствовал разработке методологии диагноза в широком смысле»* (К.Е. Тарасов, В.К. Великов, А.И. Фролова, 1989). *«Небольшая и невзрачная книжонка»* (Г. Эйхгорст, 1882) стала классикой мировой медицины, хотя у перкуссии, предложенной ее автором, была тяжелая судьба. Тем более любопытно, как красочно, с обстоятельностью очевидцев, описываются события, «предшествующие» открытию Ауэнбруггера! *«Во время пребывания в клинике Ван-Свитена он позна-*

«Дигитальное постукивание по Ауэнбруггеру»

комился с затруднениями распознавания анатомических изменений внутригрудных органов при жизни. Он вспомнил, как у его отца при постукивании по бочкам определялось, сколько в них вина. После этого он попробовал простукивать грудную клетку у больных сложенными в щепоть пальцами» (В. Йонаш, 1968). *«К этому методу исследования Ауэнбруггер пришел таким путем. Отец его был хозяином гостиницы и нередко посылал своего сына в подвальное помещение, в котором хранились бочки с вином. С целью определить его количество Ауэнбруггер выстукивал бочку рукой. Став врачом, он вспомнил об этом методе и начал применять его для определения жидкостей в грудной клетке, а в дальнейшем и при других заболеваниях (аневризмах, перикардитах)»* (А.А. Шелагуров,1975). Между тем это не более чем медицинский анекдот, живучесть которого объясняется лишь тем, что его автором был известный австрийский историк медицины **М. Нейбургер (Max Neuburger, 1868-1955)**, который, утверждая это, не приводит никаких ссылок, да и какие у анекдота могут быть ссылки? (M. Neuburger, 1922, E. Lesky, 1959). Известно, что *«...научные анекдоты, в отличие от литературных и исторических, сохранившихся в бесчисленных компиляциях, живут только в коллективной памяти научного сообщества и передаются от поколения в поколение в форме устного предания»* (W. Gratzer, 2002). В данном случае, напротив, сочиненная Нейбургером история послушно и некритично приводится в учебниках, дезориентируя студентов, причем на источник никто из авторов не ссылается и все подается как исторический факт! Примечательно, что в ранних работах, посвященных истории перкуссии, ни словом не упоминается о выстукивании бочек (P. Niemeyer, 1868; C. Clar, 1868; G. Dock, 1898; E. O.Otis, 1898; J.J. Walsh, 1907; F. Pick, 1909). Видный немецкий клиницист пишет об открытии Ауэнбруггера: *«Занимаясь изучением эмпиемы и показаний к прободению груди (thoracocentesis), он заметил различные оттенки в звуках, получаемых при постукивании здоровой стороны и стороны, пораженной etpiet,ой...Он знал всю важность своего открытия для диагностики грудных болезней...»* (P. Guttmann, 1883). Но начиная с юбилейного издания работы Ауэнбруггера 1922 года, вернее, с биографическо-

Анекдот о бочках и М. Нейбургер

го очерка к ней, написанного М. Нейбургером, в научный обиход была «вброшена» легенда о бочках! При этом М. Нейбургер оценивал заслуги Ауэнбруггера очень высоко, говоря, что ни Корвизар, ни Лаэннек, ни Пиорри, ни Й. Шкода, а именно Ауэнбруггер является основателем «новой диагностики»! Но история с бочками должна была, на наш взгляд, особенно подчеркнуть «креативность» Ауэнбруггера, увидевшего (услышавшего!) гениальное в обыденном. Можно выстроить на эту тему известный «ряд»: ванна и Архимед, яблоко и Ньютон, играющие с бревном дети и Лаэннек, гипс в мастерской художника, замороженные туши и Пирогов, статья Пастера и Листер и другие *«сказки науки»* (Д.С. Саркисов, 1993), или *«блестящие игрушки истории»* (У. Черчилль, 2005). Логичнее предположить, что он увидел перкуссию брюшной полости в «исполнении» Ван-Свитена, а уж приложить ее к грудной клетке было делом техники! Зато достоверно известно другое - неприятие метода Ауэнбруггера врачебным сообществом. Но и это было не так однозначно. Спустя пять месяцев после выхода книги Ауэнбруггера (27 августа 1761 г.) в лондонской газете «Public Leder» **О. Голдсмит (Oliver Goldsmith, 1728-1774),** видный английский писатель-сентименталист, журналист, драматург, автор известного романа «Векфилдский священник», опубликовал обзор, где упомянул работу Ауэнбруггера. О. Голдсмит учился в университетах Эдинбурга, Лейдена и Оксфорда и начинал свою карьеру как врач (?). На момент публикации упомянутого обзора врачебной практикой он не занимался и оценил новый метод индифферентно, хотя и отметил его безопасность: «если не принесет результата, то и не повредит» (R. E. Wright-St Clair, 1971). «Ни рыба, ни мясо», одним словом! Первым венским медиком, обратившим благосклонное внимание на работу Ауэнбруггера, был анатом **И. Гассер (Johann Ludvig Gasser, 1723-1765),** описавший ganglion semilunare трой-



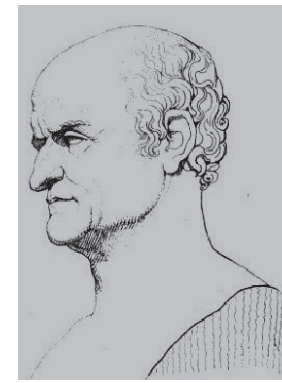
Автограф М. Нейбургера

Г. Каллизен

ничного нерва (g. Gasseri). И. Гассер показал воспроизводимость перкуссии на трупах, но умер, не опубликовав полученных результатов, что сделал в 1764 г. **М. Гантер (Michael Julius Ganter).** При жизни Ауэнбруггера перкуссию успешно использовали хирург **Г. Каллизен (Heinrich Callisen, 1740-1824)** из Дании, сообщивший об этом в 1788 г., и парижский хирург **Р. Сабатье (Raphael Bienvenu Sabatier, 1732-1811)**, применявший перкуссию при диагностике эмпиемы плевры. Оба они примечательные личности. Г. Каллизен начал свою карьеру как ученик цирюльника, потом получил медицинское образование и стал хирургом на флоте. Продолжил обучение медицине в Лондоне и Париже, затем был профессором и директором хирургической академии в Копенгагене. Автор нескольких популярных учебников хирургии. Р. Сабатье – известный французский анатом и хирург (его интересы простирались от нейрохирургии до урологии). Изучал медицину в Париже, с 1756 года – профессор Королевского колледжа хирургов, затем шеф хирургической клиники госпиталя Инвалидов и профессор «Школы здоровья» (Ecole de Sante). Во время Великой Французской революции был одним из трех генеральных армейских медицинских инспекторов и врачом Северной армии, врачом медицинского факультета, занимал кафедру оперативной хирургии. Был ведущим хирургом, хотя и несколько старомодным, при этом характеризовался как простой, скромный человек, полный сострадания к больным. Был членом Парижской академии наук (1773) и хирургом-консультантом Наполеона. Автор популярных руководств по хирургии и анатомии «*De la medecine operatoire*» и «*Traite complet d'anatomie*». Любопытно, а откуда Каллизен и Сабатье почерпнули сведения о перкуссии, из первоисточника или из комментариев к работе Штолля? Скорее всего, они начали использовать перкуссию одновременно с Корвизаром.

Перкуссия использовалась в университетах Галле, Виттенберга, Вюрцбурга и Ростока (http://www.whonamedit.com/ doctor.cfm/309.html). В 1770 г. работу Ауэнбруггера перевел на французский язык и включил в свое руководство по болезням легких: «Manuel des pulmonigues ou traite complet des maladies de la poitrine. On y a joint une nouvelle methode de rennoitre ces memes maladies par la percussion du thorax, traduite du latin» клиницист из университета Монпелье Р. Шассанье (Roziere de la Chassagne) (E. Bedford, 1971). Но на его работу большого внимания современники не обратили, тем более что он считал аналогами сукуссию и перкуссию и отметил лишь безопасность последней для больного, т.е. не продвинулся в ее оценке дальше, чем не занимавшийся врачебной практикой О. Голдсмит! Большее значение для судьбы метода Ауэнбруггера должен был сыграть благожелательный отзыв **А. Галлера (Albrecht**

А. Галлер


Р. Сабатье

Victor von Galler, 1798-1777), профессора Геттингенского университета и лейб-медика английского короля Георга II. Галлер считался самым талантливым учеником Г. Бургаве, который сказал о нем: *«Он будет великим ученым-медиком Европы»*. А. Галлер был первым врачом-естествоиспытателем в новейшем смысле этого слова и его называли «универсальным гением». Он предложил теорию раздражимости и сократимости мышц, высказал идею о проводящей и чувствительной функции нервов (В.Л. Меркулов, 1981) и первым (1755) описал оссификацию перикарда при слипчивом перикардите (Т. Теодоряну, 1962). Показано, что Л. Ауэнбруггер состоял с ним в дружеской переписке и одному из первых послал свою работу, которую Галлер назвал «важной» (J. Smith, 1962). Но дело в том, что два других ученика Г. Бургаве, претендовавшие на роль толкователей его учения, не только яростно критиковали теорию Галлера, но и надолго определили судьбу перкуссии Ауэнбруггера. Их авторитет перевесил почти все голоса, раздававшиеся в пользу его метода. Г. Ван-Свитен и **А. де-Гаен (Anton de Haen, 1704-1776),** возглавлявшие «старую» Венскую клиническую школу, перкуссии не приняли. Почему? Наверное, потому, что видели в Гиппократе бога, а в Г. Бургаве его пророка, и все, что не укладывалось в систему взглядов Бургаве, вызывало у них неприятие, особенно яростное у де-Гаена, судя по всему, выраженного холерика, но главное - консервативного и догматичного последователя Бургаве (A. Vogl, 1967; E. Lesky, 1981; А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, 1997). Профессора в то время были обязаны хранить и распространять врачебное искусство, заботясь о том, чтобы оно *«было передано правильным и неприкосновенным, таким, каким его создали божьи избранники Гиппократ, Гален и Авиценна, при этом всю эмпирию...необходимо совершенно отстранить»* (Т. Мейер-Штейнег, 1999). Конечно, открытие Ауэнбруггера в этом смысле являлось той самой, нуждающейся в отстранении «эмпирией»! Талантливый врач и клинический преподаватель, но упорный доктринер, де-

А. Штерк

А. де-Гаен

М. Штолль

Гаен не принял не только перкуссии, но и работ А. Штерка по применению болиголова у онкологических больных. По мнению историка, А. де-Гаен *«... был блестящий и в своей области на редкость одаренный ум, не лишенный, однако, значительных недостатков; такими недостатками были, прежде всего, большое самомнение и нетерпимость по отношению к инакомыслящим, а также известная наклонность к мистике и зависящая отсюда вера в колдовство»* (Т. Мейер-Штейнег, 1999). А. де-Гаен, вероятно, относился к той категории эмпириков, для которых *«все данные прежних времен считаются непогрешимыми и принятыми ими на веру...Но зато все новые факты, как бы они не были осязательны, встречают в этих эмпириках своих закоренелых врагов. Все новое у них – теория...В доказательство они приводят не наблюдение, а авторитет...»* (Ф.Ф. Меринг, 1860). *«Консерватизм и традиционность ценятся выше, чем оригинальная мысль, эпигоны побеждают новаторов»*,- оценивают подобную ситуацию историки медицины (А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, 1998). Дело дошло до того, что де-Гаен назвал упомянутое исследование А. Штерка *«гнусной ересью»* и потребовал запрещения продолжения работы последнего. В скандале приняли (на стороне Штерка) участие не только Ван-Свитен, но и сама императрица Мария-Терезия. А. Штерк, несомненно, талантливый ученик Г. Ван-Свитена, сделал успешную карьеру, он стал лейб-медиком и деканом медицинского факультета, а позднее ректором университета, президентом медицинского факультета Вены и директором медицинского обучения в Венской высшей школе, т.е. занял место умершего к тому времени Ван-Свитена. Как это сказалось на судьбе открытия Ауэнбруггера? А.Штерк пригласил на место умершего де-Гаена **М. Штолля (Maximilian Stoll, 1742-1787),** выдающегося клинициста и преподавателя (E. Lesky, 1981). Штолль ввел в практику историю болезни, предложил классификацию болезней, сходную с нозологией **Т. Сиденхама (Thomas Sidenham, 1624-1689)**, впервые описал рак желчного пузыря. Он не только активно применял перкуссию в диагностике и обучении студентов, но и приглашал Ауэнбруггера для консультации сложных больных (J. Smith, 1962). М. Штолль, к

несчастью, рано умер от инсульта, но его ученик **Josef Eyerel (1745-1821)** в комментариях к афоризмам учителя («Commentaria in Maximillian Stollii Aphorismus...» (1788) упомянул о перкуссии и указал на авторство Ауэнбруггера. Именно эта работа способствовала второму рождению перкуссии (W. Regal, M. Nanut, 2003). А вот преемники М. Штолля **Я. Ренлейн (Jacob von Reinlein, 1744-1816)** и **И. Франк (Johann Peter Frank, 1745-1821)** значения перкуссии как диагностическому методу не придавали. Примечательно, что И. Франк в своем знаменитом труде «De curandis hominum morbis epitome...» (1792) упоминает перкуссию, но не отмечает каких-либо преимуществ этого метода перед уже существующими (C.Clar,1868). В 1768 г. в комментариях к афоризмам Гиппократа профессор медицины и хирургии Геттингенского университета **Р. Фогель (Rudolf Augustin Vogel, 1724-1774)** практически обвинил Ауэнбруггера в плагиате, утверждая, что гиппократовская сукуссия и перкуссия суть синонимы. Он саркастично назвал метод Ауэнбруггера «старым новым открытием». В 1782 г. выдающийся врач, профессор Лозаннского университета **С. Тиссо (Samuel Auguste Andre David Tissot, 1728-1797)** скептически отозвался о перкуссии: «*По мнению немецкого врача, если по грудной клетке, закрытой рубашкой, со стороны, где находится нагноение, ударить рукой, то обнаружится тупой звук, как будто удар нанесен по куску мяса, а при ударе по противоположной половине грудной клетки будет резонирующий звук, как при ударе по барабану. Однако я сомневаюсь, что это заключение соответствует истине*» (J.C. Yernault, A.B. Bohadana, 1995). На беду и другой авторитет, профессор Эдинбургского университета **У. Куллен (William Cullen, 1712-1790),** отказал методу Ауэнбруггера в признании (он упомянул о перкуссии, но отметил, что сам ее не использует). Книга У.Куллена «First Lines of Practice of Physic», где он говорит об этом, переиздавалась с 1778 по 1822 год, а поскольку к его мнению прислушивались и студенты, и клинические преподаватели в англоязычных странах, то внедрение перкуссии в Англии, Соединенных Штатах и Канаде задержалось по сравнению с Францией и Германией (http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/309.html, R.W. Johnstone, 1961; S. Jarcho, 1961). Любопытно, что внучатый племянник У. Куллена, тоже **У. Куллен (William Cullen, 1798-1828 (1829?),** в 1822 году учился аускультации у Лаэннека в госпитале Неккера, а в 1824 году, будучи врачом Ко-

«Дом смерти» Ауэнбруггера

Университет им. Л. Ауэнбруггера в Граце

ролевского госпиталя в Эдинбурге, вел занятия по «стетоскопии» для студентов и коллег-врачей! К счастью, примеру почтенного дядюшки он не последовал!

Скептицизм другой знаменитости по отношению к перкуссии стал известен и в России: в 1803 г. В.Я. Джунковским была переведена на русский язык книга **К. Шпренгеля** (Curt Policarp Joachim Spengel, 1766-1833), авторитетного профессора Галльского университета «Критическое обозрение состояния врачебных наук за последнее десятилетие» (СПб., 1803), где он пишет: *«Прямо невероятно, что Ауэнбруггер мог распознать отдельные поражения легких и груди посредством звука»* (И.Д. Страшун, 1936, http://de.wikisource.org/wiki/ADB:Sprengel,Kurt). Книгу Ауэнбруггера на русский язык не перевели, и приходилось пользоваться сведениями из вторых рук, причем таких, которые перкуссией не владели!

С опозданием, только в 1843 году книга Л. Ауэнбруггера была переведена на немецкий язык. Хотя он был автором еще нескольких научных работ, вышедших в 1771, 1776, 1782, 1783 гг., но главной осталась «невзрачная книжонка» в 95 страниц, которая обрела бессмертие благодаря другому выдающемуся клиницисту, в другой стране и в другом веке!

Глава II. *«…я хочу вырвать из забвения и его и его прекрасное открытие…» - Жан Николя Корвизар, барон де Маре (Jean Nicolas Corvisart Des Marest, 1755-1821).*

«Je ne crois pas en la mŭdecine, mais je crois en Corvisart!»
(Я не верю в медицину, но верю Корвизару!)

Наполеон

В людской памяти застревают эйфелевы башни, а не верстовые столбы. И если мы помним медиков давно минувших эпох, мы тем самым удостоверяем, что они были выдающимися представителями медицины своего времени.

В.И. Бородулин, А.В. Василевский

"Я хорошо знаю, как мало славы пожинают почти все переводчики, как и большинство комментаторов, и я мог бы обеспечить себе авторство, если бы опубликовал произведение о перкуссии, переработав сочинение Ауэнбруггера. Но тогда я принес бы имя Ауэнбруггера в жертву своему собственному тщеславию: не желая этого, я хочу вырвать из забвения и его и его прекрасное закономерное открытие, которое он с полным правом называет Inventum novum» (Г. Эйхгорст, 1882). Так написал в своем переводе работы Ауэнбруггера выдающийся французский клиницист, профессор College de France и шеф клиники Шарите Жан-Николя Корвизар.

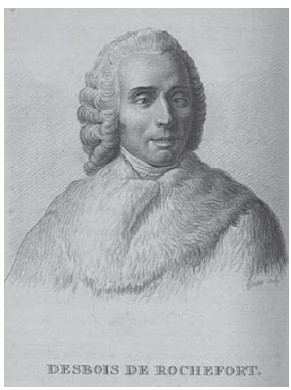
Молодой Корвизар

Ж. Корвизар родился 15 февраля 1755 года в Дрикуре (департамент Арденны) в состоятельной семье. Его отец, Пьер Корвизар, был консультантом парламента Парижа и адвокатом. В возрасте 12 лет Корвизар поступил в колледж Св. Барбары, но приобретенная им там репутация «неисправимого бездельника», кажется, не сулила ему блестящего будущего! Однако произошло чудо, которому Франция была обязана появлением гениального клинициста! Отец хотел, чтобы он стал юристом, но, начав изучать юриспруденцию, Корвизар, после встречи с **А. Пти (Antoin Petit, 1722-1794)**, избрал своей специальностью медицину. Он посетил старейший парижский госпиталь Hotel-Dieu, где преподавал знаменитый хирург **П. Дезо (Pierre-Joseph Desault, 1738-1795),** после чего**,** образно говоря, *«предпочел кодексу Юстиниана посох Асклепия»*, за что и лишился отцовской поддержки. В то

время медицина считалась искусством в отличие от хирургического ремесла, и Корвизар предпочел изучать ее. Среди его учителей были классики французской медицины **Д. де Рошфор (Louis Desbois de Rochefort 1750-1786), Busguet, Halle, Pelletan, Roger, Vicg d`Azyr, Portal,** но его

П. Дезо

любимыми учителями были А. Пти и П. Дезо, ставшие его друзьями. Он готовил препараты для их лекций и однажды чуть не погиб, поранив палец во время препарирования, но был спасен искусством Дезо! Самый молодой на курсе, Корвизар скоро стал самым лучшим. 2 сентября 1782 года он представил тезисы, необходимые для получения докторского звания, а три года спустя стал врачом-регентом парижского медицинского факультета. Любопытно, что молодой доктор Корвизар уже вел курсы по анатомии, физиологии, акушерству и оперативной хирургии. Он был врачом парижского госпиталя Сен-Сюльпис (Saint-Sulpice), где заслужил высокую врачебную репутацию и был рекомендован на должность



Д. де Рошфор

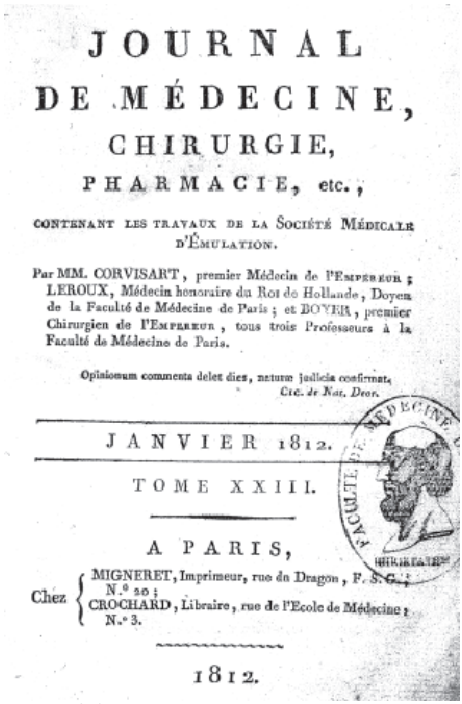
Ж. Корвизар и А. Пти

врача госпиталя Неккера, но из-за отказа надевать парик (?!) не получил этого места. Глядя на портрет молодого Корвизара, можно понять причину его отказа! Однако, благодаря помощи своих друзей Д. де Рошфора и П. Дезо, а также духовника госпиталя отца Potentian, он был туда принят. После смерти Д. де Рошфора в 1786 году Корвизар стал возглавлять отделение внутренних болезней госпиталя. Де Рошфор был истинным новатором клиники внутренних болезней Франции того времени (J.F. Halls Dally, 1941) . Его ученик Корвизар как клинический преподаватель и врач обладал столь же высокой репутацией среди студентов и коллег, как и учитель. Не мудрено, что к Корвизару вскоре устремилась целая армия больных и студентов, как и к М. Штоллю, боготворимому Корвизаром (А. Труссо, 1868). Именно интерес к трудам Штолля натолкнул Корвизара в 1788 г. при чтении изданных J. Eyerel афоризмов венского клинициста на имя Ауэнбруггера и перкуссию. Двадцать лет Ж. Корвизар применял перкуссию в модифицированном варианте: постукивание производилось *«пальмарной поверхностью сомкнутых и выпрямленных пальцев»*. Это давало ему возможность обнаруживать плевральный и перикардиальный выпот, заболевания легких, аневризму сердца. Корвизар признавался: «*Я не помню ни разу в течение всего времени, когда я изучал медицину, чтобы упоминалось имя Ауэнбруггера. И в течение последующих лет своей работы в больницах и в медицинской практике мне никогда не приходилось видеть врачей, перкутирующих грудную клетку для обнаружения какого-либо заболевания этой полости. Ни разу я не видел ее применения на больных. Я не знал перкуссии, когда начал преподавать клиническую медицину. По своим наблюдениям я могу утверждать, что этот метод игнорировался в медицинских школах и подавляющим большинством врачей»* (Г. Эйхгорст, 1882). Поверяя, как и Ауэнбруггер, полученные данные вскрытием, он убедился в достаточной точности и воспроизводимости результатов метода и в 1808 г. напечатал перевод книги Ауэнбруггера на французский («Nouvelle methode pour connaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavite», 1808), сопровождая каждый ее параграф подробными комментариями. Эпиграфом к переводу Корвизар взял фразу из второй книги «Энеид» Публия Вергилия Марона (Publius Vergilius Maro (70 год до н. э. -19 год до н. э.): «Resonvere Cavae Cavernae» (лат.- «Пустота звучит»). Любопытно, что у Вергилия производилась «перкуссия» Троянского коня (полого внутри) копьем Лаокоона! В переводе С.А. Ошерова (1971) эта фраза звучит так: *«Гулом отдался удар, загудели полости глухо»*. Книга Ж. Корвизара имела объем в 440 страниц (на 1 страницу текста Ауэнбруггера пришлось 5 страниц комментариев Корвизара!). Справедливо сказано: *«До Корвизара перкуссия была тайной избранных,*

а после него – достоянием профессии»! Корвизар подметил важное свойство «дигитального постукивания», ускользавшее от предшествующих авторов: *«... я хотел бы добавить, что, даже в тех частях груди, где, по разным причинам, невозможно извлечь определенный звук, опытный врач может судить о состоянии органов по характерному ощущению, воспринимаемому пальцами»* (O. McCarthy, 1999). Любопытно само построение книги Корвизара: он приводит латинский текст Ауэнбруггера и его перевод, но не только. Комментарии Корвизара – это квинтэссенция изменившихся представлений о физиологии и патологии, которые произошли за полвека с момента выхода книги великого австрийца. Ж. Корвизар приводит истории болезни своих пациентов, результаты их физикального исследования, динамику болезни и результаты аутопсии. При этом он отражает, допустим, особенности течения водянки, т.е. того, о чем Ауэн-бруггер не говорит вообще или упоминает вскользь. Любопытно, что Корвизар подвергает сомнению методические приемы, используемые Ауэнбруггером: перкуссия через рубашку, использование перчаток, изменение положения тела и т.д. Для него важна динамика симптомов, а самое главное - их патологическая основа! После книги Корвизара перкуссия в значительно меньшей степени стала уязвимой для критики (особенно тенденциозной), чем собственный труд Ауэнбруггера. Примечательны реверансы Корвизара в адрес Гиппократа, авторитет которого еще давлел над врачами первой трети XIX века. Или это лишь дань традиции? Примечательно, что для различения болезней сердца и легких Корвизар использовал только пальпацию и перкуссию (J. Corvisart, 1818). При этом ученик Корвизара Г. Бейль использовал для диагностики непосредственную аускультацию, а К. Биша проводил сукуссию...на трупах, пытаясь определить, содержится ли в грудной полости экссудат! Заметим, однако, что Ж. Корвизар, в отличие от Ауэнбруггера, описавшего два признака экссудативного перикардита, утверждал, что *«перикардит с выпотом»* точно распознан быть не может, хотя он обнаруживал выпячивание грудной клетки, которое описывал при этой патологии Ауэнбруггер. Подобного мнения придерживался в первом издании своей книги и Лаэннек! Это заблуждение Корвизара непонятно, поскольку он описывает случаи, когда на аутопсии в перикарде обнаруживалось до четырех литров экссудата! Однако заблуждение ли? Современный кардиолог говорит, что при экссудативном перикардите небольшие объемы редко вызывают какие-либо симптомы, при медленно увеличивающемся объеме в полости перикарда может скопиться до 1-2 л жидкости и значительного повышения давления при этом не происходит. При небольшом экссудате перикардит *«можно и не заметить»* (М. Кроуфорд, 2007). В то же время Корвизар высказывал правильное пред-

положение о том, что ревматизм является одной из самых частых причин перикардита, хотя и сорок лет спустя П. Луи утверждал, что перикардит возникает вследствие *«резкого охлаждения, внезапно следующего за сильным телесным жаром»*. Ж. Корвизар впервые описал туберкулезный перикардит, а вот попытки диагностики слипчивого перикардита считал утопичными. Д.Д. Плетнев писал: *«Талантливый врач Корвизар, благодаря своей изумительной наблюдательности, ставил верный диагноз поражения двустворчатого клапана и аорты до открытия Лаэннеком методики аускультации, пользуясь одновременно методом постукивания, и выслушивания сердца, наложенной на него рукой»* (Д.Д. Плетнев, 1936). С начала клинической деятельности Корвизар уделял огромное внимание патологической анатомии и семиотике. Известно его высказывание о том, что для обучения студентов нужны книги и пациенты, но «читать» последних гораздо сложнее, чем напечатанные тома! Ж.Корвизар всегда оставался верным идее реформатора медицинского образования во Франции, профессора **А. Фуркруа (Antoine-Francois de Fourcroy, 1755-1809)**: *«...немного читать, много видеть и много делать!»* Ж. Корвизару довелось пережить и террор Великой Французской революции и реформу высшей школы, в том числе и медицинской, приведшей к разгулу шарлатанства и выпуску т.н. «офицеров здоровья», которые должны были заменить дипломированных врачей (M. Crosland, 2004). Однако именно в это смутное время Корвизар становится главой клиники внутренних болезней. Его лекции в госпитале Неккера, а затем в госпитале Cochin становятся необычайно популярными (H.W. Jones, 1945). В 1795 году, при открытии

А. Фуркруа



JOURNAL
DE MÉDECINE,
CHIRURGIE,
PHARMACIE, etc.,

CONTENANT LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Par MM. CORVISART, premier Médecin de l'Empereur; LEROUX, Médecin honoraire du Roi de Hollande, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris; et BOYER, premier Chirurgien de l'Empereur, tous trois Professeurs à la Faculté de Médecine de Paris.

Opinionum commenta delet dies, naturæ judicia confirmat.
Cic. de Nat. Deor.

JANVIER 1812.

TOME XXIII.

A PARIS,

Chez { MIGNERET, Imprimeur, rue du Dragon, F. S. G., N.° 26;
CROCHARD, Libraire, rue de l'Ecole de Médecine, N.° 3.

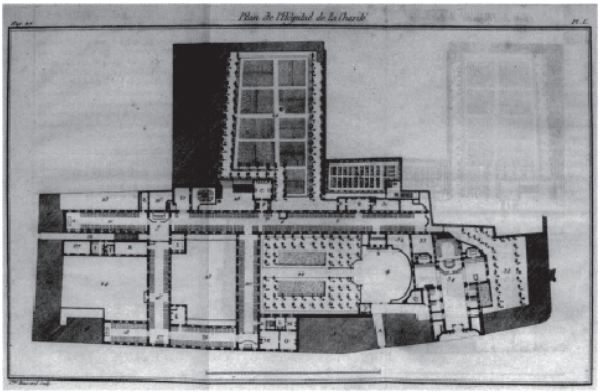
1812.

«Журнал медицины, хирургии и фармакологии»

первой медицинской школы в Париже, он возглавил (вместо умершего в 1794 г. А. Пти) отделение клинической медицины, а в 1797 году стал профессором медицины в Коллеж де Франс (на кафедре, основанной по его инициативе). 24 июля 1796 года вместе с К. Биша он основал «Medicale Societe d'Emulation» - «Медицинское общество состязательности».

С 1795 года он стал шефом клиники Шарите (La Charite), где основное внимание уделял наблюдению у постели больного и патологоанатомическому исследованию, а в 1799 г. добился строительства лекционной аудитории, знаменитого Амфитеатра. Как писал историк медицины: *«И по сие время стоит незыблемым этот маленький, глубокий амфитеатр, с мрачными и толстыми стенами, куда едва проникает шум улицы. Правда, это была клиника с очень скромной обстановкой даже по тому времени, всего на 40 кроватей: 26 мужских и 14 женских»* (Е.И. Лихтенштейн, 1956). *«...Начиная с этого момента, медицинское образование сделало неслыханный дотоле прогресс...»* (П. Потен, 1897). Благодаря одному из своих пациентов, **П. Баррасу (Paul-Francois-Jean-Nicolas, vicomte de Barras, 1755 - 1829),** известному деятелю Великой Французской революции, одному из инициаторов термидорианского переворота, Корвизар был представлен сначала Жозефине Богарне, жене Наполеона,

Госпиталь Шарите



План госпиталя Шарите

затем и ему самому. В 1799 году, после того как Наполеон стал Первым консулом, Корвизар становится его лечащим врачом. Наполеон сказал о Корвизаре: *«Я видел, что он понимает меня и он врач, который был мне необходим»*. Уже на закате своего правления, в 1812 году, Наполеон писал: *«В деле медицины я полагаюсь на моего главного врача Корвизара»* (Ф. Массон, 1996). В 1799 г. вместе с **П. Бартезом (Paul Joseph Barthez, 1734-1806),** другим «домашним» доктором Наполеона, Ж. Корвизар стал «правительственным врачом» (должность эквивалентная министру здравоохранения) и отвечал за борьбу с инфекционными заболеваниями и эпидемиями. Под его руководством был принят ряд важных законов: о запрещении занятий медицинской практикой без диплома врача, о медицинской полиции, о регулировании изготовления и продажи наркотических веществ, о создании клиник для студентов и т.д. (http:// www. histoire-empire.org/persos/ corvisart/corvisart.htm). Ж. Корвизар постепенно оттеснил Бартеза от лечения Наполеона, потому что Бартез, лечивший еще отца Наполеона, был немолод и жил в Монпелье, далеко от Парижа, а Корвизар всегда был под рукой. Он сопровождал Наполеона во время итальянского (1805) и австрийского (1809) походов и был его врачом во время 100 дней. Ж. Корвизар являлся членом почти всех европейских медицинских обществ, в том числе Петербургского и Виленского. Среди врачей, лечивших Наполеона и членов его семьи: **A. Dubois, C.-L. Cadette Gassicourt, G. Dupuytren, A. Boyer, P.-J. Pelletan, Ivan**

Молодой Бонапарт

Жозефина Богарне

П. Бартез

(Alexandre Urben) и др., Корвизар был, несомненно, главным. 12 декабря 1808 года Наполеон присвоил Корвизару титул барона, в 1804 г.- кавалера Ордена Почетного Легиона и командора (старшего офицера) когорты Ордена в Реюньоне. Любопытно, что когда Наполеон впервые обратился к Корвизару, тот первым делом его тщательно проперкутировал (Наполеон тогда страдал кашлем)! Вероятно, это был бронхит (Корвизар говорил о *«вогнанной внутрь чесотке, которая, вследствие неправильного лечения, привела к исхуданию и поражению легких»*), поскольку симптоматическое лечение (нарывные пластыри) дало быстрый эффект. Ж. Корвизару, видимо, было немного хлопот с его главным пациентом: Наполеон, невысокий (рост 168 см) пикник был физически крепким человеком (Ф. Массон, 1996). Среди его недугов преобладали психосоматические расстройства: желудочная диспепсия, обстипация (и связанный с этим геморрой), дизурия, какие-то кожные проявления. Известно, что всю жизнь Наполеон страдал брадикардией (до 50 уд/мин), но что лежало в основе этого, неизвестно, во всяком случае, Корвизар не ставил императору диагноз «аневризма»! ...В мае 1809 года Наполеон, будучи в Шенбрунне, консультировался у И. Франка, который обнаружил у него какую-то сыпь на коже. Лечение было неэффективным и встревоженный Наполеон вызвал Корвизара, который, осмотрев «пациента №1», сказал, что Франк преувеличивает и болезнь лечится очень просто. Действительно, сыпь скоро исчезла и больше не возвращалась (показательно,как Наполеон доверял Корвизару!). Любопытно, что Л.Н. Толстой, врачей активно не любивший, в «Войне и мире» описывает ситуацию, когда Наполеон заболевает насморком: *«У меня нет ни вкуса, ни обоняния, сказал он, принюхиваясь к стакану. Этот насморк надоел мне. Они толкуют про медицину. Какая медицина, если они не могут вылечить насморка. Корвизар дал мне эти пастильки, но они ничего не помогают.Что они могут лечить?»* (Л.Н. Толстой, 2005).

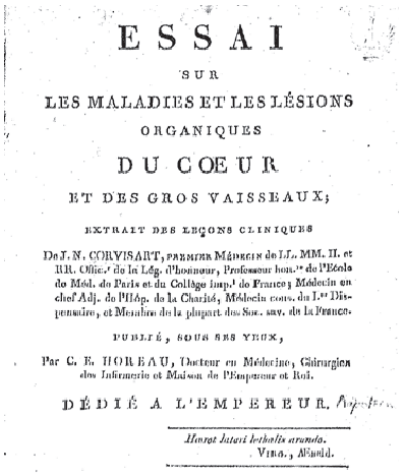
А. Дюбуа

Ж. Корвизар вместе с лейб-акушером А. Дюбуа осматривал М. Ва-

левскую по поводу беременности и присутствовал при родах у императрицы Марии-Луизы. Известно, что после развода с Наполеоном Жозефина сильно страдала и едва ли не была «при смерти», но Корвизар, понимая, чего хочет Наполеон, объяснил ее состояние чем-то вроде истерии , которую лечил, по сути, плацебо! При огромном объеме клинической и преподавательской деятельности научных работ у Корвизара немного: в 1789 году он редактировал «Materia Medica» Д. де Рошфора, был основателем «Журнала медицины, хирургии и фармации», в 1797 году перевел с латыни на французский афоризмы М. Штолля о лихорадке, опубликованные в 1785 году, в 1802 году перевел афоризмы Г. Бургаве. В свою очередь афоризмы самого Корвизара, собранные его учеником **Ф. Мера (Francois Victor Merat de Vaumartoise, 1780-1851)** – врачом и ботаником, доктором медицины, работавшим в клинике Шарите с 1803 по 1813 г., были изданы в 1929 г., а на английский переведены в 1939 г. Любопытно, что именно здесь Корвизар упоминает об эффекте вибрации, которая ощущается при пальпации предсердечной области, которое напоминает мурлыканье кошки. Получилось так, что о симптоме «кошачьего мурлыканья» врачи узнали прежде из работы Лаэннека, но он, справедливости ради, ссылается на Корвизара! Главный труд Корвизара (первое издание вышло с посвящением Наполеону!) «Essai sur les maladies du Coeur et des gros vaisseaux» («Опыт изучения болезней и органических пороков сердца и крупных сосудов») был издан при его жизни трижды (1806, 1811, 1818). Это было первое серьезное руковод-

Мария-Луиза

Развод Жозефины и Бонапарта



ESSAI

SUR

LES MALADIES ET LES LÉSIONS

ORGANIQUES

DU COEUR

ET DES GROS VAISSEAUX;

EXTRAIT DES LEÇONS CLINIQUES

De J. N. CORVISART, premier Médecin de LL. MM. II. et RR. Offic.r de la Lég. d'honneur, Professeur hon.r de l'École de Méd. de Paris et du Collège imp.l de France; Médecin en chef Adj. de l'Hôp. de la Charité, Médecin cons. du L.er Dispensaire, et Membre de la plupart des Soc. sav. de la France.

PUBLIÉ, SOUS SES YEUX,

Par C. E. HOREAU, Docteur en Médecine, Chirurgien des Infirmerie et Maison de l'Empereur et Roi.

DÉDIÉ A L'EMPEREUR.

Hinnat lateri lethalis arundo.
VIRG., Æneid.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE MIGNERET.
1806.

Монография Корвизара о болезнях сердца

ство по болезням сердца после труда J.-B. Senac (1749) (I. Bowman, 1987). В сущности, это клинические лекции Корвизара, записанные одним из его студентов, Хоро (**C.E. Horeau**, лейб-медик Жозефины (1807), член Академии медицины, кавалер Ордена Почетного Легиона). Современники отмечали *«элегантность формы и тонкость логического изложения»*, присущие Корвизару-лектору. Ж. Корвизар подробно описал симптоматику сердечных болезней и установил критерии отличия сердечной и легочной патологии, так же, как отличия функциональных и органических заболеваний сердца, и гипертрофии от дилатации. При активной аневризме *«...сердце увеличено, стенки его утолщены, энергия сердца повышена»*, - писал он, а при пассивной: *«...сердце также расширено, стенки его тонкие, а энергия работы органа снижена»*. Корвизар сравнивал пассивную аневризму с растянутым мочевым пузырем! Он предложил термин «кардит», описал различие повреждений клапанов от повреждения мышцы сердца, изучил сердечную мышцу, упомянул «синюю болезнь», дефект межжелудочковой перегородки и незаращение Боталлова протока. Как лаконично и точно описывает Корвизар пациента с митральным стенозом: *«Он сидит, опустив на пол отечные ноги. Губы его синюшны, на щеках фиолетовый румянец...»* Потрясающе, как одной фразой описан тяжелый, декомпенсированный (а именно таких больных и наблюдал великий врач) больной! Ж. Корвизару принадлежит знаменитый афоризм: *«Болезнь в легких, опас-*

«Лицо Корвизара» (рис. первой половины XIX в.)

ность в сердце». Он первым описал недостаточность митрального клапана и изменение миокарда в форме «сводов» при гипертрофии и дилятации желудочков. Корвизар блестяще для своего времени описал три стадии ХНК: в первой сердце не увеличено, во второй при увеличенном сердце появляются отеки, исчезающие за ночь, при третьей – увеличение сердца сопровождается анасаркой, ортопноэ, набуханием вен шеи (Л. Воронов, О. Мазуренко, 2009). При этом он считал, и совершенно обоснованно, что кровопускание и изменение образа жизни будут эффективны только в первой стадии болезни. Ж. Корвизар так описал ортопноэ при недостаточности кровообращения: *«...Пациент не может вдохнуть в лежачем положении; чтобы облегчить дыхание, он должен принять сидячее положение и подать тело вперед, чтобы грудная клетка могла лежать на коленях...»* (J. Corvisart, 1818) Он описал, как уже сказано, и дрожание в левой предсердечной области при митральном стенозе - «предсердечный шорох» («кошачье мурлыканье»), «лицо Корвизара» при ХНК, и хронический гипертрофический миокардит - «болезнь Корвизара», в третьем издании (1818) привел описание случаев слипчивого перикардита (клинику и результаты аутопсии). Любопытно, что Корвизар первым описал «злокачественный» (септический) эндокардит. Ходжсон (1809) и Буйо (1836) уточнили детали, а в 1852 г. **У. Киркс (William Senhouse Kirkes, 1822-1864)** впервые описал ишемический инсульт, вызванный эмболией при септическом эндокардите.

Корвизар

У. Киркс

Бонапарт-император

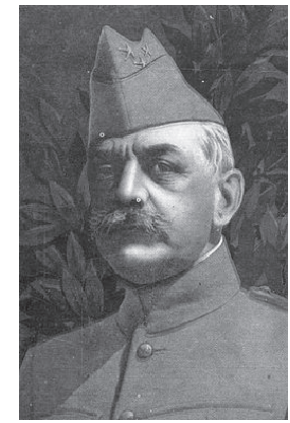
Первую часть книги Корвизар посвятил патологии перикарда, вторую – сердечной мышцы, третью - клапанов сердца, заключение – «кардитам» и аневризме аорты (M.K. Davies, A. Hollman, 1997, J.C. O`Neal, 1998). Однако дальше патологоанатомического описания болезней он не пошел, и не смог дать нозологическую или синдромную классификацию болезней. Основная патология у него – «аневризма» активная или пассивная, *«что и понятно, если учесть несовершенство методов исследования, позволявших судить главным образом об изменении размеров и формы органа»* (В.И. Бородулин, 1998). Критичность, скептицизм, чувствительность - вот качества, присущие Корвизару-клиницисту. Р. Лаэннек говорит о *«смелости и точности его диагностики»*. Он блестяще владел физикальными методами диагностики и считал, что главное в медицине – наблюдательность. Глядя на портрет, мог сказать: *«Если художник был точен, то изображенный им страдал болезнью сердца»*. Примечательно, что Корвизар говорил о необходимости «обучения органов чувств» для того, чтобы различать при перкуссии разные звуки. *«Корвизар не любил необоснованных теорий и рассуждений, и все свои заключения строил на фактах...»* (Д.Д. Плетнев, 1989). Он использовал мало лекарств (любимый его афоризм - «Natura sanat, medicus curat»), но часто назначал опиум. Ж. Корвизар любил читать Мольера, Вольтера и Вергилия (который вообще был очень популярен во Франции того времени, при-

Барон Корвизар

Утренний визит Ж.Корвизара к больной герцогине де Монтебелло (первая половина XIX в.)

Л. Корвизар

чем в первоисточнике), любил театр и хорошее вино, любил быть окруженным красивыми женщинами, увлекался охотой, хотя и был левшой (?), был гурманом и страстным коллекционером, в частности, приобрел трость Ж.-Ж. Руссо (Повседневная жизнь Наполеона, 2006). Близкий к императору (он разнашивал слишком тесные шляпы Наполеона!), Ж. Корвизар, хотя и был, вероятно, лукавым царедворцем, но никогда не злословил. Щедрый с бедными пациентами, он требовал адекватного вознаграждения за свои труды от состоятельных: обычный его гонорар за визит - один наполеондор, монета весом 5,8 гр. золота, эквивалентная 20 франкам (А.Ю. Иванов, 2006). Ж. Корвизар постоянно имел напряженный график: утром лекции, вечером - консультации больных. Среди его пациентов были многие представители политической и культурной элиты Франции того времени: высшие чиновники империи, в частности, **граф Б. Ласепед (Bernard-Germain-Etienne de Laville de Lacepede, 1756-1825)**, жена генерала П. Лафайета, отец А. Дюма и др. Среда и суббота были консультационными днями у Наполеона. В присутствии незнакомцев Ж. Корвизар был *«серьезен и чопорен»*, а Г. Дюпюитрен утверждал даже, что *«он был капризен»*. Однако тот же Дюпюитрен признавал: «*Когда он* (Корвизар – Н.Л., В.А.)*в своих рассуждениях возвышается до обобщений, кажется, что его устами говорит сам Бог медицины»* (П. Потэн, 1897). Ж. Корвизар обладал тонким чувством юмора, старых врачей называл *«готические и антикварные»*. Он был женат на Anne-Marie- Louise Drouillard и имел единственного сына, рано умершего. Даже будучи в зените славы, Корвизар часто был угрюм, мрачен и озабочен. Хотя он мог быть душой кампании, но семейные неурядицы (смерть сына, развод) делали его пасмурным... Прямых потомков у него не осталось, но бароны Корвизары были изве-

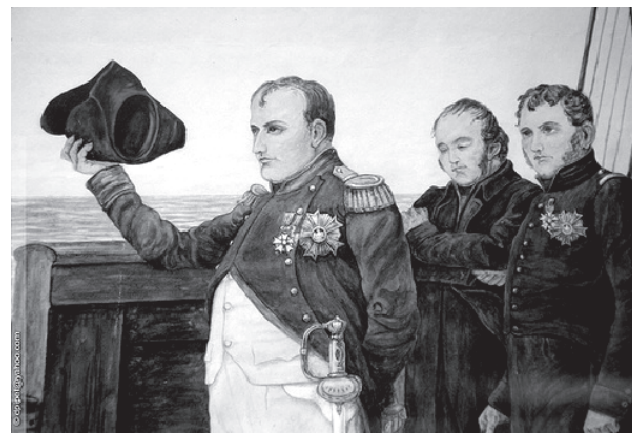


С. Корвизар

Герб Ж.-Н. Корвизара,
барона ДеМаре

стными людьми: его племянник **Л. Корвизар (Remi Francois Lucien Corvisart, 1824-1882)** был врачом Наполеона III и физиологом (описал отсутствие пепсина в желудочном соке при гастрите), а внучатый племянник **С. Корвизар (Charles Pierre Rene Victor Scipion Corvisart, 1857-1939) -** генералом, участником сражения под Верденом в 1918 году. Корвизар не только возглавлял клинику Шарите и был деканом Сорбонны, он стоял во главе медицинского Департамента, а в 1811 году стал членом Академии наук. В 1820 году Ж. Корвизара избрали в Академию медицины, большинство членов которой были его учениками (J.F. Halls Dally, 1941).Среди них были К.-М. Биша **(Bichat Marie Francois Xavier, 1771-1802)**, выдающийся патолог, имевший «глаз клинициста» (М. Фуко, 1988), **П. Бретонно (Pierre Bretonno, 1771-1862),** описавший и предложивший термин «дифтерия», **Г.-Л. Бейль (Gaspard Laurent Bayle, 1774-1816)**, описавший туберкулезный бугорок, **Р. Лаэннек (Rene-Theophille-Marie-Hyacinthe Laennec, 1781-1826), Ж.-Б. Буйо (Jean-Baptiste Bouillaude, 1796-1881), Г. Дюпюитрен (Guillaume Dupuytren, 1777-1835), Ж. Крювелье (Leon Jean Baptiste Cruvelier, 1791-1874), П. Пиорри (Pierre-Adolf Piorri, 1794-1879),Ф. Шомель (Auguste-Francois Chomel, 1788 – 1858)** и др. Триста врачей были учениками Корвизара. Не только французы и начинающие врачи учились у Корвизара. Его лекции посещал известный американский хирург **Д. Уоррен (John Collins Warren, 1778-1856)**, а выдающийся французский

Бюст Корвизара


Корвизар сопровождает Наполеона на о. Эльбу

Почтовая марка с портретом Корвизара

Станция метро «Корвизар» (Париж, совр. фото)

физиолог **Ф. Мажанди (Francois Magendie, 1783-1855)** учился у него перкуссии и аускультации (Л.Н. Карлик, 1964; H. Beecher, 1977). Но усилия Ж. Корвизара и его учеников не смогли ликвидировать такого парадокса, как *«сосуществование выдающихся, постоянно развивавшихся и пополнявшихся талантливой молодежью клинических школ и сравнительно низкого уровня профессиональной подготовки подавляющегося большинства французских врачей»* (А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик, 1999).

Улица Корвизар (Париж, совр. фото)

...Корвизар оставил преподавание и практику в 1815 году в 60 лет после первого инсульта с левосторонним гемипарезом. 15 сентября 1821 года после повторного инсульта Ж.Н. Корвизар умер, пережив своего царственного пациента всего на четыре месяца... Он прожил счастливую и успешную жизнь, а вот судьба его знаменитого ученика была, может быть, и успешной, но куда более тяжелой и даже трагичной...

Надгробие Корвизара

Часть II
«ЧЕЛОВЕК С ЗОЛОТЫМ УХОМ»

Глава I. Рене-Теофиль-Мари-Гиацинт Лаэннек (Rene-Theophile- Marie-Hyacinthe Laennec, 1781-1826).

...у любого, даже самого сильного таланта обязательно имеется своя внешняя, так сказать, ремесленная сторона деятельности, то есть техническое мастерство, практический опыт и обширный запас знаний. И никакая гениальная идея не может зародиться у профана, невежественного человека или случайного дилетанта, имеющего самые поверхностные знания предмета или же слабые умозрительные представления, без личного знакомства и опыта практической деятельности.

С.С. Юдин

Жалким кропателем в медицинской практике навсегда останется тот, у которого методы исследования не перешли, так сказать, in siccum et sanguinet (в плоть и кровь – лат.)...

Г. Эйхгорст

...Недостаточно высказать новую идею, нужно еще высказать ее так, чтобы она произвела впечатление, и тому, кто этого достиг, принадлежит по праву и главная честь.

Ч. Дарвин

Рене Лаэннек родился 17 февраля 1781 года в приходе Св. Матфея в Кемпере (Южная Бретань) в семье Теофиля - Мари Лаэннека и Мишель-Габриэли-Фелиции, урожденной Guesdon (?-1786), старшим из трех детей: спустя год родился брат «Мишо» **(Michel-Jean Bonaventure Laennec, 1782-1810)**, потом сестра Мари **(Marie-Anne Laennec,1785-?)**. Семья была довольно известной и состоятельной: дед по отцу Мишель-Мари-Александр Лаэннек был адвокатом, полковником Национальной гвардии, и мэром Кемпера, дед по материнской линии Рене-Феликс Гюисдон был сенешалем (управляющим) местной знатной семьи. Отец Лаэннека, Теофиль Лаэннек (Theophile-Marie Laennec, 1747-1836) (на бретонском диалекте фамилия читалась как «Леннек» (Laënnec), что переводится как «читатель» или «ученый»), родился 16 июля 1747 г. в имении Керлуанек. Его отец был адвокатом, мать, Jeanne-Catherine Huchet, дочерью мэра небольшого городка вблизи Кемпера. Теофиль учился в иезуитском колледже в Кемпере, затем в юридической школе в Ренне. Он был адвокатом в Кемпере и Понт-Круа, затем юристом парламента Бретани в 1772, потом

Теофиль Лаэннек

лейтенантом Адмиралтейства в Кемпере и затем служил управляющим в той же семье, что и его тесть (http://www.bretagne.com/fr/culture_bretonne/histoire_de_bretagne/absolutisme_centralise/t_m_laennec). Т. Лаэннек был легкомысленным и любвеобильным человеком (по легенде, уходил от жены накануне рождения первого сына-

Кемпер (совр. фото)

Рене), писал стихи, витал в эмпиреях и не слишком заботился о воспитании своих детей. Если ему и досталось какое-то наследство, то разумно им распорядиться Т. Лаэннек не смог... 15 ноября 1786 года мать Лаэннека умирает после рождения четвертого ребенка. Принято считать, что она болела туберкулезом (по преданию, три ее брата умерли молодыми от «чахотки», правда, в родословной семьи наличие у нее братьев не подтверждено...) и передала эту фатальную болезнь сыновьям, но есть и другое предположение - причиной ее гибели был родовой сепсис, «родовая горячка», весьма распространенная в то время. Как позднее написал выдающийся клиницист: *«Если, например, начинает лихорадить роженица, то уже a priori гораздо вероятнее, что она заболела родильной лихорадкой, а не тифом»* (М. Маттес, 1936). ...Быстро утешившийся после смерти жены, Теофиль-Мари на семейном совете был признан неподходящим для воспитания детей, что и определило их дальнейшую судьбу. В 1795 г. Теофиль Лаэннек женился на вдове эмигранта, герцогине Ж. Сант-Бедан (Genevieve Agnes Julie Urvoy de St-Bedan, 1748-1836). После реставрации Бурбонов в 1815 г. он из «робеспьериста» превратился в роялиста и вернулся к адвокатской практике (согласно легенде, он активно выступал против работорговли) и жил в особняке своей жены. Конъюнктурный приспособленец, колебавшийся вместе с политической ситуацией (то роялист, то якобинец, то почитатель Наполеона, то снова - короля), Т. Лаэннек пережил и своих более достойных братьев, и своих детей, и умер 2 февраля 1836 года в возрасте 89 лет (!), но если бы не его великий сын, мы бы никогда о нем ничего не узнали, как, кстати говоря, и о многих других персонажах этой истории (http://alain.bugnicourt.free.fr/cyberbiologie/biogenepub/laennec.pdf).

Любопытно происхождение имени Лаэннека: Рене в честь деда, ко-

торый был его крестным отцом, Гиацинт в честь крестной матери (сестра деда), Теофиль - Мари в честь отца. Обряд крещения совершил над своим племянником его дядя, молодой священник и доктор Сорбонны Жан Лаэннек (Jean Michel Alexandre Laennec, 1750-1800). Именно к нему на воспитание и попал после смерти матери маленький Рене вместе с младшим братом. Тут же он начал учиться, в том числе латинскому (на котором не только великолепно писал, но и говорил всю жизнь) и греческому языку. Кстати говоря, Ж. Лаэннек, ставший епископом, после начала Великой Французской революции эмигрировал в Англию и умер в 1800 г. в Саутгемптоне от туберкулеза. Этот факт, кажется, еще раз свидетельствует о туберкулезном роке, висевшем над семьей Лаэннеков (в 1810 г. от туберкулеза умрет младший брат Лаэннека – «Мишо»). Предрасполагало к болезни и телосложение Лаэннека: он был невысокого роста – около 160 см («5 футов 3 инча»), субтильный, хрупкий, с тонкими чертами лица. «Маленький Лаэннек», «маленький профессор» - издевался над ним Ф.-В. Бруссе... Как тут не вспомнить А. Дюма-отца: *«Люди всегда так – по самолюбию ближнего готовы бить топором, а когда их собственное самолюбие уколют иголкой, они вопят»*. Так «вопил» обидчик Лаэннека, Ф. Бруссе, когда «маленький профессор» назвал его «новый Парацельс»!

Отец Лаэннека, как было сказано, позже женился на вдове эмигранта, но заботиться о детях предоставил своим родственникам сразу после смерти жены. Спустя год Рене и его младшего брата забрал к себе другой дядюшка, личность известная и примечательная. Гийом-Франсуа Лаэннек де Ренардье **(Guillaume - Francois Laennec de la Renardais, 1748-1822)** был известным нантским врачом, главным врачом госпиталя L' Hotel Dieu и ректором местного университета, в 1795 г. – главным хирургом армии побережья Бреста. Он учился медицине в университетах Монпелье и Парижа, а затем в Лондоне у знаменитого Д. Хантера **(John Hunter, 1728-1793)**. Г. Лаэннек имел четырех сыновей: Кристофа (Christophe Pelage Laennec 1785-1858), ставшего адвокатом, помощником судьи, консультантом муниципалитета Нанта, генеральным советником департамента Нижняя Луара, ректором академии, Эммануэля (Emmanuel Laennec,1802-1879), ставшего юристом, кавалером орде-

Г. Лаэннек де Ренардье

на Почетного Легиона, Амбруаза **(Ambroise-Francoise Laennec,1790-1839)**, который стал профессором медицинской школы в Нанте, и **Мериадека (Meriadec Laennec,1797-1873)**, ставшего доктором медицины и известным врачом. И Амбруаз и Мериадек с усердием освоили под руководством Рене аускультацию, а Meriadec оставался его другом до конца жизни. 16 июня 1821 года он защитил диссертацию «L'auscultation mediate peut-elle servir aux progres de la medecine pratique? («Способствует ли опосредованная аускультация прогрессу медицинской практики»). Ответ был, конечно, положительный. С помощью стетоскопа М. Лаэннек подтвердил роковой диагноз у своего великого кузена, а после смерти Р.Лаэннека был редактором издания его знаменитой книги. М. Лаэннек был автором популярного руководства по перкуссии и аускультации, изданного в 1832, 1836, 1838, 1839 гг. и переведенного на английский язык.

Любопытно, что директором колледжа, в котором учился Р. Лаэннек, был Ж. Фуше, впоследствии герцог Отрантский (Joseph Fouche, duc d'Otrante, 1759-1820), кровожадный якобинец и «четырежды министр» полиции при Наполеоне и Людовике XVIII!

Нет сомнения в том, что именно влияние Г. Лаэннека, выдающегося врача, эрудированного и волевого человека оказалось решающим для выбора профессии его знаменитым племянником. Рене не стал, вопреки воле Т. Лаэннека юристом, или инженером, а избрал медицину (младший брат «Мишо» под давлением отца все-таки выбрал юриспруденцию). Именно Мишо представлял интересы детей Т. Лаэннека в судебном процессе 1809 года (да-да, Т. Лаэннек судился с собственными детьми из-за наследства!). Мишо не дожил до конца процесса, в ночь с 9 на 10 января 1810 года он умер от туберкулеза, но суд принял решение в пользу детей отца - сутяги. В отличие от Ж. Корвизара Р. Лаэннек был прилежным учеником, и в августе 1792 г. получил за усердие первый приз. Любопытно, что в 12 лет Р. Лаэннек уже переводил с латинского Вергилия! Считалось, что Р. Лаэннек настолько был увлечен учебой, что не замечал ничего вокруг. Это не так, в его жизни была настоящая лю-

Кафедральный собор Нанта (совр. фото)

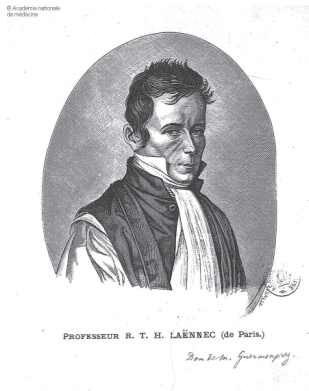
бовь, некая Мари (Marie-Anne Clarisse d'Arthigue,?-1799). Уже был назначен день свадьбы, но скоротечная чахотка и здесь сделала свое черное дело. Лаэннеку выпало идти за гробом невесты, и это не последняя из его потерь... Ученичество Лаэннека пришлось на пору революции, с которой он столкнулся вплотную: на площади у дома Г. Лаэннека в Нанте была установлена гильотина, и Лаэннек был свидетелем минимум 50 ужасных процедур обезглавливания (по департаменту Нижняя Луара (Нант) якобинцами за годы революции было вынесено 3548 смертных приговоров).

Дом Г. Лаэннека в Нанте (совр. фото)

Когда позднее его упрекали в излишнем роялизме, он, вероятно, вспоминал кровавые потоки, которые пролили «реформаторы» Франции с помощью изобретения доктора **Гильотена (Joseph-Ignace Guillotin, 1738-1814).**

...Гийом Лаэннек в это время стал военным врачом, а Рене в 1795 г. успешно закончил колледж и начал изучение медицины в нантском госпитале L`Hotel Dieu. Активный, внимательный, честолюбивый – таким был Лаэннек-студент. Его интересы не ограничиваются медициной, он учится токарному делу, игре на флейте, танцует и пишет стихи! 29 сентября 1795 г. Лаэннек получает квалификацию ассистента хирурга III класса и тогда же производит свое первое вскрытие, а в 1797 г. в военном госпитале Бреста ему присваивается степень хирурга III класса. В 1798 г. Р. Лаэннек - «офицер здоровья II класса». В 1796 или 1798 г. Лаэннек перенес какую-то тяжелую болезнь, которая в разных источниках именуется то «тифоидной», то «желчной лихорадкой». Предполагается, что это могла быть и манифестация туберкулезного процесса в легких, однако он быстро поправился и уже в 1800 г. в качестве военного хирурга участвует в военной экспедиции по подавлению очередного восстания шуанов в Вандее. После этого он написал шутливую поэму «Экспедиция»

Р. Лаэннек



Р. Лаэннек

в стиле древних кельтских бардов! Р. Лаэннек публиковал исследования кельтского языка под прозрачным псевдонимом Cenneal (laenneC). По возвращении из экспедиции Лаэннек зачислен в госпиталь как военный хирург III класса. Г. Лаэннек упорно заставлял Теофиля Лаэннека финансировать дальнейшее обучение сына медицине . Получив от отца 600 франков, Рене пешком (!) отправляется в Париж, до которого он добирался 10 дней. Он становится студентом «Специальной школы здоровья», которая потом была переименована в Медицинскую школу (Ecole de Medicine) и начал учебу под руководством Ж. Корвизара. По выражению биографа: *«Лаэннек обладал всеми качествами для изучения медицины: расторопный, полный желания, с уже имевшимся опытом, четко мотивированный и напористый, энергичный и самоуверенный»* (H. Reynolds, 2004). Лаэннек многое успел: он продолжает изучать английский, немецкий, греческий и латинский языки, совершенствуется в патологической анатомии под руководством М. Биша и Г. Дюпюитрена. Среди других его учителей в «Практической школе» были известнейшие представители естествознания и медицины Франции того времени: **Ф. Шосье (Francoise Chaussier, 1746-1828), Н. Дейе (Nicolas Deyeux, 1745-1837), П. Кабанис (Pierre Jean George Cabanis, 1757-1808), Ф. Пинель (Philippe Pinel, 1745-1826), Ж.-Ж. Леруа де Тилле (Jean-Jacgues Leroux de Tillets, 1749-1832)** и др., а Г.Л.

«Медицинская школа» (рис. XIX в.)

Р. Лаэннек

Г. Бейль

Бейль стал его настоящим другом. Любопытно, что именно в «исполнении» Г. Бейля Лаэннек впервые увидел перкуссию и непосредственную аускультацию во время обучения у Корвизара (V.A. McKusick, 1958).

Практически сразу определились его главные научные интересы – патологическая анатомия и изучение клинико-анатомических корреляций. В июне 1802 г. выходит его первая работа, посвященная патологической анатомии болезней сердца (он описал оссификацию митрального клапана), в августе – знаменитая работа, посвященная патологии перитонита, которая считалась эпохальной. Всего он опубликовал более десяти работ в области патологической анатомии, но главная была еще впереди. В сентябре 1803 года Лаэннек был удостоен первой премии по хирургии и медицине, присужденной «Специальной Парижской школой». Его труды были замечены, и Лаэннека приглашают в качестве преподавателя в Societe d· Instruction Medicale. Вскоре он открывает небольшой частный курс (бесплатный!) по патологической анатомии в Ecole Pratigue. Близкий контакт с чахоточными больными и работа в секционном зале во времена, когда каждый третий парижанин умирал от туберкулеза, сами по себе были риском, а тут еще, к несчастью, и К. Биша, и брат Лаэннека Michaud, и Г. Бейль стали его жертвами. Р. Лаэннек был со всех сторон окружен больными туберкулезом! Ему и без того приходилось нелегко: волнения из-за очередной отцовской дотации, постоянная нужда, из-за которой ему пришлось продать единственную свою ценность - фамильные золотые часы. Лаэннеку, нередко недомогавшему, приходилось из-за холода в комнате лежать, накрываясь пледом (камин нечем было топить), питались они с братом по-студенчески (приходили в местный кабачок со своим хлебом, так было дешевле!) и частенько недоедали. Поневоле вспоминается афоризм Р. Коха: «Туберкулез – это слезы бедности, выплаканные внутрь»! Но, несмотря на все тяготы, в 1804 г. Лаэннек защитил диссертацию, посвященную доктрине Гиппократа. В этом же году он становится редактором «Журнала медицины, хирургии и фармакологии». Фактически Р. Лаэннек занял место К. Биша. В 1805 г. он выступил со своей патологоанатомической классификацией болезней, которая привела к длительному и агрессивному конфликту с Г. Дюпюитреном (A. Roguin, 2006). В этом же году Р. Лаэннек во время торжеств по поводу коронации Наполеона был представлен римскому папе **Пию VII (Gregorio Luigi Barnaba Chiaramonti, 1742-1823)**, что для него, набожного католика, было, безусловно, огромной честью. Его успехи, кроме таланта, складывались из интеллектуальной независимости, «индивидуалистического темперамента» и амбициозности. Но, конечно, играла роль и научная среда того времени: Париж в 20-30 гг. XIX века был для европейских ученых и врачей Меккой. Играл роль толчок,

который, как ни парадоксально, дала рождению новых идей кровавая революция, в том числе и в науке. Любопытно, что *«вдохновенный поэт и флейтист»* Лаэннек одновременно разделял идеи романтизма, царившие в музыке и литературе (он любил Байрона), и научный энтузиазм Академии медицины Франции того времени! Вот что особенно примечательно: у истоков кровавой революции стояла группа писателей и ученых, которых называли «энциклопедисты». *«Многие из них действительно высоко стояли на ступенях литературы и науки. Мир воздал им должное: учитывая большие таланты, простил эгоистичность и злость их тщеславия... Эти отцы атеизма обладали своим собственным фанатизмом, они научились бороться с монахами их же методами. Для восполнения недостатков аргументации в ход пошли интриги. К этой системе литературной монополии присоединились беспрестанная индустрия очернительства и дискредитации любыми способами тех, кто не вошел в их фракцию...»* (Э. Берк, 1996). В отличие от многих деятелей культуры и науки того времени, боготворивших энциклопедистов, ведь они подготовили Великую Французскую революцию, после чего Наполеон стал императором, роялисту Лаэннеку, вероятно, был несимпатичен и атеизм энциклопедистов и то, что их деятельность приближала крах монархии, но к счастью, он, как и Корвизар, держался подальше от политики. Начав свою карьеру как патолог, Р.Лаэннек произвел сотни аутопсий в госпиталях L`Hotel Dieu, St.-Sulpice и Charite. В своих патологических исследованиях Лаэннек, как и К. Биша, использовал лупу. Несмотря на все достижения, профессорского места Лаэннеку получить не удается, и больше десяти лет он фактически является тем, что в США называется «postdoctoral research» или «постдок». Это, наверное, было совсем не то, чего он желал. Какова причина этого, понятно - профессорское место освобождалось только со смертью кого-либо коллеги из научного сообщества (как во Французской Академии «бессмертных»). И потом, Лаэннек был «неудобной» фигурой - он имел плохо скрываемые роялистские убеждения, а «льющийся из него бурный поток идей» не сочетался с более размеренным течением французской науки. Любопытно, что он стал профессором только после падения Наполеона и реставрации монархии.

Бюст Р. Лаэннека

...Напряженная работа привела к усилению приступов болезни, и в 1805 г. Лаэннек берет первый тайм-аут по состоянию здоровья. Позже такие вынужденные «каникулы» стали повторяться с удручающим по-

Дом Лаэннека в Керлуанеке (совр. фото)

стоянством... Уехав на родину, он проводит время у своей родственницы м-м de Pompery, под чьим руководством осваивает бретонский диалект, а с кузиной Mari Andouyin разучивает бретонские танцы! В последующем он использовал каждую возможность совершенствоваться в бретонском диалекте, общаясь с земляками (в 1814 г. в госпитале Сальпетриер он лечил раненых и больных солдат-выходцев из Бретани). В 1806 году Лаэннек стал врачом 120-коечного госпиталя Божон (l'Hospital Beaujon.) Любопытно, что, по мнению историков, бретонцы и по сей день отличаются от «классических» французов!

Но поразительно другое, при совсем не атлетическом телосложении и слабом здоровье Лаэннек постоянно занимался физическими упражнениями, проводил в свободное время весь день на охоте, а зимой, в парижской квартире, чтобы не потерять навык, упражнялся в стрельбе из духового ружья! В одном из писем он говорил, что на охоте, при бесконечной погоне за дичью по пересеченной местности, с тяжелым ружьем на плече, он совершенно не устает, а вернувшись в Париж, сразу ощущает утомление (H. Reynolds, 2004)! После смерти брата Мишо (10 января 1810 г.) семья отца передала в собственность Лаэннеку небольшое имение в местечке Керлуанек, в Бретани. Он очень полюбил это место, хотя ему недолго пришлось отдыхать там. Примечательно, что Р. Лаэннек взялся за восстановление имения с той же методичной последовательностью, которая была свойственна ему и в занятиях наукой, однако ему понадобилось десять лет, чтобы привести Керлуанек в сносный вид. Он надстроил дом, пристроил к нему башню, упорядочил отношения с арендаторами и т.д. (J. Chaussy, 2010).

Дом Лаэннека в Керлуанеке (рис. XIX в.)

Известно, что Лаэннеку пришлось

стать участником земельной судебной тяжбы, которая не закончилась до его смерти...

...Увлечение Лаэннека анатомией натолкнуло его на мысль о связи симптомов, отмеченных у больного при жизни, с патологическими процессами, обнаруженными при аутопсии, с «местом, где сидит болезнь» по Д. Морганьи. После того, как он оставил пост редактора «Журнала медицины, хирургии и фармакологии» в 1808 г., у него появилась и необходимость в частной практике, и время для нее. Его кабинет находился в Париже на улице Jardinet,5. На этой же улице в Латинском квартале располагалась «Медицинская школа» - «Ecole de Medicine». Частная практика, которой он активно занимался в 1808-1815 гг., давала ему достаточный годовой (называют сумму в 25000 франков) доход. Иногда Лаэннека называют лечащим врачом Наполеона (Г. Глязер, 1968), но это заблуждение, хотя среди его пациентов были известные представители французской элиты того времени, например, герцогиня **де Берри (Marie Caroline Ferdinande Louise, Duchesse de Berry, 1798 – 1870)** . Она была не только дочерью «короля двух Сицилий» Франциска I, но и женой сына короля французского Карла X, Шарля - Фердинанда и матерью наследника французского трона, особой эксцентричной (таких, как она, в предыдущем веке называли «авантюрьера», что-то наподобие княгини Е. Дашковой), но до определенного момента влиятельной. Любопытно, что она возглавила неудачное восстание в пользу свергнутых Бурбонов! Наверное, их знакомство, состоявшееся в 1822 г., сыграло роль в том, что вскоре (31 июля 1822 г., инаугурация 2 декабря 1822 г.) Р. Лаэннек был избран профессором Кол-

Р. Лаэннек выслушивает больного в госпитале Неккера (карт. Т. Шартрана)

Ж. Галле

Герцогиня де Берри

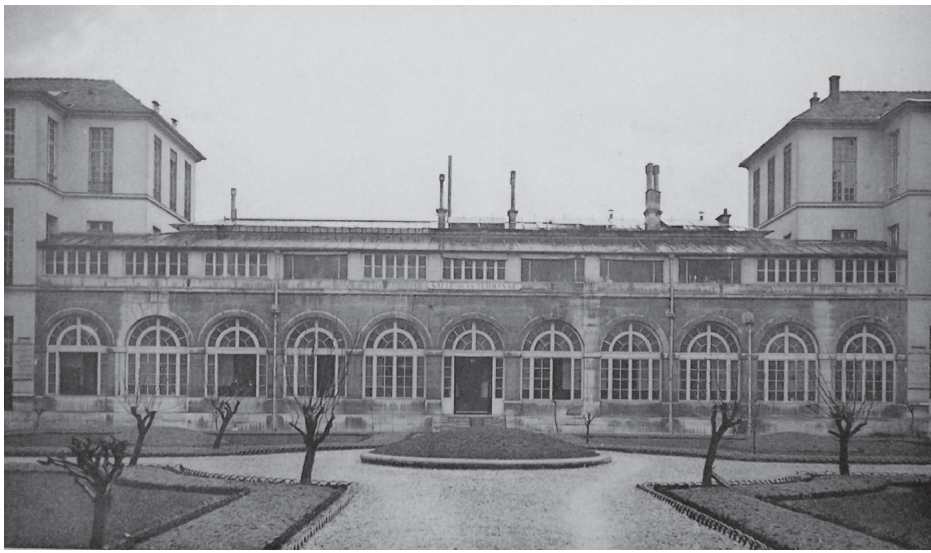
Р. Шатобриан

леж де Франс вместо умершего члена Института Франции, Президента академии наук, кавалера Империи, профессора медицины, физики и гигиены и бывшего лейб-медика Наполеона, **Ж. Галле (Jean Noel Halle, 1754-1822)**. С ним связана забавная история. Биограф Наполеона повествует о том, что Галле : «ординарный врач Наполеона, перестал являться к нему с того дня, как однажды Наполеон вздумал потянуть его за уши. «Мне больно, государь!», - с досадой воскликнул Галле и демонстративно вышел из комнаты. В качестве члена института и профессора Коллеж де Франс он продолжал, однако получать оклад в 15000 франков» (Ф. Массон, 1996). Шеф и учитель Лаэннека, Ж. Корвизар любимую «шалость» Наполеона - трепку за уши переносил с юмором! Любопытно, что на надгробии Лаэннека указано, что он был лечащим врачом именно герцогини де Берри (она намного пережила Лаэннека). Какой роялизм! Лечил он и дядю Наполеона, кардинала **Ж. Феша (Josef Fesch, 1763-1839)**. Очень могущественная фигура: архиепископ Лиона и Парижа, кардинал, посланник Франции в Ватикане, Ж. Феш венчал Наполеона с Жозефиной и Марией-Луизой и крестил его сына. Он был графом и сенатором и распоряжался духовными благотворительными суммами. Ж.Феш был главным финансовым советником семьи Бонапартов, что, однако, не спасло его от немилости Наполеона и опалы в 1814 году, вследствие чего он укрылся в Ватикане и был пациентом Лаэннека, вероятно, недолго. Примечательно, что примерно набожный Р. Лаэннек вообще был популярным врачом среди представителей католического клира. С охотой он лечил, как уже говорилось, и земляков-бретонцев, живших в Париже. Обращались к нему и представители светского общества: он лечил видного французского политического деятеля, дипломата и писателя, **Ф.-Р. Шатобриана (Francois-Rene, vicomte de Chateaubriand, 1768-1848)** и его жену, **С. де Шатобриан (Celeste Buisson de Chateaubriand, 1774-1847)** и, наконец, знаменитую мадам де Сталь

М. деСталь

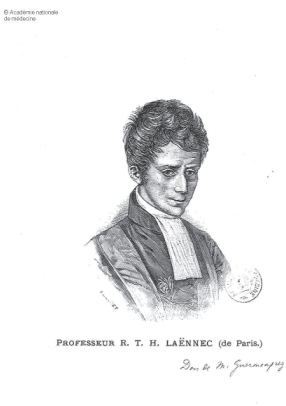
Céleste de Chateaubriand par H. Lorimier,1840
С. де Шатобриан

(Anna Louise Germain de Staël-Holstein,1766-1817). Она была дочерью известного финансиста Ж. Неккера, жена которого С. Неккер основала госпиталь, где работал Лаэннек. Ж. де Сталь, кстати говоря, была яростной противницей Наполеона, и подобная пациентка едва ли добавляла симпатий императора к Лаэннеку при всех его достижениях! Но пациентами Лаэннека были и неимущие: парижские госпитали того времени были предназначены, прежде всего, для бедных. Лаэннеку, вероятно, приходилось часто переодеваться, нельзя же, право, было ехать к Селесте де



Госпиталь Неккера

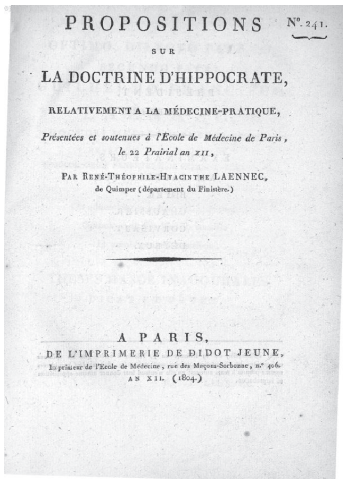
Шатобриан в том же сюртуке, в котором он осматривал туберкулезных больных, часто завшивленных и грязных (спустя полвека среди пациентов знаменитого дерматолога, венского клинициста Ф. Гебры 90% имели вшей)! Сам Лаэннек называл состояние гигиены пациентов госпиталей «отвратительным». Кстати говоря, еще один довод в пользу необходимости стетоскопа (и чем длиннее, тем лучше!). В 1809 г. «Школа здоровья» стала «Медицинским факультетом», и Лаэннек был избран его членом. Уже в 1810 г. Ж. Кювье назвал имя Р. Лаэннека в числе ведущих патологов Франции наряду с А. Порталем, М. Биша, Г. Дюпюитреном, Ж. Корвизаром и Г. Бейлем. Заслуженный авторитет позволил Лаэннеку стать автором 15 статей в фундаментальном «Словаре медицинских наук» (W. Thayer,



Р. Лаэннек

Кадр из фильма «Docteur Laennec»(1949)

1919), но признание его достижений как клинициста все никак не приходило (в отличие от Корвизара он не был конформистом!). И только после падения Наполеона, 5 июня (по некоторым данным, в сентябре) 1816 года (в мае умер его предшественник на этом посту и друг, Г.Л. Бейль), он был назначен главным врачом госпиталя Неккера, который к этому времени утратил свою славу, но здесь у Лаэннека появилась возможность проведения клинических занятий со студентами. Госпиталь имел 100 мужских и женских мест, в год через него проходило около 1000 больных , 20% из которых умирало (обычная смертность парижских госпиталей в 1816-1823 гг.). Во время работы в госпитале Лаэннек и совершил открытие, обессмертившее его имя, у которого была небольшая предыстория. В сентябре 1816 года, проходя по парку Лувра, Лаэннек заметил группу играющих детей. Суть игры была проста: один прикладывал ухо к концу деревянной балки, а другой царапал противоположный конец и до уха слушающего эти звуки прекрасно доносились. В фильме «Docteur Laennec»(1949) показано, как сам Лаэннек прикладывает ухо к балке и поражается тому, как хорошо слышно. Днем позже, во время частного визита к молодой пациентке, страдавшей избыточной массой тела и неким сердечным недугом, Лаэннек ни пальпацией, ни перкуссией не смог выявить никаких симптомов, а его католическое воспитание и конфузливость пациентки не давали ему возможности прибегнуть к непосредственному выслушиванию (R. Major, 1954). Но «великий наблюдатель» Лаэннек, вспомнив игру детей, свернул несколько листов бумаги, приложил конец рулона к области сердца больной и поразился тому, как хорошо проводятся звуки! Лаэннек продемонстрировал редкую наблюдательность! *«Я тогда же подумал, - пишет он,- что этот способ мог представить собой полезный метод исследования, приложенный не только к изучению биения сердца, но всех тех движений, которые могут производить звуковые явления в грудной полости, а стало быть, и к исследованию дыхания, голоса, хрипов, движения жидкости, скопившейся в плевре или брюшине»* (A. Roguin, 2006). Биограф, однако, не без сомнения задает вопрос: а существовали на самом деле играющие дети и кто реально был первым пациентом ? Известная картина Р. Тома, где изображен Лаэннек, выслушивающий девочку-подростка, явно апок-



PROPOSITIONS Nº. 241.

SUR

LA DOCTRINE D'HIPPOCRATE,

RELATIVEMENT A LA MÉDECINE-PRATIQUE,

Présentées et soutenues à l'Ecole de Médecine de Paris, le 22 Prairial an XII,

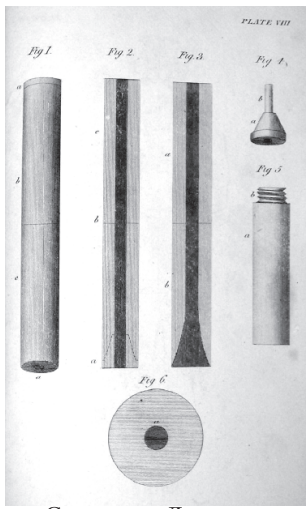
PAR RENÉ-THÉOPHILE-HYACINTHE LAENNEC, de Quimper (département du Finistère.)

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,
Imprimeur de l'Ecole de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, nº. 406.
AN XII. (1804.)

Докторская диссертация Лаэннека

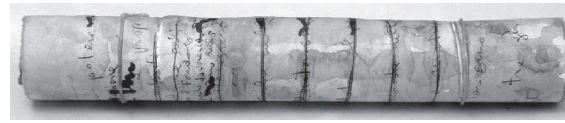
рифична, но часто приводится в работах о нем, а на другой картине - Т. Шартрана Лаэннек выслушивает изможденного больного в госпитале Неккера ухом, держа стетоскоп в руке! Любопытно, что Лаэннек, посвятивший свою диссертацию Гиппократу, признавался, что не обратил внимания на непосредственную аускультацию, о которой писал великий грек: *«Странно, что слова Гиппократа не привлекли к себе до сих пор внимания врачей... Сам я должен сознаться, что упомянутое описание Гиппократа я лично читал задолго до того, как некоторые физические опыты внушили мне мысль испробовать посредственное выслушивание. Однако мне, после ознакомления с идеей Гиппократа, ни разу не пришло в голову проверить его наблюдение... Больше того, я о нем совершенно забыл»*. Парадокс состоял в том, что Лаэннек использовал первый стетоскоп для диагностики болезни сердца, но именно в этой области его достижения оказались весьма скромными! Кстати говоря, согласно легенде, первой пациенткой, которую Лаэннек выслушал с помощью нового инструмента, была сорокалетняя Mari-Melanie Basset, и лишь благодаря этому ее имя сохранилось в истории!.. На следующий день, 13 сентября (?) 1816 г., Лаэннек сообщил об этом эпизоде студентам и даже показал бумажный рулон, перевязанный на концах и в середине ниткой. Существует версия, что первый «стетоскоп» представлял собой рулон (24 листа) «мятой» бумаги, свернутой из трех записных книжек длиной 30 см и диаметром 3,5 см, причем одна сторона бумаги была смазана клеем (P. Sheldon, J. Doe,

Кадр из фильма «Docteur Laennec»(1949)



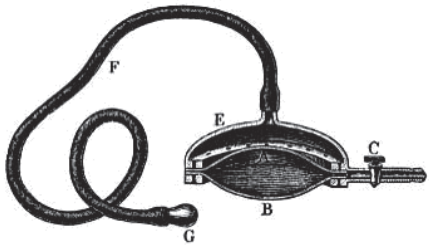
Стетоскоп Лаэннека (рис. из первого издания его книги

Р. Лаэннек


Бумажный «стетоскоп» Лаэннека

1935). Поняв скоро, что бумага материал негигиеничный и недолговечный, Лаэннек начал экспериментировать с различными материалами: металл, стекло, кожа, различные сорта дерева. Он даже пробовал использовать в качестве стетоскопа старый гобой (!), принадлежавший его кузену (J. Pinkerton, 1981). Поскольку Лаэннек в соответствии с представлениями своего времени полагал, что звук лучше проводится плотным телом, он стремился свернуть рулон из бумаги очень туго, без просвета в центре. Он сначала скреплял листы клеем, а первые модели стетоскопов делал сплошными, и только позже понял значение апертуры, центрального канала, который проводил звук через воздушный столб. Этот вопрос всерьез занимал многих врачей, но ответ на него, в идеале, был прост - *«цель стетоскопа - не усиливать проводимые им звуки, а доставить их выслушивающему уху неослабленными»* (Д.Д. Плетнев, 1922). А вот что является проводником звука, стенки стетоскопа или воздушный столб, тогда было вовсе не праздным вопросом: если стенки, то тогда играет роль материал, из которого сделан стетоскоп, если столб воздуха, то имеют значение сечение просвета и длина трубки. В конце концов пришли к компромиссу: стенки играют роль, ведь сплошные стетоскопы неплохо проводили звук, но и столб воздуха небезразличен для проведения его. Много позже это доказал Р. Гейгель: при выслушивании тиканья карманных часов полым и сплошным стетоскопом в первом случае звук был слышан на большем расстоянии, чем во втором, но если закрыть отверстие в трубке стетоскопа ватой, то расстояние проведения звука существенно уменьшалось. Р. Гейгель считал, что полые стетоскопы легче (в силу меньшей массы) приводятся в колебание, и потому звук проводится лучше (Д.Д. Плетнев, 1922). Примечательно, что и в наше время большее значение придается конструкции головки инструмента и длине трубок, чем остальным параметрам стетоскопа. Однако, Лаэннек этого предвидеть не мог: он считал, что стетоскоп усиливает, а не только проводит звук. Кстати говоря, в этом он оказался прав – стетоскоп любой модели, за счет функций резонатора (в любом стетоскопе есть полость, прикрытая или нет мембраной, которая и выступает как резонатор). А это значит, что некоторые звуки любой инструмент усиливает, некоторые – ослабляет (это распространяется даже на электронные модели, у которых эту функцию врач может выбрать сам). Любопытно, что стетоскоп Лаэннека как раз в наименьшей степени обладал эффектом резонатора - полость под обтуратором была невелика! Это был, так сказать, стетоскоп почти в «чистом виде»! Надо думать, что Лаэннек слы-

шал каче-ственно иные звуки, чем мы сейчас, тем значительнее его открытие! Все последующие модели имели уже по два резонатора – на грудном и ушном концах. Для того же была прилажена на стетоскоп и первая мембрана. Это говорит о том, что их изобретатели не слишком были уверены в качествах своего слуха, пытаясь всячески усиливать выслушиваемые феномены! Вершиной этого был стетоскоп Voltolini, очень напоминающий слуховую трубку, очень интересный стетоскоп – резонатор Р. Кёнига, с которым работал А.А. Остроумов во время изучения механизма тонов сердца, а потом – фонендоскоп Баззи-Бианши. Позже Герман Сали с ехидством говорил, что стетоскопы-резонаторы нужны для тугих на ухо врачей! Физические представления Лаэннека были традиционны для того времени: считалось, что металл и стекло лучше передают звук, поэтому сначала он экспериментировал именно с этими материалами и только потом пришел к деревянной модели. Остановился он на легком дереве (каштан, орех), причем первые образцы нового инструмента собственноручно были выточены им на токарном станке. Не очень понятно, правда, владел он им до того, вытачивая флейты, или специально научился для изготовления стетоскопов. Варьировался не только материал, но и размеры стетоскопа: от 45 см первоначальной длины и 4 см в диаметре он уменьшился до 33, затем 25 и 3,5 см соответственно. Центральное отверстие оставалось неизменным – около сантиметра. Стетоскоп состоял из 3-х частей: он разбирался посредине и конец, обращенный к пациенту, имел съемный обтуратор, который вынимался при аускультации легких и вставлялся, когда выслушивалось сердце. Сначала на грудном конце инструмента Лаэннек сделал коническую выемку для обтуратора, а затем сменил ее на параболическую (когда обтуратор вынимался, выемка играла роль резонатора). Лаэннек полагал все-таки, что дыхательные шумы из груди пациента передаются к уху врача не по дереву, а через столб воздуха в канале инструмента, поэтому для выслушивания легких было предназначено расширение при удалении обтуратора, а звуки сердца, сопровождаемые колебаниями передней грудной стенки, по его мнению, лучше передаются по дереву, и канал в этом случае можно было сузить. В случае если худоба больного приводила к западению межреберий, герметичного соприкосновения стетоскопа с поверхностью тела достичь не удавалось, и Лаэннек предлагал в этих случаях помещать в



Стетоскоп Р. Кёнига (рис. XIX в.)

Бюст Лаэннека

межреберья корпию, чтобы выровнять поверхность! Его инструмент следовало держать в руке легко, как *«перо при письме»*, а руку плотно прижимать к телу больного, контролируя равномерность прилегания стетоскопа. Лаэннек первым разработал методику определения голосового дрожания, он заставлял больного менять темп и глубину дыхания и поворачивать голову в сторону от врача, дабы «пыхтение» больного не заглушало дыхательные шумы (ведь второе ухо врача любые посторонние звуки воспринимало очень хорошо, и они могли заглушать нужное)! В начале первого тома книги Лаэннек говорил о необходимости приобретения навыка выслушивания, без которого врач ничего не услышит. Лаэннек, обладая тонким слухом, *«развертывал ...звуковую вселенную, опираясь на дифференцированный вокабулярий ощущений и на многочисленные метафоры в сравнении с повседневным опытом»* (Й. Лахмунд, 2008). Он подходил к аускультации с учетом геометрии тела: заболевание фиксировалось «привязкой» к определенному участку его. Данные аускультации и патологоанатомические результаты он всегда снабжал указанием точек, в которых физикально обнаруживался тот или иной признак. Он пытался определить и глубину расположения патологического очага: если стетоскоп вибрирует при выслушивании хрипов – очаг близко, если слышны только звуки – глубоко и т.д. Ясно, что только в госпитале, где много пациентов и есть возможность проведения вскрытия, можно было отработать навыки аускультации. Примечательно, что уже упомянутый нами ученик Корвизара F.V. Merat в 1819 г. опубликовал в «Словаре медицинских наук» статью «Pectoriloque», в которой сообщил, что Лаэннек дал своему инструменту название «стетоскоп», привел изображение инструмента из первого издания лаэннековской книги, но главное – утверждал, что пока он не будет изучен в госпитальных условиях, следует воздержаться от его использования в частной практике (P. Bishop, 1981).

Узел соединения частей стетоскопа

Стетоскоп Р. Лаэннека

Надо полагать, что немалых трудов стоило убедить врачей сначала воспользоваться стетоскопом, а потом, и это

было самым сложным, дать им понять, что то, что они слышат – не артефакты, и, наконец, разобраться в этой «вселенной» звуков. Конечно, Лаэннек писал книгу с точки зрения личного клинического опыта, а потому она неизбежно приобрела достаточно субъективную окраску, особенно если учесть, что звуки, которые он описал, слышали поначалу очень немногие. Оно и неудивительно, попробуйте прослушать больного через твердый стетоскоп (кое-где они еще сохранились) и поделитесь ощущениями! Первых больных Лаэннек выслушивал в присутствии свидетелей, которые тоже прикладывали ухо к инструменту, дабы потом подтвердить, что Лаэннек ничего не придумал. Сначала он довольно оптимистично утверждал, что освоить выслушивание можно за неделю, но уже во втором издании книги признал, что этот срок явно недостаточен! Й.Шкода спустя полтора десятка лет говорил, что словам Лаэннека о возможности научиться аускультации в госпитале за неделю *«еще никто не нашел подтверждения»* (J. Skoda, 1839). И еще одно обстоятельство: сначала аускультации либо обучались в Париже, либо обучившиеся там проводили дома своеобразный «мастер-класс». Наверняка начинающие «стетоскописты» сталкивались с проблемой, точно обозначенной современным кардиологом: *«...разнообразие выслушиваемых феноменов,- семиологически столь разнородных,- возникающих не только в поврежденном сердце, но выслушиваемых часто также и на здоровом сердце, сначала в значительной мере ускользает от внимания начинающего, даже одаренного хорошим слухом, тогда как по истечении некоторого времени, напротив, приводит его в смятение, обусловленное некритической гиперакузией»* (В. Йонаш, 1968). Любопытно, что это понимали клиницисты на «заре» развития аускультации. Профессор кафедры факультетской терапии Киевского университета Св. Владимира, «ровесник» открытия Лаэннека, Сергей Петрович Алферьев (1816-1884) в своей знаменитой речи «Об отношении патологической анатомии к лечению болезней» (1847) говорит: *«...Если врач, подслушав, например, при движениях сердца, совместное с «тук-тук», его нормальными звуками, присутствие поддува и не умея еще должным образом оценить семиотического значения признака этого, встречающегося в разнородных по свойствам болезней, станет, руководствуясь им, лечить бледную немочь по тем же показаниям, которые приличны воспалению внутрисердечной оболочки (эндокардит), и принесет тем вред в первой, винить ли за это аускультацию? Нет, того никто не сказал еще, хотя и говорят некоторые, что она бесполезна»* (В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 1999). Поясним, что пример выбран очень удачный: «бледная немочь» (хлороз) по сути – железодефицитная анемия, при высоких степенях которой может возникать гиперкинетический систолический шум («поддув» у Алферьева) на вер-

Одна из первых моделей стетоскопа

хушке, который слышал и Лаэннек. Но подобный шум может быть и при пороке сердца! С.П. Алферьев подразумевает, что аускультация позволяет обнаружить признак, но что стоит за ним, врач должен понять сам – стетоскоп не отменяет необходимости мыслить! Понятно, что аускультацию и сам Лаэннек, возможно, поначалу не отдававший себе отчет в этих сложностях, и его последователи пытались сделать максимально более точной, и в то же время доступной для широкой массы врачей, что удалось далеко не сразу... Нам сейчас трудно понять, почему так трудно входила в обиход аускультация с помощью стетоскопа. Ведь аргументы в ее пользу (правда, приведенные выдающимся клиницистом спустя сто лет после появления стетоскопа) кажутся такими очевидными и неотразимыми! Опосредованная аускультация является способом *«...единственно применимым во всех тех случаях, когда нужно уловить различные аускультативные явления в пределах ограниченного пространства, или когда нужно точно определить место, где звук отличается наибольшей силой, т.е. источник его; поэтому к нему и прибегают особенно при выслушивании сердца. Далее, применение его показано на всех тех местах, к которым нельзя с удобством приложить ухо, например, в столь важных надключичных областях. Вообще выслушивание при помощи стетоскопа представляет наиболее употребительный метод как по гигиеническим соображениям, так и с целью щадить чувство стыдливости больного»* (K. von Noorden, 1913).

Три тысячи больных и шестьсот вскрытий (из них 200 туберкулезных больных) – таков итог работы Лаэннека с новым инструментом, который сначала назывался «baton» –«жезл», «sonometer» - «звукометр», «медицинский рожок»-«pectorilogue» или просто «le cylindre» - «цилиндр». Увлеченного стетоскопом Лаэннека студенты называли «цилиндроманьяком» (E. Bedford, 1972)! Г. Лаэннек советовал назвать инструмент «thoracicoscope», но такая смесь латинского и греческого не понравилась изобретателю-ригористу и он выбрал название, которым мы пользуемся и поныне - «стетоскоп» (буквальный перевод с греческого – «осматриватель груди»). После того, как он получил достаточное количество данных, Лаэннек развернул бурную деятельность, стремясь ознакомить ученых и врачей с новым методом диагностики: 5 февраля 1818 г. он выступает с сообщением о своем методе в «Societe de l`Ecole» , 28

февраля читает доклад « L'art d'explorer les maladies du thorax au moyen de l'auscultation» («Искусство изучения болезней груди с помощью аускультации») в Академии наук. Сообщение было встречено довольно вяло и сохранялось только в записи секретаря, пока в 1820 г. не было издано в «Mem. de l'Acad. roy. d. sc. de i'Inst. de France» уже после первого издания книги Лаэннека. 1 мая 1818 года Лаэннек прочел в «Societe de l`Ecole» лекцию о стетоскопе, лекции повторились 11 и 14 мая, а 29 июня 1818 г. он представил результаты своей работы Академии медицины. Его результаты проверяла комиссия в составе пожизненного президента Королевской Академии медицины, видного анатома и историка медицины **А.Порталя (Antoin Portal, 1742-1832)** , и известнейших хирургов того времени **Ф. Пеллетана (Philippe-Jean Pelletan, 1747-1829)** и **П. Перси (Pierre-Francois Percy, 1754-1825)**. И вот что любопытно: авторитетные эксперты, представители «старой врачебной гвардии», пришли к заключению, что с помощью стетоскопа «поразительно просто и легко отличаются некоторые признаки изменения в легких, которые нельзя даже было подозревать при настоящем состоянии медицины» (подразумевается «пекторилоквия» - «грудной голос»), и что *«возможность получить при помощи аускультации признаки болезней легких и сердца, по меньшей мере, сильно вероятна»* (В.Ф. Симонович, 1929). И действительно, стетоскоп не только давал возможность локализовать звуки сердца и легких, но и позволял «добраться» туда, где выслушивание ухом было просто невозможно: верхушки легких, межлопаточная, над- и подключичная и подмышечная области, не говоря уже о возможности изолированного выслушивания различных точек сердца. Уже 27 июня 1818 года один из учеников Лаэннека **Beaugendr** защитил диссертацию о стетоскопе, вероятно, первую из подобных работ. В августе 1819 года вышло первое издание книги Лаэннека «De L'Auscultation mediate,ou traite du diagnostic des maladies des poumons et du Coeur,fonde princialement sur ce nouveau moyen d,exploration» тиражом 2100 экземпляров, затем второй выпуск – 1500 экземпляров, в 1826 г. - второе издание тиражом 2400 экземпляров. К каждому экземпляру первого издания стоимостью

А.Порталь

А.Перси

Ж. Пеллетан

Р. Лаэннек

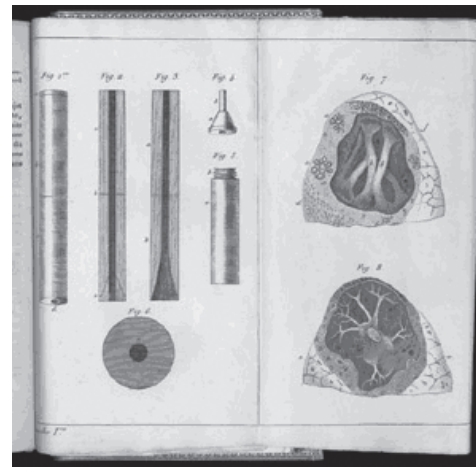
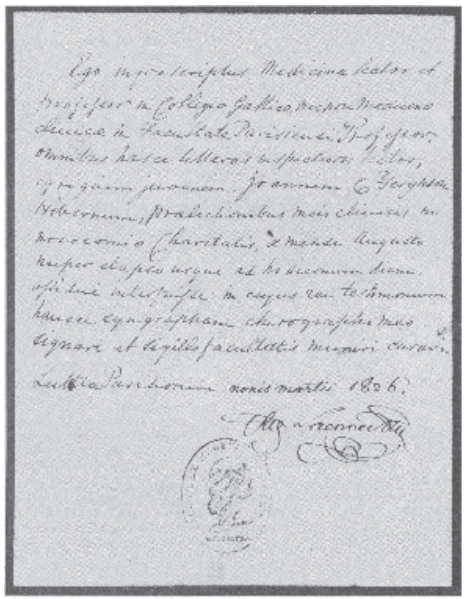


Иллюстрация из книги Лаэннека (1826 г.)

13 франков был приложен стетоскоп, который стоил 2,5 франка (сейчас на аукционе в Париже стетоскоп, изготовленный Лаэннеком, продается за 6500 евро). Говорят, что все первые стетоскопы изготовил сам Лаэннек! В это невозможно поверить, ведь надо было еще просверлить отверстие по всей длине стетоскопа (какой длины должно быть сверло?) Современный токарь с трудом выточил нам инструмент по чертежу Лаэннека - высокооборотный станок приводил к тому, что образцы часто просто трескались по рисунку дерева!Титанический труд! Стетоскоп, книга Лаэннека и его биография в 1818-19 г. и позднее становятся предметом пристального внимания, особенно в Англии. Отзывы отнюдь не все были доброжелательными, звучали и ядовитые насмешки, Лаэннека с утрированно длинным стетоскопом рисовали на карикатурах, а врачи «старой» школы нападали на его изобретения из опасения, что аускультация войдет в моду и заставит врачей «позабыть святые гиппократовские традиции». На это Лаэннек не без сарказма отвечал: *«Мне очень нравится, когда говорят о неудобствах того механического метода, который заставляет врачей отойти от искусных догадок о диагнозе по пульсу, языку и экскрементам. Это все равно, что отказаться ехать в Париж в кабриолете, из страха потерять привычку осторожно идти на цыпочках, чтобы не запачкаться»* (Г. Эйхгорст, 1882). Любопытная деталь: Лаэннек, несомненный новатор, автор продвинутого диагностического метода, был в политическом плане консерватором, сторонником скомпрометировавшей себя во всех отношениях королевской власти, которая, однако, была легитимной в отличие от «выскочки» Наполеона (H. Reynolds, 2004).

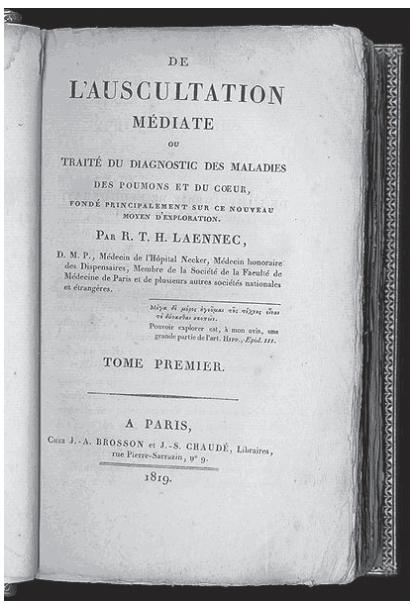
Карикатура на Лаэннека (1822 г.)

...Построение книги Лаэннека традиционно: она состоит из двух томов, 4-х частей и 52 глав (21 – болезни легких,8 - система кровообращения, 23 – болезни сердца). Любопытно, что Лаэннек в предисловии высказал опасение - аускультация встретит такие же



Автограф Лаэннека

препятствия, как и перкуссия Ауэнбруггера! На самом деле его детищу повезло значительно больше. Надо сказать, что Лаэннек был жестким критиком, и от него доставалось и гуморальной теории медицины, и самому...Гиппократу, а что уж говорить о Биша и Бейле! Книга Лаэннека «многослойна» - это и руководство по аускультации и клинико-патологический трактат, что, собственно говоря, подметил еще Д. Форбс. Лаэннек стоял перед трудной задачей: «нозографическое» изложение внутренних болезней, которое является важнейшей предпосылкой диагностики и до него и после встречало огромные, часто непреодолимые сложности. В первой половине XIX века, когда эмпирия царствовала безраздельно, основой для выделения болезни могли быть или демонстративный симптом, или симптомокомплекс (лихорадки, например). Особенно это проявлялось в клинике внутренних, а позже и нервных болезней. А Лаэннеку было сложнее, он подходил к диагнозу с анатомической «стороны», нащупывая связь прижизненных и посмертно обнаруженных проявлений, он, если так можно выразиться, навешивал «диагностические этикетки» (М.Б. Кроль, 1936) на каждое обнаруженное в органе изменение, на что справедливо указывали позже Й. Шкода и П. Нимейер. Это было данью времени, что вовсе не девальвирует его заслуг.



DE

L'AUSCULTATION

MÉDIATE

OU

TRAITÉ DU DIAGNOSTIC DES MALADIES

DES POUMONS ET DU CŒUR,

FONDÉ PRINCIPALEMENT SUR CE NOUVEAU MOYEN D'EXPLORATION.

PAR R. T. H. LAENNEC,

D. M. P., Médecin de l'Hôpital Necker, Médecin honoraire des Dispensaires, Membre de la Société de la Faculté de Médecine de Paris et de plusieurs autres sociétés nationales et étrangères.

Πολλῷ δ' μᾶλλον ἐγχείρει τοῖς κλέπτας ὅσοι τὰ ἔνυπνα κρύπτει.

Pouvoir explorer est, à mon avis, une grande partie de l'art. HIPP., *Epid. III.*

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ J.-A. BROSSON et J.-S. CHAUDÉ, Libraires, rue Pierre-Sarrazin, n° 9.

1819.

Первое издание трактата Лаэннека (1819 г.)

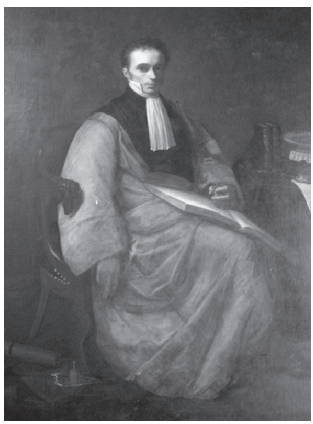
...Р. Лаэннек иногда персонально указывает имя, возраст, пол и происхождение пациентов. Благодаря этому мы знаем, что одним из первых пациентов, у которых Лаэннек обнаружил атрофический цирроз, был 47-летний любитель выпить Жан Эдме, поступивший в гос-

питаль Неккера с отеками и плевритом в марте 1819 года. Спустя два месяца его состояние ухудшилось: увеличились отеки и асцит, развилась олигурия. У пациента был еще и туберкулез. А на секции Лаэннек обнаружил *«...вовлечение печени в удовлетворение человеческих пороков...»* - «маленькую, рыжую печень», что и дало название болезни – «цирроз». *«Когда видишь такую печень при аутопсии,- пишет современный клиницист, -то не можешь отделаться от вопроса, не почему человек умер, а как он жил с такой печенью. Поразительно, ни один орган, ни почки, ни сердце, ни легкие не могут при жизни дойти до такого состояния»* (Б.И. Шулутко, 1995). Интересно, а приходила ли такая мысль красноречивому и впечатлительному Лаэннеку? Он описывает картину лапидарно: *«Печень сокращается до трети своего объема и оказывается, если можно так выразиться, спрятанной в области, которую занимает; ее внешняя, слегка бугристая и осушенная поверхность желтовато-серой окраски; разрезанная, она кажется составленной из множества маленьких круглых и яйцевидных зерен, величина которых варьирует от просяного зерна до конопляного. Эти зерна, легко отделяясь друг от друга, не оставляют между собой никакого промежутка, в котором можно было бы различить какие-либо остатки собственно печеночной ткани. Их рыжеватый или желто-оранжевый цвет переходит местами в зеленоватый, их ткань довольно влажная, непрозрачная, кажется при прикосновении скорее вялой, чем мягкой, и сжатые между пальцами, они лишь слегка раздавливаются, оставляя в результате ощущение куска мягкой кожи»* (R. Laennec, 1826).

Кадр из фильма «Docteur Laennec» (1949)

Не все истории болезни приведены Лаэннеком post mortem, пятьдесят больных описаны как продолжавшие лечиться. Результаты секций описаны в стиле Д. Морганьи: комплексные, систематизированные и очень детальные - Р. Лаэннек обязательно вскрывал три полости. Изложение результатов вскрытия у Лаэннека может занимать до 15 страниц, причем он всегда указывал (после него это стало обязательным), через сколько часов после смерти проводится аутопсия, и понятно почему - для него принципиально важным было показать, что изменения в органах вызваны болезнью, а не возникли при посмертном аутолизе. Р. Лаэннек впервые описал гангрену легкого (на фоне пневмонии, вызванной клебсиеллой?) у алкоголика и бронхоэктазы. Аутопсия не всегда выпол-

нялась самим Лаэннеком, иногда ее производил его помощник, будущий профессор клиники Шарите, **Б. Кайоль (Jean-Bruno Cayol, 1787-1856)**, который первым заметил на вскрытии бронхоэктазы у больного в 1808 году и обратил на это внимание Лаэннека. Примечательно, что Лаэннек упоминал всего о четырех случаях бронхоэктазов, что не помешало ему дать исчерпывающее и максимально полное описание этой патологии! Упоминая своих студентов и помощников и высказывая им благодарность, Лаэннек, тем не менее, везде говорит от первого лица: *«Я увидел, я слышу, я нахожу, я думаю»*. Примечательно, что Лаэннек проводил диагностику и на трупах: сукуссию (К. Биша таким образом еще до вскрытия обнаруживал наличие жидкости в плевральной полости), введение воздуха в трахею для обнаружения бронхоплеврального свища и т.д. **И. Баас (Johann Hermann Baas, 1838-1909)** позднее иронически заметил, что Лаэннек смотрел на больного как на невскрытый труп (J. Baas, 1883)! Примечательно, что для Лаэннека-патолога имело большее значение зрение (он носил очки), а для Лаэннека-клинициста - изощренный слух! Именно Лаэннек одним из первых указал, что «бугорок» (туберкул) - суть всех изменений, вызываемых чахоткой, хотя тщательное изучение патологии туберкулеза уже провел Г. Бейль. Лаэннек блестяще описал патологию меланомы, но важнее то, что именно ему мы обязаны описанием везикулярного, бронхиального и пуэрильного дыхания, голосового дрожания, эгофонии, шума трения плевры («шум трения новой кожи»), шума падающей капли (Лаэннек употреблял термин «tintement metalligue» - «металлическое звяканье») при пиопневмотораксе и т.д. Лаэннек описал крупнопузырчатые (клокочущие) влажные хрипы – «rale muguex ou gargouilement», мелкопузырчатые влажные (крепитирующие) хрипы - «rale humide ou crepitant», сухие свистящие и гудящие хрипы - «rale sibilant sec sifflement» et «rale sec sonore ou ronflement». Свистящие хрипы он сравнивал со звуком... сдвигаемых мраморных плит, смазанных маслом! Любопытно его описание эгофонии: *«Эгофония...обладает также одним постоянным свойством, по которому мне кажется целесообразным дать ей такое название; это дрожащий и отрывистый звук, очень похожий на блеянье козы»* (J. Sapira, 1995). Всего семьдесят лет назад выдающийся терапевт писал: *«Поразительно, что еще до сих пор мы руководствуемся в клинике теми данными, теми феноменами или признаками, которые были установлены больше 100 лет назад французским*



Профессор Лаэннек

ученым, клиницистом - анатомом Лаэннеком. Странно видеть, как в руководствах и во всех новейших книгах, которые составляются по методике исследования больного человека, все авторы повторяют то, что описал Лаэннек, особенно по отношению к болезням органов дыхания, в частности, по отношению к пневмонии» (М.П. Кончаловский, 1937). Но и сегодня перкуторные и аускультативные данные, использованные Лаэннеком при диагностике пневмонии, относятся к «золотому стандарту» диагностики болезни (Б.Л. Шулутко, 2008)! Любопытно, что Лаэннек указывал на пользу умеренной нагрузки у больных эмфиземой легких, но куда важнее то, что он описал четыре стадии пневмонии: прилива, красного и серого опеченения, разрешения. Сопоставление их с клиникой показало, что первой стадии соответствует крепитация indux и бронхиальное дыхание, второй и третьей - усиление голосового дрожания и бронхофонии и последней - крепитация redux. Он считал, что пекторилоквия («грудной голос») - бесспорный признак наличия туберкул, а эгофония («козлиный голос») - говорит о наличии в груди жидкости. Р. Лаэннек вообще был мастером изобретения новых терминов: «стетоскоп», «аускультация», «хрипы», «голосовое дрожание», «крепитация», которую он сравнивал с треском соли на раскаленной сковороде, «звук треснувшего горшка», «эгофония», «амфорическое дыхание», «пуэрильное дыхание», «ослабленное дыхание», «шум дуновения», «шум терпуга» (напильника), «шум пилы», «шум раздувательного меха», «удушающий катар» и др. Вместе с крепитацией он описал «поздний инспираторный писк» - «le cri d'un petit oiseau»- «щебет мелкой лесной птички» (П. Гутман, 1881), и прерывистое (саккадированное) дыхание – «respiration saccadee». По-

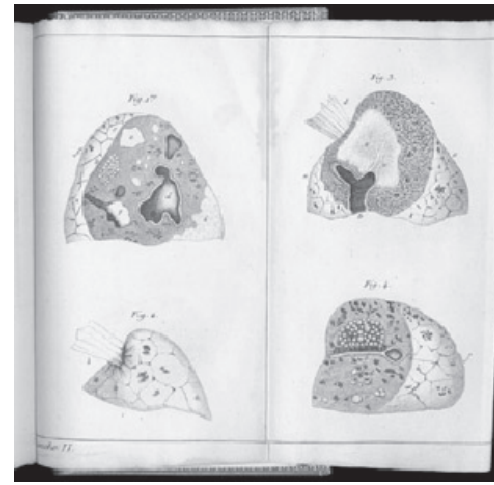
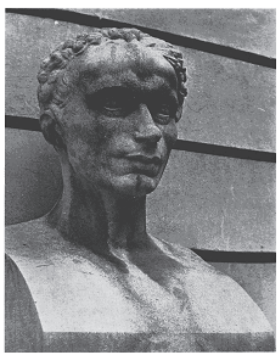


Иллюстрация из книги Лаэннека



Бюст Лаэннека

здний инспираторный писк (тогда Лаэннек не мог этого даже предполагать) оказался важным диагностическим признаком как фиброзирующего и аллергического альвеолита, так и облитерирующего бронхиолита. Но Лаэннек гениально предположил сходство механизма инспираторного писка и крепитации. По сути дела в обоих случаях происходит раскрытие частично спавшихся дистальных воздухоносных путей, но крепитация возникает в альвеолах, а писк - в мелких бронхах. Р. Лаэннек первым изучил эмфизему легких как болезнь с определенной клинической картиной и описал клинику бронхоэктатической болезни. Он выделил все известные сейчас формы спонтанного пневмоторакса и клинику серозно-фибринозного плеврита. Определив перкуссией верхнюю границу экссудата, позже названную линией Дамуазо-Эллиса, Лаэннек утверждал, что и над ней имеется тонкий слой жидкости (Ф.А. Михайлов, 1967, 1981). Лаэннек пытался оценить дыхательные экскурсии грудной клетки и описал больного, потерявшего при легочном кровотечении за двое суток 10 фунтов (около 4 литров) крови. Как же беспомощны были врачи того времени! Он дал классическое описание аускультативной картины каверн и утверждал, что слышал над ними «сотрясательный шум». Он подметил, что при раке легкого перкуссия и аускультация немного дают в диагностическом плане (симптом «ни привета, ни ответа» по Ф.Г. Яновскому), и показал, что в отличие от чахотки кахексия и лихорадка при раке встречаются редко. Р. Лаэннек правильно объяснил появление бронхиального дыхания при пневмонии хорошим проведением звука через уплотненную ткань от крупных бронхов, причем считал, что усиление бронхофонии над кавернами - «пекторилоквия» отличается от усиления над уплотненным легким. Лаэннек первым применил аускультоперкуссию. Любопытно, что он использовал стетоскоп в качестве импровизированного перкуссионного молотка (P. Piorry, 1828)! При этом Лаэннек видел и ограниченность перкуссии при инфаркте легкого: *«Запружение при гемоптоэ не может быть распознано посредством постукивания, так как обыкновенно оно занимает слишком малое протяжение»* (Г. Эйхгорст, 1882). Он описал «frottement accendent» - смещение звука при аускультации шума трения плевры (при выслушивании шум трения плевры как бы смещается вверх-вниз). Р. Лаэннек слышал при «капиллярном» бронхите трескучие хрипы, которые он сравнил с треском соли на раскаленной плите. Ученик Лаэннека Ч. Вильямс сравнивал крепитацию со звуком, вызванным потиранием над ухом «пучка волос или бороды». Именно Лаэннек указал на связь размеров сердца взрослого человека со сжатой в кулак рукой. *«В своем естественном состоянии сердце, при его исследовании в промежутках между хрящами пятого и шестого ребер у нижнего края грудины, пере-*

дает на переднюю поверхность грудной клетки ощущение движения,соответствующее по площади малому ее участку, не превышающему размеров раструба стетоскопа»,- так описывает Лаэннек верхушечный толчок. Примечательно, что Лаэннек считал пульс и пытался определить его характеристики, хотя «качества» пульса вещь субъективная, но, по крайней мере, «малый» пульс был ему ведом. Он исчерпывающе описал картину сердечной недостаточности, хотя историки медицины с сожалением отмечают, что Лаэннек не достиг в аускультации сердца того, что удалось ему при патологии легких. Некоторые называют это даже трагическим обстоятельством. Наверное, это произошло потому, что он был «слишком анатом»! Однако он, задолго до У. Стокса и других исследователей, постулировал: *«Если бы мышца сердца была здорова, пороки сердца не оказывали бы большого влияния на кровообращение»*. Поняв, что пульсация сонной артерии совпадает с первым тоном, Лаэннек предположил, что его источником является сократившаяся мышца левого желудочка (R. Rulliere, 1981). Он слишком прямолинейно уподобил миокард скелетной мышце. Лаэннек во время пребывания в Бретани в 1819-1822 гг. выслушивал мышцы больного столбняком и женщины, страдавшей каталепсией! Эти наблюдения стали предметом его доклада в Академии медицины 19 апреля 1825 г. Имея в распоряжении лишь часы и стетоскоп, Лаэннек терпеливо выслушивал сердце, пытаясь определить, в течение какого времени сокращаются желудочки и предсердия. Он был впечатлен опытами своего английского друга (изобретатель первого перкуссионного молотка!), шотладского военного врача , учившегося у него в 1825 году, **Д. Бэрри (sir David Barry, 1780-1836)**, который изучал влияние атмосферного давления на сердечно-сосудистую систему лошади и собаки. Р. Лаэннек полагал, что тоны сердца образуются в результате сокращения желудочков и предсердий. Любопытно, что У. Стокс, в своей работе о стетоскопе 1825 г., называл первым тоном тот, который мы именуем вторым, и наоборот, также их именовал и Г.И. Сокольский (1836). Лаэннек иногда высказывается очень невнятно: говоря о признаках гипертрофии правого и левого желудочка, он утверждал, что особой разницы нет, но в первом случае желудочек сокращается «более мягко», чем во втором. Он полагал, что существует некая «готовность» сердца к расширению, и она связана с конституцией пациента (R. Laennec, 1826). Примечательно, что Лаэннек выделял нарушения частоты сердечных сокращений, аритмии и «нарушения пауз» - блокады, надо полагать. Он выделял «нервное» сердцебиение и указывал, что оно часто развивается при бессоннице и в положении лежа на левом боку. Лаэннек, конечно, слышал сердечные шумы, но не был уверен в их диагностическом значении. Р. Лаэннек связывал их с поражением клапанов, но

поскольку встречал такое нечасто (?), то уделил вопросу немного внимания. Вообще он полагал, что шумы обуславливаются «судорогой» сердечной мышцы (!?). Об этом в 1824 г. подробно написал ученик и младший коллега Лаэннека по госпиталю Неккера

Госпиталь Г. и Р. Лаэннеков в Нанте (совр. фото)

В. Коллин (Victor Collin, 1796-1830), *«имя которого вошло в пантеон пионеров стетоскопа»*. Любопытно, что в 1824 г. Коллин описал новый симптом – «шум новой кожи», который позволял диагностировать перикардит до появления выпота. Как ни странно, но на это никто не обратил внимания, а Лаэннек даже не включил этот симптом во второе издание своей книги! Этот симптом знали выдающиеся клиницисты Бертин, Андраль и Луи, но диагностического значения ему не придавали. На самом деле, пишет выдающийся знаток проблемы: *«Шум трения перикарда редко носит настолько своеобразный характер, что его невозможно спутать с другими шумами»* (З.М. Волынский, 1969). Поскольку Лаэннек имел дело с большим количеством больных туберкулезом, велика вероятность, что часто он слышал функциональные (анемические, лихорадочные) сердечные шумы, а на вскрытии, естественно, в сердце никаких изменений не находил. И Лаэннек и его ученик, **A. Tolmouche**, защитивший в 1820 г. докторские тезисы о значении симптомов в диагностике сердечных болезней, настаивали на том, что значение имеют «единственно постоянные и патогномоничные признаки». Сердечные шумы парадоксальным образом сюда не относились! Даже слыша очевидный шум при митральном стенозе, подтвержденном на вскрытии, Лаэннек объяснял его расширением левого предсердия. С другой стороны, когда Ж. де Кергарадек обнаружил сосудистый (плацен-

Актер П. Бланшар, исполнитель роли Лаэннека

Канонизированый портрет Лаэннека

тарный) шум, то это, как ни странно, еще больше обесценило для Лаэннека диагностическое значение сердечных шумов. Он отрицал и значение шума трения перикарда. Перикардит был тогда частым осложнением туберкулеза и невозможно допустить, что Лаэннек не слышал его, но как диагностический признак не оценил! Лаэннек много места уделял гипертрофии миокарда. Считают, что его музыкальная одаренность заставляла его исследовать тонкие соотношения между громкостью и силой тонов сердца, но вновь по аналогии со скелетной мышцей. Р. Лаэннек придерживался принципа: «один признак - суть определенный вид повреждения». Отсюда эти тонкие образные сравнения в названии симптомов и поиски анатомического соответствия им. В сердечной патологии Лаэннек такое соответствие находил далеко не всегда и отбрасывал такой симптом как «ложноположительный» (E. Bedford, 1972, J. Daffin, 1989).

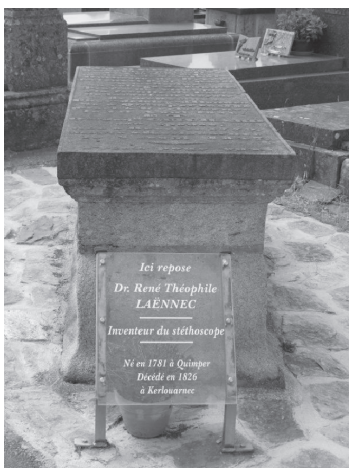
Аксиомой считается, что Лаэннек был болен туберкулезом, но вопрос состоит в том, когда он им заразился? Существует легенда (с его слов), что в 1803 г., распиливая туберкулезный позвонок, он поранил палец, и там скоро возник типичный туберкул, который он прижег раствором сурьмы, и все как-будто прошло (T. Daniel, 2004). Надо думать, что на самом деле возможностей заразиться туберкулезом у него, как уже было сказано, существовало множество: мать, дядя, невеста, брат, Биша, Бейль, многочисленные вскрытия трупов туберкулезных больных. Не зная этиологии страдания, врачи пренебрегали элементарными мерами безопасности, да и что, собственно говоря, они могли предпринять, ведь тогдашние анатомические театры были истинными «домами смерти» (вспомните судьбу И. Земмельвейса, Я. Коллечки или тургеневского Базарова, да и нередкие заболевания туберкулезом у современных судебных экспертов или патологов)! Известно несколько эпизодов обострения болезни Лаэннека - в 1805, 1813, 1815,1819 и 1826 гг. Примечательно, что хотя сделана попытка объяснить эти обострения, по крайней мере на первом этапе, психосоматическими причинами, в основе которых лежали конфликтные ситуации с отцом, Г. Дюпюитреном, Ф. Бруссе и т.д. (R. Keers, 1981), сам Лаэннек считал, что именно отрицательные эмоции – *«глубокое и длительное чувство печали»* («les passions tristes, profundes et de longe duree») провоцируют обострения чахотки. Как бы то ни было, но он обладал потрясающей работоспособностью и, выражаясь образно, *«жег свечу с двух концов»*! После того как он сдал рукопись для второго издания своей книги (апрель 1826 г.), наступила терминальная стадия болезни... Хотя Лаэннек критиковал «кровопролития» Ф. Бруссе, ему самому было произведено, по меньшей мере, 93 венесекции! Примечательно, что при определении показаний к кровопусканию

Кадр из фильма «Docteur Laennec» (1949)

Лаэннек опирался на аускультацию тонов сердца, а не на наполнение пульса, как тогда было принято. Резко приглушенные тоны – противопоказание к кровопусканию, считал он. К его постоянному кашлю присоединилась лихорадка, быстрая потеря массы тела, которая снизилась до 40 кг, и постоянная диарея (H. Reynolds, 1981, J. Daffin, 2001), что тогда считалось зловещим признаком туберкулезного поражения кишечника. Его племянник, М. Лаэннек, при аускультации обнаружил явные аускультативные симптомы, которые Лаэннек относил к туберкулезу, а во время обострения в 1819 г. он слышал только пуэрильное (наверное, бронхиальное) дыхание, но оно на легочных верхушках тогда трактовалось как признак чахотки! 30 мая 1826 г. Р. Лаэннек в сопровождении жены в последний раз уехал на родину (16 декабря 1824 г. в мэрии шестого округа

Автопортрет Лаэннека (предп., 1825 г.)

