Казахстанско-Российский медицинский университет

Кафедра общественных дисциплин

СРС

На тему: Философия XX века- изменение стиля мышления медицины в XX веке

Выполнила: Садырова Рузанна

Группа 203 А стом. факультет

Проверила: Бекбосынова Ж.Б.

Алматы 2013**Содержание:**

 Введение

 Введение

 Средние века обыкновенно рассматривают как мрачную эпоху полневежества

или совершенного варварства, как период истории, который характеризуется в

двух словах: невежество и суеверие.

 В доказательство этого приводят, что для философов и врачей в течении

всего средневекового периода природа оставалась закрытой книгой, причем

указывают на преобладающее господство в это время астрологии, алхимии,

магии, колдовства, чудес, схоластики и легковерного невежества.

 Как доказательство ничтожности средневековой медицины приводят

совершенное отсутствие в средние века гигиены, как в частных жилищах, так и

вообще в городах, а так же свирепствования в течение всего этого периода

убийственных эпидемии чумы, проказы, различного рода кожных заболеваний и

т.д.

 В противоположность этому взгляду существует мнение, что средние века

потому выше древности, что они за нею следуют. Ничего доказывать, что и то,

и другое лишено основания; по крайне мере, что касается медицины, уже один

здравый смысл говорит в пользу того, что не было и не могло быть перерыва в

медицинском предании, и подобно тому, как история всех других областях

культуры покажет, что варвары были не посредственными преемниками римлян,

точно так же и медицина не может, и не могла составить в этом отношении

исключения.

 Известно, с одной стороны, что в Римской Империи и, в особенности в

Италии преобладала греческая медицина, так что греческие сочинения служили

настоящими руководствами для наставников и учеников, и с другой стороны,

что нашествие варваров вовсе не имели на западе таких всесокрушающих

последствий для науки и искусств, как обычно полагалось.

 Мне показалась интересная эта тема тем, что эпоха средних веков

является промежуточным звеном между античным и новым временем, когда наука

стала бурно развиваться, стали делаться открытия, в том числе и в медицин.

Но ничего не бывает и не происходит на пустом месте…

 В своем реферате я показал в первой главе общую картину этой эпохи,

так как нельзя рассматривать по отдельности любые отрасли, будь то

искусство, экономика или как в нашем случае медицина, так как для создания

объективности надо рассматривать данный раздел науки относительно своего

периода времени, учитывая всю его специфику и рассматривая с этой позиции

различные проблемы.

 Мне было интересно рассмотреть во второй главе более конкретно тему

истории средневекового госпиталя, его путь становления от простой обители

призрения бедных и места каратативной деятельности церкви до формирования

социального института медицинской помощи, хотя даже подобие современной

больницы с врачами, медицинскими медсестрами, палатами и некоторой

специализацией госпиталь начинает походить только что с XV века.

 Интересна и клиническая подготовка врачей в период средневековья,

которой посвящена третья глава, их процесс обучения на медицинских

факультетах университетов того времени, так как в основном образование было

теоретическим, более того, схоластическим, когда студентам приходилось

просто переписывать на лекциях труды древних, причем даже не сами

произведения античных ученых, а комментарии к ним святых отцов. Сама наука

была в жестких рамках, диктуемых церковью, ведущий лозунг, который дал

доминиканец Фома Аквинский, (1224—1274): «Всякое познание— грех, если оно

не имеет целью познание Бога» и поэтому любое свободомыслие, отступления,

иная точка зрения - рассматривалось как ересь, и быстро и беспощадно

наказывалось «святой» инквизицией.

 В качестве справочной литературы в реферате были использованы

следующие источники, такие как – большая медицинская энциклопедия,

справочное пособие, составившие основу данной работы. И которое, наверное,

наиболее полно освещает самые актуальные моменты, связанные с медициной и,

интересное, как и для студентов, так уже и для практикующих врачей любых

специальностей.

 В качестве периодической литературы я взял журналы: «Проблемы

социальной гигиены и истории медицины», где по его тематике размещены

статьи многих известных авторов, которыми я воспользовался; журнал

«Клиническая медицина» и «Российский медицинский журнал», в которых есть

рубрика, посвященная истории медицине.

 Немаловажным подспорьем оказались и книги «История медицины» Л. Менье,

«История средневековой медицины» Ковнер, «История медицины. Избранные

лекции» Ф.Б. Бородулин, где подробно описан весь период истории медицины,

начиная с первобытного общества и завершая уже началом и серединой

двадцатого века.

Научная медицина в Средние века была развита слабо. Медицинский опыт перекрещивался с магией, религией. Значительная роль в средневековой медицине отводилась магическим обрядам, воздействию на болезнь посредством символических жестов, «особых» слов, предметов. С XI—XII вв. в целительных магических обрядах появились предметы христианского культа, христианская символика, языческие заклинания перелагались на христианский лад, появились новые христианские формулы, расцвёл культ святых и их мощей.

Самым характерным для Средневековья феноменом целительной практики являлись святые и их реликвии. Расцвет культа святых приходится на Высокое и Позднее Средневековье. В Европе насчитывалось более десяти наиболее популярных мест погребения святых, куда стекались тысячи паломников, желающих вернуть себе здоровье. Святым жертвовали дары, страждущие молили святого о помощи, стремились прикоснуться к какой-либо вещи, принадлежавшей святому, соскабливали каменную крошку с надгробий и т. д. С XIII в. оформилась «специализация» святых; примерно половина всего пантеона святых считались патронами определённых болезней.



Что касается болезней, то это были туберкулёз, малярия, дизентерия, оспа, коклюш, чесотка, различные уродства, нервные  болезни. Но бичом Средневековья была бубонная чума. Впервые она появилась в Европе в VIII в. В 1347 г. чума была завезена генуэзскими моряками с Востока и в течение трёх лет распространилась по всему континенту. Незатронутыми остались Нидерланды, чешские, польские, венгерские земли и Русь. Распознавать чуму, как, впрочем, и другие болезни, средневековые врачи не могли, болезнь фиксировалась слишком поздно. Единственный рецепт, использовавшийся населением до XVII в., сводился к латинскому совету cito, longe, targe, то есть бежать из заражённой местности скорее, дальше и возвращаться позже.

Другим бичом Средневековья была лепра (проказа). Появилась болезнь, вероятно, в эпоху Раннего Cредневековья, но пик заболеваемости приходится на XII—XIII вв., совпадая с усилением контактов Европы с Востоком. Больным проказой запрещалось появляться в обществе. пользоваться общественными банями. Для прокажённых существовали специальные больницы — лепрозории, которые строили за городской чертой, вдоль важных дорог, чтобы больные могли просить милостыню — единственный источник их существования. Латеранский собор (1214) разрешил строить на территории лепрозориев часовни и кладбища для создания замкнутого мира, откуда больной мог выйти только с трещоткой, предупреждая, таким образом, о своём появлении. В конце XV в. в Европе появился сифилис.



    Под влиянием арабской учености, начавшей проникать в Европу в 11—12 вв., появился первый робкий интерес к опытному знанию. Так. Р. Гроссетест (около 1168—1253) опытным путем проверил рефракцию линз, ему же наряду с Ибн аль-Хайсамом (965—1039) приписывают внедрение в практику линз для коррекции зрения; Р. Луллий (около 1235—1315) — один из создателей алхимии — занимался поисками «эликсира жизни». Споры и труды средневековых схоластов способствовали развитию логики, алхимия подготовила возникновение научной химии и т.д. Вместе с тем интеллектуальная жизнь средневековой Европы ничего не дала для развития кардинальных проблем естествознания и даже способствовала некоторому регрессу в сфере естественнонаучных знаний. Р. Бэкон (около 1214—1292) был, пожалуй, первым европейским средневековым мыслителем, призвавшим науку служить человечеству и предсказавшим завоевание природы путем ее познания. Однако понадобилось почти два века интеллектуального развития, прежде чем «титаны Возрождения» вывели естествознание из забвения и оно оказалось в центре интересов образованных кругов европейского общества.

    Господство теологического мировоззрения, традиционного мышления и застой в естествознании сильно сковывали прогресс в области М. Однако развитие М. не остановилось. В период становления феодализма наиболее благоприятные условия для развития М. сложились в восточных регионах.

**Медицина и образование в арабских государствах средневековья - Хирургия и анатомия - Выдающиеся личности арабской медицины - Больницы и лечебницы государств арабского мира**

В VII в., когда арабы захватили Иран, Сирию и Египет, в научных центрах этих стран развивались греческая наука и греческая философия. Самыми знаменитыми в то время были **Александрийская школа** в Египте и христианская несторианская школа в**Гундишапуре (Джунди-Шапур)** на юге Ирана.
Из этой школы вышел придворный врач халифа ал-Мансура (754-776) **Джурджус ибн Бахтишу** - основатель династии придворных врачей-христиан, которые в течение двух с половиной столетий безупречно служили при дворе багдадских халифов.
Осознавая значение античной науки, халифы и другие вожди мусульман содействовали переводу на арабский язык важнейших греческих сочинений.

Начало этой деятельности было положено в конце VIII в., однако основная работа переводчиков развернулась в правление халифа ал-Мамуна (813-833), который специально для этого организовал в Багдаде**"Дом мудрости"** (араб, **bait al-hikma**). В течение IX и X вв. на арабский язык была переведена практически вся доступная литература, представлявшая интерес для арабов.

Со временем переводы на арабский стали делать непосредственно с греческого. Большинство исследователей связывают этот переход с деятельностью самого известного переводчика эпохи халифатов - христианина-несторианца**Хунайна ибн Исхака** (809-873) из Хиры. Он переводил Платона и Аристотеля, Сорана и Орибасия, Руфа из Эфеса и Павла с о. Эгина.
В то время на арабском языке еще не существовало оригинальных текстов на темы переводимых им сочинений, и Хунайн ибн Исхак освоил медицинскую терминологию, ввел ее в арабский язык и заложил драгоценный лексический фундамент медицинских текстов на арабском языке.

Много текстов было переведено также и с персидского языка. Через персов арабы познакомились с достижениями индийской цивилизации, в особенности в области астрономии, медицины, математики. От индийцев они заимствовали и цифры, которые европейцы назвали "арабскими".
Переводческая деятельность арабов сыграла неоценимую роль в сохранении наследия предшествовавших им цивилизаций - многие древние труды дошли до средневековой Европы -только в арабских переводах. Однако до наших дней, как полагают ученые, дошло не более 1% средневековых арабских рукописей.

Образование в Халифате в значительной степени испытало влияние ислама. В средневековом мусульманском мире все знания делились на две области: "арабские"(или традиционные, в основе своей связанные с исламом) и"иноземные" (или древние, общие всем народам и всем религиям).

"Арабские" гуманитарные науки (грамматика, лексикография и др.) формировались в связи с изучением хадисов (предания о высказываниях и деяниях Мухаммеда) и "Корана", знание которого для мусульман чрезвычайно важно.

Изучение "иноземных" наук диктовалось потребностями развивающегося общества и отражало его интересы: география была необходима для точного описания подвластных земель, история служила основой для изучения жизни Пророка, астрономия и математика уточняли священный календарь. Возрос интерес и к медицине, которая со временем стала определяться как профессия, достойная похвалы и благословенная Аллахом: согласно исламской традиции, Аллах не допустит болезни, пока не создаст средство ее лечения, задача врача - найти это средство.

**Медицина и образование в арабских государствах средневековья**
По мере того, как основные научные рукописи переводились на арабский язык, христиане утрачивали свою монополию на медицину, а центры науки и высшего образования постепенно перемещались в Багдад, Басру, Каир, Дамаск, Кордову, Толедо, Бухару, Самарканд.
Библиотека г. Кордовы насчитывала более 250 тыс. томов. Крупные библиотеки были в Багдаде, Бухаре, Дамаске, Каире.
Некоторые правители и богатые люди имели собственные библиотеки. Так, в библиотеке главы дамасских врачей **Ибн ал-Мутрана (Ibn al-Mutran, XIII в.)**, лечившего халифа Салах ад-Дина, было около 10 тыс. книг. Глава багдадских врачей **Ибн ал-Талмид (Ibn al-Talmld, XII в.)**- автор лучшей фармакопеи своего времени - собрал более 20 тыс. томов, многие из которых были переписаны лично им.
В XII в., когда в Западной Европе было лишь два университета (в Салерно и Болонье), в одной только мусульманской Испании (Кордовском : халифате) функционировало 70 библиотек и 17 высших школ, в которых среди других дисциплин преподавалась и медицина.

Арабоязычная медицина в течение восьми веков занимала ведущее место в регионе Средиземноморья. Она сохранила, дополнила и возвратила в Европу в усовершенствованном виде все важнейшие знания, накопленные в регионе к периоду раннего средневековья.

В области теории болезни арабы восприняли древнегреческие учения о четырех стихиях и четырех телесных соках (араб.**ahlat**), изложенные в "Гиппократовом сборнике" и работах Аристотеля, а затем прокомментированные в трудах Галена. Согласно представлениям арабов, каждая из стихий и жидкостей участвует (в различных пропорциях) в создании четырех качеств: тепло, холод, сухость и влажность, которые определяют **мизадж** (араб, mizag - темперамент) каждого человека.
Он может быть нормальным, в случае сбалансированности всех составляющих, или "неуравновешенным" (различных степеней сложности). Когда равновесие нарушено, задача врача - восстановить первоначальное состояние. Мизадж не является чем-то постоянным и изменяется с возрастом я под влиянием окружающей природы.

При лечении внутренних болезней первейшее внимание уделялось установлению правильного режима и только потом применялись лекарства, простые и сложные, в приготовлении которых арабы достигли высокого совершенства.

В значительной степени это связано с развитием алхимии. Заимствовав у сирийцев идею использования алхимии в области медицины, арабы сыграли важную роль в становлении и развитии фармации и создании фармакопеи. В городах стали открываться аптеки для приготовления и продажи

Алхимики средневекового арабо-язычного Востока изобрели водяную баню и перегонный куб, применили .фильтрование, получили азотную и соляную кислоты, хлорную известь и спирт (которому дали название алко-холь). Завоевав Пиренейский полуостров, они принесли эти знания в Западную Европу.

**Ар-Рази (850- 923)**, выдающийся философ, врач и химик раннего средневековья составил первый в арабской литературе энциклопедический труд по медицине**"Всеобъемлющая книга по медицине"** (**"Kitab al-Hawi"**) в 25 томах. Описывая каждую болезнь, он анализировал ее с позиций греческих, сирийских, индийских, персидских и арабских авторов, после чего излагал свои наблюдения и выводы.
В XIII в. "Kitab al-Hawi" была переведена на латинский язык, а затем на многие европейские языки, постоянно переиздавалась в средневековой Европе и вместе с "Каноном медицины" Ибн Сины в течение нескольких столетий была одним из основных источников медицинских знаний.

Другой энциклопедический труд Ар-Рази **"Медицинская книга"** в 10 томах (**"Al-Kitab al-Mansuri"**), посвященная правителю Хорасана Абу Са-лиху Мансуру ибн Исхаку, обобщила знания того времени в области теории медицины, патологии, лекарственного врачевания, диететики, гигиены и косметики, хирургии, токсикологии и инфекционных заболеваний. В XII в.. она была переведена на латинский язык, а в 1497 г. издана в Венеции.

Сред и многочисленных сочинений Ар-Рази особую ценность представляет небольшой трактат **"Об оспе и кори"**, который признается многими авторами самым оригинальным трудом средневековой арабоязычной медицинской литературы. По существу, это первое обстоятельное изложение клиники и лечения двух опасных инфекционных заболеваний, уносивших в, то время немало человеческих жизней. Даже сегодня он мог бы быть великолепным учебным пособием для студентов!

**Хирургия и анатомия**
Хирургия в средневековом арабоязычном мире была скорее ремеслом, чем наукой, в отличии от древнего мира. Объяснялось это мусульманской традицией, которая запрещала как вскрытие трупов, так и вивисекции. Понятно, что в халифатах хирургия развивалась в меньшей степени, чем лекарственное врачевание.
Тем не менее врачи-мусульмане внесли существенный вклад в развитие отдельных областей анатомии и хирургии. Особенно ярко это проявилось в офтальмологии.

Исследуя строение глаза животных, известный египетский астроном и врач **Ибн ал-Хайсам** (965-1039, известный в Европе как Alhazen) первым объяснил преломление лучей в средах глаза и дал названия его частям (роговица, хрусталик, стекловидное тело и т.д.).
Изготовив модели хрусталика из хрусталя и стекла, он выдвинул идею коррекции зрения при помощи двояковыпуклых линз и предложил использовать их при чтении в пожилом возрасте. Капитальный труд Ибн ал-Хайсама**"Трактат по оптике" ("Kitab al-Manazir")** прославил его имя в странах Востока и Западной Европы. К сожалению, арабский оригинал этой книги не сохранился. Она дошла до наших дней в латинском переводе - **"Opticae thesaurus Alhazeni arabis" ("Сокровища оптики араба Альхазена")**.

К плеяде замечательных арабских окулистов принадлежит и**Аммар ибн Али ал-Маусили (Ammar ihn Ali al-Mausili, X в.)**, один из известнейших глазных врачей Каира. Разработанная им операция удаления катаракты путем отсасывания хрусталика при помощи изобретенной им полой иглы имела большой успех и получила название "операция Аммара".
Лечение глазных болезней явилось той областью медицины, в которой влияние арабской школы ощущалось в Западной Европе вплоть до XVII в.

