

История медицины и медицинской географии в Российской империи

Под редакцией
Елены Вишленковой
и Андреаса Реннера

Москва
«ШИКО»
2021

УДК 94
ББК Рг
И 90

Исследование выполнено в рамках международного исследовательского проекта «На суше и на море: история медицинской географии в Российской империи (1770—1870)» при поддержке Российского научного фонда (№ 19-48-04110) и фонда Deutsche Forschungsgemeinschaft.

Рецензенты:

Владимир Олегович Щепин — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва)

Роланд Цветковски — доктор исторических наук (Кёльн)

И41 **История медицины и медицинской географии в Российской империи** / Под редакцией Е. А. Вишленковой и А. Реннера. М.: Шико, 2021. 388 с.: ил

В книге представлены результаты изучения истории российской медицины (1770—1870) сквозь призму производства географических знаний. Читатель узнает о трудностях врачебной службы, о международных наймах медиков, о замыслах медицинских бюрократов, о медико-биологических интерпретациях климата и ландшафта, морских карантинах, медицинской статистике, эпидемиях и местных болезнях, о судебной медицине, врачебных сообществах и практиках лечения. Первая часть описывает организационные условия для проведения в России медико-географических исследований. Она включает административную инфраструктуру, врачебную профессию и научные общества как условия производства и места знания. Во второй части — «Медицинские исследования пространства» — рассказывается о климатических и эпидемических теориях, которые стимулировали в европейской медицине географические исследования, а также об алгоритмах подобных исследований и их результатах в России. Читатель узнает, как следует читать таблицы заболеваемости, сделанные в XIX веке, а также составленные на их основе карты. И в последнем разделе — «На суше и на море: лоскутное одеяло российской медицины» — собраны кейсы, демонстрирующие разнообразие форм здравоохранения и медико-географических проблем в различных частях Российской империи: в степи, на Крайнем Севере, на военном судне и в «западном крае».

Книга рассчитана на читателей, интересующихся историей медицины и географии, историей Российской империи, а также студентов медицинских и гуманитарных специальностей.

ББК Рг

ISBN 978-5-907348-20-2

© Коллектив авторов, 2021

The book was prepared within the project ‘On Land and Sea: Medical Geography in the Russian empire (1770—1870)’ (№ 19-48-04110) supported by Russian Science Foundation and Deutsche Forschungsgemeinschaft

Reviewers:

Vladimir Schepin — Dr. of medical sciences, Professor, Correspondent-member of Russian Academy of Sciences (Moscow)

PD Dr. *Roland Cvetkovski*, Köln

History of Medicine and Medical Geography in the Russian Empire / Ed. by Elena Vishlenkova and Andreas Renner. Moscow: Shiko, 2021. 388 pp.: ill

This book looks at the history of Russian medicine between 1770 and 1870 through the prism of the production of geographical knowledge. Contributions explore topics such as the challenges of medical service, the international recruitment of physicians, the plans of medical bureaucrats, bio-medical interpretations of climate and landscape, maritime quarantines, medical statistics, epidemics and local diseases, naval medicine, medical communities, and treatments of diseases. The first section, “Research Infrastructure”, examines the organization of medical and geographic research in Russia. It focuses on the conditions of production and sites of knowledge, such as the state medical agencies, professional structures, and scientific societies. The second section, “Medical Research on Space”, describes the climatic and epidemic theories that stimulated geographic research in European medicine, as well as how these paradigms were transferred and interpreted in Russia. It includes an examination of nineteenth-century morbidity tables and the maps made from these statistics. The final section, “On Land and at Sea: The Patchwork of Russian Medicine”, collects case studies on different parts of the Russian Empire — the steppes, the far North, on warships or in the Western borderlands. These studies highlight the diversity of health care services and medical problems and how health and sickness were intertwined with geographical conditions.

With its focus on topics at the intersection between multiple disciplines, the book offers insights into the history of medicine and geography and provides a new perspective on the history of the Russian Empire.

ISBN 978-5-907348-20-2

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы книги	6
От редакторов (<i>Е. А. Вишленкова, А. Реннер</i>)	8
Исследовательские намерения	8
Российская медицинская география как исследовательский объект	15
О непредсказуемости результатов	20
Часть 1. Инфраструктура здравоохранения и науки	26
Государственные институции (<i>Е. А. Вишленкова, С. Н. Затравкин</i>)	29
Морские карантинные (<i>Е. А. Вишленкова, С. Н. Затравкин</i>) ...	51
Врачебная служба (<i>С. Н. Затравкин, З. С. Гатина, Е. А. Вишленкова, А. Реннер</i>)	63
Медицинские общества (<i>В. А. Яковенко, Е. А. Вишленкова, Е. А. Лисицына</i>)	112
Часть 2. Медицинские исследования пространства	139
Болезни и окружающая среда в европейских медицинских теориях (<i>А. Э. Афанасьева</i>)	139
Медико-топографические описания России (<i>З. С. Гатина, Е. А. Лисицына, Е. А. Вишленкова, В. А. Яковенко</i>)	162
Медицинская статистика и карты (<i>С. Н. Затравкин, Е. А. Вишленкова</i>)	216
Часть 3. На суше и на море: лоскутное одеяло российской медицины	255
Медицина западного края (<i>В. А. Яковенко, Е. А. Вишленкова, С. Н. Затравкин</i>)	255
Медицинская география Казахской степи (<i>А. Э. Афанасьева</i>)	283
Медицина на военных судах (<i>Е. А. Лисицына</i>)	299
Медицина в холодном климате: цинга на Северном морском пути (<i>А. Реннер</i>)	323
Указатель имен	345
Архивы	355
Литература	356

CONTENTS

Contributors	6
From the Editors (<i>E. A. Vishlenkova, A. Renner</i>)	8
Research Aims	8
Medical Geography in Russia as a Research Object	15
Unexpected Results	20
Part 1. Research infrastructure	26
State Institutions (<i>E. A. Vishlenkova, S. N. Zatravkin</i>)	29
Maritime Quarantine (<i>E. A. Vishlenkova, S. N. Zatravkin</i>)	51
Physician's Service (<i>S. N. Zatravkin, Z. S. Gatina, E. A. Vishlenkova, A. Renner</i>)	63
Medical Societies (<i>V. A. Yakovenko, E. A. Vishlenkova, E. A. Lisitsyna</i>)	112
Part 2. Space in Medical Research	139
Diseases and Environment in European Medical Theories (<i>A. E. Afanasyeva</i>)	139
Medico-topographical Descriptions of Russia (<i>Z. S. Gatina, E. A. Vishlenkova, E. A. Lisitsyna, V. A. Yakovenko</i>)	162
Medical Statistics and Maps (<i>S. N. Zatravkin, E. A. Vishlenkova</i>)	216
Part 3. On Land and at Sea: the Patchwork of Russian Medicine	255
Medicine in the Western Borderlands (<i>V. A. Yakovenko, E. A. Vishlenkova, S. N. Zatravkin</i>)	255
Medical Geography of the Kazakh Steppe (<i>A. E. Afanasyeva</i>)	283
Medicine on Warships (<i>E. A. Lisitsyna</i>)	299
Medicine in Cold Climate: Scurvy on the Northern Sea Route (<i>A. Renner</i>)	323
Index of names	345
Archives	355
Bibliography	356

АВТОРЫ КНИГИ

Афанасьева Анна Эдгардовна — кандидат исторических наук, доцент, ведущий научный сотрудник ИГИТИ им. А. В. Полетаева, факультет гуманитарных наук НИУ «Высшая школа экономики»

Вишленкова Елена Анатольевна — доктор исторических наук, профессор, главный научный сотрудник ИГИТИ им. А. В. Полетаева, факультет гуманитарных наук НИУ «Высшая школа экономики»

Гатина Зарина Салидаровна — кандидат исторических наук, научный сотрудник кафедры российско-азиатских исследований Мюнхенского университета Людвига-Максимилиана

Затравкин Сергей Наркизович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко, главный научный сотрудник ИГИТИ им. А. В. Полетаева, факультет гуманитарных наук НИУ «Высшая школа экономики»

Лисицына Елена Александровна — научный сотрудник кафедры российско-азиатских исследований Мюнхенского университета Людвига-Максимилиана

Реннер Андреас — профессор, руководитель кафедры российско-азиатских исследований Мюнхенского университета Людвига-Максимилиана

Яковенко Владислав Алексеевич — аспирант и стажер-исследователь ИГИТИ им. А. В. Полетаева, факультет гуманитарных наук НИУ «Высшая школа экономики»

CONTRIBUTORS

Afanasyeva Anna Edgardovna — Candidate of Sciences in History, Associate Professor, Senior Research Fellow at the Poletaev Institute for Theoretical and Historical Studies in the Humanities (IGITI), Faculty of Humanities, HSE University

Vishlenkova Elena Anatolevna — Doctor of Sciences in History, Professor, Chief Research Fellow at the Poletaev Institute for Theoretical and Historical Studies in the Humanities (IGITI), Faculty of Humanities, HSE University

Gatina Zarina Salidarovna — Candidate of Sciences in History, Lecturer and Research Fellow at the Ludwig Maximilian University of Munich

Lisitsyna Elena Aleksandrovna — Lecturer and Research Fellow at the Ludwig Maximilian University of Munich

Renner Andreas — Professor and Chair of Russian-Asian Studies at the Ludwig Maximilian University of Munich

Zatravkin Sergey Narkizovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Research Fellow at the National Semashko Research Institute for Public Health, Moscow, Chief Research Fellow at the Poletaev Institute for Theoretical and Historical Studies in the Humanities (IGITI), Faculty of Humanities, HSE University

Yakovenko Vladislav Alekseevich — Doctoral Student and Research Assistant at the Poletaev Institute for Theoretical and Historical Studies in the Humanities (IGITI), Faculty of Humanities, HSE University

ОТ РЕДАКТОРОВ

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ НАМЕРЕНИЯ

С начала XVIII века царское правительство создавало государственную медицинскую службу с помощью специалистов, подготавливаемых за рубежом и — все чаще — в России. Им поручались лечение раненых на полях имперских сражений, работа в больницах, борьба с эпидемиями, их профилактика, а также популяризация гигиены. Кроме того, врачи отвечали за производство и распространение медицинских знаний: они руководили коллегами, обучали студентов и обеспечивали медицинскую экспертизу на всех уровнях управления.

Лицензированные государством медики получали эксклюзивные права на лечение, в отличие от прочих лекарей, не прошедших через экзамены. Они обладали административно-дисциплинарной властью на военной и гражданской службе. Постепенно врачи превратились в прочную опору динамично развивавшейся империи¹. «Медицинский факультет», как называли официально зарегистрированных медиков в России XVIII — начала XIX века, рос быстрее, чем остальная государственная бюрократия.

Историки объясняли значимость государственной медицинской службы в Российской империи двумя факторами. Врачи играли решающую роль и занимали довольно привилегированное положение в «регулярном полицейском государстве» Петра Великого. Их задачи не ограничивались оказанием медицинской помощи; они были призваны укреплять военную и гражданскую организацию империи в рамках усилий по рационализации контроля над торговлей и другими видами общественной деятельности². Таким образом, медики становились опорой власти в силу своего положения внутри российской служилой элиты. Однако, в отличие от многих других представителей этой группы, элитный статус они обрели не

¹ Renner A. *Russische Autokratie und Europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010; Vishlenkova E. *The State of Health: Balancing Power, Resources, and Expertise and the Birth of the Medical Profession in the Russian Empire // Ab Imperio*. 2016. № 3. P. 55—56; Sambuk D. *Wächter der Gesundheit: Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich, 1762—1831*. Köln: Böhlau Verlag, 2015.

благодаря знатному происхождению, а в результате специализированного (хотя и не всегда академического) обучения.

Врачи (и особенно медики с университетским дипломом) имели с гражданскими и военными служащими высшего ранга еще одно сходство: они были выходцами из разных регионов Российского государства и были высоко мобильны в пространстве трансконтинентальной растущей империи. Их постоянно — особенно в первые годы службы — направляли и затем переводили в отдаленные места и поселения³.

Впрочем, оба этих объяснения их особенности не вполне удовлетворительны. Первое фокусируется не столько на вкладе врачей в управление империей, сколько на самом раннемодерном государстве и его стремлении к регулированию. А второе описывает последствия организации российской службы, которые, опять же, не были специфическими для медицины. Наша книга предлагает новый взгляд на историю медицины в России, обращаясь к обязанностям и трудностям врачей и их представлениям о долге перед властями, наукой и пациентами.

Заявив о теме медицинской географии, мы не собирались создавать интеллектуальную историю научной дисциплины. Концепция медицинской географии служила нам в качестве ключа для раскодирования ценностей и изучения практик медицинской службы в Российской империи. Такой подход оказался возможным благодаря тому, что создание и изучение имперской географии входило в служебные обязанности медиков. Постепенно эта деятельность стала основой для формирования их профессиональной идентичности. Она играла ключевую роль в том, как понималась их научная и административная компетентность. Всем своим исследовательским опытом мы убеждались, что вклад врачей в строительство и поддержание империи заключался не в диагностике людей, а в диагностике самой империи, в изучении ее природных и социальных ландшафтов, их влияния на жителей. Для многих россиян медицинская география оказалась инструментом познания и осознания имперской гетерогенности.

Безусловно, она не была специфически российской концепцией, а являлась продуктом межимперского дискурса. Начиная с Гиппократов и заканчивая современными геомедицинскими исследованиями влияния

² *Raef M. The Well-Ordered Police State and the Development of Modernity in Seventeenth- and Eighteenth-Century Europe: An Attempt at a Comparative Approach // American Historical Review. 1975. Vol. 80. № 5. P. 1221—1243; Wakefield A. The Disordered Police State. German Cameralism as Science and Practice. Chicago: University of Chicago Press, 2009.*

³ *Renner A. Progress through Power? Medical Practitioners in Eighteenth-century Russia as an Imperial Elite // Acta Slavica Iaponica. 2009. Vol. 27. P. 29—54; Вишленкова Е. А., Гатина З. С. «Изложить предмет сциентифически»: русские врачи и их полевые исследования (первая половина XIX в.) // Российская история. 2015. № 3. С. 154—169.*

окружающей среды на здоровье, медицина обращалась к основным вопросам географии: «Где?» и «Почему там?». Врачи учитывали местоположение и историю передвижения своих пациентов, прежде чем поставить диагноз и назначить лечение; географические знания использовались для прогнозирования и профилактики заболеваний⁴. Общеизвестно, что окружающая среда способна как исцелять недуги (например, водами горячих источников), так и вызывать или усугублять болезни (через радиоактивное воздействие или дефицит пищи). Названия таких болезней, как малярия (известная ранее под именем «болотная лихорадка»), «речная слепота» или морская болезнь, отражают их пространственное происхождение.

В то время как «воздух, воды и местности» из трудов Гиппократы были сосредоточены на природных факторах заболеваний, просвещенческая география болезней приобрела более четкое социально-антропогенное измерение. Врачи стали рассматривать вопросы медицинского обслуживания, условий труда и жизни, а также применять географические и, в частности, метеорологические методы для изучения местностей⁵. Эти переменны происходили на фоне стремления государств и империй Нового времени к непрерывному наблюдению и усилению контроля над своими территориями с помощью рациональных методов и систематических знаний⁶. Сочетание административных и медицинских целей привело к интенсивным сравнительным исследованиям на местном, региональном и международном уровнях. При этом знания и концепции, а также сами врачи (теоретики и практики) перемещались через границы государств и империй.

Итак, научные методы, социальные факторы, территориализация управления, сравнительная перспектива и циркуляция знаний ознаменовали рождение медицинской географии в строгом смысле слова. В середине XIX века к ним добавилась медицинская картография. Производство и распространение санитарных карт было ускорено развитием новой технологии печати, но прежде всего они были продуктом исследований в области медицинской географии. Подобно знаменитой карте холеры в Лондоне Джона Сноу, каждая карта показывала происхождение и распространение одной болезни. Эти образы расцвеченной территории не были про-

⁴ *Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н.* История и философия медицины. Научные революции в медицине XVII—XXI вв. М., 2020.

⁵ *Valencius C. B.* Histories of Medical Geography // *Medical History, Supplement: Medical Geography in Historical Perspective*. 2000. Vol. 44. P. 3—28; *Barrett F. A.* Disease and Geography: The History of an Idea. Toronto, Ontario: Geography Department, York University, 2000.

⁶ *Valencius C. B.* Histories of Medical Geography. P. 12; применительно к России: *Sunderland W.* Taming the Wild Field. Colonization and empire on the Russian steppe. Ithaca, New York: Cornell University Press, 2006. P. 64—67.

стой визуализацией статистических данных. Они создавали двухмерные нарративы о патогенах, людях и окружающей среде, которая препятствовала или способствовала их контакту⁷.

Медицинская география укрепила союз, складывавшийся в раннее Новое время между модернизирующимися европейскими государствами (империями) и врачами. Их общей целью было систематическое изучение болезней — старых и новых, в заморских колониях или ближайших казармах. Это было необходимо, чтобы сдерживать их распространение и предотвращать эпидемические вспышки. Идея о том, что источники болезни могут быть уничтожены через воздействие на природу (путем осушения болот или строительства просторных городов), гармонировала с оптимистическим духом эпохи. Таким образом, врачи внесли вклад в просвещенческий проект усовершенствования среды, даже если были беспомощны в борьбе с новыми болезнями⁸.

Как и Просвещение в целом, медико-географическая перспектива имела утилитарную и патерналистскую стороны. Одной из главных целей было обретение сведений, необходимых для морских и сухопутных военных операций, установление дисциплинарных режимов на военных кораблях и в госпиталях, обеспечение безопасной торговли. Поэтому медико-географические аргументы заняли видное место в правилах гигиены — будь то официальные инструкции, карантинные правила или советы в популярных изданиях.

Медико-географические сведения оформились в топографические нарративы, статистические таблицы и карты. Они служили инструментами для измерения, контроля и характеристики пространства. В то время как санитарные карты начали распространяться только в середине XIX века, сбор количественных данных и составление медицинских топографий были налажены уже в XVIII столетии.

Статистика заболеваемости позволяла имперским бюрократам лучше понимать местные ситуации, сравнивать их, определять «здоровые» и «нездоровые» зоны в Европе и мире, использовать эти знания для управления страной, распределения ее ресурсов (создания поселений, размещения войск, строительства дорог, организации карантинных). С годами статистика стала математизированной и превратилась в самостоятельный вид документации⁹. Ее становилось все труднее понимать неподготовленному читателю. В контраст этому топографические тексты не требовали

⁷ Koch T. *Cartographies of Disease. Maps, Mapping, and Medicine*. Redlands: ESRI Press, 2005. P. 1.

⁸ Riley J. C. *The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease*. New York: St. Martin's Press, 1987; Jordanova L. J. *Earth Science and Environmental Medicine // Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences / Eds L. J. Jordanova and R. Porter*. Chalfont St. Giles: British Society for the History of Science, 1979.

специальных знаний. Они показывали совокупность факторов, влияющих на качество среды: от природных условий до социальных и политических институтов и действий человека¹⁰.

Первую попытку преодолеть узкую географическую ориентацию топографий предпринял прусский медик и профессор Леонард Людвиг Финке (1747—1837). Он уверял, что составил мировую карту болезней¹¹, и предложил термин «медицинская география», который понимал как систему знаний¹². Он связал географическое распределение болезней с особенностями местной окружающей среды. Финке определял свой предмет как совокупность всего, что стоит знать о территории с медицинской точки зрения: ее топографию, качество пищи и воды, образ жизни населения и, не в последнюю очередь, превалирующие болезни и доступную медицинскую помощь. Конечную цель исследований он видел в объяснении взаимосвязи и взаимодействия этих элементов. Его понимание медицинской географии сейчас бы назвали методом социального и культурного анализа, позволяющим объяснять, сравнивать и (по крайней мере, потенциально) критиковать состояние дел в любой стране или регионе с медицинской точки зрения¹³.

Книга Финке «Опыт общей медико-практической географии», опубликованная в 1792 году, провозгласила международную исследовательскую программу. Хотя в XIX веке термин «медицинская география» использо-

⁹ *Nikolow S.* Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit. «Kurvenlandschaften» in Gesundheitsausstellungen am Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland // *Infografiken, Medien, Normalisierung. Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften* / Hsg. U. Gerhardt, J. Link, E. Schulte-Holtey. Heidelberg: Synchron. S. 223—241; *Idem.* Statistische Bilder der Bevölkerung in den großen Hygieneausstellungen als Wissensobjekte // *Das Konstrukt «Bevölkerung» vor, im und nach dem «Dritten Reich»* / Hsg. J. Reulecke. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005. S. 476—488.

¹⁰ *Eyles J., Woods K. J.* The Social Geography of Medicine and Health. London: Routledge, 2016. P. 28; см. интересные кейс-стади медицинских топографий: *Brügelmann J.* Observations on the Process of Medicalization in Germany, 1770—1830, Based on Medical Topographies // *Historical Reflections*. 1982. Vol. 9. № 12. P. 131—149; *Сигал Б. С.* Первые медико-топографические описания в России // *Вопросы гигиены*. 1949. № 1. С. 175—208.

¹¹ Исследователям не удалось обнаружить эту карту. См. об этом: *Barrett F. A.* Finke's 1792 Map of Human Diseases: The First World Disease Map? // *Social Science & Medicine*. 2000. № 50. P. 915—921.

¹² *Rosen G.* Leonhard Ludwig Finke and the First Medical Geography // *Science, Medicine and History. Essays on the Evolution of Scientific Thought and Medical Practice written in Honour of Charles Singer* / Ed. E. Ashworth Underwood. London; New York: Oxford University Press, 1953. P. 186—193.

¹³ *Finke L. L.* Versuch einer allgemeinen medicinisch-practischen Geographie: worin der historische Theil der einheimischen Völker- und Staaten-Arzneykunde vorgetragen wird. Leipzig: Weidmannsche Buchhandlung, 1792. S. XXII—XXIV.

вали только немецкие и французские медики, тем не менее во всем мире врачи и географы активно изучали социальные и экологические условия появления болезней. Когда Финке писал свой труд в Пруссии, британские медики занимались исследованием Индии, а в США члены недавно основанного Коллежда врачей Филадельфии изучали медицинскую географию Нового Света¹⁴.

В течение столетия между 1770-ми и 1870-ми годами медико-географические исследования были особенно популярны. Они так и не выкристаллизовались в стройную систему знаний. Однако, как мы полагаем, они создали мост от «традиционной» гуморальной патологии к бактериологической парадигме «современной» медицины. Размытость концепции медицинской географии была хорошо совместима и с неогиппократизмом XVIII века, и с лабораторной медициной, которая отнюдь не сбрасывала со счетов географические факторы в объяснении причин и механизмов микробных инфекций.

Таким образом, это понятие не является обозначением конкретного периода в истории медицины, но служит переходом между двумя эпохами. В то же время оно связало медицинских экспертов, работавших в разных странах или перемещавшихся между ними. Наконец, важно отметить, что в конце XVIII века ни медицина, ни география не имели четко очерченных дисциплинарных границ (обычно натуралисты с академической степенью имели медицинское образование). Но в течение рассматриваемого столетия обе дисциплины постепенно превратились в «современные» науки. С развитием глобальных исследований здоровья в конце XX века медицинская география была переоткрыта, хотя и под другим названием.

До сих пор исследователи медицинской географии фокусировались на XX веке или на заморских колониях¹⁵. Однако медицинская география в ее классический период — во время бума нозографических и топографических описаний, начиная с эпохи Финке и заканчивая гумбольдтовскими картами болезней первой половины XIX века, — является легитимной частью европейской истории. Между тем ее значение для Европы уделяется очень мало внимания, а о ее роли в Российской империи ничего не говорится¹⁶. Можно предположить, что так произошло потому, что Россия плохо вписывается в модели дисциплинарных режимов заморских коло-

¹⁴ *Mitman G., Numbers R. L. From Miasma to Asthma: The Changing Fortunes of Medical Geography in America // History and Philosophy of the Life Sciences. 2003. Vol. 25. P. 393.*

¹⁵ *Bunnell J. E., Finkelman R. B., Centeno J. A., Selinus O. Medical Geology: a Globally Emerging Discipline // Geologica Acta. 2007. Vol. 5. № 3. P. 273—281; Emch M., Root E. D., Carrel M. Health and Medical Geography. New York: The Guilford Press, 2017; Imperial Medicine and Indigenous Societies / Ed. D. Arnold. Manchester: Manchester University Press, 1988.*

ний, которыми руководствовались ревизионисты конца XX века (в частности, историки британской и французской имперской медицины).

Она не упоминается и в более традиционных «героических» рассказах о «белых» врачах, несущих медицинский прогресс «не-белым» народам «низших», но опасных окраин¹⁷. По-видимому, одна из причин такого игнорирования — трудности ее определения в качестве колониальной империи. По мере того как росли границы Российской империи в Евразии, контраст между имперским центром и зависимыми территориями становился все более размытым.

Мы предполагали, что, несмотря на отличия, в России, как и в других странах, медицина была одним из инструментов империи и медицинская география в рассматриваемый период представляла собой руководство к использованию этого инструмента. Только опыт убеждал нас в том, что здесь все было не просто. Именно поэтому нас интересовали многоуровневые контактные зоны, определяемые физически или метафорически, в которых представители имперского центра взаимодействовали с местными культурами, создавали новые знания и представления об империи, которой они служили¹⁸.

Итак, в социальной истории российской медицины, как на Западе, так и в самой России, концепт медицинской географии до сих пор остается «белым пятном». Незученных аспектов истории медицинской географии гораздо больше, чем мы здесь указали и чем можно рассмотреть в одной книге. Наша цель была скромная: мы сосредоточились на малоизученном периоде становления медицинской географии и намеревались вписать Россию и медико-географическое знание о ней в аналитические рамки, разработанные историками имперской медицины¹⁹.

¹⁶ *Valencius C. B. Histories of Medical Geography*. P. 13—14; *Rupke N. A. Humboldtian Medicine // Medical History*. 1996. Vol. 40. P. 293—310; *Gilbert E. W. Pioneer Maps of Health and Disease in England // The Geographical Journal*. 1958. Vol. 124. P. 172—183; *Фельдман Е. С. Очерки истории медико-географического картирования в связи с развитием идеи медицинской географии // Доклады отделений и комиссий Географического общества СССР*. Л., 1968. С. 69—70.

¹⁷ *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on western medicine and the experience of European expansion / Eds R. MacLeod and M. Lewis*. London: Routledge, 1988; *Chakrabarti P. Medicine and Empire: 1600—1960*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2014; *Afanasyeva A. Russian Imperial Medicine: The Case of the Kazakh Steppe // Crossing Colonial Historiographies / Eds A. Digby, W. Ernst, P. B. Mukharji*. Newcastle: Cambridge Scholars, 2010. P. 57, 65—66.

¹⁸ *Chakrabarti P. Medicine and Empire: 1600—1960; Healers and Empires in Global History. Healing as Hybrid and Contested Knowledge / Eds M. Hokkanen and K. Kana-noja*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan, 2019; *Новая имперская история постсоветского пространства / Ред. И. Герасимов, С. Глебов, А. Каплуновский*. Казань, 2004; *Afanasyeva A. Russian Imperial Medicine: the Case of the Kazakh Steppe*.

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ КАК ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ОБЪЕКТ

Единственное на данный момент монографическое исследование по истории российской медицинской географии было опубликовано в 1993 году под эгидой Географического общества СССР²⁰. Учитывая, что его автор, географ А. Н. Марковин, издал первую статью по этой теме в 1961 году, а в 1963 году он ушел из жизни, понятно, что, несмотря на дату издания, это исследование конца 1950-х — начала 1960-х годов²¹.

Проведя огромную архивную работу по поиску рукописей, Марковин не сформулировал объекты изучения и специфические методы медицинской географии. Он не искал ее локальную специфику, не увязал ее развитие с медицинскими теориями. Книга представляет собой историю рождения многочисленных текстов врачей о географических объектах. По всей видимости, такой беспроblemный подход позволял не только Марковину, но и иным советским историкам удревять прошлое любой российской науки, в том числе медицинской географии. Чем неопределеннее были ее границы, тем больше было шансов найти ее присутствие в прошлом. Многие из найденных Марковиным рукописей не являются специфически медицинскими или даже научными. Это отчеты участников академических экспедиций XVIII века, записи врачей о любых путешествиях — по служебным заданиям, для научных стажировок, во время отпуска (вакаций) или для ревизии (визитаций). Благодаря им Марковин густо насытил повествование о науке русскими именами.

Трудности шивки большого лоскутного одеяла из отдельных текстов-кейсов видны в натяжках и перегибах нарратива Марковина. Например, вопросник архиатра П. З. Кондоиди и его задание доктору В. Я. Гевитту описать условия пребывания русского гарнизона в крепости Кизляр (1755) превратило его в родоначальника системных медико-географических исследований и автора первой программы научных исследований. А иностранные авторы медико-топографических сочинений XVIII века предстали «по существу своему русскими учеными». Канонизированные в советской науке оппозиционные мыслители (А. Н. Радищев, Н. Г. Чернышевский, А. И. Герцен) обрели роль методологов географических исследований врачей.

¹⁹ Эти намерения мы сформулировали не только в заявке на грантовую поддержку, но и в англоязычной статье: Afanasyeva A., Renner A., Vishlenkova E. Medical Geography in Tsarist Russia: A Transnational Concept at the Service of the Empire, 1770—1870 // *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. 2021. № 4 (forthcoming).

²⁰ Марковин А. П. Развитие медицинской географии в России. СПб., 1993.

²¹ Он же. Исторический очерк развития отечественной медицинской географии // Географический сборник. 1961. Т. 14. С. 14—28.

Создав из архивных и журнальных находок совокупность медицинских текстов о поселениях, Марковин заметил, что они весьма неравномерно покрывают территорию империи и что на ее карте остались большие белые пятна. Анализируя прошлое из ретроспекции, историк утверждал, что причиной тому были ведомственная разобщенность имперской медицины и отсутствие единого министерства здравоохранения. По его мнению, административный дефицит, ликвидированный в советские времена, привел к разножанровости и фрагментарности медико-топографических описаний в Российской империи. И это же обстоятельство осложняет работу историков, вынужденных собирать медицинскую географию (то есть тексты медицинских чиновников) из архивов различных ведомств.

Считая медицинскую географию частью географических наук, Марковин испытывал трудности в демонстрации расцвета этой науки. История физической географии была на тот момент хорошо разработанной. Ее создатели выявили точные методы работы имперских геодезистов и военных топографов, показали, что уже в первой половине XIX века была достигнута унификация языка картографического описания, появились карты, сделанные с использованием технических инструментов и с максимальной информацией о местности, было получено непрерывное картографическое изображение территории империи. По сравнению с ними, тексты врачей о поселениях выглядели любительскими зарисовками, попытками судить о географических объектах на основании субъективных наблюдений за изменениями природы, ландшафта и климата. С точки зрения истории географии врачебные исследования не были научными и точными даже для своего времени. Поэтому Марковину пришлось рассматривать их как предтечу научной географии.

Изучение синхронных с исследованиями Марковина публикаций убедило нас в том, что стремление национализировать медицинскую географию (выделить специфически «русскую» ее часть) и представить ее разделом общей географии не было его изобретением. В Советском Союзе был политический запрос на исторические репрезентации науки. В раннесоветский период от историков ждали показа рождения «советской науки», а в послевоенной стране запрос трансформировался в понятие «русская наука». История медицины развивалась в русле этих же тенденций²².

В первом издании «Большой медицинской энциклопедии» (1928—1936), задуманном Н. А. Семашко как свод нормативных медицинских

²² Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Принципы советской медицины: история создания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 3. С. 491—498; *Zatravkin S., Vishlenkova E. A Ghost Textbook on the History of Medicine: A Case Study of the Legacy of a Stalinist Scholarly Canon // European Education. 2020. Vol. 52. № 3. P. 257—270.*

знаний, эпидемиолог Д. К. Заболотный рассматривал медицинскую географию как аналог *патологической географии* («краевой патологии») или *нозогеографии*²³. В 1920-е годы это направление медицинских исследований было самым важным для страны, страдающей от внутренней войны, голода и болезней. В те годы спасительная помощь от зарубежных стран и врачей побудила россиян создать площадку для взаимодействия — Международное общество географической патологии (1929). Большевики поддержали эту инициативу медиков, поскольку борьба с эпидемиями рассматривалась как задача на выживаемость нового политического строя. Для мониторинга ситуации нужны были статистические таблицы и нозо-географические карты, которые считались целью медицинской географии. Исходя из понимания ее как науки о распространении болезней, Заболотный утверждал, что ее расцвет пришелся на конец XVIII и первые две трети XIX веков, а основателями считал Августа Хирша и Жана Будена.

До времени выхода второго издания «Большой медицинской энциклопедии», то есть за тридцать лет с 1928 по 1958 год, в советской медицине произошли резкие перемены. Политические катаклизмы 1930-х годов, ознаменовавшиеся массовым террором и голодом, война с фашистской Германией, послевоенная реконструкция страны ослабили актуальность медико-географических исследований. Ослаблению интереса также способствовали изменения в объеме и структуре медицинского обучения. Открыв десятки вузов с сокращенным сроком обучения врачей, власти получили армию «красных» медиков, не приобщенных к исследовательской работе и естественно-научным концепциям²⁴.

На рубеже 1940—1950-х годов удар по академическим сообществам естественников нанесли кампании по борьбе с космополитизмом и «павловские сессии». В ходе них насаждался приоритет открытий, сделанных русскими и советскими учеными, обличалось низкопоклонство перед Западом, был заклеямен компаративистский метод. Радикальный идеологический поворот заставил историков переписывать прошлое медицинских дисциплин, насыщать их русскими именами, вычищать в них имена мировых ученых и камуфлировать обоснованный ранее разрыв между советской и имперской наукой. В связи с этим в историях естественных наук (в том числе в книге Марковина) обосновались имена так называемых революционных демократов²⁵. Они придавали имперской науке флер оппозиционности и служили мостом между двумя эпохами в ее развитии.

²³ Заболотный Д. К. География медицинская // Большая медицинская энциклопедия. 1-е изд. М., 1929. Т. 6. С. 621—626.

²⁴ Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Шерстнева Е. В. «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // *Quaestio Rossica*. 2020. Vol. 8. № 2. С. 330.

²⁵ Сигал Б. С. Первые медико-топографические описания в России.

Борьба с космополитизмом соединилась с кампанией против вейсманизма. В ходе нее была поставлена под сомнение зависимость здоровья от природных и социальных факторов. На «павловских сессиях» и последовавших за ними судах чести были табуированы все интерпретации взаимодействий организма и окружающей среды, кроме одной — «павловско-мичуринской». В ней воплощался научный оптимизм социальных конструктивистов, утверждавших возможность изменения организма через изменение условий среды. Доминирующее место географических и социальных факторов, которое было в раннесоветской географической патологии и социальной гигиене, теперь занял абстрактный «способ производства материальных благ». Политическая экономия, а также социальная и экономическая география стали науками об изменениях среды. Логично было этим же специалистам поручить мониторинг территорий с точки зрения здоровья населения, уровня здравоохранения, развития медицинской науки и образования.

Новый тренд зафиксирован во втором издании «Большой медицинской энциклопедии» (1958). Географы Т. Болдырев и Т. Безденежных утверждали, что медицинская география есть изучение закономерностей распространения болезней человека в различных географических зонах земного шара²⁶. Однако, в отличие от медика Заболотного, для них география не была застывшей поверхностью для фиксации динамики болезней. Это в домодерные времена, утверждали они, болезни шли по одним и тем же тропам торговли и войны. Теперь же люди сталкиваются с изменчивой зависимостью эпидемий и географических факторов: международные связи, массовые миграции, экологические изменения привели к переменам в локализации заболеваний.

В послевоенной номенклатуре наук медицинская география сместилась в область экономической и социальной географии (специальность 11.00.02). В 1954 году в Географическом обществе СССР была создана Комиссия медицинской географии, позже преобразованная в Отделение медицинской географии (выпускало реферативный журнал «Медицинская география»). В 1960 году в Иркутске в Институте географии Сибири и Дальнего Востока СО АН СССР был учрежден сектор медицинской географии. Аналогичный сектор был создан в Институте географии АН в Москве и в 1971 году в Тихоокеанском институте географии во Владивостоке.

Таким образом, Марковин, приступивший к исследованию истории медицинской географии в конце 1950-х годов, следовал этим тенденциям в постсталинской науке. Основная их суть сводилась к совмещению соглашений, рожденных в ходе идеологических кампаний 1940-х годов, со сциентизацией социальных наук. В версии Марковина медицинская гео-

²⁶ Болдырев Т., Безденежных Т. География медицинская. Большая медицинская энциклопедия. 2-е изд. М., 1958. Т. 6. С. 865.

графия была русской наукой, родившейся вместе с Российской империей, а ее назначение он видел во врачебной экспертизе территорий с целью определения степени их пригодности для проживания и освоения.

Географическая институционализация повлияла не только на условия производства, но и на содержание медико-географического знания. Теперь специфика данной дисциплины определялась в основном методами тематического картографирования. Советские географы разработали теорию природных предпосылок болезней; договорились о принципах и способах медико-географического районирования и прогнозирования; определили специфику медико-географического понимания пространства и контрастности условий в различных регионах; создали понятие «медико-географическая комфортность территории». Постепенно такую тематику стали называть *медицинское ландшафтоведение*. В новой дисциплине объектом изучения были не отдельные поселения, а целые географические регионы (особенно не заселенные людьми) — ландшафты.

Наряду с географическими институтами отделы медицинской географии существовали в медицинских институтах. Однако и здесь медицина была прикладной по отношению к географии. Так же как в позднеимперские и раннесоветские времена, географические интересы советских медиков укладывались в рамки зонтичной дисциплины *нозогеография*, или *географическая патология*. Там было разработано учение о природной очаговости и ландшафтной эпидемиологии трансмиссивных болезней; концепция адаптивных типов популяций; учение о геосистемах. Медики создавали патологические панорамы регионов, разрабатывали экологическую физиологию человека (особенно аборигена и переселенца), в рамках которой изучали влияние климатических и ландшафтных факторов на функции организма.

В 1977 году Е. И. Игнатъев и Н. К. Соколов — авторы статьи в третьем издании «Большой медицинской энциклопедии» — определили географическую медицину как «отрасль географии и медицины, изучающую природные и социальные факторы и условия на отдельных территориях с целью выявления их влияния на состояние здоровья населения»²⁷. Данная дисциплина виделась комплексом пограничных наук, таких как медицинская климатология, медицинская паразитология, медицинское ландшафтоведение, медицинская картография, географическая патология, географическая гигиена, географическая эпидемиология. Исходя из этого, авторы представляли ее прошлое как цепочку инициатив российских врачей по созданию медико-топографических, статистических, физических, эпидемических описаний городов, сел, крепостей, портов, уездов и губерний Российской империи. Тогда они считали, что за XIX век было создано бо-

²⁷ Игнатъев Е. И., Соколов Н. К. Географическая медицина // Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М., 1977. Т. 5. С. 271.

лее 300 таких текстов. Этот поиск и подсчет продолжил Марковин. Он обнаружил более 8000 медико-географических сочинений. И хотя рукопись Марковина не была издана, кажется, что после него никто из советских историков к этой теме не обращался.

В ходе перестройки произошло радикальное переформатирование медицинской географии в России. Она вернулась в медицину и снова стала транснациональной дисциплиной. Это превращение Золушки в принцессу было облегчено тем, что падение железного занавеса разгерметизировало советскую науку, открыло исследователям доступ к мировой литературе и научным коммуникациям. В 1990-е годы на международных конгрессах зазвучали результаты медицинских исследований Русского Севера, степей, Дальнего Востока.

В новой ситуации у российских медико-географов появилась потребность в рефлексии над прошлым, настоящим и будущим своей науки, над методами и объектами ее изучения. В сборнике статей «Руководство к медицинской географии» (1993) она представлена как интегральная дисциплина и даже как мировоззрение, система взглядов на проблемы здоровья (своего рода «философия человека»). Постсоветским реформаторам значение медико-географического знания виделось глобально — в оздоровлении мировой среды обитания людей и животных. Протагонисты предлагали назвать модернизированную медицинскую географию *саноэкология* — наука об экологии здоровья, а изучаемое географическое пространство считать санозеосистемой²⁸.

Тогда же усилиями коллег была издана рукопись А. П. Марковина. И хотя книга появилась в перестроечной России, ее рассказ из другого времени. Она повествует о дисциплине, которая существовала в Советском Союзе в 1950—1960-е годы. Ее границы и сущность не совпадали ни с постсоветской медицинской географией, ни с наукой с таким самоназванием в имперской России. Но если исследовательский подход Марковина сейчас архаичен, то как мы можем иначе концептуализировать столь изменчивый объект исследования и написать историю столь гибридной науки? Этот вопрос стоял перед нами в начале проекта.

О НЕПРЕДСКАЗУЕМОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Когда в 2017 году мы задумали международный исследовательский проект, то назвали его «На суше и на море: история медицинской географии в Российской империи (1770—1870)». Но когда при поддержке Рос-

²⁸ Прохоров Б. Б. Положение медицинской географии в системе наук // Руководство по медицинской географии / Ред. А. А. Келлер, О. П. Щепин, А. В. Чаклин. СПб., 1993. С. 29.

сийского научного фонда и Deutsche Forschungsgemeinschaft мы его завершили, то переназвали полученные результаты в «Историю российской медицины и медицинской географии в Российской империи (1770—1870)». Собрав вместе рукописи участников проекта и все предваряющие их публикации, мы обнаружили, что имеем дело с нетрадиционной, но все же *историей*, а не со специфической областью географии. В то же время ее изучение в пространственном измерении и через географию позволило нам увидеть то, что при институциональном подходе было неочевидно.

В учебниках, энциклопедиях и научных публикациях история российской медицины подается читателю как часть истории государства. Она включает следующие обязательные элементы повествования: намерения — то есть политика здравоохранения и созданные под это институции; исполнители намерений — медицинские администраторы, врачи, средний и младший медицинский персонал; эффективность политики, в которой читателя убеждают статистика заболеваемости, смертности, количество учебных и лечебных учреждений, медиков. Эта триада создана отнюдь не историками. В данном случае исследователи воспроизводят бюрократическую логику, отразившуюся в государственном делопроизводстве. С разными вариациями по ней организованы архивы Прусского королевства, Австрийской, Французской, Российской империи. В этой логике верховная власть и правящая бюрократия являются инициаторами модернизации и выражают интересы подданных. Соответственно, канцелярии, а потом архивы вбирали себя тексты, зафиксировавшие инициативы бюрократов, процедуры распределения ответственности и отчеты об исполнении. Обычно такая институциональная матрица стремится к сопоставлению исследуемой политической системы и ее эффективности с предшествующей и с современными ей соседними системами. Поэтому в институциональной истории всегда есть показ развития (или эволюция) и элементы соревновательности/сравнения. Соответственно есть передовые (по количественным показателям) страны и отстающие, но развивающиеся относительно самих себя и своего прошлого.

В данном исследовании мы изменили угол зрения: сместили пристальный взгляд с текстов самоописания государственных ведомств на практики их взаимодействия с пространством и жителями страны. Это тоже политическая, социальная история и история науки, но взятые в пространственном измерении. В ходе исследования мы не раз убеждались в истинности давней сентенции — географические особенности многое определяли в российской жизни, в том числе развитие медицины.

Традиционная для историко-медицинских штудий институциональная перспектива оказалась для нас не вполне пригодной еще и потому, что не позволяла ответить на вопрос: почему общее для многих европейских монархий XVIII—XIX веков стремление познать собственную страну в медико-географическом отношении было реализовано в них в разной степе-

ни и дало разные результаты? В соседних с Россией странах того времени были медицинские коллеги; в целом ряде государств были медицинские чиновники; почти все они имели сходную научную подготовку. Гораздо больше оснований для объяснения различий в медицинской культуре этих стран дает изучение инфраструктурных возможностей.

На макроуровне расширяющееся пространство было целью, но также и бременем для российской монархии. Захват или присоединение новых земель служили свидетельством силы и успеха. При этом сразу возникали трудности их освоения, в том числе обеспечения жителей медицинской помощью. На микроуровне такое пространство воздействовало на индивидуальное сознание врача. В отличие от частнопрактикующих врачей Британии, которые принимали пациентов в частных домах или в кабинете, российские лекари (казенные по большей части) ездили по селениям своих многочисленных полиэтнических пациентов, преодолевая при этом большие расстояния и превратности погоды. Судя по воспоминаниям и письмам в Медицинский совет, двигаться им приходилось по разбитым дорогам, переправляясь через реки, проживая на постоянных дворах и почтовых станциях. И далеко не всегда они получали компенсацию дорожных расходов. Этот пространственный опыт и опыт многолетнего взаимодействия с местными жителями оказался важен для формирования идентичности русского врача, что проявилось в национальной идентификации всей врачебной профессии.