Свадьба Лаэннека (кадр из фильма «Docteur Laennec»,1949)



Надгробие Лаэннека

Смерть Лаэннека (кадр из фильма «Docteur Laennec»,1949)

Парижа и церкви Сен-Сюльпис был зарегистрирован его брак с Ж. Гвишар, вдовой Арго (Jacguette Guichard, 1779-1847),которая была его экономкой, их единственный ребенок родился недоношенным в мае 1825 г. и умер...). Путешествие было тяжелым, но на этот раз живительный климат родной Бретани не помог и 13 августа 1826 г. Лаэннек умер. Он оставил племяннику свою книгу и стетоскоп, сказав: *«Это мое главное наследство»*...

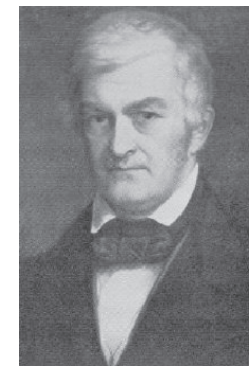
Госпиталь Лаэннека (Бруссе) (вторая половина XIX в.)

...Книга Лаэннека во Франции не нашла большого числа поклонников. Яростно нападал на нее **Ф. Бруссе (Francois-Joseph-Victor Broussais, 1772-1838)**, между прочим, земляк Лаэннека. Последний, в свою очередь, критиковал доктрину Бруссе о «раздражении» желудочно-кишечного тракта, лежащего якобы в основе любой болезни, и сравнивал Бруссе с ...Парацельсом! *«Между клиникой Шарите и Валь де Грасом, где царил Ф. Бруссе, развернулась настоящая война»*, стоившая Лаэннеку последнего здоровья. Ф. Бруссе, перефразируя С.П. Боткина,- *«...видел - что ожидал увидеть, находил - что хотел найти, и считал доказанным то, что других, более спокойных наблюдателей вовсе не убеждало»* (С.П. Боткин, 1885)! Примечательно, что в 1879 г. один из парижских госпиталей назвали именем Лаэннека, а спустя несколько лет переименовали его в госпиталь Бруссе! Не очень удачная попытка «примирить» посмертно двух ярких клиницистов, но полных антиподов - патолога Лаэннека и «физиолога» Бруссе! Продавался труд Лаэннека во Франции плохо. Хотя аускультация доказала возможность выявления надежного выявления болезни, но насколько понимали это врачи того времени? Оказывается, понимали! Но не все...

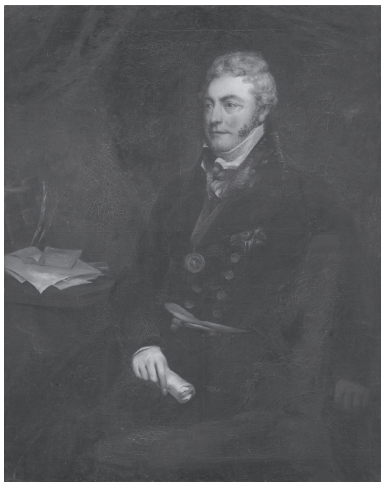
Бюст Лаэннека в Нанте

Во втором издании своей книги Лаэннек называет студентов, обучавшихся у него. Когда он подъезжал, в наемном, а не собственном, как у богатых Г. Дюпюитрена и Ж. Шарко, экипаже к госпиталю Шарите, его поджидали 50 студентов и в большинстве своем – иностранцы! Одним из первых учеников Лаэннека был будущий профессор патологии и истории медицины Страссбурского университета **Д. Штобер (Daniel Victor Stoeber, 1803-1871)**. Он вспоминал о работе в госпитале Неккера: *«Лаэннек был стройный маленький человек, который выглядел как легочные или сердечные больные, лежавшие в госпитале. Его клиника посещалась только молодыми врачами, в основном, англичанами. Мы пришли только знакомиться с аускультацией и перкуссией. Я занимался по собственной воле, другие - по долгу службы. Мне было жаль больных. Англичане набросились на них как на добычу, выстукивали и выслушивали как одержимые, делая это довольно бесчеловечно, что восстановило меня против них. Я не увеличивал страдания этих несчастных больных и предпочел ограничиться лишь ролью слушателя...»* (V. Stoeber, 1872). Среди отлично освоивших аускультацию Лаэннек в первом издании книги называет имена французов: врача из Кемпера **Beaugendre**, интернов госпиталя Неккера **Rault** и **Noverre**, экстерна **Delbant**, **Beaumes**, **Toulmouch**, своих кузенов **Meriadek** и **Ambroise Laennec**. Во втором издании к «отличникам» присоединяются врачи **Berentz** (Берлин), **Nasse** (Бонн), **Duncan**-младший (Эдинбург). Среди энтузиастов аускультации Лаэннек называет выдающегося немецкого анатома и офтальмолога из Франкфурта В. Зоммеринга (Detmar Wilhelm Sommerring, 1793-1871). Считается, что учеников Лаэннека было не менее трехсот, но его собственноручный список посещавших его лекции и занятия в госпитале Неккера, Коллеж де Франс и клинике Шарите, включает 180 имен (A. Sakula, 1981). Здесь учились англичане, американцы, немцы, поляки, голландцы, испанцы, итальянцы, датчане, шведы, греки, румыны, русские! Больше всего, было, конечно, англичан. Среди них будущие корифеи **Т. Ходжкин (Thomas Hodgkin, 1798-1866)** и **Ч. Вилльямс (Charles James**

Д. Штобер



В. Зоммеринг

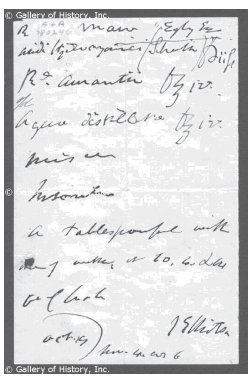


Д. Мак-Григор

Blasius Williams, 1805-1889) и даже... генерал-директор медицинской службы британской армии **Д. Мак-Григор (James Mac-Grigor, 1771-1858)**. Примечательно, что еще при жизни Лаэннека врачам британской армии и флота предписывалось иметь стетоскопы и пользоваться ими. Интересно, что уже на «заре» аускультации, в 1820 г., известный английский врач **Д. Элиотсон (John Elliotson, 1791-1868)** в лекции, прочитанной в Королевском колледже врачей, говорил, что искусство выслушивания поможет в диагностике различных болезней сердца (!), а в 1835 г. предложил свою модель стетоскопа (H. Rolleston, 1939). Элиотсон был выдающимся клиницистом и быстро понял значение гениального открытия Лаэннека и не только применял его сам, но и активно пропагандировал среди врачей госпиталей Guy и St.Thomas, где он работал. Именно он в своих знаменитых «Лекциях по болезням сердца» (1830) первым описал «аорто-легочную фенестрацию»- врожденный порок сердца (дефект аорто-легочной перегородки). Это достаточно редкая патология с хорошо очерченной клинической симптоматикой (цианоз, сердечный горб, разлитой верхушечный толчок, «машинный» систолодиастолический шум или пансистолический шум с диастолическим (мезодиастолическим) компонентом, III тон, шум Грэхема Стила, характерные изменениями пульса и т.д.). Д. Элиотсон одним из первых использовал форму изложения материала при обучении в

Стетоскоп Д. Элиотсона

Д. Элиотсон



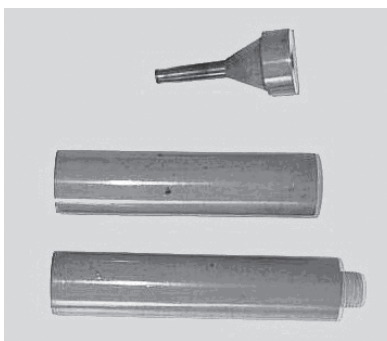
Рецепт Д. Элиотсона

виде клинических лекций. При этом его называют английским «акупунктуристом, френологистом и мессмеристом». В то время, когда «месмеризм» уже стали относить к шарлатанству, Д. Элиотсон открыл в Лондоне «мессмерический госпиталь» (1849) (http://john-elliotson.co.tv; http://sueyounghistories.com/archives/2009/03/14/john-elliotson-1791-1868/).

А. Гранвилл

Первым британским студентом Лаэннека был, вероятно, **А. Гранвилл (Augustes Bozzi Granville, 1783-1872)**, английский акушер и хирург итальянского происхождения. В 1827 году Гранвилл посетил Россию и в Одессе встречался с А.С. Пушкиным. Гранвиллу принадлежит большая работа, посвященная организации медицинской помощи в Санкт-Петербурге того времени.Примечательно, что он приводит свою версию «рождения» стетоскопа, отличающуюся от рассказа самого Лаэннека. А. Гранвилл пишет, что 13 сентября 1816 года он был на лекции Лаэннека в госпитале Неккера. Неудовлетворенный результатами перкуссии и непосредственной аускультации, Лаэннек выхватил из рук стоявшего рядом интерна историю болезни - «visit card»(!?),свернул ее в трубку и стал выслушивать через этот импровизированный стетоскоп грудную клетку больного (W. Howell, 1931, A. Sakula, 1983). Уже в 1817 году Гранвилл привез в Англию один из первых стетоскопов и успешно им пользовался. Любопытно и еще одно наблюдение А. Гранвилла. Г.И. Сокольский, как известно, «упрекал» Лаэннека в недооценке перкуссии, но Гранвилл говорит о том, что после осмотра пациента Лаэннек обязательно перкутировал каждый участок груди спереди, спину и боковые поверхности и определял воздушность этих участков и особенно тех, *«которые звучали глуше, чем другие»* (J.C. Yernault, A.B. Bochadana, 1995). Любопытно, что первую модификацию стетоскопа Лаэннека (использование металлической трубки, точно входящей в канал инструмента и соединяющей его части, что улучшало проводимость звука) осуществил его преданный ученик, английский хирург **Ч. Хейден**

Ч. Хейден

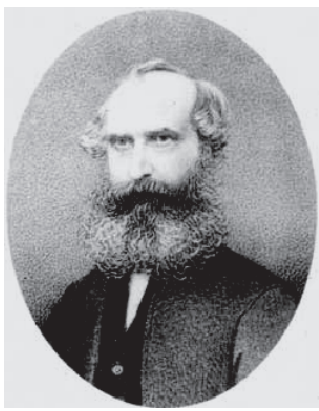


Модификация стетоскопа Ч. Хейдена

(Charles Thomas Haden, 1786-1824), очень талантливый врач, рано умерший от разрыва аневризмы аорты (Z. Cope, 1966). Можно считать учеником Лаэннека и лейб-медика королевы Виктории **Д. Кларка (James Clark, 1788-1870)**. Хотя Лаэннек указывает Кларка в списке своих учеников и состоял с ним в переписке, есть версия, что обучил его использовать стетоскоп в 1819 г. уже упомянутый Б. Кайоль, поскольку Лаэннек в это время болел. С именем Д. Кларка связан один эпизод, который показывает, что между приобретением стетоскопа и реальной пользой от него на первых порах лежала пропасть. Выдающийся английский поэт-романтик **Д. Китс (John Keats, 1795-1821)**, учившийся на врача и фармацевта, 3 февраля 1820 г. перенес кровохарканье, и в марте был осмотрен известным врачом **Р. Бри (Robert Bree, 1759-1839)**, автором книги об астме. Р. Бри учился в Оксфорде и Эдинбурге, доктором медицины стал в 1791 г. Работал городским врачом, в 1793 году заболел бронхиальной астмой, которая серьезно ограничила его профессиональную деятельность, хотя он успел послужить и военным врачом. С 1801 года Р. Бри - врач Генерального госпиталя Бирмингема. Он был автором известных в свое время работ «Практическое изучение нарушений дыхания» и «Виды приступообразной астмы, их казуистика, обнаружение и лечение». Последняя работа пользовалась особой популярностью, к 1815 году она вышла пять раз и была переведена на немецкий и французский языки. В этой работе Р. Бри достаточно подробно (на собственном опыте!) описал клинику астмы и предложил некоторые терапевтические приемы. Р. Бри в 1804 году консультировал принца Августа Фридерика, герцога Суссекского (Auguste Frederick Duke Sussex, 1773-1843), шестого сына короля Англии Георга III. Принц был «товарищем по несчастью» Р. Бри – он страдал тяжелой астмой, из-за которой не состоялась его

Д. Китс

Д. Кларк



Т. Ходжкин

военная карьера. Бри был многолетним членом Королевской коллегии врачей. Он оставил практику в 1833 году и, измученный астмой, умер шесть лет спустя. Среди других его работ «Использование дигиталиса при лечении туберкулеза», описание спленита и «асфиктической» формы холеры.

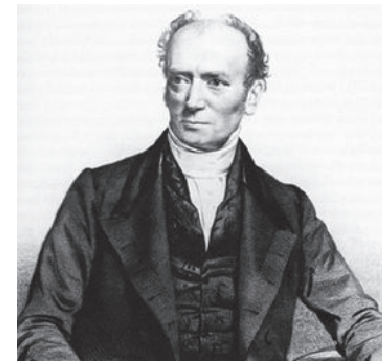
...Поразительно, что Р. Бри не использовал ни перкуссии, ни аускультации и диагноз Д. Китсу поставлен не был. Осенью того же года поэт поехал в Италию «за здоровьем» и там попал к Д. Кларку, практиковавшему в Риме. Тот тоже не поставил диагноз туберкулеза (вероятно, не по незнанию, а понимая всю бесперспективность болезни, он также гнал от себя мысль о ней, как позже С.П. Боткин и А.П. Чехов...), но, учитывая истощение, отсутствие аппетита и угнетенное состояние духа, назначил Китсу «противотуберкулезное» лечение: диету, кровопускание и «непродолжительные прогулки верхом». Только в феврале Д. Кларк сделал вывод о том, что у поэта «больны легкие», а 20 февраля 1821 г. истощенный до предела Китс умер. На вскрытии были обнаружены обширные и, несомненно, туберкулезные изменения в легких! Поразительно, что в 1820 г. Кларк издал «Медицинские заметки о климате, болезнях, госпиталях и медицинских школах во Франции, Италии и Швейцарии», где пишет о своих многократных посещениях госпиталя Неккера, описывает метод Лаэннека и стетоскоп! Осенью 1819 г. Кларк был в клинике Лаэннека последний раз, а спустя год начал лечить Китса. Казалось бы, стетоскоп немедленно должен был пойти в ход! Д. Кларк в письме к Лаэннеку упоминал о том, что он применял аускультацию, но на диагнозе поэта это не сказалось! Конечно, это не было врачебным невежеством, а всего лишь отражением раннего этапа *«развития сложного искусства аускультации»* (S. Jarcho, 1961). Примечательно, что спустя тридцать лет, в ноябре 1848 г. Д. Кларка пригласили к тяжелобольному Ф. Шопену, находившемуся в Лондоне. В этом случае Д. Кларк использовал стетоскоп уже с большим успехом (хотя и без него все было понятно), но рекомендации умирающему Шопену тогдашняя медицина могла предложить такие же, как и Д. Китсу: свежий воздух, неспешные прогулки, жизнь в деревне, фланелевая одежда, диета (С.А. Гуревич, 2000).

Две копии первого издания книги Лаэннек послал **М. Бейли (Matthew Baillie, 1761-1823)**, известнейшему британскому патологу и врачу, племяннику знаменитого Д. Хантера, причем одну копию просил передать наследному английскому принцу (W.R.Le Fanu,1965). Любопытно, что можно было и не ездить в Париж и не слушать лекций Лаэннека, но сразу понять важность его открытия! Это и сделал выдающийся английский врач **Д. Форбс (John Forbes, 1787-1861)**. Ему принадлежит первый английский перевод книги Лаэннека, вышедшей в 1821 г. Выдающийся

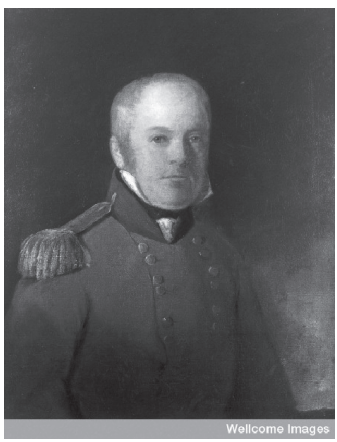
британский клиницист Т. Ходжкин прошел стажировку у Лаэннека в 1822 г. будучи студентом Эдинбургского университета. Важность стетоскопа в диагностике пневмонии подчеркнул выдающийся английский врач, профессор **Т. Аддисон (Thomas Addison, 1795-1865)**, который называл открытие Лаэннека *«едва ли не самым выдающимся за всю историю медицины»*. Но самым преданным сторонником Лаэннека и стетоскопа был Ч. Вильямс, лейб-медик королевы Виктории, выдающийся пульмонолог и фтизиатр своего времени. Он провел в клинике Шарите, посещая лекции Лаэннека, 14 месяцев в 1825-26 гг. Ч. Вильямс писал, что среди студентов Лаэннека было так много иностранцев, потому что французы предпочитали лекции его конкурента Бруссе! Примечательно, что в клинике Шарите *«...царил «климат объективизации»...Расспрос больного, прежде столь обширный и обстоятельный, в рутинной госпитальной практике съёжился до формализованного анамнеза. В клинике Лаэннека сбор анамнеза при поступлении нового пациента поручался кому-либо из учеников»* (Й. Лахмунд, 2008). Сам Лаэннек сетовал на трудности и неопределенности, которые возникают при расспросе пациента в больнице! Ч. Вильямс не считал его первоклассным лектором, но отмечал, что акцента на патологических аспектах Лаэннек не делал, а особенно убедительной была его демонстрация опосредованной аускультации. Любопытно, почему этого не услышал (или не понял) А. Овер, единственный из российских профессоров-клиницистов, к тому же француз по происхождению, видевший Лаэннека и его стетоскоп, или он слышал, что хотел услышать? Физические основы обнаруженных симптомов, однако, Лаэннек объяснить не мог, и Вильямс сделал это в собственной работе в 1828 году! Ч. Вильямс оставил выразительный карандашный портрет Лаэннека и описал напряженный до предела распорядок десятичасового рабочего дня великого клинициста. Ему Лаэннек подарил один из первых стетоскопов, который сохранился до настоящего времени. Одним из первых британских студентов Лаэннека был **Ч. Скуддамор (Charles Scuddamore, 1779-1849)**, который уже в 1826 г. издал работу о методе Лаэннека. Любопытно, что у Скуддамора был большой козелок и ему трудно было работать с инструментом Лаэннека, в связи с чем последний любезно (специально для английского коллеги!) изготовил стетоскоп с расширенной «слуховой» частью, после чего Скуддамор смог

Стетоскоп Ч. Скуддамора

им пользоваться (C.T. Williams, 1907, P. Huard, M. Grmek, 1973). Подобную работу в 1827 г. издал и **Т. Доджсон (Thomas Dodgson, 1795-1847)**, который, однако, считал, что стетоскоп не найдет применения в частной практике, а будет использоваться лишь в госпиталях, хотя сам он в провинции занимался именно частной практикой! **Г. Крофорд (Gregory James Crauford, 1800-1832)**, молодой профессор из Эдинбурга, старший товарищ Ч. Вильямса, учился у Лаэннека дольше других (1824-26 гг.) и в госпитале Неккера и в клинике Шарите. Любимым учеником Лаэннека считался профессор из Глазго **Robert Spittall (1804-1852)**. Он учился у Лаэннека в 1825 г., в 1830 г. опубликовал большую работу *«Применение аускультации, проиллюстрированное результатами вскрытий»*, а в 1838 г. работу о медицинской акустике. **Ч. Мохэд (Charles Morehead, 1807-1882)** был почти ровесником Ч. Вильямса, учился у Лаэннека в 1826 г. в клинике Шарите, стал профессором Эдинбургского университета, затем уехал в Бомбей, где был первым директором Grand Medical Colledge и активным проповедником аускультации. **Р. Грант (Robert Edmond Grant, 1793-1874)**, в последующем профессор анатомии Королевского колледжа врачей Лондонского университета, приезжал к Лаэннеку в 1825 г . **Г. Харрингтон** 5 августа 1823 г. получил у Лаэннека сертификат об обучении, а год спустя стал доктором медицины Эдинбургского университета. **У. Конвелл (William Eduard Eugene Convell, 1785-1836)** учился у Лаэннека, а в 1829 г. издал работу о применении стетоскопа в... Индии! Два года учился у Лаэннека лондонский врач **Т. Дэвис (Thomas Devis, 1792-1839)**, который был в госпитале Неккера в 1820-21 гг., стал доктором медицины в 1821 г., работал практическим врачом и одним из первых стал систематически использовать в Лондоне стетоскоп, опубликовал лекции по болезням груди. Умер в 1839 г. от туберкулеза. Его сын **Д. Дэвис (Devi Herbert Davies, 1818-1885)** сохранил интерес отца к аускультации и изучал акустические свойства стетоскопа. Врачом Королевского госпиталя грудных болезней был и внук Дэвиса, **А. Дэвис (Arthur Themply**

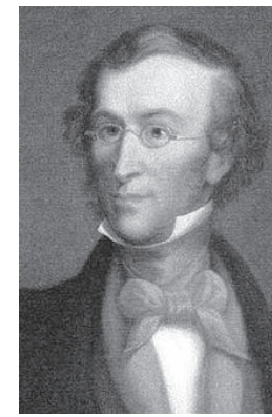


Р. Грант



Д. Бэрри

Davies, 1858-1929). Учеником Лаэннека был **Т. Прествуд (Thomas Lukas Prestwood, 1801-1871)**. Он стал доктором медицины в 1825 г. в Эдинбурге, подтвердил звание в Париже, где учился у Лаэннека, который подарил ему собственноручно сделанный стетоскоп. Потом он был военным врачом в Канаде, на Мальте и в Гибралтаре и занимался частной практикой, всегда проявляя интерес к физикальной диагностике. В 1834 г. Прествуд опубликовал обзор работы П. Пиорри о перкуссии, причем выступал в пользу пальце-пальцевой методики (J. Morris, 2004). Любопытной фигурой был ученик Лаэннека, видный шотландский врач и физиолог Д. Бэрри (sir David Barry, 1780-1835), которого Лаэннек называет *«мой друг»*. Военный врач и серьезный исследователь физиологии сосудистой системы, рано умерший от разрыва аневризмы Д. Бэрри был изобретателем первого перкуссионного молотка.



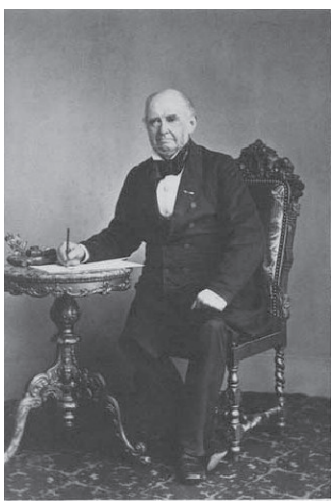
Д. Фишер

И И, наконец, **Ф. Рамадж (Francis Hopkins Ramadge, 1793-1867)**, который перевел в 1846 году четвертое французское издание книги Лаэннека (1837). Поразительно, что Англия всегда была антиподом Франции, англичане погубили в ссылке Наполеона (среди студентов Лаэннека был **Ч. Митчелл (Charles Mitchell, 1783-1856)**, один из пяти британских врачей, подписавших протокол вскрытия тела Наполеона) , но именно английские врачи с особой охотой ехали учиться в госпиталь Неккера и наиболее успешно использовали открытие гениального француза!

В 1825 г. у Лаэннека учился **Д. Фишер (John Dix Fisher, 1797-1850)**, доктор медицины Гарвардского университета, впоследствии врач Массачусетского Генерального госпиталя, в 1846 г. ассистировавший во время первой анестезии. Именно Фишер перевел на английский язык 4-е издание книги Лаэннека, которое редактировал Г. Андраль (1838). Учеником Лаэннека был американский врач **Д. Белл**, издавший работу о стетоскопе в 1824 г. В 1822 г. к Лаэннеку приехал первый итальянец, **М. Фодера (Michele Fodera, 1795-1848)**, за ним последовали **Г. Кадалин** из Болоньи и **Ф. Рамолини** из Павии. В 1823-24 гг. у Лаэннека учился грек **А. Богоридес (Anastase Bogorides (Vogorides), 1790-1826)**. Он был родом из Константинополя, учился в Вене, затем приехал в Париж. А. Богоридес, как и Р. Лаэннек, в 1826 г. умер от туберкулеза. Секцию тела греческого ученика Лаэннека произвел М. Лаэннек... В 1825 г. в клинике Шарите занятия Лаэннека посещал **Constantin Boubouky**, румынский врач из Будапешта, защитивший в 1827 г. докторскую диссертацию в

Париже. Швейцарец **Ж.-Ж. Де Ла Гарпе (Jean-Jacgues da la Harpe)** учился у Лаэннека в 1824-25 гг. Любопытно, что Лаэннек называет его «полковник из Лозанны». Раньше приезжал **Ferdinand Heinrich Karl Schneider**, доктор медицины (1821) из Берна. Побывал в госпитале Неккера бельгиец **А-Ф. Де Мей**. **А. Эскусса (Antonio Garsia De Villa Escussa)** прибыл в госпиталь Неккера из испанского Кадикса. Потом он был врачом в Мексике. Учеником Лаэннека был **A.J. Reverend** - врач знаменитого латиноамериканского революционера Симона Боливара. Год провел в госпитале Неккера врач с Канарских островов **Ж. Родригес (Joseph-Francois-Marie Rodriguez)**, в конце пребывания защитивший в Париже докторскую диссертацию. Голландец **К. Ван-Холл (Christian Hermann Van Hall)** не только учился у Лаэннека в 1822 г. В следующем году он защитил докторскую диссертацию «Применение стетоскопа при болезнях груди», стал профессором университета в Утрехте и активным пропагандистом метода Лаэннека в Голландии. У Лаэннека были и немецкие студенты: **Wilhelm Ernest Himly (1800-1881)**, будущий профессор медицины и физиологии из Геттингена, Louis Korck из Бремена, **Ludwig Karl Georg Pfeiffer (1805-1877)**, известный немецкий врач и ботаник из Касселя, **Conrad Friedrich Schroder (1800-1832),** доктор медицины (1822) из Берлина, до Парижа учившийся в Милане и Вене. В клинику Шарите приезжал в 1825-26 гг. **Friedrich Heinrich Karl Scneider** из Познани (Позена) , доктор медицины (1821). В 1824-25 гг. в клинике Шарите учился «поляк из Варшавы», доктор медицины Берлинского университета **Simeon J. Morgenstein**, который, по данным Лаэннека, в дальнейшем работал в Петербурге (?). В 1820 г. **Johann Carl Heinrich Piderit (1797-?)** из Геттингена стал одним из первых немецких врачей, защитивших диссертацию, где был использован стетоскоп - «De exploratione thoracis ad morbos

К. Пфейфер



О. Банг

К. Лоринзер

pectoris internos cognoscendos»,1820. Ученик Лаэннека **К. Лоринзер (Carl Ignaz Lorinser, 1796-1853)**, который был и ветеринарным врачом (!), в 1822 г. проводил частные занятия по книге Лаэннека, а в 1823 г. защитил диссертацию по легочной патологии, где фигурировали и физикальные методы диагностики, и патологоанатомические исследования («Die Lehre von den Lungenkrankheiten nach ihrem gegenwurtigen Standpunkte und mit vorzuglicher Rucksicht auf pathologische Anatomie», Berlin 1823). **К. Ретциус (Christian-Magnus Retzius, 1795-1871)**, шведский врач из Упсалы, приехал в 1823 г. к Лаэннеку уже будучи доктором медицины (1815). Позже он стал профессором гинекологии Стокгольмского университета. Обучавшийся в 1823 г. у Лаэннека профессор (!) **О. Банг (Oluf Lundt Bang, 1788-1877)** первым применил стетоскоп в Дании (любопытно, что Банг одновременно учился и у Лаэннека, и у отвергавшего стетоскоп Гуфеланда!), а **A.C. Conrady** - в Норвегии. Были у Лаэннека и ученики из «русской Польши и Литвы»: в 1822 г. шесть месяцев провел в госпитале Неккера врач, позже видный профессор-интернист из Вильно, **А. Абихт**, с ним вместе оттуда прибыл **Stanislas Mariewski**, но куда более известным учеником Лаэннека был сотрудник И. Франка **В. Герберский**, впоследствии известный профессор-терапевт Виленского университета. Из Кракова приезжал доктор **Garczynski**, из Варшавы - доктора медицины **Фалинер (Faliner)** и **А.-А. Ле Брюн (Alexander Anton Le Brun)**. Русских фамилий в списке Лаэннека всего две: это в будущем известный профессор-фармаколог Московского университета **Alexander A. Jowski (Александр Алексеевич Иовский, 1796-1857)** и совершенно загадочный **Walkoff** (Волков?) (так у Лаэннека!), приезжавшие в Париж в 1825 году (P. Huard, M. Grmek, 1973). Н.И. Пирогов в «Дневнике старого врача» вспоминал, как Иовский рассказывал ему *«про университетскую научную жизнь в Германии и Франции, подтрунивая вместе со мной над отжившими и отсталыми нашими учеными»*. Это было в 1826-1827 гг., то есть после поездки Иовского к Лаэннеку, которого он критично мог сравнить с «отжившими и отсталыми» российскими учеными! В последующем профессор кафедры фармации и фармакологии Московского университета А.А. Иовский внес весьма существенный вклад в разработку теоретических основ фармации. Он впервые дал определение фармации как науки, основывающейся на данных химических и биологических наук. А.А. Иовский был автором руководств «Начертание фармации» и «Фармация», содержавших описание методов изготовления лекарственных форм и галеновых препаратов. Но какое отношение все это имело к аускультации?

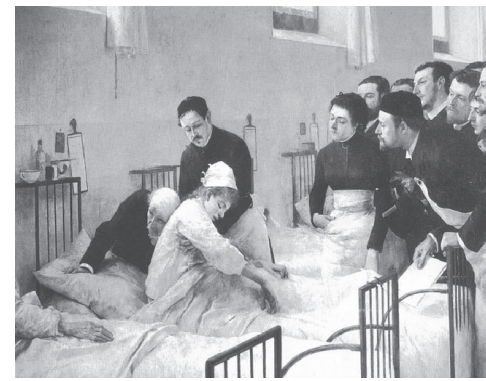
О некоторых из учеников Лаэннека позже мы расскажем подробнее. Книга Лаэннека издавалась в Германии в 1822, 1832 и 1839 гг. В Италии

(Ливорно) книга вышла в 1833,1836, 1859-60 и 1874 гг. Итальянская версия работы Форбса вышла в 1830 г. В Испании работы о применении стетоскопа вышли уже в 1821-22 гг. В апреле-мае 1821 г. обзор с упоминанием стетоскопа был опубликован в бостонском «Журнале медицины и хирургии». Книга Д. Форбса выходила в США в 1823, 1830, 1835 и 1838 гг. В этом издании, кстати говоря, упоминается об аускультации головы. Мы назвали далеко не все имена, но понятно, что почти во всех странах Европы и в Америке уже в первой трети XIX века были врачи, умевшие держать в руках стетоскоп! К выходу второго издания книги Лаэннека врачебная аудитория в Англии была уже подготовлена (19 августа 1826 г. в журнале «Lancet» было опубликовано «Руководство по применению стетоскопа») и встретила его более доброжелательно. Скоро насмешливое отношение к стетоскопу и аускультации стало рассматриваться как признак непрофессионализма и невежества. С 1819 по 1826 гг., как уже было сказано, было защищено несколько диссертаций о применении стетоскопа: **J. Piderit (1820), M. Laennec (1821), K. Lorinser (1823), H.C. van Hall (1823), И.Н. Очаповский (1825)**.

Станция метро «Лаэннек» в Лионе (совр. фото)

Мемориальная доска памяти Лаэннека на госпитале Неккера

L. de Kergaradek в 1822 г. применил стетоскоп для аускультации сердцебиения плода, а в 1823 г. **J. Lisfrank** использовал его в ортопедии (он пытался выслушивать crepitement- «хруст» при переломах). Любопытно, что в вышедшей в Петербурге в 1867 году диссертации Юлия Зиверта «Tenositis crepitans» автор так описывает главный симптом крепитирующего тендовагинита: *«Звук может быть похож на шум,*


Л.Х. Аранта «Врачебный обход», 1889

производимый растиранием крахмала между пальцами. С течением времени этот звук усиливается и на высоте развития походит на треск, слышимый при аускультации воспаленных легких или при трении друг о друга концов переломленной кости, или же на скрип толстой, твердой кожи и на звук, издаваемый при сильном морозе сухим снегом под нашей ногой» (цит. по М.А. Элькин, 1971).

Ф. Видаль

...В 1824 г. появилась работа V. Collin о физикальных методах диагностики, в 1825-1828 гг. работы У. Стокса о стетоскопе и т.д. С помощью многочисленных учеников Лаэннека, авторитетных в своих странах врачей, стетоскоп начал свое шествие по миру, в итоге оказавшееся победным. Конечно, врачи и после его открытия продолжали проводить непосредственную аускультацию - М.П. Кончаловский описывал, как в середине 20-х гг. прошлого века видный французский клиницист **Ф. Видаль (Georges Fernand Isidore Widal, 1862-1929)** выслушивал больного через салфетку ухом (http://celenie.ru/konchalovsky.htm). Но без стетоскопа едва ли стала бы возможна детальная разработка семиотики сердечных и легочных заболеваний, которая осу-

Памятник Лаэннеку в Кемпере (1868 г.)

Сухогруз «Лаэннек» (2005 г.)

ществилась в XIX веке. И понятно почему: **R. Cabot**, сравнивая непосредственную и «лаэннековскую» аускультацию, метко уподобил первую микроскопии с сухой системой и небольшим увеличением, а вторую - масляно-имерсионной системе. Первая дает обстоятельное понятие о более широкой картине, а вторая о деталях того или иного отдельного пункта (Р. Кэбот, 1939). «Невооруженное» ухо не позволяет провести детальную аускультацию в проекции клапанов сердца (врач прикладывает не только ухо к телу, но и соответствующую половину головы, что затрудняет локализацию шума, не подтвержденную визуально), а какое же описание сочетанных или комбинированных пороков сердца возможно без этого?

Какая любопытная вещь: перкуссию, открытую Ауэнбруггером, вернул к жизни представитель враждебной Австрии страны, и всего через три года после ужасного разгрома Наполеоном австрийской армии под Аустерлицем, а открытию Лаэннека дали зеленую улицу представители злейшего врага Франции – англичане! Памятник Лаэннеку работы Eugene-Louis Le Quesne (1815-1887) был установлен 15 августа 1868 г. на площади Лаэннека в Кемпере.

Глава II. Франция:

...только в больницах можно усвоить навыки опосредованной аускультации твердо и полно.

Р. Лаэннек

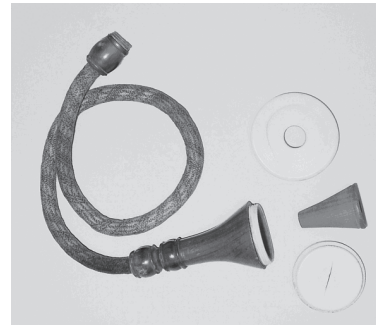
Не приятно ли учиться и постоянно упражняться?

Конфуций

К счастью, после смерти Лаэннека его дело было сразу продолжено не только племянниками, но и талантливым французским клиницистом, учеником Корвизара, Бейля, Мажанди и ...Ф. Бруссе, **П. Пьорри (Пиорри) (Pierre-Adolph Piorry, 1794-1879).** Он родился в Пуатье 31 декабря 1794 года. Будучи студентом-медиком, служил в армии в качестве помощника военного хирурга, пятнадцать месяцев работал в военном госпитале в Барселоне, где лечил солдат наполеоновской армии. В 1816 г. защитил докторскую диссертацию на любопытную тему: *«Об опасности чтения медицинских книг непосвященными»*. С 1823 по 1825 гг. он был врачом-резидентом в Академии медицины. Выход работы Лаэннека вдохновил Пьорри на усовершенствование техники перкуссии. В 1826 году он предложил плессиметр и разработал технику перкуссии органов, которую он называл «органографизм» – «l`organographisme». Примечательно, что П. Пьорри говорил о том, что если бы Ауэнбруггер был французом, то ему бы был поставлен памятник! (P. Piorry, 1842). Известно, что во Франции не скупятся на памятники своим выдающимся врачам, в отличие от России! Пьорри был авторитетным клиницистом, работавшим в самых известных парижских госпиталях: Charite, Pitie, Hotel`Die. В 1832 г. он был назначен главным врачом клиники Сальпетриер, где читал курс клинических лекций. Одновременно он преподавал патологическую анатомию в «Практической школе». В 1837 г. он возглавил клинику внутренних болезней госпиталя Pitie. Любопытно, что на изобретение опосредованной перкуссии Пьорри, подобно Лаэннеку, натолкнул случай: страдая кожным зудом и расчесывая больное место, он обратил внимание на получаемый при этом звук, а приме-

П.Пьорри

П. Пьорри



Стетоскоп, плессиметр и перкуссионный молоток П. Пьорри

Стетоскоп Пьорри

нив в качестве «посредника» монету и постукивая по ней, увидел, что звук получается явственней и чище. Пьорри, безусловно, понимал, что выстукивание по Ауэнбруггеру, так же, как непосредственная аускультация, охватывает большую площадь, приводит в колебание достаточную массу ткани, что не позволяет точно локализовать обнаруженные изменения. Это скорее «стрельба по площадям», а не по конкретной мишени. Пьорри отдавал себе отчет и в том, что постукивание ладонью - не всегда безболезненная методика при плеврите, например, или патологии органов брюшной полости. Известно, что ученик Пьорри **Леон Шевалье (L.E. Chevallier),** автор работы «Об относительном значении различных методов перкуссии» (1833), начав заниматься перкуссией, использовал в качестве «подопытных» своих друзей, которые после первого же упражнения испытывали столь неприятные ощущения, что с большим трудом их удалось уговорить продолжить занятия! (G. Risse, 1971; O.R. McCarthy, 1999). П.Пьорри опытным путем пришел к заключению о преимуществе употребления инструмента, названного им «плессиметр» - «plessimetre». Пьорри едва ли не был первым, кто понял, что метод Ауэнбруггера (непосредственная перкуссия) позволяет обнаружить только «грубое различие перкутивных звуков». Так можно было перкутировать одно из верхних ребер, ключицу, грудину, область печени и сердца. Так можно было сравнить звук здорового легкого и легкого, пораженного «гепатизацией» при крупозной пневмонии, или определить уровень экссудата (при массивном выпоте). Но при ударах по межреберным промежуткам перкуссия по Ауэн-

Бюст
П. Пьорри

бруггеру давала малоколоритный (неотчетливый) звук, и над брюшной полостью или в подключичной ямке было трудно заметить разницу перкуторного звука (П. Гутман, 1883). П. Пьорри быстро пришел к выводу, что опосредованная перкуссия отличается от метода Ауэнбруггера уже тем, что прибавляется лишнее тело, которое необходимо привести в колебание, прежде чем заставить колебаться подлежащие ткани. В итоге получаемый звук оказывался более сложным, суммируя звук плессиметра, поверхности тела и подлежащих органов (В.Ф. Симанович, 1929). Однако он оставался верен своему методу, не без основания полагая, что использование одного и того же плессиметра делает его звук постоянной величиной, и врачу остается, по словам Пьорри, *«при отдавании себе отчета в испытываемом ощущении (восприятии звука) вычесть звук пластинки и считать лишь разницу в звуке, издаваемом органом»* (Г. Эйхгорст, 1882). Это было принципиальным, поскольку звук плессиметра оказывался существенной составляющей частью перкуторного звука в случаях, когда он использовался. Отсюда значение приобретали качества самого плессиметра - величина, форма, материал, способ удержания в руке, удобство наложения на поверхность тела и т.д. Понятно, почему сам Пьорри остановился на слоновой кости - она самая упругая и хорошо звучит.

Плессиметр Пьорри

В случае использования металла возникал особый тембр звука с высокими обертонами, причем, за счет этого, металл звучал хорошо и длительно. Стекло давало звук слабый, нежный и менее продолжительнй, дерево звучало не так громко, как металл, и давало тон более низкий, а при использовании пальца - плессиметра звучность кости приглушалась мягкими тканями. Ясно, что лучше всего было пользоваться одним и тем же плессиметром, но врачи, привыкнув к его звуку, оказывались совершенно беспомощными, если теряли или забывали его! Плессиметры носили в чехлах вместе со стетоскопом и перкуссионным молотком или привинчивали к стетоскопу. Кстати, о перкуссионном молотке. П. Пьорри писал, что сам Лаэннек использовал свой стетоскоп как перкуссионный молоток. Первый подобный инструмент (как и первый плессиметр – из толстой кожи) изобрел друг Лаэннека, уже упомянутый доктор **Д. Бэрри.** Он прикрепил к концу короткой рукоятки из черного дерева оливу, покрытую лоскутом воловьей кишки и кожей. *«Если постукивать этим молоточком по плес-*

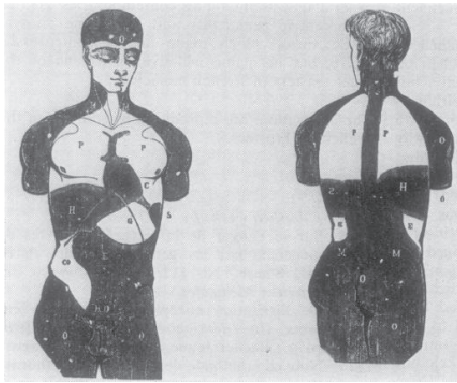
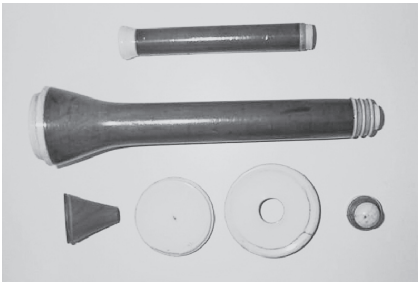


Рисунок из книги Пьорри

симетру, - писал П. Пьорри, - *то это дает сильный тон. Но, во всяком случае, это излишний инструмент, так как может быть заменен пальцем*» (Г. Эйхгорст, 1882). Удар молоточка по плессиметру для неопытных врачей затемнял картину: добавлялся еще один звук от удара, то же происходило, если удар по плессиметру происходил ногтем пальца. Поэтому рекомендовалось ударять только мякотью пальца или ударный конец молоточка снабжать пуговкой из резины, а для приглушения колебаний молотка его рукоятку надо было удерживать «полной» рукой (В.Ф. Симонович, 1929). Эти ритуалы делали перкуссию достаточно субъективным методом, тонкость данных которого достигалась лишь путем постоянных и длительных упражнений. Многие расценили новый метод как неоправданно сложный и причудливый. Однако Пьорри это не смущало, и врачи, приходившие в госпиталь Pitie, видели там сидящего на высоком табурете *«мсье Пьорри, терпеливо выстукивающего спину или живот пациента и рисовавшего «фигуры» органов, что делало их похожими на контурные карты, тем более что он рисовал разноцветным мелом, а потом предложил специальный жировой карандаш»*. П. Пьорри убеждал всех, что каждый орган имеет собственный звук и играл на своем плессиметре как на музыкальном

Госпиталь Пити

П. Пьорри



Стетоскоп Пьорри

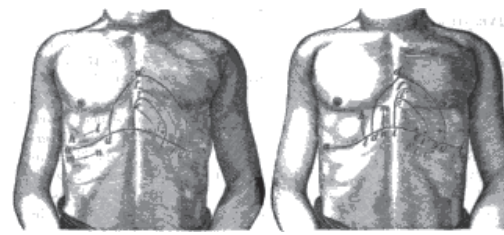
инструменте! Его даже называли «медицинский Паганини» (W. Ebstein, 1911). Пьорри утверждал, что люди, занимающиеся музыкой или...боксом, гораздо успешнее осваивают перкуссию! Пьорри очень требовательно относился к эмпирически выработанным им правилам перкуссии, что до предела усложнило пользование этим методом «врачами, не обладавшими гениальностью». Чего стоило, например, определение Пьорри перкуссией клапанов и перегородки сердца! Не мудрено, что это многим казалось фантастикой и скорее отталкивало, чем привлекало врачей к «органометрии» (Г. Эйхгорст, 1882). Однако, склонный к оригинальности, Пьорри был и очень наблюдательным: он установил правило, которым мы пользуемся и сейчас: при перкуссии сверху-вниз отметка делается по верхнему краю пальца, а снизу-вверх – по нижнему! Пьорри уверенно и довольно точно определял границы плеврального выпота, за одним исключением – междолевой плеврит. Это было камнем преткновения и для него и для многих других клиницистов, в целом успешно применявших перкуссию. Выдающийся российский врач писал о междолевом плеврите: «*Диагноз его труден, и часто нет полной уверенности в точности его. Довольно тонкий слой гноя между верхней и средней, resp. средней и нижней, долями дает при перкуссии лишь очень неясное притупление на небольшом пространстве*» (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1956).

Ж. Рекамье

Многие врачи устремились в Париж к П. Пьорри осваивать новую методику, как когда-то ехали к Лаэннеку. Среди них были У. Стокс и Д. Хоуп. Вот их-то и называют истинными авторами той пальце-пальцевой перкуссии, которую мы используем сейчас. Такой метод использовал и известный французский гинеколог, изобретатель гинекологического зеркала, друг и преемник Лаэннека в должности профессора Коллеж де Франс, директор клиники Отель-Дье **Ж. Рекамье (Joseph-Claude-Anthelme Recamier, 1774-1852)** (В. Йонаш, 1968). Примечательно, что У.Стокс прикладывал к поверхности грудной клетки тыльную поверхность пальца, а перкутировал по ладонной, такую же методику применяли Д. Хоуп и П. Летхэм. Вероятно, происходило это по одной причине: они не придавали значения осязательным ощущениям, о которых говорил Пиорри. Но Ч. Вильямс, который, кстати говоря, применял

Стетоскоп Пьорри

пальце-пальцевую перкуссию уже в 1833 г. и подчеркивал, что ногти врача должны быть при этом коротко подстрижены (Ch. Williams, 1845), называл «отцом» такой перкуссии доктора **Д. Скерретта (David Clark Scerrett, 1797-1873),** ученика Пьорри, причем представлял его как английского врача (O. McCarthy, 1999), хотя приводятся данные, что это американец из Пенсильвании (E. Lesky, 1961). Но в любом случае, Пьорри это отступление от правил не понравилось! Видимо, «навороченность» методики Пьорри показалась указанным докторам чрезмерной, и они стали постукивать пальцем по пальцу. Однако врачи, перенявшие эту методику, поняли, в чем состояло преимущество плессиметра: при ударе по нему молоточком звук был чистым и достигал любой громкости, а при ударе по пальцу такого не получалось. Пальцы звучат по-разному, а плессиметр - одинаково! Если у врача были мягкие, большие или отечные пальцы (в старых клиниках у врачей были уплощенными и мозолистыми средние фаланги III пальца левой руки от частой перкуссии), то перкутировать было нелегко! И еще одно ограничение для пальце-пальцевой перкуссии подметил известный клиницист: *«Отдавать ли преимущество постукиванию пальцем или молоточком? Всякому способу свое место, кому приходится исследовать подряд 5-6 коренастых парней, как это часто бывает в деревенской практике, тот сейчас почувствует, что и для самых здоровых пальцев существуют пределы возможностей»* (Т. Юргенсен, 1882). Пока обе методики уживались, хотя дискуссия велась нешуточная. Собственно говоря, первоначальная методика Ауэнбруггера была оставлена (иногда к ней прибегали хирурги) и развитие перкуссии пошло по другому пути: палец-плессиметр, молоток-плессиметр, молоток-палец, палец-палец, что мы применяем и сейчас. Уже через два года после смерти своего кумира, Лаэннека, Пьорри опубликовал свой знаменитый труд «De la Percussion Mediate et des Signes obtenus a l'aide de ce nouveau moyen d'Exploration dan les Maladies des Organes Thoraciques et Abdominaux». П. Пьорри модифицировал стетоскоп Лаэннека: сделал его тоньше и короче,


Иллюстрации из книги П.Пьорри

Стетоскоп Пьорри

Иллюстрация из книги Пьорри

и расположил на ушном конце расширение в виде «блюдечка» (к стетоскопу Лаэннека, как показала история с Ч.Скуддамором, не очень удобно было прикладывать ухо), потом он избавился и от обтуратора. И, наконец, в 1835 г. П.Пьорри предложил первую модель моноаурикулярного гибкого стетоскопа, в которой использовал ушную пластинку, трубку из гуттаперчи (невулканизированный каучук) с шелковой оплеткой, которая соединялась с деревянной трубкой. Это был неудобный вариант, поскольку у врача оказывались занятыми обе руки (надо было и ушную воронку держать и «головку» стетоскопа)! Пьорри также предложил простую короткую модель стетоскопа из эбенового дерева. Выдающийся американский клиницист **О. Холмс (Oliver Wendell Holmes, 1809-1894)**, учившийся в Париже у П. Луи в 1848 г., посвятил стетоскопу Пьорри шуточную поэму «Stethoscope Song» («Песня стетоскопа») (R. Hall, 2005). До изобретения в 1849 году **Ч. Гудьиром (Charles Goodyear, 1800 – 1860) г**. вулканизированного каучука (производство было начато в 50-х гг. XIX века) у врачей была проблема с гибкими, не спадающимися, износоустойчивыми трубками, иначе бинаурикулярные модели стетоскопа появились бы гораздо раньше. Любопытно, что почти одновременно со стетоскопом Лаэннека в 1819 г. **Johann A. Dunker** запатентовал слуховую трубку. Это была короткая трубка из кожи, связанная с длинной (5-10 футов), на конце которой был металлический раструб. Металл потом заменили на слоновую кость. **А. Мэриам (Albert Burhardt Mariam, 1843-1886)** увеличил ширину раструба и предложил его делать из вулканита (иногда именно эта модель в Интернете выдается за гибкий моноаурикулярный

Слуховая трубка

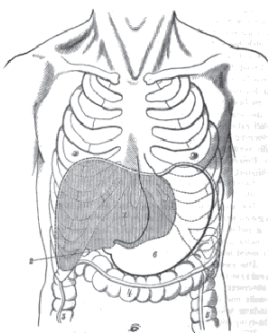
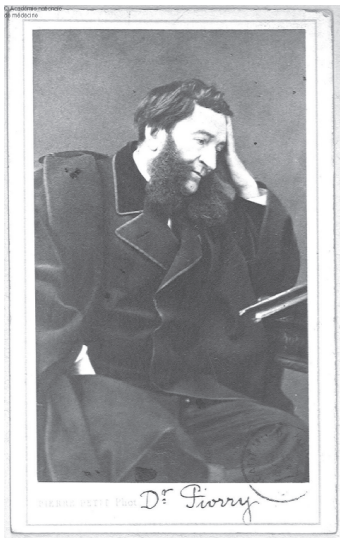


Иллюстрация из книги Пьорри

Гибкий стетоскоп Пьорри и слуховая трубка



П. Пьорри

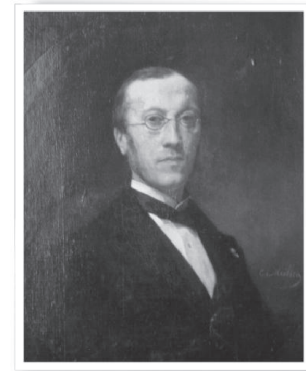
стетоскоп!). Слуховые трубки, как и гибкие стетоскопы, стали делать из гуттаперчи в шелковой, шерстяной или кожаной оплетке (их сворачивали и носили в кармане) длиной 36-48 (90-120 см!) дюймов, а гибкие стетоскопы – были меньше 24 дюймов (60 см), но могло быть и наоборот, стетоскоп был в 2 раза длиннее слуховой трубки. Были и твердые варианты слухового «рожка». Достоинство стетоскопа – удобство и мобильность, поэтому его длина стала ограничиваться длиной руки врача, ведь еще Лаэннек полагал, что чем короче путь звука, тем лучше его слышимость. Иногда стетоскоп и слуховая трубка имели очень большое сходство, но стетоскоп должен был «смотреть» прямо, а слуховую трубку приходилось поворачивать в сторону собеседника. Трубки часто делали декоративными, а их микрофоны изготавливали из серебра (http://www/antiguemed.com/differences.html).

...Человек эксцентричный и оригинальный, Пьорри был героем анекдотов. Один из них гласил: будучи во дворце Тюильри, Пьорри вдруг захотел увидеть короля, а когда церемонийместер стал убеждать, что «Его Величества здесь нет», то Пьорри, подвергнув перкуссии дверь в соседнюю комнату, сказал, что король там! Пьорри, так же, как и Лаэннек, стал автором новых определений: «токсин», «токсемия», «септицемия», но некоторые его неологизмы не прижились, например, вместо «зоба» он предложил неуклюжее название - «тиромегалия». Примечательно, что именно Пьорри в 1848 г. ввел термин «уремия», причем видел причину ее не в поражении почек или выпадении их функции, а в том, что происходит всасывание мочи или поверхностью мочевыводящих путей или через изъязвления, образующиеся на коже (?) (М.С. Вовси, 1959). Он настойчиво искал экспериментальное подтверждение перкуторных феноменов: погрузив легкое в воду, он перкутировал по поверхности воды, пытаясь определить, при какой толщине

Сенатор Пьорри

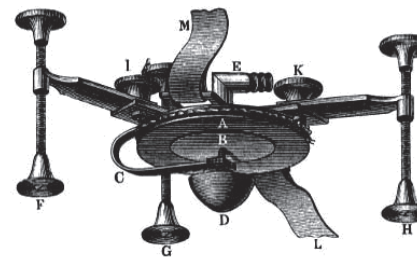
водяного слоя перкуторные звуки еще можно воспроизвести. У Пьорри учились российские клиницисты К.А. Демонси, Н.С. Топоров, Н.А. Виноградов и др. Любопытно, как реагировали русские стажеры на систему преподавания Пьорри в клинике Шарите: *«Здесь ничего не знали о физиологической химии и применении ее в изучении патологических процессов, а гистологию рассматривали как предмет роскоши»* (Г.И. Любина, 1998). П.Пьорри был элегантный светский человек, неутомимый фехтовальщик, дамский угодник, танцор и высокопарный поэт. Это сочетание тем более поразительно, что в клинике он был властным и строгим преподавателем! Он был членом многих иностранных медицинских обществ, а в 1866 г. его удостоили ордена Почетного легиона. Во время Парижской Коммуны 76-летний Пьорри стал «батальонным врачом» и участвовал в экспертизе останков 18 человек, обнаруженных в одной из парижских церквей, установив, что это не «жертвы духовенства», а давно умершие люди. П. Пьорри, несомненно, один из самых выдающихся врачей своего времени и хотя он увлекался и преувеличивал значение перкуссии, но своей работой он продвигал вперед искусство диагностики, главной составляющей медицины (A. Sakula, 1979). Нельзя сказать, что в то время П. Пьорри был монополистом в области изучения перкуссии и аускультации. В 1838 г. вышла посвященная этому книга (очень редкая сейчас!) «Recherches pratiques sur l`inspection et la mensuration de la poitrine considerees comme moyens diagnostiques complementaires de la percussion et de l`auscultation» выдающегося французского клинициста **Э. Вуалле (Eugene-Joseph Woillez, 1811-1882).** Любопытно, что темой его докторской диссертации, вышедшей в 1835 г., было изучение значения деформаций грудной клетки в легочной патологии, а три года спустя, в указанной работе, он рассматривает осмотр и измерение грудной клетки как необходимое дополнение к перкуссии и аускультации. Вуалле был интересным человеком и талантливым врачом, знатоком музыки и археологии. Выпускник медицинского факультета университета Монпелье, он работал в госпиталях Клермона, с 1849 г. - в Париже, в госпиталях Неккера, Шарите, Северном госпитале, госпиталях Cochin и Laridoisiere, за участие в ликвидации эпидемии холеры в 1848 г. был удостоен ордена Почетного легиона. Считался выдающимся специалистом по легочной патологии, был автором известного «Словаря диагностики», руководства по болезням легких и биографии П. Луи. Описал «симптом Вуалле» при застое в легких. В 1870 г. Вуалле впервые организовал амбулаторию при госпитале Шарите. В 1873 году он был избран членом Академии медицины (секция патологии) (http://www.patrimoinehospitalierdunord.fr/biographies/page40.html). Проявивший себя как большой знаток физикальной диагностики и умелый врач,

Вуалле в 1857 году предложил любопытный инструмент - «циртометр». Это была «цепь», состоявшая из роговых пластин (из китового уса), скрепленных штифтами. Врач накладывал его на грудную клетку, форму которой циртометр фиксировал, в силу достаточной жесткости соединений, затем, разъяв цепь, можно было, не изменяя формы устройства, перенести ее на бумагу (Г. Эйхгорст, 1882). В те времена, если больной длительно страдал легочным туберкулезом или перенес эмпиему плевры и чудом остался жив, часто возникала деформация грудной клетки. Впервые «рубцово-втянутую грудь (retrecissement thoracigue)» описал Р. Лаэннек. Это приобретенная деформация грудной клетки, представленная западением одной половины грудной клетки той или иной степени как следствие внутриплевральных рубцов или спаек после механических и термических повреждений, эмпиемы плевры, экссудативного плеврита. *«Если легкое не расправляется, то наступает рубцевание в грудной стенке, ведущее к западению ее. Рубцевание начинается с того, что толстые наслоения фибрина на реберной плевре прорастают соединительной тканью и постепенно распространяются на всю толщу грудной стенки. Ребра сближаются между собой и производят постоянную тягу на позвонки,вследствие чего образуется сколиоз позвоночника с вогнутостью в больную сторону; он достигает иногда очень значительной степени...»* (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1956). Нередко тогда встречался рахит, pectus carinatum («куриная грудь»), воронкообразная (pectus excavatum, pectus infundibiliforme) - «грудь сапожника» - приобретенная патология, врожденная форма гораздо выраженнее и тяжелее) и другие ортопедические аномалии. Врачи уже понимали, что западение части грудной клетки и изменение направления ребер и ширины (в сторону уменьшения) межреберных промежутков приводило к нарушению дыхательной функции (спирометр Хатчинсона регистрировал уменьшение жизненной емкости легких) и уменьшению экскурсий грудной клетки. Подобные измерения давали им возможность объективизировать степень деформации, зто уже была своего рода «доказательная медицина», и здесь Вуалле был вполне достоин П. Луи, чью биографию он с большим пиететом написал спустя год после смерти выдающегося клинициста (1873). Попутно отметим, что измерять грудную клетку пытался и сам Лаэннек, и Пьорри (отмечавший точками середину грудины и остистые отростки во время измерения). Шомель, Уолш, Гирц и Винтрих уже использовали санти-



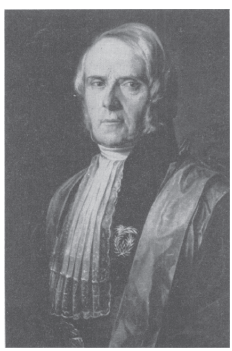
Э. Вуалле

метровую ленту. Измерял грудную клетку У. Стокс, а после «циртометра» Вуалле «стетометры» - «stethometers» предлагали М. Винтрих, Р. Куэйн, А. Леаред. «Измеритель груди» предложил выдающийся английский анатом и врач, автор одной из теорий происхождения первого тона сердца **Ф. Сибсон (Fransis Sibson, 1814-1876)**, объектом внимания которого как раз и являлась физиология и патология органов грудной клетки. Он же предложил «кардиограф» для записи движения верхушки сердца и желудочков. Выдающийся английский физиолог **Д. Бурдон-Сандерсон (Sir John Scott Burdon-Sanderson, 1828-1905)** в 1876 г. предложил кроме кардиографа - отдаленного «предка» гальванометра Эйнтховена и кимографа с записью свой знаменитый «стето-кардиограф», для записи движений грудной клетки.



«Стето-кардиограф» Сандерсона

Вторым французским врачом, на которого открытие Лаэннека оказало сильнейшее воздействие, был **Ж. Кергарадек (Jagues Alexandre Le Jumeau de Kergaradek, 1787-1877)**. Младший современник Лаэннека, выходец из дворянской семьи (его отец P.L.de Kergaradek (1733-1799), после революции эмигрировал и умер в Санкт-Петербурге, а мать - J.G. de Saint-Maurice (1758-1797) погибла в тюрьме), Кергарадек, как и Лаэннек, прошел трудный путь становления врача от маленького провинциального госпиталя до Медицинской школы в Париже. Конечно, два бретонца, два католика, два роялиста, Кергарадек и Лаэннек нашли друг друга и оба они стали в 1803 г. членами возобновленной двумя годами раньше Конгрегации (Congregation de la Mission). У них был и общий учитель – Г. Дюпюитрен, и они оба в 1812 г. принимали участие в составлении «Словаря медицинских наук». Не обладая *«напористостью Дюпюитрена и лихорадочной энергией и гением Лаэннека»* Ж. Кергарадек был, однако, усидчивым и методичным исследователем, и уже в 1804 г. стал ассистентом видного хирурга Пеллетана (эксперта работы Лаэннека) в Отель-Дье, а в 1809 г. - доктором медицины. Именно Кергарадеку Р. Лаэннек рассказал об играющих с деревянной балкой детях во дворе Лувра. После появления инструмента Лаэннека Кергарадек одним из первых стал использовать его, пока его не посетила счастливая мысль применить стетоскоп для выслуши-


Ж. Кергарадек

вания сердцебиений плода. Долго его затея не давала результата, пока однажды ему не *«послышался звук, похожий на тиканье часов»*. Он много раз повторил с успехом этот опыт и даже сосчитал частоту слышимого звука. Она была в пределах 143-148 в минуту, в то время как пульс беременной был 72! В последующем Кергарадек стал обнаруживать это у беременных женщин часто и понял, что слышит сердцебиение плода. Поразительно, что Кергарадек, не будучи акушером, быстро догадался, как может быть использовано его открытие: для определения жизнеспособности плода или его неправильного положения и для диагностики многоплодной беременности. И второй важный феномен, услышанный Кергарадеком – плацентарный сосудистый шум – «placental souffe», который, указывая на расположение плаценты, мог указать врачу, в каком месте не следует делать разрез на матке при кесаревом сечении! Ж. Кергарадек признавал, что приоритет открытия сердцебиения плода принадлежит не ему, а доктору Ф. Мейеру **(Frank Isaac Mayor, 1779-1855)** из Женевы, который в 1818 г. писал: «*Прикладывая ухо к животу беременной женщины незадолго перед родами, с уверенностью можно узнать, жив плод или нет. Если плод жив, то можно услышать совершенно отчетливо удары его сердца, которые легко отличить от материнского пульса*» (Л.С. Персианинов и др., 1967). Но Кергарадек услышал сердцебиение плода на более раннем сроке беременности - в 5 месяцев (A. Gunn, M. Wood, 1953). Однако консервативные акушеры не признавали этого и один из них, некий Форестье (Forestier), назвал стетоскоп «смешной игрушкой» и призвал Кергарадека отказаться от него. Р. Лаэннек же встретил это с энтузиазмом и включил результаты Кергарадека во второе издание своей книги (J. Pinkerton, 1969). Показательно, что за Кергарадеком последовал выдающийся французский хирург и анатом **А. Вельпо (Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau, 1795 - 1867**). Ученик знаменитого П. Бретонно, он в 1833 году возглавил кафедру хирургии Парижского факультета и занимал ее до самой смерти в 1867 году. Он был известен не только знаменитой повязкой («бандаж Вельпо») и пер-

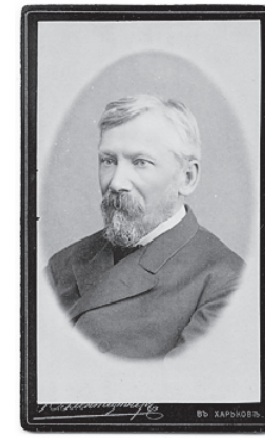
Д. Фергюсон

Стетоскоп Фергюсона

А. Вельпо

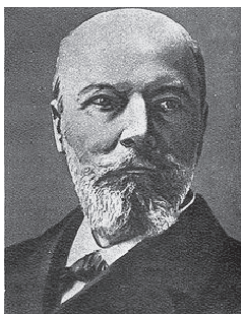
К.Клюге

вым описанием «болезненной крепитации сухожилий» (крепитирующего тендовагинита), но важной работой, вышедшей в 1830 г.- *«Traite elementaire de l'art des accouchements»,* где говорится о фетальной аускультации, асфиксии новорожденных и т.д. Занимался аускультацией плода и Ж. Буйо. Но особенно в этом преуспели английские врачи, и первым был **Д. Фергюсон (John Greery Ferguson, 1802-1865)** из Дублина. Будучи студентом, он совершил в 1825 г. поездку в Париж, где встречался с Лаэннеком и Кергарадеком, и освоил фетальную аускультацию. Р. Лаэннек в списке иностранных студентов отметил «Д. Фергюсон из Дублина». В 1829 г. Фергюсон провел эксперименты с аускультацией сердцебиений 7-недельного плода козы, сердце которого было размером с грецкий орех! Причем в этих экспериментах принимал участие выдающийся британский врач Д. Корриган! Любопытно, что выявление аускультацией сердцебиения плода иногда было сюрпризом (и не всегда приятным!) в то время для женщин, безуспешно лечившихся по поводу болезней желудка или асцита (J. Pinkerton, 1981). В первых работах аускультация сердцебинения плода рассматривалась как несомненный признак беременности, но после выхода в 1833 г. работы **E. Kennedy** из Дублина «Observation on obstetric auscultation», спустя десять лет изданной в США, в которой рассматривалось диагностическое и прогностическое значение «шума пуповины», аускультацию сердцебиения плода начали использовать для оценки его состояния. Большое внимание уделяли этому выдающийся немецкий акушер-гинеколог, директор клиники Шарите (и большой поклонник Ф.А. Месмера!) **К. Клюге (Carl Alexander Ferdinand Kluge (1782-1844)** и его ученики **Josef Servaz drOutrepont (1773-1845), Adam Ulsamer (1795 - после 1840), C. J. Haus (1799 - после 1830), Carl August Ferdinand Lau (1799 - ?), Ludwig Heinrich Sophus Christian Karl Wilhelm Winckel (1809-1892),**причем двое последних использовали результаты аускультации плода в своих докторских диссертациях, а сам Клюге изучал изменения сердцебиения плода во время родовых схваток. Таким образом, уже в начале 30-х гг. XIX века немецкие врачи имели достаточно полное представление о возможностях аускультации в акушерстве. **Г. Негеле (Hermann Frantz Joseph Naegele,1810-1851),** немецкий акушер-гинеколог, сын знаменитого **Franz Karl Naegele (1778–1851),** предложившего метод вычисления даты родов («кривая Негеле») (известны «кососуженный таз Негеле», перфоратор, щипцы и кривые ножницы Негеле), в 1838 году опубликовал 140-страничную моногра-


И.П. Лазаревич

фию по акушерской аускультации. Позже в России ее применяли П. Гальтер (1845), **Иван Павлович Лазаревич (1829-1902),** профессор акушерства Харьковского университета, изобретатель одной из моделей акушерских щипцов, *«приват-доцент с правом чтения лекций по теоретическому акушерству и женским болезням Медико-хирургической академии»* **Василий Маркович Флоринский (1834-1899)**, П.И. Кубасов (1879) и др. Но прошло еще много лет, пока выслушивание сердцебиения плода не стало рутинной процедурой, а парижский профессор-акушер **А. Пинар (Adolphe Pinard, 1844–1934)**, разработавший метод пальпации плода, не предложил в 1895 г. свой знаменитый стетоскоп, которым по сей день пользуются акушеры всего мира.

Р. Лаэннек, безусловно, успешно соединил клинический и анатомический опыт, и, казалось бы, врачебное сообщество должно было это только приветствовать, но не тут-то было! Привыкшие работать традиционно, врачи и прежде всего именно французские, увидели в стетоскопе угрозу своему благополучию и не находили в нем особых преимуществ, упирая особенно на то, что новый инструмент никак не помогает лечить больного, а ведь этот момент был важным в аускультации Лаэннека! Сомнения оставались у врачей и тридцать лет спустя, что и не удивительно, только стетоскоп здесь был не при чем. Терапевтический «нигилизм» Й. Шкоды, «скептицизм» У. Ослера, сомнения С.П. Боткина и В.П. Образцова в действенности лекарственной терапии имели под собой реальную основу - ничтожное количество сколько-нибудь эффективных фармацевтических препаратов в середине XIX века, да и позднее (В.Ф. Семенченко, 2002). Сторонники Лаэннека в этих случаях приводили примеры излечения легочных заболеваний, установить диагноз которых помог именно стетоскоп! Р. Лаэннек и его стетоскоп становились предметом карикатур и сатирических памфлетов, в одном из которых было сказано, что стетоскоп это *«подлинный микроскоп для уха, через который слышно, как кашляют блохи»!* В другом случае утверждалось, что с помощью стетоскопа его энту-


А. Пинар

Стетоскоп Пинара

зиасты хотят *«положить болезни на музыку: посредством слуховых трубок пытаются услышать их тоны, чтобы со временем можно было записать их нотами и сыграть на фортепиано»* (Й. Лахмунд, 2008). Но как бы то ни было, стетоскоп и аускультация продолжали успешно применяться. Примечательно, что профессор клиники Шарите **Ж. Бо (Joseph Honoгй Simon Beau, 1806 - 1865)** не только описал «ногтевые линии », но издал монографию о клиническом и экспериментальном применении аускультации в диагностике болезней сердца (1856), в которой для определения сердечной недостаточности впервые предложил термин «асистолия». Собственно говоря, Лаэннек, кроме стетоскопа, сделал две великих вещи: он предложил и усовершенствовал методику аускультации и развил (создал!) семиотику аускультативных признаков. То же сделал и П. Пьорри в области перкуссии. Дальше наступил период создания физической теории обнаруживаемых аускультацией и перкуссией явлений. Пророк в своем отечестве встречается нечасто, и случай Лаэннека лишь подтвердил это правило. Французские врачи, даже очень одаренные, принимали стетоскоп не без оговорок. Яркий пример тому – выдающийся французский клиницист **П. Луи (Pierre Charles Alexander Louis, 1787-1872).** Он родился 14 апреля 1787 г. в провинции Шампань в семье винодела Жана-Батиста Луи (Louis) и Мари-Луизы Шарлотты, урожденной Hemart. Учился медицине в Реймсе и Париже, доктором медицины стал в 1813 году. С 1814 по 1820 гг. он жил в России, подтвердил докторскую степень в Медико-хирургической академии в Петербурге, работал практическим врачом в Одессе, участвовал в ликвидации эпидемии дифтерии. П. Луи был шокирован громадной смертностью во время нее и врачебным бессилием и решил, что надо на время отказаться от врачебной практики и продолжить учебу. Вернувшись в Париж, в течение полугода практиковался в детской больнице, а затем стал «клиническим клерком» (интерном) Ф. Шомеля и учился еще шесть лет. Затем он работал в госпиталях Отель-Дье и Шарите и буквально жил в мансардном этаже последнего! Стремясь постичь медицину, он отказался от частной практики, не желая жертвовать занятиями в госпитале. Методичный подход П. Луи к исследованию больного, в т.ч. исключительно подробный анамнез

«Линии Бо»

П. Луи

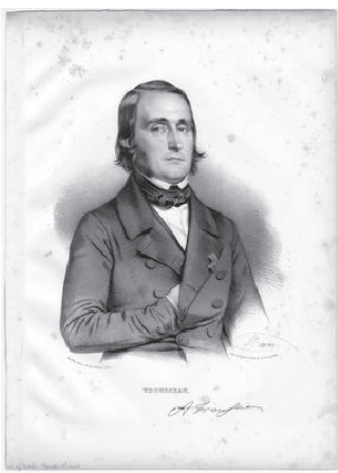
жизни и болезни был безупречен! Почему не его, а Г.А. Захарьина считают «отцом» анамнестического метода, непонятно. Он славился в Париже как клинический преподаватель, в частности, его учеником был О.В. Холмс, выдающийся американский врач и патолог, который говорил, что популярность Луи среди американских студентов достигала степени идолопоклонства! П. Луи занимался инфекционными болезнями (изучал желтую лихорадку в Гибралтаре) и туберкулезом. Он был автором основаннной на анализе почти 2000 случаев и 358 вскрытий монографии по патологии последнего (1825) и нескольких значительных работ, самой известной из которых являлась «Recherches sur les effects de la saignere dans quelques maladies inflammatoires et sur l'action de l'ermertique et des versicatoires dans la pneumonie»,1835. Именно она заставляет считать П. Луи основателем клинический эпидемиологии. Он проанализировал эффективность лечения больных пневмонией принятым тогда кровопусканием. Это была применявшаяся в течение 2500 лет методика лечения, основанная на чистой эмпирии. В 1800-х гг. XIX века пиявки извлекали у бедных французов до 5 млн. литров крови ежегодно! Луи сделал первую попытку рандомизировать больных по полу, возрасту и тяжести болезни, определяемой, естественно, только клинически, и убедительно показал, что смертность у тех, кому делали кровопускание в раннем периоде болезни, возрастала! П. Луи, однако, не рекомендовал совсем отказываться от кровопускания и даже отдавал предпочтение ланцету перед пиявками, но рекомендовал осторожнее подходить к выбору больных! Единственным недостатком своего «числового метода» П. Луи считал его значительную трудоемкость и то, что подобными исследованиями надо было управлять, а у занятых сверх меры врачей времени на это не было! Примечательно, что Луи не был профессором и членом Медицинского факультета, и академическое сообщество смотрело на него снисходительно при всех его достоинствах как клинициста. Врачи уже тогда не ладили с «академистами», это стало закономерностью, подтверждаемой мнением видного клинициста и представителя академической науки*: «...клиницисты, не имеющие особого отношения к науке, обычно считаются «хорошими врачами», а клиницисты с талантом научных исследователей обычно считаются теоретиками, хотя бы они и были одновременно отличными врачами и диагностами; ошибки первых прощаются и забываются, вторых – нет»* (А.Л. Мясников, 2011).

П. Луи

Три талантливых английских студента, учившихся у Луи:

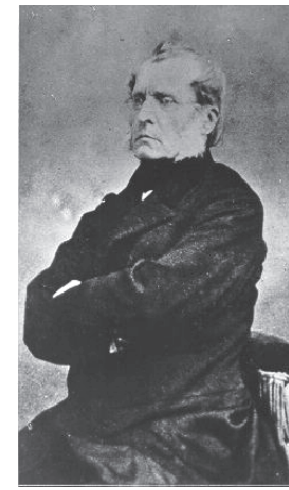
William Farr (1807-1883) (предложивший несколько ключевых па-

раметров клинической эпидемиологии), **William Guy** и **William Budd (1811-1880)** основали в 1834 г. «Общество статистики» в Лондоне. Фарр был выдающимся реформатором подхода к «общественному здоровью» и одним из первых связал качество жизни и заболеваемость. В 1832 г. «Общество медицинского наблюдения» было образовано в Бостоне также студентами Луи, а в 1851 г. O.W. Holmes, **George Shattuck** (тоже учившийся у Луи) и **Edward Jarvis** основали «Американское статистическое общество». Поразительно, что в середине XIX века, когда в России еще действовало крепостное право, передовые европейские и американские врачи уже занимались «медициной, основанной на доказательствах»! П. Луи, несомненно, один из самых выдающихся клиницистов своего времени (в 1848 г. консультировал Ф. Шопена, в 1850 г. был лечащим врачом О. де Бальзака), но в «Лекции о выслушивании груди», опубликованной в «Лондонской медицинской газете» в 1837 г. он минимизировал значение стетоскопа и, возражая Лаэннеку (профессору и академику!), утверждал, что невооруженное ухо слышит звуки не хуже, а случаи, когда врачи должны пользоваться этим посредником, не являются частыми. Любопытно, что в своей знаменитой монографии о туберкулезе П. Луи каждый раз указывал, когда он использовал стетоскоп (подразумевается, что в остальных случаях он применял непосредственную аускультацию). При этом П. Луи предложил...свою модель стетоскопа! По злой иронии судьбы единственный сын П. Луи и маркизы De Montferrier, Арман Луи, заболел туберкулезом и умер в 1854 г. в возрасте 18 лет. После этого убитый горем и разочарованный бессилием своей профессии, П. Луи вышел в отставку и до конца жизни, а умер он в 85 лет, медициной больше не занимался... (A. Morabia, 2004, 2006). Российский врач И. Петровский, учившийся у П. Луи, писал о нем: *«Основатель новейшего скептицизма в медицине был человек неутомимого прилежания, поставивший целью для своих трудов отыскание истинного и положительного, отыскание правды в медицине, и отыскавший эту правду в самом точном изучении фактов, при оценке которых он обнаруживал редкое беспристрастие и ученую правдивость»* (И. Петровский, 1865).

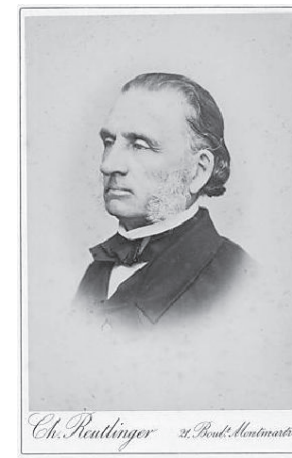


А. Труссо

С гораздо большим энтузиазмом восприняли физикальные методы диагностики два других выдающихся французских клинициста: А.Труссо и Ж.Буйо. **А. Труссо (Armand Trousseau, 1801-1867)** был учеником **П.**



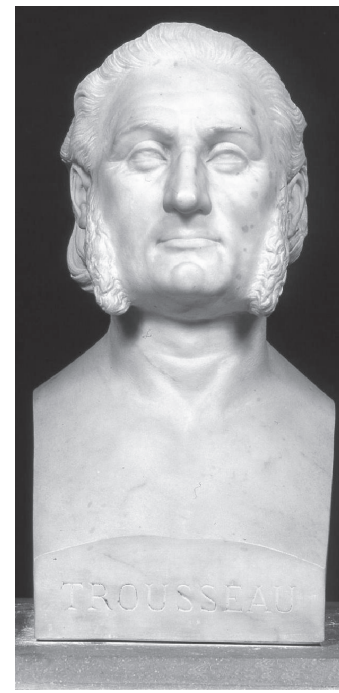
П. Луи



А. Труссо

Бретонно (Pierre Fidel Bretonno, 1778-1862), который впервые описал дифтерию и произвел первую трахеотомию при дифтерийном крупе. Труссо закончил медицинский факультет в 1825 году, а уже в 1827 г. стал профессором-агреже. Он был одним из первых инфекционистов, автором работ по желтой лихорадке и туберкулезу гортани, описания скарлатины, кори, коклюша, брюшного тифа (http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2490.html). Труссо был сотрудником Ж. Рекамье в госпитале Отель-Дье, профессором терапии и фармакологии Парижского факультета с 1850 года, членом Академии медицины, кавалером ордена Почетного Легиона. Труссо сменил на кафедрах Шомеля и Гризолля, был уволен со службы за отказ присягнуть Наполеону III после государственного переворота, но потом возвратился. Он один из самых выдающихся врачей своего времени, которого сравнивают с Р. Брайтом и Т. Аддисоном. Его называли *«лидером французского терапевтического Ренессанса»* (http://armandtrousseau.wifeo.com/). Любопытно, что С.П. Боткин, посетивший клинику А. Труссо в начале 60-х гг., писал, что *«Он* (Труссо-Н.Л., В.А.) *делает впечатление не столько ученого профессора, сколько оратора, адвоката. Клинику Труссо держит рутинно, лечение назначает совершенно эмпирически»*, Одной из главных причин успеха Труссо, по мнению Боткина, является *«его ораторская способность, сильно подкупающая французов»* (Б.В. Гайдар и соавт., 2007). Да что это за беда такая – С.П. Боткину, похоже, никто из европейских корифеев (как и российских!) в это время угодить не смог, ни Э. Гоппе-Зейлер, ни Р. Вирхов, ни И. Оппольцер, ни Ф. Гебра, ни К. Бернар! АрманТруссо, между тем, являлся основателем ларингологии, он выполнил первую трахеотомию с интубацией (двойная трубка Труссо), но прежде всего он был выдающимся терапевтом. Известно его высказывание: *«Конечно, мы многим обязаны нашим предшественникам и современникам: они довели диагностику до удивительной точности, но послужили этим только семиотике. Медицинская наука оказала успехи, но искусство лечить осталось почти тем же, что было и прежде...»* Блестя-

ще владея перкуссией (учился у Пьорри и Рекамье!) он на деле показал ее значение в клинике: в 1843 г. в его клинику поступила 16-летняя больная, у которой Труссо обнаружил *«громадное скопление в области левой плевры, доходившее до самой ключицы»*. Сердце было смещено и заходило далеко за среднюю линию. Кровопускание, применение каломеля, ограничение питья и «шпанские мушки» не дали облегчения и появилась одышка, и признаки коллапса. Тщательно проведя перкуссию, Труссо решился на торакоцентез, выпустив около 800 мл прозрачного экссудата. Больная была спасена. Труссо успешно провел повторные операции и читал об этом лекцию студентам (А.Г. Лушников, 1962). Он был автором правила, которого врачи придерживались до первой четверти XX века (когда появилась возможность рентгеновского исследования): производить плевральную пункцию во всех случаях, когда тупость при перкуссии распространяется на всю или почти всю половину грудной клетки. Одна из клинических лекций Труссо называлась «О выстукивании». В 1844 г. ученик Труссо **Л. Дамуазо (Louis Hyacinthe Celeste Damoiseau, 1815-1890)** описал перкуторно определяемую верхнюю границу экссудата в плевре, проходящую от позвоночника латерально и вверх до задней подмышечной линии, затем вниз и кпереди до среднеключичной. Эту границу называют «линией Эллиса-Дамуазо», хотя **К. Эллис (Calvin Ellis, 1826-1883)** описал ее ровно тридцать лет спустя после Дамуазо! Учениками Труссо были выдающиеся клиницисты **Э. Ласег (Ernest-Charles Lasigue, 1816-1883)**, **Ш. Броун-Секар (Charles-Edouard Brown-Sequard, 1817 – 1894)** и **Я. Да Коста (Jacob Mendez Da Costa, 1833-1900)**.



Бюст Труссо

...В конце жизни (он сам поставил себе диагноз смертельной болезни, основываясь на им же описанном симптоме - «блуждающем тромбофлебите») Труссо писал: *«Можно смело сказать, что преобладающий характер нашей эпохи выражается в применении к врачебным целям физических способов исследования и что наша наука, по-видимому, стремится достичь той же точности и строгости, которые свойственны так называемым точным наукам»* (А.Г. Лушников, 1962). Вечная мечта врачей вывести медицину из области «наук гадательных» к точным!

А. Труссо имел сына, **Ж. Труссо (George Phillippe Trousseau, 1833-1894)**, который тоже был врачом, но медицина его не очень увлекала, а больше нравились казино, где он чаще проигрывал, но скрывал это от отца. После того, как у А. Труссо был обнаружен запущенный рак желудка, Ж. Труссо в течение двух месяцев ухаживал за ним и через каждые два часа делал ему подкожные инъекции морфия из-за сильных болей... Позже, когда его винили в смерти отца, он с горьким сарказмом отвечал, что отец умер не от переживаний за него, а от рака желудка...-

Надгробие А. Труссо

После смерти отца вконец проигравшийся Ж. Труссо буквально сбежал в Австралию, оставив в Париже жену и двух детей. Без гроша в кармане он оказался сначала в Австралии, затем на Гавайских островах, но его судьба оказалась счастливее, чем у Д. Хатчинсона: он там неожиданно проявил себя как хороший врач и удачливый предприниматель. Он разводил скот на ранчо, сажал сахарный тростник, держал страусиную ферму и при этом занимал административные посты в местном совете по здравоохранению (являлся даже его президентом), был одним из основателей первого на Гавайях лепрозория, но главное – был лечащим врачом членов королевской семьи, правившей там! В конце жизни Ж. Труссо был втянут в судебную тяжбу со своей бывшей женой, потом последовал крах монархии и аннексия Гавайских островов США. Ж. Труссо подал в отставку и вскоре умер... Арман-Труссо, видевший в нем своего наследника в области медицины, был горько разочарован, ведь все могло пойти иначе, если бы Ж. Труссо взялся за ум,

А. Труссо

Fig. 1. Doctor Georges Phillipe Trousseau. (BPBM photo collection.)

Ж. Труссо

Надгробие Ж. Труссо

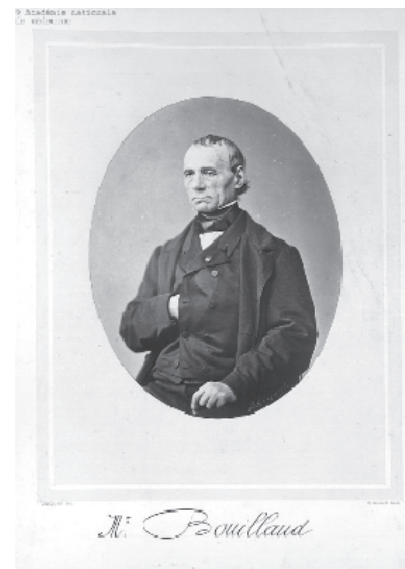
занялся наукой и унаследовал от отца огромную частную практику. С другой стороны, Жорж Труссо все-таки стал врачом! А бегство на край света лишь позволило спрятать свой «скелет в шкафу» (Ж. Труссо прямо писал об этом...) В Гонолулу, между прочим, есть улица Ж. Труссо! (J. Greenwell, 1991).

Ж. Буйо (Jean Baptiste Bouillaud, 1796-1881), блестящий выпускник Ангулемского лицея и знаток латыни, под влиянием дяди, военного хирурга Ж. Буйо приехал в 1814 году в Париж получать медицинское образование, но после вступления в него армии союзников учебу оставил, во время Ста дней вступил в гусарский полк, но вскоре вернулся к медицине. В отличие от Труссо склонности к хирургии не имел, однако был преданным учеником Г. Дюпюитрена и после смерти последнего даже произвел аутопсию его тела...Буйо называют также «пылким учеником» Бруссе, но, подобно Лаэннеку, он усердно посещал и лекции великого Корвизара. Его интерес к физиологии поддерживался занятиями у Ф. Мажанди. 23 августа 1823 г. Ж. Буйо стал доктором медицины. Любопытно, что в его докторских тезисах фигурировало использование аускультации в диагностике аневризмы аорты! Необыкновенно продуктивный ученый и выдающийся клинический преподаватель, Буйо занимался, прежде всего, патологией сердца и головного мозга. В 1831 г. он занял кафедру в клинике Шарите (которую возглавляли Корвизар и Лаэннек). Ж. Буйо был деканом медицинского факультета Сорбонны, членом и Президентом Медицинской академии, членом Академии наук, командором ордена Почетного Легиона и лечащим врачом Наполеона III, поэта А. Ламартина (Alphonse Marie Louis de Prat de Lamartine, 1790 -1869) и других знаменитостей (J. Rolleston, 1931; B. Silverman, 1996; H. Kaiser, W. Keitel, 2007). Ухо Буйо было не менее «золотым», чем у Лаэннека! П. Потен писал, что до Ж. Буйо *«все ограничивались констатированием в предсердечной области дующих шумов, но дифференциация пороков сердца на основании аускультации была едва начата ...он знал пороки клапанов во всем их разнообразном проявлении, сумел различить всевозможные анормальные шумы и поставить их в зависимость от повреждений соответственных*

Ж. Буйо

отверстий или клапанов...» (П. Потен, 1897). К Буйо-кардиологу ехали больные со всей Франции! Именно кардиологии был посвящен его главный труд - «Трактат о болезнях сердца», изданный в 1824 и 1841 гг. Его вклад в кардиологию является весьма существенным: 1) ему принадлежит описание эндокарда и эндокардита; 2) он сформулировал т.н. «закон совпадения» - поражение суставов при ревматизме почти с роковой неизбежностью сопровождается поражением сердца, в 1841 г. Буйо сделал поправку на тяжесть суставного процесса (легкая форма не обязательно влечет за собой поражение сердца) (ревматизм- «болезнь Буйо-Сокольского»!). Может быть, Буйо, как и Ж.Корвизар, преувеличивал, видя везде поражение сердца, но тогда нынешняя казуистика - ревматизм таковой не являлась, и Буйо имел дело с крайними и тяжелыми случаями, хотя «закон Буйо» очевидно не соблюдался у детей, у которых встречался «амбулаторный ревматизм». Он мог приводить к формированию порока без острых проявлений! Уже в 1853 году профессор патологической анатомии Московского университета и редактор «Московского врачебного журнала» **Алексей Иванович Полунин (1820-1888)** и профессор терапевтической клиники Эрлангенского университета **К. Канштатт (Karl Friedrich Canstatt, 1807-1850)** писали о том, что *«ревматическая горячка с ревматическим воспалением сердца может быть и без ревматизма сочленений»* и что *«в сердце, кроме сердечной сорочки, поражается эндокард и даже сама мышца сердца»* (Е.М. Тареев, 1972). Ж. Буйо первым использовал точное взвешивание и измерение сердца - он фактически создал топографическую анатомию сердца. Но куда важнее было то, что в аускультации сердца Буйо продвинулся намного дальше Лаэннека! Он блестяще владел аускультацией (стетоскопом Пьорри) и, по словам его ученика

Ж. Буйо



Президент Медицинской Академии Франции Ж. Буйо

Г. де Мюсси

П.Потена: *«...различал органические и физиологические дующие шумы, исключительно к функциональным относил мягкий систолический шум, выслушиваемый у основания сердца и распространяющийся на сосуды шеи, причиной большинства этих шумов считал анемию»* (J. Rolleston, 1931). Ж.Буйо описал вихревой венозный шум - «bruit de diable»-«шум дьявола» («дьяволом» называли во Франции детский волчок, поэтому другое название – «шум волчка»). Ему принадлежит одно из описаний «ритма галопа» (П. Потен говорил, что Буйо часто употреблял термин «шум галопа» – «bruit de galop» и описал этот ритм в 1840 г., т.е. гораздо раньше Л. Траубе), трехчленной мелодии при митральном стенозе – «bruit de rappel», и «неистовства сердечной деятельности» - мерцательной аритмии. Любопытно, что определение мерцательной аритмии «delirium cordis»- «бред сердца» является именно аускультативной характеристикой - *«...беспорядочное чередование более громких и более глухих тонов, а также коротких и длинных пауз создает впечатление какого-то бессвязного «бормотания», настоящего «сердечного бреда»* (В.Ф. Зеленин, 1956). Известно, что Лаэннек не придавал значения шуму трения перикарда, но Буйо в 1836 г. признал его диагностический «вес»: *«Когда он существует, то является действительно характерным»*. Известно, что более чем у трети больных с ревматическим эндомиокардитом поражается перикард. Ж. Буйо слушал таких больных тщательно и нередко обнаруживал более или менее выраженный шум трения перикарда, усиливающийся при глубоком выдохе. Он выделил три разновидности шума трения перикарда: *«шум задевания»*, *«шум новой кожи»* - *«bruit de couit negatif»* и *«шум царапанья»*. Вполне возможно, что Буйо слышал один из компонентов перикардиального шума, который *«состоит из трех компонентов, соответствующих систоле предсердий, систоле желудочков и раннему диастолическому заполнению. Нередко определяется только какой-нибудь один или два компонента шума; чаще всего выслушивается систолический компонент»* (М. Кроуфорд, 2007).

Имя Буйо носят два эпонима: симптом «Буйо-I» - глухой дополнительный тон, выслушиваемый в диастолу над областью визуально определяемого верхушечного толчка и справа от нее при выраженной гипертрофии левого желудочка, и «Буйо-II» - постоянное пульсирующее западение грудной стенки в прекардиальной области при констриктивном

перикардите. Ж. Буйо описал изменение абсолютной сердечной тупости в зависимости от положения больного: в положении сидя границы абсолютной сердечной тупости поднимались вверх на 1-2 поперечных пальца (2-3 см). Буйо считал, что это указывает на проникновение экссудата в верхнюю часть перикарда. Симптом имел значение только при отсутствии экссудата в плевре. По мере дальнейшего накопления экссудата в перикарде симптом исчезает. Ж. Буйо описал альтернирующий пульс как признак тяжкой дегенерации миокарда. Ж. Буйо и видный французский клиницист **Г. де Мюсси (Noel-Francois-Odon Gueneau de Mussy, 1813-1885)** обратили внимание на то, что боль при сухом перикардите часто иррадиирует по ходу диафрагмального нерва. Де Мюсси описал в этих случаях две болевые точки, одну между нижними головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, вторую в углу между мечевидным отростком и реберными хрящами. Эту точку он назвал «диафрагмальной пуговицей».

Ж. Буйо отметил брадикардию при желтухе и развитие альбуминурии (как следствие, раздражения почек) при использовании «шпанских мушек» («пластырный», «нарывной» жук, хрущ). Но особенно любопытно, что он описал тимпанический звук над плевральным выпотом гораздо раньше Й. Шкоды! Достижения Буйо - терапевта, многолетнего последователя Бруссе, были куда скромнее, не случайно О. Холмс сравнил Буйо с «кровавым» доктором Санградо, героем романа А.Р. Лесажа «Жиль Блас», который знал лишь два метода лечения: поить больного и производить кровопускания (J. Rolleston, 1924, 1928, 1931)! Но в истории медицины Ж.Б. Буйо остается не этим, а как выдающийся клиницист, блестящий знаток физикальных методов, доказавший их значимость, а в области кардиологии перещеголявший и Лаэннека!

Учеником и ближайшим сотрудником Ж. Буйо был «первый клиницист Парижа» **П. Потен (Pierre Charles Eduard Potain, 1825-1901**). Он родился 19 июля 1825 года в Париже, в семье, многие члены которой были врачами или хирургами, начиная с 1662 г.! Отец не смог преодолеть курса анатомии и от профессии врача отказался, став почтовым служащим, но он страстно хотел, чтобы Пьер восстановил семейную традицию! И тот оправдал надежды родителя, закончив медицинский факультет Парижского университета и в 1853 г. став доктором медицины. Затем три года П. Потен работал ассистентом знаменитого французского психиатра **Ж. Байярже (Jules Baillarger,**

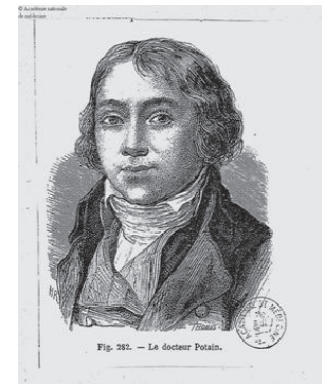


Fig. 282. — Le docteur Potain.

Молодой Потен

Академик Потен

1809-1890) в психиатрической клинике Иври, а в 1856 г. начал работу под руководством Ж. Буйо, что определило его карьеру. П. Потен работал в госпиталях Sainte-Antoine и Hosital Necker, а с 1882 по 1900 гг. – в клинике Шарите. В 1861 г. он стал профессором-агреже медицинского факультета. После короткого перерыва во время войны 1870 г., когда ему пришлось служить в пехоте (!), он вернулся к академической деятельности и с 1876 г. он - профессор клинической медицины. Среди его учеников были А. Вакез и Сципионе Рива-Роччи, который в истории медицины известен изобретением сфигманометра. С момента защиты докторской диссертации, посвященной сосудистым (анемическим) шумам, Потен уделял основное внимание патологии сердечно-сосудистой системы и проявил себя как замечательно наблюдательный клиницист. Чего стоит его описание яремного венного пульса: *«Видимые колебания в этой области состоят из последовательного наполнения и спадения вен, которые временами становятся настолько заметными, что легко распознаются при осмотре. Кроме медленных колебаний наполнения вен,обусловленных дыхательными движениями и совпадающими с ними по времени, встречаются колебания, которые повторяются с удивительным постоянством и замечательной регулярностью: сначала отмечается медленный подъем, потом два быстрых подъема и, наконец, две глубоких впадины, после которых весь цикл повторяется заново...каждая последовательность такого рода соответствует одному сердечному циклу. Наблюдаемые импульсы временами достигают такой силы, что создается впечатление пульсации сонных или подключичных артерий. Однако внимательный осмотр убеждает, что в действительности эти события происходят во внутренней яремной вене»* (П. Потен, 1898). Блестя-

Сенатор Потен

ще! П. Потен доказал, что возможности диагностики вовсе не исчерпаны стетоскопом и плессиметром, но он великолепно владел ими: при сифилитическом мезаортите и аневризме аорты он описал расширение границы сосудистого пучка вправо во II межреберьи и металлический оттенок II тона на аорте («шум тамбурина»); увеличение абсолютной и уменьшение относительной сердечной тупости при перикардите; раздвоение тонов сердца при митральном стенозе; кардиопульмональный шум, систолический и диастолический ритм галопа и отличие расщепления I тона от пресистолического галопа. Любопытно, как Потен определял стадию порока клапана: *«Шум недостаточности клапанов обыкновенно представляет в начале болезни высокий тон, который затем понижается по мере увеличения порока; шум сужения отверстия сначала низкого тона, потом, по мере увеличения сужения, делается более высоким»*. Систолический галоп он объяснял сотрясением измененной стенки желудочка, диастолический - быстрым растяжением стенок аорты вливающейся кровью. В 1867 г. он описал различие между артериальным и венозным шумами на шее с помощью элементарного прижатия сосуда! Примечательно, что именно Потен описал IV тон (он имел изощренный слух!): *«...этот тон более глухой, чем нормальные тоны. Скорее это толчок (удар), отчетливая пульсация, чем тон. Когда ухо прикладывается к грудной клетке, то скорее осязаешь этот феномен, чем слышишь его»* (P. Potain, 1867). Тогда же Потен описал ранний систолический тон (тон изгнания). Так что В.П.Образцов, выслушивая «ритм галопа» не стетоскопом, а ухом, был вовсе не оригинален! В 1894 г. Потен описал *«щелчок открытия митрального клапана»* при митральном стенозе (J. Cantwell, 1994). П. Потен предложил классификацию степеней митрального стеноза: *I. Щелчок открытия митрального клапана отсутствует, «раскат»-roulement (диастолический шум митрального стеноза) низкий, I тон громкий, II. Появляется щелчок открытия митрального клапана, «раскат» высокий, первый тон твердый, акцент II тона на легочной артерии; III. Щелчок отсутствует, раскат высокий с интенсивным пресистолическим усилением; IV. Раздвоение II тона с акцентом на легочной артерии*. Примечательно, что Потен, основываясь на этих

«Первый клиницист Парижа» П.Потен

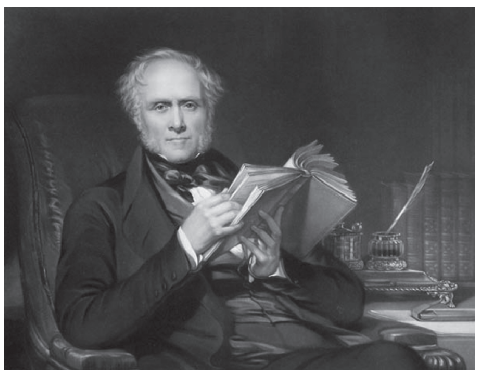
признаках, обнаруживаемых у беременных, высказывал прогноз, можно ли им рожать ребенка (H. Vaguez, 1927). Потен блестяще доказал, что в сущности не так важно - слушать сердце ухом или стетоскопом, а как слушать и что слышать! Ведь до сих пор первоначальный диагноз аортального стеноза базируется исключительно на аускультативных признаках, прежде всего на систолическом шуме и аортальном тоне изгнания (В.А. Алмазов и соавт., 1996). П.Потен описал при митральном стенозе «мейопрагию сердца» - остро (и внезапно!) развивающуюся декомпенсацию сердечной деятельности. При экссудативном перикардите П. Потен описал два важных симптома. Первый состоит в смещении и более высоком расположении верхушечного толчка, второй в распространении сердечной тупости ниже верхушечного толчка. *«Эти изменения*,- пишет он,- *являются следствием скопления жидкости в нижней части сердечной сорочки и отодвигания сердца вверх и кнаружи, по направлению ко второму левому межреберному промежутку»* (P. Potain, 1887). Он обнаружил, что при перикардите при неизменившейся относительной сердечной тупости увеличивается абсолютная тупость. Значение систолического втяжения верхушечного толчка при слипчивом перикардите, описанного Й. Шкодой, Ф. Крайсигом и С. Жакку, П. Потен отрицал. П. Потену посчастливилось дожить до появления рентгеновского метода диагностики, и именно с его помощью он показал ценность перкуссии! Он пришел к выводу, что эти методы могут взаимно контролировать друг друга, но что *«радиоскопия никогда не должна заменять перкуссии, да и не может ее заменить»* (P.Potain,1901). Ему принадлежат пионерские работы по сфигмографии. П.Потен изобрел аппарат для аспирации экссудата из плевральной полости – «аппарат Потена» и вместе с **Л. Малассе (Louis-Charles Malassez, 1842-1909)** – первый гемоцитометр (http://www.scientistsolutions.com/science-pages.aspx?id=9b5af84f-6f05-478f-b29b-e863614868e6). П. Потен был членом Академии Наук, Академии Медицины и Института Франции, командором Ордена Почетного Легиона, сенатором.

Глава III. Англия

Большинство врачей, считающих стетоскоп бесполезным, скорее всего, просто не умеют им пользоваться.

Д.К. Фаулер, 1898

Символично, что такой фразой подытожил историю стетоскопа в XIX веке именно английский врач, причем очень известный и авторитетный, и, прежде всего, как специалист по болезням легких - **Джеймс Фаулер (James Kingston Fowler, 1852-1934)**. Британские врачи имели на это полное право! Массовый английский «десант» учеников Лаэннека не только значительно расширил область использования стетоскопа, но и существенно углубил основы аускультации. И произошло это благодаря нескольким выдающимся британским врачам. **Д. Форбс (John Forbes, 1787-1861),** уроженец Шотландии, выпускник Королевского колледжа хирургов в Эдинбурге, военно-морской хирург в 1807-1816 гг., участник войны против Наполеона, стал членом медицинского факультета Эдинбургского университета в 1816 г., когда ему было 29 лет. Через год он стал доктором медицины, после чего начал врачебную практику в графстве Корнуолл. Друг Форбса, Д. Кларк, привез первый стетоскоп из Парижа в 1818 г. (в Лондоне стетоскопы продавались уже в ноябре 1819 г.), и Форбс очень заинтересовался им (документально доказано, что он использовал стетоскоп при исследовании 7 пациентов во второй половине 1821 г.), а затем и книгой Лаэннека, сделав ее перевод на английский язык. Уже первое издание книги Лаэннека разошлось в Англии в количестве 500 экземпляров, что для иностранной книги было большой редкостью! В 1824 г. Д. Форбс стал автором своей главной, новаторской работы, которая иллюстрировала успешное использование стетоскопа и перкуссии в диагностике. При этом примечательно, что Д. Форбс и не ду-



Д. Форбс

Д. Форбс

мал скрывать своего скептицизма: *«Мне представляется в высшей степени сомнительным, что стетоскоп,невзирая на его высокие достоинства, получит всеобщее распространение, поскольку его применение, каким бы благотворным оно не было, требует долгого времени и причиняет большие неудобства как больному, так и врачу, и все из-за того, что весь вид стетоскопа противоречит нашим привычкам и представлениям. Надо признать, что есть что-то нелепое в такой картине: серьезный, исполненный важности врач, выслушивающий грудную клетку больного через длинную трубку, словно болезнь, гнездящаяся там,- живое существо, которое что-то сообщает ему изнутри. Помимо этого, данный метод представляет собой некий самоуверенный вызов, претендующий на точность, каковая, при первом же рассмотрении, не может не возмутить ум, глубоко погруженный в знания и неопределенности нашего искусства, и не нарушить спокойствие и осторожную философичность, к которой так привыкли врачи. Учитывая все эти возражения, а также и другие, о которых я здесь не упоминаю, могу заключить,что новый метод может быть в скором времени применен лишь к ограниченному количеству болезней и, в любом случае, никогда не станет всеобщим»* (J. Forbs, 1821). Кроме переводов книги Ауэнбруггера, выдержек из книг Корвизара, Лаэннека и работы V. Collin (1824) «Физические признаки болезней груди», в качестве иллюстрации Форбс привел 39 очень подробных историй болезни, причем в случаях, закончившихся смертью больных, физические симптомы, обнаруженные у них при жизни, проверялись на секции. Это было *«импортом доктрины Лаэннека в британскую практику»*. Д. Форбс в 1827 г. переводит второе издание книги Лаэннека, в 1829 г. переиздает его, а в 1834 переводит уже третье издание (1831), редактором которого был М. Лаэннек. Примечательно, что в 1823 году перевод Форбса был издан в Филадельфии J. Webster, и американские врачи узнали об открытии Лаэннека еще при его жизни! Несмотря на известный скептицизм Форбса в отношении трактовки Лаэннеком некоторых симптомов и возможности широкого распространения стетоскопа, его работа сильно способствовала распространению в Англии и США и самого инструмента, и аускультации, и перкуссии, о которой английские врачи не имели представления. Форбс являлся одним из самых авторитетных клиницистов своего времени, он был консультантом известнейшего в Европе Бромптоновского госпита-

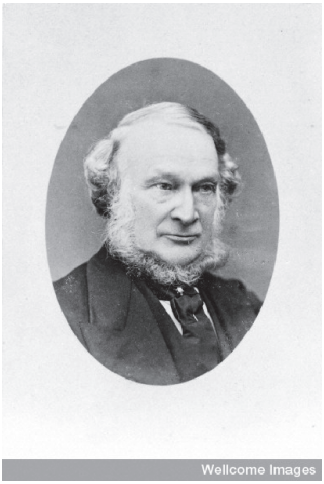
Ч. Вильямс в молодости

ля грудных болезней (1846) и занимал пост гоф-медика королевы Виктории, которая в 1853 г. удостоила его рыцарского звания (R. Agnew, 2008). И хотя имя Д. Форбса не было названо в числе первых имен медиков викторианской эпохи, тем не менее он является таковым (Br.Med.J, 1, 1897). А вот младшего коллегу и друга Д.Форбса называли «пионером аускультации в Англии». Речь идет о **Ч. Вильямсе (Charles James Blasius Williams, 1805-1889)**. Он родился в1805 г. в Уэллсе, в семье священника и дочери хирурга, младшим из девяти детей, получил великолепное домашнее образование и в 1820 г. поступил в медицинскую школу в Эдинбурге, а уже в 1824 (в 19 лет!) стал доктором медицины. В 1824 г. он в Лондоне слушает лекции сэра Чарльза Белла, а в 1825 г. уезжает в Париж, где активно посещает лекции Р. Лаэннека в клинике Шарите, осваивая стетоскоп и искусство аускультации из первых рук. Вильямс был автором карандашного портрета Лаэннека, который кажется гораздо ближе к оригиналу, чем существующие канонизированные изображения.

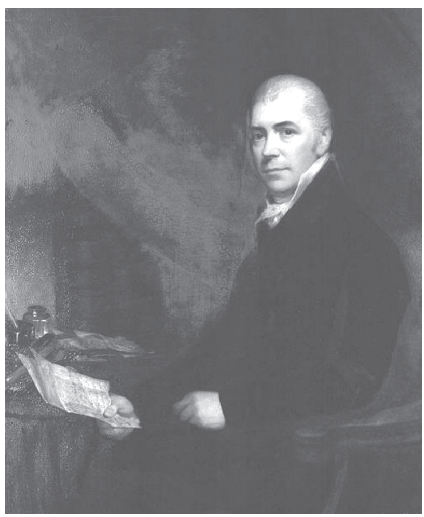
Портрет Лаэннека, рис. Ч. Вильямса

Он описывал Лаэннека как *«изящного, худого человека с живым восприятием и высоким интеллектом» и восхищался его «великолепной наблюдательностью»* и тем, что Лаэннек учил своих студентов, используя новую терминологию (о которой мы упоминали выше), основываясь на своем опыте и знаниях, исходящих из способности видеть, анализировать и изобретать (M. Silverman, 2007). Ч. Вильямс вспоминал о работе в клинике Шарите: «*Его* (Лаэннека-Н.Л., В.А.) *обход пациентов проходил от десяти до двенадцати часов утра и предоставлял достаточно времени для обследования пациентов и демонстрации студентам аускультации. Мсье Лаэннек у постели больного всегда говорил по-латыни, чтобы не тревожить больных подробностями их болезней, а также в интересах многих иностранцев, посещающих клинику, которые не знают французского языка. Потом следовала лекция на французском, если не было вскрытия, которое он проводил с обязательным использованием анатомического пинцета в руке и хлорной извести. Он всегда боялся трупной инфекции, еще не зная о том, что уже был болен чахоткой, от которой и умер чуть больше года спустя... было удивительно, как мало он был оценен французскими студентами. Те, кто присутствовал в его клинике, были в основном иностранцы; и на его лекциях по медицине в Коллеж де Франс было очень немного его соотечественников, которых больше увлекал яркий Broussais,*

который пленил их своей грандиозной и радикальной гипотезой, не утруждая слушателей подробным изложением объективных фактов...Кроме его клиники в больнице Шарите Laennec был профессором систематической медицины в Коллеж де Франс. Я там присутствовал на его лекциях и, хотя они не были по форме первоклассными, я записывал их на латыни (мой французский оставлял желать много лучшего)...» (Ч. Вильямс, 1882).Против имени Вильямса в списке Лаэннека стоит фраза «мой друг». Любопытно, что у самого Вильямса было большое сходство с Лаэннеком: классическое образование, серьезные религиозные убеждения и неуемное честолюбие! После возвращения в 1827 г. в Англию, воодушевленный обучением у Лаэннека, Вильямс начал изучение ценности стетоскопа как диагностического инструмента и интерпретацией звуков, слышимых при аускультации. Вильямс, хотя и был очарован гением Лаэннека, но все-таки не настолько, чтобы не понять, что за настойчивым утверждением, что каждый слышимый звук соответствует определенному состоянию органа, стоит эмпирическая традиция! Удивительно для клинициста со столь глубокими знаниями патологической основы болезней как Лаэннек! Вильямс понял, что нужно более простое, но основанное на физиологическом подходе объяснение природы аускультативных феноменов. В 1828 г. он издал работу «Рациональное представление о физических признаках болезней груди», которая была посвящена сэру **Генри Халфорду (sir Henry Hallford, 1766-1844),** президенту Королевского колледжа врачей. Любопытно, что Г. Халфорд не знал ни перкуссии, ни стетоскопа! *«Я считаю,- писал Вильямс, - что наиболее плодотворным путем к изучению стетоскопических явлений является изучение акустики»*. Примечательно, что уже к концу 1830-х гг. Вильямс пришел к обоснованному выводу, что ни громкость, ни характер обнаруженных при аускультации сердечных шумов сами по себе еще не



Профессор Вильямс

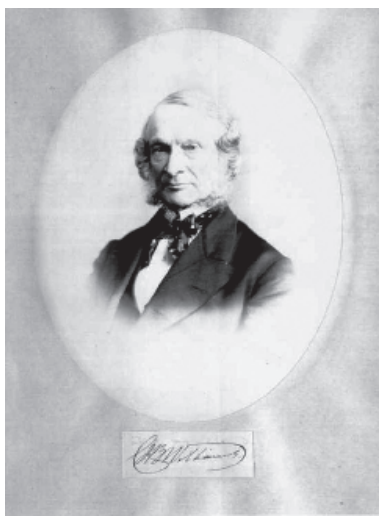

Г. Халфорд

А.Милс «Врач».

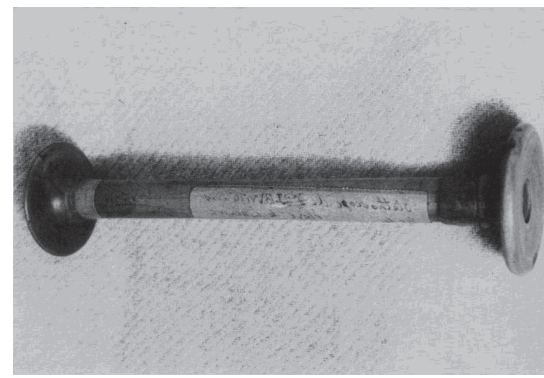
свидетельствуют о степени поражения сердца, и одним из первых указал на необходимость оценки сердечной недостаточности как критерия тяжести страдания органа. Он сначала придерживался представления Лаэннека: первый тон сердца имеет мышечное происхождение, затем склонился к тому, что в основе лежит сокращение митрального и трикуспидального клапана, а миокард играет второстепенную роль. Второй тон сердца, согласно Ч. Вильямсу, производит закрытие аортального и клапана легочной артерии. В основе лежали эксперименты на сердце осла. Работа была выполнена при сотрудничестве другого видного клинициста, Д. Хоупа, но это было сотрудничество-соперничество, которое, как это нередко бывает, привело к вражде между талантливыми врачами, притом однокашниками и друзьями! Историки медицины отдают первенство в этом вопросе все-таки Д. Хоупу, который не уставал спорить с Вильямсом о приоритете до самой смерти.

На картине А. Милса «Врач» мы видим «офис» английского врача середины XIX века. Слева, на полке – стетоскоп.

Ч. Вильямс обладал выдающейся работоспособностью: в 1848-49 гг. он, кроме выполнения врачебных обязанностей, прочитал около 150 лекций! В семидесятых годах XIX века Вильямс стал участником упорной полемики с доктором



Ч. Вильямс



Стетоскоп Вильямса

А. Лиэредом (Arthur Leared, 1822-1879), известным английским врачом. Лиэред был не только участником Крымской войны, но и изобретателем бинаурикулярного стетоскопа (две трубки из гуттаперчи, имевшие на концах плоские ушные диски, присоединялись к деревянному стетоскопу, но, к сожалению, врачу надо было иметь три руки, чтобы управляться с этим инструментом!). В отличие от Вильямса Лиэред считал, что звуки сердца – суть продукт трения струи крови, его докторская диссертация так и называлась «Звуки, вызываемые циркуляцией крови» («On the Sounds Caused by the Circulation of the Blood», 1861), или самого сердца о грудную стенку. Ч. Вильямс, к тому времени обладавший огромным клиническим и экспериментальным опытом, стоял на позиции клапанного происхождения тонов. Это было принципиально важным для диагностики, хотя вовсе не отрицало значение пропульсивной силы миокарда для интенсивности тонов. Хотя не так уж не прав был Лиэред, если и современный специалист пишет: *«Тоны сердца возникают вследствие резкого ускорения или, наоборот, замедления потока крови либо при быстром изменении внутриполостного давления в сердечных камерах и возникающих при этом колебательных движениях анатомических структур сердца в разные фазы сердечного цикла»* (M. Crawford, 2007). Ч. Вильямс подробно описал и объяснил диастолический шум при митральном стенозе и активно изучал функцию бронхиального дерева. В остроумных экспериментах с использованием гальванического тока он показал, что при сокращении трахеи и крупных бронхов их просвет сужался не менее чем наполовину! Данные Вильямса хорошо сочетаются с современным представлением о гиперреактивности бронхов как основного патофизиологического механизма бронхиальной астмы. Ч. Вильямс занимался усовершенствованием стетоскопа: в 1829 г. он предложил один из первых образцов бинаурикулярного стетоскопа с двумя металлическими трубками, но эта негибкая и неуклюжая модель не была принята, затем он усовершенствовал классический стетоскоп Лаэннека, который подарил ему собственноручно изготовленный инструмент, и своим стетоскопом пользовался до конца

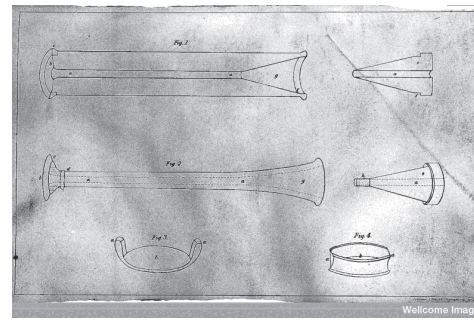
Аускультация ребенка (Англия, рис. первой половины XIX в.)

своей врачебной карьеры. Совсем не случайно ученик Лаэннека Ч. Вильямс и его переводчик Д. Форбс стали первыми консультантами Бромптоновского легочного госпиталя, организованного по инициативе известного адвоката и деятеля консервативной партии Ф. Роса, который отдавал себе отчет в наличии в Англии пандемии туберкулеза и необходимости борьбы с ним. В 1841 г. Ч. Вильямс стал экстраординарным врачом королевы Виктории. Он считался одним из самых выдающихся клиницистов своего времени, блестящим знатоком патологии легких и после тридцати лет работы в Бромптоновском госпитале писал о 26000 (!) больных, которых он консультировал. В 1845 г. в большом труде «Принципы медицины» Ч. Вильямс детально описал методику перкуссии и аускультации, причем подчеркивал достоинства пальце-пальцевой перкуссии, и тщательно сравнил непосредственную и опосредованную аускультацию, причем указал и на источники артефактов при ней (трение волос или одежды врача о кожу пациента, воспринимаемые как шумы при непосредственной аускультации и т.д.). В сущности говоря, он оставил бесспорный приоритет непосредственного выслушивания только для детской практики (дети боялись стетоскопа!). К стетоскопу он предъявлял следующие требования: инструмент не должен искажать звуков, лучший материал для его изготовления - дерево с продольной древесиной (кедр, сосна), инструмент должен иметь длину 8 дюймов (дюйм=2,54 см) и диаметр 1,5 дюйма, с каналом в центре в $^1/_4$ дюйма и т.д. Для уменьшения хрупкости инструмента он стал использовать красное дерево и грецкий орех, а впоследствии эбеновое дерево, которое имело и одно преимущество: оно не имело пор, не боялось воды и его можно было дезинфицировать после каждого больного, не боясь повредить инструмент (C.T. Williams, 1907). После сорока (!) лет работы Ч. Вильямс разработал «теорию стетоскопа», если можно так выразиться, и на основе этой теории предложил собственный инструмент из платана с твердой (из тиса) воронкой, компактный и с тонкими стенками. Он указывает, что Лаэннек любил демонстрировать сердечный толчок приподниманием его инструмента, установленного на верхушку сердца, а стетоскоп Вильямса, небольшой и легкий, позволял сделать это еще более изящно!

Стетоскоп Вильямса

В 1874 г. Вильямс опубликовал интересную работу «Акустические принципы и устройство стетоскопа и слуховой трубки». К этому време-

ни уже существовали несколько моделей бинаурикулярных стетоскопов, но Вильямс считал свою моноаурикулярную модель лучшей. Он сформулировал основные требования к стетоскопу :



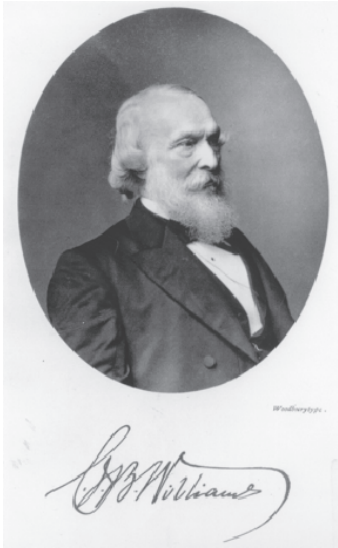
Стетоскоп Ч. Вильямса

1. Материал, из которого изготовлен стетоскоп (лучшей Вильямс по-прежнему считал древесину с продольным строением волокон и легкую). Материал играет такую же роль для акустики стетоскопа, как и для музыкального инструмента, подчеркивает Вильямс. Поскольку деревянные стетоскопы недостаточно прочные и их невозможно дезинфицировать, то спустя сорок лет Вильямс склонился к вулканиту (эбониту). Металл, по его мнению, не годился - он тяжелый (врач ведь должен постоянно носить его с собой) и холодный, что неприятно и для врача, и для пациента.

Слуховые рожки XIX в.

2. Форма стетоскопа: *«воронкообразное расширение на конце лучше конического»*, но оно не должно быть слишком большим (для устранения резонанса). Слишком длинные или с большими резонаторами инструменты могли давать шум, как в морской раковине, затемняющий звуки, которые надо услышать.