К выдающимся достижениям арабов в области анатомии относится описание легочного кровообращения, которое сделал в XIII в. сирийский врач из Дамаска**Ибн ан-Нафйс (Ibn an Nafis)**, т.е. на три столетия раньше Мигеля Сервета. Ибн ан-Нафис почитался как великий ученый своего времени, прославившийся комментариями к разделу анатомии в "Каноне" Ибн Сины.

Самым выдающимся хирургом средневекового арабоязычного мира считается **Абул-Касим Халаф ибн Аббас аз-Захрави (лат. Abulcasis ок. 936-1013)**. Родился он близ Кордовы в мусульманской Испании и таким образом принадлежит к арабо-испанской культуре. Аз-Захрави жил в "золотой период" ее развития (вторая половина X в.), когда арабо-испанская культура была самой передовой в Западной Европе, а наряду с византийской - и во всей Европе в целом. Основными научными центрами мусульманской Испании были университеты в Кордове, Севилье, Гренаде, Малаге.

В цепи исторического развития хирургии аз-Захрави стал связующим звеном между античной медициной и медициной европейского Возрождения. Знание анатомии он считал абсолютно необходимым для хирурга и рекомендовал изучать ее по трудам Галена. Критерием истины для него были собственные наблюдения и собственная хирургическая практика. Этим отчасти объясняется тот факт, что его сочинения содержат мало ссылок на чужие работы.

По сравнению с хирургией античности аз-Захрави сделал большой шаг вперед. Он описал то, что сегодня называется туберкулезным поражением костей и ввел в глазную хирургию Запада операцию удаления катаракты (термин аз-Захрави). Он был автором новых хирургических инструментов (более 150) и единственным автором античности и раннего средневековья, который их описал и представил в рисунках.
Часто его обвиняли в том, что он заменил нож на раскаленное железо. Однако не следует забывать, что в то время еще не знали природы воспаления и инфекционного процесса и не умели бороться с ними. Аз-Захрави очень высоко оценивал метод прижигания (вспомним многовековой опыт традиционной китайской медицины) и успешно использовал его для лечения местных поражений кожи и других болезней.
Абу аз-Захрави снискал славу крупнейшего хирурга средневекового мусульманского мира - никто в ту эпоху не превзошел его в искусстве хирургии и новаторстве в ней.

**Больницы и лечебницы государств арабского мира**
Организация больничного дела получила в халифатах значительное развитие. Изначально учреждение больниц было делом светским. Название больницы -**бимаристан (bimaristan)** -персидское, это лишний раз подтверждает, что больничное дело в халифатах испытало значительное влияние иранских и византийских традиций.

Согласно сообщению историка ал-Макризи (1364-1442), первая известная больница в мусульманском мире была сооружена во времена Омейядов при халифе ал-Валиде (705-715). Больница в современном смысле этого слова появилась в Багдаде около 800 г.
По инициативе халифа Харун ар-Рашида ее организовал армянский врач-христианин из Гундишапура - **Джибраил ибн Бахтиши (Gibra'il ibn Bahtisu)**, третий в знаменитой династии Бахтишу.
Его дед Джурджус ибн **Джибраил ибн Бахтишу (Girgis ibn Bahtisu)** - основатель династии и глава врачей медицинской школы в Гундишапуре - в 765 г. излечил тяжело больного халифа ал-Мансура, которого никто не мог вылечить.
И несмотря на то, что Джурджус ибн Бахтишу был христианином и не принял ислама, халиф назначил его главой врачей столицы Халифата-Багдада. Он и все его потомки на протяжении шести поколений успешно служили придворными врачами халифов, были известны в мусульманском мире и высоко почитались правителями до начала XI в.

Больницы, основанные мусульманами, были трех видов.
К первому виду относились больницы, учрежденные халифами или известными мусульманскими деятелями и рассчитанные на широкие слои населения. Они финансировались государством, имели штат врачей и не медицинского обслуживающего персонала. При больницах создавались библиотеки и медицинские школы. Обучение было теоретическим и практическим: учащиеся сопровождали учителя во время его обхода в больнице и посещали вместе с ним больных на дому.

Одной из самых крупных была больница **"ал-Мансури"** в Каире. Открытая в 1284 г. в помещении бывшего дворца, она, по свидетельству историков, была рассчитана на 8 тыс. больных, которых размещали в соответствии с их заболеваниями в мужских и женских отделениях. Обслуживающие ее врачи обоего пола специализировались в различных областях медицинских знаний.

Больницы второго вида финансировались известными врачами и религиозными деятелями и были небольшими.

Третий вид больниц составляли военные лечебные учреждения. Они передвигались вместе с армией и размещались в палатках, замках, цитаделях. Во время военных походов наряду с врачами-мужчинами воинов сопровождали и женщины-врачи, которые ухаживали за ранеными. Некоторые женщины-мусульманки, занимавшиеся медициной, заслужили широкое признание. Так, при Омёйядах прославилась женщина-окулист **Зайнаб** из племени Авд. Высокими познаниями в лечении женских болезней обладали сестра Ал-Хафида ибн Зухр и ее дочери (их имена нам не известны), они были единственными врачами, которым дозволялось лечение в гареме халифа ал-Мансура.

Высокий уровень организации медицинского дела на средневековом Востоке тесно связан с развитием гигиены и профилактики заболеваний. Запрет производить вскрытия, с одной стороны, ограничил исследования строения тела и его функций, а с другой- направил усилия врачей на поиск иных путей: сохранения здоровья и п ривел к разработке рациональных мероприятий гигиенического характера.
Многие из них закреплены в "Коране" (пятикратные омовения и соблюдение чистоты тела, запрет пить вино и есть свинину, нормы поведения в обществе, семье.

Согласно преданию, Пророк Мухаммед получил свои познания в области медицины от врача **ал-Харита ибн Каладаха (al-Harit ibri Kalada)**, который родился в Мекке в середине VI в., а медицине обучался в Гундишапурской медицинской школе. Если этот факт имел место, гигиенические рекомендации "Корана" восходят к традициям Гундишапура, впитавшего традиции древнегреческой и индийской медицины.

# Медицина Средневековья

Российский Государственный Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова

 кафедра истории медицины

 Реферат по истории медицины

 на тему:

 «Медицина средневековья»

 Московский лечебный факультет, поток «Б»

 выполнил студент группы №117

 Кирьянов М.А.

 Научный руководитель Дорофеева Е.С.

 Москва 2002

 Оглавление

Оглавление 2

Введение 3

Глава 1. Медицина в средневековой Западной Европе 5

Глава 2. Об истории западноевропейского госпиталя в средние века 23

Глава 3. О клинической подготовке врачей в средневековых университетах 35

Заключение 41

Список литературы 42

 Введение

 Средние века обыкновенно рассматривают как мрачную эпоху полневежества

или совершенного варварства, как период истории, который характеризуется в

двух словах: невежество и суеверие.

 В доказательство этого приводят, что для философов и врачей в течении

всего средневекового периода природа оставалась закрытой книгой, причем

указывают на преобладающее господство в это время астрологии, алхимии,

магии, колдовства, чудес, схоластики и легковерного невежества.

 Как доказательство ничтожности средневековой медицины приводят

совершенное отсутствие в средние века гигиены, как в частных жилищах, так и

вообще в городах, а так же свирепствования в течение всего этого периода

убийственных эпидемии чумы, проказы, различного рода кожных заболеваний и

т.д.

 В противоположность этому взгляду существует мнение, что средние века

потому выше древности, что они за нею следуют. Ничего доказывать, что и то,

и другое лишено основания; по крайне мере, что касается медицины, уже один

здравый смысл говорит в пользу того, что не было и не могло быть перерыва в

медицинском предании, и подобно тому, как история всех других областях

культуры покажет, что варвары были не посредственными преемниками римлян,

точно так же и медицина не может, и не могла составить в этом отношении

исключения.

 Известно, с одной стороны, что в Римской Империи и, в особенности в

Италии преобладала греческая медицина, так что греческие сочинения служили

настоящими руководствами для наставников и учеников, и с другой стороны,

что нашествие варваров вовсе не имели на западе таких всесокрушающих

последствий для науки и искусств, как обычно полагалось.

 Мне показалась интересная эта тема тем, что эпоха средних веков

является промежуточным звеном между античным и новым временем, когда наука

стала бурно развиваться, стали делаться открытия, в том числе и в медицин.

Но ничего не бывает и не происходит на пустом месте…

 В своем реферате я показал в первой главе общую картину этой эпохи,

так как нельзя рассматривать по отдельности любые отрасли, будь то

искусство, экономика или как в нашем случае медицина, так как для создания

объективности надо рассматривать данный раздел науки относительно своего

периода времени, учитывая всю его специфику и рассматривая с этой позиции

различные проблемы.

 Мне было интересно рассмотреть во второй главе более конкретно тему

истории средневекового госпиталя, его путь становления от простой обители

призрения бедных и места каратативной деятельности церкви до формирования

социального института медицинской помощи, хотя даже подобие современной

больницы с врачами, медицинскими медсестрами, палатами и некоторой

специализацией госпиталь начинает походить только что с XV века.

 Интересна и клиническая подготовка врачей в период средневековья,

которой посвящена третья глава, их процесс обучения на медицинских

факультетах университетов того времени, так как в основном образование было

теоретическим, более того, схоластическим, когда студентам приходилось

просто переписывать на лекциях труды древних, причем даже не сами

произведения античных ученых, а комментарии к ним святых отцов. Сама наука

была в жестких рамках, диктуемых церковью, ведущий лозунг, который дал

доминиканец Фома Аквинский, (1224—1274): «Всякое познание— грех, если оно

не имеет целью познание Бога» и поэтому любое свободомыслие, отступления,

иная точка зрения - рассматривалось как ересь, и быстро и беспощадно

наказывалось «святой» инквизицией.

 В качестве справочной литературы в реферате были использованы

следующие источники, такие как – большая медицинская энциклопедия,

справочное пособие, составившие основу данной работы. И которое, наверное,

наиболее полно освещает самые актуальные моменты, связанные с медициной и,

интересное, как и для студентов, так уже и для практикующих врачей любых

специальностей.

 В качестве периодической литературы я взял журналы: «Проблемы

социальной гигиены и истории медицины», где по его тематике размещены

статьи многих известных авторов, которыми я воспользовался; журнал

«Клиническая медицина» и «Российский медицинский журнал», в которых есть

рубрика, посвященная истории медицине.

 Немаловажным подспорьем оказались и книги «История медицины» Л. Менье,

«История средневековой медицины» Ковнер, «История медицины. Избранные

лекции» Ф.Б. Бородулин, где подробно описан весь период истории медицины,

начиная с первобытного общества и завершая уже началом и серединой

двадцатого века.

 Глава 1. Медицина в средневековой Западной Европе

 Эпоху становления и развития феодализма в Западной Европе (5— 13 вв.)

обычно характеризовали как период упадка культуры, время господства

мракобесия, невежества и суеверий. Само понятие «средневековье» укоренилось

в сознании как синоним отсталости, бескультурья и бесправия, как символ

всего мрачного и реакционного. В атмосфере средневековья, когда молитвы и

святые мощи считались более эффективными средствами лечения, чем лекарства,

когда вскрытие трупа и изучение его анатомии признавались смертным грехом,

а покушение на авторитеты рассматривалось как ересь, метод Галена,

пытливого исследователя и экспериментатора, был забыт; осталась только

придуманная им "система" как окончательная "научная" основа медицины, а

"ученые" врачи-схоласты изучали, цитировали и комментировали Галена.

 Деятели Возрождения и Нового времени, борясь с феодализмом и

сковывавшими развитие философской и естественнонаучной мысли религиозно-

догматическим мировоззрением, схоластикой, противопоставляли уровень

культуры своих непосредственных предшественников, с одной стороны,

античности, с другой — создаваемой ими новой культуре, оценивая период,

разделяющий античность и Возрождение, как шаг назад в развитии

человечества. Такое противопоставление, однако, нельзя считать исторически

оправданным.

 В силу объективно сложившихся исторических обстоятельств варварские

племена, завоевавшие всю территорию Западной Римской империи, не стали и не

могли стать непосредственными восприемниками позднеантичной культуры.

 В 9-11 вв. центр научной медицинской мысли переместился в страны

арабского Халифата. Византийской и арабской медицине мы обязаны сохранением

ценного наследия медицины Древнего Мира, которое они обогатили описанием

новых симптомов, болезней, лекарственных средств. Большую роль в развитии

медицины сыграл уроженец Средней Азии, разносторонний ученый и мыслитель

Ибн-Сина (Авиценна, 980-1037): его "Канон врачебной науки" был

энциклопедическим сводом медицинских знаний.

 В отличие от народов Ближнего и Среднего Востока, сумевших сохранить

культуру своих предшественников, народы Запада, прежде всего германские

племена, опрокинувшие западную Римскую империю (при помощи восставших

против Рима рабов) уничтожили культуру Рима.

 Обладая самобытной культурой эпохи родоплеменных отношений,

кельтские и германские народы предстали перед христианизированной

позднеантичной культурой особым огромным миром, потребовавшим серьезного

длительного осмысления. Оставались ли эти народы верными язычеству или уже

успели принять крещение, они по-прежнему были носителями вековых преданий и

поверий. Раннее христианство не могло просто вырвать с корнем весь этот мир

и заменить его христианской культурой — оно должно было его освоить. Но это

означало существенную внутреннюю перестройку позднеантичной культуры.

 То есть, если на Востоке культурный подъем 1 тысячелетия н. э.

происходил на прочном фундаменте устоявшихся древних культурных традиций,

то у народов Западной Европы к этому времени лишь начался процесс

культурного развития и формирования классовых отношений.

 Средневековье развилось из совершенно примитивного состояния. Оно

стерло с лица земли древнюю цивилизацию, древнюю философию, политику и

юриспруденцию и начало во всем с самого начала. Единственное, что

средневековье взяло от погибшего древнего мира, было христианство и

несколько полуразрушенных, утерявших всю свою прежнюю цивилизацию,

городов»1. (К. Маркс и Ф. Энгельс, Соч., 2-е изд., т. 7, с. 360).

 В жизни народов Западной Европы христианство в эпоху средневековья

представляло собой общественный фактор исключительного значения. Вылившись

в форму католицизма, оно объединяло европейский мир, лишенный единства,

целой сетью крепких, трудно расторжимых связей. Это объединение оно

осуществляло в лице папы, являвшегося «монархическим центром» католической

церкви, и посредством самой церкви, раскинувшей широкую сеть во всех

странах Западной Европы. Во всех этих странах церковь владела

приблизительно 1/22 всех земель, являясь, таким образом, не только

идеологической, но и реальной связью между различными странами. Организовав

владение этими землями на началах феодальных отношений, церковь оказалась

едва ли не самым крупным феодалом средневековья и вместе с тем

могущественным охранителем системы феодальных отношений вообще. Церковь

объединяла разрозненные западноевропейские страны в их борьбе против общего

внешнего врага, сарацин. Наконец, вплоть до XVI века духовенство было

единственным образованным классом в Западной Европе. Следствием этого было

то, что «монополию на интеллектуальное образование получили папы и что само

образование приняло тем самым преимущественно богословский характер» 2.

 При этом, если на Востоке устоявшиеся культурные традиции позволили

длительное время сопротивляться сковывающему влиянию догматики

организованных религий, то на Западе церковь, даже подвергшаяся в 5—7 вв.

«варваризации», была единственным общественным институтом, сохранившим

остатки позднеантичной культуры. С самого начала обращения варварских

племен в христианство она взяла под контроль их культурное развитие и

духовную жизнь, идеологию, просвещение и медицину. И далее следует говорить

уже не о греко-латинской, но о романо-германской культурной общности и

византийской культуре, которые шли своими особыми путями.

 В Западной Европе сложилась феодальная культура в наиболее типичной ее

форме (см. выше — Медицина феодального общества); мировосприятие и идеалы,

ценностные ориентации и критерии, нравственные и этические представления

средневекового европейца сводились к религиозной догматике. Никакое мирское

знание не шло в сравнение с познанием возможностей «спасения».

 Поэтому средневековые художники и писатели, пренебрегая реальными

окружающими явлениями, внимательно «всматривались» в потусторонний мир,

типизация предпочиталась индивидуализации. Церковники утверждали, что все

возможные знания уже изложены прежде всего в Священном писании, а также в

некоторых канонизированных произведениях древности, Например Птолемея (в

области географии и астрономии), Галена (в области медицины). Новые

открытия отрицались, а люди, высказывающие новые идеи, ставились под

подозрение как еретики. Основой всякого знания являлось учение Аристотеля,

односторонне воспринятое и поставленное на службу богословию.

 Всякое позитивное знание имело право на существование лишь как

средство для иллюстрации теологических истин. На этом фоне процветали

различные мистические представления, заменяющие и вытесняющие рациональное

знание.

 Достаточно сказать, что даже в 17 в., в период подъема

материалистической философии и опытного естествознания, не только

сохранялась вера в колдовство, но и борьба с ним являлась одной из важных

функций государственных судебных органов. Известный французский судья А.

Реми (первая половина 17 в.) гордился тем, что ему удалось приговорить к

сожжению около 900 колдунов и колдуний.

 И все же Средневековье не было шагом назад в культурном развитии

народов Западной Европы, прошедших за этот период путь от племенных

отношений до развитого феодализма и создавших своеобразную культуру, во

многом противоречивую и неприемлемую для потомков, но все же достаточно

высокую для того, чтобы послужить фундаментом для последующего развития.