Что касается медико-географических исследований, то, судя по всему, не российские бюрократы были инициаторами усилий, которые прилагали тысячи российских врачей по изучению поселений и «земель». Кажется, у правительственных и министерских чиновников не было априорной заинтересованности в медицинской экспертизе пространства. Конечно, правители всегда хотели узнать пределы и ресурсы своей земли, но не ее медико-биологические особенности. Такой интерес породили западные естествоиспытатели и профессора медицинских кафедр. Среди них основатель медицинской географии Леонард Финке, создатели медицинской полиции Петер и Йозеф Франки, географ и климатолог Александр Гумбольдт, немецкий эпидемиолог, создатель патологической географии Август Хирш. Это они и им подобные ученые смогли убедить европейских политиков в том, что врачи могут раскрыть связь между климатическими особенностями и ландшафтом, с одной стороны, и заболеваемостью/ смертностью (то есть потерями государства в человеческих ресурсах) — с другой. И сделали они это с помощью статистики, докладов научных обществ и публикаций. В результате сформированного интереса бюрократы разных уровней и стран захотели системных медицинских знаний о географических факторах для улучшения управления и сохранения/ приумножения населения. На это были направлены совместные усилия медицинских чиновников и управленцев почти во всех европейских империях.

Как показывает наше исследование, российские бюрократы декларировали намерение развивать медицину, но плохо с этим справлялись в силу довольно простого государственного устройства, скудости финансовых ресурсов, отсутствия на многих участках империи устроенных дорог, почты, связи, медицинских учреждений. Но, несмотря на явные дефициты и тяготы, российские выпускники медицинских школ (выходцы из социально низких слоев) были им благодарны. Взамен проявленной заботы правительственные чиновники хотели от медиков не столько «сохранения и умножения народа», сколько помощи в управлении им, а также практических знаний о пространстве империи. Этим интересом, надеждами, социальным воображением и этосом служения поддерживались многолетние исследования и стимулировалось создание медико-географических знаний о российских локальностях.

Создав международный коллектив из исследователей России и Германии, мы намеревались изучать тексты медико-топографических описаний и историю их создания. Однако довольно скоро наше исследование вышло за пределы герменевтики. В поисках интенций и результатов медико-географических исследований мы погрузились в архивы Астрахани, Вильнюса, Владивостока, Казани, Москвы, Нижнего Новгорода, Санкт-Петербурга, Риги. В них хранятся документы врачебных управ, медицинских советов морских, военных и гражданских министерств, карантинных служб, статистических комитетов, личных фондов врачей. Мы сопоставили управленческий опыт российского, баварского и прусского правительств, сравнивали наблюдения колониальных врачей Британской империи и российских лекарей.

Никто из нас не предполагал, что через полтора года после запуска нашего проекта мир будет парализован пандемией. Когда это произошло, участники нашей группы уже не только исследовали карантинные, медицинскую статистику, борьбу с эпидемиями, но и страдали от них. Оказавшись в стесненных карантинными запретами условиях, мы перешли от индивидуальной работы к лабораторному типу проекта, в котором виды занятости определяются возможностями участников. В эти годы часть наших коллег работала в чуть приоткрытых и периодически пропускающих посетителей архивах, часть — изучали научную литературу, делали таблицы и обрабатывали санитарные карты. Именно поэтому почти все разделы данной книги и многие статьи написаны в соавторстве. Вынужденная мера дала эффект и стала потребностью. Лабораторный тип исследовательской работы позволил не только обучать в связке профессор—аспирант, но и учиться всем друг у друга, узнавать исследовательскую культуру наших стран. В заявке мы писали о намерении исследовать переплетенную историю медицины разных империй, а реальность создала из нас переплетенный российско-немецкий коллектив исследователей.

Целый ряд поставленных в заявке вопросов и выдвинутых гипотез нам пришлось отвергнуть или пересмотреть. Так, мы хотели узнать, что делало российскую медицину имперской, а ответили на вопрос, как она стала национальной. Проект начинался с матричной гипотезы о наличии научного трансфера с Запада на Восток. Мы искали понятия и теории, а также каналы, по которым они транслировались и затем адаптировались в России. Но оказалось, то, что мы изучаем, вряд ли можно представить как линейное движение, даже если и двустороннее. Мы имеем дело с единым европейским рынком медицинских интеллектуалов, которые отправлялись на службу туда, где им были рады и где были готовы платить за их знания и службу. Изучая движение идей, мы обнаружили разрывы в коммуникациях, увлечение псевдонаучными медицинскими теориями, тупиковые ветви в развитии медицины. Иногда незнание или «отставание» оборачивалось консервативным преимуществом медиков.

И даже сама медицинская топография предстала в нашем исследовании неким историческим аналогом алхимии, заслуга которой была прежде всего в том, что она породила химию — в нашем случае географическую патологию с концепцией природно-очаговых зон. Врачи Российской империи не смогли с помощью медицинской топографии определить причины эпидемий и дать простой совет бюрократам, как защитить страну от смерти. Но зато они смогли своими глазами увидеть и показать в текстах, таблицах и картах пространство Российской империи, превратить его в научно описанную территорию, представить местное население как локальный вариант европейской нормы.

Первый раздел — «Инфраструктура здравоохранения и науки» — разделен на несколько сюжетов: административные институты, карантин, врачи и научные общества. Мы не ставили задачу дать исчерпывающее историческое описание данных сюжетов. Они рассматриваются как организационные условия для проведения медико-географических исследований. В разделе «Медицинские исследования пространства» показаны климатические и эпидемические теории, которые стимулировали в европейской медицине медико-географические исследования, а также алгоритмы подобных изысканий и их результаты в Российской империи. Читатель узнает, как следует читать статистические таблицы и сделанные на их основе санитарные карты. И в последнем разделе — «На суше и на море: локутное одеяло российской медицины» — собраны кейсы, убеждающие в том, как по-разному была устроена медицина в Российской империи: в степи, на Крайнем Севере, на корабле, в «западном крае». Это позволяет понять, почему так различалось локальное медико-географическое знание, почему так трудно экстрагировать из него бюрократическое знание (универсальное по своей сути) для управления всей империей.

Завершив исследование, мы хотели объяснить читателям, почему за это столетие в России было создано столько программ для единых меди-

ко-топографических описаний и ни одна не была реализована? Почему выходило такое количество указов о регулярном сборе статистических данных, но так и не было издано комплексное медико-статистическое описание Российской империи? Почему такая масса медико-топографических замеров, наблюдений и текстов не позволила сделать медико-географическую карту или атлас России? И наконец, как российские чиновники определяли, какие соседние государства здоровые, а какие являются источниками заражения для империи?

Мы благодарим всех коллег, кто нам помогал и консультировал. Всех архивистов и библиотекарей, кто нам способствовал. Мы благодарим наших детей и супругов, которые поддерживают нас в разные времена. В проекте принимали участие в качестве научных ассистентов аспиранты и студенты Мюнхенского университета и НИУ «Высшая школа экономики»: Руслан Сергеевич Митрофанов, Александр Алексеевич Леонтьев, Ольга Константиновна Охотникова, Кристофер Дэкер, Амели Биримиза, Юлия Захарова, а также сотрудник Государственного архива Российской Федерации Илья Олегович Бутенко. Мы благодарим всех их за помощь в проведении исследования, в организации семинаров, конференций и онлайн-встреч, за создание и поддержание сайта, за подготовку книги к изданию.

Часть 1

ИНФРАСТРУКТУРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАУКИ

Изучая медико-топографические описания и историю статистических исследований в России XVIII—XIX веков, мы столкнулись с феноменом, который по аналогии с фильмом Гарольда Рамиса называли «день сурка»²⁹. Не завершив и не получив результаты долгосрочных исследовательских проектов, российские бюрократы как будто много раз начинали их сначала, обнуляя все ранее сделанное. И снова выходил указ, требовавший от лекарей проводить изучение территорий и жителей, своевременно отсылать тексты исследований начальству. И вновь разрабатывались инструкции, вопросники, программы для проведения замеров и наблюдений. Опять говорилось о необходимости точных цифр для управления. Особенно это заметно в первой трети XIX века. В связи с этим нам стало интересно узнать, что происходило внутри бюрократических инстанций, занимавшихся управлением медицинскими делами? Готовых ответов в исследовательской литературе мы не обнаружили. История здравоохранения пишется в России как история совершенствующейся системы, а не налаживающих ее людей. Неудовлетворенность побудила нас приступить к неоинституциональному по своей сути исследованию того фрагмента государства, который занимался медицинскими делами.

А еще мы столкнулись с плохо объяснимой асимметрией медико-географических исследований. Судя по карантинным донесениям, информация посланников о вспышках заболеваний в разных странах и портовых городах опиралась на непроверенные слухи и отнюдь не числовые данные. К тому же о некоторых местах и странах Министерство иностранных дел (МИД) получало сведения постоянно, а о целом ряде больших географи-

²⁹ Что бы главный герой ни делал в течение дня, он просыпался на следующий день опять в прошедшем дне и начинал все сначала.

ческих объектов не знало почти ничего. И внутри страны российские врачи описывали одни и те же кусочки империи, при этом многие ее пространства оставались белыми пятнами. Вряд ли таким был заказ власти, вряд ли так распределялись исследовательские интересы врачей. Недоумение побудило нас изучать состояние врачебной профессии не с точки зрения ее статуса или социального состава (как делали наши предшественники), а выясняя научную подготовку, распределение по стране и обеспечение лекарей средствами для исследовательской работы.

Наконец, изучая архивы, мы видели, что столичные бюрократы были постоянно недовольны качеством и регулярностью медико-географических текстов. Собрание законов Российской империи изобилует указами с угрозами в адрес всегда виноватых медицинских чиновников. В связи с этим стало понятно, что без реконструкции организационных условий и инфраструктуры медико-географических исследований нам не обойтись.

Сегодня изучение инфраструктур (истории их создания, использования, ремонта и восприятия) ведется специалистами из многих областей социо-гуманитарного знания и ради разных целей. Ими давно уже занимаются не только историки экономики, но также этнографы и антропологи, причем представители названных трех наук работают с этим исследовательским объектом по-разному. Стремление этнографов типизировать, найти универсальное для «западных», «европейских», «колониальных» инфраструктур или для умозрительного «глобального Юга»³⁰ оспаривается исследователями с антропологической ориентацией. В отличие от этнографических обобщений, их подход номиналистичен и этим близок нам. Он сосредоточен на изучении локальностей, их пределов, отличий, а не на инфраструктурных идеалах³¹. Благодаря такому подходу антропологи показали, что, например, южные города руинированы, их инфраструктуры неполные, самодельные или полностью отсутствуют, а инфраструктуры экономически развитых городов Европы, как правило, невидимы и функционируют незаметно, пока в них не случаются неполадки. Соответственно, состав и практики взаимодействия людей с ними имеют ситуативный характер.

Подобным образом мы смотрим на мозаичную картину истории российской медицины, собранную из смальты архивных и опубликованных свидетельств врачей, бюрократов и иногда пациентов. В этих свидетельствах нас интересовали ситуации, в которых происходило взаимодействие медиков с инфраструктурными элементами или дефицитами. И поскольку в центре нашего изучения находились медико-географические исследо-

³⁰ Star S. L. The Ethnography of Infrastructure // *American Behavioral Scientist*. 1999. № 43. P. 377—391.

³¹ Larkin B. The Politics and Poetics of Infrastructure // *Annual Review of Anthropology*. 2013. № 42. P. 327—343.

вания, то из всего разнообразия организационных, человеческих и технических условий мы выбрали для описания в данном разделе четыре объекта:

- 1) высшие государственные институции, которые занимались медико-географическими вопросами и определяли способы их решения;
- 2) карантинную систему, которая аккумулировала международную информацию о вспышках заболеваний в соседних государствах и портовых городах;
- 3) исследовательскую сеть, то есть ученых-медиков, способных и предназначенных проводить исследования;
- 4) научные общества и издания, на площадках которых разрабатывались программы исследования и перерабатывались эмпирические наблюдения.

Наша инфраструктурная оптика может быть уязвимой, но она довольно гибкая. Ее можно перенастраивать³². Например, в тех разделах книги, где объектом изучения выступает Российская империя или имперская медицина, медико-географические знания сами предстают не продуктом, а инфраструктурным элементом в их организации, а также в формировании политического воображения современников, в их ментальной географии.

С точки зрения инфраструктурных возможностей и дефицитов российской ситуацию интересующего нас времени можно обозначить следующими крупными мазками. Поселения, отрезанные климатическими невзгодами или ландшафтными преградами от сообщений с губернскими центрами. Плохая питьевая вода, требующая очистки и дорогостоящей прокладки труб. Потребность в городской канализации, для устройства которой следовало поднять фундамент домов и которая требовала освоения новых технологий и бюджетных средств. Почтовое отправление или книга, стоимость которых нередко превышала месячное жалование начинающего медицинского чиновника. Барометры и термометры, которые уездному врачу надо было где-то и как-то приобрести на собственные средства в условиях Дальнего Востока, Кавказа или Сибири. И если во врачебных управах и в военных госпиталях не было положенных по весьма скромному штату лекарей, а оставшиеся занимались всем сразу (судебной полицией, обследованием рекрутов, кладбищ, рынков, лечением пациентов, борьбой с эпидемиями и составлением огромного количества отчетов), то проведение длительных наблюдений за природой и жителями оказывалось для врачей-исследователей под большим вопросом.

³² *Simone A. People as Infrastructure // Public Culture. 2004. Vol. 16. № 3. P. 407—429.*

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ИНСТИТУЦИИ

Придя к власти, Екатерина II ликвидировала ранее существовавшую и корпоративно управлявшуюся Медицинскую канцелярию, а заодно и должность архиатра. Вероятно, это было сделано для того, чтобы избавиться от свидетеля дворцового переворота — директора канцелярии Я. Ф. Монсея. Он был отправлен в отставку «по слабости здоровья» и вскоре возвращен на родину, в Шотландию. Учрежденная в 1763 году Медицинская коллегия управлялась русскими сановниками, но, кроме президента, остальные ее члены имели медицинские дипломы западных университетов: три доктора медицины, лекарь, оператор (то есть хирург), аптекарь и ученый секретарь. Основная их служба проходила в лечебных заведениях, а два раза в неделю по два часа они заседали в Коллегии и получали за это небольшое денежное вознаграждение.

В российских исследованиях встречается утверждение, что участие в Коллегии позволяло иностранцам договариваться и защищать себя от конкуренции россиян³³. Возможно, что так представил положение дел возглавивший Коллегию в 1793 году барон А. И. Васильев. Это обвинение позволило ему расширить состав заседателей за счет российских подданных. В 1799 году Коллегия была укрупнена, обрела широкие административные полномочия, а служба в ней для врачей стала штатной. По поручению российского правительства коллежские члены вели исследования народной медицины, собирали рецепты для создания отечественной фармации, издавали медицинскую, в том числе учебную, литературу, управляли лечебными заведениями, сертифицировали импортные лекарства, снабжали империю выпускниками госпитальных школ и иностранными медиками, разрабатывали меры борьбы с эпидемиями.

Целый ряд решений Коллегии содействовал профессионализации медицинской деятельности. Столичный физикат и московская медицинская контора получили инструкции с описанием служебных обязанностей. Были реорганизованы госпитальные школы и созданы два отделения Медико-хирургической академии. В каждой губернии были учреждены врачебные управы, состоящие из инспектора, акушера и оператора³⁴. Подобно шведским и прусским провинциальным коллегиям³⁵, российские управы были подчинены столичной Коллегии. И хотя обученных врачей для всех

³³ Палкин Б. Н. Реформы в области организации медицинского дела в России в конце XVIII века // Советское здравоохранение. 1981. № 3. С. 67—70.

³⁴ Об учреждении медицинских управ. 19 января 1797 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 24. № 17743. С. 287—296.

³⁵ Медицинской коллегии в Швеции подчинялись все провинциальные врачи. Санитарная и Медицинская коллегии в Пруссии управляли провинциальными коллегиями. В 1799 году они были объединены в Берлинскую обер-коллегию.

34 губерний тогда не нашлось, а члены управ едва справлялись с возложенными на них обязанностями, тем не менее Россия обрела сеть государственной гражданской медицины, которая охватила все пространство страны. Такая административно-территориальная организация позволяла в случае опасности (эпидемии) мобилизовать силы и знания разных специалистов.

Российские историки медицины высоко оценивают эффективность Коллегии. Авторы коллективной монографии «История здравоохранения в дореволюционной России» (2014) утверждают, что она была «первым в мире министерством здравоохранения»³⁶. Но если она и была министерством, то весьма камерным. А в ходе министерской реформы 1803 года данную Коллегию влили в более крупные управленческие структуры.

Медицинская экспедиция

Исследователи считают, что изменение статуса Медицинской коллегии произошло по предложению М. М. Сперанского, который ориентировался на опыт Пруссии³⁷. Там, после конфликта между берлинскими профессорами и членами Обер-коллегии (они много лет не могли договориться о правилах лицензирования врачебной деятельности³⁸), *Obercollegium Medicum et Sanitatis* была ликвидирована. Вместо нее при Министерстве внутренних дел была создана Депутация медицинских служб (*Deputation für das Medizinalwesen*) — высшая медицинская инстанция в Прусском королевстве³⁹.

Российский министр не упоминал об этом опыте соседней монархии, а обосновывал решение о ликвидации самоуправления ученых врачей намерением построить в России благоустроенное государство. «Молодые друзья императора» активно использовали для разработки реформ арсенал западных политических концепций и понятий. Написавший текст доклада Сперанский опирался на предложения основателей камералистики и идеологов *Polizeistaat*, на «новую науку» Дж. Вико, впервые сформулиро-

³⁶ Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX вв.) / Ред. Р. У. Хабриев. М., 2014. С. 34.

³⁷ Becker E. M. *Medicine, Law and the State in Imperial Russia*. Budapest; New York: Central European University Press, 2011. P. 36.

³⁸ Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. М., 1998. С. 107.

³⁹ Bitschnau I. J. *Vom Leben und Sterben. Untersuchungen zu den Folgen der preußischen Gesundheitspolitik in der Rheinprovinz im 19. Jahrhundert*. Phil. Dr. diss. Köln; 2011. S. 102.

вашего понятие «государственного интереса» и необходимость «политической диагностики»⁴⁰.

Министр убеждал монарха в том, что, в силу слабости российских медицинских школ и неразвитости медицинской сферы, правительству надо взять на себя ответственность за здоровье и умножение подданных, а также управление «врачебным сословием». Речь в данном случае шла о сотнях иностранных специалистов, приглашенных на российскую службу, а также об их российских учениках. Термин «сословие» министр использовал впервые и намеренно. В документах екатерининской эпохи вместо него употреблялся термин «медицинский факультет».

Приехавшие в Россию из разных стран врачи не могли сформировать «факультетское» самоуправление. Они могли получить лишь привилегированное место в чиновной структуре или пространство для частной практики. Коллегия была государственной институцией, члены которой назначались правительственными сановниками. В силу отсутствия «факультета» правительство брало на себя заботу о создании специальных школ и развитии медицинских наук⁴¹. В версии Кочубея бюрократический контроль представлялся временной, стимулирующей развитие медицинского сословия мерой.

Чтобы убедить императора в правильности такого пути государственного строительства, министр представил исторический обзор медицинского управления в империи, основанный на документах Аптекарского приказа. Дефект Медицинской коллегии виделся ему в примитивном соединении хозяйственной, административной и экспертной функций. Кочубей предложил отдать первые две канцеляристам, а научные дела — врачам.

Исходя из этого, медицинская экспедиция в Министерстве внутренних дел («экспедиция государственной медицинской управы», чаще называемая «медицинская экспедиция») обрела два отделения. Директором всей экспедиции был назначен сановник с юридическим образованием, барон Б. Б. Кампенгаузен⁴². А работой ученого отделения руководил доктор медицины и хирургии, бывший член Медицинской коллегии Н. К. Карпинский. «Для дел усовершенствования медицинской части и прочих предметов с ней сопряженных» в МВД был создан «медицинский совет» из врачей «знанием и общим управлением отличных»⁴³.

⁴⁰ *Struever N. S. Rhetoric, Modality, Modernity.* Chicago: University of Chicago Press, 2009. P. 60.

⁴¹ О присоединении дел медицинской коллегии к ведомству департамента внутренних дел... 31 декабря 1803 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 27. № 21105. С. 1109.

⁴² Там же. С. 1113.

⁴³ Там же. С. 1102.

Медицинский совет

В момент основания Совета кандидатуры в него предложил Кочубей, а в дальнейшем предполагалось, что советники сами будут кооптировать авторитетных коллег. Ученым секретарем с 1802 года и вплоть до смерти в 1823 году служил профессор Ф. К. Уден. Его помощником все эти годы был доктор Ф. Я. Свенке. В заседаниях участвовали президент Петербургской медико-хирургической академии Я. В. Виллие, госпитальные доктора и преподаватели хирургии Г. П. Ореус и Е. К. Валериан. В Медицинский совет вошли почти все члены упраздненной Коллегии (доктор Г. В. Аш, профессор Г. И. Базилевич, хирурги Н. К. Карпинский и Я. О. Саполович, доктор И. Г. Еллизен, штаб-лекари С. С. Андреевский, И. И. Виен и И. К. Каменецкий⁴⁴) и некоторые иностранные профессора Петербургской медико-хирургической академии.

Среди участников заседаний Совета могли быть и доктора, жившие в Петербурге, а также иногородние специалисты, участвовавшие в работе совета заочно. Последние, будучи по «казенной нужде» в Санкт-Петербурге, могли прийти на заседание Совета. Кроме них, предполагалось приглашать «корреспондентов», то есть разбросанных по просторам империи медиков. Им можно было участвовать в обсуждении, но не разрешалось голосовать. Члены Совета выбирали на три года «декана»⁴⁵. Управляющий медицинской экспедицией посещал заседания Совета, но не мог вмешиваться в их ход, влиять на принятые решения и участвовать в голосовании⁴⁶.

Открывая первое заседание, ученый секретарь Совета профессор Ф. К. Уден объяснил коллегам статус их собрания. В отличие от Коллегии, Совет рассматривался правительством как своего рода научное общество без административной власти⁴⁷. В ведение этого совещательного органа входили оценка исследовательских сочинений российских врачей, их рецензирование («разбор»), популяризация медицинских открытий и знаний через журналы и периодические издания на русском языке, «суждение» о трудных случаях лечебной практики, присуждение наград и ученых званий⁴⁸. На практике обязанности Совета были намного шире: они постоянно дополнялись поручениями министра. Например, в 1808 году советники должны были сделать таблицу для презентации медико-

⁴⁴ Кроме умершего в 1802 году Г. И. Базилевича и директора медико-инструментального завода Я. О. Саполовича.

⁴⁵ Первыми деканами Медицинского совета были бывшие члены Медицинской коллегии доктора Г. В. Аш (1805—1807) и Е. К. Валериан (1809—1810).

⁴⁶ О присоединении дел медицинской коллегии. С. 1111.

⁴⁷ *Моисеев А. И.* Медицинский совет Министерства внутренних дел. Краткий исторический очерк. СПб., 1913. С. 6—7.

⁴⁸ О присоединении дел медицинской коллегии. С. 1112.

топографических сведений, которую предполагалось разослать уездным и городским врачам⁴⁹. На каждом заседании ученый секретарь делал доклад о текущих проблемах, а каждый член Совета «представлял на уважение сделанные им примечания». Затем проводились коллективные обсуждения.

Архив Медицинского совета создает много трудностей для исследователей. Как выяснилось в 1826 году, Уден складировал делопроизводство Совета у себя дома и не занимался его организацией. После его смерти доктор медицины Ф. Я. Свенке сложил все рукописи, протоколы и отчеты в огромные хронологически организованные связки⁵⁰. Судя по ним, в первое десятилетие советники занимались в основном проверкой поступавших от врачебных управ сообщений о болезнях и разбором доставшихся от Коллегии научных сочинений, особенно медико-географического характера. Для министра Совет готовил обзоры мировых научных открытий⁵¹.

Что касается всей экспедиции, то, продолжая нормативную работу Коллегии, она трудилась над карантинным уставом. Пожалуй, самой трудоемкой и эффективной оказалась ее активность по борьбе с нелегально практикующими врачами. Государственное разрешение на медицинскую практику в России выдавали Петербургская медико-хирургическая академия и ее московское отделение, университеты и, в некоторых случаях, врачебные управы. Но, несмотря на запреты и угрозы, в империи продолжали действовать лекари без дипломов и аттестатов. Для их выявления с 1809 года МВД стал выпускать реестр лицензированных врачей — «Российский медицинский список». Он ежегодно рассылался по аптекам для определения легитимности авторов поступивших рецептов. Аптекари были обязаны приобретать погодные издания Списка, а в течение года — еще и ежемесячные дополнения к нему. Под угрозой наказания владельцам вольных и казенных аптек запрещалось изготавливать лекарства по рецептам «шарлатанов». Соответственно, не попав в Медицинский список, врач лишался доступа к медикаментам и не мог лечить. Действие такой меры могло быть эффективным только при условии оперативного обновления информации. Это заставило медицинскую экспедицию наладить постоянно действующие коммуникации с медицинскими школами, аптеками и управами.

⁴⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Д. 33. Л. 1—1 об.

⁵⁰ РГИА. Оп. 4. Д. 33. Л. 19.

⁵¹ РГИА. Оп. 1. Св. 49. Д. 31.

Разделение на гражданскую и военную медицину

В августе 1805 года император утвердил новые предложения Кочубея — Сперанского по совершенствованию медицинского управления⁵². В докладе «О преобразовании медицинской части армии и флота» министр обосновал перевод лекарей, которые обслуживают флотских и армейских служащих, в военные министерства⁵³. Поскольку МВД отвечало за «внутренние дела» (то есть за статические административные единицы — уезды, губернии, города), то логично, считал он, чтобы врачебные управы не отвечали за службу тех лекарей, которые перемещаются вместе с военными частями по просторам империи и уходят за ее пределы.

Поскольку МВД не могло выдать военным министерствам положенных по штату медицинских чиновников, Кочубей предложил пересчитать потребности армии во врачах. В последний раз правительство составляло такие штаты в 1794 году из расчета один лекарь на военно-административное подразделение (дивизию, корпус или судно). При росте и усложнении армии штат военных лекарей увеличивался, и вместе с ним рос кадровый дефицит.

Правительство пыталось покрыть его привычным способом — через международные наймы. Для того, чтобы привлечь иностранных медиков российские власти оплачивали их услуги почти в три раза выше, чем выпускникам российских школ. Чтобы хоть как-то улучшить содержание российских лекарей, министр предложил сократить число вакансий в армии и распределить сэкономленные деньги среди реально служащих врачей.

Император согласился с его доводами. На получивших статус «военных» врачей был распространен целый ряд социальных льгот: им дали добавочное жалование, повысили пенсию, выдавали питание, старшим лекарям полагались денщики, амуниция и разъездные деньги, гарантировалось содержание вдовам и сиротам. Это уравнивало россиян в условиях военно-медицинской службы с врачами-иностранцами. На контрасте с бедственным положением гражданских врачей служба в армии стала гораздо выгоднее, что спровоцировало массовые переходы лекарей из отдаленных или многолюдных уездов в войска.

Для управления медицинскими чиновниками в военных министерствах и в Министерстве внутренних дел (МВД) были введены должности

⁵² Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк / Сост. В. С. Кручек-Голубов // Столетие военного министерства. 1802—1902 / Ред. Д. А. Скалон. СПб., 1902. Т. 8. Ч. 1. С. 15.

⁵³ О преобразовании Медицинской части по армии и флоту, 4 августа 1805 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 28. № 21866. С. 1153—1161.

генерал-штаб-докторов по гражданской части, армии и флоту. На них император назначил врачей по выбору министров. Министр внутренних дел предложил шотландца А. А. Крейтона, министр флота избрал англичанина И. Х. Рожерса, а министр военно-сухопутных дел забрал из МВД профессора Карпинского⁵⁴. Поскольку объем их полномочий был весьма широким, то для ведения делопроизводства им полагались помощники — генерал-штаб-лекари.

Организация военной медицины

Несмотря на только что сделанные назначения, в 1806 году Александр I приказал главнокомандующему в Санкт-Петербурге С. К. Вязмитинову усилить влияние на армию своего лейб-медика, шотландца Я. В. Виллие. Именно в связи с этим была введена новая должность — главный инспектор всей медицинской военной части. Виллие сам сформулировал свои обязанности и главной среди них назвал заботу о «пользе государства»⁵⁵. И, как показали последующие события и тексты, он не лукавил.

Накануне и особенно после войны 1812 года власть Виллие в армии была почти неограниченной: он утверждал все постановления по медицинской части, не подчинялся медицинской экспедиции и направлял свою корреспонденцию непосредственно министру или императору⁵⁶. Его внеположенность созданной системе породила двоевластие и противоречия. Чтобы снять их, в 1808 году экспедиция была преобразована в совещательный орган при инспекторе⁵⁷, а должности генерал-штаб-доктора и генерал-штаб-лекаря ликвидированы. Виллие добился эксклюзивно высоких окладов для служащих своей экспедиции, аргументируя это защитой от взяток. Таким образом, предпочтение было отдано личности, а не институции.

Виллие сыграл выдающуюся роль в истории российской медицины благодаря организаторским способностям и влиятельности личного врача трех российских императоров. Сын пастора, выпускник Эдинбургского университета, он получил в России опыт частной практики и служения в армейских частях. В 1790-е годы Медицинская коллегия присудила ему сначала ученое звание «доктора медицины», а затем — «доктора медицины и хирургии». При патронаже генерала А. И. Кутайсова он стал лейб-медиком Павла I и во время дворцового переворота констатировал его

⁵⁴ Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк. С. 18.

⁵⁵ Там же. С. 28.

⁵⁶ Там же. С. 27.

⁵⁷ Там же. С. 30.

смерть от апоплексического удара. Обретя большое доверие Александра I, Виллие сопровождал молодого монарха во время походов и однажды спас от плена в битве под Аустерлицем.

Покровительство императора создало условия для стремительной карьеры, наделило Виллие властью и финансовыми возможностями. Сконцентрировав власть в своих руках, он продемонстрировал монарху эффективность личной ответственности и уязвимость институциональных преобразований. Практически без участия министерских структур инспектор реорганизовал военно-полевую медицину. Согласно его плану, в каждой из армий работой военных врачей руководил генерал-штаб-доктор, в дивизиях — дивизионные штаб-лекари, в полках — полковые лекари. За работу госпиталей отвечал директор госпиталей, которому подчинялся главный комиссар, налаживавший работу развозных и подвижных госпиталей. Всеми аптеками занимался главный аптекарь. Вопреки желаниям Сперанского и Кочубея, эти назначения привели к скачку численности армейских врачей. К 1812 году, по неточным данным, в армии служили около 800—850 лекарей и 1000—1200 фельдшеров⁵⁸.

Действующая в режиме военной мобилизации, малочисленная экспедиция под руководством Виллие срочно составляла инструкции для лазаретов и госпиталей, рекрутских пунктов, обеспечивала военных врачей руководствами по полевой хирургии и фармакопеями, хирургическими инструментами («карманные наборы» и «полевые ящики»), создавала в армейских частях группы для переноски раненных.

Медицинские полномочия Министерства полиции

Объясняя Александру I логику модернизации, Сперанский назвал 1810 год вторым этапом министерской реформы. Тогда из «полу-устройства» министерств первого поколения статс-секретарь лепил подчиненную общей политической идее «государственную форму». Историк В. С. Парсамов не без оснований считает, что реформатор мечтал о создании в России «полицейского государства», в котором полиция будет охранителем законного порядка и в этом качестве станет заменой западных «аристократических сословий», противовесом монархической деспотии⁵⁹.

На этом этапе руководство врачебными управами было передано Министерству полиции. В силу особого его статуса, полицейские служащие находились над системой государственных органов и могли контролиро-

⁵⁸ *Горолевич И.* Медицинское обеспечение русской армии в войне 1812 года. URL: <http://www.proza.ru/2012/10/31/711> (Последнее посещение: 19.09.2021).

⁵⁹ *Парсамов В. С.* Михаил Михайлович Сперанский // Сперанский М. М. Избранное / Сост. В. С. Парсамов. М., 2009. С. 34.

вать любую ее часть. Гражданские врачи в идеологии этого ведомства должны были играть роль своего рода экспертов и агентов государственной модернизации. Их заключения определяли судебные решения, их осмотры решали судьбу рекрутов. Они должны были доносить о состоянии городов, рынков, кладбищ, тюрем⁶⁰, давать советы местным властям по сохранению здоровья и жизни населения.

Медицинскую экспедицию министр А. Д. Балашов переименовал в «департамент» и назначил его главой опытного в бюрократической службе Г. Г. Политковского⁶¹, под руководством которого началась разработка нормативных документов по стандартизации медицинской деятельности. В 1811 году появилась инструкция для уездных врачей⁶², и тогда же в управы поступили формуляры для заполнения актов вскрытий⁶³. Правда, изготовленные канцелярскими служащими формуляры оказались плохими, и в 1827 году их переделывали нанятые для этого врачи. А в отзыве на инструкцию для уездных врачей генерал-штаб-доктор Крейтон написал, что за такое жалование от лекарей нельзя требовать и половины прописанных в них обязанностей. Особенно много усилий служащие департамента приложили к составлению универсальных форм для медико-топографических описаний российских регионов и заполнения медико-физических ведомостей, полагая, что они помогут улучшить управление⁶⁴.

Для компетентного руководства управами Балашов завел под председательством сенатора А. У. Болотникова совет из медицинских и не-медицинских чиновников (директора медицинского департамента, генерал-штаб-докторов по военной, морской и гражданской части, двух «именитых врачей» и аптекаря⁶⁵). Члены Совета не были штатными сотрудниками полицейского министерства, но часть из них получали хорошее жалование⁶⁶. Как и в МВД, в этом Совете были ученый секретарь, переводчики (для врачей-иностранцев) и канцеляристы. Решения принимались голосованием. Если председатель департамента не имел медицинского образования, он не мог голосовать.

Функции и назначение Медицинского совета Министерства полиции несколько отличались от таковых его предшественника в МВД. Полицейский Совет занимался запросами на аптечное сырье и инструменты, мате-

⁶⁰ Например, см.: РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 16.

⁶¹ Общее учреждение министерств. 25 июня 1811 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 31. № 24686. С. 719.

⁶² РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 8.

⁶³ Шершавкин С. В. История отечественной судебно-медицинской службы. М., 1968. С. 78.

⁶⁴ РГИА. Ф. 1299. Оп. 1. Д. 265. Л. 77.

⁶⁵ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 22. Л. 4.

⁶⁶ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 62. Д. 25. Л. 25 об.

риалами следствий и заключениями судебных медиков, сочинениями по медицинской топографии, просветительскими сочинениями, «наставлениями медицинским чиновникам о единообразном лечении свойственных климату общих болезней», «изданием журнала опытной медицины» и анализом состава минеральных вод⁶⁷. Судя по этому перечню, врачебный совет в Министерстве полиции мыслился в качестве совещательного и контролирующего органа, который управлял «медицинским сословием» и обеспечивал страну лекарствами (на что выделялась хорошая часть бюджета). Он же отвечал за борьбу с эндемическими и эпидемическими болезнями.

Интересы корпоративные

Довольно скоро из-за беспомощности департаментских чиновников в Министерстве полиции выросло влияние канцелярии генерал-штаб-доктора — институции, формально подчиненной департаменту. Этому способствовала ее специализация на судебной и полицейской медицине — областях, которые требовали специальных, в том числе химических, знаний. С 1813 года к канцелярии перешло почти все делопроизводство по руководству врачебными управами. Подобно Виллие в армии, Крейтон решал все кадровые вопросы⁶⁸, а департамент превратился в дубликат его канцелярии. Так, не в силу постановлений или договоренностей, а через административную рутину в гражданскую медицину возвращался профессиональный контроль.

Однако, в отличие от своего соотечественника Виллие, Крейтон ощущал себя не столько представителем интересов государства, сколько защитником подчиненных ему уездных лекарей, больничных врачей и членов врачебных управ, то есть «факультета». Каждое свое послание к правительственным чиновникам он сопровождал описанием тяжелейших условий службы российских врачей. Одно из них датировано 1811 годом и порождено жалобой петербургских уездных врачей. Еще в 1808 году они сообщили в МВД, что помещики вызывают их для освидетельствования мертвых тел, найденных в имениях, для борьбы с эпидемиями, для лечения себя и домочадцев. Нередко лекарь преодолевал сотни верст, чтобы убедиться, что вызов был «из предосторожности». При этом помещики отказывались платить за оказанные услуги и даже требовали бесплатных лекарств. Лекари напоминали столичному начальству, что они «и без того

⁶⁷ Общее учреждение министерств. С. 722.

⁶⁸ Для окончательного приведения в действие Положения для Генерал-штаб-доктора гражданской части. 26 августа 1813 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 32. № 25444. С. 619—621.

обременены многими казенными обязанностями, получают небольшое жалование и имеют немалые семейства»⁶⁹.

В тот год медицинские советники МВД отстаивали интересы помещиков. В предписании лекарям было сказано, что они «ни в каком случае не могут домогаться платы ни за их призыв, ни за совет, ни за написание нескольких рецептов»⁷⁰. Только если вызов был ложный, помещику возмущалось этому решению и напомнил, что в XVIII веке Коллегия не запрещала бедным лекарям «принимать большие добровольные знаки благодарности от людей достаточных»⁷¹.

Крейтон тоже был раздосадован потребительским отношением профессиональной элиты и правительства к подчиненным ему лекарям. «Они столь бедны, — объяснял он канцеляристам и коллегам, — что не имеют возможности покупать книги, и потому не могут усовершенствовать себя в своем искусстве. Бедность часто доводит их до худого поведения, до низости, до пьянства и лишает тотчас уважения и доверенности граждан; и они вместо того, чтобы служить ко всеобщему благу, обращаются во зло»⁷². Действительно, его канцелярия была наполнена жалобами губернаторов на пьянство, грубость или неспособность уездных лекарей лечить больных.

В 1812 году по другому поводу Крейтон снова встал на защиту подчиненных. Он писал об инфляции, съедающей жалование больничных врачей. «Если не будет назначено для них пристойного жалования и других необходимых выгод, — предупреждал он чиновников, — то городские больницы никогда не будут иметь врачей искусных в своем деле»⁷³. Но тогда правительство было озабочено подготовкой к европейской войне, а после победы — привлекательным имиджем России-победителя на международной арене. То и другое требовало финансовых вливаний в армию и отказа от контрибуций. Таким образом, денег на врачей опять не было.

Проект министерства

В ходе второго этапа министерской реформы (1810) к Министерству народного просвещения (МНП) отошли функции лицензирования⁷⁴. По-

⁶⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 8. Л. 9 об.

⁷⁰ Там же. Л. 10.

⁷¹ Там же. Л. 10 об.

⁷² Там же. Л. 5 об.

⁷³ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 78. Л. 6 об.—7.

⁷⁴ *Варадинов Н. В.* История Министерства внутренних дел. СПб., 1859. Ч. 2. Кн. 1. С. 12.

скольку ранее этим занимались члены Медицинского совета МВД, то по указу от 17 августа 1810 года их в полном составе перевели в МНП⁷⁵. К тому времени Медицинский совет стал малочисленнее и пассивнее: по старости из него вышли опытные администраторы и ученые (И. И. Виен, Ф. Т. Тихорский, Г. В. Аш). Министр А. К. Разумовский поручил ученому секретарю Ф. К. Удену сформулировать новые обязанности советников, исходя из интересов МНП. Ученый секретарь сосредоточил Совет на оценке медицинских сочинений, то есть уподобил его Главному правлению училищ. Предполагалось, что советники будут рассматривать: «1) все поступившие и впредь имеющие вступить наблюдения врачей; 2) донесения о болезнях повальных, заразительных и иных; 3) то же о скотских болезнях; 4) испытания минеральных вод; 5) испытания съестных припасов и продажных напитков; 6) инструкции и общие повеления по медицинской части с 1809 года; 7) бумаги о производственных экзаменах; 8) исследования судебных врачебных донесений; 9) третенные или годовые списки о больницах; 10) списки о смертности; 11) списки о прививании коровьей оспы; 12) уведомления всех трех экспедиций о производствах»⁷⁶. Советникам было поручено утверждать выданные университетами ученые степени, выдавать лицензии на врачебную практику, рекомендовать правительству иностранных специалистов, проводить цензуру медицинских книг⁷⁷. Часть этих полномочий дублировали функции полицейского ведомства, но на практике сильно сократившемуся Медицинскому совету сил на них все равно не хватало.

Деканом советники избрали Виллие, который представлял медицинскую академию. Дабы обрести единомышленников, он сразу же разослал всем коллегам декларацию и просил каждого отозваться на нее. Виллие заявил о кризисе «врачебного сословия», порожденном бюрократическим произволом. В отличие от Кочубея, под сословием он подразумевал не всех российских медиков, а только профессиональную элиту. Поступив на русскую службу, именитые врачи обещали радеть об интересах государства. За это монархи даровали им льготы и автономное управление. Но нынешние политики нарушили конвенцию: они лишили профессиональную элиту административной независимости и многих привилегий. Александровские реформаторы распределили их по министерствам и подчинили несведущим в медицине сановникам.

Виллие намеревался использовать архивные свидетельства в борьбе за восстановление погранных прав⁷⁸. Вероятно, он считал, что Министер-

⁷⁵ Высочайше утвержденное разделение государственных дел по министерствам. 17 августа 1810 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 31. № 24326. С. 326.

⁷⁶ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 52. Д. 64. Л. 5.

⁷⁷ Мoiseev A. И. Медицинский совет Министерства внутренних дел. С. 3.

ство просвещения — нейтральное ведомство, и решил использовать его как площадку для формирования коалиции. Благо Разумовский не был сторонником Сперанского и, похоже, был готов поддержать возмущение царских лейб-медиков против реформаторов.

Чтобы вернуть себе контроль над ситуацией, советникам предстояло активизировать свои связи во врачебном мире и влияние в придворных кругах⁷⁹. Для начала, считал Виллие, необходимо соединить распыленные по министерствам медицинские департаменты и экспедиции в одно учреждение и тем самым институционализировать медицинскую деятельность как вид государственного управления⁸⁰. Этого можно добиться через учреждение «комитета для преобразования вообще части врачебной в Российской империи существующей».

Виллие сильно рисковал. В обстановке нарастающей подозрительности к иностранцам, он пытался сплотить зарубежных наемников против правительственных чиновников. Чтобы обезопасить себя и снять подозрения в попытке захватить власть, он заявил, что не будет возглавлять работу такого комитета⁸¹. Кроме того, он побуждал лояльных коллег выступить с аналогичными инициативами. Инициативу проявили немногие. Только профессор Уден создал по заданию Виллие проект медицинского министерства или департамента народного здравия⁸².

В этом проекте врачи предстали своего рода армией, защищающей государство специальными знаниями. Как таковая она нуждается в профессиональном управлении, основанном на научных знаниях (медицинской статистике и медицинской топографии). Предполагалось, что одно из отделений министерства — «государственное врачебное сословие» — будет наделено административными и распорядительными функциями, а второе — «главный врачебный совет» — будет заниматься стратегией развития российской медицины⁸³.

По сути, проект Удена — это предложение «регулятивного соглашения», которое профессиональная элита направила правительству. Именные врачи доказывали, что в состоянии справиться с управлением медициной сами и сделают это в пользу государства. Уден уверял, что болезни представляют для государства не меньшую опасность, чем войны, ведь то и другое сокращает число подданных. Но только умножение народонаселения обеспечивает благосостояние государства. В этом убеждении врачи солидаризовались с правительственными чиновниками. Такая вера не бы-

⁷⁸ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 52. Д. 43. Л. 12—12 об.

⁷⁹ Там же. Л. 13.

⁸⁰ Там же.

⁸¹ РГИА. Ф. 1297. Оп. 96. Кн. 71. Д. 135. Л. 362 об.

⁸² Там же. Л. 369.

⁸³ Там же. Л. 371 об.

ла безусловной для того времени. В противовес теориям У. Годвина и М. Ж. Кондорсе, Т. Р. Мальтус доказывал, что рост жителей приводит к сокращению ресурсов страны, разорению государства и обнищанию⁸⁴.

Государственная польза

В то время, когда Уден писал проект медицинского министерства, Виллие работал над проектом «общего» (то есть для лекарей всех родов службы) соотношения классов чинов, званий и должностей⁸⁵. Это была вторая часть задуманного им договора между государством и «сословием». И если в первой были прописаны желания медицинских сановников, то во второй — их обещание защищать государственные интересы в отношениях с подчиненными лекарями.