Вильямс уже тогда сетовал на городской шум, который очень осложняет работу «аускультатора». Он пишет о диафрагме на грудном конце стетоскопа, которую использовал на одной из моделей (из тонкой резины) и убедился, что она существенно усиливает звук. Позже это использовал немецкий физик-акустик, работавший в Париже, **Р. Кениг (Karl Rudolph Koenig (Kenig), 1832 – 1901)** (Ch.J.B. Williams, 1874). Ч.Вильямс детально описал особенности аускультации у детей (Ch.J.B. Williams, 1845). В 1851-52 гг. он опубликовал несколько статей по физической диагностике болезней брюшной полости, в которых дал полную характеристику перкуторным феноменам при исследовании живота. Вильямс был первым, кто для демонстрации тимпанического звука и его оттенков перкутировал щеку с открытым, как для произнесения звука «О», или закрытым ртом. Он представил тщательную перкуторную «топографию» брюшной полости, что яв-



Ч. Вильямс в старости

ляется весьма важным: тимпанит, обнаруживаемый там, где его быть не должно, может свидетельствовать о наличии значительного количества газа в кишечнике, или о наличии свободного газа в брюшной полости, и Вильямс блестяще демонстрирует это одним из клинических примеров. Он тщательно, к этому и сейчас сложно что-либо добавить, описал методику перкуссии и пальпации органов брюшной полости, причем подчеркивал необходимость при этом успокоить и отвлечь больного, расслабить мышцы брюшного пресса, а для предупреждения усиления боли рекомендовал применять пальце-пальцевую перкуссию, избегать поколачивания и т.д. Ч. Вильямс одним из первых предложил производить сравнительную перкуссию. Любопытно, что Вильямс был автором одной из моделей перкуссионного молотка: рукоятка из слоновой кости и обтянутая вельветом и кожей головка. Ч.Вильямс описал уменьшение амплитуды дыхательных движений грудной стенки при спаечном перикардите (симптом Вильямса), т.н. «трахеальный тон Вильямса» - при значительных экссудатах в плевре он обнаружил при перкуссии тимпанический звук под ключицей, причем при открывании рта он повышался, при закрывании – понижался. Этот симптом, похожий на симптом Винтриха, Вильямс описал в 1838 году, т.е. много раньше немецкого клинициста. Симптом обнаруживался при сильной перкуссии именно верхних отделов грудной клетки, где, по представлениям того времени, чаще локализовались каверны. Он зависил не от наличия полости, а от уплотнения легочной ткани тех отделов легкого, которые лежали между грудной стенкой и трахеей или крупными бронхами.*«Тимпанит получается вследствие колебания воздуха в крупных бронхах среди сжатой воздухом легочной ткани»* (Д.Д. Плетнев, 1922). Любопытно, что при слабой перкуссии в этих же отделах фиксировалось лишь притупление! Ч. Вильямс начал использовать пальце-пальцевую перкуссию с 1828 года, почти одновременно с **У. Стоксом, Д. Хоупом** и **П. Лейтамом (Piter Latham, 1789-1875)**, который первым написал о «сухих и влажных хрипах». Но дело в том, что при пальце-пальцевой методике к звуку добавляются еще и тактильные ощущения, но только в одном случае: если палец-плессиметр ложится на поверхность тела ладонной поверхностью, а Стокс, Хоуп и Лейтам укладывали его тыльной и постукивали по ладонной! Они не считали преимуществом

получить еще и пальпаторные ощущения. А вот их младший современник У.Уолш эту возможность оценил (W.H. Walshe, 1860). Другой современник Вильямса, помощник врача Guy-госпиталя, **H.M. Hughes** (известна модель стетоскопа, которую предложил Хьюз) в 1845 г. в «Клиническом введении в практику аускультации и других физикальных методов» писал, что сочетание перкуссии и пальпации позволяет легче различить плотное тело и жидкость. Хьюз прославился своей работой «Физическая диагностика начинающейся чахотки». Сейчас она кажется наивной, но если учесть, что врачи тогда были лишены рентгеновских и бактериологических методов, то тщательный, скрупулезный подход Хьюза к анализу физикальных данных вызывает уважение. А что же Вильямс? В его работах 1836, 1837, 1840 гг. ничего не говорится о пальпаторной перкуссии, но, вероятно, Ч. Вильямс отдавал пальпаторному ощущению должное, ведь задолго до Ф. Гленара, Ф. Гюйона, С.П. Боткина и В.П. Образцова он детально описал методику пальпации печени, желчного пузыря, селезенки, почек и аускультацию желудка (Ch. Williams, 1852). В 1871 г. Вильямс вместе с сыном, Т. Вильямсом, выпустил монографию «Pulmonari consumpion», где детально проанализировал (на основе тысячи историй болезни!) клинику и диагностику туберкулеза (правда, при повторном издании в 1887 г. пришлось многое поменять, ведь в 1882 г. Р. Кох открыл туберкулезную палочку!) Соавтор и многолетний соратник Ч. Вильямса, его второй сын **Т. Вильямс (Charles Theodor Williams, 1838-1912),** тоже был выдающимся английским врачом. Он родился в Лондоне, учился в престижных школах Брайтон и Харроу, изучал «натуральные науки» в Пемброк – колледже в Оксфорде, затем учился медицине в госпитале Св. Георга и в парижских клиниках. Доктором медицины стал в 1869 году. Его здоровье (он еще в детстве перенес «ревматическую лихорадку») внушало отцу - знатоку туберкулеза большое беспокойство, он считал, что у сына «слабые легкие». Поэтому Теодор Вильямс две зимы провел в Южной Франции и Италии, что позволило ему позже (1867) выпустить руководство по климатолечению. Т. Вильямс преподавал анатомию и физиологию в госпитале Св. Георга и был помощником врача в Бромптоновском госпитале туберкулеза и грудных болезней. В 1871 году он стал врачом, а в 1894 г. – консультантом Бром-

Стетоскоп Хьюза

Т. Вильямс

птоновского госпиталя. Примечательно, что Т. Вильямс вместе с отцом не только проконсультировал 20000-30000 больных туберкулезом, но в течение двадцати лет отслеживал катамнез некоторых из них! В монографии о туберкулезе, вышедшей в 1871 году, перу Т. Вильямса принадлежала треть объема написанного. В 1869 г. он побывал в Давосе, где интересовался «аэротерапией». Т. Вильямс читал пользующиеся большой популярностью лекции о лечении климатом. Он занимал ведущие позиции в Королевском колледже врачей, был основателем санатория в Давосе, президентом Медицинского, Бальнеологического, Гарвеевского обществ. Вместе с Кохом, Ландузи и Трюдо Т. Вильямс возглавлял Международный туберкулезный конгресс в Вашингтоне, был членом ряда международных фтизиатрических обществ и вице-президентом Британского комитета по туберкулезу (1902). Работы Т.Вильямса в основном были посвящены патологии бронхиальной астмы, лихорадочным болезням и, естественно, туберкулезу, в изучении которого он считался непревзойденным авторитетом. Он был автором интересной работы «Лаэннек и эволюция стетоскопа». Т. Вильямс, бесспорно, был большим знатоком и энтузиастом физикальных методов, как и его отец.

...Любопытно, что сначала Чарльз Вильямс не поверил, что столь «маленькие существа», как туберкулезные палочки, могут столь значительно повреждать легкие и убивать больных, но, признав их существование, предложил искать способы их уничтожения, что тогда выглядело совершенной фантастикой! Кстати говоря, Ч. Вильямс был едва ли не единственным из учеников Лаэннека, который дожил до этого эпохального события. Его учеником, в свою очередь, был выдающийся английский клиницист **Р. Куэйн (Richard Quain, 1816-1898).**

Замечательный знаток физикальной диагностики Ричард Куэйн был известным анатомом и хирургом. Он родился в Ирландии, медицине учился в Англии и Франции (Париж). Был профессором анатомии Лондонского университета и профессором клинической хирургии. Он был членом Королевского колледжа хирургов и его Президентом, председателем экспертного совета по акушерству.

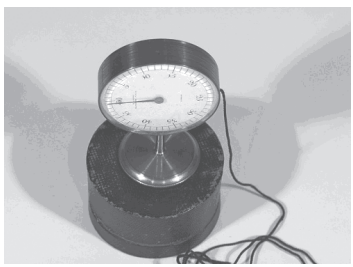
Р. Куэйн

Шесть лет Куэйн представлял Королевский колледж хирургов в Генеральном совете по вопросам образования. Куэйн был назначен экстраординарным хирургом королевы Виктории, которая удостоила его титула баронета. Его характеризовали как осторожного, «разумного и кропотливого оператора». Р.

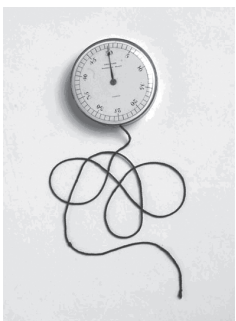
Р. Куэйн

Куэйн был не только автором первого европейского атласа «Артерии человеческого тела с приложением к патологии и оперативной хирургии»(1844), он предложил удачную модель стетоскопа, инструмент для измерения объема движений грудной клетки – «стертометр» и описал жировую дегенерацию сердца (http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/3117.html, http://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/quain_home.html).

...Занимавший посты председателя ведущих медицинских обществ Англии (Патологического, Гарвеевского, Сиденхама, Вестминстерского, Королевского врачебного и хирургического и т.д.) и необычайно работоспособный врач, клинический преподаватель и плодовитый автор, Ч. Вильямс в семидесятых годах отошел от дел и



Стертометр Куэйна



Стертометр Куэйна

Стетоскоп Куэйна

Стетоскоп Куэйна

переселился в Канны, где и умер по злой иронии судьбы (пульмонолог!) от двухсторонней пневмонии в 1889 г. (P. Bishop, 1981, J. Morris, 2004, M. Silverman, 2007).

Современником Вильямса был выдающийся клиницист, первый британский гепатолог и гастроэнтеролог **Д. Бадд (George Budd, 1808-1882).** Он родился в графстве Девоншир в семье сельского хирурга С. Бадда, семеро сыновей которого стали врачами. С.

Викторианский врач со стетоскопом Куэйна

Бадд известен тем, что описал вспышку брюшного тифа в родном селе, а его сын, профессор из Бристоля **У. Бадд (William Budd, 1811-1880),** в известной работе «Брюшной тиф, его характеристика, способ распространения и профилактика» (1873) впервые показал, что брюшной тиф – заразное заболевание, передающееся через воду. У. Бадд учился в Кембридже, затем в Париже и медицинской школе Мидллсекского госпиталя. Он начал работать корабельным врачом и вскоре убедился, что моряки, возвращающиеся из тропиков, часто страдают поражением печени. Это было основанием для его классического труда «Болезни печени» (1845). В 1840 г. он стал в Кембридже доктором медицины. В этом же году он стал профессором Королевского медицинского колледжа, сменив сэра **Т. Уотсона (sir Thomas Watson, 1792-1882).** Вместе с **Р. Тоддом (Robert Benley Todd, 1809-1860)** Джордж Бадд стал первым врачом нового госпиталя Королевского медицинского колледжа, где и описал свой знаменитый синдром. Четверть века он преподавал медицину и имел репутацию прекрасного лектора и клинического преподавателя. В 1863 году он ушел в отставку и занялся частной практикой. Спустя четыре года он заболел диабетом, отказался от практики и стал путешествовать, охотиться и ухаживать за своим садом. Д. Бадд был блестящим знатоком физикальной диагностики. В 1846 году он описал случай псевдомембранозного изменения печеночных вен (болезнь Бадда) (за четыре года до этого патология была описана Lambroan).

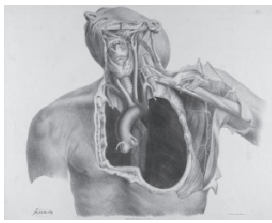


Рисунок из книги Куэйна

Л. Филдс «Врач»

Полвека спустя десять случаев болезни были подробно описаны Г. Киари (синдром Бадда-Киари). Д. Бадд был ав-

тором известной работы «Функциональные и органические заболевания желудка» (1855). Примечательно, что обе работы были немедленно переведены на немецкий язык такими клиницистами, как Э.Г. Генох и Б. Лангенбек. Перу Бадда принадлежали работы о концентрической гипертрофии сердца, эмфиземе легких, холере и т.д. Д.Бадд активно использовал для диагностики болезней брюшной полости аускультацию, пальпацию и перкуссию. Его работа если не предшествовала, то вышла одновременно со знаменитым трудом Ф. Фрерихса по патологии печени.

У. Уолш (Walter Hayle Walshe, 1812-1892) родился 19 марта 1812 г. в семье известного адвоката. Собирался последовать по стопам отца, учился в колледже Св. Троицы в Оксфорде, в 18 лет стал слушателем Сорбонны, изучал восточные языки, но в 1832 г. резко сменил специальность и начал изучать медицину. Среди его учителей был Г. Дюпюитрен, но более существенное влияние на него оказал П. Луи, у которого, в госпитале La Pitiй, Уолш учился вместе с приехавшим из США **О. Холмсом.** У П. Луи Уолтер Уолш научился главному – тщательному, доскональному клиническому исследованию больного, применению аускультации и перкуссии. В 1835 г. Уолш оказывается в Эдинбургском университете, который заканчивает в следующем году, потом снова едет в Париж, а с 1838 г. занимается медицинской практикой в Лондоне. Предметом его врачебного интереса оказываются туберкулез, эмпиема плевры и субдуральная гематома. Он, в частности, описал при больших кавернах «симптом плеска или «звона монет» при сотрясении туловища. У. Уолш выступает в роли не только врача, но и патолога, став профессором патологической анатомии в университетском колледже Лондона в 1841 г. В 1846 г. он стал профессором клинической медицины и врачом Бромптоновского легочного госпиталя. В дальнейшем он унаследовал пост Ч. Вильямса. Он являлся выдающимся кардиологом своего времени: его руководство по болезням сердца, изданное впервые в 1851 г. и достигшее пика популярности к четвертому изданию (1873), по значимости приравнивается к работам Хоупа, Стокса и Флинта в эпоху, *«предшествующую Макензи»* (G.E. Bauer, 1992).

У. Уолш

У. Уолш славился своими клиническими лекциями и имел репутацию дотошного и талантливого преподавателя. Он одинаково хорошо знал больных и соответствующую литературу. Уже в то время Уолш при-

водил статистические данные. Этому подходу, по сути, «доказательной» медицине он тоже научился у П. Луи. У. Уолш был мастером «диагноза исключением» и студенты высоко ценили его способность «говорить просто о сложном». У. Уолш являлся автором «Практического руководства по болезням легких, включая принципы физикальной диагностики», вышедшего несколькими изданиями и очень популярного среди врачей. В нем он, в частности, говорит о пальце-пальцевой перкуссии: *«...Используем ли мы плессиметр или палец, не важно, но он должен находиться в плотном и устойчивом контакте с поверхностью, которая простукивается. По этой причине желательно использовать ладонную, а не тыльную поверхность пальца-плессиметра. Никакое другое условие так сильно не меняет перкуторный звук, как сила прижатия плессиметра к поверхности. Если мы прикладываем тыльную поверхность пальца, то это условие довольно сложно соблюсти. Это возражение не является неукоснительным: месье Луи, кроме других, очень часто перкутирует таким образом, и доктор Стокс, кажется, предпочитает такой способ...Если появляется сомнение при использовании того или иного способа перкуссии, то оно может быть разрешено по ощущению сопротивления, которое оказывает пальцу орган. Для врачей, чье осязание является более тонким, чем слух, этот источник диагноза представляет особую ценность»* (O. McCarthy, 1999). У. Уолш был автором удачной модификации стетоскопа.

Д. Хоуп (James Hope, 1801-1841) родился 23 февраля 1801 г. в Стокпорте в семье состоятельного бизнесмена. Сначала он не собирался заниматься медициной и поступил в Оксфорд, но потом перешел в Эдинбургскую медицинскую школу. Поразительно, что в будущем видный патолог и талантливый вивисектор, Хоуп боялся анатомии! Он не смог преодолеть отвращения и производил анатомические исследования в кожаных перчатках и со щипцами, и только через два года стал воспринимать анатомию спокойно. В 1834 г. Хоуп даже издал анатомический атлас. Позже он бестрепетно вводил в грудную клетку трупа длинные иглы, пытаясь определить точное местонахождение клапанов сердца. Он был прекрасным студентом и в 1823 г. стал Президентом Королевского медицинского общества Эдинбурга, самого старого студенческого медицинского общества Англии. В 1824 г. он стал

Д. Хоуп (Гравюра H.S. Ball с портрета T. Phillips)

врачом Королевского Эдинбургского госпиталя и получил первые навыки аускультации. В декабре 1825 г. он стал доктором медицины и уехал в Лондон, откуда, после стажировки в госпитале Св. Варфоломея, совершил поездку по медицинским центрам Европы. На год он задержался в Париже, в клинике Шарите, но обучался уже не у Лаэннека, а у видного французского клинициста **Ф. Шомеля**, преемника Лаэннека на медицинском факультете. Перкуссию он осваивал под руководством П. Пьорри.

Стетоскоп Д.Хоупа

Д. Хоуп был прилежным учеником и хорошо освоил аускультацию и перкуссию, так что после возвращения в Англию в 1828 г. он уверенно применил физикальные методы в своей клинической практике. Он окончательно оставил мысль о хирургии, и с 1829 г. стал членом Королекского Колледжа врачей в Лондоне. Джеймс Хоуп, по признанию современников, был честолюбив, амбициозен и *«стремился выделиться реальными достижениями»*. Начав работу в госпитале Св. Георга, он стал там активно пропагандировать стетоскоп, который еще был непопулярен. Скептицизм врачей по отношению к аускультации держался едва ли не до конца 30-х годов XIX века. Д. Хоуп при этом здорово рисковал своей врачебной репутацией, тем более в таком авторитетном госпитале, каким являлся госпиталь Св.Георга! Полноправным врачом госпиталя он стал в 1839 году, за два года до смерти! Д. Хоуп избрал, вероятно, наиболее простой и убедительный метод доказательства преимуществ опосредованной аускультации: он не спорил с оппонентами, а тщательно проведя с помощью стетоскопа выслушивание пациента, просил их сделать это же, записывал полученные диагнозы и делал эту запись достоянием всех желающих во время секции, когда уже ничего изменить было невозможно! И неизменно правильным оказывался именно его диагноз! Его десятилетний труд увенчался известной работой «Трактат о болезнях сердца и больших сосудов» (1831), которая получила прекрасные отзывы в прессе того времени. Он описал клинику левожелудочковой недостаточности, стеноза аорты и легочной артерии, расщепление или раздвоение I и II тонов сердца, как возможного признака аневризмы аорты, артерио-венозный шум. Д. Хоуп писал: *«При прижатии стетоскопом крупной вены выслушивается шум, который усиливается вместе с усилением давления и приобретает характер музыкального гула. Я предлагаю называть его «венозный гул»*. Он ввел во врачебный обиход термин «сердечная астма», и дал первое описание ее при-

ступа как особого клинического синдрома. Приступы сердечной астмы, по его мнению, возникают у больных клапанными пороками и «чистой гипертрофией» сердца, а в качестве причины выступают нервное возбуждение, напряжение, переутомление и т.д. Хоуп считал, что приступ сердечной астмы может протекать в одних случаях как asthma humidum – "влажная астма», когда за сутки у больного отделяется до 1,6-2,4 л слизистой мокроты, в других – как «сухая астма» -asthma sicca (J. Hope, 1832). Впервые наблюдая отек легкого, Хоуп описал при нем появление влажных хрипов и жидкой пенистой мокроты. Примечательно, что Хоуп высказал для объяснения симптомокомплекса сердечной недостаточности гипотезу о расширении вен выше пораженного желудочка и роста в них давления, т.е. о ретроградном застое – «backward heart failure» (L. Demopoulos, E. Sonnenblick, 1995). Д. Хоуп исследовал пульс у десяти тысяч больных с клапанными пороками сердца (!) и первым предложил правила аускультации сердцебиения плода: беременная должна находиться в горизонтальном положении, одета в мягкую сорочку (жесткая ткань дает посторонние шумы от трения стетоскопа), давление на стетоскоп должно осуществляться головой, а не рукой врача (это создает дополнительные шумы); выслушивающий не должен разговаривать, ему рекомендуется задержать дыхание. Врач должен избегать сильного наклона вперед и сгибания шеи (Хоуп считал, что это увеличивает приток крови к голове и слух ухудшается); эти условия, считал он, и препятствуют непосредственной аускультации сердцебиений плода или использованию слишком коротких стетоскопов. Линия выслушивания сердцебиения плода по Хоупу - от пупка по направлению к нижней передней ости подвздошной кости или центрально. При наличии двойни сердцебиение плодов выслушивается с разных сторон (J. Hope, 1829). Он был автором выдающегося руководства «Основания патологической анатомии с привосокуплением болезненных припадков», которое обобщило достижения этой науки в первой трети XIX века, и было переведено во всех странах Европы (в России в 1837 г.). Однако более важно, что он продолжал экспериментальную работу по изучению механизма возникновения тонов сердца и блестяще доказал их клапанное происхождение. Он первым показал, что диастолическое дрожание является следствием аортальной регургитации («murmur Hope»). Д. Хоуп *«...поставил науку об акцидентальных шумах на более прочное основание...»*. Для побуждения студентов к активному использованию опосредованной аускультации он стал использовать как приз за мастерство в аускультации свою модель стетоскопа из вишневого дерева и слоновой кости, на котором было написано имя отличившегося студента (сейчас в мире известно всего два стетоскопа Хоупа, подаренных им в свое время Б. Бамп-

тону и Д. Фриману!)! Поскольку медицинская общественность все еще колебалась, в 1838 г. Хоуп устроил публичную демонстрацию: он пригласил четырех студентов, новичков аускультации, прочитал им короткую лекцию, посвященную поражению клапанов сердца, с демонстрацией рисунков мелом, после чего дал каждому возможность обследовать шестерых пациентов и поставить им предположительный диагноз клапанного поражения сердца. И вот у этих новичков только один диагноз оказался неправильным! Правда, самоуверенное заявление Хоупа, что «можно любого научить аускультации за десять минут» (повторяющее слова Лаэннека!) сейчас ничего, кроме улыбки, вызвать не может. Уже тогда это вызвало у У. Стокса бурные возражения. Примечательно, что после публикации результатов этого «шоу» на Д. Хоупа обрушились именно Р. Грейвс и У. Стокс, которые оспаривали не аускультацию, а диагностические возможности самого Хоупа. Д. Хоуп вызвал через «Лондонскую медицинскую газету» У. Стокса на «дуэль» и они поочередно исследовали больного. Стокс высокомерно и легко поставил тому диагноз «гидроторакс», а Хоуп - диагноз гидроперикарда, гипертрофии и дилятации сердца и эмфиземы легких. На вскрытии его диагноз подтвердился, противник был посрамлен, а аускультация, в конечном счете, восторжествовала! Однако судьба самого Хоупа была печальна: 31 мая 1841 г. он умер от легочного туберкулеза... (H. Rolleston, 1939, E. Bluth, 1970).

У. Стокс (William Stokes, 1804-1878).

Еще одно легендарное имя из истории мировой медицины. *«Его достижения в области клинической медицины и особенно кардиологии служат примером ясности мысли и эрудиции»* (E. O`Brien, 1978). У. Стокс, получивший начальное образование в домашних условиях, поступил в университет Глазго, где изучал химию, но спустя два года перешел на медицинский факультет Эдинбургского университета, где подружился с будущим выдающимся врачом **Д. Корриганом (Dominic John Corrigan, 1802-1880).** В 1825 г. Стокс защитил докторскую диссертацию «De ascite». Он стал врачом Дублинского госпиталя, где его коллегой и близким другом стал другой в будущем выдающийся клиницист **Р. Грейвс (Robert James Graves, 1797-1853),** который описал токсический зоб – «болезнь Грейвса». Именно Стокс, Корриган и Грейвс первыми стали не

У. Стокс

Стетоскоп Стокса

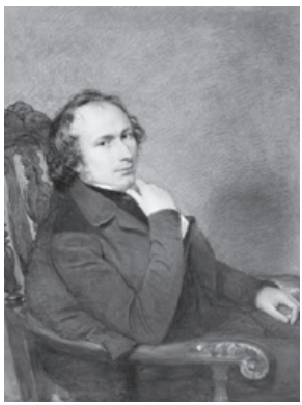
просто пальпировать, а считать пульс у всех больных! У. Стокс стал в Ирландии пионером использования новых подходов к диагностике, пропагандируемой парижской клинической школой. Поразительно, что совсем молодой врач, в глаза не видевший, в отличие от Ч. Вильямса, Р. Лаэннека, У. Стокс в 1825 г. выпускает работу «Введение к использованию стетоскопа с приложением к диагностике органов груди» («An introduction to the use of the stethoscope with its application to the diagnosis of the thoracis viscera»), которая была опубликована одновременно в Лондоне, Эдинбурге и Дублине. И что особенно примечательно, посвящает ее выдающемуся шотландскому врачу У. Куллену, который в свое время не принял и даже задержал использование перкуссии в Англии! Позже У. Стокс побывал в Париже, у П. Пьорри, где познакомился с перкуссией. Стокс, безусловно, был знаком с работой Д. Форбса и также, как Лаэннек и его английский переводчик, старался увязать аускультативные признаки с сущностью патологических процессов, выявляемых с их помощью. У. Стокс на примере пневмонии, эмфиземы легких, туберкулеза, клапанного порока сердца, перикардита и аневризмы аорты сделал это очень убедительно. Хотя ядовитой критики ему не удалось избежать, но все-таки и недруги признали, что это *«первая систематическая работа о стетоскопии на английском языке»*. Работа Стокса была основана на его собственном опыте работы в госпиталях и посещения неимущих больных на дому вместе с его учителем **У. Элисоном (William Pulteney Alison, 1790-1859).** Его критики высказали пожелание, чтобы описанные Стоксом физикальные симптомы были представлены в форме таблиц, которые в дидактическом плане удобнее для студентов. Это и было сделано ирландским врачом **Р. Таусендом (Richard Towsend, 1800-1843)**, который в 1832 г. издал в Лондоне работу «A chart of the physical Signs of diseases of the lungs», где в форме таблиц были представлены аускультативные и пер-

Стетоскоп Стокса

У. Элиасон

куторные симптомы и их использование в диагностике болезней легких. И это в 1832 году! Р. Таусенд учился в 1824-25 гг. в клинике Шарите у Лаэннека, затем у выдающегося французского клинициста и патолога, редактора книги Лаэннека**, Г. Андраля (Gabriel Andral, 1797-1876)** и был коллегой У. Стокса и студентом Р. Грейвса. У.Стокс неутомимо продолжает использовать стетоскоп и в 1828 г. издает для студентов «Две лекции о применении стетоскопа в диагностике и лечении болезней груди» а через десять лет публикует свою классическую работу по диагностике болезней груди, которая спустя год была переведена в Германии. В 1846 году он опубликовал работу «Observations on some cases of permanently slow pulse» («Наблюдение некоторых случаев постоянно медленного пульса»), описав синкопальное состояние при брадикардии, описанное в 1691 г. М. Гербезиусом, в 1761- Д.Б. Морганьи, в 1792 г. - Т. Спенсом, а в 1827 г. выдающимся ирландским врачом **Р. Адамсом (R. Adams, 1791-1875)** (синдром Морганьи-Адамса-Стокса, MAS-syndrome). У. Стокс в 1854 выпустил учебник по болезням сердца и аорты. В нем он, в частности, описал периодическое (апноэ-гиперпноэ) дыхание, ранее описанное **Д. Чейном (John Cheyne, 1777-1836)** в 1816 г. и известное как дыхание Чейн-Стокса. У. Стокс обладал высокой врачебной наблюдательностью: *«существование невроза сердца,-пишет он, в частности,- без осложнений, вероятно, большая редкость; в известных случаях, где физическое исследование не открывает большого поражения,следует, как и в большинстве других болезней, принимать чисто отрицательный результат с осторожностью»* (В.Ф. Симонович, 1929). Любопытно, что Стокс использовал термин «блуждающий невроз» - «wandering neurosis», что по сути означало органный невроз, который мог, по его мнению, вызывать сердечную симптоматику. Ему принадлежит первое описание функциональных сердечных нарушений. Он предложил термин «нервные удары сердца» (1855). Раньше Д. Хоуп (1832) и Ч. Вильямс (1836) назвали их «не-

Р. Адамс



У. Стокс

Стетоскоп Стокса

У.Стокс

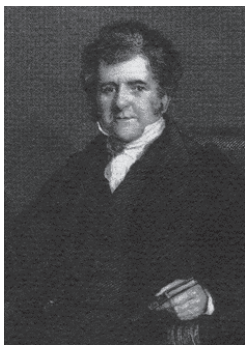
рвные трепетания», а позже Н. Фридрейх предложит термин «невроз сердца» (1867).

Вдумчивый наблюдатель, Стокс подметил существенную черту невротика: минимум органических изменений при максимуме красочных и многословных жалоб. Любопытно, что сам У. Стокс как медицинский писатель был очень многословен, как и Ч. Вильямс, но таков был викторианский литературный стиль! У. Стокс сделал очень важные выводы (правда, раньше об этом говорили Р. Лаэннек и Ч. Вильямс!), касающиеся прогноза пороков сердца: « *1) Ключ к патологии сердца находится в жизненных и анатомических условиях сердечной мышцы; 2) Пока сердечная мышца остается здоровой, изменения клапанов мало влияют на здоровье организма; 3) При лечении клапанных заболеваний сердца мы должны больше руководствоваться состоянием сердечной мышцы, чем состоянием клапанов»* (М.И. Мастбаум, 1941). Вплоть до 50-х гг. прошлого века, когда началась эпоха сердечной хирургии, эти правила Стокса были незыблемы: будущность больного с пороком определялась темпом развития у него сердечной недостаточности (В.И. Бородулин, 1988). Блестяще владея физикальной диагностикой, У. Стокс констатировал, что физические признаки изменения формы, размеров и звуков сердца не являются единственными критериями тяжести его патологии. Важны не только данные перкуссии и аускультации, но и функциональное состояние мышцы сердца. При отсутствии функциональной диагностики это было почти гениальным прозрением. При этом важно помнить, что Стокс считал, что тоны сердца образуются за счет мышечного компонента! У. Стокс предложил термины «пустота и притупление сердца» - «superficial and deap seatled dulness» (абсолютная и относительная сердечная тупость). У. Стокс отметил, что у больных миокардитом отмечается фетальный ритм, когда тоны сердца имеют одинаковую интенсивность, а систола и диастола – одинаковую продолжительность. Примечательно, что У. Стокс не только описал «*Повторные псевдо-апоплектические атаки, не приводящие к параличу, и « редкий пульс с сосудистым шумом»*, но и обнаружил важный диагностический феномен, который долгое время связывался в Советском Союзе с именем другого клинициста. При исследовании пациентов, у которых возникала кратковременная потеря со-

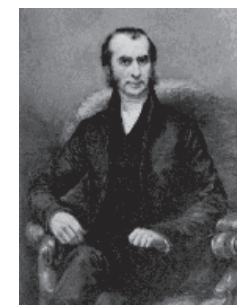
Стетоскоп-перкуссионный молоток Стокса

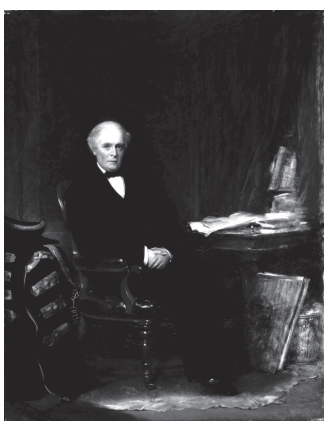
знания при очень редком пульсе, У. Стокс при длительной (1-2 минуты) аускультации выслушивал очень громкий I тон (сокращение предсердий происходит перед систолой желудочка, что изменяет условия звукообразования в сердце), что много позже было описано как «пушечный тон Стражеско». Пожалуй, единственным, кто называл имя Стокса в этой связи, был выдающийся российский клиницист (В.Ф. Зеленин, 1956). У. Стокс описал «воротник Стокса» - синдром верхней полой вены при ее сдавлении. В 1867 г. У. Стокс был избран президентом Британской медицинсой ассоциации.

Т. Адиссон


Р. Брайт

Надо сказать, что выдающиеся английские врачи того времени **Т. Адиссон (Thomas Adisson, 1795-1860)**, **Р. Брайт (Richard Bright, 1789-1858), Т. Ходжкин (Thomas Hodkin, 1798-1866) и Д. Корриган** (первая работа Корригана (1829) была посвящена аневризме аорты и роли стетоскопа в ее диагностике, А. Труссо позже назвал аортальную недостаточность «болезнь Корригана») блестяще владели физикальными методами исследования. Р. Брайт еще в 1827 г. дал классическое описание твердого пульса,увеличения сердца и сердечной недостаточности при гипертензии, вызванной патологией почек. Примечательно, что Р. Брайт (1839) связал перикардит и хорею у больных ревматизмом, как вызванных одной причиной! Известно, что сам Р. Брайт страдал клапанным пороком сердца и позволял «для тренировки» коллегам выслушивать себя (W. Thayer, 1927). Т. Ходжкин, вернувшись после обучения у Лаэннека, будучи очень молодым врачом, читал лекцию о стетоскопе, а позже описал не только лимфому, но и один из аускультативных симптомов аортальной недостаточности. Выразительный пример: в 1879 г. в Лондоне было


Т. Ходжкин


Д. Корриган

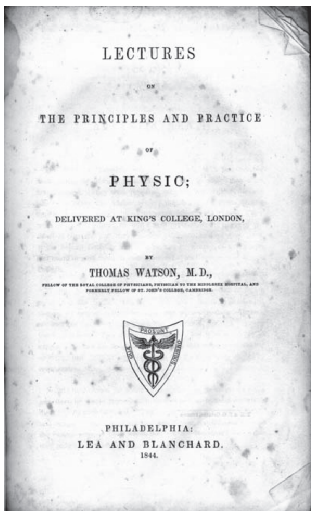
Стетоскоп Берроуза

50 госпиталей, в которых работали виднейшие английские клиницисты, кроме упомянутых **T. King Chambers (1818-1889)**(выдающийся диетолог XIX столетия)**, J.V. Fothergill**, **J. Paget** (болезнь Педжета), основатели статистического общества **W.A. Guy** и **G. Badd** («болезнь Бадда»), **A. Garrod** (симптом Гарро), **W.H. Broadbent**, **T. Barlow (**впервые описал в 1846 г. клинику поддиафрагмального абсцесса), **W.J. Little** (описал одну из форм ДЦП – спастическую диплегию Литтла), **G. Burrows** (изобретатель стетоскопа, который служил и перкуссионным молотком!) (Ch. Dickens, 1879). Следует упомянуть выдающегося клинициста **Т. Пикока (Thomas Devill Peacock, 1812-1882).** Он родился в квакерской семье (Religious Society of Friends) в Йорке 21 декабря 1812 года. Мечтал быть военным моряком, но по убеждениям квакеров никакая военная служба для них неприемлема, а вот профессия врача, с ее стремлением приносить пользу людям, с гиппократовскими заповедями служения добру как раз очень подходит. Сначала Т. Пикок учился у известного хирурга Д. Фотергила в течение пяти лет, затем поступил в больницу колледжа при Лондонском университете, где учился под руководством Д. Элиотсона. Именно у него он узнал о стетоскопе и возможностях аускультации. Потом был год обучения десмургии в госпитале Св. Георга. По просьбе отца он пытается учиться стоматологии, но скоро бросает это занятие и целиком посвящает себя медицине. В 1835 году он стал членом коллегии хирургов и лиценциатом общества аптекарей. Он был кропотливым и прилежным студентом. Таким же он и остался, став врачом, клиническим преподавателем и исследователем. В 1835-36 гг. он совершил путешествие на Цейлон и на обратном пути на несколько месяцев задержался в Париже. Лаэннека уже не было, но были Буйо, Труссо, Пьорри, Луи - было у кого поучиться. После этого он в течение пяти лет практиковал в Честере, а потом стал патологом Королевского Эдинбургского госпиталя. Он учился под руководством наставника У. Стокса доктора У. Элисона и приобрел большой навык как патолог. Он славился как большой специалист в области изготовления патологоанатомических препаратов. В 1844 году он переехал в Лондон, стал членом Королевского колледжа врачей и начал работать в Олдерсгейт-диспенсере и Королевском Free Hospital. Одновременно он занимается частной практикой и начинает свою карьеру как «медицинский писатель». Он издает таблицы веса органов человека,

Т. Пикок

которые на много лет стали руководящими для патологов, пишет работу о большой эпидемии гриппа в Лондоне (1847) . Пикок стал одним из основателей Патологического общества в Лондоне, затем стал его секретарем и вице-президентом. Он был основателем больницы для лечения болезней груди, а в 1849 г. стал помощником врача госпиталя Св.Томаса. В пятидесятых годах были изданы две его основные работы: о размерах и весе сердца у здоровых и больных и работа о пороках сердца. В 1864 году он стал консультантом госпиталя Св.Томаса и Президентом Патологического общества. В это общество входили такие корифеи, как Андраль, Рокитанский, Крювелье, Генле, Стокс, Фогель и др. Вице-президент Королевского колледжа врачей, декан медицинской школы госпиталя Св.Томаса - эти должности Пикок тоже занимал, но в 1877 году, в возрасте 65 лет, он вынужден был уйти в отставку после первого инсульта с левосторонней гемиплегией, а 30 мая 1882 года после участия в лекции Джеймса Педжета у него развился очередной инсульт, он упал в коридоре и его отнесли в палату, в которой он когда-то был врачом, где он вечером того же дня умер...Наверное, до конца преданный своему делу, один из самых выдающихся и уважаемых врачей того времени, У. Пикок и не мог желать себе лучшей смерти! По характеру он был настоящий квакер: необыкновенно работоспособный, целеустремленный, высоконравственный, твердый в убеждениях. Он имел широкие интересы кроме медицины и увлекался архитектурой, археологией, этнографией. Пикок много путешествовал: дважды был на Цейлоне, в Северной Америке, на Средиземном море. Пикок считался одним из лучших клинических преподавателей своего времени. Он проводил блестящие клинические разборы у постели больных, подробно комментировал студенческий лепет и опирался на свой обширный опыт патолога. Его лекции были четкими, но сухими, в них не хватало «искры», которой отличались, например, лекции П. Лейтама. Примечательно, что современниками Пикока были Хоуп, Стокс, Корриган, Грейвс, Лейтам, Вильямс, но он не потерялся и на их фоне. Наиболее значительный вклад Пикок внес в изучение расслаивающей аневризмы аорты, приобретенных и врожденных пороков сердца и топографическую анатомию здорового и больного сердца. В 1865 году Пикок выступил с лекцией о пороках сердца. Пикок впервые ввел понятие относительной недостаточности клапанов и показал наличие «предохранительной регургитации». Пикок предложил свою классификацию врожденных пороков сердца. Особый интерес в его книге представляет описание двух случаев тетрады Фалло. Примечательно, что А. Фалло описал эту патологию спустя сорок лет после Пикока! Пикок первым описал частично открытый атриовентрикулярный канал (1846), отхождение аорты и легочной артерии от правого же-

лудочка (аномалия Тауссиг-Бинга). Пикок отметил, что врожденно аномальные аорта и легочная артерия особо восприимчивы к развитию инфекционного эндокардита. Уже в 1860 г. на заседании Патологического общества Пикок сделал сообщение о несомненном случае бактериального эндокардита с поражением аортального и митрального клапанов, причем абсолютно правильно поставил диагноз, опираясь лишь на физикальные признаки. Он описал случаи смерти больных «синей болезнью» от абсцесса мозга. До 50-х гг. прошлого века такие случаи не были известны. Пикок не только описывал казуистику, он пытался понять патогенез развития пороков сердца и был автором почти пятидесяти работ по патологии сердечно-сосудистой системы. Пикок понимал значение аускультации и тщательно описывал признаки, полученные с помощью стетоскопа (J. Porter, 1962, W. Fye, 1990). Заметим, что не все были очарованы аускультацией. Один из лондонских врачей **(J. Chollomay, ?-1837)** использовал стетоскоп как вазу для цветка (?!), а известный клиницист, сэр **Т. Уотсон (Thomas Watson, 1792-1882)**, в «Lectures on the principles and practice of physic» (1843), говорил, что при исследовании инфекционных больных стетоскоп был скорее помехой, чем помогал, причем сохранил это мнение и в повторном издании лекций уже в 1871 г.! Однако при анализе историй болезни лондонского госпиталя Guy за 1826 г. было обнаружено, что при диагностике крупозной пневмонии, найденной на секции, при жизни больного врачи не распознавали массивнейшее поражение легких, а лишь констатировали, что «легкие повреждены»! (H. Rolleston, 1939).


LECTURES

ON

THE PRINCIPLES AND PRACTICE

OF

PHYSIC;

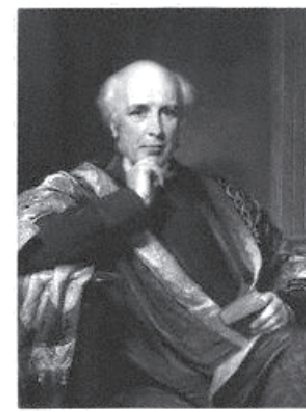
DELIVERED AT KING'S COLLEGE, LONDON,

BY

THOMAS WATSON, M.D.,

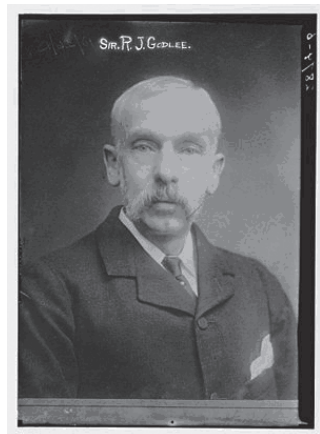
PHILADELPHIA:
LEA AND BLANCHARD.
1844.

Лекция Уотсона


Т. Уотсон

«Золотой век» физикальной диагностики в Англии завершили два выдающихся клинициста: **А. Сэнсом (Arthur Ernest Sansom, 1838-1907)** и уже упомянутый **Д. Фаулер**. А. Сэнсом родился 13 мая 1838 г., закончил Королевский колледж врачей в Лондоне. В 1865-1871 гг. опублико-

вал работы по обезболиванию в акушерстве и антисептике. В 1876 г. вышла самая важная работа А. Сэнсома – «Физикальная диагностика болезней сердца», которая неоднократно переиздавалась. Авторитетный клиницист и преподаватель, А. Сэнсом был консультантом Лондонского госпиталя и детского Северо-восточного госпиталя, он преподавал в Лондонском университете и Королевском колледже врачей и хирургов, был членом Медицинского общества Лондона и членом медицинских обществ Парижа, Нью-Йорка и Москвы. А. Сэнсом занимался изучением возможностей опосредованной перкуссии и в 1892 г. предложил свой плессиметр. Он имел форму усеченной буквы «Н». Одной стороной плессиметр прикладывался к телу и удерживался двумя пальцами врача, по второй наносился перкуторный удар. Инструмент, не лишенный здравого смысла, постигла судьба всех плессиметров, которые врач мог забыть или потерять, его заменил тот, который у врача всегда с собой - палец!



Д. Годли

Д. Фаулер закончил Лондонский Королевский колледж, был патологом Миддлсекского госпиталя, с 1880 г. работал в Бромптоновском легочном госпитале, преподавал внутренние болезни. В 1898 г. Д. Фаулер в соавторстве с выдающимся английским хирургом, впервые в Англии успешно удалившим опухоль мозга **Д. Годли (Sir Rickman John Godlee, 1849 - 1925)**,издал великолепный учебник «Болезни легких» («Disease of the lungs»). Соавтор Фаулера, Д. Годли был примечательной фигурой. Внук выдающегося английского физика **Д. Листера (Joseph Jackson Lister, 1786 –1869)** и племянник великого хирурга Джозефа Листера, он закончил медицинский факультет Лондонского университета, был хирургом Чаринг-Кросс госпиталя, Северного детского госпиталя, госпиталя эпилепсии в Регент-парке, Бромптоновского госпиталя легочных болезней, Госпиталя Колледжа Лондонского университета, в 1892 г. – стал профессором клинической хирургии. Был Президентом Королевского Колледжа хирургов и лейб-медиком королевы Виктории, Эдуарда VII и Георга V, имел титул баронета. Максимально структурированное (и максимально упрощенное!) содержание учебника Фаулера и Годли, прямые обращения авторов к студентам, подчеркивание трудностей, ожидающих их на пути учебы (сложность освоения аускультации и т.д.), не оставляют сомнений, кому адресована книга. Фаулер пишет, что врач может позволить себе выбирать плессиметр, а студент должен обходиться только пальцами! Фаулером и Годли была

максимально упорядочена классификация звуков, полученных при перкуссии и аускультации и т.д. Великолепный, правда очень объемный - более 600 страниц, учебник, написанный на высоте достижений медицины того времени, причем на стыке двух специальностей. Это было не очень принято тогда, авторы обычно писали руководства «для врачей и студентов», но именно для студентов они часто оказывались недоступными в прямом и переносном смысле! Позже Фаулер выпустил (1921) руководство «Легочный туберкулез». Это не был исчерпывающий научный трактат, а скорее свод руководящих принципов диагностики и лечения болезни, бывшей бичом для любой страны в XIX веке и остающейся таковым в первой половине века двадцатого. И снова Д. Фаулер проявил себя как блестящий знаток физикальной диагностики, отдающий, однако, себе исчерпывающий отчет в ограничениях ее возможностей, ошибках и заблуждениях... Физикальный «золотой век» подходил к концу...

Глава IV. Германия

Как только с помощью уха или пальца стало возможным установить у живого существа то, что обнаруживает только вскрытие трупа, описание болезни и, следовательно, терапия вступают на совершенно новый путь.

Ч. Даремберг, 1867

...в клинике накопление точных объективных данных неизбежно сопряжено с постановкой ряда проблем в соответствии с личным мировоззрением.

Г. Бергман, 1936

Парадокс: «раздробленная и экономически отсталая» Германия уже в середине XIX века стала научной Меккой Европы! И тон в этом задавали университеты, имевшие в некоторых случаях более чем вековую историю: Гейдельбергский (1386), Кельнский (1388), Лейпцигский (1409), Ростокский (1419), Йенский (1558), Геттингенский (1737), Эрлангенский – (1743). Прекрасные библиотеки, хорошо оснащенные лаборатории, высококлассные профессора и преподаватели! Карликовые немецкие государства соревновались друг с дружкой в попытках сделать свой университет самым, самым, самым! В отличие от российских венценосцев немецкие короли и князья часто имели не домашнее, а университетское образование и не забывали alma mater. Они стремились привлекать в университеты самых лучших, самых талантливых и известных клиницистов и естествоиспытателей, для которых строились лаборатории или открывались (Вирхов и Людвиг) целые институты! Кардинальное отличие от России, где столичные университеты не терпели варягов (правда, уже в советское время)! Принцип «свободно учить – свободно учиться» привлекал в Германию студентов из европейских стран и США. *«Начиная с 30-х годов университеты различных городов Германии соперничали между собой в создании научных кафедр и лабораторий. К середине XIX века и позднее во все возраставшей степени Германия начала готовить опытных ученых, а также учебники и аппаратуру для удовлетворения потребностей, далеко выходящих за пределы ее границ...»* (Дж. Бернал, 1956) . Однако, несмотря на географическую близость Германии к Австрии и Франции, немецкие врачи встретили и перкуссию и аускультацию прохладно. Долгое время диагноз ставился здесь как во времена М. Штолля: «желчная лихорадка с вовлечением груди» или «злокачественная лихорадка», которые на вскрытии оказывались крупозной пневмонией! И после появления работы Лаэннека немецкие врачи не были от его метода (в широком смысле) в восторге. Известный клиницист не без сарказма писал: *«Старики противились,*

так, у Гуфеланда в предисловии к «Enchridion medicum», изданном в мае 1836 г., находится еще следущее изречение: «В новейшие времена для диагноза при грудных болезнях очень рекомендовались признаки, определяемые слухом, посредством стетоскопа или перкуссии. Но эти признаки очень обманчивы и по ним одним никогда нельзя открыть присутствия воспаления, если не пользоваться другими признаками, которые и сами по себе достаточны для диагноза» (T. Jurgensen, 1882). Примечательно, что при этом Гуфеланд приводит диагностические признаки, которые могли быть использованы «несколькими столетиями раньше»! Н.И. Пирогов, обучавшийся в Берлине в 30-х гг. XIX века, пишет о другой проблеме. Он говорит о том, как его учитель, известный немецкий хирург **И. Руст (Johann Nepomuk Rust, 1755-1840)** заставлял своих студентов прежде расспроса больного проводить его объективное исследование. *«Принцип превосходный,-замечает Н.И. Пирогов,- расспросы и рассказы больного, особливо необразованного, нередко служат вместо раскрытия истины к ее затемнению. Но медицина, не говоря уже о временах Руста, и до сих пор не владеет еще таким запасом надежных физических или органических признаков, на которые можно было бы положиться, не прибегая к расспросам больного и не полагая их в основу распознавания. И вот Руст в самонадеянности, при малом запасе верных физических признаков болезней, допускал целую кучу мнимых»* (Н.И. Пирогов, 1961). Но не все немецкие врачи были такими, как Руст! Мы уже говорили, что в нескольких немецких университетах перкуссию начали применять еще при жизни Ауэнбруггера, а первыми клиницистами, дружественно встретившими диагностические новации, были основатель неврологии **М. Ромберг (Moritz Heinrich Romberg, 1795-1873)**, который, едва став профессором, в 1838 г. вел в Берлине свой небольшой частный курс по перкуссии и аускультации за городом, в арестантском госпитале, не взирая на насмешки коллег- профессоров (В.С. Вайль, 1949); выпускник университета Галле, терапевт и психиатр, представитель первого поколения профессоров Боннского университета и «соматической школы» немецкой пси-

М. Ромберг

Надгробие К. Нассе

К. Карус

хиатрии **К. Нассе (Christian Friedrich Nasse, 1778-1851)**, названный Лаэннеком в числе отличившихся в обучении аускультации; выдающийся клиницист из Галле, основатель первой университетской амбулатории, **П. Крукенберг (Peter David Krukenberg, 1787-1865)**; «отец научной медицины» в Германии, автор известной «немецкой» модели стетоскопа и работ об аускультации сердца и легких **И. Шёнлейн (Johann Lukas Schqnlein, 1793-1864)**, известный терапевт, акушер-гинеколог, психолог, художник-романтик, автор знаменитого афоризма *«большая часть нашей психической жизни лежит в области бессознательного»*, **К. Карус (Carl Gustav Karus, 1789 -1869).** Примечательно, что пациентом трех последних клиницистов был великий русский писатель Н.В. Гоголь, который оставил любопытные воспоминания об их диагностике: *«...Крукенберг,осмотревши и ощупавши меня всего, спинной хребет, грудь и все...решил, что причина всех болезненных припадков заключена в сильнейшем нервическом расстройстве, покрывшем все прочие припадки и произведшем все недуги», «Карус осмотрел меня вновь от головы до ног,ощупал и перестучал все мои кости и перещупал живот и нашел, что главная причина всего заключается в печени...», «Шёнлейн над Карусом, его печенью и Карлсбадом посмеялся. По его мнению, сильней всего у меня поражены были нервы в желудочной области, т.е. nervosa fasciculoso...»* (Н.В. Гоголь, 1951).

И. Шёнлейн

Стетоскоп Шёнлейна

Музей Шёнлейна в Бамберге

П. Крукенберг

Л.Траубе

Любопытно, что сам Гоголь предполагал наличие у себя самых страшных болезней, а выдающиеся немецкие клиницисты, после тщательного физикального исследования, отвергали органическую патологию, и оказались правы! Но настоящую славу немецкой клиники внутренних болезней составил сотрудник И. Шёнлейна, гениальный врач и основатель экспериментальной патологии **Л. Траубе (Ludwig Traube, 1818-1876).** Он родился в Рациборе, в Прусской Силезии, в семье виноторговца (не выстукивавшего бочки, поскольку вино нельзя трясти, хорошие вина при декантации переливают крайне бережно!). Несмотря на еврейское происхождение и связанную с этим дискриминацию, Л.Траубе получил великолепное образование: гимназия в Рациборе, медицинские факультеты университетов Бреслау, Берлина, Вены, блестящие преподаватели: **Я. Пуркинье (Jan Evangelista Purkyne, 1787-1869)**, **И. Мюллер (Johannes Muller, 1801-1858), К. Рокитанский (Carl von Rokitansky, 1804-1878)** и **Й. Шкода (Josef Skoda, 1805-1881).** В 1840 г. Людвиг Траубе стал доктором медицины, в 1841 г. - помощником врача, в 1843 году снова поехал в Вену - изучать физикальную диагностику под руководством Шкоды, после возвращения начал вести частный курс аускультации и перкуссии, в которых он достиг мастерства, а в 1848 г. стал первым ассистентом И. Шёнлейна (после революции 1848 г. и последовавшей «утечки мозгов» администрация госпиталя Шарите разрешила принимать на службу гражданских лиц в качестве ассистентов профессора, и Траубе стал одним из первых). В 1853 г. он возглавил отделение грудных болезней клиники Шарите (служащее базой для обучения перкуссии и аускультации), которое после выхода в отставку **Э. Вольфа (Eduard Wolf, 1794-1878)** было преобразовано в пропедевтическую клинику Берлинского университета. Еврейское происхождение Траубе сильно тормозило его карьеру, но в 1857 г. он – адъюнкт-профессор, в 1862 г. – ординарный профессор института Фридриха - Вильгельма в Берлине. В 1866 г. ему было присвоен чин «тайного медицинского советника», а в 1872 г. (за четыре года до смерти от грудной жабы) он стал профессором Берлинского университета. Л. Траубе, начиная с 40-х гг. XIX века, активно занимался экспе-

Л. Траубе

риментальной патологией, в частности изучал влияние перерезки блуждающего нерва на функцию легких (используя в качестве лаборатории свою квартиру!). Он был вынужден прибегать к вивисекциям из-за ограничения на анатомические исследования и занятий на трупах. При этом он был великолепным знатоком и энтузиастом применения аускультации и перкуссии, что позволило ему обогатить семиотику болезней органов дыхания и кровообращения. Л. Траубе разработал свою модель стетоскопа, перкуссионного молотка и складного плессиметра, был инициатором клинического использования в клинике термометрии, ввел кривую температуры-пульса и дыхания в историю болезни. Он предложил свою классификацию перкуторного звука по следующим параметрам: «1) сила-громкость (зависит от большей или меньшей амплитуды колебаний звука): громкий и тихий, в апогее - бедренный; 2) сходство с тоном или шумом (зависит от периодичности колебаний): тимпанический или тональный и нетимпанический, подобный шуму; 3) высота (зависит от числа колебаний в минуту): высокий и низкий перкуторный звук» (Г. Эйхгорст, 1882). Траубе описал инспираторную (бочкообразную) грудную клетку при односторонней альвеолярной эмфиземе, плеврите, крупозной пневмонии. Он предложил прием подсчета частоты дыхательных движений, который мы используем и сейчас: врач берет запястье больного как при подсчете пульса и помещает руку на область эпигастрия или просто следит за сокращением лестничных мышц при дыхании. Это исключает волевое участие пациента в тех случаях, когда он «старается хорошо дышать» или сознательно вводит врача в заблуждение с целью симуляции. Л. Траубе предпочитал пользоваться плессиметром из слоновой кости и нейзильбера, складным и с нанесенными миллиметровыми делениями (он любил точность при измерениях) и тяжелым перкуссионным молотком. Он предложил термин «верхушечный толчок», кото-

Л. Траубе

Госпиталь Шарите (XVIII в.)

Стетоскоп Траубе

рый до этого врачи именовали сердечным, в том числе и описавший его Р. Лаэннек. Траубе описал брадикардию при геморрагическом инсульте, менингите, повышении внутричерепного давления, при эвакуации плеврального экссудата или асцита, при кризисе во время острых лихорадочных болезней и у женщин после родов. Л. Траубе описал при перикардите пресистолический шум трения, совпадающий с систолой предсердий, систолический и диастолический шумы, совпадающие с деятельностью желудочков, а также пресистоло-систолический шум при перикардите: «ритм паровоза»-«ш-ш-ш-ту-ш-ш-ш». Он показал, что шум трения перикарда усиливается на вдохе, а клапанные шумы тоже усиливаются, но только в том случае, если передний край левого легкого фиксирован плевральными спайками, и обнаружил, что при высокой степени аортальной недостаточности I тон на верхушке исчезает. В 1876 г. он опубликовал работу о механизме парадоксального пульса, описанного в 1873 г. В. Гризингером. Л. Траубе сформулировал аксиому: диастолический шум всегда признак патологии, «функционального» диастолического шума не существует! Он дал детальную характеристику особенностей перкуторного звука при патологии легких, а при диагностической оценке влажных хрипов подчеркивал особое значение их количества, величины, равномерности выслушивания, времени появления, интенсивности, звучности и наличия у них «отголоска». Л. Траубе подробно описал клинику приступа сердечной астмы и дал образную характеристику ортопноэ: *«...это положение больного в постели есть продукт инстинкта, инстинкт делает больного экспериментатором. Он прибегает к опыту до тех пор, пока не находит положения, облегчающего его состояние, и концентрирует все силы на акт дыхания, чтобы дышать и жить»* (L. Traube, 1867). Позже (1878) Л. Траубе первым высказал предположение, что в основе сердечной астмы лежит остро наступающая слабость левого желудочка.Траубе определил перкуторную «фигуру» желудка и осуществил пальпацию нижнего края печени при острой желтой дистрофии. Л. Траубе был одним из самых выдающихся клинических преподавателей своего времени, будучи при этом исключительно наблюдательным врачом и талантливым экспериментатором. В 1867 году Л. Траубе опубликовал свою знаменитую книгу «Die Symptome der Krankheiten des Respiratios und Circulations Apparats». Он поражал современников *«...необыкновенной наблюдательностью и пытливостью ума, помогавшими ему во всяком самом ординарном клиническом больном уловить индивидуальные*

Молоток, плессиметр и стетоскоп Траубе

особенности и разбор его сделать интересным не только для студентов, но и для врачей,- даже больше для последних, как для лучших и более опытных ценителей всех тонкостей диагностики, еще в большей степени, чем для первых» (Н.А. Белоголовый, 1892).

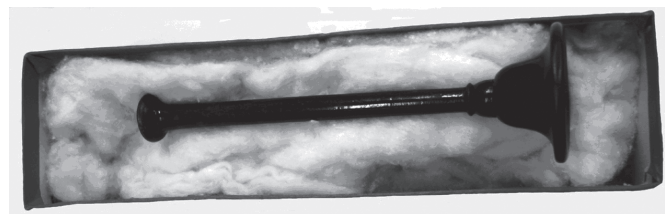
В 1850-52 гг., опередив Ф. Бареншпрунга и К. Вундерлиха Л. Траубе начал систематически использовать термометрию в рамках изучения действия дигиталиса при лихорадке. С этого момента термометрия прочно вошла в клиническую практику. Он первым клинически описал амилоидоз почек и установил, что при нем развивается гипертрофия миокарда и гипертония в системе аорты. Л. Траубе подробно изучал клинику брюшного тифа и установил ряд его особенностей, до тех пор неизвестных: наличие второго периода болезни, развитие бронхита, смена брадикардии на тахикардию при выздоровлении и т.д. Именно наблюдения над брюшным тифом и ошибки патологоанатомов в диагностике post mortem позволили Л. Траубе сделать вывод о необходимости сближения патанатомии с клиникой: *«Вот вам новое доказательство промахов, начавшихся у нас, немцев, со времени Рокитанского, отделения патологической анатомии от клинического наблюдения. Такой порядок вещей, по нашему мнению, необходимо должен вести к ложным и нередко совершенно противоположным заключениям»* (L. Traube, 1867).Он, вероятно, первым понял отличие клиники брюшного тифа, допустим от пневмонии, которая часто развивалась молниеносно, что позже сформулировал видный российский клиницист: *«...при диагнозе брюшного тифа приходится думать, ждать, говорить больному: «Подождите, картина еще не развернулась»...»* (М.П. Кончаловский, 1937). В этом смог убедиться один из нас, когда, будучи начинающим врачом, имел дело с молодым солдатом, приехавшим на побывку из Афганистана и заболевшим. У него была длительная лихорадка, непонятная ангина, потом стало ясно, что это - ангина **Дюге (Jean-Baptiste Nicolas Duguet, 1837-1914)** и бронхит, плохо поддающийся обычному лечению. Уже после госпитализации в терапевтическое отделение у него появилась розеолезная сыпь, увеличилась селезенка и появились кишечные симптомы. Диагноз брюшного тифа стал ясен, как в учебнике!

Госпиталь Шарите, Берлин, конец XIX в.

...Л. Траубе описал двойной тон на крупных артериях при аортальной

недостаточности, полулунное пространство (пространство Траубе) - участок левого подреберья, дающий при перкуссии тимпанический звук, который исчезает при левостороннем плеврите и экссудативном перикардите, в 1872 г. описал альтернирующий пульс, независимо от Ж. Буйо, описал ритм галопа (J. Fresguet, 2008). Траубе занимался изучением уремии и гипертонии при болезни Брайта, механизмов происхождения тонов и шумов сердца. В 1869 г. он описал «артериальную» недостаточность аорты: *«Существует недостаточность клапанов аорты, которая связана с ненормальным повышением давления в системе аорты. Эта недостаточность, которая встречается обыкновенно у пожилых людей, является следствием склероза артерий.В этом случае ненормальное повышение давления предшествует симптомам недостаточности клапанов, и при появлении последней давление лишь понижается, не падая, однако, до нормы и ниже ее. Напротив, недостаточность аорты, являющаяся следствием острого эндокардита,никогда не совпадает с чрезмерным повышением давления в системе аорты, а вызванная ее гипертрофия левого желудочка поддерживает лишь давление на его средней цифре»* (L. Traube, 1869). По сути дела Траубе определял те же формы аортальной недостаточности, которые выделяются и сейчас: вызванная эндокардитом различной этиологии и дегенеративная, чаще встречающаяся при дегенерации врожденного двухстворчатого клапана (А.В. Шпектор, Е.В. Васильева, 2008).

Траубе описал развитие недостаточности сердца при недостаточности трехстворчатого клапана: *«опухание нижних конечностей, увеличение печени и синюха, совпадающие с систолическим шумом в области мечевидного отростка»*. Он отметил исчезновение второго тона сонных артерий и «doppelton» на бедренной артерии при аортальной недостаточности. Траубе описал т.н. «серозное воспаление легких» - крайне опасное осложнение недостаточности кровообращения, когда у больных на фоне застоя в легких появлялись в одной или нескольких долях *«симптомы легочного отека, развивается приступ сильнейшей одышки, напоминающий припадок сердечной астмы»*. Пульс при этом часто оставался нормальным, но больной неизбежно погибал. Фактически Л. Траубе являлся одним из основателей кардиологии как клинической дисциплины (L. Pinero, 1974, В.И. Бородулин, 1988). Примером безуп-



Стетоскоп Траубе

речной логики и дисциплинированного врачебного мышления Л. Траубе служит его работа о «черном» или «угольном» легком, опубликованная в 1860 г. В клинику Шарите 2 октября 1860 г. поступил 54-летний угольщик с жалобами на многолетний кашель. Дальше Л. Траубе развертывает перед нами настоящий «детектив», разоблачая «преступника»-болезнь, причем делает это удивительно последовательно, и все его заключения логически вытекают одно из другого. Впечатляет описание физикального исследования пациента (ведь у Траубе не было рентгенографии!). Эта история может служить образцом не только для нынешних студентов, но и для врачей с опытом! Обращает на себя внимание лапидарный, но достаточный для диагностики анамнез, блестящее объективное исследование больного, описание аутопсии и клинические выводы (больной страдал, несомненно, пневмокониозом). И все это сделано не врачом-интерном, а уже экстраординарным профессором, который не пренебрегает добросовестным выполнением функций больничного ординатора (T. Dunlap, 2007)! Но главное состоит в том, что благодаря этой работе Траубе была завершена дискуссия о двух путях формирования пневмокониоза: в 50-х гг. XIX века Robin высказал идею о вдыхании угля углекопами, а Р. Вирхов, лично исследовав «минеральное легкое», высказался в пользу органического происхождения пигмента. Л. Траубе, найдя при жизни в мокроте больного фрагменты угля, на основании данных секции высказался в пользу теории Робина, но оговорился, что одно механическое раздражение не в состоянии вызывать высокую степень воспаления в легком. Траубе славился как лектор, *«превосходно умевший в теории соединять ясность с возможной простотой»*. Деятельность Траубе как нельзя лучше соответствовала мысли его выдающегося последователя: *«...немецким...клиницистам свойственны систематические, строго объективные описания, лишенные субъективной окраски и той оригинальной установки, которая бы отстаивала известные принципы, давала повод для дискуссии и требовала решающих выводов, построенных на борьбе мнений»* (Г. Бергман, 1936).

Л. Траубе

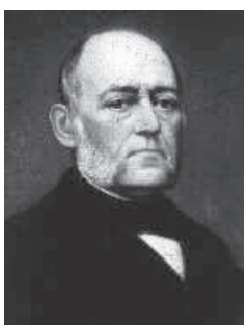
В последние годы жизни Л. Траубе часто болел и умер в возрасте всего лишь пятидесяти восьми лет. Выдающемуся клиницисту поставили точный диагноз, в его стиле: *«Гипертония и расширение обоих желудоч-*

ков с атеросклерозом и ишемическим склерозом. Частичная жировая дистрофия миокарда»... (J. Fresguet, 2008).

Л. Траубе обоснованно называют великим клиницистом XIX века (С. Манджони, 2006). Не случайно, что С.П. Боткин, знавший очень многих замечательных врачей и клинических преподавателей своего времени, безусловное предпочтение отдавал Л. Траубе. Они были дружны и, приезжая в Берлин, С.П. Боткин останавливался в доме Траубе, обязательно посещал его лекции и лабораторию. Мы полагаем, что влияние Л. Траубе на великого отечественного клинициста было более сильным, чем принято считать. В 30-х гг. прошлого века высказывалась даже крайняя мысль о том, что *«Боткин следовал школе Траубе, но когда читаешь последнего, убеждаешься, насколько Боткин был бледнее и слабее своего учителя»*... (И.Д. Страшун, 1936). Любопытно, что сам Боткин так не думал, еще до пика своей известности, в 1862 году он пишет: *«К Траубе сунулся было... но он так стал лениться, так элементарно читал...»* Вероятно, Л. Траубе не достиг бы таких высот в клинике внутренних болезней, если бы его учителем не был, в свою очередь, человек исключительно выдающийся, который не только «реабилитировал» Венскую клиническую школу, когда-то проигнорировавшую Л. Ауэнбруггера, но и продвинул искусство диагностики далеко вперед. Речь идет о Й. Шкоде.

Й. Шкода

Й. Шкода (Josef Skoda, 1805-1881) родился 5 декабря 1805 г. в Пльзени (Чехия) в семье бедного слесаря. У него было два брата, Франц, известный в Чехии врач, и Иоганн, основатель... ныне всем известной фирмы «Шкода»! В детстве Й. Шкода серьезно болел, как предполагали, туберкулезом, и родители очень хотели, чтобы он посвятил жизнь духовной карьере, но он пошел по стопам старшего брата-врача. Его учеба началась почти в тех же условиях, как у Р. Лаэннека: сначала чтение книг при свете от пламени печи на кухне, затем шестидневное путешествие пешком из Пльзени в Вену и финансовая поддержка добрых людей. В первое время он весьма серьезно изучал математику, физику и (словно предчувствовал, что пригодится!) акустику. В 1831 г. он получил степень доктора медицины и работал на ликвидации эпидемии холеры в Пльзени, в 1832-38 гг. был помощником врача Венской Общей больницы, где познакомился с **К. Рокитанским (Carl von Rokitansky, 1804-1878)**.


К. Рокитанский

В 1839 г. он стал врачом больницы «для бедных», а в феврале 1840 г., по рекомендации (видимо, желание покровительствовать талантливым врачам стало со времен Ауэбруггера традицией!) видного клинициста и председателя имперского комитета образования Л. фон Тюркгейма, Шкода был назначен главным врачом отделения болезней легких Генерального госпиталя Вены. В отличие от Парижской школы, где Р.Лаэннек требовал от врача сочетания клинической работы с непременным личным участием в проведении секций (Д.Д. Плетнев, 1922), в Вене патологическая анатомия не находилась в руках клиницистов (о чем говорил Траубе!). К. Рокитанский с 1844 г. был профессором патологической анатомии, и именно его Р. Вирхов назвал первым истинным патологоанатомом, «Линнеем патологической анатомии». Он не сочетал эту деятельность с должностью профессора медицины или нормальной анатомии, как это часто практиковалось, а возглавлял кафедру (им же и основанную) патологической анатомии Венского университета и был прозектором городской больницы. К. Рокитанский был президентом Императорского медицинского общества и Венской Академии наук. За время работы в общей больнице К. Рокитанский произвел больше 30000 аутопсий, причем сначала он занимался этим в примитивном деревянном павильоне! Вскрытия, проводимые К. Рокитанским, стали отправной точкой клинического обучения, поскольку только здесь врачи могли увидеть корреляцию клиники и патологии, и вообще определили стиль работы клиники Й. Шкоды! Эпохальной была работа К. Рокитанского «Die defecte der Scheidewande des Herzens» («Дефекты сердечной перегородки», 1875), в которой К. Рокитанский описал врожденные дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок. Без К. Рокитанского деятельность Шкоды не была бы столь успешной, тем более что их связывали дружеские узы. Й. Шкода, безусловно, был знаком с работами Л. Ауэнбруггера, Р. Лаэннека и П. Пьорри, но не был удовлетворен описанием методики и номенклатурой звуков, получаемых с помощью аускультации и перкуссии. И самое главное – отсутствием адекватного физического обоснования их происхождения, а без этого как можно было судить об их диагностической значимости! К сожалению, в Вене не было врачей, которые могли бы ему помочь, и

Профессор Й. Шкода

Шкода начал работать самостоятельно. Он верил в твердо установленные факты, а не в предположения, и не считал себя связанным *«традиционными и эмпирическими французскими определениями»*. Чего стоила, например, дефиниция влажных хрипов, предложенная Лаэннеком - *«журчание воды, стекающей по стенкам длинной бутыли»*! Й. Шкода поставил задачу превратить диагностику из искусства в науку! Лаэннек, как мы уже отмечали, грешил образными сравнениями, Пьорри привязывал звук к конкретному органу, а Й. Шкода задает скептический вопрос: *«Что такое физический признак? Мы слышим «легочный звук», перкутируя легкое, мы слышим «печеночный звук», перкутируя печень, а что слышим мы, перкутируя «гепатизированное (опеченевшее) легкое?»*. Подход парижских клиницистов «звук=болезнь» уже вызывал недоуменные вопросы, и позже П. Нимейер не без сарказма напишет об этом. Французская школа еще со времен Лаэннека утверждала, что научиться физикальным методам можно только от опытного специалиста, но Шкода не имел никакого желания посещать Париж, чтобы приобрести это «тайное знание». Он предпочел заняться этим дома, но с точки зрения физики и акустики, рьяно экспериментируя на живых и мертвых! Он настолько увлекся, что пациенты стали жаловаться, что им нет покоя от ретивого диагноста! В конце-концов он нашел покладистых больных среди... психиатрических пациентов, соглашавшихся быть объектами исследования! Примечательно, что несмотря на популярность Шкоды и известность за рубежом, его диагностические методы не были понятны и отвергались врачами старшего поколения. Перед применением новой процедуры в Общем госпитале Вены надо было получить согласие директора и главного врача госпиталя. Без их согласия и присутствия Шкода и Ф. Шух произвели больному трахеотомию, потом после выполненного ими торакоцентеза другой больной умер, и Шкода мог лишиться права работать врачом, но благодаря заступничеству Л. Тюркгейма его «всего лишь» на три месяца перевели в психиатрическое отделение (чему он, наверное, был рад, можно было вволю перкутировать больных!). Он перкутировал и выслушивал больных, а К.Рокитанский или его помощник **Я. Коллечка (Jakob Kolletschka, 1803-1847)** проверяли результаты на вскрытиях. Первая работа Й. Шкоды «Uber die Perkussion» («Вокруг перкуссии»), вышедшая в 1836 г., внимания к себе не привлекла, но с этого момента каждый год он публикует работы, посвященные перкуссии сердца и органов брюшной полости (1837), методам исследования сердца (1839), диагностике перикардита, семиотике и диагностике П. Пьорри, диагнозу дефектов клапанов сердца (все-1839). Но подлинным его шедевром стала работа «Abhandlung uber die Perkussion und Auskultation» (1839), в русском переводе - «Учение о по-

стукивании и выслушивании, как средствах распознавать болезни» (1852). Выводы его были просты, но убедительны:

1. «Все, не содержащие воздуха части организма, равно и жидкости, дают совершенно глухой, едва слышимый перкуссионный звук, который можно, например, произвести, постукивая по бедру (бедренный звук). Поэтому нельзя различить друг от друга по перкуссионному звуку не содержащие воздуха органы: печень, селезенку, почки,опеченевшие или сделавшиеся безвоздушными через сжатие и жидкости, легкие;

Я. Коллечка

2. «Кость и хрящ дают при непосредственных ударах особенный звук. При постукивании сквозь мясистые части этот звук костей делается менее ясным и вполне исчезает там, где мышечный слой мало-мальски толст»;

3. «Всякий звук, который получается посредством перкутирования грудной клетки или живота и который отступает от звука бедра или кости (или хряща), зависит от нахождения воздуха или газа в грудной или брюшной полости»;

4. «Разница в звуке при постукивании печени, селезенки, сердца, легких, желудка зависит не от особенностей этих органов, а от различия в количестве, распределении, напряжении и проч. содержащегося в них воздуха и от разницы в силе удара».

Сравните с предлагаемыми П.Пьорри звуками: «костный», «бедренный», «сердечный», «желудочный», «звук слепой кишки», «звук тонкой кишки», «легочный звук», «звук органов, содержащих кровь», «металлический» звук», «звук дрожания гидатид (эхинококковый)» и т.д. (P. Piorry,1866). Шкода до предела упростил номенклатуру перкуторных звуков:

1. Полный-пустой;
2.Ясный-тупой;
3.Тимпанический-нетимпанический;
4.Высокий-низкий.

Барельеф Й. Шкоды

«Полный перкуторный звук,-писал Шкода,-может быть ясным или притупленным,тимпаническим или нетимпаническим, высоким или низким, то же самое можно сказать и о пустом звуке». Под «полным» Й. Шкода по-

нимал полнозвучный в музыкальном смысле звук. Полный звук над легким, по мнению Шкоды, говорил о том, что легкое на несколько дюймов заполнено воздухом, а бедренный (тупой) звук говорит о безвоздушности паренхимы. Он добрался и до хрипов в грудной клетке, и разделил их по характеру и тональности на крупные и мелкие, отчетливые и смутные, ясные и приглушенные, тимпанические и глухие, высокие и низкие (M. Sternberg, 1924). Он описал резонанс при сдавлении легких плевральным выпотом и при выпоте в перикарде (симптом Шкоды), о котором он говорит так: *«То, что легкие, частично лишенные воздуха, дают тимпанический звук, а когда количество воздуха увеличивается, появляется нетимпанический, противоречит законам физики. Но этот факт твердо установлен и подтвержден экспериментами на трупах, которые показали постоянный факт: когда нижняя часть легкого полностью сдавлена выпотом в плевру, его верхняя часть, значительно уменьшенная в объеме, дает в верхней части груди при перкуссии отчетливо тимпанический звук»* (A. Sakula, 1981). Шкода описал крепитацию при долевой пневмонии, втяжение верхушечного толчка во время систолы при слипчивом перикардите (симптом Шкоды-Вильямса).Он обнаружил, что при эмфиземе легких, когда в легких имеется большое количество воздуха и грудная клетка не слишком толста, звук при перкуссии очень напоминает тимпанический и назвал его «сонорный»- звучный, позже А. Бирмер назвал его «подушечный», сейчас мы говорим о коробочном звуке. Шкода всячески стремился уйти от мало что говорящих терминов: «скрип новой кожи», «щебет маленькой лесной птички», «шум терпуга (напильника)» и т.д., которые предложил Лаэннек. Он предложил выделять следующие дыхательные шумы :1) легочный или везикулярный; 2) бронхиальный;3) амфорическое «эхо» и «металлическое звяканье»;4) неопределенный. Хрипы он называл везикулярными, консонирующими, сухими крепитирующими, амфорическими, «металлическим звяканьем» и неопределенными (Г. Эйхгорст, 1882). Он подробно описал шум трения плевры, а голосовое дрожание объяснил на основе теории гармонии. Вместо выделенных Лаэннеком бронхофонии и пекторилоквии он предложил один термин - «эгофония». Он четко разграничил тоны и шумы сердца, связывая последние с патологией митрального и аортального клапанов, а вместе с трагически погибшим (поранил руку на вскрытии и 13 июля 1847 г. умер от сепсиса) Якубом Коллечкой подробно изучил перикардиты и шум трения перикарда. Он тщательно изучал пульсацию яремной вены, о значении которой писал: *«...наблюдение за пульсацией яремной вены отражает функцию правого сердца с точностью, которая редко может быть достигнута и едва ли превышает данные вивисекции и физиологических экспериментов»* (F. Coranyi, 1882).

Профессора Венского университета (первый ряд, второй слева - Й. Шкода)

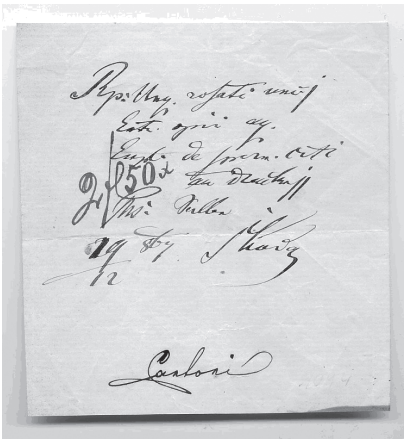
Дав больному выпить литр воды, Й.Шкода смог перкуссией определить нижнюю границу большой кривизны желудка. В целом Шкода значительно упростил понятия и терминологию, предложенные французской школой, и положил в основу физической диагностики сердца клиническую физиологию. Однако совсем уйти от образных сравнений Шкоде не удалось. Говоря о «полном» и «пустом» звуке, он пишет: *«Мы легко различим большой колокол от малого даже и тогда, когда от первого доходит до нас только самый тихий гул, а второй, напротив,звучит очень громко и ясно. Большой колокол дает полный звук, а малый-пустой»* (Й. Шкода, 1851). После работ Шкоды врачи ушли от определений Лаэннека «нормальные» и «ненормальные» шумы к терминам «тоны» и «шумы» сердца. Он описал раздвоение тонов сердца - «spaltung», акцент II тона на легочной артерии при митральной недостаточности и эмфиземе легких, и «функциональную недостаточность митрального клапана». В 1855 г. Шкода издал большую работу, посвященную коарктации аорты (Г. Банкл, 1980). Несомненно, концептуальная и фактическая корректировка положений Лаэннека и Пьорри, предпринятая Шкодой, способствовала избавлению физикальной диагностики от неточностей и субъективности и позволила ей превратиться в объективную (относительно!) медицинскую дисциплину. Но в отношении отека легкого подход Шкоды был менее продуктивным, чем у Лаэннека (B. Gyozo, 1982). Любопытно, что в конце своей знаменитой работы Шкода описал *«тре-*

Л. Тюркгейм

ние камней в мочевом пузыре», которое он слышал через стетоскоп, приложенный в области симфиза! Надо добавить, что Шкода предложил и свою модель стетоскопа, очень похожую на модель У. Стокса (с коническим грудным концом и выпуклостью снаружи). Й. Шкода был убежден в том, что звук в стетоскопе проводится по воздушному столбу, поэтому не придавал значения, из какого дерева он должен быть сделан, так же, как и цельный ли инструмент, или собирается (свинчивается) из двух частей и т.д. Он полагал оптимальной длину стетоскопа - 30 см, диаметр грудной воронки – 2,5 см. Ушную воронку он предлагал делать такого диаметра, чтобы она полностью закрывала ушную раковину, причем считал, что глубина и грудной и ушной воронок не должна быть слишком большой, чтобы эффект «колокола» не приводил к искажению звуков при аускультации. Об этом он говорил П.Д. Шипулинскому, представившему на суд маэстро стетоскоп своей конструкции. Начинающих врачей он предупреждал о том, что при аускультации не следует слишком сильно давить на стетоскоп, причиняя дискомфорт больному. Инструмент Пьорри Шкоду не устраивал. Й. Шкода изучил патогенез и клинику тромбоза сосудов селезенки и почек, инфаркта легкого и тромбоза бедренной вены. Свой эпохальный труд он посвятил выдающемуся клиницисту **Л. фон Тюркгейму (Ludwig von Turkgeim, 1777-1846)**, с которым у Шкоды была связана одна история: когда в 1840 г. заболел французский посол в Австрии, герцог де Блакас, то знаменитые венские врачи, в том числе и Тюркгейм, не смогли поставить диагноз, а Шкода определил страдание как «просачивание аневризмы аорты» и предсказал его фатальный прогноз. На секции диагноз блестяще подтвердился, причем Шкода посмертно установил размер аневризмы, и все убедились, с какой точностью он определил ее перкуссией при жизни больного! Потрясенный маститый Тюркгейм сказал Шкоде: *«Если бы я был моложе, то Вы были бы моим учителем!»* Эта история сразу сделала Шкоду знаменитым! Работа Й. Шкоды выдержала до конца XIX века тринадцать изданий и была переведена почти во всех европейских странах. В 1840 г., после выздоровления от сыпного тифа, Й. Шкода вместе с К. Рокитанским отправился в путешествие по Европе, посетив в том числе и Париж. После возвращения Й. Шкода добился реорганизации дерматологической клиники, которой стал заведовать энергичный словак **Ф. Гебра (Ferdinand Ritter von Hebra, 1816-**

Й. Шкода

1880). В 1846 г. при активной поддержке К. Рокитанского Шкода стал профессором специальной патологии и терапии Венского университета, причем против его кандидатуры (чеха, как и сам Рокитанский!) было едва ли не большинство профессоров-австрийцев! Реформаторский дух Шкоды не успокоился, и в 1848 г. он впервые начал читать лекции не на привычной латыни, а на немецком языке. Любопытно, что с этого же года Шкода стал активным членом физико-математической секции Академии наук. Был он и почетным президентом Венского общества врачей. В деятельности Шкоды современники отмечали явление, которое в истории медицины получило название «терапевтический нигилизм». Самый известный анекдот о Шкоде гласит, что на вопрос: «Как лечить больного?» Шкода на ходу ответил: «А все равно, как!». Действительно, Шкода был скептиком и в отношении применяемых тогда средств, и в отношении того, с чего мы начали – диагностической «безрукости» врачей, их гипоскиллии!



Рецепт Шкоды

В этом смысле Й. Шкода был даже высокомерным! Из применяемых тогда кровопусканий, пиявок, жаропонижающих и многочисленных, причудливых и бесполезных средств, применяемых чуть ли не со времен Галена, Шкоде не нравилось ничего! *«Они все одинако бесполезны»*,- говорил он. Это скептицизм, однако, не останавливал его в поисках действительно эффективных, на его взгляд, средств: салицилатов или ингаляций скипидара (Z. Hornof, 1970). Он позитивно относился к хирургическим методам: например, торакоцентезу при плевритах, а в 1840 г. хирург **Ф. Шух (Frantz Shuch, 1804-1860)** при участии Шкоды выполнил первую пункцию перикарда. В 1838 г. Й. Шкода и Ф. Шух выпустили работу о применении перкуссии и аускультации в хирургической практике. Франц Шух, шваб по национальности, в 1842 году возглавил II хирургическую клинику Венского университета. Он считается основателем австрийской научной хирургии. Занимался физиологией дыха-

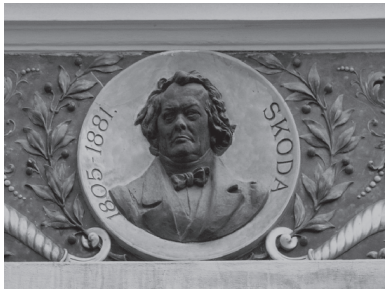
Ф. Шух

ния и экспериментальной хирургией. В 1847 г. первым в Австрии использовал эфир для анестезии (http://en.wikipedia.org/wiki/Franz_Schuh_(physician). Ученики Шкоды гиперболизировали его терапевтический скептицизм до нигилизма! Надо думать, что Й. Шкода не был слишком популярным среди венских фармацевтов, ведь он подрывал их бизнес! Ф.С. Цыцурин писал, что Шкода *«результаты аускультативного исследования вовсе не применяет к терапии. Он диагностирует данный случай и ожидает подтверждения от аутопсии»*. Любопытно, что это почти слово в слово повторил выдающийся немецкий клиницист А. Куссмауль, учившийся у Й. Шкоды на заре клинической деятельности последнего. Высоко отзываясь о Шкоде как о диагносте, он, однако, совсем не одобряет нигилизма в лечении и не без сарказма пишет о его клинике: *«Преподаватели и студенты забыли реальную задачу медицины: лечить. Таким образом, лучшее из всех человеческих искусств с высоты упало далеко вниз. Дошло до того, что многие молодые врачи с чуть ли не большим нетерпением ожидают подтверждения их анатомического диагноза, чем результатов лечения»* (A. Kussmaul, 1960). П.Д. Шипулинский, побывавший в Вене почти в одно время с Куссмаулем, писал, что в клинике Шкоды *«...больной превратился в какой-то объект, на котором, прежде всего, и главным образом изощряли диагностические способности»* (П.Д. Шипулинский, 1847). Да, гордостью новой венской школы была именно *«постановка, по возможности, точного анатомического диагноза еще при жизни больного»* (В. Йонаш, 1968). Главной задачей врача, по саркастичному выражению Г. Бергмана, становилось *«клиническое предсказание патологоанатомической картины»*! Но более существенным недостатком Й. Шкоды (как и Л. Траубе) считали то, что *«он совершенно пренебрегал гуманной и психосоматической составляющей лечебного процесса»*! Любопытно, что видный российский клиницист В.В. Бессер, учившийся у Траубе и в клинике Шкоды, писал, что в немецких госпиталях *«больной — лишь объект, на котором учатся диагностике. Но никому не придет в голову, что этот больной тоже человек, одаренный тем же чувством, как мы...»*. О сухости и черствости Траубе, *«неприятно поражавших в его отношениях к клиническим больным»,* писал современник выдающегося клинициста (Н.А. Белоголовый, 1892). Этим, кстати сказать, грешил и И.Шёнлейн и видный гастроэнтеролог В. Лейбе **(Wilhelm Olivier Leube, 1842 –1922).**

Бюст Шкоды

Не думаем, что это проявление какой-то природной черствости, скорее - хваленой немецкой педантичности, практичности и дисциплины, не оставляющей места для «сюсюканья» с больным. Об эмпатии и прочих психологических «штучках» врачи того времени представления не имели. Наверное, в дидактических целях такая сухость не давала преподавателю «растечься мыслью по древу», а что ощущал при этом больной, «история умалчивает», хотя пример с взбунтовавшимися от перкуссии больными Шкоды очень примечателен. Й. Шкода, однако, был очень популярен как клинический преподаватель. *«Маленький, бедно одетый «нигилист» Шкода был отличный учитель, хотя менее красноречивый и педантичный, чем Рокитанский, он имел эксцентричное обаяние». К. Рокитанский говорил, что Й. Шкода: «Освещает путь тем, кто учится, служит образцом для тех, кто стремится, и является последним оплотом для тех, кто отчаивается»!* (A. Sakula, 1981). В 1836 г. Шкода начал вести частный курс перкуссии и аускультации, который был его единственным источником дохода вплоть до получения в 1846 г. профессорского звания! Его земляки, чешские врачи, стали первыми слушателями (O. Stanger, 2001, R. Sedivy, 2006). Скоро, кроме врачей из Австро-Венгрии, к Шкоде начали приезжать врачи из других европейских стран, в том числе из России. Известно, что лекции он читал монотонно, по-немецки, со «славянским» акцентом, стоя со стетоскопом в руке! Й. Шкоде принадлежал знаменитый афоризм, продолжавший идею Г.И. Сокольского: «следование чужому и самомнение, распространяемое на все свое, довольно часто служило для слабых мыслителей маской ума». Хотя в его клинике было всего четыре десятка коек, он здесь поражал студентов своими «блиц-диагнозами», которые он ставил на ходу, часто оказываясь прав! Заметим, что даже после случая с герцогом де Блакасом Шкода продолжал выполнять функции врача, не получая оплаты! Из известных врачей, пожалуй, только Томас Ходжкин восстал против подобной «благотворительности» по отношению к врачам и отказался работать бесплатно!

Настало время, когда никакой европейский или американский врач не мог считать свое образование полным, если он не побывал в Вене! Сэр **У. Уайльд (William Robert Wilde, 1815-1876)**, отец О.Уайльда, известный ирландский хирург и офтальмолог, посетивший клинику Шкоды и институт Рокитанского в 1843 г., писал: *«Эта школа находится ближе всех к принципам, установленным бессмертным Лаэннеком»*! У Шкоды учились выдающиеся российские клиницисты: Г.А. Захарьин, В.Г. Лашкевич, Н.А. Виноградов, Ф.С. Цыцурин, Н.Ф. Здекауэр, В.К. Экк, И.В. Варвинский. Позже клинический центр тяжести начал смещаться в Германию, но в Вену в 1873 г. приезжал и У. Ослер, правда, Шкода в



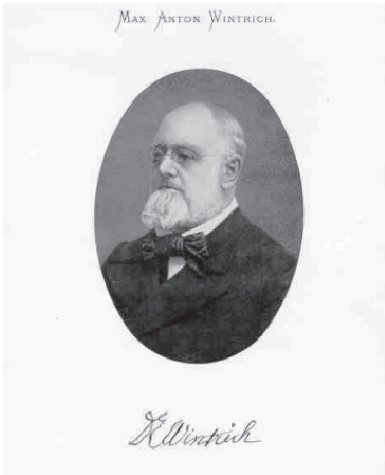
Барельеф Шкоды

это время уже ушел на покой. Авторитет Й. Шкоды в Вене был непререкаем. К нему стекались не только студенты, но и больные из многих стран Европы. Он стал не только очень известен, но и богат, получил чин «гофрата» (надворного советника), однако жил скромно, неподалеку от госпиталя. Семьи у Шкоды не было, а функции домоправительницы выполняла вдова Я. Коллечки, Тереза. Шкода был неприхотлив в быту, носил неуклюжую одежду, поскольку портной был его приятелем, которого профессор не мог обидеть отказом от его услуг! Несмотря на беспокойные времена (рост чешского национализма), до конца жизни Шкода был аполитичным (L. Chrobak, 2001). В отставку Шкода, много лет страдавший подагрой, вышел в 1870 году, его уход сопровождался факельным шествием по городу, в котором приняли участие многие горожане: профессор Шкода в Вене был также знаменит, как собор Св. Стефана!

Любопытно, что почти одновременно с Й. Шкодой (в 1850 г.) боннский профессор **И. Альберс (Johann Friedrich Hermann Albers, 1805-1867)** издал работу «Изучение болезней груди физическими методами или аускультацией, перкуссией и спирометрией». И.Альберс был известным немецким врачом, патологом, психиатром и педагогом. Выпускник Боннского университета, он был помощником врача и врачом в клинике К. Нассе, с 1829 г. был приват-доцентом, с 1831 г. – профессором. Вел курс фармакологии, патологической анатомии, частной патологии, судебной медицины и пропедевтической клиники. Основал в Бонне частную клинику для душевнобольных, возглавлял университетский фармакологический кабинет. Издал известный «Атлас патологической анатомии». Интерес к физикальной диагностике возник у Альберса, несомненно, под влиянием К.Нассе. Еще раньше, в 1837 г., врач Общего госпиталя Вены, где работал Шкода, доктор медицины **Michael von Katona**, издал 85-страничную работу о применении стетоскопа и плессиметра в клинической практике. Но эти работы, в отличие от труда Шкоды, не оставили в истории медицины никакого следа. Зато работа другого видного клинициста, несомненно, принадлежавшего к последователям Й. Шкоды, **Г. Бамберегера (Heinrich Bamberger, 1822-1885)** о болезнях сердца (1857), включавшая все физикальные диагностические приемы, была эпохальной.

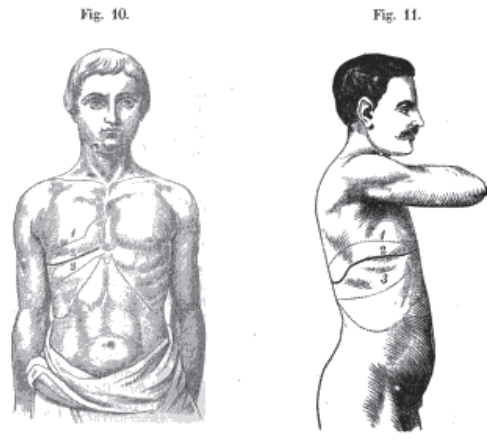
...Конец жизни великого клинициста был омрачен подагрой и сердечной болезнью. Умер Й. Шкода 13 июня 1881 года. На аутопсии, произве-

денной известным патологом **Г. Киари (Hans Khiari, 1851-1916)**, был обнаружен аортальный стеноз и атеросклероз аорты и коронарных артерий, а вот от перенесенного в детстве туберкулеза был обнаружен лишь небольшой рубец в области верхушки легкого (A. Sakula, 1981). Предшественники Шкоды, преувеличившие степень поражения легких у него в детстве, действительно, были неважными диагностами!

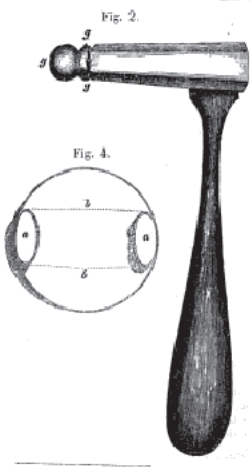


М. Винтрих

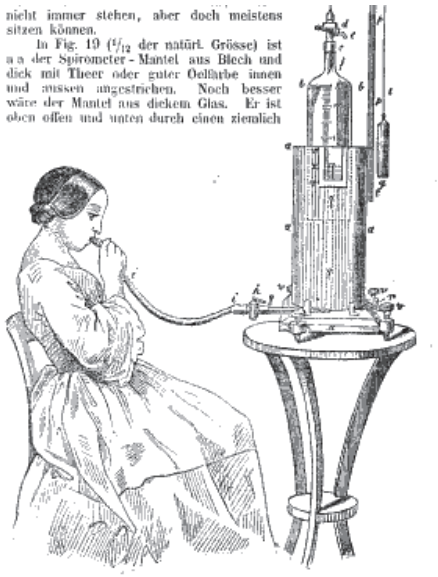
После появления работ Й. Шкоды и Л. Траубе «центр тяжести» физикальной диагностики стал перемещаться в Германию. В 1841 г. **М. Винтрих (Max Anton Wintrich, 1813-1882)**, профессор из Эрлангена, предложил свою модель перкуссионного молотка. Это был нетяжелый металлический инструмент, который мог применяться, конечно, только по плессиметру. В большом руководстве по патологии и терапии внутренних болезней, вышедшем в Германии в 1857 году, перу М. Винтриха принадлежит том, посвященный болезням легких, здесь он и описал предложенный им перкуссионный молоток, методику перкуссии и т.д. Но куда важнее были подмеченные им особенности перкуссии при различных патологических состояниях, например, при пневмонии. *«Периферически инфильтрированная, безвоздушная легочная ткань,*- пишет М. Винтрих,- *дает укорочение и ослаб-*



Иллюстрации из книги М. Винтриха



Перкуссионный молоток Винтриха


nicht immer stehen, aber doch meistens sitzen können.
In Fig. 19 ($^2/_{12}$ der natürl. Grösse) ist a a der Spirometer-Mantel aus Blech und dick mit Theer oder guter Oelfarbe innen und aussen angestrichen. Noch besser wäre der Mantel aus dickem Glas. Er ist oben offen und unten durch einen ziemlich

Спирометр модификации Винтриха

ление звука только тогда, когда безвоздушный участок имеет около 5 см в поперечнике и не менее 2 см глубины, и то лишь при слабой перкуссии» (М. Винтрих, 1864). Он обнаружил, что наименьший диаметр полости в легочной ткани, которую можно обнаружить с помощью получения металлического звука, - 6 см. При перкуторном выявлении плеврального экссудата Винтрих указывал, что притупление всегда начинается на 1,5-2 см выше уровня жидкости. Винтрих проверял свои выводы в экспериментах на трупах: заполняя плевральную полость подкрашенной водой, он производил перкуссию и убеждался, насколько перкуторные данные соответствуют реальному расположению жидкости и т.д. Он же обнаружил, что при наличии в легком каверны тимпанический звук повышается, если больной открывает рот, при закрывании – звук понижается. Винтрих заметил, что если при закрытой полости рта и поочередном зажимании ноздрей понижения перкуторного звука не происходит, то возможно закрытие носового хода опухолью, инородным телом или отеком слизистой оболочки (Г. Эйхгорст, 1882). Для объяснения возникновения звука в каверне М. Винтрих предложил простой опыт: он ставил в рыхлый снег тонкостенный стакан и перкутировал над ним, неизменно получая тимпанический звук, а вынув стакан, на оставшемся в снегу вдавлении тимпанита не получал. Заполнив стаканы водой в соотношении 4:3:2:1 и перкутируя над ними, Винтрих получал чистый и ясный музыкальный аккорд (большое трезвучие): основной тон, терция, квинта и тон из октавы. Это служило доказательством тождественности музыкального тона и тимпанического звука (Г. Эйхгорст, 1882). М. Винтрих отметил и курьезный факт: мохнатый байковый сюртук врача может гасить перкуторный звук! Врачи того времени не знали халатов! Поскольку плессиметр, предложенный Винтрихом, был шире пальца, он ставил его на ребро и выстукивал по его узкому краю. Подобный метод Винтрих называл «линейной перкуссией». Винтриху принадлежит описание

Стетоскоп Винтриха

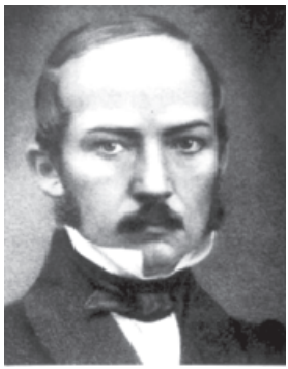
перкуторного симптома полости в легком. Если эта полость имеет сообщение с проходимым бронхом, то получаемый над нею тимпанический перкуторный звук меняет высоту при открывании и закрывании рта. Если рот открыт – тимпанит высокий, если закрыт – низкий, подобно открытым и закрытым трубам органа! Этот симптом получается в любом положении тела больного, но иногда только в каком-то одном: вертикальном или горизонтальном. В этом случае говорили о «прерывистом симптоме Винтриха» (сообщение полости с бронхом закрывается). Позже симптом Винтриха обнаружился при открытом пневмотораксе. Особенно тщательно занимался Винтрих выяснением нормальных размеров грудной клетки, что пытался делать еще Лаэннек. Но Винтрих, в конце концов, предложил таблицы нормальных размеров в зависимости от пола и возраста. Это для врачей имело большое значение при наборе рекрутов и при введении страховой медицины (Г. Эйхгорст, 1882). Винтрих предложил устройство для определения экскурсии легких. Именно Винтрих сравнил трескучие хрипы со звуком, вызываемым потиранием волос или бороды над ухом. Винтрих описал больного, у которого в межлопаточной области на протяжении четырех лет выслушивался шум трения плевры без явных признаков другой патологии (T. Brugsch, H. Scittenchelm, 1925). М. Винтриху принадлежит определение «откашливание полным ртом». Он описал «систолическое везикулярное дыхание» - кардиопульмональный шум. В 1844 г. М. Винтрих усовершенствовал спирометр Хатчинсона и обследовал 4000 больных, установив, что возраст, рост и масса тела влияют на легочные объемы (T. Jurgensen, 1882).

В 1858-61 гг. профессор патологии и терапии университета Бреслау, будущий преемник И.Шёнлейна на берлинской кафедре, **Ф. Фрерикс (Friedrich Theodor von Frerichs, 1819-1885)** выпустил двухтомную работу и атлас по болезням печени. Ф.Фрерикс родился в Ганновере, учился в Геттингене, доктором медицины стал в 1841 году. Короткое время работал практическим врачом, славился как хороший офтальмолог. Потом вернулся в Геттинген, стал приват-доцентом, был сотрудником выдающегося физимолога Рудольфа Вагнера (1805-1864), преподавал и вел прием в университетской поликлинике. Стал экстраординарным профессором, переехал в Киль, где стал директором клиники, написал всемирно известную монографию о болезни Брайта. Ф. Фрерикс,

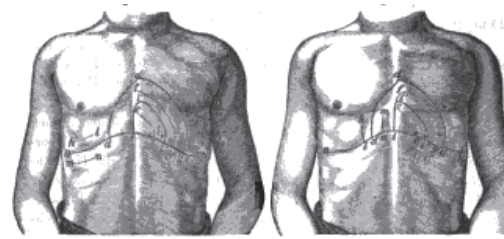
Ф. Фрерикс

будучи хорошим патологом, проводил 600-700 вскрытий в год . В 1859 году он сменил Шенлейна на кафедре. Ф. Фрерикс считается, наряду с Л. Траубе, основателем немецкой экспериментальной патологии. Он считал физиологию и медицинскую биохимию научной основой медицины. Фрерикс был основателем Немецкого Общества внутренней медицины (1882). Его работа о патологии печени считается классической и уже в 1860 г. ее первый том был переведен на английский язык (для Англии, где многие больные имели «печень любителей джина», это было актуально!). Примечательно что Фрерикс во втором томе описал «прогрессивную гепатолентикулярную дегенерацию», которая известна как болезнь Вильсона-Коновалова! Ф. Фрерикс настолько детально разработал физикальные методы диагностики болезней печени, что к этому что-либо трудно добавить: он описал опущение и увеличение печени, физикальные признаки ее первичных и метастатических опухолей, значение диффузной и ограниченной болезненности органа и т.д. Любопытно, что, кроме положения больного на спине при пальпации печени, Фрерикс пальпировал ее в коленно-локтевом положении! Он приводит подробную таблицу перкуторных размеров (перкутировал он по lin. axillaris anterior, mamillaris et sternalis) печени у лиц разного пола и возраста. Ф. Фрерикс описал т.н. «краевое стояние печени», когда при повышении внутрибрюшного давления нижний край печени поднимается, а при продолжении давления печень поворачивается кзади и перкуторные ее размеры значительно уменьшаются, но Фрерикс подчеркивал, что это ложное уменьшение не должно вводить клинициста в заблуждение. Он описал гепатомегалию при сахарном диабете («гипертрофия печени»), увеличение печени при лейкемии и увеличение селезенки при атрофическом циррозе. Ф. Фрерикс был талантливым диагностом: он первым поставил И.С. Тургеневу диагноз порока сердца, который и подтвердился много лет спустя на секции. Его учениками были многие видные клиницисты, в том числе и Г.А. Захарьин.

В 1868-71 гг. в Эрлангене вышло «Руководство по теоретической и клинической перкуссии и аускультации с исторической и критической позиций» («Handbuch der theoretischen und clinischen Percussion und Auscultation vom Historischen und Critischen Standpuncte») **П. Нимейера (Paul Niemeyer, 1832-1890)**. Он учился в Галле и Берлине, в 1854 г. стал доктором медицины, затем был практическим врачом в Магдебурге, приват-доцентом Лейпцигского и Берлинского университетов, где преподавал аускультацию и перкуссию, был автором нескольких известных работ по физикальной диагностике (http://www.zeno.org/Pagel-1901/A/Niemeyer,+Paul). В России больше был известен его сводный брат, видный немецкий терапевт, профессор Тюбингенского универси-


Ф. Нимейер

тета **Ф. Нимейер (Felix von Niemeyer, 1820-1871)**, автор много раз переизданного у нас «Руководства к частной патологии и терапии внутренних болезней», который раньше всех описал пальпацию кишечника! Весьма любопытна его оценка, данная С.П. Боткиным, который вообще с «иноземными» авторитетами не церемонился! В 1868 г. он пишет Н.А. Белоголовому: *«Наконец, увидел я Нимейера...По книге его я всегда думал, что это хлыщ, теперь же, после личного знакомства, я убедился, что это хлыщ в квадрате, если не в кубе. После первых обычных комплиментов моей книге* (речь идет о первом издании «Курса клиники внутренних болезней» С.П. Боткина – Н.Л.,В.А.) *посыпался целый ряд хвастовства по поводу его деяний и писаний...На другой день был в клинике, лекция была, по-моему, так себе, главный недостаток – в исследовании больных, которое делается не совсем тщательно; поликлиника ниже всякой критики».*


Иллюстрации из книги П.Нимейера

А вот другой видный российский клиницист ставил Нимейеру в заслугу то, что он *«отделил исследование больного от той односторонней физической диагностики, которая пренебрегает всем, что не относится к постукиванию и выслушиванию...Он возвратил субъективным симптомам прежние права... Это был первый необходимый шаг, чтобы научить...рассуждать физиологически»* (Ф.Ф. Меринг, 1861).

...П. Нимейер написал почти 500-страничную монографию, с обстоятельным экскурсом в историю перкуссии и аускультации, подробным описанием методик, акустическими основами звуков тела и практическим примененим перкуссии и аускультации при различных нозологических формах. Любопытно, что он, приводя биографию Л. Ауэнбруггера, ни словом не упоминает о пресловутых бочках! П. Нимейер описал при «капиллярном бронхите с бронхопневмонией» крайне резкую одышку (50-60 дыхательных движений в минуту), образно названную «дыхание затравленного животного». П. Нимейер был автором известного афоризма: *«Над диагнозом пациента, я полагаю, размышляет лишь половина врачей»*! П. Нимейер ядовито отозвался о французской классификации звуков, выявляемых при аускультации: *«Мания патогномонических признаков, которая уже на ранней стадии порождала таких монстров как*

«bruit costohepatigue»-«реберно-печеночный шум»! - Сосье, продолжается до последнего времени, когда Ампи изобрел «cornage broncho-tracheale» (бронхо-трахеальный свистящий хрип»), а Морель-Лавалле- «bruit de moulin» («шум мельничного колеса»). Так что французская теория симптоматики все более напоминает китайское письмо, поскольку для каждой болезни и для каждой модификации болезни выдумывает определенный признак, и в конце концов у нее будет такая прорва признаков, что они будут понятны только нескольким мандаринам, обитающим в храмах столицы» (P. Nieveyer, 1868). Нимейер предложил модель сплошного стетоскопа из ели, существенным недостатком которого было то, что ушной его конец врач вставлял в слуховой проход. Это быстро приводило к травматизации и невозможности дальнейшей работы. Он был автором популярной модели перкуссионного молотка. П. Нимейер обобщил все имевшиеся тогда теории перкуссии (Мацона, Хоппе, Шкоды, Винтриха и Вильямса), на конкретных образцах показал эволюцию стетоскопа и привел обширную библиографию. Получился неплохой учебник физикальных методов, который много раз переиздавался. П. Нимейеру принадлежит замечательное определение ценности физикальной диагностики: *«Плессиметр и стетоскоп – визитные карточки действующего по науке врача; они составляют талисман, которым он ограждает свою рациональную совесть против всяческих иррациональных грехов, к каковым его могли бы соблазнить тривиальные нужды повседневной работы. Кроме того, в них, даже на взгляд профана, заключается надежное мерило ценности и годности целителя, о которых до сих пор судили по совершенно иным соображениям»* (P. Niemeyer, 1868).

В это же время появился ряд работ по физикальным методам диагностики, автором которых был талантливый ученик Л. Траубе и Ф. Фрерихса **А. Вейль (Adolf Weil, 1848-1916)**. А. Вейлю представился прекрасный повод блеснуть своим талантом в России: он был избран профессором кафедры общей патологии и терапии Дерптского университета, но возникший в 1887 г. туберкулез гортани лишил его голоса и возможности преподавания. С тех пор он вынужден был жить на курортах и в 1916 г. умер в Висбадене. За год до болезни (1886) блестяще наблюдательный А. Вейль описал тяжелую форму инфекционной желтухи у рабочих-ассенизаторов, заразившихся через крысиную мочу. Позднее были выделены бактерии, вызывающие желтуху, а заболевание назвали лептоспирозом (в литературе встречается название болезнь Васильева - Вейля или болезнь Вейля). Считается, правда, что много раньше клинику этой болезни описал К.К. Зейдлиц (Л.Я. Скороходов, 2010). А. Вейль был автором работ по аускультации артерий и вен (1875), большой монографии и атласа по топографическй перкуссии (1877), второе изда-

А. Вейль

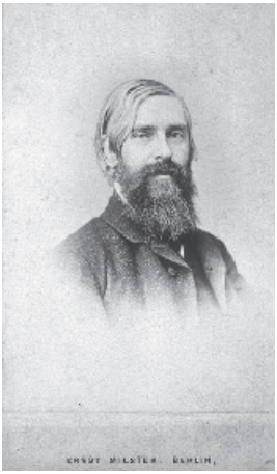
ние которой было переведено на японский (!) язык. А. Вейль отбросил крайности П.Пьорри и использовал большую часть результатов, полученных исследователями к тому времени. Он описал теорию и методы перкуссии, выделил раздел «Дермография», но главное - связал перкуссию и топографическую анатомию. Вейль подробно описал нормальные и патологические звуки, специально остановившись на «смешанных» состояниях, когда в плевре или брюшине одновременно оказываются газ и жидкость и перкуторная картина становится сложной и запутанной. Он описал т.н. «левый сердечно-печеночный угол», который в нормальных условиях образуется нижним краем сердца и левой границей левой доли печени, в норме на 2-3 см не доходящей до левого края сердца... При значительном увеличении печени этот угол оказывался открытым кверху. Назвать его «левым верхним сердечно-печеночным углом» предложил много позже М.Г. Курлов. Прилагаемый к работе Вейля атлас включал 26 рисунков, которые показывали абсолютную и относительную тупость при перкуссии у детей и взрослых, положение краев легких при вдохе и выдохе, гипертрофии и дилатации сердца, в горизонтальном и вертикальном положениях тела и т.д. Работа А. Вейля считалась одной из основополагающих в области физикальной диагностики.

Почти одновременно (1872) вышло руководство по физикальным методам диагностики (в русском переводе «Руководство к клиническим методам исследования грудных и брюшных органов с применением ларингоскопии») приват-доцента берлинского института Фридриха-Вильгельма **П. Гутмана (Paul Guttman, 1834 -1893)**, впоследствии директора больницы Моабит. Очень удачная работа, которая трижды переиздавалась при жизни автора и была переведена на шесть языков, в том числе на английский и русский. Она считалась одним из лучших подобных руководств. П. Гутман был земляком и учеником Л. Траубе, он родился в прусской Силезии, в Рациборе. Учился в Берлинском, Вюрцбурском и Венском университетах (у самого Шкоды!), где стал в 1858 г. доктором медицины. С 1859 г. практиковал в Берлине, был ассистентом В.Гризингера и Л. Траубе. Блестящий знаток физикальных методов диагностики, автор более тридцати монографий и научных работ, П. Гутман был очень наблюдателен: он заметил, что *«радость или испуг нарушают дыхательный ритм»*. Он подчеркивал: *«Нечистые» тоны не имеют никакого диагностического значения, как скоро не замечается никаких других изме-*

нений в сердце, особенно в его толчке и в величине». Важное замечание! Общее правило, гласящее, что в норме бронхиальное дыхание может выслушиваться только над гортанью, трахеей и ее бифуркацией, сформулировано тоже П. Гутманом. Он описал «шум треснувшего горшка» при плеврите и перикардите и тимпанический звук в над- и подключичных областях, который при открывании рта не изменялся в случае верхушечной казеозной пневмонии, и повышался при кавернах. П. Гутман сформулировал важное для обучения студентов правило: *«Определение нижнего края правого легкого служит очень хорошим средством для того, чтобы научиться различать тончайшие и постепенные переходы звуков от громкого (ясного) к тупому. Совершенно тупой звук печени определяется тотчас же после глубокого вдыхания и отмечается черным литографическим карандашом, предложенным Piorry»* (Г. Эйхгост, 1882). Примечательно, что в отличие от предыдущих авторов П. Гутман уделил особое внимание «пальпаторной перкуссии», которая, по его мнению, позволяла более точно ощущать сопротивление плотных органов, которые исследует врач. Это четко выразил видный немецкий терапевт, современник П. Гутмана: *«Не надо особенно большого навыка, чтобы не столько постукивая, сколько легонько ощупывая средним или указательным пальцем, определить даже небольшую разницу в сопротивлении поверхности грудной клетки. К сожалению, развитие чувства осязания, как и развитие слуха обыкновенно находятся в сильном пренебрежении. Не только хирург, но и врач, лечащий внутренние болезни, должен «слышать руками»* (T. Jurgensen, 1882). Много позже об этом хорошо сказал отечественный клиницист: *«...данные, полученные нами при помощи органа зрения, наиболее точны и достоверны. Ощупывание, которое является комбинацией осязаний и активных двигательных ощущений,- второй по точности способ исследования, так как разностный порог здесь может достигать очень малой величины. Орган слуха как анализатор ниже первых двух.*

П. Гутман

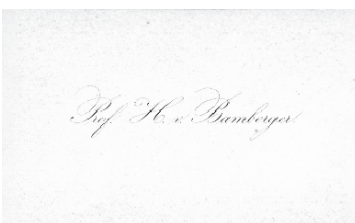
В. Гризингер


К. Герхардт

Поэтому перкуссия и аускультация как методы исследования уступают осмотру и пальпации, и получаемые при их помощи данные оставляют желать многого в смысле ясности и точности. В этой неясности восприятия – постоянный источник ошибок. Отсюда понятно стремление заменить по возможности слуховые восприятия зрительными» (М.В. Черноруцкий, 1953). Любопытно, что руководство Гутмана написано с изрядной долей скептицизма к тем методам и физикальным признакам, которые врачи прошлого признавали безоговорочно! Он, в частности, считал, что невозможно с помощью перкуссии распознать в большинстве случаев инфаркт легкого. Он писал, что «очень часто находил на вскрытиях геморрагические инфаркты величиной в персик и даже больше (на периферии), причем эти инфаркты были, правда, распознаны при жизни на основании кровохарканья, но не давали ясного притупления». П. Гутман остроумно говорил, что *«кто наловчился в постукивании пальцем, может хорошо перкутировать и молоточком, но не наоборот»*!

Большой интерес к физикальным методам диагностики проявлял и один из самых выдающихся клиницистов Германии XIX века **К. Герхардт (Carl Adolf Christian Jacob Gerhardt, 1833-1902).** Он закончил медицинский факультет университета в Вюрцбурге, позже был ассистентом выдающегося терапевта, ученика Шкоды, **Г. Бамбергера (Heinrich von Bamberger, 1822-1888)** и В.Гризингера в Тюбингене. Недолго пробыв приват-доцентом в Вюрцбурге, К. Герхардт стал профессором и шефом клиники внутренних болезней в Иенском университете, затем в Вюрцбурге был профессором медицинской клиники и главным врачом Королевского Юлианского госпиталя и его детского отделения, «тайным советником Великого герцогства Саксонского», а после загадочной смерти Ф. Фрерихса (самоубийство, случайная передозировка морфия?) в 1885 г. занял его место. К. Герхардт основал вторую клинику внутренних болезней в госпитале Шарите, куда приезжал В.П. Образцов и которую потом возглавил знаменитый Ф.

Г. Бамбергер


Визитная карточка Г. Бамбергера

Краус. К. Герхардт был ректором Иенского, Вюрцбургского и Берлинского университетов. Его ассистентом был знаменитый **П. Эрлих (Paul Ehrlich, 1854-1915)**. К. Герхардт описал эритромелалгию, паралич голосовых связок и предложил качественную реакцию на ацетон в моче при сахарном диабете. Его считают одним из основателей педиатрии, он был автором учебника детских болезней (русский перевод-1875 г.) и редактором лучшего в то время многотомного руководства по детским болезням (1877-1893) и «Архива клинической медицины». Считается, что К. Герхардт одним из первых использовал в преподавании пальце-пальцевую перкуссию в том виде, как мы сейчас демонстрируем ее студентам. Герхардт предложил называть брюшной, мужской тип дыхания нижним реберным, а женский, грудной – верхнереберным. До конца жизни, будучи «тайным медицинским советником» и «всех орденов кавалером», К. Герхардт оставался не администратором, а истинным профессором-клиницистом, наблюдательным, педантичным и въедливым. В 1876 г. третьим изданием вышло его известное «Руководство по аускультации и перкуссии с обращением особого внимания на осмотр, пальпацию и измерение грудной клетки и живота для диагностических целей»(Тюбинген, 1876). Написано оно добротно, тщательно и педантично. Любопытная вещь: и Нимейер, и Вейль и Герхардт писали об одном и том же, но это не было «компиляцией компиляторов» или книгами «первых вторых»! Эти руководства сейчас свободно доступны в Интернете и их можно легко сравнить. Конечно, К. Герхардт не ограничился перкуссией и аускультацией, он, как и обозначено в названии руководства, описывает и осмотр и пальпацию, причем особое внимание уделяет изменению формы грудной клетки и эволюции физикальных признаков в зависимости от этого. Он детально описал изменение тупости селезенки при различных патологических состояниях. К. Герхардт описал хрипы, непосредственно выслушиваемые у рта больного туберкулезом, капиллярным бронхитом и пневмонией. Иногда к такому приему прибегают и сейчас (симптом «сиплого» дыхания у больных ХОБЛ). Он обнаружил систолическую пульсацию печени и селезенки при аортальной регургитации и изменение перкуторного звука грудной клетки в зависимости от положения тела больного при больших полостях в легких, содержащих жидкость и воздух (C. Gerhardt, 1876). Он наблюдал этот феномен при кавернах овальной формы, до половины заполненных жидким секретом. При изменении положения тела больного и повороте короткой оси каверны на 90^0 изменялся длинный диаметр воздушного пространства. Именно этим Герхардт объяснял описанный им симптом. Критичные коллеги Герхардта, А. Вейль и **Р. Гейгель (Richard Geigel, 1859-1930),** не удовлетворились этим, и Вейль проделал следующий опыт: сначала

он перкутировал наполовину заполненную водой резиновую грушу, а потом заменил ее стеклянным цилиндром. В первом случае феномен Герхардта наблюдался, во втором нет. Значит, дело в напряжении стенок каверны, решили критики. Тогда Р. Гейгель объяснил и другой, описанный Герхардтом, феномен: изменение тимпанического звука легочной верхушки при обширной нижнедолевой пневмонии (феномен Шкоды) или сдавлении ее плевральным экссудатом. Герхардт заметил, что в этих случаях перкуторный звук становится выше, если перкутировать больного в положении сидя. Р. Гейгель предположил, что экссудат или гиперемированная доля легкого смещает диафрагму вниз и тимпанически звучащая часть легкого «натягивается». Скажете, какое это имеет значение? Для врачей того времени - большое. Они стремились не только накапливать эмпирические факты, а найти им научное объяснение. Кстати говоря, многие звуковые феномены в легких, даже нормальных, и сегодня интенсивно изучаются (F. Dalmay, M.T. Antonini, P. Marguet, R. Menier, 1995). К. Герхардт при проведении топографической перкуссии предложил остроумный прием: приблизительно определив линию раздела органов, он устанавливал палец-плессиметр на нее и перкутировал затем выше и ниже. Точность определения границы по К. Герхардту в этом случае - 0,5 см. К. Герхардт объяснил возникновение эгофонии колебанием мелких бронхов, которые еще содержат воздух. Звуковые волны приводят их в колебание, благодаря чему они то соприкасаются, то расходятся (Д.Д. Плетнев, 1922).

Н. Фридрейх

В 1867 г. в Эрлангене вышло «Руководство по специальной патологии и терапии» под редакцией Р. Вирхова (Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 2 nd edition, Erlangen, F. Enke, 1867), в число авторов которого входили самые известные клиницисты того времени: В. Гризингер, Г. Бамбергер, Ф. Гебра, М. Винтрих и др. Среди них был виднейший немецкий интернист, невролог и патолог, профессор Гейдельбергского университета **Н. Фридрейх (Nicolaus Friedreich, 1825-1882)**. Примечательно, что он при описании физикальной диагностики болезней сердца большое внимание (около пяти страниц руководства) уделяет определению состояния вен. Особенно тщательно он исследовал пульсацию яремной вены. В 1864 г. Н. Фридрейх описал симптом, носящий его имя - спадение правой яремной вены во время диастолы при констриктивном перикардите. Сейчас симптом трактуется как чрезмерное снижение волны Y яремного венного пульса, которое по време-

А. Бирмер

ни часто совпадает с III тоном сердца. Этот симптом встречается в 30% случаев констриктивного перикардита, он не слишком чувствителен, но достаточно специфичен для данной патологии (С. Манджони, 2005). Н. Фридрейх описал шум в яремной и бедренной вене при недостаточности трехстворчатого клапана и «функциональную недостаточность митрального клапана». Он отметил, что когда больные *«видят, что на них смотрят, они дышат искусственно»*. Фридрейх описал и второй феномен, названный его именем: он обнаружил, что высота перкуторного звука над скоплением воздуха в плевре повышается при вдохе и понижается на выдохе, хотя эта разница была не существенна и «требовала опытного уха». Он постулировал, что респираторного изменения звука при альвеолярной эмфиземе не происходит; над отделами, пораженными крупозной пневмонией, респираторное изменение звука появляется только в периоде разрешения, изменения звука над плевральным выпотом и над верхушками легких не происходит. Фридрейх отметил, что сильное давление стетоскопа ослабляет шум трения перикарда. Он же обнаружил, что набухшие вены при слипчивом перикардите быстро спадают во время диастолы и их перестает быть видно. Спадение вен происходило одновременно с *«диастолическим сотрясением грудной клетки и вперемешку с пульсом сонных артерий»* (N. Friedreich, 1864). В 1857 г. Н. Фридрейх первым описал острый лейкоз. Он известен своим афоризмом: *«Для меня, как клинициста, клеточная патология стала Полярной звездой, освещающей путь в лабиринтах патологического процесса»*. Неврологи знают амиотрофию и стопу Фридрейха, а терапевты ценят вклад замечательного клинициста в клинику внутренних болезней. Н. Фридрейх отличался крайней, почти параноидальной (!) нетерпимостью к оппонентам, был вспыльчивым и раздражительным и наверняка страдал артериальной гипертензией, по крайней мере, в 58 лет он внезапно умер от разрыва аневризмы аорты...

Н. Фридрейх

Видный немецкий и швейцарский клиницист **А. Бирмер (Anton Michael Biermer, 1827-1892)** описал последний классический перкуторный симптом патологии органов грудной клетки, который носит его имя: граница перкуторного звука при гидропневмотораксе определяется ниже в вертикальном положении и выше – в положении лежа. А. Бирмер был профессором и директором клиники специальной патологии и терапии Бернского и Цюрихского университета, затем университета Бреслау и автором известных работ по патологии органов дыхания (бронхиты, пневмоторакс, болезни легких), описал при эмфиземе в задних и боковых отделах легких *«низкий и звонкий перкуторный звук с несколько тимпаническим отголоском, подобный тому, который возникает при постукивании по папковой коробке»*. Мы и сейчас называем его коробочным. В 1872 г. А. Бирмер описал пернициозную (злокачественную) анемию (анемия Адиссона-Бирмера).

Г. Эйхгорст

MANUALE
METODI FISICI DI ESAME
MALATTIE INTERNE
DOTT. FRANCESCO VALLARDI

Итальянское издание книги Г. Эйхгорста

Историю развития физикальной диагностики в XIX веке подытожил в своем известном «Руководстве к физическим методам исследования внутренних болезней» (русский перевод-1882 г.) видный немецкий клиницист, профессор и директор медицинской клиники Цюрихского университета **Г. Эйхгорст (Hermann Ludwig Eichhorst, 1849-1921).** Он учился в Кенигсберге и Берлине, был ассистентом Э. фон Лейдена, Б. Наунина и Ф. Фрерикса. Доктор медицины с 1876 г., Эйхгорст был профессором в Иенском и Геттингенском университетах. Более тридцати лет он был профессором в Цюрихе. Его руководство, которое мы часто цитируем, считалось в свое время одним из образцовых, было переведено на французский и русский языки. Здесь были представлены все методы диагностики, имевшиеся в распоряжении врачей к концу XIX столетия.

Глава V. США

Учитесь видеть, учитесь слышать, учитесь осязать, учитесь обонять и знайте, что только практикой вы сможете достичь высокого профессионализма.

У. Ослер, 1892

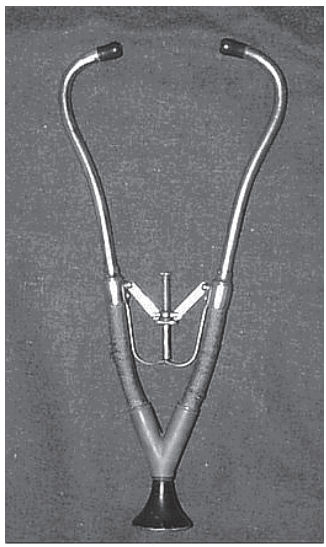
Хорошо обученное ухо, вероятно, все еще лучший инструмент для обнаружения большинства сердечных шумов.