 Кругом уже вырастали города: в Италии, Южной Франции, и в Рейне

возродились из собственного пепла староримские муниципии; в других местах,

особенно внутри Германии, создавались новые города; все они были обнесены

для обороны стенами и рвами, их крепости были гораздо более неприступными,

чем дворянские замки... За этими стенами и рвами развилось средневековое

ремесло... накоплялись первые капиталы, возникла потребность взаимного

общения городов друг с другом и остальным миром...».

 Несомненный экономический и технический прогресс, достигнутый

средневековой Европой, обеспечил развитие ремесла, торговли и рост городов.

Не позднее 8 в. народы Европы создали национальную письменность,

приспособив латинский алфавит к своим диалектам. Деятели средневековой

культуры оставили крупные памятники литературы, архитектуры, философской,

юридической и экономической мысли. Появились элементы будущего преодоления

и разрушения идеологической монополии церкви.

 Подобно тому, как это было на Востоке и в Западной Европе, горожане

стали классом, который воплотил в себе дальнейшее развитие производства и

обмена, просвещения, социальные и политические учреждения.

 В эту эпоху в городах стал возрождаться древнеримский институт

городских врачей, которые стали называться «городскими физиками».

 В связи с частыми вспышками эпидемий издаются специальные

«регламенты», в которых излагаются обязательные мероприятия против заноса и

распространения заразных болезней. Прокаженных, например, которые во

множестве появились в Европе уже после первого крестового похода, в города

не допускали. У городских ворот ставили привратников для задержания больных

проказой. В сельских местностях прокаженных обязывали предупреждать о своем

появлении звуками трещотки, рога, колокольчика 3.

 В крупных городах, прежде всего портовых (Венеция, Генуя), приходят к

мысли об учреждении «карантинов» («сорок дней») в целях предупреждения

заноса заразы матросами, крестоносцами и разным бродячим людом; учреждается

должность «попечителя здоровья» в портах. Эпидемии заставили организовать

зачатки противоэпидемической службы. Вместе с тем возникает и светское

(нецерковное) медицинское образование.

 Потребности городской жизни диктовали новые методы познания

действительности: опытные — вместо умозрительных, критические и

рациональные — вместо слепой веры в авторитеты.

 Под личиной теологической направленности начало развиваться и опытное

знание. Петр Пилигрим (9 в.) первый проводил экспериментальное изучение

магнетизма, Р. Гроссетест (около 1168— 1253) опытным путем проверял

рефракцию линз. Оккам (W. Ockham, около 1285—1349), последовательный борец

с папизмом, стал родоначальником схоластического номинализма, который в

эпоху Средневековья «...вообще является первым выражением материализма» (К.

Маркс и Ф. Энгельс, Соч., 2-е изд., т. 2, с. 142); в области естествознания

ему принадлежат гипотезы, предшествовавшие открытию законов тяготения,

инерции и небесной механики. Буридан (J. Buridan, около 1300-1358) и Орезм

(1320—1382) выступили с критикой аристотелевского учения о движении и тем

самым проложили путь для преобразования Галилеем (G. Galilei) динамики;

Луллий (R. Lullius, около 1235— около 1315), первый европейский алхимик-

экспериментатор, много сделал для обоснования роли химии в медицине и

других областях знания.

 Вместе с тем все исследования средневековые ученые проводили

исключительно с теологическими целями. Даже такой смелый мыслитель, как

Бэкон (R. Bacon, около 1214— около 1292), один из первых открыто

призывавший к изучению природы опытным путем, предсказавший появление

моторных судов, автомобилей, летательных аппаратов и химической науки,

которая «учит, как открывать вещи, способные продлить человеческую жизнь»,

все же полагал, что научное знание — «лишь часть, наряду с откровением,

совокупной мудрости, которую следует созерцать, ощущать и использовать на

службу богу». Однако сама мысль о целесообразности опыта в познании

достаточно прочно укоренилась в представлениях средневековых ученых. Они

передали ее своим ученикам, которые на основе возрождения традиций

античности стали применять метод своих учителей исключительно для целей

познания окружающего мира. Отрицая Средневековье как век догматики,

уничижения личности и умозрительного теоретизирования, они усвоили все то

позитивное, что создала средневековая культура. И в этом смысле при всех

контрастах и противоречиях средневековой культуры ее преемственная связь

с культурой Возрождения и Нового времени несомненна: она подготовила тот

грандиозный качественный скачок в культурном развитии человечества, с

которого начинается летосчисление современной науки.

 Однако в области медицины и медико-санитарного дела Средневековье в

целом не внесло ничего нового. Анатомо-физиологические представления

Галена, искаженные в духе догматов христианства, считались высшим

достижением человеческого разума. При этом вера в непогрешимость древних

была столь высока, что даже наглядно наблюдаемые факты, если они

противоречили текстам древних, считались «наваждением» и не принимались во

внимание.

 Галилей в «Диалоге о двух главнейших системах мира» приводит

примечательный рассказ о некоем философе-схоласте, который, находясь у

анатома, препарировавшего животное, увидел, что нервы исходят из мозга, а

не из сердца, как учил Аристотель, и воскликнул: «Вы мне показали все это

так ясно и ощутимо, что если бы текст Аристотеля не говорил обратного, а

там прямо сказано, что нервы зарождаются в сердце,— то необходимо было бы

признать это истиной». В течение 10 веков анатомия практически не

изучалась. Анатомирование человеческих трупов было запрещено. Лишь в 1238

г. Фридрих II разрешил профессорам Салернской мед. школы вскрывать для

демонстрации один труп в 5 лет. В 1241 г. было разрешено вскрытие трупов с

судебно-медицинскими целями.

Первое судебно-медицинское вскрытие произвел в 125 г. в Болонье известный

хирург Саличето (G. Saliceto, Salicetti, 1201—1277); в 1302 г. судебно-

медицинское вскрытие было произведено в Польше. В 1316 г. профессор

Болонского университета Мондино Луцци (Мопdino de Luzzi, 1275—1326) издал

учебник по анатомии, пытаясь заменить им анатомический раздел «Канона

врачебной науки» (см.). Сам Мондино имел возможность вскрыть только два

трупа, и его учебник состоял в основном из текстов, почерпнутых из плохого

перевода Галена. Тем не менее книга Мондино более двух веков была

университетским пособием по анатомии, по ней учился А. Везалий. Только в

14—15 вв. отдельные университеты начали получать разрешение на

анатомические демонстрации: обычно разрешалось вскрывать не более одного

трупа в год.

 Широкое распространение получили мистические представления. Звездочеты

и колдуны, гадалки и кликуши успешно конкурировали с врачами. Более того,

многие врачи пользовались их средствами и приемами.

 Талисманы и гороскопы, магические заклинания и мистические поверья

использовались в лечении любых болезней. Летучая мышь, убитая ровно в

полночь и высушенная, считалась лучшим противозачаточным средством.

Безоговорочно признавалось, что корень мандрагоры кричит по ночам

человеческим голосом и помогает от падучей, что судьба человека, его

здоровье и возможность излечения в случае болезни зависят от расположения

светил на небесном своде.

 Астрология и кабалистика — наследие Древнего Вавилона и Халдеи —

обрели в средневековой Европе как бы вторую родину. Во многих европейских

университетах были созданы кафедры астрологии. Средневековые правители

содержали придворных астрологов (эта должность считалась высокой и почетной

в придворных кругах). Врач, не следующий духу и букве астрологии, был так

же редок, как священник, сомневающийся в истинности символов веры и

догматов Священного писания.

 По поводу астрологических установок считалось пристойным даже спорить

с древними. Так, Арнальво де Вилланова оспаривал положение Галена о том,

что на здоровье человека в основном влияют планеты; он считал, что в

возникновении и течении болезней определяющее значение имеют созвездия, а

Луна «повинна» лишь в возникновении эпилепсии. Не только в астрологических

календарях, но и в мед. трудах описывалась связь функции и поражения

органов и частей тела с движением определенных планет и расположением

созвездий (от Сатурна зависело состояние правого уха, селезенки, большой

берцовой кости, плеча и мочевого пузыря; от Юпитера — состояние легких,

печени и стоп; от Марса — левого уха, кровеносных сосудов и половых органов

и т. д.). Четыре сока организма также подчинялись небесным телам. На

основании расположения созвездий определялось наиболее благоприятное время

для кровопусканий, приготовления лекарств и их приема. Например, таблетки

считались наиболее действенными, если они приготовлены во время наибольшего

сближения Юпитера и Сатурна; прием слабительных средств считался

противопоказанным, если Луна находилась в созвездии Овна, Козерога или

Тельца.

 Определяющую роль в медицине и медико-санитарном деле играла церковь.

В 6 в. при западноевропейских монастырях начинают создаваться первые

больницы-богадельни: в 6 в.— в Лионе, в 529 г.— в Монте-Кассино, в 651 г.—

в Париже, в 794 г.— в Лондоне, около 1000 г.— в Сен-Бернаре.

Идея создания стационарных учреждений при монастырях для лечения больных и

призрения стариков и инвалидов была заимствована, по-видимому, из Византии.

Однако первые монастырские больницы Западной Европы по уровню лечения и

ухода за больными существенно уступали больницам Византии и араб. Востока.

Если не считать Салёрно, где ко времени открытия госпиталя имелась

корпорация врачей, лечебная помощь в этих больницах оказывали монахи,

медицинская подготовка которых была крайне недостаточной. По мнению многих

историков медицины, монахи лечили главным образом «постом и молитвой», хотя

не исключено, что в монастырских больницах использовались и рациональные

средства, почерпнутые из народной медицины и работ античных авторов. При

монастырях стали складываться медицинские школы, подготовка в которых, по

мнению В. Розанова (1936), первоначально ограничивалась обучением методам

оказания первой помощи при ранениях и ухода за ранеными и больными.

 В 9—10 вв. общий уровень просвещения в Западной Европе повышается.

Учреждаются крупные соборные школы в Шартре, Реймсе, Йорке и других городах

для подготовки высшего духовенства, появляются светские школы — дворцовая

школа Карла Великого, высшая школа в Type (796), основанная известным

просветителем раннего средневековья Алкуином (Alcuin, около 735— 804), и

другие.

 На базе соборных и крупных светских школ возникли университеты в

Париже (1215), Болонье (1158), Оксфорде (12 в.), Падуе (1222). Кембридже

(1209), Неаполе (1224), Саламанке (1218), Монпелье (1289), Праге (1348),

Кракове (1364) и других городах. Сама идея университета — высшей

общеобразовательной школы — не была новой. В период эллинизма прототипами

университетов были Афинская академия и Александрийский музейон, в средние

века высшие школы имелись в Константинополе и странах мусульманского мира.

 Возникают университеты, светская школа, развиваются рационалистические

и пантеистические философские учения, подрывавшие официальную церковную

догму. Будучи детищами городской культуры, все эти светские школы на Западе

характеризовались оппозицией против феодализма, а оппозиция эта по тем

временам, выражалась, прежде всего в оппозиции против церкви и в тяготении

к королевской власти.

 Отсюда — общность интересов всех этих школ и их стремление

объединиться в корпорацию. Короли сочувствовали этому их стремлению. В 1200

.г. последовала «хартия» короля Франции об объединении философской,

юридической и медицинской парижских школ в одну "Корпорацию, получившую,

название «Stedium geherale», что означает «общая школа». Управление этой

школой было передано в руки самих преподавателей и учащихся группировав-

шихся в землячества. Землячества назывались «universitas».

 Впоследствии термин вытеснил первоначальное название «Studium

generate» и школы этого типа стали называться университетами. Так возник

Парижский университет (в 1200 г.). По образцу его стали возникать

университеты в других городах Европы: в том же XII веке — в Салёрно,

Монпелье и т. д., i в XIV веке — в Праге, Вене, Гейдельберге и т. д. Как

уже было сказано, светские школы находились в оппозиции к церкви, иногда

перераставшей в открытые конфликты.

 Случались конфликты и с городскими властями. В результате этих

конфликтов университеты иногда в полном составе или частично снимались из

данного города и переходили в другой.

 Так, в XIII веке часть профессоров и студентов Парижского

университета, не поладив с властями, переехала в Англию и положила начало

старейшим и славнейшим английским университетам — Оксфордскому и

Кембриджскому.

 В 1231 г., во Франции, преподаватели отдельных специальностей —

медицины, юриспруденции и т. д. — получили право выделяться в особые

коллегии, получившие название «факультетов» (от слова facultas —

способность, в данном случае — способность преподавать ту или иную

специальность). Позднее под словом «факультет» стали понимать отделение

университета, на котором преподается определенная специальность. Члены

факультета выбирали себе главу—декана (decanus — десятник). Преподаватели

имели ученые степени бакалавра, магистра и доктора наук; с 1600 г.

появляется звание «профессор», заимствованное из древнего Рима, где

профессорами называли публичных учителей грамматики и риторики.

 Учащиеся университетов назывались «студентами» (от глагола

studere—учить, заниматься, изучать), они объединялись (вместе с

преподавателями) в «землячества» или «провинции» и в «нации» и выбирали

главу всего университета — ректора (rector — правитель). В эпоху

средневековья ректорами университетов были, таким образом, студенты,

требовалось только, чтобы кандидат в ректоры имел духовный сан, хотя бы

низших ступеней. Это требование диктовалось отнюдь не религиозными, а

юридическими соображениями. Дело в том, что среди студентов того времени

было много духовных лиц (монахи, дьяконы, священники, иногда даже

епископы), Они тоже совершали проступки, подлежавшие суду («юрисдикции»)

ректора. Но духовные лица не подлежали суду светских лиц. Ректор же,

имевший духовный сан, одинаково мог судить студентов и светского, и

духовного звания — отсюда необходимость выбирать в ректоры лиц, имевших

духовный сан.

 Средневековые университеты пользовались большой автономией: они

управлялись собственными законами, имели свой суд и полицию. B общем,

средневековые университеты, имея в себе черты цеховой организации (типичной

для городов средневековья), являлись вместе с тем автономными своеобразными

федеральными республиками в своих городах и даже в государствах.

 С самого их основания и вплоть до 15—16 вв. университеты были главным

образом учебными заведениями для духовенства. Это было вполне естественным

явлением, поскольку духовенство в этот период монополизировало все сферы

деятельности, требовавшие образования. В некоторых университетах ведущее

положение занимали студенты, в других — преподаватели. Так, Например, в

Болонском университете студенты выбирали профессоров и даже ректора,

которые, вступая в должность, приносили выборным представителям от

студенчества «присягу покорности». В Парижском университете, наоборот,

университетское самоуправление осуществлялось только корпорацией

преподавателей. Строй жизни в университетах был подобен дисциплине

церковных учреждений: учебные уставы и программы контролировались

церковными властями, ведущую роль играли богословские факультеты. Вступая в

университет, студенты приносили присягу, подобную присяге священника, в

частности давали обет безбрачия. Задача ученых в средневековых

университетах сводилась к подтверждению правильности официально признанных

учений и к составлению комментариев к ним.

 Задача же ученых-медиков заключалась, в первую очередь, в изучении и

комментировании Галена: его учения о целенаправленности всех процессов в

организме, о «пневме» и потусторонних «силах».

 Преподавание в университетах средневековья вплоть до середины XIII

века также было еще относительно свободно от влияний церкви. Оно велось на

основе трудов Гиппократа и Галена. Из философских систем преподавались

системы Платона и Аристотеля. С XII века в программу преподавания стали

включать труды ибн-Сины и Аль-Рази. Преподавание этого периода имело

крупный недостаток: оно было схоластическим.

 Схоластикой называется метод преподавания, характеризующийся

следующими. тремя чертами:

 1) убеждением, что все знания,, необходимые человеку, даны в трудах

общепризнанных «авторитетов» и вытекающим отсюда стремлением во всех

вопросах науки держаться только этих «авторитетов»;

 2) убеждением, что наука состоит в умении выводить все низшие понятия

из высших посредством аргументов, черпаемых в трудах «авторитетов», и

посредством приемов формальной логики;

 3) полным и сознательным пренебрежением к опыту.

 Такой способ преподавания и решения научных вопросов обрекал науку на

застой, но все же деятельность схоластов этого периода (до середины XIII

века) имела для медицины того времени и некоторое положительное значение:

схоласты этого периода ввели в программы медицинских факультетов

обязательное изучение классиков античной медицины и медицины Востока.

 Студенты заучивали наизусть то, что говорили профессора, читавшие (в

буквальном смысле этого слова) тексты Галена, Гиппократа, Ибн-Сины и

некоторых других авторов и дававшие комментарии к ним (составление

комментариев к произведениям авторитетных авторов считалось тогда основной

формой научного творчества). Слава и блеск средневекового профессора

заключались прежде всего в его начитанности, в умении подтвердить каждое

высказанное положение цитатой из авторского источника. Практическому

обучению на медицинских факультетах большинства университетов не уделялось

серьезного внимания. Анатомия изучалась по учебникам, которые почти не были

иллюстрированы.

 Отвлеченно преподавались и клинические дисциплины. Лишь в двух

университетах — в Салёрно и Монпелье, основанных на базе мед. школ,

преподавание практической медициной велось на достаточно высоком уровне.

Эти школы сыграли важную роль в развитии медицины в Западной Европе.

 Относительная свобода преподавания в этот период подчеркивается и тем,

что кое-где началось уже анатомирование человеческих трупов. Сицилийский

король Фридрих II, говоривший и писавший на шести языках, изучавший

Аристотеля и труды ученых Востока и сам писавший труды по естествознанию, в

1238 г. дал своим университетам (Салернскому, Неаполитанскому и др.)

разрешение вскрывать человеческий труп, правда, всего лишь один раз в 5

лет.

 Но с того же XIII века в жизни средневековых университетов началась

тяжелая пора. Как установил Энгельс, через все средневековье проходила

революционная оппозиция против феодализма.