Вопрос о содержании и встраивании лекарей в иерархию государственных чинов, званий и окладов был жизненно важным для растущего слоя российских медицинских чиновников. Иностранцы могли удовлетворяться эксклюзивными условиями найма или довольно обширной частной практикой. Для выпускников же российских школ важны были общие гарантии государства — «виды» и надежды на обеспечение.

Виллие предлагал установить довольно жесткий режим медицинской службы. Весь его текст пронизан проявлениями недоверия к подчиненным. Во всех ситуациях медицинский инспектор подозревал выпускников академий и университетов в неблагодарности, хитростях и обмане, продумывал, как защитить от них государство.

Согласно его проекту российские воспитанники медицинских кафедр были обязаны отслужить за полученное образование восемь лет военной службы. После этого они могли либо выйти на гражданскую службу, либо уйти с государственной службы⁸⁶. Только с фармацевтической специальностью или по болезни выпускник мог попасть на гражданскую службу и отслужить там восемь лет. От обязанности служить государству его освобождало увечье или совершенно расстроенное здоровье, то есть нетрудоспособность. Если лекарь был определен на службу, но почему-либо отслужил на ней менее двух лет, то он был обязан вернуть прогонные деньги (для отдаленных губерний весьма немалые)⁸⁷. Уволиться можно было

⁸⁴ *Malthus T. R. An Essay on the Principle of Population, as It Affects the Future Improvement of Society, with Remarks on the Speculations of Mr. Godwin, M. Condorcet, and Other Writers. London, 1798.*

⁸⁵ РГИА. Ф. 733. Оп. 99. Д. 59. Л. 19—71.

⁸⁶ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 19. Л. 4.

⁸⁷ Там же. Л. 6.

только через год после получения нового чина или ученого звания. Если же медик получил степень, но не поступил на государственную службу, то ему не присваивался классный чин и не предоставлялись соответствующие привилегии⁸⁸.

Продолжительность выслуги чинов у гражданских лекарей Виллие сделал в полтора раза больше по сравнению с военными врачами⁸⁹. Своёкоштные студенты, «люди из несвободного состояния» и выпускники зарубежных университетов освобождались от такого принуждения⁹⁰, но и от льгот тоже.

Проект явно исходил из государственной пользы и особенно — интересов военного ведомства. В условиях надвигающейся войны, растущей армии и недостаточного числа выпускников Виллие хотел обеспечить регулярное поступление медицинских «рекрутов». Для этого он настаивал на снижении привлекательности гражданской службы и частной практики (ужесточения условий получения ученых степеней, в том числе предложил снижать чин за низкий балл на выпускном экзамене), на преимуществах военного чиновничества. Гражданским врачам он гарантировал более скудное обеспечение и в то же время потребовал от них обязательного лицензирования хирургической практики.

Профессиональный этос

Крейтон выступил категорически против проекта чиновничества, обвинив своего военного коллегу в ущемлении интересов гражданских лекарей. Генерал-штаб-доктор заверял, что выпускной экзамен не должен быть приговором для всей последующей службы уездного врача, а потому нельзя его обрекать на нищенское существование из-за низкой оценки⁹¹. Он рассказал членам Совета, как трудно удержаться на Кавказе и в Сибири лекарей, как им трудно выживать в жутких природных условиях.

Такое же несогласие возникло по поводу проекта создания медицинского министерства. Члены Медицинского совета вели себя осторожно, опасаясь гнева правительственных сановников. Призывая боязливых коллег действовать решительно, Виллие пригрозил, что если они ничего не предпримут, то медициной в империи будут управлять канцеляристы. В таком случае лично он уйдет с поста декана⁹². В архиве Медицинского совета сохранилось шесть ответных писем. Большинство медицинских ад-

⁸⁸ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 19. Л. 7.

⁸⁹ Там же.

⁹⁰ Там же. Л. 5 об.

⁹¹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Ч. 1. Л. 52 об.

⁹² РГИА Ф. 1294. Оп. 1. Св. 52. Д. 43. Л. 13 об.

министраторов выразили ему поддержку. Но два самых влиятельных из них — генерал-штаб-доктор флота Я. И. Лейтон и генерал-штаб-доктор по гражданской части Крейтон — отказались содействовать реализации планов Виллие⁹³. В письме к Разумовскому раздосадованный декан обвинил их в отстаивании личных интересов в ущерб государственной пользе.

Несмотря на провал коалиции с коллегами, Виллие все же добился согласия императора на создание комитета по реформированию медицинского управления⁹⁴. Но как только об этом узнал Балашов, он потребовал от Александра I объяснений причин поддержки врачебного бунта. Император обычно не выдерживал лобовых атак и заверил министра полиции, что не имел намерения ущемить его ведомство. Он оправдал согласие тем, что данный Комитет будет заниматься не медициной вообще, а только усовершенствованием медицинской науки и образования⁹⁵. Для большей убедительности он велел академику Фусу возглавить Комитет, но затем изменил и это решение, назначив на его место статс-секретаря А. Н. Оленина⁹⁶. Это назначение окончательно поломало планы Виллие. Оказавшись во главе Комитета, Оленин оповестил всех четырех министров о сепаратизме их медицинских служащих. А далее инициатива врачей погрязла в объяснениях, обвинениях, ведомственной переписке и вскоре умерла.

Виллие вышел из Совета, а остальные его члены занялись рутиной. Таким образом, в 1810 году консолидации профессиональной элиты не произошло. Исход этой инициативы свидетельствует скорее об отсутствии солидарности у стоявшей во главе медицинского управления профессиональной элиты и уж тем более — солидарности «антирусской». Состоящие на российской службе именитые врачи, похоже, просто не видели конкурентов в местных учениках и подчиненных. Их страхи и недовольство порождали бюрократы, эксплуатировавшие бесправных российских лекарей и одновременно сокращающие привилегии медицинской элиты.

Война заглушила противоречия двух высокопоставленных шотландских медиков. Но после возвращения в Россию Виллие вспомнил о проекте чинопроизводства. Несмотря на обещание, он не отреагировал на замечания Крейтона и Лейтона. В ходе правительственного обсуждения (1816) его проект получил одобрение военных министров и министра народного просвещения, но вновь встретил противодействие Министерства полиции⁹⁷. В послевоенные годы участь уездных врачей стала еще тяжелее. Военная мобилизация забрала многих из них в армию, а на оставшихся лека-

⁹³ Там же. Л. 17.

⁹⁴ Там же. Л. 1.

⁹⁵ РГИА. Ф. 1297. Оп. 96. Кн. 71. Д. 135. Л. 396.

⁹⁶ Там же. Л. 399.

⁹⁷ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 5—5 об.

рей легла обязанность заполнять ниши. При этом они получали мизерное жалование, постоянно съедаемое инфляцией.

Ссылаясь на записки и ходатайства Крейтона, министр полиции утверждал, что невозможно требовать от претендентов на незавидные должности аттестата медико-хирурга. На места уездных лекарей и так никто идти не хочет, и часть губерний лишены какой-либо медицинской помощи⁹⁸. Необходимость приехать в Петербург и проходить испытания в академии только увеличит дефицит гражданских врачей. Тем самым государственное управление лишится медицинской полиции и судебной медицины. После этого проект был отклонен.

И все же при различиях ведомственных интересов и этических установок все медицинские администраторы были единогласны в негативной оценке последствий бюрократического распределения врачей по разным ведомствам. Тот же Крейтон был солидарен с Виллие в том, что оно снизило качество медицинской помощи⁹⁹. А еще больше по состоянию гражданской медицины ударило подчинение уездных врачей и управ губернским бюрократам. Это создало не только ситуацию ограниченного понимания, но и конфликт интересов. В большинстве случаев служащие губернских правлений блокировали инициативы врачей, защищавших интересы пациентов и требовавших затрат на санитарные цели. Верным способом урезонить служебное рвение лекаря была излюбленная бюрократическая практика — задержать представление на его награждение или продвижение к следующему чину, а то и дать негативное свидетельство о его поведении. Оставшиеся без повышений и прибавки жалования лекари зарекались выступать с инициативами или критиковать местных чиновников, выполняли их самые сумасбродные приказы¹⁰⁰.

В 1819 году в связи с упразднением Министерства полиции медицинские дела были возвращены в МВД. После этого уставший от борьбы с бюрократами губернского и правительственного уровня, а также от конфликтов с Виллие генерал-штаб-доктор Крейтон решил оставить российскую службу и уехал в Англию.

«Особый комитет»

Правление Николая I принесло в медицинское управление радикальные изменения. Поскольку посредством «секретных комитетов» новое правительство проводило диагностику почти всех областей государственного управления, то в мае 1828 года аналогичный комитет был создан

⁹⁸ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 19. Л. 57 об.

⁹⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 7. Л. 2 об.

¹⁰⁰ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 204 об.

«для преобразования гражданского медицинского управления»¹⁰¹. Необходимость его создания была порождена запиской генерал-штаб-лекаря по гражданской части О. О. Ремана. Он сообщал правительству, что медицинский департамент МВД дублирует функции его канцелярии и тем самым создает путаницу в делах¹⁰².

В состав комитета вошли главный врач артиллерийского госпиталя, участник войны 1812 года П. Т. Канельский, главный доктор придворного госпиталя Х. Витт, вице-президент Петербургской военно-медицинской академии, член Медицинского совета С. А. Громов, профессор Груби и профессор той же академии А. П. Нелюбин, начальник второго отделения медицинского департамента военного министерства, аптекарь С. И. Швенсон и правитель канцелярии медицинского департамента МВД Фелькнер.

В дальнейшем Я. В. Виллие просил Николая I ввести в комитет еще двух опытных организаторов, чтобы сделать его работу более эффективной и ускорить разработку реформы. После этого к работе комитета присоединились вице-директор медицинского департамента военного министерства Я. К. Кайданов и помощник генерал-штаб-доктора флота А. И. Гассинг. Виллие выпал счастливый шанс. Ссылаясь на самый высокий среди медицинских чиновников классный чин, он добился права возглавить экспертную работу¹⁰³.

В приветственной речи Виллие призвал коллег содействовать благоустройству Российского государства. Для этого, а не ради абстрактной логики рационализации или корпоративных интересов, нужно было усовершенствовать медицинское управление¹⁰⁴. Нынешнее устройство плохо тем, что министерские чиновники не обладали специальными знаниями и потому свели управление медициной к бюрократической рутине: делопроизводству, штатам и бюджету. Каждое из четырех министерств занято «своим» сегментом медицинских чиновников — профессорами и студентами, гражданскими, армейскими или флотскими врачами. Между тем все они — части целого, назначение которого канцеляристам не понятно. Врачам же нынешняя форма управления не позволяет использовать свои знания и решать сложные государственные проблемы — например, борьбу с эпидемиями или развитие медицинских наук и образования¹⁰⁵.

Откликаясь на эту установку, участники обсуждения решили ликвидировать параллельные структуры в МВД и создать единый департамент под

¹⁰¹ Там же. Л. 1.

¹⁰² Извлечение из доклада Медицинского департамента министру внутренних дел о преобразовании губернских врачебных учреждений // Труды Высочайше утвержденной междоуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб., 1913. Т. 2. С. 13—14.

¹⁰³ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 43 об.

¹⁰⁴ Там же. Л. 96 об.

¹⁰⁵ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 98 об.

управлением генерал-штаб-доктора¹⁰⁶. Это было реализовано указом 1836 года. Согласно указу комплекс хозяйственных проблем (заготовка медикаментов и медицинских инструментов, снабжение ими лечебных учреждений и пр.) был передан в ведение нового Департамента казенных врачебных заготовлений, канцелярия генерал-штаб-доктора вошла в состав Медицинского департамента, а генерал-штаб-доктор стал его директором. Сам Медицинский департамент был разделен на две части: одно отделение ведало «делами распорядительными», делами приказов общественного призрения и управляло лечебными заведениями, другое — занималось делами медицинской полиции и судебной медицины. Такое решение закрепило профессионализацию медицинского управления.

Помня обвинения в защите ведомственных интересов, Виллие и его команда говорили от лица всех медицинских чиновников империи. Они даже решили демократизировать свои решения и заручиться мнением инспекторов врачебных управ¹⁰⁷. В архиве комитета 1828 года сохранилось лишь одно — от инспектора Кавказской врачебной управы Д. С. Гриельского¹⁰⁸. То ли только он откликнулся на призыв Комитета, то ли только его рассуждения оказались созвучны намерениям Комитета. Еще в 1822 году свои мнения и предложения он изложил генерал-штаб-доктору в виде специальной записки. Гриельский предлагал перевернуть нынешнюю административную систему: сделать центральное медицинское управление коллегиальным, а врачебные управы — приказными органами во главе с инспекторами¹⁰⁹. Штат гражданских лекарей инспектор предлагал увеличить вдвое, назначив в каждый уезд двух врачей и четырех помощников.

Такое предложение было реализовано в 1833 году. Первый из выпускников российских медицинских школ, дослужившийся до должности генерал-штаб-доктора, С. Ф. Гаевский, получил информацию от статистических комитетов о численности населения в уездах. На ее основе его канцелярия сделала новый расчет штатов гражданских лекарей и разработала проект введения врачебных округов¹¹⁰. Это привело к снижению объема обязанностей и интенсивности труда уездных лекарей, более четкому распределению врачей по отношению к пациентам.

Комитет поддержал прежние ходатайства по увеличению содержания медицинских чиновников¹¹¹. Предлагалось добавить к их жалованию квартирные и разъездные деньги. Вместе с новыми штатами это привело к росту привлекательности гражданской медицинской службы.

¹⁰⁶ Там же. Л.128 об.

¹⁰⁷ Там же. Л. 99—99 об.

¹⁰⁸ Послужной список см.: ГАСК. Ф. 79. Оп. 2. Д. 1566.

¹⁰⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 207 об.

¹¹⁰ РГИА. Ф. 1299. Оп. 17. Д. 125. Л. 2.

¹¹¹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 199—203.

Со своей стороны члены комитета обещали государству контролировать медицинскую деятельность и управлять сословием в его интересах. В 1834 году после доработки, устранившей дискриминацию гражданских врачей, Государственный совет утвердил проект о чинопроизводстве¹¹². Этот свод обязательств медицинских чиновников перед государством закрепил двойной контроль над профессией — внутренний и внешний. Гражданские и военные чиновники сохранили свое влияние на службу лекарей, при этом решающими факторами для продвижения в чинах было не мнение начальника, а срок службы, особые заслуги и ученая степень. Это сделало медицинскую службу зависимой от приносимой государству пользы.

Поскольку частнопрактикующие лекари оказались за пределами этих конвенций (вне системы чинов, пенсий, наград и компенсаций), они в условиях отсутствия профессиональных ассоциаций и специального законодательства превращались в маргинальную группу внутри врачебного сословия. Источники фиксируют быстрое падение их уровня жизни. Так, хотя в начале века цены на услуги частных врачей ограничивались государственными постановлениями¹¹³, Кочубей утверждал, что «выгоды, получаемые от вольной практики, несравненно превосходят штатное жалование»¹¹⁴. А ровно через тридцать лет (1833) педиатр К. И. Грум-Гржимайло рассказывал о коллеге, который, занимаясь частной практикой, не был в состоянии прокормить семью¹¹⁵.

Когда Комитет 1828 года дошел до обсуждения статуса Медицинского совета, все сошлись во мнении, что без реформы всего медицинского управления менять что-либо в устройстве Совета бессмысленно¹¹⁶. Только после того как во второй половине 1830-х годов правительство передало контроль над медициной профессиональной элите, Совет обрел статус экспертной инстанции для управленческих решений МВД.

В круг обязанностей Медицинского совета были включены цензура медицинских сочинений и публичных объявлений, издание наставлений на случай эпидемий и скотских падежей, издание аптекарской таксы, рассмотрение дел о скоропостижно умерших и ревизия наиболее сомнительных уголовных дел. Круг хозяйственных задач включал рассмотрение от-

¹¹² Положение о классах медиков, ветеринаров и фармацевтиков и о производстве их в чины. 24 мая 1834 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1835. Т. 9. Ч. 1. № 7118. С. 397.

¹¹³ Устав всем ведомства Государственной медицинской коллегии докторам, лекарям и повивальным бабкам. 20 сентября 1789 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 23. № 16805. С. 79.

¹¹⁴ О преобразовании Медицинской части по армии и флоту. С. 1155.

¹¹⁵ Письмо издателя // Друг здравия. 1833. № 46. С. 347.

¹¹⁶ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 90 об.

четов Департамента казенных врачебных заготовлений по употреблению лекарств и анализ каталогов лекарств для армии и флота.

В 1841 году Медицинский совет МВД был реформирован — видимо, как часть проводимой тогда модернизации государственного управления. Было создано Министерство государственных имуществ с подразделениями, деятельность которых сопровождалась учреждением камеральных разрядов в университетах; проведена реформа конфессиональной политики, опиравшейся на результаты исторических исследований чиновников особых поручений МВД, работы востоковедов и славистов, которые поступали в МИД, а также собираемую в МВД административную статистику городов. В отличие от предшественников, правительство Николая I проявляло интерес не столько к западным «большим теориям», сколько к произведенному на их основе специфическому локальному знанию.

Назначенный в эти годы на пост министра внутренних дел граф Л. А. Перовский считал, что Медицинский совет «не соответствует значению своему как высшему в государстве по врачебным делам месту»¹¹⁷. Его новый состав был сформирован из «членов правительственных или непреременных» (то есть административных чиновников) и «членов ученых или совещательных» (то есть профессоров медицины). Председателем избирался профессор, ученый статус и репутация которого могли гарантировать, что «все заключения Совета будут вполне отвечать как правилам науки, так и потребностям государства»¹¹⁸.

Одной из основных функций обновленного Совета стала экспертная. Собиравшиеся ранее сведения и наблюдения о чуме, холере и других болезнях, доставленные российскими и иностранными врачами¹¹⁹, признали эпизодическими и несистемными. Используя административный ресурс назначенных в него сановников и авторитет избранных в него ученых, новый Совет должен был ежегодно представлять правительству аналитические обзоры «всего медицинского устройства в государстве»¹²⁰.

Утвержденное в 1842 году новое Положение о Медицинском совете подтвердило его статус высшего административно-ученого учреждения, ведению которого подлежали все медицинские вопросы в государстве. Его состав был дополнен представителями всех главных медицинских управлений. К числу совещательных членов принадлежали деятели медицинской науки, избираемые Советом «по их личному достоинству». Председатель Совета отныне мог назначаться только из числа врачей и должен был

¹¹⁷ Указ Правительствующего Сената // Медико-статистические известия. 1842. Январь. С. 8.

¹¹⁸ Там же.

¹¹⁹ Из отчета министра внутренних дел за 1833 год // Друг здравия. 1834. № 46. С. 362.

¹²⁰ Указ Правительствующего Сената. С. 8.

являться «представителем всей врачебной науки, способным давать ручательство в том, что все заключения Совета соответствуют как правилам науки, так и потребностям государства»¹²¹.

Если до 1841 года во главе Медицинского совета находились сановники без медицинского образования, то позднее председательствовали в нем только авторитетные врачи и ученые: М. А. Маркус (1841—1864), В. В. Пеликан (1865—1873), Е. В. Пеликан (1873—1884), Н. Ф. Здекауер (1884—1889), В. В. Пашутин (1889—1901), Л. Ф. Рагозин (1902—1908), Г. Е. Рейн (1908—1917).

Эта политическая инфраструктура просуществовала в Российской империи до 1917 года.

Итак, российская административная реформа «медицинской части» проводилась с опорой на шведский и прусский опыт замещения корпоративного контроля контролем бюрократическим. Экспроприруя управление у врачебной элиты, подавляющую часть которой тогда составляли иностранцы, российское правительство оправдывало это государственными интересами: происходящее было связано не с ксенофобией, а с внутренним просвещением и модернизацией, желанием экономного использования ресурсов (в том числе человеческих и финансовых). В новой структуре государственного управления медицинские чиновники и частнопрактикующие врачи были разделены сначала между двумя, а с 1805 года — между четырьмя министерствами. В последующем такое ведомственное распределение медицинских дел и чиновников было особенностью Российской империи. Бюрократы оправдывали его протяженностью страны, медики стремились преодолеть разрыв с помощью создания органов самоуправления. В позднеимперское время комиссия академика Г. Е. Рейна (1912) раскритиковала бюрократов за ведомственный эгоизм, препятствовавший консолидации врачебной профессии в России¹²².

Проведенное изучение административных реструктуризаций и изменений позволило понять причину повторяющихся в первой половине XIX века постановлений в области медико-географических исследований. Очевидно, административный передел медицинской сферы не давал постоянно сменяющимся министерским чиновникам возможности контролировать реализацию долгосрочных проектов и систематически перераба-

¹²¹ Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX века). С. 61.

¹²² Егорышева И. В. Значение трудов комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С. 54—57; Яковенко В. А. Финансы и статистика в материалах комиссии Г. Е. Рейна // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 2. С. 326—331.

тывать поступающие в Петербург медико-топографические и статистические данные.

МОРСКИЕ КАРАНТИНЫ

Вероятно, мест аккумуляции медико-географической информации и каналов для ее трансфера в структуре российского государства было много. И кроме учреждений, сотрудников которых заботили «внутренние» заболевания, империя создала институции, озабоченные «заносными» болезнями. Это пограничные наземные и морские карантинные. В деле регулирования их деятельности Российская империя действовала в меняющихся альянсах с целым рядом соседних и удаленных государств. Как показал архив внешней политики, в отличие от военных и торговых соглашений, карантинные договоренности были порождены страхом эпидемий, несущих смерть.

Обычно международную карантинную систему историки изучают как сеть учреждений¹²³ и дискриминационных практик колониальных держав по отношению к аборигенам¹²⁴ или как череду международных санитарных конференций XIX—XX веков¹²⁵. Из-за слабости карантинных учреждений, отсутствия заморских колоний и отнюдь не лидирующей роли на европейских конференциях Россия/СССР слабо представлены в этих нарративах¹²⁶. Историю российских карантинных учреждений историки создавали как рассказ о правовой политике государства¹²⁷ и только в редких случаях использовали их как призму для изучения медицинских представлений жителей и власти¹²⁸.

Мы обратились к теме участия Российской империи в системе международного обмена медико-санитарными знаниями (имеются в виду эпиде-

¹²³ *Booker J.* Maritime Quarantine: The British Experience, с. 1650—1900. Hampshire: Ashgate, 2007.

¹²⁴ *Arnold D.* Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India. Berkeley; London: University of California Press, 1993; *Crozier A.* Practising Colonial Medicine: The Colonial Medical Service in British East Africa. London; New York: I. B. Tauris, 2007; *Ernst W.* Beyond East and West. From the History of Colonial Medicine to a Social History of Medicine(s) in South Asia // *Social History of Medicine*. 2007. Vol. 20. № 3. P. 505—524.

¹²⁵ *Maglen K.* Politics of Quarantine in the XIXth Century // *Journal of the American Medical Association*. 2003. Vol. 290. № 21. P. 28—73; *Idem.* The English System: Quarantine Immigration and the Making of a Port Sanitary Zone. Manchester: Manchester University Press, 2014; *Щепин О. П., Ермаков В. В.* Международный карантин. М., 1982.

¹²⁶ *Quarantine. Local and Global Histories / A. Bashford.* London: Palgrave, 2016; *Harrison M.* Contagion. How Commerce has Spread Disease. London: Yale University Press, 2013.

миологическая информированность и представления о медицинской географии). Нас интересует, как и откуда державы Балтийского и Северного морей (Дания, Швеция, Норвегия, Англия, Пруссия и Россия) получали сведения об эпидемиях в разных частях мира, о санитарных ситуациях в портах. Далее мы пытались выяснить, как правительственные чиновники на них реагировали и что считали опасным и безопасным, то есть как на основе этих сведений и представлений складывались в головах бюрократов санитарные карты мира.

Лучше всего в историографии описаны южные карантинные пункты Российской империи. Часть из них финансировались из государственного бюджета, а многие существовали на средства местных губернаторов. К 1828 году на юге России действовало семь карантинных отделений (Одесское, Феодосийское, Таганрогское, Астраханское, Екатеринославское, Екатеринодарское, Керченское) и еще три пограничных карантинных пунктов на землях Войска Донского, по Бессарабской линии и в Грузии¹²⁷. Отделения включали в себя портовые карантинные пункты и карантинные заставы. Их число, штат чиновников и места размещения были прописаны в Карантинных уставах 1800 и 1818 годов. Устройство этих пунктов заключалось в том, чтобы выявлять заболевших торговцев и обезвреживать перевозимые ими вещи (товары), то есть защищать российские территории и людей от заразных заболеваний. Этим же цели содействовали временные и подвижные карантинные пункты для дезинфекции войск, возвращавшихся в Россию, особенно после войн с Османской империей.

Идеальный карантин должен был включать карантинный порт, карантинные постройки (пассажирский, очистительный пакгауз и здание для изоляции чумных больных), парлаторию, или разговорную, для допроса

¹²⁷ Воронина Е. О. Создание и развитие государственной карантинной службы в Российской империи в начале XIX века // Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Юридические науки». 2012. Т. 25. № 1. С. 216—224; *Она же*. Карантинные меры в бассейнах Балтийского и Белого морей Российской империи в XIX — начале XX веков // Там же. С. 302—310; Пристанскова Н. И. Систематизация врачебно-санитарного законодательства в первой половине XIX века // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. Аспирантские тетради. 2007. Т. 20. № 9. С. 95—99; Щепин О. П., Ермаков В. В. Международный карантин; Шкунов В. Н. Карантинный дом на острове Сескаре // Гигиена и санитария. 1996. № 3. С. 47—49.

¹²⁸ Afanasyeva A. Quarantines and Copper Amulets: The Struggle against Cholera in the Kazakh Steppe in the Nineteenth Century // *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. 2013. Vol. 61. № 4. P. 489—512; Henze C. E. Disease, Health Care and Government in late Imperial Russia. Life and Death on the Volga 1823—1914. London: Routledge, 2010; Alexander J. T. Bubonic Plague in Early Modern Russia. Public Health and Urban Disaster. Oxford: Oxford University Press, 2002.

¹²⁹ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 107. Л. 2.



Морские пути из Северного моря в Финский залив

шкипера, дом карантинной конторы, аптеку, трактир и дома для проживания карантинных служителей. В XVIII веке суть карантинной проверки состояла в том, чтобы выявить заразу. Обнаружив заболевших или умерших людей на судне, полагалось весь корабль сжечь вместе с перевозимыми на нем товарами, а людей отправить под наблюдение в карантин или в чумной дом. В XIX веке назначение карантинных изменилось. Они стали очищать корабли и товары от заразы, что требовало создания технологической инфраструктуры.

Ее создание было делом дорогостоящим и требующим научных компетенций. Того и другого всегда не хватало. Когда в 1817 году Департамент внешней торговли запросил у губернаторов сведения о действующих карантинных службах, выяснилось, что часть из них по штату положены, но не открыты. Также обнаруживалось, что нет полного комплекта служащих, важного оборудования, без чего эффективность санитарного контроля не могла быть обеспечена. И десять лет спустя ситуация не сильно изменилась к лучшему. В 1828 году Комитет для преобразования гражданского медицинского управления запросил мнение начальников карантин-

нов и карантинных застав о целесообразности их ведомств. Описанная ими картина оказалась удручающей. Выяснилось, что часть карантинных находятся «в тесноте, ветхости или совершенном недостатке потребных зданий»¹³⁰. При этом южные карантинные обходились казне недешево — в 36 000 рублей ежегодно¹³¹.

На северных морях у России не было собственных санитарных фильтров. В 1786 году на острове Сескаре в Финском заливе был построен небольшой карантин, который даже для того времени был слабо оборудованный и недостаточный. Правительство рассчитывало сделать его пропускным пунктом для судов и товаров, прибывающих из «сомнительных или могущих быть заразе подверженных» мест. Но в силу его слабой пропускной способности в него направляли только суда с документами, полученными в портовых карантинах одной из стран, «из одной предосторожности». В 1813 году остров Сескар перестал использоваться для санитарных целей.

В 1805 году (указ от 28 сентября 1806 года), когда в Испании второй раз разразилась эпидемия смертоносной желтой лихорадки (или «желтой горячки»), между странами Северного моря было заключено соглашение: проверять все суда, входящие через Зунд, в учрежденной для этого Гельсингерской карантинной комиссии¹³². «Сомнительные суда», то есть прибывающие из стран и портов, в которых были случаи заразных болезней, направлялись на очищение (благо тогда медики установили возможность обеззараживания судна и товаров) в норвежский карантин в Христиансанде.

Для обретения карантинного паспорта (пропускного свидетельства) шкипер, направляющий свое судно к любой из морских держав, в том числе в Россию, должен был заплатить датскому правительству не только пошлину за проход через пролив, но и по талеру с каждого человека на судне, если оно выходило, и по два талера, если входило в Северное море. Корабли, входящие в Зунд, поднимали желтые флаги. Суда, прошедшие карантин и входящие в Балтику, должны были поднять на одну из мачт зеленый флаг и предъявить документы о своей безопасности брантвахтенному станциону в Либаве (ныне город Лиепая в Латвии). В случае нарушения этого порядка шкиперу грозили штраф в 100 серебряных рейхсталеров и возвращение в карантин¹³³.

В начале века датский карантинный фильтр был общим для всех судов, плывущих по Северному морю¹³⁴. Такая монополия делала безопасность

¹³⁰ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 132. Л. 2.

¹³¹ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 106. Л. 25.

¹³² РГИА. Ф. 1263. Оп. 1. Д. 91. Л. 164—164 об.

¹³³ Постановление об охранении российских берегов на Балтийском и Белом морях от внесения в оныя заразительных болезней. 25 мая 1816 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 33. № 26285. С. 859.

участников соглашения уязвимой во время европейских военных конфликтов. Так, во время английской блокады датских портов (1807—1815) Россия позволяла торговым судам входить в свои порты без карантинных свидетельств. Во всяком случае, российские таможенные службы не штрафовали шкиперов за отсутствие датских документов¹³⁵. И так было до тех пор, пока в 1813 году на Мальте не вспыхнула эпидемия чумы: потребовались особые меры предосторожности, чтобы чума не проникла в послевоенную Россию через торговые суда, приходящие в северные порты¹³⁶.

В 1815 году датское королевское карантинное правление постаралось вернуть себе санитарный контроль над Северным морем. На официальном уровне Дания выразила России протест за допуск кораблей без карантинных освидетельствований. В Петербург были направлены образцы карантинных паспортов, которые следовало сличать с расплывшимися фальшивыми документами. Стараясь урегулировать напряжение, русский император поручил министру коммерции следить, чтобы все суда имели карантинные свидетельства.

Если у шкипера не было карантинного документа, его следовало оштрафовать («пени вдвое против того, чтобы за получение таковых свидетельств по установлению Ельзетерской карантинной комиссии»¹³⁷) и передать выреченные средства приказам общественного призрения, то есть государственным медицинским учреждениям. Все эти постановления, конечно же, нарушались, и российское правительство каждый год выпускало строжайшие предупреждения об их «строжайшем выполнении»¹³⁸.

В 1816 году Дания учредила на своих берегах еще несколько карантинных. Теперь кроме Гельсингерской карантинной комиссии, предназначенной для судов, идущих через Зунд, были построены карантинные дома и службы в Нибурге, Фридерции и Тенингсене для кораблей, проходящих через большой Бельт и Голстинский канал, а еще в Копенгагене. Датское правительство требовало от соседей использовать эти фильтры и строго следить за подлинностью датских карантинных документов.

Однако удержать за собой монополию Дании не удалось. Похоже, что в рассматриваемое время Англия и Швеция вступили в конкурентную борьбу с ней за экспертный контроль над санитарной безопасностью Северного и Балтийского морей. Их правительства строили хорошо оборудованные карантинные службы, соревновались в их безопасности и на-

¹³⁴ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 106. Л. 2 об.

¹³⁵ РГИА. Ф. 1263. Оп. 1. Д. 91. Л. 167.

¹³⁶ Постановление об охране российских берегов и портов на Балтийском и Белом морях. С. 857.

¹³⁷ РГИА. Ф. 1263. Оп. 1. Д. 91. Л. 165 об.

¹³⁸ АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 44/1.

дежности, расширяли и усовершенствовали систему химической очистки судов и товаров, добивались от соседей признания выдаваемых документов. За все это карантинные службы получали неплохие доходы. Поэтому, когда в 1819 году Швеция учредила карантин в Канзое, шведские посланники активно призывали Россию направить именно туда суда для проверки безопасности¹³⁹. С 1816 года защита российских северных портов от «внесения в оныя заразительных болезней» (тогда современники боялись прежде всего чумы, она же — «моровая язва») осуществлялось через карантинные пункты нескольких стран — Дании, Швеции, Норвегии и Англии¹⁴⁰.

В 1816 году Комитет министров решал деликатный дипломатический вопрос, стоит ли сохранять датскую монополию на контроль или принимать наравне с датскими документами норвежские¹⁴¹. В итоге было решено: от судов, идущих в балтийские порты, требовать датские документы, а от судов, направляющихся в российские порты Белого моря, — норвежские и английские¹⁴².

С 1816 по 1823 год подлинность датских карантинных свидетельств переподтверждали русские карантинные агенты и их помощники¹⁴³. Позже правительство отозвало их из Гельсингера, Нибурга, Тенингена, Христианзанда и передало их функции консулам и агентам коммерческих дел¹⁴⁴. Смысл их участия заключался в том, чтобы следить за тщательностью очистки судов и защитить карантинные документы от подделки, обеспечить их подлинность¹⁴⁵. Шкиперы частных судов стремились добыть или изготовить фальшивые справки, а карантинные правительства соответственно вели с ними непримиримую борьбу. С той же целью в течение первой трети XIX века карантинные паспорта или свидетельства унифицировались, обретая единую международную форму и средства защиты от подделок¹⁴⁶.

Мониторинг эпидемий

В XVIII веке сведения о вспышках заразных болезней российскому правительству доставляли посланники и купцы. В XIX веке такая инфор-

¹³⁹ АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 55/3.

¹⁴⁰ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 106. Л. 24.

¹⁴¹ РГИА. Ф. 1263. Оп. 1. Д. 91. Л. 168 об.

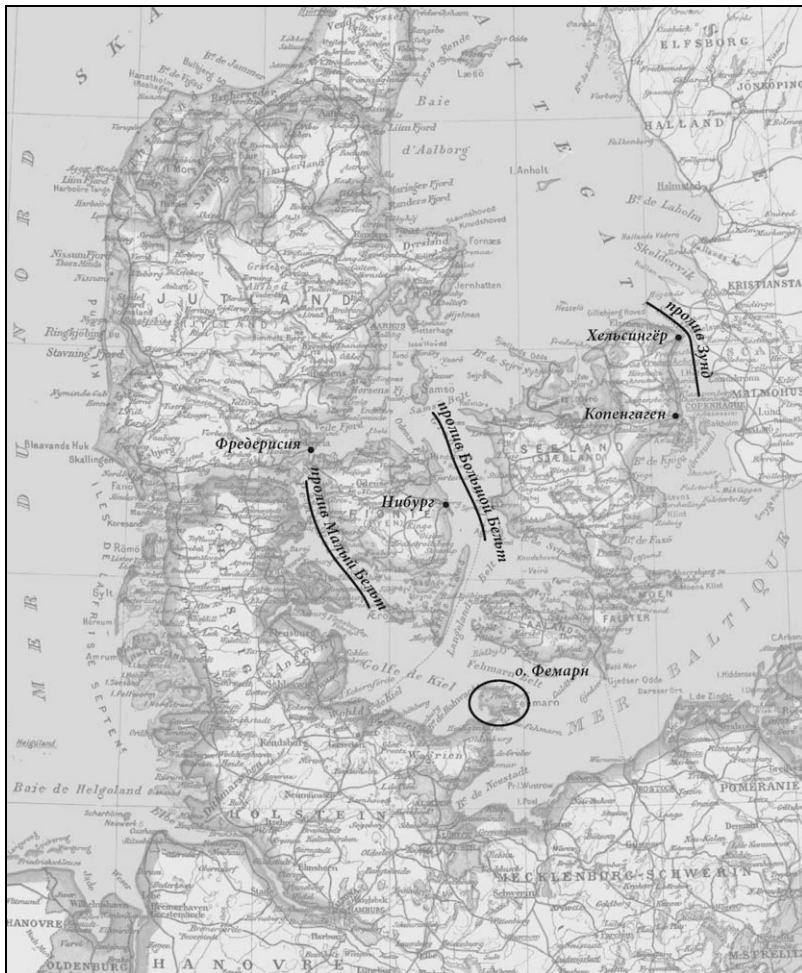
¹⁴² Постановление об охране российских берегов на Балтийском и Белом морях. С. 856—860.

¹⁴³ АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 36/3.

¹⁴⁴ Там же. Д. 77/2.

¹⁴⁵ Там же. Д. 85/10; Д. 112/10; Д. 130/2; Д. 138/10.

¹⁴⁶ Там же. Д. 81/6; Д. 128/9.



Основные датские карантинные

мация поступала уже из нескольких источников: по дипломатическим каналам от посланников иностранных держав, а также от русских консульств¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Постановление об охране российских берегов на Балтийском и Белом морях. С. 862.

В 1801 году российское правительство было оповещено Данией и Швецией о вспышке желтой лихорадки и моровой язвы (она же — чума) в Испании и Италии, в 1803 году — о «скотской заразе» в Пруссии и Швеции, в 1808 году — об опасной болезни в Пруссии, о неизвестной заразной болезни за Тереком, в 1810 году — о моровой язве в Отранте и Бриджини, о желтой лихорадке в Испании, в Соединенных Американских Штатах и на Канарских островах, в 1812 году — о моровой язве в Трансильвании, в 1813 году — о чуме на Мальте, в 1815 году — о чуме в Османской империи и пограничной с ней австрийской Далмации, в 1819 году — о моровой язве в Тунисе и Марокко, тогда же — о спаде эпидемии моровой язвы в Константинополе, в 1820 году — о прекращении желтой лихорадки в Испании и Северной Америке, о распространении гнилой лихорадки в Филадельфии, в 1821 году — о желтой лихорадке в Марселе, Барселоне, на Майорке, в Кадисе, Алжире, о моровой язве на Мальте, в Венеции, на Гибралтаре, о заразных болезнях в штатах Северной Америки, в Гаване и на острове Куба.

В 1823 году в сообщениях МИДа впервые появились упоминания холеры, описания ее признаков и способов лечения и предохранения¹⁴⁸. В том же году россияне узнали о том, что Нью-Йорк охватила желтая лихорадка, а Молдавию и Валахию — чума. В 1824 году датские и шведские карантинные правительства сообщали об оспе в их государствах, а в 1825 году они публиковали сообщения о вспышке чумы в Бухаресте и Египте и прекращении ее в Валахии, в 1826 году — о чуме в Молдавии и Валахии, в 1827 году — об оспе в Ельзинере, в 1827 году — о желтой лихорадке в Северной Америке (а также о ее прекращении в том же году) и Кадиксе. В 1828 году в МИД России пришли сообщения о неизвестной заразной болезни в Марселе и на Гибралтаре, в 1829 году — о заразной горячке в Сардинии, в 1830 году — о новой вспышке желтой лихорадки в Новом Орлеане и Гаване.

На основе этих и добытых из иных источников сообщений карантинные офицеры или карантинные правительства составляли списки опасных, благополучных и тревожных зон в мире, особенно портов¹⁴⁹. Так, датское правление ежегодно публиковало списки портов, которые «должно почитать сомнительными или зараженными»¹⁵⁰. Проходя через них, корабли становились потенциальными источниками опасностей и должны были либо подтвердить свою безопасность документами (что проплывали только через здоровые зоны, входили в здоровые порты и в море не общались с командами иных кораблей), либо пройти через карантин

¹⁴⁸ АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 76/1.

¹⁴⁹ Там же. Д. 105/3.

¹⁵⁰ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 106. Л. 4 об; АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 89/3; Д. 82/7; Д. 93/3; Д. 104/2;

(наблюдательные или очистительные). Каждый год списки здоровых и нездоровых мест в мире составлялись, проверялись и редактировались датским правлением. Чуть позже к этой работе подключилась шведская коммерц-коллегия. Обновленные списки распространялись среди участников соглашения¹⁵¹.

После окончания наполеоновских войн и прекращения экономических блокад морские державы стали обмениваться информацией о введенных карантинных правилах и мерах по защите своих территорий от инфекционных болезней (такие обзоры присылали в Петербург, Копенгаген, Лондон и Стокгольм, Неаполь, Марсель, Анкону)¹⁵². Россия не только собирала и анализировала решения западных соседей¹⁵³, но и в свою очередь отсылала их правительствам свои решения и описания успешных мер¹⁵⁴.

На основе полученных списков и информации северные империи создавали и публиковали постановления о модернизации систем защиты своих «берегов» от распространения заразы¹⁵⁵. Интересно, что речь шла о защите территории, а не граждан. Очевидно, эта политическая лексика отражала медицинские представления того времени о зараженности воздуха, воды и земли, их опасности для жизни людей.

Довольно часто сообщения карантинных агентов или посланников о заболеваниях были ситуативными, их оценки санитарного состояния портов и городов — субъективными. В результате созданные на их основе списки опасных, сомнительных и благополучных мест в мире оказывались произвольными или волюнтаристскими. По большому счету эти данные способствовали не объективации эпидемиологической картины, а ее воплощению в воображаемые карты опасностей. Географические объекты, несколько раз появившиеся в «черных списках» карантинных соглашений, довольно быстро обретали в политической лексике темпоральные предикаты неизменности («постоянный», «вечный») и патогенные характеристики — «цинготное», «вшивое», «чумное», «заразное». Исходя из них, политики принимали решения в области торговли и международных отношений.

Реакции на информацию

В 1800 году правительство Павла I поручило членам Медицинской коллегии Н. К. Карпинскому, С. С. Андреевскому и И. И. Виену создать

¹⁵¹ АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 43/10; Д. 53/1; Д. 82/7.

¹⁵² Там же. Д. 109/7.

¹⁵³ Там же. Д. 146/8.

¹⁵⁴ Там же. Д. 5108/6.

¹⁵⁵ Там же. Д. 50/7.

Положение о карантинной службе. Медики заявили, что для южных и северных портов Российской империи должны действовать разные режимы безопасности¹⁵⁶. Северные порты не нуждаются в столь тщательном охране, как южные. Их защищают соглашения северных держав и датский карантин. В отношении российских южных карантинных учреждений предлагали добиваться их эффективности не только использованием новейших технологических достижений, но и установлением строгих наказаний карантинных служителей за взятки и жестокое обращение с жертвами болезни¹⁵⁷.

В дальнейшем при получении известий об эпидемиях в соседних странах правительство Александра I реагировало одним и тем же образом: учреждало бюрократические комитеты и комиссии из высших сановников для прекращения заразы. Так, в 1804 году, когда пришло сообщение об эпидемии в Малаге (Испания), в Петербурге был создан правительственный комитет из трех министров. Медицинский совет МВД поручил доктору Карпинскому проанализировать поступающие сведения о новой пандемии — вспышке желтой лихорадки — и дать правительству рекомендации. В 1805 году была издана его брошюра, в которой автор рекомендовал усилить защиту российских портов от заражений, происходящих через торговлю со странами Западной Европы.

В 1811 году петербургские министры пожелали обновить карантинный устав и создать российский карантин на Балтике. Соответствующие документы разрабатывал специальный комитет под руководством генерал-штаб-доктора по гражданским делам А. Крейтона. Обсуждение созданного текста проходило в январе 1812 года, что объясняет, почему проект так и не был реализован. Проект карантина рассылался именитым врачам крупных портовых городов. Один экземпляр хранится в фонде рижского медика Отто Гуна¹⁵⁸.

В этом документе отразились новейшие медицинские представления о защите от заразных заболеваний. В балтийском карантине предполагалось очищать вещи посредством жара и газа из серной кислоты, поваренной соли и марганцевого оксида¹⁵⁹. Считалось, что зараза прилипает к одежде, волосам, тканям, но не пристает к кореньям, орехам, сухофруктам и ладану. Деньги можно очистить, если промыть их уксусной водой¹⁶⁰.

Вопрос — принудить или освободить судно от дорогостоящей (карантинные расходы составляли до 35% стоимости товаров) и утомительной, а

¹⁵⁶ Устав пограничных и портовых карантинных. 7 июля 1800 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 26. № 19476. С. 199.

¹⁵⁷ Там же. С. 203.

¹⁵⁸ LVIA. Ф. 6810. Оп. 1. Д. 103.

¹⁵⁹ Там же. Л. 47.