А. Равин, 1969

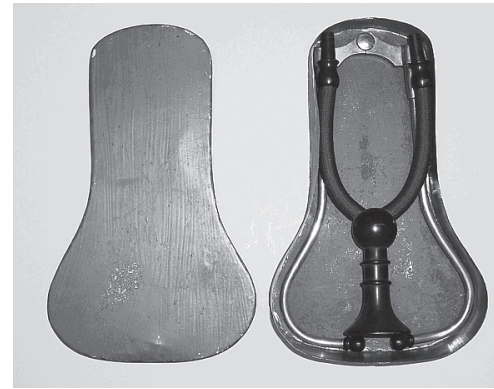
Бросается в глаза, что мы в числе «отцов-основателей» физикальной диагностики практически не упоминаем представителей нынешнего лидера медицинских технологий - США. Действительно, похвастаться в то время американским докторам особенно было нечем. Здесь отмечается одна особенность: распространение методов физикальной диагностики буквально следовало в США за развитием медицинского образования. Весьма показательным для оценки качества медицинской помощи являются санитарные потери во время Гражданской войны в США 1861-65 гг. В армии конфедератов от ран умерло 110000, а 225000 от болезней, в армии северян от ран - 50000, от болезней (в основном инфекционных)-150000 человек! В 1890 г. смертность от туберкулеза и пневмонии в США составляла 433 случая на 100000 населения! Перкуссией пользовалась незначительная часть врачей, редко использовались стетоскопы, очень немногие пользовались термометром. Только 25% врачей смогли выдержать экзамен при приеме на военную службу! Американский врач того времени был «продуктом» нескольких дюжин частных и нескольких университетских медицинских школ. При приеме им задавался лишь один вопрос: смогут ли они оплатить учебу? Обучение было чисто теоретическим, анатомию преподавали поверхностно. Шесть-восемь профессоров составляли весь штат подобной школы. Конечно, были исключения, но погоды они не делали. Выход находился в последипломном обучении в больнице и стажировке (за собственный счет) в европейских, в основном французских, университетах. Это особенно сказалось в первой половине XIX века: американская медицина отличалась большим скептицизмом к науке и экспериментам и недоверием к лабораторным методам. Примечательно, что американские врачи, обу-

Д. Камман

чавшиеся во Франции, создали в 1832 г. «Общество медицинского наблюдения», а обучавшиеся позже в Германии – в 1908 г.- «Общество клинических исследований» (H. Walker, 1990). Наблюдения и исследование не одно и то же! Но исключения все-таки были: в 1840 г. в «Нью-Йоркском журнале медицины и хирургии» **Д. Камман (George Philip Cammann, 1804-1863)** и **А. Кларк (Alonzo Clark, 1807-1887)** описали «аускультаторную перкуссию». Она была крайне проста: врач одной рукой прикладывал к телу твердый стетоскоп, а другой наносил несильные перкуторные удары. Методика была использована для определения границ и «плотности» сердца и печени. А. Кларк и Д.Камман были, несомненно, последователями П.Пьорри – они описали «костный», «жидкостный», «сердечный» и «печеночный» звуки, которые обнаружили своим методом. Методика Каммана и Кларка была передовой, но едва ли с ней были знакомы врачи за пределами Нью-Йорка. Джордж Камман с 1832 по 1859 гг. работал в известном «Северном Диспенсарии» Нью-Йорка, а потом был там же врачом-консультантом до своей смерти в 1863 г. В 1851 г. некий доктор Мэш из Цинцинатти запатентовал двойной стетоскоп, который имел мембрану и две трубки из гуттаперчи, но ушные концы надо было держать руками, а как же слушать? В этом же году на Большой выставке в Лондоне А. Леаред продемонстрировал подобный инструмент, но в нем трубки удерживались в ушах исследователя собственной эластичностью. Д. Камман был знаком с этими инструментами и его модель не была новацией, а улучшением, но улучшением принципиальным: он решил главный вопрос, как удержать ушные кон-

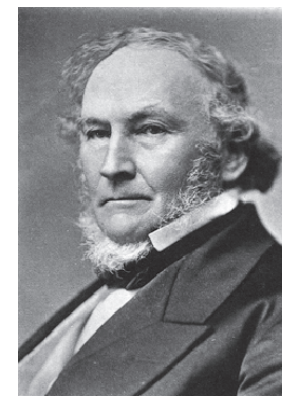


Стетоскоп Каммана



Стетоскоп Каммана в футляре

цы стетоскопа без помощи рук врача! Именно эту модель справедливо можно считать прямым предшественником инструментов, которыми мы пользуемся каждый день! Д. Камман сделал свой инструмент легким, хорошо проводящим звуки. Модель потребовала многих усовершенствований: ушные наконечники (оливы), грудной наконечник из эбонита, изогнутые ушные трубки и подбор оптимальной длины резиновых трубок (сначала они были гуттаперчевые и, по определению, не могли быть длинными). Уже тогда Камман понял, что именно трение трубок между собой является источником артефактов, существенно затрудняющих адекватную аускультацию (D.M. Cammann, 1886). Почти сразу начался неостановимый процесс улучшения и модернизации стетоскопа, главным образом механизма, который соединяет трубки (модели Форда, Газарда, Шарпа и Смита и т.д.).



А. Кларк

А. Кларк родился в Честере (штат Массачусетс) в семье торговца кожей. Доктором медицины стал в 1835 г., учился в клиниках Парижа (у П. Пьорри и П. Луи) и Лондона (у Ч. Вильямса). Начав практику в госпитале Belleveu, вместе с докторами Камманом и Митчеллом изучал анатомические основы перкуссии, результатом чего и стало открытие «аускультаторной перкуссии». Предложил для лечения перитонита - вместо общепринятого назначения больших доз опиума - кровопускание и назначение препаратов ртути (1855), был профессором патологии в колледже штата Вермонт, затем профессором физиологии и патологии в колледже врачей и хирургов в Нью-Йорке и профессором патологии и практической медицины, деканом и президентом факультета в 1875-85 гг. Тридцать лет он был врачом госпиталя Белльвью и консультантом еще двух госпиталей. Был президентом Медицинского общества штата Нью-Йорк (http://www.braceface.com/medical/Medical_Authors_Faculty/Clark_Alonzo.htm). Он известен описанием симптома перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки – исчезновение печеночной тупости при перкуссии. Был одним из самых вы-

дающихся диагностов своего времени и автором известных афоризмов: *«Медицинские заблуждения одного столетия становятся популярными в другом», «Болезнь каждого человека – его личная собственность», «Вы можете судить о неизлечимости болезни по обширному перечню средств от нее», «Симптомы, которые не удается приемлемо сгруппировать, имеют «нервное» происхождение»* . Предвестником смертельной болезни самого Кларка стал приступ головокружения, посетивший его во время лекции, вследствие чего он был вынужден сесть, чего раньше не делал никогда. Но даже здесь он остался верен себе, сказав: *«Много лет я занимал это кресло, но впервые сел в него буквально»* (F. Garrison, 1925).

...Кардинальная перемена медицинского образования в США произошла во второй половине XIX века: между 1870 и 1914 гг. 15000 американских врачей прошли обучение в Германии, университеты которой, безусловно, относились к «премьер-лиге»! Около 10000 врачей прошли обучение в Вене и стали затем специалистами в области офтальмологии, дерматологии, ларингологии, акушерстве и оперативной хирургии. Меньшая часть изучала фундаментальные медицинские науки, клиническую химию, патологию и т.д. Возвращение американских врачей из Европы совпало с превращением старомодных медицинских колледжей в современные университеты. Естественно, существенные изменения произошли и в медицинском образовании. Сочетание заокеанского образования и нового университетского духа особенно проявилось между 1871 и 1893 гг. в университетах Гарварда, Пенсильвании, Мичигана и университете Дж. Гопкинса (Балтимора, штат Мэриленд). Президент Гарварда Чарльз Элиот (учившийся в Германии) констатировал, что: *«Невежество и общая некомпетентность среднего дипломированного выпускника американских медицинских школ, в момент его выпуска, представляется при ближайшем рассмотрении ужасным»* (H. Walker, 1990). Поставленная им задача научить студента критически мыслить могла быть успешнее решена в лаборатории, чем в лекционном зале! Значительным достижением было включение в программу медицинского образования в США двух лет работы в клинике. В 1876 г. 22 медицинские школы США объединились в неформальную Американскую ассоциацию медицинских колледжей, больницы переставали быть приютами для «больных нищих» и становились базой обучения студентов: первыми клиниками стали больница штата Пенсильвания (1874) и Мичиганская больница (1877). Начали действовать клинические лаборатории (в 1871

О. Флинт

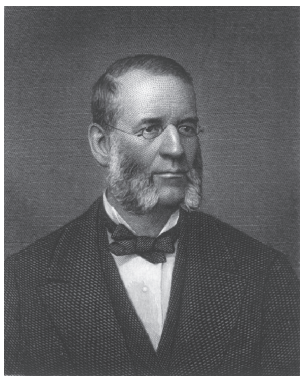
г. в Гарварде, а в 1874 г в Иеле были открыты лаборатории физиологии и физиологической химии), и появились первые профессиональные медицинские сестры. Внедряемые новации, вполне естественно, касались и методов диагностики. Существенную роль во внедрении физикальных методов в медицинскую практику и обучение студентов сыграли видные американские клиницисты. Первым, конечно, должно быть названо имя «американского Лаэннека» - **О. Флинта (Austin Flint, 1812-1886)**.Он родился 20 октября 1812 г. в штате Массачусетс, в семье потомственных врачей и окончил Гарвардскую медицинскую школу в 1833 г. Между прочим, О. Флинт был учеником Д. Джексона, активного последователя Р. Лаэннека в США. После непродолжительной медицинской практики в Бостоне О. Флинт перебрался в Буффало, где работал почти четверть века, в 1844 г. он преподавал в медицинской школе в Чикаго, но через год вернулся в Буффало, где основал «Медицинский журнал» и был его редактором в течение 10 лет. Флинт был первым профессором медицинской теории и практики в медицинской школе Буффало. Почти сразу он реформировал систему обучения, которое было скорее теоретической схоластикой, чем клиническим преподаванием. В 1852 г. он стал профессором университета Луисвилла и начал там преподавать физикальную диагностику с анатомическим обоснованием. Он также преподавал и в Новом Орлеане. В возрасте 48 лет, в 1860 г. О. Флинт стал профессором патологии и практической медицины в медицинском колледже при Бруклинском госпитале (Нью-Йорк). В следующем году он стал профессором медицинской школы в госпитале Белльвью. Примечательно, что Флинт настолько был увлечен процессом преподавания, что совершенно отказался от частной практики (как в свое время П. Луи!). Авторитетный клинический преподаватель и врач, О. Флинт имел международную известность и являлся президентом Нью-Йоркской академии медицины, почетным доктором Иельского университета, членом академии медицины Палермо, президентом Американской Медицинской ассоциации. Круг его интересов был достаточно широким: проблемы лихорадки и инфекционных болезней и т.д., но, начиная с работы 1850 г., посвященной перикардиту, осложненному плевропневмонией, его интерес обратился к физикальной диагностике. Он сразу заинтересовался стетоскопом, но этот интерес не был лишен критичности. О. Флинт считал, что основная заслуга Лаэннека заключалась не в создании стетоскопа, а в открытии значения аускультации! О. Флинт подметил, что

Плессиметр Флинта

Перкуссионный молоток Флинта

«каждый, кто занимался этим, считал своим долгом предложить свой инструмент (стетоскоп), обладающий теми или иными особенностями, не имеющими большого практического значения: материал, из которого он сделан, его длина, размеры, форма и т.д.» (A. Flint, 1856). Флинт считал, что основное достоинство стетоскопа заключается не в усилении звуков, а в надежном проведении их к уху исследователя. Он полагал, что дерево не лучший проводник звука, но легкость его обработки делают его предпочтительнее металла и стекла. Лучшими для изготовления стетоскопа он считал кедр и эбеновое дерево. О бинауральных негибких стетоскопах, которые уже были известны, Флинт только упоминает, но говорит, что не имел с ними дела. Он считал, что оптимальная длина стетоскопа 6-10 дюймов (15-25 см) и что слуховая часть стетоскопа должна быть достаточно широкой и вогнутой (О. Флинт цитирует У. Уолша, который говорил, что *«новый стетоскоп должен быть примерен, как новая шляпа»*!). Флинт полагал, что стетоскоп должен быть целиком сделан из одного материала и попытки Пьорри, Хоупа, Стокса и др. авторов использовать слоновую кость для ушной пластинки, а весь инструмент делать из дерева, по его мнению, *«делают стетоскоп приятным глазу, но затрудняют проведение звука»*! Грудной конец инструмента должен был, по мнению Флинта, иметь диаметр 1-1,5 дюйма. Он считал, что стетоскоп из эбенового дерева (цейлонский и мадагаскарский эбен - очень плотное, тонущее в воде дерево, не имеющее пор, которое хорошо полировалось, и было устойчиво к воде) мог иметь диаметр 0,5 дюйма, кедровый – 1 дюйм. Флинт полагал, что любой врач или студент должен, по примеру Лаэннека, уметь изготовить инструмент сам или выбрать из имеющегося многообразия подходящий и привыкнуть к нему! Флинт был знаком с «двуушным» стетоскопом доктора Д. Каммана и не нашел существенных различий между выслушиванием им, моноаурикулярным стетоскопом и непосредственной аускультацией, но отметил усиление звуков с его помощью и удобство при проведении сравнительной аускультации или исследовании бронхофонии на симметричных участках. О. Флинт подчеркивал возможность возникновения артефактов, возникающих от трения стетоскопа кожей пациента или пальцами исследователя, и даже предлагал не касаться инструмента рукой (A. Flint, 1856). Большое внимание Флинт уделил «аускульторной перкуссии», предложенной Д. Камманом и А. Кларком, но заметил, что выполнить ее без помощника невозможно. Примечательно, что результаты аускультации в США было

принято фиксировать помощником в истории болезни пациента, и для этого позже была разработана специальная система знаков в виде штрихов, волнистых линий, точек и т.д., которые наносились на силуэт тела больного, и обозначали везикулярное дыхание, патологические звуки и шумы и т.д. Благодаря этому банальная аускультация превращалась в священнодействие! О. Флинт был автором известных работ: «Разновидности перкуторных и аускультативных феноменов при болезнях легких» (1852) и «Клиническое изучение звуков сердца у здоровых и больных» (1859). В этом же году вышла важная работа О. Флинта «Практическое руководство по диагностике, патологии и лечению болезней сердца». Флинт сотрудничал с американским врачом французского происхождения **Д. Руане (Josef Rouanet, 1797-1865),** врачом госпиталя Charity в Новом Орлеане, в котором Флинт работал до 1861 года. Ж. Руане был в свое время студентом Ж. Корвизара и еще в 1832 г. издал работу «Анализ шумов сердца», в которой предположил, что тоны сердца имеют клапанное происхождение. Именно после знакомства с Д. Руане О. Флинт описал шум, который носит его имя. Флинт предположил, что апикальный диастолический шум аортальной регургитации возникает потому, что увеличенный благодаря наполнению из двух источников (через интактный митральный клапан и ретроградно через аортальный) *«объем левого желудочка выталкивает створки митрального клапана вверх в почти полностью закрытое положение и формирует относительный митральный стеноз»*. Любопытно, что О.Флинт характеризовал его как «blubbering» (рокочущий) пресистолический шум. Он полагал, что диастола суть «пресистола» и в 1870 г. рекомендовал все диастолические шумы митрального стеноза называть пресистолическими (A. Flint, 1862, 1870). Шум Флинта выслушивается у больных с тяжелой аортальной недостаточностью (С. Манджони, 2005) или, *«как минимум, умеренной»* (Дж. Констант, 2004). Любопытно, что сам Флинт был противником эпонимов, совершенно обоснованно полагая, что это приводит только к путанице в их клинической трактовке. О. Флинт предложил свою модель стетоскопа, плессиметра и перкуссионного молотка. Высокий, красивый, мужественный, обладающий хорошо модулированным голосом большого диапазона, О. Флинт был великолепным, запоминающимся лектором (N. Metha, R. Metha, I. Khan, 2000). Он славился и как непревзойденный диагност (H. Landis, 1912). Еще в 1860 г. он предположил, что анемия Адиссона, которая тогда считалась



О. Флинт

идиопатической, может быть связана с патологией желудка! Подобно М.Я. Мудрову и Ч. Вильямсу, Флинт тщательно фиксировал все клинические случаи, и к концу его жизни эта картотека включала почти 17000 больных! Он был автором 240 статей почти по каждому аспекту клиники внутренних болезней и нескольких книг, среди которых первый учебник по внутренним болезням в Америке: «Принципы и практика медицины» (1866), который выдержал 6 изданий общим тиражом 40000 экземпляров (куда там трактату Лаэннека!).

Американской медицине несказанно повезло, что в течение двадцати лет профессором клинической медицины сначала в Филадельфии, а затем в университете Д.Гопкинса (Балтимора) был гениальный клиницист **У. Ослер (William Osler, 1840-1919).** Ему, как К. Вундерлиху и Й. Шкоде, прочили духовную карьеру, но, к счастью, этого не случилось: вместо красноречивого проповедника появился великий врач! Он учился в медицинских школах Торонто и Монреаля, где стал доктором медицины. В 1873 году У. Ослер едет в Европу, где стажируется у немецких корифеев: Вирхова, Фрерикса, Траубе, Лангенбека, Дюбуа-Реймона, Гельмгольца, в Вене у Гебра, Бамбергера, Нейманна, Виденхофера, Бандля и Рокитанского (Шкода уже ушел на покой), в Лондоне он познакомился с **Р. Колликером (Rudolph Albert von Kцlliker, 1817–1905)**, выдающимся шведским анатомом и физиологом. В 1884 г. У. Ослер снова провел 6 месяцев в Европе, преимущественно в Берлине, где «знакомится с учениями» Кохера, Коха и Вирхова. Эта поездка состоялась как раз накануне его переезда в Америку, на который он решился, подбросив монету! В 1884 г. он стал профессором клинической медицины в университете штата Пенсильвания, а в 1888 г. стал первым профессором Университета Д. Гопкинса в Балтиморе. Именно здесь он проявил себя как выдающийся клинический преподаватель и врач своего времени. Вместе с профессорами: патологом **У. Уолшем (William Henry Welch, 1850-1934),** акушером **Г. Келли (Howard Atwood Kelly, 1858-1943)** и хирургом **У. Хэлстедом (William Steward Halsted, 1858-1922)** У. Ослер сделал этот университет всемирно известным, исповедуя провозглашенный в Германии после революции 1848 года принцип: «Lehr und lernfreiheit»(«свободная наука - свободное обучение»). Американс-

У. Ослер

У. Ослер

У. Ослер пальпирует больного

ким студентам на практике стало понятно, что такое «клинический клерк» (студент-медик последнего года обучения, что-то вроде нынешнего субординатора). Нет сомнения, что У. Ослер владел всеми тонкостями физикальной диагностики. Любопытно, что он пользовался бинаурикулярным стетоскопом Каммана (есть, правда, и другие сведения). Примечательна фраза, сказанная У. Ослером студентам об О. Флинте: *«Каждый из вас, кто берет в руку стетоскоп, должен быть благодарен доктору Флинту за то, что он упростил многое в аускультации сердца и легких из того, что было запутанным и сложным»*. У. Ослер одним из первых стал употреблять эпоним «шум Флинта», как и «шум Грехэма Стилла». Симптом Мерфи, правда, Ослер описывает без ссылки на автора, называя его «спазм дыхания». У. Ослер, который был и главным врачом университетской больницы, быстро приобрел славу непревзойденного диагноста. Современник подчеркивал, что кредо У. Ослера как диагноста и преподавателя было простым: *«Факты, факты и всегда факты. Факты клиники, микроскопа, лаборатории, секционной»*! В 1892 г. вышло первое издание его известного руководства «Принципы и практика медицины» («The Principles and Practice of Medicine»), которое до 1947 г. выдержало 16 изданий! В 1928 г. оно вышло в Советском Союзе («Руководство по внутренней медицине», 1928). Именно в нем Ослер продемонстрировал исчерпывающее знание физикальной диагностики. В этом плане особенно примечательна глава, посвященная легочному туберкулезу. *«В отношении легких,- пишет У. Ослер, - в настоящее время дело обстоит так, как некогда оно обстояло по отношению к сердцу, когда каждый шум рассматривался как серьезное явление. Теперь, когда мы видим ,что толчок верхушки находится кнутри от сосковой линии, нет ни одышки, ни неправильности пульса, то мы не обращаем внимания на шум, а просто советуем больному урегулировать свой образ жизни. Также следова-*

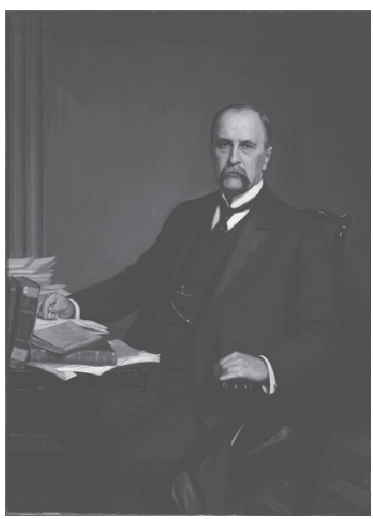
У. Ослер

ло бы поступить и во многих случаях подозреваемого туберкулеза» (У. Ослер, 1928). Это было написано тогда, когда существовало бесчисленное количество «бесспорных» физикальных признаков туберкулеза, особенно это касалось легочных верхушек. О некоторых из них мы упоминаем. Ослер призывал не переоценивать их, ведь даже рентгенологическая семиотика туберкулеза сложилась только через четверть века после открытия В. Рентгена и не всегда на снимке очень хорошего качества можно было отличить туберкулез от процесса другого происхождения (М. Маттес, 1936)!

Стетоскоп, принадлежавший У. Ослеру

Описание бронхиальной астмы, сделанное У. Ослером, просто классическое! А как он описывает перкуссию легких: *«притуплению при плевральном выпоте свойственно особенно устойчивое деревянное качество, которое опытные пальцы могут отличить от притупления при пневмонии»* (W. Osler, 1928). Надо отдать должное Ослеру, он упоминает очень многих из тех, кто разрабатывал физикальную диагностику, а о Лаэннеке неоднократно отзывается как о великом враче! У. Ослер уделял большое внимание диагностике патологии органов брюшной полости и в 1895 г. вместе с У. Хэлстедом выпустил руководство «Распознавание брюшных опухолей». Любопытно, что он не отказывался от проведения в необходимых случаях диагностической лапаротомии, отдавая себе отчет в том, что живот все еще «могила для терапевта»! Интересно, что пальпацию почек Ослер производил по методу Гленара, знакома ему была и перкуссия по Гольдшейдеру, хотя он предпочитал «классическую» пальце-пальцевую методику. Описывая митральную недостаточность, Ослер говорит: *«Нет ни одной другой болезни клапанов, которая бы вызывала в застарелых случаях более значительное увеличение по-*

У. Ослер у постели больного



перечника сердечной тупости». Ослер отметил, *что «шумы в области клапанов легочной артерии встречаются чрезвычайно часто, тогда как пороки этих клапанов чрезвычайно редки»* (У. Ослер, 1928). Кратко, но исчерпывающе для своего времени Ослер описал врожденные болезни сердца (он выпустил отдельную работу на эту тему (в 1880 г. он описал врожденную недостаточность аортальных клапанов, а в 1886 г. отметил, что двустворчатый клапан аорты более распространенная находка на аутопсии, чем другие врожденные пороки сердца). Примечательно, что как патолог У. Ослер произвел более тысячи вскрытий! Он был в этом смысле ближе к Лаэннеку, чем к Шкоде! Известен блестящий афоризм Ослера (на что он был большой мастер!): *«Изучать медицину без книг, все равно, что выйти в море без карты, но изучать ее без больных значит вообще не выходить в море»!* Или другие его высказывания: *«Одна ласточка лета не делает, но один тофус «делает» подагру, а один «полумесяц»-малярию»; «Не забывайте осматривать заднюю поверхность тела больного. Всегда смотрите вниз - смотревшие на ноги женщины часто спасали ей жизнь»* и т.д. Он всегда следовал трем принципам: 1) делать свое дело хорошо сегодня и не беспокоиться о завтрашнем дне; 2) быть учтивым и внимательным с коллегами и больными; 3) воспитывать в себе хладнокровие. Любому врачу не помешает помнить об этом! У. Ослер был автором почти пятисот публикаций, не считая книг, а библиография работ о нем самом труднообозрима (G. Harrell, 1973; W. Fye, 1988; T. Huddle, 1994; B. Andrews, 2002). Карьера У. Ослера завершилась в 1919 г. в Оксфорде, но ему на смену в США появился другой выдающийся клиницист.

У. Ослер на лекции
(в правой руке - стетоскоп)

Р. Кэбот

Р. Кэбот (Richard Clark Kabot, 1868-1939) родился 21 мая 1868 г. в Бруклине (штат Массачусетс) в семье Джеймса и Элизабет Кэбот пятым из семи сыновей. Его отец изучал философию в Геттингене, Гейдельберге и Берлине. Воспитанный в богатой духовной и интеллектуальной атмосфере, Ричард имел намерение стать

философом, но влияние его кузена, Джозефа Ли, пионера социальной работы, и доктора Эдварда Ливингстона Трюдо, переболевшего тяжелым туберкулезом и основавшим в 1884 г. первый американский туберкулезный санаторий, решили дело в пользу медицины и социальной работы. В университете Гарварда среди других его наставников был выдающийся американский философ Джосия Ройс. После получения философского образования Р. Кэбот начал обучаться медицине. В 1892 г. Кэбот стал доктором медицины в Гарвардской медицинской школе и начал работать в Массачусетском Генеральном госпитале. Его брат Тед болел сахарным диабетом, лечение которого тогда было совершенно бесперспективным. Смерть брата произвела глубокое впечатление на Кэбота...

У.Ослер проводит патологоанатомическое исследование

В 1894 г. он обвенчался с Эллой Лиман (1866 - 1934). Он был очень набожным человеком и сознательно отказался иметь детей (!), поскольку это «следование инстинктам» отвлекает от службы Богу и обществу.

Аускультация стетоскопом Каммана в Массачусетском госпитале (начало XX в.)

Его идею согласовывать всю деятельность с религией жена хотя и разделяла, но позже им пришлось горько сожалеть об отсутствии детей... Более того, Р. Кэбот уже в молодости установил предел своей медицинской деятельности в 45 лет! В 1896 г. вышло его «Руководство по клиническому исследованию крови с целью диагностики». Потом он занимался частной практикой (с 1897 по 1926 г.) и служил судовым врачом во время войны США с Испанией, затем служил в ряде благотворительных организаций. Был Кэбот школьным врачом и занимал ряд административных должностей, но главным, конечно, было преподавание. Р. Кэбот в 1899 г. издал работу «Диагностика сывороточной болезни», а в 1901 г. вышел главный труд его жизни «Физикальная диагностика болезней груди». Потом он увеличил объем и включил диагностику заболеваний других ор-

ганов. Книга с 1901 до 1938 г. выдержала 12 изданий! Любопытно, что во врачебном офисе Кэбота, кроме стетоскопа и тонометра, имелся микроскоп и оборудование для химического анализа мочи. Он сам считал, например, количество лейкоцитов, что тогда было не принято. Кэбот рано начал использовать рентгеновские методы диагностики, и был врачом-консультантом Гарвардской медицинской школы. С молодых лет Кэбот проявил себя как дотошный диагност, улавливающий такие признаки, которые обычно ускользали от других врачей. Его знаменитая работа «Дифференциальный диагноз» издавалась семь раз. Особенностью подхода Р. Кэбота было то, что он не страдал упоением от успехов современной ему клиники и обращал особое внимание на вольные или невольные ошибки и упущения, сделанные врачами в диагнозе. Вероятно, Кэбот, как и Д.Д. Плетнев, существовал «за счет невежества других врачей»! Обобщив в работе с многозначительным названием «Диагностические ловушки, обнаруженные в результате анализа результатов трех тысяч вскрытий», изданной в 1912 году, Кэбот выступил с пессимистическим тезисом: *«Значительное число «классических» диагнозов прошлого – скрытые под спудом времени диагностические ошибки»*! На немедленно последовавшую критику Кэбот хладнокровно отвечал: *«В случае, когда вы имеете дело с тремя тысячами клинических диагнозов, подвергнутых патологоанатомическому, независимому и беспристрастному анализу, подтвержденному бактериологической и гистологической экспертизой каждого случая, я убежден, что вы обнаружите не менее неприятные факты, чем те, о которых говорю я. Вы поймете, что ваше самое тщательное и скрупулезное исследование предсердечной области часто не позволит обнаружить острый перикардит, когда он наличествует, анализ мочи не всегда позволит отличить острый и хронический нефрит от других патологических состояний, а митральный и аортальный стеноз иногда пропускается и самыми лучшими диагностами»* (R. Cabot, 1913). Р. Кэбот подметил интересную деталь: он считал, что осмотр языка мало что дает врачу, зато больные, часто осматривающие его, высовывая до отказа, с изощренной наблюдательностью подмечают все детали! Р. Кэбот был автором термина «диагностический ключ» (позже П.Д. Уайт назовет свою знаменитую книгу «Ключи к диагностике и лечению болезней сердца»). В 1914 году вышла другая известная работа Р.Кэбота, посвященная болезням сердечно-сосудистой системы, которые имели ревматическую, атеросклеротическую, сифилитическую природу или были следствием поражения почек. П.Д. Уайт назвал вклад Р. Кэбота в современную ему кардиологию наибольшим. В 1902 г. Кэбот издал небольшую работу: «Упражнения в дифференциальной диагностике», которая состояла из анализа 43 историй болезни, причем описание каждо-

го случая заканчивалось тремя вопросами: «Диагноз? Прогноз? Лечение?» Р. Кэботу принадлежит замечательный афоризм: *«После того, как мы научим студента открыть глаза и видеть, мы должны научить его закрыть их и думать»*! Преподавание клиники внутренних болезней на конкретных историях болезни (клинический разбор) представлялся Кэботу наиболее перспективным. Он умел включить в анализ случая студенческую аудиторию, подчеркивая важность того, что студенты в этих случаях не просто слушают или смотрят, а являются активными участниками процесса диагностики. Нечто подобное когда-то делал А. Де-Гаен, а позднее П.Л. Пикулин и С.П. Боткин. Р. Кэботу принадлежит и еще одна эпохальная идея - он первым начал проводить в 1910 г. клинико-анатомические конференции. Поняв, что клиницисты или не сознавали важности сопоставления прижизненного и секционного диагнозов, или не были заинтересованы в подобном сопоставлении, Кэбот вместе с патологом Д.Х. Врайтом начали проведение подобных еженедельных конференций. Как ни странно, такие конференции начали активно посещаться врачами и стали настолько популярны, что их опыт начал обобщаться «Бостонским Журналом Медицины и Хирургии» и постепенно стал достоянием врачей всего мира. В СССР первая подобная конференция была проведена И.В. Давыдовским в 1930 году. Кэбот предложил классическую схему таких конференций: изложение деталей клинической картины и физической экспертизы, лабораторных и визуальных данных; изложение хода дифференциальной диагностики с детальным освещением всех вариантов; резюме патологоанатома с привлечением микроскопических результатов. Вплоть до начала Второй Мировой войны секции обеспечивали почти 90% точных диагнозов (в США), а спустя шестьдесят лет всего 5% (за счет высоких диагностических технологий). Нынче подобные мероприятия не в моде, а жаль – прекрасная была школа для врачей всех поколений, и особенно для начинающих, ведь врачебные ошибки, к сожалению, пока не исчезли. После смерти Кэбота в его архиве осталось несколько ящиков с протоколами подобных конференций и протоколов секционных исследований! В 1905 г. Р. Кэбот основал службу медицинского патронажа при Массачусетском Генеральном госпитале, и в 1913 г. подобная служба была организована в 100 госпиталях Соединенных Штатов. Р. Кэбот был врачом американского корпуса во Франции в 1917-19 гг., а вернувшись в США, как и обещал, оставил медицинскую деятельность и стал профессором этики, философии и социологии в богословском колледже Гарварда. С этого момента его занимали проблемы этики в широком смысле слова и совершенствование созданной им системы патронажа. В возрасте 65 лет он ушел в отставку из университета, и хотя продолжал заниматься эти-

кой и богословскими вопросами, к медицине уже никогда не вернулся. Он готовил пасторов для работы в лечебных учреждениях. Когда экономическая депрессия 1929-34 гг. почти привела к краху социальный патронаж, в то время, когда многие еще больше нуждались в нем, это повергло Кэбота в отчаяние. Отношение современников к Кэботу было противоречивым: отдавая ему должное как выдающемуся диагносту и врачу, многие не понимали его высоких этических требований и считали его современным Дон-Кихотом! Именно Р. Кэбот подвел в США черту под «золотым веком» физикальной диагностики.

Глава VI. Градусы и дюймы

*...Наука составляется не из того, что **думали** люди, а из того,что они **открыли**,т.е. из того, что **есть**…*

Ф. Мажанди

В клинике врачи стремятся не столько к точности, сколько к совершенству.

А точность и совершенство не синонимы.

А.Ф. Билибин

Девятнадцатый век дал врачебному сообществу не только выстукивание и выслушивание, но и два других необходимых атрибута врачебной практики – термометр и спирометр. Это уже были инструменты, которые позволяли опираться не на часто эфемерные и трудноуловимые звуковые феномены, а на твердые количественные и притом клинически важные показатели. С их появлением температуру перестали определять на ощупь, а свеча перестала быть «спирометром» (больного просили ее задуть, и по расстоянию от губ до пламени судили о снижении мощности выдоха и, стало быть, об ограничении функции внешнего дыхания)! С давних времен и вплоть до XIX века врачи традиционно придавали большое значение лихорадке, вкладывая в понятие лихорадочного симптомокомплекса больше, чем простое повышение температуры, которое определялось прикладыванием руки к поверхности тела больного! Синдром лихорадки мог включать в себя гиперемию лица, учащение пульса и дыхания, боль в мышцах, помутнение сознания вплоть до сопора и т.д. Лихорадка объединяла все заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела, прежде всего тифы, столь распространенные тогда, малярию, легочный туберкулез и т.д. Даже трудно было сказать, что оценивалось более субъективно: лихорадка или пресловутые «качества» пульса. Отсюда понятна необходимость разработки и «пульсовых часов», которые предложил Д. Флойер, и термометров с адекватной методикой термометрии, ведь лишь А. де-Гаен говорил, что прикосновением он не хуже определяет температуру, чем термометром и ктобы осмелился с ним спорить! Разработкой методов измерения температуры первыми занялись в начале XVIII века немецкий физик **Д. Фаренгейт (Gabriel Daniel Fahrenheit (1686-1736)**, предложивший в 1709 г. спиртовой, а в 1714 г.- ртутный термометр и «шкалу Фаренгейта», в которой температура таяния льда и кипения воды была разделена 180 делениями, лед, соответственно, таял при 32^0F, а вода кипела при 212^0F; шведский астроном, геолог и метеоролог **А. Цельсий (Anders Celsius, 1701-1744),** который предложил «перевернутую» температурную шкалу (температура кипения была принята за 0, а темпера-

тура плавления льда при нормальном давлении за 100, которую в 1745 году, уже после смерти Цельсия, «перевернул» К. Линней), и французский естествоиспытатель **А. Реомюр (Rene Antoine Ferchault de Reaumur (1683- 1757)**, который предложил свой спиртовой термометр в 1730 г. Шкала инструмента разделялась точками кипения и замерзания воды и разделялась на 80 градусов. Это привело потом к известной путанице: во Франции и Германии использовалась шкала Цельсия, в Англии и США – Фаренгейта, в Восточной и Юго-Восточной Европе – Реомюра. Первым обратил внимание на возможность использования термометрии в клинике Г. Бургаве. Его идея была подхвачена верными «оруженосцами» Г.Ван-Свитеном и А.де-Гаеном. Ван-Свитен, идя по стопам Фаренгейта, рекомендовал измерять температуру тела в подмышечной области и в полости рта, но систематически этим занялся де-Гаен, который отметил колебания температуры в зависимости от времени суток, возраста и диагноза больного, обнаружил несоответствие пульса и температуры при некоторых болезнях и влияние на нее лекарств. Он описал различия в ощущениях пациента и фактической температурой тела. Однако наблюдения де-Гаена прошли для медицинского сообщества столь же незамеченными, как и перкуссия Ауэнбруггера. Кстати говоря, термометрия была не менее далека от заветов Гиппократа, чем выстукивание, но это де-Гаена не смущало! Термометрия была первой попыткой стандартизации в медицине, отражая желание врачей перейти от определения качества к количеству. Несколько английских врачей, современников де-Гаена: C. Blagden, J. Fordace, J. Danks провели эксперименты по изучению температуры тела на животных. Эксперименты на человеке и животных проводили **Д. Хантер (John Hunter, 1728-1793)** и **Д. Курри (James Currie, 1756-1805).** Последний изучал эффект теплых и холодных ванн, дигиталиса, опиума, алкоголя и диеты при «тифозной лихорадке». Он был «отцом» модного вплоть до конца XIX века метода лече-

Д. Чейн

Д. Хантер

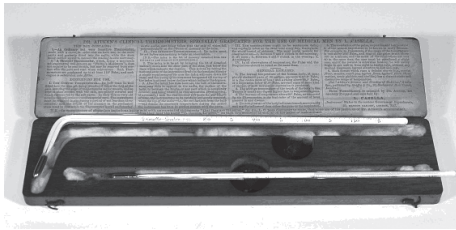
Д. Курри

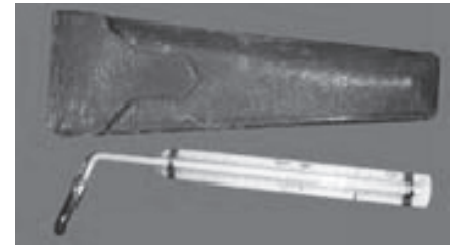
Г. Андраль

ния лихорадочных болезней холодными ваннами. Д. Курри использовал «маленький и чувствительный термометр» длиной 6,7 дюйма и измерял температуру в подмышечной впадине и в полости рта! Примечательно, что Курри уже пытался найти корреляцию между температурой и пульсом, но получил странное соотношение - выходило, что при повышении температуры на один градус пульс у его больных учащался всего на три удара! Соотношением пульса, температуры и частоты дыхательных движений интересовался и знаменитый Джон Чейн из Дублина (помните «дыхание Чейн-Стокса»?) Однако сложная процедура термометрии и отсутствие сколько-нибудь убедительных теоретических предпосылок делали измерение температуры скорее причудливым ритуалом, чем устойчивым элементом врачебной практики, хотя на термометрию обратили внимание такие видные врачи, как **Г. Андраль (Gabriel Andral, 1797-1876)** и **А. Роже (Henri Roger, 1809-1891)**. Был среди них и талантливый ученик П.Луи **А. Донне (Alfred Donne, 1801-1878)**, который опубликовал в 1835 г. работу, посвященную термометрии. Это было обстоятельное и систематизированное исследование соотношения температуры, пульса и частоты дыхания у больных с лихорадочными состояниями. Донне использовал термометр собственной конструкции и измерял температуру в подмышечной впадине в течение 10-15 минут (пять минут требовалось на «уравновешивание» ртути). Нормальная температура у его больных равнялась 98,4 градуса Фаренгейта (36,9^0 С). Донне не нашел никакой закономерности в соотношении пульса и температуры у здоровых, но они закономерно изменялись у больных, хотя были и исключения. Результаты, полученные А. Донне, подтверждали целесообразность применения «охладителей» для лихорадящих больных, используемых в то время: безмясной диеты, холодных ванн и, конечно, кровопускания! Это, собственно, и было целью его работы: определить наиболее рациональные «антифлогистические» методы лечения. Любопытно, что в опытах Донне частота дыхания даже больше коррелировала с лихорадкой, чем пульс (J. Estes, 1991). Надо сказать, что А. Донне вообще любопытная фигура. Он закончил медицинский факультет в Париже в 1829 г. и в 1831 г. стал

А. Роже

А. Донне



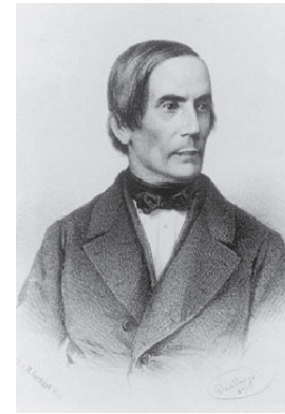


Термометры XIX века

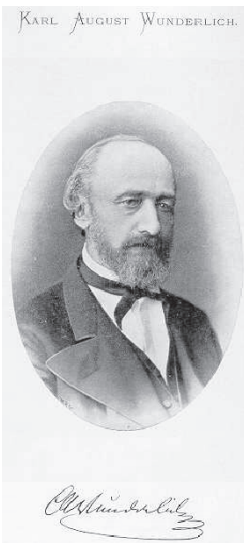
доктором медицины. А. Донне преподавал микроскопию студентам в госпитале Шарите, занимал различные административные должности (субинспектор и главный инспектор медицины, ректор академии в Страсбурге, затем в Монпелье). Он был плодовитым автором различных медицинских журналов и прославился своей длительной полемикой с Франсуа Араго (1786-1853). Донне занимался изучением клеток крови и советовал... отказаться от порочной практики приглашения к грудным детям кормилиц! В 1845 году он описал трихомонаду (Донне был первым, кто описал живой микроорганизм как источник патологии). Но куда важнее было то, что А. Донне вместе с **Ж. Фуко (Jean Bernard Leon Foucalt, 1819-1869)** издал в 1839 году цитологический атлас, где впервые были использованы прообразы современных микрофотографий – микродагерротипы. Эта оригинальная методика Донне и Фуко была запатентована в 1840 г. в Париже. Однако ранние работы по термометрии не обратили на себя внимания врачей, но вот на сцене появились Л. Траубе и К. Вундерлих, тоже, кстати говоря, ученики П. Луи! В течение длительного времени дигиталис использовался при лихорадке как жаропонижающее средство, и Л. Траубе решил изучить механизм его действия в этом случае, для чего ему было необходимо с максимальной точностью проводить измерение температуры крайне неуклюжим и неудобным термометром Фаренгейта. Первым делом Л. Траубе (истинный ученый!) постарался максимально стандартизировать процедуру: он помещал ртутный резервуар термометра в тщательно высушенную подмышечную впадину больного, рука которого, согнутая в локте под прямым углом, помещалась кистью на подложечную область. После десяти минут измерения (такой термометр не был максимальным и не позволял «удержать» уровень ртути после окончания измерения!) температура фиксировалась врачом каждые пять минут до того момента, когда ртуть уже больше не

Ж. Фуко

поднималась. Это занимало 25-35 минут, а иногда больше (L. Traube, 1867). В 1851 г. исследованием температуры у здоровых и больных занялся известный немецкий дерматолог и сифилидолог, ассистент П.Крукенберга, будущий директор клиники сифилиса в госпитале Шарите **Ф. Баренпрунг (Friedrich Wilhelm Felix von Barensprung, 1822-1864)**. Наверное, он был единственным из известных клиницистов, кто утонул во время морского путешествия (случайное падение за борт, самоубийство?) Но наибольшая заслуга в области клинической термометрии принадлежит **К. Вундерлиху (Carl Reinhold August Wunderlich, 1815–1877).** Он закончил медицинский факультет Тюбингенского университета, был другом детства В. Гризингера. В 1838 г. стал доктором медицины, совершил поездку в клиники Парижа (где учился у П. Луи), затем работал в Штуттгарте. В 1840 г. вернулся в Тюбинген, совершил новую поездку в клиники Вены, позже написал интересную работу «Вена и Париж», в которой, в частности, сравнивал анамнез и объективные методы исследования: «*Объективные симптомы, симптомы, которые мы обнаруживаем у больного сами, анализируются в мозгу. То, что пациент сообщает нам, также анализируется. Такой двойной путь и обязательно двойной нереален. И даже если мы абсолютно доверяем пациенту, его способности наблюдать и передавать свои ощущения, мы не должны забывать, что его восприятие и оценки могут меняться под влиянием болезни, и я даже предположу, что много факторов, сознательных и подсознательных, заставит пациента или подчеркивать, или минимизировать, или искажать его оценку своего состояния так, что расспрос вместо выяснения уведет нас от истины*» (K. Wunderlich, 1974). Там же он говорит о «новой венской школе» в противовес «старой» школе Ван-Свитена!



И. Оппольцер



К. Вундерлих

К. Вундерлих был ассистентом профессора **Г. Германа (Georg Heermann, 1807-1844),** а после того, как тот тяжело заболел, стал его преемником (1843), в 1846 г. был назначен ординарным профессором и директором клиники внутренних болезней в Тюбингене. В 1850 г. приглашен на такую же должность в Лейпцигский университет, где стал пре-

емником известного клинициста **И. Оппольцера (Johann von Oppolzer, 1808-1871)** на посту профессора и директора университетской клиники Св. Якова. К. Вундерлих читал лекции по частной патологии и терапии, психиатрии, бальнеологии и истории медицины. Но самыми главными были его лекции по клинической термометрии. Необыкновенно работоспособный, К. Вундерлих имел обширную частную практику и фактически был «главным врачом» Лейпцига. Он отверг приглашение на университетскую кафедру в Бреслау, отказался от поста лейб-медика и должности президента медицинской коллегии в Дрездене. В 1866 г. во время эпидемии холеры в Лейпциге и во время франко-прусской войны 1870-71 гг. проявил себя как энергичный организатор. К. Вундерлих имел репутацию выдающегося диагноста и клинического преподавателя, но его главной заслугой считается все-таки клиническая термометрия. Вместе с В. Гризингером в 1842 г. он основал журнал «Архив физиологической медицины», обозначивший наступление естественнонаучной эпохи. Именно в этом журнале он впервые опубликовал свой главный труд «Ueber das Verhalten der Eigennwarme in kranheiten». Примечательно, что Вундерлих процитировал работы Курри и Донне, но не включил ни одного из полученных ими количественных результатов! К. Вундерлих подошел к делу необычайно серьезно. Позже он написал: *«В моих больничных палатах не было пациентов, у которых не была измерена температура. Сначала это производилось два раза в день, в течение последующих десяти лет ее измеряли 4-6 раз в день в случае лихорадочных болезней, а иногда и чаще»*. Измерение температуры могло продолжаться до 30 минут! Задается справедливый вопрос: почему больные соглашались на эту утомительную манипуляцию, что бы удовлетворить любопытство врача? Нет, все проще: тогдашние немецкие госпитали были прибежищем для малоимущих представителей рабочего класса (в России существовало название «больница для чернорабочих), пребывание которых в больнице оплачивалось через страховую кассу. Страховые кассы просто покупали для больных некоторое количество «медицины» (как страховые фонды сейчас). Университетские врачи раньше не очень стремились в больницы, хотя больные там были разнообразным и «терпеливым материалом», но они очень стремились вернуться к труду или просто убежать из больницы! Если раньше врачи полагались на данные расспроса, то в середине XIX века всё стали считать, в том числе и время пребывания в стационаре. Врач начал дорожить временем, и на путанные и многословные словоизвержения больных он уже не стал полагаться. Простонародную речь надо было перетолковать на медицинский язык, что было далеко не просто. *«Академическое высокомерие и социальное отчуждение, образованный доктор и малограмотный пролетарий»*,- вот

в чем была проблема (G. Jorland et.al., 2005). Для врачей у больничной койки пациенты оставались в значительной степени «немыми», как для ветеринара! В частной практике другое дело – больные были более грамотные, платежеспособные и с ними надо было обращаться учтиво. Маловразумительную речь в клиниках заменили медицинской технологией – Вундерлих больше времени провел за вычерчиванием кривых лихорадки, чем собственно у постели больных! Он говорил, что кривая температуры больного дает ему гораздо больше для диагноза, чем беседа с ним! Взгляд врачей, что *«...продолжительные расспросы больного являются потерей времени, нужного для точной диагностики, был характерен для той эпохи, видевшей главную задачу в объективной диагностике и претендовавшей сделать медицину точной естественнонаучной дисциплиной. Диагноз мыслился наподобие физического или химического эксперимента, как логический результат цифровых данных»* (Г. Бергман, 1936). Однако уже в 1869 году Ф. Нимейер говорил, что он *«часто скрыл бы от больных температуру тела по причине гуманности, так как они знали, что более высокая и длительная лихорадка частые предшественники смерти»*... Было и еще одно обстоятельство: в условиях страховой медицины ориентир на жалобы больного (субъективные или лукавые!) приводил к прямым убыткам для страховой компании, и объективизация болезни переходила уже в финансовую плоскость! Такой «твердый» (позже больные научились фальсифицировать и его!) показатель как температура давал врачам страховых компаний большой козырь: при нормализации температуры больной считался выздоровевшим и отправлялся на работу. И жалобы уже большой роли не играли!

В это же время стали регулярно взвешивать больных –учредители больниц и члены попечительских советов часто бывали недовольны, если пациент терял вес (пациентов кормили за счет больничного бюджета)! Помните выздоравливавших «как мухи» несчастных больных в «богоугодном заведении» Артемия Филипповича Земляники в «Ревизоре» Гоголя? Немецкие больницы, вероятно, отличались в лучшую сторону. Мы видим, что в такой простой манипуляции как термометрия присутствуют социальный, количественный и биологический подходы! Уже позже, когда появились простые термометры, они перекочевали из госпиталей в «амбулянтную» практику.

К. Вундерлих

Хотя в работе Вундерлиха был использован шестидюймовый термометр (предшественник современного четырехдюймового), однако этот

инструмент не фиксировал температуру (столбик ртути опускался вскоре после извлечения и значения температуры нужно было записывать). Труд Вундерлихом и его помощниками был проделан титанический! Получив результаты почти 100000 измерений температуры (всего их был миллион!), К. Вундерлих пришел к совершенно определенным выводам: температура тела здорового человека постоянна (к нормальной Вундерлих относил температуру 37-37,4 ^{0}C; к «подлихорадке» - 37,5-38 ^{0}, а собственно лихорадку подразделял на легкую (до 38,4 ^{0} вечером), умеренную (до 39,5 ^{0}), значительную (до 40,5 ^{0}) и высокую (утренняя – выше 39,5 ^{0} и вечерняя – выше 40,5 ^{0}). Вундерлих выделил суточный минимум и максимум температуры, и после его работы в клинике сложилась традиция измерять температуру в шесть часов утра и вечера. При некоторых болезнях, как установил Вундерлих, температура имеет определенные и неизменно повторяющиеся закономерности. Примечательно, что он говорил об этом задолго до появления т.н. «триады Коха-Пфейффера»! Их К. Вундерлих называл *«типические лихорадочные болезни»,* к которым относились крупозная пневмония, возвратная горячка, сыпной тиф, перемежающаяся лихорадка, корь, скарлатина, натуральная и ветряная оспа. При других, *«приблизительно типических»* болезнях (сепсис, рожистое воспаление, ангина, паротит, плеврит, холера и др.) определенных закономерностей К. Вундерлих не отмечал. Конечно, очень скоро врачи стали использовать это для дифференциальной диагностики (Г. Эйхгорст, 1882). Любопытно, что еще ничего не зная о регуляции температуры, Вундерлих понял всю значимость термометрии для клиники: *«Метод ... дающий в распоряжение врача феномен, зависящий от общей суммы органических изменений в теле»*. Примечательно, что Вундерлих не находил определенных закономерностей в соотношении «пульс-температура», но он привел «Общее правило для взрослых», в котором говорилось, что пульс от 80 до 90 уд/мин указывает на небольшую лихорадку, 90-108 уд/мин - умеренную, от 108 до 120 уд/мин – значительную и выше 120 уд/мин на высокую. Самая знаменитая работа К. Вундерлиха была опубликована отдельным изданием в 1866 г. и спустя пять лет была переведена в Англии. Позже историк медицины сказал о Вундерлихе: *«Он устранил понятие лихорадки как болезни, оставив ее только симптомом»*. Самому К. Вундерлиху принадлежит великолепный афоризм: *«Врач, который не использует термометр в своей работе, походит на слепого, который пытается определить цвет с помощью осязания»* (P. van der Star, 1968, P. Mackowiak, G. Worden, 1994).

...К. Вундерлих обладал хорошим здоровьем, но после перенесенной в 1866 г. тяжелой пневмонии у него надолго остался непонятный астенический синдром. Он уехал лечиться в Южную Францию и потом во-

зобновил работу, но зимой 1869/70 г. тяжело заболел его сын, и здоровье Вундерлиха снова ухудшилось. Потом он восстановился, но после внезапной смерти сына в 1873 г. его здоровье окончательно пришло в упадок, и четыре года спустя замечательный клиницист «сгорел» от милиарного туберкулеза...

О. Маделунг

Примечательно, что в то время у врачей были два термометра со шкалой Цельсия: от 30 до 45 и от 15 до 30 градусов! Термометры рекомендовалось до использования хранить в течение двух лет и периодически поверять (каждый госпиталь должен был иметь два контрольных термометра, ими измерялась температура горячей воды, которая затем измерялась «рабочими» термометрами, и результат сравнивался). Производство «нормальных» термометров не сразу наладилось даже в таких индустриальных гигантах, как Англия и Германия (а в России, например, в 1920 году было всего 5-6 тысяч импортных термометров и первый отечественный инструмент появился только спустя восемь лет), и относились к ним как к серьезным диагностическим инструментам, на содержание и поверку которых тратились значительные средства. Вскоре после появления работы Вундерлиха проблемой лихорадки занялся другой талантливый немецкий клиницист, **К. Либермейстер (Karl von Liebermeister, 1833-1901)**. Он учился в Бонне, Вюрцбурге, Грейфсвальде и Берлине, был студентом Вирхова и Ф. Нимейера. В 1856 г. он стал доктором медицины, ассистентом и доцентом в Грейфсвальде (там, где когда-то начинал М. Мандт - см. ниже), с 1860 г. работал в Тюбингене, где в 1864 г. стал экстраординарным профессором патологической анатомии, был профессором патологии и директором клиники в Базеле, затем снова вернулся в Тюбинген. В 1875 г. в «Руководстве по патологии и лечению лихорадки» К. Либермейстер *«вывел на основании изучения 280 случаев лихорадочных болезней и 4205 единичных наблюдений правило, согласно которому при повышении температуры на один градус частота пульса увеличивается на 8 ударов»* (Г. Эйхгорст, 1882). К. Либермейстер считал, что зная температуру тела, можно вычислить частоту пульса по формуле: **Р (пульс) = 80+8 (Т-37).** К. Либермейстер установил, что ректальная температура на 1^0С выше измеренной в подмышечной впадине (M. Mackenzie, G. van Heteren, J. van der Meer, 1997). В 1895 г.

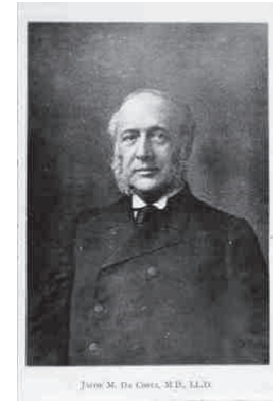
К. Ленандер

профессор хирургии и директор хирургической клиники Страсбургского университета **О. Маделунг (Otto Wilhelm Madelung, 1846-1926)**, а в 1898 г. шведский профессор хирургии **К. Ленандер (Karl Gustav Lennander, 1857-1908)** из Упсалы установили, что разница значений температуры в подмышечной впадине справа и в прямой кишке более 1,5^{0}С может свидетельствовать об абдоминальной катастрофе (симптом Маделунга-Ленандера-Паскуале). Систематическая термометрия позволила врачам позже обнаружить температурно-пульсовую диссоциацию, когда правило Либермейстера нарушалось – повышение температуры не приводило к учащению пульса. Подобную диссоциацию температуры и пульса впервые описал в 1884 г. во втором периоде желтой лихорадки **Ж. Фаже (Jean Charles Faget, 1818–1884),** американский клиницист французского происхождения. Потом это было описано при желтухе, брюшном тифе, менингите, бруцеллезе. В наше время подобное наблюдается при «болезни легионеров», микоплазменной пневмонии, применении бета-блокаторов и т.д. Уже в конце XIX века педиатры поняли, что у детей правило Либермейстера не соблюдается почти никогда (пульс значительно опережает лихорадку). Нормальная температура стала ассоциироваться со здоровьем, и просвещенные Вундерлихом больные на вопрос о самочувствии гордо приводили цифры своей нормальной температуры! В 1868 г. значение измерения температуры у хирургических больных отметил видный немецкий хирург **Т. Бильрот (Christian Albert Theodor Billroth, 1829-1894)**. Изучением термометрии занимались выдающиеся клиницисты **Ж. Шарко (Jean-Martin Charcot, 1825-1893)** и **С. Жакку (Sigismond Jaccoud, 1830-1913)** во Франции, **О. Флинт, Д. ДаКоста (Jakob Mendez DeCosta, 1833-1900)** и **Э. Сегуин (Edouard Seguin, 1812 - 1880)** в США, **С. Рингер (Sidney Ringer, 1835-1910)** (автор рецептуры знаменитого солевого раствора) и **У. Эйткен (William Aitken, 1825-1892)** в Англии. Э. Сегуин был видным американским интернистом французского происхождения (эмигрировал в США в 1848 г. после революции во Франции). Он практиковал в Нью-Йорке как терапевт и клинический психолог, одним из первых в США занялся вопросами термометрии и опубликовал три работы на эту тему: «Thermometres physiologiques» (Paris, 1873); «Tableaux de thermometrie

К. Либермейстер

Ж. Фаже

mathematiqu» (1873); and «Medical Thermometry and Human Temperature» (New York, 1876). Это был уже «высший пилотаж» термометрии! Э. Сегуин изобрел т.н. «физиологический термометр», у которого «0» являлся индикатором здоровья человека! У. Эйткен, профессор патологии в Британской армейской медицинской школе в Чатеме, разработал первый точный «саморегистрирующий» (максимальный) клинический термометр. Подобные термометры выпускались в наборах, включающих прямой термометр для измерения в полости рта и изогнутый для подмышечного использования. Оба инструмента имели длину около 11 дюймов, а температурные деления были выгравированы на стекле. В 1866 г. известный английский клиницист **К. Олбутт (Thomas Clifford Allbutt, 1836-1925)** стал инициатором разработки и выпуска фирмой «Harvey & Reinolds» в Лидсе «карманного» термометра (pocket thermometer). Между прочим Олбутт выступил с жесткой критикой превозносимого всеми Г. Бургаве: *«Вероятно, никакой врач никогда не был в столь большой «моде», имея такой мизерный научный багаж. Бургаве был гораздо менее понимающим и умелым врачом, чем его ученик Ван Свитен»* (T. Allbutt, 1900).



С. Рингер

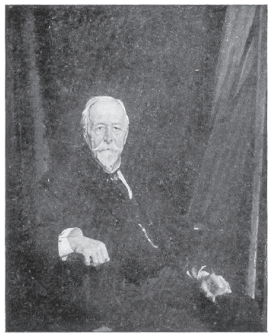
С. Жакку

Любопытно, что Эйткен вывел правило: при повышении температуры на один градус пульс учащается на 10 ударов и Вундерлих подтвердил это: *«Как правило, соотношение пульса и температуры может быть представлено так: повышение на один градус Фаренгейта приводит к увеличению пульса на десять ударов»*. К. Либермейстер позже только подтвердил полученные ими данные, и точнее его правило можно назвать «правило Эйткена-Вундерлиха-Либермейстера»! Приблизительно с конца 60-х гг. позапрошлого века термометрия стала атрибутом клинической врачебной практики (в США его начали применять в Нью-Йоркском госпитале и госпитале Белльвью, в России – в клинике К.К. Зейдлица и т.д.), появились и температурные листы.

Э. Сегуин

Д. ДаКоста

Попытки количественно измерить дыхательные объемы человека не имели такой долгой истории, как термометрия,

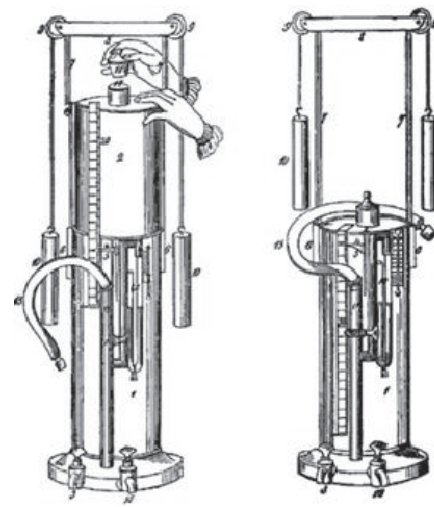

THE RT. HON. SIR CLIFFORD ALBUTT, by SIR WILLIAM ORPEN (b. 1878)
Fitzwilliam Museum, Cambridge, No. 1243

К. Оллбутт

ни такой драматичной, как перкуссия, ни такой яркой, как аускультация, но этим занялись люди столь же талантливые. Собственно говоря, прообраз знаменитого спирометра был известен еще в начале XIX века двум гениальным ученым: французу **А. Лавуазье (Antoine Laurent de Lavoisier, 1743-1794)** и англичанину **Х. Дэви (Humphry Davy, 1778-1829)**, хотя слава изобретения спирометра досталась не им, но личности тоже очень талантливой и интересной. **Д. Хатчинсон (John Hutchinson, 1811-1852)** родился 14 января 1811 г. в Ньюкасле в семье торговца углем и трактирщика Джеймса Хатчинсона и его жены Анны и был единственным ребенком в семье. Любопытно,что его кумиром в детстве был знаменитый путешественник, капитан Джеймс Кук, а самого Д. Хатчинсона отличала страсть к механике и конструированию . Возможно,что это позднейший апокриф, объясняющий и его открытие и последнее загадочное путешествие, после которого даже могила Хатчинсона не была найдена... Ходила легенда, что Д. Хатчинсона похитили и съели аборигены острова Фиджи (прямо как кумира его детства Д. Кука в песне В. Высоцкого!). Больше походит на правду, что Хатчинсона увлекла легочная патология потому, что он с детских лет был знаком с тяжким шахтерским трудом (по собственному признанию, он 200 или 300 раз спускался в шахту!). А среди шахтеров, особенно в те времена, когда ни о какой охране труда и речь не шла, легочных больных было предостаточно! Д. Хатчинсон закончил Лондонский медицинский колледж, в котором среди его учителей были знаменитые Ч. Белл и Д. Эллиотсон. Д. Хатчинсон работал врачом и хирургом «Саутгемптонского диспесария», в 1848 г. стал доктором медицины, и с 1850 по 1852 г. был помощником врача знаменитого Бромптоновского легочного госпиталя. Будучи врачом страховой компании в течение пятнадцати лет, он наблюдал шахтеров и 200-300 раз провел у них изучение, как мы теперь понимаем, мощности выдоха, используя в качестве индикатора... зажженную свечу! Свое знаменитое открытие он сделал в 1844 году. Не претендуя на право первооткрывателя «газометра», Д. Хатчинсон, однако, совершил, как и Л. Ауэнбруггер, настоящее открытие. Часто наблюдая больных с тем, что мы сейчас именуем ХНЗЛ и ХОБЛ, с различной степенью дыхательной недостаточности, Д. Хат-

Д. Хатчинсон

чинсон задал вполне логичный вопрос: сколько воздуха может вдохнуть здоровый человек и как на этот объем влияют пол, возраст, атмосферные явления или иные обстоятельства. Мысль простая до гениальности! Водяной спирометр Хатчинсона был почти таким же, какой мы еще совсем недавно видели, занимаясь врачебным контролем или осмотром призывников в военных комиссариатах. Ясно, что он не мог графически регистрировать результаты и имел неудобство в виде крана, который врач должен был перекрыть в конце исследования, чтобы зафиксировать полученный объем! Измерения Д. Хатчинсон производил с поправкой на атмосферное давление и отклонение окружающей температуры от 60 ^{0}F. Жизненную емкость легких Хатчинсон определял как *«количество кубических дюймов воздуха, полученных при полном выдохе после максимально возможного вдоха»*. Он был автором терминов «резервный объем» и «остаточный объем» легких. Д. Хатчинсон обнаружил связь жизненной емкости легких с ростом пациента, но не с массой тела. Окружность грудной клетки, по его наблюдениям, отчетливой связи с ЖЕЛ не имела, но последняя уменьшалась с возрастом и после...плотной трапезы! Хатчинсон обнаружил, что ЖЕЛ после приема пищи уменьшалась на 12 и даже на 20 кубических дюймов (1 дюйм^3 = 0601639 литра). Д.Хатчинсон настолько искусился в измерениях, что устраивал даже «показательные выступления»: измерив рост пациента, он рассчитывал должную ЖЕЛ, а потом измерял ее спирометром и получал совпадающие до мелочей цифры! Его результаты не вызывали у аудитории сомнения, поскольку он провел исследования у 4000 пациентов (E. Spriggs, 1977). Ясно, что его спирометр оказался важным диагностическим инструментом, который позволял перевести субъективную одышку в объективные кубические дюймы! Конечно, Д. Хатчинсон в то время не имел такого представления о патологии эмфиземы легких, бронхиальной астмы и бронхита, как мы сейчас. Не было тогда так распространено и курение, сигареты еще не были изобретены, а из женщин курила, наверное, только Ж. Санд! Но спирометр позволял увидеть степень разрушения легочной ткани, производимого главным «убийцей» того времени – туберкулезом. Д. Хатчинсон довольно быстро показал значение спирометра для врачей страховых компа-



Спирометр Д. Хатчинсона

Д. Хатчинсон

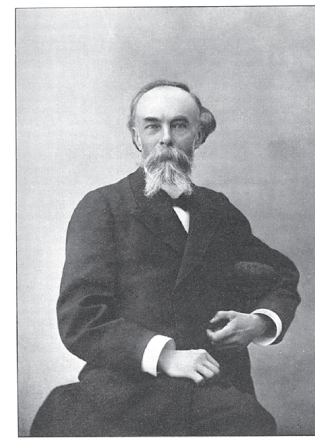
ний – проводя спирометрию и обнаруживая воспроизводимые низкие цифры, врачи, а, следовательно, и страховщики понимали, что такой клиент разорит их компанию выплатами по нездоровью! Последняя известная работа Хатчинсона как раз и была посвящена роли стетоскопа и спирометра в работе страхового врача! Большее значение имела его работа по улучшению вентиляции шахт для профилактики взрывов метана. Он привел пример шахты, в которой метан взрывался семь раз на протяжении 30 лет, каждый раз унося десятки жизней шахтеров... Д. Хатчинсон говорил, что любой студент-медик должен уметь различать пневмонию и эмпиему плевры! Сам он проявил себя как *«великолепный диагност, но не слишком эффективный терапевт»*...

...Д. Хатчинсон показал, что межреберные мышцы обеспечивают функцию выдоха, и оригинально выразился о значении описанной Лаэннеком крепитации: *«Если бы Лаэннек не сделал в своей короткой жизни большего, чем описание крепитации и причины ее, то уже этим он заслужил себе более долговечный памятник, чем египетские пирамиды!»*. То же можно сказать и о нем самом, недаром в 1847 году журнал Д. Форбса назвал изобретение Д. Хатчинсона одним из наиболее ценных вкладов в физиологию. Не менее ценным оно оказалось и для клиники.

Д. Хатчинсон навсегда, как оказалось, покинул Англию в сентябре 1852 г. Как пишет биограф: *«Этот трудолюбивый и острый наблюдатель больше не издал ни одной работы ни в Англии, ни в Австралии»*...Существует несколько предположений, почему он отказался от продолжения врачебной карьеры: открытие золота в Австралии и естественное желание разбогатеть; наличие неких семейных проблем (несчастливый брак), от которых «бежал» выдающийся врач; алкоголизм, который биографы не исключают, учитывая несколько неадекватное поведение Д. Хатчинсона в Австралии *(«перестал обращать на себя внимание, впал в безудержное пьянство»)* и сведения о его загадочной смерти, хотя есть и вполне правдоподобное для того времени и условий предположение о смерти от дизентерии (амёбной?). Известно же, что знаменитый Томас Ходжкин умер в Палестине именно от нее. Непонятно, учитывая признанные медицинские успехи Д. Хатчинсона, почему он устремился за мифическим золотом? Почему он не рекламировал себя как врача в Австралии, где врачи были явно востребованы? Если он поехал лечиться от туберкулеза, то ничего хуже влажного климата Фиджи для этого и придумать нельзя! Ведь он сам писал домой: *«Пусть каждый дважды*

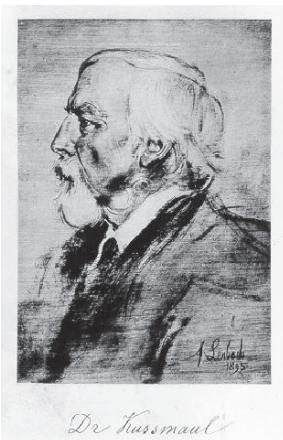
подумает, прежде чем ехать на Фиджи. Нет работы, нездоровый климат...» Биография Хатчинсона после отъезда из Англии – непроницаемая загадка (B. Gandevia, 1977).

Как бы то ни было, большинство исследователей пишут о Д. Хатчинсоне не только как о талантливом враче и вдумчивом исследователе, но и как об одаренном музыканте (скрипаче), интересном собеседнике, блестящем скульпторе, рисовальщике и чертежнике. Он проявил себя и на поприще медицинской статистики и выступил в роли... судебного медика! В любом случае его уход из медицины в возрасте сорока одного года большая потеря для британской медицины. Примечательно, что при продаже его дома среди вещей не нашли спирометра! Вероятно, он остался в счастливом прошлом, как некогда перкуссия у Ауэнбруггера... Библиография работ Д. Хатчинсона включает 26 названий (P. Bishop, 1977).



Dr Camille BIOT
(1850-1918)
Membre titulaire de l'Académie.

К. Биот



А. Куссмауль

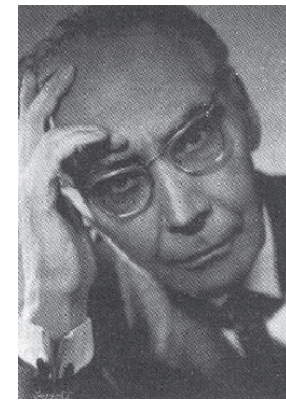
...Сто лет спустя работа Д. Хатчинсона нашла блестящее продолжение именно в Англии! В 1958 г. английский «биоинженер» **Б.М. Райт (Basil Martin Wright, 1912-2001)** предложил модель пикфлуометра – peak flow meter, без которого сейчас невозможно представить ведение больных бронхиальной астмой и ХОБЛ.

Следует отметить, что врачи не могли пройти мимо столь важного симптома, как одышка. Еще Корвизар описал «рабочую» одышку («dyspnee d`effort») - учащение дыхания при разного рода мышечных усилиях (усиление физиологического явления) - при подъеме по лестнице, быстрой ходьбе, подъеме и переносе тяжестей и т.д. У. Стокс подробно описал особую форму изменения дыхательного цикла (дыхание Чейн-Стокса): *«В течение нескольких дней его (больного - Н.Л., В.А.) дыхание было неправильным; оно совершенно останавливалось на $^1/_4$ минуты. Затем делалось ясно заметным, хотя очень поверхностным, далее, оно постепенно становилось сильным и частым, а затем постепенно опять останавливалось: это изменение дыхания продолжалось около одной минуты, в течение которой было приблизительно 30 дыхательных движений»* (В. Ослер, 1928). Классическое описание «апноэ-гиперпноэ»!

Патофизиологический механизм феномена Стокса описали Траубе и В. Лейбе (гипоксия мозга). В 1874 г. **А. Куссмауль (Karl Philipp Adolf Kussmaul, 1822-1902),** ученик Шкоды, лечащий врач С.П. Боткина, директор клиники Страсбургского университета выпустил монографию «К учению о сахарном диабете», в которой блестяще описал клинику диабетической комы. Он, между прочим, пишет: *«больная дышит 20 раз в минуту, при каждом вдохе резко сокращается мускулатура и максимально расширяется грудная клетка во всех направлениях; вдох сопровождается громким звуком и также с шумом происходит полный выдох, который затем сменяется продолжительной паузой».* Это и стали называть «патологический тип дыхания Куссмауля» или «большое» шумное дыхание Куссмауля». Оно оказалось типичным при различных коматозных состояниях (Ф. Нимейер, 1886). Спустя два года интерн (!)госпиталя Hotel Dieu в Лионе **К. Биот (Camille Biot, 1850-1918)** описал форму дыхательной аритмии, характерную для уремической комы и поражения продолговатого мозга – чередование равномерных по частоте и глубине ритмичных дыхательных движений и длительных (до минуты и более) пауз (E. Wijdicks, 2007). П. Нимейер «при капиллярном бронхите с бронхопневмонией» описал крайне резкую одышку (50-60 дыхательных движений в минуту), образно названную «дыхание загнанной собаки» (Ф. Нимейер, 1886). Г. Сали описал «анемическое» дыхание: *«больной дышит очень ускоренно и в то же время исключительно глубоко».* В 1902 году видный итальянский клиницист **П. Грокко (1856-1916)** описал «диссоциированное дыхание», во время которого верхний и средний отделы грудной клетки производят вдох, а диафрагма - выдох. П. Грокко учился в Павии, Париже (Ж. Шарко) и Вене (Г. Нотнагель), преподавал пропедевтику, был профессором клиники университета Флоренции. Мы знаем из пропедевтики «треугольник Раухфуса-Грокко». Грокко был блестящим семиотиком, он описал капиллярный пульс, псевдоревматизм (синдром Грокко-Понсе). С 1888 года до конца жизни композитора он был лечащим врачом Дж. Верди. Наблюдательный врач, П. Грокко сам поставил себе диагноз туберкулеза и предсказал скорую трагическую развязку... Ученик П. Грокко**, Ц. Фругони (Cesare Frugoni, 1881-1978)**, профессор университетов Падуи и Рима, видный итальянский пульмонолог, называл такой тип дыхания «дыхательной эпилепсией» и придавал ему самое плохое прогностическое значение из всех патологических типов дыхания, поскольку при нем проис-

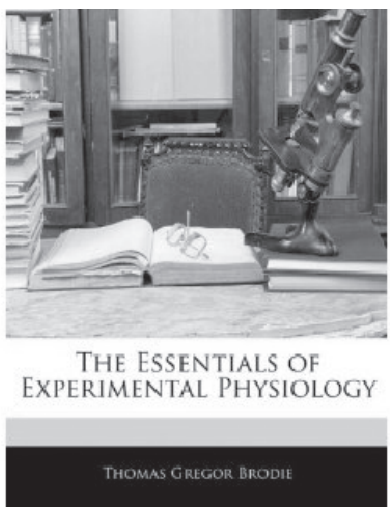
П. Грокко

ходит сочетание тетанического сокращения дыхательных мышц и паралич диафрагмы. Дыхание Грокко может сочетаться с дыханием Чейн-Стокса. К концу XIX века врачи поняли, что *«дыхательная функция – настоящий барометр сердца»* (H. Huchard), а чуть позже убедились, что она *«...ценнейший симптом, позволяющий практическому врачу судить о состоянии своего пациента и его сердца»* (Е.М. Тареев, 1945). У больных гипертонией в те времена патологические типы дыхания выступали клиническими показателями функции почек и мозгового кровообращения: дыхание Куссмауля говорило о терминальной уремии («вторично сморщенная почка») (больной часто просто не замечал его!), а дыхание Чейн-Стокса - о «склерозе мозговых артерий» или о кровоизлиянии в мозг.



Ц. Фругони

...Спирометр Хатчинсона был сразу высоко оценен и физиологами и клиницистами, и его судьба выгодно отличалась от открытий Ауэнбруггера и Лаэннека. Уже в 1845 г. выдающийся немецкий физиолог, профессор Тюбингенского университета **К. Вирордт (Carl von Vierordt, 1818-1884),** изобретатель сфигмографа, занялся изучением остаточного объема воздуха и жизненной емкости легких с помощью «экспиратора», основанного на принципе спирометра. Его данные использованы и в современных аппаратах изучения ФВД (C. Bixler, 2009). В 1854 г. М. Винтрих предложил свою, более компактную и легкую модификацию спирометра. Обследовав 4000 испытуемых, он пришел к выводу, что жизненная емкость легких зависит от возраста, роста и массы тела. Спустя пять лет E. Smith предложил портативный спирометр для изучения газового метаболизма. В 1866 г. Salter объединил спирометр и кимограф для графической регистрации легочных объемов. В 1902 г. выдающийся английский физиолог **Т. Броди (Thomas Gregor Brodie, 1866-1916)** предложил «сухой» спирометр, который является предше-



Книга Т. Броди

ственником «Flesch-пневмотахографа», используемого сегодня (A. Kiraly, 2004). В России первая докторская диссертация о спирометрии вышла в начале 60-х гг XIX века (**Добрынин, Андрей**. О спирометре и его значении для диагностики: рассуждение на степень д-ра медицины / **А. Добрынин**. - Казань : Изд-е книгопродавца И. Дубровина, 1860. - 83 с.), а в практику спирометры вошли в столичных госпиталях в конце 70-х гг. XIX века.

Глава VII. Об эволюции стетоскопа и не только

Врач не имеет возможности заглянуть внутрь человека. Но он имеет возможность судить о состоянии внутренних органов человека по известным медицинским признакам.

Гиппократ

Меньше чем за полстолетия...выслушивание стало одной из самых распространенных техник медицинской диагностики, а стетоскоп сделался важным символом и знаком врачебного статуса.

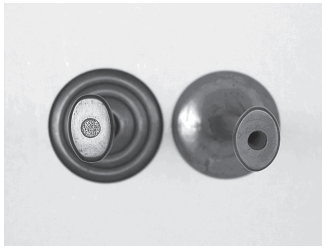
Й. Лахмунд

Свойства различных фонендоскопов могут отличаться, как свойства различных скрипок.

Н.А. Магазанник

Собственно говоря, эволюция стетоскопа была предопределена еще творческими муками Лаэннека, который, в конце концов, просто повторил в дереве контуры бумажного рулона, но пытался использовать различные материалы для своего инструмента, менял его длину, диаметр, ширину просвета и форму выемки на грудном конце, и первым использовал расширение в форме «блюдечка» на ушном. Уже первая модель стала «композитной» - после предложения Ч. Хейдена соединить части инструмента металлической трубкой. В дальнейшем все последующие авторы пошли по этому пути: использовались различные материалы, менялись длина и форма стетоскопа, была даже предпринята любопытная попытка сделать твердый стетоскоп бинауральным, присоединив к грудному концу боковой, отходящий от трубки стетоскопа под острым углом «отросток», на который надевалась трубка из гуттаперчи, конец которой вставлялся в другое ухо врача или студента, выслушивающего больного одновременно с врачом. Этот стетоскоп предложил выдающийся ученик Л. Траубе (в то время, когда он вел курсы перкуссии и аускультации в Берлине) профессор **Ф. Хекер (Friedrich Wilhelm Karl Hecker, 1827-1882)**, который был директором клиники, ректором и деканом медицинского факультета Университета Людвига-Максимилиана в Мюнхене. Были модели, грудному концу которых придавалась овальная форма, чтобы он лучше помещался в межреберьях, а ушному концу придавалась форма ушной раковины. Иногда стетоскоп пытались одновременно превратить в перкуссионный молоток - кроме одной из моделей стетоскопа Стокса, была из-

Стетоскоп Хекера



Стетоскоп с овальным грудным концом

Стетоскоп с ушным концом в форме ушной раковины

Стетоскоп - перкуссионный молоток Д. Берроуза

вестна модель Burrows с утолщенным краем ушной воронки, которым и предполагалось наносить перкуторные удары. Его изобретатель, **Д. Берроуз (Sir Georg Burrows, 1801-1887),** был авторитетным врачом и интересной личностью. Учился в госпитале Св. Варфоломея и Кембридже. Проявил себя как добросовестный студент и хороший спортсмен (крикет, гребля). После окончания колледжа и получения степени бакалавра продолжил обучение в госпитале Св. Варфоломея, затем в Париже, Павии и немецких университетах. Был помощником врача и врачом госпиталя Св. Варфоломея, где проработал больше двадцати лет, и был там единственным преподавателем медицины. Преподавал в Королевском колледже врачей, Президентом которого был в 1871-76 гг. Экстраординарный и ординарный врач королевы Виктории, в 1874 г. удостоен титула баронета. Научный вклад Берроуза не очень велик: работы о нарушении мозгового кровообращения и по патологии инфекционных болезней (корь, скарлатина). Этому, вероятно, способствовало трагическое обстоятельство - пятеро из восьми детей Берроуза умерли именно от детских инфекций...

...Все это не меняло сущности стетоскопа: он, прежде всего, должен был по возможности без искажений передать звук от тела больного к уху врача. Тогда врачи еще не знали тонкостей, но практически ощущали, что узкий просвет «тела» стетоскопа хорошо проводит низкочастотные (и наиболее плохо слышимые) звуки, а более широкий - высокочастотные. В конце концов пришло понимание (в чем было нелегко признаться!), что ограничение возможностей стетоскопа вызвано не только знаниями, но умениями и даже физиологическими возможностями самого врача: сколь правильно он устанавливает стетоскоп и избегает побочных шумов, как он умеет использовать различные положения тела пациента для выслушивания (стоя, сидя, лежа, покашливание, совершая кардиологические «маневры» и т.д.), способен ли он сосредоточиться и

Эволюция стетоскопа

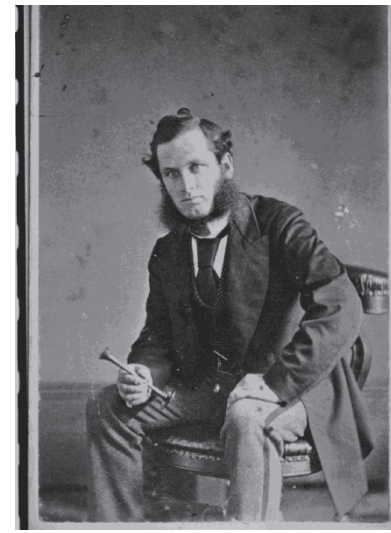
размышлять, выслушивая и, наконец, просто ... не страдает ли он тугоухостью, что вовсе не так редко встречалось и встречается. Уже после появления бинаурикулярных стетоскопов, которые, что ни говори, не только более удобны, но и усиливают аускультируемые звуки, было сказано: *«...значительная тугость уха и тому подобные немощи врача несовместимы с плодотворною врачебною деятельностью»* (А. Молль, 1903). Это неоднократно подчеркивалось и в дальнейшем: *«Врач должен обладать остротою и тонкостью восприятия чувств, в особенности...очень тонкою способностью различения шумов при выстукивании и выслушивании... Для врача важное значение имеет «акустическая память»* (Ф. Баумгартен, 1922). *«...Пороги слуховой чувствительности у различных исследо-*

вателей варьируют в очень большой степени: некоторые могут не слышать, например, очень низкий по тональности дистолический шум при митральном стенозе, вполне различимый для других»,- пишет классик кардиологии (П. Уайт, 1960). Об этом подробно говорили и отечественные клиницисты (И.А. Кассирский, Г.И. Кассирский, 1964). Поэтому, когда на форумах в «Интернете» участники обсуждения высокомерно заявляют о том, что не видят особой разницы в различных моделях стетоскопов, им необходимо срочно проверить слух! Может быть, энтузиастами использования ЭХО-кардиографии как раз и является «армия тугоухих»? Стремление уберечь слух от максимального напряжения и утомления, особенно при развитии «массовой» медицины, вероятно, лежало в основе того, что, начиная с Пьорри, изобретатели стетоскопов, как мы уже говорили, шли на различные ухищрения, чтобы усилить выслушиваемые звуки. Таких приемов было два: придание грудному или ушному концу стетоскопа формы полусферы или «колокола», что превращало его в резонатор, усиливающий звуки, и установка на грудном конце диафрагмы или мембраны. Второй вариант был более логичен, поскольку в «колоколе» возникал неустранимый гул, как в раковине, который затемнял им же усиленный звук, но мембрана, в свою очередь, «отсекала» звуки определенного частотного диапазона. Вся история стетоскопа (и аускультации) – постоянная борьба за то, чтобы лучше слышать и не допустить искажения звуков. Она идет уже почти два столетия и пока конца ей не видно!

Диафрагма на стетоскопе действовала относительно избирательно, она «отсекала» звуки определенной частоты и усиливала другие, но имела одно крайне неприятное свойство – малейшее смещение инструмента даже под влиянием дыхания больного, порождало из-за трения о кожу

От Пьорри к Камману!

или волосы побочные высокочастотные шумы, за которыми, допустим, слабый диастолический шум мог «скрыться». Кроме того, в доантисептическую эпоху весьма проблематичной представлялась борьба с контаминацией мембраны (некоторые исследователи считают эту проблему актуальной и сейчас).



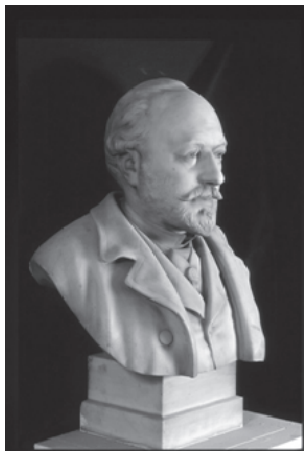
Викторианский врач со «стетоскопом для бедных»

Словом, вопросов хватало. Начиная с Д. Каммана и появления вулканизированного каучука, наступила эпоха бинауральных инструментов. Причем сначала это был гибрид: головка от моноаурального инструмента соединялась с одной или двумя трубками, которые оканчивались оливами для слуховых проходов врача (в нашей коллекции есть подобный инструмент, слышно которым очень неплохо!), потом появились более совершенные инструменты (фонендоскоп Баззи-Бьянши, Н.Ф. Филатова и т.д.). Уже в модели Каммана каучуковые трубки заканчивались металлическими, которые удерживались довольно сложным и отдельно запатентованным замком. Необычную конструкцию стетоскопа предложил видный французский клиницист **К. Поль (Charles Theodore Constantin Paul, 1833–1896).**

«Тюремный стетоскоп»

Доктор медицины (1861), он стал профессором в 1872 г. и работал в госпиталях Бисетра, Сант-Антуан и клинике Шарите. В 1880 г. был избран членом Академии медицины. К. Поль был выдающимся кардиологом, автором известного руководства «Диагностика и лечение болезней сердца» (1883) и авторитетным клиническим преподавателем. Он предложил оригинальную конструкцию головки бинаурального стетоскопа, которая имела полый обод с боковой канюлей, через которую с помощью груши откачивался воздух, и создаваемое разрежение удерживало головку стетоскопа на месте аускультации, высвобождая руки врача. Неожиданное решение! Оно, однако, не стало популярным, но в историю стетоскопа вошло.

...Скоро уже в ход пошли мембраны, а сами голов-

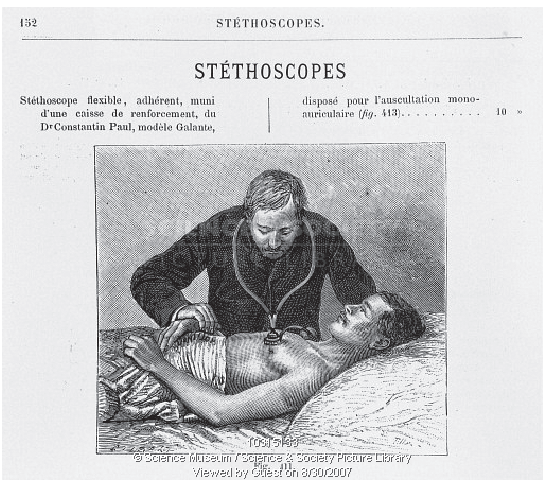


К. Поль

ки стали вытачивать из слоновой кости, эбонита или металла (позже появились пластмассовые), и они тоже имели разнообразную форму. Потом возник «гибрид» в виде стетофонендоскопа, но это уже совсем другая история! Пока одни врачи занимались разработкой стетоскопов и изучением звуков тела, другие (а иногда одни и те же!) занимались усовершенствованием и разработкой других диагностических инструментов, даже таких простых, как плессиметр. Плессиметрам придавали разную форму: они были квадратными, круглыми, овальными, имели вид столбика или призмы. Их изготавливали из кожи, пробки, гуттаперчи, рога, слоновой кости, богемского стекла, серебра, нейзильбера, дерева и т.д. Плессиметры делали складными, в виде кубика (P. Louis), бочонка (H. Kuchenmeister), лопатки или дважды согнутого шпателя (E. Seitz), долота (A. Hirchfelder), в виде усеченной буквы «Н» (A. Sansom), перстня (H. Hughes) и т.д. Многие врачи пользовались плессиметрами из сухой ели размером 4,5х 2,5х1 см.

Стетоскоп
К. Поля

Считалось, что круглый плессиметр «звучит» лучше, чем четырехугольный, большой (5х3 см) лучше, чем маленький, но последний хорошо помещается в межреберьях и более удобен для топографической перкуссии, плессиметр Е. Зейтца не так приглушает звук за счет отдельной рукоятки, слоновая кость лучше, чем гуттаперча, каучук, пробка и т.д. (В.Ф. Симанович, 1929). В конце XIX

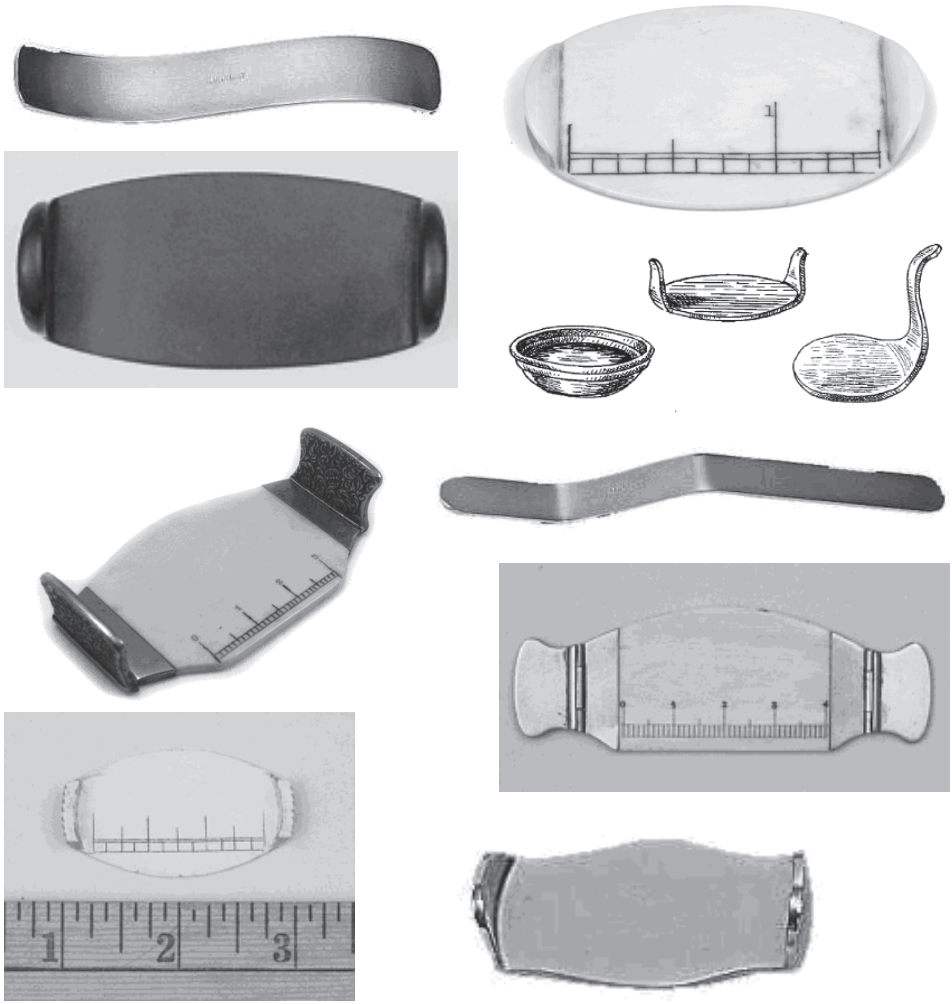

152 STÉTHOSCOPES.

STÉTHOSCOPES

Stéthoscope flexible, adhérent, muni d'une caisse de renforcement, du Dr Constantin Paul, modèle Galante, | disposé pour l'auscultation monoauriculaire (*fig.* 413). . . . . 10 »

© Science Museum / Science & Society Picture Library
Viewed by Cite'd on 3/30/2007

К. Поль выслушивает больного

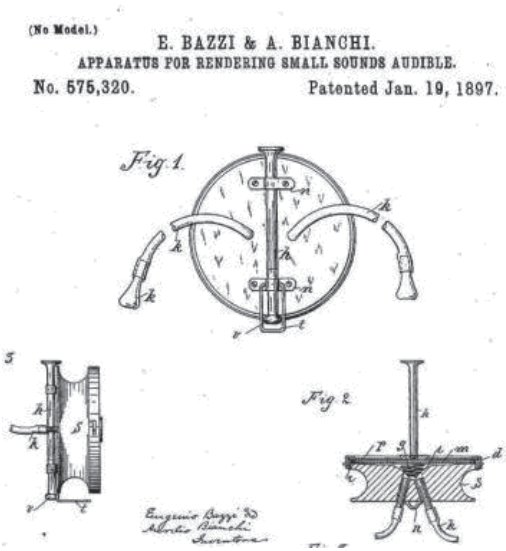


Плессиметры

века предлагали перкутировать по ладонной поверхности среднего пальца, при этом указательный и безымянный должны быть развернуты в виде веера и прижаты к грудной клетке. Иногда перкутировали тремя пальцами по всему протяжению среднего пальца, или большим пальцем по большому: кисть в этом случае быстро пронировалась и супинировалась, причем удар наносился боковой поверхностью одного пальца по боковой поверхности другого (В.Ф. Симанович, 1961, А.А. Ковалевский, 1929). Еще в 1873 г. И. Баас предложил использовать для диагностики камертон, который прикладывался к поверхности тела, плессиметру или пальцу. Методика, ранее предложенная П.Д. Шипулинским, не прижи-

лась, и к ней вернулись уже в первом десятилетии XX века. Вот как описывал камертонометрию великий российский врач Д.Д. Плетнев: *«Для этого я ставлю звучащий камертон на исследуемый орган, на котором уже стоит стетоскоп, или еще лучше, маленький фонендоскоп, и выслушиваю звучащий камертон над подлежащей тканью, переставляя, но не передвигая камертон. Перемещения камертона должны происходить по однородной ткани, т.е. либо по ребрам, либо по межреберьям. Следует направляться от соседних участков к исследуемым. Как только камертон попадает на орган, где помещен фонендоскоп, его звучание резко усиливается* (Д.Д. Плетнев, 1922). Камертонометрия предлагалась для определения границ легких, сердца, печени, селезенки и для различения желудка и кишечника. В 1854 г. Д. Барт и А. Роже описали « аускультативную перкуссию», которую подробно разработали позднее Камман и А. Кларк (1884). Стетоскоп прикладывался к середине проекции органа, который исследовали, и постукивали к приложенному плессиметру сначала ближе к стетоскопу, затем дальше. Еще позже это заново «описал» в виде «аускультоаффрикции» В.М. Сырнев (1965). Но спор о том, как перкутировать: «во всю мочь» или тихо, продолжался долго. В 70-х гг. XIX века немецкий клиницист пишет не без сарказма: *«Мне в Гольштинии часто приходилось перелезать через сундуки и разрывать несколько толстых перин, чтоб добраться до больного, свернувшегося клубком на противоположном краю трехспальной кровати и защищенного от простуды множеством шерстяных фуфаек. Только не слабо размахивающий молоток может здесь пробрать мясо и сало. Наоборот, у нежной барыни, покоящейся на пружинном тюфяке, или у дитяти можно такими сильными ударами проперкутировать не только грудь, но и постель. Тимпанический и металлический звук не преминут явиться»* (Th. Jurgensen, 1882). Опытные врачи понимали, что звук при перкуссии, который должны услышать студенты на верхних рядах аудитории, и звук при консультации на дому или в кабинете - не одно и то же. Дидактические и диагностические задачи у перкуссии оказывались разными. В вышедшем в 1876 г. известном руководстве по внутренним болезням Г. Циммсена О. Розенштейн предложил при перкуссии абсолютной сердечной тупости использовать сильные удары, при определении относительной – удары слабее. Правда, понятие «сильнее-слабее» весьма субъективно, и выдающиеся клиницисты постоянно твердили об «опытном ухе и опытной руке», но студентам и начинающим врачам едва ли от этого было легче! М. Винтрих предлагал «пальпаторную перкуссию», Л. Траубе рекомендовал держать палец при перкуссии на «обухе» перкуссионного молоточка, присоединяя к перкуторным ощущениям пальпаторные и т.д. В сущности, происходила обычная история: полученные одними, пусть

очень опытными и авторитетными специалистами данные не всегда подтверждались самыми старательными и добросовестными эпигонами. И не всегда можно было понять, от чего зависят эти неудачи: от того, что методика усваивалась из «третьих рук», от того, что ее автор при описании упустил какой-то важный нюанс или от неумелости того, кто повторяет его методику, да еще по шпаргалке с ошибками. Еще важнее были физиологические особенности врачей: один хорошо владеет обычной перкуссией, но ему не даются тонкие нюансы пальпаторной или тем более слабейшей, но вдруг появляется уникум, который играючи получает результаты, используя любую методику, лишний раз доказывая субъективность объективного диагностического метода! Это было подмечено еще в начале прошлого века, когда стали появляться все новые методики перкуссии, применявшиеся в основном для определения границ органов и диагностики глубоких изменений (нем.- «Tiefendiagnostik»). И здесь, конечно, нельзя не вспомнить такой важный момент, как изобретение фонендоскопа. В 1894 г. на Международном медицинском конгрессе в Риме профессор «подготовительной клинической медицины» и патологии (по сути – пропедевтики внутренних болезней) Пармского университета А. Бьянши (Aurelio Bianchi) и профессор физики технического института Галилея Э. Баззи (Eugen Bazzi, 1854-1921) представили новый инструмент, названный ими «фонендоскоп». Это действительно очень любопытный инструмент. Он состоял из металлической головки размером с карманные часы. К головке (закрытой со всех сторон) присоединялись гуттаперчевые трубки, которые вставлялись в слуховые проходы врача. Инструмент предусматривал возможность выслушивания пациента сразу несколькими врачами или студентами. Чуть позже вышла монография А. Бьянши «Фонендоскоп и его практическое использование» (в 1898 г. она была издана на английском языке, чуть раньше фонендоскоп был запатентован в США). Одновременно инструмент стал известен и в Рос-


(No Model.)

E. BAZZI & A. BIANCHI.

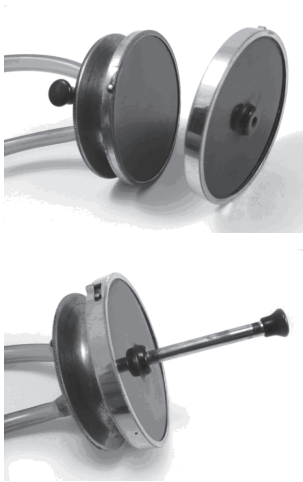
APPARATUS FOR RENDERING SMALL SOUNDS AUDIBLE.

No. 575,320. Patented Jan. 19, 1897.

Fig. 1.

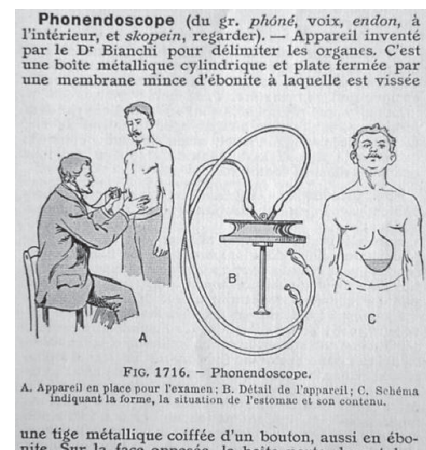
Fig. 2.

Фонендоскоп Баззи-Бьянши



Фонендоскоп Баззи-Бьянши

сии: привилегия (патент) № 865 *«иностранцев Е. Бацу и А. Бианки на «прибор, названный фонендоскопом, для проявления слабых шумов в твердых телах, особенно в человеческом теле»* была зарегистрирована в России 16 июля 1896 года (С.В. Пыжёв, 2006). А. Бьянши использовал фонендоскоп для определения границ органов. Для этого использовался «фрикционный метод»: указательным пальцем правой руки исследователь проводит по коже вблизи барабана фонендоскопа и по разнице в звуке определяют границу органов. Поскольку то, что удается изобретателю, не всегда получается у других, немедленно появились желающие улучшить способ Бьянши: было предложено потирать кожу не пальцем, а щетиной кисточки, и при этом были получены совершенно фантастические «кардиограммы», на которых сердце под влиянием приема пищи, купания, приема кофеина, физического напряжения и т.д. увеличивалось или уменьшалось «в совершенно невероятных размерах». Других исследователей смутили побочные звуки и шумы, возникающие в фонендоскопе и они стали использовать обычный стетоскоп, **Е. Ауфрехт** предложил особый «фрикционный стетоскоп», другие исследователи предлагали «палочковую аускультацию - « Stabchenauscultation», такой «ремикс» «палочково-плессиметровой перкуссии» О. Хюбнера и О. Лейхтенштерна, или «плессэстезию», когда в качестве плессиметра используется средний палец левой руки, а перкуторный удар наносится II-IV пальцами правой, причем сразу после удара пальцы задерживаются на нем, присоединяя к слуховому пальпаторное ощущение (при этом глаза и одно ухо врача должны были быть закрыты!). В 1901 г. профессор клиники внутренних болезней Гельсингфорского (Хельсинско-



Phonendoscope (du gr. *phônê*, voix, *endon*, à l'intérieur, et *skopein*, regarder). — Appareil inventé par le Dr Bianchi pour délimiter les organes. C'est une boîte métallique cylindrique et plate fermée par une membrane mince d'ébonite à laquelle est vissée

A B C

FIG. 1716. — Phonendoscope.

A. Appareil en place pour l'examen ; B. Détail de l'appareil ; C. Schéma indiquant la forme, la situation de l'estomac et son contenu.

une tige métallique coiffée d'un bouton, aussi en ébonite. Sur la face opposée, la boîte porte deux tubes en caoutchouc terminés chacun par un embout destiné

го) университета **И. Рунеберг (Johann Wilhelm Runeberg, 1843-1918)** предложил для определения границ органов метод «перкуторного транссонанса», при котором аускультация производится в пределах органа, границы которого определяются. Одновременно *«в окружности стетоскопа производят очень слабую перкуссию или лучше легкое поглаживание кончиком пальца. Возникающий при этом шум слышен ясно до тех пор, пока не достигнута граница органа; по миновании границы шум внезапно исчезает или изменяет свой ясно слышимый характер»*. Автор методики полагал, что для применения этого метода было необходимо, чтобы часть органа, находящаяся под стетоскопом, непосредственно прилегала к поверхности тела; определение границ тем легче и надежнее, чем ближе к поверхности тела эти границы (J. Runeberg, 1901). Потом все это забылось, но фонендоскоп в различных модификациях остался.

И. Рунеберг

Оригинальный метод предложил выдающийся немецкий клиницист и патолог, **В. Эбштейн (Wilhelm Ebstein, 1836-1912)**. В. Эбштейн родился 27 ноября 1836 г. в Силезии в семье Луи и Амалии Эбштейн. Его отец был торговцем в небольшом городке. В 1855 г. Вильгельм поступил на медицинский факультет университета Бреслау, но вскоре перешел в Берлинский университет, где учился у Л. Траубе, А. фон Грефе, Э. Дюбуа-Реймона, И. Шёнлейна, М.Г. Ромберга и Р. Вирхова. Доктором медицины стал в 1859, с 1861 г. – врач госпиталя «Всех Святых» в Бреслау, а с 1864 г. – прозектор этого же госпиталя. В 1869 г. он - приват-доцент клиники внутренних болезней в Бреслау и главный врач больницы для бедных. В 1870 г. Эбштейн стал военным врачом, а в 1874 г. профессором и главным врачом клиники Геттингенского университета и в 1877 г. возглавил клинику этого университета после **К. Хасе (Karl Ewald Hasse, 1810-1902)**. В. Эбштейн организовал образцовую клинику и клиническую лабораторию, был заядлым театралом и историком, являлся автором работ о медицинских сюжетах в Библии и Талмуде, биографий Лютера и Шопенгауэра и т.д. Он занимался болезнями обмена (был автором выдержавшего 7 изданий руководства по диетическому лечению сахарного диабета), патологи-

В. Эбштейн

В. Эбштейн

ей мочевого пузыря, описал цилиндрурию при диабетической коме, лихорадку при болезни Ходжкина (лихорадка Пеля-Эбштейна). Необыкновенно продуктивный «врач-писатель», он опубликовал 272 работы (!), но прославился не этим. В 1866 г. он описал порок сердца, который получил его имя – «аномалия Эбштейна» - «Ebstein·s malformation». ...28 июня 1864 г. в госпиталь «Всех Святых» поступил 19-летний рабочий Йозеф Прешер с жалобами на одышку и приступы сердцебиения с детства. При осмотре Эбштейн обнаружил тахикардию до 112 уд/мин, тахипное – 32 дыхательных движения в минуту, ортопноэ, резкий цианоз и пульсацию яремной вены, «синхронную с сокращениями сердца». При перкуссии отмечалась тупость вправо от грудины (от III межреберья до мечевидного отростка), верхушка сердца определялась ниже VI ребра. Определялись систолический и диастолический шумы, систоло-диастолическое дрожание, максимальное на основании сердца и передающееся частично в предсердечную область, частично вправо от грудины. Второй тон на легочной артерии был акцентуирован. Больной умер от отека легкого 6 июля 1864 г. В. Эбштейн опубликовал подробное описание результатов секции. Кратко они сводились к патологии трикуспидального клапана с дилятацией правого предсердия, стенозу легочной артерии и незаращению овального окна (J. van Son, I. Konstantinov, V. Zimmerman, 2001). Термин «болезнь Эбштейна» появился в 1927 г. (A. Arnstein, 1927). Но для обсуждаемой темы важнее является диагностический метод, предложенный В. Эбштейном, который он назвал «Tastpercussion» («осязательная перкуссия») (W. Ebstein, 1876). Он также предложил свой плессиметр и ... «перкуссионный палец», который надевался на ногтевую фалангу среднего пальца исследователя, которым наносился удар! Д.Д. Плетнев (1922) писал: *«Если бросить камешек через стеклянную раму, то последняя лучеобразно растрескивается вокруг отверстия, которое оставляет камень в стекле. Если то же стекло прострелить пулей, то пуля при своем прохождении оставляет только круглое отверстие в стекле. Точно так же при коротком ударе по пальцу или плессиметру, последний быстро отскакивает от подлежащих тканей и перкуссионный толчок больше распространяется в глубину, чем по поверхности. Кроме того, чем короче время удара, тем сила его значительней»*. Но В. Эбштейн, напротив, предлагал наносить удар не короткий и отрывистый (стокатто), а медленный и длительный (легато и тенуто), без отскакивания пальца, а как бы вдавливая его. С помощью своего метода Эбштейн обнаружил, что при экссудативном перикардите угол между правой границей абсолютной сердечной тупости и верхней границей печени превращается из прямого в тупой, а в эпигастрии определяется притупление. Он проводил перкуссию концами пальцев правой руки, сложенной как для

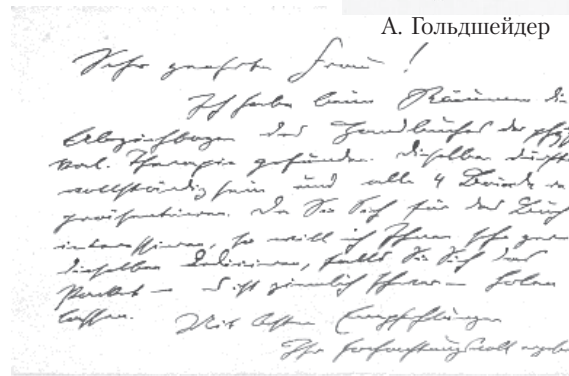
письма, или «пружинящим пальцем» в виде перкуссии пальцем по пальцу или пальцем по плессиметру. Результаты, полученные на больных, в особенности относительно «резистенции сердца», неоднократно проверялись им в экспериментеах на трупах и «оказались надежными». В 1889 году вышла другая работа, которая сыграла в развитии физикальных методов важную роль. Более того, мы, будучи студентами, кропотливо отрабатывали предложенную в ней методику! Речь идет о т.н. «полях Крёнига» или «перешейке Крёнига». **Г. Крениг (Крёниг) (Georg Kronig, 1856-1911)** был видным немецким клиницистом, профессором и главным врачом госпиталя в Берлине. Он являлся автором многих работ, в том числе о пороках сердца и совместной с М. Блюмбергом(да-да, тот самый, который описал «симптом Блюмберга-Щеткина»!) работы «Методы дезинфекции рук» (1900). Г. Крёниг родился в Потсдаме, окончил медицинский факультет Берлинского университета, был ассистентом и приват-доцентом в клинике Ф. Фрерикса, блестяще владел физикальными методами. В 1888 году Г. Крёниг стал доктором медицины, а в следующем году опубликовал свою знаменитую, хоть и небольшую работу «Топография верхушек легких и их определение перкуссией». Фактически «поля Крёнига» - это проекция определяемого на верхушках легочного звука на поверхность тела. Спереди основание поле Крёнига располагается от внутреннего края ключицы до соединения ее наружной и средней трети, сзади – от остистого отростка I грудного позвонка до места соединения наружной и средней трети ости лопатки. В месте соединения полей располагается т.н. «перешеек Крёнига» - полоса ясного легочного звука. Он, собственно, располагается между наружной и внутренней границами проекции легочного звука и составляет в норме у мужчин - 5-5,5 (3,5-8) см, у женщин - 5 (3,5-6,5) см. В его размерах играет роль стояние плеч. «*Неодинаковая величина перешейков, неясность и завуалированность пограничных линий, а также уменьшение перешейков до размеров меньше 3,5 см свидетельствует о патологическом состоянии той или иной верхушки, даже при отсутствии в ней аускультативных изменений. При эмфиземе легких размеры перешейков увеличены*» (А.А. Ковалевский, 1961). Крёниг описал т.н. «лестницу Крёнига» – когда определяемый перкуссией прямой (в норме) угол, образуемый правой границей абсолютной сердечной тупости и тупостью печени, превращается в тупой, с уступами, угол при гипертрофии и дилятации правых отделов сердца или экссудативном перикардите. Свои методы перкуссии верхушек легких предлагали А. Гольдшейдер, основатель венгерской клиники внутренних болезней Ф. фон Кораньи и ученик Г. Нотнагеля и преемник Н. Ортнера **Н. Ягич (Nikolaus Jagic, 1875 -1956**). Ученик Э. фон Лейдена (и участник «знаменитого» консилиума иностран-

ных специалистов во время последней болезни В.И. Ленина) **Г. Клемперер (Georg Klemperer, 1865-1946),** автор известной книги «Элементы клинической диагностики», предложил для определения верхушек легких непосредственную (сравнительную) перкуссию ключиц. Надо сказать, что среди современников новых методик перкуссии царили «разброд и шатание»: Г. Сали, например, рекомендовал не прижимать палец плотно к поверхности тела при перкуссии, В. Нейман предлагал перкутировать не из «кистевого сустава», как учим студентов мы, а из пястно-фалангового, и предлагал «прыгающую» перкуссию, когда после удара врач быстро отдергивает палец-плессиметр от поверхности тела, Р. Гейгель подчеркивал, что после удара от плессиметра следует моментально отнимать палец или перкуссионный молоток. «*Этим*, - говорит он, - *устраняется распространение действия удара на большую поверхность и значительная часть его переносится в глубь органа*». **Е. Ауфрехт (Emanuel Aufrecht, 1844-1933)** советовал держать перкуссионный молоток так, чтобы он пружинил в руке, а **А. Политцер (Adam Politzer, 1835-1920)** рекомендовал «гибкую перкуссию», когда палец-плессиметр накладывается «мягко и широко», а перкутирующий палец ударяет «мягко, без размаха, слегка надавливая». Он утверждал, что с помощью его «стакатто-перкуссии» можно играть на «саркофоне-сердце» (В. Нейман, 1912). Но авторов любых методик ждали «подводные камни», например, в случае определения нижней границы легких 13-ю исследователями, не было двух авторов, результаты которых бы совпали по всем линиям с той и другой стороны грудной клетки! (В.А. Чуканов, 1947). Одна из первых попыток применения «доказательной медицины»! Изобретатели, однако, упиваясь авторским тщеславием, не обращали внимания на замечание Ф. Нимейера: *«при получении при перкуссии двусмысленных признаков, придавать им значение только в тех случаях, если они подтверждаются результатами аускультативного исследования»* (Ф. Нимейер, 1886)! Как бы то ни было, оригинальная методика В. Эбштейна оказалась «штучной» и после его смерти от инсульта в 1912 году стала достоянием истории, чего нельзя сказать об определении полей Крёнига (слишком страшным все еще являлся туберкулез, по бытовавшим представлениям, начинавшийся с верхушек легких). Повторимся, что и сейчас студентов обучают их определению, хотя не так щепетильно, как раньше. Действительным обогащением классической перкуссии была предложенная видным немецким неврологом **А. Гольдшейдером (Johannes Karl August Eugen Alfred Goldscheider, 1858-1935)** оригинальная методика, которую он назвал слабая (тишайшая, предельная (пороговая) перкуссия (нем.- «Shwellenwertpercussion»).

Судьба перкуссии Гольдшейдера оказалась вполне благополучной

(некоторые клиницисты и до сих пор его используют).Теоретической предпосылкой метода была высказанная видным немецким интернистом и гастроэнтерологом **К. Эвальдом (Karl Anton von Ewald, 1945-1915)** идея: *«Чем сильнее раздражение, тем более оно должно быть усилено, чтобы мы могли воспринять это усиление, и самое слабое, вообще доступное для восприятия, раздражение, т.н. предельное, должно в силу своего внезапного перехода из отрицательного в положительное давать самый большой прирост в ощущениях, а именно из ничего-нечто»* (C. Ewald, 1888). А. Гольдшейдер считал, что при его методе «звуковые лучи» имеют небольшой поперечник и проходят перпендикулярно к фронтальной плоскости грудной клетки. Свою перкуссию Гольдшейдер проводил по строго определенным правилам:

А. Гольдшейдер


Автограф А. Гольдшейдера

1. Перкуторный удар наносится так слабо, что при полной тишине над легочным краем чуть слышен звук, который тотчас исчезает при переходе на относительную сердечную тупость.

К. Эвальд

2. Перкуторный удар должен наноситься строго вертикально к фронтальной плоскости, а не к поверхности грудной стенки и должен концентрироваться на возможно меньшем участке, для чего удар наносится по пальцу, установленному по Плешу или по «перкуссионному грифелю» (стеклянная палочка с резиновым наконечником).

3. Перкуссия производится строго в межреберьях, а сердце перкутируют в каждом межреберном промежутке сначала справа от сердца к легкому, затем слева и потом уже перкутируют по ребрам, выстраивая, таким образом, «перкуторную сферу» сердечной тупости.

Фактически результаты перкуссии по Гольдшейдеру лучше воспринимаются тактильно, кончиком пальца-плессиметра, чем на слух, но тишина в помещении, где проводилось исследование, должна была быть абсолютной! До Гольдшейдера большинство исследователей полагали, что собственный звук глубоко лежащих органов грудной полости возникает лишь при достаточной силе перкуторных ударов. Например, М. Винтрих и А. Вейль были твердо убеждены в том, что перкуссия не может обнаруживать изменения, лежащие глубже 5-8 см от поверхности легкого, и безвоздушный очаг в толще нижней доли легкого (где он чаще всего и встречается) должен ускользнуть от перкуссии, а отсюда – *«истинная форма сердца лишь ненадежно может быть определена с помощью «глубокой перкуссии»*. А. Гольдшейдер доказал обратное - не только сильная перкуссия, но и самые слабые, едва различаемые ухом перкуторные удары проникают в глубину легкого, и граница сердца (а именно для этого и предложен метод) определялась по первому появлению звука над тупостью сердца. При высокой технике результаты тишайшей перкуссии были очень точными (в то время уже был возможен рентгенологический их контроль!). При избыточной массе больного А. Гольдшейдер рекомендовал, конечно, более сильную перкуссию (T. Brugsch, H. Schittenchelm, 1925). Гольдшейдер считал, что только его методом можно определить точную проекцию верхушек легких на поверхность тела. Взяв за ориентир бугорок первого ребра между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, А. Гольдшейдер проводил саггитально перкуссию тихими ударами. Интересной личностью был «соавтор» Гольдшейдера, предложивший при перкуссии по его методу приставлять палец-плессиметр согнутым в первом межфаланговом суставе под прямым углом. **Я. Плеш (Janos (Johann, John) Oscar Plesch, 1878-1957)** родился в Будапеште, в 16 лет поступил на медицинский факультет Будапештского университета. С самого начала учебы интересовался анатомией и патологической физиологией. Продолжил образование в Вене, Бер-

Я. Плеш

Я. Плеш с семьей

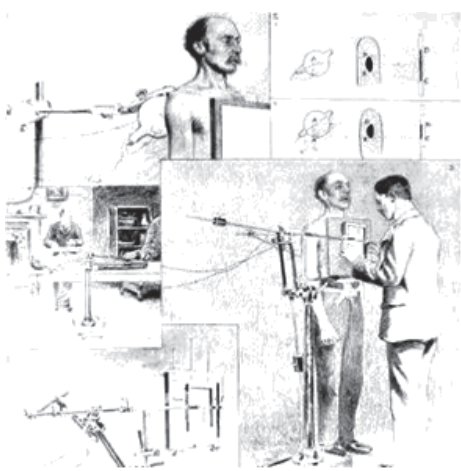
лине и Риме. В 1900 г. проходил практику в известном туберкулезном санатории Герберсдорф (Силезия), основанном «отцом» санаторного лечения туберкулеза, профессором **Г. Бремером (Hermann von Brechmer, 1826-1889)**, затем у **Р. Петри (Julius Richard Petri, 1852-1921)**, основателя немецкой бактериологии. Потом он учится у Б. Наунина, А. Беккереля, Ф. Реклингаузена, О. Шмидеберга, Ф. Гофмейстера в Страсбурге, после чего едет в берлинскую клинику Шарите к знаменитому Ф. Краусу. Уже в 1909 г. выходит его первая монография «Гемодинамика», а с 1910 г. он приват-доцент медицинского факультета Берлинского университета. С 1914 до 1917 г. он был военным врачом, а затем становится профессором клиники внутренних болезней. Плеш был, что называется, модным врачом, среди его пациентов были Марлен Дитрих и Ф. Крейслер, И. Менухин и Э. Ратенау, А. Тосканини и Вильгельм II, П. Эрлих и А. Эйнштейн. Консультировал он и Л.Д. Троцкого. В 1928 г. Плеш приезжал в Советский Союз. В 1934 г. Плеш эмигрировал в Англию, затем в США, где был преуспевающим врачом. А. Эйнштейна он лечил до конца жизни. Среди научных интересов Я. Плеша были физиология и патология сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия, стенокардия, диагностика внутренних болезней и т.д. Свой знаменитый метод перкуссии он описал в работе (1902) «Uber ein verbessertes Verfanger der percussion» (N. Coren, 1973, J. Bernstein, 2004). Д. Плеш стремился приблизиться к идеалу т.н. «линейной перкуссии», предложенной М. Винтрихом. Для этого он предложил не укладывать палец-плессиметр ладонной поверхностью на поверхность тела, а сгибать его под прямым углом в проксимальном межфаланговом суставе и разогнутом в дистальном, остальные пальцы и ладонь держать параллельно перкутируемой поверхности. Перкуссия производилась по дистальному эпифизу первой фаланги, т.е. в направлении оси обеих разогнутых последних фаланг. Преимущество метода состояло в том, что перкуторный удар приходился на ограниченный участок поверхности тела. Плеш говорил, что при его способе в качестве плессиметра может быть использован любой палец левой руки и, таким образом, можно легко приспособиться к *«величине, форме и выпуклостям исследуемой области»*. Д. Плеш предложил метод диагностики незаращения артериального протока, и описал симптом, носящий его имя (симптом Плеша), который является прямым доказательством связи увеличения печени с недостаточностью кровообращения. Для его выявления пациента, лежащего с низким изголовьем, просят повернуть голову набок (в этом положении хорошо контурирует яремная вена) и надавливают на область печени. При наличии правожелудочковой недостаточности яремная вена набухает. Разновидностью метода Гольдшейдера-Плеша была «ортоплексиметрия», кото-

рую предложил видный американский врач и первый клинический фармаколог университета Д. Гопкинса **А. Хиршфелдер (Arthur Douglass Hirschfelder, 1879-1942)**. Он учился в Калифорнийском университете, затем в Институте Пастера в Париже, Гейдельбергском и Берлинском университетах. В 1913 г. А. Хиршфелдер возглавил вновь созданное отделение фармакологии университета Миннесоты. В 1910 году вышло его «Руководство по болезням сердца и аорты», в котором он дал подробные характеристики артериального и венозного пульса, привел результаты использования рентгенографии и метода ЭКГ в кардиологии, подробно описал клинику пароксизмальной тахикардии, тиреоидного сердца, «вазомоторных кризов» и «неврастении сердца». Здесь же он предложил оригинальный плессиметр («ortoplexiметer») в виде небольшого долота, который, как считал Хиршфелдер, позволяет проводить «ортоперкуссию», когда удар наносится перпендикулярно к поверхности перкутируемого органа. Скоро он увлекся проблемами фармакологии и местной анестезии, и его метод интереса уже не вызывал, он оказался неточен, поскольку зафиксировать инструмент в одном и том же положении было очень сложно, особенно при утомлении руки исследователя и представлял лишь исторический интерес (http://special.lib.umn.edu/findaid/xml/uarc00589.xml). Однако справедливо было замечено, что *«...в течение долгого времени перкуссия не могла считаться вполне надежным способом, доставляющим с необходимой точностью истинные данные об истинном залегании и границах сердца. Достаточно сказать, что почти каждый автор указывал свои перкуторные границы нормальной относительной сердечной тупости, причем наибольшие разногласия получались относительно положения правой границы сердца»* (А.А. Ковалевский, 1961). Все эти старания врачи прилагали уже после внедрения в клиническую практику рентгеноскопии, разновидностью которой была «орторентгенография» (рентгеновские лучи проходят строго перпендикулярно к поверхности органа, в данном случае – сердца, врач, стоящий перед экраном, накладывает на него кальку и зарисовывает контуры сердца), введенная в практику в 1899 году, которая давала возможность *«проверять находимые перкуторные размеры сердца и судить об удовлетворительности того или иного способа перкуссии»*. В начале XX века стараниями **О. де ла Кампа (Oscar de la Kamp, 1871-1925)** и видного немецкого врача (после 1933 года эмигрировал в США), выдающегося курортолога и рентгенолога, основателя Американского кардиологического колледжа **Ф. Гроделя (Frantz Maximilian Groedel, 1881-1951),** который

А. Хиршфелдер

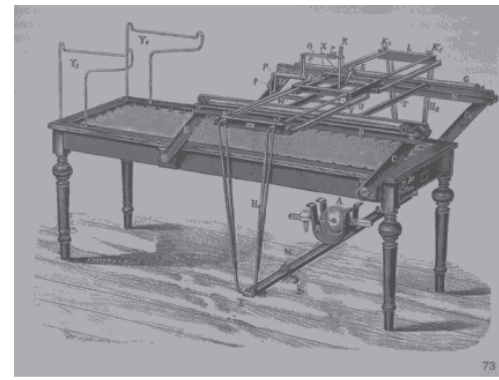
Ф. Гродель

в 1909 году вместе с **К. Беком (Carl Beck, 1856-1911)** выпустил «Атлас и очерк применения рентгенологии в клинике внутренних болезней» - для того времени фундаментальное руководство для интернистов, но, главным образом, видного немецкого клинициста, профессора из Мюнхена **Ф. Морица (Friedrich Moritz, 1861-1938),** автора «средней перкуссии» и его сотрудника, ассистента клиники внутренних болезней Мюнхенского университета **Г. Дитлена (Hans Dietlen, 1879-1955)** было показано, что наиболее близкие к орторентграфическим данные о границах сердца дает пальпаторная (85-94% совпадений), и минимальная (94-97% совпадений) перкуссия. В России ортографией занимался, в частности, П.А. Ломовицкий. Указанные авторы сходились на том, что расхождением орторентгенографических и перкуторных границ в 0,3-0,5 см можно пренебречь и предложили «схему измерения ортодиаграфического силуэта сердца», где выделялись значимые «правый поперечник», «левый поперечник», их сумма и «длинник сердца». Ох, и покорпели же доктора над вычерчиванием силуэта сердца! Ф. Мориц и Г. Дитлен предложили таблицы ортодиаграфических размеров сердца для людей разного пола и роста в горизонтальном положении, а Ф. Гродель и П.А. Ломовицкий – вертикальном. **Павлин Алексеевич Ломовицкий (1877-1941),** в то время ассистент и приват-доцент кафедры М.Г. Курлова (Томский университет), заведовал рентгенологическим кабинетом факультетской терапевтической клиники, а в 1912 году защитил докторскую диссертацию на тему: *«К вопросу ортодиаграфии здорового человеческого сердца в вертикальном положении тела»*. Парадокс состоял в том, что полтора века спустя после открытия Ауэнбруггера была доказана его истинность и полезность. Рукописи не горят! (A. Freitiger, 2004).