В силу того, что церковь была первым стражем феодального строя, эта

оппозиция в первую очередь направлялась против церкви, выливаясь, прежде

всего в форму ересей. «Для того чтобы возможно было нападать на

общественные отношения, с них нужно было совлечь покров святости» 1.

 В начале XIII века вспыхнуло массовое еретическое движение на юге

Франции (альбигойская ересь). Для борьбы с этим движением папа создает два

специальных монашеских ордена — францисканский и доминиканский, известные

под названием «нищенствующих» орденов. Под видом «нищенствующих» эти монахи

проникали в гущу народных масс с целью отвлечь их от революционной борьбы

против господствующего класса, а наиболее ярых еретиков — уничтожать.

Подчеркивая такую миссию, доминиканцы называли себя «псами божьими» и на

знаменах изображали пса, терзающего еретиков. Среди доминиканцев же

возникла идея создания инквизиции.

 Но одновременно с альбигойской ересью возникла ересь и в

университетах, прежде всего в Парижском. Тогда папа направляет своих верных

«псов» — францисканцев и доминиканцев — ив университеты и, опираясь на них,

подчиняет, наконец, себе всю систему университетского образования. С этого

времени прежняя схоластика, бывшая относительно свободной от влияния

церкви, целиком превращается в церковную, делается орудием богословия. Дело

происходило так.

 Первым в 1204 г. выступил против церкви магистр философии Парижского

университета Амори Венский. Он воспринял философию Аристотеля и «ересь» ибн-

Рошты и, несколько смягчив последнюю, выступил с пантеистической идеей, что

бог разлит по всей природе, а того бога, о котором учит церковь, нет. Его

последователи, среди которых было много студентов, стали говорить, что раз

бога нет, то не должно быть и церкви со всеми ее догмами и атрибутами.

Католическая церковь реагировала на ересь Амори примерно так же, как

мусульманская — на ересь ибн-Рошты, только более жестоко: она запретила

изучение Аристотеля, сожгла 10 последователей Амори, вырыла из могилы и

сожгла останки самого Амори.

 Вслед за Амори выступил самый замечательный ученый эпохи

«классического» средневековья Роджер Бэкон (1214—1294). Родом англичанин,

он происходил из дворянской семьи, которая во время борьбы короля с

баронами стояла за короля и после временной победы баронов была изгнана из

Англии. Учился Бэкон (до изгнания) в Оксфорде, затем в Парижском

университете и с ранней юности увлекся Аристотелем, механикой и физикой

александрийских ученых и алхимией восточных мудрецов. Впоследствии он стал

преподавателем математики в Оксфорде, но по-прежнему увлекался

естествознанием. В его «ненасытной жажде знания» (К. Маркс) он через 40 лет

разорился на опытах и на покупке книг и по совету друзей постригся в монахи

францисканского ордена. Папа узнает о его научных занятиях и предлагает ему

изложить результаты его трудов письменно.

 Через 15 месяцев, в 1267 г., Роджер Бэкон представляет ему трехтомный

труд «Opus majus, opus minus, opus tertium» 1. Этот труд явился обширной

энциклопедией естественных наук того времени, но Бэкон внес в него

еретические идеи. Он доказывает папе, что науки в христианском мире пришли

почти к полной гибели, требует реформы преподавания и науки и притом на

основе опыта. Он писал: «Только опыт дает настоящее и окончательное решение

вопроса» и еще: «Умение производить опыты стоит выше всех знаний и

искусств»1.

 В эту же энциклопедию он внес много других новых идей. В главе о

механизме он писал, что можно построить корабли с такими механизмами,

которые приводили бы корабль в движение силой всего лишь одного человека,

что можно построить повозки, которые смогут двигаться без запряжки и притом

с невообразимой быстротой, наконец, что можно изобрести летальные машины,

«сидя в которых человек может приводить в движение крылья, ударяющие по

воздуху, подобно птичьим».

 В главе о физике он первый объяснил явления радуги преломлением

солнечных лучей в каплях дождя, писал о прозрачных телах, которые могут

быть отделаны так, что отдаленные предметы покажутся близкими, а мельчайшие

предметы — крупными.

 В главе о химии он описал способы получения фосфора, магния, висмута,

первый в Европе составил рецепт пороха, указал на его значение для военного

дела. Роджера Бэкона можно называть «замечательным исключением» в науке

XIII века.

 Основное его значение для истории науки в том, что он первый в

Западной Европе поставил вопрос о необходимости перехода к опытному

познанию. Папа предал сочинение Роджера Бэкона анафеме, а самого его

заключил в темницу.

 Через 10 лет он был освобожден, снова заключен на 14 лет и через 2

года после нового освобождения умер. Старец умер, покинутый и забытый всеми

«...и лишь последующим векам суждено было рассеять мрак забвения, окутавший

память о нем, и поставить во главе списка великих ученых нового времени имя

Роджера Бэкона».

 Амори и Бэкон были далеко не единственными жертвами богословской

реакции в науке. После Амори церковь сжигает труп профессора Падуанского

университета Пиетро из Абано (1215—1294), сжигает книги Арнольда из

Виллановы (1235—1312), заточает в темницы и предает пыткам ряд других

вольномыслящих ученых. Эти расправы были одной стороной папской политики по

отношению к университетам. Другая сторона папской политики заключалась в

возрождении богословия в университетах. Здесь-то и сыграли свою роль верные

оруженосцы церкви — францисканцы и доминиканцы. Именно они и превратили

прежнюю схоластику, бывшую относительно свободной от влияния церкви, в

подлинно церковную схоластику, в классическую богословскую схоластику

средневековья. К. Маркс писал: «С того времени, как в университетах

обосновались нищенствующие монахи, схоластика поглотила все духовные силы

ученого мира» 2. Ведущий лозунг церковной схоластики дал доминиканец

Фома Аквинский, (1224—1274): «Всякое познание— грех, если оно не имеет

целью познание Бога».

 Первое, с чего начали «нищенствующие», осуществляя лозунг Фомы

Аквинского, это — фальсификация учения Аристотеля. Папы, решили они,

действовали недостаточно тонко, запрещая Аристотеля. Это не достигало

цели; гораздо целесообразнее дать Аристотеля, но при этом привести его

учение в согласие с учением церкви. В результате, как писал К. Маркс,

«схоласты использовали Аристотеля, до того времени считавшегося самым

опасным врагом средневековой веры, как своего надежнейшего союзника».

По отношению именно к этому времени с наибольшей 1 силой звучат слова

Энгельса: «...церковная догма была исходным моментом и основой всякого

мышления. Юриспруденция, естествознание, философия—все содержание этих.

наук приводилось в соответствие с учением церкви».

 Естественно, что лозунг: Фомы Аквинского распространился и на

медицину. Медицина преподается на основе трудов Галена, Гиппократа, ибн-

Сины, Аль-Рази. Но все эти врачи — не христиане. Поэтому их учение

необходимо привести в согласие с учением церкви, с постулатом Фомы.

Францисканцы и доминиканцы спешно составляют «комментарии» ко всем этим

трудам.

 Вот примерное расписание лекций по медицине в университетах

средневековья, начиная с середины XIII века. В утренние часы читается

теоретическая медицина. Ее курс 3 года. В первый год читается «Каион» ибн-

Сины с комментариями преподобного отца Якова Фривульского. Во второй год

читается Гален с комментариями преподобного отца Трузиана. ,В третий год

читаются «Афоризмы» Гиппократа с комментариями Галена. С часу дня читается

«практическая» медицина. Ее курс тоже 3 года. В первый — читается хирургия

Аль-Рази с комментариями отца Аркулана. Во второй и третий год — лихорадки

и общая терапия по ибн-Сине с комментариями отца Дина. С трех часов дня

читаются доцентские курсы. Раз в год или в два года производится секция

животных. По традиции, установленной Галеном, секция производится обычно на

живой свинье, иногда вскрывалась собака.

 Из этого расписания видно, какую большую роль стали играть комментарии

преподобных отцов к сочинениям язычников. Характерно, что в качестве

комментатора «Афоризмов» Гиппократа привлекался Гален. Его комментарии

расценивались такими же близкими к духу христианской церкви, как и

комментарии преподобных отцов. Не менее характерно, что из всех сочинений

Гиппократа допускались только «Афоризмы», иногда «Прогностика», т. е. те

сочинения, где содержались только медицинские наблюдения Гиппократа и где

не было его философии и его политических взглядов.

 Само преподавание происходило очень своеобразно. Профессор читал

избранное им сочинение фразу за фразой, а каждую фразу «классика»

комментировал фразами преподобных отцов. О каком-нибудь отступлении от

текстов, тем более о какой-нибудь демонстрации больного, не могло быть и

речи.

 Наступление церкви на медицину увенчалось в 1300 г. буллой папы

Бонифация VIII, запрещавшей рассечение человеческих трупов под страхом

отлучения от церкви.

 Однако наступление церкви па медицину могло лишь задержать развитие

медицины, но не прекратить его. После Роджера Бэкона и в медицине

появляются борцы за опытное направление в науке. Это движение в сторону

опытного знания раньше всего находит свое выражение в попытках к изучению

анатомии именно человека.

 Несмотря на запрещение папы, в 1316 г. выходит в свет «Анатомия»

Мондино (Болонья). Помимо анатомических сведений, весьма, правда,

несовершенных, в ней описываются некоторые патологические изменения в

органах и даются кое-какие указания для хирургов. Он имел двух прозекторов

(из них одна женщина) и применял инъекцию для изучения сосудов.

 Сочинение Мондино в течение 200 лет было единственным руководством по

анатомии человека в Западной Европы, оно послужило толчком для позднейших

ученых Европы к более углубленному изучению этого предмета.

 Далее, по примеру Фридриха II, стремление анатомов к опытному знанию

поддерживают некоторые короли. В 1376 г. получил разрешение на вскрытие

трупов (правда, казненных) медицинский факультет в Монпелье (Франция). С

1460 г. вскрытия начались в Праге, далее— в Тюбингене, Вене.

 В 1490 г. анатом Александр Бенедетти построил в Падуё первый

анатомический театр. Вскрытие трупов началось. Производившееся очень редко

вскрытие обычно являлось сенсационным событием для того города, где оно

производилось. На секцию собирались не только студенты, но и горожане, в

том числе даже дамы. К сожалению, секция не везде происходила

удовлетворительно. Часто вскрытие производил цирюльник, а профессор и

близко не подходил к секционному столу; он сидел на высокой кафедре и

громким голосом читал по латыни анатомию Галена. Цирюльник должен был по

ходу чтения показывать то ту, то другую часть, но так как по латыни он не

понимал, то нередко получалось невпопад. Вскрытие продолжалось 2—3 дня и

ограничивалось лишь полостями. Мышцы, сосуды, нервы совсем не

затрагивались.

 Первое упоминание о Салёрно в хрониках относится к 197 г. до н. э. В

эпоху ранней империи он был известен как место отдыха и, возможно,

курортного лечения.

 В 9 в. н. э. Салёрно стал столицей Лангобардского герцогства, а в 1075

г. был завоеван норманнами, и герцог Роберт Гюискар устроил в нем свою

резиденцию. Развитию и процветанию города способствовало его выгодное

местоположение: Салёрно широко торговал с Востоком, и торговля эта особенно

оживилась со времени 1-го Крестового похода (1096— 1099). Уже в 9 в. в

Салёрно существовала корпорация врачей, занимающаяся не только лечением

больных, но и обучением врачебному искусству. Возникшая медицинская школа

сложилась как школа практического направления.

 Лучшее из того, что было создано античной медициной, бережно хранилось

и развивалось именно там, в «civitas Hippocratica» («гиппократовой

общине»), как по праву стали называть Салёрно. В отличие от других мед.

школ раннего Средневековья, Салернская школа носила светский характер. Как

и Салернский госпиталь (основан в 820' г.), являвшийся по существу первой

гражданской больницей в Западной Европе, медицинская школа в Салёрно не

была основана духовенством и финансировалась за счет средств города и платы

за обучение. На преподавателей и учащихся школы не распространялся целибат

(обет безбрачия), введенный в отношении всех дипломированных врачей,

студентов и профессоров университетов и отмененный лишь в 1452 г. Деканы —

приоры школы не имели духовных званий. Более того, в 11—15 вв. в Салёрно

учились и даже преподавали женщины (см. Женское медицинское образование).

 В истории Салернской школы различают два периода: так называемый

греческий период, длившийся от начала существования школы до 12 в., и греко-

арабский период — с 13 в. Уже в эпоху раннего Салёрно (9— 11 вв.) там были

созданы труды практического характера, такие как «Антидотарий» — книга

наиболее употребимых лекарственных средств, применявшихся салернскими

врачами. На рубеже 11—12 вв. «Антидотарий» включал всего около 60 рецептов,

но в дальнейшем он перерабатывался и расширялся.

 В салернском «Антидотарии» впервые количества лекарственных средств

даются в точной весовой прописи: в гранах, унциях, скрупулах и драхмах (см.

Вес аптекарский).

 Существовал и «Пассионарий» — практическое руководство по диагностике

различных заболеваний, автором которого считают ученого лангобарда

Гариопонта (или Гаримпота, Gariopontus), жившего, вероятно, в 8 в. Впрочем,

существует мнение и о более позднем (9 в.) происхождении этого

произведения. На развитие Салернской школы большое влияние оказала

врачебная и переводческая деятельность выдающегося врача 11 в. Константина

Африканского (Constantinus Africanus, около 1020—1087). Переводя мед.

сочинения с арабского на латинский язык, Константин познакомил с ними

Салёрно — первую мед. школу Западной Европы. Его роль в этом отношении была

столь велика, что, по мнению нем. историка медицины Зудгоффа (К. F. J.

Sudhoff, 1925), в эпоху расцвета Салёрно труды этой школы представляли

собой сочетание античных учений с тем, что внес Константин Африканский.

 Начиная с 11 в. наиболее выдающимися врачами школы были Иоанн

Платеарий — автор краткого практического руководства по медицине, широко

известного еще в 16 в., Кофо — автор сочинений о лихорадках и местной

патологии, начиная с головы и до нижней части туловища, а также Феррарий,

написавший сочинение о лихорадке. Собственная медицинская литература

Салёрно была столь обширной, что к середине 12 в. на ее базе был создан

всеобъемлющий трактат «О лечении заболеваний», в котором шла речь о лечении

всех известных в то время болезней «с головы до пят». Оригинальным и новым

по своему характеру было сочинение Архиматтея «О приходе врача к больному»,

где, кроме диагно-стических и лечебных советов, обсуждались вопросы

врачебной этики, взаимоот-ношений врача с больным и т. д. Книга Архиматтея

(Archimattheus) пользовалась широкой популярностью.

 Большой известностью в Европе пользовался Роджер Салернский (Rogerius

Salernitanus, 12 в.) — автор первого в Западной Европе систематического

труда по хирургии «Хирургия Роджера» (1170), составленного, по-видимому, на

основе позднеантичных, византийских и арабских источников. «Хирургия

Роджера» в течение 100 лет была основным учебником и справочным пособием по

хирургии. Выпускником Салернской школы был и Корбейль (G. de Corbeil),

считающийся основателем мед. школы в Париже. В середине 12 в. в Салёрно

работали два выдающихся врача - ученых — Мавр и Урсо. Первому принадлежит

трактат о моче и сочинение о кровопускании, к которому средневековая

медицина прибегала очень часто. Второй известен как автор сочинения о моче

и «Афоризмов». Труды этих ученых высоко ценились современниками и были

известны в последующие века. Во второй половине 12 в. Музандин написал

сочинение о приготовлении кушаний и напитков для больных.

 К началу 13 в. слава Салернской школы была столь велика, что в 1224 г.

император Фридрих II (1212— 1250) предоставил ей исключительное право

присваивать звание врача и выдавать лицензии на право врачебной практики на

территории его империи. Была утверждена постоянная учебная программа:

обучению в школе предшествовал трехлетний подготовительный курс, затем 5

лет изучалась Медицина, после чего следовала годичная стажировка у опытного

врача.

Обучение в Салёрно носило преимущественно практический характер, студенты

старших курсов сопровождали своих преподавателей во время обходов в

госпитале, участвовали в осмотрах больных; стажеры выполняли функции

помощников врача; много внимания уделялось гигиене и диететике. Анатомия

подавалась по рисункам или на трупах свиньи. Лишь в 1238 г. салернским

профессорам были разрешен! анатомические демонстрации — публичное вскрытие

трупа человек! один раз в пять лет (одна демонстрация за весь курс

обучения).

 Традиции Салернской школы частично продолжала медицинская школа

Монпелье, на деятельность которой положительное влияние оказало наследие

арабской медицины. Медицинская школа при доминиканском монастыре в Монпелье

была основана в 768 г. В конце 11 — начале 12 вв. для преподавания в

Монпелье начали привлекать выпускников Салернской школы. В 1137 г. школа

отделилась от монастыря, а в 1180 г. в ней было предоставлено право

обучаться и даже преподавать евреям и сарацинам.

 В 1145 г. в Монпелье был открыт городской госпиталь, на базе которого

проводилось практическое обучение студентов школы. В 1220г. был утвержден

статут школы: оставаясь формально подчиненной епископу, школа получила

право иметь собственную выборную администрацию во главе с канцлером —

светским лицом, избрание которого утверждалось епископом. Одним из первых

канцлеров школы в Монпелье был Роджер Салернский. Согласно статуту в школе

вводились ученые степени: бакалавра для сдавших полукурсовые экзамены,

лиценциата для прошедших полный курс обучения (звание давало право на

врачебную практику) и магистра для лиц, приглашаемых в корпорацию

преподавателей школы.