¹⁶⁰ Там же. Л. 48 об.

к тому же небезопасной для здоровья команды санитарной проверки — решали карантинные служители на основе врачебной экспертизы, проводимой посредством осмотра команды и пассажиров, а также на основе изучения документов о маршруте корабля.

В 1816 году информация об эпидемиях в ряде европейских стран побудила членов российского правительства вновь учредить Комитет из трех министров (финансов, внутренних и иностранных дел). Они придумали «действенную меру» — составить постановление «об охранении российских берегов от внесения в оныя заразительных болезней»¹⁶¹. Этот документ провозгласил Балтийское море здоровым пространством, по которому суда могут следовать из порта в порт без карантинных проверок. Но под давлением датского правительства это решение было через год отменено¹⁶². Тогда же в России появился проект нового карантинного устава, который описал идеальное состояние карантинной службы. Он вводил различие между карантинами (в них осуществлялось очищение) и береговыми карантинными заставами (контроль береговой линии).

В том же 1826 году П. В. Лопухин, ставший председателем Комитета министров, ввел практику ежегодных отчетов министров. Отчет Медицинского департамента МВД содержал раздел «Охранение пределов России от внесения заразительных болезней»¹⁶³. В нем сообщалось, что в 1826 году эпидемия чумы отмечалась в Молдавии и Валахии, а также в Египте. И поскольку в Кронштадтский порт приходили корабли с товарами из Египта, к нему были применены карантинные правила, которыми руководствовались черноморские порты¹⁶⁴.

В 1826 году началась вторая пандемия холеры. В связи с угрозой неизвестной болезни российское правительство поручило все тем же трем министрам и начальнику морского штаба разработать новый карантинный устав и особые санитарные правила для северных портов¹⁶⁵. Они были разработаны, но стали законом только в 1832 году вместе с «Положением о карантинной службе».

Сильные сомнения в правильности делегирования карантинного контроля соседям проявилось в среде российской политической элиты в 1824 году в связи с попыткой добиться от датского карантинного правления уступки от 10 до 25% карантинных пошлин за пять лет в пользу России. Тогда торговые и политические элиты многих стран стремились ослабить

¹⁶¹ АВПРИ. Ф. 1. Оп. 24. Д. 37/4.

¹⁶² О недопускании в российские порты судов, следующих хотя из благополучных заграничных мест, но не имеющих установленных свидетельств. 30 апреля 1818 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 35. № 27359. С. 281.

¹⁶³ РГИА. Ф. 1630. Оп. 1. Д. 181.

¹⁶⁴ Там же. Л. 5.

¹⁶⁵ Там же. Л. 5 об.

карантинные фильтры, ссылаясь на продажность служителей, жестокость и дороговизну этих проверок для судовладельцев и пассажиров. Разоблачительная книга английского врача и филантропа Джона Говарда о жизни за стенами карантинных послужила оружием для наступления предпринимателей на оплоты европейской санитарной системы¹⁶⁶.

Другим ослабляющим ее фактором были медицинские научные споры. Российское покушение на датские привилегии готовилось на фоне разгоравшегося в Европе спора контагионистов (сторонников заносного характера чумы и желтой лихорадки) и антиконтагионистов, отстаивавших происхождение заразных заболеваний от «местной грязи» (плохого воздуха, низких санитарных норм). Аргументы сторонников локального происхождения эпидемий ослабили веру современников в эффективность карантинных. Следствием этого стала модификация карантинного законодательства Англии и Дании в 1825 году, Франции — в 1828 году. А после первой пандемии холеры карантинное законодательство почти всех морских стран было пересмотрено в сторону смягчения¹⁶⁷.

На этом фоне русский посланник в Копенгагене барон П. А. Николаи сообщал в 1828 году императору Николаю о недовольстве иностранных купеческих судов обременительной датской монополией. Для морской торговли с Россией владельцы частных судов должны были каждый раз идти в Данию и приобретать там карантинные паспорта. Это правило действовало даже в тех случаях, когда шкиперы плыли из «несомнительных мест»¹⁶⁸. Англичане и голландцы, уверял русский посол, считают свои страны здоровыми и «совершенно безопасными от заразы», а потому не хотят нести бесполезные траты и увеличивать за счет этого цену своих товаров.

Жесткий и затратный режим действующих международных соглашений, уверял барон Николаи, не предохраняет страны Северного и Балтийского морей от заразы. В созданной системе защиты есть уязвимые места. Например, прежде чем пройти карантин, шкипер спускался с судна на берег, чтобы оплатить пошлину и получить квитанцию таможи. Таким образом, он становился потенциальным источником распространения заразы среди служащих таможи. И таких зазоров в устройстве карантина было много.

Карантин не может быть единым требованием для всех судов и не должен главной своей задачей ставить сбор средств за карантинные паспорта — доказывал русский посланник. Многие частные купеческие корабли не идут в российские порты исключительно потому, что не заплатили за

¹⁶⁶ Howard J. An Account of the Principal Lazarettos in Europe, With Various Papers Relative to the Plague. London, 1789.

¹⁶⁷ Щенин О. П., Ермаков В. В. Международный карантин. С. 45.

¹⁶⁸ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 106. Л. 1.

датские документы¹⁶⁹. На этом Россия теряет в объемах и интенсивности торговли, а значит — получает рост цен на импортные товары. Посол предлагал освободить суда, «которые отправляются и прямо идут от мест совершенно здоровых»¹⁷⁰, от необходимости предоставлять в российских портах датские карантинные паспорта. Таким образом, Николай предлагал провозгласить безопасную зону ради развития морской торговли.

Интересно, что после изучения исторических документов и постановлений российское правительство решило все же не менять существующих международных договоренностей. Оно также отказалось от намерения возводить свои собственные карантинные пункты на северных морях из опасения, что Дания, Швеция и Англия обидятся на проявление недоверия¹⁷¹.

Этот сюжет с устройством карантинной системы для северных морей убедил нас в том, что Российская империя была участницей международных альянсов для борьбы с «заносными», или «поветренными», болезнями. На Балтике она выступала как полноправный участник обменов медико-санитарной информацией и даже трансферов медико-географических знаний. Кажется, что в исследуемое время участники альянса воспринимали себя здоровой холодной зоной, противопоставленной альянсам жарких патогенных стран.

ВРАЧЕБНАЯ СЛУЖБА

Передача и производство медико-географических знаний были не только технологическим, но и социальным процессом. Созданное российскими монархами врачебное сословие оказалось своего рода лабораторией, в недрах которой формулировались и решались исследовательские вопросы — общие для всей Европы и даже мира и специфические для России. Среди них был медицинский атлас страны.

В выбранной нами исследовательской перспективе медики предстают одновременно внешними акторами и в то же время внутренней частью инфраструктуры, представителями автономной профессии и чиновниками империи, обладателями транснационального научного знания и национально мыслящими агентами. Эта гибридность была создана определенными историческими обстоятельствами и решениями политиков.

В этом отношении модель профессионализации врачей, основанная на западноевропейских и англосаксонских реалиях и широко используемая в мировой историографии, соответствует российским обстоятельствам с большими оговорками. Профессиональная автономия и доминирование

¹⁶⁹ Там же. Л. 3 об. — 4.

¹⁷⁰ Там же. Л. 4 об.

¹⁷¹ Там же. Л. 27 об.

на рынке были несовместимы с самодержавием и крепостничеством. Тем не менее следует отметить, что социальная группа врачей, прошедших специальную подготовку, появилась намного раньше и была более четко опознаваема, чем другие специалисты.

Штаты и дефициты

О количестве врачей в Российской империи известно немного. Судя по делопроизводственным документам, в XVIII и первой половине XIX века правительственные чиновники плохо представляли себе, какими человеческими ресурсами располагают. Отсюда трудности для исследователей: им неоткуда взять достоверные количественные данные. Бюрократы приводили в своих отчетах и докладных записках разные цифры. Соответственно, и в научной литературе используются разрозненные и довольно сомнительные показатели разного происхождения и относящиеся к различным территориям¹⁷². Нередко эти данные противоречат друг другу не в единицах и даже не в десятках значений, а в разы. Так, в юбилейном издании Военного министерства сообщалось, что в 1770-е годы в Российской империи служило 46 докторов медицины. А подсчет А. Реннера на основе просопографических таблиц¹⁷³, в которые вносились данные на каждого врача, дал результат 146 докторов медицины¹⁷⁴. Разница объясняется тем, что в юбилейном издании приведены данные обо всех служащих медиков за один год, а в книге Реннера приведены цифры по вновь поступившим на службу медикам за десятилетие. Это противоречие отражено в табл. 1, 2.

¹⁷² Ульянова Г. Н. Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века. М., 2002. С. 624—651; Кузьмин В. Ю. Земские медицинские учреждения Самарской губернии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 3. С. 57—58; Куковякин С. А. Земская медицина в Вятской губернии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1997. № 5. С. 59—60; Егорышева И. В., Данилишина Е. И. Москва — центр земской медицины // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1997. № 6. С. 39—41; Куковякин С. А., Куковякина Н. Д. Предыстория земской медицины Северных губерний России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. № 5. С. 42—43; Кашин В. И. Земская медицина Олонецкой губернии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. № 5. С. 45—46.

¹⁷³ Таблицы составлены на основе архивов медицинских учреждений, биографических словарей и исследовательской литературы. Методика и источники их составления описаны в книге: Renner A. Russische Autokratie und Europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010. S. 54.

¹⁷⁴ Ibid. S. 73.

Таблица 1

Иностранцы и российские доктора медицины

а) относительный рост*

1710	1730/40	1740/50	1750/60	1760/70	1770/80	1780/90	1790/1800
100	147,2	185,6	243,2	368,0	478,8	841,6	876,8

б) абсолютный рост**

Годы службы	Общее число	Иностранцы		Русские	
		число	%	число	%
1689—1700	12	12	100,0	—	—
1701—1710	15	12	80,0	3	20,0
1711—1720	16	14	87,5	2	12,5
1721—1730	15	11	73,3	4	26,7
1731—1740	27	25	92,6	2	7,4
1741—1750	28	15	53,6	13	46,4
1751—1760	31	18	58,1	13	41,9
1761—1770	48	22	45,8	26	54,2
1771—1780	58	29	50,0	29	50,0
1781—1790	146	86	58,9	60	41,1
1791—1800	49	24	49,0	25	51,0
Неизвестные	30	2	6,7	28	93,3

* Соотношения числовых показателей заимствованы из *Brückner A. Die Aerzte in Russland bis zum Jahre 1800, ein Beitrag zur Geschichte der Europäischen Russlands. St. Petersburg, 1887. S. 13, 68.* Поскольку Брюкнер причисляет всех неславян к иностранцам, приведенные им данные объединены здесь также в одну категорию. Для четырех десятилетий петровского периода Брюкнер приводит чрезмерно большее значение в 125 врачей; середина этих четырех десятилетий принимается за индексный год, а среднее значение — за показатель, вычисленный математически (31,25 врача). Это примерно соответствует данным, которые приводят *W. M. von Richter (Richter W. M. von. Geschichte der Medicin in Russland. Moskwa: Wsewolojsky, 1813)* и *Я. Чистович (Чистович Я. История первых медицинских школ в России. СПб., 1883)*, на которые Брюкнер ссылается. Эти данные позволяют исследователям лишь приблизительно оценить реальную профессиональную деятельность медиков в изучаемые десятилетия.

** Таблица охватывает больше врачей, чем есть в списке Брюкнера. Это произошло в результате дополнений, сделанных на основе архивных источников. К россиянам причислены также сыновья переселенцев, родившиеся в России, и, начиная с 1721 года, — прибалтийские немецкие врачи, а 33 врача с присоединенных польских территорий указаны в разделе «Иностранцы».

Мы собирали в источниках абсолютные данные, выявляли причины расхождений в свидетельствах, а также исследовательских утверждениях, рассчитывали показатели обеспеченности населения медицинской помощью и проясняли способы рекрутирования врачей в империю.

Таблица 2

Абсолютный рост числа врачей и обеспеченность ими населения*

Год	Население Российской империи	Число врачей	Обеспеченность населения врачами (на 10 000 населения)
1780	Нет данных	46 докторов, 488 лекарей, 364 подлекаря	—
1802	38 125 300	1519	0,398
1810	40 666 900	2623	0,645
1820	48 646 500	3189	0,656
1830	56 127 200	4396	0,783
1840	62 460 300	6855	1,097
1850	68 513 100	7974	1,164
1870	84 521 380	9709	1,149

* Абсолютные значения извлечены из следующих изданий: Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк / Сост. В. С. Кручек-Голубов // Столетие военного министерства. 1802—1902 / Ред. Д. А. Скалон. СПб., 1902. Т. 8. Ч. 1. С. 75, 80.

Источниками для такой работы служили архивы Медицинского совета МВД, Военно-медицинской академии и медицинских факультетов российских университетов, ведомственные издания МВД и Военного министерства, Российский медицинский список (об обстоятельствах создания которого рассказано в предыдущей главе). Содержащиеся в Списке алфавитные указатели врачей анализировались нами фронтально и пересчитывались. Сведения о числе жителей Российской империи (без учета населения Финляндии) в период с 1802 по 1870 год взяты из Статистического ежегодника России за 1913 год¹⁷⁵. Данные об обеспеченности населения врачами получены на основе используемой в социальной гигиене формулы расчета этого показателя (количество врачей, умноженное на 10 000 и разделенное на численность населения в данном году).

Таблицы с ежегодными цифровыми показателями роста врачебной профессии, созданные на основе Российского медицинского списка, изданы нами в специальной статье¹⁷⁶. Здесь мы приводим сводные данные, иллюстрирующие общую динамику показателей. Судя по данным, опубликованным к столетию военных министерств, и по нашим просопографическим таблицам, число врачей и обеспеченность ими населения Российской империи на протяжении 1780—1870 годов постоянно росли. Это же

¹⁷⁵ Статистический ежегодник России. 1913 г. Издание ЦСК МВД. СПб., 1914. С. 121.

¹⁷⁶ Затравкин С. Н., Щепин В. О., Олейникова В. С. Обеспеченность врачами населения Российской империи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. № 4. С. 236—240.

подтверждают таблицы, созданные Д. Самбук на основе губернских архивов Ярославля, Тамбова и Воронежа¹⁷⁷.

В XVIII веке и в первой четверти XIX века прирост обеспечивался преимущественно за счет найма иностранных специалистов, а начиная со второй четверти XIX века — благодаря специализированным школам, о чем будет рассказано в следующих разделах данной книги. Казалось бы, растущие цифры убеждают в устойчивом развитии российского здравоохранения. Другое дело, что этот рост не соответствовал реальной потребности страны во врачах. Он сильно отставал от роста территории и резко приросшего за счет экспансии числа россиян.

В XVIII веке в России не было собственного воспроизводства ученых врачей. Петр I использовал первую поездку в Западную Европу в 1697—1698 годах не только для секретных переговоров о союзе, но также для набора целителей на русскую службу. В его царствование империи служили 43 врача, 124 хирурга и 22 фармацевта¹⁷⁸. Екатерина II надеялась, что отправленные в зарубежные университеты российские хирурги после возвращения на родину будут «производить» себе подобных. Ее заинтересованность в медицинских чиновниках была связана не только с потребностью лечения жителей, но и с желанием возложить на медиков исследовательские и управленческие функции. Подобно армейским специалистам, врачи должны были собирать информацию для топографии страны и предлагать меры по сохранению и приумножению населения. Кроме того, они были ответственны, как и в армии, за пригодность к службе нижних чинов¹⁷⁹.

При Екатерине II медики получили более высокое жалование и дополнительные места в штатах государства. В результате этого медицинская служба стала более привлекательной¹⁸⁰. В целом, в это царствование было обучено и трудоустроено больше врачей, чем прежде, в том числе принято

¹⁷⁷ *Sambuk D. Wächter der Gesundheit: Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich, 1762—1831. Cologne: Böhlau Verlag, 2015.*

¹⁷⁸ *Renner A. Russische Autokratie und Europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert. S. 44.*

¹⁷⁹ *Алелеков А. Н., Якимов Н. И. История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею 1707—1907 гг. М., 1907. С. 323—333; Инструкция Коллегии медицинской. 12 ноября 1763 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 16. № 11965. С. 413. Сравнительные обзоры: *Никитин А. Н. Краткий обзор состояния медицины в России в царствование императрицы Екатерины II, составленный доктором медицины, статским советником Александром Никитиным. СПб., 1855; Alexander J. T. Catherine the Great and public health // Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 1981. Vol. 36. № 2. P. 185—204. Многочисленные медицинские топографические отчеты см.: РГАДА. Ф. 346. Оп. 1. Д. 299.**

на службу не менее 150 иностранных медиков. Но результат не впечатлил политическую элиту.

В 1780 году Медицинская коллегия сообщала о наличии в ее распоряжении 46 докторов, 488 лекарей, 364 подлекарей и 140 учеников в госпитальных школах. Этого было слишком мало для реформированного государства. После усовершенствования местного самоуправления и расчета необходимого числа медицинских чиновников (штат) выяснилось, что наместничествам нужны 308 докторов, 308 лекарей и 616 подлекарей¹⁸¹. За вычетом числа имеющихся медицинских чиновников, империи недоставало 262 врачей и 252 подлекарей.

В 1782 году Коллегия жаловалась правительству на дефицитное финансирование медицинского факультета (то есть врачебной корпорации) в России. Коллежские советники уверяли, что для нормального развития нужны сотни лекарских учеников и учеников в области хирургии, что Российской империи остро не хватает врачей, преподавателей и профессоров медицины¹⁸². Кроме того, нужны изготовители хирургических инструментов и лекарств. Коллегия недвусмысленно намекнула российским бюрократам, что обретение европейских научных знаний и специалистов всегда обходилось правителям дорого.

Тогда императрица услышала их и ответила указом 1786 года о расширении «врачебной части» в России¹⁸³. Не успел указ выйти, как спустя пару лет Екатерина II провозгласила, что в империи теперь достаточно ученых врачей и хирургов, что ей служат около тысячи медиков¹⁸⁴. Делопроизводство Медицинской коллегии не зафиксировало таких радужных цифр. Возможно, императрица преувеличивала успех своей кадровой политики. Кажется, никто из служителей Медицинской коллегии не знал доподлинно, сколько нанято медиков на флот, в армию или служат домашними врачами в дворянских усадьбах.

После усложнения государственного устройства в результате проведения александровских реформ дефицит врачей, выраженный в абсолютных

¹⁸⁰ Это возвращало к старым планам последнего архиатра Монсея: *Алелеков А. Н., Якимов Н. И.* История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею 1707—1907 гг. С. 420; *Müller-Dietz H. E.* Der russische Militärarzt im 18. Jahrhundert. Berlin: Osteuropa-Institut, 1970. S. 32. О губернской реформе см.: *Писарькова Л. Ф.* Государственное управление России с конца XVII до конца XVIII века. М., 2007. С. 390—399.

¹⁸¹ Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк. С. 80.

¹⁸² *Renner A.* Russische Autokratie und Europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert. S. 53—59.

¹⁸³ О способах для распространения врачебной части в России. 15 июля 1786 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 22. № 16412. С. 632—634.

¹⁸⁴ РГАДА. Ф. 16. Оп. 1. Д. 322/3. Л. 99, 119.

цифрах, стал очевиднее. Тогда на государственной службе числились 1519 врачей (422 — в армии, 218 — на флоте, 879 — в управах, карантинах и госпиталях), а вакантными оставались 475 медицинских должностей¹⁸⁵. На следующий год, по свидетельству министра внутренних дел В. П. Кочубея, из-за увеличения количества полков и городов дефицит врачей вырос до 514 человек¹⁸⁶.

Дальше — больше. В 1810 году главнокомандующий в Санкт-Петербурге и министр полиции С. К. Вязьмитинов констатировал недостаток 609 казенных врачей. При этом он озвучил такие цифры: в течение 1808—1810 годов были аттестованы и приступили к лечебной практике 414 человек, а умерли или ушли со службы 350 человек. Число врачей за этот период увеличилось на 64 человека, но на покрытие дефицита такими темпами ушло бы без малого 30 лет.

В книге о российской медицинской профессии Дарья Самбук опубликовала такую таблицу распределения гражданских врачей по городам и губерниям на 1818 год¹⁸⁷ (табл. 3).

В 1828 году, когда было принято решение отказаться от найма иностранных врачей, ситуация выглядела уже не так драматично. Российские медицинские школы, созданные в начале правления Александра I, стали выпускать на службу достаточное количество обученных студентов. В 1827 году, по данным МВД, дефицит врачей на гражданской службе составлял только 48 человек. В частности, членов врачебных управ было 158 (недоставало 7), уездных, городских и полицейских врачей — 533 (недоставало 22), карантинных врачей — 41 (недоставало 19), врачей при заведениях приказов общественного призрения — 37¹⁸⁸.

К 1840 году по гражданскому здравоохранению дефицит врачей был полностью ликвидирован. Более того, помимо 905 штатных должностей на государственной службе находилось еще 504 врача сверх штата. МВД дел оказалось вынужденным в 1836 году определить дополнительных медиков на государственную службу за счет средств городов, поскольку имевшиеся штатные врачи не справлялись с огромным объемом работ.

А вот военное ведомство продолжало испытывать недостаток в кадрах, хотя туда постоянно направлялись выпускники медицинских кафедр. По данным лейб-медика М. А. Маркуса, в 1840 году при имевшихся в стране 7114 врачах (3773 вольнопрактикующих, 1931 на военной службе

¹⁸⁵ Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк. С. 75.

¹⁸⁶ Там же.

¹⁸⁷ *Sambuk, Daria*. *Wächter der Gesundheit: Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich, 1762—1831*. Cologne: Böhlau Verlag, 2015. S. 140.

¹⁸⁸ Кроме того, повивальных бабок — 435 (недоставало 168), лекарских учеников — 943 (недоставало 158). *Адрианов С. А.* Министерство внутренних дел. Исторический очерк. СПб., 1902. С. 78—79.

Таблица 3

**Штатная численность гражданских медицинских чиновников и акушерок
в 1818 году***

Губернии	Количество уездов на губернию	Количество позиций для медицинского персонала на губернию
Астраханская, Эстляндская	4	21
Херсонская, Кавказская, Курляндская, Лифляндская	5	25
Олонецкая, Таврическая	7	33
Архангельская, Екатеринославская, Иркутская, Гродненская Псковская	8	37
Санкт-Петербургская	8	49
Город Санкт-Петербург	—	28
Тобольская	9	41
Ярославская, Минская, Новгородская, Пензенская, Саратовская, Симбирская, Слободско-Украинская, Вятская, Вологодская	10	45
Калужская, Нижегородская, Виленская	11	49
Казанская, Киевская, Костромская, Могилевская, Оренбургская, Орловская, Пермская, Подольская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тульская, Тверская, Витебская, Волынская	12	53
Владимирская, Воронежская	13	57
Московская	13	69
Город Москва	—	43
Черниговская, Курская, Полтавская	15	65
Всего...	486	2280

* Таблица составлена Д. Самбук на основе данных о численности медицинского персонала и акушерок в губерниях по состоянию на 17 октября 1817 года // РГИА. Ф. 1287. Оп. 11. Д. 1622.

и 1410 на гражданской) в военном ведомстве было 270 вакансий (148 по сухопутному и 122 по морскому ведомству)¹⁸⁹.

В этом отношении формально Самбук права, когда оспорила утверждение Дж. Т. Александера о том, что, в силу частых войн, российские власти заботились прежде всего о военной медицине. На материалах архивов трех российских губерний она показала, что кадровое обеспечение лечебных управ было лучше, чем в армии. Доля незанятых позиций в армии и на флоте оставалась выше, комплектование врачами гражданского ведомства шло быстрее: число медицинских чиновников в армии и на флоте в 1804 году выросло по сравнению с 1800 годом всего на 22%, по гражданской части — на 43%¹⁹⁰.

¹⁸⁹ РГИА. Ф. 733. Оп. 147. Д. 3. Л. 69.

Все так, но цифры статистики и бюрократической отчетности — вещь лукавая. Штат медиков для государственной службы исчислялся их соотношением к административным единицам территории и административным единицам армии и флота. Если количество губерний в империи росло медленно, то количество дивизий, судов и полков росло быстро. Поэтому ситуация в гражданской медицине выглядела лучше, чем в военной. А между тем, если изменить критерии подсчета и руководствоваться более поздним и принятым в мировой практике критерием врач—пациент, то дефицит российских гражданских врачей предстает в другом виде. Показатели обеспеченности населения врачами в России были чрезвычайно низкими даже в конце XIX столетия. Так, даже в 1886—1890 годах, когда обеспеченность врачами в России составляла около 1,06, в Англии этот показатель равнялся 6,38, в Шотландии — 6,4, в Ирландии — 5,38, в Швейцарии — 5,22, в Бельгии — 4,51, во Франции — 3,11, в Германии — 3,09¹⁹¹. Низким уровень был в большинстве российских губерний. В некоторых из них этот показатель колебался от 0,3 до 2,5¹⁹². Исключение составляли крупные города, в которых за счет большого числа вольнопрактикующих врачей обеспеченность медиками колебалась от 10,75 до 18,18. Это были Москва (10,75), Петербург (12,19), Одесса (12,19), Киев (14,71), Харьков (18,18)¹⁹³.

Таким образом, несмотря на устойчивый рост штатов и абсолютной численности врачей, стремительно расширяющаяся в территориальном отношении империя испытывала хронический дефицит медицинских чиновников. Его могли бы компенсировать частно- или вольнопрактикующие врачи. Но, судя по показателям обеспеченности населения, эта категория медиков в Российской империи была незначительной, сосредоточенной в больших городах и западных губерниях, и она постоянно сокращалась. А без достаточного количества врачей правительство не могло реализовать задекларированную заботу о «народном здравии» и создать управление на основе медико-биологических знаний о территории.

¹⁹⁰ *Sambuk D.* Wächter der Gesundheit: Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich, 1762—1831. S. 152.

¹⁹¹ *Новосельский С. А.* Численность врачей в России и западноевропейских государствах // Вестник С.-Петербургского врачебного общества взаимной помощи. 1910. Вып. 19—20. С. 3—6.

¹⁹² *Гребенников В. И.* Опыт разработки результатов регистрации врачей в России // Справочная книга для врачей. СПб., 1890. Т. 1. С. 103—143.

¹⁹³ *Новосельский С. А.* Численность врачей в России и западноевропейских государствах. С. 3—6.

Иностранные наймы

В XVIII — первой четверти XIX века прирост числа врачей на российской службе осуществлялся за счет найма иностранных специалистов. Такой способ практиковали многие европейские дворы. До вспышки национальных войн, разделивших Европу на враждующие зоны, элиты разных стран брали медиков главным образом из университетов. Медицинские факультеты немецких, голландских и англоязычных школ выпускали медиков с разной степенью готовности к практике и с разной специализацией. Их последующая карьера и место применения определялись не этническим или региональным происхождением и даже не подданством, а социальным статусом медика, его практическим опытом, связями и удачей. Кажется, при выборе врача мало кто из современников интересовался его национальной принадлежностью.

Судя по делопроизводству, сохранившемуся в архиве Медицинского совета МВД, российское правительство искало лекарей для казенной службы в университетских городах Германии, во Франции, реже — в Англии. Среди найденных выпускников оказывались выходцы из разных стран, например уроженцы Швеции, Италии, Шотландии. Занимавшиеся наймом чиновники не обращали внимания на место их рождения, но интересовались местом их учебы. С точки зрения безопасности и полезности молодого медика его *Alma mater* была значимее, нежели родители.

Видимо, за десятилетия XVIII века среди иностранных врачей в России сформировались своего рода «землячества» или «сети». Так сложилось, что многие флотские врачи были выпускниками Лондонского и Эдинбургского университетов¹⁹⁴. Соответственно, языками врачебной службы на судах служили английский и латынь. Как правило, судовых медиков нанимали в Англии капитаны, многие из которых были британскими подданными¹⁹⁵. Земляческие связи иностранных врачей укрепились после того, как в 1805 году все медицинские чиновники на русской службе были разделены между министерствами¹⁹⁶. Тогда гражданскую медицину возглавил шотландец А. А. Крейтон, армейскую — шотландец Я. В. Виллие, а флотскую — сначала британец И. Х. Рожерс, которого его сменил его соотечественник Я. И. Лейтон¹⁹⁷.

¹⁹⁴ В. В. Сосин подсчитал, что в 1803 году на судах и в морских госпиталях служил 221 врач, что составляло 13,5% от общего числа российских медиков (*Сосин В. В. История отечественной военно-морской медицины в датах и фактах*. СПб., 1996. С. 75).

¹⁹⁵ РГИА. Ф. 1297. Оп. 96. Д. 114. Л. 238.

¹⁹⁶ О преобразовании Медицинской части по армии и флоту. 4 августа 1805 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 28. № 21866. С. 1153—1161.

¹⁹⁷ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 52. Д. 52. Л. 1.

Иностранцы медики с дипломами континентальных университетов поступали на службу в сухопутную армию и оседали в госпиталях. Редко кто из соискателей должности в России хотел (и мог) попасть на малопрестижную и низкооплачиваемую гражданскую службу, где лекарь должен был владеть русским языком. Для письменных коммуникаций с министерскими чиновниками он не требовался (почти во всех канцеляриях служили переводчики), а вот в общении с местными чиновниками (судебными приставами, полицейскими, служащими губернского правления) и пациентами было необходимо понимать их речь.

Несмотря на похожие условия медицинской службы и аналогичные проблемы, иноземцам было трудно договориться о защите общих интересов. В России иностранные врачи были разделены по ведомствам, разбросаны по регионам империи. К тому же они различались культурным опытом, уровнем и качеством полученного образования, происходили из разных социальных сред. Солидарность легче достигалась в среде профессиональной элиты — в сообществе «именитых врачей» (или «высшего врачебного сословия»¹⁹⁸), многие из которых жили в Петербурге, имели многолетний опыт российской службы (иногда не в одном поколении), были защитники сановными покровителями, получили высокие чины и привилегии. Когда в условиях войны 1812 года правительство собрало сведения об иностранцах на российской службе, выяснилось, что подавляющая часть членов Медицинского совета МВД имели статус «иностранной врач»¹⁹⁹. Они же преподавали в Медико-хирургической академии, служили лейб-медиками и лейб-хирургами императорского двора и возглавляли столичные клиники/госпиталя. В начале XIX века врачи-иностранцы стали создавать органы самоуправления²⁰⁰, договорились с правительственными чиновниками о ценах на частные медицинские услуги, получили от монархов права и льготы²⁰¹, благодаря которым обладали привилегированным социальным статусом в глазах пациентов-россиян.

Об «усыпанных золотом» иностранцах на русской службе ходили легенды среди современников. Они перекочевали в исследовательскую литературу и были усилены во времена советской критики имперского режима. Такие утверждения и поныне живы в исторической литературе. Их породили пристрастные высказывания обиженных пациентов, а иногда и самих врачей.

¹⁹⁸ Такие термины встречаются для обозначения профессиональной элиты в документах первой трети XIX века. См., например: РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 52. Д. 43. Л. 13—13 об.; РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 91.

¹⁹⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 55. Л. 7—12.

²⁰⁰ Вишленкова Е. А. Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге первой половины XIX века // История медицины. 2016. Т. 3. №. 2. С. 186—201.

²⁰¹ Зимин И. В. Врачи двора Его Императорского Величества, или Как лечили царскую семью. М.; СПб., 2016.

Так, в 1802 году геттингенец Х. Шлецер успокаивал недовольного отца, заверяя, что он не зря тратил деньги и время на изучение медицины. Иностранцев в Москве осыпают деньгами, чинами, титулами, орденами²⁰². Вероятно, молодой человек, сбежавший от деспотичного отца, лукавил. Совсем иные свидетельства содержат документы государственного делопроизводства. Об инспекторе Петербургской медико-хирургической академии И. И. Энегольме президент академии Виллие в 1811 году сообщал, что его скромное жалование не позволяет содержать себя и семью. Опытный военный врач растратил в России остатки своих накоплений и вошел в долги²⁰³. И это не был особый случай. Как выяснили чиновники Министерства полиции в 1812 году, никто из иностранных врачей Петербурга не владел недвижимостью, все они вынужденно арендовали жилье²⁰⁴.

Нынешняя вера в райские условия для иностранных специалистов в России поддерживается тем, что история медицинской профессии — область слабо разработанная. Самый весомый вклад в изучение медицинской мобильности и в просопографию иностранных врачей внес в 1960-е годы Э. Амбургер. Много лет он создавал карточный каталог ученых, приехавших в Россию по международным наймам. В 1990-е годы 90 000 персональных карточек его каталога оцифровал и разместил в открытом доступе Институт Восточной Европы (Мюнхен). К сожалению, эта база данных не имеет поисковой системы, что затрудняет ее обработку и выделение сведений о географии рекрутинга, возрастных или профессиональных группах. Сам Амбургер в 1968 году выпустил на основе ее книгу, в которой проблематизировал новую для того времени тему — культурное взаимодействие германских стран и Российской империи²⁰⁵. Собранные по многочисленным источникам имена и биографические сведения позволили ему показать широкое представительство иностранцев в российских академических институтах — гимназиях, университетах, академиях.

На рубеже XX—XXI веков данная тема получила новый импульс в контексте теории культурного трансфера М. Эспаня и М. Вернера, а также фукодианской концепции медицинской власти. Германские историки показали участие иностранных медиков в государственном управлении XVIII века, рассматривая их в качестве агентов научного и культурного трансфера²⁰⁶. Его следы обнаружены не только в биографиях, но и во вра-

²⁰² „Auch in Moskwa habe ich Ursache zufrieden zu sein“: Christian von Schlozers Privatkorrespondenz mit der Familie. Akademische Lebenswelten, Wissen- und Kulturtransfer in Russland am Beginn des 19. Jahrhunderts / Hsg. A. Kaplunovskiy. Berlin: LIT Verlag, 2014. S. 253, 354.

²⁰³ РГИА. Ф. 1297. Оп. 96. Кн. 71. Д. 147. Л. 514.

²⁰⁴ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 55. Л. 2—12.

²⁰⁵ *Amburger E.* Beiträge zur Geschichte der Deutsch-Russischen Kulturellen Beziehungen. Giessen: Schmitz in Komm., 1961.

чебном языке и медицинских текстах²⁰⁷. Эти публикации убедили в том, что в XVIII веке «иностранцы врачи» (официальный статус медиков, поступивших по контракту на русскую службу) стали частью политической элиты и почитались именитыми гражданами российских городов. Часть из них жили за счет частной практики, обладали финансовой автономией, зависели главным образом от богатых пациентов, имели политическую защиту со стороны сановных покровителей и корпоративное управление в виде Медицинской коллегии. В этом отношении их условия службы в России были аналогичны таковым в прочих европейских странах.

Контроль над границами профессии

Чтобы получить в России право на врачебную практику, все медики должны были пройти испытания в учрежденных государством экспертных комиссиях²⁰⁸. Аналогичная система государственного контроля существовала в Швеции, Пруссии, Австрии и Франции. В Британии лицензию на лечебную деятельность выдавали врачебные корпорации. Аттестаты врачам имели право выдавать Медицинский совет МВД, медико-хирургические академии в Санкт-Петербурге и Москве, императорские университеты в Москве, Казани, Дерпте, Харькове и Вильно, а также врачебные управы в губернских городах.

После упразднения Медицинской коллегии и подчинения медиков Министерству внутренних дел (1803) сразу встал вопрос о том, кому теперь принадлежит право контролировать вход в профессию. Профессиональная элита добивалась сохранения монополии на оценивание знаний и

²⁰⁶ Müller-Dietz H. E. *Ärzte zwischen Deutschland und Rußland: Lebensbilder zur Geschichte der medizinischen Wechselbeziehungen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1995; Renner A. *Wissenschaftstransfer ins Zarenreich: Bemerkungen zum Forschungsstand am Beispiel der Medizingeschichte // Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. 2005. Bd 53. H. 1. S. 64—85; *Idem*. *Medizinische Aufklärung und die „Zivilisierung“ Russlands im 18. Jahrhundert // Zeitschrift für Historische Forschung*. 2007. Bd 34. S. 33—65; *Idem*. *Progress through Power? Medical Practitioners in Eighteenth-century Russia as an Imperial Elite // Acta Slavica Iaponica*. 2009. Vol. 27. P. 29—54; Dumschat S. *Ausländische Mediziner im Moskauer Rußland*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2005.

²⁰⁷ Dinges M. *Kann man medizinische Aufklärung importieren? Kulturelle Probleme im Umfeld deutscher Ärzte in Rußland in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts // Migration nach Ost- und Südosteuropa vom 18. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts. Ursachen, Formen, Verlauf, Ergebnis / Hsg. M. Beer und D. Dahlman*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1999. S. 209—234; Дингес М. *Немецкие врачи в России второй половины XVIII в.: конфликт культур // Русские и немцы в XVIII веке: встреча культур / Ред. С. Я. Карп. М., 2000. С. 160—189.*

²⁰⁸ РГИА. Ф. 1294. Оп. 11. Д. 62. Л. 3.

компетенций практикующих врачей²⁰⁹. Но немногочисленным профессорам Медико-хирургической академии, а также членам Медицинского совета было трудно справиться с потоком иностранцев, желавших обрести медицинскую лицензию. Молодые же университеты еще не смогли запустить работу своих отделений врачебных наук. Казанский и Харьковский университеты получили в те годы буквально по одному-два профессора медицины и имели перебои в преподавании²¹⁰.

Поскольку правительство стремилось расширить штат медицинских чиновников, МВД попыталось делегировать полномочия по аттестации медиков членам губернских правлений. Но эту попытку пресекли члены Медицинского совета, которые передали министру жалобы соискателей на некомпетентность провинциальных чиновников²¹¹. Чтобы удовлетворить растущие государственные потребности и при этом не выпустить нити управления из собственных рук, именитые врачи предложили использовать губернские правления и врачебные управы в качестве площадок для экзаменов, лишив их оценочных функций. Из Медицинского совета в губернии направлялись в запечатанных конвертах вопросы, и в них же в Петербург возвращались ответы соискателей. Из министерства соискателю приходил либо отказ, либо лицензия на медицинскую практику²¹². При этом губернские чиновники заверяли авторство ответов²¹³.

Прием на русскую службу

Протоколы экзаменов зафиксировали социальную и этническую пестроту поступающих на русскую службу медиков. Так, в апреле 1807 года экзамены в Медицинском совете проходили несколько прибывших в Россию рекрутов. М. Клейн имел степень доктора медицины Венского университета, до отъезда в Россию служил врачом венского госпиталя, потом ординарным врачом регенсбургского госпиталя, затем был лейб-медиком князя К. фон Меттерниха. Как явствует из его прошения, он приехал в Россию в 1803 году по приглашению князя Оксгаузена, в поместье которого австрийский врач прожил три года. И только после того как в 1806 году князь вступил в действующую армию, Клейн решил получить государственную лицензию на практику, для чего и прибыл в Петербург²¹⁴.

²⁰⁹ РИГА. Оп. 1. Св. 50. Д. 4. Л. 2 об.

²¹⁰ РГИА. Ф. 733. Оп. 49. Д. 138. Л. 1 об.

²¹¹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 11. Д. 62. Л. 33.

²¹² РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 50. Д. 4. Л. 5.

²¹³ РГИА. Ф. 1294. Оп. 11. Д. 62. Л. 22.

²¹⁴ Там же. Л. 19.

Большинство выпускников иностранных университетов приезжали в Россию на собственные средства, узнав о наймах медиков из газет. Обычно Коллегия иностранных дел подавала через своих посланников и послов соответствующие объявления в ведомостях. В таком случае претендент старался разузнать через коллег об особенностях российской службы, затем отправлялся в посольство и уточнял там условия найма, схему проезда, получал паспорт и адрес, по которому должен явиться по прибытии. Такой способ рекрутирования собирал на русскую службу начинающих врачей, не имевших репутации и видов на службу в иных государствах.

Опытные врачи приезжали в Петербург по рекомендациям именитых коллег, продвинувшихся в России. Для них создавались персональные преференции. Так, прибывший по рекомендации лейб-медика И. П. Франка, гигиениста и реформатора медицинского образования, геттингенский доктор Г. В. Эллисен восхитил петербургских коллег познаниями и хирургическим опытом. Он получил не только аттестат на право врачебной практики, но и подтверждение докторской ученой степени, хотя и не представил диплом. Как заверил коллег все тот же Франк, документы Эллисена были выкрадены в пути²¹⁵.

С признанными специалистами почти всегда возникали неловкие ситуации. Довольно часто обладатели ученых званий отказывались сдавать экзамены, считали их оскорбительными. В связи с этим в 1804 году члены Медицинского совета обратились к вице-министру иностранных дел П. А. Строганову с просьбой определить правительственные условия валидации иностранных степеней. Тогда министр ушел от ответа²¹⁶. На следующий год в ответ на многочисленные обращения ученых медиков В. П. Кочубей разрешил признавать все зарубежные дипломы и давать их обладателям право на медицинскую практику, а также соответствующий чин Табели о рангах. Такое послабление министр объяснил острым дефицитом врачей в империи²¹⁷. Видимо, это решение, а также нависшая угроза закрытия нескольких немецких университетов в период наполеоновских войн способствовали тому, что в Россию поехали доктора медицины. Но поскольку они сразу же оказались выше в иерархии чинов, чем не имевшие степеней врачи-практики, много лет выслужившие в России, то отстаивавшие интересы последних члены Медицинского совета стали убеждать правительство не доверять западным дипломам²¹⁸.

Долгое время проблема доверия к университетским дипломам и научным степеням была в России острой и порождала размышления правительственных чиновников об отношении к научным иерархиям. Создавая

²¹⁵ Там же. Л. 18.

²¹⁶ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 50. Д. 4. Л. 1.

²¹⁷ Там же. Л. 2.

²¹⁸ Там же. Л. 3.

университеты, правительство Александра I стимулировало формирование российского ученого сословия льготами государственной службы. Со стороны выпускников российских университетов опасности не ждали. Они тогда были малочисленными и за степенями не гонялись. Иное дело иностранцы. Автоматическое признание их ученых степеней грозило сломать последовательность прохождения ступеней чиновной карьеры и влить в состав российского чиновничества, в том числе высшего ранга, совершенно несведущих в российских реалиях ученых-медиков. Менее всего в этом были заинтересованы прежние поколения иностранцев-врачей на русской службе. Как правило, они не обладали высшими научными степенями. Это повлекло бы с их стороны утрату ключевых позиций в управлении.

Судя по всему, полиэтнический Медицинский совет ощущал себя в России если не заказчиком, то во всяком случае потребителем произведенного в разных университетах Европы интеллектуального товара. По знаниям экзаменуемых они судили о медицинских школах, выстраивали их ценностную иерархию²¹⁹. Потом эти умозрительные представления стали убеждением и послужили основой для российских льгот выпускникам определенных медицинских школ, к числу которых относились Венский, Геттингенский, Эрлангенский (Нюрнбергский) и Вурцбургский университеты. Выпускники остальных медицинских школ должны были подтвердить свою степень доктора медицины научным сочинением на латыни²²⁰. За одобренный советниками текст соискатель получал «диплом и права доктора Российской империи»²²¹.

Условия военных наймов

С расширением масштаба наполеоновских войн европейский рынок врачей оскудел. Монархи наращивали армии, бросали их в сражения, раненых становилось все больше, эпидемии охватывали города с пленными, и всем участвующим в мировом состязании европейским дворам требовались медики, особенно хирурги. Начав военные действия, министры военно-сухопутных и военно-морских дел стали требовать от только что созданных в России медицинских факультетов и академий поставки лекарей, настаивать на досрочных выпусках студентов. Но первые же выпуски (1805—1807) недоученных медиков породили ведомственные конфликты. Неопытные студенты оказались бесполезными на полях сражений и в го-

²¹⁹ Там же. Л. 4 об.

²²⁰ Там же.

²²¹ О правилах для вызова иностранных врачей в Российскую службу. 21 апреля 1808 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 30. № 22974. С. 196.

спитаях. В связи с этим А. Б. Куракин, в 1808 году унаследовавший управление медико-хирургическими академиями, остановил ведомственную интервенцию в учебный процесс и вернул правительство к практике международного найма²²².

Медицинскому совету предстояло изменить прежние условия найма (Положение от 25 апреля 1807 года) и сделать западным медикам более заманчивые предложения. При этом от претендентов следовало получить доказательства благонадежного поведения, свидетельства их обучения в «известных» университетах или академиях, а также практического опыта лечения пациентов в каком-либо госпитале²²³.