Ортодиаграфия

Большой проблемой для врачей всегда были легочные нагноения. Диагностировать их еще со времен Ауэнбруггера (если не самого Гиппократа!) с помощью физикальных методов врачи умели, пожалуй, даже лучше, чем другие нозо-

логические формы, а иногда болезнь внезапно обнаруживала себя сама, например, абсцесс легкого. Начинался он остро, при *«неопределенных симптомах, напоминающих пневмонию, плеврит, грипп»*, или в виде тифозного состояния, а *«...первым определенным симптомом болезни бывает внезапное отхаркивание гнойной мокроты...больной чувствует, как будто что-то разорвалось в груди, и при судорожном приступе кашля отхаркивает очень много гноя, захлебываясь им»* (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1956). Выдающийся французский фтизиатр и хирург М. Леон Киндберг (**Michel Leon Kindberg** (1883–1945) говорил: *«Абсцесс снимает маску»*. Врачи обладали не только наблюдательностью, но и афористичностью! Развитие хирургии легких и спустя десятилетия не девальвировало значения физикальных симптомов: **С.И. Спасокукоцкий (1870-1843),** описывая пиопневмоторакс вследствие прорыва абсцесса в полость плевры, говорит: *«Часто можно наблюдать острое расширение соответствующей половины грудной клетки. При перкуссии – коробочный звук, при аускультации – бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком и ряд других симптомов (шум падающей капли и т.д.). При встряхивании больного можно иногда отчетливо услышать шум плеска – sucussio»* (С.И. Спасокукоцкий, 1931).



Ортодиограф Гроделя

Уже в первом десятилетии прошлого века врачи начали применять «кардиологические маневры». Видный немецкий клиницист, директор первой терапевтической клиники Кельнского университета **Ф. Кульбс (Franz Kulbs, 1876-1964)** предлагал для дифференциации шумов правого и левого сердца проводить *«опыт Мюллера», который «... состоит в том, что после полного выдыхания закрывают рот и нос и стараются сделать глубокое вдыхание. Благодаря этому отрицательное давление в полости груди увеличивается, что вызывает присасывание крови из вен в правое сердце. Вследствие этого внутрисердечные шумы в правом сердце становятся сильнее, а в левом слабее. При опыте Valsalva стараются при закрытом рте и носе после предварительного глубокого вдыхания сделать глубокое выдыхание, венозная кровь благодаря этому идет назад, шумы в правом сердце становятся слабее, а в левом сначала усиливаются, а потом ослабевают»* (F. Kulbs, 1913).

В конце «золотого века» стетоскопа видный французский клиницист

А. Юшар

писал: *«Со времени... бессмертного открытия Laennec,а стали слишком мало обращать внимания на изучение и исследование функциональных расстройств; обратились исключительно к физическим методам исследования, главным образом к изучению данных аускультации и перкуссии...диагноз и прогноз сердечного заболевания не могут основываться ни на простом констатировании клапанного шума, ни на увеличении сердечной тупости»* (H. Huchard, 1910). А. Юшар подчеркивал, что в диагностике на первый план должны выходить функциональные расстройства: одышка, тахикардия, артериальная гипертензия и гипотензия, аритмия, *«кардиальные и прекардиальные боли как выражение жалоб больного органа»*. На первое место по значимости он ставил одышку. К слову сказать, А. Юшар, будучи в России, восхищался диагностическим методом Г.И. Захарьина, а много лет спустя выдающийся отечественный клиницист А.Л. Мясников говорил: *«Вот Вы говорите – Захарьин, Захарьин, захарьинская школа. А мог ли, да и вообще представлял ли Захарьин возможность того, что по характеру одышки, характеру ее появления и исчезновения можно не только дифференцировать заболевание сердца и легких, но и определять степень поражения сердечной мышцы, а самое главное – функциональные возможности системы кровообращения...»* (Е.И. Чазов, 1988).

Глава VIII. «Каждый пальпирует так, как он привык»

Не забывайте сомневаться!

Ф.Г. Яновский

Симптомы должны не подсчитываться, а взвешиваться.

Э. Пайр

Пальпация ...трудный, но в то же время ценный в диагностическом отношении метод исследования. Это, так сказать, квинтэссенция всех диагностических исследований и потому необходима. Но одно простое ощупывание ничего дать не может, ибо необходимо рассуждать при пальпации и пальпировать рассуждая.

И. Боас

Ясно, что врачебная пытливость не ограничивалась только пределами грудной клетки, которая была более «понятной»: в ней всего три крупных органа (кроме пищевода и сосудов), которые по физическим признакам врачи научились хорошо определять. Высокие акустические свойства грудной клетки как резонатора делали ее перкуссию и аускультацию изящными диагностическими методами. Иное дело брюшная полость – органы в ней расположены топографически тесно, а содержащие газ желудок и кишечник своим тимпанитом заглушают все остальное. Выдающийся швейцарский интернист **Г. Сали (German Sahli, 1856-1933)** подчеркивал, что *«топографическая перкуссия в области тимпанического звука чрезвычайно трудна ввиду того, что в районе тимпанического звука малейший удар, даже при самой тихой перкуссии, достаточен уже для того, чтобы произвести громкий звук»* (В.Ф. Симонович, 1929). *«Перкуссия живота обычно почти не дает никаких выясняющих диагноз данных»*,- вторит ему талантливый ученик М.В. Яновского (А.И. Игнатовский, 1923). С другой стороны - пальпировать не только полые органы, но и паренхиматозные долго представлялось врачам сложным делом - селезенку, например, возможно пропальпировать только когда она увеличивается на треть своего объема! Однако, после открытий Ауэнбруггера и Лаэннека ситуация изменилась. Брюшную полость перкутировал еще Пьорри. Именно здесь он установил правило: при перкуссии сверху-вниз граница звука должна отмечаться по ниж-

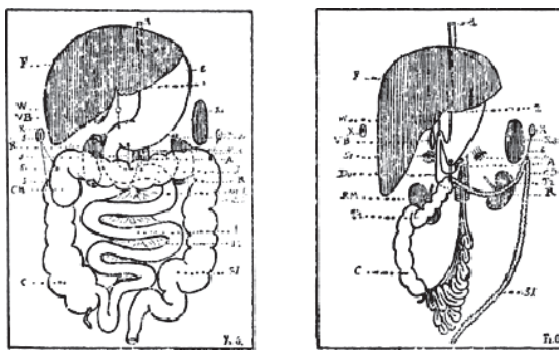
Г. Сали

нему краю плессиметра, при перкуссии справа-налево по левому краю и т.д. Он пальпировал печень и селезенку, как и Ф. Фрерихс. П. Пьорри перед перкуссией селезенки рекомендовал делать больному очистительную клизму, чтобы на фоне кишечного тимпанита яснее ощутить селезеночную тупость. П. Грокко перкутировал печень не только спереди, но и на спине, и получал слева от позвоночника притупление размером 3-4,5 см, которое при увеличении печени пропорционально увеличивалось до 7-10 см. Перкуссию брюшной полости проводили Вильямс, Шкода, Герхардт, Траубе и другие клиницисты. Любопытно, что звук, который получался при перкуссии, Вильямс и Траубе называли «звонкий», а Й. Шкода - тимпанический. Он же определил перкуссией границу большой кривизны желудка, дав больному выпить литр воды. Ф. Фрерикс давал больному соду и слабую кислоту и определял границу желудка на фоне обильного выделения углекислоты. Л. Траубе, определяя полулунное пространство, «попутно» определил перкуторную «фигуру» желудка. О. Лихтенштерн и О. Хюбнер в 1873 году предложили для определения границ желудка перкуссию с плессиметром - столбиком. В конце XIX века к ней снова вернулся И. Боас.

Очень долго царила аксиома: «Брюшная полость - могила для терапевта». Но и для хирурга тоже - оперировать через брюшину тогда означало обречь больного на верную смерть! Как известно, Ж. Пеан отказался оперировать Ж. Санд, у которой возникла непроходимость кишечника, ограничившись парацентезом (?), а Т. Бильрот наложил больному раком толстой кишки Н.А. Некрасову колостому на спине (внебрюшинный доступ). Но в известном руководстве Ф. Нимейера (1881 г.) о пальпации кишечника уже говорилось. В 90-х гг. XIX в. И. Боас подробно описал пальпацию кишечника, но при этом он уже отсылал читателя к работам нашего соотечественника, В.П. Образцова (J. Boas, 1892). Особое внимание врачи уделяли пальпации как единственно возможному тогда методу исследования почек. Пытались пальпировать почки А. Труссо, Ж. Ролле, Р. Брайт, Ф. Фрерикс, Ф. Нимейер, К. Герхардт, С.П. Боткин, С.П. Федоров, Куттнер, Ленау и другие клиницисты (Ю.Ю. Крамаренко, 1935). Почки пальпировались лежа, стоя, сидя, в боковом и коленно-локтевом положении (Ж. Ролле). На этом поприще самыми известными были **Ф. Гленар (Frantz Glenard, 1848-1920), Ф. Гюйон (Jean Casimir Felix Guyon, 1831-1929) и Д. Израель (James Adolf Israel, 1848-1926)**. Ф. Гленар, член-корреспондент Академии медицины Франции, врач из Лиона, работал на курорте Виши, где обследовал более 10000 пациентов. В 1876 году появилась его первая работа, а в 1905 г. монография «Sangle pelvienne CONTRE L'ENTEROPTOSE», где он исчерпывающе описал энтероптоз. Этим состоянием занимались многие извест-

ные патологи и клиницисты: Р. Вирхов, В. Лейбе, К. Эвальд, Л. Бувере **(Leon Bouveret, 1850-1929)**, описавший пароксизмальную тахикардию; австрийский терапевт **Б. Штиллер (Berthold Stiller, 1837-1922),** автор первого описания астенического синдрома (в рамках энтероптоза) и др. Ф. Гленар применял свой способ («palpation nephroleptique») для определения степени опущения почек. Он проводил исследование больного в горизонтальном положении и одну руку накладывал на живот так, чтобы большой палец находился спереди под концом IX ребра, средний сза-

Ф. Гленар



Иллюстрации из книги Гленара

ди, а второй рукой надавливал на переднюю брюшную стенку по направлению к большому пальцу пальпирующей руки. Если почка была подвижна и смещалась вниз при вдохе, то ее ясно можно было прощупать большим пальцем, а если она опускалась ниже его, то и захватить.

Д. Израэль, впервые описавший лучистый грибок, закончил Берлинский университет, **учился у Б. Лангенбека (Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck, 1810-1887)** и **Л. Траубе,** затем в Вене, Лондоне и Эдинбурге, защитил докторскую диссертацию по болезни Брайта в 1870 г., затем был главным врачом Еврейской больницы в Берлине и профессором. В 1889 г. он описал свой метод пальпации почки: больной лежит на противоположном от пальпируемой почки боку, со слегка согнутыми в коленях ногами. При пальпации левой почки врач садится лицом к больному справа и наоборот. Пальцы правой руки укладывались плашмя на левую поясничную область, левая рука лежит на передней брюшной стенке так, чтобы концы указательного и среднего пальцев находились на два поперечных пальца ниже места соединения IX и X реберных хрящей, после этого *«одновременно и ритмически надавливают обеими руками, причем во время глубоких вдохов, особенно в начале их, почка ударяется в наложенную спереди руку»*. Д. Израэль уверял, что с помощью своего метода он смог

прощупать треть или даже половину (!) нормальной почки. Однако ученик Ф. Гюйона I. Recamier в том же году показал, что этим способом почку нельзя прощупать, *«раз она не смещена и не опущена»*.

Оригинальную методику, названную им «ballottement renal», «баллотирование почки», предложил выдающийся французский уролог **Ф. Гюйон (Гюйо),** который считается основателем современной урологии. С 1858 г. он - доктор медицины, с 1863 г. – профессор хирургической патологии медицинского факультета в Париже, в 1876 г. заведующий урологической клиникой госпиталя Неккера, с 1878 – член Академии медицины. В 1892 г. Гюйон стал членом Французской Академии (с 1913 г. - президент), в 1901 г. – президентом Медицинской академии. Автор известного руководства *«Клинические лекции о болезнях мочевых путей»*, много раз издававшегося в России. Здесь, в разделе «Физические признаки и местное лечение», Гюйон в 1886 г. и описал баллотирование почки. Прием выполнялся так: больной лежит на спине, врач сидит с исследуемой стороны и кладет руки так, чтобы левая (при пальпации справа) находилась в области реберно-позвоночного треугольника (между поледним ребром и остистыми отростками первых поясничных позвонков), причем надавливать нужно одним или двумя слегка согнутыми пальцами. Вторая рука надавливает в подреберье соответствующей стороны. Повторно сгибаемыми пальцами руки в области реберно-позвоночного треугольника производятся быстрые толчки и почка, если она увеличена, ударяется о толкающие пальцы. Гюйон проводил аналогию с баллотированеим плода, хотя и признавал, что это не одно и то же (F. Guyon, 1899). Он предложил также метод пальпации почек, но был убежден, что *«при нормальном состоянии почка не может быть прощупана»*. В 1907 году предложил метод пальпации почек двумя руками профессор хирургии из Бирмингема **У. Билингтон (William Billington, 1876-1932)**. В позднейшей модификации он выглядел так: стоящего больного просили опереться на спинку стула. Врач находился сзади и размещал руки в поясничной области таким образом, что большие пальцы занимали углы между последними ребрами и длинной мышцей спины, а остальные пальцы располагались спереди книзу от края ребер. Больного просят глубоко дышать, и если почка опущена, то ее можно было захва-

Д. Израэль

Ф.Гюйон (Гюйо)

Н.В. Склифосовский

тить гораздо чаще, чем в положении лежа. У. Билингтон обобщил свои результаты в известной монографии «Movable Kidney: Its Etiology, Pathology, Diagnosis, Symptoms and Treatment» (London, 1910), которая многократно переиздавалась.

С развитием асептики, антисептики и появлением надежных и относительно безопасных методов обезболивания у хирургов, да и у терапевтов возникла четкая мотивация к совершенствованию пальпации брюшной полости. Если раньше, начиная с **Л. Гейстера (Lorentz Heister, 1683-1758),** мастерство хирурга определялось скоростью выполнения им ампутаций конечностей, то в конце XIX века это место заняла брюшная хирургия. В России несомненный приоритет в этой области принадлежал выдающемуся хирургу, заслуженному профессору, директору Еленинского института **Николаю Васильевичу Склифосовскому (1836-1904)**. Он первым в России еще в доантисептическую эпоху (1864 г.) начал производить лапаротомию. Первые овариотомии, произведенные им еще в бытность в Одессе, положили начало развитию в России полостной хирургии. Как писал позже В.Ф. Снегирев: *«...отдел чревосечений в гинекологии послужил основой всей полостной хирургии и всему ее антисептическому и асептическому направлению»* (В.Ф. Снегирев, 1910). Еще до появления работ Образцова и Гаусмана Н.В. Склифосовский проявил себя как мастер физикального обследования. Его описания пальпации брюшной полости, перкуссии печени, аускультации головы, в т.ч. глазницы (при аневризме общей сонной артерии) поражают тщательностью и блестящей трактовкой (Н.В. Склифосовский, 1868, 1882, 1889). Н.В. Склифосовский сумел пропальпировать опухоль кишечника у Н.А. Некрасова и даже нарисовал ее схему (С.П. Боткин в это время отрицал наличие у поэта рака). Среди пионеров брюшной хирургии был выдающийся британский хирург и гинеколог **Л. Тэйт (Robert Lawson Tait, 1845-1899)**, который за 15 лет активной хирургической деятельности (1884-1899) выполнил более 6000 абдоминальных и гинекологических операций. С 1872 г. он производил овариоэктомию, в 1880 г. произвел первую аппендэктомию, а в 1883 г. выполнил первую сальпингэктомию при внематочной беременности. И вот что примечательно - с этого момента «пути» терапевтов и хирургов, до того времени одинаково

Л. Тэйт

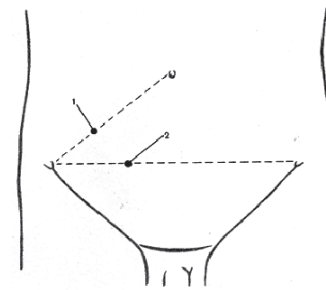
часто оказывающихся «созерцателями смерти», начинают кардинально расходиться. Любопытно говорил об этом Н.В. Склифосовский: *«При диагностике болезней положение хирурга и терапевта далеко не одинаково...самая тонкая диагностика терапевта остается тонкой, пожалуй, даже не заподозренной, если больной счастливо вышел из болезни. Не всегда такова судьба тонких хирургических диагностик, и невольно приходится предпосылать им всевозможные случайности и вероятности, потому что диагностику свою хирург должен доказать всякий раз на деле с ножом в руках» (Н.В. Склифосовский, 1953)*. В 1897 г. (уже после ряда успешных аппенэктомий в Англии и США!) выдающийся французский терапевт, ученик А. Труссо, шеф клиники Hotel-Dieu и профессор патологии Парижского университета, будущий президент Академии Медицины **Г. Дьелафуа (Paul Georges Dieulafoy, 1839-1911)**, исчерпывающе изучив семиотику аппендицита, описал свою знаменитую триаду при нем: боль в животе и болезненность при пальпации, гиперестезия кожи, напряжение мышц передней брюшной стенки. Блестяще! При этом он провозгласил: «*Лечения аппендицита не существует*», подразумевая, разумеется, припарки и опий! Примечательно, что и много спустя в ходу все еще были допотопные признаки абдоминальной катастрофы, о чем упоминал выдающийся российский клиницист: *«...надо уметь распознавать перитонит по начальным симптомам его. Еще до сих пор в описаниях симптомов почетное место занимают facies Hyppocratica, вздутие живота, euphoria. Давно бы уже пора поставить их на последнее место, которое они в действительности занимают по времени их появления: это поздние, предсмертные симптомы, и оперировать ...при их наличии уже нет смысла»* (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1956). Упорно держались врачи за «гиппократовские» симптомы!

Г. Дьелафуа

Л. Тэйт оперировал абдоминальные и тазовые опухоли и абсцессы, пытался (как и Н.В. Склифосовский) оперировать на печени при эхинококкозе. Ему принадлежит заслуга и первой холецистотомии (J. Shepherd, 1956, I. Golditch, 2002, E. Matthews, 2010). На его работы ссылался в своих лекциях С.П. Боткин. Судьбе было угодно, что ему самому потребовалась помощь Л. Тэйта... Известно, что во время последней болезни С.П. Боткина, который был убежден в том, что причиной его болезни является желчно-каменная болезнь, а грудная жаба – рефлекторной, 15 декабря 1889 г. к нему в Ментону был приглашен знаменитый ан-

гличанин. Л. Тэйт, обладавший поразительным мастерством физикальной диагностики органов брюшной полости, осмотрел С.П. Боткина и *«довольно ясно прощупал камень, ущемленный в одном из желчных протоков, но произвести операцию решительно отказался по причине большой слабости сердечной мышцы»*. На секции диагноз Л. Тэйта подтвердился с абсолютной точностью (Н.А. Белоголовый, 1901). Большой интерес к лечению абдоминальной хирургической патологии проявили европейские и американские врачи на рубеже XIX-XX столетий. В конце 80-х гг. XIX за аппендицит всерьез взялись американские хирурги и уже в 1889 г. профессор хирургии из Нью-Йоркского госпиталя Белльвью **Ч. Мак-Бурней (Charles Heber McBurney, 1845-1913)** описал свою знаменитую точку, которая в течение многих лет была «визитной карточкой» воспаления червеобразного отростка. Кстати говоря, сразу начались попытки определить соответствие положения точки Мак-Бурнея и аппендикса: шведский хирург **О. Ланц (Otto Lanz, 1865-1935)**, который в 1908 г. описал очередную болевую точку, вводил длинные иглы в т. Мак-Бурнея (на трупе) и убедился, что они проходят выше червеобразного отростка. Это дало ему основание полагать, что болезненность в ней вызвана местным лимфангитом. Эту идею, собственно говоря, раньше высказал упоминаемый нами шведский хирург Карл Ленандер.

Ч. Мак-Бурней


Точки Мак-Бурнея и Ланца

Примечательно, что еще в 1849 г., когда патология брюшной полости для хирургов интереса еще не представляла, Н.И. Пирогов уже говорил про *«спазмадическое напряжение брюшной стенки»*, то, что позже было названо «мышечный дефанс». Гениальный Н.И. Пирогов, говоря о кишечной непроходимости, тогда же писал: *«В некоторых случаях может быть также полезным выслушивание живота, потому что оно может показать нам некоторую степень подвижности в накопившихся жидкостях и газах, а, следовательно, также и известную степень деятельности кишки»!* Любопытно, что преемник Н.И. Пирогова на кафедре хирургии Дерптского университета **Г.В. Адельман (Georg Frantz Blasius von Adelmann, 1811-1888)** в 1864 г. указывал, что при кишечной непроходимости выслушиваемое при аускультации урчание дает сравнительно благоприятное предсказание при операции, тогда как парез ки-

шечника с отсутствием перистальтичесих движений не обещает хорошего исхода (А.М. Бетанели, 1980). Вообще аускультации у хирургов нашлось достойное место - очень важный симптом кишечной непроходимости – «могильную тишину» в брюшной полости при аускультации как диагностический признак перфоративного перитонита, вернее пареза кишечника, описали в 1886 г. **Е. Вагнер**, а в 1889 г. берлинский хирург **Г. Шланге (Friedrich Ernst Hans Schlange, 1856-1922)** (раньше это фактически уже сделал Г. Адельман!). Выдающийся венский интернист, профессор **Г. Нотнагель (Carl Wilhelm Hermann Nothnagel, 1841 - 1905)** предложил использовать аускультативную перкуссию брюшной полости: аускультация области проекции кишечной петли при одновременном постукивании (H. Nothnagel, 1895). Чуть позже с использованием подобной методики был описан симптом высокого тимпанита с металлическим оттенком при завороте сигмовидной кишки (P.C. Kiwul, 1902). Почти одновременно венский хирург **Г. Лотхейзен (Georg Lotheisen, 1868-1941)**, автор методики пластической операции при бедренной грыже, обнаружил, что при кишечной непроходимости и остром диффузном перитоните тоны сердца начинают хорошо проводиться на область живота (G. Lotheisen, 1912). Хирурги начали разбираться в оттенках перкуторного звука едва ли не лучше терапевтов! Шеф хирургической клиники Базельского университета **Ф. де Кервен (Fritz de Quervain, 1868 – 1940)** описал не только стенозирующий лигаментит первого карпального канала, но и появление перкуторного притупления в правой подвздошной области при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, когда стекающее кислое содержимое, попадая в эту область, вызывает обманчивую симптоматику аппендицита (F. de Quervain, 1912). В 1912 г. К. Эвальд предложил определять границы печени легкой или средней силы перкуссией по передней подмышечной,- сосковой, окологрудинной и средней линиям.Чем сильнее тимпанит, считал он, тем слабее должен быть удар (предельная перкуссия). Верхняя граница должна определяться легкой перкуссией. Границы печени по Эвальду у мужчин 12-10-10 см, у женщин 10,5-9-8 см (C. Ewald, 1923). К. Герхардт смог пропальпировать желчный пузырь. Аускультацию желудка применял И. фон Оппольцер. К. Эвальд, прикладывая стетоскоп к проекции печени, перкутировал правую границу сердца. А вот выслушал сосудистые шумы над печенью никто иной, как Р. Брайт. Сейчас они ассоциируются со злокачественными опухолями печени, при которых встречаются в 10-56% случаев (T. Motoki et al., 1978). При первичной гепатоме систолический шум над печенью услышал Г. Леопольд. В

Ф. де-Кервен

середине XIX века C. Shuster рекомендовал при пальпации селезенки занимать больному среднее между положением на спине и правом боку положение, когда он «лежит» на правой лопатке, левая рука поднята и уложена на голову. Он же применял пальпацию селезенки, стоя позади больного (T. Thiefelder, 1882, Г. Клемперер, 1911). Сосудистый шум над селезенкой («шум дуновения») выслушал выдающийся немецкий терапевт и психиатр **В. Гризингер (Wilhelm Griesinger, 1817-1868)**. Подобный шум выслушивается при значительной спленомегалии или гораздо чаще при раке поджелудочной железы, когда опухоль сдавливает селезеночную артерию (T. Bauerlin, F. Da la Vega, 1963). Шум трения брюшины при различных патологических состояниях описали Р. Брайт и Д. Корриган.Поразительно, как быстро бесперспективная для физикальной диагностики область стала превращаться в поле состязания в диагностическом мастерстве! В отличие от предшествующей истории при кишечной непроходимости подтверждение основных перкуторных и аускультативных феноменов пришло очень быстро – в 1919 г. **H. Kloiber** описал свои знаменитые «чаши»! Значение мышечного дефанса вновь подчеркнул **Ф. Тренделенбург (Friedrich Trendelenburg, 1844-1924)** в 1899 году. В 1913 г. выдающийся британский хирург **Б. Мойнихен (Berkeley George Andrew Moynihan, 1865-1936)** назвал «мышечную защиту» единственным объективным признаком язвенной болезни! Этот период в связи с развитием хирургического лечения аппендицита, язвенной болезни и заболеваний желчного пузыря вообще был очень «урожайным» на описание различных симптомов, выявляемых с помощью перкуссии (N. Ortner, 1917), пальпации, аускультации брюшной полости и различных маневрах: поворотах больного на бок (I. Ott, 1878), поднимании нижней конечности (S. Meltzer, 1903; М.Н. Рудницкий, 1910), способах провокации боли движением, дыханием или кашлевым толчком и т.д. Например, выдающийся немецкий хирург, *«не первый, но передовой»* (L. Morgenstern, 1993) в области хирургии желчных путей **Г. Кер (Johannes Otto Kehr, 1862-1916)** описал два болевых симптома острого холецистита, причем боль при пальпации усиливалась глубоким вдохом. Он же указал на возможный симптом брюшного кровотечения (разрыв селезенки) – сильная боль в левом плече (H. Kehr, 1905). Сходный симптом – усиление боли при пальпации на вдохе и втянутом животе описал видный американский хирург **Д. Мерфи (John Benjamin Murphy, 1857-**

Б. Мойнихен

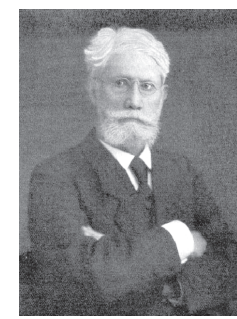
Г. Кер

Д. Мерфи

1916): *«Гиперчувствительность выявляется при глубокой пальпации под хрящом девятого ребра справа или по ходу линии, соединяющей эту точку с серединой пупартовой связки. Здесь чаще всего находится увеличенный желчный пузырь. Глубокая пальпация вдоль этой линии на фоне форсированного дыхания вызывает у больного сильную боль. Наиболее характерный и постоянный признак гиперчувствительности желчного пузыря – это отсутствие у больного возможности выполнить глубокий и полный вдох. Когда пальцы врача располагаются под правой реберной дугой ниже печеночного края, диафрагма выталкиает печень вниз и чувствительный желчный пузырь касается пальцев врача. В этот момент дыхание внезапно прерывается, словно его кто-то перекрыл»* (J.B. Murphy, 1912). Какой это симптом: пальпаторный или «визуальный»? Д. Мерфи предложил и другой прием – перкуссию желчного пузыря: *«...Врач сидит справа от... больного. Кончик указательного пальца левой руки, согнутый под прямым углом, плотно прижимается к реберной дуге у края реберного хряща... Больному рекомендуется глубоко дышать, и на высоте вдоха, когда желчный пузырь опускается ниже реберного края, по согнутому пальцу наносится удар локтевым краем раскрытой правой кисти. Если в желчном пузыре имеется воспаление или застой желчи, пациент отмечает при этом выраженную боль»* (G. Dowdall, 1910). Любопытно, что Мерфи предложил, по сути, прием Плеша! В это время вообще активно изучалась семиотика боли в брюшной полости (T. Kocher, 1892).В среде американских хирургов родилось непривычное определение «острый живот», которое пришло к нам много позже, после публикации в 1940 г. книги Г. Мондора. Врачи разных стран внесли в процесс диагностики абдоминальной патологии активную лепту именно в конце XIX - начале XX вв.

Г. Кроммель

И. Боас


Л. Курвуазье

Например, в 1890 г. один из основоположников билиарной хирургии, **Л. Курвуазье (Ludwig Georg Courvoisier, 1843-1918)** из Швейцарии, проанализировав в работе «Патология и хирургия желчных путей» 187 случаев желтухи с обструкцией желчного протока камнями и при других состояниях, описал увеличенный безболезненный желчный пузырь при опухоли фатерова соска. Этот симптом получил его имя, но он не был исключением. Перечислим имена только некоторых врачей, оставшиеся в названиях симптомов: **C.D. Aaron** (1897), **B. Bartomier** (1906), **W. Wynter** (1895), **T. Kocher** (1892, 1896), **A. Bassler** (1910), **В.П. Образцов** (1895), **Г.И. Бородулин** (1903), **H. Kummel** (1910), **М.Н. Рудницкий** (1910), **Ф.Г. Михельсон** (1911) и т.д. Болевую точку при язве желудка и гиперестезию кожи в области угла правой лопатки описал в 1893 г. выдающийся немецкий гастроэнтеролог **И. Боас (Ismar Isidor Boas, 1858-1938)**. Примечательно, что пытаясь объективизировать болевые ощущения у пациентов, он изобрел «измеритель боли» - «альгозиметр» и обнаружил,что болевой порог у здоровых людей при применении этого устройства колебался в пределах 5-15 кг, в то время как при язве желудка – всего 0,5-3 кг! В 1892 г. английский врач **С. Маккензи (sir Stephen Mackenzie, 1844-1909)** описал при аппендиците гиперестезию при поверхностной пальпации в правой подвздошной области. В 1907 г. датский профессор хирургии **Н. Ровзинг (Niels Thorkild Rovsing, 1862-1927)** описал пальпаторный симптом аппендицита, особенностью которого было то, что левой рукой врач надавливал на нисходящий отдел толстой кишки, а правой совершал толчки на вышележащий ее отрезок. При этом усиливающаяся в правой подвздошной области боль должна была свидетельствовать в пользу подтверждения диагноза (N.T. Rovsing, 1907). Любопытно, что современные абдоминальные хирурги оставили в арсенале диагностических признаков аппендицита именно симптом Ровзинга и psoas-симптом (L. Nyhus, J. Vitello, R. Condom, 1996). Одновременно с Т.Ровзингом берлинский хирург и гинеколог **М.Блюмберг (Jacob Moritz Blumberg, 1873-1955)** описал симптом перитонита, который стал использоваться и для диагностики аппендицита - усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки (J.M. Blumberg, 1907). Прелюбопытная «судьба» оказалась у этого симптома! Спустя год, на заседании Пензенского медицинского общества старший

Н. Ровзинг

Д.С. Щеткин

врач Пензенской губернской земской больницы Д.С. Щеткин сообщил, что подобный симптом он использует в свой практике с 80-х гг. XIX века, но публикаций в отличие от Блюмберга на эту тему у него не было. Уроженец Рязани **Дмитрий Сергеевич Щеткин (1851-1923)** после окончания Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии участвовал в качестве врача в русско-турецкой войне 1877-79 гг., в 1889 г. стал доктором медицины, был врачом в Петербурге, служил в земских больницах Рязани и Пензы. Он был автором двух десятков научных работ. Ради справедливости отметим, что приоритет в данном случае, безусловно, принадлежит Блюмбергу. Более того, совершенно непонятны старания некоторых авторов в Интернете представить Блюмберга как «профессора Казанского университета Константина Григорьевича Блюмберга». Нет, Якоб Мориц Блюмберг был немецким врачом еврейского происхождения, родившимся в Позене (Познани). М.Блюмберг окончил университет в Бреслау, где в 1896 г. стал доктором медицины. Он был учеником выдающегося хирурга J. Mikulicz-Radecki и видных врачей А. Нейссера (дерматология) и А. Френкеля (гинекология). Талантливый хирург и гинеколог, М. Блюмберг одним из первых в Германии занялся рентгенорадиологией. После прихода нацистов к власти М. Блюмберг эмигрировал в Англию. В 1935 г. с целью изучения рентгенорадиологии он ездил в Париж в Институт Кюри, в котором работал его сын **Э. Блюмберг (Ernst Blumberg, 1908-1973)**, хирург, гинеколог и рентгенолог. Так что доказательства двух участников заочного спора о «приоритетах» - А.М. Заблудовского и Я.Л. Рапопорта равно несостоятельны и симптом должен называться либо симптомом Блюмберга, либо Блюмберга-Щеткина, но никак не наоборот! Отметим, что в Казани действительно был профессор **Константин Густавович Блюмберг (1850-?)**. Он родился в Дерпте, в 1871 г. закончил Дерптский ветеринарный институт и стал магистром ветеринарных наук. С 1876 г. К.Г. Блюмберг доцент, затем ординарный профессор кафедры общей патологии и патологической анатомии...Казанского ветеринарнаго института! Возможно, он и открыл свой «симптом Блюмберга», но разве что у лошадей или кабанов! Такая же путаница возникла и с симптомом Менделя - болезненностью при перкуссии передней брюшной стенки при язве желудка или 12-перстной кишки. Его авторство приписывают то известному эссенскому терапевту, автору туберкулиновой реакции Менделя-Манту **Ф. Менделю (Felix Mendel, 1862-1925)** (В.И. Бородулин, А.В. Тополянский, 2009), укорачивая его жизнь на двенадцать лет, то берлинскому неврологу, описавшему несколько неврологических симптомов (симптом Менделя-Бехтерева и др.), **К. Менделю (Kurt Mendel, 1874-1946)** (http://www.whonamedit.com/synd.cfm/1668.html)! Примечательно, что если у

перкуссии и аускультации к тому времени была уже вековая история и свои «традиции», то методика пальпации «авторов» и определенных правил не имела и тут была полная стихия для творчества! Ясно, что все эти данные можно было получить лишь при тщательном, но бережном исследовании больных. Как тут не вспомнить слова нашего замечательного хирурга, современника описываемых событий: *«Мы часто видели врачей, грубо тычущих рукой в очень болезненный живот, ничего не узнающих и сразу лишающихся доверия больного»* (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1934). Похоже, что ничего за сто лет не изменилось. Если вспомнить слова И.Е. Дядьковского о пальпации живота: *«...нельзя не упомянуть ...о том удивительном нерадении, с которым многие из врачей производят его в особенности в болезнях брюшных внутренностей. Подавив больному в том или другом месте живот пальцами, они думают, что сделали все, что только должно им было сделать; и вот если больные не обнаружили нигде во внутренностях ни сильной боли, ни слишком явной твердости, они решительно заключают, что внутренности здоровы и затем вслед дают самые ложные объяснения болезням, видимо проистекающим из болезненного состояния брюшных внутренностей...»* (И.Е. Дядьковский, 1836). Гипоскиллия была у врачей и тогда! Кстати говоря, традиция поиска разнообразных болевых точек и симптомов при аппендиците продолжалась очень долго, и к настоящему времени их описано около полусотни. Настораживает, однако, тот факт, что больные во всем мире продолжают умирать от аппендицита. Это и заставило нас вынести в эпиграф слова Э. Пайра, сказанные... в 1927 году!

Глава IX. «Удар не должен быть скользящим…»

Для рук врача очень важна постоянная практика.

Гиппократ

Нет, не согнуть медицину упреками в малой точности и эмпиризме!

А.Ф. Билибин

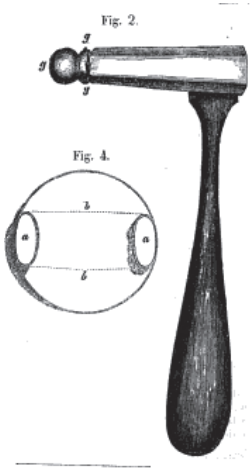
Почти три четверти века с момента второго «рождения» перкуссии под пером Корвизара она использовалась только для диагностики внутренних болезней, но с изобретением перкуссионного молотка и выделением неврологии в отдельную специальность она нашла свое место и здесь. Интерес к ней возник, вероятно, еще у выдающегося английского невролога и физиолога **М. Холла (Marshall Hall, 1790-1857)**. Выпускник Эдинбургского университета, прошедший блестящую подготовку в клиниках Парижа, Берлина и Геттингена, Холл был автором 150 работ и 19 книг, но главным его достижением было описание рефлекторной дуги (1833) (M. Eadie, 2008). Предполагается, что Холл уже пытался вызывать сухожильные рефлексы. Его работы не нашли понимания в Англии, но были поддержаны в Германии И. Мюллером и последующее эпохальное открытие упало уже на подготовленную почву. В 1875 году выдающиеся немецкие неврологи **К. Вестфаль (Carl Friedrich Otto Westfal, 1833-1890)** и **В. Эрб (Wilhelm Heinrich Erb, 1833-1890)** одновременно описали коленный рефлекс, для вызывания которого использовался перкуссионный молоток. В то время в Германии наиболее широкое распространение получили две модификации молотка М. Винтриха (1841, 1854), которые были использованы в данном случае (модель Траубе представлялась чересчур тяжелой). Кстати говоря, термин «коленный рефлекс» предложил двумя годами позже английский физиолог **М. Фостер (Michael Foster, 1836-1907)**. В 1875 году австрийский военный врач **Ф. Хвостек (Frantishek Chvostek, 1835-1884)** описал «лицевой феномен», вызываемый уда-

К. Вестфаль

В. Эрб

Молоток В. Винтриха

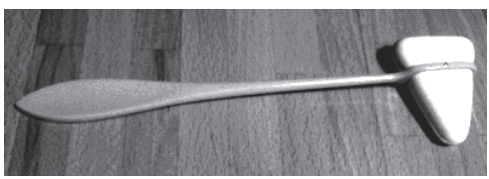
ром молотка в области «гусиной лапки» на лице. Примечательно, что Хвостек, был учеником видного патолога и клинициста, преемника Й.Шкоды по медицинскому факультету **А. Душека (Adalbert (Vojtech) Duchek, 1824 – 1882)**. Дело Шкоды творчески развивалось! Известно, что для получения рефлексов в то время врачи использовали собственные пальцы и ульнарный край кисти, моноауральные стетоскопы и грани больших электродов для физиотерапии, или даже ножки лабораторных стендов или настольных ламп! (D. Lanska, 1999). Например, использовать легкий удар ульнарным краем кисти для вызывания коленного рефлекса рекомендовал выдающийся британский невролог **У. Говерс (William Richard Gowers, 1845-1915)** (W. Gowers, 1880, 1886).



Повторилась история стетоскопа: открытие Лаэннека породило лавину моделей простого, в сущности, инструмента! Так и здесь, лиха беда начало, и скоро врачи по обе стороны океана стали предлагать особые, «рефлекторные» молотки, которые были легче перкуссионных, имели весьма разнообразную форму и скоро стали оснащаться приспособлениями для проверки болевой и тактильной чувствительности. Из самых известных моделей того времени назовем «томагавк» или «треугольник» **Д. Тейлора (John Madison Taylor (1855-1931)**, появившийся в 1888 году.

У. Говерс

В 1910 г. появился неврологический молоток, предложенный известным немецким неврологом, директором неврологической клиники госпиталя Св. Георга в Гамбурге, **Э. Тромнером (Ernst Tromner, 1868-1930)**. Э. Тромнер родился в Меране, закончил Лейпцигский университет, где стал доктором медицины в 1893 г. Описал один из патологических рефлексов при пирамидной недостаточности с умеренной спастичностью.

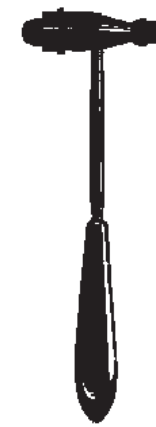


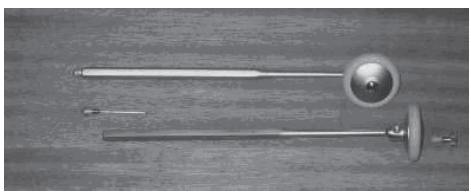
Молоток Тейлора

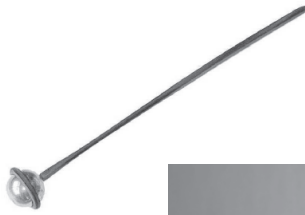
В 1912 г. предложил свою, ныне очень популярную модель выдающийся французский невролог польского происхождения, ученик Ж. Шарко, **Ж. Бабинский (Joseph Jules Franzois Felix Babinski,** польск. **Juzef Franciszek**

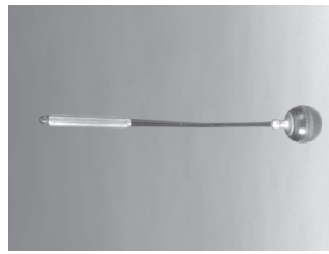
Ж. Бабинский

Feliks Babinski, 1857-1932). Он был больше известен описанием в 1896 г. патологического подошвенного рефлекса, но выступил и защитником «молотка для рефлексов»: *«нельзя получить сухожильный рефлекс, используя невооруженную руку. Эффект применения молотка гораздо выше»*. Он использовал две модели молотка и один, с установленной перпендикулярно к рукоятке головкой в виде колеса и стал известен как молоток Бабинского, хотя он был скорее популяризатором, чем изобретателем (D. Lanska, 1999). Этот молоток позже был модифицирован **Abraham Rabiner (1896-1986)** и **R.J. Schwartzman**. В 1879 г. Бабинский описал один из самых значимых феноменов - ахиллов рефлекс, в 1910 г. - «лучевой обратный симптом», получаемый при ударе молотком по лучевому краю кисти (вызвать его рукой невозможно!). Ж. Бабинский описал почти два десятка неврологических синдромов и симптомов. Развитием молотка Бабинского стала модель, известная сейчас как «Queen Sguare Hammer». В 1858 г. врач Северного госпиталя в Лондоне Г. Вернон **(Henry Vernon)** предложил простую модель перкуссионного молотка. Она отличалась от уже известных моделей Винтриха и др., которые по форме напоминали традиционный плотницко-слесарный инструмент. Молоток Вернона состоял из восьмидюймовой рукоятки из слоновой кости и металлической круглой головки весом около 28 грамм с каучуковым кольцом по окружности. Рукоятка могла гнуться, и удар определялся ее «отдачей» после сгибания. В 1925 году, как гласит легенда, некая мисс Винтл, главная медсестра отделения физиотерапии и радиологии Лондонского неврологического госпиталя (неврологии и нейрохирургии), расположенного как раз на Королевской площади, изобрела подобие молотка Вернона. Ее модель состояла из медного кольца, на которое был надет резиновый... пессарий (маточное кольцо)! Это «колесо» увенчивало гибкую бамбуковую рукоятку восьми дюймов длиной и четвертью дюйма в диаметре. Диаметр «колеса» был полтора дюйма. Противоположный конец рукоятки был заострен, для получения брюшных рефлексов, рефлекса Бабинского, дермографизма и т.д. В результате получился до-


Молоток Тромнера


Молоток Бабинского





Молоток Вернона

статочно тяжелый, эластичный и полностью безболезненный молоток (D. Lanska, 1989). Повторилась история со стетоскопом Лаэннека – каждый хотел внести свое в известный инструмент! Позже эта модель стала выпускаться фабричным способом, и сейчас очень популярна. Правда, вместо бамбука используется медицинский пластик. Появление удобных инструментов вместе с развитием теории рефлексов вызвало настоящий бум описания их новых патологических разновидностей. «Пружиннный молоток» для вызывания рефлексов изобрел видный российский психоневролог, **В.М. Бехтерев (1857-1927)**. Он же описал в 1889-1915 гг. почти три десятка патологических рефлексов. В этот же период с помощью неврологического молотка были описаны симптомы Г.И. Россолимо, M. Oppenheim, М.Н. Жуковского и А.А. Корнилова, симптомы орального автоматизма и т.д. (Г.П. Губа, 1983). Не отказывались неврологи и от «классической» перкуссии: в 1899 г. в парижской «Госпитальной газете» выдающийся французский невролог и психиатр **Ж. Жиль де ла Туретт (Georges Albert Edouard Brutus Gilles de la Tourette, 1857-1904)** и нейрохирург **А. Шипо (Antoine-Maxime-Jules-Nicolas Chipault, 1866-1920)** опубликовали статью «Перкуссия черепа», в которой они предлагали посредством перкуссии пальцем или молоточком при закрытом (для уменьшения резонанса) рте больного определять толщину черепной коробки! К этому времени неврологи уже применяли перкуссию черепа для получения «звука треснутого горшка» при водянке мозга, хирурги перкутировали позвонки при выявлении туберкулезного спондилита и т.д. Сбылась мечта П. Пьорри - практически все тело больного стало зоной перкуссии!

Ж. де ла Туретт

Молоток Бабинского в действии

Пальпация для выявления локальных болевых точек стала применяться с 40-х гг. XIX века, когда врач госпиталя Св. Марга-

риты и профессор клиники Pitie - Salpetriere **Л. Валле (Francois Louis Isidore Valleix, 1807-1855)** описал пальпаторные болевые точки при радикулоневритах: нижняя часть ягодичной области на середине между седалищным бугром и большим вертелом — место выхода седалищного нерва из малого таза; ниже - под ягодичными мышцами, в середине бедра; в подколенной ямке, в середине икры; позади наружного мыщелка бедра, позади головки малоберцовой кости; на подошве. Полтора столетия назад вышеуказанный автор считал, что точки эти соответствуют местам выхода на поверхность пораженного нерва из костного канала, мышцы или фасции. Валле занимался детскими болезнями, неврологией и терапией и имел большой госпитальный опыт, который обобщил в трех монография: по детским болезням(1838), терапии (1848) и неврологии - «Traitu des nevralgies» (1841), где и описал указанные точки. Любопытно, что в 1857-1859 гг. в Санкт-Петербурге вышло обширнейшее (в шести частях) «Руководство к терапии» Ф. Валле, объемом в 4231 страницу! В литературе известны «болевые точки Гара» при пояснично-крестцовом радикулите. Любопытно, что их автора представляют то как немецкого врача C. Garre (1898), то как японского H. Hara!

Глава X. И что в итоге?

Хрипы - это всегда астма, но астма - не всегда хрипы.
В.Н. Абросимов

Диагноз центральной крупозной пневмонии практически часто просматривают.
Макс Эрих Рихард Маттес

Тоны человеческого сердца вечны. Они никогда не изменятся.
Уоткинс Проктор Харви

Часто мы слышали и слышим ставшее уже избитым выражение «искусство врачевания». Поскольку в него вкладывается «всегда правильный, но такой разнообразный смысл», то поневоле вспоминаются слова известного писателя, приложимые к нему: *«благодаря тому, что оно столь резиновое, столь замечательно неопределенное, оно повторяется множество раз по самым разнообразным поводам - то в виде спокойной информации, а то и как в виде упрека, осуждения и даже насмешки. Объем этого понятия так велик, что включает в себя все или почти все. Им можно обозначать множество различных и самых сложных явлений...»* (Ю.В. Трифонов, 1976). Но что уж точно от собственно врачевания неотделимо, так это диагностика, обнаружение и дефиниция страдания. На этом поприще физикальные методы, в течение прошедшего после открытия Лаэннека столетия, далеко вперед продвинули диагностику как науку и как искусство. Возьмем лишь две нозологические единицы: пневмонию и митральный стеноз.

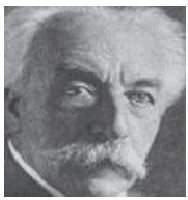
Пневмония, этот, по выражению У. Ослера, «капитан армии смерти», имела прямо мистический характер в глазах врачей, заставляя их с трепетом пальпировать пульс больного во время кризиса, а родственников томиться в ожидании «благодетельного пота» или роковой развязки, и в то же время врачи видели, что *«в большинстве случаев пневмония излечивается при любом способе лечения...даже вопреки всякому лечению»* (А. Штрюмпель, 1898). Р. Лаэннек и К. Рокитанский своими работами частично лишили пневмонию этой мистики, *«до них ее смешивали с плевритом, катарральной пневмонией – все это называлось воспалением легкого»* (С.П. Боткин, 1887), но весь XIX век, да и первую треть прошлого столетия пневмония была в центре внимания крупнейших клиницистов. К концу позапрошлого века врачи уже многое знали о пневмонии. Во-первых, они поняли, что бронхит *«затемняет аускультативные признаки инфильтрации»,* во-вторых, они обнаружили что при пневмонической инфильтрации перкуторный звук становится «пустым» (по Й. Шкоде), голосовое дрожание усиливается, дыхание приобретает *«при-*

дыхающий характер с явно выслушиваемым выдохом, на фоне которого обнаруживаются трескучие крупно и мелкопузырчатые хрипы. На 3-й день от начала лихорадки появляется бронхофония» (T. Jurgensen, 1882), *«...характер бронхиального дыхания имеет как вдох, так и выдох»* (С.П. Боткин, 1887). Клинику крупозной пневмонии С.П. Боткин исчерпывающе описал в шести клинических лекциях, опубликованных в 1887 г. в «Еженедельной клинической газете». Примечательно, что врачи уже тогда поняли, что без кашля можно ничего и не услышать, но *«если заставить больного откашляться, то все признаки инфильтрации будут налицо»*. «Обязательно заставляйте больного кашлять!»,- настаивали опытные клиницисты в конце XIX века. На этом основывалась «аускультация по Шатилову». Не случайно тогда бытовало выражение, что специалиста по болезням легких можно отличить от остальных интернистов по тому, что последние не заставляют больного кашлять, а пульмонолог просит всегда! И наверное, только пульмонолог или фтизитар смог понять, что *«диагноз больного находится в плевательнице»*! М. Винтрих, призывавший «врачей слышать руками», говорил, что усиление голосового дрожания обнаруживается, если бронхи проходимы до инфильтрированного участка.Т. Юргенсен полагал, что голосовое дрожание может быть усилено во всех периодах пневмонии (от гиперемии до серого опеченения). *«Пневмония начинается и заканчивается тимпаническим звуком»*, - пишет он (Т. Юргенсен, 1882).При выраженной инфильтрации (а до появления антибиотиков это вовсе не было редкостью) врачи обнаруживали бедренный звук с тимпаническим оттенком, а в верхних долях легких - звук «треснутого горшка», который давало наличие воздуха в крупных бронхах и «трахеальный тон Вильямса». Любопытно, что «трескучий хрип» Лаэннека (крепитацию) врачи уже тогда не считали эксклюзивной принадлежностью воспалительной гиперемии легкого (как полагал Лаэннек). Ее обнаруживали в начале отека легкого у лихорадящих или долго лежавших на спине больных, но в отличие от пневмонической такая крепитация исчезала после нескольких глубоких вдохов. Крепитация в начале и конце пневмонии всегда была «громкая», но при разрешении всегда громче, чем в начале пневмонии. Врачи слышали ее и две недели спустя после нормализации температуры! При тщательной аускультации крепитация вокруг очага воспаления выслушивалась и при центральной пневмонии, но, как пишет видный клиницист: *«...Лаэннек и тут пересаливает, говоря, что даже малоопытное ухо может обнаружить уплотнение величиной с миндаль»* (Т. Юргенсен, 1881). При поверхностно расположенном инфильтрате дыхание и бронхофония были так сильны, что у выслушивающего врача «трещит в ушах». Выгода опосредованной аускультации здесь бросалась в глаза: *«невоо-*

Т. Юргенсен

руженное ухо не позволяет находить маленькие очаги». Тяжко тогда приходилось врачам: выслушивая плачущего ребенка, они вынуждены были закрывать свободное ухо пальцем! Проведение звука при пневмонии различалось, но иногда приходилось производить плевральную пункцию для уточнения диагноза. При определении голосового дрожания Винтрих рекомендовал прикладывать ладонь не целиком, а ее ребром (или рукоятку перкуссионного молоточка). О. Гризолль предупреждал, что исследовать голосовое дрожание нужно строго на симметричных участках, заставив больного откашляться (если бронхи заполнены мокротой, то звук не проводится и создается иллюзия ослабления дыхания). Е. Зейтц утверждал, что справа и в норме голосовое дрожание сильнее - правый бронх короче и шире, и несмотря на лучшее развитие мускулатуры грудной клетки справа (у правшей), дрожание там все равно более выраженное. У детей рекомендовалась не симметричная перкуссия, а «поясная»- спереди-назад (при перкуссии нужно было обязательно поддерживать голову ребенка). Применялся при пневмонии и циртометр Вуалле (для определения дыхательной экскурсии). Для отметки данных перкуссии применялся «патентованный копировально-чернильный карандаш E. и R. Jacobson. Иногда врачи выслушивали при пневмонии пуэрильное, иногда ослабленное, но всегда отчетливое дыхание. *«Кто хорошо слышит и достаточно опытен, тот определит место пневмонии в такое время, когда неопытный не обнаружит еще никаих местных изменений»*. Вот вам и отличие аускультации от визуальных методов диагностики: попробуйте заметить *«раз промелькнувшее аускультативное отклонение от нормы»!* А врачи в те времена это умели! Тогда они обратили внимание на то, что первые физические симптомы пневмонии часто появляются в боковых отделах грудной клетки и в подмышечных впадинах или в верхних отделах нижних легочных долей, а при верхушечной локализации - сзади в области верхушек и в подключичных ямках. При поражении средней доли изменения обнаруживались справа и спереди между IV и VI ребрами. Совсем не случайно советовал наш замечательный клиницист: *«У каждого больного с лихорадкой неясной природы ...тщательно ежедневно или два раза в день исследовать легкие, особенно в глубине подмышечной впадины, у нижнего угла лопатки, под и над ключицей и под правым соском»* (Е.М. Тареев, 1951).При этом врачи конца позапрошлого столетия прекрасно понимали, что *«притупление не может сказать, что здесь - уплотнение или ателектаз»*. Сравните с определением современного клинициста: *«Выявленная при аускультации легких крепитация, отражающая вовлечение альвеол, при типичной внебольничной пневмонии, как*

правило, сменяется звонкими мелкопузырчатыми хрипами, свидетельствующими о появлении инфильтратов вокруг мелких бронхов, и в последующем возвращается на стадии разрешения легочного инфильтрата» (Н.А. Мухин, 2006). И что добавилось к тому, что слышали Лаэннек или Т. Юргенсен? Но главный, не потерявший актуальности вывод: *«Физический диагноз острой, не слишком обширной катаральной пневмонии принадлежит наитруднейшим задачам в этой области»* (T. Jurgensen, 1882). И современным участковым терапевтам и педиатрам порой бывает нелегко принять решение о диагнозе, особенно в тех случаях, о которых писал видный клиницист в конце XIX века: «*Маленькие инфильтраты, а также инфильтраты с центральной локализацией иногда совсем не могут быть определены перкуссией»* (А. Штрюмпель, 1898). А теперь размышления клиницистов спустя семь десятилетий, в эпоху «развитой рентгенологии»: *«Большие затруднения при распознавании крупозной пневмонии возникают в случаях, когда пневмонический очаг располагается в глубине доли легкого, и поэтому между уплотненным участком и грудной стенкой находится неизмененная, содержащая воздух, легочная ткань. Такую пневмонию центрально расположенного сегмента не всегда удается выявить с помощью физикальных методов исследования. В определенной степени правильной постановке диагноза могут помочь наличие ржавой мокроты и наблюдение за больным в динамике, ибо через несколько дней, когда пневмонический очаг, распространяясь, подходит ближе к грудной стенке, могут появиться как бронхиальное дыхание, так и притупление перкуторного тона и крепитирующие хрипы. При этом следует помнить, что при центральной пневмонии нижних долей легкого аускультативные явления раньше всего удается обнаружить в области нижнего угла лопатки; при локализации пневмонии в верхней доле - в fossa supraspinata, а при поражении правой средней доли - в правой подмышечной области. Поэтому при подозрении на центральную пневмонию необходимо тщательно выслушивать именно эти места. Необходимо особо подчеркнуть, что для ранней диагностики центральной крупозной пневмонии неоценимую помощь оказывает рентгенологическое исследование...»* (А.Г. Дембо, Р.Д. Дибнер, 1968). Поразительно, сказано как будто не в конце 60-х гг. прошлого века, а в конце девятнадцатого, к рассуждениям М. Винтриха, Т. Юргенсена и А. Штрюмпеля ничего, кроме рентгенограммы, не добавилось, а это значит, что они с моноаурикулярными стетоскопами, плессиметрами и молотками (и врачебной логикой, разумеется) достигли диагностической вершины! Понятно, что им не с чем было сравнивать результаты исследования, а потому многие, казавшиеся им незыблемыми, признаки де-


А. Штрюмпель

вальвировались, но один остался. *«Выслушивание фокуса инспираторной крепитации в большинстве случаев указывает на воспалительную инфильтрацию и уплотнение легочной ткани, тогда как такие симптомы, как укорочение перкуторного звука, участки бронхиального дыхания, усиление бронхофонии или голосового дрожания, выслушивание шепотной речи через грудную клетку, эгофония встречаются не более чем у 30% пациентов с данной патологией»* (А.И. Синопальников, Р.С. Козлов, 2007). Вот она, лаэннековская крепитация! Потому и говорит специалист по лучевой диагностике: *«Разве изобретение стетоскопа уменьшило роль врачебного мышления, разве оно не сделало это мышление более конкретным и обоснованным?»* (Л.С. Розенштраух, 1987). А «мистический» характер пневмонии, несмотря на самую совершенную диагностику и мощные антибиотики, не исчез. *«Пневмония относится к заболеваниям с непредсказуемым ближайшим прогнозом...»*, - пишет современный терапевт (Г.В. Трубников, 2001).

XIX век «подарил» диагностике митрального стеноза не только «кошачье мурлыканье» Корвизара, в этом столетии была дана исчерпывающая характеристика всех диагностических признаков этого порока. Примечательно, что раньше всего заинтересовали врачей не шумы, а другие признаки: цианоз, сердечный «горб», видимые проявления сердечной недостаточности. Уже потом, зацепившись за конец «диагностической нити», врачи стали распутывать настоящий клубок, каким была крайне запутанная аускультативная картина порока.

Наиболее частой формой шума при этом пороке клиницисты считали короткий диастолический шум, слышимый на верхушке в конце диастолы и непосредственно примыкающий к первому тону: «ффта-таффта-та». Иногда шум занимает всю диастолу, но усиливается перед систолой: «рррфтата-рррфтата». *«Это напоминает катящийся шум кегельного шара, заканчивающийся ударом его в кегли»* (А.И. Игнатовский, 1923). Когда развивается паралич, трепетание или мерцание предсердий, этот шум - самый характерный признак митрального стеноза исчезает. Вообще история описания митрального стеноза весьма интересна и поучительна. Хотя этот порок встречался (данные конца XIX века) в «чистом» виде всего в 8% случаев (стеноз и недостаточность в 14 5%, недостаточность митрального клапана в 29%), его диагностика стала истинным мерилом диагностического мастерства клинициста, а главное – его способностью адекватно проводить аускультацию сердца! Ранние работы по изучению патологии митрального стеноза принадлежали **Д. Мейо (John Mayow, 1640-1679)**, **Р. Вьессену (Raymond de Viessens, 1641-1715)** и **Д.Б. Морганьи (Giovanni Battista Morgagni, 1682-1771).** Симптомы митрального стеноза описал Ж.Корвизар в 1806 г., а в 1809 г.

«лектор анатомии и хирургии» из Глазго **А. Бёрнс (Allan Burns, 1781-1813)** в известной работе «Observations on some of the most frequent and important diseases of the heart» описал один из трех случаев митрального стеноза, который был подтвержден при аутопсии. Бёрнс говорил о том, что при пальпации предсердечной области он ощущал дрожание и резкий *«шипящий шум, напоминающий венозную аневризму»* (A. Burns, 1964). На Корвизара он не ссылается (из-за войны с Наполеоном книга Корвизара в Англию еще не попала!). Известную путаницу в изучение клиники митрального стеноза вызывало мнение Лаэннека о происхождении тонов сердца при сокращении предсердий и желудочков. Работы (1829) **J.W. Turner (1790-1836)** и уже упоминаемые нами исследования Д. Хоупа и Ч. Вильямса внесли ясность, но первым, кто связал пресистолический шум с митральным стенозом, был старший современник Лаэннека **R.J. Bertin (1767-1827),** который слышал его у трех из шести описанных больных с подтвержденным на секции диагнозом (H. Rolleston, 1940). В 1832 г. подобный шум и изменение II тона при митральном стенозе описал Д. Хоуп. Шум получил название «раннего диастолического шума Хоупа - «Hope mur-mur». Вероятно, именно его описал снова позднее Г.Стилл. Однако в 1840 г. Ч. Вильямс заявил, что этот шум встречается редко и он слышал его всего один или два раза! А. Фовель **(Sulpice Antoine Fauvel, 1813-1884),** выдающийся французский клиницист, шеф клиники Hotel-Dieu, вице-президент Академии медицины, лейб-медик Наполеона III, в 1843 году описал пять случаев митрального стеноза, три из которых были подтверждены при аутопсии. Во всех случаях Фовель слышал пресистолический шум (S. Fauvel, 1843). Примечательно, что он сослался на О. Жандрена. Выдающийся французский клиницист и патолог **О. Жандрен (Augustin-Nicolas Gendrin, 1796-1890)** в 1843 году разделил сердечный цикл на систолу, перисистолу, пресистолу, диастолу, перидиастолу и предиастолу. О. Жандрен показал, что пресистолический шум мог вызываться затруднением тока крови из предсердия в желудочек, вызванным стенозом митрального клапана. Он утверждал, что этот шум, как и «предиастолический», систолический и «перисистолический», носит непрерывный характер. О. Жандрен описал расщепление второго тона как признак митрального стеноза (A. Gendrin, 1841), он же предложил термин «относительная недостаточность клапана».В 1853 году шеф клиники госпиталя Hotel-Dieu И. Жерар

А. Фовель

О. Жандрен

(Victor-Hippolyte Herard, 1819-1913) ассоциировал митральный стеноз с систолическим, пресистолическим и диастолическим шумом. В 1862 г. **П. Дюрозье (Paul Louis Durozier, 1826-1897)** не без ехидства говорил, что о пресистолическом шуме все говорят, но никто не понимает, что это! П. Дюрозье был учеником А. Вельпо и Ж. Буйо, под влиянием которого увлекся кардиологией. Он работал в клинике Шарите, доктором медицины стал в 1853 г. Талантливый клиницист, член академии медицины и Института Франции, обладатель трех престижных премий за работы по кардиологии, кавалер ордена Почетного Легиона. Умер от пневмонии в 1897 году. П. Дюрозье в 1861 году описал классическую триаду («триада Дюрозье») при митральном стенозе: усиленный (хлопающий) I тон, тон открытия митрального клапана и диастолический шум (http://symphomed.superforum.fr/t106-un-signe-ou-une-maladie-et-un-savant). Шум описывал немецкий врач **K.F. Cannstatt (1807-1850),** а **Т. Аддисон**, напротив, утверждал, что он не способен отличить недостаточность митрального клапана от стеноза. Любопытно, что пионер аускультации в Англии У. Стокс не приветствовал разделение шумов по фазам сердечного цикла, утверждая, что это ставит обучаемых студентов в совершенный тупик! Недооценку английскими врачами пресистолического шума отметил в 1871 г. выдающийся, рано умерший от аневризмы аорты врач и патолог **Charles Hilton Fagg (1838-1883).** Действительно, даже самые выдающиеся из них (П. Лейтам и др.) описывали его как просто диастолический, другие, например, **Herbert Davies (1818-1885),** уверяли, что никогда его не слышали! Уже упомянутый нами **W.H. Walshe** первым в Англии в 1851 году признал пресистолический шум патогномоничным признаком митрального стеноза. Спустя восемь лет О. Флинт подтвердил это, но снова заговорил о его большой редкости как диагностической находки. В 1861 г. профессор из Глазго **У. Гарднер (William Tennant Gardner, 1824-1907)** описал «предсердно-систолический шум». С этого момента началась «новая эра физикальной диагностики». После его работы началось общее признание диагностической значимости шума. В 1869 г. врач госпиталя Чаринг-Кросс, **Х. Салтер (Hyde Salter, 1823-1871)** в клинической лекции заявил, что пресистолический шум из всех

C. Hilton Fagge, M.D., F.R.C.P.
(1838-83)

Ч. Фагг

У. Гарднер

сердечных шумов услышать наиболее легко, но в предыдущие тридцать лет врачи считали его систолическим! Не слышать его стало для врачей непростительной оплошностью. Однако критические высказывания не смолкали, хотя касались они не диагностического значения шума, а его расположения в сердечном цикле. Это дискутировалось в работах **Edward Latham Ormerod (1819-1873), James Rosebrugh Leaming (1820-1892) и Эндрю Беркли (Andrew Whyte Barclay, 1817-1884)** из госпиталя Св. Георгия (Лондон) (A. Barclay, 1872). **У. Дикинсон (William Howship Dickinson, 1832-1913),** более известный работами по нефрологии и описавший наследственный нефрит с глухотой, позднее подробно описанный **А. Олпортом (A.C. Alport, 1880-1950),** говорил «так называемый «пресистолический шум», а **E.M. Brockbank** использовал термин «шум митрального стеноза типа «крещендо» (E. Brockbank, 1897). Основываясь на предложенной им «кардиографии», **Alfred Lewis Galabin (1843-1913)** в 1875 г. заключил, что при митральном стенозе могут быть два достоверно отличающихся шума - «предсердно-систолический» и диастолический. **J.S. Bristowe (1827-1895)** из госпиталя Св. Томаса в 1887 г. описал шумы митрального стеноза: ранний диастолический, сходный с диастолическим шумом аортальной недостаточности (замещающим II тон), выслушиваемый слева от грудины, мезодиастолический и пресистолический шумы (J. Bristowe, 1887). Сэр **William Henry Broadbent (1835-1907)** в 1886 году описал три стадии митрального стеноза: а) хорошо компенсированную (с пресистолическим шумом и сохраненным II тоном на верхушке); б) напряженно-компенсированную (с отсутствием II тона на верхушке), коротким и громким I тоном, который может быть принят за второй, и пресистолическим шумом; в) декомпенсации, когда пресистолический шум исчезает (слабость предсердия, его фибрилляция) (W. Broadbent, 1886). С.П. Боткин указывал на значение пресистолического шума в диагностике митрального стеноза и на возможное наличие при нем постсистолического шума (С.П. Боткин, 1912), однако мысль о том, что *«современная кардиология обязана С.П. Боткину классическим описанием митрального стеноза...»* (И.В. Самородская, 2006), явное преувеличение, хотя и сказано это из самых добрых побуждений. В 1862 г. О. Флинт, как мы уже говорили, описал пресистолический шум, имеющий другую природу – недостаточность аортального клапана. Любопытно, что шаровидный тромб в ушке левого предсердия при митральном стенозе был обнаружен в 1814 г. врачом из Эдинбурга У. Вудом. Это же описали А. Бёрнс в 1809 г. и Р. Адамс в 1827 г. Инфаркт легкого, описанный в 1819 г. Лаэннеком, свя-

Ч. Бродбент

зал с наличием митрального стеноза врач лондонского госпиталя Св. Георгия **Д. Уилсон (J.A. Wilson, 1795-1882)** в 1830 г., сообщив о трех случаях. В 1832 г. это подтвердили Д. Хоуп и сэр **Т. Уотсон (sir Thomas Watson, 1792-1882)**. Да, да, тот самый, кто игнорировал стетоскоп! В 1838 г. **Т. Уилкинсон (Thomas Wilkinson, 1809-1847),** смотритель музея и прозектор лондонского госпиталя Guy сообщил о трех случаях сдавления левого бронха увеличенным при митральном стенозе левым предсердием. **Н. Фридрейх** первым смог диагностировать прижатие левого бронха расширенным левым предсердием при митральном стенозе при жизни больного! **Й. Шкода** первым указал на акцент II тона на легочной артерии при гипертрофии правого желудочка. О сдавлении левого возвратного нерва, сопровождающимся кашлем и афонией при митральном стенозе впервые сообщил в 1897 г. видный немецкий клиницист **Н. Ортнер (Norbert Ortner von Rodenstatt, 1865-1935)** . И, наконец, следует упомянуть еще один признак митрального стеноза, описанный российскими клиницистами и известный как симптом **Попова-Савельева.** Он заключается в ослаблении пульсовой волны на левой лучевой артерии, особенно в положении лежа на левом боку, из-за давления увеличенного левого предсердия и легочной артерии на левую подключичную артерию. Любопытно, что как основа симптома указывается сдавление левой подключичной вены (?!) (В.Н. Губин, 2003; В.И. Бородулин, А.В. Тополянский, 2009).

Лев Васильевич Попов (1845-1906) - патолог и терапевт, профессор военно-медицинской академии. Сын священника, учился в Новочеркасском духовном училище, Воронежской духовной семинарии, затем в Медико-хирургической академии. Окончил академию со званием лекаря в 1868 г., в 1872 г. посетил Берлин, где работал у Р. Вирхова и Л. Траубе, в Париже у Ж. Шарко и Страсбурге у И. Гоппе-Зейлера и Ф. Реклингаузена. По возвращении в Санкт-Петербург в качестве доцента стал читать лекции в клинике С.П. Боткина (кафедра общей патологии и диагностики). Как врач лейб-гвардии Гренадерского полка, Л.В. Попов участвовал в русско-турецкой войне 1877-78 гг., в 1881 г. был назначен ординарным профессором кафедры госпитальной терапевтической клиники Варшавского университета. В 1890 г. занял кафедру академической терапевтической клиники в Военно-медицинской академии, оставшуюся

Л.В. Попов

вакантной после кончины С.П. Боткина. Почетный лейб-медик и лейб-медик семьи Николая II, Л.В. Попов был автором интересных клинических лекций, из которых было издано два выпуска: 1: «Недостаточность полулунных клапанов аорты. Болезнь Базедова. Приступы грудной жабы» (1895), и 2: «Вступительная лекция. Введение в курс клиники внутренних болезней. Относительная недостаточность трехстворчатой заслонки. О различном пульсе в лучевых артериях (pulsus differens), как симптоме сужения левого венозного устья. Гипертрофический цирроз печени с хронической желтухой. Псевдолейкемия» (1896).

Он так описывал pulsus differens: *«Эту разницу приходилось наблюдать особенно при высоких степенях расстройства сердечной деятельности - при очень увеличенном левом предсердии, когда нижняя граница сердечной тупости доходит до второго ребра...При стенозе левого устья мы имеем растяжение и увеличение левого предсердия. Это увеличение идет, главным образом, вверх, кзади и кнаружи, т.е. в том направлении, где находится часть дуги аорты, загибающаяся кзади и вниз, с выходящими из нее левой сонной и подключичной артериями, из которых последняя в особенности выходит из той части дуги аорты, которая будет*

Н.А. Савельев(крайний в правом углу)

отвечать главным образом наружным частям левого предсердия, т.е его ушка в данном случае сильно увеличенному» (Л.В. Попов, 1896). Он подметил, что чаще подобное наблюдается у больных в возрасте 30-40 лет. Затем сердце опускается, и анатомические соотношения меняются.

Николай Александрович Савельев (1860-?) медицинское образование получил на медицинском факультете Московского университета. В 1892 г. назначен сверхштатным клиническим ординатором при Варшавском университете, и в том же году отправился за границу для усовершенствования. В 1894 г. избран Московским университетом приват-доцентом кафедры внутренних болезней, а с 1898 г. был профессором кафедры специальной патологии и клиники Юрьевского университета и директором университетской поликлиники. В 1904 г. стал ординарным профессором. Автор более тридцати научных работ, Н.А. Савельев подвердил описанный Поповым симптом, заполняя сердце и крупные сосуды затвердевающей массой. Видный российский клиницист М.Г. Курлов писал: *«...стеноз левого венозного отверстия может дать при выслушивании лишь один хлопающий ромберговский тон. С этим надо быть знакомым потому, что исчезновение пресистолического шума является одним из признаков ослабления сердечной деятельности»* (М.Г. Курлов, 1927). Поразительно, как детально клиницисты XIX века описали клинику одного из самых тяжелых, пожалуй, пороков сердца! Откройте любое современное руководство по кардиологии и обязательно увидите такое описание клиники митрального стеноза! Однако и в конце «золотого века» аускультации врачи не были избавлены от неожиданных сюрпризов. В 1925 году лондонский хирург **Г. Суттар (Sir Henry Sessions Souttar, 1875 – 1964)** оперирует 25-летнюю больную с очевидным митральным стенозом. Он вводит палец через отверстие в ушке левого предсердия между предварительно наложенными швами, надеясь расширить митральное кольцо. Но дойдя до клапана, Суттар обнаружил не стеноз, а недостаточность митрального клапана! Больная легко перенесла операцию, но хирурги стали саркастично называть операцию Суттара «пальцевой диагностикой митральной недостаточности» (M. Campball, 1965, С.П. Глянцев, 2006). Операции при клапанных пороках возобновились лишь в 1948 году. Но *«каждый кардиохирург может привести примеры случаев, когда вместо ожидаемого стеноза обнаруживалась недостаточность»* (Н.М. Амосов, Я.А. Бендет, 1990). И все же упомянутые выше клиницисты в XIX веке, используя перкуссию и стетоскоп, смогли исчерпывающе описать и турбулентный ток крови из левого предсердия в левый желудочек во время диастолы,

Г. Суттар

и эксцентрическую гипертрофию левого предсердия и правого желудочка. Они слышали и осязали ту регургитацию, которую лишь спустя 150 лет ЭХО-графия научилась «видеть»!

Часть III
«ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В РОССИИ»

До 2-й половины нынешнего столетия русская медицина была лишь отражением европейской науки. Направления и системы, сменявшие друг друга в европейской медицине, поочередно находили себе более или менее верных выразителей и среди немногочисленной кучки ученых-врачей.

А.М. Левин, 1895

Обзор развития у нас перкуссии и аускультации в течение первых сорока лет со дня выхода трактата Лаэннека показывает, что в этой области наша медицина была подражательной, почти не внесла новых идей или усовершенствований, к тому же заметно отставала от движения науки на Западе.

Г.А. Колосов, 1929

...известно, что трактат Лаэннека «Об основах аускультации», появившийся в 1815 г. (и переизданный в 1825 г., долго не пользовался общим признанием в России, а перкуссия и аускультация применялись далеко не во всех клиниках даже передовых медицинских вузов.

Н.С. Молчанов, 1970

...Россия в XIX в. оказалась в числе нескольких стран, где разработка методов непосредственного обследования больного проходила наиболее успешно.

В.И. Бородулин, 1988

... важным открытием были предложенные французом Рене Лаэннеком аускультация и стетоскоп. В России они сразу же получили широкое распространение.

М.Б. Мирский, 2005

Мы не повторялки! Не нужно Боткину быть вторым Лайнеком, не нужно Остроумову и Образцову быть кем-то вторым.

А.И. Воробьев, 2008

Глава I. «Русские, путешествуя за границу, осваивают достижения и методику».

Очевидно, что историки медицины в разные годы по-разному подходили к оценке истории развития физикальной диагностики в нашей стране. Какой же подход является более объективным? Полвека назад историк медицины утверждал, что во всех странах Европы, кроме Англии перкуссия и аускультация *«проникали во врачебную практику с большим трудом»*, однако, *«Россия в этом отношении была в числе передовых стран и следовала за Францией»*. Более того, указывалось на то, что у Лаэннека в России были предшественники! (А.Г. Лушников,1959). Складывается впечатление, что в те времена, из идеологических соображений стирались *«различия в подходах историков, обязанностью которых являются доказательства, и литераторов, возмещающих отсутствие таких доказательств красотами стиля и догадками»* (В.Н. Козляков, 2009), или еще жестче: *«...шла игра не в переиначивание терминов на русский язык, а беззастенчивое ограбление интернациональной науки и воровское приписывание ее открытий отечественным ученым (конечно, без их согласия), своего рода шантаж под видом патриотизма»* (А.Л. Мясников, 2011). Однако и современные авторы утверждают, что *«наличие тесных культурных связей между Францией и Россией способствовало быстрому распространению аускультации в России»* (В.А .Алмазов и соавт., 1996). Но из предыдущей части видно, что число учеников Лаэннека из европейских стран и россиян различается в разы! Картину дополняют слова Н.И.-Пирогова, относящиеся к первой трети XIX века. Описывая историю студента, получившего ранение грудной клетки на дуэли (в Дерпте), он говорит: *«...когда образовался плеврит...с выпотом ...то трое профессоров погрязли в предположениях, что тут ранено легкое, другой - что ранена легочная вена, но ни один не узнал плевритического выпота в несколько фунтов весом. В таком-то жалком положении в то время находилось исследование грудных органов в наших университетах»* (Н.И. Пирогов, 1962). А между тем, Дерптский университет считался почти европейским и передовым! Как быть с тем фактом, что работа Л. Ауэнбруггера была переведена на русский язык только в 1961 году, когда она представляла лишь исторический интерес? На французский язык его труд был переведен в 1770 и 1808 годах, на английский - в 1824 г., на немецкий - в 1843 г. Не был у нас переведен и труд Корвизара. Английский перевод книги Лаэннека, сделанный Д. Форбсом, с 1821 по 1824 г. вышел в Англии четырежды, в Италии книга Лаэннека (включая перевод Д. Форбса) была издана в 1830 и 1833-36 гг. Перевод Д. Форбса стал известен в Соединенных Штатах в 1823 г. В России же трактат Лаэнне-

ка не переводился никогда, да и сейчас он размещен не в Рунете, а на сайте Стэнфордского университета. Знакомство с великим трудом Лаэннека было частным делом Г.И. Сокольского и других передовых врачей того времени (очень немногих!). Как тут не вспомнить слова выдающегося клинициста: *«Русский, желая ознакомиться с литературой какого-нибудь вопроса, мог это сделать по отношению к работам на любом языке, кроме русского»* (Д.Д. Плетнев, 1934). Нечего удивляться тому, что до конца XIX века все, сколько-нибудь значимые, физикальные феномены были описаны не российскими, а европейскими клиницистами и лишь задним числом, в недоброй памяти период « борьбы с космополитизмом», мы вдруг «переоткрывали» давно открытое! Непонятно, чем можно объяснить наивное суждение М.Я. Мудрова о том, что лишь «счастливая случайность» привела Лаэннека к изобретению стетоскопа. Напротив, Лаэннек, как и Ауэнбруггер, Штолль и Корвизар имел классическое образование, владел древними языками, читал труды Гиппократа в подлиннике и, естественно, из первых рук узнал о непосредственной аускультации, сукуссии и перкуссии. Он в истинном смысле «стоял на плечах гигантов», что обеспечивало преемственность (мы уже говорили об этом, касаясь открытия Ауэнбруггера), поэтому появление физикальных методов– закономерный этап всего предшествующего развития диагностики (в Европе, разумеется)! Было несколько веских причин отставания России в области медицины и медицинского образования: крайняя малочисленность университетов в огромной стране (в Германии в середине XIX века было 26 университетов, имевших медицинские факультеты, в России – 8, при населении почти 100 млн. человек). Дефицит преподавательских кадров был вполне очевиден: *«Пришлось за неимением блестящих знаменитостей обратиться к скромным полезностям или полезным посредственностям... Медицинский факультет, по описанию Пирогова, представлял собою смесь, за небольшим исключением, научной наивности, обскурантизма и какой-то пародии на высшую школу»* (Н.Н. Бурденко, 1941). Речь идет о хирургах, но и у других было не лучше. Унизительная бедность и примитивность оборудования, отсутствие нормальных клиник даже в старой и новой столицах бросалось в глаза. В конце XIX века, например, физиологическая лаборатория Московского университета тщетно испрашивала для приобретения оборудования 3000 рублей, а за сорок лет до этого на открытие физиологического института К. Людвига в Берлине было выделено 20000 талеров, на химическую лабораторию Московского университета отпускалось 750 рублей в год против 50000 марок в Берлинском университете и т.д. Занявший в начале XIX века кафедру патологии, терапии и клиники в Казанском университете Ф.Х. Эрдман (первым внедривший перкуссию в

Казани) в 1811 г. представил подробный план устройства клиник из трех отделений (терапевтического, хирургического и повивального), *«...за который автор его удостоился благодарности от попечителя учебного округа; однако когда дело дошло до материальной стороны (нужно было 60 тыс. рублей единовременно и 5 тыс. ежегодно), осуществление проекта было отложено на неопределенное время. Целых семь лет хлопотал и ходатайствовал Эрдман об ассигновании необходимых средств, но не имел никакого успеха. Пришлось ему ограничиться тем клиническим материалом, который могли дать гимназическая и университетская больницы, поступившие в заведование Эрдмана»*. Известный харьковский клиницист, профессор В.Г. Лашкевич на свою клинику получал 300 рублей в год, когда только на обслуживание термометров требовалось 50 рублей (И.Д. Страшун, 1936). Или взять состояние клиники Томского университета в начале XX века, о котором подробнее мы скажем дальше.

При знакомстве с историей медицины в России обращает на себя внимание, что абсолютное большинство врачей того времени рекрутировалось из среды поповичей. Эта традиция началась еще со времен Ломоносова, который в 1748 г. выступил инициатором набора сначала в академическую гимназию, затем в Московский университет учащихся духовных семинарий.

Это и понятно, при тотально безграмотном населении поповичи обладали хоть какими-то знаниями. Одного из таких персонажей описывает в «Былом и думах» А.И. Герцен. Это был его учитель, преподаватель русской словесности, студент медицины. Герцен не без яда пишет: *«Волосы он носил ужасно длинные и, вероятно, никогда не чесал их по выходе из рязанской епархиальной семинарии; на иностранных словах ставил дикие, совершенно произвольные ударения, а французские щедро снабжал русским Ъ в конце»*. Герцен иронично называет его преподавание «отрицательным». Московская Медико-хирургическая Академия пополнялась по рекрутским наборам выпускниками Ярославской, Калужской, Рязанской, Владимирской, Костромской и Тульской духовных семинарий, причем далеко не лучшими, кото-

П. Федотов «Это все холера виновата!»

рые еще и медицине учиться не хотели! Они, конечно, ни латыни, ни каких-либо других языков не знали и просто не понимали, что говорят профессора во время первого года обучения! Хотя, как уверяет историк, в семинариях*: «За первые четыре года обучения учащиеся проходили гимназический курс (с добавлением некоторых богословских предметов), а два последних года исключительно посвящались богословским наукам. В основу общего образования было положено изучение классических языков и математики»* (А.В. Сушко, 1996). Выпускник Ярославской духовной семинарии, будущий профессор физиологии Московского университета **Алексей Матвеевич Филомафитский (1807-1849)** по окончании медицинского факультета Харьковского университета в 1828 году был направлен для подготовки к профессорскому званию в Дерптский профессорский институт, а перед этим сдавал экзамены в Академии наук. Его оценки: *«...Физиология - хорошо; анатомия-хорошо; латинский язык-посредственно; немецкий и французский язык – не знающ»*. Не лучше дело обстояло и у других. Целый семестр они учили немецкий язык и «сделали в нем некоторые успехи» (В.А. Макаров, 1986). Но позвольте, а как же учились будущие российские светила, если в Дерпте преподавали на немецком и латинском языках, а ведь потом они поехали в Германию! Загадка. Мудрено ли, что у Филомафитского не отмечалось «особой склонности» к предмету, который он должен был преподавать по возвращении. Неудивительно, что принимавший экзамены в Московской медико-хирургической академии А.И. Овер был обескуражен совершенным невежеством выпускников! О какой перкуссии и аускультации речь могла идти! Вот такая грамотная публика, спешно превратившаяся из «Савлов в Павлов», «переседлавшаяся» из «идеализма» в «материализм», сменявшая гомилетику на вивисекцию принуждалась изучать медицину!

«Писарев, Чернышевский и Добролюбов, как мы помним, были поповские дети. До 16 лет они твердо и яростно верили, а после 16 не верили ни во что – ни в общепризнанных богов, ни в личного Бога, ни в старцев с бородами», - говорит современный публицист (Л.А. Анненский, 2004). Те из семинаристов, кто шел в медицину не из-под палки, тоже были неверовавшими или изуверившимися? И во что они верили? Конечно, среди них были блестящие таланты: М.Я. Мудров, Г.И. Сокольский, Н.А. Скандовский, Н.А. Виноградов и др. Но это было образованное меньшинство, а большинство, массу врачей-«семинаристов» катехизисное, догматическое образование заставляло цепляться за старые «системы» и создавать «носографии». Одного из профессоров-семинаристов, правда юриста, а не врача, выразительно описывает в своих воспоминаниях выдающийся российский историк Б.Н. Чичерин. Речь идет о профессо-

Император Николай I своим присутствием усмиряет холерный бунт в Санкт-Петербурге в 1831 году

ре государственного права Московского университета Сергее Николаевиче Орнатском (1806-1884). *«Я много слыхал про его странность и дикость,*-пишет Чичерин,-*для студентов он был посмешищем, но то, что я увидел и услышал, превзошло мои ожидания. Это был какой-то дикий зверь, плешивый, с выпученными глазами, с глупым выражением лица, со странным произношением. Семинарист по воспитанию, грубый и неотесанный, он был к тому же полнейший невежда и отличался только неистовой ненавистью ко всему либеральному, за что и был призван в Москву для искоренения зловредных семян...»* (Б.Н.Чичерин, 2001). Любопытно посмотреть на творчество «врачей-писателей» (Л.Ф. Змеев, 1886) того времени. Это либо казуистика, либо доморощенные переводы, либо критика чужих, «иноземных» книг! Сплошное колебание между «ненаучной эмпирией» и «метафизическими спекуляциями»! Оригинальные работы начисто отсуствуют! Не потому ли так мало прорывов, так мало свежих идей в российской тогдашней медицине, ее абсолютная вторичность по сравнению с западной, склонность носиться с авторитетами, часто мнимыми, и столь очевидный уклон в доктринерство? Да еще масла в огонь подливали такие «теоретики», как **Даниил Михайлович Велланский (Кавунник) (1774-1847)**. Посланный за границу и там потерявший голову от «шеллинговой системы», он изрекал мудрости вроде такой: *«Наука не в сборнике из сведений, наблюдений, опытов, а в выводе из тех или других общих законов»*! И это говорит профессор патологии и физиологии Петербургской медико-хирургической академии! (Л.Я. Скороходов, 2010). Конечно, Биша, Бейль и Лаэннек в этом случае умолкают! Но ведь такие люди определяли уровень российской науки того

времени, да еще порой под панихиду хоронили...анатомические препараты! *«Мы живем в каком-то равнодушии ко всему,*- пишет выдающийся мыслитель,- *в самом тесном горизонте без прошлого и будущего. Если ж иногда и принимаем в нем участие, то не от желания, не с целью достигнуть истинного, существенно нужного и приличного нам блага, а по детскому недомыслию ребенка, который подымается и протягивает руки к погремушке, которую завидит в чужих руках, не понимая ни смысла ее, ни употребления»* (П.Я. Чаадаев,1991). Например, после открытия Киевского университета учебный процесс был в нем весьма затруднен крайне слабой материально-технической базой и недостаточным финансированием, но главное – совершенно беспомощной подготовкой поступавших, в связи с чем *«...пришлось сначала снизить требования к поступавшим, а затем восстановить в числе учебных предметов медицинского факультета иностранные языки и ряд других общеобразвательных наук»* (А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, Л.Е. Горелова, В.Г. Игнатьев, 2002). Любопытно, что прогрессивный принцип: «свободно учить-свободно учиться», который по требованию «министерии» должен быть внедрен, потерпел в новом университете полное фиаско: равномерной нагрузки у профессоров не стало (студенты свободно выбирали клинического преподавателя), а за что тогда жалованье им платить? И проблему решили российским способом: отправили десяток-другой студентов «на губу», дабы они заранее извещали о том, лекции какого профессора они хотят «добровольно» посещать и нагрузка «выровнялась». На том реформа и завершилась! Понятно, что когда производилось тенденциозное сравнение того, как было плохо «при царе» и хорошо при социализме, эти обстоятельства подчеркивались, а теперь считаются «очернением истории»! Однако сегодня известный российский клиницист говорит: *«...врачевание может осуществляться только одухотворенными людьми...»,* с весьма существенной оговоркой *«... ничто так не угнетает дух, как бедность»* (Ю.И. Бузиашвили, 2010). Об особой опасности для общества бедного врача предупреждал когда-то и Б. Шоу! И еще одна, бросающаяся в глаза в России черта: профессора провинциальных университетов и работавшие на периферии врачи (казанский «эпизод» Г.И. Сокольского, «Записки врача» В.В. Вересаева, «Записки юного врача» М.А. Булгакова и т.д. – красноречивое свидетельство) страстно стремились, как чеховские героини: «В Москву, в Москву», поскольку приемлемые условия для преподавания (и для жизни!) были только в «старой» и новой столицах. Феномен «столичной медицины»- характернейший, наряду с другими, признак слаборазвитой страны. Смешно говорить об этом в США, Англии, Франции или Германии. Нищее государство имело средства только для содержания очень ограниченного коли-

чества клиник, да и те (например, Клинический городок на Девичьем Поле) открывались лишь с помощью доброхотов!

Это явление Н.В. Склифосовский называл «болезненным». Он пишет: *«Молодой врач на первых же порах практической своей деятельности, одолеваемый сомнениями, стремится попасть в университетский город...Русский врач, нередко бедняк, ищет по необходимости заработка немедленно по окончании курса. Раз приютившись где-либо, он, по причине разобщенности образовательных наших центров, остается оторванным от круга умственной деятельности. Жажда общения с культурной средой томит его, является внутренняя борьба, под гнетом которй многие, быть может, изнемогают, не добившись своих благородных и чистых стремлений»* (Н.В. Склифосовский, 1890). Едва ли не единственным, относительно благополучным, высшим учебным заведением России была Санкт-Петербургская Медико-хирургическая академия и, прежде всего, потому, что готовила военных врачей, которые еще со времен Петра I были востребованы, ввиду бесконечно ведущихся Россией войн. Но и благополучие столичных медицинских факультетов было весьма относительным. Например, 6 марта 1815 года профессор И.Ф. Буш сетовал на то, что больные в его клинике (Императорская Медико-Хирургическая Академия!) ...замерзают! (В.О. Самойлов, 1997), а спустя почти сто лет С.П.Федоров, став профессором клиники госпитальной хирургии той же академии, снова констатирует удручающую картину (А.Т. Иванова, 1972). А речь идет о главной, по сути, хирургической клинике Российской империи! Да госпитальным врачам и некогда было осваивать премудрости перкуссии и аускультации. В прелюбопытнейшем «Историческом очерке Главного Военно-санитарного Комитета» описаны «злоупотребления и беспорядки» в госпиталях с 1820 по 1853 годы. Чего тут только нет: и сделки смотрителей с подрядчиками, и составление фальшивых отчетов о порциях, и недостаточное отопление палат (температура достигала 5 и даже 4 градусов!), грязное белье, смена соломы в тюфяках раз в год, дутые цены (хотя томографов тогда не было, но закупали что-то другое-традиция!),

В. Васнецов. «С квартиры на квартиру»

списание нового инвентаря под видом старого, выдача квитанций (и списание денег) на непоставленные вещи, изготовление гробов (?!) из негодных материалов (умершие больные выпадали из них, прежде чем их успевали до могилы донести), употребление на саваны рогожи вместо холста, с медицинской стороны: назначение дорогих порций, непомерный расход вина (2 бутылки в день на больного), «дурное приготовление» медикаментов, «умышленное растравление болезней», преждевременная выписка слабых больных, неисключение умерших (на которых продолжали списывать продукты и медикаменты), фальшивые аптечные требования (А.Н. Алелеков, 1907). Если добавить сюда *«неопрятность и дурной воздух в палатах, грязное содержание служителей, нетрезвость чиновников и врачей, ссоры и даже драки их между собой»*, беспорядочное ведение книг учета и историй болезни, то картина вырисовывается впечатляющая! Куда уж там провинциальным университетам! Неплохо финансировался Виленский университет, но просуществовал он (по политическим соображениям) недолго. В Европе клиницисты, имея достаточную финансовую поддержку, хорошие библиотеки, медицинские, доступные врачебной аудитории и авторитетные журналы, успешно работали, совершали открытия (а не героические усилия в борьбе с «недофинансированием»!), издавали великолепные учебники и руководства по физикальным методам диагностики. Кстати говоря, ни одного подобного отечественного руководства в XIX веке не появилось, были только переводные. Работы Г.И. Сокольского, Ф.Ф. Меринга, М.А. Хомякова, Н.И. Котовщикова и П.Д. Енько («О влиянии способа постукивания на перкуторный звук», 1879) и предложенные Ф.Г. Яновским, А. Бендерским и Н.Ф. Филатовым модели стетоскопов были каплей в море. До появления работ В.П. Образцова, Ф.О. Гаусмана и М.Г. Курлова ничего оригинального и сколько-нибудь значительного российскими врачами в этой области создано не было. Выдающиеся врачи за границей создавали научные школы не только в столичных университетах, но и в провинции, хотя понятие «научная провинция» в Европе является весьма относительным, чего о России, к сожалению, сказать нельзя. *«Многие московские врачи XIX и начала XX века создали прекрасные терапевтические, хирургические и психиатрические школы в простых московских больницах (Солдатенковской, Старо-Екатерининской, Ново-Екатерининской, Сокольнической, у Матросской Тишины и пр.),*- пишет выдающийся клиницист (И.А. Кассирский, 1995). Но, заметьте,- все в столице, хоть и старой, а не в Чухломе или Крыжополе, из которых живыми до Москвы добраться шансов у тяжелых больных просто не было! В Германии великолепные клиники существовали уже в XIX веке в трех десятках городов, а отнюдь не только в Берлине! А здесь в двух часах

езды от Москвы – *«мерзость запустения»*. Сама обстановка у нас не предусматривала интенсивного занятия наукой, главная задача медицинских факультетов российских университетов была дидактической, по принципу: «учим тому, что сами умеем и знаем», а не по формуле А. Гумбольдта *«Профессора не для студентов, а те и другие для науки»!* Не случайна мысль, высказанная ведущим российским историком медицины: «*Нет сомнений,...клинико-экспериментальное направление исследований было начертано на знамени отечественной науки – и клиники внутренних болезней, и общей патологии. Другое дело, что под этим знаменем трудились единицы – беспокойные творцы науки, искатели, умеющие глядеть далеко вперед, широко мыслящие естествоиспытатели. Врачебная масса, в том числе и приобщенная к научной работе, и даже профессура в целом занимали позиции, с которых физиологическое направление и клинико-экспериментальный метод не попадали в поле зрения»* (В.И. Бородулин,1988). Как все-таки мы любим прекрасные сказки: *«В последнее десятилетие XIX века отношение Александра III и правительства России начало меняться, и положение научных учреждений стало лучше чем в Англии и Франции»* (Ю.А. Мазинг, Т.В. Андрюшкевич, Ю.П. Голиков, 2002). Видимо, оно стало настолько лучше, что выдающийся ученый, хотя и не врач, вынужден был написать в 1893 году: *«Если бы я мог что-нибудь сделать для науки, то только не в России, и, право, я не знаю иногда, к чему проводить здесь бессмысленную жизнь раба, когда можно, ликвидировав дела, жить свободным человеком на Западе»* (В.И. Вернадский, 1893). Речь идет о рубеже XX века, а что уж говорить о позапрошлом столетии. Грустно, но вырисовываются символические фигуры: подвижник Лаэннек со стетоскопом в руке и Николай Силыч Топоров со своими доходными домами! И этим сказано очень многое! Но может быть, все дело в пресловутой русской ментальности: «Русская наука не призвана подражать западной учености ни в области исследования, ни в области мировосприятия. Она призвана вырабатывать *свое мировосприятие, свое исследовательство*. Всякий настоящий, творческий исследователь вырабатывает *свой, новый* метод... Русский ученый по всему складу своему призван быть не ремесленником и не бухгалтером явления, а *художником* в исследовании; ответственным импровизатором, свободным пионером познания... Его наука должна стать наукой творческого созерцания - не в отмену логики, а в наполнение ее живой предметностью; не в попрание факта и закона, а в *узрение целостного предмета*, скрытого за ними» (И.А. Ильин, 1994). Может потому талантливый ученик С.П. Боткина, русский патолог и директор Института экспериментальной медицины, «*художник* в исследовании» С. М. Лукьянов (1855-1935) стал обер-прокурором Синода! Или дело обстоит еще проще – тради-

ция! Вот мнение нашего современника, вплотную столкнувшегося с проблемой, когда он предложил новый лечебный метод (речь шла об экспертном совете одного из головных институтов по медицинской технике середины прошлого века): *«...легче раскритиковать, чем доброжелательно разобраться и в реализации рассматриваемого предложения. К тому же в случае отказа не надо принимать не воодушевлявшего их решения о финансировании чужих разработок. Недаром наша страна уже много десятилетий отстает в создании важнейших и крайне необходимых медицинских приборов, например таких, как электрокардиограф, или даже современных по техническим показателям* ***стетоскопа*** *и сфигманометра...»* (выделено нами – Н.Л., В.А.) (В.И. Метелица, 2001). Действительно, ни одной нормальной модели стетоскопа за «всю космическую эру» у нас так и не было создано! Автор говорит о страшном бюрократическом аппарате, *«стоящим намертво, чтобы не пустить в жизнь новое, если оно «чужое»*. Крупные клиницисты Франции, Англии, Германии своим авторитетом, безусловно, быстрее способствовали внедрению новаций в диагностике и лечении во врачебную среду. Уже тогда в Европе существовал интенсивный обмен научной информацией, так же как и между европейскими и американскими университетами. В свое время всячески подчеркивалась самобытность российской медицины, какая-то ее особость, которая представлялась достоинством, и говорилось об этом с чувством превосходства над «европами». Вершиной этого была, кажется, мысль, высказанная некогда славянофилами: « *Жизнь всех остальных народов померкнет и превратится в ничто сравнительно с жизнью русского народа...»* (М.И. Жихарев, 1989). Этого не случилось ни тогда, ни позже, а касаясь нашего предмета, приходится признать, что для российской медицины практически вся первая половина XIX века – это «*глухое время отсталости и упадка»* (Г.Г. Скориченко, 1912). Ничего, кроме недоумения не может, в этой связи, вызывать эйфорическое восклицание: *«Первая половина XIX века, названая историками серебряным веком отечественной медицины, славится многими научными достижениями...»* (http://mma.ru/museum?print=1). Какой «серебряный век»? О чем это?

Известно, что около 300 западных врачей путешествовали в Париж, к Лаэннеку, для освоения аускультации. Но как представить себе, что действительный статский советник и «орденов кавалер», М.Я. Мудров, сядет на студенческую скамью клиники Шарите, осваивая стетоскоп? Нет, это решительно невозможно, как говорил литературный герой! А вот руководитель медицинской службы британской армии и лейб-медик королевы Виктории **Д.Мак-Григор (James McGrigor, 1771-1858)** (ровесник М.Я. Мудрова) не только освоил стетоскоп сам, но и писал

Лаэннеку, что английским военным врачам предписано использовать стетоскоп в работе (как и врачам флота)! Отечественными врачами опосредованное выслушивание осваивалось, как и «бруссеизм», «сидя дома». Примечательно, что Д. Форбс, хотя и не был студентом Лаэннека, вел с ним оживленную переписку. Этого, к сожалению, никто из отечественных клиницистов не делал... Наконец, самый простой вопрос, а каким образом российские врачи могли приобретать стетоскопы? Кто-то получал их, будучи студентом, из рук К.К. Зейдлица и Н.А. Скандовского, а остальные? Производили ли их самые известные российские медицинские «фирмы» XIX века: «Е.С. Трындина сыновья» и «Ф. Швабе», или их предпочитали покупать за границей, и были ли они по своим качествам лучшими для того времени, или все определялось ценой? А плессиметры и перкуссионные молотки? Накануне 1917 года медицинские факультеты (10), Военно-медицинская академия и 5 женских медицинских институтов в России выпускали в год около 900 врачей. Вот, приблизительно, потребное врачам количество новых стетоскопов, плюс те, которые уже были у врачей. Инструмент берегли, ведь он мог легко расколоться или потеряться. Сколько могли стоить в XIX веке плессиметр, перкуссионный молоток и стетоскоп? Нам не удалось узнать российские цены, но зато известны американские - в середине позапрошлого века стеклянный плессиметр стоил 50 центов, из твердой кожи- 40, а деревянный - один доллар. Металлический молоток Винтриха для перкуссии продавался за 2,5 доллара, молоток Флинта за 75 центов, стетоскопы шли от 75 центов за «короткий деревянный» до 5 долларов за инструмент Элиотсона (стетоскоп Стокса стоил всего лишь доллар). При этом «двойной стетоскоп Каммана» стоил 4,5 доллара, а более сложный инструмент Скотта-Алисона- 6,5! Соотношение доллара к рублю в те времена было приблизительно 2:1, нетрудно посчитать. Но в России тогда своих инструментов не было, значит, импортные инструменты были дороже, в любом случае, бизнес недоходный. Известно, что в России позже были популярными «вятские стетоскопы из чинара». Древесина чинара легко обрабатывалась на токарных станках, давала гладкую доброкачественную поверхность, неплохо протравливалась красителями, полировалась и склеивалась (правда, непонятно, как южное дерево семейства платановых попало в северную Вятку!). Но вятским умельцам, по крайней мере, не приходилось ломать голову над вопросом: из чего сделать стетоскоп, как Лаэннеку.

Количество клинических преподавателей в России значительно отставало от Европы: в 1885 году на медицинских факультетах было всего 156 профессоров и доцентов (без Медико-хирургической академии), в Германии – 2344 профессора и доцента. В России в течение длительного

Н. Ярошенко «Студент»

времени существовал хронический дефицит врачебных кадров, явно недостаточных для громадной территории и значительного по численности (в сравнении с европейскими странами) населением. Формально, по наличию штатных врачебных должностей военного и гражданского ведомств, все было хорошо (на всю Россию в 1840 году (без армии и флота) имелось около 1100 врачей. Это считалось достаточным. Достаточным для чего? *«До 1864 г. медицинская помощь сельскому населению России практически не оказывалась. Больницы были только в губернских и уездных городах. Уровень медицинской помощи в них был чрезвычайно низким, а смертность весьма высокой»*,- пишет историк медицины (Т.С. Сорокина, 2008). Президент Московской медико-хирургической академии (1839-1842) Александр Андреевич Рихтер писал: *« Кому известно, до какой степени во внутренних губерниях, вне больших городов, простирается недостаток во врачебной помощи, тот, без сомнения, согласится, что Россия далеко не имеет еще числа врачей, соответствующих потребности. Оно недостаточно для подания пособия не только каждому болящему - это при обширности Государства и скудости народонаселения едва ли и возможно, но даже целым малым народам при случающихся в разных сторонах государства повальных болезнях. Болезни эти: оспа, корь, скарлатина, столь гибельны для младенческого и гибельного возраста, повальная горячка, понос и пр.»* А еще были угольное ведомство, горное, государственных имуществ, путей сообщения и т.д. И это при примечательном обстоятельстве: утаивании в отчетах семидесяти пяти процентов умерших вследствие эпидемий, дабы не вызывать негативной реакции столоначальников соответствующих ведомств! А вот ситуация в конце XIX века и не во «внутренних губерниях», а в городах: *«Смертность во многих русских городах очень высока и значительно выше смертности всего населения России. Насколько далеки от идеала наши даже и наиболее благоустроенные города, видно из того, что на 1000 жителей в 1895 г. умирало: в Вене 22,0; Брюсселе - 21,11;Париже - 19,60; Лондоне - 18,50; Берлине - 17,75; Стокгольме - 16,63; Копенгагене - 16,67. В Петербурге в 1888-92 гг. умирало 27,4, а в Москве в 1887-96 гг. смертность составляла 28,0 на 1000 населения. В Астрахани, Саратове, Н-Новгороде, умирает более 40 человек на 1000 жителей»* (Г.В. Хлопин, Ф.Ф. Эрисман, 1898). Накануне Первой Мировой войны *«...в*

России освобождались по причине непригодности 48 процентов призывников, в то время как в Германии – лишь 3 процента, а во Франции – один» (А.И. Уткин, 2001). Современный исследователь восклицает не без пафоса: «*Ни одна страна мира не могла себе позволить обучать такое количество врачей за казенный счет»* (Л.Е. Горелова, 2001). Но, добавим, ни в одной развитой стране не было такой смертности!

Были проблемы и «академические» - в университетах вассальных Польши и Литвы существовал языковой барьер: в Дерпте основным языком был немецкий (кроме латыни), в Варшаве и Вильно – польский. Работы, в том числе и по физикальным методам диагностики, и опыт их преподавания в этих университетах для остальных российских медицинских факультетов оставались недоступными. Бедность не позволяла выбросить «десант» в несколько тысяч врачей для изучения медицинских новаций в Европе, хотя бы в течение сорока лет, как это могли себе позволить американцы. И хотя в позапрошлом веке существовало правило, заложенное еще Петром I, предусматривающее при подготовке к профессорскому званию направлять кандидатов в лучшие европейские клиники, «обучающие» поездки в Европу отдельных профессоров, как показывала жизнь, исправить положение не могли. В 1869 году выдающиеся российские химики Д.И. Менделеев, А.М. Бутлеров и Н.А. Меншуткин отправили в Совет Санкт-Петербургского университета докладную записку, в которой, в частности, говорилось: «*...пока у нас не появится своих научных центров, пока для изучения практики дела у нас будут отпускаться недостаточные средства на лаборатории, пока нам будет нужно ездить для того за границу, до тех пор не только государство не будет гарантировано достаточным числом специалистов, но и не образуется самостоятельных научных школ, не будет и верного, постоянного прогрессивного научного движения»* (М.Д. Беленький, 2010). Самое ценное, что у нас было всегда – научные идеи, так и остававшиеся нереализованными. Но идея это не стетоскоп и не спирометр! Все это отодвигало Россию на периферию научного «мейнстрима», в разряд второстепенных стран. «*До 60-х гг. патология в России, собственно говоря, даже не представляла науки, абстрактные, недоказанные теории и доктрины господствовали в ней безраздельно, к тому же являясь не столько продуктами оригинального творчества, сколько слепым следованием западным образцам. Эта отсталость русской медицинской науки стала особенно заметной с 40-х гг., когда...перестали посылать русских ученых за границу. Отрезанная от всякого общения с западноевропейской наукой, русская медицина влачила жалкое существование до тех пор, пока не возобновилось прерванное общение России с Западом...»* (Л.Я. Скороходов, 2010). «*В итоге*, - пишет историк медицины,- *научная медицинская дея-*

тельность не могла получить широкого развития и за немногими исключениями плелась в хвосте европейской науки, словно давая перепевы и некоторые варианты заданных тем. Появлялись отдельные самостоятельные талантливые работы, но только в области физиологии были сделаны знаменательные открытия и сказаны новые слова в мировой науке (Сеченов и Павлов)» (И.Д. Страшун, 1936). Но деваться было некуда и весь XIX век *«русские, путешествуя за границу, осваивают достижения и методику»* (Н.Н. Бурденко, 1941).

В.Маковский «Ночлежный дом»

Это касалось, конечно, и физикальных методов диагностики. Можно проследить известную преемственность российских клиницистов: Н.Ф. Здекауэра от М. Г. Ромберга и Й. Шкоды, В.К. Экка и И.В. Варвинского от И.Л. Шенлейна, В.В. Бессера от И. Гамерника, С.П. Боткина от Л. Траубе. Любопытно в этой связи, что Ж. Корвизар создал большую клиническую школу, а не менее даровитый Р. Лаэннек нет, равно как гений Н.И. Пирогов школы не имел (если не считать таковой «всю русскую хирургию»), а *«...менее же талантливый Боткин тем не менее умел влиять вокруг, собирая учеников...»* (Л.Я. Скороходов, 2010). Особняком стоит московская школа Г.А. Захарьина, чья «родословная» идет от К.В. Гуфеланда через М.Я. Мудрова и А.И. Овера. Историк медицины пишет: *«Если Боткин, будучи за границей, подпал под исключительное влияние Траубе, то Захарьин испытал на себе почти такое же влияние другого немецкого клинициста, Ф.Т. Фрерихса (1819-1885) »* (Л.Я. Скороходов, 2010). Отсюда его *«утонченное наблюдение, терапевтическая эмпирия, доведенная до высоты искусства, и чисто практическое направление деятельности»*.

Каков же «сухой остаток»? Врачи в конце XIX века: *«...успешно распознавали многие болезни, потому что владели отточенным мастерством непосредственного обследования больного,...имели от природы врачебный дар наблюдения и интуиции и от клинических учителей-воспитанное клиническое мышление. ...они и без ультразвука и фонокардиографии могли поставить диагноз порока сердца, указать его лрокализацию и характер. Их натренированные в перкуссии пальцы точно определяли изменение*

границ сердца, а изощренный слух фиксировал своеобразие его «мелодии»; им не требовалась электрокардиограмма, чтобы распознать острый тромбоз коронарных сосудов, ...а гипертонию они уверенно определяли по характеру пульса...Понятно, что речь идет о профессионалах высокого уровня, гроссмейстерах и мастерах врачебного искусства. Основная масса врачей, не владевших в совершенстве методами непосредственного исследования и навыками клинического мышления и не имевших в своем распоряжении наших средств инструментального исследования больного и алгоритмов инструментальной диагностики, сплошь и рядом оказывались безоружными перед диагностическими трудностями врачебной практики» (В.И. Бородулин, 2011). Сколько таких «гроссмейстеров и мастеров врачебного искусства» было в России тогда? Единицы профессоров на клинических кафедрах! Ведь писал же С.П. Боткин о молодых врачах во время Крыской войны, что больных своих они не знают, бродят как в лесу... Только находясь в состоянии «головокружения от успехов», можно было написать: *«...русская врачебная школа к началу XX столетия создала оригинальный метод обследования больных, включив в него наряду с анамнестическим расспросом и все виды физических, лабораторных и инструментальных способов исследования»* (А.Г. Лушников, 1962). И в чем его оригинальность? Собрать методы, описанные и предложенные другими и применить их у больного! Но справедливости ради заметим, что и в Европе в первой половине XIX дело с физикальными методами обстояло не вполне благополучно. В Париже, по словам Н.И. Пирогова, профессора-агреже частным порядком преподавали аускультацию, но желающих учиться было немного. То же касается берлинского клинициста **И. Филиппа (Prosper Johann Phillip, ?-1869)** автора известной работы «Учебник распознавания и лечения болезней легких и сердца с обращением особого внимания на аускультацию, перкуссию и другие физические методы диагностики» (1836) и истории аускультации (1841), первым предложившего методику перкуссии вер-

Н. Загорский «У земской больницы»

хушек легких и открывшего курсы обучения физическим методам, но с трудом находившего учеников. Н.Ф. Здекауэр пишет о том, что Й. Шкоду, активно пропагандировавшего перкуссию и аускультацию, язвили коллеги-клиницисты. Профессор «теоретической хирургии с офтальмиатрией» Киевского университета Св. Владимира, **Христиан Яковлевич Гюббенет (1822-1873)**, познакомившись в 1853 г. с медициной Италии, писал: *«...я встречал довольно много молодых врачей...которые сами уверяли меня, что они не учились выслушиванию и постукиванию и что в этом обыкновенном...способе распознавания внутренних болезней они самоучки и потому или вовсе не употребляли его, или пользовались им только как дилетанты»* (В.Ю. Альбицкий, 1975). Но как мы показали выше, в целом в Европе физикальные методы диагностики развивались хотя и не быстро, но успешно и продуктивно. А в России?

Глава II. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Первое описание перкуссии в России принадлежит профессору частной патологии Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии, **Фридриху (Федору Карловичу) Удену (Friedrich Uhden, 1754-1823)**. Ф. Уден, выпускник Галльского университета, где он стал доктором медицины в 1776 году, был автором первого сочинения на русском языке по частной патологии и терапии - «Академические чтения о хронических болезнях» (1816-1822 гг.) Именно в этой работе Ф. Уден в 1817 г. писал: *«Подозревая некоторые органические пороки сердца, не должно оставлять без внимания тон, издаваемый при ударении в грудь, и замечать, бывает ли он глухим или звонким. Для испытания сего ударяют сложенными вместе перстами, направляя конечности их к груди; ежели легкие здоровы и хорошо растянуты воздухом, то звук их подобен тому, каковой издает пустая бочка, ежели они полны плотным веществом, то воспоследует совершенно глухой звук»* (Г.А. Колосов, 1929). Примечательно, что Галльский университет был в числе тех немногих европейских университетов, где перкуссия применялась почти с момента ее описания Ауэнбруггером, с работой которого Ф. Уден был, несомненно, знаком. Ф. Уден описал клинику язвенной болезни желудка, в том числе перфорацию язвы, в 1817 году указал на функциональную связь между желудком и сердцем. Ф. Уден говорил о грудной жабе, что она возникает *«посредством сострадания от брюшных внутренностей, болезненно измененных»* (синдром Удена-Ремгельда). Он был основателем первого врачебного журнала в России «Санкт-Петербургские врачебные ведомости» (В.Н. Губин, 2003). Однако журнал, первоначально имевший название «Беседующие врачи, или общеполезная врачебная переписка» не смог выйти в свет потому, что *«...Медицинская коллегия не позволила печатать журнала, ибо по ее рассмотрении было замечено «некоторое в оном отношение до веры и церковных обрядов», а именно в вопросах относительно различных родов пищи (постной и скоромной) в болезнях»* (Л.Я. Скороходов, 2010).

Ф.Уден был не единственным российским «немцем», знавшим перкуссию. В Петербургской Медико-хирургической академии был профессором **Федор Федорович Гейрот (Friedrich August-Wilhelm Heiroth, 1776-1828)**. Родившийся в Кельбре (Анхальт-Саксония), он «учился медицине в германских университетах», стал там доктором медицины и хирургии, в 1801 г. приехал в Россию, был зачислен кандидатом медицины в военно-сухопутный госпиталь, где стажировался шесть месяцев. Стал лекарем, потом адъюнктом кафедры патологии и терапии профессора Ф.Ф. Саблера. Участвовал в ликвидации вспышки сибирской язвы в Выборге в 1804 г. В 1810 г. Гейрот стал членом-корреспондентом Ме-

дико-хирургической академии, а спустя год – доктором медицины и хирургии. В 1812-1814 гг. он был главным врачом госпиталей в Витебске и Вильно, где был избран членом Виленского Медицинского общества. В 1817 году Гейрот был избран профессором терапевтической клиники и оставался им до конца жизни. По отзывам современников, он был *«превосходным клиницистом и глубоко образованным врачом»*. Ф.Ф. Гейрот первым начал требовать от студентов тщательного ведения историй болезни, в 1822-1823 г. проводил еженедельные студенческие диспуты. Известно, что он применял перкуссию у больных. С 1820 г. был вице-директором медицинского департамента военного министерства и лейб-хирургом. С 1825 г. – лейб-медик, в 1827 году стал академиком. Любопытно, что на вечернем обходе клиники Гейрот поручал студенту обследовать больного, поставить диагноз, а утром доложить о результатах с планом лечения и вероятным прогнозом болезни. Еженедельно он анализировал ведение историй болезни. Каждый год в его клинике проводились врачебные конференции, на которые собирались врачи со всего города. Ф.Ф. Гейрот ввел в клинике обязательные вскрытия умерших больных, на которых присутствовал он сам, ординаторы, прикомандированные к госпиталю врачи и большинство студентов. Он был редактором «Военно-медицинского журнала» (http://www.knownpeople.ru/biography/?id_rubric=9&id=10296). Где Ф. Гейрот мог освоить перкуссию? Мы полагаем, что в Петербургском военно-сухопутном госпитале, у И.Ф. Буша.

Одним из первых о перкуссии и аускультации в работе «Общая патологическая семиотика или учение о признаках болезней вообще» (1825) писал адъюнкт-профессор кафедры клинической терапии Медико-хирургической академии, штаб-лекарь **Прохор Алексеевич Чаруковский** (1790-1842), который в это время читал студентам III курса семиотику. В его учебнике было 423 параграфа, два из которых П.А. Чаруковский посвятил физикальным методам исследования. В российской медицинской литературе *«это почти первое ясное и точное описание этих весьма важных в диагностике приемов»*. Он закончил Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую академию с золотой медалью в 1816 году, был командирован в Германию, Австрию, Италию и Англию *«для дальнейшего усовершенствования в медицинских науках»* на четыре года. Примечательно, что докторская диссертация П.А. Чаруковского, которую он защитил в 1823 году, называлась «De haemophtysi» («Кровохарканье»). Нет сомнения в том, что его интерес к семиотике, перкуссии и аускультации вызван был знакомством с трудами Ж.- Н. Корвизара и Р.-Т. Лаэннека. Собственно говоря, П.А. Чаруковский положил начало изучению и преподаванию семиотики в России. В 1825 году он издал книгу

«Общая патологическая семиотика или учение о признаках болезни вообще», где, в частности, писал об уже упоминаемом нами К. Шпренгеле: *«...в прошлом году издана переведенная г. Зацепиным семиотика Шпренгеля; но, отдавая всю справедливость достоинствам и неусыпным трудам г. Шпренгеля, весьма полезным в разных частях врачебной и других наук, надобно признаться, что физиологические и патологические его сочинения, кроме невероятных гипотез и неосновательных умствований, почти ничего оригинального не содержат»* (Х.С. Коштоянц, 1946). В 1828 году П.А. Чаруковский опубликовал в «Военно-медицинском журнале», редактором которого был в 1828-1834 гг., работу «Стетоскоп и его приложение», в которой писал: *«Великая польза этого орудия касательно грудных органов подтверждена на бесчисленных опытах не только во Франции, но и в других странах»*. Мысль в это время уже не оригинальная, но важная, при весьма слабом знакомстве российских врачей и клинических преподавателей с аускультацией, особенно с учетом того, что книга Лаэннека не переводилась на русский язык. Неизвестно, был ли Чаруковский в госпитале Неккера, и слушал ли лекции Лаэннека (в списке учеников великого француза его нет), и у кого он учился аускультации, но оценил ее вполне! П.А. Чаруковский, владея перкуссией, отдавал предпочтение стетоскопу Лаэннека, считая, что: *«...способ сей удобнее и надежнее первого, но также требует внимания и упражнения»* (В.М. Корнеев, Л.В. Михайлова, 1966). В 1840 г. он опубликовал работу «Замечания к распознаванию болезней сердца». Талант П.А. Чаруковского, однако, не спас ординарного профессора, ученого секретаря академии и редактора «Военно-медицинского журнала» от недоброжелательного отношения всесильного Я.В. Виллие, унизительного ухода в отставку и, вероятно, связанной с этим ранней смерти.

Ординарный профессор академической (факультетской) терапевтической клиники Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии и предшественник на ней С.П. Боткина **Павел Дмитриевич Шипулинский (1808-1872)** продвинулся в изучении аускультации и перкуссии дальше своих предшественников. В 1837-1840 гг. он находился в заграничной командировке и побывал, в том числе, и в прославленной клинике Й.Шкоды. Он вернулся в Россию убежденным сторонником венского клинициста. В 1846 году в «Военно-медицинском журнале», а затем отдельным изданием вышла работа П.Д. Шипулинского «О современном состоянии технического способа исследования болезни груди с помощью выслушивания, с описанием его собственного стетоскопа». В своей работе П.Д.

П.Д. Шипулинский

Шипулинский рассуждал объективно: *«Едва ли найдется в практике случай, где бы несколько выслушивающих слышали одно и то же; многие явления, как крепитация, бронхофония, шум диавола до сих пор относятся к неопределенным признакам. Большая часть признаков болезней сердца принадлежит по всей справедливости к весьма шатким. Сказать короче, значение самой большой части известных нам доселе стетоскопических признаков в болезнях сердца представляет сущий хаос, в котором одно очень похоже на другое, и где истина и ложь, как нельзя чаще, имеют равносильный авторитет»* (П.Д. Шипулинский, 1846). Поясним, что такое «шум дьявола» - «bruit de diable», «chant des arteres» по Лаэннеку или «шум волчка» («дьяволом» во Франции именовали детский волчок!). Это безобидный (акцидентальный) постоянный дующий шум, возникающий в яремной вене, который ритмически усиливается с каждой систолой и диастолой и с каждым вдохом. Шум выслушивается в правой надключичной ямке у наружного края грудино-ключично-сосцевидной мышцы при вертикальном положении тела и нормальном положении головы. Шум часто находили при анемии, а сам Лаэннек нередко обнаруживал его у монахинь. Причиной этого «стетоскопического хаоса» П.Д. Шипулинский считал несовершенство имевшихся моделей стетоскопов, почему он и предложил свою конструкцию. В его инструменте к верхнему концу стетоскопа прикреплялся резервуар сферической, овально-выпуклой формы из слоновой кости, который выполнял функцию резонатора. В середине «тела» стетоскопа двигалась серебряная трубка, при помощи которой стетоскоп можно было укорачивать и удлинять. Фактически П.Д. Шипулинский предложил прообраз фонендоскопа! П.Д. Шипулинский искренне считал, что его модель самая лучшая и с гордостью демонстрировал его другим клиницистам, в том числе и Й. Шкоде, который отметил, что новая модель усиливает звуки, но они при этом теряют свой естественный характер, т.е. основное требование к стетоскопу – донести звуки до уха врача неизмененными, соблюдено не было! Любопытно, что в своем отчете о заграничной командировке П.Д. Шипулинский не без сарказма писал, что в клинике Й. Шкоды: *«Увлечение патологической анатомией и диагностикой отодвинуло на задний план главную задачу врача, лечение болезней человека; больной превратился в какой-то объект, на котором, прежде всего, и главным образом изощряли диагностические способности»*. Не оставил в стороне П.Д. Шипулинский и перкуссию - в 1860 году вышла его работа *«Описание камертона, изобретенного Шипулинским вместо плессиметра и молотка, или камертонация вместо плессиметрии»*. П.Д. Шипулинский считал, что при перкуссии пациент может ощущать боль, при воспалении легких, аневризмах и кровохарканьи перкутировать нельзя, и его инструмент в этих слу-

чаях предпочтительнее. Позднее эту идею использовал И. Баас и другие клиницисты. Камертонометрией много позже пользовался и корифей отечественной терапии Д.Д. Плетнев.