 Преподавание велось по той же системе, что и в Салёрно. В 1289 г.

школа вошла в состав открытого в Монпелье университета.

 На рубеже 13—14 вв. в Монпелье около 10 лет преподавал Арнальдо де

Вилланова — питомец Салёрно и Монпелье, один из прославленных врачей

Средневековья. Круг его интересов был исключительно широк: он занимался

токсикологией (наукой о ядах и противоядиях), изысканием средств для

продления жизни и борьбы со старостью, написал книгу о лечебных свойствах

вина, составил «Бревиарий» — сжатый очерк практической терапии.

 Особенно много сделано им для разработки вопросов диететики и гигиены.

В начале 14 в. он, изучая труды Салернской школы, изложил в стихах

медицинское кредо этой школы в области диететики, здорового образа жизни и

методов предупреждения заболеваний «Салернский медицинский кодекс». Этот

труд, изданный впервые в 1480 г., затем много раз выходил на многих

европейских языках (по данным В. Н. Терновского, к 1970 г. «Салернский

кодекс здоровья» (см.) переиздавался более 300 раз). В целом уровень

практической медицины в средневековой Европе был значительно ниже, чем в

Византии и страхах араб. Востока.

 Для фармации эпохи Средневековья характерны сложные лекарственные

прописи. Число ингредиентов, нередко несовместимых по действию, в одном

рецепте доходило до нескольких десятков. Особое место среди лекарств

занимали противоядия — териак, митридат (опал); основной составной их

частью были змеиное мясо и змеиный яд.

Фармация в Средние века была тесно связана с алхимией, которая, преследуя

фантастические задачи (поиски «философского камня», способного превращать

неблагородные металлы в золото, попытки отыскать «жизненный эликсир» и

панацею — всеисцеляющее средство от всех болезней), вместе с тем

накапливала опыт исследования веществ.

 Несмотря на большие затруднения для научной деятельности, созданные в

Средние века господством церковной схоластики, в двух таких областях

медицины, как хирургия (см.) и инфекционные болезни (см.), накапливался

значительный материал, способствовавший в дальнейшем обогащению мед. науки.

 Накоплению хирургических знаний, прежде всего практических навыков,

способствовали многочисленные войны. Хирурги в Средние века были резко

обособлены от ученых докторов, окончивших университеты, и находились в

большинстве своем на положении исполнителей, почти слуг.

 Резкое правовое и бытовое разделение являлось отражением общего

сословно-цехового строя Средних веков. Монахам, в руках которых было

сосредоточено дело просвещения, запрещалось заниматься хирургией:

«...церкви ненавистно кровопролитие»,— гласили постановления ряда церковных

соборов. Хирурги, в свою очередь, делились на разные группы: камнесечпы,

костоправы, цирюльники (они же кровопускатели) и др. Низшую группу

составляли банщики — мозольные операторы, примыкавшие к тому же

хирургическому цеху.

 Кроме основной массы хирургов-практиков, были и отдельные

представители академической медицины., профессора университетов,

выделявшиеся своей деятельностью в хирургии и оставившие в ней след. Так,

успешно работали в области хирургии Саличето, преподававший в Болонском

университете, Анри де Мондевиль (Н. de Моп-deville, 1260—1320),

преподававший в Монпелье, Ланфранки (Lanfranchi, 13—14 вв.), вынужденный в

1290 г. бежать из Милана в Париж и создавший там хирургическую школу,

Мондино де Луцци, преподававший в Болонье, и др.

 Руководства по хирургии («Хирургия») Анри де Мондевиля, Монпелье

(конец XIII века) представляют компиляцию из трудов Гиппократа, Галена и

восточных врачей, но известный уже нам Александр Бенедетти описывает

грыжесечение и ринопластику. С XIV века становятся известны огнестрельные

ранения. Известно, что в сражении при Креси (1346) употреблялось

огнестрельное оружие. В 1460 г. появляется первое описание огнестрельных

ранений. Роль хирургов исполняют главным образом цирюльники, особенно в

войсках. В немецких войсках цирюльники получили название «Feldscheere»

(«полевые ножницы»), отсюда—современный термин: фельдшер. Остальные отрасли

медицины — акушерство, лечение глазных и кожных болезней и т. д. — в этот

период не обнаруживают признаков развития, создается даже впечатление, что

они забыты.

 Одним из крупнейших ученых-хирургов Средневековья был Ги де Шолиак

(Guy de Chauliac, 14 в.) — ученик школ Монпелье и Болоньи, преподававший в

Париже, составивший большое руководство по хирургии («Collectorium artis

chirurgicalis medicinae», 1363). Между разными группами врачей и хирургов

велась борьба, диктовавшаяся насущными материальными интересами и

отраженная в многочисленных судебных тяжбах. Особенно развитой цеховая

организация хирургии была во Франции.

 Среди хирургов-практиков наряду с большим числом невежд и шарлатанов

были и добросовестные эмпирики, накапливавшие опыт хирургической помощи.

Особенно сказывались преимущества хирургов на полях сражений, где

академическая медицина с ее схоластическим методом лечения оказывалась

никчемной. Из многочисленных войн Средневековья практическая хирургия вышла

значительно обогащенной. На основе огромной хирургической практики

выросла хирургическая наука.

 Во Франции, где официальная медицина особенно упорно сопротивлялась

равноправию хирургии, хирурги раньше всего добились этого равноправия.

 Объединения («братства») хирургов получили, помимо права на

индивидуальное ремесленное ученичество, возможность открывать школы,

коллежи хирургов; школы эти завоевывали все лучшую репутацию. Иллюстрацией

того, как опыт практиков-цирюльников, столь низко стоявших в средневековой

медицинской иерархии, послужил основой для развития хирургической науки,

может служить деятельность одного из основоположников научной хирургии —

цирюльника А. Паре.

 Наибольшим опытом обогатилась медицина в области инфекционных

болезней. В Средние века на Западе, как и на Востоке, свирепствовали

эпидемии. Санитарными последствиями опустошительных войн и массовых

передвижений огромного количества людей были разруха во всех областях

хозяйственной жизни, голод и крупные эпидемии — в таких масштабах, каких не

знал древний мир. Для иллюстрации приведем лишь несколько примеров. С 907

по 1040 г. в Западной Европе зарегистрировано 28 голодных лет. Это

свидетельствует о том, что голод был обычным явлением. В 1032—1035 гг.

«великий голод» опустошил Грецию, Италию, Францию и Англию. Современник

бедствия Рауль Глабел писал: «И весь род человеческий изнывал из-за

отсутствия пищи: люди богатые и достаточные чахли от голода не хуже

бедняков, ибо при всеобщей нужде сильным не приходилось больше грабить».

 О распространенности эпидемий говорят следующие данные: в 1087 г. в

Германии и Франции разразилась эпидемия чумы; в 1089 г. Францию, Германию,

Англию и Скандинавию впервые посетила какая-то новая эпидемическая болезнь

(«священный огонь»); в 1092 г. наблюдался неслыханный падеж скота и

«большая смертность людей». В 1094 г. чума охватила Германию, Францию и

Нидерланды. Во время Крестового похода в 1147 г. голод и болезни уничтожили

большую часть германского ополчения. По словам безымянного автора хроники

Константинопольское опустошение», живых не хватало, чтобы хоронить мертвых.

Во время «детских» крестовых походов 1212 г. погибли от истощения и

болезней десятки тысяч малолетних крестоносцев.

 Наиболее тяжелой была эпидемия «черной смерти» в середине 14 в. (чума

и вместе с ней другие болезни). На основании городских хроник, церковных

записей о погребениях, летописей, воспоминаний современников и других

источников историки считают, что в крупных городах (Вена, Будапешт, Прага,

Париж, Марсель, Флоренция, Лондон, Амстердам и др.) вымерло тогда от

половины до 9/10 населения; в ряде стран Европы число умерших достигало

около 50% населения [Б. Ц. Урланис (1941) считал, что в целом в Западной

Европе от эпидемии чумы погибло не менее 1/5 части населения; Геккер (I.

Haecker, 1832) допускал, что общее число умерших от чумы составило около

25% населения Западной Европы, или св. 26 млн. человек].

 В художественной литературе всех стран нашли отражение опустошительные

средневековые эпидемии, сопровождавшие их разруха во всех областях

хозяйственной и общественной жизни, отчаяние и нравственный распад. Автор

поэмы «О черной смерти» Симон Ковино (Франция) писал, что число

похороненных людей превышало число оставшихся в живых, города обезлюдели, в

них не видно жителей. Боккаччо (G. Boccaccio, 1313—1375) писал в

«Декамероне»: «...смертоносная чума открылась в областях востока и, лишив

их бесчисленного количества жителей, дошла, разрастаясь плачевно, и до

запада. Не помогали против нее ни мудрость, ни предусмотрительность. Воздух

казался зараженным и зловонным от запаха трупов...». Сходные картины

рисовали и русские летописцы. В средневековых письменных источниках мы

находим бесчисленные упоминания об эпидемиях обычно под обобщающим

наименованием «мор» — loimos (дословно «чума»). Но сохранившиеся описания

дают основание считать, что чумой (мором) называли различные эпидемические

заболевания: чуму, тифы (в первую очередь сыпной), оспу, дизентерию и др.

Весьма часто эпидемии носили смешанный характер. Из других заболеваний

чрезвычайно широко распространилась в этот период проказа. Под этим

названием скрывался и ряд других кожных поражений.

 Власти были вынуждены принимать какие-то меры по борьбе с

распространением эпидемий. Первый из известных нам лепрозориев был создан в

древней Армении в 260—270 гг. н. э. Лишь через 300 лет, в 570 г. был открыт

первый лепрозорий в Западной Европе. В первой четверти 13 в. в связи с

последствиями крестовых походов, способствовавших широкому распространению

проказы, была учреждена специальная организация для призрения прокаженных —

монашеский орден «Святого Лазаря»: поэтому и убежища для изоляции

прокаженных получили наименование лазаретов. В 13 в. в одной лишь Франции

было открыто 2 тыс. лепрозориев, а всего в Западной Европе— 19 тысяч. Во

время эпидемии чумы в Константинополе (332 г.) император Юстиниан приказал

«очищать» всех путешественников на специальных пунктах и выдавать им

удостоверения.

 Первые санитарные кордоны были введены в Клермонте около 630—650 гг. В

1374 г. власти Милана создали за пределами города «чумной дом» для изоляции

больных и подозрительных. В Модене, Венеции, Генуе, Рагузе путешественники

и купцы подвергались изоляции и наблюдению в течение сорока дней

(карантины). В 13—14 вв. в Италии, Германии и других странах было положено

начало санитарному законодательству и городской санитарии.

 В крупных портовых городах Европы, куда торговыми судами могли быть

занесены эпидемии, появились особые противоэпидемические учреждения —

изоляторы, обсерваторы, был установлен карантин (дословно «сорока-дневие» —

срок изоляции и наблюдения за судами, их экипажами). В Венеции такой

карантин возник в 1374 г., в Рагузе (Далмация, ныне Дубровник в Югославии)

— в 1377 г., в Марселе — в 1383 г. Правила марсельского карантина требовали

пребывания людей и грузов с подозрительного судна в течение сорока дней «на

воздухе и под солнечным светом». В итальянских портовых городах создавались

специальные органы, на которые возлагались санитарно - полицейские

функции. В 1348 г. в Венеции был организован санитарный совет, в других

итальянских портах появились особые надзиратели — «попечители здоровья».

В 1426 г., также в связи с экономическими интересами средневековых городов,

в них были учреждены должности «городовых физиков» (врачей), выполнявших в

основном противоэпидемические функции. В ряде крупных городов (Париж,

Лондон, Нюрнберг и др.) были опубликованы правила — «регламенты»,

имевшие целью предотвратить занос и распространение заразных болезней. В

связи с задачей предупреждения эпидемий проводились некоторые

общесанитарные мероприятия — удаление падали и нечистот, обеспечение

городов доброкачественной водой.

 На Руси, как свидетельствуют летописи и другие источники, мероприятия

по предупреждению заразных заболеваний проводились с давних времен, еще в

период удельной раздробленности. Эти мероприятия продолжали развиваться в

Московском феодальном государстве.

 Для предупреждения широко распространенной в Средние века «проказы»

применялись разные меры: изоляция «прокаженных» в лазареты, снабжение

«прокаженных» рогом, трещоткой или колокольчиком для предупреждения

издалека здоровых во избежание соприкосновения; у городских ворот ставили

особых привратников для осмотра и задержки подозрительных на «проказу».

Издавались правила, согласно которым «прокаженным» запрещалось посещать

церкви, мельницы, пекарни, булочные, колодцы, источники. Этот перечень, в

котором на первом месте стоят места скопления людей, на втором — места

изготовления н продажи пищи и источников питьевой воды, ясно говорит о

наличии наблюдений о путях распространения заразных болезней.

 В 12—13 вв. был осуществлен ряд мер по организации медико-санитарного

дела. Изданы законоположения, регламентирующие врачебную практику (первое —

указ Роджера Сицилийского в 1140 г. о допуске к врачебной практике лиц,

прошедших соответствующий курс обучения), в конце 12 в. началась

организация в городах гражданских больниц, были открыты первые аптеки (в

1238 г.— в Венеции, в 1300 г.— во Флоренции). В 1241г. Фридрих II издал

указ об установлении государственного контроля и приготовлением

лекарственных средств и хирургической практикой. Органы городского

самоуправления, пользуясь получаемыми городом привилегиями, создавали

врачебные коллегии для надзора за состоянием городов, практикой врачей,

аптекарей, хирургов и акушерок, для проверки знаний претендентов на

врачебную практику в городе независимо от наличия у них университетского

диплома.

 Медицина средневековой Европы не была бесплодной. Она накопила большой

опыт в области хирургии, распознавания и предупреждения инфекционных

болезней, разработала ряд мер противоэпидемического характера; возникли

больничная помощь, формы организации медпомощи в городах, санитарное

законодательство и т. д. В результате развития экономики созрели условия

для коренных преобразований в сфере идеологии, культуры и естественных

наук, начало которым было положено эпохой Возрождения.

 Глава 2. Об истории западноевропейского госпиталя в средние века

 История средневекового госпиталя охватывает почти тысячелетие. Между

тем на современную больницу с врачами, медицинскими медсестрами, палатами и

некоторой специализацией госпиталь начинает походить разве что с XV века;

более того, вплоть до позднего средневековья (XIV-XV век) далеко не каждый

госпиталь вообще имел какое-либо к медицине. Сам институт госпиталей за

тысячу лет средневековья претерпел существенные трансформации, отчасти

связанные с изменениями в политическом устройстве Европы и ее хозяйственной

жизни, отчасти – с церковными реформами, в свою очередь явившимися

следствием изменений в области идеологии и всего духовного «климата».

 Рассматривать госпиталь в средние века как медицинский центр – это не

просто упрощать, а извращать историю. Институт госпиталей в средние века

изначально имел вовсе совсем другие функции, и госпитали, подобные

знаменитому Hotel-Dieu в Париже, где уход за больными действительно играл

существенную роль (которую тем не менее не стоит переоценивать !), являются

скорее исключением, нежели правилом. Госпиталь возник как один из церковных

институтов и был наделен «сакральным» достоинством, играя роль своеобразной

жертвы Господу, поэтому рассматривать его историю необходимо в контексте

всей христианской идеологии, базирующейся на Священном Писании, и шире – в

контексте всей соцкультурной истории средневековья.

 Само слово “госпиталь” (происходит от латинских hospes –

гостеприимный, hospitalis – гостеприимство) по меньшей мере до IX века чаще

всего употреблялись применительно к беднякам и путешественникам: «hospitale

pauperum et peregrinorum» - в значении места, где им оказывалась

гостеприимство. Обычаи гостеприимства хорошо были известны «варварским»

народам Европы, но с распространением христианства это понятие приобретает

еще одно важное значение – гостеприимство и помощь по отношению к

нуждающимся, словом, благотворительность. В дохристианских культурах,

типологически предшествовавших латинскому средневековью, - в античной и

германо-кельтской, господствовали идеалы физической силы, молодости и

красоты, а бедность, с необходимостью тяжелого физического труда, равно как

и болезнь, препятствующая реализации жизненных целей и не вписывающаяся в

гармоничное бытие космоса, свидетельствовали о не совершенности человека и

однозначно соотносились с парадигмой отрицательных значений. Бедные,

больные, калеки, дряхлые старики были наименее ценными членами общества,

чем в конечном счете и объясняется отсутствие общественно

санкционированного обычая заботиться о них.

 В эпоху христианского средневековья положение вещей принципиально

меняется. Евангельский постулат «блаженны нищие» и неведомая прежде

позитивная оценка физического труда и бедности явились тем совершенно

новым, «революционным» элементом идеологии, который в значительной мере

повлиял на всю социальную рефлексию последующих столетий и вызвал к жизни

феномен каритативной (от лат. – caritas – любовь к ближнему, милосердие)

деятельности по отношению к бедным, ставшим существенным элементом

социальной и духовной жизни общества. Любовь к ближнему и

благотворительность были одним из основных требований, предъявляемых

церковью к благочестивым христианам.