Советники предложили разделить соискателей российской службы на три класса: медико-хирурги или доктора медицины и хирургии; доктора медицины и «лекари, известные в Германии под названием хирурги»²²⁴. Следовало направлять желающих в Петербург к главнокомандующему армией и ему же посылать по почте их документы. Претенденты снабжались проездными паспортами, дорожными письмами от послов и деньгами. Врачам первого класса полагалось 150, второго — 100 и третьего — 50 голландских червонцев. Эта сумма делилась на две части (половина выдавалась сразу, вторая половина обещалась после петербургского экзамена).

Предполагалось, что заключивший контракт на шесть лет врач будет определен в полк или госпиталь с жалованием (для первого класса — 750, для второго класса — 600, для третьего класса — 250 рублей в год). Ему полагались бесплатное питание, форменная одежда и денщики²²⁵. Иностранцам обещались равные с российскими подданными права на чины и награды. Врач мог в любое время покинуть Россию, кроме военного времени (sic!). Выслужив от двух до пяти лет, он мог получить при выезде половину годового жалования, за шесть лет службы — годовое жалование, за двадцать лет был обещан половинный, а за тридцать лет — полный пансион. Вдовам гарантировалось содержание²²⁶.

На основе этого проекта было принято новое постановление для вызова иностранных врачей на все виды государственной службы, а также для найма вольнопрактикующих врачей²²⁷. В указе жалование было увеличено (для первого класса — от 1000 до 1200 рублей годового жалования и восьмой классный чин; для второго класса — от 800 до 1000 рублей жалования и девятый чин; для третьего класса — от 300 до 500 рублей жалования и двенадцатый чин). Эти суммы были почти в три раза выше жалования,

²²² РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 50. Д. 23. Л. 1 об.

²²³ Там же. Л. 11.

²²⁴ Там же. Л. 11 об.

²²⁵ Там же. Л. 12 об.

²²⁶ Там же. Л. 13.

²²⁷ О правилах для вызова иностранных врачей в Российскую службу. С. 192.

которое получали выпускники российских медицинских школ. Но бюрократы считали, что здесь нет несправедливости: за обучение в европейском университете иностранный врач платил из собственного кармана, а россиянин учился на медицинском факультете бесплатно.

Несмотря на заманчивые условия, законотворцы не рассчитывали на отклик ведущих специалистов. Предполагалось, что на призыв российских посольств отзовутся, главным образом, недавние выпускники или даже студенты медицинских факультетов немецких университетов, не имевшие должностей и опыта лечения. Бюрократы в этом проблемы не видели. «Германия, — уверяли советники министра, — обилует такого рода людьми, которые требуют малого только пособия, чтоб в коротком времени сделаться способными к обоим родам службы»²²⁸.

Процедура наймов

Поисками медиков и заключением предварительных контрактов с ними занимались чрезвычайные и полномочные послы и посланники при Саксонском, Пруском, Вестфальском, Венском дворах, а также в Париже (посол в Касселе — Л. А. Яковлев, в Вене — Г. О. фон Штакельберг, в Швеции — П. К. фон Сухтелен, в Берлине и Дрездене — В. В. Ханьков, в Париже — П. А. Толстой и А. Б. Куракин). Из Петербурга всем им были высланы векселя на 2000 голландских червонцев для найма медиков. Окончательные договоры с претендентами подписывал в Петербурге лично министр внутренних дел.

Через четыре года, в 1812 году, военный министр Вязьмитинов подвел неутешительный итог этой кампании. Он свидетельствовал, что, потратив в 1808—1810 годах огромные средства, Россия наняла 220 человек, из которых лишь 145 врачей получили в Петербурге лицензию и приступили к службе. Но и они, как подозревал генерал, «не зная языка, свойства и обычаев русского народа, на долгое время остаются мало полезными»²²⁹.

Несведущие и малоопытные медики (те, кому было менее 25 лет) направлялись на доучивание или переучивание в Медико-хирургическую академию. В этом отношении типичным был случай фельдшерского гезеля шведской королевской службы С. П. Малма, прибывшего на полученные в посольстве деньги в Петербург и провалившего экзамен²³⁰. В особо тяжелых случаях претендента за его счет возвращали на родину, а большинство недоучек направлялись в российские университеты и академии.

²²⁸ О правилах для вызова иностранных врачей в Российскую службу. С. 196.

²²⁹ РГИА. Ф. 733. Оп. 99. Д. 38. Л. 4.

²³⁰ РГИА. Ф. 1294. Оп. 11. Д. 62. Л. 20.

семьи. В 1810 году консультант поинтересовался у Куракина, не хочет ли российский император сделать ему подарок за оказанные услуги. Французский врач утверждал, что нашел для России и экзаменовал «более ста врачей, из коих конечно весьма малая часть оказалась с достаточными сведениями»²³⁵. Возмущенный Разумовский отвечал, что из одиннадцати нанятых французов двое отказались от государственной службы и занялись частной практикой, а один не прошел испытаний²³⁶. Из дипломатических соображений подарок все же решено было сделать. Перстень обошелся в 100 луидоров²³⁷.

Итак, в каждом проверяемом случае обнаруживалось, что часть нанятых врачей потерялись в пути, а денег было потрачено значительно больше, чем планировалось. Министры и послы долго разыскивали оплаченных рекрутов, переписывались по поводу их болезней, истраченных средств, безуспешно старались вернуть подорожные деньги. Сама по себе международная переписка обходилась казне недешево, а у правительственных чиновников вызывала бурю негативных эмоций.

Условия русской службы

На практике подтвердить в России ученую степень иностранному врачу было не просто. Виллие признавался, что Правила об экзаменах медицинских чиновников (1810) более строгие, чем те испытания, которые некогда проводила Медицинская коллегия²³⁸. Многие претенденты, не сдав экзамен, уезжали домой, не получив даже компенсации путевых расходов. До 1808 года имелась возможность валидировать диплом и ученую степень в одном из российских университетов, но под давлением членов Медицинского совета и новой администрации академии новый министр внутренних дел Куракин добился монополии своего ведомства на оценку иностранных наемников²³⁹. Даже обладатели высших ученых степеней должны были представить в Медицинский совет рукопись и ждать приговора. От мнения российских медицинских чиновников зависело, с каким чином и жалованием вступит претендент на государственную службу.

Обещанные по призыву 1808 года весьма приличные деньги выплачивались иностранным врачам ассигнациями, по третям и с задержками. В условиях идущей европейской войны и инфляции они быстро обесце-

²³⁵ РГИА. Ф. 1297. Оп. 96. Кн. 71. Д. 143. Л. 493—493 об.

²³⁶ Там же. Л. 494 об.

²³⁷ Там же. Л. 495.

²³⁸ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 19. Л. 19.

²³⁹ Там же. Оп. 1. Св. 50. Д. 4. Л. 6 об.

нивались. К. В. Афанасьева проанализировала жалобы и прошения об отставке английских судебных врачей начала XIX века, недовольных нерегулярными выплатами, скудным питанием, задержками в присвоении чинов. Они многое вытерпели в надежде на компенсацию, а в 1808 году английские судебные медики были уволены с русской службы из-за разрыва русско-английских государственных отношений²⁴⁰.

Бравурно зазвучавшая после победы над Наполеоном патриотическая риторика ретушировала финансовую недостаточность российского правительства. В речах бюрократов хорошим оказывался тот врач, кто много знал, умел, трудился и, «яко честный человек, не приобрел себе имения и никогда не был сопричастен законопротивному корыстолюбию». Об этом, например, говорил на похоронах хирурга, члена Медицинского совета Е. К. Валериани один из министерских чиновников²⁴¹. Обычно российских сановников возмущала манера иностранцев отстаивать свои права и торговаться по условиям контракта. Но поскольку было невозможно апеллировать к их долгу перед Отечеством, то приходилось выполнять договорные условия. Примеров тому в архивных делах сохранилось много. Так, негодование министра народного просвещения вызвало письмо венского хирурга Симона, который после завершения контракта в 1810 году поставил условием продолжения своей службы увеличение оплаты услуг²⁴². В силу «крайней надобности в медицинских чинах в молдавской армии» и рекомендации президента Медико-хирургической академии, А. К. Разумовскому пришлось удовлетворить ходатайство Симона. Он присвоил военному хирургу звание младшего лекаря второго класса, что привело к повышению жалования. Но министр был возмущен и сообщил об этом подчиненным.

В архиве Канцелярии генерал-штаб-доктора по гражданской части хранится редкий документ. Это прошение иностранного врача, прибывшего в 1808 году в Петербург²⁴³. Через два года, в 1810 году, он смог сам написать письмо на русском языке и вставить в него много автобиографических деталей. Благодаря этому у нас есть возможность услышать персональный голос и понять заботы рядового участника событий.

Л. Руанет заключил контракт с русским послом Ханьковым в Дрездене. В Петербурге он выдержал экзамены в медико-хирургической академии и получил по их результатам степень доктора медицины и хирургии, чин коллежского ассессора и обещание ежегодного жалования в 900 ру-

²⁴⁰ Афанасьева К. В. Состояние военно-морской медицины в царствование Александра I // Наука, технология и общество во время Первой мировой войны: Медицина / Ред. Л. А. Булгакова. М.; СПб., 2011. С. 245—246.

²⁴¹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 2. Кн. 123. Д. 94. Л. 94 об.

²⁴² РГИА. Ф. 1297. Оп. 96. Кн. 71. Д. 144. Л. 498.

²⁴³ Там же. Д. 130. Л. 275 об.

блей. Шестилетний контракт не ограничивал его армейским, флотским или гражданским поприщем. При наличии семьи медики могли выбирать вид службы. Однако Руанет не знал русского языка, необходимого для гражданской медицины, а потому согласился на службу врача в Первом кадетском корпусе.

Преодолев спустя два года языковой барьер, он решил перевестись из холодного Петербурга на гражданскую службу в южную губернию. Узнав о вакансии уездного лекаря в Орловской губернии, Руанет ходатайствовал об этой должности. И поскольку она предполагала жалование в 300 рублей ежегодно, иностранный врач добивался от министра доплаты в 600 рублей²⁴⁴. Такие же доплаты выплачивались и другим иностранцам, например Грицбаху, который перешел с военной службы на должность Богородицкого уездного лекаря.

В 1816 году Руанет снова писал министру и жаловался на нарушение условий его контракта. После трех лет службы он должен был получить прибавку в четверть жалования, а через четыре года беспорочной службы — следующий чин. Но прошло уже шесть лет, а уездный врач получал все те же 900 рублей ассигнациями и числился коллежским асессором. Подтверждение условий международного найма 1808—1809 годов в «Санкт-Петербургских ведомостях» побудило многих иностранных врачей обратиться с ходатайствами. В случае Руанета его обращение было поддержано губернатором Н. Е. Мясоедовым, и врач получил от российского правительства 1350 рублей компенсации²⁴⁵.

Впрочем, далеко не у всех иностранных врачей складывались хорошие отношения с губернскими чиновниками. Инспектор Кавказской врачебной управы Д. С. Гриельский сообщал столичным коллегам, что повсеместно провинциальные бюрократы мешают выполнению врачебного долга²⁴⁶. Согласно инструкции, уездные лекари обязаны были указывать местным властям на недостатки в их управлении, на опасности для населения от грязных рынков, кладбищ, воды. Далеко не всегда результатом таких обращений было сотрудничество врачей с властями. Поскольку продвижение лекаря в чинах и по службе зависело от отзывов губернских бюрократов, то самые исполнительные медики, писал Гриельский, стали жертвой мести²⁴⁷. Служба отягощалась тем, что работы во врачебных управах было много, специалистов не хватало, а получающие в три раза меньшие оклады русские лекари завидовали иностранным коллегам и не поддерживали их.

²⁴⁴ Там же. Л. 286.

²⁴⁵ Там же. Л. 298.

²⁴⁶ РГИА. Ф. 1294. Оп. 5. Д. 194. Л. 204 об.

²⁴⁷ Там же. Л. 205 об.

Замещение

После завершения наполеоновских войн дефицит врачей в России стал ощущаться слабее, поскольку медицинские школы увеличили выпуск подготовленных студентов-медиков и к тому же на территории империи остались пленные врачи, служившие в Великой армии. В пылу сражений российские военачальники охотно пользовались их знаниями, когда же политическая ситуация стабилизировалась, пленных лекарей стали поощрять пройти экзамен и обрести официальный статус «иностранный врач»²⁴⁸. Одновременно с этим выяснилось, что в условиях почти полного отсутствия на освобожденных территориях органов гражданской медицины (уездные врачи в 1812 году были мобилизованы в армию) помещики наняли врачей, не имевших права на медицинскую практику. Когда врачебные управы возобновили свою работу и обнаружили нелегальных конкурентов, то наниматели стали просить влиятельных лиц освободить частных врачей от экзаменов²⁴⁹. Интересно, что тогда Медицинский совет был готов, как практиковалось прежде, присылать в управы конверты с вопросами²⁵⁰. Но столичный главнокомандующий заявил, что экзамены должны проходить только на медицинских кафедрах²⁵¹. Видимо, произошла централизация оценивания. Такое право было закреплено за казенными учебными учреждениями, заинтересованными в протекции собственных выпускников.

Протекционизм проявлялся не только при раздаче лицензий, но и при замещении вакансий. В условиях появившегося выбора правительственные чиновники делали его в пользу выпускников российских школ, ссылаясь на их дешевизну для бюджета и «хорошее поведение», то есть терпение и лояльность. Вот пример. Получив два прошения на должность инспектора в тамбовскую врачебную управу (от иностранного врача с большим стажем службы, в том числе в Грузии, и от недавнего выпускника Петербургской академии), генерал-штаб-доктор С. Ф. Добронравов сделал выбор в пользу последнего. Из его комментария становится ясно, что он решил не облегчать опасную службу наемного врача, за которую тот «пользуется особыми выгодами против прочих врачей»²⁵². Такая тактика российских чиновников породила отток иностранных медиков из России, в том числе некоторых именитых врачей.

²⁴⁸ Высочайше утвержденное Положение, на основании коего имеют ныне быть принимаемы в военно-медицинскую службу иностранные врачи // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 32. № 25508. С. 705—707.

²⁴⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 31. Л. 2.

²⁵⁰ Там же. Л. 4.

²⁵¹ Там же. Л. 5 об.

²⁵² РГИА. Ф. 1299. Оп. 10. Д. 33. Л. 8 об—9.

Стремление российского правительства к самообеспечению медицинскими чиновниками спровоцировало инициативу самого влиятельного иностранного врача на русской службе — главы армейской медицины, лейб-медика императора Виллие. Получивший признание монарха-победителя за эффективную организацию полевых госпиталей, в январе 1816 года он представил проект подготовки профессоров медицины из «природных русских». Для его обоснования Виллие использовал патристическую риторику российских элит. В то время публицисты заверяли соотечественников в культурном превосходстве русского народа, писали о победе как доказательстве правильного устройства Российской империи²⁵³.

Виллие интерпретировал международные наймы врачей как проявление культурной зависимости России от иных стран, а лекарей предлагал рассматривать как военно-стратегический ресурс²⁵⁴. При таком ракурсе видения в список требований к ним входили не только знания и искусство врачевания, но и преданность.

Он напомнил, что с XVIII века российское правительство тратит огромные средства на наймы медиков²⁵⁵. Долгое время это приходилось делать в силу отсутствия или слабости собственных медицинских школ²⁵⁶. Однако после реформы медицинской академии (расширения числа казеннокоштных студентов и введения клинического обучения) дефицит лекарей восполнялся собственным производством. Теперь проблемной зоной осталась профессиональная элита, которая состоит из иностранных поданных.

Судя по всему, сын пастора не питал пиетета к профессорам и не отождествлял себя с учеными медиками. Приглашенные в Россию профессора не имели опыта тяжелой военной службы, не оперировали раненых на полях сражений, не руководили госпитальями, не боролись с эпидемиями в охваченных паникой санитарных зонах. Это были кабинетные ученые, обеспеченные по праву рождения, с дипломами престижных голландских и немецких университетов. Военный администратор, Виллие утверждал, что Российской империи нужны иные именные врачи.

Вполне вероятно, что в его предложении была личная корысть. Судя по всему, он нуждался в верных соратниках для руководства академией и на прочих административных постах. Стремясь сосредоточить все нити государственной медицины в руках профессиональной элиты, которую именовал «врачебное сословие»²⁵⁷, он много раз наталкивался на сопро-

²⁵³ Подробнее об этом: Вишленкова Е. А. Визуальное народоведение Российской империи, или Увидеть русского дано не каждому. М., 2011. С. 229—230.

²⁵⁴ РГИА. Ф. 1297. Оп. 9в. Кн. 100. Д. 8. Л. 45 об.

²⁵⁵ Там же. Л. 44.

²⁵⁶ Там же.

тивление влиятельных российских бюрократов. В одиночку его было не сломить. Однако опереться на именитых иностранцев (попытка Виллие объединить их в 1810 году²⁵⁸) ему не удавалось. Конфликт с Франком, потом с генерал-штаб-доктором по гражданской части Крейтоном, осторожная позиция лейб-медика и генерал-штаб-доктора флота Лейтона не оставили надежд на то, чтобы сделать из них соратников. В 1816 году Виллие предложил вырастить профессоров медицины в России из русских семинаристов. Возможность создать из бедных и всем ему обязанных учеников профессиональную элиту представлялась более отсроченной, но реальной возможностью сконцентрировать медицинское управление в своих руках.

Технологически процесс представлялся так. Отобранных в духовных семинариях лучших выпускников (20—25 человек) надо было доучить светским наукам в Главном педагогическом институте, затем обучить врачебному мастерству в Медико-хирургической академии и потом отправить на 4—5 лет для обучения в Шотландию. Эдинбургский университет, по опыту самого Виллие, не был заражен мистической философией, исповедовал здравый прагматизм, учил с опорой на статистику и учитывал опыт колониальной службы своих выпускников в Вест-Индской компании. Эти особенности были бы полезными для российской высшей школы.

В усеченном виде его план был реализован в 1817—1823 годы²⁵⁹. В Шотландию тогда отправились 12 выпускников петербургской и московской академий, которые вернулись врачами с западной подготовкой по нескольким медицинским специальностям, с личными контактами, хорошим знанием латыни, английского и немецкого языков. К 1827—1828 годам часть из них защитили диссертации на степень доктора медицины и хирургии и заняли профессорские кафедры в академии. Вскоре они влились в старую профессиональную элиту, изменив ее состав, ценности и направление деятельности.

В декабре 1827 года появился указ, предписывающий ограничить наймы иностранных врачей только военной службой²⁶⁰. При этом рекомендовалось выбирать для нее медиков из «наций славянского происхождения». Предполагалось, что за год практики в госпиталях они смогут выучить русский язык. По результатам экзамена претендентов делили на два

²⁵⁷ Виллие попытался это сделать после избрания деканом Медицинского совета Министерства народного просвещения: РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 52. Д. 43. Л. 13—13 об.

²⁵⁸ Подробнее об этом см.: *Vishlenkova E. The State of Health: Balancing Power, Resources, and Expertise and the Birth of the Medical Profession in the Russian Empire // Ab Imperio. 2016. № 3. P. 55—56.*

²⁵⁹ Подробнее об этом см.: *Вишленкова Е. А. Шотландское происхождение русской медицинской элиты в начале XIX века // Диалог со временем. 2017. № 61. С. 216—237.*

класса: первый получал 1000 рублей в год, второй — 800. Контракт заключался не на шесть лет, как прежде, а на 12. Только в случае принятия российского подданства иностранному врачу присваивался классный чин и на него распространялись привилегии военной службы. А менее чем через год (октябрь 1828 года) наймы иностранных медиков были полностью прекращены²⁶¹. Законодатель заявил об укомплектованности российской армии «собственными нашими врачами».

Итак, в XIX веке ситуация для иностранных врачей в России стала иной. Александровские политики сохранили практику международных наймов врачей, но изменили их назначение и условия. Во-первых, выросли требования государства к знаниям и лечебному (прежде всего хирургическому) опыту соискателей. Во-вторых, наборы осуществлялись, главным образом, для военной службы. Возможности гражданской службы для иностранцев были ограничены требованием русского языка, а частной практики — зафиксированными ценами на медицинские услуги. Судя по всему, инициаторами ограничительных мер выступали медицинские советники при правительстве, многие из которых были иностранными врачами с британским образованием. Их действия могут быть оправданы защитой от конкуренции с коллегами, обладающими учеными степенями немецких университетов (их приток в Россию усилился в период наполеоновских войн) и альянсом профессиональной элиты с российским правительством.

Создание медицинских институтов

Главным средством преодоления дефицита врачей после 1828 года стала деятельность отечественных медицинских школ. В рассматриваемый период в России действовали три системы высшего медицинского образования: академическая, университетская и институтская.

Академическая система начала складываться во второй половине 1790-х годов. До нее российских медиков готовили госпитальные школы. До ликвидации в 1798 году в них было подготовлено не менее 2000 хирургов. Небольшая часть этой медицинской элиты продолжили свое образование в Западной Европе и увенчали его докторской степенью. А многие учащиеся не завершили медицинского образования из-за рекрутинга в ар-

²⁶⁰ О правилах для принятия приглашенных на службу в военно-сухопутное и морское ведомство, как иностранных врачей, так и врачей, в России находящихся, из отставных и неслуживших. 29 декабря 1827 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1830. Т. 2. № 1664. С. 1121—1123.

²⁶¹ О невызове на службу иностранных врачей. 22 октября 1828 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1830. Т. 3. № 2366. С. 925.

мию или на государственную службу в периоды войн и эпидемий²⁶². На рубеже веков госпитальные школы, которые в 1786 году уже были институционально отделены от военных госпиталей и преобразованы в чисто образовательные учреждения, были объединены в Медико-хирургическую академию с филиалами в Петербурге и Москве. Если Московский университет, основанный в 1755 году, выпустил всего несколько десятков студентов-медиков, то медико-хирургические академии несли основное бремя медицинского обучения.

Большинство учащихся в академиях были казеннокоштными студентами, которых рекрутировали в принудительном порядке из числа не лучших выпускников духовных училищ. Это влияло на эффективность российского медицинского образования²⁶³. В профессиональных школах действовали учебные планы и программы, ориентированные на практическую подготовку учащихся. Последнее достигалось за счет перераспределения учебного времени в пользу значительных по объему курсов практических дисциплин (в первую очередь хирургии). Они велись у постели больного в клиниках и госпиталях. Общеобразовательные и естественнонаучные дисциплины если и читались, то лишь в виде сокращенных обзорных курсов. Латынь и иностранные языки преподавались слабо. Как следствие, выпускники академий оказывались подготовленными для того, чтобы сразу после обучения приступать к практической работе, однако возможности их дальнейшего профессионального роста и исследовательской работы были ограничены.

Система трех медико-хирургических академий (Москва, Санкт-Петербург, и в 1830-х годах к ним добавилась академия в Вильно²⁶⁴) просуще-

²⁶² Пекарский П. П. Наука и литература в России при Петре Великом. СПб., 1862. Т. 1. С. 132—133; Палкин Б. Н. Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М., 1959. С. 3. К фельдшерам: Ramer S. Who was the Russian Feldsher? // Bulletin of the History of Medicine. 1976. № 50. P. 213—225. К русским университетам: Sdvižkov D. Das Zeitalter der Intelligenz. Zur vergleichenden Geschichte der Gebildeten in Europa bis zum Ersten Weltkrieg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007. S. 145.

²⁶³ Чистович Я. История первых медицинских школ в России. С. 43—47, 218—225, 288—289; Злотников М. Ф. Выпуски учеников из Московской медицинской школы в Балтийский флот при Петре Великом // Московский врач. 1916. № 5. С. 252—254; Прозоров Г. М. Материалы для истории Медико-хирургической академии, в память 50-летия ее собранные. СПб., 1850. С. 29—30; Отчеты штаб-хирурга Шеина о некомпетентных учащихся в Адмиралтейском госпитале в Санкт-Петербурге, 05.06.1760 см. в: РГАДА. Ф. 346. Оп. 1/4. Д. 265. Л. 404—404 об, 519—519 об; Постановления Медицинской Коллегии об отклонении учеников без знания латыни от 5 и 11.11.1770, см. в: РГАДА. Ф. 344. Оп. 1/1. Д. 42. Л. 510—511.

²⁶⁴ В 1833 году медицинский факультет Виленского университета был преобразован в Виленскую медико-хирургическую академию, в та в свою очередь в 1841 году — в медицинский факультет университета Св. Владимира (Киев).

ствовала до середины 1840-х годов, когда решением императора в стране осталась только одна — Санкт-Петербургская.

Довольно хорошо описана в историографии университетская система подготовки врачей²⁶⁵. В начале XIX века к единственному в стране медицинскому факультету Московского университета, открытому в 1758 году, добавились еще четыре: в Казани, Харькове, Дерпте и Вильно. В первой половине столетия их вклад в решение проблем кадрового обеспечения был неравномерным. Во-первых, в этот период медицинские факультеты Казани и Харькова только осуществляли постепенную трансформацию в сторону подготовки практикующих врачей. Во-вторых, подавляющее большинство университетских студентов были своекоштными (учились за свой счет). По окончании обучения они пополняли ряды академической профессуры и вольнопрактикующих врачей. Университетская система стала ведущим инструментом воспроизводства врачей только после реформы 1835 года. В 1840—1860-е годы у медицинских факультетов появился сильный профессорско-преподавательский штат. Он смог разработать и реализовать оригинальные учебные планы, создать достаточную для подготовки практикующих врачей клиническую базу²⁶⁶.

Наименее исследованной остается система подготовки врачей «в службу» через систему институтов, организованных при российских университетах. Именно она наряду с медико-хирургическими академиями внесла самый большой вклад в ликвидацию государственного дефицита врачей.

Виленский институт

Идея создания медицинского института, который начал принимать учащихся в 1806 году и действовал при Виленском университете, принадлежала Франку. В 1804 году он принял предложение попечителя Виленского учебного округа А. А. Чарторыйского занять профессорскую должность в Российской империи. Причина, побудившая Франка взять на себя заботы по созданию учебного заведения, точно неизвестна. Однако если судить по воспоминаниям его сына И. И. Франка, что складывается впечатление, что на этот шаг Франка-старшего подтолкнуло несогласие с действиями коллег и попечителя учебного округа. Едва успев вступить в должность, Франк предложил реорганизовать местный медицинский фа-

²⁶⁵ Мы обобщили этот исследовательский опыт в статье: *Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации в медицине (Россия, первая половина XIX века) // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 1 (18). С. 168—178.

²⁶⁶ *Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н.* Московский университет в реформе медицинского образования 40—60-х годов XIX века. М., 2004. 288 с.

культет — переориентировать его на подготовку практикующих врачей подобно тому, как он сделал в университетах Вены и Павии.

Чарторыйский и виленские профессора поддержали эту инициативу теоретически, но не содействовали ее практическому воплощению²⁶⁷. Тогда Франк совершил обходной маневр. Он не стал переубеждать оппонентов, а, воспользовавшись личным знакомством с министром внутренних дел В. П. Кочубеем, направил к нему своего сына, И. И. Франка, с секретной миссией. Он познакомил министра с идеей создания при Виленском университете особого учебного подразделения — медицинского института. Институт предназначался для подготовки практикующих врачей. Франк показал учебную программу. Трудно сказать, в какой мере австрийского профессора волновала проблема подготовки национальных кадров, а в какой — собственная карьера. Важно, что Кочубей поддержал предложение и поручил Франку разработать проект устава для института.

На это ушло несколько месяцев. В конце 1806 года «Положение для воспитанников, при Виленском университете, к образованию в медицинской части назначаемых» было подписано Александром I²⁶⁸. Согласно этому документу государство оплачивало обучение 30 (а при необходимости 50) воспитанников российского подданства или иностранцев (либо знающих русский язык, либо бравших на себя обязательство выучить его). Продолжительность обучения определялась в четыре-пять лет. Выпускникам присваивалось звание лекаря, и они должны были «нести службу, буде подданные российские, в продолжение семи лет, а иностранцы в продолжение десяти лет». Управление и финансирование института поручалось МВД²⁶⁹.

Местный медицинский институт был «фундушевым заведением»²⁷⁰, то есть содержался за счет церковных имений. Документ содержал два десятка пунктов, определявших условия обучения медицине за казенный счет. Университет должен был отбирать в Институт лучших выпускников гимназий по их согласию и желанию. Из формулярных списков виленских студентов (все были выпускниками гимназий) видно, что их подготовка включала хорошее знание языков. Практически все знали не только латынь, польский и русский, но еще по два европейских языка²⁷¹. Обучение

²⁶⁷ *Сточик А. М., Затравкин С. Н., Астахова Е. Ю.* К истории возникновения медицинских институтов при российских университетах. Сообщение 1. История создания Медицинского института при Виленском университете // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 2. С. 48—50.

²⁶⁸ *Bieliński J.* Uniwersytet Wileński (1579—1831). Krakow, 1899. Т. 2. С. 119.

²⁶⁹ Положение для воспитанников, при Виленском университете, к образованию в медицинской части назначаемых // Сборник постановлений по Министерству народного просвещения. СПб., 1864. Т. 1. Стб. 408—412.

²⁷⁰ LVIA. Ф. 720. Оп. 1. Д. 8. Л. 19 об.

²⁷¹ Там же. Л. 4—7.

в Институте длилось четыре-пять лет (иногда дольше, если студент болел). Воспитанники учились на польском языке и на латыни. При этом они должны были либо знать русский, либо учить его в университете. Местные монастыри обязывались содержать студентов-медиков: предоставить им жилье, постельные принадлежности и прачку, свечи, дрова для отопления. Кроме того, виленские студенты получали такое же денежное вспомоществование, как студенты Петербургской медико-хирургической академии: 76 рублей на питание, 73 — на одежду и 20 — на книги. Всего 169 рублей серебром. Деньги должен был выдавать губернатор и отчитываться лично перед министром внутренних дел. Если студенту не удавалось найти место в монастыре (когда число воспитанников выросло до 50, 19 из них оказались без жилья), ему выдавали три рубля серебром в месяц для найма и отопления жилья²⁷². С 1823 года казеннокоштным студентам-медикам, успешно закончившим обучение, стали дарить карманные хирургические инструменты²⁷³.

Виленский институт довольно скоро приобрел известность как один из центров подготовки хороших врачей-практиков. В 1811 году его работа обсуждалась на заседании Комитета министров²⁷⁴. В 1812 году институт смог выпустить 32 лекаря. Вся медико-хирургическая академия тогда выпускала только вдвое больше медиков²⁷⁵. Эффективность Института в условиях острого дефицита врачебных кадров обнадружила правительство. Особенно им интересовался С. К. Вязьмитинов, исполнявший в 1812 году обязанности председателя Комитета министров.

В декабре 1812 года он подал на рассмотрение Комитета уже упоминавшуюся записку «О недостатке врачей и способах к образованию их», в которой предложил распространить виленский опыт на другие университеты. И вновь речь шла о выгодах собственного производства врачей. Поскольку «умножить число воспитанников медико-хирургической академии конечно не удобно, потому что великому числу учащихся нельзя слушать лекции в одном классе, особливо же в части анатомии и некоторых других», Вязьмитинов предлагал учредить еще три временных (на шесть или девять лет) подобных института при Московском, Казанском и Харьковском университетах. Скорость их производства предполагалась следующей: «в 1-й год определить в университеты Московский, Казанский и Харьковский, в коих лекции преподаются на российском языке, в каждый

²⁷² LVIA. Ф. 720. Оп. 1. Д. 6. Л. 2 об.

²⁷³ Там же. Д. 3. Л. 76.

²⁷⁴ Журналы Комитета Министров. 1802—1826. СПб., 1888. Т. 2. С. 250.

²⁷⁵ *Сточик А. М., Затравкин С. Н., Астахова Е. Ю.* К истории возникновения медицинских институтов при российских университетах. Сообщение 2. Возникновение идеи создания системы медицинских институтов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 3. С. 50—53.

по 50 медицинских воспитанников, а во 2-й, 3-й, 4-й и 5-й годы по 25. По прошествии четырех лет, т. е. по окончании курсов, поступившие в 1-й год, могут быть уже выпущены в лекари и мы получим вдруг до 150, а в следующие же за тем годы в каждый до 75 врачей»²⁷⁶. Студентами могли стать воспитанники духовных семинарий и молодые люди свободного состояния.

Комитет министров одобрил инициативу, но вновь не рассчитал возможности инфраструктуры: ни в Москве, ни в Казани, ни в Харькове не было условий для работы медицинских институтов. Московский университет сильно пострадал во время пожара, а в Харькове и Казани медицинские факультеты еще не сформировались. Ревизии и проверки убеждали министерских чиновников в том, что «анатомический театр с кабинетом своим был в очень плохом состоянии, что клинические институты были тесны, бедны и не соответствовали ни пространству, ни значению университета»²⁷⁷. И хотя бюрократы принимали самые серьезные решения, на самом высоком уровне (Комитет министров поручил министру народного просвещения Разумовскому взять проблему организации медицинских институтов под личный контроль), но все, что могли сделать, — это увеличить число казеннокоштных студентов на медицинском факультете Харьковского университета и число учащихся в Виленском институте.

Московский институт

Вновь к проблеме подготовки российских медиков правительство вернулось в 1817 году. После назначения на пост министра народного просвещения А. Н. Голицын потребовал от московского попечителя приступить к созданию медицинского института²⁷⁸.

Очевидно, московские профессора воспринимали такие практически ориентированные институты как своего рода госпитальные школы, как подготовительную стадию высшего образования. К тому же тогда в российских университетах семинаристов не принимали. Там учились представители свободных сословий и получали вместе с университетским дипломом 14-й чин Табели о рангах. К тому же семинаристы не изучали многие гимназические предметы, но учили латынь.

Поэтому А. П. Оболенский отреагировал на предложение негативно. «Несродственно университету, — отвечал он в 1818 году, — принимать на

²⁷⁶ РГИА. Ф. 733. Оп. 99. Д. 38. Л. 4 об.—5.

²⁷⁷ Цит. по: Полунин А. И. Страхов Петр Илларионович // Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Московского университета. М., 1855. Ч. 2. С. 471.

²⁷⁸ Там же.

себя попечение о замещении медицинских вакансий, когда об этом займется министр полиции. Воспитывать и учить как можно лучше, вот прямой долг университета! ...лучше не заводить у себя новых медицинских отдельных институтов и не принимать на себя тех распоряжений, которые зависят от министра полиции и финансов»²⁷⁹. Создать институт тем не менее пришлось. Осенью 1818 года в Московский университет прибыли первые 50 воспитанников семинарий, которых московская профессура должна была сделать лекарями за четыре года.

В связи с этим Московскому университету пришлось разработать специальный учебный план. Его основу написал декан медицинского факультета М. Я. Мудров. Он был хорошо знаком с программами медицинского института Вильно. Возвращаясь в 1809 году с зарубежной стажировки, он больше года провел в Вильно, где получил возможность детально ознакомиться со всеми наработками Франков и даже подружился с И. И. Франком.

Мудров удалил из учебного плана медицинского факультета все лекционные курсы и дисциплины, которыми можно было пожертвовать в пользу практических занятий. Все общие и специальные курсы изучались в Институте в первый год обучения. Из всех естественно-научных курсов были оставлены только химия, анатомия, натуральная история и математика-физика. В Институте их читали не профессора физико-математического факультета, а преподаватели-медики, которые адаптировали науки под нужды будущих врачей.

Второе отличие учебной программы института от медицинского факультета состояло в изменении порядка клинической подготовки. Здесь Мудров предложил, во-первых, существенно расширить возможности клиник Московского университета (уже в 1820 году они переехали в новое просторное здание на Никитской улице). Во-вторых, занятия у постелей больных были объявлены обязательными для всех воспитанников и выделены в завершающий этап подготовки. В-третьих, занятия в клиниках не должны были ограничиваться демонстрациями отдельных клинических случаев и врачебного искусства преподавателей. Они включали активные формы обучения, отработку со студентами навыков диагностики и лечения, предоставление учащимся возможностей для самостоятельной работы с больными. Кроме занятий в клинике (два-четыре раза в неделю), студенты были обязаны посещать ежедневные утренние (профессорские) и вечерние (адъюнктов) обходы; были введены дежурства студентов в клинике, курирование больных.

В начале 1820-х годов московский институт начал регулярно давать государству подготовленных к службе лекарей. И что важно — в отличие от виленских воспитанников, московские воспитанники были настолько

²⁷⁹ ЦИАМ. Ф. 459. Оп. 1. Д. 984. Л. 2—3.

бедны, что не могли выкупить свою свободу и отказаться от государственной службы. В Вильно в 1815 году из Медицинского института было выпущено 10 ученых врачей²⁸⁰, но двое из них оплатили свое обучение и получили право вольной медицинской практики. В 1820 году Виленский институт выпустил 14 воспитанников, двое из которых возвратили «издержанные на них деньги», то есть 992 рубля 72 коп. серебром за пять лет обучения²⁸¹.

Тогда же правительство решило увеличить число обучающихся в Виленском институте медиков до 100 человек и поместить их в одном здании. Поскольку на тот момент дома для организации общежития в Вильно не нашлось, мест в монастырях больше не было, а префекта Медицинского института испугал увеличившийся в два раза объем работы (нужно было перестроить систему обучения), то создатели проекта предложили расширять число обучающихся постепенно, в течение пяти лет, прибавляя каждый год к 50 имеющимся еще по десять человек²⁸². Средства на увеличение Медицинского института выделяло Государственное казначейство. Этот план был выполнен. В 1820 году был осуществлен добавочный набор 10 казеннокоштных студентов. На эти места претендовали 40 студентов разных курсов, в основном физико-математического факультета Виленского университета, обучавшихся за свой счет.

Параллельно с Виленским и Московским институтами в Российской империи действовали еще два медицинских института. В Харькове его организация оказалась «неудобоисполнимой», поэтому институты были открыты в Дерпте и Казани. Все вместе они обеспечили Российскую империю сотнями молодых врачей российского подданства, после чего правительство отказалось от практики международных наймов.

В дальнейшем медицинскому институту при Московском университете было суждено сыграть судьбоносную роль в переориентации университетского образования на подготовку практикующих врачей. В силу того что занятия в институте и на факультете вели одни и те же профессора и эти занятия (за исключением четырех подготовительных дисциплин) проводились одновременно для воспитанников и студентов, в Московском университете был запущен процесс сближения медицинских учебных планов и программ.

В этом оказались заинтересованы и бюрократы, и студенты медицинского факультета. В отличие от воспитанников Института, они не были обязаны дежурить в клиниках или участвовать в обходах больных, но очень быстро убедились в том, что клиническая подготовка открывает для них хорошие карьерные возможности.

²⁸⁰ LVIA. Ф. 720. Оп. 1. Д. 107. Л. 2.

²⁸¹ Там же. Л. 88.

²⁸² LVIA. Ф. 720. Оп.1. Д. 6. Л. 2.

Профессора и администраторы Московского университета не только не препятствовали такому развитию событий, но и приняли целый ряд решений, ускоривших процесс переориентации российского обучения на подготовку лекарей. В течение 1828—1833 годов была введена курсовая система обучения, предусматривавшая строгое распределение всех дисциплин факультета по полугодиям и позволившая добиться последовательности в освоении студентами медицинских наук. Тогда же были установлены фиксированные сроки преподавания отдельных предметов, а их объем и содержание подчинены интересам клинического преподавания.

Когда в конце 1820-х годов в МНП началась разработка нового университетского устава, московские профессора-медики предложили распространить их опыт на все российские университеты. Составленный в 1829 году профессором Ю. Х. Лодером учебный план лег в основу раздела о медицинском факультете первого общероссийского университетского устава 1835 года. После его введения в 1837 году и утверждения «Правил испытания медицинских... чиновников» институтская модель подготовки врача была введена во всех российских университетах. Это ускорило подготовку готовых к службе медиков и компенсацию дефицита в штате медицинских чиновников²⁸³.

Особенности рекрутинга и подготовки врачей в Российской империи создали не только специфический врачебный «факультет» (в терминах XVIII века, а позже «сословие», еще позже — «профессию»), но и возможности использовать его для управления населением и изучения территории. Характерными особенностями этой исследовательской сети было движение по замещению иностранных врачей выпускниками российских медицинских школ, которые имели низкий социальный статус, зависели от казенного жалования, слабо владели европейскими языками, прошли сокращенный (по сравнению с западными коллегами) курс естественнонаучных дисциплин, обладали знаниями социальных реальностей или, по крайней мере, считали, что обладают ими.

Условия исследовательской работы

«Ни в каком государстве нет таких преимуществ и выгод для врачей, как в России», — писал в 1833 году в медицинской газете «Друг здравия» ее редактор К. И. Грум-Гржимайло²⁸⁴. И эти слова публично произносили многие врачи, имея в виду государственное содержание студентов,

²⁸³ Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. М., 2001. С. 200—204.

²⁸⁴ Взгляд на состояние медицины в России // Друг здравия. 1833. № 3. С. 17.

чины и возможность карьерного продвижения, монаршие знаки отличия, денежные вспомоществования и пенсии за долговременную и беспорочную службу.²⁸⁵ У военных врачей были еще и дополнительные привилегии²⁸⁶.

«Преимущества» и «выгоды» действительно существовали. Они были законодательно закреплены, реализовывались на практике, и об этом немало написано в литературе. Но какую цену приходилось платить за то, чтобы стать счастливым обладателем этих «выгод» и «преимуществ»? Каковы были условия работы? Что требовалось пройти соискателям медицинских званий и ученых степеней, желавших провести научное исследование и продвинуться по служебной лестнице? Об этом известно несколько меньше, и именно этим вопросам мы хотим посвятить настоящую главу.

Для выявления условий исследовательской работы врачей, поступавших после окончания академий, университетов и институтов на государственную службу, мы опирались на синхронные документальные свидетельства, а не на воспоминания²⁸⁷. Эти свидетельства мы обнаружили в аттестационном делопроизводстве (в диссертациях и в прошениях на проведение испытаний), то есть в университетских архивах. Наши предшественники утверждали, что такие документы вряд ли уцелели; что «о реальном содержании экзаменов судить трудно, поскольку их протоколы за начало XIX в. не сохранились (и можно сомневаться, что при таком потоке экзаменуемых там детально фиксировались их ответы)»²⁸⁸; что экземпляры опубликованных текстов диссертаций в «фондах многих, особенно

²⁸⁵ Речь, произнесенная 9 июля 1832 года, при выпуске лекарей из Императорской медико-хирургической академии, той же академии профессором и ученым секретарем А. Чаруковским // *Друг здравия*. 1833. № 8. С. 57.

²⁸⁶ Например, с 1843 года они через каждые пять лет получали добавку к жалованию в четверть оклада. См.: Положение о чинах военно-медицинского ведомства // *Медико-статистические известия*. 1843. Июль. С. 25—26.

²⁸⁷ См. исследования по социальной истории российской медицины первой половины XIX века: Русская литература и медицина. Тело, предписания, социальная практика / Ред. К. Богданов, Ю. Мурашов, Р. Николози. М., 2006; *Михель Д. В. Медицинская антропология: история развития дисциплины*. Саратов, 2010; *Он же. Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология*. Саратов, 2010; *Афанасьева А. «Освободить... от шайтанов и шарлатанов»: дискурсы и практики российской медицины в Казахской степи в XIX веке* // *Ab Imperio*. 2008. № 4. С. 113—150; *Afanasyeva A. Russian imperial medicine: the case of the Kazakh steppe* // *Crossing Colonial Historiographies* / Ed. A. Digby, W. Ernst, P. B. Mukharji. Newcastle: Cambridge Scholars, 2010. P. 57—76; *Вишленкова Е. А. Медико-биологические объяснения социальных проблем России (вторая треть XIX века)* // *История и историческая память*. 2011. Вып. 4. С. 37—66.

²⁸⁸ *Университет в Российской империи XVIII — первой половины XIX веков* / Ред. А. Ю. Андреев, С. И. Посохов. М., 2012. С. 365.

провинциальных библиотек отсутствуют» и их не удастся обнаружить в министерском и университетских архивах²⁸⁹.

Проводимое в течение ряда лет изучение логики ведения университетского делопроизводства и его архивирования позволило нам обнаружить сотни аттестационных дел в архивах Москвы и Казани²⁹⁰. В Казанском университете за период с 1814 (время создания отделения врачебных наук) по 1860 год мы выявили прошения 87 соискателей медицинских степеней на проведение испытаний. В архиве медицинского факультета Московского университета за 1833—1860 годы²⁹¹ обнаружены 287 аттестационных дел. Некоторые из них содержат документы на группу лиц.