И.Ф. Буш

Выдающийся российский хирург профессор **Иван Федорович Буш (Johann-Peter Friedrich Busch, 1771- 1845)** писал о своем учителе, профессоре **Якове Осиповиче Саполовиче (1766-1830),** что он еще в 90-х годах XVIII столетия не только выстукивал грудную клетку (перед торакоцентезом), но и выслушивал ее (А.Г. Лушников, 1959, М.П. Мультановский, 1961). Это указывает на знакомство Я.О. Саполовича с работой И. Ауэнбруггера. Любопытно, где он мог с ней познакомиться? Попав из села Серебрянское в Киевскую духовную академию, затем в Кронштадскую госпитальную школу, потом в Санкт-Петербургский сухопутный госпиталь, Я.О. Саполович стал подлекарем в 1780 г., в 1783 г. он - лекарь - прозектор анатомии, в 1786 г. - оператор Санкт-Петербургского сухопутного госпиталя, с 1790 г.- профессор медико-хирургического училища, в 1795 г.- член медицинской коллегии, с 1796 г.- директор Санкт-Петербургского медико-инструментального завода (в течение 33-х лет). В 1814 г. Я.О. Саполович стал доктором медицины и хирургии «honoris causa». Был почетным членом Медико-хирургической академии. Умер в 1830 году от холеры (Б.П. Палкин, 1959). Опыт Я.О. Саполовича не пропал даром - в хирургической клинике, возглавляемой И.Ф.Бушем *«в обследовании больных пользовались методами перкуссии и аускультации, которые впервые после Я.О. Саполовича, применили в Петербургском военно-сухопутном госпитале»* (П.Н. Зубарев, М.И. Лыткин, Б.Н. Котив, 2002). Во втором разделе своего «Руководства к преподаванию хирургии» (1822), посвященного частной хирургии, И.Ф. Буш изложил клинику пневмоторакса, для диагностики которого рекомендовал использовать перкуссию и аускультацию (В.Л. Околов, 1971).

Н.Ф. Арендт

Среди многочисленных учеников И. Ф. Буша был **Николай Федорович Арендт (Nicolaus Theodor Arendt, 1786-1859).** Н.Ф. Арендт в 1801 году поступил в Московскую медико-хирургическую академию, а закончил в 1805 г. Санкт-Петербургскую. После годичной стажировки в Петербургском Генеральном госпитале принял

участие в боевых действиях против Наполеона в Пруссии, в составе Навагинского мушкетерского (пехотного) полка в 1808 г. в качестве лекаря принял участие в шведской кампании, после чего был произведен в штаб-лекари и стал в 1809 г. главным врачом госпиталя в Гаммель-Питео (Швеция). Н.Ф. Арендт, тогда уже лекарь 1-го класса, принял участие в Отечественной войне 1812 года, во время которой, в частности, произвел успешную трепанацию черепа. Позднее он был главным врачом русских госпиталей во Франции. Ведущие французские хирурги того времени **П.- Ф. Перси (Pierre Francois Percy,1754-1825)** и **Д.- Ж. Ларрей (Dominique Jean Larrey, 1766 - 1842***)* высоко отозвались о хирургическом мастерстве Арендта. В Париже Н.Ф. Арендт прослушал курс лекций по оперативной хирургии **Ж. Лисфранка (Jacques Lisfranc de St. Martin, 1790 -1847)**. В 1821 году Арендту была присвоена степень доктора медицины и хирургии (honoris causa). Он был назначен генерал - штаб-доктором армии, направленной в 1821 г. в Италию. Н.Ф. Арендт успешно применял перкуссию и аускультацию, которым научился у И.Ф. Буша. Он занимал крупные административные посты, но, как и П.А. Чаруковский, не «сработался» с Я.В. Виллие. С 1829 года Арендт был назначен лейб-медиком Николая I и находился при особе императора более десяти лет. Известно, что в 1829 году он лечил императора от пневмонии, в 1836 и 1837 гг. оказывал Николаю I помощь при травмах, полученных в результате дорожных происшествий. Примечательно, что современник, князь В.Ф. Мещерский называл Н.Ф. Арендта одним из самых известных в Петербурге специалистов по внутренним болезням (И.В. Зимин, 2001). Зятем доктора Арендта был брат Г. Гейне, врач Максимилиан Гейне. Среди его пациентов были А.Х. Бенкендорф, И.Ф. Паскевич, С.С. Уваров и другие представители элиты Российской империи. У Н.Ф. Арендта лечились Н.В. Гоголь, П.А. Вяземский, семья Карамзиных, М.Ю. Лермонтов. Пытался Николай Федорович спасти и умирающего Пушкина... *«Я был в 30 сражениях, я видел много умирающих, но мало видел подобного»*,- сказал он после смерти поэта (С.В. Богачев, И.А. Богачева, 2005).

М. Мандт (Martin Wilhelm von Mandt, 1800-1858), личность, ставшая в российской истории одиозной («немец, отравивший царя»!), с 1840 г. лейб-медик, затем лейб-медик-консультант императора Николая I. М. Мандт обучался медицине в нескольких, в том числе и Берлинском, университетах. Посетил Гренландию и Шпицберген на китобойном судне «Блюхер» в качестве врача и естествоиспытателя, причем дневник этой экспедиции выступил в качестве его докторской диссертации. Был городским врачом Кюстрина, с 1830 г.- профессор Грейсфальдского университета (Северная Германия) и директор хирургической школы при

М. Мандт

нем. В 1832 году с научными целями посетил клиники Германии, Англии, Франции и Италии. Талантливый, но тщеславный, М. Мандт хорошо знал лечебное дело, возглавлял Образцовый военный госпиталь, был почетным членом Медико-хирургической академии. С 1835 года М. Мандт - домашний врач великой княгини Елены Павловны, в 1837 году лечил императрицу Александру Федоровну и других членов царской семьи, с 1840 г. – действительный статский советник, с 1841 г.- профессор госпитальной терапевтической клиники Медико-хирургической академии, где ассистентом к нему был назначен лекарь Н.Ф. Здекауэр, тогда - ординатор Военно-сухопутного госпиталя. М. Мандт был неплохой клинический преподаватель и диагност: *«При диагностике больных он обращал почти исключительное внимание на состояние пульса, языка, температуру кожи... Из обыкновенных способов исследования он практиковал ручное исследование, причем преимущественно ощупывалась печень и толстые кишки легким передвижением кожи сверху вниз. Исследования органов дыхания и кровообращения стояли на втором плане и обычно поручались ассистенту...».* Он *«читал лекции над больными, выбираемыми из разных палат, на немецком языке с примесью необходимой латыни. С увлекательным красноречием и логической последовательностью говорил он у кровати больного и не без остроумия создавал из немногих шатких данных картину болезни»* (Б.А. Нахапетов, 2003). М. Мандт, несомненно, владел всеми имевшимися в распоряжении врачей методами непосредственного исследования больных, причем достиг в этом деле значительного совершенства и даже разработал свой собственный оригинальный метод поверхностной пальпации печени и толстых кишок. *«Мандт был истинным представителем клинической медицины, то есть направления, предложенного Г. Бургаве..., он внес свой вклад в развитие русской терапевтической школы...»* (Б.А. Нахапетов, 2005). Мандт был талантливым зоологом - несколько видов птиц, описанных им в Гренландии, носят его имя. Он был автором работ, посвященных патологии холеры, инфекционных болезней, заболеваний спинного мозга, зоба, краткого очерка истории хирургии, ряда работ по зоологии, гомеопатии и т.д.

...Примечательно, что укрепила положение М. Мандта при дворе трагедия в царской семье, произошедшая в 1843 году. Это было связано именно с его врачебными качествами, а не с «пронырливостью» или лукавым царедворством! В этом году дочь Николая I, Александра, вышла замуж за принца Фридриха Вильгельма Гессен-Кассельского. Все было

Великая княжна
Александра Николаевна

бы прекрасно, если бы не одно обстоятельство. Александра постоянно хворала и это недомогание сопровождалось зловещим покашливанием... Впрочем, зловещим оно было, вероятно, лишь для опытного врачебного уха М. Мандта. Старые лейб-медики императорской семьи, доктора медико - хирургии **Михаил Антонович Маркус (1790-1865)** и **Егор Иванович Раух (1789-1864)** (на его дочери Юстине был женат вторым браком К.К. Зейдлиц), очевидно, этого не понимали и успокаивали родителей, а от обследования М. Мандтом (в котором лейб-медики, без сомнения, усматривали сильного конкурента) она категорически отказалась. Наступившая беременность настолько ускорила болезнь принцессы, что спустя три месяца после свадьбы с постели она уже не вставала... Только в мае 1843 г., когда Николай I отбыл с визитом в Англию, она позволила Мандту осмотреть себя. Опытный клиницист все сразу понял и бросился вдогонку за императором, не скрыв от него серьезности положения. Вероятно, это была или острейшая форма милиарного туберкулеза, или одна из деструктивных форм болезни, то, что тогда звучало как приговор – «скоротечная чахотка»... В июне 1843 года у Александры (на три месяца раньше срока) родился сын, который прожил полтора часа, мать пережила его на пять часов. Примечательно, что незадачливые доктора, просмотревшие болезнь Александры Николаевны, остались безнаказанными, только Е.И. Раух занялся своим прямым делом - ветеринарией (Здоровье императорской семьи...,с. 58-59)! Кстати говоря, Раух был домашним врачом матери А.С. Пушкина, Н.О. Пушкиной (1775-1836), которая 29 марта 1836 году умерла от чахотки...

Император Николай I

У историка нет сомнения в том, что М. Мандт хорошо владел физикальными методами диагностики, и спустя 12 лет именно он поставил диагноз правосторонней нижнедолевой пневмонии и смертельного отека легкого Николаю I. Современники считали его талантливым и умным человеком (И.В. Зимин, 2001), а Н.И. Пирогов, отмечая отрицательные черты М. Мандта, в то же время называл его недюжинной личностью (Н.И. Пирогов, с. 394). Да, он был врачом своего времени - увле-

кался учением Ф. Бруссе, гомеопатией и диетотерапией, что ставилось ему в вину, особенно «атомистика». Но такой ли это большой недостаток при ограниченности возможностей лечения в те времена? Да и основатель гомеопатии С. Ганеман, между прочим, был энтузиастом использования стетоскопа и владел опосредованной аускультацией не в пример многим аллопатам. Один из его пациентов писал: *«Мне пришлось лечь в постель, и Ганеман обследовал меня так обстоятельно, как никогда прежде ни один другой врач. Он заставил меня считать до ста, приставил мне некий инструмент к груди, а потом к спине и обстукал меня таким способом, как никто еще никогда со мной этого не делал. А затем он объявил, что теперь знает: я успел к нему еще вовремя»* (Й. Лахмунд, 2009). И это в 1837 году! Незадачливый Мандт был обвинен (без всяких доказательств!) в «неправильном» лечении и едва ли не отравлении императора Николая I, и покинул Россию сразу после его смерти (Н.Я. Эйдельман, 1973; А.Ф. Тютчева, 1990; Б.А. Нахапетов, 2005). Мартин Мандт умер от инсульта 20 ноября 1858 года. *«В медицине он был эклектик и эмпирик в лучшем смысле этого слова»,* - сказал о нем биограф... (http://www.homeoint.org/photo/m2/mandtm.htm).

Н.О. Пушкина

Перкуссией и аускультацией владел и другой лейб-медик императорской семьи, **Филипп Яковлевич Карелль (Philipp Jakob Karell, 1806–1886).** Уроженец Эстляндии, он в 1832 г. окончил медицинский факультет Дерптского университета, потом был направлен в заграничную командировку (Франция, Германия, Австрия). Знание перкуссии и аускультации, полученное у Ф.Эрдмана в Дерпте, было подкреплено в заграничных клиниках. Доктор медицины и хирургии, Ф.Я. Карелль начал карьеру врачом в лейб-гвардии Гренадерском полку, до конца жизни возглавлял госпиталь лейб-гвардии Конного полка. Придворную карьеру он начал, будучи помощником М. Мандта, а в 1849 году был назначен лейб-медиком. Любопытно, но Карелль признавался в предположении, что фигуру Николая I, которой он очень гордился, создавали ватные вкладки в

Ф.Я.Карелль

плечи и грудь мундира. В начале 1849 года, после осмотра императора, он писал: *«Теперь, когда мне пришлось подвергать его перкуссии и аускультации, я убедился, что все свое, природное...»*. Добросовестный и любознательный врач, близкий приятель Н.И. Пирогова, Ф.Я. Карелль был инициатором введения санитарных рот в русской армии, одним из основателей отечественного Общества Красного Креста, первым ввел крахмальную повязку при переломах, а в 1865 году предложил молочное лечение при болезнях сердца (диета Карелля). Примечательно, что упоминая о диете Карелля, видный советский клиницист почему-то называет его учеником Боткина (В.Ф. Зеленин, 1956). Но позвольте, Ф. Карелль стал врачом в 1832 году, когда С.П. Боткин только родился! Такая наивная уловка в эпоху еще не закончившегося периода борьбы с «космополитизмом», вот, посмотрите, талантливый «немец», а в людито благодаря Боткину вышел! Примечательно, что немцем - Карелль не был, он был «эстляндец», т.е. эстонец, но все равно приятно - «русский немцу задал перца»! Ф.Я. Карелль вместе с лейб-медиками **И.В. Енохиным (1791-1863)** и М. Мандтом безуспешно лечил императора Николая I во время последней его болезни в феврале 1855 года. Спустя непродолжительное время Ф.Я. Карелль пытался спасти, и снова от пневмонии, и снова безуспешно, вдову А.С. Пушкина, Н.Н. Ланскую, лечащим врачом которой был много лет (Б.А. Нахапетов, 2005). Как показала жизнь, Карелль-диагност звезд с неба не хватал: много лет он лечил императрицу Александру Федоровну от чахотки, до ее смерти в 1860 г., но на секции его ожидал сюрприз... *«При вскрытии легкие оказались совершенно здоровыми, а лечили от чахотки; в мнимом аневризме* (императрице ставили диагноз «аневризм сердца», против которого выступал М. Мандт - Н.Л., В.А.) *один сердечный клапан действовал немного слабее, что не имело никакого значения, а вся болезнь сосредоточилась в желудке, вернее сказать, в кишечном отделе»* (М. Паткуль, 1997). Да уж Лаэннеком Ф. Карелль не был, но умел нравиться царственным пациентам и даже был награжден орденом Андрея Первозванного!

Н.Н. Пушкина-Ланская

Одним из пионеров применения физикальных методов в России являлся ученик Ф. Эрдмана, профессор Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии **Карл Карлович Зейдлиц (Karl Johann von Seidlitz, 1798-1885).** Он был заграничным членом Французской Академии, членом научных медицинских обществ Уорчестера, Антверпена,

Молодой К. Зейдлиц

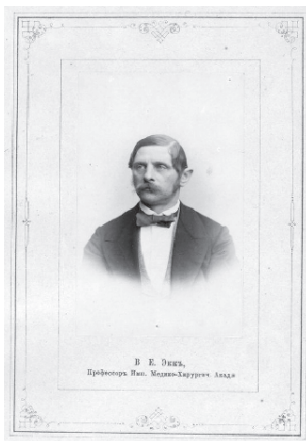
Берлина, Баден-Бадена, Мюнхена и Бонна. Во время заграничной командировки в 1826 году К. Зейдлиц работал в клиниках последователей Л. Ауэнбруггера и Р. Лаэннека, **профессоров К. Hacce (Christian Friedrich Nasse, 1778-1851)** в Бонне, и **И. Шёнлейна (Johann Lukas Schonlein, 1793-1864)** в Берлине, где усовершенствовался в физикальных методах исследования. После этой командировки, в 1828-1829 гг., К.К. Зейдлиц был главным врачом русской армии во время русско-турецкой войны. Именно К.К. Зейдлиц был назначен на должность профессора кафедры клинической терапии и заведующего терапевтической клиникой Санкт-Петербургской медико-хирургической академии на место строптивого П.А.Чаруковского. Он был талантливым писателем, близким другом В.А. Жуковского (М. Салупере, 2005). Хотя среди 23 опубликованных работ К.К. Зейдлица нет ни одной, специально посвященной физикальным методам диагностики, по его настоянию каждому студенту третьего курса вручался в личное пользование стетоскоп и профессор настойчиво обучал их перкуссии, аускультации и клиническому применению термометрии, которая только входила во врачебный обиход. *«Его терапия,* - пишет историк, - *была высоко научна и основана на рациональных показаниях, на зрелом опыте и на близком знакомстве с действием главных врачебных средств. Он восставал против шаблонов и не поддавался терапевтической моде. Этот выдающийся учитель, далеко опередивший свое время, имел огромное влияние на поднятие уровня образовательного ценза русских врачей. Многосторонне образованный ученый, Зейдлиц не только стоял на высоте современной науки, но и опередил ее собственными трудами. Новый дух повеял в академии. Зейдлиц первый указал разделительную черту между старинным эмпиризмом, отживавшим свой век, и фактическим рационализмом, зарождавшимся из научной точности физиологического опыта»* (Л.Я. Скороходов, 2010). Что уж совсем поразительно- за полвека до К. Форланини К.К. Зейдлиц предлагал наложение искусственного пневмоторакса при туберкулезе! Усилиями К.К. Зейдлица и Н.И. Пирогова в академии была учреждена кафедра сравнительной анатомии и физиологии, которую возглавил

К.К. Зейдлиц
после ухода в отставку

А.П. Загорский. К.К. Зейдлиц был энтузиастом внедрения в обучение принципа «свободно учить – свободно учиться», но поднятая по этому поводу административная волна, как всегда у нас, закончилась «пшиком», *«тремя жалкими,* - по словам Зейдлица, - *идеями, следующими по стопам друг за другом»*: *«принужденное учение, в предписанные сроки, по курсам и планам»*... Конференция академии отмечала, что *« К.К. Зейдлиц первым в ее стенах, а может быть и во всей России, внедрил эти методы и исследование мочи в клиническую практику»*. К.К. Зейдлиц открыл в 1836 г. амбулаторию при Медико-хирургической академии и лабораторию (микроскопия крови и мочи) (http://www.nasledie-rus.ru/podshivka/6914.php.). Видный ученик Зейдлица, лейб-медик Александра II **Н.Ф. Здекауэр** писал: *«Только за границей в 1838 г., где в Берлине знаменитого Ромберга, а в Вене Шкоду поднимали на смех и подвергали язвительным насмешкам за аускультацию и перкуссию многие местные коллеги, профессора и студенты, я вполне оценил огромную личную заслугу Зейдлица, который в Петербурге за два года до того учил публично техническим приемам объективной диагностики»*. Каждый студент на кафедре Зейдлица вел в течение года 4-5 больных, составлял историю болезни с дифференциальным диагнозом на русском и латинском языках. К.К. Зейдлиц знакомил студентов с прикладной семиотикой, показал им кровь и мочевые кристаллы, учил дифференциальной диагностике, подчеркивая значение объективных признаков болезни. *«Он впервые читал нам прикладную семиотику, первый познакомил нас с объективными способами исследования посредством выслушивания, постукивания, измерения, измерения и химического исследования выделений и отбросов организма, первый показал нам в микроскопе кровяные шарики, мочевинные кристаллы, объяснил значение объективных признаков болезни, учил дифференциальным диагнозам - объяснял при вскрытиях умерших анатомический характер болезней... Новый дух повеял в нашей академии...»*, - писал талантливый ученик о К.К. Зейдлице (Н.Ф. Здекауэр, 1891). Современник и коллега К.К. Зейдлица по Медико-хирургической академии, писал: *«...клиническое учение* (в клинике Зейдлица - Н.Л., В.А.) *сделалось обширнее через употребление разных физических способов исследования болезни: выслушивание, постукивание, измерение,способ технического исследования грудных болезней сделался безусловной необходимостью клинического преподавания и потребностью знания всякого практиканта»* (Г.М. Прозоров, 1850). Примечательно, что К.К. Зейдлиц ежедневно вел практические занятия со студентами и читал лекции, а три раза в неделю проводил обходы клиники. Найдите сейчас такого профессора терапевтического профиля! При этом он был еще и выдающимся реформатором российского медицинского образования (правда, как и всякие ре-

формы у нас, они ничем не закончились...). До этого к постели больного (в клиниках не хватало коек) подходили 120-130 студентов! К.К. Зейдлиц от подобной практики отказался и создал «предуготовительную клинику», разделив III и IV курсы (В.Б. Фарбер,1958, http://www.nasledie-rus.ru/podshivka/pics/6914-pictures.php?picture=691412). Более того, только он *«из многих представителей нашей внутренней медицины пользовался европейской славой»* (Л.Я. Скороходов, 2010).

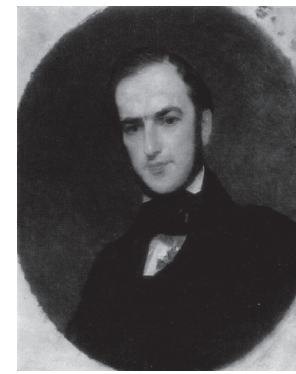
Учениками К.К. Зейдлица, успешно овладевшими физикальными методами диагностики, были **Александр Моисеевич Хоменко (1810-1848)**, закончивший академию с золотой медалью, в последующем - ординарный профессор кафедры акушерства СМХА, безвременно умерший от холеры, **Алексей Алексеевич Предтеченский (1821-1855),** получивший при выпуске из академии серебряную медаль, ординатор клиники К.К.Зейдлица, доктор медицины, штаб-лекарь лейб-гвардии Преображенского полка, погибший на боевом посту от тифа (Л.Ф. Змеев, 1886). Но особенно выделялся среди них **Владимир Егорович Экк (1818-1875)**, ученик и преемник К.К. Зейдлица по кафедре и терапевтической клинике, адъюнкт-профессор в 27 лет, ординарный профессор кафедры частной патологии и терапии, затем-госпитальной терапевтической клиники, главный врач госпитальной клиники во II военно-сухопутном госпитале. Со студенческих лет близкий друг Н.Ф. Здекауэра, В.К. Экк прошел стажировку в лучших терапевтических клиниках Парижа, Берлина и Вены, где *«... изучал с необыкновенным усердием... теоретическую и практическую медицину ...»*. Автор интересной работы «Взгляд на современное состояние врачебной диагностики, с приложением плана преподавания этой науки» (1847). С успехом защитил диссертацию «De pneumonia» (1846), которая *«обратила на себя внимание и наделала много шуму в медицинском мире»*. Был исключительно наблюдательным врачом, запоминающимся лектором и талантливым специалистом по патологии органов дыхания. Блестяще владел физикальной диагностикой (http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_biography/48751/Экк). Его сын, **Н.В. Экк (1849-1908),** был известным хирургом (в 1877 г. первым в России произвел спленэктомию у больного лейкозом абдоминальным доступом) и физиологом. Был автором прямого порто-кавального



В.Е. Экк

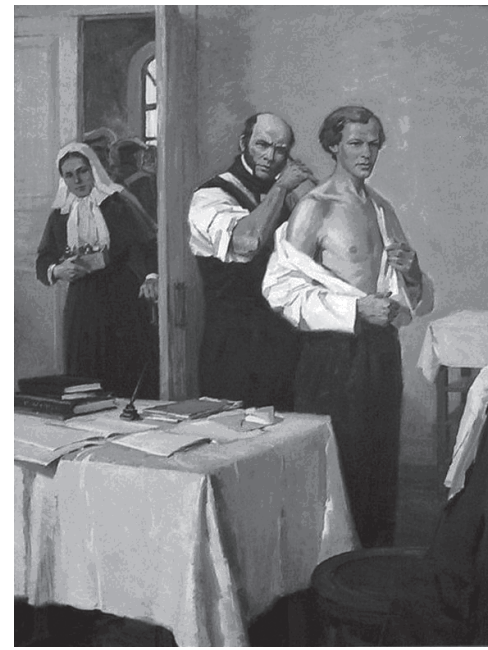
Н.В. Экк

анастомоза (фистула Экка), изучал патогенез цирроза печени. Примечательно, что спустя десять лет после смерти В.Е. Экка в одной из лекций о крупозной пневмонии С.П. Боткин не преминул кольнуть представителя немецкой «партии». Критично обсуждая назначение препаратов ртути при пневмонии, он говорит: *«Самым ярым партизаном такого лечения у нас в России был покойный проф. Экк. Назначая ртутную мазь, он говорил, что этим он «стирает легочный экссудат». В...сравнительно больших количествах он давал ртуть и внутрь...до самого кризиса. По его словам, он, таким образом, спасал больных. Может быть, в некоторых случаях так и было на самом деле»* (С.П. Боткин, 1887). Сколько скрытого сарказма!



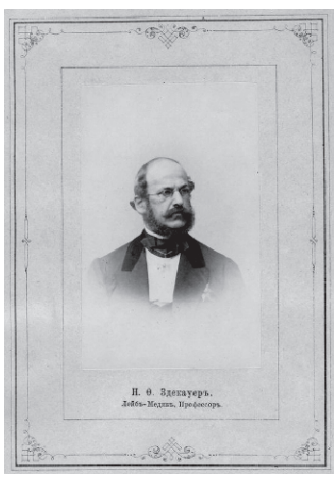
Молодой Н.Ф. Здекауэр (портрет работы К. Брюллова)

Николай Федорович Здекауэр (1815-1897) - самый талантливый и успешный ученик К.К. Зейдлица. Он родился в семье выходца из Германии Анне Теодора-Франца (Федорович Яковлевич) Здекауэра (1776-1836) и шведки Анне-Элизабет (Анна Ивановна) Годениус (1780-1858). Младшая сестра Н.Ф. Здекауэра, Александра Федоровна (1824-1870), в 1844 году стала женой друга Н. Здекауэра, будущего профессора В.Е. Экка. Николай Здекауэр начинал учебу на физико-математическом факультете Санкт-Петербургского университета, но спустя два года перешел на медицинский факультет. В 1838 году был направлен за границу, *«где работал у Иоганна Мюллера, Ромберга, Рокитанского, Шкоды и др., причем под влиянием своего учителя К.К. Зейдлица, который впервые познакомил студентов медико-хирургической академии с объективными способами исследования болезней, сосредоточился на изучении диагностической техники и патологической анатомии. По этим двум важнейшим отраслям медицинских наук Здекауэр был первым по времени преподавателем в медико-хирургической академии (если не считать кратковременного пребывания в академии Зейдлица»* (http://www.rulex.ru/01080209.htm). В 1839 г. Н.Ф. Здекауэр, вернувшись из-за границы, был назначен ординатором 2-го сухопутного госпиталя и прозектором клиники К.К. Зейдлица; ему было поручено чтение «лекций патологической анатомии с демонстрацией на трупах». Примечательно, что на становление Н.Ф. Здекауэра как диагноста большое влияние оказал Н.И. Пирогов, который проводил вскрытия больных, лечившихся и умерших в отделении Здекауэра. Н.Ф. Здекауэр писал, что подробный анализ обнаруженных во время секции изменений, проводимый Н.И. Пироговым,



Н.И. Пирогов выслушивает Д.И.Менделеева

сделался для него «*...драгоценным источником хотя медленного, но основательного усовершенствования не столько в диагностической технике, которую я себе давно усвоил, сколько в умении узнавать известные органические расстройства по выдающимся при них группам объективных признаков и функциональных расстройств. В этом направлении я имел счастье быть учеником Пирогова*» (Н.И. Пирогов, 1951). Не случайно, что поставив молодому Д.И. Менделееву диагноз чахотки, Н.Ф. Здекауэр отправил его с рекомендательным письмом к Н.И. Пирогову, который опроверг смертельный диагноз и оказался прав (М.Д. Беленький, 2010). Н.Ф. Здекауэр в течение 14 лет заведовал диагностической и терапевтической клиниками академии, проявил себя как выдающий организатор здравоохранения и клиницист. Среди его работ особенно выделяются: «К диагностике сердечных болезней» (1845), «О распознавании болезней сердца, основанном на объективном исследовании по современному состоянию науки» (1846) и «Учение о тонах сердца» (1851). Н.Ф. Здекауэр создал в 1861 г. первую в академии лабораторию. С 1860 года Н.Ф. Здекауэр – лейб-медик- консультант царской семьи. Он был женат на фрейлине императрицы Марии Георгиевне Эмануэль (1811-1891). Детей у них не было. Профессор Здекауэр занимал ряд высоких административных должностей, был основателем Русского общества охранения народного здравия, почетным членом Российской академии наук, заслуженным профессором Военно-медицинской академии. Великолепный знаток и энтузиаст применения методов физикальной диагностики (http://www.medarsenal.info/z/guide-z-0055.shtml). Авторитет Н.Ф. Здекауэра



Лейб-медик Н.Ф. Здекауэр

для больных был непререкаем. Иногда это приводило к ятрогении: К.П. Брюллов, автор замечательного портрета Здекауэра, страдал аортальным пороком, диагноз которого ему поставил этот замечательный врач. При этом Здекауэр неосторожно обмолвился, что с таким пороком больные больше пяти лет не живут. Спустя пять лет у К.П. Брюллова, до того чувствовавшего себя сносно, наступила декомпенсация. На попытки лечащего врача помочь ему, художник отвечал, что сам Н.Ф. Здекауэр предсказал ему пять лет жизни. Они истекли... В этом же (1847) году выдающийся художник умер...

Надгробие Н.Ф. Здекауэра

Любопытно, что несомненный представитель «немецкой партии» в академии, Н.Ф. Здекауэр представляется историку медицины *«непосредственным предшественником той эпохи, когда у нас появились врачи нового поколения, создававшие самостоятельную русскую медицину»* (Л.Я. Скороходов, 2010, http://www.rulex.ru/01080209.htm). Примечательно, что сын немца-католика Т. Здекауэра, Н.Ф. Здекауэр похоронен на Волковом православном кладбище Санкт-Петербурга...

Среди сотрудников Н.Ф. Здекауэра был **Виктор Виллибальдович Бессер (1825-1890),** яркая, талантливая и несправедливо забытая личность. Выпускник историко-филологического факультета Киевского университета, после поступления в Московский университет он получил право на именную стипендию Я. Виллие. Эта стипендия, почти в 3 раза превышавшая обычную стипендию того времени, согласно завещанию Я.В. Виллие предназначалась лицам, желающим приобрести высшее медицинское образование, и при этом *«... окончившим историко-филологический факультет (Studia humaniora); по окончании курса командировка на три года за границу для усовершенствоания, причем один год пробыть в... Эдинбурге... Цель стипендии – подготовка для профессорских кафедр людей, всесторонне образованных»* (В.В. Вересаев, 2000). В.В. Бессер блестяще закончил медицинский факультет Московского университета, где учился у А.И. Полунина, И.В. Варвинского, Ф.И. Иноземцева, В.А. Басова и других выдающихся врачей того времени. «Лекарь с отличием» В.В. Бессер затем работал в известнейших клиниках Вены и Праги, Парижа и Берлина, Павии и Эдинбурга. В Праге он стажировался у известного профессора **И. Гамерника (Josef Hamernik, 1810 -1887)**, ученика Й. Шкоды, специалиста по болезням сердца. Весной 1855

Э.Э. Эйхвальд

года Бессер в своей пробной лекции сказал: *«Стремление современной медицины состоит в том, чтобы наряду с другими естественными науками, употребляя способы исследования, им свойственные, руководясь теми же идеями и тем же планом при своих наблюдениях. Школа анатомо-патологическая больше других приняла это стремление и принесла самую значительную пользу, изучая болезни, проявление их и лечение с чисто рациональной точки зрения; труды ее будут угольным камнем блестящего будущего»*. Но он подметил, что в немецких госпиталях *«больной - лишь объект, на котором учатся диагностике. Но никому не придет в голову, что этот больной тоже человек, одаренный тем же чувством, как мы... В госпиталях Франции и Англии этот вопрос находит другое решение; более практический ум западных врачей понял, что госпитали должны быть устроены соответственно потребностям бедных классов, которые нужно привлечь хорошим обхождением и христианскою любовью»*. В октябре 1855 года уже в Петербурге В.В. Бессер был направлен во 2-й военно-сухопутный госпиталь, где конференция академии поручила ему руководство студентами третьего курса в диагностике (на правах профессора) и заведование пятью палатами во втором терапевтическом отделении госпиталя. Н.Ф. Здекауэр уступил В. Бессеру часть теоретических лекций по диагностике. Любопытно, что вместе со Н.Ф. Здекауэром и В.В. Бессером обучение студентов приемам объективного исследования больных проводил будущий профессор химии, автор оперы «Князь Игорь» **Александр Порфирьевич Бородин (1833-1887)**. В декабре 1860 года В.В. Бессер был избран профессором кафедры патологии, терапии и диагностики (на место Н.Ф. Здекауэра) (http://www.biografija.ru/show_bio.aspx?ID=10463;http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_biography;http://partners.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1311811). Сотрудниками В.В. Бессера были **В.А.Манассеин**, **Ю.Т. Чудновский** и талантливейший ученик Н.Ф. Здекауэра **Э.Э. Эйхвальд**. Все они были прекрасными знатоками методов объективного исследования, особенно последний.

Эдуард Эдуардович Эйхвальд (Eduard Georg von Eichvald,1837-1889) родился в 1837 году в семье видного ученого и врача Э.И. Эйхвальда (Karl Eduard von Eichwald). Окончив в 1859 году Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую академию с золотой медалью, он был оставлен в клинике В.В. Бессера, затем - Н.Э. Здекауэра, а после защиты докторской диссертации был направлен на стажировку в клиники Й.

А.П. Бородин

Шкоды и И. фон Оппольцера (Вена), Г. фон Бамбергера (Вюрцбург), Л. Траубе (Берлин), А. Труссо (Париж). Любопытно, что едва поступив ординатором в клинику Бессера, Эйхвальд предложил студентам заниматься с ними перкуссией и аускультацией, и они охотно откликнулись на это. Нет сомнения в том, что 22-летний врач уже обладал необходимыми умениями и педагогическим даром, что блестяще подтвердилось позже. *«С первых же шагов преподавательской деятельности он обнаружил недюжинный лекторский талант и исключительное умение ориентировать слушателей в курсе практической диагностики и общей терапии»* (http://print.biografija.ru/?id=139190). Примечательно, что когда 7 мая 1866 года на конференции академии решался вопрос об избрании бесспорно талантливого клинициста и блестящего лектора Э.Э. Эйхвальда адъюнкт-профессором, С.П. Боткин дал отрицательный отзыв. Э.Э. Эйхвальда все-таки избрали, но, кажется, он никогда этого С.П. Боткину простить не мог. Э.Э. Эйхвальд принадлежал к т.н. «немецкой партии» в академии, с которой С.П. Боткин и его соратники, мягко говоря, были не в ладах... Выдающийся российский хирург и лейб-медик царской семьи не без сарказма писал: *«Во главе русской партии стоял знаменитый проф. С. П. Боткин, во главе немецкой — проф. Э.Э. Эйхвальд и К.А. Раухфус, креатуры Вел. Кн. Елены Павловны. Эти две партии были в непримиримой вражде между собой, и эта борьба и интриги между ними внушали в то время мало симпатий к столичному врачебному миру вообще - трудно было питать искреннее уважение к людям науки, которые постоянно «грызлись» друг с другом и больше занимались своей пресловутой средневековый врачебной этикой и своими партийными счетами, чем интересами своих больных»* (Н.А. Вельяминов, http://feb-web.ru/feb/rosarc/ra5/ra5-249-.htm). С.П. Боткин в письме к Н.А. Белоголовому (1860) говорит: *«Дать место, голос и значение... какому-нибудь лифляндскому немцу, питомцу Дерпта, и сидеть сложа руки - не бог весть какая радость»* (А.Л. Шварцман, 1950). Биограф приводит эти слова, чтобы подчеркнуть *«...глубоко патриотичный склад мыслей великого клинициста»!*

...Спустя шесть лет, в 1872 году, когда заболела императрица Мария Александровна (Максимилиана - Вильгельмина – Августа – София - Мария фон Гессен и Рейн, 1824-1880) консилиум «немецких» врачей в составе лейб-медиков, доктора медико-хирургии **К.К. Гартмана (?-1888), Н.Э. Здекауэра, Ф.Я. Карелля, Э.Э. Эйхвальда,** лейб-хирурга

А.Л. Обермиллера (1822-1892) и профессора **В.Е. Экка** зашел в тупик. С.П. Боткин, назначенный 22 ноября 1870 года почетным лейб-медиком и «прикрепленный» к императрице, блеснул диагностическим талантом и посрамил «немецкий» врачебный ареопаг! Он поставил императрице диагноз пневмонии и направил ее в Крым, где она благополучно исцелилась (А.А. Будко, Н.Г. Чигарева, Л.Д. Иванова, 2008). Но верх в этом споре, в конечном счете, одержала не «русская» или «немецкая» партия, а неизлечимая чахотка (в протоколе вскрытия умершей императрицы указана деструкция верхних долей легкого, преимущественно справа, и процесс назван «легочно-чахоточным») (Медицина и императорская власть в России, 2008, с.101). Указанный эпизод не добавил взаимных симпатий в отношения «немецкой» и «русской» партии. Даже спустя много лет ученик Боткина Н.Я. Чистович не преминул уязвить В.К. Экка и В.В. Бессера, назвав их, в противоположность С.П. Боткину, эмпириками, хотя и *«прекрасными врачами-практиками»* (Н.Я. Чистович, 1925).

В 1879 году Э.Э. Эйхвальд был командирован в станицу Ветлянка Астраханской губернии, где разразилась эпидемия чумы, во время которой погибли два врача и шесть фельдшеров, и провел поголовный осмотр всех жителей станицы. Поскольку это происходило в «добактериологический» период эпидемиологии чумы и было еще неясно, прекратилось ли распространение болезни, Эйхвальд рисковал здоровьем и самой жизнью, но с честью выдержал испытание (М.В. Супотницкий, Н.С. Супотницкая, 2006).

...С 1875 по 1883 г. Э.Э. Эйхвальд был профессором госпитальной терапевтической клиники Медико-хирургической академии, с 1885 г. - директором основанного им Клинического института по повышению квалификации врачей («Еленинский институт»). В 1865-1873 гг. Э.Э. Эйхвальд был лейб-медиком великой княгини Елены Павловны (Ю.А. Молин, 2006). В определенный момент он одновременно замещал четырех профессоров: общей терапии и диагностики, частной патологии и терапии, факультетской и госпитальной медицинских клиник. *«По отзыву его учителя, проф. Н.Ф. Здекауера, Эйхвальд с полученным им в Анненской школе классическим образованием соединял необыкновенно любознательный, тонкий и несколько скептический ум. Последняя черта ума Эдуарда Эдуардовича заставляла его всякое положение в медицине подвергать тщательной критике и, кроме того, как бы толкала его выступать оппонентом почти всегда при защите научных трудов, причем он отстаивал иногда весьма рискованные положения, но обширные познания во всех отраслях медицины и мастерство речи делали его всегда очень опасным противником. Благодаря этому, так сказать, оппозиционному духу он нажил себе много врагов среди претендентов на научные*

степени, которые такие выступления Эйхвальда истолковывали как результат его к ним недоброжелательства». Добавим, что среди них были и ученики Боткина, что только подливало масла в огонь противостояния выдающихся клиницистов (http://www.biografija.ru/show_bio.aspx?ID=10463).

Профессор Э.Э. Эйхвальд был великолепным диагностом и совсем не случайно его диагностику называли «математической». В течение всей преподавательской деятельности он требовал от студентов и врачей подходить к оценке результатов перкуссии и аускультации с точки зрения законов акустики. *«Я не знаю способа столь точного в диагностике, который бы мог бороться с перкуссией»*, - писал Э.Э. Эйхвальд, хотя уже многим современникам выдающегося клинициста перкуссия представлялась методом неточным и субъективным, но не в его руках! Предметом его особого интереса была брюшная полость. Он достиг в исследовании брюшных органов впечатляющих успехов, причем гораздо раньше В.П. Образцова (об этом в наших учебниках почему-то не говорится). Э.Э. Эйхвальд особое внимание уделял исследованию селезенки. Врачи того времени знали, что селезенка вовлекается в патологический процесс не только при циррозе печени, но при очень многих заболеваниях, и перкуссия ее в отличие от легких и сердца, которые можно было выслушивать, была единственным методом, говорящим о ее состоянии. Э.Э. Эйхвальд рекомендовал перкутировать селезенку по окончании желудочного пищеварения и при опорожненном толстом кишечнике. Он подчеркивал, что для перкуссии селезенки*«особенно удобны чахоточные и неудобны эмфизематозные»*. Перкуссию он рекомендовал проводить стоя, *«с наклоном в левую сторону»*. *«Очертивши край левого легкого*,- пишет Э.Э. Эйхвальд,- *уже определяют легкой перкуссией пределы поверхностей селезеночной тупости, а сильной перкуссией - пределы глубокой тупости, причем необходимо иметь в виду притупление звука на ребрах вообще, а на углах в особенности»*. При анализе работ Шкоды и Ф. Цамминера (Friedrich Zamminer, 1817-1858, видный немецкий физик-акустик, был соавтором Е. Зейтца, написавшего известное руководство «Аускультация и перкуссия органов дыхания»,1860) Э.Э. Эйхвальд отмечал, что они упрощают дело, сознательно сводя происхождение перкуторных звуков к какому-то одному физическому объекту. Он считал, что именно неодинаковая степень участия *«составных частей*

Памятник Э.Э. Эйхвальду

тела в возникновении перкуторных звуков» и дала возможность широко использовать этот метод в целях диагностики. Э.Э. Эйхвальд (одновременно с В. Эбштейном и раньше А. Гольдшейдера!) стремился к так называемой «осязательной» перкуссии, с помощью которой возможно получить определенное звуковое явление и ощущение сопротивления, особенно при перкуссии сердца. Не случайны в этой связи его рекомендации использовать при перкуссии селезенки удары разной силы. *«Я утверждаю,* - пишет он, - *что можно в большинстве случаев таким образом определить размеры всего селезеночного профиля, смерить его и сравнить с нормальной селезенкой»*. Он постоянно напоминал, и был в этом абсолютно прав, что и у здоровых людей форма селезенки значительно разнообразней, чем печени, которая в этом смысле является консервативным органом. Эдуард Эдуардович был очень впечатлен возможностями выстукивания и утверждал, что П.-А. Пьорри не так уж заблуждался в своем увлечении топографической перкуссией. Э.Э. Эйхвальд считал, и для того времени, был прав, что у врачей нет точнее метода, чем перкуссия для определения расположения, размеров и формы органа, особенно в брюшной полости. Он понял, что причиной резонанса и неточности результатов при перкуссии грудной клетки является передача удара по костному скелету, и, перкутируя правую границу сердечной тупости, просил помощника оказывать давление на грудину для уменьшения звучности («демпф», позднее использованный В.П. Образцовым). Э.Э. Эйхвальд полагал (задолго до киевского клинициста), что по разнице в перкуторном звуке можно различить тонкий и толстый кишечник, и для этого надо врачу перкутировать свой желудок и кишечник утром, посреди дня и вечером. В отношении перкуссии печени Эйхвальд был более осторожен и предлагал специальную схему ее перкуссии. Он пишет: *«Скорость, с которой вопрос о размерах органа решается несколькими перкуторными ударами, направленными на две, три точки поверхности туловища по сосковой линии, действительно изумителен»*. Эйхвальд был глубоко убежден, что перкуторный звук является суммой звуковых колебаний, возникающих под плессиметром или пальцем в грудной клетке, легочной ткани, дыхательных путей, сосудов, плевры и т.д. Э.Э. Эйхвальд активно изучал и аускультацию. Он, в частности, установил, что у здоровых людей первый и второй тон выслушиваются громче всего (по степени убывания) на месте верхушечного толчка, *«затем у мечевидного отростка, далее у правого края грудины на втором межреберном пространстве, и, наконец, у второго левого реберного хряща на месте выслушивания легочной артерии. Если это отношение нарушено, то значит, существует условие патологическое»*. Э.Э. Эйхвальд считал, что в положении лежа условия для аускультации сердца хуже, чем стоя в слегка

наклонном положении. Именно он предложил выслушивать эндокардиальные шумы в этом положении (прием потом использовал В.Н. Сиротинин). Принципиальным было указание Эйхвальда на обязательную констатацию, куда распространяются выслушиваемые звуки и шумы. *« Самый важный вопрос при выслушивании сердца – это свойство сердечных звуков и относительная их сила на разных точках сердечной профили»*, - пишет выдающийся клиницист (цит. по А.Г. Лушникову, 1959). Любопытно, что Эдуард Эдуардович не считал обязательным при ревмокардите наличие шума. Если он находил тахикардию, признаки переполнения малого круга (одышку и акцент II тона на легочной артерии) – этого было достаточно для диагноза! Он считал, что I тон на аорте усиливается при ее растяжении в момент систолы (акцентуация первого тона при «нервном сердцебиении»). Стойкое усиление тона, по Эйхвальду - есть верный признак гипертрофии левого желудочка, а ослабление его свидетельствует о слабости сердца. Он отмечал акцент II тона на аорте при нефрите (симптоматическая гипертензия).

В свое время были очень популярны его работы «О распознавании болезней внутренних органов» (1893) и «Патогенез и семиотика расстройств кровообращения». Именно в ней блестящий клиницист высказал мысль, которая позже привела к падению интереса врачей к тонкостям физикальной диагностики: *«Господствовавший долго анатомический взгляд на патологию расстройств сосудистой системы привел врачей к постановке блистательных и анатомических диагнозов..., но больным постановка этих диагнозов принесла мало пользы; напротив того, человек, у которого был распознан тот или иной порок сердца, считался обыкновенно приговоренным к смерти и не заслуживающим большого попечения, так как от стараний не предвиделось большого успеха»*. Примечателен отзыв одного из студентов. Известный российский психиатр, **Б.Ш. Грейденберг (1857-?)** в очерке «С.П. Боткин и Э.Э. Эйхвальд как профессора и преподаватели клинической медицины» пишет: *«Если бы возник вопрос о том, кто больше давал студентам - Боткин или Эйхвальд, то я не сомневаюсь, что большинство высказалось бы за Эйхвальда и это понятно. Эйхвальд стоял к аудитории ближе. Боткин был крайне субъективным лектором и для возможности следить за его чтением требо-*

Надгробие Э.Э. Эйхвальда

валось много умственного труда». Популярный и необыкновенно эрудированный врач, неизменный участник самых сложных консилиумов, талантливый организатор здравоохранения Э.Э. Эйхвальд, к сожалению, в расцвете сил умер от рака мочевого пузыря, причем сам поставил себе диагноз роковой болезни (http://www.medline.ru/public/histm/medmono/100/19.phtml).

С.П. Боткин

«Клиницист, прекрасно владеющий семиотикой», - написал о **Сергее Петровиче Боткине (1832-1889)** выдающийся терапевт прошлого века (Е.М. Тареев, 1957). Слава С.П. Боткина как превосходного, тонкого диагноста сложилась уже в первые годы его профессорской деятельности. Достойный ученик П.Л. Пикулина, он превзошел своего учителя. И.М. Сеченов, близкий друг Боткина, вспоминал: *«Тонкая диагностика была его страстью, и в приобретении способов к ней он упражнялся столько же, как артисты вроде А. Рубинштейна упражняются в своем искусстве перед концертами. Раз, в начале своей профессорской карьеры, он взял меня оценщиком его умения различать звуки молоточка по плессиметру. Становясь посреди большой комнаты с зажмуренными глазами, он велел поворачивать себя вокруг продольной оси несколько раз, чтобы не знать положения, в котором остановился, и затем, стуча молотком по плессиметру, узнавал, обращен ли плессиметр к сплошной стене, к стене с окнами, к открытой двери в другую комнату или даже к печке с открытой заслонкой»* (И.М. Сеченов, 1952). Это кажется сейчас наивным и немного смешным, и даже напоминает эпизод с П.А. Пьорри, перкутирующим дверь в королевские покои! Любопытно, что студенты во времена учебы Боткина использовали и молоток и плессиметр, новации У. Стокса и Г.И. Сокольского их еще не коснулись. Примечательно, что вспоминая своих учителей (вероятнее всего, речь идет об А.И. Овере), С.П. Боткин говорил в актовой речи 1886 года: *«Ныне принятый метод объективного исследования больного, а также аускультация и перкуссия еще не составляли общего достояния, как теперь, и, тем не менее, врачи прежнего времени, лишенные почти совершенно тех способов исследования, которые в настоящее время составляют общую принадлежность каждого начинающего, путем опыта вырабатывали в себе способность наблюдать без всяких вспомогательных средств; и нередко общее впечатление, производимое на вра-*

С.П. Боткин

ча, талантливого наблюдателя видом больного, давало основание для окончательного заключения о его болезни и ее дальнейшего течения». Однако Ф.Г. Яновский писал, что в распоряжении старых врачей была *«...слишком уже скудная методика, состоявшая почти только из субъективных данных инспекции и, пожалуй, пальпации. Однако недостаток методики восполнялся необыкновенно тщательным, изощренным пользованием наличными методами, у врачей того времени, как выразился Nothnagel, благодаря этому наблюдательность была несравненно большая чем у современных врачей. Однако окончательное представление о болезни основывалось на патологических теориях, исходя из господствовавших в данную эпоху философских систем. Врачи настолько доверяли философии, что не чувствовали (Гельмгольц) своей первобытности, а значит и беспомощности, а наоборот, поднимали себя до богоподобного состояния»* (Г.И. Бурчинский, К.Ф. Дупленко, 1977). С.П. Боткин всей своей клинической деятельностью подтверждал положение о том, что объективные методы - перспектива и будущее медицины, не забывая, однако, об одной их особенности. *«Если бы наши объективные способы исследования представляли математическую точность, то, конечно, они не подчинялись бы в такой степени личности исследователя, как это случается при теперешнем состоянии практической медицины. Молодой практикант, услышав, например, от больного жалобы на кашель и одышку, часто находит при исследовании постукиванием и выслушиванием верхних частей грудной клетки притупление тона и изменение дыхательных шумов в таких случаях, где этими способами не открывается никаких ненормальных явлений»,* - пишет он (С.П. Боткин, 1881). Великий клиницист обладал еще одним, исключительным даром – умением *«сочетать тонкую клиническую наблюдательность с глубоким научным анализом и обобщением»* (А.Л. Мясников, 1950). При этом С.П. Боткин был не просто талантливым врачом, каких немало, но врачом, который обладает *«...логическим, и внелогическим мышлением»*, а именно такой клиницист *«наиболее полно воплощает в себе идеал профессионала-диагноста»* (Ф.И. Комаров, Ю.С. Малов, 2007). Во многих случаях распознавание болезни, произведенное С.П.Боткиным на основании данных, полученных с помощью физикальных методов, было истинным перлом диагностики. *«Диагностика... Боткина была не только семиологической, но и патогенетической»* (Д.Д. Плетнев, 1989). Его кли-

нические лекции «Об остром сочленовном ревматизме», «Об аневризмах восходящей аорты», «О подвижности почек», «О подвижности селезенки», «О смещении и подвижности печени», «О стенозе левого венозного отверстия», «О склерозе артерий и недостаточности семилунарных клапанов аорты», «Случай сложного клапанного расстройства сердца», «Случай недостаточности семилунарных клапанов аорты и сужения ее устья», «О расширении легких», «Крупозное воспаление легких», «О расширении желудка» - блестящая демонстрация того, сколь исчерпывающе владел физикальной диагностикой и семиотикой замечательный клиницист. В частности, именно это позволило ему, по словам Е.М. Тареева, выучить врачей *«определять истинные размеры селезенки»* пальпацией. *«Только ощупывание может дать вам понятие о том, увеличена селезенка или нет, ...если мы говорим, что наблюдается увеличение селезенки, то это добыто пальпаторным путем и дело идет, следовательно, об истинном, а не фиктивном увеличении этого органа»*, - говорил С.П. Боткин. Ему принадлежит приоритет обследования больных с нефроптозом в положении стоя. Он занимался «детальной семиотикой»: дал первое описание сосудистых «звездочек» при гуммозном гепатите: *«На руках, на туловище, по местам имеются пятна, а окружность светлее, и она-то и состоит из расширенных сосудов»*. Сергей Петрович обнаружил, что границы сердечной тупости при гипертрофии сердца часто выходят за пределы верхушечного толчка и для определения продольного размера сердца предложил всегда применять перкуссию, что не считалось обязательным, поскольку врачи ориентировались на положение сердечного (так именовался тогда верхушечный) толчка. (С.П. Боткин, 1950). Он обнаружил альтернирующий пульс (правда, после Л. Траубе) при расширении полостей сердца и первым показал, что перкуторные границы сердца и селезенки могут меняться под влиянием самой перкуссии, причем границы сердца расширяются, а селезенка – уменьшается, «прячется». Ему принадлежит наблюдение, что изменение положения тела, осо-

С.П. Боткин во время секционного занятия

бенно в пожилом возрасте, меняет перкуторные границы сердца. Интересный феномен описал С.П. Боткин при митральном стенозе: *«Встретив вместе с увеличением поперечного размера сердечной тупости ad apicem cordis шум, предшествующий первому тону, и резкий акцент на втором тоне легочной артерии, сменяющийся иногда его раздвоением, имея, наконец, резкий акцент на первом тоне ad apicem, вы с полным убеждением можете сказать, что имеете дело с увеличением поперечного размера сердечной тупости вследствие расширения полости и гипертрофии правого желудочка»*. Великий клиницист внес ясность в понимание клинической значимости систолических шумов, поскольку еще сильна была догма: «где шум – там порок». Боткин различал постоянные систолические шумы в результате стойкого жирового перерождения папиллярных мышц митрального клапана (пролапс клапана?), обычно при склерозе, шумы непостоянные, появляющиеся при ухудшении состояния больного. С.П. Боткин был твердо убежден, что одному шуму «нельзя верить». *«Шум сам по себе – это просто шум, для диагноза порока сердца нужны другие признаки»*, - писал он. Более того, Боткин считал, что даже изменение объема сердца и его функций отнюдь не всегда можно объяснить клапанным поражением. *«Лучшие представители клинической медицины (на Западе) до последнего времени смотрели на страдания сердца, выражающиеся изменением функций и объема этого органа, как на явление вторичное; первопричину искали в систолическом расстройстве клапанов»*,- пишет ученик Боткина (Н.П. Васильев, 1880). Любопытно, а было ли известно уважаемому доктору Васильеву высказывание А. Трус-

С.П. Боткин во время амбулаторного приема больных

Памятник С.П. Боткину в Санкт-Петербурге

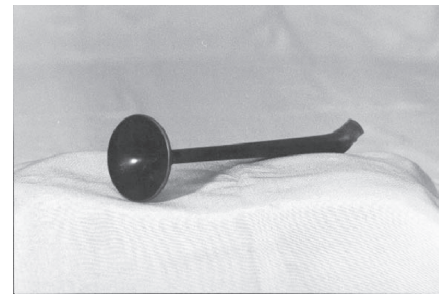
со: *«Если основываться на одних лишь анатомических изменениях, то органический порок сердца, конечно, еще не составляет болезнь»*. С.П. Боткину не принадлежит, как почему-то считается, приоритет в описании точки выслушивания шума аортальной недостаточности в III-IV межреберье слева от грудины, которую описал В.Г. Эрб, но он подчеркивал значение аускультации в ней. С.П. Боткин описал «постсистолический» шум при митральном стенозе («протодиастолический»). Сергей Петрович одним из первых заметил, что при высокой степени митральной недостаточности, в случае сочетания ее с аортальной, диастолический шум на аорте может исчезать. С.П. Боткину принадлежит приоритет описания четырех возможных признаков митрального стеноза:

1) «ритм перепела» в т. Эрба - «*Выслушивая под III левым ребром, около его спайки с грудиной...», «...на ограниченном пространстве под III ребром, приблизительно на средине линии, проведенной вкось от левого соска к месту соединения с грудиной третьего реберного хряща...*»;

2) «шум кузницы» (мерцательная аритмия у больного митральным стенозом) – «*...один предсистолический шум с акцентом на первом тоне ad apicem (на верхушке), предсистолическое дрожание с шумом или без него, предсистолический шум с акцентом на II тоне, затем постсистолический шумок и, наконец, предсистолический с постсистолическими шумами настолько удлиненными, что при частом ритме всякий ясный характер исчезает и является та путаница, которую я называю "кузнечным шумом»...»;*

3) асимметрия грудной клетки - *«...задержанное развитие левой половины грудной клетки в различных случаях болезней клапанного аппарата сердца...»;*

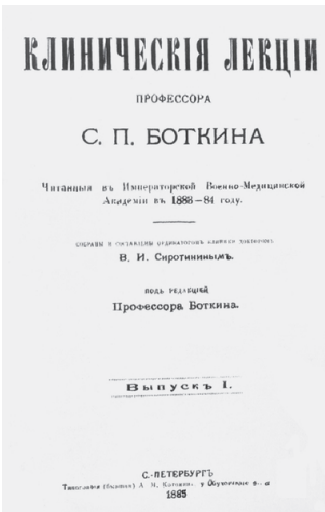
С.П. Боткин во время обхода



Стетоскоп С.П. Боткина

4) крепитирующие и мелкие влажные хрипы вдоль верхней и левой границ сердца – *«...по левой парастернальной линии, где мы нашли притупление тона, я встретил при первых глубоких вдохах свистящие и субкрепитирующие хрипы»* (С.П. Боткин, 1950).

Кстати говоря, С.П. Боткин «классическим» диастолическим шумом считал шум при недостаточности «семилунарных» клапанов аорты (в те годы так, во множественном числе, обозначались полулунные клапаны аорты). Он не знал термина и понятия «мерцательная аритмия», но дал ее четкое описание - разное число сердечных сокращений и пульсовых ударов за каждые 15 секунд. Великий клиницист осматривал шею больного, выявляя «ундуляцию вен» или «венный пульс», и всегда выслушивал сонные артерии (Г.П. Шульцев, 1983). Отдавая приоритет физикальным методам, С.П. Боткин подчеркивал, что: *«Неправильности, несимметричности, всякого рода выпуклости и углубления сами по себе могут вызвать перкуторные явления, которые дают самые фальшивые показания о положении внутренних органов»*, *«...семиотика болезней сердца описана им с непревзойденным мастерством и сейчас читается с огромным интересом. Мы гордимся С.П. Боткиным как самобытным талантом»*, - писал выдающийся терапевт (М.П. Кончаловский, 1940). Образцом диагностики С.П. Боткина Д.Д. Плетнев назвал случай расширения желудка. С.П. Боткин подробно разобрал все существовавшие тогда методы диагностики этой патологии (перкуссия и аускультация, применение зонда, введение в желудок воздуха и воды), Сергей Петрович пишет: *«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»*. Д.Д. Плет-



КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

ПРОФЕССОРА

С. П. БОТКИНА

Читанныя въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1883—84 году.

Выпускъ I.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

1885

Клинические лекции С.П. Боткина

нев отметил, что *«...конструкция этиологического и патогенетического диагноза петербургского клинициста должна быть признана в научном отношении весьма правдоподобной и чрезвычайно поучительной для слушателей»* (Д.Д. Плетнев, 1989). Дмитрий Дмитриевич Плетнев говорил, что Боткин убедительно показал ошибку К. Вундерлиха, который считал характерной для брюшного тифа трехстадийную температурную кривую (stadii incrementi, fastigii, decrementi). Но мы знаем кривые Вундерлиха, Боткина и Кильдюшевского, которые могут встречаться при брюшном тифе!

С.П. Боткин в конце жизни

С.П. Боткин описал «острый инфекционный катар желчных протоков», причиной которого он считал *«какой-то распространенный болезнетворный агент, попадающий в пищу»*, и дал классическое описание неосложненного течения вирусного гепатита! Великий клиницист поражал тщательностью исследования больного – «с головы до пят». Он раньше В.М. Кернига описал шум трения перикарда при грудной жабе. По сути дела, он подал позднейшим исследователям идею существования холецисто-кардиального синдрома. А.П. Чехов, говоря о С.П. Боткине, уподоблял его в литературе Тургеневу. Добавим, лишь Тургеневу! А кто же тогда «Толстой»? Толстой, по мнению Чехова – Захарьин! С.П. Боткин был исчерпывающе осведомлен о достижениях европейской клиники внутренних болезней, он работал в клиниках И.Л. Шёнлейна, Й. Шкоды, А. Труссо, Т.Ф. Фрерихса, М.Г. Ромберга, Г.Бамбергера и других видных клиницистов того времени. Неоднократно посещал лаборатории Р. Вирхова, К. Бернара, К. Людвига, состоял в дружеских отношениях с Л. Траубе. Он выступил как новатор в применении доказательной медицины в России (работа о применении антипирина и каломеля при крупозной пневмонии) (В.Т. Ивашкин, 2005). *«...Клиницист, тонкий наблюдатель у постели больного и одновременно физиолог...»*, - говорит о Боткине Д.Д. Плетнев. Символично, что памятник С.П. Боткину в Санкт-Петербурге изображает великого клинициста, как и Р. Лаэннека, со стетоскопом в руках! Примечательно, что много лет о С.П. Боткине было принято говорить как о любителе музыки и любимце детей, тишайшем, ласковом миротворце. Однако его непримиримая вражда с «немецкой» партией, многим деятелям которой Боткин был «чужд даже своим купеческим происхождением», его не бесспорные, но всегда «заостренные» оценки крупнейших европейских клиницистов, его шпильки в адрес больших медицинских начальников (Ф.С. Цыцурина, например), свидетельства о твердой дисциплине на кафедре

С.П. Боткин

и т.д. говорят о том, что это не совсем так, а точнее, совсем не так. Он мог быть и язвительным, и требовательным, и даже жестким, при том несомненном факте, что являясь *«... образцовым преподавателем, он в то же время был замечательным практическим врачом»* (Л.Я. Скороходов, 2010). Примечательно, что у Боткина-лектора была особенность, которая затрудняла восприятие его лекций аудиторией: *«...он как бы забывал, что перед ним студенты, которым не всегда доступны его глубокие научно-философские обобщения»*. Он не опускался до пресловутого «студенческого уровня», а понуждал слушателей дотягиваться до своего, что, конечно, далеко не всем было по силам. Нам кажется, что в этом С.П. Боткин вольно или невольно следовал Л. Траубе, как и в другом. *«Объективность наблюдателя особенно развивается тогда,* - пишет С.П. Боткин, - *когда практикант будет относиться к своему больному первоначально как к простому физическому телу... Поэтому мы начинаем исследование больного с собирания фактов при посредстве различных способов объективного исследования...»* (С.П. Боткин, 1867). Несомненное влияние немецкой школы!

...Известно, что С.П. Боткин роковым образом ошибся в диагнозе собственной болезни. Может быть, это была не ошибка, а последняя надежда...Считая боль в области сердца «отраженной» от желчного пузыря, в котором Л.Тейт пропальпировал камень, позже обнаруженный на вскрытии, С.П. Боткин уверял в этом себя и окружающих, что приводило иногда к «мещанским конфабуляциям», по выражению И.А. Кассирского, на эту тему: «...Чехов пишет А.С. Суворину (7 декабря 1889 г.): *«У Боткина камни в печени. Так, по-видимому, думает сам Боткин, основываясь, опять-таки, по-видимому, на болях, которые чувствует». Однако Чехов сомневается в диагнозе: «Если правда, что в его скорой кончине прежде всего заинтересована печень, то виноваты не камни, а рак». Чехов оказался прав. С.П. Боткин скончался 12 декабря 1889 г. от рака печени»* (Е.Б. Меве, 1989). Ни-

Надгробие С.П. Боткина

чего, кроме недоумения, это вызывать не может. Мало того, что существует достаточно источников по этому поводу (работы Б.П. Кушелевского, Б.Б. Когана, И.И. Исакова и др.), чем бы мог поинтересоваться автор. Но никто не давал права даже А.П. Чехову высказываться столь же безапелляционно, как и некомпетентно (а как же корпоративная этика?) в письме к известному журналисту, человеку желчному (в том числе и в адрес врачей!) и охотнику до сплетен! «Если уж у себя такой диагност, как Боткин, не смог распознать болезнь, то и всей медицине – грош цена», вот мнение обывателей, подкрепляемое «авторитетным» суждением писателя-врача! А вот заключение лечащего врача Боткина, кстати говоря, современника Чехова, Н.И. Соколова: *«Из всей истории болезни и вскрытия видно, что сущность болезни Сергея Петровича и не-*

Александровская больница

посредственная причина его смерти лежала в перерождении сердечной мышцы. Ближайшее условие перерождения сердечной мышцы, несомненно, лежало в атероматозном изменении венечных артерий, которое, судя по известковому характеру, началось уже давно. Первый жестокий приступ грудной жабы в 1882 г. был вызван, вероятно, уже закупоркой одной из ветвей венечной артерии и развившийся в конце этого припадка перикардит, который и найден на вскрытии, был явлением реактивного воспаления на месте инфаркта в стенке вследствие предполагаемого тромба. Шедший прогрессивно процесс в сердечных сосудах глубоко нарушал питание самого сердца. Мышца его претерпела перерождение и повсюду развилась соединительная ткань во всех направлениях» (Н.А. Белоголовый, 1901). Впрочем, изменения были обнаружены и в печени, и в желч-

Н.И. Соколов

ном пузыре: *«...застойная печень. Желчный пузырь несколько напряжен, наполнен холестериновыми камнями. Камни отчасти внедрились в L.cisticus. Количество желчи в пузыре незначительно. Стенки пузыря почти всюду слегка утолщены, внутренняя поверхность пузыря имеет вид плотной рубцовой ткани»* (Н.А. Белоголовый, 1901). Остается только восхищаться физикальным мастерством Л. Тейта ! **Нил Иванович Соколов (1844 - 1894)** - талантливый ученик С.П. Боткина, доктор медицины с 1874 г., был ассистентом клиники Боткина, редактировал «Еженедельную Клиническую газету». В 1882 г. по рекомендации Боткина Н.И. Соколов был назначен главным врачом Санкт-Петербургской городской барачной больницы и состоял председателем совета врачей городских больниц (под его председательством был составлен проект нового больничного устава). *«Он читал как приват-доцент лекции по инфекционным болезням врачам и студентам. Во время эпидемии инфлюэнцы в Петербурге сделал доклад о клинических данных об этой болезни; с обнародованием Кохом лечения туберкулеза туберкулином Н.И. Соколов изучал этот метод лечения в Берлине и применял его в больнице в Петербурге. В 1892 г. он был избран профессором частной патологии и терапии в Военно-медицинской академии»*. Н.И. Соколов блестяще владел физикальными методами диагностики и был автором вышедших отдельным изданием лекций по курсу частной патологии и терапии (1896). Весной 1887 года он осматривает С.П. Боткина и констатирует, что у него имеются *«перебои при учащенном пульсе, сердечный толчок слаб, размеры сердца увеличены, резкая аритмия в сердце, длинный систолический шум у верхушки при крайне слабом первом тоне, акцента в больших сосудах не было... печень увеличена и очень болезненна...мышца сердечная уже настолько ослабла, что давала относительную недостаточность митрального клапана»* (Н.А. Белоголовый, 1901). Нет сомнения, что С.П. Боткин гнал от себя мысль о тяжелом поражении сердца, говоря *«...если у меня самостоятельная болезнь сердца, то ведь я пропал, если же это функциональное, отраженное от желчного пузыря, то я могу еще выкарабкаться»* (Н.А. Белоголовый, 1901)...

У С.П. Боткина было немало талантливых учеников, среди которых выделялся **Юрий Трофимович Чудновский (1843-1896),** ординарный профессор кафедры диагностики и общей терапии Военно-медицинской академии. В 1869 году Ю.Т. Чудновский, тогда еще не доктор медицины, описал интересный физикальный признак, который получил на-

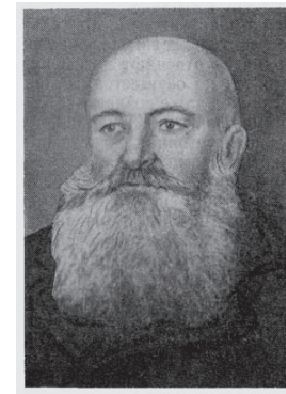
звание «симптом Чудновского», и продемонстрировал, что аускультация с успехом может быть перенесена на брюшную полость. Годом раньше в клинику С.П. Боткина поступил больной с разлитым перитонитом, вследствие перфорации кишечника на фоне брюшного тифа. При аускультации больного Чудновский обнаружил, что в *«правом подреберье, начиная с 8 ребра и почти до срединной точки между краем ложных ребер и гребешком подвздошной кости между подмышечною и сосковою линиями, каждое дыхательное движение сопровождалось резким амфорическим шумом... Шум этот постепенно слабел по мере удаления влево и книзу от описанного места, не изменяя, однако, своего амфорического характера»*. Больной был продемонстрирован С.П. Боткиным на лекции. Ю.Т. Чудновский считал, что *«описанный случай дает новый диагностический признак накопления газа в брюшном мешке (tympanitis) вследствие продырявливания кишки - это амфорический шум, совершенно изохронический с вдыхательными и выдыхательными движениями»* (Ю.Т. Чудновский, 1869). В опубликованной в том же году работе «Новый диагностический признак прободения кишечного канала» он предположил, что описанный признак позволит дифференцировать перфорацию и ущемление кишки. Признак высоко оценил С.П. Боткин, но в работе «Место и условия развития амфорического шума в брюшной полости» сам Чудновский рассматривал этот признак уже не так однозначно (при аутопсии кишка была спавшейся, и газа в кишечнике не было). Вводя воздух в брюшную полость собаки и вызывая у нее учащение дыхания, он обнаруживал подобный шум, хотя ни повреждения диафрагмы, ни перфорации кишечника не было. Ю.Т. Чудновский пояснил, что для появления амфорического шума не обязательна перфорация кишечника или паралич диафрагмы, но необходимо наличие газа в кишечнике и учащение дыхания. В 1887 году в работе «Способы исследования общих и внутренних болезней» Ю.Т. Чудновский не стал упорствовать в своем первоначальном заблуждении и признал, что указанный симптом не является характерным для перфорации кишечника, поскольку не дает врачу основания предположить, принадлежит ли данный звуковой феномен газу в свободной брюшной полости или в раздутой кишке! Это, конечно, совершенно девальвировало симптом, лишая его патогномоничности. Понятно, что диагностика патологии брюшной полости, при отсутствии визуальных методов, побуждала врачей искать какие-то признаки, кроме аморфного понятия «опухоль брюшной полости». Видимо, это обстоятельство, несмотря на самокритичность Чудновского, заставляло авторов приводить указанный признак не только в отечественных работах того времени, но и в авторитетных руководствах по внутренним болезням Г. Циммсена (1875), П. Гутмана (1884) и Г. Эйхгорста

(1893). В 1879 году Ю.Т. Чудновский опубликовал работу «Одна из форм отрицательного сердечного толчка», в которой предположил, что *«систолическое укорочение сердца при спокойной деятельности не обуславливает удлинения и опускания вниз больших сосудов, а приводит к поднятию верхушки сердца с присасыванием межреберного промежутка в систолу за счет создаваемого разрежения»*. Причем подобное может наблюдаться и при слипчивом перикардите и без него. С.П. Боткин высоко отозвался о работе талантливого ученика, отметив, что *«...момент растяжения сосудов слишком мало до сих пор указывался в объяснениях»*... Несомненно, что на увлечении Ю.Т. Чудновского сердечной патологией сказался интерес его учителя С.П. Боткина к указанной проблеме. Ю.Т. Чудновский был автором работ «Теория ложных сердечных шумов», «Способы исследования общих и внутренних болезней» и др. Безусловной заслугой Ю.Т. Чудновского как клинического преподавателя является то, что обнаружив во время экзаменов хорошие теоретические знания студентов, он понял, что они совершенно «плавают» в области практических навыков. Поэтому в 1884/85 учебном году он ввел ежедневные вечерние обходы с участием студентов, а в 1886/87 гг. – суточные дежурства студентов в диагностической клинике. Говоря о физикальных методах исследования, Ю.Т. Чудновский подчеркивал, что хорошо ими владея: *«Врач... прежде всего становится, так сказать, хозяином своего больного, он - натуралист, спокойно, без всякой предвзятой идеи исследующий своего больного... Не услышавши от больного ни единого слова, он по необходимости должен познакомиться с его организмом настолько подробно, насколько это возможно»*. Вот это очень любопытно: такого взгляда на анамнез придерживались многие видные европейские клиницисты, а в России - Г.И. Сокольский, да и в некоторых лекциях С.П. Боткина анамнез совершенно отсутствует и заменяется описанием субъективных симптомов, иногда очень беглым. И если бы разработка анамнеза не относилась к достоинствам российской клиники, столько бы копий по его поводу не ломалось! И в этом смысле Ю.Т. Чудновский - прямой ученик Боткина, а тот, в свою очередь, - Л. Траубе! Ю.Т. Чудновский, страдавший хроническим нефритом и симптоматической гипертонией, умер в 53 года в Вене от сердечной недостаточности (http // biography.yaxy.ru/01240084.htm). После смерти Чудновского его место занял едва ли не самый талантливый и известный ученик Ботки-

М.В. Яновский

на - **Михаил Владимирович Яновский (1854-1927).** Выходец из семьи священника, родственник Н.В. Гоголя, он в 1873 г. окончил духовную семинарию в Полтаве, в 1877 г. - естественный факультет Петербургского университета, в 1880 г. - Медико-хирургическую академию. В университете его учителями были Д.И. Менделеев и И.М. Сеченов, в Академии - С.П. Боткин и Н.В. Склифосовский. В 1884 г. он защитил под руководством Боткина докторскую диссертацию, затем был последним по времени ассистентом его клиники, в 1889-90 гг. руководил после смерти Боткина его кафедрой, а с 1890 г. стал преемником Ю.Т. Чудновского на кафедре диагностики и общей терапии (соответствует нынешним кафедрам пропедевтики внутренних болезней). При выборе его кандидатуры конкурсная комиссия академии отметила: *«основательное знакомство его с методами научного исследования и способность к самостоятельному научному развитию и мышлению»*. По образу мысли он, конечно, был достойным учеником Боткина и ярым «функционалистом». Дух времени был им усвоен вполне. В активе школы М.В.Яновского исследование функции сосудов, теория «периферического сердца», интересные работы по гематологии и т.д. Но помимо этого М.В. Яновский был еще и талантливым (и строгим!) клиническим педагогом, автором двух авторитетных руководств: «Курс диагностики внутренних болезней» и «Курс общей терапии внутренних болезней». Ему принадлежат интересные клинические афоризмы: *«Перкусия есть искусство, как и игра на музыкальном инструменте», «Умение ощупывать пульс и ориентироваться в его качествах подробно, составляет, так сказать, мерило клинической подготовки врача»* и т.д. М.В. Яновский считал, что для надежного определения инфильтрации легочной ткани ее площадь не должна быть меньше десяти квадратных сантиметров, глубина не менее двух сантиметров, а расстояние от поверхности грудной клетки - не более двух сантиметров (А.И. Игнатовский, 1923). В отличие от С.П. Боткина, который вершиной преподавания считал лекцию, М.В. Яновский особое значение придавал практическим занятиям. Он лично проводил по одному занятию по заболеваниям сердца и органов дыхания во всех группах слушателей академии, проходивших через его клинику, и в течение года проводил три зачета по сложным разделам диагностики: сердечно-сосудистая патология, болезни органов дыхания и клиническая лаборатория. Он отличался высокими требованиями к знанию слушателями формулировок диагноза и описания симптомов. Строгая последовательность исследования больного соблюдалась М.В. Яновским неукоснительно, причем оно проводилось им крайне сосредоточенно, методично и объективно (Н.А. Куршаков, Л.П. Прессман, 1954). Хотя медицина в известной мере - искусство, здесь Яновский требовал догматичного следо-

вания правилам. Примечательно, что за тридцать лет до A. Luisada, М.В. Яновский писал: *«...выслушивая систолический тон, мы слышим разом четыре, а при выслушивании диастолического - два тона»* (М.В. Яновский, 1922). Не удивительно, что новатор по стилю мышления, М.В. Яновский первым оценил значимость открытия Н.С. Короткова:



М.В. Яновский

«...Рукав Рива-Роччи накладывается на среднюю треть плеча; давление в рукаве быстро повышается до полного прекращения кровообращения ниже рукава. Затем, предоставив ртути манометра падать, детским стетоскопом исследователь выслушивает артерию тотчас ниже рукава. Сперва не слышно никаких звуков. При падении ртути манометра до известной высоты появляются первые короткие тоны, появление которых указывает на прохождение части пульсовой волны под рукавом. Следовательно, цифры манометра, при которых появился первый тон, соответствуют максимальному давлению. При дальнейшем падении ртути в манометре слышатся систолические компрессионные шумы, которые переходят снова в тоны (вторые). Наконец, все звуки исчезают. Время исчезновения звуков указывает на свободную проходимость пульсовой волны; другими словами, в момент исчезновения звуков минимальное кровяное давление превысило давление в рукаве. Следовательно, цифры манометра в это время соответствуют минимальному кровяному давлению. Опыты на животных дали положительные результаты. Первые звуки-тоны появляются (на 10–12 мм рт. ст.) раньше, нежели пульс, для ощущения которого на лучевой артерии требуется прорыв большей части пульсовой волны».

Н.С. Коротков

Выступая 26 декабря 1905 г. на «Научном совещании клинического военного госпиталя» ВМА, на котором Н.С. Коротков сообщил о своем методе, председательствующий М.В. Яновский сказал: *«С вашими выводами я вполне согласен. Первый звук образуется тогда, когда начинает проскальзывать струя крови – максимальное давление, второй – когда давление в рукаве аппарата очень близко к диастолическому. Этим методом, я думаю, мы на практике получим довольно точные результаты. Наконец, я должен сказать, что вы в своих наблюдениях обнаружили из-*

вестную талантливость и остроумие. Вы легко подметили такой факт, мимо которого прошли многие исследователи, занимавшиеся этим вопросом». Но справедливости ради, надо отметить, что прямого участия в работе Н.С. Короткова М.В. Яновский не принимал, хотя сразу поддержал и активно пропагандировал его метод (С.Е. Попов, 2005).

Федор Игнатьевич Пастернацкий (1845-1902) - видный российский интернист, получил образование в Минской духовной семинарии и Императорском университете Св. Владимира в Киеве, который закончил «лекарем с отличием» в 1871 году. В 1872 году он был назначен младшим врачом 129 пехотного Бессарабского полка и прикомандирован к киевскому военному госпиталю (клиника профессора В.Т. Покровского); в 1872 - 1877 гг. был преподавателем медицинских предметов в киевской военно-фельдшерской школе. В 1873 году Федор Игнатьевич вышел в отставку и остался сверхштатным ординатором в той же клинике, являясь одновременно преподавателем фельдшерской школы. В 1879 он вновь поступает на военную службу младшим ординатором Брест-Литовского военного госпиталя с прикомандированием к клинике Военно-медицинской академии, где через некоторое время получает должность ассистента кафедры врачебной диагностики и общей терапии. В 1888 году был удостоен конференцией Военно-медицинской академии степени доктора медицины и назначен приват-доцентом клиники внутренних болезней. В 1891 году был назначен экстраординарным профессором кафедры госпитальной клиники Военно-медицинской академии, а в 1893 году - ординарным профессором. Был великолепным знатоком физикальной диагностики и очень наблюдательным клиницистом. Ф.И. Пастернацкий опубликовал около 30 печатных работ, в частности: «Графическое выражение температурных величин при острых лихорадочных болезнях» (1883), «О неравномерности зрачков при внутренних болезнях» (1886), «О неравномерности зрачков при аневризмах аорты» (1886 - 87 г.). Являлся одним из основателей отечественной бальнеологии, изучил свойства кисловодского нарзана. В работе «Пиелит» (СПб., 1907) Ф.И. Пастернацкий описал до сих пор используемый диагностический прием, который, по сути, относится к перкуссии, а точнее - к сукуссии. Для диагностики мочекаменной болезни он предлагал больному приподняться на носках и толчком опуститься на пятки. Возникшее сотрясение паранефральной области сопровождалось болью на стороне пораженной почки. Кроме выявления боли Ф.И. Пастернацкий описывал и кратков-

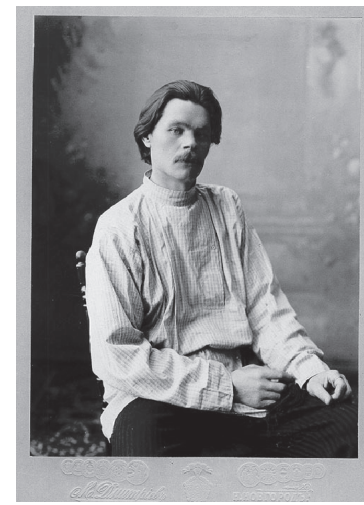
Ф.И. Пастернацкий

ременное появление или усиление эритроцитурии при мочекаменной болезни, пиело- и паранефрите, гидронефрозе и застойной почке при сотрясении паранефральной области. Он предложил прием пальпации почек в коленно-ладонном положении (Н.Н. Пилипцевич, Т.П. Павлович, 2006). Для определения болезненности почек в начале XX века использовались: легкие удары в поясничной области (ветеринарная перкуссия), давление в реберно-позвоночном углу и прием Пастернацкого. Неизвестно почему современные врачи предпочитают ветеринарную перкуссию, называя ее «симптом Пастернацкого»!

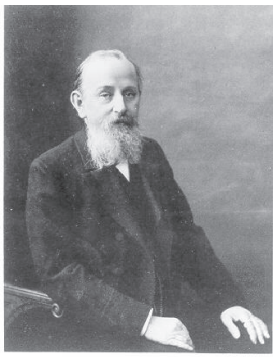
Владимир Михайлович Керниг (1840-1917), доктор медицины, главный врач и почетный консультант Санкт-Петербургской Обуховской женской больницы. Судьба В.М. Кернига в чем-то сходна с судьбой К.А. Раухфуса: не будучи университетским профессором, В.М. Керниг являлся талантливым организатором здравоохранения и одновременно, что сейчас бывает нечасто, вдумчивым, наблюдательным клиницистом, способным не только к наблюдению случаев казуистики и их обобщению, но и к анализу фактов. Он, как и Раухфус, исчерпывающе владел физикальными методами исследования. В те времена, когда работал В.М. Керниг, ЭКГ еще не могло быть диагностическим подспорьем и врачам, столкнувшимся с симптомокомплексом описанной У. Геберденом (W. Heberden) «грудной жабы», приходилось максимально использовать расспрос больного и физикальные методы исследования (пальпацию, перкуссию, аускультацию и оценку пульса). Обладавший великолепной наблюдательностью, В.М. Керниг в 1882 году выступил с сообщением о возможности развития после приступа грудной жабы перикардита. В 1904 году в работе «О перикардите и других объективных изменениях в сердце после приступа грудной жабы» В.М. Керниг писал, что у больных с многочасовыми приступами грудной жабы (речь, безусловно, шла о случаях инфаркта миокарда на фоне тромбоза венечных артерий!) кроме развития признаков недостаточности кровообращения, может повышаться температура тела, увеличиваются размеры сердца и развивается перикардит, симптомами которого являются шум трения перикарда (на 3-5 день после приступа), и повышение температуры тела. В.М. Керниг описал и механизм развития симптомов: тромбоз венечных артерий, развитие некроза миокарда, реактивный перикардит. В 1910 году австрийский патолог К. Штернберг (**Karl Sternberg, 1872-1935)** назвал его «эпистенокардитический перикардит». В 1897 г. В.М. Керниг

В.М. Керниг

опубликовал интересную работу «О притуплении перкуторного тона над легочными верхушками без патологических изменений в них». Следует отметить, что в дорентгенологическую эру притупление над верхушками легких, как и аускультируемые здесь хрипы считались патогномоничным признаком легочного туберкулеза. В.М. Керниг показал, что это не аксиома: у больных с истощением, вызванным любой причиной, или при длительном поверхностном дыхании перкуторное притупление над верхушками может существовать и без туберкулезного поражения. А вот и клинический случай для иллюстрации. Врачи российской глубинки уже в начале прошлого века, ещё лишенные рентгеновского метода, целиком полагались на физикальные методы. Вот эпизод биографии А.М. Горького. Весной 1901 г. он, находясь в Нижегородской тюрьме, заболел. По указанию министра внутренних дел Российской империи к А.М. Пешкову был направлен консилиум из 7 врачей. После осмотра писателя, они вынесли вердикт: *«Пешков высокого роста, несколько сутуловат... Грудь впалая, надключичные и подключичные ямки резко выражены,особенно с левой стороны: при выстукивании перкуторный тон в обеих верхушках резко притуплен, в особенности с левой стороны, как спереди,-так и сзади при выслушивании правой верхушки сзади ясно слышны мелкопузырчатые сухие хрипы (!?), занимающие всю верхнюю долю легких, а в левой верхушке выслушиваются более влажные мелкопузырчатые хрипы... Тоны сердца слабы. На основании изложенных объективных изменений мы... пришли к заключению, что А. Пешков страдает хроническим туберкулезом обеих легочных верхушек...»* (Л.М. Фарбер, 1984). Как мало было нужно для столь грозного диагноза! Но удивляться нечего, А.М.Горький потом около сорока лет лечился у ведущих европейских, российских и советских врачей от туберкулеза, но во время секции И.В. Давыдовский затруднился в поисках его признаков! Горький страдал ХНЗЛ (по Давыдовскому – «неспецифической легочной чахоткой») и тяжелой легочно-сердечной недостаточностью (не бросая курить до самой смерти...) (А.М. Борохов, 1997). В его случае все «классические» физикальные признаки туберкулеза оказались девальвированными даже в руках самых авторитетных клиницистов от ведущих немецких, швейцарских и итальянских фтизиатров до Д.Д. Плетнева и В.С. Хольцмана в СССР!



М. Горький



В.М. Керниг

В 1889 году в работе «К выстукиванию желудка» В.М. Керниг рекомендовал производить перкуссию желудка не только стоя, но и лежа на спине и правом боку, дополняя исследование пальпацией края почки. В 1914 году неугомонный В.М. Керниг опубликовал работу «К учению об опущении печени» (в то время врачи очень интересовались энтероптозом). Он подробно описал все нюансы исследования печени, причем едва ли не первый предложил считать ширину поперечного пальца равной 2 см. Симптом опущения печени – исчезновение печеночной тупости при перкуссии задней поверхности грудной клетки в положении больного стоя носит название «симптома Кернига». Примечательно, что начиная с 1865 года В.М. Керниг использовал только пальце-пальцевую перкуссию. Он описал симптом раздражения мозговых оболочек и «симптом контрактуры коленных суставов» (В.М. Керниг, 1951).

С.Ф. Хотовицкий

Примечательное обстоятельство - несмотря на то, что педиатрия как специальность в первой половине XIX века еще только формировалась, российские педиатры успешно использовали и передавали студентам навыки перкуссии и аускультации у детей. Первый российский педиатр **Степан Фомич Хотовицкий (1796-1885)** закончил с серебряной медалью Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую академию, вместе с Н.И. Лобачевским и П.А. Чаруковским прошел стажировку за границей (1818-1822), был адъюнкт-профессором кафедры повивального искусства, судебной медицины и медицинской полиции, штаб-лекарем, субинспектором академии, академическим библиотекарем. Перевел известное руководство по акушерству К.Г. Каруса и руководство по хирургии А. Купера. Его клинику «в утешение» отдали несправедливо пострадавшему, «невинноговоренному» И.И. Мяновскому. В лекциях по педиатрии 1841/42 гг. С.Ф. Хотовицкий уже давал подробные указания по перкуссии и аускультации ребенка.

Иван Иванович Радецкий (1835-1904) исчерпывающе описал патологию катарального воспаления легких у новорожденных и грудных детей. Он сделал вполне резонный (в дорентгенологическую эпоху) вывод: *«Отличительное распознавание начинающегося дольчатого воспаления легких от катара мелких бронхиальных ветвей положительно не-*

возможно». Говоря современным языком – болезненная и для современных педиатров проблема различия мелкоочаговой пневмонии и бронхита! И.И. Радецкий был великолепным знатоком аускультации и перкуссии, которые у детей, бесспорно, применять гораздо сложнее, чем у взрослых! **Михаил Семенович Зеленский (1829-1890)** - первый русский детский невропатолог. Доктор медицины в 23 года, ассистент Н.И. Пирогова, он в течение 7 лет работал в Максимиллиановской детской больнице. В 1861 году был в заграничной командировке (Вена, Париж, Берлин, Фрейбург). С 1862 года приват-доцент, вел полный курс педиатрии с демонстрацией больных. М.С. Зеленский большое внимание уделял методике исследования ребенка в покое и в период беспокойства, особенностям перкуссии, аускультации и лабораторных исследований. *«Для добросовестного врача есть только одно верное основание для узнания болезни - это объективный экзамен»,* - один из известных его афоризмов. Перевел на русский язык «Руководство к изучению детских болезней» Альфреда Фогеля (1864).

Василий Маркович Флоринский (1834-1899), выпускник Медико-хирургической академии. Был в зарубежной командировке (Прага, Берлин, Лейпциг, Мюнхен, Вена). В Париже стажировался в клинике одного из самых выдающихся клиницистов XIX столетия - АрманаТруссо. Приват-доцент МХА, великолепный специалист по объективным методам исследования в педиатрии. Много внимания уделял изучению сердцебиения плода и новорожденного. Основатель Томского университета. Попечитель Западносибирского учебного округа. Был не только талантливым врачом, но археологом и писателем.

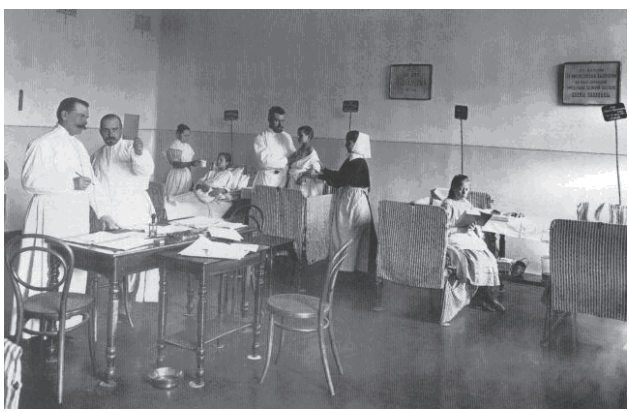
В.М. Флоринский

Н.И. Быстров

Николай Иванович Быстров (1841-1906) - ординарный профессор кафедры детских болезней МХА. Свободно владел пятью языками. Программа преподавания детских болезней Н.И. Быстрова (1869) включала изучение формы грудной клетки, особенностей дыхания у детей, перкуссию и аускультацию. Подчеркивал важность пальпации, предложил различные инструменты для измерения окружности и формы грудной клетки. Его ассистентом был **Иван Павлович Коровин (1843-1908)** - лейб-педиатр, один из лечащих врачей наследника-цесаревича Алексея.

Василий Филиппович Якубович (1857 -?). По окончании медико-хирургической академии в 1880 г. остался при ней в качестве ординатора. В 1884 г. за диссертацию «К учению о псевдогипертрофии и прогрессивной атрофии мышц у детей» удостоен степени доктора медицины, а в 1886 г. был удостоен звания приват-доцента и назначен ассистентом академической детской клиники. С целью ознакомления с детскими больницами Якубович посетил самые известные университетские клиники Германии и Австрии. В 1904 г. назначен профессором кафедры детских болезней в Новороссийском университете, которой заведовал до 1912 г. В.Ф. Якубович напечатал ряд работ, среди которых: «О плеврите у детей» (1886), «К учению о метаморфизме при брюшном тифе у детей», «К диагностике и терапии врожденной атрезии прямой кишки у новорожденных» (1886) и т.д. Но самым ценным было его «Руководство к диагностике детских болезней и способам исследования у детей» (1890), представляющее свод общих диагностических сведений для изучения больного детского организма. Он вел практические занятия по топографической перкуссии и аускультации детей. Примечательно, что даже в 1886 г. профессор детской клиники Шарите в Берлине (Э.Генох?) не обучал перкуссии, аускультации и методам исследования детских болезней (В.С. Вайль, 1949, 1959).

Одной из самых ярких фигур отечественной педиатрии XIX века был **Карл Андреевич Раухфус (1835-1915)**. Во время учебы в Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии увлекался терапией, его учителями были энтузиасты и знатоки физикальной диагностики В.Е. Экк, Н.Ф. Здекауэр и П.Д. Шипулинский. Особенно его увлекли лекции В.К. Экка, талантливого импровизатора, который отличался умением в ярких, четких и вместе с тем сжатых формулировках изложить самое существенное о каждой болезни, необходимое для будущего практического врача. Большой интерес К.А. Раухфус испытывал к патологической анатомии, которую преподавал талантливый В.Л. Грубер. Ученик у столь известных специалистов оказался достойный, хотя собственно педиатрии К.А. Раухфусу учиться было не у кого! После ухода в 1847 г. С.Ф.



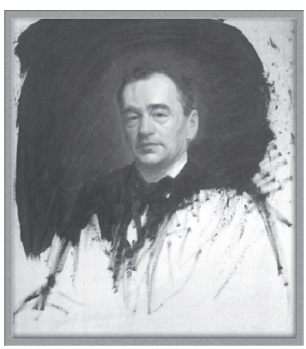
Клиника К.А.Раухфуса

К.А. Раухфус с пациентами

Хотовицкого в отставку ее преподавание пришло в упадок: И.И. Мяновский педиатрией не интересовался, а преемник С.Ф. Хотовицкого, талантливый ученик К.К. Зейдлица, А.М. Хомен-

К.А. Раухфус

ко, читавший курс детских болезней по программе и учебнику С.Ф. Хотовицкого (в качестве адъюнкта), рано умер от холеры. Ни судебный медик Е.В. Пеликан, ни А.Я. Красовский, ни психиатр И.М. Балинский, которым поручалось чтение лекций по педиатрии (!?), не увлекли Раухфуса, и он изучал ее как самоучка, при том, что первая в России детская больница в Петербурге (1834) была второй в мире после Парижской (1802). В 1862 году К.А. Раухфус был направлен в научную командировку, и посетил среди прочих педиатрическую клинику племянника М.Г. Ромберга - **Э. Геноха (Eduard Heinrich Henoch, 1820-1910),** организация которой произвела на него сильное впечатление, особенно если учесть, что до этого он работал врачом воспитательного дома в Петербурге, который трудно было сравнить с клиникой Шарите. В течение сорока лет К.А. Раухфус был главным врачом крупнейшей детской больницы – больницы принца Ольденбургского. Карл Андреевич Раухфус был не только выдающимся организатором здравоохранения, но и прекрасным патологоанатомом и знатоком детских инфекций, тонким диагностом, прекрасно владевшим техникой перкуссии, аускультации и других методов исследования. Интересный факт - когда его мать заболела ларингитом и потеряла голос, он стал изучать ларингоскопию по известному тогда руководству видного австрийского физиолога, изобретателя ларингоскопа **И. Чермака (Johann Nepomuk Chermak, 1828-1873)**. Убедившись в безопасности и результативности



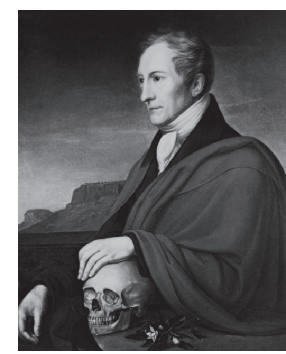
Незаконченный портрет К.А. Раухфуса работы И. Крамского

ларингоскопии, он начал применять ее у детей. Он произвел первую в России и пятую в мире трахеотомию у ребенка. В 1879 году на съезде врачей в Баден-Бадене К.А. Раухфус выступил с докладом о значении изменения формы сердечной тупости для диагностики перикардитов у детей. Ему удалось установить, что при тихой перкуссии правый угол тупости между сердцем и печенью всегда в норме острый, а при скоплении в полости перикарда даже небольших количеств экссудата он приближается к прямому. Симптом так и именовался – «сердечно-печеночный угол Раухфуса». К.А. Раухфус описал этот симптом независимо от В. Эбштейна (Wilhelm Ebstein,1836—1912) («угол Эбштейна»). В 1869 году К.А. Раухфус впервые описал синдром гипоплазии левого желудочка – врожденный порок сердца, являющийся одной из самых частых причин смерти новорожденных с врожденными пороками сердца.В 1903 году К.А. Раухфус сообщил, что при экссудативном плеврите у больных детей можно с самого начала найти притупление перкуторного звука, причем величина притупления меняется в зависимости от величины выпота. Специальным исследованием на трупах он установил, что в основе симптома лежит смещение экссудатом средостения (М.С. Маслов, 1960). Почти одновременно этот признак описал итальянский клиницист **Пьетро Грокко (Pietro Grocco, 1857-1916)** - симптом Раухфуса-Грокко, треугольник Раухфуса-Грокко (triangulum Grocco). П. Грокко разработал и метод пальпаторной перкуссии сердца (метод Орси-Грокко, Orsi-Grocco). К.А. Раухфус сделал несколько интересных описаний клинической казуистики и был инициатором применения в России интубации при крупе и использования противодифтерийной сыворотки. Не будучи профессором, К.А. Раухфус, тем не менее, преподавал педиатрию на Женских врачебных курсах и в институте усовершенствования врачей, возглавляемом Э.Э. Эйхвальдом. В 1894 году К.А. Раухфуса пригласили заведовать кафедрой педиатрии Берлинского университета, на место ушедшего в отставку Э.Г. Геноха, но он отказался. С 1876 года К.А. Раухфус был лейб-медиком царской семьи и в числе других врачей лечил больного гемофилией наследника - цесаревича Алексея. Известно, что И.Н. Крамской в 1887 году писал портрет К.А. Раухфуса, но скоропостижно умер прямо за мольбертом, и портрет остался неоконченным... (М.С. Маслов, 1961, Ю.П. Голиков, 2005).

Глава III. МОСКВА

Матвей Яковлевич Мудров (1776-1831) был *«несомненно, виднейшим представителем клинической медицины в России в первой трети XIX века»* (В.И. Бородулин, 1988). Он разработал систему опроса больного, ввел в обиход историю болезни как медицинский документ и сформулировал (правда, провозглашенный уже К.В. Гуфеландом) постулат лечения больного, а не болезни. Командированный за границу, он слушал лекции самых известных клиницистов того времени: Гуфеланда (Берлин), Решлауба (Гамбург), Рихтера и Балдингера и Озиандра (Геттинген), Беера (Вена), побывал в университетах Лансгута, Бамберга, Берлина и Вюрцбурга, где слушал не только *«хирургию у Зибольда»*, но и лекции по натурфилософии Ф. Шеллинга (Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling, 1775-1854), четыре года прожил в Париже, где посещал лекции Порталя, Пинеля, Бойе и других видных клиницистов того времени, работал в Виленском университете, где познакомился с И. Франком (А.Г. Гукасян, 1949). Пожалуй, наиболее интересным из них был **Ф. Озиандр (Friedrich Benjamin Osiander, 1759-1822)**, профессор акушерского дела и директор родильного дома Геттингенского университета. Ф. Озиандр возглавлял родильный дом в течение тридцати лет. За это время около 3500 женщин родили здесь детей. В отличие от других стран в нем готовили не акушерок, а мужчин-врачей, и это было образцовое родовспомогательное учреждение, вероятно, лучшее в Европе (власти Ганновера не скупились на оказание финансовой помощи). Однако как врач М.Я. Мудров сформировался в те годы, когда перкуссия была в забвении, а Р. Лаэннек не сделал еще своего гениального открытия. Став ординарным профессором патологии, терапии и клиники Московской медико-хирургической академии (1809) и будучи сначала поклонником эмпирической школы **К. Гуфеланда (Christof Wilhelm Hufeland, 1762-1836)**, затем Ф.-В. Бруссе, ярого антипода Лаэннека, М.Я. Мудров с физикальными методами познакомился будучи уже зрелым клиницистом и из вторых рук. М.Я. Мудров и его современники от Лаэннека впервые узнали, что больного, оказывается, можно не только расспрашивать, но и аускультировать! Вероятно, и гигиеническое состояние больных - гос-

М.Я. Мудров



К. Гуфеланд

питали предназначались для неимущих, отнюдь не располагало к тому, чтобы врач приникал к ним ухом. Не случайно же появление особо длинных стетоскопов, максимально увеличивающих дистанцию «врач - больной» (рубеж для переползания насекомых), которые так и именовались: «стетоскоп бедных», «тюремный стетоскоп» и т.д. Вероятней всего, что не аускультация привлекла внимание Мудрова, а патологические изыскания Лаэннека! М.Я. Мудров *«...верил в Бога, в наблюдение у постели больного и в секционный нож...»* (В.И. Бородулин, 1991). Примечательно, что историк медицины говорит: *«...из имеющихся в литературе источников нельзя видеть, как относился Мудров к выслушиванию и выстукиванию»* (Л.Я. Скороходов, 2010). В одной из лекций М.Я. Мудрова, относящихся к 1829 году, он пишет: *«...Применяется также и выстукивание груди по способу Ауэнбруггера, т.е. ударяют пальцами по грудной клетке больного, и тот, кто сумеет различить звуки, получаемые при этом, тот получит много полезного для заключения о характере болезни. Лаэннек по счастливой случайности изобрел посредственное выслушивание и инструмент, который назвал стетоскопом. Если приложить этот инструмент к грудной клетке, можно прослушать различные звуки. В случае заполнения грудной полости водой дыхательный звук не слышен или же он слышен только в верхнем или только в нижнем ее отделах. Если имеются нарывы (vomicae), покрытые оболочкой, то при помощи стетоскопа прослушивается грудной голос. Когда в полости груди имеются гной, воздух или вода, то при помощи стетоскопа прослушивается звук, похожий на блеянье козы»* (цит. по А.Г. Лушникову, 1959). Едва ли это лапидарное описание служит основанием для утверждения, что М.Я. Мудров сделал *«очень много для популяризации в России методов перкуссии и аускультации»* (И.А. Шамов, 1987), что им *«...впервые в России ...подробно обсуждалась значимость предложенной Л. Ауэнбруггером еще в 1761 г. перкуссии и разработанной Р. Лаэннеком аускультации...»* (А.В. Недоступ, О.А. Благова, 2010), или он *«...одним из первых в России применил методы пальпации, перкуссии и аускультации»* (Т.С. Сорокина, 2007). При всем пиетете к имени выдающегося клинициста эти предположения выглядят преувеличением. В данном случае определения «первым» и «подробно» - суть гиперболы. Нет никаких свидетельств того, что М.Я.

В российской клинике (начало XIX в.)

М.Я. Мудров

Мудров был знаком с первоисточником - 900-страничным трудом Лаэннека, и узнал он о гениальном открытии французского клинициста, всего вероятнее, от А.И. Овера, который слушал в Париже лекции Р. Лаэннека и Г. Андраля. После возвращения А.И. Овера из-за границы *«...желая знать о плодах его трудов...и особенно интересуясь успехами патологической анатомии во Франции, М.Я. Мудров рассмотрел лекции Лейнека и Андраля, записанные Овером особенно тщательно с изусного их преподавания...»* (А.Г. Лушников, указ. соч., стр 156). Правильнее предположить, что М.Я. Мудров только *«говорил на лекциях о перкуссии и аускультации»* (М.К. Кузьмин, 1977). В те времена методика освоения опосредованной аускультации еще только формировалась и, конечно, лишь «мастер-класс» клинического преподавателя (как у Р. Лаэннека) мог помочь студентам овладеть методом. Ведь сам М.Я. Мудров писал: «*Многим наукам можно научиться, сидя в своей комнате, через долговременное собственное упражнение без учителя; но медицине, и в особенности высочайшей ее степени - врачебному искусству, никак и никогда. Для снискания знаний врачебного искусства непременно должно иметь живого опытного учителя...»* (М.Я. Мудров, 1820). В то же время знаток проблемы, Ф.С. Цыцурин спустя двадцать лет говорил: *«Аускультацию, следовательно, как и большую часть физической диагностики, невозможно изучить из книг»*. Но, чтобы проводить «мастер-класс», надо самому практически овладеть методом, а вот на это в биографии М.Я. Мудрова никаких указаний нет. Бесспорно, М.Я. Мудров внес значительный вклад в повышение качества образовательного процесса: содержание его лекций и практических занятий совпадало (в отличие, скажем, от А. Труссо), он обучал студентов приемам диагностики («гиппократовским», конечно), в его клинике практиковались утренние профессорские и вечерние адъюнктские обходы вместе со студентами, ночные дежурства студентов и курация больных (А.М. Сточик, М.А. Пальцев, С.Н. Затравкин, 1998). Он стремился, используя достижения естественных наук, перевести медицину *«из гадательных наук к наукам верным»*. При этом он рекомендовал студентам *«позабыть у порога храмины болящего тонкости более ученые, нежели умные, выдуманные для книжной торговли; не редких явлений, не новых лекарств искать, но искать точности и пользоваться старыми пособиями, полученных преданием из рук Ваших опытных учителей»* (А.Г. Гукасян, 1949). Аускультация и перкуссия никак в эти «старые пособия» и «предания» входить не могли! Зато «предания» лежали в основе тех «obscurae repertae», кото-

рым предавались и Мудров и его современники в своих «носографиях»! Желанием Мудрова *«было воплотить в студентах идеал Гиппократова врача»* (Л.Я. Скороходов, 2010), в то время, как Лаэннек, отдавая дань Гиппократу, предпочел все же заняться практическим делом - аускультацией, а не колебаться *«подобно маятнику между различными «системами»*, как кумир Мудрова - Гуфеланд! Поражает, как мог М.Я. Мудров сочетать каноническое православие с масонством! *«Широк русский человек...»*, - говорил в таких случаях Ф.М. Достоевский. Примечательно, что М.Я. Мудров психологию московских купцов понимал ничуть не хуже Г.А.Захарьина, если судить по его советам студентам (А.Ф. Кони, 1913). Однако, авторитет М.Я. Мудрова, *«крупнейшего московского терапевта, за пределы Москвы не распространялся»* (В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 1997).

Преемник М.Я. Мудрова по кафедре **Иустин Евдокимович Дядьковский (1784-1841)** продвинулся не намного дальше в использовании физикальных методов диагностики. Нам не кажутся убедительными доводы историка медицины: *«Несмотря на то, что достижения Лаэннека широко раздвинули возможности практической и теоретической медицины, сами по себе, без правильного материалистического подхода к изучению организма и его патологии, они не могли бы двинуть науку о больном человеке дальше определенных пределов, доступных этому методу. Наоборот, клиническое творчество Дядьковского было тем прочным фундаментом, который обеспечивал дальнейшую плодотворную работу в будущем»* (А.Г. Лушников, 1953). Выглядит так, что работа великого Лаэннека нуждалась в материалистическом «сопровождении» И.Е. Дядьковского! В описании физикальных методов, очень лапидарном, И.Е. Дядьковский почти дословно повторяет М.Я. Мудрова: *«Для узнания как пространства, так и самого местопребывания нагноения с пользой может служить стетоскоп. Когда легкие здоровы, то инструмент сей, приложенный к груди, издает легкий, равномерный кипению воды подобный шум, который соответствует акту дыхания; напротив, если в какой-либо части легких находится воспаление, обыкновенно препятствующее свободному прохождению воздуха в воздухоносные пузырьки, то стетоскоп укажет то самое место, где воздух не производит сотрясения, необходимого при акте дыхания, и, таким образом, откроется местопребывание воспаления. Если в легких находится нагноение, то в сем случае издаваемый стетоскопом звук представляется неровным, как бы клокочущим, замечается в легких некоторого рода звук, как будто что-*

И.Е. Дядьковский

то жидкое хочет прорваться из своего вместилища. При посредстве стетоскопа можно удобнее и вернее делать предсказание как относительно опасности для жизни, так и продолжительности болезни» (И.Е. Дядьковский, 1846). Примечательно, что сам стетоскоп ни М.Я. Мудров, ни И.Е. Дядьковский не описывают. Скорее всего, они его не только в руках не держали, но и не видели никогда! Зато И.В. Дядьковский оставил меткое и современно звучащее высказывание о пальпации: *«Говоря о последних двух исследованиях и в особенности о ручном, нельзя не упомянуть здесь о том удивительном нерадении, с которым многие из врачей производят его в особенности в болезнях брюшных внутренностей. Подавив больному в том или другом месте живот пальцами, они думают, что сделали все, что только должно им было сделать; и вот если больные не обнаружили нигде во внутренностях ни сильной боли, ни слишком явной твердости, они решительно заключают, что внутренности здоровы и затем вслед дают самые ложные объяснения болезням, видимо проистекающим из болезненного состояния брюшных внутренностей... «Больные страдают и гибнут «единственно от того, что врачи не хорошо их обследовают»* (И.Е. Дядьковский, 1836). И.Е. Дядьковский был известен тем, что имел дом на Тверском бульваре, что лечил Н.В. Гоголя и тем, что ему был посвящен романс А.Е. Варламова на стихи М.Ю. Лермонтова «Горные вершины спят во тьме ночной». *«Однако,* - пишет историк медицины, - *трудно выявить какой-либо конкретный и крупный его* (И.Е. Дядьковского-Н.Л., В.А.) *вклад в развитие клиники внутренних болезней»* (В.И. Бородулин, 1988).

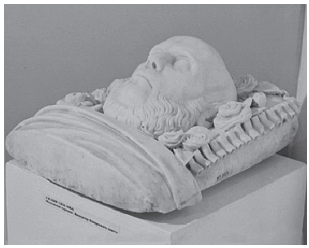
Адъюнкт И.Е. Дядьковского **Козьма Васильевич Лебедев (1799-1884)** был еще более краток в описании физикальных методов и в своем «Руководстве к общей терапии», 1841 написал: *«Болезни грудные исследоваются через выслушивание или собственным ухом или стетоскопом или чрез поколачивание груди»* (А.Г. Лушников, 1959). Немного же из такого описания могли почерпнуть студенты, и о каком широком распространении перкуссии и аускультации может идти речь! Обращает на себя внимание существовавшая тогда среди профессоров терапевтических клиник «мода» на классификации болезней – «носографии». Не избежали этого ни Мудров, ни Дядьковский, ни Лебедев. Они либо предлагали свои классификации, либо критиковали чужие! Для студентов, безусловно, было бы полезнее обучение методам физикальной диагностики, чем подобные умопостроения.

Известно, что в Московской Медико-хирургической академии существовала кафедра патологии, терапии и клиники, которую с 1808 по 1813 год возглавлял профессор Ф.Ф. Саблер, затем М.Я. Мудров (до 1817 года), потом Я.В. Кир. После разделения кафедры на две: общей и част-

ной терапии с клиникой, там работали Л.А. Ясинский, А.И. Овер, И.Е. Дядьковский и К.В. Лебедев. В 1839 году после Я.Б. Кира на кафедру клинической терапии предполагалось назначить **Ивана Яковлевича Зацепина (?-1865).** Еще один талантливый человек, еще одно несправедливо забытое имя. Попович из Тамбовской губернии, в 1815 году закончил Воронежскую духовную семинарию, в 1816 году поступил в Московскую медико-хирургическую академию, откуда в 1820 году перешел в Московский университет. В 1823 году стал доктором медицины, затем был учителем, библиотекарем и младшим врачом Московского кадетского корпуса. В 1835 году стал адъюнктом кафедры терапии ММХА. Он был в 1836 году вместе с И.Т. Глебовым командирован за границу с целью подготовки к занятию профессорской должности. Стажировался он в Германии, в частности в клинике знаменитого Петера Крукенберга, энтузиаста применения физикальных методов диагностики. Но за год до его возвращения был объявлен конкурс на замещение вакантной должности, на которую претендовали А.И. Овер и Г.И. Сокольский. Победил Овер, а Зацепин позже все-таки стал ординарным профессором, но «медицинской энциклопедии, методологии и истории медицины». Его вступительная лекция называлась очень символично «О важности истории медицины для практического врача». *«Усердно занимавшийся клиническими дисциплинами, И.Я. Зацепин в силу сложившихся обстоятельств должен был читать лишь историю медицины с энциклопедией»,*- пишет историк медицины (А.Б. Прейсман, 1961). Современники отмечали выдающиеся способности И.Я. Зацепина, его знание многих языков, он, в частности, перевел руководство по семиотике уже упомянутого нами известного немецкого врача К. Шпренгеля. И.Я. Зацепин стал издателем «Терапевтического журнала», в котором, в частности, был напечатан материал о применении стетоскопа для исследования груди. Из-за привычной нищеты журнал нигде, кроме ММХА, не распространялся и был вполне «российским» (выходил бессистемно и неряшливо) и вскоре прекратил существование. Какая удивительная вещь, И.Я. Зацепин освоил перкуссию и аускультацию у Крукенберга, но мог использовать их только как врач Межевого института, а не клинический профессор, в то время как «тайный советник и всех орденов кавалер» А.И. Овер превосходно обходился и без них!

Примечательно, что среди профессоров Московского университета был человек, у которого была блестящая возможность усвоить аускультацию из «первых рук» - от самого Р. Лаэннека! Им был выходец из семьи французского эмигранта, заслуженный профессор терапевтической клиники и директор терапевтического отделения факультетской клиники Московского университета, инспектор московских больниц граждан-

ского ведомства, гоф-медик, опытный хирург и талантливый анатом, *«знаменитый московский практик и человек с большими дарованиями»* **Александр Иванович Овер (1804-1864)**. В течение шести лет (1823-1829) он был в заграничной командировке (Париж, Страсбург, Лондон, Монпелье, Берлин), где слушал лекции хирургов **Г. Дюпюитрена** и **Ж. Лисфранка (Jacques Lisfranc de St. Martin; 1790- 1847)**, и терапевтов – **Ф. Бруссе, Г. Андраля** и **Лаэннека!** Но хотел он быть хирургом: в Москве стал сначала помощником профессора хирургической клиники А.А. Альфонского и читал курс оперативной хирургии (в ММХА он, как уже сказано, занимал терапевтическую кафедру). Он вполне овладел хирургическим мастерством и первым в Москве произвел перевязку крупных артерий: сонной и подключичной. В 1842 году А.И. Овер заменил на кафедре ушедшего в отставку Х.Г. Бунге. Любопытно, но самый важный научный труд терапевта А.И. Овера - превосходный хирургический атлас, изданный в 1847-1852 гг. Он первым в России начал готовить анатомические муляжи. А.И. Овер был инициатором применения в России при тифах популярного в Европе метода лечения лихорадочных больных холодными ваннами. А.И. Овер был отмечен многими почетными званиями и наградами. По отзывам современников, хотя и не использовавший перкуссии и аускультации (почему он не привез из Парижа стетоскоп, загадка!) А.И. Овер был хорошим диагностом. *«Как профессор медицинской клиники, Овер... придерживался учения знаменитых представителей французской школы - Лаэннека, Бруссе, Крювелье, Андраля, Буйо и др.»*, - пишет историк медицины. Можно предположить, что у Лаэннека больше всего импонировала А.И. Оверу как раз патологоанатомическая «составляющая».



Горельеф А.И. Овера

Здание факультетских клиник Московского университета. Первая половина XIX века

Вот как воспринимался А.И. Овер студентами: *«Овер просто мне не нравился; лично я не мог против него ничего иметь. У меня не было вовсе*

никаких с ним личных дел и сношений. Он совсем не знал меня, как не знал и большую часть студентов, которых он изредка только удостаивал чести прослушать его красноречивую лекцию на плохо им понятном латинском языке. Овер, говорю я, меня не знал; я его тоже, можно сказать, «игнорировал». Для меня, как, вероятно, и для всех моих товарищей, несравненно большее значение имел его помощник Млодзеевский...По-моему, Овер был очень неприятен, чтобы не сказать более. Красота его была даже, я нахожу, несколько противная - французская, холодная, сухая, непривлекательная красота. ...Вот какой был вид у Овера. Росту он был хорошего, плечист и складен; точно так же, как и Иноземцов, он был брюнет. Черты его были очень правильны, нос с умеренной и красивой горбинкой, лоб очень открытый, высокий и выразительный. Но над этим прекрасным, возвышенным челом был довольно противный, резко заметный парик (парик, особенно на человеке пожилом, - всегда несколько противная претензия). Говорят, будто бы из скупости он имел даже два парика - один будничный, а другой для праздников, разного цвета: я его видал только по будням, и потому не знаю, правда ли это. Цвет лица у Овера был ...смугловатый, правильное лицо Овера как-то все лоснилось и блестело, как желтая медь. Живые выпуклые глаза его не имели в себе ни малейшей симпатичности; они сверкали сухой энергией - и больше ничего.

Он приезжал в нашу приготовительную клинику всегда в одном и том же, неформенном коричневом фраке и высоком галстуке. Проходил быстро в свой кабинет и читал нам лекции очень редко.

...Крикливый, бранчливый, звонкий голос А.И. Овера, его несколько наглые манеры, его равнодушие к студентам, его обращение с ближайшими подчиненными, нередко очень грубое, - все это было таким контрастом с милой мрачностью и приятным органом Иноземцова, с его любовью и добротою к ученикам, с его мягкой и серьезной порядочностью!

Овер в своем модном коричневом фраке и при всей великосветскости своей был все-таки менее джентльмен, менее distingue (отличный (фр.), чем Иноземцов в своем чиновничьем, доверху застегнутом синем вицмундире.

Овер был похож на храброго, распорядительного и злого зуавского полковника, на крикливого и смелого француза-parvenu (фр. «parvenu» - выскочка» - Н.Л., В.А.) (К.Н. Леонтьев, 2002). О нем, как о диагносте, высоко отзывался Г.И. Сокольский, хотя в то же время И.М. Сеченов вспоминал: *«Существовавшему в те времена единственному способу (разумеется, кроме смотрения на языке и щупанья живота и пульса рукой) исследования больного, выстукиванию и выслушиванию груди, нас учили в этой клинике* (клиника А.И. Овера - Н.Л., В.А.) *на словах, во время обхода, предоставляя нам упражняться в обоих искусствах самостоятель-*

но, без всякого руководства» (И.М. Сеченов, 1952). Есть и еще более категоричное суждение: *«...в то время как Шкода, критически пересматривая учение Лаэннека, разработал блестяще методы аускультации и перкуссии, когда в клинике Шенлейна начали широко вводить точные методы исследования: микроскопич., хим. анализ и пр., Овер в своей клинике не показывал студентам применения стетоскопа и плессиметра, вскользь только упомянув об этих методах на теоретических занятиях. При постели же больных Овер никогда не спрашивал студентов о применении аускультации и перкуссии к распознаванияю грудных болезней. Все заменял тщательный опрос и осмотр больного, доведенный Овером до виртуозности. На клинических лекциях он приказывал больным раздеваться донага и заставлял вызываемого студента внимательно осматривать больного»* (И.Д. Страшун, 1936). Примечательно, что перкуссию и аускультацию в клинике Овера все-таки преподавали, сначала Н.С. Топоров, затем К.Я. Млодзеевский, хотя о них имеется не очень лестный отзыв друга С.П. Боткина, врача и писателя Н.А. Белоголового: *«...клиника Овера лежала совсем на попечении его адъюнкта - К.Я. Млодзиевского, наставника не бойкого, узкого и до того отсталого, что он, например, с большим недоверием отзывался о постукивании и выслушивании и избегал их применять при исследовании больных...профессор частной патологии и терапии Н.С. Топоров старался укрепить в своих слушателях убеждение, что исследование больных посредством постукивания и выслушивания есть чисто шарлатанский прием, выдуманный для пускания пыли в глаза больному и публике...»* (Н.А. Белоголовый, 1892).

...Еще при жизни крайне тщеславный А.И. Овер построил себе усыпальницу в виде часовни, в которой был установлен белокаменный саркофаг, в крышку которого был позже вмонтирован выполненный с посмертной маски горельеф. После разорения часовни горельеф, к счастью, сохранился (см. рисунок).

Корнелий Яковлевич Млодзеевский (Млодзиовский) (1818-1865) - профессор частной патологии и терапии Московского университета. Медицинское образование он начал в Виленской медико-хирургической академии, откуда через 2 года перешел в Московский университет. По окончании курса наук в 1846 году стал помощником ординатора терапевтической клиники А.И. Овера, ассистентом в 1848 г., в 1849 г. - адъюнктом факультетской терапевтической клиники - читал по латыни курс приготовительной клиники (пропедевтики) и семиотики. В 1859 г. находился в заграничной командировке во Франции и Германии. В этом же году назначен экстраординарным профессором кафедры частной патологии и терапии, в 1863 г. стал ординарным профессором. Прекрасно владел французским, английским и немецким языками. Примечатель-

К.Я. Млодзеевский

но, что в преподавании Млодзеевский (как и Топоров) использовал популярное в Европе руководство по внутренним болезням **А. Рациборского (Adam Raciborski, 1809-1871)** - *«обширный и обстоятельный трактат по общей и частной диагностике с особенно подробной перкуссией и аускультацией»*. Адам Рациборский, выпускник медицинского факультета Варшавского университета, польский диссидент, участник Польского восстания 1830 года, эмигрировал в 1831 г. во Францию, в 1834 году получил степень доктора медицины, заведовал клиникой в госпитале Шарите. Пользовался высоким авторитетом у парижских клиницистов, среди которых было много славных имен. В Париже Рациборский и написал свою знаменитую работу, использованную К. Млодзеевским – «Новое полное руководство по аускультации и перкуссии» («Nouveau manuel compiet d'auscultation et de percussion» (1835). Спустя год он выпустил настоящую энциклопедию диагностических методов объемом почти 950 страниц – «Precis Pratique et Raisonne du Diagnostic, contenant L'Inspection, La Mensuration, La Palpation, La Depression, La Percussion, L'Auscultation, L'Odoration, La Gustation, Les Reactifs Chimiques, L'Interrogation des Malades, La Description des Maladies de la Peau, de la Bouche, de la Gorge, des Parties Genitales, des Alterations du Sang, des Affections du Systeme Nerveux, de L'Appareil Respiratoire, Circulatoire, Digestif, Urinaire, etc. etc.». К.Я. Млодзеевский славился как хороший преподаватель *«современностью, общесторонностью, основательностью, последовательностью и точностью»*. Историк пишет, что К.Я. Млодзеевский пользовался *«самой лучшей репутацией и всеобщей любовью»*, все время отдавал университету и не в пример многим профессорам, в т.ч. и Оверу, частной практикой занимался только в свободное время, которого у него было немного (Н.М. Богданов, 1909). Любопытное свидетельство об К.Я. Млодзеевском оставил К.Н. Леонтьев, выдающийся религиозный философ, начинавший свою деятельность как врач: «Он читал нам в приготовительной клинике *семиотику*, т.е. науку о *признаках болезней* и об их распознавании, и потом показывал нам те же самые явления и признаки на *действительных больных*, лечившихся в клинике под его руководством. Он учил нас самому нужному в жизни - практическому врачебному эмпиризму; приучал нас подступать к больному, учил сразу и *диагностике*, и частной *терапии* (лечению)... ...*Млодзеевский казался мне очень*

почтенным человеком, и я нахожу, что в малой клинике он был полезнее всех, полезнее даже самого Иноземцева. Он говорил все такие ясные, ощутительные вещи; у постели больных обращал наше внимание на такие частности, которые раз и навсегда оставались в памяти. У меня до сих пор хранится маленькая переплетенная тетрадка, в которую я записывал одно время то, что он нам говорил о признаках: «о рвоте, пульсе, эвакуациях, о сердцебиении, о боли, жаре и ознобе, о кашле и бреде». Просто и так хорошо. Мне кажется, что если бы собрать от разных студентов все то, что Млодзеевский говорил хотя бы, положим, за пять лет, и составить из этого маленькую книжку, то право можно бы приготовить по ней очень хорошего фельдшера, или очень полезного деревенского эмпирика» (К.Н. Леонтьев, 2002).