 Жития святых, чудесные истории и проповеди учили: голодных – кормить,

раздетых – одевать, пленных – выкупать, больных утешать и окружать заботой,

странникам – давать кров и пищу. Добрые дела во имя веры и любви к ближнему

рассматривались как средство искупить собственные грехи и обрести спасение

души, ибо, как учил Христос, «если хочешь быть совершенным; пойди, продай

имение твое, и раздай нищим; и будешь иметь сокровище на небесах; и

приходи, и следуй за Мной» (Матф. 19, 21). Но христиниазация, глубоко

изменившая мироотношение человека, и религиозно-этическое оправдание, даже

превознесение бедности и страданий, тем не менее не означали мгновенного

перелома в общественном сознании и отказа от прежних социальных установок,

поэтому в раннее средневековье (V-X/XI века) мирская благотворительность

очень часто носила характер символический характер и выражалась главным

образом в публичной раздаче милостыни и дарениях в пользу церкви и

монастырей.

 Основная забота о бедных осуществлялась по инициативе церкви. Уже с V

века согласно папским предписаниям церковь выделяла для призрения бедных

четверть своих доходов. С начала VI века во всех церквах Галлии, которая

была оплотом христианства в заселенных германцами областях, стали

составлять специальные списки тех, кто нуждается в постоянной материальной

помощи («matriculae pauperum»), прежде всего инвалидов. Тогда же в Западной

Европе распространяется возникший на христианском Востоке институт

дъяконата, основным направлением деятельности которого была забота о бедных

и больных. Посещать больных и умирающих вменяется в обязанность и

священникам. Епископы в свою очередь должны были осуществлять верховное

руководство каритативной деятельности церкви в своих епархиях,

организовывать закупки зерна и создавать запасы на случай голода, в их

компетенцию входило также создание госпиталей[1].

 Госпитали стали одной из первых институционализированных форм

каритативной деятельности церкви. Идея их создания, как и институт

дъяконата, пришла из Византии. Там подобные учреждения возникают уже при

императоре Константине (IV век) в Константинополе и Кесарии. На латинском

Западе первые госпитали при епископских кафедральных соборах (к этому типу

госпиталей относится и парижский Hotel-Dieu) появились на рубеже V/VI

веков в Галлии и число их быстро росло. Пару столетий госпитали стали

устраивать и при монастырях, а в высокое средневековье (с конца XI века) –

в городах, часто на пожертвования частных лиц. Как уже отмечалось,

специальной установки заботиться о больных и создавать для этого какие-либо

особые учреждения («монастырские больницы») у католической церкви никогда

не было. Госпиталь возник как институт призрения бедных (т.е. нуждающихся)

и в этом смысле отличался, например, от римского «valetudinarium» (лат.

Valetudinarius - больной), где оказывалась медицинская помощь легионерам.

Характер госпиталей, равно как и другие формы заботы о бедных и

нуждающихся, зависели в целом от того, какие формы принимала на протяжении

этого тысячелетия реальная бедность.

 Бедные (pauperes) в средние века – понятие широкое и многозначное, не

связанное с определенным социальным слоем, тем более с самым низшим.

Бедными считались не только те, кто беден в материальном смысле, но и те,

кто беззащитен, бесправен, наиболее подвержен насилию и угнетению, словом,

все, кто нуждается в помощи в силу разных, а значит не только неимущие, но

и вдовы, сироты, путешественники (прежде всего паломники), рабы и пленники,

одинокие женщины и, конечно же, всегда – беспомощные больные, инвалиды,

немощные старики, раненые. Понятия «больной» и «бедный» были для церкви

почти синонимами и вплоть до позднего средневековья эти категории как

объекты каритикативной деятельности практически не различались, что

особенно хорошо видно именно на примере госпиталей. Функции средневекового

госпиталя были гораздо шире, нежели функции современного: там не только (и

не столько!) содержали больных и оказывали им посильную помощь, сколько

давали приют кормили и вообще материально поддерживали бедняков,

ослабленных и голодных, немощных стариков, сирот; в госпиталях находили

также кров и пищу путешественники и паломники. Столь пестрый состав

«пациентов», точнее «постояльцев» таких госпиталей – еще один довод в

пользу того, что церковный госпиталь в те времена был чем угодно – приютом,

богадельней, отчасти даже гостиницей, но только не больницей как

медицинским учреждением. А теперь посмотрим на его историю на протяжении

средних веков.

 В раннее средневековье церковная благотворительность выражалась прежде

всего в заботе о голодающих. Индивидуальные причины, по которым человек

впадал в состояние бедности, были разные: война, пожар, мор скота,

старость, тяжелая болезнь и т.п., но существовала и одна постоянная

предпосылка бедности – голод, обусловленный войнами, низким уровнем

агрокультуры и зависимостью человека от природных катаклизмов. Где голод –

там и болезни, а миграции населения в поисках пропитания неизбежно

приводили к эпидемиям. Во времена голода люди снимались с насиженных мест и

стекались туда, где можно было достать пищу, - в города и монастыри,

ставшие первыми центрами каритативной деятельности по отношению к бедным и

больным.

 Монастыри в ранее средневековье более того заботились о бедных,

поскольку нормы монастырского устава предписывали монахам вести

«апостольскую жизнь» - «vita apostolica», то есть жить в воздержании и

смирении, быть бедными и самим заботиться о бедных. В истории госпиталей

это было время, когда основным типом госпиталя был монастырский, хотя

следует отметить, что на исходе раннего средневековья между монастырскими

госпиталями наблюдались некоторые различия в зависимости от того, монастырю

какого ордена они принадлежали.

 Главным руководством по уходу за медными и больными для монахов стал

устав св. Бенедикта Нурсийского (около 529 г.). По этому уставу в VIII-XI

веках жили подавляющее большинство западноевропейских монашеских общин, и

по меньшей мере до XII века правила «об уходе за больными братьями» именно

из этого устава оказывали сильнейшее воздействие на формирование

представлений о функциях и устройстве госпиталей в целом.

В соответствии с этими представлениями в начале IX века в бенедиктинском

аббатстве Сен-Галлен (современная Швейцария) создается образцовая система

госпиталей (и к этому образцу стремятся потом все монастыри ордена), куда

входили отдельные госпитали для монахов (infirmarium), бедняков (hospitale

pauperium), «светских братьев» - конверсов и еще не принявших постриг

новициев, а также приют для богатых гостей, то есть для тех, «кто прибыл на

лошади». Позднее к ним добавляется лепрозорий, находившийся, впрочем за

монастырской стеной.

 Около 1000 г. с началом клюнийской монастырской реформы каритативная

деятельность превращается в наиболее актуальный пункт монашесокой

идеологии. В 1132 г., например, госпиталь в Клюни насчитывал около 100 мест

и по праву считался одним из самых крупных в Европе. (Для сравнения:

«среднестатистический» в средние века имел от 5-7 до нескольких десятков

мест.) Монахи-цистерцианцы с начала XI века также объявили главным

направлением своей деятельности заботу о бедных. Повсюду – от Шотландии до

Португалии и Восточной Европы – возникали монастыри этого ордена (в средние

века их насчитывалось около 800), почти все они имели свои госпитали –

инфирмарии для больных монахов и госпитали для бедных мирян.

 Согласно уставу, прибывающие в монастырь гости (hospites) и прежде

всего бедняки и паломники (paupers et peregrini) должны были обеспечиваться

всем необходимым: кровом, едой, одеждой, в случае нужды – посильной

медицинской помощью. Для этих целей в монастырях были не только отдельные

помещения для гостей – именно в госпитали, но и отдельные погреба, кухня и

пекарня, иногда местный монастырский врач. Впрочем слово «врач» («medicus»)

подобно тому как существовали «специализиции келаря, капеллана,

библиотекаря, не предусматривалось». В монастырских поминальных книгах, где

рядом с именами почивших упомянуты обычно и их должности, слово medicus

встречается крайне редко. «Врачом» назначался кто-либо из монахов, и его

положение не давало того авторитета, которым обладали монахи вышеупомянутых

«специализаций», а функции заключались главным образом в уходе за больными

и элементарной медицинской помощи.

 Однако на всякое правило, как известно, всегда находится какое-нибудь

исключение. Поэтому нельзя оставить без внимания тот факт, что были и

монахи, которые действительно занимались медициной, изучая античное

наследие и местные народные традиции, учились у своих предшественников. В

некоторых монастырских госпиталях, даже на севере Европы – в Исландии и

Скандинавии, судя по найденным археологами инструментам и результатам

исследований скелетов с кладбищ при госпиталях, монастырские врачи

производили сложные хирургические операции в соответствии с новейшими по

тем временам методиками, разработанными в европейских медицинских центрах.

Одновременно, конечно, не пренебрегали и лечением реликвиями, святой водой

и благословенными специальными формулами культовыми предметами. В целом,

подчеркну еще раз, влияние светских медицинских школ, в частности

Салернской, в монастырях на территории севернее Альп ощущалось слабо, и

различий между религиозной заботой о душе (cura anima) и медицинской

заботой о теле (cura corporis) не делалось.

Даже в эпоху своего расцвета в X-XII веках монастырский госпиталь как

социальный институт продолжал оставаться богоугодным заведением по

призрению разных категорий нуждающихся в помощи и высокий медицинский

уровень отдельных госпиталей в определенный (часто довольно короткий)

период являлся скорее не правилом, а исключением, которому они обязаны

заслугами того или иного врачующего монаха. Так, «образцовый» сен-

галленский госпиталь просуществовавший несколько столетий, оставил в

истории только одно имя – монаха Ноткера, за вздорный нрав прозванного

«Перцем», а за свое врачебное искусство получившего почетную приставку к

своему к имени – medicus (Notkerus Medicus). Хильдегарда Бингенская – автор

едва ли не самых известных средневековых медицинских трактов «Phisica» и

«Causa et cura», была аббатисткой бенедектинского монастыря Руппертсберг,

куда стекались к ней за помощью сотни страждущих. Слава о ее медицинских

познаниях пережила Хильдегарду: после ее смерти в монастырь продолжали

стремиться больные и убогие, хотя его госпиталь не мог предложить уже

ничего такого, чтобы отличало его от других рядовых госпиталей. Однако

паломники надеялись отнюдь не медицинскую помощь, а на чудесное исцеление у

гроба знаменитой аббатиссы-врачевательницы. Поскольку наплыв паломников был

огромен, а долгом гостеприимства и милосердия нельзя было пренебрегать,

дело дошло до курьеза. Монахини пожаловались майнцскому архиепископу, что

шум и суета, привносимые в обитель множеством паломников, мешают их

собственным молитвам, и тот вынужден был прибыть к гробу Хильдегарды и

официально «запретить» ей впредь творить чудеса, дабы у ее могилы вновь

воцарился покой.

 Если говорить о значении монастырей для развития медицины как науки

вообще, то в первую очередь следует напомнить, что в течении многих

столетий после распада Римской империи они оставались едва ли не

единственными очагами культуры и образованности и именно в них было

сохранено и реципировано античное медицинское наследие. В основанном

Кассиодором (около 540 г.) монастыре «Виварий» на горе Монте-Кассино

переводились и переписывались античные медицинские рукописи Гиппократа,

Галена, Цельса, Диоскурида, Орибазия, Александра Тралльского. В Испании к

тщательному изучению воззрений античных врачей первым обратился архиепископ

Исидор Севильский (около 570-636 г.). В крупных монастырях (Люксей, Фульда,

Райхенау, Боббио, Сен-Галлен), в школах при госпиталях епископских кафедр

(в Париже, Шартре, Лилле, Туре) составлялись рецептарии, руководства по

кровопусканию, компедиумы из аничных сочинений.

 Обращение монахов к практической медицине было тем более важным, что в

деле помощи больным и инвалидам роль белого духовенства как «врачевателей»

была довольно символической: в раннее средневековье долгом священника было

не лечить – это запрещалось, а молитвой и увещеванием поддержать тех, кто

слаб и сам не способен противостоять скверне – болезни, подготовить

умирающего, помочь ему осмыслить грядущую смерть, облегчив расставание с

земной жизнью. Однако из многих сотен монастырей и кафедральных соборов по

всей Западной Европе, при которых были госпитали, наберется, может быть не

больше десятка таких где действительно были продолжены традиции античной

медицинской науки.

 Кроме того, церковные власти очень быстро распознали в монастырской

медицине опасность обмирщения для монашества, и расцвет ее был недолог.

 Отправляясь учиться у светских врачей или оказывать помощь богатым

больным, монахи-медики часто покидали надолго свои монастыри, что

противоречило уставу: живя в миру, они невольно приучались к роскоши,

общались с женщинами, порой забывали свой долг – служить бедным и обуянные

грехом гордыни и корыстолюбия брали плату за лечение или, хуже того, в

поисках гонораров стремились заполучить себе богатых пациентов, отказывая в

помощи остальным нуждающимся. Частые отступления от орденских правил среди

монастырских врачей к XI веку стали уже обычном делом. Приоры закрывали на

это глаза, поскольку врачебная практика в миру приносила монастырям немалый

доход: несмотря на то что помощь врача-монаха должна была быть бесплатной,

больные обычно щедро одаривали монастырь. Известно, например, что

знаменитый проповедник Бернар Клервонский принял в свою общину одного

медика, бежавшего из своей обители потому, что приор того монастыря

вынуждал его к частым отлучкам ради прибыли. На фоне общего кризиса старого

бенедиктинского монашества внутри самой монастырской системы зрел протест,

и в начале XII века Реймский церковный собор запрещает членам духовных

орденов «практиковать врачебное искусство из жажды обогащения», предписывая

всем «вновь обратиться к Богу». В 1139 г. Латеранский собор грозит

серьезными наказанием монахам-медикам за практику в миру, собор в 1162 г.

Монпелье запрещает принимать мирян на лечение в монастырские госпитали,

годом позже собор в Туре запрещает более чем двухмесячные отлучки из

монастыря, что сделало невозможным для монахов ученье в миру. На церковных

соборах 1212 и 1215 годах вновь и вновь повторяется угроза отлучения для

всех, кто нарушает эти правила. Попутно запрещаются занятия хирургией и

акушерством белому духовенству в госпиталях при епископских кафедрах. И,

наконец, в 1243 г. Папа требует внести в уставы монашеских орденов пункты о

запрете монахам учиться медицине вообще. Таким образом, к середине XIII

века серьезная медицина окончательно изгоняется из монастырских госпиталей.

 Впрочем, к этому времени по причинам, от медицины весьма далеким,

монастырские госпитали уже окончательно утрачивают свою роль основных

центров каритативной деятельности в отношении бедных и больных, на смену им

приходят госпитали городские, которые условно могут быть разделены на две

категории. Одни основывались епископами или канониками городских соборов и

продолжали оставаться полностью церковными учреждениями, другие –

различными духовно-светскими орденами и братствами, а также городскими

коммунами или, реже, отдельно богатыми благочестивыми горожанами.

 Городские госпитали, строго говоря, явление для Европы не новое. Один

из самых ранних госпиталей в Западной Европе — госпиталь в Арле (500 г.),

основанный знаменитым арльским епископом Цезарием. Еще синод 836 г. в

Аахене предписывал каждому городу иметь свой госпиталь, но до XII века

данное предписание оставалось скорее только благим пожеланием. Однако по

мере роста числа городов и соответственно горожан, росло и количество

городских госпиталей.

 Что представлял собой городской госпиталь? Как и монастырский, он

сочетал в себе функции больницы и приюта для всех нуждающихся. Больные,

инвалиды, немощные старики, вдовы и сироты, бедняки и странники получали в

нем необходимый, но в целом простейший уход. Даже настоящий врач был там

далеко не всегда.

Нельзя забывать, что городской госпиталь тоже был в первую очередь духовным

институтом. Напомню, что во взгляде на болезнь и больных христианское

мировоззрение отличалось от античной "научной" медицины отнюдь не тем, что

в христианстве отношение к ним было "религиозным", а у античных врачей

"светским". Античная медицина также никогда не была чисто светской и носила

отпечаток религиозного мышления даже у Гиппократа, так что нельзя

рассматривать ее только с позиций рационализма. Различие это состояло

прежде всего во взглядах на причину болезни и на важнейшее условие

избавления от нее.

 Теология болезни учит, что все телесные недуги, равно как и любые

другие несчастья, происходят по воле Божественного Провидения и являются

следствием греховности человеческой натуры. Грех при этом связывается не

столько со специфическим, формально неправильным поведением, противоречащим

христианским нормам и ценностям, сколько с определенным состоянием души,

ибо греховность — "скверна" — соединяется с душой и становится неотъемлемой

ее частью; поэтому главное условие исцеления — очищение болящего от скверны

греха5. Христа почитали как избавителя и врачевателя и души, и тела —

"Christus soter et medicus".

 Именно забота о духовном здоровье пациентов стояла в средневековых

госпиталях на первом месте, что нашло отражение даже в их архитектуре. В

конце залы, где помещались пациенты, обязательно находился алтарь, при

котором велись регулярные богослужения; иногда к госпитальному зданию

пристраивалась капелла или небольшая церковь, так что все обитатели

госпиталя, даже прикованные к постели больные, всегда имели возможность

принимать участие в литургии. И первыми процедурами, которым подвергались

поступающие в госпиталь, были очищающая душу исповедь и таинство

причащения.