Из 87 казанских прошений 42 были поданы на звание штаб-лекаря, 40 — на степень доктора медицины и пять — на степень доктора медицины и хирургии. Из 87 претендентов на степень 35 оказались военными лекарями, 20 — гражданскими врачами, 15 — служили в разные годы по учебной части в Казанском университете, двое были частнопрактикующими врачами и 13 — студентами-выпускниками медицинского факультета. Об одном соискателе найти сведений не удалось, а один не имел медицинского образования. Это был лектор французского языка А. Ф. Дечеверри, который в 1833 году решил получить звание лекаря или врача, заявив, что три года изучал медицину в Париже. В подтверждение этого он представил рукопись диссертации. Но это уже были не 1810-е годы, и рукописные сочинения не признавались в России доказательствами познаний. Профессора отделения врачебных наук потребовали от соискателя документы из Парижского университета, подтверждающие наличие ученого звания по специальности²⁹².

Из комплекса московских дел мы выбрали для анализа 122 дела, содержащие оценки диссертационных исследований. Среди них 44 были открыты на военных врачей, 26 — на гражданских лекарей, 3 — на частно-

²⁸⁹ Алеврас Н. Н., Гришина Н. В. Диссертационная культура российских историков XIX — начала XX вв.: замысел и источники исследовательского проекта // Мир историка. Историографический сборник / Ред. В. П. Корзун, А. В. Якуб. Вып. 6. Омск, 2010. С. 13.

²⁹⁰ См.: Вишленкова Е. А., Ильина К. А. Университетское делопроизводство как практика управления (Россия, первая половина XIX века) // Вопросы образования. 2013. № 1. С. 232—255.

²⁹¹ Опись медицинского факультета начинается с документов 1813 года. Однако до 1833 года их чрезвычайно мало и аттестационных дел в них нет. Это результат чистки архива в 1860-х годах. Тогда же был ликвидирован архив Московского отделения медико-хирургической академии, которая волилась в 1842 году в Московский университет (Ильина К. А., Вишленкова Е. А. Архивариус: хранитель и создатель университетской памяти // Сословие русских профессоров: Создатели статуй и смыслов. М., 2013. С. 353—354).

²⁹² ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 228. Л. 3.

практикующих врачей, 9 — на студентов, претендующих на докторскую степень, 9 — на служащих медицинского факультета и его клиник. В 31 случае установить статус соискателя не удалось. Написали диссертации на степень штаб-лекаря 73 соискателя (как правило, это делали врачи в возрасте 29—32 лет, т. е. спустя 5—7 лет после окончания университета, вернув государству долг за обучение на казенном коште); 40 — на степень доктора медицины, 8 — на степень доктора медицины и хирургии. В одном случае осталось непонятным, на какую ученую степень претендовал лекарь. Из 165 оставшихся аттестационных дел 72 прошения поданы на звание штаб-лекаря, 90 — на степень доктора медицины, 3 — на степень доктора медицины и хирургии. Эти данные позволяют представить исследовательскую активность врачей.

В обращениях в университетские советы соискатели не только просили профессоров организовать для них испытания и защиту диссертации, но и рассказывали об обстоятельствах службы, о том, как и где собирали эмпирический материал для исследования, как понимали свой вклад в науку. Персональные документы диссертанта (формулярный и кондуктивный списки²⁹³, аттестаты) сопровождаются рекомендациями с мест службы, по которым можно судить о служебных проблемах и отношении к исследовательской работе во врачебных управах и госпиталях. Собранный вместе, этот источникный комплекс позволяет реконструировать условия государственной службы ученого врача в России, определявшие специфику его «полевой работы», тематику и даже характер полученных выводов²⁹⁴.

Система ученых степеней

Придавая профессорским инициативам по совершенствованию процедуры присуждения ученых степеней статус закона, Министерство народного просвещения каждый раз предупреждало, что разосланные постановления «не простираются на правила, установленные для образа испытания и производства, и на преимущества, узаконенные по медицинской части»²⁹⁵. Первый свод правил, разработанных специально для полу-

²⁹³ В формулярных списках гражданских и военных служащих фиксировались происхождение, семейное положение, данные о собственности и образовании, а также этапы служебной карьеры; в кондуктивный список вносились сведения о лояльности, о добросовестности службы, поощрениях и наказаниях воинских чинов.

²⁹⁴ Данный сюжет продолжает серию статей, посвященных изучению процесса формирования экспертного сознания и профессии у российских врачей: Вишленкова Е. А. «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя российского государства (первая половина XIX века) // *Ab Imperio*. 2011. № 2. С. 41—82; Гатина З. С., Вишленкова Е. А. Система научной аттестации в медицине. С. 168—178.

чения ученой степени во врачебных науках, появился в 1810 году. Обязательным условием испытаний на ученую степень было участие в них профессоров с иных факультетов, которые проверяли знания соискателя по своим наукам, а также одного или двух членов врачебной управы или иного медицинского чиновника. Для того чтобы получить допуск к экзаменам и организовать для этого комиссию, соискатель был обязан доказать документами от соответствующих учреждений свое благонадежное поведение и практические умения.

В Правилах 1810 года прописан необходимый объем знаний и компетенций для разных врачебных специальностей. Претенденты на звание «доктор медицины», «доктор медицины и хирургии», а также на должность инспектора врачебной управы должны были сдавать экзамены на латыни. Соискатели иных званий могли проходить испытания «на другом каком-либо употребительнейшем в Европе языке». Пройдя через экзамены, соискатель должен был представить в совет факультета «диссертацию по назначению собрания предмета из какой-либо части врачебной науки». От претендентов на высшие ученые звания ожидали «заслуживающую уважение диссертацию собственного сочинения», или «какое-либо полезное и достойное особенного внимания медицинское сочинение», либо «лучше по всем царствам природы медико-топографическое описание тех мест, где они находятся»²⁹⁶. Иначе говоря, профессорский совет желал получить от своих «младших коллег» знания, обретенные в полевых условиях. Положение 1810 года не позволяло университетам оценивать знания и умения выпускников медико-хирургических академий, находящихся в подчинении иного министерства. Лишь в 1818 году этот запрет был снят по инициативе самих профессоров академий, которые ссылались на загруженность и предлагали передать часть такой работы в университеты, избавив соискателей от необходимости приезжать в Москву или Петербург²⁹⁷.

Вскоре после принятия новых правил присуждения ученых степеней (1837) МНП издало временные «Правила испытания медицинских, ветеринарных и фармацевтических чиновников и вообще лиц, занимающихся врачебною практикою» (1838). Теперь на звание доктора медицины и хирургии могли претендовать только медико-хирурги и доктора медицины, прослужившие в этих должностях не менее трех лет. Обязательным условием для соискателя звания штаб-лекаря стала служба в звании лекаря в течение 4—7 лет. К соискателям званий «доктор медицины» и «медико-хирург» предъявлялись те же требования выслуги. Претендовать на них могли не только государственные служащие, но и частнопрактикующие

²⁹⁵ Сборник постановлений по Министерству народного просвещения. Стб. 1136.

²⁹⁶ Там же. С. 542—547.

²⁹⁷ Там же. № 157. С. 332.

врачи. Вместо диссертации о конкретной болезни и способах ее излечения лекарям, которые хотели бы иметь звание штаб-лекаря и соответствующий чин, настоятельно рекомендовалось написать медико-топографическое сочинение²⁹⁸. От претендентов на высшие медицинские степени ожидалась диссертация хирургической направленности.

В 1844 году появились отредактированные «Правила испытания врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок»²⁹⁹. Новое соглашение изменило профессиональную иерархию. Отныне лекарь, штаб-лекарь, доктор медицины, доктор медицины и хирургии относились к категории «учено-практических званий»; уездный врач, члены врачебной управы (акушер и оператор), инспектор врачебной управы — к категории «учено-служебных званий»; а дантист и повивальная бабка — к категории «специально-практических званий». Новые правила подняли требования к знаниям соискателей учено-практических званий. Испытание по физике, химии, ботанике, зоологии и минералогии, то есть вспомогательным дисциплинам, «относящимся к естествоведению», «ограничивается требованием от экзаменуемого сведений, с врачебными науками только необходимую связь имеющих»³⁰⁰. К требованиям, предъявляемым на степень доктора медицины и хирургии, добавилось наличие теоретических и практических знаний в хирургии. Шесть из выносимых на защиту положений диссертации должны были быть медицинскими. Диссертационный диспут предписывалось проводить в торжественном собрании под председательством декана или ученого секретаря академии, на которое кроме членов факультета или академии приглашались посторонние гости. Вместо прежних двух оппонентов против диссертанта на диспуте выступали три «возражателя».

Подчиненность ученых врачей сразу трем ведомствам — министерствам народного просвещения, внутренних дел и военному — создавала сложную паутину взаимодействий, где имелось место и автономии, и более плотной, чем в других профессиях, зависимости. По всей видимости, все ведомства были заинтересованы в использовании обретенных врачами знаний для организации рационального управления империей. Только их заинтересованность относилась к разного типа знаниям. МВД были нужны медико-топографические описания для ознакомления с ними губернских чиновников, а потому оно желало их получить на русском языке и опубликовать в ведомственном журнале (он рассылался по губернским присутствиям). МНП ожидало от своих служащих и воспитанников вклада в мировую науку, а потому требовало публикации врачебных диссертаций на латыни и желательно в зарубежных известных изданиях.

²⁹⁸ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 341. Д. 68. Л. 11—11 об.

²⁹⁹ Сборник постановлений по Министерству народного просвещения. Стб. 579.

³⁰⁰ Там же. Стб. 582.

Выход на службу

Вышедший из стен университета воспитанник медицинского факультета был обязан отработать долг государству за бесплатное обучение: полтора года за каждый год учебы, т. е. шесть лет по уставу 1804 года и семь с половиной по уставу 1835 года. Никто из студентов-медиков не знал заранее, в каком ведомстве он будет служить. Распределение находилось во власти министерских чиновников. При любом их решении государственная служба в условиях протяженной и часто воюющей империи делала судьбы начинающих лекарей мало предсказуемыми и подверженными резким переменам. Поэтому получить звание штаб-лекаря или доктора медицины было заманчиво, но подготовка к экзаменам и создание исследовательского текста требовали большого напряжения.

Приступая к экзаменам, молодой врач сомневался в том, что сможет довести дело до успешной защиты диссертации. И причины тому были самые разные. Например, в 1826 году в Казанский университет поступило прошение от медикохирурга, члена Саратовской врачебной управы Ф. И. Загорского. Он претендовал на степень доктора медицины и хирургии, а потому прислал рукопись диссертации на латинском языке. Но когда экзамены были уже назначены, Загорский не получил позволения местного губернатора уехать в отпуск. Не имея проездного паспорта, он не мог покинуть Саратов. Хозяин губернии объяснил отказ острым дефицитом врачей и горячим временем рекрутского набора. В 1820-х годах практикующие врачи могли в таких случаях экзаменоваться и защищаться заочно. В присланном в Казань письме Загорский просил казанского ректора и профессоров дать ему такую возможность и получил ее³⁰¹. Однако диссертацию каждому соискателю все равно нужно было защищать лично и публично. Из-за служебной занятости этот заключительный аккорд аттестации многим губернским и уездным врачам приходилось постоянно откладывать.

С годами таких отложенных защит в университетах становилось все больше. Особенно много незавершенных аттестационных дел появилось после выхода в 1847 году новых «Правил порядка испытания медицинских студентов на степень доктора». Они предоставили учащимся последних курсов возможность выбрать выпускные экзамены разной сложности: облегченный (теоретический) на звание лекаря или трудный (теория плюс практика) на звание доктора медицины³⁰². Если выпускник хотел поступить на службу со званием доктора и более высоким жалованием, то подвергался проверкам: в течение года профессора проверяли его профессиональные навыки в анатомическом театре и в операционном

³⁰¹ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 90. Л. 5—5 об.

³⁰² ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 655.

зале. Впрочем, это не освобождало казеннокоштного воспитанника от распределения на государственную службу. Предполагалось, что, уехав, он подготовит текст диссертации, а затем вернется и защитит его в университете³⁰³. Открывшаяся возможность спровоцировала волну прошений от студентов на прохождение докторских испытаний. Всем хотелось начать службу в более высоком чине и звании, однако дойти до этого удавалось немногим. Часть сохранившихся в архиве Казанского университета аттестационных дел завершается заключением о присуждении неудачливому выпускнику низшей степени — лекаря — или об отказе в степени доктора³⁰⁴. Только в конце 1850-х годов для таких соискателей были сделаны послабления: провалившие экзамены воспитанники получили право пересдать их³⁰⁵. Многие смогли воспользоваться такой возможностью³⁰⁶.

Следующий отсеб приходил на стадии подготовки диссертационного исследования. Справившиеся с экзаменами соискатели просили начальство отложить их распределение на службу и дать им возможность написать и защитить диссертацию. На это требовалось согласие министра народного просвещения, а тот, в свою очередь, должен был получить одобрение министра внутренних дел. В условиях дефицита кадров получить согласие было трудно. В случае казанского студента Федора Тимкина министры договорились, и он смог завершить диссертацию, оставшись в университете без содержания. Главным условием было, чтобы соискатель «по удостоении степени доктора медицины немедленно представлен был к определению на службу»³⁰⁷. К месту службы Тимкин отправился в звании доктора медицины и в чине коллежского асессора.

Если же студент-медик учился за собственный счет, то разрешения министров на то, чтобы остаться при университете, не требовалось. Своёкоштный выпускник В. Громов без всяких согласований продолжал писать диссертацию. Но процедура аттестации затянулась из-за проблем с его здоровьем и финансами. В 1858 году Громов просил университетскую администрацию о «доставлении материальных средств для дальнейших занятий»³⁰⁸. На условии предоставления готовой диссертации к концу года соискатель получил 200 руб.

Но везло не всем. МВД стремилось как можно скорее восполнить дефицит врачей в своих структурах. Поэтому большинство выпускников,

³⁰³ Сборник распоряжений по Министерству народного просвещения. 1835—1849. СПб., 1866. Т. 2. С. 950.

³⁰⁴ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 657; ГА РТ. Ф. 977. Оп. Совет. Д. 4268.

³⁰⁵ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 741. Л. 12.

³⁰⁶ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 356. Д. 4. Л. 38.

³⁰⁷ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 706. Л. 13 об.

³⁰⁸ Там же. Д. 653. Л. 5.

успешно сдавших экзамены и утвердивших тему докторской диссертации, отправлялись исполнять обязанности уездных или городских врачей.

Обязанности и возможности врача

Анализ законодательства показал, что члены врачебных управ, уездные и городские врачи должны были выполнять около 30 различных служебных обязанностей, относившихся к судебной-следственной, административной и экспертной сферам. Вот перечень этих обязанностей, составленный на основании нормативных актов и сохранившихся документальных свидетельств повседневной работы медицинских чиновников в рассматриваемый период³⁰⁹: экспертиза трупов по требованию судебных и полицейских следователей, а также судов и уполномоченных должностных лиц губернии; умалишенных и глухонемых; в отношении живых лиц в рамках расследования уголовных дел о растлении, изнасиловании, нанесении телесных повреждений, аборт; химическая экспертиза биологических объектов и вещественных доказательств — внутренних органов при подозрениях на умышленное отравление; пятен, похожих на кровь, подозрительных жидкостей; для идентификации возраста, следов наказаний, клейм; в отношении чиновников и иных должностных лиц, подающих прошение об отставке по состоянию здоровья; в отношении чиновников и их близких родственников, а также раненых офицеров при обращении их за назначением государственной пенсии и пособий; в отношении нижних военных чинов для установления невозможности их дальнейшей службы по состоянию здоровья; в отношении отставных военных чинов для решения вопросов о помещении их в инвалидные команды и богадельни, а также для рассмотрения заявлений от желающих покинуть эти учреждения; освидетельствование рекрутов; надзор за больницами и их работой; за лечением больных, находящихся под стражей; за отпуском лекарственных средств; активирование аптечного инвентаря и оформление заявок на его замену; хирургического инструментария и оформление заявок на его починку; проверка аптекарских книг по всем больницам; плановые и внезапные ревизии государственных и частных аптек; проверка аптеч-

³⁰⁹ Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здоровья (краткий исторический очерк) и приложения к нему // Труды Высочайше учрежденной междудеPARTMENTальной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб., 1913. Т. 1. С. 1—35; Справка. Извлечение из доклада о преобразовании губернских врачебных учреждений // Там же. Т. 2. С. 1—40; Записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России // Там же. Т. 3. С. 1—63.

ных запасов; контроль за изготовлением лекарств в аптеках, за сбором лекарственного сырья и его обработкой, за торговлей ядовитыми и сильнодействующими средствами; участие в организации новых аптек; проверка врачей-гомеопатов и «эмпириков»; проведение экзаменов «на производство в классный чин» фельдшеров, аптекарских и лекарских учеников и на звание лекарских, аптекарских и ветеринарных учеников, повивальных бабок, оспопрививателей и цирюльников; составление годовых, особых и срочных отчетов о состоянии «народного здоровья» и о «врачебной деятельности», медико-топографических описаний; борьба с эпидемиями (мобилизация вольнопрактикующих врачей, организация карантинных мероприятий, лечение заболевших); оспопрививание; медицинская помощь населению.

Последний пункт в этом перечне заслуживает комментария. Врачи называли число обслуживаемых ими ежедневно больных: «до ста и более»³¹⁰, «от 50 до 70 человек под надзором»³¹¹. Эта служба сопровождалась разъездами по гужевым дорогам, переохлаждениями и частыми заболеваниями (а нередко и смертью) лекарей.

Прибыв на место назначенной службы, молодой врач обнаруживал в уезде полное отсутствие медицинской литературы, лекарственных препаратов, хирургических инструментов, лабораторного оборудования. Для проведения медико-топографического исследования нужны были цифровые измерения природы. Отсутствие барометра, термометра (или разные типы этих инструментов), а также химических реактивов для анализа воды и почвы не позволяло врачам провести исследование должным образом и составить полное медико-топографическое описание, обязательной составляющей которого были «факты и точные наблюдения»³¹². Врачи жаловались, что в связи с отсутствием необходимых инструментов им нечего сказать о замеченных ими природных явлениях. Иркутской врачебной управе пришлось дважды запрашивать у Медицинского совета измерительные приборы. В результате переписки сибирские врачи получили один барометр и десять термометров³¹³.

В таких условиях заниматься научно-исследовательской работой было крайне трудно. Неудивительно, что многие молодые медики скоро убеждались в невозможности закончить диссертацию.

МНП старалось облегчить для соискателей степеней их непростую участь. Поскольку в результате уваровских реформ университеты были унифицированы (единые уставы, структура, транслируемые знания, функции, критерии оценки), то в 1840-х годах врачи смогли проходить через

³¹⁰ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 350. Д. 93. Л. 9 об.

³¹¹ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 343. Л. 60.

³¹² Там же. Д. 294. Л. 16.

³¹³ РГИА. Ф. 1299. Оп. 1. Д. 265. Л. 35—40.

испытания в любом совете. Как правило, медики выбирали университет, близкий к их месту службы. Более того, при необходимости соискатель мог пройти процедуру последовательно в нескольких университетах. Однако практикующим врачам это мало облегчило задачу. Такой возможностью пользовались в основном врачи, служащие по учебному ведомству. В 1851 году выпускник Московской медико-хирургической академии, а к тому времени прозектор анатомии Казанского университета Н. Барминский решил пройти испытания на ученую степень доктора медицины³¹⁴. В Казани он сдал часть экзаменов, затем уехал в отпуск в Москву (обзаведшись рекомендацией ректора) и сдал там еще один экзамен, а вернувшись, сдал все остальное. В 1852 году он представил на факультет диссертацию, через год решил забрать ее и представить исследование на другую тему. В 1854 году Барминский успешно защитил полученные результаты.

Университет в этом отношении оказывался более выгодной, чем врачебная управа, исследовательской площадкой для тех выпускников, кто хотел быстрой служебной карьеры. В результате ученые степени и, соответственно, чины и должности получали не врачи с практическим опытом, а оставленные в ведомстве МНП молодые исследователи. Однако получить высшую академическую степень без хирургической практики они не могли. Тут преимущество оказывалось у соискателя, накопившего истории болезней своих вылеченных пациентов. В 1840-х годах опыт успешных операций стал основным способом верификации диссертационных выводов. «Сколько мне известно, — утверждал в полемике с коллегой профессор А. А. Альфонский, — знаменитейший московский литотомист Гильдебрандт, следующий боковому косвенному методу, сделал с отличным успехом более трех тысяч литотомий; я сам, как сейчас упомянул, по крайней мере до 1000, и автор диссертации из десяти, им оперированных по тому же методу в Марьинской, городской и университетской больницах, не потерял ни одного»³¹⁵.

Аттестационные дела военных врачей также полны примеров затянувшихся защит. В 1839 году на медицинский факультет Московского университета обратился Н. В. Петров с просьбой организовать для него публичную защиту. «Бывши казенным воспитанником медицинского института Московского императорского университета, — сообщал он, — в 1826 году был я выпущен лекарем первого отделения и оставлен при университете для получения докторского достоинства. По выдержании словесного и письменного экзамена на степень доктора медицины в 1828 году, дана мне была тема для диссертации... которая и была в следующем 1829 году мною представлена; но как в том же году по распоряжению высшего начальства получил я назначение отправиться по причине крайней

³¹⁴ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 549. Л. 41.

³¹⁵ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 342. Д. 70. Л. 74 об.

необходимости в медиках без всякого замедления во вторую действующую армию сверх-комплект в числе прочих казенных воспитанников, оставшихся при университете для получения докторских лекарственных степеней, то диссертация моя осталась в факультете без решения»³¹⁶. Имелась в виду вспыхнувшая русско-турецкая война. Вторая действующая армия, направленная на Балканы, состояла из пяти пехотных дивизий с артиллерией и девяти казачьих полков. Учитывая, что ей предстояло продвигаться в условиях жаркого климата, штаб армии срочно усилил «медицинскую часть». В армию были присланы из университетов сверхкомплектные врачи, поставлены госпитальное оборудование и медикаменты. Впрочем, это не предотвратило вспышки эпидемий, которые преследовали русские войска с первых дней похода и приводили к большим жертвам. Петрову пришлось многое испытать и жить в условиях хронического недосыпания. Когда через десять лет он решил вновь попытаться научного счастья, правила обретения ученых степеней в Российской империи радикально изменились. Однако, учитывая военные заслуги врача, факультет допустил его к защите с прежним текстом, даже не потребовав учета высказанных некогда замечаний. По новым правилам сдать сильно усложнившиеся экзамены и пройти через обсуждение диссертации опытному хирургу было бы почти невозможно.

В 1840-х годах процедура обретения степени для военных врачей начиналась с предоставления текста диссертации в медицинский департамент Военного министерства. Это его чиновники составляли отзыв о поведении соискателя и заказывали оценку исследования медицинскому факультету. Но поскольку прочтение диссертации, написанной на латыни, составление рецензии или отзыва, обсуждение на факультетском совете, а затем нередкий возврат текста для редактирования и исправления, новое прохождение процедур обсуждения и, наконец, публикация и публичная защита растягивались на месяцы и годы, то многие соискатели либо отказывались от своего намерения, либо искали более легкий путь достижения цели.

Так, успешно выдержавший в 1847 году экзамены на степень доктора медицины С. Ловцов был откомандирован военно-медицинским департаментом в Киевский военный госпиталь. Началась жизнь в походах, не позволявшая вести исследования. В 1850 году он просил московских профессоров разрешить ему изменить тему диссертации на более «заземленную» — «Практические сведения о йоде, его препаратах, употреблении их в различных болезнях, изложенных в историях болезней»³¹⁷. Госпитальный врач явно желал перевести практический опыт в аналитическую плоскость — сделать его «сциентифическим», как говорили тогда ученые ме-

³¹⁶ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 346. Д. 74. Л. 1—1 об.

³¹⁷ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 354. Д. 5. Л. 23 об.

дики. Соглашаясь на это, члены факультетского совета поставили перед ним условие, чтобы «диссертация эта заключала в себе не одни практические его сведения, но и представляла бы неоспоримые доказательства его учености, как ищущего степени доктора медицины»³¹⁸. В 1853 году Ловцов защитил диссертацию и получил искомую степень.

Смена темы диссертации не вызвала возражений у профессоров, приветствовавших «полевые исследования» госпитальных врачей и обобщение их опыта практической работы. Так, выпускник 1847 года И. Минкевич прошел все устные и письменные экзамены, утвердил тему исследования, но в 1848 году был направлен на Кавказ, в укрепление Томир-хан-Шура. Он попал в горячую военную точку. Укрепление было выстроено в горном районе Кавказа в 1832 году, а через два года стало резиденцией командующего русскими войсками в Северном Дагестане. В ноябре 1843 года Шамиль организовал осаду Томир-хан-Шура. Обстрел и блокада продолжались больше месяца и породили вспышку эпидемии в гарнизоне. Прибывшие на подмогу полторы тысячи казаков отбили мюридов, но были размещены в тесных пространствах зараженного укрепления. Эпидемия унесла тогда едва ли не больше жизней, чем осада и обстрел. Опыт выхаживания социально однородных больных в условиях ежедневного наблюдения был важен для университетской науки. Военный госпиталь позволял держать больных в изоляции и фиксировать изменения в их состоянии. Гражданские врачи, отправлявшиеся на дом по вызову, такой возможности, как правило, не имели. Набрав определенный объем записей таких наблюдений, Минкевич просил Московский университет изменить ему исследовательскую тему. «Нынешнее мое место служения и самая служба, — объяснял он, — не позволяют мне написать диссертацию на сказанную тему. Я выбрал другую, основанную на наблюдениях существовавшей эпидемии»³¹⁹. Университетский совет удовлетворился доводами госпитального врача и разрешил ему сменить тему диссертации.

Очевидно, преодоление научной аттестации подразумевало наличие у соискателя довольно сильной мотивации и требовало от него больших усилий. Не у каждого на это хватало сил и возможностей. Целый ряд аттестационных дел не завершены. Так, в 1847 году главный доктор Московского военного госпиталя просил медицинский совет университета принять экзамены на докторскую степень у лекарей этого госпиталя В. Кричевского и А. Семенова. Оба ординатора успешно прошли через устные и письменные экзамены, но сразу после этого были отправлены в резервные войска. «А ныне, — сообщал ректор профессорам-медикам, — находясь на жительстве близ Варшавы, он [Кричевский] имеет более возможности защищать диссертацию при Варшавском медицинском совете, и потому

³¹⁸ Там же. Л. 26 об.

³¹⁹ Там же. Д. 104. Л. 47.

просит о выдаче ему в выдержании испытания на степень доктора медицины свидетельства»³²⁰. Семенов же, попавший в не столь благоприятные условия, о диссертации уже и не помышлял. Во всяком случае, за свидетельством о сдаче экзаменов в университет он не обращался.

Несмотря на поощрения исследовательской работы со стороны правительства, военным врачам было трудно следовать требованиям академической жизни. Когда ректор Московского университета Д. М. Перевощиков сообщил коллегам о прекращении испытаний одного из полевых медиков, то объяснил это так: «Имея в виду настоящее назначение лекаря [Григория] Малича в действующую армию, где ни время, ни обстоятельства не позволяют ему окончить начатое в сем университете испытание, медицинский департамент просит препроводить обратно диссертацию этого медика»³²¹. Военно-полевые условия давали врачу бесценный опыт лечения и наблюдений за болезнями, но не оставляли сил и времени для превращения его в академический текст.

Некоторые лекари смогли сделать это уже после изменения места службы. «Я, — сообщал штаб-лекарь Литовского егерского полка Киселев, — по случаю походов с полком в последней венгерской кампании и запрещения отпусков не мог до сего времени представить и защитить диссертацию». Имелось в виду участие русских войск под руководством генерала И. Ф. Паскевича в подавлении венгерского восстания 1848—1849 годов. Оказавшись в мирных условиях, в 1850 году соискатель попросил московских профессоров выслать ему «свидетельство о результатах моего испытания на степень доктора медицины для представления такового по начальству при прошении об увольнении меня в отпуск, чтобы представить и защитить диссертацию на получение прав и преимуществ, званием доктора медицины присвоенных»³²². Спустя три года он защитил диссертацию, но уже не в Москве, а в Петербурге. Военные медики довольно часто начинали испытания в одном университете или академии, а оканчивали их в другом. В условиях унифицированной государственной системы сертификации прикрепление к одному университету не имело смысла и влекло за собой неоправданные затраты времени и денег.

Мы не нашли в архивах Московского и Казанского университетов свидетельств противодействия стремлению военных врачей получить ученую степень. Напротив, обнаружились случаи, когда инициаторами квалификационных испытаний были дальновидные или благожелательные начальники. Например, лекаря четвертого резервного батальона Рязанского пехотного полка П. Любимова начальник обязал «держат экзамен на сте-

³²⁰ Там же. Д. 94. Л. 38.

³²¹ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 353. Д. 86. Л. 53 об.

³²² ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 354. Д. 76. Л. 22—22 об.

пень доктора медицины»³²³. Откликаясь на это ходатайство, медицинский департамент Военного министерства направил Любимова на стажировку в клинику Казанского университета «с научной целью». Но поскольку обстоятельства военной службы не позволили ему воспользоваться этой привилегией вовремя, то для подготовки к испытаниям и для написания диссертации лекарь был прикомандирован на год (1860—1861) к Казанскому военному госпиталю в качестве ординатора.

Трудности вольной практики

Несмотря на описанные трудности государственной службы, многие вольнопрактикующие врачи мечтали о тех благах, которые она давала: пенсиях, поощрениях, чинах. В то время в России активность и доходность частной практики зависели не от плотности или заболеваемости населения, а исключительно от степени европеизированности и финансовой состоятельности местного общества. Ученые медики признавались властям, что простой народ игнорирует их знания или отказывается платить за оказанную медицинскую помощь³²⁴. Да и представители дворянства зачастую вели себя не лучшим образом. Бывали случаи, когда помещики за просто выгоняли лекарей из своих имений.

Напоминая читателям о незавидной участи вольнопрактикующих коллег, К. И. Грум-Гржимайло опубликовал письмо некоего М. Нечаева, который вынужден «сим способом, как известно, многотрудным, сопряженным с большими невыгодами, снискать пропитание для своего семейства»³²⁵. «Вы следуете за европейской медициной, — жаловался частнопрактикующий врач, — а мы, бедняки, провинциалы врачи доселе остаемся в горести и тоске; мы лишены средств обогащать себя познаниями, необходимыми для хотя скудного насущного хлеба»³²⁶. Не имеющие штатной должности врачи были беззащитны перед любым произволом, нуждались финансово, ощущали себя на периферии корпоративной общности. Это кардинально отличало русских врачей, скажем, от британских коллег, которые были мало зависимы от государства благодаря хорошим доходам от частной практики и высокому социальному статусу³²⁷.

³²³ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 704. Л. 5.

³²⁴ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 346. Д. 60. Л. 26; Годичный отчет Общества русских врачей, читанный секретарем оного доктором Е. Смельским 12-го сентября текущего года // Журнал МВД. 1838. Ч. 29. № 9. С. 330.

³²⁵ Письмо издателя // Друг здравия. 1833. № 46. С. 347.

³²⁶ Письмо М. Нечаева // Там же. № 41. С. 324.

³²⁷ О состоянии британской врачебной корпорации в это время см.: *Digby A. Making a Medical Living: Doctors and Patients in the English Market for Medicine, 1720—1911.* New York: Cambridge University Press, 1994.

У находящегося на службе врача была защита от произвола: правительство неизменно вставало на защиту своих медицинских чиновников³²⁸. А вот у частного врача никакого тыла не было. Да и чиновники врачебной управы воспринимали их как маргиналов или конкурентов. Когда в 1831 году частнопрактикующий врач Венцеслав Гельд захотел получить степень доктора и пройти ради этого испытания в Казанском университете, Вятская врачебная управа прислала о нем негативный отзыв. В выданном от управы послужном списке врач характеризовался «посредственно способным и достойным». При этом чиновники признавали, что Гельд «вел себя постоянно хорошо и исправлял возлагаемые на него обязанности не без усердия, от жителей... во все время нахождения своего, пользовался полною доверенностию». Подчиняющаяся МВД врачебная управа явно превысила свои полномочия. Проверив объем врачебных знаний Гельда на устных и письменных экзаменах, трех публичных лекциях и высоко оценив его диссертацию, члены медицинского факультета (ведомство МНП) и Казанской врачебной управы (ведомство МВД) присудили ему степень доктора. Вятская управа возмутилась и потребовала от университета объяснить причину, по которой профессора проигнорировали ее мнение. На это ученые врачи ответили, что «не имели вовсе надобности в тех медицинских свидетельствах, составленных г. Гельдом при вскрытии мертвых тел, кои управа врачебная вятская доставила от 14-го января за № 22 и из коих вовсе нельзя заключить слабые сведения г. Гельда»³²⁹.

Таким образом, профессора разграничили полномочия управы (и вместе с ней МВД) и университетов (а значит и МНП) в оценивании врачей. Управа присуждала им чин за службу, а академия — ученое звание за знания. «И хотя отделению и была известна слабая аттестация, данная г. Гельду врачебною управою относительно его службы, — заявили они, — но так как неспособность к службе или неисправность по оной не суть то же, что сведения (при сведеньях обширных можно быть недейтельным, нерадивым или даже совсем не способным по особенным посторонним обстоятельствам), то отделение и не сочло оную аттестацию препятствием в удостоении г. Гельда звания доктора»³³⁰. Ведомственный конфликт, проявившийся в противостоянии казанских профессоров и вятских медицинских чиновников, длился несколько лет. В него оказались втянуты вятский губернатор, а также министр народного просвещения. Однако университетским медикам удалось отстоять автономию академической экс-

³²⁸ См., например: Циркулярное предписание г. министра внутренних дел гг. гражданским губернаторам // Медико-статистические известия. 1842. Октябрь. С. 57.

³²⁹ ГА РТ. Ф. 977. Оп. Медфак. Д. 181. Л. 14—15.

³³⁰ Там же. Л. 14 об.

пертизы, в результате чего Гельд остался при степени. Академия не дифференцировала исследователей по родам службы и отстаивала особые интересы медицинской профессии.

Итак, в силу потребности в познании природных и человеческих ресурсов империи, в силу поиска рационально выверенных способов решения социальных проблем правительство стимулировало исследовательскую активность выпускников медицинских факультетов, создав для них специфическую систему поощрений в цепочке: ученое звание — чин — жалованье. Благодаря этому в 1830—1850-х годах медико-географические исследования империи и ее населения стали действительно масштабной (по числу участвующих в ней медиков) деятельностью, превратившись из инициативы отдельных поступивших на русскую службу западных интеллектуалов, описывающих экзотический «Восток», в профессиональную экспертизу возможностей и проблем собственной страны.

Специфика российских медико-географических исследований задавалась элитарным (с точки зрения его обладателей) комплексом знаний о человеке и низким социальным статусом врачей-наблюдателей. По всей видимости, самыми мотивированными соискателями ученых степеней были врачи, оказавшиеся в трудных условиях службы — изнывающие от количества больных, непривычного климата или военно-полевых условий. Медико-топографическое описание давало молодому врачу и ощущение себя экспертом, приносящим пользу Отечеству, и чувство принадлежности к мировому научному сообществу.

Вероятно, ситуация возвращения выпускника медицинского факультета в университет для обсуждения и оценки своего профессионального опыта и обретенных локальных знаний порождала условия для формирования элитной солидарности врачебного сословия. Ученики рассказывали учителям об условиях медицинской службы, о культурной специфике своих пациентов, о географических особенностях мест службы, делились собственными наблюдениями. Рецензирование, дискуссии и оценка представленных в университеты медико-географических исследований должны были способствовать превращению персонально сделанных гипотез и разрозненных данных в надындивидуальное профессиональное знание.

МЕДИЦИНСКИЕ ОБЩЕСТВА

Медицинские общества, появившиеся в России в XIX веке, до сих пор слабо изучены с точки зрения их участия в организации профессиональной коммуникации и как пространства порождения научного знания об империи. В отличие от индивидуальных исследований, которые осуществлялись иностранными, военными, морскими, уездными или городскими врачами, исследовательская работа в обществах велась коллективно и

предполагала производство надындивидуального знания. Они создавали возможности для обсуждения сопоставимой информации, генерализации эмпирических сведений, разработки методов их анализа, а затем — создания теорий. Заседания обществ и их издания служили местом трансфера, адаптации и распространения новых данных, рождения исследовательских практик и ревизии существующих концепций. Судя по их архивам, имевшие локальную привязку российские врачебные объединения больше всего проявляли интерес к медико-топографическим и статистическим исследованиям территориальных образований. Этот интерес отразился в тематике заседаний, исследовательских программах, устных докладах, в инициативах и публикациях.

Медицинские общества изучались историками как феномен институциональной истории³³¹ и врачебной профессионализации³³². Приоритетное внимание исследователей было обращено к пореформенной России, в которой земская медицина и общественные движения стимулировали медиков формулировать собственное видение социальных проблем, критиковать действия государственных чиновников, выступать с образовательными и санитарными инициативами³³³. Первая половина столетия в истории врачебных обществ осталась менее проясненной. По большей части это юбилейные публикации, подготовленные участниками обществ³³⁴.

В этой главе мы рассматриваем участие врачебных обществ в производстве медико-географического знания, то есть изучаем их как фрагмент

³³¹ *Загорский В. Б.* Императорское Виленское медицинское общество. 1805—1895. Вильна, 1896; Пятидесятилетие Общества морских врачей в Санкт-Петербурге. СПб., 1908; 50 лет научно-практической деятельности Общества морских Врачей в Кронштадте. Кронштадт, 1909.

³³² *Вишленкова Е. А.* Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге первой половины XIX века // История медицины. 2016. Т. 3. № 2. С. 186—201; *Вишленкова Е. А.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя российского государства (первая половина XIX века) // *Ab Imperio*. 2011. № 2. С. 47—82; *Frieden N. M.* Russian Physicians in the Era of Reform and Revolution, 1856—1918. Princeton; New York: Princeton University Press, 1981.

³³³ *Нейдинг И.* Медицинские общества России. М., 1897; Самоорганизация российской общественности в последней трети XVIII — начале XIX в. / Отв. ред. А. С. Туманова. М., 2011; *Frieden N. M.* Russian Physicians in the Era of Reform and Revolution, 1856—1918; *Schrader T.* Deutsche Ärzte in St. Petersburg in der Zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts // Der Beitrag der Deutschbalten und der Stadtischen Russlanddeutschen zur Entwicklung des Russischen Reiches von der Zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. Koln: Verlag Wissenschaft und Politik, 1999. S. 245—266; *Zieger K.* Der St. Petersburger Verein Deutscher Ärzte und Seine Philanthropischen Bemühungen // *Deutsch-Russische Beziehungen in der Medizin des 18. und 19. Jahrhunderts* / Hsg. Kästner I. Reiche: Deutsch-Russische Beziehungen in Medizin und Naturwissenschaft. Aachen: Shaker Verlag, 2000. S. 107—112.

исследовательской инфраструктуры. Источниками такого изучения послужили уставы этих объединений, протоколы заседаний, переписка членов, а также их периодические издания и книги. Нас интересовало распределение обществ по пространству империи (для этого реконструировалась история их возникновения), география их контактов (то есть интеллектуальные сети), организация исследовательской работы по диагностике географических объектов и поселений, а также последующая аналитическая обработка собранной информации. Последний сюжет разрабатывался на кейсах трех столичных и десяти провинциальных обществ. Половина из них — это созданные в 1858 году Медицинским департаментом Морского министерства в портовых городах империи общества морских врачей в Санкт-Петербурге, Кронштадте, Астрахани, Николаеве и Николаевске-на-Амуре. Вторая половина — это активные в медико-географических исследованиях общества гражданских врачей: Рижское, Виленское, Варшавское, Дерптское, Нижегородское и Казанское. Хронология изучения ограничивается возникновением первых врачебных обществ в начале XIX века и 1883 годом, когда все общества вошли в состав всероссийского «Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова». Современники и историки называли его «Пироговское общество», а участников — «пироговцы».

Хронология и география медицинских обществ

Научные общества врачей возникли в России в начале XIX века³³⁵. В первые три десятилетия появилось восемь обществ, в 1830—1840-е годы — еще три. В 1850—1860-х годах было учреждено 32 организации, в следующие два десятилетия — еще 22. В период с 1850-х по начало 1880-х годов зарегистрировано 54 общества, то есть почти в пять раз больше, чем за полвека до этого.

³³⁴ *Зернов Д. Н.* Очерк деятельности Физико-медицинского общества, учрежденного при Императорском Московском университете в 1804 году, за сто лет его существования. М., 1904; Die Medizinischen Gesellschaften St.-Petersburgs // St.-Petersburger Medizinische Zeitschrift. 1862. Bd. 2. S. 268; Die Feier des 50-jährigen Bestehens des deutschen ärztlichen Vereins in St.-Petersburg. St.-Petersburger Medizinische Zeitschrift. 1869. Bd. 15. S. 351.

³³⁵ А. А. Будко относит возникновение медицинских обществ в России к XVIII веку на основании обнаруженной рукописи с информацией о функционировании в Петербурге в 1760-е годы хирургического общества. Оно состояло из именитых, по большей части иностранных врачей. Других источников, подтверждающих существование этого общества и раскрывающих его интересы, до сих пор обнаружить не удалось. См.: *Будко А. А.* История медицины Санкт-Петербурга XIX — начала XX в. СПб., 2010. С. 265—266.

Таблица 4

Хронологическая таблица возникновения медицинских обществ в Российской империи (1803—1883)

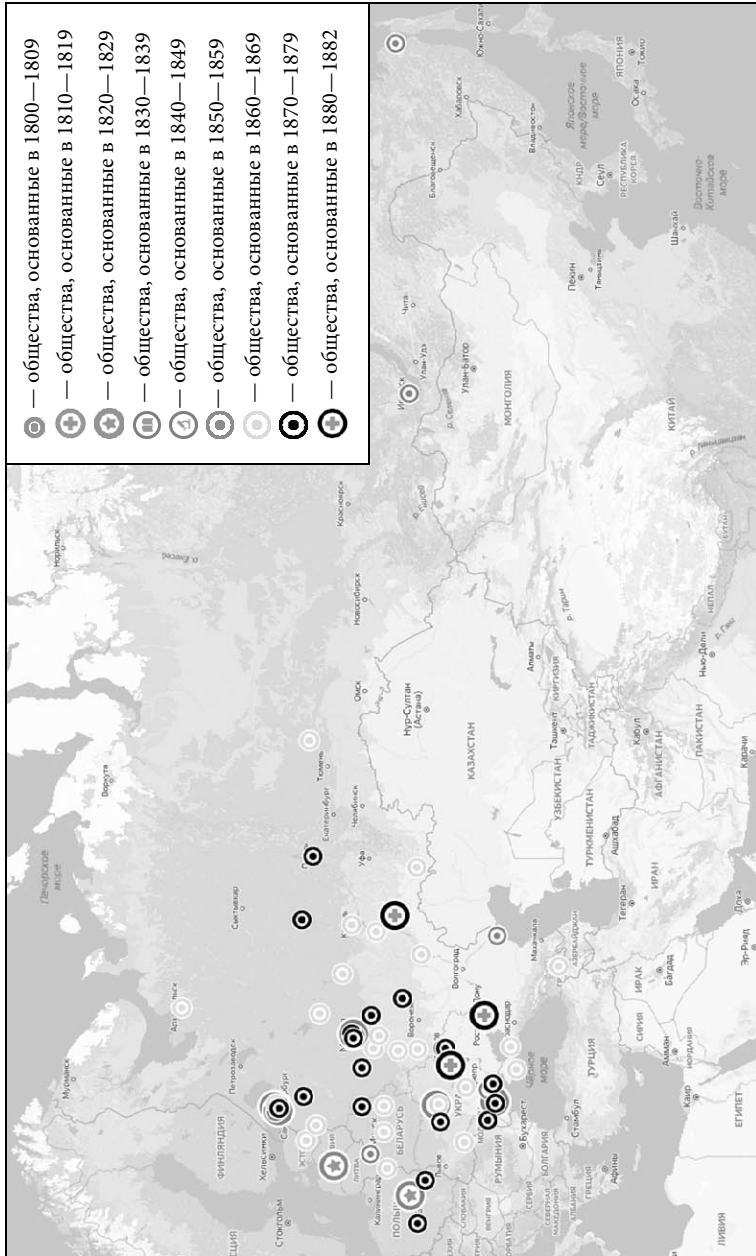
Общество	Год
Рижское химико-фармацевтическое общество / Рижское фармацевтическое общество	1803
Общество соревнования врачебных и физических наук / Московское физико-медицинское общество	1804
Виленское медицинское общество	1805
Петербургское фармацевтическое общество	1818
Общество немецких (практикующих) врачей в Санкт-Петербурге	1819
Варшавское медицинское общество	1820
Общество немецких (практикующих) врачей в Риге	1823
Общество немецких (практикующих) врачей в Москве	1823
Общество русских врачей в Санкт-Петербурге	1833
Общество киевских врачей	1840
Общество одесских врачей	1849
Общество морских врачей в Санкт-Петербурге	1858
Общество морских врачей в Николаевске-на-Амуре	1858
Общество морских врачей в Кронштадте	1858
Общество морских врачей в Астрахани	1858
Общество морских врачей в Николаеве	1858
Общество врачей Восточной Сибири в Иркутске	1858
Саратовское физико-медицинское общество	1860
Общество подольских врачей	1860
Общество русских врачей в Москве	1861
Общество ярославских врачей	1861
Харьковское медицинское общество	1861
Нижегородское медицинское общество	1861
Общество психиатров в Санкт-Петербурге	1861
Общество калужских врачей	1862
Общество тульских врачей	1862
Общество врачей Могилевской губернии	1862
Общество курских врачей	1862
Орловское медицинское общество	1863
Общество архангельских врачей	1863
Киевское фармацевтическое общество	1863
Императорское Кавказское медицинское общество	1864
Тобольское физико-медицинское общество	1864
Оренбургское физико-медицинское общество	1865
Общество минских врачей	1867
Дерптское медицинское общество	1867
Общество керченских врачей	1868
Общество врачей в Симбирске	1868
Елисаветградское общество врачей	1868
Общество симферопольских врачей	1868
Общество врачей в Казани / Общество врачей при Казанском университете	1868
Общество врачей Гродненской губернии	1869
Общество псковских врачей	1869
Общество херсонских врачей	1870
Общество донских врачей	1870
Тамбовское медицинское общество	1870
Бессарабское медицинское общество	1871

Продолжение

Общество	Год
Общество врачей г. Вязьма	1871
Общество врачей Вольнской губернии	1872
Общество научной медицины и гигиены при Харьковском университете	1872
Общество врачей г. Вятка	1872
Общество врачей в Перми	1873
Хирургическое общество в Москве	1873
Общество врачей Витебской губернии	1874
Общество врачей Люблинской губернии	1874
Общество врачей Новгородской губернии	1874
Московское терапевтическое общество	1875
Общество рязанских врачей	1875
Одесское бальнеологическое общество	1876
Русское общество охранения народного здоровья	1877
Общество врачей Калишской губернии	1877
Общество врачей г. Таганрога	1879
Полтавское медицинское общество	1881
Ростовское медицинское общество	1881
Общество врачей Самарской губернии	1882

Медицинские общества служили своего рода форпостами научной медицины на протяженном и гетерогенном пространстве Российской империи. Учитывая западное происхождение научной медицины, не удивительно, что в первые три десятилетия XIX века такие общества появлялись и действовали в основном в западных и северо-западных частях империи: в Риге (1803, 1823), Вильне (1805), Санкт-Петербурге (1818, 1819, 1833) и Варшаве (1820). Исключением из этого списка была Москва (1804, 1823), которая относится к центральной России. Появление одного из первых обществ здесь тоже вполне объяснимо — на базе первого императорского университета был сформирован медицинский факультет, дававший возможность получения ученой степени. В 1840-х годах общества появились на юго-западе империи, в Киеве (1840) и Одессе (1849). В течение 1850-х годов эта сеть растянулась в юго-восточном и восточном направлениях: еще одна организация возникла в 1858 году в Петербурге, тогда же появились общества в Кронштадте и Николаеве, Астрахани, Иркутске и в еще совсем молодом городе Николаевске-на-Амуре. Это общество оставалось самым восточным в течение всего изучаемого нами периода.