По новому уставу Московского университета 1835 года кафедра патологии, терапии и клиники была разделена на кафедру частной патологии и терапии, которая не была связана с клинической базой и которой заведовал Г.И. Сокольский, и кафедру патологической семиотики и терапевтической клиники, профессором которой в 1836 г. стал **Христофор Григорьевич Бунге (Christian Bunge, 1781-1860).** Он был личностью в своем роде уникальной. Выпускник Медико-хирургического института в Санкт-Петербурге 1801 г., прошедший стажировку в Вене у И.П. Франка, он резко переквалифицировался в ветеринары и два года учился в Вене и Берлине. Вернувшись в Петербург, за неимением места, он продолжал лечить людей, затем вернулся к ветеринарии, потом снова к больным и раненым (служил в эвакуированном в Касимов Московском военно-временном госпитале под руководством Х. Лодера). Ветеринарию он не оставлял до своего выхода в отставку в 1842 году, и шесть лет совмещал ее с профессорством на терапевтической кафедре. Уважаемый заслуженный профессор, он трижды избирался ученым секретарем, деканом и проректором Медико-хирургической академии. *«Многое сделал для внедрения в педагогический процесс объективных методов исследования больных (перкуссия и аускультация)»*,- пишет историк (Н.Б. Коростелев, 1998). Никаких данных, подтверждающих это, однако, не приводится, но на кафедре, возглавляемой Х.Г. Бунге, Н.С. Топоров с 1841 года вел курс перкуссии и аускультации для студентов.

Николай Силыч Топоров (1803-1888) - ординарный профессор кафедры частной патологии и терапии Московского университета. Он в 1827 году окончил медицинский факультет Московского университета и *«совершенствовался в практической медицине в Московском военном госпитале»*. Будучи с 1836 г. адъюнктом кафедры Х.Г. Бунге, завершил свое медицинское образование в европейских университетах, в том числе у Г. Андраля и Ж.Б. Буйо в Париже и у И.Л. Шенлейна в Цюрихе, в

1838-39 гг. изучал аускультацию в клинике Й. Шкоды, а патологическую анатомию у К. Рокитанского. Он побывал в университетах Геттингена, Гиссена, Марбурга, Бонна, Страсбурга, Милана, Падуи, Триеста, Берлина, Варшавы. Перечень клиницистов, у которых занимался (о многих из них мы уже упоминали) Н.С.Топоров, внушителен: **Биетт (Laurent Theodor Biett, 1781-1840), Жандрен (Augustin-Nicolas Gendrin, 1796-1890), Рикор (Philippe Ricord, 1800-1889), Дюбуа (Paul Antoin Dubois, 1795-1871), Роже (Henri Roger, 1809-1891), Донне (Alfred Donne, 1801-1878)**. Примечательно, что в Париже Н.С. Топоров частным образом занимался аускультацией у того же А. Рациборского (Н.М. Богданов, 1909). Получив столь основательную подготовку, он продолжал работать в клинике Х. Бунге, потом А.И. Овера, а уже затем заменил Г.И. Сокольского. А.И. Овер в 1848 году при выборах профессора кафедры патологической анатомии и патологической физиологии говорил о Топорове: *«в профессоре этой кафедры... основательное теоретическое знание своего предмета должно быть соединено с опытностью, знанием химии, микроскопии и семиотики..., все сии качества имеются в одном-единственном из членов сего факультета адъюнкте терапевтической клиники и патологической семиотики г. Топорове»* (В.И. Бородулин, В.Д. Тополянский, 2007). Но как с этим совмещается другое мнение: *«...профессор Топоров...публично глумился над попытками применения микроскопа в целях обоснования диагноза»* (Л.Я. Скороходов, 2010). Любопытные воспоминания о Н.С. Топорове оставил И.М. Сеченов: *«Виной моей измены медицине было то, что я не нашел в ней, чего ожидал, - вместо теорий - голый эмпиризм. Первым толчком к этому послужили лекции по частной патологии и терапии профессора Николая Силыча Топорова....»*, и далее: *«Впоследствии, когда мы с Боткиным вспоминали наше студенчество, он всегда отзывался о Николае Силыче как очень умном человеке и хорошем практике. Некоторую отсталость его он оправдывал словами якобы самого Николая Силыча: «Зачем нам термометры да микроскопы, была бы сметка, мы и без них нажили Топоровку» (на Малой Молчановке были два дома Топорова, и эту улицу медики прозвали Топоровкой)»* (И.М. Сеченов, 1952). Из воспоминаний И.М. Сеченова следует, что Топоров рекомендовал студентам учебник Гризолля, о чем он не без иронии пишет *«...видно, Николай Силыч и Гризоль устарели»*. Чем так не понравился И.М. Сеченову Гризолль? **О. Гризолль (Augustin Grisolle, 1811-1869)** - профессор парижского медицинского факультета, член Академии медицины (Academie de Medecine), автор двухтомного руководства по внут-

Н.С. Топоров

О. Гризолль

ренним болезням «Traite elementaire et pratique de pathologie interne (1844) и 744-страничного «Трактата о пневмонии» «Traite De La Pneumonie » (1864), заведующий клиникой парижского госпиталя **L'HOTEL-DIEU**. Для своего времени руководство О. Гризолля вовсе не было плохим или устаревшим, может быть, только слишком подробным. С неприязнью отзывался о Н.С. Топорове друг С.П. Боткина Н.А. Белоголовый: *«Он читал частную патологию и терапию по своим запискам, из года в года, строго придерживаясь текста учебника парижского клинициста Шомеля, весьма посредственного и ограниченного»* (Н.А. Белоголовый, 1898). Может быть, Белоголовый ошибается, не Шомеля, а Гризолля? В любом случае суждение столь же безапелляционное, сколь и несправедливое. Кто такой Шомель? Преемник Лаэннека в качестве шефа внутренней медицины Парижского факультета, директор клиники Шарите, **О.Ф. Шомель (Auguste-Francois Chomel, 1788-1859)** - ученик Ж.Н. Корвизара, видный французский интернист и патолог. Ф. Шомель возглавлял клинику Шарите и **L'HOTEL-DIEU**, был лейб-медиком короля Луи-Филиппа. Он уже в 1828-1829 гг. в своей клинике активно применял для диагностики выслушивание стетоскопом и непосредственную аускультацию, в том числе и брюшной полости, наряду с традиционными, «гиппократовскими» методами обследования и опросом больных. Ф. Шомель считал, что опосредованная аускультация должна дополнять непосредственную, особенно в тех случаях, когда были сомнения в том, что, собственно, услышал врач. Он использовал перкуссию у 30% больных, в том числе перкуссию брюшной полости. Аускультативные феномены он именовал так же, как и Лаэннек: «крепитация», «бронхофония», «эгофония», «металлическое звяканье», «шум падающей капли», «сибилянтные хрипы» и т.д. Он понимал ограниченность возможностей аускультации при центрально расположенных очагах воспаления или на ранних стадиях пневмонии. Ф. Шомель считал, что если есть кровь в мокроте, а аускультация и перкуссия ничего не обнаруживают, все-таки надо думать о чахотке. Он считал пульс, а не исследовал его качества, как его предшественники, и частоту дыхательных движений. Ф. Шомель описал острый полиневрит, сейчас

Ф. Шомель

известный как синдром Гийена-Барре. Он осматривал зев, хорошо владел пальпацией и даже пытался на основании данных, полученных с ее помощью, проводить дифференциальную диагностику при пальпируемом образовании в брюшной полости, сопровождаемом желтухой, причем он оценивал и темную мочу, и обесцвеченный кал, проводил вагинальное и ректальное исследование. В его клинике производилось исследование мочи на содержание мочевины. Примечательно, что Шомель сопоставлял количество выпитой жидкости и диурез больного и был знаком с работой Р. Брайта (альбуминурия). Он оценивал состояние крови при кровопускании и мокроты («туберкулезная», «плевритическая», «пневмоническая»). Ф. Шомель очень тщательно приводил в лекциях протоколы всех аутопсий больных и в этом, несомненно, был последователем Лаэннека. Шомелю принадлежит любопытный афоризм: *«Искусство диагностики, как и прогноза, трудно описать словами»*. При осмотре он оценивал выражение лица пациента, положение тела, движения и придавал очень большое значение расспросу больного. В 1849 г. **У. Хукер (Worthington Hooker, 1806-1867),** известный американский врач, профессор теоретической и практической медицины Иельского университета, вице-президент Американской медицинской ассоциации в книге, «Врач и пациент, или практический взгляд на взаимные обязанности, отношения и интересы медицинских работников и общественности» утверждал, что в Новое время этическую аксиому «Primum non nocere» первым высказал именно Шомель (L.S. Jacyna, 1989)! Н.И. Пирогов называл Шомеля вместе с Андралем, Луи, Рустеном, Крювелье и Буйо *«истинными представителями научной медицины того времени»*. Неясно, о каком учебнике говорит Н.А. Белоголовый. Скорее всего, это «Lecons de Clinique» Ф. Шомеля, издания 1834-40 гг. Ф. Шомель - современник многих российских клиницистов первой половины XIX века, но он уже уверенно шел по пути, проложенному Лаэннеком, по пути клинициста и патолога, а не автора бесплодных систем и «носографий»! В чем же, позволительно спросить, его «ограниченность» и «посредственность» по сравнению с российскими профессорами того времени? Сейчас смешно читать рассуждения на эту тему, ведь тогда *«...научное солнце светило с Запада...»*. Мы полагаем, что оно «светило с Запада» не только тогда, и что уж совершенно несомненно, естественнонаучная медицина *«взошла на кафедры российских университетов только в 60-х годах – с Боткиным и Захарьиным...»* (В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 1999). Но мы отвлеклись. Более справедливым представляется иное мнение о Н.С. Топорове: *«Надо полагать, он был и умным человеком, и хорошим практическим врачом, и компетентным, научно подготовленным преподавателем... Другое дело, что по складу характера и убеждениям Топо-*

ров, несомненно, принадлежал не к разряду новаторов, реформаторов, а к распространенному психологическому типу эмпириков и консерваторов. Не сразу и не очень охотно впускал он различные новшества в свою врачебную практику и в процесс университетского преподавания» (В.И. Бородулин, В.Д. Тополянский, 2007). Перефразируя нашего выдающегося философа, у Н.С. Топорова: *«...переплетались ...черты индивидуального характера, внушавшие... уважение, с очень неприятным упорством в предрассудках, пристрастием и нежеланием двигаться вперед, искать»* (Н.А. Бердяев, 1904).Примечательно, что Н.С. Топоров *«...в возможности перкуссии и аускультации как преобразующих врачебную диагностику методов непосредственного исследования больного не поверил – впрочем, как и большинство современных ему врачей»*. Не поверил, но еще будучи адъюнктом, *« подавал отдельно от профессора в присутствии учащихся советы приходящим больным, излагал студентам V курса учение о перкуссии и аускультации при постелях больных, объясняя приложения этих диагностических средств к распознанию грудных и брюшных болезней»!* (М.М. Кузьмин, Н.С. Потекаев, 1960). Или лишь фарисействовал, ни во что не веря?

Современником указанных клиницистов был профессор кафедры госпитальной терапии Московского университета **Иосиф Васильевич Варвинский (1811-1878).** После окончания медицинского факультета Харьковского университета он был направлен в профессорский институт в Дерпте, где среди его наставников были Н.И. Пирогов и профессор Дерптского университета **Готлиб Иосифович Замен (1789-1848).** Г.И. Замен - доктор медицины с 1811 г., в 1814-1815 гг. находился в научной командировке в Вене и Вюрцбурге, с 1828 г. стал профессором кафедры терапии и клиники в Дерпте. Именно Г. Замен был руководителем диссертационной работы И.В. Варвинского. Считается, что он и обучил И.В. Варвинского физикальным методам исследования, который применял их во время работы над докторской диссертацией (1836-1838 гг.). В 1838 г. И.В. Варвинский был назначен адъюнктом кафедры частной патологии и терапии, которой руководил выдающийся российский клиницист Г.И. Сокольский, а в 1839 году – помощником профессора терапевтической клиники Х.Г. Бунге. В 1841 году И.В. Варвинский был направлен на 2 года в заграничную командировку. Он посещал лекции И.Мюллера и И. Шёнлейна в Берлине, Ф. Бруссе, Г. Андраля, Ж.Б. Буйо, Ф. Мажанди,

И.В. Варвинский

Ф. Вельпо в Париже, К. Рокитанского и Й. Шкоды в Вене. Вернувшись в Россию, И.В. Варвинский в течение 1843-44 гг. преподавал в Московском университете «практически клиническое учение внутренних болезней», обращая особое внимание на болезни сердца. В преподавании он активно использовал перкуссию и аускультацию. С 1844 года И.В. Варвинский - профессор частной патологии и терапии Дерптского университета. Во втором полугодии 1845 года он читал студентам специальный курс «О болезнях дыхания и кровообращения в связи с учением об аускультации и перкуссии с демонстрациями и практическими занятиями на живых и трупах». Став в 1846 году профессором кафедры госпитальной терапии Московского университета, И.В. Варвинский остался приверженцем физикальных методов диагностики. В этой связи примечательна его актовая речь «О влиянии патологической анатомии вообще и клинической в особенности», произнесенная «в торжественном собрании Императорского Московского университета» в июне 1849 года. В ней он отдал дань великому Р. Лаэннеку: *«У постели больного, при распознавании болезней грудных органов (прежде самой трудной и темной области патологии) мы ежедневно убеждаемся в важности приобретения, которым обязаны гению Лаэннека... Учение о постукивании и выслушивании, как способах распознавать болезни, выдержало с победой испытания 30 лет... Аускультация и перкуссия распространили свет в тех областях, в которых прежде господствовал непроницаемый мрак – в болезнях легких и сердца. Посредством выслушивания и поколачивания мы в состоянии теперь следить за болезненными изменениями этих органов от начала болезни до конца... Между тем есть врачи, полагающие, что учение об аускультации и перкуссии мало принесло пользы терапии болезней, конечной цели нашей науки...».* Здесь просматривается намек на Гуфеланда и терапевтический нигилизм Шкоды! В отличие от последнего И.В. Варвинский убежденно говорил: *«Верное распознавание болезни есть необходимое условие для приличного лечения; только отчетливое знание того, что должно лечить, может успокоить совесть врача и спасти доброе имя его и честь самой науки от упреков».* Любопытно, что годом раньше в «Московском врачебном журнале» И.В. Варвинский описал случай, который служил блестящей иллюстрацией к его словам. Речь шла о пациентке 26 лет с экссудативным плевритом. Ввиду тяжести больной И.В. Варвинский решился на торакоцентез, который тогда был редкостью и считался серьезным вмешательством. Операция оказалась удачной - у больной было удалено 1,6 л экссудата. При перкуссии тупость, которая поднималась очень высоко, после операции опустилась до уровня на два пальца выше диафрагмы, а аускультативно выслушивалась крепитация, что И.В. Варвинский объяснил поступлением воздуха в

спавшиеся до того альвеолы. Как тут не вспомнить слова Р. Лаэннека: *«операция эмпиемы скоро сделается гораздо более употребительной, и чаще будет приносить пользу по мере распространения выслушивания груди»* (И.А. Зиновьев, 1962). Студентами И.В. Варвинского были Г.А. Захарьин, С.П. Боткин и И.М. Сеченов. У С.П. Боткина сложились дружеские отношения с И.В. Варвинским, с которым он беседовал о перкуссии и аускультации и который подарил ему свой стетоскоп (Б.Д. Петров, 1982). В 1852 году И.В. Варвинский был участником консилиума во время последней болезни Н.В. Гоголя...

На кафедре, руководимой И.В.Варвинским, был адъюнктом **Павел Лукич Пикулин (1822-1885),** личность в высшей степени талантливая, неординарная и интересная. Совершенно справедливо его называли одним из наиболее одаренных клиницистов конца 40-х - начала 50-х гг. XIX века. П.Л. Пикулин родился в 1822 году в семье **Луки Егоровича Пикулина (1784—1824),** профессора анатомии и физиологии Московской медико-хирургической академии и главного врача российской армии во Франции в 1816 г. Потомственный врач, после окончания в 1843 году Медико-хирургической академии в Москве, он дольше других был сотрудником И.В. Варвинского (1846-1863). Примечательно, в контексте дальнейшего, что его учителем в академии был К.В. Лебедев, который едва ли мог научить талантливого студента тонкостям физикальной диагностики, о которой сам знал понаслышке. Эта заслуга принадлежала И.В. Варвинскому, под чьим руководством Пикулин формировался как врач и клинический преподаватель. *«При наблюдении больных и при обслуживании патологических явлений я много обязан вниманию и советам профессора Иосифа Васильевича Варвинского»,* - пишет Пикулин (И.А. Зиновьев, 1955). Однако учившийся у Пикулина И.М. Сеченов пишет: *«Пикулин был со своим патроном* (И.В. Варвинский - Н.Л., В.А.) *в контрах и ходил в клинику лишь по вечерам с единственною, кажется, целью – учить нас аускультации и перкуссии. Студенты того времени могли выучиться этому искусству только у него»* (И.М. Сеченов, 1945). П.Л. Пикулин окончил академию «лекарем с отличием», получив золотую медаль. Он стал ординатором Екатерининской больницы, и когда там открылась клиника госпитальной терапии, его сразу назначили ее ассистентом. В 1850 году он стал адъюнктом клиники, потом был направлен в заграничную командировку, вернувшись из которой быстро проявил себя талантливым клиницистом и преподавателем. *«Адъюнктом при Варвинском состоял П.Л. Пикулин, еще совсем молодой человек, очень способный и*

П.Л. Пикулин

недавно вернувшийся из заграничной командировки...» (Н.А. Белоголовый, 1901). В 1851 году он женился на сестре С.П. Боткина, А.П. Боткиной и стал близким человеком семьи Боткиных. От Сергея Боткина П.Л. Пикулин узнал, что подготовка их по физикальным методам диагностики оставляет желать много лучшего. Ему пришла в голову идея проводить «факультативные» занятия с ними по вечерам. *«Все студенты обзавелись стетоскопами и принялись неутомимо выслушивать и до мозолей наколачивать свои пальцы, так как молотки и плессиметры не были тогда в таком ходу...»* (Н.А. Белоголовый, 1891). Талантливый преподаватель, П.Л. Пикулин использовал своеобразную систему клинического «натаскивания» студентов, он приучал их не только аускультировать, но и думать, аускультируя. Он учил их клинически мыслить. Один из его студентов писал: *«Павел Лукич заставлял студента самого, осматривая больного, оценивать припадки и, связывая их, определять болезнь, направляя лишь тонкими замечаниями и вопросами на почве сравнительного распознавания и условий данного организма... Притом вся аудитория (всегда полная) участвовала в разборе больного, хотя до больного дотрагивался лишь куратор. Но он должен был, так сказать, думать вслух. Он здесь лишь научался выслушивать грудь и понимать услышанное»*. В течение последних 10 минут такого клинического разбора П.Л. Пикулин резюмировал увиденное и услышанное студентами, и резюме это было всегда *«блестящим, сжатым, строго научным обобщением...Лишь под влиянием Павла Лукича Сергей Петрович* (Боткин - Н.Л., В.А.) *избежал модного у нас увлечения французской школой и прямо взялся за дело»* (Л.Ф. Змеев, 1891). С.П. Боткин много позже говорил: *«Пикулину все мы учившиеся обязаны за его упражнения в перкуссии и аускультации»* (Б.Д. Петров, 1982). Поразительно, как в личности П.Л. Пикулина уживались разные черты: клиническая одаренность, любознательность, свободомыслие - в 1856 г. он посетил в Лондоне А.И. Герцена, и в присутствии П.Л. Пикулина был закончен и напутствован первый номер «Полярной звезды», хлебосольство истинного москвича, острый язык и склонность к не всегда безобидным проказам! *«Помимо профессионализма доктор слыл отличным рассказчиком анекдотов и любителем собак. Их у него было с десяток. В придомовом саду был специально выгорожен участок, где носилась эта стая, своим непрекращающимся лаем мешавшая окрестным обывателям... В доме П.Л. Пикулина часто собирался цвет московской интеллигенции: Фет, Кавелин, Чичерин, Григорович, переводчик Шекспира Кетчер»* (http://www.moscow.org/moscow_encyclopedia/51_petrovsky_boulevard.ht). При этом друзья «злоумышленника» любили, хотя некоторые и относили его к категории московских чудаков и оригиналов, хотя его проказливасть не казалась властям безобидной: в

списке тайных злоумышленников и корреспондентов Герцена, составленном московским генерал-губернатором Закревским в 1858 г., рядом с Е.И. Якушкиным и Н.Х. Кетчером значится и Пикулин, который *«желает беспорядков и на все готовый»*. Он дружил с некоторыми из декабристов, а один из них, Е.П. Оболенксий, писал о Пикулине: *«...Он отличный теоретик и правдиво-добросовестный практик»*. П.Л. Пикулин, действительно, был очень популярным частнопрактикующим врачом и лечил, в частности, видного историка, профессора Московского университета Т.Н. Грановского (1813-1855). Осенью 1859 г. П.Л. Пикулин перенес инсульт с гемипарезом, но продолжал преподавать, а в 1863 году вынужден был уйти с кафедры. Прожил он еще около 20 лет... П.Л. Пикулин был погребен на кладбище Покровского монастыря (фамильное захоронение семьи Боткиных). На этом же кладбище покоился и Н.А. Белоголовый. Кладбище большевики бесцеремонно разрушили. Прах Белоголового перенесли на Братское кладбище, но «строители нового мира» добрались и до него...

Бесспорно, что одной из самых ярких и талантливых фигур среди московских клиницистов первой половины XIX века был профессор кафедры частной патологии и терапии **Григорий Иванович Сокольский (1807-1886).** *«В Московском университете второй половины 1830-х-первой половины 1840-х годов Сокольский блистал как яркая звезда...»* (В.И. Бородулин, В.Д. Тополянский, 2007). Выходец из семьи священника, он недолго учился в духовной семинарии, но закончил гимназию. В 1828 г. Г.И. Сокольский окончил медицинский факультет Московского университета «лекарем 1-й степени», после чего, для подготовки к профессорскому званию, был направлен в Профессорский институт при Дерптском университете (1828-1832). Первоначальные навыки физикальных методов исследования он, без сомнения, получил в Дерпте, где преподавали Ф. Эрдман и Г.И. Замен (И.Н. Брянский,

Н.В. Подключников (1813-1877). Интерьер в квартире А.М. Филамофитского в Москве в Антипьевском переулке около улицы Волхонки. После 1835. Предположительно, крайний слева у окна – Г.И.Сокольский

1960). После этого стажировался в клиниках Парижа, Берлина и Цюриха, в том числе у знаменитого И.Л. Шёнлейна. В 1832 г. защитил докторскую диссертацию «О дизентерии». Сам Сокольский подчеркивал, что *«он достойный слушатель* (здесь – читатель - Н.Л., В.А.) *Лаэннека, Биша, Шёнлейна»*. Интересно, что (насколько в России все повторяется!) уже тогда проявлялась неприязнь ко всему иноземному! *«Удивительную эпоху государственного самодовольства переживала тогда Россия. Она третировала Запад в гордой уверенности, что сильнее, богаче, нравственнее его. Она застыла в старых формах своей жизни и провозгласила их совершенными»* (Е.А. Соловьев, 1898). Хорошо еще, что чтение книг Лаэннека и Корвизара не признавалось крамольным, ведь они были представителями нации бунтовщиков, свергнувших законного венценосца! Еще в молодости Г.И. Сокольский проявил большой интерес к патологической анатомии: *«Ах, чем бы не пожертвовал я за случай видеть больных и собственной рукой исследовать трупы умерших»*,- непосредственно восклицает он (Г.И. Сокольский, 1831). Странным образом, желание докопаться до сути устройства организма преобразилось у него на долгие годы в интерес...к механизму часов! Н.И.Пирогов писал, что эта страсть возникла у Сокольского в молодости (Н.И. Пирогов, 1951), но и в преклонные годы *«в его доме было множество часов, которые он сам ремонтировал и регулировал таким образом, что они били одновременно»*. В сентябре 1835 года Г.И. Сокольский был назначен профессором кафедры терапевтической клиники и патологической семиотики Казанского университета. Предполагалось, что он будет преподавать клинику внутренних болезней, учение о душевных болезнях и патологическую семиотику (В.Ю. Альбицкий, 1977). 22 ноября 1835 года он прочитал пробную лекцию *«О тех условиях, какие служат основанием врачебной диагностики при постелях больных»*. Г.А. Сокольский разделил проявления болезни на органические и функциональные, но те и другие врач, по его мнению, мог обнаружить с помощью доступных ему методов исследования. *«Утолщение стенок сердца, увеличенный объем желудочка оного - суть органические явления гипертрофии сердца; а скорость, малость и неравномерность жилобиения, глухой тон при поколачивании левой передней грудной стенки, шум раздувального меха... есть суть припадки нарушенного отправления сердца»*. Г.А. Сокольский предлагает слушателям технические новшества, входившие в ту пору в медицину (плессиметр, стетоскоп, микроскоп, шпатель, «секундовые часы» и т.п.), сетуя при этом, что слишком *«еще несовершенна диагностическая техника»* (Н.И. Жучкова, Н.А. Гадельшина, 1968). В таланте Г.А. Сокольского сомневаться не приходится, но через полтора месяца после этой лекции Г.А. Сокольский вновь оказался в Московском университете. В данной ситуации

совершенно отчетливо проявились те черты провинциальных университетов, о которых мы вскользь упоминали вначале. О них Г.А. Сокольский говорит совершенно ясно: прежде всего, это недостаточная базовая подготовка студентов: *«...здешний факультет есть страна дикая и бесплодная, где все целебное искусство состоит в собрании нескольких рисунков, а наука – в повторении допотопных идей»*. Г.А. Сокольский почти с сарказмом рекомендует министру просвещения (а им был тогда С.С. Уваров) прислать прежде в Казань *«хороших учителей анатомии, физиологии, химии, патологии и хирургии»*. Отсутствие библиотеки, условий для изучения патологической анатомии, компетентных сотрудников - вот условия, которые не позволяли Г.И. Сокольскому соответствовать требованиям, которые к нему предъявлялись. Он просит об *«изведении... из степей»*, что вскоре и произошло. Традиционно выделяются две главные заслуги Г.И. Сокольского перед отечественной медициной: первая – опубликованная в Военно-медицинском журнале (1835, №2) в виде статьи лекция «О врачебном исследовании с помощью слуха, особенно при посредстве стетоскопа». Это первая в России и одна из первых в мире работ, посвященных сравнительной оценке перкуссии и аускультации. В ней Г.И. Сокольский высказал мысль, которая не покидает, когда знакомишься с историей физикальной диагностики: *«Казалось бы, не трудно дойти до такого опыта, так как с давних времен водится обыкновение ударять себя кулаком в грудь и ее звучностью доказывать свое здоровье и храбрость; равно садовники с давних времен умеют помощию поколачивания узнавать доброту дынь, арбузов, тыкв; однако ж эта простая мысль никому не пришла в голову прежде Ауэнбруггера»*. Г.И. Сокольский говорит об «особенной гениальности» Лаэннека: *«...ибо, кроме изобретения инструмента, он посредством его сделал множество наблюдений и исследований, заметил все грудные звуки, естественные и болезненные, объяснил их весьма остроумно, сделал самое близкое их сравнение с другими звуками в природе, усовершенствовал диагностику грудных болезней и... составил учебную книгу своих наблюдений, которая навсегда останется памятником образованности и образцом врачебных монографий. И все это совершено не более как в три года»*. Не знаешь, что более поражает, гениальность Лаэннека или такая его оценка, сделанная начинающим профессором, которому еще и тридцати лет не исполнилось! При этом Сокольский отваживается и на критику великого француза: *«Лаэннек не много обращал внимания на звучность груди при поколачивании, вероятно, он думал, что с открытием стетосокпа открытие Ауэнбруггера останется излишним; однако это совершенно ложно. Признаки при поколачивании столько же поясняют признаки стетоскопические, сколько сами поясняются стетоскопом»*. Именно в этой

работе Г.А. Сокольский, вместо предложенного П.-А. Пьорри плессиметра, предлагает другой метод: *«Ауэнбруггер и Корвизар*, - пишет он, - *делали поколачивание двумя или тремя вместе сложенными пальцами, коих верхушки находились в вертикальном положении к стенкам груди, что весьма просто и удобно. Но посредственное поколачивание по способу Пьорри заслуживает предпочтения потому, что кроме обстоятельств, затрудняющих непосредственное прикосновение к телу (например, при сыпях), оно усиливает самую звучность груди. Однако и в этом случае нет необходимости прибегать и к употреблению плессиметра или к накладыванию костного кружочка на испытуемые места: ибо один или два пальца левой руки врача, наложенные для этой цели на грудь, могут служить не хуже, даже, по моему мнению, гораздо лучше плессиметра. Если кто бережет свои пальцы, тому советую употреблять плессиметр из куска упругой смолы»*. Г.А. Сокольский подметил, что у больных с ожирением и у лиц с вялыми мышцами грудная клетка при перкуссии «не звучит». В этом случае он рекомендовал больному наклоняться в противоположную от перкутируемой сторону, чтобы мышцы напряглись. Опухоль брюшной полости, беременность или асцит изменяют перкуторный звук (за счет высокого стояния диафрагмы) - напоминает Сокольский. Наблюдательный врач, Сокольский высказывает мысль, которая, возможно, посещала и Лаэннека при изобретении стетоскопа. При выслушивании ухом,- пишет Сокольский: *«...прикладывается целая половина головы, которой лобная, височная и теменная кости также бывают проводниками звуков, находящихся вне выслушиваемого места»* (Г.И. Сокольский, 1835). Попробуйте в этих условиях точно локализовать звук! Вот так он отвечает на вопрос докторов того времени: чем лучше слушать, ухом или стетоскопом! Вторая заслуга выдающегося врача - вышедший в 1838 г. главный труд Г.И. Сокольского «Учение о грудных болезнях». Это монография, а по сути – клинические лекции, написанные в духе Р. Лаэннека. Сокольский обращает внимание на

В. Маковский «В приемной у доктора»

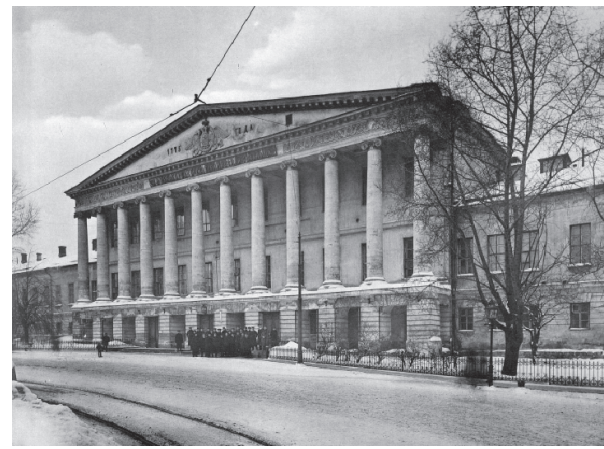
характер сердечных звуков, сердечный толчок, расположение правых и левых полостей сердца, которые он определял путем перкуторного «вычерчивания» границ тупости. Так он диагностировал расширение полостей сердца. Г.И. Сокольский указывал следующие точки аускультации сердца: слева в межреберьях - левое сердце, под мечевидным отростком - правое. Интересно, что первым тоном он называл тот, который мы сейчас именуем вторым! В отличие от Лаэннека механизм образования тонов Сокольский объяснял не сокращением миокарда, а столкновением потоков крови. Шумы, по его мнению, возникают не от напряжения сердца и крупных сосудов, как полагал Лаэннек, а от трения крови. Здесь он солидарен с доктором А. Лиэредом, с которым дискутировал и оказался прав Ч. Вильямс! К сужениям клапанов Сокольский относил и их недостаточность. Признаками перикардита он считал усиление толчка сердца, ускорение и жесткий характер пульса, его прыгающий характер, усиление тонов сердца и примесь *«раздувального шума от ускоренной сократительности сердца», «уменьшенную звучность и приметную выпуклость области сердца»*. Он описал особый признак экссудативного плеврита («шум падающей капли»): при длительной (10 мин.) непосредственной аускультации он слышал *«особенный, чистый, резкий звук, продолжающийся не долее* $^{1}/_{2}$ *секунды и через несколько секунд опять появляющийся»*. Этот звук Сокольский никогда не слышал у здоровых, а у больных он исчезал, когда состояние их улучшалось и количество экссудата уменьшалось. *«...Присутствие оного, т.е. з в у к о к а п а н ь я* (разрядка Г.И. Сокольского - Н.Л., В.А.), - пишет он, - *я считаю верным признаком грудной водянки, и тем более немаловажным, что оно появляется в то время, когда количество жидкости невелико, и, следовательно, спасение больного бывает возможно»*. Г.И. Сокольский описал «грудной шорох» - шум трения плевры, когда *«каждое вдыхание и выдыхание сопровождает звук, весьма похожий на трение двух жестких тел одно о другое; выслушивая можно заметить, что он совершается не в глубине легкого, но на его поверхности или даже в самих грудных стенках»*. Причем он совершенно правильно описывает происхождение шума трения и его динамику: появление в начале плеврита, уменьшение или исчезновение при нарастании экссудата и новое появление при разрешении процесса. Великолепно описывает Сокольский и симптоматику пневмонии: *«Стетоскоп в этом случае удостоверяет нас более положительным образом. В самом начале этого воспаления поколачивание показывает, что звук груди в одном месте начинает делаться глуше, а дыхательный шум едва в нем причастен...В случае перехода воспаления в опеченелость звук груди становится совершенно глухим, трескучесть* (крепитация - Н.Л., В.А.) *дыхания пропадает и естественного шума* (везикулярного дыха-

ния - Н.Л., В.А.) *вовсе не слышно»*. Но более важной, второй заслугой Г.И. Сокольского является то, что практически одновременно и независимо от Ж.-Б. Буйо он дал клинико-анатомическое описание ревматизма как общего, а не только мышечно-суставного заболевания, и указал, что большая часть пороков сердца *«происходит от недоглядки и неправильного лечения оной болезни»*. Много позже другой выдающийся клиницист, тоже работавший, кстати говоря, в Казани, закрепил это ярким афоризмом: *«Порок сердца остается памятником угасшего эндокардита»* (С.С. Зимницкий, 1927). Г.И. Сокольский наблюдал в Казани случай ревматизма у 14-летнего подростка. После исчезновения острых явлений наблюдательный клиницист обнаружил у него признаки порока сердца: *«...я заметил усиленный толчок, раздувательный шум и дрожание груди»*. Уже в то время, когда никакой статистики в медицине не существовало, Г.И. Сокольский подметил, что чаще ревматизм развивается не у маленьких детей и стариков, а у старших детей и подростков («школьный» порок сердца). Еще до Ласега он понял, что ревматизм «кусает» сердце ребенка гораздо чаще, чем у взрослого, причем речь идет именно о клапанном поражении (И.А. Кассирский, 1956). Его мысль о ревматизме, который *«с наружных мышц легко перепрыгивает на внутренности, особенно на сердце и его сумку»* – *«смелый скачок мысли очень талантливого клинициста»* (А.И. Нестеров, 1970). Поэтому эпонимическое наименование ревматизма как болезни Буйо-Сокольского представляется совершенно справедливым. Примечательно, что в первой половине XIX века ни петербургские, ни московские профессора никакого влияния на профессоров других университетов, в первую очередь Виленского и Дерптского, не оказывали! Иначе как объяснить, что современник Г.И. Сокольского С.П. Алферьев, касаясь проблемы ревматизма, ссылается на работы Ж.Б. Буйо, хотя труды Сокольского на эту тему уже были опубликованы (В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 1999).

В. Маковский «На приеме у врача»

Г.А. Сокольский описал возможность перехода воспаления легкого в абсцесс. В 1839 году вышла еще одна важная работа Сокольского «Исследование патологических свойств воспаления легочной и соседних ей тканей с приложением к диагностике и терапевтике». Выполнен-

ные им исследования морфологии крупозной пневмонии считаются классическими. Он достаточно подробно изучил патологию туберкулеза. Интересно, что Г.А. Сокольский предпочитал объективные методы диагностики сбору анамнеза, называя его «проселочной дорогой». И действительно, малообразованные, ипоходричные, истеричные или просто косноязычные (в наше время – страдающие алекситемией!) пациенты отнимут у врача массу драгоценного времени, не сообщив ничего диагностически значимого. Был ли Г.И. Сокольский прав, настаивая *«чтобы не больной, а сама болезнь говорила о своем присутствии»*? По крайней мере, у этой точки зрения было много сторонников и среди них подлинные корифеи медицины того времени. Поразительно, как совпадает высказывание Г.И. Сокольского о «клочках» болезни и высказывание М.П. Кончаловского о болезни как киноленте, фрагменты которой врач смотрит в разное время, и по ним должен сделать вывод о содержании всего «фильма» в целом (М.П.Кончаловский, 1939). Любопытно, что в преподавании Г.И. Сокольский использовал руководства Шёнлейна, Гризолля, Лаэннека, Д. Хоупа (лучшие в то время), а клинику душевных болезней читал, следуя руководству **В. Гризингера**, талантливого немецкого психиатра и интерниста. «Тощей патологией» назвал Сокольский учение Ф. Бруссе! Г.И. Сокольского, как многих талантливых людей, отличала афористичность мышления. Вот некоторые из его перлов: *«ускоренное дыхание важнее, чем жалобы ипохондрика, чем слезы красавицы», «человек, напитанный чужим умом, есть навьюченное чужой тяжестью животное», «наука состоит не из того, что люди думали или думают, но из того, до чего они дошли и что знают», «людей нельзя заставить кулаком почитать истину», «толковать без пощады обо всякой мелочи, значит, показывать обидную недоверчивость к понятиям читателей и увеличивать число слов, не увеличивая мыслей», «Терапевтика бесспорно есть благодетельное искусство, но не менее того, только прикладная часть Патологии и относится к ней не иначе, как, например, красильное ис-*



Староекатерининская больница

кусство к химии» (цит. по Н.М. Богданов, 1909). При своем неоспоримом таланте, энциклопедических знаниях и явном новаторском духе Г.И. Сокольский не только не получил кафедры факультетской или госпитальной терапии, но и был по не вполне понятным причинам (вероятна интрига Н.С. Топорова) в сорок лет уволен в отставку. Ситуация с отставкой Г.И. Сокольского заставляет вспомнить, как ни странно, грибоедовского Чацкого. *«Каждое дело, требующее обновления, вызывает тень Чацкого, и кто бы ни были деятели, около какого бы человеческого дела - будет ли то новая идея, шаг в науке..., - ни группировались люди, - им никуда не уйти от двух главных мотивов борьбы: от совета «учиться, на старших глядя», с одной стороны, и от жажды стремиться от рутины к «свободной» жизни, вперед и вперед,- с другой»* (А.М. Скабичевский, 1898). Г.И. Сокольский, как нам кажется, столь же близок к Чацкому, как и Н.С. Топоров к кому-то из малосимпатичных его противников, героев бессмертной комедии! Острый на язык, саркастичный Сокольский *«...легко, как в раскрытой книге, читал в душах маленьких людей,...которые копошились около него со своими крошечными страстями, несоразмерным тщеславием и хамскими наклонностями. Их-то он понимал и видел насквозь, и в этом случае ему никак нельзя отказать в большой проницательности»* (Е.А. Соловьев, 1898). Сказанное о его современнике, это как нельзя лучше подходит и к самому Григорию Ивановичу! Его отставка – расплата и за это качество, в том числе. Такова Россия! Правда, потом он стал широкоизвестным в Москве частнопрактикующим врачом, но с научной карьерой было покончено навсегда. А жаль...

...Не везло Г.И. Сокольскому при жизни, не повезло и после смерти - он был погребен на Дорогомиловском кладбище, которое большевики уничтожили, и сейчас прах выдающегося клинициста лежит где-то под колесами мчащихся по асфальту Кутузовского проспекта машин...

Справедливым представляется высказывание о нем историка медицины: *«После замечательных достижений Лаэннека Г.И. Сокольский был одним из наиболее видных клиницистов, который не только с исключительным мастерством овладел перкуссией и аускультацией, но и сумел раздвинуть границы применения нового метода, показать его истинные возможности, применяя его, описать новые, весьма важные симптомы и заболевания»* (А.Г. Лушников, 1962). Однако утверждение, что *«...до Г.И. Сокольского никто из врачей ни в России, ни за границей не пользовался пальце-пальцевым методом перкуссии»* (А.А. Демин, В.Г. Лаппо, 1953; А.А. Ковалевский, 1961) - всего лишь дань времени российских «приоритетов». В России может быть, но, как уже говорилось, первыми пальцепальцевую перкуссию применили преемник Лаэннека Ж.Рекамье и английские доктора Д. Скерретт, У. Стокс, Д. Хоуп и Ч. Вильямс.

Григорий Антонович Захарьин (1829-1897), выпускник Московского университета, ученик и верный последователь А.И. Овера, доктор медицины (1854), в 1856-59 гг. прошел стажировку в Берлине в клиниках **Л. Траубе, М. Ромберга, Г. Эберта (Hermann Friedrich Ludwig Ebert, 1814-1872), А. Грефе (Albrecht von Graefe, 1828-1870);** уже упоминаемого нами **Ф.Бареншпрунга** (который был уже на пороге манифестации прогрессивного паралича!) и **у анатома К. Рейхерта (Karl Boguslav Reichert, 1811-1883);** в Вене – в клиниках Й. Шкоды, **Э. Колиско (Eugen Colisko, 1811-1884,** приват-доцент в клинике Шкоды, преподававший перкуссию и аускультацию, затем профессор клиники грудных болезней), **И. Оппольцера, К. Гельма (Karl Helm, 1808-1875), Ф. Гебры и К. Зигмунда (Karl Ludwig Sigmund,1810-1883),** лабораториях **И. Геллера (Johann Florian Heller, 1813-1871), К. Ведля (Karl Wedl, 1815-1891), К. Людвига, К. Рокитанского,** в Галле – в лаборатории **В. Гайнца (Wilhelm Henrich Heinz, 1817-1880)** и клинике **Ю. Фогеля (Julius Vogel, 1814-1880),** в Бреслау – у боготворимого им **Ф. Фрерихса,** в Париже у **А. Труссо, П. Пьорри, О.Г ризолля**. Он посетил лаборатории Э. Гоппе-Зейлера, К. Людвига и К. Бернара, институт Р.Вирхова, где повторно прослушал полный курс лекций великого патолога. С осеннего семестра 1859 г. адъюнкт-профессор, а затем приват-доцент Г.А. Захарьин читал студентам курс семиотики с перкуссией и аускультацией, с 1860 г., став экстраординарным профессором, – курс общей терапии. В 1864 г. Г.А. Захарьин после ухода в отставку А.И. Овера и отказа К.Я. Млодзиевского стал ординарным профессором и директором факультетской терапевтической клиники. По общему мнению, Г.А. Захарьин обладал редчайшей врачебной сенситивностью, наблюдательностью и интуицией, основанных на большой эрудиции. «*Утонченное наблюдение, терапевтическая эмпирия, доведенная до высоты искусства, практицизм – основание как лично научно-врачебной, так и преподавательской деятельности Захарьина*» (Д.Д. Плетнев, 1989). Именно наблюдательность дала ему возможность описать клиническую картину сифилиса сердца, сифилитической пневмонии и семиотику туберкулеза легких. *«В этой тонкой семиотике болезни, в этой тщательной наблюдательности у постели больного, в изучении живого больного как такового, а не только формул лабораторного и инструментального исследования, - сила школы Захарьина...»* (И.Д. Страшун, 1936). Сенситивность же позволила ему отличать тонкие оттенки в рассказе больного. А эти нюансы после двухчасового расспроса,

Г.А. Захарьин

понимаемого *«как творческий процесс выявления диагностических признаков основного заболевания и сопутствующих расстройств...»* (В.И. Бородулин, 1998), давали ему основание для распознавания страдания, хотя временами настойчивый расспрос выглядел как суггестия диагноза в бодрствующем состоянии (В.Д. Тополянский, 2008). Любопытно, что тридцать лет спустя после смерти Г.А. Захарьина опытный земский врач писал: *«Захарьинская» школа в деревне была бы обречена на полное бессилие, все приходится решать на основании объективных данных. Вот почему для деревенского хирурга вдвойне важно умение видеть, щупать, осязать, слышать. Вот почему нигде, может быть, так не нужно полное раздеванье больного, как в деревенской амбулатории»* (К.В. Волков, 1926). Десять лет спустя в разделе «Медицина» БМЭ (1936) звучит уже почти обличение в адрес Г.А. Захарьина: *«Самобытность же и оригинальность Захарьина довольно условна. Его родословная идет через Овера и Мудрова к Гуфеланду. Если французский профессор Юшар,... решил, что он открыл нечто новое, то только потому, что эмпирическая школа Гуфеланда к тому времени уже исчезла, по крайней мере, на кафедрах в передовых европейских университетах...отсталость Москвы по сравнению с Петербургом отдавала предпочтение школе Захарьина»*. Объяснение, кажется, лежит в том, что в это время *«набирало размах функциональное направление исследовательской деятельности и клинического мышления ведущих интернистов...»* (В.И. Бородулин, 1998), в которое «ретроград» Захарьин не вписывался, поскольку шел по пути *«эмпирии и чистого наблюдения у постели больного...»* (Д.Д. Плетнев, 1989). Известно, что активно расспрашивали больного П. Луи и Ф. Шомель, а А.И. Овер, избегавший физикальных методов исследования, подвергал больного настоящему допросу, поэтому новизна двухчасовой беседы Г.А. Захарьина, после которой больной выходил «как из бани», весьма относительна. Бесспорно, Г.А. Захарьин хорошо владел физикальными методами исследования, но не они были приоритетом в его системе диагностики... Ох, как бы поспорили с ним Л. Траубе и Й. Шкода, Ч. Вильямс и Д. Хоуп, А. Труссо и П. Пьорри – диагносты не из последних! Более того, если врачи со времен Лаэннека пытались уйти от субъективного определения качеств пульса, и появление сфигмографии было встречено медицинским сообществом с энтузиазмом, то Захарьин утверждал: *«Сфигмография и сфигманометрия, не говоря уже об их крайнем неудобстве во врачебной практике, не могут заменить определения качеств (главное - силы) пульса, так же, как и качеств артерии осязанием»* (Г.А. Захарьин, 1895). Во времена П. Потена это должно было восприниматься как «младенческий» лепет. В клинике Захарьина, надо полагать, «продвинутой» для российских реалий, даже в 1875 году не производилась плевральная

пункция! Интересны рассуждения Г.А. Захарьина на тему обучения физикальной диагностике: *«Всякий симптом, на важность которого обращаю внимание, описываю, воспроизвожу, если возможно звукоподражанием, демонстрирую на больном возможному числу слушателей, а приват-доценты упражняют в этом по вечерам»*. Известно, что свою аудиторию в 130 студентов Г.И. Захарьин делил на группы *«для обстоятельного знакомства с приемами выслушивания и выстукивания и для постижения искусства «чтения» лабораторных анализов»* (В.И. Терновский, 1974). В «Заметках об объективном исследовании» Г.А. Захарьин подчеркивал, что не следует смешивать диагностические и дидактические (семиотические) цели. Не все, что может интересовать семиотика, нужно диагносту. Опытный клиницист не будет проводить топографическую перкуссию легких или определять абсолютную сердечную тупость. Не станет он этого делать сейчас, не стал бы этого делать и сам Захарьин.

Дом Г.А. Захарьина на Кузнецком мосту (совр. фото)

Несомненно, что *«...во врачебном миросозерцании Захарьина преобладает тонкая семиотика, оттесняющая на задний план патогенез»* (Л.Я. Скороходов, 2010). При этом Г.А. Захарьин подчеркивал, что: *«Не все болезненные явления одинаково важны для диагностики, наоборот, число важных для диагностики болезненных явлений далеко менее числа вообще всех болезненных явлений. Если сравнить сумму последних, которую должен освоить студент при изучении семиотики, с тем ограниченным числом их, которым обходятся не только врачи, самые внимательные и добросовестные, в своей практике, но даже клиницисты, то окажется большая разница, прибавлю, что не только во врачебной практике, но и в клинике самые методы исследования гораздо проще (без потери при этом своей верности), чем обыкновенно рекомендуемая учебниками и преподаванием семиотики»*. Но студент обязан этому научиться, поэтому он будет снова и снова повторять увиденное от преподавателя. Известно, например, что демонстрируя больного врачам-курсантам, А.Л.

Мясников осматривал его с кажущейся поверхностностью однако за этим скрывалась не только серьезная клиническая школа, пройденная у Г.Ф. Ланга, но и феноменальная память и глубочайшие знания (В.И. Бородулин, 1974). Г.А. Захарьин подчеркивал значение тренировки в определении перкуторных границ органов и исследовании пульса. Он рекомендовал нижнюю границу печени и селезенки определять пальпацией, а верхнюю - перкуссией и т.д. Г.А. Захарьин предостерегал врачей против увлечения вспомогательными методами диагностики, предупреждая, что такой врач легко может оказаться *«мелочным семиотиком, жалким диагностом, а, стало быть, и немощным терапевтом»* (Г.А. Захарьин, 1909). Любопытная вещь, со студенческой скамьи мы знаем о «зонах Захарьина-Геда», но подтверждения, что Захарьин, якобы опередивший английского клинициста на 15 лет, имел какие-либо публикации на сей счет, в отличие от **Г. Геда (Henry Head, 1861-1940)**, работа которого(«On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease», 1893, 1894,1896) является классической, до сих пор не найдены (В.И. Бородулин, 2011). Конечно, Г.А. Захарьин был *«...эмпириком и утилитаристом чистой воды»*. Если С.П. Боткина обвиняли в недооценке анамнеза, то чего стоит оценка Захарьиным объективного состояния больного: *«Объективное исследование не показывает ничего ненормального в дыхательных органах, в сердце и больших сосудах, так же, как и в грудном ящике...»*. Пожалуй, для того, чтобы пересчитать симптомы, используемые Захарьиным в практике, хватило бы пальцев обеих рук! *«Нежелание объяснить патогенез явлений, фармакодинамику лекарственной терапии характеризует не только Захарьина-преподавателя, но и Захарьина врача-мыслителя»* (Д.Д. Плетнев, 1989). Не поставив диагноза больному, он нередко назначал симптоматическое лечение, причем назначал его с видом оракула, жреца древних времен, что на темную московскую публику действовало сногсшибательно! Поневоле вспоминается знаменитая повесть Л.Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича», поскольку прототип ее главного героя - тульский окружной прокурор и председатель Киевской судебной палаты Иван Ильич Мечников (1836-1881) был пациентом Захарьина (повесть Толстого вышла в 1886 году): *«...он поехал к знаменитому врачу... Все было, как он ожидал; все было так, как всегда делается. И ожидание, и важность напускная, докторс-*

Г. Гед

кая, ему знакомая, та самая, которую он знал в себе в суде, и постукиванье, и выслушиванье, и вопросы, требующие определенные вперед и, очевидно, ненужные ответы, и значительный вид, который внушал, что вы, мол, только подвергнитесь нам, а мы все устроим, - у нас известно и несомненно, как все устроить, все одним манером для всякого человека, какого хотите. Все было точно так же, как в суде. Как он в суде делал вид над подсудимыми, так точно над ним знаменитый доктор делал тоже вид. Доктор говорил: то-то и то-то указывает, что у вас внутри то-то и то-то; но если это не подтвердится по исследованиям того-то и того-то, то у вас надо предположить то-то и то-то. Если же предположить то-то, тогда... и т. д. Для Ивана Ильича был важен только один вопрос: опасно ли его положение или нет? Но доктор игнорировал этот неуместный вопрос. С точки зрения доктора, вопрос этот был праздный и не подлежал обсуждению; существовало только взвешиванье вероятностей - блуждающей почки, хронического катара и болезней слепой кишки. Не было вопроса о жизни Ивана Ильича, а был спор между блуждающей почкой и слепой кишкой. И спор этот на глазах Ивана Ильича доктор блестящим образом разрешил в пользу слепой кишки, сделав оговорку о том, что исследование мочи может дать новые улики и что тогда дело будет пересмотрено. Все это было точь-в-точь то же, что делал тысячу раз сам Иван Ильич над подсудимыми таким блестящим манером. Так же блестяще сделал свое резюме доктор и торжествующе, весело даже, взглянув сверху очков на подсудимого. Из резюме доктора Иван Ильич вывел то заключение, что плохо, а что ему, доктору, да, пожалуй, и всем все равно, а ему плохо. И это заключение болезненно поразило Ивана Ильича, вызвав в нем чувство большой жалости к себе и большой злобы на этого равнодушного к такому важному вопросу доктора. Но он ничего не сказал, а встал, положил деньги на стол и, вздохнув, сказал: «Мы, больные, вероятно, часто делаем вам неуместные вопросы, - сказал он. - Вообще, это опасная болезнь или нет?..»

Доктор строго взглянул на него одним глазом через очки, как будто говоря: подсудимый, если вы не будете оставаться в пределах ставимых вам вопросов, я буду принужден сделать распоряжение об удалении вас из зала заседания. - Я уже сказал вам то, что считал нужным и удобным, - сказал доктор. - Дальнейшее покажет исследование. - И доктор поклонился...» (Л.Н. Толстой, 2005). Ядовитое сравнение «захарьинского метода» с квазизначительной и запутанной юридической казуистикой ! Много позже наш выдающийся клиницист нарисовал *«тип популярного московского врача-практика. Он, действительно, как врач хорош:...тщательно исследует пациента, внимательно его расспрашивает, и потому его больные уважают (больным менее нравятся профессора, которым*

сразу все ясно и которые, по своей натуре, не склонны выслуживаться перед ними нарочитой длительностью беседы или скрупулезным осмотром для вида; больные не очень любят быстрых врачей, считают их поверхностными, а почитают тех, которые кряхтят, молчат, как бы думают, вновь и вновь повторяют вопросы, терпеливо выслушивают никчемные ответы и многозначительно пересыпают их восклицаниями: «Так-так» или «Гм-гм») (А.Л. Мясников, 2011).Интересно при этом, что встречая в 1888 г. делегацию французских врачей во главе с А. Юшаром, Г.А. Захарьин, хорошо владевший французским языком, произнес панегирик в адрес Р.Т. Лаэннека (любопытно, что в разговоре со своим верным последователем Г.А. Захарьин «скромно» именовал себя «реалистом в духе Лаэннека», не больше, не меньше!) (В.Д. Тополянский, 2009). Г.А. Захарьин вместе с Э.-В. фон Лейденом и П.М. Поповым был лечащим врачом императора Александра III. Интересно, что лейб-хирург, профессор Н.А. Вельяминов, принимавший участие в лечении императора и активно не любивший Г.А.Захарьина, упрекнул последнего: *«Смертельная болезнь, поразившая Его* (Александра III - Н.Л., В.А.)*... не была бы неожиданностью, если бы врачи-терапевты не просмотрели бы у Государя громадное увеличение сердца (гипертрофия), найденное на вскрытии»* (http://az.lib.ru/w/welxjaminow_n_a/text_0020.shtml). В данном случае куда-то подевалась способность великого клинициста к блиц-диагнозам, это все-таки не московским купцам слабительное в героических дозах назначать!

Г.А. Захарьин

«В головы слушателей внедряется симптоматическая, а не патогенетическая терапия»,- пишет о Захарьине Д.Д. Плетнев. Своеобразно оценивал Захарьина младший современник: *«...Трепетали в доме пациентки - крупной и влиятельной богачихи московской - перед приездом Захарьина, точно ждали не благодетеля и целителя, а самого Ивана Васильевича Грозного со всею опричниною. Но - по усталому лицу его, угрюмому и презрительному, по*

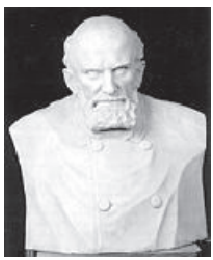
Дом С.Г. Захарьина в Нащокинском переулке

взгляду, до оскорбительности небрежному, по враждебной, повелительной сухости обращения с пациенткою, родственниками ее, ассистентом своим и домашним врачом - можно было предположить совершенно обратное. Он казался человеком в состоянии крайнего удручения и нравственного, и физического, чем-то жестоко и безнадежно раздраженного и срывающего свое гневное сердце на каждом встречном. Часов в доме он, вопреки сложившейся легенде, не останавливал, костылем не стучал, крепкими словами не ругался, - он только презирал за что-то всех вокруг себя: и больную, и лечащих, и родных, с трепетом ждавших его решенья; говорил нехотя и таким злым тоном, точно все его несправедливо в чем-то обижают; съел и выпил что-то особенное, заранее, по совету с его ассистентом, для него приготовленное, и при этом выразил благодарность за хозяйскую любезность гримасою самого неподдельного омерзения: угораздило же, мол, вас купить такую гадость, - не могли найти лучше?.. Потом уехал, объявив больную безнадежною. Она, словно назло, взяла да и выздоровела.

Чудес Захарьин, конечно, не делал, - напротив, может быть, ни один врач не напутствовал к смерти стольких больных, как покойный Григорий Антонович, потому что приглашали его, как последнее прибежище, обыкновенно уже к совершенно безнадежным, in statu mortis [На смертом одре (лат.)]. Следующие за ним гости больного были духовник и гробовщик. Но к вечному ожиданию от себя чуда знаменитый доктор привык, - привык и к раболепству, с каким толпа преклоняется пред чудотворцами. Что Захарьин был очень ученым человеком, не подлежит сомнению; что чрезвычайно умным и самолюбивым - также. Вооруженный всею силою положительного знания, умный, чуткий аналитик, он не мог не презирать эту суеверную массу, ждущую от него не законных и естественных, но сверхчеловеческих деяний. А так как по натуре своей он был не из мягких характеров, то и презрение сказывалось в формах резких, громких, кричащих. Жизнь то и дело ставила его в совсем ненаучные позиции мага и волшебника по медицинской части, выставляя его - как бы выразиться помягче? право, не подберешь другого выражения! - факиром, что ли, каким-то, только факиром не веры, но науки. Для человека самолюбивого и понимающего истинные смысл и объем своего знания, - позиция втайне обидная, положение раздражающее. И - когда Захарьин видел, что пациент пришел к нему не как к ученому, а как к знахарю, не за наукою, а за шарлатанством, - он выходил из себя и на свой образец мстил обществу, с злобною иронией давал ему именно то, чего от него просили: шарлатанство в самой жреческой обстановке, с тысячами трагикомических подробностей, грубых и властных выходок человека, зазнавшегося в уверенности, что без него пациенту - не дохнуть» (А.А. Амфитеатров, 1915).

...«Мода» на Захарьина возникла снова в 1949 году, на волне «борьбы с безродными космополитами» и с тех пор много лет благостный портрет изобретателя анамнестического метода диагностики и филантропа Г.А. Захарьина кочует из учебника в учебник, и только в последнее время к нему добавилась существенная «ложка дегтя». Безупречные черты клинициста «без страха и упрека» замутились, прежде всего, тем, что его поведение явно отклонялось от неписаных законов профессиональной этики и деонтологии, о которых так много и бесплодно говорится. «Отец» анамнеза бывал то странно-эксцентричным, то неуравновешенным и капризным, даже истеричным и хамоватым, напоминая чеховского Ионыча, но главное - самый известный врач Москвы совсем не ассоциировался с Ф.П. Гаазом и был непревзойденным мздоимцем (пусть мзда эта и называлась «гонораром»), наглядно показавшим, что *«медицина – это ремесло личного обогащения» (*В.Д. Тополянский, 2008). *«Врачи-практики, стоящие на виду у общества, влияют на него не только своими проповедями, сколько своей жизнью. Захарьин, поставивший своим идеалом жизни золотого тельца, образовал целую фалангу врачей, первой задачей которых – набить как можно скорее свои карманы»*, - писал С.П. Боткин. Не изменилась ситуация (по крайней мере, реакция современников) и двадцать лет спустя: *«Московские медики вообще образовались под руководством Захарьина на принципах наживы и, чтобы больше брать, устраивают осмотр в несколько часов. Ни для чего другого вся эта комедия, изобретенная Захарьиным»* (А.С. Суворин, 1893). Да, С.П. Боткин, напротив, славился бескорыстием, однако известно, что Г. Бургаве требовал с больных баснословные гонорары и попасть к нему на домашнюю консультацию могли позволить себе лишь очень состоятельные люди, что преклонявшийся перед Гиппократом Корвизар брал за свои визиты звонкой монетой, а Дюпюитрен и Шарко, благодаря частной практике, стали миллионерами, но это считалось в порядке вещей! Видимо, скопидомство Захарьина слишком отталкивающе-явственно выступало в бедной, по сравнению с Европой, стране, в которой всем, включая врачей, полагалось быть нищими... Но курьез в том и состоит, что терапевтический «набор» Г.А. Захарьина был ничтожен (он тогда и не мог быть иным, но Захарьин был слишком умен, чтобы его не отнесли (как Шкоду!) к числу «врачей-нигилистов», так что гонорар он брал за «пытку» расспросом, назидательный тон и усиленную демонстрацию напряженного размышления над судьбой пациента (в клинике Захарьина неимущие больные также получали каломель, как и состоятельные купцы при частных визитах великого клинициста)! Изумлению подобно, что выдающийся клиницист, наш современник восхищался тем, что Г.А. Захарьину была *«...ясна условность классификации болезней по по-*

раженному органу и системам: он глубоко критически относится к объединению Эйхгорстом в раздел «болезни крови» таких различных заболеваний, как лейкемия, злокачественное малокровие, хлороз, пурпура, гемоглобинурия, меланемия. «Почему же не относить тогда, - задает вопрос Г.А.Захарьин,- к болезням крови малярию, холемию, уремию?» (Е.М. Тареев, 1955). То же касается и «половой» трактовки Г.А. Захарьиным хлороза, что Е.М. Тареев противопоставляет «зарубежным авторам» середины XX века, полагавшим, что в основе страдания лежит железодефицитная анемия, подчеркивая гениальную прозорливость Захарьина ! Но мы-то знаем, что был абсолютно прав Герман Эйхгорст и «зарубежные авторы», а не Г.А. Захарьин, это в середине прошлого века было уже абсолютно ясно, и рассуждения о «приоритете» выглядели в свете «борьбы с космополитами» не наивной лестью Захарьину, конечно, а «продвинутой» (куда?) отечественной медицине. То же касалось и игнорирования Григорием Антоновичем желудочного зонда. Как дело развивалось дальше? А дальше на Западе, конечно, на смену зонду появился «жесткий» гастроскоп, а много лет спустя – фиброскопия. Ну не по анамнезу (по синдрому «малых признаков») же мы должны выявлять «молчащий» рак желудка с «дометастатическим благополучием»! И геморрой, по мнению великого клинициста, имеет «ангионевротический» генез, подобно мигрени, что, по мнению (тогдашнему!) Е.М. Тареева, очень прогрессивно! Примечательно, что влияние Захарьина находило особый отклик в среде земских врачей, которым теоретическое направление школы Боткина представлялось слишком сложным, хотя мнение одного из них мы привели выше. Думается, что эмпирическая процедура беседы с больным, предложенная Г.А. Захарьиным, возводится в высокое достижение, поскольку позволяет говорить о каком-то реальном вкладе российской клиники внутренних болезней XIX века в мировую медицину. Однако, кажется, что в конце его жизни действовал уже только авторитет имени тайного советника Захарьина... *«Часто ведь действуют имена (очевидно, в связи с прошлыми заслугами), а что в данное время говорят или делают носители этих имен, имеет уже меньшее значение»*, - пишет выдающийся клиницист (А.Л. Мясников, 2011). Оставались возгласы о безупречном распознавании



Бюст Захарьина работы А.С. Голубкиной

Г.А. Захарьин

им болезней, легенды о поставленном без осмотра диагнозе «опущения почки» и прочие чудеса. Трудно сказать, насколько это было гиперболизировано. Абсолютное большинство пациентов Г.А. Захарьина лечилось на дому, в случае их смерти патологоанатомическое исследование не проводилось, и невозможно сказать, насколько безошибочно он ставил диагнозы с помощью знаменитого метода... У великих клиницистов и ошибки великие! Но одна ошибка Г.А. Захарьина точно пошла российской медицине впрок: из-за неправильного диагноза, поставленного его матери «московским оракулом», стал врачом С.С. Зимницкий! Запустивший учебный процесс и вынужденный уйти в отставку из-за бойкота, объявленного студентами (его лекции посещали... 11 слушателей!), Г.А. Захарьин внезапно умер от инсульта в 1897 году...

Алексей Александрович Остроумов (1844-1908), «третий классик» отечественной терапии. По происхождению попович, выпускник духовной семинарии, он недолго был больничным врачом, затем стал ординатором факультетской терапевтической клиники Московского университета. Приват-доцент, затем профессор и директор госпитальной терапевтической клиники, он начинал как последователь Р. Вирхова, затем у него появился физиологический «уклон» (учился у Л. Гольста и Р. Гейденгайна!), который (в первые годы деятельности) преобладал, и А.А. Остроумов стал возражать против анатомических диагнозов: «порок сердца» и т.п. Примечательно при этом, что он выступал и против поголовного увлечения бактериологией и против попыток объяснять все с позиций «лягушачьей» и «собачьей» физиологии. Работы И.П. Павлова понимания у него не находили. А.А. Остроумов все-таки был учеником Г.А. Захарьина, и потому неудивительным кажется его высказывание: *«лучше хорошая эмпирия, чем плохая теория»*. Но с другой стороны, он *«...не был эмпириком. Он был врачом-естествоиспытателем»*. Это и не удивительно при его физиологической подготовке, в чем он был близок С.П. Боткину. «Клиницист-биолог», - назвал его Д.Д. Плетнев (Д.Д. Плетнев, 1989). Клиническое кредо А.А. Остроумова он сам выразил так: *«Клиника... призвана изучить условия приспособления, вымирания и вырождения отдельных людей и изучить причину этого»*. Анамнез в его клинике был направлен на выяснение *«наследственности каждого органа в отдельности, а также истории внешней среды для каждого органа»* (А.П. Погромов, 1995). Генетика в те времена если и существовала, то как «генетика гороха», а взгляды

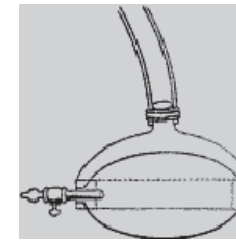
А.А. Остроумов

самого Остроумова на наследственность, мягко говоря, были наивны. Он предполагал, например, что приобретенные признаки могут наследоваться. Похоже, что у него не было хобби, как у С.П. Боткина - виолончель или покупка акций Скопинского банка у Г.А. Захарьина, но была увлеченность «теорией вырождения», которой отдали дань некоторые известные клиницисты первой трети XX века. Именно его увлечением наследственностью определялись отношение к анамнезу, обследованию, диагностике и прогнозу болезни. В свое время было подмечено, что в теории Остроумова была «какая-то внутренняя обреченность». Если продолжить его мысль о генетической детерминированности «вырождения», то медицина становится вредной, поскольку *«леча больных, она ведет вредную борьбу с прогрессивной эволюцией вида «человек», она, создавая искусственные условия, охраняет неприспособленных, малоценных и, заботясь об особи, способствует вырождению самого вида, ухудшая потомство»*. Истории болезни в клинике А.А. Остроумова представляли собой подлинные семейные хроники! Позже М.А. Булгаков, описывая в «Мастере и Маргарите» попавшего в психиатрическую клинику поэта И. Бездомного, не без яда скажет о врачах, расспрашивавших его о *«дяде Федоре, пившем в Вологде запоем»*.

Любопытна докторская диссертация А.А. Остроумова «О происхождении первого тона сердца» (1873). Она представляет интерес по нескольким причинам: он рассмотрел все, существовавшие к тому времени, теории происхождения сердечных тонов (M. d`Espine, J. Hope, I. Pigeaux, Бурдаха, Буйо, Мажанди, Вильямса и др.) и подробно - точку зрения Й. Шкоды о клапанном происхождении I тона. Этот вопрос, конечно, был принципиальным, поскольку по изменению первого тона (усиление, ослабление, расщепление, изменение тембра и т.д.) врач мог судить о состоянии структур, участвующих в его формировании. А.А. Остроумов использовал в экспериментах, положенных в основу своей работы, катетеризацию сердца у животных и модель стетоскопа, предложенную известным немецким физиком-акустиком, работавшим в Париже, Р. Кёнигом, которая состояла из плоско-выпуклой медной воронки, открытая полость которой была замкнута двумя каучуковыми мембранами. При накачивании воздуха мембраны образовывали чечевицеобразное пространство, которое, по мнению изобретателя, выполняло функцию резонатора. Предполагалось, что это усиливает звук и делает инструмент более чувствительным. Но А.А. Остроумов, исходя из полученных результатов, сделал вывод, что *«кениговс-*

Р. Кёниг

кий стетоскоп не усиливает звука». Главный его вывод был правильным - он считал, что нельзя *«принимать первый тон за мышечный»* (А.А. Остроумов, 1950). В настоящее время считается, что I тон образуется за счет двух главных процессов: закрытия атриовентрикулярных клапанов и открытия полулунных клапанов (С. Манджони, 2006). Вторая работа А.А.Остроумова – «О тимпаническом звуке легких» (1875). Здесь он не без иронии прошелся по адресу «непризнанных физиков», авторов теорий происхождения тимпанического звука при перкуссии легких. Он пишет о путанице понятий «пустой», «полный», « высокий» и «низкий» звук, или «консонанс» и «релаксация легких». А.А. Остроумов, касаясь работ, проделанных М. Винтрихом и др., о чем мы писали выше, высказывается довольно ядовито: *«Ученая литература этого периода полна всевозможными опытами над стаканами, пузырьками, всякими сосудами и перепонками»*. Он считал, что различная трактовка полученных разными авторами сходных результатов привела к невообразимой путанице в понимании *«явлений перкуссии и аускультации»*, которое наблюдалось в современной ему литературе. А.А. Остроумов высказал предположение, что источником «музыкального звука», вероятно, являются бронхи, которые представляют систему резонаторов и при благоприятных условиях (нормальная проходимость) *«усиливают некоторые тоны из шума перкуссионного удара»*. Заканчивается работа призывом к исследователям опираться на данные, полученные, прежде всего, клиническим, а не экспериментальным путем (А.А. Остроумов, 1875). Нечего и говорить, что увлеченные полемикой европейские светила не заметили здравых суждений российского клинициста, хотя вопрос был вовсе не праздный – только определив источник формирования звука, можно было уверенно трактовать, как патология структур легких влияет на диагностически значимые звуковые феномены (А.А. Остроумов, 1950). Однако же и А.А. Остроумов был неправ: М. Винтрих не только «перкутировал стаканы», он, усовершенствовав спирометр Д. Хатчинсона (1844), провел исследование 4000 больных с его помощью, а российские врачи на это устройство еще и в начале XX века смотрели как на диковинку! Интересно, а как А.А. Остроумов осматривал больных? Известно, например,



Стетоскоп Р. Кёнига

А.А. Остроумов

что Г.И. Захарьин *«перкутировал громко, чтобы вся аудитория слышала оттенки тонов; выслушивание производил быстро, не приставляя стетоскопа для проверки к одному месту. Исследование не ограничивалось только тем органом, на котором было сосредоточено все внимание больного, а обследовался весь организм»*. С.П. Боткин сначала проводил объективное исследование больного, причем аускультация сердца предшествовала перкуссии и т.д. А вот о методических приемах Остроумова современники ничего не говорят. Может быть, оно было тщательно-рутинным и не содержало никаких «фишек», но давало выдающемуся клиницисту достаточные основания для постановки диагноза. *«Порядок собирания данных не имеет никакого значения. Важно обследовать весь организм, а начинать можно с любого места»,* - говорил А.А. Остроумов и был последовательным сторонником исследования больного «с головы до пят». Хорошая физиологическая подготовка в сочетании с клинической наблюдательностью давали исчерпывающий результат. Но, перечитывая его «Клинические лекции», мы обратили внимание на девятую - «Порок сердца и неврастения». Кажется, что увлеченный «теорией вырождения» Остроумов выбрал очень неудачное сочетание. Описывая больного с тяжелым комбинированным аортально-митральным пороком, он уделяет из десятка страниц всего пятьдесят строк исследованию сердца, причем довольно невнятно говорит об аускультативной картине, относящейся к митральному клапану, и четыре страницы - пресловутой «неврастении». Он считал, что одышка и сердцебиение при самой незначительной нагрузке у 24-летнего больного с «бычьим» сердцем вызывались врожденной предрасположенностью к неврастении! При этом он описывает пальпируемое дрожание на верхушке - эквивалент диастолического шума. Но ведь это точнейший указатель на митральный стеноз! С.П. Боткин писал: *«Встретив такое явление («кошачье мурлыканье»), вы стараетесь, конечно, прежде всего, определить тот момент в деятельности сердца, с которым оно совпадает»*. Он считал, что «кошачье мурлыканье» совпадает с толчком при митральном стенозе, недостаточности митрального и трехстворчатого клапанов. При этом А. Юшар, современник А.А. Остроумова, считал *«митральный стеноз не только болезнью самой «одышечной», но и самой «palpitable» - «сердцебиенной» формой сердечных пороков»* (М.И. Мастбаум, 1941). В то же время известный специалист по неврозам, другой современник московского клинициста, П. Дюбуа, пишет: *«...когда патологическая анатомия находит воспалительный очаг, кровоизлияние или тромбоз...тогда уж не может быть речи о неврозе, хотя бы симптомы болезни и представлялись нервными по своему существу. В этих случаях за конечную причину всех клинических явлений мы признаем какие-либо соматические заболе-*

вания» (P. Dubois, 1912). Указанный пациент А.А. Остроумова блестяще это и подтвердил – лечение «порока сердца бромом» в клинике закончилось тотальной декомпенсацией (сердечная астма, анасарка и т.д.), и он отбыл умирать в родной Воронеж. Неясно, почему в клинике госпитальной терапии с такой настойчивостью изучалась расплывчатая «неврастения», ведь по соседству были клиники Кожевникова и Корсакова! Вспоминается блестящий анализ сложного клапанного расстройства, проведенный С.П. Боткиным, который раскрывает патогенез страдания через клинику и не ищет «врожденной неврастении». Для Остроумова «неврастения» была символом «стесненной в своей свободе жизни», но тяжесть болезни и абсолютно пессимистичный прогноз у данного больного определял, конечно, порок сердца, а не клинически аморфное и слишком свободно трактуемое расстройство нервной системы!

...Самый яркий представитель многочисленной армии «поповичей» А.А. Остроумов многого достиг: председатель Московского медицинского общества в течение 10 лет, постоянный участник Пироговских съездов, гласный Московской городской Думы, авторитетный член совета медицинского факультета, активный участник создания клиник на Девичьем Поле. *«Знаменитость Москвы, украшение Московского университета, любимец студентов»,* - так характеризовали выдающегося клинициста современники. Но при этом странная для любимца студентов и почти демократа характеристика: *«Из всех профессоров того времени Остроумов был, пожалуй, самым большим генералом...»* (В.И. Бородулин, 2004). Обходы клиники, похожие на архиерейские выходы, разносы ординаторам, которые и сесть-то боялись в его присутствии, и другие атрибуты «звездной» болезни. А.А. Остроумов выступал как строгий благочинный или суровый настоятель большого монастыря! Живший последние годы в Сухуми, он умер в 1908 г. мучительной смертью от «саркомы груди»...

Значительный вклад в семиотику и диагностику детских болезней внес выдающийся российский педиатр, ординарный профессор кафедры детских болезней медицинского факультета Московского университета и директор Хлудовской детской больницы **Нил Федорович Филатов (1847-1902)**, который был учеником Г.А. Захарьина. В 1872 -74 гг. он находился в заграничной командировке и, в частности, работал в детской клинике госпиталя Св. Анны в Вене, возглавляемой первым немецким профессором-педиатром **Г. Видерхофером (Hermann von Widerhofer, 1832-1901)**, в клиниках Праги, Парижа и Гейдельберга, причем изучал не только педиатрию, но внутренние и инфекционные болезни, оториноларингологию, патологическую анатомию и дерматологию у лучших специалистов того времени. Докторская диссертация Н.Ф.

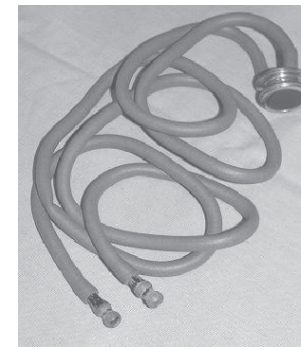
Н.Ф. Филатов

Филатова «К вопросу об отношении бронхита к острой катаральной пневмонии» написана в духе Лаэннека: к проблеме клинической Филатов подходит как патолог, доказывая, что нарушение бронхиальной проходимости приводит к развитию ателектаза, а уже затем здесь развивается воспаление. Он и в дальнейшем неоднократно возвращался к этой идее. Сочетание высокой книжной эрудиции с огромным опытом врачебной работы в Саранской губернии, затем Бронной (Софийской) детской больнице в Москве сформировали у Н.Ф. Филатова необыкновенную наблюдательность, дисциплинированное клиническое мышление, способность к быстрому анализу полученных имеющимися в его распоряжении способами, прежде всего физикальными, данных. При этом он видел в детях не «маленьких взрослых», но постоянно подчеркивал значение в диагностике анатомо-физиологических особенностей детского организма. Н.Ф. Филатов был автором выдающегося руководства «Семиотика и диагностика детских болезней» (1895). Пожалуй, даже клинические лекции С.П. Боткина, Г.А. Захарьина и А.А. Остроумова не пользовались такой безоговорочной и многолетней популярностью среди врачей, как эта книга Н.Ф. Филатова! Вовсе не случаен отзыв выдающегося немецкого педиатра, преемника Э.Геноха, **О. Хюбнера (Otto Johann Leonhard Heubner, 1843-1926)** о ней: *«Разбросанные в разных отделах книги тонкие замечания доставляют и поучение и наслаждение даже знатоку дела... Из нее можно научиться многому и притом с удовольствием»*. Примечательно, что книга Н.Ф. Филатова послужила образцом и недостижимым, как подчеркивали авторы, для изданного в наше время руководства по семиотике детских болезней (Н.Г. Зернов, О.Ф. Тарасов, 1984). Значение книги Н.Ф. Филатова трудно было переоценить еще и потому, что в России в течение всего XIX века ситуация с детской заболеваемостью и смертностью была просто катастрофической. Детская смертность в России долгие годы была в пределах 30% и выше, намного превышая страны Европы, до пятилетнего возраста доживала лишь половина детей (Г.В. Хлопин, Ф.Ф. Эрисман, 1898). Кроме того, число собственно педиатров в России было ничтожным. Например, в Рязанской губернии в 1912 году при населе-

О. Хюбнер

нии около 2,5 млн. человек отмечалось 5000 случаев тяжелой скарлатины и 3000 случаев дифтерии с 480 случаями крупа в год, а в уездных земских больницах было всего две (?!) детских койки и ни одного педиатра (Н.Е. Ларинский, 2006). Функции педиатров поневоле брали на себя «взрослые» врачи, которым книга Н.Ф.Филатова оказала неоценимую помощь. Существенной представляется его мысль о том, что построение анамнеза (захарьинская школа!) предопределяет дифференциальный диагноз, а исследование больного ребенка требует от педиатра знания не только системных, органных поражений организма, но и всех возможных отклонений органов и систем (Ю.Ф. Домбровская, 1972). Особенно ценными оказывались его замечания о специфике проведения обследования детей, особенно маленьких. Он отмечает, что дети почти никогда не жалуются на сердцебиение и боли в области сердца, и подчеркивает значение общего осмотра, вынужденного положения тела ребенка и антропометрических данных для диагноза. Но более важны особенности физикального исследования, на которые указывает замечательный педиатр: перкуссия несимметричной грудной клетки или неправильное положение тела ребенка при проведении ее легко могут приводить к артефактам, а перкуссия при плаче ребенка приводит к ложному притуплению в области нижних ребер на спине. *«Перкуссию у детей надо проводить слабыми ударами»*,- пишет Н.Ф. Филатов и подчеркивает значение анатомических ориентиров при перкуссии. Учитывая сложность аускультации ребенка обычным твердым стетоскопом (что подметил еще Ч. Вильямс), он рекомендовал непосредственную аускультацию или выслушивание с помощью мягкого, гуттаперчевого, бинаурикулярного стетоскопа, позднее названного «филатовским». Плач ребенка, который многие врачи считали помехой, Н.Ф. Филатов результативно использовал для исследования голосового дрожания и бронхофонии. Он подчеркивал, что у детей, начиная с 2-летнего возраста, дыхание носит столь резкий пуэрильный характер, что может быть расценено как бронхиальное! Н.Ф. Филатов считал, что пуэрильное дыхание выслушивается до 5 лет, в то время как современный клиницист продлевает этот возраст до 12 лет (А.А. Ковалевский, 1961). Нил Федорович подчеркивал, что у детей, в отличие от взрослых, I тон доминирует над всей поверхностью сердца, а не только на верхушке (у взрослых II тон на аорте и легочной артерии преобладает). Наличие выраженного толчка в подложечной области и выслушивание тонов на грудине при расширении сердца вправо и отсутствии экссудата в левой плевральной области указывает, по Н.Ф. Филатову, на сохранившееся эмбриональное (срединное) положение сердца. Распространенный и выраженный верхушечный толчок у старших детей при нормальных размерах сердца и отсутствии лихорад-

ки (гиперкинетический синдром) он объяснял «нервными сердцебиениями». Неправильный пульс и тахикардию при плаче ребенка Н.Ф. Филатов объяснял несовершенством нервной регуляции сердца: *«Чем моложе ребенок, тем слабее функционируют задерживающие нервные аппараты вообще и в частности n.vagus»*, - пишет он (Н.Ф. Филатов, 1950). Гипертрофия сердца, громкие тоны и плотные при пальпации артерии дали основание Филатову прижизненно поставить у ребенка диагноз интерстициального нефрита (это были признаки симптоматической гипертензии, ведь артериальное давление тогда еще не измерялось). Ослабление сердечного толчка и слабый, учащенный и неправильный пульс свидетельствовали, по его мнению, о развивающейся дегенерации миокарда при инфекционной патологии (дифтерия и скарлатина). Филатов дал до сих пор не устаревшее описание клиники экссудативного перикардита у детей с быстро развивающимся выпячиванием сердечной области. Он наблюдал у детей до трех лет фукциональные («анемические») шумы сердца. Именно он отметил ранний признак врожденного порока сердца – легко развивающийся цианоз при крике или кашле ребенка без других отчетливых признаков декомпенсации кровообращения. При врожденных пороках Н.Ф. Филатов обнаруживал увеличение правого сердца и интенсивный шум, чаще систолический, без значительного увеличения границ относительной сердечной тупости. К описанию семиотики пороков сердца у детей, данному Н.Ф. Филатовым, и сейчас трудно что-либо добавить. Филатов отметил возможность развития у детей гипертрофической остеопатии третьей фаланги пальцев при хронических заболеваниях сердца и легких и кардинальный признак приступа бронхиальной астмы (сужения мелких бронхов) - громкий, тонкий (высокий) свист в груди. Н.Ф. Филатов дал великолепное описание гриппа у детей как симптомокомплекса острого бронхита и выраженного астенического синдрома, причем подчеркивал, что гриппозный бронхит развивается *«при ничтожных физикальных признаках»*. Вспомним сомнения участковых педиатров во время эпидемии гриппа на дому у больного ребенка: больной производит впечатление тяжелого, а при аускультации слышно ничтожно мало! В 1892 г. впервые Н.Ф. Филатов дал исчерпывающее описание т.н. «скарлатинного сердца» и скарлатинозного ревматизма. Еще до описания ашоф-талалевской гранулемы он связал хорею с ревматизмом. Любопытно его описание *«хореи сердца, симулирующей недостаточность митрального кла-*



Фонендоскоп Филатова

пана» (не пролапс ли митрального клапана описал выдающийся педиатр?). Первым из отечественных педиатров Н.Ф. Филатов подробно описал семиотику язвенного эндокардита у детей. Практически все его работы, написанные в конце XIX века: «Лекции об острых инфекционных болезнях у детей» (1875), «Клинические лекции о распознавании и лечении катаров кишок у детей, в особенности у грудных» (1881), «Семиотика и диагностика детских болезней» (1890), «Краткий учебник детских болезней» (1893), «Клинические лекции» (1900), сразу становились и надолго оставались настольными для многих поколений педиатров, они были переведены на 7 языков. Он впервые и раньше К. Пфейффера в 1887 году описал железистую лихорадку (идиопатический шейный лимфаденит). Н.Ф.Филатову принадлежит описание важного диагностического признака кори, но, справедливости ради, отметим, что здесь у него был предшественник, ординатор Псковской губернской земской больницы **Александр Петрович Бельский (1848 - 1913).** Очень любопытная личность, талантливый врач и ученый, хотя и работал в страшной, по тому времени, глуши. Родился в Черниговской губернии, в 1874 году окончил Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию и поступил на службу в Псковское уездное земство. До 1913 г. жил и работал в Пскове. В 1877 г. вместе с Псковским госпиталем принимал участие в русско-турецкой войне, за что был дважды отмечен наградами. В 1890 г. А.П. Бельский первым в мире и описал знаменитый признак кори, известный как «пятна Бельского-Филатова-Коплика», но лишь в XX в. приоритет псковского врача был восстановлен. Значимой научной работой А.П. Бельского было описание свинцовой интоксикации у гончаров. В 1904-1905 гг. им были опубликованы работы об аппаратной регистрации сердечной деятельности. В 1895 г. Н.Ф. Филатов описал ранний новый симптом кори – *«отрубевидное шелушение слизистой оболочки рта»*. Кстати говоря, А.П. Бельский опубликовал свое сообщение о симптоме в этом же году! Известный американский педиатр, один из основателей Американского педиатрического общества, **Г. Коплик (Henry Koplik, 1858-1927)** описал этот симптом в 1896 г. Но уж если быть совсем точными, то раньше эти пятна были описаны

Памятник Н.Ф. Филатову

немецкими клиницистами **И. Мюрау (Johann Andreas Murray, 1740-1791)** в конце XVIII века, **К. Герхардтом** в 1874 г. и датским врачом **N. Flindt** в 1879 году.

«Диагнозы его поражали порой прямо какой-то вдохновенностью», - писал ученик Н.Ф. Филатова Г.Н. Сперанский. Он же вспомнил трагический эпизод из жизни выдающегося педиатра, когда у него возник приступ стенокардии и напуганный им Н.Ф. Филатов стал выслушивать свое сердце бинауральным стетоскопом, страшась услышать роковой шум трения перикарда... (Г.Н. Сперанский, 1952). Клиницист во всех обстоятельствах оставался клиницистом, и его тревога о своем состоянии, видимо, не была беспричинной: спустя несколько лет Н.Ф. Филатов умер в возрасте 55 лет от повторного инсульта...

Между тем в Москве почти одновременно со знаменитой книгой Н.Ф. Филатова вышла другая, не менее известная и важная. Автором этой книги был выдающийся российский врач, заслуженный профессор Московского университета, один из основателей отечественной гинекологии **Владимир Федорович Снегирев (1847-1916).** Он родился в многодетной семье секретаря сиротского суда. Любопытно, что в семье были два профессора Московского университета. Один из них, И.М. Снегирев, приходился Владимиру Федоровичу двоюродным дедом. В возрасте девяти лет В. Снегирев остался сиротой и воспитывался в семье дальней родственницы, потом был Московский воспитательный дом, Первая Московская гимназия и до 17 лет – штурманское училище. Он даже совершил морской поход на фрегате «Смелый». Необыкновенные способности, блестящая память и филологическая одаренность способствовали тому, что Владимир Снегирев не стал «штурманом Паниным», а сдав экстерном экзамены по гимназическому курсу, поступил на медицинский факультет Московского университета. Его любимым учителем был выдающийся российский гистолог и физиолог, первый руководитель новой кафедры гистологии, эмбриологии и сравнительной анатомии, основатель московской гистологической школы **Александр Иванович Бабухин (1827-1891)**, с которым они дружили на протяжении четверти века. *«Аудитория, а затем кабинет А.И. Бабухина,- вот то место, где народился и начал создаваться Снегирев как ученый, как профессор и как знаменитый хирург, как врач в самом широком смысле этого слова»*, - пишет современник. Но не только Бабухин был его учителем. Педиатр

В.Ф. Снегирев

Николай Алексеевич Тольский (1832-1891), физиолог **Федор Петрович Шереметьевский (1840-1891)**, терапевт Григорий Антонович Захарьин – его кумиры. А вот профессор кафедры акушерства, женских и детских болезней **Владимир Иванович Кох (1817-1884)** симпатией Снегирева не пользовался. Выпускник Дерптского университета, «ортодоксальный немец», «который стремился всячески тормозить продвижение русских врачей» - характеризует его биограф В.Ф. Снегирева (М.Г. Сердюков, 1950). Однако В.И. Кох первым начал преподавать акушерство на русском языке, одним из первых начал преподавать женские болезни и допустил студентов к выполнению простейших акушерских приемов при родах. Правда, при рецензировании докторской диссертации Снегирева Кох посчитал литературной «погрешностью» выражение «физическое обследование живота». Может быть, он действительно не очень хорошо знал русский язык? Вряд ли выпускник Дерпта не знал о физикальных методах диагностики. А вот Захарьина В.Ф. Снегирев почитал гораздо в большей степени, чем хирургов В.А. Басова и И.Н. Новацкого (факультетская и госпитальная хирургические клиники). Описание овариотомии в клинике Новацкого, очень талантливое, кстати говоря, сделанное Снегиревым (он тогда был студентом V курса), напоминает выражение Н.И. Пирогова о больницах первой половины XIX века: «Могила, морильня...». Если Снегирев уже тогда и мечтал о хирургии, то не такой! Но и о Г.А. Захарьине он вспоминал достаточно критично: *«Любя до обожания частную практику, Захарьин мало отдавался деятельности в клинике. Все преподавание ограничивалось чтением лекций; никогда не бывало ни бесед со слушателями, ни совместного посещения палат больных. От клиники сам Захарьин брал необходимый материал к постановке диагноза у своих частных больных. Экспериментов почти не проводилось, и «труды» клиники, печатавшиеся вместе с лекциями покойного профессора, составляют небольшие работы ординаторов клиники, частью в форме историй болезни, частью в виде маленьких экспериментов, бактериологических и других. Статейки эти обыкновенно оканчиваются излиянием глубочайшей благодарности своему «маститому» учителю»* (В.Ф. Снегирев, 1898). В 1870 году В.Ф. Снегирев окончил медицинский факультет со званием «лекаря с отличием». В этом же году он стал сверхштатным ординатором Яузской больницы для чернорабочих и сверхштатным же врачом родовспомогательного заведения

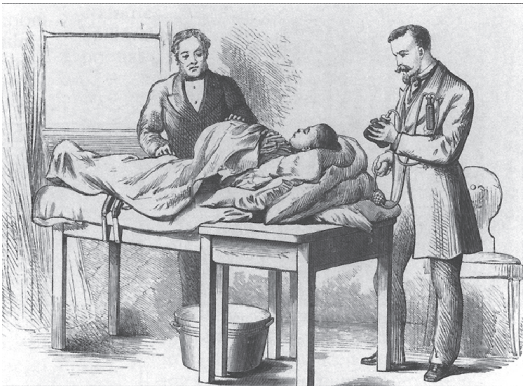
Памятник В.Ф. Снегиреву

при Московском воспитательном доме, где опять руководили ненавистные «немцы»! Похоже, В.Ф. Снегирев не питал к ним симпатии в такой же степени, как и С.П. Боткин! В 1873 году Владимир Федорович становится доктором медицины. Его диссертация была посвящена гематоцеле, причем особое внимание он обратил на семиотику, клинику, методологию диагноза и технику оперативного лечения. Работа, без сомнения, была яркой и талантливой, многое говорила о способностях диссертанта и именно она сыграла роль в предоставлении ему годичной командировки в Германию, Англию и Францию *«для ближайшего ознакомления со сделанными за последнее время усовершенствованиями в гинекологической хирургии и для осмотра заграничных заведений подобного рода...»*. Поскольку именно англичане продвинулись в этой области дальше всех, Снегирев начал с них. И первым был классик британской хирургии и гинекологии **Т. Спенсер Уэллс (Sir Thomas Spenser Wells, 1818-1891).** Лейб-хирург королевы Виктории, профессор и Президент Королевского колледжа хирургов Англии, Т. Уэллс начинал скромно: ученик хирурга в Йоркшире, студент университета в Лидсе и Тринити-колледжа в Дублине, затем - медицинской школы госпиталя Св. Томаса в Лондоне, он стажировался в Париже. Военно-морской хирург на Мальте и участник Крымской войны (1854-55 гг.), он с 1856 по 1878 г. был врачом женского госпиталя Самаритянок в Лондоне и лектором медицинской школы госпиталя Св. Георга, а позже профессором хирургии и патологии в Королевском колледже хирургов, который он возглавил как Президент в 1883 году. С 1863 по 1896 г. он был лейб-хирургом королевы, которая удостоила его титула баронета.Т. Спенсер Уэллс - признанный пионер абдоминальной хирургии вообще и овариотомии, в частности. Одним из первых он начал применять анестезию и был автором целого ряда значительных работ по хирургии и гинекологии.

Д. Листер

Ж. Пеан

После клиники Т. Уэллса В.Ф. Снегирев поехал в Шотландию к другой знаменитости – **Д. Листеру (sir Joseph Lister, 1827-1912),** выдающемуся английскому хирургу, профессору университета в Эдинбурге,



Т. Уэллс

«отцу» антисептики. Потом он отбыл в Париж, к выдающемуся французскому хирургу, но не профессору **Ж. Пеану (Jules-Emile Pean, 1830–1898).** Это была любопытная личность. Ученик О. Нелатона, Ж. Пеан не принял учения Л. Пастера, он просто не поверил в него! Он был ведущим хирургом госпиталей St. Antoine и St. Louis. Блестящий оператор, Пеан первым произвел трансвагинальную гистероэктомию при раке, начал применять гемостаз при операциях и т.д.

Зажим Коберле

После Парижа В.Ф. Снегирев оказывается в Страсбурге, в клинике выдающегося абдоминального хирурга Э. Коберле **(Eugene Koeberle, 1828-1915)**. Интереснейшая личность! Начинал изучать химию, физику и юриспруденцию, а стал врачом и каким! Окончил медицинскую школу в Страсбурге и уже в 1854 году (!) спас нескольких больных альгидной формой холеры, перелив им кровь. Преподавал анатомию, а в 1862 году начал блестящую хирургическую карьеру. 3 июня 1862 года Коберле произвел первую успешную операцию по поводу кисты яичника, первым начал производить гистероэктомию, овариоэктомию и миомэктомию. В 1863 году первым успешно оперировал женщину с внематочной беременностью! Э. Коберле был инициатором брюшной и тазовой хирургии и оперировал с прекрасными результатами. Страсбург стал «Меккой абдоминальной хирургии»! Коберле был ярым сторонником асептики и гемостаза, впервые применил пред - и послеоперационный дренаж брюшной полости, и изобрел знаменитый зажим («зажим Коберле»). Он был не только талантливым врачом, но страстным археологом и поэтом.

А. Гегар

...В.Ф. Снегирев хорошо спланировал свою поездку и завершил ее в Германии, в гинекологической клинике университета Фрайбурга,

которую возглавлял знаменитый немецкий гинеколог, профессор **Альфред Гегар (Ernst Ludwig Alfred Hegar, 1830-1914) .** Со студенческих лет мы помним «симптом Гегара», «расширитель Гегара», «операцию Гегара». Очень скоро В.Ф. Снегирев снова поехал за границу (1876), на этот раз в Вену, где стажировался у известных австрийских гинекологов **Р. Хробака (Rudolf Chrobak, 1843 – 1910)** и **К. Мейергофера (Carl Mayrhofer, 1837-1882).** Лучших специалистов по оперативной гинекологии, чем те, у кого он учился, в мире тогда не было, поэтому говорить о какой-то исключительной самобытности В.Ф. Снегирева приходится с оговоркой: его талант возник не на пустом месте. Он аккумулировал все лучшее в области гинекологии и хирургической асептики, что уже было изучено, разработано и предложено, но его заслуга состоит в создании в России гинекологии как науки и отрасли оперативной хирургии. Вернувшись из-за границы, он читает доцентскую лекцию об овариоэктомии, где поставил вопросы о выделении специальных отделений для этого, изолированных от других операционных, и о необходимости режима асептики в них. В.Ф. Снегирев удачно использовал «захарьинский» расспрос в клинике женских болезней. Но первые успешные овариоэктомии он начал производить лишь спустя десять лет после своей поездки к европейским светилам, работая в Старо-Екатерининской больнице (конечно, за это время европейцы ушли далеко вперед). С именем В.Ф. Снегирева была связана и трагическая история... Княжна Ольга Львовна Шаховская (1850-1884) умерла после произведенной им операции, и ее родственники не удержались от того, чтобы написать об этом на ее надгробии в Донском монастыре, хотя финал, по мнению Снегирева, был предсказуем...

Э. Коберле

В конце 80-х гг. позапрошлого века на деньги благотворителя на Девичьем Поле была открыта тогда, наверное, лучшая гинекологическая клиника России - клиника Московского университета. В это время Снегирев уже достиг значительного прогресса в оперативной технике – овариоэктомию он производил за 12-18 минут! Он был основателем и до конца жизни директором Института усовершенствования врачей при Московском университете, но, пожалуй, главным его достижением был труд всей жизни, по объему последнего прижизненного издания равный знаменитой книге Лаэннека - монография «Маточные кровотечения. Этиология-диагностика-лечение, с изложением метода исследования женских половых органов, их анатомия и хирургия». Спустя два года

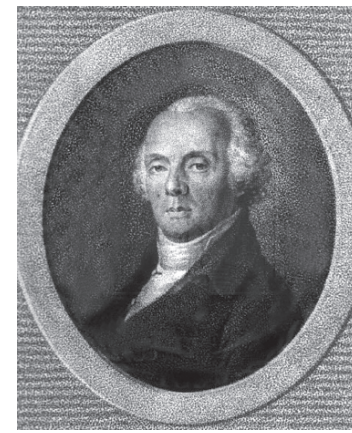
она была переведена на французский язык и вышла с предисловием знаменитого А. Пинара, который писал: *«В этой книге автор показал себя врачом в самом лучшем смысле этого слова»*. В.Ф. Снегирев именно в этом труде проявил себя как талантливый ученик Г.А. Захарьина. Он пишет о сборе анамнеза: *«Расспрос основан на логике всех медицинских сведений, подтвержден массой наблюдений, обработан вдумчивым, усидчивым клиницистом, и каждый, читая его и вдумываясь, согласится, что несмотря на массу физических пособий, которыми мы пользуемся при диагностике болезней, подобный расспрос играет выдающуюся роль, не только пополняя и направляя наши сведения к познанию болезни, но и служа основой для индивидуального лечения... Хотя я не утверждаю, что одного расспроса больных, без исследования внутреннего, достаточно для полной диагностики, но я утверждаю, что при помощи расспроса больных можно заранее поставить те задачи, которые должны быть подтверждены физикальным исследованием, и оценка данных, полученных при исследовании, дает точный и ясный смысл»*. Но здесь была одна «маленькая» деталь – В.Ф. Снегирев не просто расспрашивал больных, он давал исчерпывающее толкование и объяснение всех «микропризнаков» семиотики, к чему способен далеко не всякий, тем более в те времена, когда лечащий врач, а не «специалисты по визуальным методам» обеспечивал всю диагностику! Это уже была особенность личности выдающегося врача - *«способность быстро и всесторонне охватить предмет, выделить главное и существенное, характерное и важное от случайного и второстепенного»* (А.П. Губарев, 1927). Складывается такое впечатление, что анамнез давал Снегиреву даже больше, чем терапевту Захарьину! Великолепно написан им раздел болей, их общей и топической диагностики, охарактеризованы локальные боли, их иррадиация и общая болевая реактивность. Снегирев блестяще владел физикальной диагностикой, достаточно ознакомится с главой, посвященной фибромиомам матки. Он вообще придавал большое значение симптому увеличения живота и составил синоптическую таблицу дифференциальной диагностики асцита, кисты яичника, гидронефроза, раковой диссеминации брюшины и т.д. Ни до, да и немногие авторы после Снегирева прибегали к подобному. Он одним из первых предположил, что вены таза значительно влияют на формирование хронического болевого синдрома в нижних отделах живота у женщин (1907). При обследовании таких пациенток он обнаруживал растянутые кровью тазовые венозные сплетения в виде плотных болезненных опухолей — «плетор», поэтому боли при этом состоянии получили название «плеторических». Фактически он одним из первых обратил внимание на синдром хронической тазовой боли и применил пальпацию зондом точек выхода тазовых нервов. Он впервые заго-

ворил о большой «выносливости» беременной матки и о соотношении фибромиомы и заболеваний щитовидной железы (сейчас это особенно актуально). В.Ф. Снегирев особо подчеркивал роль перкуссии в диагностике ложной беременности. *«Утонченность клинического наблюдения доведена Снегиревым до совершенства»*,- пишет биограф (М.Г. Сердюков, 1950). В этом смысле В.Ф. Снегирев стоит наравне с В.П. Образцовым. «*Врач-клиницист отличается от научного работника другой области тем, что он постоянно использует знаменитый, сыгравший громадную роль в истории науки и вообще культуры принцип, требующий искать объяснений прежде всего в причинах, доступных нашему изучению и толкованию сейчас, в данный момент (такова природа исследования больного человека)*», - пишет наш современник (А.Ф. Билибин, 1967). Это как нельзя лучше относится к деятельности В.Ф. Снегирева-врача. Его талант диагноста блестяще подтвердился в скандальной истории с «беременностью» сербской королевы Драги, получившей международный резонанс. В.Ф. Снегирев был автором семидесяти научных работ, среди них интересная статья «О болях в тазовой и брюшной полостях» (1900) и «Клинические лекции по женским болезням» (1899).

В истории медицины В.Ф. Снегирев остается как обаятельная личность, выдающийся клинический преподаватель, врач-естествоиспытатель, организатор здравоохранения, общественный деятель, подлинное светило отечественной медицины!

Глава IV. ВИЛЬНО

Среди университетов Российской империи начала XIX века особо выделялся Виленский университет, в том числе и его медицинский факультет. Это было связано со многими обстоятельствами, но, прежде всего, с составом профессоров факультета. Первым обычно называется имя И.П. Франка. **Иоганн Петер Франк (Johann Peter Frank, 1745-1821)** - клиницист, гигиенист, реформатор медицинского образования. Окончил медицинский факультет Гейдельбергского университета в 1766 г. Профессор медицинских факультетов в Геттингене, Павии, Вене; в 1804-1808 в России: профессор кафедры клинической медицины Виленского университета, профессор и ректор Медико-Хирургической академии в Петербурге, с 1808 г. работал в Вене. Провел реформы организации акушерской помощи, военно-медицинской службы, узаконил прозектуру в больницах, ввел обязательное преподавание патологической анатомии. Работой «Система всеобщей медицинской полиции» И.П. Франк *«положил начало выделению вопросов общественной гигиены и здравоохранения в предмет самостоятельной научной дисциплины»*. Примечательно при этом, что будучи, безусловно, новатором, ни перкуссии, ни аускультации он не принял, а вернее, не считал, что они имеют преимущества перед «гиппократовскими», признанными непогрешимыми многовековой врачебной практикой, диагностическими методами. Примечательно, что И.П. Франк был первым, кто выступил против «освященного веками» метода кровопускания, после того как его жена, страдавшая «родильной лихорадкой», погибла от подобной лечебной процедуры...



И.П. Франк

И. Франк

Однако наиболее успешно методы физикальной диагностики внедрялись в первой четверти XIX века именно в Виленском университете, кафедрой частной патологии и терапии которого в 1805-1824 гг. заведовал **И. Франк** (Иосиф Иванович Франк, нем. Joseph Frank, польск. Jyzef Frank, лит. Jozefas Frankas, 1771-1842), сын И.П. Франка. И. Франк учился в университетах Геттингена и Павии, где получил степень доктора медицины. Выдающийся врач и клинический преподаватель, И. Франк был основателем Виленского меди-

цинского общества (почетными членами его были Ж.-Н. Корвизар и Р. Лаэннек), Общества оспопрививания, родовспомогательного института, музея патологической анатомии, клиники для приходящих (амбулатории) и службы срочной медицинской помощи в Вильно. Он изучал заболеваемость местного населения, ввел в медицинскую практику ведение истории болезни и обязательное вскрытие умерших в клиниках больных. Был выдающимся эрудитом и меломаном. Иосиф Франк в своем руководстве по внутренним болезням («Praxeos medicae universe praecepta», 1811-1824 гг.) неоднократно ссылался на Корвизара и Лаэннека. В это время он уже испытал стетоскоп, но, несмотря на хороший слух, звуков, описанных Лаэннеком, не услышал и стетоскопом не пользовался, хотя врачей и студентов с новыми методами диагностики познакомил. Традиции И. Франка успешно продолжали его ученики. Примечательно, что среди врачей «из русской Польши и Литвы» (Г.А. Колосов, 1929), успешно овладевавших аускультацией под руководством великого Лаэннека, был и В. Герберский, самый талантливый и известный ученик И. Франка.

Герберский, Викентий (Владислав) Данилович (Wincenty Herburt z Fulsztyna Herberski, 1784 (1785) - 1826), доктор медицины, ординарный профессор Виленского университета. Уроженец Гродно, образование получил в Виленских гимназии и университете. В 1804 г. был направлен Виленским университетом в английскую колонию в окрестностях Петербурга для изучения сельского хозяйства и в Петербургский Педагогический институт, где слушал лекции по физике, химии и сельскому хозяйству. В 1806 г. возвратился в Вильно и начал изучать медицину (в 1808 г.- кандидат философии, в 1811- магистр медицины) в 1812 г. получил степень доктора медицины. В.Д. Герберский с 1813 по 1824 г. был адъюнкт-профессором клиники **И. Франка**, в 1817 г. с его помощью был отправлен за границу для изучения офтальмологии, которой тогда увлекся И. Франк, где пробыл (Вена, Париж, Берлин) 6 лет. В 1821 году он посетил Э. Дженнера (А. Андрюшис, 1999). В 1822-23 г. В. Герберский прослушал курс лекций Р. Лаэннека в госпитале Неккера и приобрел стетоскоп,

Виленская академия

с которым не расставался, за что, как и Лаэннек, был предметом насмешек студентов! Любопытно, однако, что Герберский заслужил высокую оценку не очень щедрого на похвалу Лаэннека как «знаток аускультации» («connaot bien l'auscultation»)! Причем, В. Герберский не только применял стетоскоп Лаэннека, но и усовершенствовал его (Н.Н. Пилипцевич, Т.П. Павлович, А.Н. Пилипцевич, 2009). Вернувшись в Вильно в 1823 г., В. Герберский стал преподавать частную терапию и клинику. В январе 1824 г. он был назначен экстраординарным, а в ноябре - ординарным профессором кафедры частной терапии и патологии и директором терапевтической клиники. Кроме того, В.Д. Герберский занимался офтальмологией и даже оперировал катаракту *«не только низведением, но и экстракцией»*. Умер почти одновременно с Лаэннеком в возрасте 41 года от туберкулеза.

После смерти Герберского его место занял уроженец Белостока, **Фелициан Васильевич Рымкевич (1799-1851)** . Он учился в Москве и Вильно (1816-1820). В 1821 стал доктором медицины, затем, в 1825 году - адъюнкт-профессором, читал лекции по общей терапии и физиологии, потом стал экстраординарным и ординарным профессором физиологии Виленской Медико-хирургической академии, был главным врачом Виленской еврейской больницы, в 1838 году возглавил терапевтическую клинику. Был ученым секретарем академии. Талантливый клиницист и преподаватель, он был автором 40 научных публикаций, и среди них первой в России работы, специально посвященной аускультации - «О применении стетоскопа» (на польском языке!) (1824). 24 июня 1824 года **Иван Николаевич Очаповский**, ученик В. Герберского, защитил в Виленском университете докторскую диссертацию «De auscultation mediate» («Опосредованная аускультация»). Учеником В. Герберского, хорошо владевшим физикальными методами и преподававшим их студентам, был и **Иосиф (Осип) Игнатьевич Мяновский (Jyzef Mianowski, 1804-1878).** Выпусник Виленского университета, он стал доктором медицины в 1828 году и был назначен помощником директора терапевтической клиники, читал лекции по физиологии, в 1834 году стал адъюнкт-профессором, два года был в заграничной командировке, с 1840 года – ординарный профессор физиологии и ректор ВМХА, в 1842 году был переведен в Петербург (И. Мяновский был заподозрен в нелояльности к властям, или даже в заговоре, но потом Николай I смилостивился, и его, как «невинноговоренного», простили и перевели в 1842 году в Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую академию). Здесь он читал также лекции по женским и детским болезням, был почетным гофмедиком, заведовал акушерской и детской клиниками (причем, более в этом деле компетентного С.Ф. Хотовицкого - первого русского педиат-

ра от заведования кафедрой отстранили!), с 1844 г. И.И. Мяновский был директором Александринско-Мариинского приюта. С 1863 года занимал пост ректора Варшавской Главной школы до ее преобразования в университет.

Примечательной фигурой Виленского университета был **Адольф Иванович Абихт (Adolf Johann Abicht, 1793-1860),** ординарный профессор кафедры патологии. Сын профессора логики и метафизики, философа Иоганна Абихта, он закончил Виленский университет в 1810 году, в 1811 г. стал магистром философии, в 1815 г. - доктором медицины, а в 1816 г. - шефом гинекологической клиники университета. В 1820 г. был командирован за границу на три года «для приготовления к профессуре». Он посетил клиники Германии, Австрии и Франции и в 1822 г. шесть месяцев провел в клинике Р. Лаэннека, где учился аускультации под руководством великого маэстро! В 1823 г. А. Абихт возглавил кафедру патологии Виленского университета. В 1827 г. назначен ординарным профессором, а после закрытия университета, с 1 сентября 1832 г., был профессором Виленской Медико-хирургической академии до ее ликвидации. В 1837-41 гг. он возглавлял кафедру общей терапии академии. А.И. Абихт был председателем Виленского медицинского общества и пользовался «лестной репутацией первого медицинского консультанта в Литве». Современник сказал о нем: *«Абихт имел огромное влияние на развитие медицинской практики в Вильне. Не было ни одного важного заболевания, которое обошлось бы без участия его в консилиуме. Общественное мнение и доверие молодых врачей давали ему решающий голос в самых запутаннейших вопросах практической медицины...»*. Выпущенный им в Вильно учебник внутренних болезней на латинском языке долгое время оставался основным учебным пособием для студентов и врачей (http://en.academic.ru/dic.nsf/enwiki/7739724, D. Kalibatiene, R. Keblas, 2004).

А. Абихт

Талантливым учеником И. Франка был видный российский врач **Лев-Казимир Яковлевич Нагумович (1792-1853).** Выпускник Виленской Медико-хирургической академии, он стал доктором медицины в 1812 году (в двадцать лет!), в качестве врача Фанагорийского гренадерского полка участвовал в Бородинском сражении, затем в сражениях под Малоярославцем, Люценом, Кульмом и в «битве народов» под Лейпцигом. Вместе с победоносной русской армией вошел в Париж, причем умудрился выступить в Парижской академии с докладом «Фосфор при пере-

межающейся лихорадке». *«Едва ли не самым талантливым среди врачебной молодежи, вступившей в Париж, был Л. Нагумович»* (И.Д. Страшун, 1946). В последующем был директором госпиталей в Варшаве и Могилеве, главным доктором гвардейской пехоты. В 1823 году, будучи штаб-лекарем Варшавского гвардейского корпуса, Л.Я. Нагумович опубликовал в Военно-медицинском журнале описание случая перикардита. Он так описывал своего пациента: *«Лицо его было бледное, отекшее, губы и пальцы синие, пульс малый, нитевидный, неправильный, по временам перемежающийся; таково же было и биение сердца. При ударении перстами в грудь издавался глухой звук. Дыхание трудное, стесненное. Больной жаловался на тоску, тяжесть и жжение в предсердии»*. Л.Я. Нагумович предположил «водяную болезнь предсердия», которая и подтвердилась на вскрытии (З.М. Волынский, Е.Е. Гогин, 1964). Своей работой Л.Я. Нагумович в полной мере отдал дань открытию Л. Ауэнбруггера: *«Только перкуссия может дать необходимые основания для диагностики, если в околосердечной сумке скапливается много жидкости»*! Вернувшись в 1837 году к вопросу диагностики перикардита, Л.Я. Нагумович писал, что при перикардите *«...биение сердца как бы перемежающееся, сопровождаемое шумом, подобным кипящей жидкости, и весьма неприятным чувством для больного»* (Л.Я. Нагумович, 1837). Это было едва ли не первым описанием шума трения перикарда в России. Л.Я. Нагумович был почетным членом Виленской Медико-хирургической академии, Виленского медицинского общества и Военно-медицинского ученого комитета (Б.А. Нахапетов, 2008).

Следует отметить, что успешным научным исследованиям и организации учебного процесса способствовало то обстоятельство, что Виленский университет финансировался лучше других российских университетов. Кроме штатной суммы в 130 тысяч рублей в год, выделявшейся всем университетам, средства составляли ежегодные поступления в 105 тысяч рублей «из доходов бывших иезуитских имений», а также дополнительные одноразовые ассигнования: в 1804 году 70 тысяч рублей было пожаловано Александром I, под влиянием А.Чарторыйского, «заигрывавшего» с поляками, в 1807 году университету была предоставлена субсидия в 30 тысяч рублей, в 1811- 60 тысяч рублей. К 1823 году Виленский университет по числу студентов превосходил Оксфордский университет (А.Е. Иванов, 2004). Надо сказать, что преподавание внутренних болезней в Виленском университете было поставлено очень высоко (В.П. Грицевич, 1987). Каждый год факультет выпускал примерно по 30 врачей. *«...Вильнюсские клиники, организованные по примеру павианских и венских,... отличались квалифицированным персоналом, исключительной чистотой, индивидуальной диетой. По последнему показателю в Европе с*

Варшавская Главная школа (совр. фото)

ними можно было сравнить лишь клиники Берлинского университета» (А. Андрюшис, 1999). С 1805 по 1831 гг. через терапевтическую клинику Вильнюсского университета прошло примерно 4300 пациентов. По терапии до закрытия университета было защищено 148 докторских диссертаций, из них 100 - под руководством И. Франка (С.К. Бизюлявичус, 1968). Рядом с палатами клиники был лекционный зал для студентов. В клинике постоянно дежурил фельдшер и два студента, в обходах профессора участвовали студенты 4 и 5 курсов, каждый из которых курировал больного с ведением истории болезни, студенты принимали больных и в клинической амбулатории и навещали дома. При клиниках (терапевтической, хирургической и акушерской), находился патологоанатомический музей, производилось вскрытие всех умерших (А. Андрюшис, 1995, 1999). Благодаря такой постановке дела студенты легко могли освоить и оценить значение физикальных методов во врачебной практике.

Учеником Р. Лаэннека был уроженец «русской Польши», **Александр Антоний Лебрюн (Alexandre Antonie Le Brun, 1803-1868)** - доктор медицины и хирургии, профессор Варшавского университета, который он закончил в 1824 г., получив за время студенчества две золотые медали. По окончании университета он совершил путешествие за границу, посетил Германию, Францию, Англию, Бельгию и Австрию, слушал лекции лучших клиницистов и работал в госпиталях. В 1824-25 гг. Лебрюн проходил обучение у Лаэннека в клинике Шарите. Вернувшись на родину, он был назначен в 1829 г. ординатором госпиталя «Младенца Иисуса», а 16 ноября 1836 г. стал главным врачом госпиталя «Дом Здоровья» в Варшаве. А. Лебрюн постоянно следил за научными открытиями в медицине и нередко в числе первых применял их на практике в России, частью которой тогда была Польша: он первым стал употреблять при операциях эфирный наркоз, а с 1847 г. - наркоз

«Дом Здоровья» (Варшава, совр. фото)

хлороформом. Одновременно с назначением А. Лебрюна главным врачом госпиталя он стал членом Варшавского врачебного общества, был в нем секретарем и почетным членом, а в 1855 г. был избран президентом. А. Лебрюн был инициатором издания отчетов о деятельности общества - «Pamitnikiw towarzystwa warszawskiego», которые являлись источником полезной, чаще казуистической, информации для врачей. В 1860 г. А. Лебрюн был назначен профессором кафедры оперативной хирургии Медико-хирургической академии в Варшаве, а в 1862 г. он стал первым деканом Варшавской Главной школы и остался им и после присоединения академии к Главной школе (с 1869 г. – Императорский Варшавский университет). А. Лебрюн пользовался известностью как талантливый хирург, отличался энергией, любовью к делу, готовностью помогать всякому нуждающемуся в помощи; современник, знавший лично Лебрюна, пишет о нем: *«...действительно, весьма мало удавалось нам встречать подобных ему врачей»*. Любопытная закономерность: самые талантливые и одаренные врачи Польши и Литвы первой половины XIX в. оказывались учениками Лаэннека или учениками его учеников!

Глава V. ХАРЬКОВ

Физикальные методы отнюдь не были достоянием только столичных клиницистов. Перкуссию по Ауэнбруггеру применял профессор патологии и терапии Харьковского университета (с 1807 г.) **Вильгельм Федорович Дрейсиг (Wilhelm Friedrich Dreissig, 1770-1819)**. Выпускник университета в Галле, он получил степень доктора медицины в Эрфурте, был приглашен во вновь открываемый Харьковский университет в 1805 году, но утвержден в должности «ординарного профессора по кафедре патологии, терапии и клиники» только в 1807 году, а реально к преподаванию приступил в 1810 году. Был автором «Руководства к патологии хронических болезней» (1812) и «Руководства к врачебной диагностике и врачебной клинике» (1819). В 1814 году В. Дрейсиг стал первым директором терапевтической клиники Харьковского университета (6 коек). В.Ф. Дрейсиг, обладавший репутацией талантливого врача, но не знавший русского языка, «*лекции читал на прекрасном латинском языке*». Своими душевными качествами и порядочностью Вильгельм Федорович выделялся среди профессоров университета. Он был деятельным человеком и принимал активное участие в жизни университета. Его неоднократно избирали членом различных комиссий, деканом факультета, он был университетским врачом, принимал активное участие в выборах профессоров на новые кафедры (В.Н. Лесовой, Ж.Н. Перцева, 2005). При этом Харьковский университет первой четверти XIX века был «вулканом, извергающим вату» - в год он выпускал от... трех до двадцати лекарей! Да, собственно говоря, и в других университетах число выпускаемых врачей было невелико.

Харьковский университет (начало XIX в.)

Профессора Харьковского университета

Еще более преуспел в применении физикальных методов **Карл Александрович Демонси (1802-1867),** сын московского купца французского происхождения, Александра Осиповича Демонси, торговавшего «модным товаром» на Кузнецком мосту, ординарный профессор частной патологии и терапии, декан медицинского факультета Харьковского университета и многолетний председатель Харьковского медицинского общества. Он учился в Казанском и Дерптском университетах, в 1839 году защитил докторскую диссертацию. Был в заграничной командировке, в том числе посетил клинику А. Труссо, которого оценил очень высоко: *«Труссо как профессор есть одна из первенствующих знаменитостей Парижского университета»*, клиники Ж.-Б. Буйо и П.-А. Пьорри, где добросовестно освоил перкуссию и аускультацию, подробно познакомился с достижениями клиники внутренних болезней во Франции и позже напечатал работу «Observations sur l'enseignement, l'etude et l'exercice de la medecine en France, Pet. (в русском переводе «Наблюдения за французской медициной», 1841). К.А. Демонси восхищался тем, как тонко французские клиницисты владели диагностикой. Был автором работы «Клиническая таблица признаков для распознавания органических болезней», Харьков, 1853 г.

Склеп семьи Демонси

Одним из самых способных учеников С.П. Боткина был **Валериан Григорьевич Лашкевич (1835-1888)** – ординарный профессор Харьковского университета. Окончил Петербургскую медико-хирургическую академию в 1862 г. с золотою медалью. Был оставлен при академии и назначен ординатором 2-го военно-сухопутного госпиталя, а после получения в 1866 году степени доктора медицины отправлен за границу; там он изучал клиническую медицину под руководством И. фон Оппольцера, Й. Шкоды, А. Духека и Ф. Гебры в Вене, Л. Траубе, Ф. Фрерикса и Р. Вирхова в Берлине и ознакомился с госпиталями Парижа. По возвращении из заграничного путешествия Лашкевич был избран Харьковским университетом доцентом кафедры внутренних болезней, а в 1872 г. назначен ординарным профессором терапевтической клиники. Блестящий знаток физикальных методов диагностики, великолепный клиницист и преподаватель. Редактировал перевод на русский язык «Руководства к частной патологии и терапии» Г. фон Цимссена, был автором интересных «Клинических лекций».

В.Г. Лашкевич

Талантливым наследником В.Г. Лашкевича был **Федор Мечиславович Опенховский (Theodor von Openchowski, 1853-1914)**, ординарный профессор госпитальной терапевтической клиники Харьковского университета. Он родился в богатой польской дворянскй семье Мечислава Гаспара Опенховского в Люблине, закончил гимназию в Варшаве и поступил на медицинский факультет императорского Варшавского университета, но врачебный диплом получил в 1876 году в университете Св. Владимира в Киеве и был оставлен в качестве ординатора и клинического ассистента дерматологического отделения Киевского клинического военного госпиталя. Его непосредственным руководителем был талантливый терапевт и дерматолог **Людвиг Казимирович Горецкий (1826-1885),** автор работы «О физических условиях трескучего хрипа» (1859). Спустя три года Ф.М. Опенховского командируют за границу, где он пробыл четыре года. Он работал, в частности, в клиниках М. Капози, Г. Цейссля и Г. Бамбергера в Вюрцбурге, в Париже в лаборатории Э.-Ж. Марея и клиниках Ж. Шарко, П. Потена и Ж.-А. Фурнье. В Лондоне его заинтересовала клиника М. Маккензи. Он посетил Институт физиологии в Берлине под руководством Э. Дюбуа-Реймона и клиники Х. Кронекера и Ф. Фрерикса. В Страсбур-

Л.К. Горецкий

ге предметом его внимания стал институт Ф. Реклингаузена, клиника А. Куссмауля и лаборатории О. Шмидеберга и Ф. Гольтца. Вернувшись в Россию, Ф.М. Опенховский с 1884 по 1889 г. был приват-доцентом и читал студентам «курс перкуссии и аускультации с ларинго- и риноскопией». Его работа по физиологии Дерптским университетом была удостоена премии Гамбургера. В 1889 году, после короткой поездки за границу Ф.М. Опенховский был приглашен в Санкт-Петербург, в Институт для усовершенствования врачей Великой княгини Елены Павловны, где читал лекции по невропатологии. В 1891 году Опенховский был назначен экстраординарным, а в 1895 г. - ординарным профессором госпитальной терапевтической клиники Харьковского университета, где его ассистентом был талантливый П.И. Шатилов. В 1894 году Ф.М. Опенховский первым в России описал врожденную аневризму синуса Вальсальвы (первое описание сделано в 1839 году Д. Хоупом). К выдающимся достижениям ученого можно также отнести открытие им диссоциации в работе правого и левого желудочков при заболеваниях сердца, описание эффективности и побочных эффектов дигиталиса при хронической коронарной недостаточности. Он первым в Харькове в 1910 г. прижизненно диагностировал тромбоз правой коронарной артерии (О.Я. Бабак, 2004).