 Новоприбывших пациентов мыли, переодевали в чистое (спать, впрочем,

полагалось голыми, только в ночном колпаке), оказывали простейшую

медицинскую помощь и размешали в общей зале, где рядами стояли кровати,

рассчитанные обычно на несколько человек каждая. Отдельных помещений для

мужчин и женщин не предусматривалось, их кровати просто отделялись

проходом. Кормили в целом хорошо, не менее 2 раз в неделю полагались мясо и

вино. Забота об искуплении грехов и спасении души, а также питание, уход и

крыша над головой составляли основу "лечения" в таком госпитале. Но было бы

ошибочным недооценивать его значение: вдали от знаменитых медицинских

центров Европы, таких как Париж, Милан или Салёрно, городской госпиталь был

практически единственным местом, где люди из низших социальных слоев и

маргиналы — нищие, бродяги, а также любые путешественники, бывшие во всех

отношениях весьма уязвимыми уже только потому, что, отправившись в дорогу,

порывали все свои социальные связи, в случае нужды могли получить какую-

нибудь помощь. К этому следует добавить, что в условиях, когда любая

болезнь могла обернуться катастрофой, пребывание в госпитале давало еще и

психотерапевтический эффект. В свою очередь пациенты, поступая в госпиталь,

давали обет послушания начальству и воздержания. Последнее, впрочем,

удавалось не всем, так как среди них были не только немощные и больные, но

и относительно здоровые и молодые люди, и когда их греховная связь с кем-

либо из служителей госпиталя или пациентов обнаруживалась, случались

пикантные скандалы.

Система городских епископских госпиталей как оплот каритативной

деятельности церкви тем не менее не сумела выдержать испытания временем и к

XIV веку окончательно приходит в упадок , за исключением того, что в 1215

г. IV Латеранский церковный собор запрещает белому духовенству практиковать

хирургию и акушерство, основные причины, обусловившие ее развал, к медицине

имели мало отношения и носили социально-экономический и отчасти

идеологический характер.

 Во-первых, хотя и считалось, что госпитали финансируются от доходов с

церковного домена, средств для них выделяли крайне мало и им приходилось

заботиться о себе самим, что автоматически давало госпиталям статус

относительно автономной хозяйственной единицы. Помимо подсобного хозяйства

и выручки от продажи платья с умерших, основной статьей их дохода на

протяжении всего средневековья оставались пожертвования, причем это были не

только деньги, но и продукты, одежда и льняные покрывала, даже солома для

постелей. Но если при Меровингах и Каролингах почти все завещания содержали

упоминание о даре госпиталю, то в высокое средневековье недостаток пищевых

ресурсов и рост всевозможных налогов и поборов, осложнявшие и без того

трудную жизнь средневекового человека, весьма способствовали тому, что

население нищало и мало что могло пожертвовать церкви и бедным, да и

количество самих бедняков, нуждающихся в помощи и призрении, неизмеримо

выросло. В то же время рента церквей и аббатств уменьшается едва ли не

вдвое. Данные обстоятельства не могли не отразиться на положении

госпиталей, и итог был печальным: после XII века новых церковных госпиталей

почти не основывали, а многие старые приходили в упадок, в них сокращалось

количество мест или они вообще закрывались.

 Экономическому упадку госпиталей сопутствовала и духовная деградация

их служителей: богослужениями все чаще пренебрегали, дисциплина падала,

предназначенные для больных и бедняков продукты и имущество

разворовывались. В этом смысле хозяйственная самостоятельность и право

распоряжаться пожертвованиями сослужили госпиталям плохую службу, дав почву

для произвола управляющих. Нередкими стали ситуации, когда госпиталь

оказывался вообще пустым: все средства шли только на содержание ректора,

капеллы и служащих. Несмотря на попытки церковных властей и поместных

соборов сохранить первоначальные функции госпиталей как богоугодных

заведений, вокруг них все чаще разражались громкие скандалы. Так, в 1356 г.

некий брат Бернард Лефевр был уволен со своего места настоятеля в госпитале

французского города Бове, поскольку никаких отчетов о расходе вина и

пшеницы во вверенном ему заведении не предоставлял да еще "взял в долг" из

казны 700 флоринов и "забыл" вернуть. В 1398 г. ректор госпиталя в Кавайоне

по приказанию епископа был изгнан со своего поста, потому что превратил

свой госпиталь в бордель, а вырученные за проданную мебель деньги присвоил.

Некоторые ректоры часто шли на то, чтобы в целях наживы продавать часть

помещений и имущество госпиталя, урезать рацион питания больных, так что

тем не оставалось ничего иного, как просить на улице подаяния: в анжерском

госпитале за год умерли от голода более 300 человек. В знаменитом парижском

Нotel-Dieu служители безнаказанно отлучались со своего поста в любое время,

сквернословили и развратничали на глазах у больных.

 Во-вторых, в высокое средневековье отмечаются глобальные изменения как

в хозяйственной жизни общества, так и в общественном мировоззрении, давшие

первый импульс оформлению другой, в каком-то смысле альтернативной

существующей системе призрения бедных и больных. Экономические и социальные

процессы в XI—XIII веках привели к серьезным изменениям форм реальной

бедности и самого содержания понятия "бедные". В каритативной деятельности

происходит настоящая революция. Решающим фактором, столь изменившим

положение вещей, является отмечаемый уже с XI века прирост населения: с Х

века по XIV век население Европы удваивается. Заселяются отдаленные районы,

активизируется торговля, растет число городов и их жителей, увеличивается

мобильность населения, связанная с ростом торговых связей, крестовыми

походами, паломничествами. Оборотной стороной этих процессов стало

увеличение числа бедных. При том, что прирост населения постоянно опережал

прирост ресурсов питания, а неурожайные годы были явлением довольно частым,

не оскудевала и армия голодающих. К деревенской бедноте — основному объекту

благотворительности в раннее средневековье — прибавилась беднота городская,

рост численности которой во многом был обусловлен бедностью в деревне:

город притягивал голодающих. Едва ли не половину населения любого города

можно было причислить к бедноте. В отличие от городской бедноты раннего

средневековья она состояла уже не только из нищих и бродяг, а была более

дифференцирована и постоянно пополнялась за счет поденщиков, людей, живущих

на случайные заработки, учеников и подмастерьев, прислуги. Разумеется, при

таком количестве нуждающихся традиционных форм церковной

благотворительности уже недоставало: потребности существенно опередили

возможности.

 На фоне этих социально-экономических изменений и в религиозной жизни

Европы происходит важный поворот, среди прочих последствий которого были

новые формы каритативной деятельности и, что особенно важно, частичный

выход ее из компетенции церкви. В этом повороте существенны два момента. Во-

первых, внутрицерковные реформы, суть которых заключалась в стремлении

приблизить, наконец, к жизненной практике веками провозглашаемые лозунги

подражания Христу, необходимости "апостольской жизни" в бедности и служении

бедным для клира и монашества. Во-вторых, с середины XII века все более

активное участие в религиозной жизни общества начинают проявлять

представители средних и низших сословий.

 Таким образом, рост "бедности поневоле" обострил вопрос о добровольной

бедности и аскезе, приближающимся к идеалам апостольства. Старое

бенедиктинское монашество переживает кризис: богатство ордена заставляет

усомниться в его соответствии этим идеалам. И в самом монашестве, и в миру

активизируется движение за добровольную бедность и служение бедным,

вылившееся в создание целого ряда духовно-светских орденов и братств,

поставивших своей целью соответствие аскетическим идеалам и каритативную

деятельность, прежде всего уход за бедными и больными. Эти ордена уже не

были чисто церковными организациями, в них входили миряне, причем далеко не

из знати. Так, старейшим был орден святого Иоанна, организованный во второй

половине XI века рыцарями и купцами в Иерусалиме для больных паломников.

Столетие спустя во время третьего крестового похода рыцари и горожане из

Любека и Бремена создают Тевтонский орден (орден госпиталитов святой

Марии).

 Вскоре после создания эти ордена распространяют сеть своих госпиталей

по всей Европе. Некоторые ордена специализировались на уходе за

определенными категориями больных. Например, орден святого Лазаря (1119 г.)

заботился исключительно о прокаженных, орден святого Антония — о больных

эрготизмом — "огнем святого Антония" (род отравления грибком спорыньи,

поражавшим рожь; эпидемии эрготизма были частым явлением в средневековой

Европе). Однако даже и в этих госпиталях основное внимание уделялось заботе

о спасении души, призрению и уходу за страждущими. Особого внимания

заслуживает, пожалуй, орден госпиталитов Святого Духа (1198 г.),

объединивший ряд светских духовных братств, вообще независимых от церкви,

члены которых — мужчины и женщины из разных сословий, живя в миру, тем не

менее посвятили себя заботе о бедных и больных. Особенно много госпиталей

ордена Святого Духа возникло в Италии и Германии в XIII веке. В этот период

не было уже, пожалуй, ни одного более или менее крупного населенного

пункта, где бы благочестивые миряне обоих полов не объединялись в братства

для каритативной деятельности. Помимо этого, состоятельные люди в городах

вместо дарений церковным госпиталям все чаще организовывали собственные.

Таким образом, с возникновением светских братств и орденов учреждение

госпиталей выходит из-под контроля церкви. Внешне такие госпитали мало чем

отличались от церковных, но все же именно они стали новым типом института

социальной помощи, пришедшим на смену монастырским или городским

епископским госпиталям. Важно отметить, что формально они принадлежали

городу и подчинялись только светским властям.

 Типичный пример — городской госпиталь в Марбурге, основанный в 1231 г.

тюрингской ландгафиней Елизаветой, впоследствии причисленной к лику святых.

Ей был 21 год, когда она овдовела и решила посвятить себя

благотворительности. Отдалившись от своих детей, родственников, придворных,

полностью отказавшись от светской жизни, она расходует основную часть своих

богатств на организацию госпиталя на 28 мест. Патроном (небесным

покровителем) госпиталя был выбран незадолго до этого канонизированный

святой — Франциск (умер в 1228 г.), который проповедовал и подтверждал

личным примером религиозно-аскетическую свободу от имущества и стал для

Елизаветы и многих ее современников идеалом сознательного отречения от

мирских благ. В этом госпитале никакого врача не было. работали только сама

Елизавета и две ее бывшие служанки и наперстницы. Как пишет духовник

Елизаветы и автор ее жития марбургский архиепископ Конрад, она служила там

сестрой милосердия, сама ухаживала за больными, готовила им лекарства из

трав, мыла, кормила и вообще выполняла всю черную работу, промывая их язвы

и раны, своим платком вычищая грязь и гной изо рта, носа, ушей. Особое

внимание Елизавета уделяла наиболее нуждающимся — детям-сиротам, калекам и

прокаженным, искавшим приют в ее госпитале8. Прокаженные в средние века

были единственной категорией больных, на которую, как это ни удивительно,

принципы любви к ближнему, как правило, практически не распространялись. Их

всячески стремились изолировать от общества, боялись и ненавидели, но тем

значительнее был христианский подвиг Елизаветы, принимавшей их а своем

госпитале и из-за этого вынужденной вступить в открытый конфликт с

горожанами и городскими властями, которым этот госпиталь формально

подчинялся.

Как видим, для поворота в общественном сознании в отношении бедных и

больных, вследствие которого установка на обязательную благотворительность

по отношению к ним наконец перестает быть лишь идеологическим штампом или

еще одним церемониалом, как это было в раннее средневековье, потребовалось

несколько столетий. Этот поворот свершился под влиянием воспитательных

усилий церкви, но одновременно и лишил ее лидирующей роли инициатора

социальной помощи. С конца XIV столетия тенденция к переходу всех функций

заботы о бедных в компетенцию местных властей — историки называют э0тот

процесс "коммунализацией заботы о бедных"9 —все больше дает о себе знать.

Тогда же намечаются радикальные перемены в понимании бедности и, что важно,

в ее оценке и соответственно в отношении к бедным.

 Эпидемии чумы середины XIV века, в течение нескольких десятилетий

опустошавшие Европу, имели следствием не только сокращение населения (в

некоторых областях почти на треть), но и значительный упадок хозяйства, что

дало новый импульс бедности. Стремительный рост числа неимущих превращает

их в социальное зло, и на повестку дня впервые в истории встает вопрос о

причинах бедности, связи ее с преступностью и способах борьбы с нею, что в

целом противоречило прежней, евангельской, ее оценке. Если раньше бедность

понималась как необходимость работать, а нищенствование — не как

вынужденное состояние, а как способ приближения к евангельским идеалам

самоотречения и отвержения всего мирского, то теперь бедность стали

объяснять нежеланием работать (как видим, меняется и оценка самого труда).

Людей без определенных занятий, не имевших профессии, вырванных из своей

среды, тем более пришлых, т. е. тех самых, которые прежде составляли

значительный процент обитателей госпиталей, начинают рассматривать как

бродяг, бездельников и тунеядцев, с которыми надлежало вести борьбу и по

возможности заставить трудиться. В массовом сознании растет осуждение

нищенствования. что находит первое законодательное отражение в запретах

нищенствования для трудоспособных. При таком взгляде на бедных забота о них

переходит в иную плоскость.

 На первый план выдвигаются педагогические задачи — приобщение бедных к

труду путем воспитания и даже принуждения. Им предписываются определенные

нормы поведения, требующие от них скромности, дисциплины, прилежания и

трудолюбия. Одновременно совершенствуются и разнообразятся институты и

формы социальной помощи (например, раздача одежды, денег, "столы для

нищих"), упорядочивается их финансирование, разрабатываются четкие критерии

для предоставления этой помощи, усиливается городской контроль за

благотворительностью как коммунальных, так и духовных учреждений, возникает

постоянный бюрократический аппарат, занимающийся проблемами социального

обеспечения. Трудоспособных бедных теперь не принимают в госпитали, где они

могли бы безбедно существовать в праздности, а направляют на принудительные

(обычно довольно тяжелые) работы, пытаются создавать специальные работные

дома (например, на лесопильне или солодовне для мужчин, на прядильне для

женщин). Отныне бедные должны работать, для нетрудоспособных по старости и

детей-сирот городские власти все чаще создают специальные приюты, а

госпитали, наконец, все более и более начинают походить на медицинские

учреждения.

Таким образом, только в позднее средневековье институт госпиталей

окончательно утрачивает свою функцию жертвы Господу, свое "сакральное

достоинство", и те социокультурные феномены, которые можно было бы

обозначить современными понятиями "здравоохранение" и "социальная забота",

в целом приобретают общественный статус или, точнее, утрачивают свой

религиозный характер. Врачевание тоже окончательно становится делом людей

светских — профессиональных врачей, получающих теоретическую подготовку на

медицинских факультетах университетов, и разного рода лекарей, цирюльников,

"бродячих медиков", владеющих не только умением изготавливать всевозможные

"чудодейственные" бальзамы и микстуры, но и определенной суммой позитивных

знаний и опыта, что позволяет удалить больной зуб, вскрыть нарыв, принять

роды, пустить кровь и т. п.

 Глава 3. О клинической подготовке врачей в средневековых университетах

 Дайте ученикам хорошее клиническое образование и лишь после того

пускайте в госпитали», - сказал в 1804 г., возражая против существовавшей

системы подготовки медицинских кадров, знаменитый медицинский немецкий

врач, организатор и аналитик П. Франк [4].

 Сегодня подобное заявление может вызвать у врачей, не говоря уже о

профессорах и руководителях высших учебных медицинских заведений, к которым

оно в свое время было обращено, лишь недоумение – а разве может быть как-то

иначе ?..

 Но в истории высшего медицинского образования известен период, когда

медицинские факультеты в университетах не имели клиник, а профессора не

считали целесообразным обучать студентов практическим медицинским

дисциплинам у постели больного. Вплоть до середины XVI столетия пребывание

во всех без исключения университетах носило сугубо теоретический характер и

складывалось из лекций, где студентам в прямом смысле слова читались

канонические тексты выдающихся врачей древности и комментарии к ним, и

диспуты на которых обсуждались отдельные наиболее важные проблемы.

 Можно подвергнуть резкой критике университеты средневековья, давшие

схоластическое образование и выпускавшие беспомощных в практическом

отношении врачей-схоластов, когда будущие доктора готовились на медицинских

факультетах университета, где практическая подготовка стояла на крайне

низком уровне. Преподавание двух важнейших предметов, патологии и терапии…

было в очень плохом состоянии. Студент допускался к больному только в виде

исключения, обыкновенно же он изучал картину болезни, диагностику и лечение

ее только при помощи теоретических лекций и книг. По этому поводу была

нарисована карикатура «Сущность схоластической медицины», где изображены

два доктора, одетых в традиционные академические тоги, яростно спорят по

поводу текстов, держа в руках раскрытые большие фолианты, каждый доказывает

другому преимущественно своего толкования. На больного они не смотрят,

повернулись к нему спиной. И пока они ведут спор о текстах, смерть за их

спиной, усмехаясь, уносит больного. Перечень весьма близких по содержанию и

критической направленности цитат может быть без труда продолжен.

 Однако возникает вопрос, почему при столь вопиющих недостатках

университетского медицинского образования в средневековой Европе в

подавляющем большинстве стран врачом можно было стать, только окончив

медицинский факультет университета. Почему выпускники существовавших тогда

же медицинских школ при больницах, например хирургических, готовивших

исключительно специалистов практиков, считались медиками, что называется

«второго сорта» и не имели права оказывать помощь вне контроля со стороны

врача-схоласта ? Остановимся чуть подробнее на этой проблеме, хотя она,

как может показаться на первый взгляд, и не имеет прямого отношения к

истории становления клинического преподавания. Но это лишь на первый

взгляд, поскольку без четкого понимания особенностей системы подготовки

врачей в средневековой Европе и университетского образования того времени

невозможно разобраться в причинах возникновения и механизмах внедрения в

учебный процесс практических форм обучения, а позднее и собственно

клинического преподавания.

 Итак, на медицинских факультетах университетов средневековой Европы

клинического преподавания не велось, больной в учебном процессе не

использовался, а все без исключения медицинские дисциплины читались сугубо

теоретически по каноническим источникам. Но это, пожалуй, единственный

непреложный факт, который можно почерпнуть из обилия информационного шума,

наполняющего общедоступные историко-медицинские публикации.