В 1860-х годах начался этап уплотнения сети обществ. На западе, северо-западе и юго-западе страны появились профессиональные объединения: в Каменце-Подольском (1860), Харькове (1861), Могилеве (1862), Дерпте (1867), Симферополе и Керчи (1868), Пскове (1869). Аналогичный процесс наблюдается вокруг Москвы в центральной России. Медицинские общества организуются в Калуге и Туле (1862), а также в Черноземье — в Курске (1862) и Орле (1863). Активно заполняются обществами города



Карта распределения медицинских обществ в Российской империи (1803—1883)

Поволжья: Саратов (1860), Ярославль и Нижний Новгород (1861), Оренбург (1865), Казань и Симбирск (1868). Огромную пространственную лауну между Поволжьем и Иркутском заполнило общество в Тобольске (1864).

Это движение отражает пространственную экспансию научной медицины и рост медицинской профессии в России. География медицинских обществ расширилась на юге и севере. До конца изучаемого нами периода самым северным было общество в Архангельске (1863), а самым южным — общество в Тифлисе (1864). В 1870-х годах наблюдается рост числа обществ во всех указанных регионах. Особо стоит выделить появление обществ в Новочеркасске (1870) и Таганроге (1879), а также в уральских Вятке (1872) и Перми (1873). Самым западным городом, в котором действовало общество врачей, был польский Калиш (1877). Наконец, начало 1880-х ознаменовалось рождением обществ в Самаре (1882), Ростове-на-Дону (1881) и Полтаве (1881).

В 1860-х годах общества стали укрупняться и проявлять стремление к совместной деятельности. Инициативы по объединению исходили от Кронштадтского общества морских врачей и от Киевского общества врачей. Кронштадтцы предлагали проводить окружные или областные съезды в университетских городах — Москве, Петербурге и Киеве. Это позволило бы выйти за пределы «советнических» и исследовательских функций и перейти к обсуждению проблем врачебной профессии³³⁶. Реализацией этой идеи стало учреждение в 1883 году Пироговского общества, которое ежегодно проводило всероссийские съезды врачей.

Состав обществ

Примером объединения и отстаивания групповых интересов для российских врачей служили организации и издания, созданные немецкими врачами. С начала века три *Der deutsche ärztliche Verein*³³⁷ действовали в Петербурге (1817), Москве и Риге (1823). В свою очередь для них образцом служило Берлинское медико-историческое общество (*Medizin-Historischen Gesellschaft zu Berlin*), основанное в 1810 году. Петербургское общество немецких врачей (далее — ОНВ) росло медленно. В 1819 году оно состояло из 11 человек, в 1830-е годы — из 19, а к середине века — из 25 влиятельных медиков, поступивших на русскую службу или выходцев из Остзейского края³³⁸. Во время пятидесятилетнего юбилея (1869) члены Обще-

³³⁶ Обзор деятельности Общества морских врачей в Кронштадте в течение 1861—1862 года, составленный секретарем Общества Г. Кудриным // Медицинские приобщения к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 1—2.

³³⁷ Немецкое врачебное общество.

ства шуточно называли себя «палатой пэров». Только смерть одного из членов открывала возможность вступления в Общество нового врача.

Почти аристократическое положение и высокие доходы столичных медиков обеспечивали Общество материально. Каждый его член делал в общественную кассу довольно крупные вступительные и ежегодные взносы, позволявшие издавать труды и поддерживать научные интересы коллег. Директором ОНВ в Петербурге был основатель хирургической школы, доктор медицины и хирургии, профессор Санкт-Петербургской medico-хирургической академии И. Ф. Буш. В Общество входили его ученики (профессора Х. Х. Соломон и Зейдлиц, доктора Арендт и Вольф), а также директор глазной клиники Т. Х. В. Лерхе. Участники собирались каждые две недели с сентября по май для того, чтобы в узком кругу обменяться сведениями о мировых открытиях в специальности, полезной информацией о настроениях при дворе, поделиться собственным опытом (результатами операций и клиническими наблюдениями), узнать проблемы и достижения друг друга. В Уставе говорилось о коллегиальных встречах без формальностей и принуждения.

ОНВ не имело своего периодического издания, поскольку его члены не ставили задачи популяризации знаний среди российских коллег. Их труды выходили в виде малотиражных научных сборников на немецком языке под названием «Смешанные сочинения из области медицины» („*Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde*“). Ежегодные отчеты ОНВ публиковало в немецкоязычных медицинских журналах, заботясь о научной репутации и конкурентоспособности своих членов. Например, пятнадцатый отчет был издан в 1834 году в «гуфеландове журнале». Так российские ученые врачи называли „*Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst*“ («Журнал практической медицины»), с 1775 года издававшийся профессором Берлинского университета, знаменитым терапевтом и писателем К. В. Гуфеландом (1762—1836).

Возникшее в сентябре 1833 года в Санкт-Петербурге Общество русских врачей (далее — ОРВ) сначала не воспринималось влиятельными немецкими коллегами всерьез. Инициаторами его создания были гоф-медик двора Е. И. Андреевский и лейб-медик императора С. Ф. Вольский. Он вспоминал: «На предпринятое мною намерение основать Общество русских врачей иностранные, находящиеся в русской службе, и многие отечественные врачи, в особенности баронет Я. В. Виллие, смотрели с неблагоприятным до такой степени, что военные врачи, чтоб не потерять по службе, должны были оставить Общество; а писатель и военный врач Л. Я. Нагумович и придворный лейб-медик М. В. фон Мандт письменно

³³⁸ Шрадер Т. А. Немецкие врачебные общества в Санкт-Петербурге (XIX в.) // Немцы в Санкт-Петербурге. Биографический аспект. XVIII — XX вв. Вып. 7. СПб., 2012. С. 130—136.

отказались от данного ими обещания принять участие в основании Общества»³³⁹. Речь шла, конечно, не о национальных противоречиях, а о профессиональной конкуренции с продвинувшимися по службе выпускниками российских медицинских школ.

В 1833 году председателем ОРВ был избран Е. И. Андреевский, а секретарем — штаб-лекарь и ученый врач А. Н. Никитин. В правительственных кругах покровителем Общества был генерал-штаб-доктор по гражданской части, президент медицинского департамента МВД С. Ф. Гаевский. Первыми членами ОРВ были лейб-хирург, главный лекарь Артиллерийского госпиталя Д. К. Тарасов, ставший в 1836 году директором военно-медицинского департамента, а также И. Т. Спасский — профессор Петербургской медико-хирургической академии по кафедре зоологии и минералогии.

В 1830-е годы общества немецких и русских врачей в Петербурге были островками элитарного знания. Оба в силу разных причин (одно — по собственному желанию, другое — по необходимости) были эзотеричными. ОНВ позиционировало себя как профессиональный клуб, сообщество высших медицинских чиновников империи, а ОРВ — как представительство всего врачебного сословия Российской империи и выразитель интересов русской медицины. В этом качестве ОРВ болезненно переживало изолированность, старалось преодолеть ее. «Общество наше, — заверял его секретарь Е. А. Смельский, — только при единодушном действии членов и при постоянном их усердии может заслужить должную признательность и уважение от своих соотечественников, тем более что оно основано не на личных отношениях членов между собою, но на одном всеобщем стремлении к изучению и исследованию медицины, как науки тесно связанной с общественным благосостоянием»³⁴⁰.

Один из членов ОРВ и издатель медицинской газеты, К. И. Грум-Гржимайло, сожалел, что многие из тысяч русских «врачей, рассеянных по обширнейшей в свете империи... не знают о существовании сих обществ, а еще большая часть не пользуются учеными трудами оных»³⁴¹. Его опасения подтверждают письма уездных лекарей, в которых сообщалось о том, что трудно достать профессиональную литературу, нет условий для обмена опытом и получения рекомендаций.

Несмотря на трудности и изоляцию первых лет, усилия членов ОРВ по расширению его влияния и вовлечению в орбиту его интересов максимального числа врачей увенчались успехом. Через 10 лет ОРВ стало массо-

³³⁹ Грекова Т. И., Голиков Ю. П. Медицинский Петербург. Очерки, адресованные врачам и их пациентам. СПб., 2001. С. 70.

³⁴⁰ Годичный отчет Общества русских врачей, читанный секретарем одного доктором Е. Смельским 12-го сентября текущего года. С. 375.

³⁴¹ Друг здравия. 1834. С. 324.

вым. В почетные члены вступили даже члены ОНВ, в том числе профессор Буш. В 1843 году ОРВ избирало не только президента, но и вице-президента. Им стал старший лекарь Пажеского корпуса, доктор медицины и хирургии, статский советник (в том же году ставший действительным статским советником) Смельский. Он же был членом Военно-медицинского ученого комитета. Члены ОРВ платили вступительные и ежегодные взносы, что давало возможность оплачивать переписку с участниками по всей империи. На заседаниях ОРВ звучали научные доклады и обзоры новейшей литературы. «Естественные» (память детства, проведенного в разных социальных средах и локальных сообществах) и «обретенные» (в университете, на стажировке и службе) знания предлагались для улучшения жизни и сохранения населения империи.

Почти все российские медицинские общества в провинциальных городах состояли из практикующих врачей, фармацевтов и иногда ветеринаров³⁴². Для некоторых из них на раннем этапе было характерно выделение хирургов как представителей отдельной корпорации³⁴³. В обществах предусматривалось два основных типа членства: действительные члены и члены-корреспонденты. Под *действительными* подразумевались медики, практикующие в городе и/или его окрестностях и регулярно участвовавшие в заседаниях. Медики из других регионов империи и иностранцы именовались *членами-корреспондентами*. Исключениями были Казанское и Нижегородское общества, в которых такого статуса не существовало. Правда, нижегородцы впоследствии ввели в состав общества членов-корреспондентов. В 1867 году их было 14, но в 1872 году их число сократилось до одного, причем единственный член-корреспондент проживал в той же губернии в городе Арзамасе³⁴⁴. В составе Казанского общества было много действительных иногородних членов — жителей соседних губерний (они присылали свои тексты с наблюдениями почтой и иногда приезжали выступать с докладами лично), поэтому общество решило создавать филиалы в уездных городах. Первым стал Пермский филиал, открытый осенью 1872 года³⁴⁵.

Институт членов-корреспондентов позволял собирать эмпирические данные об империи в широком географическом пространстве и получать новую информацию из-за рубежа. Наверное, самой протяженной интел-

³⁴² Пример тому устав Дерптского медицинского общества (1862), хранящийся в архиве Общества практикующих врачей Риги: LVVA. Ф. 3981. Оп. 2. Д. 33. Л. 23 об.

³⁴³ Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. Т. 1. S. VII.

³⁴⁴ Годичное заседание Нижегородского общества врачей 15 октября 1870 года // Нижегородские губернские ведомости. 1872. № 4. С. 40; Заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1867. № 21. С. 121.

³⁴⁵ Протокол заседания Общества врачей г. Казани. 1 сентября 1872 года // Протоколы заседаний Общества врачей г. Казани. 1872. Казань, 1872. С. 70—75.

лектуальной сетью обладало Виленское медицинское общество. Мы картографировали контакты виленских медиков за периоды 1805—1821 и 1805—1883 годов. В первый период они зафиксированы по меньшей мере в 64 населенных пунктах; 18 из них находились на территории литовско-белорусских губерний, 19 — в остальной России, 27 — в европейских странах. Самым западным пунктом в этой сети был шотландский Эдинбург, самым восточным — небольшой город Гижига на Камчатке, самым южным — итальянская Пиза, самым северным — Санкт-Петербург. По-видимому, важную роль в создании этой сети играли личные связи основателей общества И. И. Франка и А. А. Снядецкого, которые учились и работали в Геттингене, Павии, Вене и Эдинбурге. За второй период в сети контактов Виленского медицинского общества были представители 105 городов; 25 из них были на территории литовско-белорусских губерний, 29 — в остальной России, 51 — в европейских городах. Самым западным и одновременно самым южным городом теперь стал Мадрид, самым северным — российский Устюг, самым восточным оставалась Гижига.

Далеко не все медицинские общества обладали такими научными связями. Общество врачей города Казани в 1869 году включало только трех зарубежных участников, причем все они ранее проживали в Казанской губернии³⁴⁶. Хотя Казанское общество получало нужную ему информацию через печатные издания, в вопросе сети научных контактов оно находилось в принципиально иных условиях, нежели его аналоги в западных регионах страны. Нам удалось картографировать его сеть за 1870—1872 годы. Составленная карта показывает, что приоритетом местных врачей были контакты в пределах своего региона и страны. В географию их коммуникаций входили как минимум 80 городов и поселений; из них 13 были в пределах Казанской губернии, 64 — в остальной России, 2 — в Европе, 1 — в Америке. Самым западным населенным пунктом был американский Вашингтон, самым восточным — дальневосточный Николаевск-на-Амуре, самым южным — Тифлис, самым северным — Архангельск.

В большинстве обществ существовал институт *почетных членов*. Это звание присуждалось в знак признания научных заслуг или в связи с обретением административной должности. Так называемые *члены-соревнователи* (часто ими были внешние для медицинской корпорации люди) имели совещательные голоса при принятии решений на собраниях и участвовали в жизни обществ организационно или финансово³⁴⁷. При этом на заседаниях обществ могли присутствовать и делать доклады не только чле-

³⁴⁶ Протокол годовичного заседания Общества врачей в г. Казани 6 апреля 1870 года. № 1 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 2.

³⁴⁷ Устав общества врачей в городе Казани. Казань, 1868. С. 1—2; Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, utworzonego dnia 6 grudnia 1820 r. Warszawa, 1898. S. 12—14; Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. S. VII—VIII.

ны обществ, но и не входившие в их состав медики из других регионов и немедицинские специалисты³⁴⁸. Устав обществ морских врачей предусматривал возможность участия в собраниях офицеров и командиров судов. Они действительно приходили на заседания общества в Николаевске-на-Амуре³⁴⁹.

Согласно уставам, действительные члены обществ должны были регулярно собираться для чтения и обсуждения докладов друг друга, а также для согласования совместной деятельности. Во всех обществах предусматривались внеочередные встречи по срочным вопросам. Специфичной была работа морского ведомства. Там заседания зависели от навигационных сезонов и поэтому проходили раз в две недели в период с 1 октября по 15 мая.

Регулярности заседаний удавалось достичь не всегда. Члены Варшавского общества в 1833 году собрались 19 раз вместо запланированных встреч каждые две недели³⁵⁰. Члены Казанского общества в 1869 году встречались лишь четыре раза, хотя планировали делать это ежемесячно³⁵¹. Общество морских врачей в Николаевске-на-Амуре много раз отменяло заседания из-за погодных условий: сильная пурга и метели прерывали транспортное сообщение между городом и госпиталем на мысе Чнырах. В последнем служило несколько членов общества³⁵².

Обычно раз в год проходили перевыборы должностных лиц — председателей, их заместителей, секретарей, казначеев и библиотекарей. Набор должностей и их функционал варьировали в зависимости от конкретного общества. Например, в Варшаве и Вильне финансовыми вопросами ведали казначеи (причем в Варшаве они избирались бессрочно, а в Вильне — всего на год). В Казани казначеев не было, поэтому денежными вопросами занимались секретари³⁵³. Несмотря на различия, можно утверждать, что

³⁴⁸ Устав общества врачей в городе Казани. С. 3; *Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. S. 20; *Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego*. S. VII.

³⁴⁹ Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Николаевске-на-Амуре за 1861—1862 год, составленный секретарем Общества Г. Рущицом // *Медицинские прибавления к Морскому сборнику*. 1864. Вып. 4. С. 80—82; Приказ Управляющего Морским министерством № 249. 10-го ноября, 1858 // *Морской сборник*. 1859. Т. 39. № 1. Официальные статьи и известия. С. 18—22.

³⁵⁰ *Le Brun A. Zdanie Sprawy z Prac i Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1833* // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1837. Т. 1. № 1. С. 1—2.

³⁵¹ Протокол годового заседания Общества врачей в г. Казани 6 апреля 1870 года. № 1. С. 1.

³⁵² Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Николаевске-на-Амуре за 1861—1862 год, составленный секретарем Общества Г. Рущицом. С. 80—82.

³⁵³ Устав общества врачей в городе Казани. С. 2—3; *Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. S. 14—21; *Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego*. S. VIII—X.

все медицинские общества старались в той или иной мере распределять властные полномочия и обеспечить ротацию руководства. В финансовом отношении общества существовали на взносы участников, а также на пожертвования меценатов.

Количество членов обществ могло различаться довольно сильно как в разные годы, так и между собой. Яркий пример организации с большим количеством членов — Виленское общество, в котором к 1831 году было 306 человек, а к 1855 году — 400³⁵⁴. Стремительный рост числа участников демонстрирует Казанское общество. Весной 1870 года в нем было 40 человек, а в начале 1871 года — 144³⁵⁵. В Варшавском медицинском обществе к 1862 году состоял 171 человек, причем действительными членами из них было всего 56 врачей. К 1882 году число действительных участников общества выросло почти вдвое и достигло 96 человек³⁵⁶. Нижегородское общество довольно долгое время оставалось малочисленным. В 1863 году в нем было 25 участников, в 1872 году — 24³⁵⁷. Заметный рост произошел лишь к 1878 году, когда в рядах организации насчитывалось 54 человека³⁵⁸.

Если создание общества санкционировалось ведомственным руководством, то участие в нем было обязательным для всех медицинских чиновников. По уставу Общества морских врачей действительными членами в нем должны были быть служащие Морского министерства. В таком случае состав в нем был стабильным и соотносился со штатом. Он изменялся незначительно: либо в связи со служебными перемещениями отдельных докторов (отъезд в другой город или новое назначение, отставка), либо в связи с их болезнью или смертью³⁵⁹. Соответственно, есть прямая связь между числом членов общества и размерами флота, к которому относился тот или иной портовый город. Самыми большими были медицинские общества врачей Балтийского флота и столичной медицинской администра-

³⁵⁴ *Bojczuk H.* Towarzystwo Medyczne Wileńskie — Pierwsze Półwiecze (1805—1850): Zarys Dziejów // *Medycyna Nowożytna*. 2000. Т. 7. № 2. С. 81, 83.

³⁵⁵ Протокол годичного заседания Общества врачей в г. Казани 6 апреля 1870 года. № 1. С. 2; Протокол годичного заседания Общества врачей в г. Казани 2 января 1871 года. № 1 // Протоколы и труды Общества врачей г. Казани. 1871. Казань, 1872. С. 8.

³⁵⁶ *Lista Imienna Członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1862. Т. 48. № 5. С. 338—343; *Rok 1882. Urzędnicy i Komitety Towarzystwa w R. 1882. Członkowie Zmarli i Obrani w R. 1881. // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1882. Т. 78. № 1. С. III—V.

³⁵⁷ Протокол годичного заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 15. С. 124—125; Годичное заседание Нижегородского общества врачей 15 октября 1870 года. С. 40.

³⁵⁸ ЦАНО. Ф. 1462. Оп. 643. Д. 19. Л. 1—1об.

³⁵⁹ Устав Обществ морских врачей.

ции (Санкт-Петербург и Кронштадт, около 60 человек в каждом из обществ). Чуть меньше было общество врачей Черноморского флота, расположенное в Николаеве (около 40 человек). Камерными были общества в Астрахани и Николаевске-на-Амуре (до 20 человек).

Библиотеки и публикации

Каждое медицинское общество имело библиотеку, которая была важной частью исследовательской инфраструктуры. Она предоставляла врачам возможность знакомиться с новейшими открытиями и обеспечивала доступ к собранным знаниям. Книжные коллекции пополнялись из четырех основных источников: 1) дарения (собственных научных трудов от членов обществ и крупные пожертвования из личных библиотек); 2) публикации собственных трудов и их обмен на публикации других обществ; 3) подписки на медицинские журналы; 4) покупка особенно важных научных книг. Размеры библиотек могли быть довольно внушительными. Историк Ханна Бойчук сообщает, что в библиотеку Варшавского медицинского общества на протяжении XIX века регулярно жертвовались тысячи изданий, а в библиотеке Виленского медицинского общества к 1832 году находилось более 8 тысяч книг и журналов³⁶⁰. Обширная рижская библиотека имела каталог и была организована по разделам медицины и по болезням («женские», «детские», «лихорадки» и пр.)³⁶¹. Библиотека Казанского общества врачей была не столь богатой, но росла довольно быстро: за 1868—1872 годы в ней образовался фонд из более чем 700 изданий³⁶². Поскольку небольшие общества в Астрахани и Николаевске-на-Амуре не имели донаторов, то либо получали издания от Морского ведомства, либо тратили на их приобретение кассу членских взносов. В похожем положении находилось Нижегородское общество — основными источниками пополнения его библиотеки были подписки и обмен с другими организациями³⁶³.

От финансового обеспечения обществ зависела их публикационная активность. Виленскому и Варшавскому объединениям было по силам издавать свои собственные журналы и протоколы заседаний в частных ти-

³⁶⁰ *Bojczuk H. Księgozbiór Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Latach 1821—1944 // Z badań nad Polskimi Księgozbiórami Historycznymi. 1997. Z. 18. S. 175—181; Bojczuk H. Towarzystwo Medyczne Wileńskie — Pierwsze Półwiecie (1805—1850). S. 81.*

³⁶¹ LVVA. Ф. 3981. Оп. 2. Д. 25.

³⁶² Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 10 ноября 1872 года. № 13 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1872. С. 121.

³⁶³ Годичное заседание Нижегородского общества врачей 15 октября 1870 года. С. 41.

пографиях. Публикации Казанского и Нижегородского обществ поддерживали МВД и МНП. В Казани результаты медицинских исследований издавала по льготному тарифу университетская типография. А в Нижнем Новгороде материалы медицинского общества публиковались в губернской газете. Иначе обстояло дело с обществами морских врачей. Там составленные секретарями отчеты о заседаниях за один ненавигационный сезон публиковались на страницах «Медицинских прибавлений» к «Морскому сборнику», основному печатному органу российского императорского флота. В этом же издании публиковались статьи, представленные и обсужденные на заседаниях морских врачей.

Сами врачи считали, что медицинской литературы в России катастрофически не хватает. «Подумайте только, — восклицал в 1834 году издатель газеты «Друг здравия» Грум-Гржимайло, — что в обширнейшей империи, где благое просвещение гигантски шествует к своему совершенству, где несколько тысяч врачей, облагодетельствованных и обеспеченных правительством, имеются только два врачебных периодических издания»³⁶⁴. Он имел в виду ведомственный «Военно-медицинский журнал» (издавался с 1823 года) и «Вестник естественных наук и медицины» (издавался с 1828 года А. А. Иовским).

В первые годы своего существования газета «Друг здравия» (1833—1869) представляла собой дайджест западных медицинских газет, журналов, содержала обзоры медицинских диссертаций. В этот материал вкраплялись сочинения российских авторов. Как правило, Грум-Гржимайло брал их из Журналов МНП или МВД. Среди газетных изданий доминировали описания казусов патолого-анатомического строения и лечения, медико-топографические и медико-статистические отчеты из разных стран. В подвальной части, которая все время расширялась и увеличивалась, Грум-Гржимайло публиковал обзоры медицинских изданий, а также свои обращения к читателям.

Литературная активность рассматривалась Обществом русских врачей как способ оказать содействие органам государственной власти. По всей видимости, правительство ценило лояльность медицинской элиты. Поэтому «Друг здравия» получил казенное финансирование. В начале 1850-х годов у газеты был не только издатель, но и редакторский штат: ответственный редактор, специальные сотрудники для ведения тематических разделов. Издание перестало ориентироваться на массового читателя, то есть покупателя издания, а адресовало свои публикации профессиональной аудитории³⁶⁵.

В эти годы члены ОРВ считали, что назначение медицинских изданий заключается не в том, чтобы транслировать в Россию западные знания и

³⁶⁴ Друг здравия. 1834. С. 396.

³⁶⁵ Друг здравия. 1852. № 1. С. 1.

технологии, а в том, чтобы «способствовать преимущественно распространению отечественной научно-медицинской деятельности», то есть экспорту российских открытий³⁶⁶.

Производство медико-географического знания

На основе архивов обществ можно выделить три задачи, которые они перед собой ставили: 1) объединение врачей и создание из них исследовательской сети; 2) аккумуляция знаний: сбор эмпирических наблюдений, создание теорий среднего уровня и трансфер больших теорий, то есть «развитие науки»; 3) воспроизведение себе подобных, то есть «улучшение образования»³⁶⁷. Приоритетность задач зависела от развития инфраструктуры в конкретных местностях.

Амбиции по поводу вклада в мировую науку были у обществ, действовавших в университетских городах и в западных губернских центрах. Члены Дерптского медицинского общества своей целью провозглашали «доказать своим членам возможность к взаимной оценке трудов, а также средства к извлечению научной пользы из материала их наблюдений»³⁶⁸. Общества, локализованные в российских провинциальных городах, где не было медицинских школ, претендовали на посредническую функцию распространителей знания. Для них главной задачей было создание условий для самообучения служащих здесь медиков. И, конечно, сильно различались намерения и интересы научных обществ, созданных государством, и обществ, возникших по инициативе врачей.

Столичные общества

ОРВ культивировало обмен опытом, знаниями, а также выступало за ревизию западных медицинских теорий³⁶⁹. Оно не заявляло о политических интересах. Более того, его члены утверждали бескорыстную связь с родным правительством. «Нас соединяет не форма постановлений общества, но сильное чувство благодарности к правительству»³⁷⁰. Во всех этих заверениях присутствует вера в просвещенную власть, с которой нужно сотрудничать для улучшения жизни подданных в империи.

³⁶⁶ Там же.

³⁶⁷ Устав общества врачей в городе Казани. С. 1; Устав Обществ морских врачей; ЦАНО. Ф. 1462. Оп. 643. Д. 1. Л. 1; Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. S. 11; Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. S. V.

³⁶⁸ LVVA. Ф. 3981 Оп. 2. Д. 33. Л. 23.

³⁶⁹ Друг здравия. 1834. С. 354.

³⁷⁰ Там же. С. 355.

В публикациях медиков правительство предстало лидером профессии, первым врачом в Российской империи, первым организатором здравоохранения³⁷¹. Для солидарной работы с ним врачи должны были не только владеть искусством лечения, но и обрести знание страны: медико-топографическое, медико-этнографическое, медико-статистическое, медико-полицейское, медико-филантропическое³⁷². В «Друге здравия» есть определение каждой из этих дисциплин и ее прагматического назначения.

Для составления медико-топографических описаний врачу нужны знания в области физики, химии, зоологии, ботаники, минералогии, геологии, географии и метеорологии. С их помощью он должен следить за природой и местными жителями, чтобы открыть, какое влияние погода, минералы, растения и животные оказывают на человеческое здоровье. Медико-этнографические наблюдения основаны на знаниях врача об истории, философии, религии, праве. Сквозь эту призму он описывает быт и нравы своих пациентов. Назначение таких наблюдений — открыть влияние культурных факторов (например, суеверий) на народное здоровье и научить бюрократов регулировать их³⁷³. Для получения медико-статистических знаний понадобится применение математики и делопроизводства. На основе цифровых таблиц предполагалось дать управленцам рекомендации, «какие из обнаруженных влияний можно усугублять, поддерживать и какие ограничивать, прекращать, уничтожать, чтобы вполне содействовать народному здравью»³⁷⁴.

Кроме того, для помощи правительству национально мыслящие врачи (ощуцавшие себя русскими и ответственными за страну, а не только за пациентов) должны были создать общепонятный хотя бы в пределах образованного слоя россиян язык для обсуждения социальных проблем империи. Поэтому ОРВ озаботилось составлением словаря медицинских терминов. Это потребовало ревизии всех используемых в российской медицине «научных языков». В результате перевода на русский язык, заключения семантических конвенций должен был появиться медицинский словарь с объяснением греческих и латинских терминов, а также понятий из естественной истории.

Предполагалось, что его создание станет общим делом всего профессионального сообщества. Секретарь ОРВ Никитин писал: «Имея на русском языке многие оригинальные медицинские сочинения и переводы, при чтении их встречаем затруднения в названиях и терминах, искони введенных во врачебную науку. Облегчением в сем случае должен служить особый словарь. Перебирая весь скарб русской медицинской литературы, на-

³⁷¹ Народное здравие // Друг здравия. 1836. № 1. С. 1.

³⁷² Там же.

³⁷³ Там же.

³⁷⁴ Там же. С. 2.

ходим два словаря (1785 и 1788) неполные, недостаточные в наше время»³⁷⁵. Члены ОРВ признавались, что, изучив имеющуюся на русском языке литературу и получив консультации специалистов из медико-хирургической академии, они осознали скудость русскоязычной терминологии. Только по некоторым специальностям ее можно было признать удовлетворительной (анатомия, физиология — благодаря академику П. А. Загорскому, хирургия — усилиями Буша, ботаника — благодаря сочинениям профессора Я. В. Петрова и И. И. Мартынова).

Развитие русской медицины члены ОРВ связывали с освобождением от культурной гегемонии Запада. Грум-Гржимайло призывал коллег «преисполниться национальным достоинством» и перестать «раболепно представлять свои труды на суд иноземной расправы и благоговейно принимать надменные отзывы неродных нам аристархов»³⁷⁶. В результате такой установки к середине века классики западной медицины перестали служить профессиональным ориентиром для российских элит. Грум-Гржимайло писал о короткой научной генеалогии русской медицины как о ее преимуществе. Отсутствие у нее наполненного идейными войнами и противоречиями прошлого позволяло русским медикам быть экспертами³⁷⁷. Медицинская инфраструктура Российской империи описывалась в метафорах научной лаборатории, где «в руках дельных, образованных клиницистов всякий случай проходит сквозь фильтр этой научной ткани, оставляя на ней весь сор прежней схоластической пыли и попадая в предварительно подготовленные пробирные сосуды, обрабатывается и испытывается всеми возможными реагентами»³⁷⁸. Такая метафора снимала с российских медиков комплекс вторичности, избавляла от необходимости заимствований и поддерживала амбиции производителей нового знания.

Общества морских врачей

Отчеты с заседаний Обществ морских врачей свидетельствуют о самом широком спектре рассматривавшихся в них проблем, касавшихся не только вопросов медицинского обеспечения морских плаваний. Многие действительные члены этих организаций служили в городских госпиталях и обладали опытом лечения как матросов, так и местных жителей. Особенный интерес для обсуждений представляли случаи хирургического вмешательства, экстраординарная симптоматика уже известных болезней и опыты применения различных средств лечения. В таких случаях общества

³⁷⁵ Друг здравия. 1834. С. 371.

³⁷⁶ Друг здравия. 1835. № 2. С. 11.

³⁷⁷ Друг здравия. 1852. № 1. С. 1.

³⁷⁸ Там же.

становились площадками для обсуждения теорий и открытий, произведенных в империи и за ее пределами. Отчеты о заседаниях обществ сохранили протоколы с дискуссиями по теории животного магнетизма Ф. А. Месмера и гипнотизма; дебаты о различиях между «прилипчивостью» и «заразительностью» болезней; обсуждалась состоятельность аргументов «контагианистов» и «миазматиков». Члены морских обществ решали, насколько безопасно применять в терапии атропин и новооткрытый кокаин. Опыты над последним секретаря общества Л. А. Галузинского убедили его в совершенной пользе этого растения при «разнообразных состояниях души с характером раздражительной слабости»³⁷⁹.

Глобальные научные проекты и проблемы волновали те морские общества, в состав которых входили судовые врачи-исследователи и администраторы. Примером тому служит Общество морских врачей Санкт-Петербурга. В его заседаниях участвовали практикующие врачи, а также генерал-штаб-доктор флота К. О. Розенберг и главный медицинский инспектор флота И. С. Гауровиц. Судя по протоколам, они сопоставляли собственные наблюдения и опыт лечения с данными мировой литературы. Локальные общества формулировали проблемы своего округа и сравнивали их с опытом соседней губернии или столичных городов. Значение своего Общества они видели как возможность трансфера и адаптации медицинского знания в условиях дефицита контактов и информации.

Во второй половине XIX века, в результате сокращения представительства иностранных медиков и развития собственных медицинских кафедр, врачебная профессия стала ощущать себя цивилизатором собственной страны. Обращаясь к правительственным бюрократам, лекари сетовали на собственную изоляцию от центров производства медицинского знания. Секретарь Астраханского общества морских врачей А. Зимодро во втором сезоне заседаний (1860—1861) сформулировал это ощущение так: «...настоятельная необходимость в учреждении Общества, по отдаленности края от центров научной деятельности, у нас чувствовалась более, нежели где-нибудь. Несомненная польза этого общества, несмотря на кратковременное его существование, для нас уже и ныне очевидна. Прежде занятия и научные сведения каждого отдельного лица были личным его достоянием: в настоящее же время они делаются более или менее достоянием общим; причем всякий охотно приносит лепту свою по мере возможности»³⁸⁰.

³⁷⁹ Обзор деятельности С. Петербургского общества флотских врачей за третий (1860—1861) год его существования, составленный секретарем общества Галузинским // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 9.

³⁸⁰ Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Астрахани в течение 1860—1861 года, составленный секретарем Общества Зимодро // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 55.

Общества морских врачей в Астрахани, Николаеве и Николаевске-на-Амуре были обеспокоены вспышками эпидемий в этих портовых городах. На заседаниях обсуждались география заболеваний и способы остановить их территориальную экспансию. Для Астрахани огромной проблемой оставались болезни жаркого климата — перемежающиеся лихорадки и холера, для Николаевска-на-Амуре — болезни холодного климата («эндемическая цинга»), а врачи Николаева боролись с универсальной для всех климатов скарлатиной³⁸¹. Для всех портовых городов и судовых врачей насущной проблемой были венерические болезни. Астраханские врачи увязывали распространение сифилиса с особенностями социокультурного уклада жизни астраханцев и сравнивали его с бакинцами. Они полагали, что в Баку, находящемся в той же акватории Каспийского моря, эпидемии сифилиса чаще и масштабнее. Такое предположение выдвигалось в силу сосредоточенности там холостого населения, в отличие от Астрахани, где мужчины в основном состояли в браке³⁸².

Специфика морских обществ состояла в том, что здесь аккумулировались и перерабатывались эмпирические наблюдения врачей, добытые в ходе дальних плаваний. Руководитель Медицинского департамента, реформатор морской медицины Розенберг призывал подчиненных вести журналы наблюдений³⁸³. С 1860-х годов заседания обществ посвящались обсуждению этих текстов. Вероятно, такая практика привела к типизации медицинских проблем судна как особого пространства жизни. И здесь интересы исследователей совпали с интересами государства. Морское министерство хотело получить от врачей рекомендации для производства бюрократических документов — инструкций для флота. В таких случаях чиновники запрашивали у врачебных обществ ответы на практические вопросы. Например, в 1859 году флотские администраторы планировали установить в казармах освещение фотогеном (минеральное масло, добываемое из угля)³⁸⁴. В связи с этим был сделан запрос в Петербургское об-

³⁸¹ Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Николаеве в течение 1859—1860 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 32—34.

³⁸² Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Астрахани в течение 1859—1860 года, читанный в заседании Общества 5 ноября 1860 г. секретарем Общества Чельцовым // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 52.

³⁸³ Инструкция для врачей и командиров судов, отправляющихся с эскадрой к.-адм. А. А. Попова в кругосветное плавание // Морской сборник. Т. 31. 1857. № 10. Официальные статьи и известия. С. 129—157; О составлении корабельных медицинских отчетов // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 395—400; *Розенберг*. Приглашение // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 258; РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1135; РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1193.

щество морских врачей составить экспертное заключение о влиянии осветительного газа на здоровье моряков. Спустя два года члены Кронштадтского общества получили аналогичный запрос определить, какие из занятых морских служителей на берегу и на море порождают заболевания³⁸⁵.

Таким образом, общества морских врачей выполняли функцию научных советников при Морском министерстве. Им поручались экспертиза управленческих намерений или решений и предоставление материала для производства бюрократического знания. При этом создание такой коммуникативной площадки способствовало аккумуляции наблюдений, развитию практик генерализации эмпирической информации и превращения ее в теории среднего уровня.

Городские общества врачей

Самоорганизованные общества врачей в городах были более активны в своей работе, чем назначенные министерством общества морских врачей. В их работе доминировали две тематики: обсуждение мировых открытий и собственных исследований.

Инициатор Общества практикующих врачей Риги доктор Отто Гун определяется медицинскими энциклопедиями как основатель медико-топографических и статистических исследований в Российской империи. Его архивный фонд содержит рукописи географических описаний балтийских городов и Рижского генерал-губернаторства. Он делал их ежегодно с 1802 по 1822 год³⁸⁶. Его медико-топографическое описание Риги послужило образцом для составления матрицы исследований подобного рода, которые впоследствии составляли чиновники МВД³⁸⁷. На заседаниях общества коллеги Гуна представляли доклады с изложением статистики смертности, заболеваемости и санитарного состояния поселений, которые они обслуживали, старались сопоставлять данные во времени, чтобы определить факторы изменений. Интересно, что с первых лет существования Общество претендовало на роль советника российского правитель-

³⁸⁴ Обзор деятельности С. Петербургского общества морских врачей в течение 1859—1860 года, составленный секретарем Общества доктором Бушем // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 21; Обзор деятельности С. Петербургского общества флотских врачей за четвертый (1861—1862) год его существования, составленный секретарем Общества Галузинским // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 13.

³⁸⁵ Обзор деятельности Общества морских врачей в Кронштадте в течение 1861—1862 года, составленный секретарем Общества Г. Кудриным. С. 2—3.

³⁸⁶ LVVA. Ф. 6810.

³⁸⁷ Гун О. Дополнение к медико-топографическому описанию Лифляндии. СПб., 1814; Гун О. Топографическое описание города Риги. СПб., 1804.

ства. В этом качестве оно направляло в МВД проекты проведения оспопрививания на всей территории «соединенной» (как писал Гун) страны, или организации медицины в Сибири³⁸⁸, а также создания морского карантина на Балтике для защиты империи от эпидемий³⁸⁹.

Инициаторы и идеологи Виленского медицинского общества Франк и Снядецкий считали профессиональной обязанностью врача создание медико-топографических описаний и говорили о намерении создать «дневник болезней». Снядецкий утверждал: «Медицинская топография различных провинций; описание образа жизни различных народов и свойственных им болезней; выявление взаимосвязей между климатом, природой и расположением территории, едой и напитками, обычаями и суевериями и преобладающими среди народа болезнями являют собой обширное, привлекательное поле упражнений, исследований и гордости просвещенного врача»³⁹⁰. Все эти вопросы превратились в программу исследований для членов Виленского общества и их студентов. Комплекс медико-географических факторов Франк называл годовыми, или эпидемическими, конституциями³⁹¹.

С 1807 по 1825 год члены общества собирались, чтобы обсудить формы болезней, с которыми они сталкивались в медицинской практике, а также географию их движения по губернии, изменения в годовых температурах и атмосферном давлении, связь между заболеваниями и этнокультурными особенностями местных жителей. По инициативе Франка в Вильно были учреждены еще несколько врачебных сообществ: Благотворительное общество (1807), Общество оспопрививания (или Институт вакцинации, 1808), Родовспомогательный институт (или Институт материнства, 1809). В них трудились его ученики, коллеги по университету и приглашенные ученые врачи. В местном университете он инициировал практику ведения истории болезни, патолого-анатомические и студенческие исследования заболеваемости и смертности населения. Если Франк-отец всю жизнь изучал и описывал социальные факторы болезней, то его сын много времени посвятил выявлению связи болезней и климата. Он не только стал медицинским географом сам, но и создал, а затем расширял исследовательскую сеть, готовил ее для проведения долговременных и масштабных исследований.

Врачи из Виленского и Варшавского обществ искали медико-биологические обоснования этническим, социальным и религиозным различиям. В мировую нозогеографию они внесли новые формы патологий — «ли-

³⁸⁸ LVVA. Ф. 3981. Д. 13.

³⁸⁹ LVVA. Ф. 6810. Д. 103.

³⁹⁰ *Śniadecki J. Przemowa // Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi. 1830. Vol. 1. P. V—XVIII.*

³⁹¹ *Франк И. Всеобщая практическая медицина. Кн. 1. М., 1825. С. XLVI.*

товские лихорадки» и «польский колтун» (*plica polonica* — польская ко-са)³⁹². В обоих случаях этнические предубеждения были перекодированы посредством физиологических терминов. Распространенные в те годы антисемитские взгляды побуждали варшавских врачей искать и для них научное оправдание. Поэтому на заседаниях звучали доклады о специфических болезнях польских евреев, связанных с обычаями этой народности³⁹³.

На собраниях Варшавского общества велись разговоры о польских целебных водах. Интерес к медицинским свойствам воды в XIX веке проявляли врачи разных стран: отправлялись в дальние и близкие путешествия ради поиска минеральных источников, которые стремились превратить в профессиональный бизнес, в идеале — в бальнеологический курорт³⁹⁴. Первая обнаруженная нами статья о лечебных свойствах польских вод опубликована в журнале Общества в 1841 году. Ее автор, виленский врач К. Хоньский, писал о свойствах Друскеникских источников (ныне санаторный комплекс Друскининкае в Литве). Он утверждал, что при правильном употреблении эта вода помогает избавиться от целого комплекса болезней и по своим свойствам не уступает водам немецких курортов³⁹⁵. В течение 1840—1860-х годов на страницах журнала Варшавского общества был опубликован целый ряд заметок о лечебных водах с анализом их состава. В 1870 году внутри организации был сформирован Бальнеологический отдел, специально занимавшийся этой темой³⁹⁶.