Ф.М. Опенховский зарекомендовал себя как выдающийся клиницист, талантливый преподаватель и превосходный практический врач. Он обладал аристократическими манерами, тонким умом, юмором и добротой, но прежде всего имел превосходное и разностороннее медицинское образование. С 1901 года и до конца жизни Ф.М. Опенховский был профессором и директором факультетской терапевтической клиники Харьковского университета. Собранный и дисциплинированный, Ф.М. Опенховский вел насыщенную жизнь: профессорская деятельность, научные исследования, обширная частная практика. Он был членом редакционных коллегий двух медицинских журналов в Германии, деятельным членом Харьковского медицинского общества, противотуберкулезной лиги и т.д. Он существенно развил и обустроил клинику им. В.Г. Лашкевича, был великолепным лектором с хорошо поставленным голосом, студенты его обожали, и аудитория на его лекциях всегда была переполнена. Необыкновенно элегантный, он любил музыку, играл на виолончели, брал уроки танца (как П. - А. Пьорри!), был обладателем обширного собрания картин и других произведений искусства. Любопытно, что терапевт Опенховский большую часть своих работ посвятил вопросам иннервации внутренних органов: желудка, сердца и т.д. Ему принадлежит интересная работа, доложенная П.Ф. Ивановым 20 декабря 1909 года на I съезде российских терапевтов «К диагностике локализации язвы же-

лудка», где были описаны т.н. «точки Опенховского». Болезненность при пальпации точек в области остистых отростков IV-VII грудных позвонков отмечалась при язве антрального отдела и малой кривизны желудка, VIII-X позвонков – при язве тела желудка, X-XII позвонков – при язве на большой кривизне у самого привратника. Точки Опенховского определялись перкуссией согнутым пальцем (перкуссионным молотком) по остистым отросткам. В тот период значительно возрос интерес врачей к выявлению болевых точек при патологии внутренних органов – были описаны «эпигастральная точка» Ру, «эпидорзальные болевые точки» Боаса, точка Супо и т.д. Такой наблюдательный врач, как Ф.М. Опенховский, занимаясь патологией желудка, не мог пройти мимо обнаруженного симптома. Замечательный клиницист, по злой иронии судьбы в 1913 году ощутил проявления желудочного недомогания, и 30 декабря 1913 года его оперировал в Берлине по поводу рака желудка выдающийся немецкий хирург **Г. Кер (Johannes Otto Kehr, 1862 –1916).** Операция прошла успешно, но 1 января 1914 года Ф.М. Опенховский внезапно скончался от тромбоэмболии легочной артерии...

Представляется невероятным, чтобы столь талантливый клиницист и преподаватель не оставил учеников. В их числе был **Петр Иванович Шатилов (1869-1921)** необыкновенно одаренный клинический преподаватель и врач, яркая и, как теперь говорят, креативная личность. Выходец из дворянской семьи, П.И. Шатилов после окончания гимназии в 1890 г. поступил на медицинский факультет Харьковского университета. Во время учебы в университете интересовался патологической и топографической анатомией и внутренними болезнями, во время каникул работал экстерном и фельдшером в Старооскольской больнице, а во время эпидемии холеры в 1892 г. даже был заведующим фельдшерским участком. Окончив университет с отличием в 1895 году, П.И. Шатилов, по рекомендации Ф.М. Опенховского, был оставлен экстерном при клинике госпитальной терапии, где проработал (в дальнейшем ассистентом) до 1903 года. В 1902 г. он защитил докторскую диссертацию на тему «К учению о формах пульсовых кривых». Работа была очень тщательно инструментально и методически выполнена и охватывала все формы пульсовых кривых, описанных к тому времени. С 1903 г. П.И. Шатилов, в качестве приват-доцента, начал читать студентам «Курс клинических методов исследования», а в следующем году перешел на должность ас-

П.И. Шатилов

систента кафедры факультетской терапии, которой заведовал Ф.М. Опенховский. В 1906 г. он побывал в клиниках и лабораториях Цюриха, Берна и Берлина, слушал лекции виднейших немецких клиницистов того времени. Активно занимался бактериологией и иммунологией, а в 1908 г. был утвержден в должности экстраординарного профессора кафедры диагностики с пропедевтической терапевтической клиникой, но в 1912 г. по доносу был отстранен от обязанностей и уехал в Париж (!), где выступал на I Международном конгрессе по сравнительной патологии с двумя блестящими докладами. Спустя год он снова вернулся в университет. При этом с 1910 г. он заведовал аналогичной кафедрой Харьковского Женского медицинского института, а после смерти Ф.М. Опенховского занял и кафедру факультетской терапевтической клиники. С 1917 г. он стал руководителем еще и детской клиники (!). Великолепный инфекционист, П.И. Шатилов возглавлял Ученую комиссию по борьбе с сыпным тифом, распространение которого тогда приняло характер пандемии, и был ответственным редактором журнала «Врачебное дело». Нет сомнения, что П.И. Шатилов был одним из последних представителей «золотого века» физикальной диагностики. Его работы по перкуссии и аускультации сердца, о пульсе и ритмах сердца являлись классическими, он, в частности, был автором методики «сильной перкуссии по Шатилову». В работе «Об аускультации шумов в области сердца» он изложил свой оригинальный «звукоподражательный» метод ориентировки в сложной аускультативной картине сердца в норме и патологии. Он предложил метод *«аускультации с покашливанием»*, когда больной делает предварительный сильный выдох, затем тихое покашливание, сразу за которым следует максимально глубокий вдох. Шатилов предложил выслушивать сердце в положении больного лежа, при разогнутых в коленях и поднятых под прямым углом ногах. Он полагал, что органические шумы при этом усилятся за счет возрастания нагрузки на сердце. Четыре сохранившихся клинических лекции П.И. Шатилова (Харьков, 1927), посвященных анамнезу и наружному осмотру больных, являются образцом работ по пропедевтике. Ему принадлежит известное пожелание врачу: *«Бойся пациентов с тысячью маленьких бумажек, рецептов, удостоверений и прочее. Бойся пациентов, которые могут утопить тебя в потоке слов и бумажек. Ищи доверия больного и добывай его как и чем можешь... Жди откровенности, не спугни ее»* (Я.С. Циммерман, 2010). П.И. Шатилов был энтузиастом развития бактериологии, рентгеновских методов обследования и т.д., но в основе основ для него было клиническое наблюдение. Современник говорил, что он *«во многих отделах диагностики стал хозяином на основании собственных работ и выработал собственные воззрения»*. До последних дней он был непременным учас-

тником медицинских обществ, консультировал в студенческой поликлинике, выезжал к больным на окраины Харькова. По иронии судьбы, боровшийся всю жизнь с сыпным тифом, весной 1921 года он заразился брюшным и спустя десять дней умер. Девизом деятельности П.И. Шатилова была высказанная им мысль: *«Врачу приходится мыслить острее и глубже, чем другим специалистам»*.

Глава VI. КИЕВ

Одним из самых талантливых выпускников Харьковского университета этого периода был **Федор Степанович Цыцурин (1814-1895),** личность необыкновенно талантливая и яркая, известный врач, обладавший дисциплинированным клиническим мышлением, популярный университетский преподаватель, выдающийся организатор здравоохранения и медицинского образования. И при этом он оставил поразительно небольшое количество работ, которые по «тщательности выполнения и фундаментальности» никак не соответствовали масштабу личности. Выходец из потомственной дворянской семьи, Ф.С. Цыцурин закончил медицинский факультет Харьковского университета лекарем первого класса с отличием в 1835 году. Профессорская карьера определилась не сразу, четыре года он работал врачом в Харьковской губернии, затем в 1839-41 гг. учился в Дерптском (Юрьевском) профессорском институте, защитил докторскую диссертацию о брюшном тифе. Посетил с научной целью лучшие клиники Германии, Франции, Англии, Италии, Австрии и Швейцарии, оставив любопытные характеристики известных клиницистов. О.-Ф. Шомеля, например, Цыцурин назвал принадлежащим «исключительно к классу эклектиков». Он лишний раз подтвердил репутацию Й. Шкоды как «терапевтического нигилиста», сказав, что тот *«результаты аускультативных исследований вовсе ни применяет к терапии. Он диагностирует данный случай и ожидает подтверждения от аутопсии, а потому,* - продолжает Ф.С. Цыцурин, - *я весьма мало могу представить терапевтических замечаний, хотя три месяца посещал отделение Шкоды».* Досталось и другим европейским светилам: *«Шенлейн – талант в высшей степени теоретический, Андраль – талант в высшей степени наблюдательный»*, - пишет Ф.С. Цыцурин (Л.И. Жуковский, 1952; В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 1997). В 1844 году Ф.С. Цыцурин был назначен, минуя ступень экстраординарного, ординарным профессором «терапевтической клиники с семиотикой» недавно открытого Киевского университета Св. Владимира. Он был открыт вместо закрытой Виленской медико-хирургической академии, откуда в новый университет не поехал ни один преподаватель-поляк! Уже в ноябре 1844 года

Ф.С. Цыцурин

Киевский университет

Ф.С. Цыцурин вместе с В.А. Караваевым открыл факультетскую клинику, затем амбулаторию. Ф.С. Цыцурин был консультантом студенческой больницы, консультировал учащихся института благородных девиц, частного училища и первой киевской гимназии. Целеустремленный, трудолюбивый, пытливый и критический ум, - говорят о нем историки медицины. Великолепный лектор, любимец студентов, непременный участник консилиумов в акушерской и хирургической клиниках (как позже В.П. Образцов), необыкновенно популярный лектор и практикующий врач (одним из его пациентов был Н.В. Гоголь), декан медицинского факультета, член многих медицинских обществ, в 1857 г. Ф.С. Цыцурин становится Президентом Варшавской Медико-хирургической академии, в 1862 году – директором медицинского департамента, с 1865 года – лейб-медиком Александра II, с 1867 года – управляющим придворной медицинской частью (до 1882 г.). Он был тайным советником, непременным членом Военно-медицинского ученого комитета, Главного военно-госпитального совета и медицинского совета Министерства внутренних дел. Ф.С. Цыцурин в 1845 году, в начале своей профессорской деятельности, выпустил работу, которую оценивают как *«документ поразительной силы, манифест медицины, вступившей в естественнонаучную эпоху своей истории»*. Эта работа – «Вступление в курс частной патологии, семиотики и клиники внутренних болезней». В ней видный клиницист определяет свое кредо, свое отношение ко многим волнующим врачей того времени вопросам. Мы уже упоминали о «системах», которые считали нужным предлагать видные врачи того времени. Ф.С. Цыцурин задает справедливый вопрос: а возможно ли создать такую «систему» при реальном уровне медицинского знания, да и нужна ли она? Врач, прежде всего, естествоиспытатель, - говорит он. Касаясь «священного» понятия гиппократической медицины, Ф.С. Цыцурин уверенно говорит, что *она «не удовлетворяет всем требованиям нашего времени»*. Слышал бы эти слова А. де Гаен! Нам очень импонирует отношение Ф.С. Цыцурина к Лаэннеку, которого он именует Леннек. Он говорит, что Леннек это *«бессмертный гений... открывший новую эпоху медицины, точно так же, как Гиппократ древнюю»*,

«диагностику, этот краеугольный камень медицины... вот что создал Ленек!». «Слова «видел и наблюдал» повторяются чаще всего в медицинском языке. Но недостаточно видеть - надобно уметь видеть, недостаточно наблюдать - надо уметь наблюдать... Нигде так скоро не высказывается талант врача и степень его образования, как в способе исследования больных», - констатирует Ф.С. Цыцурин. Несомненно, что для него не существовало вопроса, что есть медицина: наука или искусство? Он отвечает исчерпывающе, что медицина – *«вполне умопостигаемое, рациональное искусство мастера своего дела», т.е. симбиоз науки и искусства! Важнейшее, касающееся обсуждаемого предмета он изложил так: «...сколько раз случалось мне видеть, что аускультирующий в первый раз начинал свой опыт с больного, страждущего воспалением легких. Спросите вы такого аускультатора, прислушивался ли он к дыханию здоровых людей, знает ли он все его оттенки, различные по возрасту, телосложению и прочее? Аускультатацию, следовательно, как и большую часть физической диагностики, невозможно изучить из книг. Мы изучаем анатомию с большой подробностью, умеем описать слуховой орган и лабиринт, а спросите иного молодого врача – пусть он вам покажет точные границы сердца и печени на живом человеке; не говорю всякий, но другой задумается при этом уже и потому, что это будет первый опыт в его жизни»* (Ф.С. Цыцурин, 1845). Клиническое обучение, вот что ставит на первое место Ф.С. Цыцурин. Он уже в то время говорил о необходимости реформы врачебного образования, о выделении, по примеру Германии, высшей и низшей клиники. Пропедевтика превыше всего! Но лишь во второй половине XIX века в клинике Г.А. Захарьина было выделено для этого 16 коек. Ф.С. Цыцурин *«шел срединным путем врача-рационалиста»*. Выдвинутое им кредо соответствовало той научно-исследовательской программе в клинике внутренних болезней, которую спустя два десятилетия успешно реализовал С.П. Боткин (В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 1997). Кстати говоря, отношения Ф.С. Цыцурина (тогда уже крупного медицинского чиновника) и С.П. Боткина были не безоблачными. На заре профессорской деятельности Боткина, в 1862 году, Ф.С. Цыцурин, посетивший его клинику и с похвалой отозвавшийся о лаборатории, пожелал С.П. Боткину, *«чтобы это заведение дошло то того совершенства, которое оно достигло при заграничных клиниках»*. В ответ С.П. Боткин заметил Ф.С. Цыцурину, что в заграничных клиниках тот не мог видеть таких лабораторий, т. к. инициатором их создания является сам ...Боткин! *«Ты можешь себе вообразить, как он был взбешен»*, – писал С.П. Боткин брату (А.А. Будко, Н.Г. Чигарева, Л.Д. Иванова, 2007).

Знаменитым киевским профессором был **Федор Федорович Меринг (Fridrich Mering, 1822-1887)**. Сын городского врача в Доне (Саксония)

Ф.Ф. Меринг

Меринг учился в Дрезденской медицинской академии (1840-41), с отличием закончил медицинский факультет Лейпцигского университета (1841-1845). В этом же году он едет в Россию и становится врачом сахарного завода графа Сперанского на Украине. В 1846 году он сдает врачебный экзамен в университете Св. Владимира в Киеве, где его брат Август был врачом Дмитрия Гавриловича Бибикова (1791-1870), важного сановника, киевского военного губернатора. Три года Меринг был врачом в селе Буромка Золотоношского уезда, где была больница на 50 коек, после чего отправился в Петербург, где стал прозектором Первого сухопутного госпиталя и работал под руководством Н.И. Пирогова. В 1851 г. Ф.Ф. Меринг стал доктором медицины и до 1853 г. был врачом семьи помещика Тарновского на Черниговщине. В 1853 г. он в Черниговском губернском присутствии присягнул Российской империи и сменил имя на русское - Федор Федорович. Тогда же он нашел себе жену из известного дворянского рода Томара. В 1853 г. он вернулся в Киев уже в чине коллежского асессора и стал адъюнктом кафедры государственного врачебного дела в Университете Св. Владимира, в 1854 г. - экстраординарным профессором. Любопытно, что основанием для приглашения на профессорскую должность стало конкурсное сочинение Меринга *«Об историческом развитии аускультации и перкуссии»* (не опубликовано) в трех (!) томах, о котором одобрительно отозвался Н.И. Пирогов. Ф.Ф. Меринг вместе с профессором С.П. Алферьевым побывал на театре военных действий Крымской войны и был награжден орденом Св. Анны III степени. С 1855 года он заведовал госпитальной терапевтической клиникой, а с 1865 г. – кафедрой факультетской терапии Университета Св. Владимира. Как практикующий врач он с 31 мая 1855 г. заведовал терапевтическим отделением военного госпиталя, был консультантом больницы Института благородных девиц и частного училища графини Левашовой. Меринг был блестящим лектором и любимцем студентов. Под его руководством было переведено «Руководство к частной патологии и терапии преимущественно с физиологической и патологоанатомической точки зрения» Ф. Нимейера. История медицины, частная патология, общественная гигиена – вот основные области интересов профессора Ф.Ф. Меринга. Ему принадлежит любопытное высказывание: *«Диагностика стала называться объективною, потому что она засудила все субъективные явления. Выслушивание и постукивание с того времени получили предпочтение перед всеми остальными методами исследования... новая диагностика в свою очередь контролировалась результатами вскрытия. Но новое направление смотрело на симптомы как на непосредственное последствие анатомических на-*

рушений, между тем как симптоматическая медицина составила себе понятие о симптомах как о реакции организма... Вместе с тем терапия пришла в совершенно особенное положение... исходная точка лечения симптоматической медицины лежит внутри организма, отсюда высокое значение внутреннего лечения и эта бездна внутренних лекарств. Исходная же точка анатомической медицины находится в ткани, отсюда важность, приписываемая анатомической школой местному лечению... Собственно лечение больных сделалось совершенно посторонним делом, потому что или придерживались нигилизма Венской школы, или восхваляли специфическое действие известных лекарств, особенно прославленных во Франции с редким шарлатанством...» (Ф.Ф. Меринг, 1863). Он получает дворянство и становится гласным Киевской городской Думы, оставаясь им в течение 17 лет. Он вообще был везучим человеком: имея годовое профессорское жалованье в 3500 рублей, Меринг был самым богатым врачом Российской империи! Шесть имений в Киевской губернии, три в Полтавской, лесная дача и два имения в Подольской, несколько домов и земельных участков в Киеве, многомиллионное состояние, которое было предметом откровенной зависти Г.А. Захарьина! Но Меринг был еще и очень вдумчивым, талантливым врачом. Именно он первым в России в 1883 году поставил 45-летнему больному диагноз тромбоза коронарных сосудов (диагноз был ретроспективным). Конечно, Ф.Ф. Меринг относился к категории очень талантливых врачей-эмпириков (как и Захарьин), что вовсе не умаляет его заслуг. Именем заслуженного профессора и тайного советника Меринга была названа улица в Киеве, в кабинете В.П. Образцова висел его портрет. *«Выдающийся врач с разносторонними научными интересами, последовательный сторонник естественнонаучного пути развития медицины, прекрасный лектор...»*, - характеризуют Ф.Ф. Меринга историки медицины (В.И. Бородулин, В.П. Бревнов, 2000). В течение длительного времени страдая лимфедемой, выдающийся клиницист умер в возрасте 65 лет...

Яркой и трагической фигурой оказался ординарный профессор кафедры частной патологии и терапии Императорского университета Св. Владимира, ученик С.П. Боткина, **Василий Тимофеевич Покровский (1839-1877)**. Выпускник Калужской духовной семинарии, он в 1861 закончил Медико-хирургическую академию с золотой медалью и был оставлен при академии, для подготовки к профессорскому званию. Он стал любимым учеником и одним из ближайших сотрудников пришедшего в этом же году в академию С.П. Боткина. В 1864 г. В.Т. Покровский стал доктором медицины и отправился на два года в Германию. В 1866-67 гг. был приват-доцентом и читал курс оториноларингологии. С 1867 г. был избран экстраординарным профессором кафедры частной патологии и

терапии Киевского университета Св. Владимира. За десять лет профессорской деятельности В.Т. Покровский приобрел себе репутацию *«одного из даровитейших преподавателей Киевского университета и большинство врачей считали его талантливейшим представителем клинической медицины в Киеве»*. Если бы он не умер в тридцать девять лет, считали современники, то был бы «вторым Боткиным»! Великолепный лектор, талантливый, наблюдательный клиницист, тонкий семиотик, блестящий диагност, В.Т. Покровский, однако, не имел нормальной клиники, для обустройства которой, как всегда, не хватало денег (150000 рублей). Несмотря на это он, как и в Петербурге и в Германии, активно занимался наукой. Молодой профессор целые дни проводил в палатах Киевского военного госпиталя, *«изучая больных со всей методичностью»*. Не удивительно, что его клинические лекции, блестящие по форме, были интересными по существу. В них он ставил две задачи: 1) всесторонне ознакомить слушателей с методами клинического исследования больных; 2) дать теоретическую трактовку обнаруженных изменений. И вот здесь он явственно обозначал себя учеником Боткина – по единодушным свидетельствам слушателей, его лекции напоминали... лекции по физиологии! Одним из первых он начал читать лекции по болезням органа слуха, нервным болезням и психиатрии. Начиная с докторской диссертации «Об отравлении окисью углерода», В.Т. Покровский не оставлял занятий физиологией. В свое время ему приписывали «нервизм» в той же степени, что и самому С.П. Боткину (Л.И. Жуковский, 1953). Он опубликовал несколько интересных и новаторских по тем временам работ: «Несколько слов о болезнях почек, смешиваемых с хронической брайтовой болезнью» (1862), «Клинические замечания к диагностике почечных болезней» (1863) и «Подвижность почек» (1864). Собственно говоря, подвижная почка описывалась неоднократно и раньше, в частности, в 1856 г. венским клиницистом И. фон Оппольцером. И его предшественники и сам В.Т. Покровский отрицали какое-либо клиническое значение ren mobilis, но он сосредоточился не на этом. В.Т. Покровский подчеркивал, что подвижная почка – самая частая «опухоль», которую обнаруживают врачи в брюшной полости. Незнание этой патологии хирургами и акушерами было причиной смертельных исходов, когда почку принимали за кисту яичника и пытались удалить! В.Т. Покровский в качестве причин этого приводит редкое использование врачами пальпации и пальпацию живота только в положении лежа, в то время как почка лучше пальпируется в вертикальном положении больного. Он пишет: *«Живот полезно ощупывать у всех, даже у больных гриппом»*. Золотое правило: вспоминается, как однажды удалось обнаружить при пальпации у 28-летнего помощника машиниста, после перенесенного «грип-

па» в животе опухоль, которая оказалась громадной селезенкой. Через год больной погиб от хронического миелолейкоза, «грипп» оказался манифестацией болезни... В.Т. Покровский приводит подробное описание пальпации почек и не рекомендует определять их перкуссией, учитывая повышенную ранимость подвижной почки. В.Т. Покровский был автором около 30 работ, в том числе по инфеционным болезням. Он изучал дифференциальную диагностику сыпного, брюшного и возвратного тифа. Увлекшись проблемой тифа, статский советник и профессор В.Т. Покровский был еще и *«сверхкомплектным ординатором Киевского военного госпиталя»*. Принимая деятельное участие в лечении тифозных больных, В.Т. Покровский заразился сыпным тифом и 14 января 1877 года в возрасте 38 лет умер. Можно сказать, погиб на боевом посту... (http://www.enc-dic.com/history/Pokrovskij-Vasilij-Timofeevich-32483.html, Г.А. Аронов, 2008).

В 1870 году в университете Св. Владимира **Евгений Иванович Афанасьев (1837-1897)** первым начал читать полный курс врачебной диагностики. Выпускник Медико-Хирургической академии (1860), Е.И. Афанасьев в 1869 г. защитил докторскую диссертацию, в 1870 г. был избран на кафедру частной патологии и терапии в качестве приват-доцента курса врачебной диагностики, которую читал до 1885 года. Несомненное влияние на формирование Е.И. Афанасьева-клинициста оказал профессор В.Т. Покровский. Именно у него Е.А. Афанасьев научился *«той строгости физического объективного обследования больных, на которую Сергей Петрович* (Боткин - Н.Л, В.А.) *обращал такое огромное внимание»*. И сам Е.И. Афанасьев излагал физикальные методы студентам *«...с увлечением и страстностью, с полным убеждением в правильности определения болезни в каждом отдельном случае»* (Л.И. Жуковский, 1967). С 1893 г. Е.И. Афанасьев – заведующий кафедрой частной патологии и терапии Киевского университета. Имел репутацию хорошего диагноста и клинического преподавателя, исчерпывающе знал физикальные методы. Был автором работы «О двух тонах в бедренной артерии при аортальной недостаточности» (1874), в которой впервые в отечественной литературе представил три собственных наблюдения этого клинического феномена. Но с этой работой вышел конфуз: когда в 1878 г. Е.И. Афанасьев претендовал на должность заведующего кафедрой госпитальной терапии, он в качестве своих научных заслуг представил именно ее. Но совет университета по настоянию Г.Н. Минха и Ф.Ф. Меринга дважды забаллотировал его, ссылаясь на малый научный вклад. На кафедру избрали известного киевского профессора К.Г. Тритшеля. Обиженный Е.И. Афанасьев стал взывать к общественному мнению и даже издал на свой счет брошюру, в которой утверждал, что *«ни один канди-*

дат с русской фамилией... не избирается», намекая на «немцев» Меринга, Тритшеля и Минха, на что последний ответил учтиво, но язвительно: *«Можно носить русское имя и быть плохим ученым. Можно, подобно мне, носить имя немецкое и быть таким же немцем, как сам господин Афанасьев. Что же касается едва ли не единственной научной работы господина Афанасьева, то начало ее составлено профессором Покровским, физиологическая часть выполнена профессором Томса, автору же – Афанасьеву - принадлежат только ошибки. Так что господин Афанасьев закончил свою научную карьеру, не начиная ее»* (Г.А. Аронов, 2008). **Владимир (Владимир Богумилович) Томса (1831-1895)**, по происхождению чех, родился в Праге и там же получил гимназическое и университетское образование. В 1854 году стал доктором медицины и был назначен прозектором по физиологической анатомии, а позже ассистентом кафедры патологии. Вспыхнувшая в 1859 г. австро-итальянская война заставила его поступить на военную службу батальонным врачом в 48 австрийский пехотный полк. Затем В. Томса стал ассистентом профессора физиологии К. Людвига в Венской военно-медицинской академии, а с 1865 г., после перехода К. Людвига в Лейпцигский университет, он занял кафедру физиологии и медицинской физики. Но в том же году Университет Св. Владимира избрал его экстраординарным профессором физиологии и В. Томса переехал в Киев. Здесь он читал лекции по физиологии и патологической анатомии в течение девятнадцати лет, одно время являлся деканом медицинского факультета, получил чин действительного статского советника. В 1884 г. он возвратился на родину, так как Пражский университет предложил ему место ординарного профессора физиологии, которое Томса и занимал до конца жизни. Хорошие соавторы были у Е.И. Афанасьева!

Надгробие
Е.И. Афанасьева

...Е.И. Афанасьев хоть и серьезно оскорбился, но в словах Минха была доля правды: научный вклад претендента на профессорское место и впрямь был невелик, хотя в работе «О трахейном тоне Williamsa» Е.И. Афанасьев проанализировал механизм происхождения тимпанического перкуторного звука при различных заболеваниях легких. И все же «терпение и труд» взяли свое - спустя четверть века после конфуза он стал ординарным и заслуженным профессором университета Св. Владимира. Мало того, он был одним из самых популярных киевских врачей, организатором «Общества борь-

бы с заразными заболеваниями» и председателем комиссии по разработке положения о Бактериологическом институте. Благодаря его настойчивости в Киеве была открыта больница для чернорабочих, и началось строительство городской канализации. В 1874-76 гг. он был редактором перевода «Руководства к частной патологии и терапии внутренних болезней» Ф. Нимейера, выдержавшего два издания. Оказывал большую поддержку Киевскому обществу ночных врачебных дежурств (прообраз «скорой помощи»). В 60 лет умер от туберкулеза легких... (http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_biography)

Еще более ярким и самобытным представителем киевских интернистов был **Феофил Гаврилович Яновский** (1860-1928). Выпускник Киевского университета, ученик известного киевского терапевта, профессора - «немца» **Карла Генриховича Тритшеля (1842-1914),** Ф.Г.Яновский был направлен в научную командировку и посетил лучшие клиники Германии: К. Герхардта, Э. фон Лейдена, Г. Куршмана, Г. Гофмана, К. Шморля, Институт Р. фон Вирхова, и Франции - клинику Жермена Се и Институт Л. Пастера. Громадный клинический опыт позволил ему стать видным инфекционистом и основателем бактериологической службы Украины, курортологом и физиотерапевтом, нефрологом, но главное – выдающимся фтизиатром (Г.С. Бурчинский, 1965). В то время туберкулез был проблемой первостепенной важности: в Германии или США в год от туберкулеза умирало более 100000 человек. В России заболеваемость туберкулезом носила характер устойчивой пандемии. Естественно, что внимание врачей с момента детального описания его Лаэннеком было приковано к диагностике и лечению этого «генерала армии смерти». Ф.Г. Яновский, великолепный знаток пропедевтики болезней легких, исчерпывающе владевший физикальными методами диагностики, блестяще зарекомендовал себя на этом поприще. В 1893 году Ф.Г. Яновский опубликовал работу «К технике выслушивания», где предложил свою модель стетоскопа, который целиком отливался из толстого стекла. Вместо ушной воронки у него была круглая олива, вставлявшаяся в слуховой проход исследователя. Модель оказалась неудачной: инструмент был очень хрупким, олива его травмировала слуховой проход (подобная конструкция из дерева уже предлагалась раньше П. Нимейером) и имела лишь одно достоинство - стетоскоп можно было мыть после выслушивания инфекционных больных (Б.С. Шкляр, 1961). Хотя стетоскоп и не завоевал популярности, но

Ф.Г. Яновский

в способности профессора Яновского улавливать малейшие нюансы в деятельности сердца и легких не сомневался никто, однако было одно существенное «но». В 1912 году в работе «К постукиванию легочных верхушек при бугорчатке» Ф.Г. Яновский выдвинул понятие «парадоксальное сочетание», под которым он понимал сочетание звуков различной высоты, возникающих при перкуссии грудной клетки больного туберкулезом. Он считал, что при туберкулезе отмечается не только повышение звука при перкуссии, но и понижение его с тимпаническим оттенком. Признак этот может сочетаться с другими или быть самостоятельным и тогда он может являться единственным признаком туберкулезного поражения легочных верхушек. Понижение перкуторного звука является, по мнению Яновского, одним из самых ранних признаков туберкулеза легких. Заметим, что Феофил Гаврилович, вероятно, не был знаком с вышедшей в «далеком» Петербурге за 15 лет до этого работой В.М. Кернига (1897) «О притуплении перкуторного тона над легочными верхушками без патологических изменений в них». В.М. Керниг убедительно показал, что у больных с истощением, вызванным любой причиной, или при длительном поверхностном дыхании перкуторное притупление над верхушками обнаруживается и без малейших намеков на туберкулез! Это комментарий к вопросу о субъективности объективных методов исследования. Примечательно, что в 1905 г. сам Ф.Г. Яновский не без сарказма отмечал, что в добактериологическую эпоху клиницисты, умея определять до тонкостей величину и местоположение уплотнения легких, в то же время распознавали в одном и том же случае *«...один – бугорчатку, другой – творожистую пневмонию, третий – хроническую катаральную пневмонию, чувствуя сами всю шаткость и произвольность таких определений»*. Но ведь и сам Яновский находился в плену догмы (которая скоро была опровергнута), что туберкулез чаще всего манифестирует поражением верхушек, почему и другие врачи и он сам мучили себя и больных, без конца выслушивая и перкутируя верхушки легких! Отдельная работа Яновского была посвящена патогенезу и симптоматологии творожистой пневмонии. В статье «К семиотике экссудативного плеврита» Феофил Гаврилович подчеркивал, что при экссудативном плеврите шум трения плевры может выслушиваться над экссудатом, проводясь туда по ребрам из вышележащих отделов, где жидкости нет, а воспаление плевры есть. Сюда же примыкает другая его работа – «О полулунном пространстве Траубе и диагностическом значении его при плевритах». Он впервые установил нормальные границы этого пространства и показал, что только массивные левосторонние плевральные выпоты настолько уменьшают его, что это является дифференциально-диагностическим признаком различения плеврита и крупозной

пневмонии. Он оговорился, что при плевритах меньшего объема этот признак «не работает». Наиболее ярко свою репутацию непревзойденного диагноста Ф.Г. Яновский подтвердил в знаменитой монографии «Туберкулез легких (патология, клиника и лечение)», вышедшей двумя изданиями в 1923-24 гг. Семиотика туберкулеза была описана здесь с исключительной тщательностью. Ее главы автор так и назвал «Боль», «Кашель», «Одышка», «Лихорадка», «Исхудание». Конечно, многое, описанное Яновским, не представляется врачам сейчас не только бесспорным, но даже очевидным, как это казалось ему: *«Простой взгляд во многих случаях ставит верно диагноз легочной бугорчатки»*, клиника «тогдашнего» туберкулеза описана с исчерпывающей полнотой. Ф.Г. Яновский предложил свой метод перкуссии, который отличался и от классического и от предложенного В.П. Образцовым: удар по грудной клетке наносился движением одного пальца. Это устраняло шум от трения одного пальца о другой и не только извлекало звук, но и давало осязательное ощущение. У самого Яновского чуткость пальцев по свидетельству современников была развита сверхъестественно! Примечательно, что методам физикального исследования в книге Ф.Г.Яновского отдается известный приоритет даже перед лабораторными и рентгенологическими: *«Среди начальных случаев* (туберкулеза - Н.Л., В.А.) *есть, однако, формы, при которых Х-лучи не могут обнаружить наличность процесса, между тем как другие методы, особенно аускультация, ставят распознавание; сюда относятся те случаи, где высыпание бугорков слишком невелико, развития фиброзной ткани пока еще нет, словом, нет уплотнения, а между тем уже слышны в верхушке хрипы, хотя бы и в ничтожном числе, и при них имеется некоторое изменение дыхания. Это случай той формы туберкулеза, которая получила название «катара легочной верхушки»*. Яркий пример уровня тогдашней диагностики у больных туберкулезом приводится в романе Т. Манна «Волшебная гора», где случайно приехавшего в высокогорный туберкулезный санаторий в Швейцарии главного героя – Ганса Касторпа осматривает тамошний врач по имени Беренс, имеющий чин, как и Й. Шкода, гофрата (надворного советника): *«Он выстукивал Ганса Касторпа в тех же точках, что и Цимсена, и не раз возвращался к ним. Особенно долго выстукивал он какое-то место слева над ключицей и несколько ниже, видимо, сравнивая звук.*

- Слышите? - спрашивал он каждый раз доктора Кроковского. И доктор Кроковский, сидевший в пяти шагах от него за письменным столом, каждый раз кивал, что да, мол, слышит; задумчиво уперся он подбородком в грудь, прижав к нему бороду, так что концы ее задрались.

- Дышите глубже! Кашляйте! - командовал гофрат, снова завладевший стетоскопом; и Гансу Касторпу пришлось основательно поработать

легкими минут десять, пока гофрат его выслушивал. Беренс не произносил ни слова, а только приставлял стетоскоп, и притом не раз, то к одному месту, то к другому, именно к тем, которые он перед тем выслушивал. Потом сунул трубку под мышку, заложил руки за спину и уставился в пол между собою и Гансом Касторпом.

- Да, Касторп, - сказал он, впервые назвав его просто по фамилии, - дело обстоит ... именно так, как я с самого начала и подозревал. Я взял вас на заметку, Касторп, теперь можно в этом признаться, и именно с той минуты, как удостоился незаслуженной чести познакомиться с вами, - и я решил с почти полной уверенностью, что вы по сути дела уже наш и со временем это сами поймете, как уже многие из тех, кто приезжали сюда для развлечения и поглядывали на все задрав нос, а в один прекрасный день оказывалось, что им было бы весьма не вредно, - и не только «не вредно», прошу понять меня правильно, - отбросить все эти замашки стороннего наблюдателя и задержаться здесь на несколько более долгий срок.Вот слышите разницу? - И гофрат постучал слева, в верхней части груди, затем пониже.

Памятник
Ф.Г. Яновскому

- Там звук глуше, чем тут, - сказал Ганс Касторп.

- Отлично. Вам следовало бы стать врачом. Значит, там глухой звук, а его дают пораженные раньше места, где уже произошло обызвествление, они, так сказать, зарубцевались. Вы уже давно больны, Касторп, но никого не будем винить за то, что вы этого не знали. Диагностировать первую стадию очень трудно - во всяком случае коллегам, практикующим на равнине. Я вовсе не хочу сказать, что у нас какой-то особенно тонкий слух, хотя специализированный опыт все же кое-что значит. Но слышать яснее нам помогает воздух, понимаете, здешний легкий сухой воздух.

- Ну конечно, понятно, - отозвался Ганс Касторп.

- Ладно, Касторп. А теперь слушайте, мой мальчик. Я скажу вам золотые слова. Если бы речь шла только об этом, понимаете, о глухих тонах и рубцах в вашей эоловой полости и о чужеродных известковых отложениях в ней, то я преспокойно отправил бы вас обратно ... и ни на вот столечко на ваш счет не тревожился, понимаете вы меня? Но учитывая положение дел сейчас и возможные осложнения, и раз уж вы попали сюда, к нам, то не стоит вам уезжать домой, Ганс Касторп, вам все равно пришлось бы очень скоро вернуться.

У Ганса Касторпа кровь снова прилила к сердцу, и оно бурно заколотилось...

- Кроме глухих хрипов, - продолжал гофрат, - у вас там наверху, слева, есть шумы, уже почти шумы, и они бесспорно вызываются тем, что поражен новый участок. Я пока еще не хочу говорить об очаге размягчения, но экссудативный очажок с влажными хрипами есть, и если вы, милейший, ... будете жить, как жили до сих пор, то все ваше легкое живо полетит к черту.

Ганс Касторп стоял неподвижно, губы у него подергивались, и было видно совершенно отчетливо, как его сердце пульсирует между ребрами ...- Объективное подтверждение нам дает и ваша температура, - продолжал гофрат. - 37,6 в десять часов утра - это примерно соответствует акустическим данным» (Т. Манн, 2005). Примечательно, сколь логичными и убедительными кажутся рассуждения врача, как уверенно он оперирует весьма скромными физикальными данными, ни на минуту не сомневаясь в их безошибочности (хотя в его распоряжении уже была рентгенография, динамику болезни «гофрат» предпочитает определять физикальными методами)! Т. Манн хорошо показывает, что испытывает больной, выслушивая этот, по сути дела, приговор...

Надо признать, что при всех своих достоинствах книга Ф.Г. Яновского стала «лебединой песней» «золотого века» аускультации и перкуссии, но он об этом еще не знал. Ф.Г. Яновский описал симптом «ни привета, ни ответа» («каменная тупость» и отсутствие дыхательного шума) при раке легкого. Он обнаружил, что при скоплении в плевральной полости слева 400-500 мл экссудата пространство Траубе оказывается «занятым» (симптом Траубе-Яновского). Он описал и симптом поражения плевры: ослабление боли в грудной клетке при иммобилизации ее путем сдавления руками (http://health-ua.com/articles/3575.html).

Еще одна любопытная работа Ф.Г.,Яновского – «Клиническое значение запаха». Он полагал, что обследованию на запах подлежат кожа, выдыхаемый воздух и экскреты больного. Он выделял даже целую диагностическую гамму запахов: запах фиалок в моче при приеме внутрь скипидара, «мышиный» запах при септикопиемии, уринозный запах при уремии и выделял специфический «odor mali ominis» - грозный вестник фатального прогноза болезни, особый острый, неприятный, «проницательный» запах, который обнаруживался в крайне тяжелых случаях заболевания тифами, при дизентерии, пневмонии, гриппе, септицемии, туберкулезе, декомпенсации кровообращения и т.д. В то же время при доброкачественных случаях туберкулеза Яновский описал запах «прелого сена» (Г.Е. Аронов, 1988). Известно его указание на «осовелость» у больных нефритом (своеобразное затуманивание сознания и «заспанный» вид). Он описал поражение эндокринных органов при инфекционных болезнях (брюшной тиф и грипп) и «лихорадочную форму» рака же-

лудка. Любопытно его требование систематически взвешивать больных при недостаточности кровообращения, болезнях почек и язвенной болезни для определения динамики процесса (увеличение при скрытых отеках и уменьшение при отказе больного от приема пищи). Ф.Г. Яновский считал митральный стеноз и подагру антагонистами туберкулеза легких (Б.С. Шкляр, 1961). Известен лозунг, выдвинутый Ф.Г. Яновским в 1927 г.: *«...поближе к больному человеку!»* (Г.С. Бурчинский, 1979).

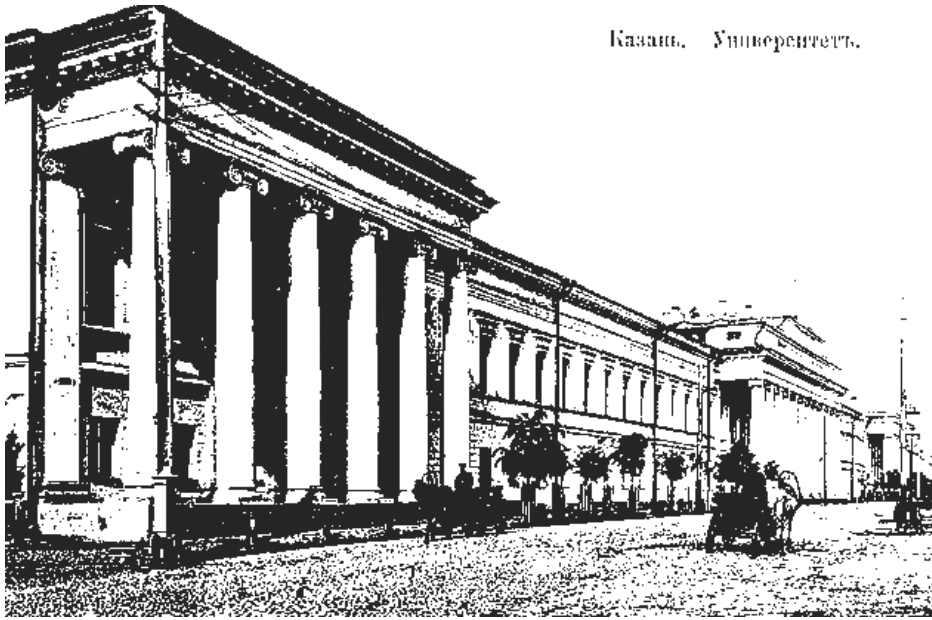
Киевским профессором был **Юлий (Фердинанд) Иванович Мацон (1817-1885),** выпускник (1843) Дерптского университета, ученик профессора Г.И. Замена, практический врач с 1843 г., в 1852 г. был назначен адъюнкт-профессором кафедры частной патологии и терапии, с 1854 г. - профессор кафедры патологической анатомии университета Св. Владимира . Он был и первым директором городской киевской больницы имени цесаревича Александра, открытой в 1875 году. Поскольку патологическая анатомия «не могла захватить его целиком», он в течение нескольких лет параллельно (!) возглавлял клиническую кафедру специальной патологии и терапии с госпитальной терапевтической клиникой. Принимал он самое активное и непосредственное участие в борьбе с эпидемиями и, кроме этого, был деканом медицинского факультета (1868-69) и в течение 10 лет (1871-81 гг.) – председателем общества киевских врачей. В этом был существенный недостаток – преподавание патологической анатомии серьезно хромало и научной работы на кафедре совсем не велось. Но зато в 1852 г. в «Военно-медицинском журнале» Ю.И. Мацон опубликовал оригинальную и новаторскую работу: «Теория перкуссии груди, основанная на экспериментах на больных и трупах». Так же, как П.-А. Пиорри и М.А. Винтрих, он при перкуссии изменял содержимое грудной клетки, или покрывал ее поверхность звукопоглощающим материалом. Полученные результаты дали ему основания для вывода - источник перкуторного звука – сумма колебаний грудной стенки и прилежащих тканей (перкуторная сфера). Он подчеркивал важность перкуссии различных отделов грудной клетки у здоровых. Его данные подтвердил ученик Й. Шкоды Адальберт Духек (1824-1882). Однако, преемник Ю.И. Мацона на кафедре, выдающийся патолог Г.Н. Минх счел нужным официально заявить, что лечебной работой он принципиально заниматься не будет (Г.А. Аронов, 2008).

Глава VII. КАЗАНЬ

В 1810 году на должность профессора кафедры патологии, терапии и клиники во вновь открытый Казанский университет был приглашен ординарный профессор кафедры патологии и терапии Виттенбергского университета **Фридрих Христофорович Эрдман (Johann Friedrich Erdmann, 1778-1846)**, человек талантливый, энциклопедически образованный и активно разносторонний. *«Прибыв в Казань в августе 1810 года, профессор Ф.Х. Эрдман встретился с совершенным отсутствием в юном университете каких бы то ни было средств и пособий к клиническому преподаванию»* (Н.П. Загоскин, 1902). Видный врач и организатор здравоохранения, курортолог и историк, путешественник и клинический преподаватель, физиотерапевт, публицист и этнограф, Ф.Х. Эрдман был деканом отделения врачебных наук Казанского университета и лейб-медиком саксонского короля, впоследствии - профессором кафедры патологии, терапии и клиники, затем – кафедры физической патологии, фармакологии, диететики и истории медицины Дерптского (Юрьевского) университета, деканом медицинского факультета (в 1818, 1829, 1833, 1839 гг.) и председателем Дерптского цензурного комитета. Н.И. Пирогов, учившийся у Эрдмана в Дерпте, пишет, что он говорил по латыни как Цицерон, был хорошим ботаником и химиком. Про Ф.Х. Эрдмана говорили, что *«он ежегодно проходил у себя и для себя курс медицины и естественных наук»*. Он был первым деканом медицинского факультета Казанского университета и основал в нем первую терапевтическую клинику (4-8 коек). В Казани Эрдман служил, как тогда говорили, в 1810-1817 гг. Его называли основоположником научной медицины на востоке России (В.И. Разумовский, 1930). Именно Ф.Х. Эрдман первым внедрил в Дерптском университете обучение студентов *«перкуссии и аускультации стетоскопом Лаэннека, специально выписанном для этой цели из Парижа»* (http://dic.academic.ru/dic.nsf/biograf2/14591, Г.А. Колосов, 1929).

Ф. Эрдман

По университетскому уставу 1835 г. на медицинском факультете Казанского университета были созданы две терапевтические кафедры: патологической семиотики и частной патологии и терапии. **Никанор Алексеевич Скандовский (1798–1867),** родом из семьи муромского священника**,** был профессором кафедры терапевтической клиники, душевных болезней и патологической семиотики Казанского университета. Выпускник Казанского университета, в 1826 г. он был утвержден репетитором



Казанский университет

лекций профессора К.Ф. Фукса по терапии. В 1832 г. получил степень доктора медицины в Дерптском профессорском институте, после чего в 1833-1835 гг. был направлен в заграничную командировку (Берлин, Вена), откуда вернулся убежденным сторонником физикальных методов диагностики. С 1837 г. - ординарный, с 1862 г.- заслуженный профессор Казанского университета. Одновременно преподавал медицину в Казанской духовной семинарии. В 1861 г. был назначен директором терапевтической госпитальной клиники. Н.А. Скандовский был популярным в Казани практикующим врачом (В.Ю. Альбицкий, 1975). Один из его студентов вспоминал: *«Теоретические и практические его лекции были в высшей степени хороши, замечательные и интересные. Терапевтическая клиника велась им в высшей степени удовлетворительно. Он подробно разбирал замечательные случаи болезней, хорошо знал аускультацию и перкуссию, а равно и другие методы исследования, имел отличный практический опыт и приносил нам большую пользу как опытный клиницист»*. «При каких болезнях в особенности нужно пользоваться поколачиванием груди?», - спрашивал студентов на экзаменах Н.А. Скандовский (В.Ю. Альбицкий, 1976). Н.А. Скандовский подчеркивал мысль о том, что врач *«хорошо знакомый с семиотикой, не ста-*

Н.А. Скандовский

нет подобно эмпирикам, рутинерам, шарлатанам лечить болезнь, зная только наружный ее вид». К слову сказать, по свидетельству Н.А. Скандовского, во время заведования К.Ф. Фуксом терапевтической клиникой *«в ней введены были стетоскопические наблюдения, особенно при определении грудных болезней».* А это значит, что в Казани и до Сокольского знали про стетоскоп! По просьбе Скандовского декан медицинского факультета, профессор **Франц Осипович Йеллачич (Елачич)** (1808-1888) привез из заграничной командировки стетоскопы и обучение студентов физикальной диагностике стало обязательным, а вопросы по ее методике включались в экзаменационный перечень. Кстати говоря, он тоже был примечательной личностью. В 1832 году, по окончании Виленского университета со степенью доктора медицины, он был для усовершенствования отправлен за границу. В 1834 г. избран советом Казанского университета ординарным профессором по кафедре оперативной хирургии и офтальмиатрии, организовал хирургическую клинику, в 1835 г. был назначен деканом врачебного отделения Казанского университета, в 1859 г. - стал заслуженным ординарным профессором. Интересно, что Елачич дал отрицательный отзыв на знаменитую лекцию Г.И. Сокольского! Ф.О. Елачич славился не только как искусный хирург, но и как диагност-терапевт, блестяще владевший перкуссией и аускультацией. О Ф.О. Елачиче говорили, что он *«при пальпации живота прощупывает каждую петлю кишки».* В 1871 году провинциальный хирург Елачич впервые выполнил экстирпацию матки чрезвлагалищным доступом! Интересно, что уже в 1843-1844 гг. в Казанском университете вышли студенческие работы на тему «О поколачивании и выслушивании как средствах узнания грудных болезней». Работа студента И. Иващенко была удостоена золотой, а Ф. Пятигоровича серебряной медалей (В.Ю. Альбицкий, 1975, http://www.rulex.ru/01090366.htm). Однако все это совершенно не дает основания для вывода о том, что *«...даже провинциальные университеты России, в частности Казанский, опередили многие страны Западной Европы по внедрению в практику новейших для того времени методов обследования больных – перкуссии и аускультации. Это указывает на высокий уровень развития отечественной медицины в первой половине XIX столетия не только в наших столицах, но и во всей стране в целом»* (В.Ю. Альбицкий, 1975). Как легко тогда было передергивать факты! А куда же девались триста иностранных студентов Лаэннека, которых «опередили» славные казанские доктора?

Ф.О. Елачич

После реорганизации медицинского факультета Казанского университета в 1863 г. на кафедру частной патологии и терапии был назначен **Николай Андреевич Виноградов (1831-1886).** В 1845-50 гг. он учился в Нижегородской духовной семинарии, в 1851 году поступил на медицинский факультет Московского университета. По случаю начала Крымской войны ускоренно закончил учебу в 1855 г. и был назначен врачом саперного батальона, дислоцированного в Польше (Николай I опасался, что союзники нападут на Россию, в состав которой тогда входила Польша). В Варшаве Н.А. Виноградов стал ординатором Александровского военного госпиталя и готовился к докторским экзаменам. В 1858 году он был «медицинским совещанием Царства Польского» признан доктором медицины. В 1860-1861 гг. Н.А. Виноградов был прикомандирован к Петербургской Медико-хирургической академии, где стал ординатором терапевтической клиники, которой заведовал профессор П.Д. Шипулинский, затем С.П. Боткин, под руководством которого Н.А. Виноградов занимался неполных два года. Тем не менее в биографиях его указывается, что он был учеником С.П. Боткина, хотя его можно называть и учеником Шипулинского и видных европейских клиницистов, поскольку в 1861 году Н.А. Виноградов был командирован на 2 года за границу, где стажировался в клиниках Л. Траубе, Т.-Ф. Фрерихса (Берлин), Й. Шкоды, И. фон Оппольцера (Вена), Г. фон Бамбергера (Вюрцбург), А. Труссо и П.А. Пьорри (Париж) и в знаменитом патологоанатомическом институте Р. Вирхова. В 1863 году Н.А. Виноградов был избран экстраординарным профессором кафедры частной патологии и терапии Казанского университета, вскоре после этого - заведующим факультетской терапевтической клиникой, а в 1864 г. — ординарным профессором. Он обладал исключительными диагностическими способностями и наблюдательностью и упорно пытался научить студентов *«здравому медицинскому мышлению»*. Яркая, оригинальная, но неоднозначная личность... Один из его студентов, ставший выдающимся российским клиницистом, вспоминал: *«Его клинические лекции были образцовыми; разбору некоторых больных он посвящал 2-3 лекции; он в совершенстве владел ...клиническими методами — аускультацией и перкуссией (он был хороший музыкант-скрипач, имел музыкальный слух) ...Виноградов всегда был безукоризненно одет (перчатки, шляпа-цилиндр, темный сюртук или жакет, иногда цветной жилет и галстук, бриллиантовый перстень и т.д.), ездил в карете, держался не без важности, за*

Н.А. Виноградов

что и прозван студентами «генерал», но, когда выпивал лишнее (он был алкоголик), совершенно изменялся, как-то опускался, братался со студентами и т.д. Охотно Виноградов разбирал трудные диагностические случаи, вообще был образцовым клиницистом и виртуоз в диагностике, как показывали аутопсии, на которых он и сам появлялся. Его репутация как терапевта была известна далеко за пределами Казани (Поволжье, Урал, Сибирь и т.д.) В свою клинику он помещал для разбора и сложных нервных больных (опухоли мозга, миелиты и т.д.)» (В.И. Разумовский, 1930). *«Сравнивая клинические лекции Виноградова и Боткина,* - пишет В.И. Разумовский,- *я могу отметить следующее различие: Виноградов стоял исключительно на почве фактов (фактических данных), оперируя ими со строгой логической последовательностью; у Боткина к этому присоединялись еще творчество и фантазия, которыми он очаровывал аудиторию (красивые теории и т.д.); несомненно, оба были как клиницисты-учителя, великие мастера своего дела, при этом Виноградов был силен и в диагностике нервных болезней...»*. Неоднозначная, скажем, оценка, но понятно, что Виноградов нисколько не уступал раздутой славе того же Захарьина, и если бы он жил в Германии, где не было понятия «периферийный университет», то выглядел бы не хуже прославленных клиницистов! В 1881 году Н.А. Виноградов, *«наблюдая случай резко выраженной недостаточности полулунных клапанов аорты при вполне достаточной компенсации сердца, заметил, что над art. brachialis слышны два шума: первый, соответствующий каждому расширению артерии, и второй, синхроничный диастоле сердца, совершенно такого же качества, как и слышимый над аортой и art.carotis, но лишь несколько короче. Те же шумы слышны и над art. femoralis, причем второй шум оказывается несколько слабее второго шума в art. brachialis»*. Распространение шума в сонные и подключичные артерии часто отмечалось при подобном пороке, но проведение шума в локтевую и бедренную артерии ранее описано не было. Этот симптом в учебниках пропедевтики называется двойной шум Виноградова-Дюрозье, или симптом Виноградова - Дюрозье. Ради справедливости отметим, что Н.А. Виноградов описал этот признак на 20 лет позже, чем **П. Дюрозье (Paul Louis Durozier, 1826-1897)**. Если уж быть совсем точными, то его впервые описал («Memoria sobre a insuficiкncia das valvulas ayrticas e considerasxes gerais sobre as molestias do coraro» (1855), «Memyria sobre a insuficiкncia das valvulas ayrticas» (1862); «Estado da questro acerca do depio sopra crural na insuficiкncia das valvulas ayrticas» (1863) выдающийся португальский

П. да Кошта-Альваренга

врач **П. да-Кошта Альваренга (Pedro Francisco da Costa Alvarenga, 1826–1883)**. Прелюбопытнейшая личность, кстати говоря. Родился в Бразилии, закончил Брюссельский университет, был профессором Медико-хирургической школы в Лиссабоне. Являлся автором пяти десятков научных работ, касавшихся инфекционных болезней, патологической анатомии, кардиологии, клинической термометрии и т.д. Написал интересный очерк истории перкуссии. Перевел на португальский язык руководство по внутренним болезням Г. Нотнагеля. В течение тридцати лет был главным редактором «Медицинской газеты» в Лиссабоне, являлся членом многих европейских и американских медицинских обществ. Клиницист европейской величины!

...Н.А. Виноградов уделял диагностике внутренних болезней, в том числе и физикальным методам, большое внимание и опубликовал на эту тему ряд работ: «К диагностике болезней брюшных органов», 1866 г.; «К диагностике болезней грудных органов», 1867; «Аускультативные явления в периферических артериях», 1881; «К диагностике органических пороков сердца», 1881; «Случай венозного шума над мечевидным отростком», 1883. В 1870 – 78 гг. Н.А. Виноградов был деканом медицинского факультета Казанского университета. Среди его учеников были талантливые казанские терапевты М.А. Хомяков и Н.И. Котовщиков. Великолепный клиницист, гордость отечественной клиники внутренних болезней Н.А. Виноградов умер от банальной пневмонии всего в 54 года... (В.Е. Анисимов, В.Ю. Альбицкий, 1974). За неделю до смерти он написал прекрасную элегию в стихах...На вскрытии, кроме пневмонии, был обнаружен выраженный артериосклероз сосудов мозга. Мозг Н.А. Виноградова был передан в анатомический музей университета (В.И. Разумовский, 1930).

Надгробие М.А. Хомякова

Кафедра госпитальной терапии на медицинском факультете Казанского университета была создана в 1870 г. С 1886 по 1894 г. кафедру возглавлял ученик Н.А. Виноградова, видный клиницист, ординарный профессор **Михаил Аристархович Хомяков (1841- 1894).** М.А. Хомяков окончил Казанский университет в 1862 г., после чего был врачом на одном из заводов Пермской губернии. С 1866 по 1869 г. был губернским врачом и ординатором губернской земской больницы в Казани, затем ординатором терапевтической факультетской клиники Императорского Казанского Университета. 27 мая 1870 года он

защитил диссертацию на степень доктора медицины. В 1871 году М.А.-Хомяков был на год отправлен в заграничную командировку. В 1881 году он стал экстраординарным профессором и в 1885 г. – ординарным профессором факультетской терапевтической клиники. В 1886 году М.А. Хомяков стал ординарным профессором госпитальной терапевтической клиники. М.А. Хомяков был знатоком физикальных методов диагностики, занимался изучением их физической сущности и тех звуков, которые удается обнаружить с их помощью. Он вместе с Р.Ф. Николаи перевел на русский язык «Руководство к клиническим методам исследования грудных и брюшных органов» П. Гутмана (Казань, 1872-1873), был автором работы «Очерки истории перкуссии и аускультации» (1872) и учебника «Курс частной патологии и терапии внутренних болезней» (1884). Погиб на боевом посту – умер во время визита к больному в 53 года от приступа грудной жабы (2006-2008 «Biografija.ru»).

В 1894-1903гг. кафедрой госпитальной терапии заведовал другой ученик Н.А. Виноградова, профессор **Николай Иванович Котовщиков (1846-1905)**, который первым организовал в Казани практические занятия со студентами по диагностике, когда они не были еще обязательными по программе. Большинство его работ посвящены диагностике, особенно патологии органов кровообращения и дыхания (к учению о пульсе, о выслушивании сосудов, о сердечном толчке, о перкуссии органов груди и живота, о происхождении дыхательных шумов (вместе с проф. М.А. Хомяковым). С 1891 по 1894 г. он был ординарным профессором кафедры диагностики, так что его интерес к этой теме выглядит вполне оправданным. Он, в частности, экспериментальным путем показал, что возникновение шумов при аневризме аорты связано с круговыми движениями крови в расширенном месте. Он также определил, что на силу сердечных шумов оказывает влияние *«положение тела исследуемого субъекта»*. Он разработал *«топографическую перкуссию органов при патологических условиях»*. Особенно интересными были его работы: «О перкуссии груди и живота» (1880), «Руководство к клиническим методам исследования внутренних болезней», выдержавшее 2 издания (1884-1885 и 1889-1894 гг.), а также «Таблица важнейших признаков, характеризующих внутренние болезни», переиздававшаяся 3 раза.

Н.И.Котовщиков

С 1912 по 1918 г. кафедрой госпитальной терапии Казанского университета заведовал ученик Ф.А. Пастернацкого профессор **В.Ф. Орловский (Витольд-Евгений Францевич Орловский, 1874-1966),** выпус-

кник Императорской Военно-медицинской академии. За годы пребывания в Казани он опубликовал на польском, русском, французском и немецком языках свыше 45 работ, касающихся разных областей теоретической и клинической медицины, главным образом гематологии, исследования кишечного канала и червеобразного отростка, поджелудочной железы, лечения туберкулеза, распознавания пиэлитов, использования в лечении Ессентукских минеральных вод. Большая часть русских работ была помещена в журналах «Врач» и «Русский врач» за 1901 - 1914 годы. В.Ф. Орловский издал «Труды госпитальной терапевтической клиники» Казанского университета за 1912 - 1914 годы, где помещены 4 его работы и 8 работ его учеников. Им разработаны оригинальные методы пальпации червеобразного отростка (1910), перкуссии печени (1912) (В.Ф. Орловский полагал, что определение нижней границы печени перкуссией почти в 85% случаев совпадает с данными пальпации) и клинического исследования поджелудочной железы; создано «Руководство к клиническому исследованию мочи» и курс лекций «Клиническая диагностика внутренних болезней, «Избранные отделы из курса лекций, читанных проф. В.Ф. Орловским студентам Императорского Казанского университета», Казань,1916 г. В 1918 г. он был избран профессором Краковского университета, где стал одной из наиболее ярких фигур в польской внутренней медицине, был автором 8-томного руководства по внутренним болезням. На протяжении 20 лет был главным редактором «Польского архива внутренней медицины» (В.Ю. Альбицкий, 1975).

В.Ф. Орловский

Глава VIII. В.П. ОБРАЗЦОВ, Ф.О. ГАУСМАН, М.Г. КУРЛОВ

Столетие триумфа физикальных методов диагностики, в конце которого сошли со сцены С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и А.А. Остроумов, достойно завершили три других видных отечественных клинициста: В.П. Образцов, Ф.О. Гаусман и М.Г. Курлов.

Биография **Василия Парменовича Образцова (1851-1920)** напоминает авантюрный роман. Здесь есть все: и путешествие из Грязовца в Петербург едва ли не пешком, со знаменитым «петровским» рублем в кармане, и пение в церковном хоре (согласно преданию, имел замечательный тенор), и участие в народовольческой организации Н.В. Чайковского, и покушение на жандармского полковника и даже... дуэль! К счастью, В.П. Образцову удалось избежать «процесса 193-х» или казни - его товарищи по борьбе с царизмом Софья Львовна Перовская (1853-1881) и Андрей Иванович Желябов(1851-1881) были повешены, а Сергей Силыч Синегуб (1851-1907) приговорен к девяти годам каторги, но на дальнейшей карьере заблуждения молодости сказались сильно. В 1875 году он закончил Медико-хирургическую академию, где любимыми учителями были Н.В. Склифосовский, Э.Э. Эйхвальд и С.П. Боткин. По окончании курса он не смог продолжить академическую карьеру и работал в Великом Устюге земским врачом, причем много оперировал (он хотел быть хирургом). Потом он был полковым врачом в Румынии во время русско-турецкой войны 1877-78 гг. Его попытка стажироваться в Германии по хирургии и патологической анатомии провалилась: ни **Р. Фолькман (Richard von Volkmann; 1830—1889)** в Галле, ни **Р. Вирхов (Rudolf Ludwig Karl von Virchow, 1821-1902)** в Берлине не приняли его из-за плохого знания немецкого языка. Пришлось ограничиться работой у Е. Понфика в Бреслау, где он выполнил и в 1880 г. блестяще защитил докторскую диссертацию по гематологии, причем в ней Образцов высказал предположение об унитарном происхождении клеток крови. Но ни хирургом, ни ученым-экспериментатором В.П. Образцов не стал, а поехал в Киев заведовать терапевтическим отделением военного госпиталя. После затяжного конфликта с начальством Образцов вышел в отставку, несколько лет успешно занимался частной практикой, а в 1886 г. стал заведующим терапевтическим отделением Александровской барачной больницы в Киеве (два полутемных барака на 80 коек и два, купленных на собственные деньги,

В.П. Образцов

М.И. Драгомиров

микроскопа). Его политическая неблагонадежность стала причиной того, что В.П. Образцова дважды забаллотировали при попытках получить право на чтение лекционного курса по болезням желудка и кишечника. И только в 1891 г. (в сорок лет) он стал приват-доцентом клиники диагностики профессора Ф.А. Леша. В 1893 г. вышел в отставку профессор Е.А. Афанасьев и рекомендовал на свое место Образцова, но против был... корпус жандармов – «придерживается подозрительных взглядов»! Но «к счастью» заболел влиятельный генерал Михаил Иванович Драгомиров (1830-1905), командующий войсками Киевского военного округа, а затем киевский генерал-губернатор. Образцов удачно его вылечил и тот помог – В.П. Образцов был назначен в 1893 г. - экстраординарным, в 1902 г. - ординарным профессором кафедры частной патологии и терапии. *«Глубина клинической мысли, стройность логических построений у постели больного, убедительность доводов, оригинальность объяснения клинической картины и современность нучного изложения, - все это привлекало многочисленных слущателей, студентов и врачей, постоянно переполнявших аудиторию»* (Г.И. Бурчинский, 1966). В.П. Образцов *«...не обладал особым даром речи, но его клинические лекции и публичные разборы больных отличались такой глубиной и логичностью врачебного мышления, что скрадывали погрешности дикции и тембра голоса»* (Е.И. Лихтенштейн, 1978).*«Сейчас уже не услышишь еще недавно бытовавший в обществе термин «хороший диагност»* (Е.И. Чазов, 2001), а во времена В.П. Образцова это определение было в ходу и, прежде всего, оно приложимо к нему самому. В.П. Образцов успешно и с удовольствием участвовал в консилиумах вместе с хирургами и гинекологами. Его клиника успешно конкурировала с кафедрой факультетской терапии, которой заведовал ученик Захарьина В.В. Чирков (ярый антипод С.П. Боткина!) Очень скоро Образцов убедился в

В.П. Образцов пальпирует больного (инсталляция)

том, насколько примитивной была тогда диагностика абдоминальной патологии (блестяще владевший физикальными методами Н.В. Склифосовский ставил диагноз «опухоль брюшной полости»). Но из методов диагностики в распоряжении В.П. Образцова были те же, *«которыми располагали Лаэннек и Буйо: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация»*. И так же, как Ауэнбруггера и Лаэннека в свое время, В.П. Образцова эти методы в своем первозданном виде удовлетворять перестали. Он, *«...подобно Буйо, Потену и Юшару стал выслушивать ухом...»* (Н.Д. Стражеско, 1947). М.М. Губергриц говорил, что *«Образцов первый в России стал выслушивать сердце непосредственно, т.е. прикладывая ухо к предсердечной области»* (М.М. Губергриц, 1947), причем он не заменял «лаэннековскую» аускультацию «гиппократовской», а дополнял один метод другим (так же, как Ф. Шомель и П. Потен). *«Будем выслушивать сердце и стетоскопом и ухом. За лишних несколько минут, потраченных на два приема выслушивания сердца вместо применявшегося до сих пор одного, мы будем вознаграждены большим количеством данных, большим количеством фактов, на которых должны строить свои представления о состоянии сердца...»* (В.П. Образцов, 1950). Непосредственную аускультацию использовали многие клиницисты и до и после В.П. Образцова, но важно не как слушать, а что слышать и В.П. Образцов слышал! Он тщательно описал особенности I тона при непосредственном выслушивании (металлический оттенок и значение его изменений или исчезновения для диагностики); и детально изучил описанный Ж. Буйо и П. Потеном «сердечный галоп». В докладе на VIII Пироговском съезде (1902) В.П. Образцов дал ритму галопа такое определение: *«Ритм галопа» - это «такой ритм сердечного боя, где вместо двух тонов при выслушивании сердца мы различаем три: два нормальных и один прибавочный, слышимый в большой паузе между систолическим и диастолическим звуками»* (А.Я. Губергриц, 1970). Он неоднократно подчеркивал, что при выслушивании ритма галопа *«добавочный тон мало воспринимается как впечатление слуховое. Больше как впечатление осязательное; через обычный стетоскоп он или вовсе не слышится, или слышится так слабо, что в большинстве случаев не может быть сравниваемо по своей силе с двумя нормальными звуками сердца, выслушиваемыми стетоскопом»* (В.П. Образцов, 1950). Он показал, что имитация ритма галопа при выслушивании облегчает его обнаружение у больного. В.П. Образцов блестяще определил семиологическое значение ритма галопа: *«Сердечный галоп, ...ведь это крик сердца о помощи; и, однако ж, как мало врачей, которые слышат его»*. Он описал и протодиастолический галоп у больных неврастенией – «неврастеническая перепелка». Известно, что галоп описал еще Ж.-Б. Буйо, затем - Л. Траубе, подробнее – П. Потен,

но обнаружить его при непосредственной аускультации первым в России смог именно Образцов. В 1918 (А.Я. Губергриц, 1970) или 1919 году (В.П. Бревнов, 1967) В.П. Образцов сообщил о том, что у 10% здоровых людей ему удалось выслушать III тон. В.П. Образцов детально описал семиотику раздвоения и расщепления тонов сердца, а в 1880 г. – расщепление I тона при недостаточности клапанов аорты, которое получило название «бисистолия Образцова». С середины 1880-х гг. он стал разрабатывать метод скользящей пальпации, который и составил его славу. Правда, тут биографы расходятся: Н.Д. Стражеско считал, что он это делал под влиянием работ Ф. Гленара, а В.И. Бородулин – С.П. Боткина. Примечательно, что современники Образцова расценивали его метод больше чем чудачество. Н.Д. Стражеско приводит высказывание одного из киевских профессоров: *«Я думал, что Образцов чудак, а он совсем идиот: говорит, что можно прощупать кишечник!»* (Н.Д. Стражеско, 1947). Сам В.П. Образцов пишет: *«В конце 1886 г., следовательно, позднее Гленарда, но совершенно независимо от него стал производить пальпацию кишок и я. Прежде чем прощупать в первый раз поперечно-ободочную кишку, я, как и Гленард, занимался вопросом о блуждающей почке, вопросом, который привлек внимание моего учителя С.П. Боткина».* (В.П. Образцов, 1915). Но в отличие от Гленара В.П. Образцов не связывал возможность пропальпировать кишечник с энтероптозом, вне которого Гленар такой возможности не допускал. В.П. Образцов писал: *«Напротив, я, научившись пальпировать кишки, обратился к изучению их, т.е. к более точному определению их положения, диаметра, свойств стенок, содержимого и т.п.».* Пальпация в то время проводилась бессистемно, часто формально и без всякого научного обоснования. В.П. Образцов поставил целью *«создание тонкого инструмента из пальпации»* (М.М. Губергриц, 1947) и, добавим, его создал. Он не только детально описал методику пальпации, но и проверял свои результаты на секции, отмечая положении пропальпированого при жизни пациента органа. Важное замечание сделал В.П. Образцов о методике пальпации живота: *«Очень дурная манера при исследовании живота приглашать больных тотчас же ложиться. Осмотр и пальпацию живота с его органами нужно производить сначала при вертикальном положении больного, разумеет-*

Дом В.П. Образцова в Киеве

ся, насколько его состояние позволяет ему принять такое положение». В.П. Образцов обладал исключительной наблюдательностью и интуицией. Осмотрев больного, он прищуривал левый глаз и долго сидел около его постели, размышляя. Им было сформулировано важнейшее правило успешного физикального исследования: *«...нужно знать самым точным образом, где, что и как нужно исследовать».* Сам он владел методом пальпации потрясающе, дифференцируя, например, энтериты и колиты, туберкулез и рак слепой кишки, или прощупывая привратник. Он описал два новых симптома брюшного тифа: утолщенную подвздошную кишку и увеличенные мезентериальные лимфатические узлы (В.П. Бревнов, 1971). Создавая свой оригинальный метод физикальной диагностики, В.П. Образцов искал его применения не только в клинике внутренних болезней, но и при диагностике «пограничных» состояний и сделал описание нескольких интересных случаев подобной казуистики (поддиафрагмальные абсцессы, тазовое нагноение и т.д.). В 1904 г. он описал клинику болезни Вейля, причем за десять лет до открытия ее возбудителя высказался в пользу инфекционной природы страдания. При всей высокой технике физикального исследования В.П. Образцова, его, вероятно, не устраивал афоризм Ж.-Н. Корвизара: *«Теория почти всегда молчит или исчезает у постели больного, чтобы уступить место наблюдению и опыту. Эх! На чем основываются знания и опыт, если не на связи с нашими чувствами? И что будет с тем и другими без этих верных проводников?»* (М. Фуко, 1998). Напротив, его всегда интересовал *«патогенез страдания, не только всей болезни, но и отдельных ее симптомов...»* (Б.Е. Вотчал, 1963), и в этой связи он, безусловно, твердый последователь С.П. Боткина. Сближало его с Боткиным и другое – *«В.П. Образцов придавал очень небольшое значение анамнестическим данным и главное внимание обращал на всестороннее объективное исследование; он всегда учил, что врач должен стремиться к тому, чтобы ставить диагностику по возможности без опроса больного, что идеалом врача при постановке диагноза должен быть часовщик, как часовщик при определении дефекта в часах просто берет лупу, рассматривает механизм и находит ту или иную порчу и дает себе отчет, каким образом ее исправить, так и врач должен осмотреть, исследовать больного и сказать, в каком органе или в какой системе имеется анатомическое или функциональное нарушение. Будучи интернистом, Василий Парменович всегда завидовал офтальмологу, который в настоящее время может обойтись без опроса... Он не придавал такого значения анамнезу, как то делали эмпирические школы Ос-*

В.П. Образцов

троумова и Захарьина» (Н.Д. Стражеско, 1922). Конечно, это казалось более рациональным (и Траубе и другие немецкие клиницисты придерживались такого подхода), чем тратить время на диагностическую «болтовню» с больным, который часто (особенно в тогдашних госпиталях для бедных), как мы уже говорили, вовсе не обладал высоким интеллектом и красноречием. Интересна работа В.П. Образцова «О переносе (трансформации) болевых ощущений в брюшной полости (1900). В связи с пальпацией стоял и другой метод, разработанный во второй половине 80-х годов исключительно В.П. Образцовым – метод непосредственной перкуссии одним пальцем, сначала органов брюшной полости, а затем абсолютной и относительной сердечной тупости. Его справедливо называют *«выдающимся диагностом с удивительным даром наблюдения и интуиции»* (В.И. Бородулин, 2011). В.П. Образцов обладал великолепным литературным даром, и клинические проблемы излагал почти афористично. Описывая, например, состояние, которое мы сегодня расценили бы как НЦД, он пишет: *«вообще при нервной жабе получается более пестрая, более драматическая, более шумливая картина, чем при органической стенокардии»* или приводит яркий «портрет» ипохондрика! С 1902 г. он возглавил кафедру факультетской терапии университета Св. Владимира, что, по традиции, поручалось самому талантливому и заслуженному. К этому времени он уже побывал в терапевтических клиниках **К. Герхардта (Carl Jakob Adolf Christian Gerhardt, 1833-1902)** и **Э. Лейдена (Ernst Viktor von Leyden, 1832-1910)** в берлинском госпитале Шарите, где познакомился с постановкой работы в лучшем в Европе больничном комплексе. Он создал оригинальную крупную научную школу, из которой вышло 15 профессоров (В.И. Бородулин, 1985). *«Его научный талант заключался преимущественно в изобретении или улучшении основных методов клинического изучения больных (в относительно бедное диагностическими методами время на рубеже XIX и XX веков, когда его объективный метод был почти единственным для определения ряда свойств как нормально функционирующих, так и имеющих патологические особенности органов пищеварения»* (В.Х. Василенко, 1987). В сущности, В.П. Образцов – первый российский гастроэнтеролог, хотя вряд ли он воспринял бы это как комплимент, как и сам В.Х. Василенко (В.И. Бородулин, 2011). Однако, сколь

Бюст В.П. Образцова

бы оригинальным и полезным не был предложенный им метод диагностики, он в то время не получил широкого распространения. Примечательно в этой связи, что известный московский клиницист, профессор Л.Е. Голубинин в своей монографии «Энтероптоз, его патогенез, симптоматология и лечение», описывая пальпацию кишечника, ссылается, прежде всего, на методику Ф. Гленара, как и при пальпации почки (Л.Е. Голубинин, 1912). Метод Образцова так бы и остался достоянием киевских клиницистов, если бы не совершенно несправедливо забытый ныне другой талантливый и самобытный российский клиницист Ф.О. Гаусман, о котором речь впереди. В.П. Образцов был типичным русским человеком, широким, хлебосольным, любящим застолья и влюбчивым. Однажды это чуть не довело до беды и, в конечном счете, отравило ему последние годы жизни... Он был женат на Александре Александровне Гущиной и имел двоих детей. В 1895 году семья приобрела особняк в Киеве, на улице Ярославов Вал, 5, куда они переехали из скромного жилья при Александровской больнице. Жить бы да радоваться, но не тут-то было: в 1908 г. 58-летний Образцов увлекся молодой женой другого талантливого и известного киевского профессора В.К. Линдемана. Узнав о романе, тот назвал Образцова *«...негодяем и бросил ему публично на заседании совета перчатку»*! Линдеман был охотник, стрелок, а Образцов никогда не держал пистолета в руках, и было ясно, кто станет жертвой дуэли. Паника была большая, дело дошло до генерал-губернатора, но смертельного исхода удалось избежать. Семья Образцова распалась, и он женился на «киевской красуне» Варваре Владимировне Чегодаевой. У них родились дочь Евгения (1909) и сын Василий (1911). Старшая дочь Образцова от первого брака, Наталья была замужем за его учеником и верным сотрудником – Н. Д. Стражеско, в семье которых с тех пор и жила А.А. Гущина. Они после этой истории с Образцовым отношений не поддерживали... В 1916 г. умерла А.А. Гущина, сразу после революции уехала с детьми за границу В.В. Чегодаева, в Крыму оказались Н.Д. Стражеско с женой и детьми, и Образцов остался в Киеве один... Имевший «апоплек-

В.К. Линдеман

Могила В.П. Образцова

сическое» телосложение, он с 50 лет страдал диабетом, а в 58 (как раз в пору дуэли!) у него развилась артериальная гипертония и стенокардия, на фоне чего возникла кардиомегалия. Страдая от приступов грудной жабы, В.П. Образцов написал работу «О болевых ощущениях при заболеваниях сердца». В 1918 году В.П. Образцов по болезни оставляет кафедру, оставаясь членом Совета университета. В 1920 году у него развился геморрагический инсульт с правосторонним гемипарезом и утратой речи, всех своих пациентов знаменитый доктор растерял и несколько раз покушался на самоубийство... *«...жизнь его задребезжала, запрыгала, как плохо сколоченная телега, чтобы рассыпаться на первом косогоре...»* (Е.А. Соловьев, 1999). Киев в это время много раз переходил то к «красным», то к «белым» и никому не было дела до старого врача. Тогда он жил на Фундуклеевской улице, поскольку от дома на Ярославовом Валу в 1916 г. отказался в пользу дочери. 12 января 1920 года В.П. Образцов заболел в неотапливаемом доме пневмонией. Его увезли в больницу для бедных, находившуюся в Покровском монастыре, где он 14 января и умер. В последние часы жизни около прославленного врача не было ни близких, ни кого-либо из многочисленных учеников, а только монашки... Любопытный «портрет» В.П. Образцова приводит психиатр М.Е. Бурно: *«У таких печально-бурных, практичных в высоком смысле сангвиников, как Образцов, обычно замечательно подробное и тонкое чувство в пальцах, мягкая ловкость прощупывающих, например желудок, рук, тонкий слух для прослушивания сердечных тонов, хмурая доброта к больному»*. К этому, пожалуй, и добавить нечего...

Федор Оскарович Гаусман (Theodor Hausmann, 1868-1944) в 1894 г. окончил Дерптский университет, в течение года был старшим лаборантом патологоанатомического и судебно-медицинского институтов Дерпского университета, затем служил военным врачом в Варшавском военном округе. В 1901-02 гг. он - внештатный ассистент клиники профессора К.А. Эвальда в Берлине, в 1903-08 гг. – врач учреждений Красного Креста в Орле и Маньчжурии. С 1908 по 1911 г. работал прозектором и заведующим химико-бактериологической лабораторией Тульской губернской земской больницы. Познакомившись с первой публикацией В.П. Образцова о методе глубокой пальпации, Ф.О. Гаусман не только по достоинству его оценил, но и стал тщательно разрабатывать и теоретически обосновывать. Он разработал и некоторые новые приемы пальпации. Гаусман скрупулезно, до мелочей разработал и изложил свою модификацию метода и стал активно пропагандировать его в печати, в основном, к сожалению,

Ф.О. Гаусман

немецкой. Уже в 1910 г. вышла его монография на немецком языке «Основы методического ощупывания желудочно-кишечного тракта с помощью топографической глубокой пальпации». Автор позже пояснил, что ему гораздо проще было опубликовать ее в Германии, чем «пробить» в России (на русском языке она вышла в 1912 г.). Еще до момента своего знакомства с В.П. Образцовым в 1904 г. он успел опубликовать 15 работ на эту тему. В 1912 г. по инициативе В.П. Образцова в университете Св. Владимира Гаусману была присуждена степень доктора медицины honoris causa, причем в отсутствие соискателя! Примечательно, что в своей не потерявшей интереса монографии Гаусман неоднократно и достаточно скромно говорит о том, что он лишь усовершенствовал методику пальпации живота, предложенную Гленаром и систематизированную В.П. Образцовым, и подчеркивал большую значимость работ последнего в развитии метода. Гаусман был ассистентом клиник проф. Марциуса в Ростоке (1911-1913) и Ф. Крауса в больнице Шарите в Берлине (1913-14), где читал курс по пальпаторной диагностике заболеваний органов брюшной полости для немецких врачей. Затем он был врачом военных госпиталей, в 1918-24 гг. приват-доцентом I МГУ и консультантом Государственного кожно-венерологического института. Он был основателем и директором госпитальной терапевтической клиники медицинского факультета Белорусского государственного университета, заведующим кафедрой госпитальной терапии Минского медицинского института (1924-1941), академиком академии наук БССР с 1933 г. Это был энциклопедически образованный клиницист.

Ф.О. Гаусман сформулировал несколько простых, но важных правил, которые рекомендовал при проведении пальпации:

1) «орудием» пальпации служат концы четырех сложенных пальцев (II-IV);

2) для пальпации следует пользоваться наступающим вслед за каждым выдохом расслаблением передней брюшной стенки;

3) петли тонкой кишки прощупаны быть не могут (за исключением терминальной части подвздошной кишки);

4) скользящие движения пальцев производятся не по коже, а вместе с ней;

5) необходимо удобное положение больного,теплые руки и комфортное положение врача;

6) врач во время исследования должен управлять дыханием больного;

7) положение пальцев может быть вытянутым, «когтеобразным», или проводиться «отвесной» или «двойной» рукой;

8) глубокая пальпация не должна быть грубой.

Ф.О. Гаусман предложил при пальпации накладывать руку косо к оси кишки, «косую пальпацию» тремя и двумя пальцами, локтевую и лучевую краевую пальпацию, прием «саней» и т.н. «psoaspalpation», специальную технику пальпации червеобразного отростка и подробно описал качества пальпируемых отделов желудочно-кишечного тракта. Он предложил заменить выявление использовавшихся в то время точек Мак-Бурнея, Мунро, Клайда, Ленцмана и Ланца точкой m.psoas (Ф.О. Гаусман,1912). Вообще Ф.О. Гаусман довольно сдержанно относился к клинической значимости т.н. «болевых точек». Он показал что «точки Боаса» обнаруживаются не только при язве желудка, но и при грыже белой линии живота, невралгии, могут быть в «составе» Гедовских зон, при солярите. Он справедливо утверждал, что нет никакой уверенности в том, что болевые точки находятся в прекции желудка *(«наивные анатомические представления»,* пишет Ф.О. Гаусман). Он предложил особый прием пальпации и перкуссии для различения язвы желудка и болезней желчного пузыря и полагал, что эти приемы дадут больше, чем анамнез, *«в который так слепо привыкли верить»*. Примечательно, что хотя он не ограничивался только пальпацией и перкуссией, а использовал зондирование и холецистографию, но все-таки писал, что *«если важен анамнез, если важны всевозможные лабораторные исследования, то еще важнее – физические способы исследования печени»* (Ф.О. Гаусман, 1928). Ему клинически удавалось диагностировать недостаточность илеоцекального клапана. Он разработал метод прослеживания глотательных шумов и микроскопии холестерина в пузырной желчи (Ф.О. Гаусман, 1928).Он детально изучал висцеральный сифилис (Ф.О. Гаусман, 1925) и поражение внутренних органов при склереме. В 1939 году Ф.О. Гаусман выпустил монографию о внелегочном туберкулезе и возможности лечения его туберкулином. Он неоднократно выезжал в Германию для работы в клиниках, приглашался для чтения лекций на международных курсах усовершенствования врачей в Кенигсберге и Карлсбаде (Карловых Варах). Заслуженный деятель науки БССР (1931) и академик Белорусской Академии наук, Ф.О. Гаусман принимал участие во многих международных и отечественных съездах врачей. В сборнике, посвященном 35-летнему юбилею деятельности выдающегося клинициста в 1932 г. приняли участие видные клиницисты Австрии, Германии и США. Ф.О. Гаусман в те годы был «белорусским Плетневым». Он опубликовал 130 научных работ.

Ф.О. Гаусман

...Стремительное начало войны застало Ф.О. Гаусмана в Минске, который немецкие войска захватили уже на шестой день войны. Пожилой профессор не успел эвакуироваться и остался в городе. Этнический немец Ф.О. Гаусман возглавлял больницу в клиническом городке Минска, и даже какое-то время был главой местного самоуправления (бургомистром) города (О.М. Мозохин, 2010). При отступлении немецкой армии он уехал вместе с ней и умер в Инсбруке в 1944 г. после операции по поводу гнойного холецистита (http://lectures.edu.ru/default.asp?ob_no=17058). Никаких доказательств «предательства» Гаусмана не обнаружено, и имя выдающегося, самобытного клинициста занимает достойное место в истории российской медицины. Мы вспоминаем, что наш незабвенный преподаватель пропедевтики, заслуженный врач РФ, профессор А.С. Луняков еще в семидесятых годах прошлого века называл метод глубокой методической пальпации методом Гаусмана -Образцова-Стражеско.

Михаил Георгиевич Курлов (1859-1932) в 1883 г. с отличием закончил Медико-хирургическую академию в Петербурге, в 1886 г. защитил докторскую диссертацию. В 1884-86 гг. был ассистентом клиники профессора В.А. Манассеина. Был направлен в научную командировку и стажировался в Германии в институте Р. Вирхова и клиниках профессоров Цимсена, Боллингера, Эммериха, Эрлиха, Герхардта, Лейдена, Эвальда, Френтцеля, Сенатора, Оппенгейма, Менделя и Пьера-Мари в Париже. В 1890 г. был назначен экстраординарным профессором кафедры частной патологии и терапии и госпитальной терапевтической клиники Томского университета. Впрочем, клиника, это громко сказано. Больницу Приказа общественного призрения, в которой она располагалась, можно было назвать *«грязной ночлежкой, постоялым двором, адом...»*. Больные лежали на полу, в проходах между кроватями, в ванной, заразные вместе со всеми, бредящие, возбужденные алкоголики, завшивленные! *«Воздух в палатах был таков, что даже со здоровыми студентами после 2-часовых обходов делались головокружение, тошнота, рвота и даже обмороки»*. И вот молодой профессор Курлов ползал по грязному полу, осматривая больных! (В.С. Егай, 1981). Потрясает подвижничество русских врачей во все времена! Любопытно, а смог бы в таких условиях изысканный П.А. Пьорри совершенствовать и оттачивать мастерство перкуссии? При этом Михаил Георгиевич еще читал студентам фармакологию, нервные и детские болезни. Он был основателем Общины сестер милосердия в Томске, председателем и главным врачом Общества Красного Креста, возглавлял

М.Г. Курлов

М.Г. Курлов на обходе

Общество естествоиспытателей и врачей, был основателем бактериологического института. В 1903-1906 гг. М.Г. Курлов – ректор Томского университета, с 1907 г. – заведующий кафедрой врачебной диагностики и факультетской терапевтической клиники. Клиническими приоритетами для М.Г. Курлова стали гематология, фтизиатрия, краевая патология. Он был видным курортологом и подробно изучил сибирские курорты Карачи, Ямаровка, Усолье, Белокуриха, Боровое, Шира, Куку, Дарасун. Он детально описал семиотику кашля, методично разрабатывал клиническую антропометрию, обращая внимание на соотношение размеров длинника тела, апертуру реберного угла и поперечный диаметр грудной клетки. При разборе больного туберкулезом М.Г. Курлов указывал на утолщение ключицы (признак Шульца) у больных верхушечным туберкулезом, снижение подвижности акромиального конца ключицы при дыхании (признак Kuti), отставание при дыхании нижней половины грудной клетки (признак Герхардта). Вспоминает он и более редкие признаки Бурри, Поттенджера, да ла Кампа, Гоффмана, Филиппи, Франка, Питре и т.д. Сейчас нам непонятно, насколько «мелочной» была диагностика туберкулеза и как часто врачи ошибались: даже наличие всей совокупности этих, очень субъективных симптомов, вовсе не означало, что у больного есть пресловутый «верхушечный» туберкулез! Его сотрудник П.А. Ломовицкий, как уже было сказано, разрабатывал метод «ортодиаграфии». Именно это заставляет относится к результатам, полученным М.Г. Курловым, с уважением: перкуторные результаты подкреплялись визуальным методом! У каждого больного в клинике М.Г. Курлова проводилась тщательная антропометрия. Это делалось для максимальной объективизации диагностики. Сантиметровая лента наряду со стетоскопом, плессиметром и термометром была обязательным врачебным атрибутом. Он установил различия перкуторного размера печени (определения велись в лежачем положении пациента) у «широко»- и «узкогрудых». Примечательно, что перкуссия печени уже

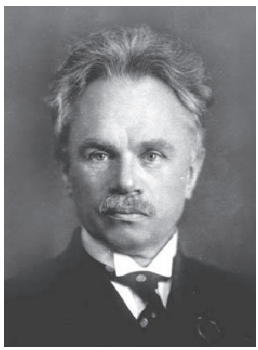
М.Г. Курлов с учениками

была детально описана сначала Th. Frerichs (1858), затем H. Bamberger (1868), потом Th. Thierfelder (1882), Э.Э. Эйхвальдом и уже позднее М.Г. Курловым. Все они получили сходные результаты, но в нашей литературе используются результаты последнего. Им была предложена «формула Курлова» или «ординаты Курлова» для перкуссии сердца и печени. Современные клиницисты считают, что *«...для практических целей использование ординат Курлова в полной мере сохраняет свое значение»* (А.Л. Гребенев, А.И. Хазанов, С.Д. Подымова, 1995). М.Г. Курлов заметил, что *«левая доля печени всегда первой реагирует на поражения паренхимы»*. Интересно, что при УЗ-исследовании печени ее истинные размеры по первой ординате Курлова (по правой среднеключичной линии от верхней границы до нижнего края печени) оказываются на 2 см больше. Значит, там, где Курлов находил нормальную печень, она уже была увеличена минимум на 2 см! Примечательно, что перкуссия по Курлову на самом деле отличалась от описанной в учебниках пропедевтики: ссылаясь на данные В.П. Степанова, М.Г. Курлов определял размеры печени в пределах ее абсолютной тупости – от нижнего края правого легкого до нижней границы печени по правой срединно-ключичной линии, по срединной - от основания мечевидного отростка до нижнего края печени и левый косой размер – от середины основания мечевидного отростка до левого края печени по левому подреберью. Он получил средние размеры 10-9-8 см, которые уменьшались на 1 см при малом росте и увеличивались на сантиметр - при большом,при этом *«максимальные и минимальные уклонения печеночной тупости,* - пишет М.Г. Курлов, - *могут достигать в отдельных случаях 2 см»*. Он предложил проводить «ортоперкуссию» сердца с помощью деревянной треугольной призмы и разработал «цифровой паспорт» больного. М.Г. Курлов был автором интересных работ: «Перкуторные размеры сердца» (1915), «О перкуторной формуле сердца» (1916), «О диагностическом значении измерения роста (1919), «О перкуторном измерении печени и значении определения ее левой границы для диагностических целей» (1926), «Перкуссия и аускультация сердца и его измерение» (1928), «Выслушивание тонов в артериях при недостаточности аортальных клапанов» (1930) (В.С. Егай, 1981). Его ученик пишет: *«...это был человек, ученый-,профессор-педагог незаурядный... Его справедливо называли русским Штрюмпелем... Из его клиники выходили терапевты не только с отличной подготовкой, но и с системой знаний, со знаменитой курловской органометрией, с тонкой аускультацией и умением грамотно читать анализы крови»* (И.А. Кассирский, 1995). Как и М.В. Яновский, М.Г. Курлов сам вел практические занятия *«...3 раза в неделю, с 5 до 7»*.Наблюдательный клиницист подметил, что иногда аускультативная мелодия митраль-

ного стеноза «прячется» и предлагал выслушивать больного не только стоя или сидя, но и лежа: *«...как вызывать этот скрывающийся шум? Мы достигаем этого, заставляя больного лечь, увеличивая тем самым приток крови к сердцу, или же предлагаем ему несколько раз пройтись по комнате, чтобы усилить силу сердечных сокращений. При этом начинает обнаруживаться шумок, который в стоячем положении был незаметен»*. Он указывал, что митральный стеноз может проявляться и хлопающим I тоном, а исчезновение пресистолического шума в этих случаях является признаком недостаточности кровообращения (М.Г. Курлов, 1927). М.Г. Курлов - один из последних представителей триумфального века физикальной диагностики.

Вместо эпилога

Примечательно, что «звездным» для методов физикальной диагностики оказалось столетие, прошедшее с момента открытия Лаэннека. Это был период наибольших ее достижений. В 30-40 гг. прошлого века интерес к ним, особенно к аускультации, начал падать. Появились новые методы диагностики (ЭКГ, ФКГ), да и доскональная тонкость в выявлении тончайших нюансов выслушиваемых шумов имела интерес лишь академический - если с недостаточностью кровообращения врачи боролись с помощью препаратов сердечных гликозидов и мочегонных, то с врожденными и приобретенными пороками ничего сделать они не могли. Вероятно, только самые прозорливые врачи первой половины XX столетия могли предположить, что на их веку можно будет убедиться в истинности диагностических канонов, выработанных не одним поколением классиков и корифеев физикальной диагностики и считавшихся незыблемыми. Между тем и у Д.Д. Плетнева и у Ф.О. Гаусмана (не оборвись их жизнь раньше срока) такая возможность могла быть. Стремительное развитие грудной хирургии послужило этому причиной. Если в первой половине столетия точный диагноз порока сердца был *«пробным камнем клинической эрудиции, клинической школы врача-интерниста»,* а мастерски проведенная аускультация - профессорской «фишкой» (во всех случаях больному было все равно *«от какой именно формы сердечной болезни умирать: от недостаточности ли клапанов или от стеноза, либо от поражения двустворки или аорты»)*, то теперь у врачей появился шанс активно повлиять на течение болезни и прогноз жизни пациента. Вот что пишет учившийся медицине в 50-х гг. прошлого века врач и писатель: *«Жизнь менялась. На кафедрах терапии интернисты нам говорили, допустим, о пороках сердца. Хирурги их, вроде бы, и не касались. Сердце! — Noli me tangere! «Не трожь меня!» Еще недавно говорили, что только хулиган-хирург позволит себе прикоснуться к сердцу. И вдруг на лекции академика Бакулева мы слышим: «Терапевты совсем запутались в пороках сердца. Хирурги сейчас начинают в этом разбираться». Как гром среди ясного неба. Как снег летом на наши еще целинные головы. Жизнь менялась»* (Ю.З. Крелин, 2005). Изменился взгляд на существование «чистой» митральной недостаточности, которую врачи широко ставили в XIX и первой трети XX века, основываясь на легко выслушиваемом систолическом шуме на верхушке сердца. Умозрительными оказались и диагностические критерии (характер I тона) для определения «преобладания» стеноза или не-



Д.Д. Плетнев

достаточности при митральном пороке. Кардиохирурги же увидели, что «чистые» стеноз и недостаточность митрального клапана – большая редкость! Пересмотру подверглись и другие, кажущиеся бесспорными, феномены, на обнаружение которых потратили столько сил врачи позапрошлого столетия. Но вот, что любопытно, стетоскоп развивался и совершенствовался!

Н. Ларинский: ...Как ни странно, но помнятся все стетоскопы, с которыми пришлось иметь дело за тридцать пять лет работы. Первый, приобретенный в 1974 году, - ужасный продукт завода «Красногвардеец»: ядовито-зеленые трубки, пластмассовый тройник, тяжеленная, комбинированная из латуни и пластмассы головка, которую надо было менять на пластиковый конус, превращая «фонендоскоп» в «стетоскоп». Любопытно, что в тогдашних учебниках пропедевтики вопрос о качестве стетоскопа вовсе не поднимался. Подразумевалось, что все советское, в том числе и «изделия медицинской техники», имело высочайшее качество! В то время было предложено для испытания качества стетоскопов (и доказательства, что все советское лучше, чем у капиталистов!) использовать врачей-экспертов, которыми признавались доктора с десятилетним (!) опытом аускультации и нормальным слухом! Любопытно, что такие эксперты признали как раз в то время «лучшим» стетофонендоскоп (бифонендоскоп) «БФ-1» Нижне-Тагильского медико-инструментального завода, а забраковали не только стетофонендоскоп модели «044» завода Ленинградского производственного объединения (мой «Красногвардеец»!) и польский АР-362, но и английский «Магнатон» фирмы «Эшман» (Л.А. Водолазский, И.П. Замотаев, Н.А. Магазанник, В.А. Голиков, 1975). Сейчас даже смешно об этом читать, ведь нам все эти инструменты очень хорошо знакомы, а коллекционный «Magnathon» верно служит и сейчас, но как серьезно ставился вопрос! Под влиянием незабвенных преподавателей пропедевтики возник непреходящий интерес к физикальной диагностике и стетоскопам, но хорошим! Тогда казалось, что «прорывом» были появившиеся польские стетоскопы – коричневые (слипавшиеся со временем!) трубки, плоская латунная головка с мембраной и несколько воронок. Трубки успешно нами заменялись на позаимствованные у реаниматологов прозрачные, но едва ли качество этих стетоскопов существенно улучшалось. А вот, кстати говоря, и мнение реаниматолога: *«Достаточно рекомендации выбирать из числа разнообразных поделок те стетоскопы, звукоприемник которых выполнен из медного сплава, хорошо отшлифован и весит не меньше 50 граммов. В конце шестидесятых годов голубой мечтой каждого анестезиолога было обзавестись стетоскопом польского производства. Позже один из заводов Йошкар-Олы выпустил партию стетофонендоскопов лучше*

польских (имеется в виду стетоскоп Вотчала – Н.Л., В.А.). *Современная же рыночная импортная продукция никакой критики не выдерживает, а своих изделий в продаже не встретишь» (*Г.А. Беляков, 1998). Это было написано в конце «лихих» 90-х, и уважаемый коллега, погорячился, тогда уже можно было приобрести стетоскоп Литтмана, который как раз выдерживает критику, недаром у всех персонажей сериала «Скорая помощь» на шее висят именно эти модели!

Впрочем, инструментами, произведенными в «странах СЭВ», пользовались и профессора, в том числе и кардиологи, хотя уже появился стетоскоп, сконструированный известным советским интернистом, автором замечательных «Очерков клинической фармакологии», академиком АМН Б.Е. Вотчалом и высоко оцененный знатоками проблемы (И.А. Кассирский, Г.И. Кассирский, 1964). Он хоть и был неказист на вид, но поначалу показался верхом совершенства: два раструба (с мембраной и без) и переключатель звукопровода. И слышно как-будто лучше, чем другими. Он сохранился у меня и по сей день. Но скоро его недостатки проявились довольно явственно: именно переключатель звукопровода оказался слабым местом, уплотнить его было нельзя, поворотная часть его «выполнялась по посадке с зазором, через который, как через дроссель, имелась связь с атмосферой». Этот недостаток вносил искажения выслушиваемых звуков и со временем эксплуатации только увеличивался. В этой модели не создавалось повышенного давления в звукопроводе и надмембранном пространстве (это обязательно наличествует во всех современных моделях известных фирм), что уменьшало громкость сигнала. К тому же и «спрятанное» в трубки устройство удержания головной части было очень хилым, часто ломалось, после чего стетоскопы просто списывались. Он тоже оказался в коллекционном ящике, хотя однажды сослужил хорошую службу: во время занятий на факультете усовершенствования (по терапии) профессор продемонстрировала нам тяжелого больного, диагноз которого из дидактических соображений нам не сообщила, мол, думайте сами! Было понятно, что больной сердечный, но клиника какая-то совершенно темная. Полчаса, наверное, я мучил его, выслушивая сердце «вотчаловским» стетоскопом. И, наконец, услышал, на аорте слабый-слабый, как отголосок, диастолический шум. И тут все стало ясно: пальцы - «барабанные палочки», легкая иктеричность, перкуторно увеличенная селезенка (анализ крови я еще не видел) и вот этот шум. В аудиторию я уже гордо пришел с диагнозом: подострый септический эндокар-

«Колокол»

«Chirurg»

дит! Потом наступил черед скопированной у одного из казанских профессоров «японской» модели. Это был «колокол», действительно выточенный из колокольной бронзы и хромированный. Слышно было неплохо, но присутствовал неустранимый гул («эффект раковины») при аускультации. Инструмент был тяжелый и давал неприятное ощущение холода у больного. В клинике В.Г. Вогралика у студентов и клинических ординаторов я увидел в руках деревянные стетоскопы. Это, бесспорно, был каприз, если не сказать блажь, корифея и классика. Ничего студенты через «деревяшку» не слышали (невозможно, увы, в современной клинической больнице огромного города создать такую тишину, как в госпитале Неккера во времена Лаэннека). По собственному опыту уверенно утверждаю, что выслушивание через деревянный стетоскоп нисколько не «тренирует» слух для работы с современными инструментами, и в идеале студент еще в институте должен приобретать сразу хороший инструмент (продающиеся в аптеках таиландские «Раппопорты» не есть хорошие, теперь, слава Богу, есть из чего выбрать), привыкнуть к нему, беречь и впоследствии приобретать такой же. А горьковские студенты потом все равно переходили на бинаурикулярные и долго привыкали к ним, уже работая врачами. Снова ничего не слышали, откуда и рождались легенды об устарелости и неэффективности аускультации! Деревянная модель, увы, годилась только для коллекции (речь не идет об акушерских моделях Пинара). Я вспоминаю, как на обходе в клинике факультетской терапии медсестры едва ли полотенцами не разгоняли мух, дабы они своим жужжанием не мешали чуткому профессорскому уху! А каково участковому врачу, у которого за дверью - многоголосое и неумолчное «жужжание» больных, какая уж тут аускультация... Потом у меня появился простенький, но неплохой стетоскоп немецкой фирмы «Chirurg», затем - «американец» - «Becton & Dikinson», а тут уже пришла пора модели Раппопорта. Кстати говоря, лучшим у меня был первый стетоскоп этой модели, японского производства. Он и сейчас в рабочем состоянии, хотя

«Becton & Dikinson»

прошло уже тридцать лет! Были еще «проходные» инструменты, произведенные в странах социалистического содружества, но низкого качества. Кстати говоря, в абсолютном большинстве случаев уважающие себя фирмы используют для изготовления стетоскопов только нержавеющую сталь (редко - латунь). Не может быть по определению качественным стетоскоп из алюминия (только инструменты для медсестер и для измерения артериального давления). В 70-х польские стетофонендоскопы для врачей были именно из алюминия! Печально, но ни одного способного конкурировать с западными стетоскопа отечественного производства я не знаю! Году в 1994 у меня появился первый «Littmann». Это был праздник, но почему-то врачи и студенты до сих пор пользуются таиландскими Раппопортами, хотя инструменты Литтмана (на российском рынке имеется не меньше 10 моделей) имеют высочайшее качество. Я пользуюсь тремя моделями: «Classic-II»,«Master Cardiology» и электронным (model 4100). Великолепно! Хороша также и педиатрическая модель. Есть у меня несколько инструментов фирмы «KaWe», в том числе «Мерседес» среди стетоскопов - модель «Planet» (из латуни, вес около 130 граммов), модель кардиологическая обычная, «Мультифон» и «Topkardiology». И, наконец, в последнее время меня очень заинтересовали модели фирмы «Riester» (Германия), duplex, Cardiofon и ri-rap. Ристеровский «Кардиофон» оказался для меня идеальным по удобству, частотным характеристикам, дизайну. И даже Раппопортовский инструмент в исполнении фирмы Ристер (с двумя мембранами) оказался предпочтительнее таиландских и сингапурских моделей (хотя и дороже в два с половиной раза). Но и этим моя коллекция не исчерпывается: есть в ней и твердые стетоскопы, которыми реально работали врачи в прошлом веке и акушерские стетоскопы модели, предложенной Адольфом Пинаром, есть и модели Лаэннека, выполненные современными умельцами. Есть инструменты из нержавеющей стали, титана и текстолита с мембраной, эбонита и вишневого дерева, есть имитация инструмента Каммана. Кстати говоря, слышно очень неплохо. Одним словом, стетоскопы - моя слабость, а аускультация – любимый физикальный метод. Жизнь показывает, что она вовсе не «при смерти», раз появляются «интегральные методы оценки состояния дыхательной системы» (В.И. Коренбаум, Ю.В. Кулаков, 2011), основанные на оценке и объективизации аускультативных феноменов, описанных еще Лаэннеком!

...Когда мы смотрим на автопортрет замечательного, гениального «отца» аускультации, то думаем, что он нисколько не удивился бы ни изобилию моделей своего, в сущности, инструмента (в Интернете их более 50!), ни тому, что стетоскоп стал символом врачебной профессии. В конце концов для этого великий француз его и создавал!

Основная литература:

1. Абросимов В.Н. Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача. – Рязань, 2001. –138 с.
2. Анисимов В.Е., Альбицкий В.Ю. Профессор Николай Андреевич Виноградов, Казань.: Татарское книжное издательство. 1972. –83 с.
3. Ауэнбруггер Л. Новое открытие, позволяющее на основании данных выстукивания грудной клетки человека, как признака, обнаруживать скрытые в глубине грудные болезни. Пер. с лат. – М.: Медгиз, 1961. –59 с.
4. Белоголовый Н.А. С.П. Боткин. Его жизнь и врачебная деятельность. –СПб.: Тип. Ю.Н. Эрлих, 1892. –79 с.
5. Белоголовый Н.А. Воспоминания и другие статьи. –СПб.: –Типо–литография Б.М. Вольфа, 1901. –570 с.
6. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. –М.: Медицина, 1990. –352 с. (Б–ка практического врача. Заболевания детского возраста).
7. Богданов Н.М. Очерки истории кафедры частной патологии и терапии внутренних болезней в Императорском Московском университете за 1755–1905 гг. –М.: Тип. Вильде, 1909. –114 с.
8. Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины/под общ. ред. Ю. Шлюмбаха, М. Хагнера, И. Сироткиной; [отв. Ред. И. Сироткина; пер. с нем. К.А. Левинсона]. –СПб.: Европейский университет в Санкт–Петербурге; Алетейя, 2008. –304 с.: ил. (Серия «Современные направления в исторической науке: серия переводов». Т. 6).
9. Бородулин В.И. Клиническая школа Корвизара и ее роль в развитии учения о болезнях сердца (к столетию Жана Батиста Буйо), Кардиология, 1982, XXII, 1. 113–115.
10. Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. –М.: Медицина, 1988–304 с., ил.
11. Бородулин В.И. История клинической медицины от истоков до середины 19–го века. Лекции. –М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. –180 с.
12. Бородулин В.И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX – первой половине XX века: цикл лекций/В.И. Бородулин. –М.: МЕДпресс–информ, 2011. –144 с.
13. Брянский И.Н. Вклад Г.И. Сокольского в развитие отечественной и мировой медицины, Клин. мед, 1960, 32, 152–154.
14. Василенко В.Х. Приобретенные пороки сердца. Киев.: Здоровье, 1972, – 304 с.
15. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 5: Пер. с англ. /Под ред. Е. Браунвальда, К. Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др. –М.: Медицина. 448 с. ; ил.

16. Волынский З.М., Гогин Е.Е. Заболевания перикарда. –Л.: Медицина, 1964. –304 с.
17. Волынский З.М. Заболевания сердца и сосудов, Л.: Медицина, 1969. –509 с.
18. Воронов А.С. Госпитальная терапия, К.: Государственное медицинское издательство УССР, 1963. – 523 с.
19. Гаусман Ф.О. Основы методического ощупывания желудочно–кишечного тракта с помощью топографической скользящей глубокой пальпации. –М.: Издание А.А. Карцева, 1912. –255 с.
20. Губергриц М.М. Клиническая диагностика. Изд. второе. Киев: Госмедиздат УССР, 1947. –546 с.
21. Губергриц Н.Б. Хроническая абдоминальная боль. Билиарная боль. Боль при заболеваниях печени. –М.: ИД «МЕДПРАКТИКА–М», 2007. –420 с.
22. Губин В.Н. Эпонимы в кардиологии, ангиологии и ревматологии: Справочник. –СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. –544 с.
23. Гуревич С.А. Страницы биографий Шопена и Шумана, рассказанные врачом. М.: –СПб.: Московский философский фонд, Университетская книга, Культурная инициатива, 2002. – 143 с.
24. Зернов Н.Г., Тарасов О.Ф. Семиотика детских болезней. –М.: Медицина, 1984. –360 с. ; ил
25. Зиновьев И.А. К истории высшего медицинского образования в России. Организация Госпитальной терапевтической клиники и кафедры патологической анатомии в Московском университете. –М.: Медгиз, 1962. –187 с.
26. Кассирский И.А., Кассирский Г.И. Звуковая симптоматика приобретенных пороков сердца. М.: Медицина, 1964. – 320 с.
27. Клинические лекции профессора А.А. Остроумова 1893–1894 г. г. . Записанные студентом Шингаревым. М.: Типография М.Г. Волчанинова, 1895. –268 с.
28. Кончаловский М.П. Клинические лекции. Вып. III и IV. М. –Л.: Гос. Изд–во биологической и медицинской литературы, 1937, –366 с.
29. Куршаков Н.А. М.В. Яновский/ Н.А. Куршаков, Л.П. Прессман. – М.: Госмедиздат, 1954. –160 с.
30. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. Изд 2–ое М.: Медицина, 1981. – 512 с.
31. Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней в России, М.: Медгиз, 1962. –255 с.
32. Лушников А.Г. Клиника внутренних болезней в России первой половины XIX века. –М.: Медгиз, 1959. –293 с.
33. Манджони С. Секреты клинической диагностики. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ», 2006. –608 с.

34. Маслов М.С. К.А. Раухфус. –Л.: Госмедиздат, 1960. –119 с.
35. Мастбаум М.И. Симптоматология и амбулаторная практика, Казань, Татгосиздат, 1941, –148 с.
36. Маттес М. Учебник дифференциальной диагностики внутренних болезней. Пер. с нем. М. –Л.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы. 1936. –990 с.
37. Миррахимов М.М. Основы аускультации сердца/ Миррахимов М.М., Руппа Я.М., Могильнер А.С. –Ташкент.: Медицина, 1981. –132 с.
38. Михайлов Ф.А. Рене Теофиль Гиацинт Лаэннек (1781–1826) Клин мед 1967 XLV 12 144–146
39. Мясников А.Л. Пропедевтика (диагностика и частная патология) внутренних болезней. Изд. 4–е., М.: Медгиз, 1957. – 627 с.
40. Образцов В.П. Избранные труды. – К. Государственное медицинское издательство УССР, 1950. – 306 с.
41. Ослер В. (William Osler). Руководство по внутренней медицине. Пер. с 10–го английского издания. –Л.: Практическая медицина, 1928. –1096 с.
42. Основы клинической диагностики для врачей и студентов/Под ред. А.М. Левина, Д.Д. Плетнева; Изд. 3–е. М.: Государственное издательство, 1922. – 678 с.
43. Плетнев Д.Д. Болезни сердца; М.: Л.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы 1936. –344 с.
44. Самойлов В.О. История российской медицины. –М.: Эпидавр, 1997. –200 с. ; ил.
45. Синдромы и симптомы в клинической практике: эпонимический словарь–справочник/В.И. Бородулин и др. ; сост. В.И. Бородулин, А.В. Тополянский. –М. Эксмо, 2009. –464 с. – (Новейший медицинский справочник).
46. Скороходов Л.Я. Краткий очерк истории русской медицины/Л.Я. Скороходов; науч. ред. и коммент. М.В. Супотницкого. –М.: Вузовская книга, 2010. –432 с. ; ил.
47. Сточик А.М., Пальцев М.А. Затравкин С.Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. –М.: Медицина, 1998—336 с.
48. Сточик А.М., Затравкин С.Н., Сточик А.А. Клиническое преподавание во Франции в первой половине XIX века, Клин. мед. . 1999, 8, 62–70.
49. Стражеско Н.Д. Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости. Пособие для врачей и студентов. Изд. 4–е., – К. Государственное медицинское издательство УССР, 1951. –243 с.
50. Тареев Е.М. Гипертоническая болезнь. – М.: Медгиз, 1948. – 155 с.
51. Чернорудкий М.В. Диагностика внутренних болезней. Изд. 4–е, Л.: Медгиз, 1953. – 659 с.

52. Чучалин А.Г., Бобков Е.В. Клиническая диагностика: Рук. для практикующих врачей. –М.: Литтерра, 2005. –312 с.
53. Штрюмпель А., Зейфарт К. Частная патология и терапия внутренних болезней. М.–Л.: Государственное медицинское издательство, 1933. –693 с.
54. Эльштейн Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике. Причины, тенденции, профилактика. –М.: Медицинское информационное агентсво, 1998. –224 с.
55. Agnew R. The prelude to stethoscopy–some pioneer stethoscopists of the nineteenth century// Journal of Medical Biography . – 2003. – Vol. 11. – P. 135–141.
56. Bedford E. Auenbrugger, s contribution to cardiology. History of percussion of the heart// British Heart Journal. –1971. –Vol. –33. – P. 817–821.
57. Bianchi F. The phonendoscope and its practical application, Philadelphia U. S. A. George P. Pilling., 1898. 77 p.
58. Bishop P. A bibliography of John Hutchinson //Med. Hist. – 1977. – Vol. 21. –P. 384–396.
59. Bishop P. Evolution of the stethoscope// Journal ofthe Royal Society ofMedicine. –1980. – Vol. 73. –P. 448–456.
60. Bishop P. Reception of the stethoscope and Laennec, s book// Thorax. – 1981. – Vol. 36. – P. 487–492
61. Blum L., Slater D., Reuben P., Anvaripour A. A consideration of current clinical thermometry// Bull. N. Y. Acad. Med. –1982. –Vol. 58. –№7. –P. 621–627.
62. Bluth E. James Hope and the Acceptance of Auscultation// Journal of the History of Medicineю– 1970. – Vol. 4. – P. 202–210.
63. Camac C. Laennec and his stethoscope// News. –1905. – Vol. 86. – P. 918–923.
64. Cantwell J. Pierre–Carl Potain //Clin. Cardiol. – 1994. – Vol. 17. –P. 569–571.
65. Cope Z. Dr. Charles Thomas Haden (1786–1824), a Friend of Jane Austen// Medical History. –1966, Vol. 4. – P. 974.
66. Dalmay F., Antonooni M., Marguet P., Menier R. Acoustic properties of the normal chest// Eur Respir J. –1995. –Vol. 8. – P. 1761–1769.
67. Duffin J. The cardiology of R. T. H. Laennec// Med Hist. – 1989. – Vol. 33. –№1. –P. 42–71.
68. Estes J. Quantitative observations of fever and its treatment before the advent of short clinical thermometers// Med Hist. –1991. –Vol. 35. –P. 189–216.
69. Hall R. The stethoscope Song//Tex Heart Inst. J. –2005. – Vol. 32. – №3. –P. 260–261.

70. Halls Dally J. Life and thimes of Jean Nicolas Corvisart// Proc R Soc Med. – 1941. –Vol. 34. №5. –P. 239–246.
71. Jacyna L. Au lit des malades^ A. F. Chomel, s clinic at the Charite, 1828–9 Med. Hist// 1989. –Vol. 33. –№40. –P. 420–449.
72. Jarcho S. An early mention of the stethoscope (Locock, 1821)//Bull. N. Y. Acad. Med. –1965. –Vol. 41. –№4. –P. 374–377.
73. Keers R. Laennec: his medical history //Thorax. – 1981. –Vol. 36. –P. 91–94.
74. Lamb D. The stethoscope: a history//Washington M. Ann. –1910. –Vol. 9. –P. 260–269.
75. Lachmund J: Between scrutiny and treatment: physical diagnosis and the restructuring of 19th century medical practice// Sociology of Health and Illness. – 1998. –Vol. 20. –№ 6. –P. 779–801.
76. Lachmund J: Making sense of sound: auscultation and lung–sound codification in nineteenth–century French and German medicine// Science, Technology, and Human Values. – 1999. –Vol. 24. –№ 4. – P. 419–450.
77. Leatham A. Auscultation of the heart since Laënnec// Thorax. – 1981. – Vol. 36. –№2. –P. 95–98.
78. Le Fanu W. Laennec and Matthew Baillie //Ann R Coll Surg Engl. – 1965 . –Vol. 36. –№1. –P. 67–68.
79. Miller J. The background of Laënnec (With particular reference to Kerluanec)// Med Hist. – 1967. –Vol. 11. –№4. –P. 411–414.
80. Morgan J. Laennec: the great internist// Washington M. Ann. –1910. – Vol. 9. –P. 250–258.
81. Newman C. Diagnostic investigation before Laënnec // Med. Hist. –1960. – Vol. 4. –№4. –P. 322–329.
82. O, Neal J. Auenbrugger, Corvisart and the perception of disease// Eighteenth–Century studies. – 1998. –31 . –№4. – P. 473–489.
83. Otis E Auenbrugger and Laennec, the discoerers of percussion and auscultation// Trans. Am. Climatolog. Clin Assoc. – 1898. –Vol. 14. –P. 1–23
84. Pinkerton J. John Creery Ferguson1802–1865: Physician and fetologist/ / Ulster Med. J. – 1981. –Vol. 50. –P. 10–20.
85. Rolleston H. The history of mitral stenosis// Br. Heart J. – 1941. –Vol. 3. –№1. –P. 1–12.
86. Sakula A. Pierre Adolphe Piorry (1794–1879): pioneer of percussion and pleximetry// Thorax. – 1979. –Vol. 34. –№ 5. –P. 575–581.
87. Sakula A. Joseph Skoda 1805–81: a centenary tribute to a pioneer of thoracc vedicine //Thorax. –1981. –Vol. 36. –P. 404–411.
88. Segall H. Cardiovascular sound and the stethoscope, 1816 to 2016 // Can. Med. Assoc. J. – 1963. –Vol. 88. –№6. – P. 308–318.
89. Silverman M. Charles J. B. Williams: English Pioneer in Auscultation // Clin. Cardiol. –2007. –Vol. 30. –P. 532–534.

90. Singer C., Holloway S. Efrly medical education in England in relatin to the London university// Med Hist. – 1960. –Vol. 4. –№1. –P. 1–17.
91. Smith D. Austin Flint and auscultation in America //Oxford J. Vol. XXXIII №2. –P. 129–149.
92. Shub C. Echocardiography or auscultation? //Can. Fam. Physician. – 2003. –Vol. 49. –P. 163–167.
93. Thayer W. Laennec – one hundred years after address in medicine //Can Med Assoc J, 1919, 9(90) P. 769–782.
94. H. Vaguez (Г. Вакез) Болезни сердца, Л.: Практическая медицина», 1927, 332 с.
95. Williams C. Physical examination of the abdomen in health and disease/ Part first. //Lond J Med. – 1851. –Vol. 3. –№25. – P. 1–6.
96. Williams C. Physical examination of the abdomen in health and disease. PartII. Lond J Med// 1851. –Vol. 3. –№26. –P. 97–104.
97. Williams C. Physical examination of the abdomen in health and disease. PartIII . Lond J Med //1851. –Vol. 3. –№27. –P. 193–203.
98. Williams C. Physical examination of the abdomen in health and disease: –Acoustic signs // Lond J Med. – 1852. –Vol. 4. –№37. –P. 1–7.
99. Williams C. On the acoustic principles and construction of stethoscopes and ear trumpets // Med Chir Trans. – 1874. –Vol. 57. – P. 21–30.
100. YernaultJ., Bohadana A. Chest percussion// Eur Respir J. –1995. – Vol. 8. –P. 1756–1760.

Содержание

Предисловие ***3***
Часть I. ВНАЧАЛЕ БЫЛИ БОЧКИ? **19**
Глава I . *«Чувствительный, музыкальный, в музыкальной стране, в великое музыкальное время» - Иоганн Леопольд Ауэнбруггер (Johann Leopold Auenbrugger, 1722-1809).* *20*
Глава II. *«...я хочу вырвать из забвения и его и его прекрасное открытие...» - Жан Николя Корвизар, барон де Маре (Jean Nicolas Corvisart Des Marest, 1755-1821).* *40*
Часть II «ЧЕЛОВЕК С ЗОЛОТЫМ УХОМ» **55**
Глава I. *Рене-Теофиль-Мари-Гиацинт Лаэннек (Renй-Thйophile- Marie-Hyacinthe Laennec, 1781-1826).* *56*
Глава II. *Франция* *100*
Глава III.*Англия* *127*
Глава IV. *Германия* *154*
Глава V. *США* *187*
Глава VI. *Градусы и дюймы* *202*
Глава VII. *Об эволюции стетоскопа и не только* *220*
Глава VIII. *«Каждый пальпирует так, как он привык»* *241*
Глава IX. *«Удар не должен быть скользящим...»* *254*
Глава X. *И что в итоге?* *259*
Часть III. «ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В РОССИИ» **271**
Глава I. *«Русские, путешествуя за границу, осваивают достижения и методику».* *273*
Глава II. *САНКТ-ПЕТЕРБУРГ* *289*
Глава III. *МОСКВА* *333*
Глава IV. *ВИЛЬНО* *384*
Глава V. *ХАРЬКОВ* *391*
Глава VI. *КИЕВ* *398*
Глава VII. *КАЗАНЬ* *412*
Глава VIII. *В.П. ОБРАЗЦОВ, Ф.О. ГАУСМАН, М.Г. КУРЛОВ* *420*
Вместо эпилога ***434***
Основная литература ***439***
Оглавление ***445***