 Все остальное, включая критику в адрес университетского образования и

существовавшей системы подготовки врачей, представляет собой не более чем

спекуляции, неизбежные при попытке рассматривать и оценивать события и

процессы с позиций другой культурной эпохи.

 Первая и главная спекуляция заключается в том, что резкой критике

подвергается система университетской подготовке врача в средневековой

Европе, в то время как медицинские факультеты того времени врачей не

готовили. Это утверждение не относится к открытиям последнего времени.

Многие исследователи, в том числе и авторы цитировавшихся работ, сообщают,

сто после 2-4 летнего обучения в университете выпускники медицинских

факультетов для получения права на самостоятельную врачебную практику или

докторского звания (в некоторых странах дававшего такое право

автоматически) должны были пройти минимум одногодичную практическую

стажировку в каком-либо лечебном учреждении или в течении нескольких лет

ассистировать своему профессору в ходе его практики [16]. Наиболее четко

существовавшая в средневековой Европе система подготовки врача, имеющего

право, или выражаясь языком того времени, «лицензию» на самостоятельную

практику, сформулирована А. Готлибом в статье «Университет»

(Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона): «По статусам

медицинского Монпелье 1340 г. магистр atrium, поступив в схолары, делался

бакалавром медицины через три года, по выдержании публичного испытания. Для

получения «лицензии» он еще два года учился и практиковался под

руководством своего профессора: затем следовал еще строгий экзамен, после

которого новому доктору вручали четырехугольный берет, золотой пояс, кольцо

и книгу Гиппократа» [10]. И такой путь должны были пройти желавшие

заниматься врачеванием в подавляющем большинстве стран Европы. Например,

устав Венского университета 1389 г. требовал обязательной практической

стажировки от всех соискателей учебной степени доктора медицины [11].

Согласно известным указам Фридриха I Гогенштауфена (Барбаросса),

практиковать на территории Священной Римской Империи Германской нации могли

лишь те из выпускников, кто прошел практическое усовершенствование и сдал

строгий экзамен на право заниматься врачебной деятельностью в Салернской

медицинской школе [5]. Безусловно, были и случаи, когда безответственные

люди в стремлении как можно скорее обогатиться теми или иными путями

добивались разрешения на практику, не имея никакого опыта работы с

больными. Но это были лишь единичные случаи, представлявшие собой

исключение из общепринятого правила. А правило заключалось в том, что

подготовка врача в средневековой Европе состояла как бы из двух

последовательных этапов – обучения на медицинском факультете университета и

послеуниверситетской стажировки, под руководством опытного врача.

Медицинские факультеты университетов обеспечивали лишь теоретическую

подготовку, на основе которой желавшие посвятить себя медицинской практике,

в ходе стажировки приобретали необходимые навыки и умения. И такая

двухэтапная модель подготовки врача имела свои резоны.

 Врачебная практика была хотя и основным, но далеко не единственным

вариантом дальнейшего деятельности выпускников медицинских факультетов.

Объем получаемой ими теоретической подготовке был достаточен для того,

чтобы они могли работать практически в любой области тогдашнего

естествознания. История сохранила имена многих выдающихся

естествоиспытателей – астрономов, физиков, химиков, натуралистов,

получивших образование на медицинских факультетах различных университетов

Европы.

 Вторая спекуляция относится к критике собственно университетского

образования, его схоластичности. Причем многие авторы и прежде всего это

касается отечественных историков медицины советского времени, даже не

утруждали себя критикой схоластического характера университетского

медицинского образования, просто констатировали его. Это, с их точки

зрения, само по себе служило доказательством антинаучность: «Схоластика, -

говориться в «Словаре русского языка» С.И. Ожегова, - средневековая

идеалистическая, враждебная науке философия, опиравшаяся на догматы церкви

и отличавшаяся крайней абстракцией [7]. И тот факт, что слова «схоластика»,

«слохастический» употреблялось именно в такой значимости, полностью

подтвердается тем контекстом, автором обсуждается особенности подготовки

медиков в университетах средневековой Европы.

 Однако, если познакомиться поближе с первоначальным истинным значением

этого слова, крайне трудно избавиться от мысли, что они будто специально

придуманы для того, что бы исключить возможность для критики университетов,

но всяком случае в аспекте научной направленности педагогического процесса.

Слово «Схоластика, - читаем мы, например, в Энциклопедическом словаре Ф.А.

Брокгауза и И.А. Эфрона, - происходит от лат. schola… школа», даже ближе,

от производного «scholasticus», употребляемое в качестве существительного,

прилагательного сначала к учителям одной или нескольких, которые

преподавали в основанных Карлом Великим монастырских школах, а также к

учителям богословия; впоследствии оно было перенесено для всех, кто

занимался науками, особенно философией» [9]. Последнее является весьма

существенным. Медицинские факультеты средневековых университетов

обеспечивали не просто теоретическую, а научную теоретическую подготовку

будущих врачей. Они создавали возможность тем, кто решил заняться

врачеванием, осознанно, на основе существовавших в то время научных

представлений осваивать в ходе стажировки под руководством опытных

практиков у постели больного методы диагностики и лечения. И в первую

очередь именно этим подготовка на медицинских факультетах университетов

отличалась от подготовки в практических медицинских школах, где ученики

слепо нарабатывали конкретные приемы и навыки оказания помощи больным, где

фактически обучали (в хорошем смысле слова) ремеслу. И поэтому не случайно,

врачом, деятельность которого всегда творческий процесс, требующий от

человека умения дать оценку ситуации, проанализировать ее, вычленить

наиболее важные моменты, определить перспективы дальнейшего развития, можно

было стать только пройдя курс обучения в университете. Поэтому не случайно,

выпускники практических медицинских школ не только считались медиками

«второго сорта», но и в действительности являлись специалистами «при

враче», которые должны были выполнять принятые врачом решения.

 Что же касается упоминавшейся карикатуры на врачей схоластов,

рассуждавших о «высоких материях» у постели умирающего, то разве сегодня

меньше спорят на консилиумах современные клинически подготовленные

специалисты и разве всегда результатом этих споров становится выздоровление

пациента ?

 Медицинские факультеты университетов средневековой Европы давали

научное образование. И мы не можем принять, на первый взгляд,

напрашивающиеся возражения по поводу того, что нельзя назвать научным

образованием переписывание на лекциях источников, заучивание наизусть

текстов Гиппократа, Галена, Ибн-Сины и бесконечные дискуссии на диспутах по

отвлеченным, не имеющим отношения к практике и реальной действительности

вопроса. Не можем принять потому, что речь идет о средневековье, о

совершенно иной культурной эпохе, к которой не могут и не должны

применяться современные и близкие для нас критерии научного поиска.

Средневековою науку как один из элементов средневековой культуры

характеризует представления об истине веры, веры в то, что все сущее

создано Богом, и в изначальную целесообразность созданного. Окружающая

действительность воспринималась и рассматривалась человеком средневековья

как не объективная, а как символ Божества. Целью средневековой науки как

одного из средств постижения всего сущего, были таким образом выявление и

констатация символов Бога, попытка постичь премудрость создателя. В

медицине такими символами и одновременно откровениями Создателя считались

канонические тексты великих врачей древности, а поэтому комментирование,

штудирование и заучивание наизусть составляли в средние века один из

компонентов научного образования и научной деятельности [2]. К тому же

тексты великих врачей прошлого, изучавшиеся тогда в университетах, хотя и

не содержат сведений по компьютерной томографии, иммунофорезу и перекислому

окислению липидов, до сих пор поражают точностью клинических описаний и

глубиной мысли. И в этом смысле могут служить примером и для современных

научных и учебных медицинских произведений.

 Но мы остановились на особенностях средневековой науки не только

затем, чтобы предвосхитить возможные упреки и возражения. Представления

того времени о науке вообще и универсальных центрах изучения и преподавания

наук прямо противоречили идее предметного практического преподавания с

использованием больного в университетах. Возникнуть такая идея, а тем более

воплотиться в жизнь могла лишь при условии изменения существовавших

представлений. Поэтому не случайно, что первые попытки ввести в учебный

процесс на медицинских факультетах университетов больного относятся к эпохе

Возрождения, к тому периоду истории человечества, когда в недрах

средневековой культуры начали появляться представления об истине чувства, о

реальности существования лишь того, что можно увидеть, услышать или

потрогать руками.

 Основанная на чувственном объективизме, практическая устремленность

человека Возрождения, его убежденность в необходимости подтверждать свои

умозаключения конкретными фактами, а не цитатами из канонических книг

привели к внедрению в учебный процесс на медицинских факультетах

европейских университетов идеи наглядности преподавания. Начало этому

процессу было положено анатомами, химиками и натуралистами, а во второй

четверти XVI столетия такая попытка была предпринята и отдельными

преподавателями медицины [1,5].

 «Учить можно не иначе, как посещая больных… Источник медицинской науки

– только у постели больного», - писал профессор Падуанского университета

Джованни Баттиста Монтано (Monti, Monte, Montanos, da Monte, Montanus

Giovanni Battista, 1498-1551 гг.) – первый университетский профессор,

начавший проводить со студентами занятия у постели больного [6].

Приведенные слова, как нельзя лучше характеризуют изменения, происшедшие в

сознании передовых мыслителей Возрождения. «Источник медицинской науки» для

них – не в древних фолиантах, а «только у постели больного», а раз так, то

в университетах как центрах изучения и преподавания наук «учить можно не

иначе, как посещая больных…». Для этого Монтано добился разрешения на

использования для целей преподавания нескольких коек в городском госпитале

Св. Франциска [12]. К этому времени Монтано уже имел репутацию прекрасного

практического врача, поэтому неудивительно, что проводившиеся им

клинические доклады с демонстрацией больных сразу же привлекли к себе

внимание и получили широкое признание как и у студентов, так и у лиц, уже

окончивших медицинский факультет, причем не только Падуанского

университета. Все это вместе взятое позволило историкам назвать Монтано

основоположником и создателем «современной концепции клинического

преподавания». [1, 13].

 Вместе с тем, нисколько не умаляя заслуг этого безусловно выдающегося

врача и педагога, нам бы хотелось высказать несколько замечаний по поводу

существующих оценок его нововведений. Монтано был действительно первым

профессором, который предпринял попытку ввести в учебный процесс на

медицинских факультетах университетов больного. Но насколько корректно

называть проводившиеся им занятия клиническим преподаванием, а тем более

считать их прообразом современной концепции такового преподавания ?

 Анализ сохранившихся данных показал, что курс практической медицины в

Падуанском университете не включал в себя как минимум четырех важнейших

компонентов этого феномена. Во-первых, студенты выступали на занятиях в

клинике исключительно в роли наблюдателей и слушателей, между ними и

профессором не предусматривалось даже диалога. Таким образом, не

обеспечивалось выполнение основного принципа практического преподавания –

участия студентов в клинических разборах: в выявлении и анализе наблюдаемых

проявлений болезни, в обсуждении диагноза, прогноза и выбора необходимых

терапевтических мер. Во-вторых, не проводилось обучения навыкам работы с

больным: правилам поведения у постели больного, опроса и других форм

обследования пациента. В-третьих, тематического подбора больных не

существовало и его необходимость, по-видимому, не осознавалось.

 Клинические демонстрации осуществлялись вне какой-либо продуманной

содержательной связи с основным систематическим курсом практической

медицины, который продолжал преподаваться сугубо теоретически. Таким

образом, занятия в клинике превращались в некое театральное действо,

ограничивались демонстрацией врачебного искусства профессора. В-четвертых,

курс практической медицины и особенно занятия в клинике не были

организационно, ни содержательно согласованы с преподаванием других

предметов медицинского факультета. Клиническое преподавание может

эффективно осуществляться лишь при условии, что студент до занятий в

клинике успешно освоил курсы базовых теоретических дисциплин: анатомии,

физиологии, патологии и т.п.

 Однако, еще раз повторимся, это ни в коем случае не должно

восприниматься как критика в адрес того, что делал Монтано. Реальные

заслуги Монтано в истории высшего медицинского образования столь

значительные, что он просто не нуждается в мнимых. Он первый ввел

использования больного для преподавания практических медицинских дисциплин

в университетах и тем самым положил начало становлению клинического

преподавания. Но именно становлению, а не самому клиническому преподаванию.

 Имеющиеся в нашем распоряжении документы и литературные источники

неопровержимо свидетельствуют, что возникло клиническое преподавание далеко

не сразу, что потребовалось, по меньшей мере еще два с лишнем века для

того, чтобы были постепенно осознаны и внедрены в учебный процесс на

медицинских факультетах университетов все названные выше его обязательные

элементы составляющие - двести с лишнем лет поисков и противостояния,

достижений и неудач. Двухэтапная модель подготовки врача и средневековая

традиция университетского медицинского образования еще долго господствовали

в Европе, а попытки преподавания практических медицинских дисциплин с

использованием больного еще долго встречали неприятие и даже активное

противодействие.

 После смерти Монтано в 1551 г. занятия со студентами в госпитале в

Падуанском университете прекратились. Инициатива Монтано не нашла поддержки

 у университетской профессуры. Усилия одного человека оказалось явно

недостаточно, чтобы поколебать устои многовековой традиции. Также очень

недолго просуществовали подобные формы обучения практической медицины,

внедренные вскоре после Монтано в середине XVI века, на медицинских

факультетах университетов в Падуе и Генуе.

 Правда, в 1578 г. в результате настойчивых требований со стороны

группы немецких студентов, обучавшихся в Падуе, клинические демонстрации в

госпитале Св. Франциска были возобновлены в этом году Венецианский сенат,

курировавший Падуанский университет, назначил двух в недалеком прошлом

выпускников этого университета Альбертино Боттони (Bottoni Albertino.? –

1596) и Марко дельи Одии (Marco, Mario, degli Oddy – 1526-1592 г.) на

должности профессоров практической медицины для проведения занятий у

постели больного в городском госпитале [15]. Боттони взял на себя обходы со

студентами и клинические разборы больных, лежавших в мужской палате

госпиталя, Одди – в женской [12].

 Однако, даже несмотря на то, что это была не частная инициатива

профессора, а вполне официальное решение руководителей университета еще при

жизни Одди и Боттони стали раздаваться жалобы со стороны университетской

профессуры, что преподавание в госпитале будто бы отвлекает студентов от

посещения других лекций. Поэтому неудивительно, что после их смерти в 90-х

годах XVI столетия практические формы обучения в Падуе оказались вновь

выведены за рамки университетского этапа подготовки врачей, а на базе

университетской клиники возникла практическая медицинская школа «Schola de

parbus et urinus» [5].Вместе с тем идея привлечения больного, с целью

обучения студентов медицинских факультетов университетов не погибла. Даже

тех нескольких десятилетий, в течении которых Монтано, Одди и Боттони вели

занятия у постели больного, оказались достаточно для появления сторонников

такого метода преподавания практической медицины. В Падуе им не удалось

закрепиться достигнутых позиций, но они нашли понимание и поддержку в

университетах протестантской Голландии.

 Заключение

 В позднее средневековье институт госпиталей окончательно утрачивает

свою функцию жертвы Господу, свое "сакральное достоинство", и те

социокультурные феномены, которые можно было бы обозначить современными

понятиями "здравоохранение" и "социальная забота", в целом приобретают

общественный статус или, точнее, утрачивают свой религиозный характер.

 Врачевание тоже окончательно становится делом людей светских —

профессиональных врачей, получающих теоретическую подготовку на медицинских

факультетах университетов, и разного рода лекарей, цирюльников, "бродячих

медиков", владеющих не только умением изготавливать всевозможные

"чудодейственные" бальзамы и микстуры, но и определенной суммой позитивных

знаний и опыта, что позволяет удалить больной зуб, вскрыть нарыв, принять

роды, пустить кровь и т. п.

 Медицина средневековой Европы не была бесплодной. Она накопила

большой опыт в области хирургии, распознавания и предупреждения

инфекционных болезней, разработала ряд мер противоэпидемического характера;

возникли больничная помощь, формы организации медпомощи в городах,

санитарное законодательство и т. д. В результате развития экономики созрели

условия для коренных преобразований в сфере идеологии, культуры и

естественных наук, начало которым было положено эпохой Возрождения.

 Список литературы

 1. Клиническая медицина. 1998. 76. С.62-66

 2. История средневековой медицины Киев. 1893. 1 т. Ковнер

 3. Проблемы соц. гигиены и истории медицины.

 2000. №4. С. 55-58; 2000. №5.с.55-59; 2000.№6.с.57-61

 4. Проблемы соц. гигиены и истории медицины. 1997. №1. С. 56-60

 5. Российский медицинский журнал. 1996. №2. С.55-58

 6. «История медицины» Л. Менье, Гос. Изд. 1926 Москва, Ленинград

 7. «История медицины. Избранные лекции» Ф.Б. Бородулин Медгиз 1961,

 Москва

 8. Большая медицинская энциклопедия, Глав. Ред. Б.В. Петровский. Изд. 3-е

 [в 30-ти т.] М., «Сов. энциклопедия», 1980. Т. 14 Медицина - Меланоз.

 496 с. с илл., 16 л. вкл.

-----------------------

[1] Angenendt A. Das Fruhmittelatter. Die abendlandishe Christenheit von

400 bis??????????????‰????????????????†???????????

 900. – Stuttgart u. a., 1990 – S. 196 - 200

[**Скачать**](http://referats.5-ka.ru/50/34130/34130.zip) | [**Найти похожие документы**](http://referats.5-ka.ru/alike/34130.html)