Варшавское общество любило и умело работать с больничной статистикой. С 1840-х годов в его журнале публиковались таблицы с ежегодными цифровыми данными по трем городским больницам: Младенца Иисуса, Братьев милосердия и еврейской³⁹⁷. С 1850-х годов в Обществе функционировал комитет для изучения болезней Варшавы. Он расширил источники цифровых данных (к трем прежним добавились больницы Святого Роха, Святого Духа и евангелическая) и приступил к переработке статистической информации. Общество публиковало ее ежеквартально и представляло в этих таблицах уже не работу больниц, а состояние здоро-

³⁹² Подробнее об этом речь пойдет в первом разделе последней части данной книги.

³⁹³ *Theiner J.* O Żydach Polskich, Sposobie Ich Życia i Najgłówniejszych Między Nimi Panujących Chorobach // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1840. T. 4. № 1. S. 1—19.

³⁹⁴ Об этом см.: *Astrup P.* Salt and Water in Culture and Medicine. Copenhagen: Munksgaard, 1993; *Vigarellò G.* Concepts of Cleanliness: Changing Attitudes in France Since the Middle Ages. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1988.

³⁹⁵ *Choński K.* Uwagi nad Naturą, Działaniem i Użyciem Wód Druskienickich // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1841. T. 5. № 2. S. 157—185.

³⁹⁶ Oddział Balneologii. Posiedzenie 1-e z Dnia 9 Maja 1870 r. // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1870. T. 64. № 1. S. 14—16.

вья городских жителей (совокупное количество заболеваний и заболевших)³⁹⁸. В 1860-х годах подобная информация стала публиковаться ежемесячно и описывала все Царство Польское. Она собиралась не только из больниц, но и от частнопрактикующих и казенных врачей³⁹⁹. Эта аналитическая работа позволяла местным бюрократам более точно распределять ресурсы для организации медицинской помощи и борьбы с эпидемиями, а врачам помогала искать способы борьбы с эпидемиями и эндемиями. И, конечно, Общество занималось медико-топографическим описанием территорий Царства Польского⁴⁰⁰. Их анализ представлен в разделе «Медико-топографические описания».

Общество врачей города Казани тоже считало географическую патологию приоритетом для своих собраний. В 1870 году его председатель А. В. Петров сформулировал следующую исследовательскую программу: «На первый раз можно было бы остановиться на изучении болезненных форм в связи с местными условиями их происхождения и развития. При этом, конечно, должно быть обращено особенное внимание на те из них, которые у нас господствуют, не говоря уже о тех, которые появляются эпидемически». Такая информация, а также данные метеорологии и санитарного изучения озер, считал он, помогут развитию патологии, терапии, медицинской топографии и статистики. Для реализации программы предполагалось системное изучение территории губернии, ее населения и его предрассудков. Для анализа ландшафта казанским врачам предстояло объединиться с членами Общества естествоиспытателей при Казанском университете⁴⁰¹.

Весной 1870 года Общество разработало вопросник («бланки»), по которому стало ежемесячно собирать сведения о болезнях местных жителей.

³⁹⁷ См., например: *Le Brun A.* Sprawozdanie Lekarskie z Czynności Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie Roku 1841 // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1842. Т. 7. № 2. S. 157—228; *Mylo E.* Sprawozdanie (Skrócone) Naczelnego Lekarza Braci Miłosierdzia w Warszawie z roku 1840 // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1842. Т. 7. № 2. S. 229—232; *Rosentahl D.* Wykaz Chorych Leczonych Roku 1841 w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Izraelickiego w Warszawie // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1843. Т. 9. № 1. S. 103—116.

³⁹⁸ См., например, первый из напечатанных отчетов: *Majewski E.* Sprawozdanie Komitetu do Chorób Panujących z Ostatniego Kwartału 1850 r. // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1851. Т. 25. № 1. S. 66—79.

³⁹⁹ См., например: *Nathanson L.* Obraz Epidemiologiczny Królestwa Polskiego za Miesiąc Marzec 1867 roku // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1867. Т. 57. № 5. S. 350—355.

⁴⁰⁰ О badaniach Topograficzno-Lekarskich Kraju Naszego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1863. Т. 49. № 6. S. 395—398.

⁴⁰¹ Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 27 апреля 1870 года. № 2 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 14—24.

Он включал данные о возрасте, народности, занятиях, образовании, семейном положении с указанием количества детей, месте жительства, месте заболевания, времени заболевания, анамнезе, диагнозе, течении болезни, лечении, его результатах, об особенных случаях⁴⁰². Первые обобщенные результаты этих обследований были опубликованы весной 1872 года в «Дневниках» Общества. Они позволили определить пригодные и слабо пригодные для проживания зоны в городе. С этого времени в «Дневниках» выходила сводная за неделю или несколько недель ведомость о заболеваемости в Казани. Ее делали по очереди разные члены Общества⁴⁰³. Позже они стали готовить и публиковать ежемесячные ведомости по смертности⁴⁰⁴.

Одновременно Общество начало проводить изучение санитарного состояния Казанской губернии, чтобы разработать географию местных болезней⁴⁰⁵. Для аналитической работы была создана санитарная комиссия, которая определяла исследовательские задачи. Члены Комиссии самостоятельно проводили санитарные осмотры географических и административных объектов. В 1870 году это были казанские гимназии, земская больница, молельный дом старообрядцев (так называемый «дом Карпова»), а также 163 гостиницы, харчевни, постоянных дома, ночлежки и жилища работников артелей⁴⁰⁶. Поскольку имелись на тот момент номенклатуры болезней были признаны членами общества устаревшими, казанцы создали нозологическую комиссию. Она должна была дополнить старые российские номенклатуры данными об эндемических болезнях Казанской губернии⁴⁰⁷.

Нижегородцы позиционировали себя эмпириками и выбрали для работы формат коллективного обсуждения индивидуальных клинических наблюдений⁴⁰⁸. Если власти интересовались эпидемиями, то нижегородские врачи, как и члены прочих городских обществ, обсуждали эндемию. Свою миссию нижегородцы видели в том, чтобы выявить географические причины местных болезней⁴⁰⁹. Для этого они, как и варшавяне, работали с больничной статистикой. Первые цифры больных и умерших в больницах

⁴⁰² Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 12 мая 1870 года. № 4 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 35—38.

⁴⁰³ Дневник общества врачей г. Казани. 1972. № 1. С. 1—7.

⁴⁰⁴ Дневник общества врачей г. Казани. 1972. № 13. С. 88—89.

⁴⁰⁵ Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 19 мая 1870 года. № 5 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 48—51.

⁴⁰⁶ Протокол годовичного заседания Общества врачей г. Казани 2 января 1871 г. № 1. С. 17—19.

⁴⁰⁷ Там же. С. 6.

⁴⁰⁸ Заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1868. № 27. С. 301; Протокол годовичного заседания общества нижегородских врачей. С. 122—123.

и госпиталях Нижегородской губернии были опубликованы в 1864 году⁴¹⁰. Однако интерпретации этих данных не последовало. Более того, когда в 1870 году секретарь общества Н. Весельчаков предложил коллегам перейти к изучению медицинской топографии и статистики, его предложение было отклонено из-за недостатка времени и сил⁴¹¹.

Возникшие в разные годы врачебные общества Российской империи постепенно образовали довольно плотную исследовательскую сеть, сектора которой сначала разрозненно, а потом совместно производили медико-географическое знание, обменивались эмпирическим материалом и результатами наблюдений, гипотезами друг с другом и с иностранными коллегами. «Как часто, — делился с читателями своими ощущениями после заседания ОРВ Грум-Гржимайло, — в безмолвии следуя я за предметом, переходящим из уст в уста, замечая, как из рождающихся новых вопросов рождаются новые мысли, возникают новые суждения... Если я чего недоумеваю, в чем сомневаюсь, то тут же предлагаю вопросы, тут же отвечает мне совокупная опытность и ученость»⁴¹². Однако для показа России на мировом атласе болезней или для размещения на глобусе медицинской географии российским медикам не хватало последнего усилия или интеллектуального напряжения — требовалось систематизировать и генерализировать полученные данные.

Одним из первых планов создания всероссийской медицинской топографии был проект самарского гигиениста Ю. Б. Укке, который впоследствии стал членом Общества врачей Казани. В статье 1861 года, опубликованной на страницах «Московской медицинской газеты», он сравнивал врачебное исследование территории и населения с ботаническим исследованием флоры. Укке полагал, что в политическом и физическом отношении мир почти полностью описан. А вот медицинские характеристики большинства земель остаются неизвестными, несмотря на огромное количество отдельных медико-географических описаний и даже робких попыток их обобщения (в качестве примера он приводил сводную работу А. Мюри). Чтобы превратить Российскую империю из *terra incognita* в видимую часть медицинской географии, Укке предлагал коллегам организовать нозогеографическое общество, которое бы создало и реализовывало общую исследовательскую программу. Она должна была включать следующую информацию об изучаемом географическом объекте: особенности

⁴⁰⁹ Протокол годового заседания общества нижегородских врачей. С. 122—123; Заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1867. № 21. С. 120.

⁴¹⁰ Протоколы заседаний общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 43. С. 328.

⁴¹¹ Годичное заседание Нижегородского общества врачей 15 октября 1870 года. С. 41.

⁴¹² Друг здравия. 1834. С. 354.

поверхности земли (ландшафта); атмосферы и климата; его инфраструктура (дома, кладбища, улицы и др.), средства отопления и освещения; питание жителей; их образование и благосостояние; администрация и политическое положение; религия и благотворительные заведения; уровень преступности; этнографические особенности нации, проживающей в регионе; статистика рождаемости, смертности, браков с распределением по полу, возрасту и времени года; физическое воспитание детей, медицинская инфраструктура. Эндемические болезни предполагалось изучать посредством статистики, которая позволяла проводить сравнения. Таким образом предполагалось обрести единое социальное тело российского народа. Укке писал об этом так: «...изучить больное человеческое тело, как целое на огромном пространстве Европейской России, почти у одного народа, под различными градусами широты и долготы»⁴¹³.

Иной проект предложили Общество киевских врачей и Общество русских врачей в Санкт-Петербурге — «Программа для собирания сведений по части медицинской географии и статистики России». Это был проект, который Киевское общество рассылало всем российским коллегам и предлагало обсудить на всех научных площадках⁴¹⁴. По всей видимости, российские врачи созрели для скоординированной, автономной от министерств работы по изучению территории и жителей России с точки зрения медицинской географии.

⁴¹³ Укке Ю. Предложение об учреждении нозогеографического общества // Московская медицинская газета. 1861. № 36. С. 297—304.

⁴¹⁴ ЦАНО. Ф. 1462. Оп. 643. Д. 13а. Л. 10—10 об.

Часть 2

МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВА

БОЛЕЗНИ И ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА В ЕВРОПЕЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕОРИЯХ⁴¹⁵

Европейские медико-географические теории

Вплоть до конца XIX века медико-географические представления европейцев формировались на основе античной медицинской традиции. В текстах Гиппократова корпуса (V—IV веков до н. э.)⁴¹⁶ впервые в европейской истории была зафиксирована и обоснована зависимость здоровья человека от окружающей среды. Эти работы стали генеалогическим источником медико-географических теорий Нового времени, а гуморальная система, изложенная в них, несколько столетий была фундаментом для медицинского образования.

В данном комплексе трактатов впервые сформулированы принципы рациональной медицины: болезнь рассматривалась как природное явление, вызванное естественными причинами и подлежащее лечению рациональными способами. В логике древнегреческих врачей макрокосм Вселенной и микрокосм человеческого тела соотнесены друг с другом. Они

⁴¹⁵ В иной редакции глава опубликована в № 78 журнала «Диалог со временем» (2021).

⁴¹⁶ Гиппократов корпус — собрание древнегреческих медицинских текстов, часть которых приписывается Гиппократу (ок. 460 года до н. э. — ок. 370 года до н. э.), остальные принадлежат разным авторам, представлявшим различные врачебные школы. Наиболее важные для данной главы тексты — «О воздухах, водах и местностях» и «Эпидемии I — III», — по мнению исследователей, были написаны самим Гиппократом. См.: Карпов В. П. Гиппократ и Гиппократов сборник // Гиппократ. Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. М., 1936. С. 65—73.

подчиняются одним и тем же природным законам и состоят из одинаковых элементов⁴¹⁷. Земля, вода, огонь и воздух — четыре элемента, составляющих Вселенную, — присутствуют в теле человека в виде их четырех жидких эквивалентов («гуморов») — крови, флегмы, желтой и черной желчи, обладающих, как и элементы, качествами горячего/холодного и влажного/сухого⁴¹⁸. Здоровье человека основано на балансе гуморов внутри его организма; нарушение баланса приводит к болезни. Дисбаланс является следствием или индивидуальных причин, связанных со специфической телесной конституцией и образом жизни человека (его диетой, физической активностью, режимом дня и т. д.), или общих причин, воздействующих на жителей определенной местности: погоды, климата и географических особенностей места⁴¹⁹.

Обращение к окружающей среде как фактору заболеваемости, по-видимому, должно было объяснить сезонность болезней: в Греции того времени преобладали респираторные заболевания и малярийные лихорадки, имевшие четко выраженную связь с временем года и топографией местности⁴²⁰. Согласно Гиппократу, такая зависимость определялась доминированием одного из четырех гуморов по очереди в каждом из времен года. Под влиянием качеств физической среды (например, зимнего холода и влажности) в теле начинает преобладать гумор с аналогичными качествами (холодная и влажная флегма). Его избыток вызывает специфически сезонные (в данном случае — «зимние») болезни⁴²¹.

Помимо сезонных атмосферных колебаний, значение имели предрасполагающие факторы самой местности — качество воды, почвы, специфика рельефа. Особенно неблагоприятное сочетание различных факторов окружающей среды, как считалось, приводило к загрязнению воздуха и возникновению массовых заболеваний⁴²². Основными источниками загрязнения признавались стоячие болота и пруды, испарения от больных и умерших животных и людей, испражнения, испорченная еда, гниющие

⁴¹⁷ *Snowden F. M. Epidemics and Society: From the Black Death to the Present.* New Haven: Yale University Press, 2020. P. 33.

⁴¹⁸ Кровь сочетала в себе свойства горячего и влажного, флегма — холодного и влажного, желтая желчь — горячего и сухого и черная желчь — холодного и сухого. См.: *Гиппократ. О природе человека* // Гиппократ. Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. М., 1936. С. 198—203.

⁴¹⁹ Там же. С. 198—199, 202—205; *Он же. О воздухах, водах и местностях* // Гиппократ. Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. М., 1936. С. 287—291. В работах наиболее известного последователя и комментатора Гиппократа, Галена (II век н.э.), а также арабских авторов IX—X веков классификация причин существенно усложнилась. См.: *Nutton V. Ancient Medicine.* London: Routledge, 2013. P. 298.

⁴²⁰ *Nutton V. Ancient Medicine.* P. 32.

⁴²¹ *Гиппократ. О природе человека.* С. 201—203.

растения, пары, исходящие из земных расщелин. Все это порождало плохие запахи, сигнализовавшие об опасности⁴²³.

Античным врачам было очевидно, что вдыхание такого воздуха вызывает болезнь⁴²⁴, но непосредственный механизм ее появления оставался неясным. Древнеримские авторы Лукреций, Варрон, а затем Гален высказывали предположения о существовании в загрязненном воздухе болезнетворных частиц («семян болезни» и «анималкул»), однако невозможность доказать их присутствие делала эти теории маргинальными для греко-римской медицины, сосредоточенной на конкретных проявлениях заболевания в теле человека⁴²⁵. Воздух, тем не менее, продолжал считаться важнейшей внешней причиной и одновременно главным переносчиком болезней.

Положение о зависимости болезней от особенностей окружающей среды наиболее полно обосновано в двух трактатах Гиппократова корпуса: «О воздухах, водах и местностях» и «Эпидемии I—III». Именно эти тексты стали основополагающими для медико-географических теорий в новое время; врачи апеллировали к ним вплоть до начала XX века.

Трактат «О воздухах, водах и местностях» написан для врачей-периодетов, чья практика была связана с постоянными перемещениями между городами. Автор указал на наиболее значимые климатические и топографические элементы, позволявшие прогнозировать характерные для данного места заболевания. Говоря о сходствах и различиях регионов, автор не стремился показать все возможные вариации климатических условий. Вместо этого он описал диаметрально противоположные географические среды, исходя из свойств которых можно определить качества всего многообразия промежуточных типов и, соответственно, типичные для них болезни. В дальнейшем эта гибкость гиппократовой традиции позволила вписывать в нее новые природные ландшафты, открывавшиеся европейцам в Азии, Африке и Америке⁴²⁶.

Помимо собственно медицинских наблюдений, данный текст содержит положения о влиянии топографии и климата на физические и куль-

⁴²² Там же. С. 205; *Он же*. О ветрах // Гиппократ. Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. С. 264—266. При этом у Гиппократа, использовавшего термин «эпидемии», имеется в виду именно совокупность разных заболеваний в одной местности в конкретное время, а не более знакомое нам и появившееся позже представление о распространении одной четко определенной инфекционной болезни. См.: *Martin P. M. V., Martin-Granel E. 2,500-year Evolution of the Term Epidemic // Emerging Infectious Diseases. 2006. Vol. 12. № 6. P. 977—978.*

⁴²³ См.: *Nutton V. The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance // Medical History. 1983. Vol. 27. P. 13.*

⁴²⁴ *Gunnokram. О природе человека. С. 205.*

⁴²⁵ *Nutton V. The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance. P. 14—16.*

турные свойства жителей Европы и Азии. Мягкий климат азиатских стран, обеспечивающий изобилие природных даров, в то же время лишает их жителей энергии и склоняет к праздности. Европейцы же, вынужденные бороться с суровой природой, наделены мужественным духом и трудолюбием. Идея о том, что «формы людей и нравы отражают природу страны»⁴²⁷, стала значимой частью философской мысли Запада и легла в основу дискуссий о расе и акклиматизации.

Вторым важным текстом стали «Эпидемии» (книги I и III), где подробно рассматриваются «состояния погоды» (или «атмосферные конституции») каждого времени года в одной отдельно взятой местности и описывается влияние погодных изменений на характер заболеваний. Если трактат «О воздухах...» был сосредоточен на пространственных различиях природных сред, то в «Эпидемиях» речь идет о темпоральных различиях, основанных на наблюдениях большой длительности. В дальнейшем эти два способа медико-географического видения найдут развитие в отдельных традициях медицинского описания и интерпретации ландшафтов⁴²⁸.

Во II веке н. э. врач и философ Гален объединил идеи Гиппократов и его последователей в систему, которая составила фундамент европейской медицины и в своих главных чертах сохраняла актуальность в течение нескольких веков. Положение о зависимости болезней от свойств окружающей среды продолжало оставаться частью медицинской традиции, но в системе Галена акцент был сделан на индивидуальном характере болезней⁴²⁹. Считалось, что они определялись специфической природой каждого человека, его конституцией, диетой, образом жизни.

Неогиппократизм: возрождение медико-географических идей в раннее Новое время

Хотя основная часть Гиппократова корпуса, переработанная и дополненная Галеном, была хорошо известна в средневековой Европе, важнейшие трактаты, обосновывающие тесную связь между окружающей средой

⁴²⁶ Гиппократ. О воздухах, водах и местностях. С. 305. См. об этом: Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire. New York: Cambridge University Press, 2018. P. 39.

⁴²⁷ Гиппократ. О воздухах, водах и местностях. С. 304.

⁴²⁸ Гиппократ. Эпидемии (книги I—III) // Гиппократ. Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. С. 332—349, 371—378. О двух традициях медицинского описания см.: Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire. P. 59—60.

⁴²⁹ Nutton V. The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance. P. 15.

и здоровьем человека, — «О воздухах...» и «Эпидемии» — имели ограниченное хождение. В эпоху Ренессанса произошла реактуализация этих текстов. Они были включены в программу университетских курсов, многократно переиздавались и комментировались ведущими европейскими врачами⁴³⁰. В конце XVI века появились работы, написанные под очевидным влиянием «Воздухов», с описанием климатических особенностей места и характерных для него болезней. В XVII веке начали создаваться медицинские топографии отдельных регионов Старого и Нового Света, построенные на принципах гиппократова учения⁴³¹.

Интерес к «Воздухам» и «Эпидемиям» был следствием целого ряда факторов, далеко не все из которых имели отношение к медицине. Заметную роль, например, играло стремление гуманистов объяснить происхождение и характер различных политических режимов, которые, согласно Гиппократу, зависели от особенностей окружающей среды⁴³². С расширением колониальной экспансии гиппократовы тексты стали руководством для переселенцев, помогавшим определить возможности акклиматизации и стратегии выживания в новых природных условиях.

Кроме того, эти трактаты значительно выделялись на фоне прочих медицинских текстов эпохи. В то время как в галеновой традиции (как и в большей части Гиппократова корпуса) внимание врача было сосредоточено на индивидуальном пациенте, в «Воздухах» и «Эпидемиях» речь шла о влиянии окружающей среды на здоровье целых групп людей⁴³³. В раннее Новое время, с ростом централизованных государств и формированием колониальных империй, потребность в обеспечении здоровья групп — гарнизонов, флотских команд, населения городов и стран — становилась все более насущной.

⁴³⁰ *Siraisi N. G. History, Medicine, and the Traditions of Renaissance Learning.* Ann Arbor: University of Michigan Press, 2019. P. 72—79, 94.

⁴³¹ См., например: *Prospero Alpini. De medicina Aegyptiorum* (1591). Цит. по: *Harrison M. Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830.* Oxford: Oxford University Press, 2010. P. 36—37; *Clermont Charles. De aere, locis, et aquis terrae Angliae* (1672). Цит. по: *Miller G. "Airs, Waters, and Places" in History // Journal of the History of Medicine and Allied Sciences.* 1962. Vol. 17. № 1. P. 133. Одной из первых медицинских топографий стал труд Б. Рамаццини о Модене 1695 года См.: *Hannaway C. Environment and Miasmata // Companion Encyclopedia of the History of Medicine / Eds W. F. Bynum and R. Porter.* Vol. 1. London: Routledge, 1993. P. 301.

⁴³² См. *Siraisi N. G. History, Medicine, and the Traditions of Renaissance Learning.* P. 94; о труде Ж. Бодена «Метод легкого познания истории» (1566) как попытке применить идеи «Воздухов» к философии истории см.: *Barrett F. A. Disease and Geography: The History of an Idea.* Toronto, Ontario: Geography Department, York University, 2000. P. 81—82.

⁴³³ *Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire.* P. 32, 59.

Важное значение имел и метод Гиппократ. Акцент на необходимости внимательного наблюдения за состоянием пациента и окружающей средой отличал его труды от последующей галеновой «книжной» традиции, где упор делался на изучении уже известных теорий. В XVII веке, в эпоху Бэкона, Бойля и Локка, считавших наблюдение единственной верной основой знания, такой подход казался особенно актуальным. В работах английского медика Т. Сиденгама (1624—1689), знаковой фигуры неогиппократизма, Гиппократ предстает в качестве идеала эмпирически ориентированного врача⁴³⁴.

Труды Сиденгама, основанные на «Эпидемиях», дали новый импульс поиску корреляций между всплесками заболеваемости и свойствами окружающей среды. Изучив серию вспышек различных эпидемических болезней в Лондоне в 1660—1670-е годы, Сиденгам переосмыслил прежнее понятие «атмосферной конституции», заменив его «эпидемической конституцией». Новое понятие обозначало специфическое состояние атмосферы, порождавшее конкретную болезнь (а не неопределенное множество разных болезненных синдромов, как у Гиппократа). По мысли Сиденгама, тонкие изменения совокупности погодных условий приводили к появлению новых болезней, каждая из которых зависела от уникальной конфигурации «эпидемической конституции», существовавшей в данный момент времени⁴³⁵.

Переопределение Сиденгамом «атмосферной конституции» как «эпидемической» отразило смещение исследовательского интереса врачей XVII века к этой группе заболеваний, плохо поддававшихся объяснениям. Индивидуальные болезни можно было отнести к специфике личной гуморальной патологии человека, обусловленной его физическими особенностями и образом жизни. Механизмы возникновения эндемических заболеваний, свойственных конкретной местности, описывались в гиппократовых «Воздухах» и были хорошо знакомы врачам. Эпидемические же болезни, к которым относили любые массовые заболевания, возникавшие нерегулярно и не имевшие четкой связи с топографией места, не вписывались ни в одну из этих объяснительных схем.

Начиная с XV века ученые-контагионисты пытались связать появление эпидемий с передачей заразного начала от человека к человеку, но одновременные вспышки болезней в разных местах, не сообщавшихся друг с другом, не позволяли принять эту модель в качестве универсальной. Сиденгам предположил, что, в отличие от эндемических болезней, возникав-

⁴³⁴ *Sydenham T. The Whole Works of That Excellent Practical Physician, Dr. Thomas Sydenham: Wherein Not Only the History and Cures of Acute Diseases Are Treated Of, After a New and Accurate Method; but Also the Shortest and Safest Way of Curing Most Chronical Diseases.* London: M. Wellington, 1717 (1696). P. IX.

⁴³⁵ *Ibid.* P. 4—10.

ших вследствие устойчивого влияния окружающей среды, эпидемические болезни определялись действием непостоянных природных факторов, преимущественно атмосферных. Идентификация этих факторов могла помочь предотвращать эпидемии⁴³⁶.

Работы Сиденгама положили начало развитию количественного подхода к изучению воздействия окружающей среды на организм человека. Все разнообразие болезней, возникавших при разных состояниях атмосферы, согласно Сиденгаму, следовало упорядочить, создав классификации, подобные ботаническим⁴³⁷. Составление типологий требовало тщательного изучения метеорологических условий, сопутствовавших эпидемическим вспышкам, и предполагало многолетний сбор данных усилиями нескольких поколений ученых⁴³⁸.

Способы исследования свойств воздуха в это время значительно изменились благодаря развитию экспериментальных наук. Появление и усовершенствование приборов для измерения скорости ветра, температуры и влажности воздуха, количества осадков позволяли квантифицировать наблюдения за погодой. Хотя работы самого Сиденгама продолжали описательную традицию Гиппократов, в трудах его последователей конца XVII—XVIII века появились количественные данные. При этом список необходимых измерений становился все более детализированным. Так, известный лондонский врач Дж. Арбутнот включил в него определение атмосферного давления, плотности воздуха и химический анализ росы⁴³⁹. Врачи рассчитывали, что сопоставление сведений о преобладающих в конкретной местности заболеваниях с характеристиками воздуха, зафиксированными инструментально, даст возможность обнаружить законы, управляющие взаимоотношениями болезней и окружающей среды.

Таким образом, во второй половине XVII — первой половине XVIII века гиппократово учение о зависимости заболеваний от факторов среды обитания человека обрело новую методологическую основу и набор инструментов, главным из которых был метод эмпирического сбора данных.

Другим концептуальным сдвигом стало появление в XVIII веке уверенности в возможности улучшения санитарных характеристик местности. В то время как в гиппократовой традиции лишь фиксировалась связь окружающих условий с заболеваемостью, врачи Нового времени, опираясь на метеорологические наблюдения, математическое прогнозирование и статистический анализ, предложили целый ряд способов воздействия на

⁴³⁶ Riley J. *The Medicine of the Environment in Eighteenth-Century Germany*. P. 167—168.

⁴³⁷ Sydenham T. *The Whole Works of That Excellent Practical Physician*. P. VI.

⁴³⁸ *Ibid.* P. 9—10.

⁴³⁹ Arbuthnot J. *An Essay Concerning the Effects of Air on Human Bodies*. London, 1733. P. 69, 88, 165.

эту связь. Как утверждает Д. Райли, наиболее перспективными мерами считались четыре: дренаж заболоченных мест, позволявший устранять стоячие воды, очищение городских улиц, вынесение кладбищ за пределы городских стен и обеспечение циркуляции воздуха в городах и в закрытых помещениях. Во многом именно внедрение этих мер привело к снижению уровня смертности в Европе с конца XVIII века⁴⁴⁰.

Во второй половине XVIII века география медико-климатических исследований расширилась. В поле зрения врачей оказались не только страны Европы, но и колониальные территории в Америке и Азии. Отчеты врачей и естествоиспытателей публиковались в виде отдельных книг и статей в журналах научных и медицинских обществ. С 1770-х годов начали предприниматься попытки свести разрозненные исследования отдельных регионов воедино. Пионером организации систематических наблюдений за погодой и заболеваемостью в масштабе всей страны стала Франция. Под эгидой Королевского медицинского общества была создана обширная сеть наблюдателей, в задачу которых входили регистрация данных о погоде три раза в день и подробные записи о текущих болезнях. Для стандартизации сведений были выпущены специальные табличные формы и разосланы рекомендации по использованию инструментов⁴⁴¹.

В то же время, начиная с конца XVII века, развивался и другой, более конвенциональный способ медицинского описания, связанный с традицией гиппократовых «Воздухов», — медицинская топография. В таких работах метеорологические наблюдения отходили на второй план. Основное внимание уделялось топографическим свойствам места — особенностям рельефа, качеству воды и воздуха, постоянным характеристикам климата. Все более важное значение в медицинских топографиях приобретали данные о социальной среде обитания человека — профессиональных занятиях, уровне образования, нравах и обычаях. Хотя медицинские топографии представляли собой качественные описания, заметную роль в них играли количественные данные. В 1740-е годы в работах немецких врачей появилась медицинская статистика: сведения о числе и смертности жителей были соотнесены с топографическими характеристиками места⁴⁴².

Накопление больших массивов медико-климатических и медико-топографических данных к концу XVIII века выявило проблемы их использования. Даже в пределах отдельных стран Европы не было единообразия в процедуре сбора сведений и употреблении медицинской терминологии. Это делало корректную интерпретацию данных практически невозможной и вызвало определенное разочарование в возможностях метода. Од-

⁴⁴⁰ Riley J. C. The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease. New York: St. Martin's Press, 1987. P. 30, 53, 91—132.

⁴⁴¹ Hannaway C. Environment and Miasmata. P. 298—299.

⁴⁴² Riley J. C. The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease. P. 37—40.

нако вера в существование прямых корреляций между характеристиками окружающей среды и появлением болезней оставалась неизменно. Ученые стремились найти все новые способы выявления этих связей⁴⁴³.

В 1792—1795 годах Л. Л. Финке предложил преодолеть дробность медицинских топографий отдельных регионов, разработав обширную исследовательскую программу «медицинской географии» — изучения болезней в масштабах всего мира. В начале XIX века немецкие врачи и естествоиспытатели попытались реализовать данную программу, используя для этого физико-географическую модель А. фон Гумбольдта. На основе гумбольдтовских карт зональной растительности и температур создавались карты болезней. Их появление позволяло рассчитывать корреляции между физическими и топографическими феноменами для выявления общих закономерностей глобальной распространенности заболеваний.

Детализированные, тщательно проработанные карты объединяли топографию, болезни, животных, растения и людей в целостную картину окружающей среды. Как отмечают исследователи, в этих визуально и интеллектуально убедительных схемах народы оказывались слитыми со специфическими климатами и регионами. В дальнейшем в число факторов распространения болезней были включены культурные и социальные параметры населения региона — религия, обычаи, диета. Тем самым медицинская картография стала частью больших теоретических схем Нового времени, соотносивших уровни и типы цивилизаций с типами народов⁴⁴⁴.

Обращение врачей и естествоиспытателей к языку точных данных в XVII—XVIII веках для анализа взаимосвязей между здоровьем человека и окружающей средой радикально изменило характер медико-географического знания. Зарождающееся статистическое мышление требовало представления больших объемов численных сведений и детализированных описаний условий обитания человека. Многолетние наблюдения врачей, вооруженных целым арсеналом измерительных инструментов, вели к накоплению массивов данных и осмыслению медико-географических связей в масштабах всей планеты. Медицинская география тем самым стала «большой наукой» Нового времени⁴⁴⁵.

Важным стимулом для медико-географических исследований в XVII—XVIII веках стало внимание европейских правителей к своим ресурсам своих государств. Начиная с XVII века власти проявляли все большую заинтересованность в изучении природных условий своих стран и среды

⁴⁴³ Ibid. P. 51.

⁴⁴⁴ *Rupke N. A. Humboldtian Medicine // Medical History. 1996. Vol. 40. P. 293—310; Valencius C. B. Histories of Medical Geography // Medical History. Supplement: Medical Geography in Historical Perspective. 2000. Vol. 44. P. 18.*

⁴⁴⁵ *Hannaway C. Environment and Miasmata. P. 292—308.*

обитания жителей, а по мере расширения колониальных владений — и экзотических незнакомых климатов. В Европе потребности рационального управления населением легли в основу формирования во второй половине XVIII века медицинской полиции⁴⁴⁶. В колониях логика практического освоения тропических территорий обусловила активные исследования жаркого климата и его влияния на заболеваемость, что в свою очередь способствовало дальнейшему развитию медико-географических теорий.

Теории жарких климатов

Значение медицинских теорий жарких климатов не ограничивается областью истории медицинского знания. Оформляясь в ходе колониальной экспансии Запада, эти концепции становились ее важным составным элементом. Именно они во многом определяли возможности продвижения европейцев на имперских территориях, стратегии взаимоотношений с местным населением и перспективы дальнейшей колонизации новых регионов, большая часть которых находилась в тропических широтах. Согласно подсчетам Ф. Кертина, даже в конце XVIII века в отдельных тропических регионах до 70% европейцев умирали от болезней в течение первого года пребывания там⁴⁴⁷.

В Российской империи столкновение со «знойным» климатом южных окраин было не таким внезапным и драматичным, но непривычные природные условия становились серьезным препятствием для изучения пограничных территорий и их последующей интеграции. В военных отрядах, расквартированных в непривычном климате субтропического Кавказа или жарких влажных районов Молдавии, болезни часто уносили больше жизней, чем боевые операции⁴⁴⁸. Европейские теории жарких климатов задавали концептуальную основу для исследований российских вра-

⁴⁴⁶ О создании медицинской полиции в Европе см.: Сточик А. М., Загравкин С. Н., Сточик А. А. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций XVII—XIX вв. М., 2013. С. 32—61.

⁴⁴⁷ Curtin P. The “White Man’s Grave”: Image and Reality, 1780—1850 // *Journal of British Studies*. 1961. Vol. 1. № 1. P. 95.

⁴⁴⁸ По данным Я. Чистовича, в 1751 году число больных в полках Кизлярской крепости было так велико, что два из трех полков пришлось заменять новыми. В последующие годы ситуация не улучшилась: во второй половине XVIII века кизлярские полки продолжали терять «половину людей своих от одних болезней». См.: Чистович Я. А. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. СПб., 1870. С. 20, 42. Во время русско-турецкой войны 1828—1829 годов на Балканах российская армия потеряла 20 000 солдат убитыми, а 23 098 человек погибли от чумы, см.: Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. М., 1960. С. 235.

чей, работавших на южных территориях империи, а западные практики администрирования тропических колоний, опиравшиеся на суждения медиков, служили образцом для российских чиновников.

История развития медицинских теорий жарких климатов показывает сложность и многообразие интеллектуальных связей между метрополиями и колониями, опровергая представление об однонаправленном распространении научного знания от центра к периферии. Как утверждает М. Харрисон⁴⁴⁹, исследования, осуществляемые врачами в колониях, имели не меньшее значение для формирования западной медицины, чем те, что проводились в парижских госпиталях в ходе знаменитой «клинической революции» 1790-х годов — начала XIX века, описанной М. Фуко, У. Байнумом и Э. Акеркнехтом. Выраженные отличия природных условий тропиков стимулировали интенсивное изучение связей между заболеваемостью и окружающей средой, а распространенная в колониальных госпиталях практика диссекций в сочетании с данными метеорологических измерений обеспечивала почву для нового понимания болезней.

Вместе с тем в обширном корпусе литературы, посвященной роли медицинского знания в имперских проектах колониальных держав, теории жарких климатов занимают незаслуженно мало места. Как правило, они рассматриваются обобщенно, предваряя сюжеты о появлении тропической медицины в конце XIX века, или, напротив, затрагиваются в узких трудах о конкретных регионах⁴⁵⁰. Настоящая глава призвана отчасти восполнить этот пробел и рассмотреть истоки этих теорий, их развитие и трансформацию в менявшихся интеллектуальных и политических контекстах XVII—XIX веков.

Под теориями жарких климатов понимается весь спектр климатических объяснений патогенности тропических стран, существовавших в западной медицине до появления бактериологических концепций в последней трети XIX века.

Изучение болезней жарких стран

Медико-географические представления европейцев Нового времени были сформированы античной медицинской традицией. Однако колони-

⁴⁴⁹ Harrison M. *Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830*. P. 9, 23.

⁴⁵⁰ См., например: Chakrabarti P. *Medicine and Empire: 1600—1960*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2014; Arnold D. *Tropical Medicine Before Manson // Warm Climates and Western Medicine: the Emergence of Tropical Medicine, 1500—1900* / Ed. D. Arnold. Amsterdam: Rodopi, 1996; Senior E. *The Caribbean and the Medical Imagination, 1764—1834: Slavery, Disease and Colonial Modernity*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2018.

альная экспансия привела европейцев на территории, неизвестные древним авторам. Ее основным вектором стали тропические регионы Азии, Африки и Америки. Изначально «тропики» были термином астрономическим, означавшим зоны между тропиком Козерога и тропиком Рака. В границах двух этих широт Солнце достигает зенита и поворачивает обратно (греч. *trōpikos*, *trōlikós* «поворотный круг»). Поскольку со времен античной Греции главной составляющей климата считалась температура воздуха — на разнице температур было основано деление климатических поясов Земли на жаркие, умеренные и холодные⁴⁵¹, — тропические территории попадали в категорию «жарких». Древние греки считали их непригодными для проживания человека и потому в основном необитаемыми.

Открытия мореплавателей конца XV — XVI века нанесли удар по этим представлениям. Уже к середине XVI века стало очевидно, что ни одна часть Земли, «ни холодная, ни жаркая, не лишена обитателей»⁴⁵². В тропических зонах обнаружили разнообразные регионы, чьи климатические характеристики сильно варьировали. Среди них были не только территории, сложные для проживания европейцев (как Гвинейское побережье), но и довольно мягкие, благодаря пассатам, страны «вечного лета» (как Барбадос в Карибском море). Природное изобилие тропиков ошеломляло путешественников, и в первых отчетах новые земли предстают как воплощение рая на Земле. Вместе с тем с ростом европейского присутствия в колониях постепенно набирает силу и противоположная тенденция — тропики начинают описываться как патогенная зона. Эта тенденция стала реакцией на вымирание европейцев, которые прибывали в колонии все в больших количествах, но редко могли провести там даже несколько лет. Потребность в осмыслении причин высокой смертности обусловила появление значительного числа медицинских трудов. Именно врачи сыграли важнейшую роль в патологизации тропиков. С течением времени в европейской культуре представление о тропиках как о нездоровом, гибельном пространстве вытесняет «райский» образ этих мест⁴⁵³.

Разнообразие новых для европейцев природных сред дало богатый материал для исследований и уточнения медицинских теорий. С практической точки зрения понимание механизмов возникновения и закономерностей течения болезней в жарких климатах было критически важным в определении возможностей дальнейшей колонизации тропиков. Теорети-

⁴⁵¹ *Leighly J.* Early Steps in the Classification of Climates // Yearbook of the Association of Pacific Coast Geographers. 1974. Vol. 36. № 1. P. 58.

⁴⁵² *Ramusio.* Navigazioni e viaggi, 1:8. 1563. Цит. по: *Headley J. M.* The Sixteenth-Century Venetian Celebration of the Earth's Total Habitability: The Issue of the Fully Habitable World for Renaissance Europe // Journal of World History. 1997. Vol. 8. № 1. P. 3.

⁴⁵³ *Arnold D.* Tropical Medicine Before Manson. P. 7; см. также: *Curtin P.* The "White Man's Grave": Image and Reality, 1780—1850. P. 94—110.

ко-методологической основой для медицинских исследований болезней жарких стран стал неогиппократизм. Однако его влияние на осмысление тропических болезней не было немедленным и повсеместным.

Первые медицинские отчеты о тропических регионах, написанные в XVI веке, были посвящены не климату, а лекарственным свойствам местных растений. Широкий спектр экзотических средств — камфоры, шафрана, сандалового масла, листьев коки — вызывал в Европе большой интерес, обещая увеличение имевшегося терапевтического арсенала⁴⁵⁴. Отчасти такая тенденция отражала влияние гиппократовых текстов, где указывалось, что лекарства, как и болезни, формируются окружающей средой и, соответственно, могут быть найдены в тех же местах. Однако акцент на лекарствах, а не на климате показывает, что в этот период далеко не все врачи считали окружающую среду важным фактором в этиологии болезней.

В небольшой книге англичанина Дж. Уэйтсона 1598 года — первой работе в европейской истории, полностью сосредоточенной на тропических болезнях, — жара уже выступает в качестве одной из главных причин заболеваемости, но зависимость болезней от окружающей среды автором специально не обсуждается⁴⁵⁵.

Попытки систематического описания тропических болезней в тесной связи с климатическими условиями были впервые предприняты в работе голландского врача Я. де Бондта (Бонтиуса) об Ост-Индии 1642 года⁴⁵⁶. Труд Бонтиуса, работавшего в Батавии — столице голландских колониальных владений на острове Ява, — представлял собой наиболее полное медицинское исследование тропического региона того времени. Врач подробно описал этиологию, симптомы, периодичность и способы лечения распространенных в этой части Ост-Индии болезней и сделал ряд выводов о зависимости заболеваний от свойств местности — ее рельефа, направления ветра, времени суток и сезона. По Бонтиусу, климат Батавии был неблагоприятен для европейцев. Ее теплый и влажный воздух ускорял распад тканей и был насыщен нездоровыми испарениями близлежащих болот⁴⁵⁷.

⁴⁵⁴ О работах Г. де Орты, Н. Монардеса, Х. Акосты см.: *Barrett F. A. Disease and Geography: The History of an Idea. P. 70—71; Harrison M. Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830. P. 33—34.*

⁴⁵⁵ *Watson G. The Cures of the Diseased, in Remote Regions. Preventing Mortalitie, Incident in Forraine Attempts, of the English Nation. London, 1598.*

⁴⁵⁶ *Bondt J. An Account of the Diseases, Natural History, and Medicines of the East Indies. Translated from the Latin of James Bontius, Physician to the Dutch Settlement at Batavia. To which are added annotations by a Physician. London: T. Noteman, 1769 (1642).*

⁴⁵⁷ *Ibid. P. 15, 20, 109, 114.*

Голландский врач объяснял этиологию и течение болезней в терминах гуморальной медицины, однако свои заключения он дополнял данными патолого-анатомических вскрытий. Бонтиус получил отличную подготовку по анатомии в Лейдене и как глава колониального госпиталя мог беспрепятственно заниматься диссекцией. За полтора столетия до врачей парижских клиник периода Революции Бонтиус описывал связи между симптомами болезней и картиной поражения внутренних органов⁴⁵⁸.

Как отмечает М. Харрисон, переход к длительному наблюдению за пациентом в условиях госпиталя и практика вскрытий — перемены, составлявшие суть «клинической революции» во Франции 1790-х годов — начала XIX века, — начались в колониях значительно раньше, чем в Европе. В отличие от коллег, работавших в метрополии, колониальные врачи — как Бонтиус — уже в XVII веке получили доступ к массам пациентов в поднадзорных им госпиталях и могли свободно проводить анатомические вскрытия. Отказ от предшествующей книжной, умозрительной медицинской традиции в пользу практико-ориентированной, основанной на наблюдении и эксперименте, происходил здесь гораздо быстрее⁴⁵⁹.

Работа Бонтиуса оказала большое влияние на последующие медицинские труды по Ост-Индии и была хорошо известна в Европе⁴⁶⁰. Интерес к окружающей среде в XVII веке разделяли и врачи, работавшие в Западном полушарии. Ссылаясь, как и Бонтиус, на гиппократовы «Воздухи» и собственные наблюдения, они утверждали, что климат и топография местности во многом определяют набор характерных для нее болезней. Так, автор первой англоязычной монографии о тропических болезнях Т. Трэпем (1679) называет Гиппократа своим учителем и начинает работу главами о воздухе, водах и местностях Ямайки, буквально отсылая читателя к названию античного текста⁴⁶¹. Основной причиной болезней на Ямайке Трэпем считал воздействие на организм человека чрезмерной жары. По мнению врача, она вызывала избыточную выработку желтой желчи и предотвращала ее нормальный отток⁴⁶².

Труд Трэпема, как и работы других его современников, показывают, что в XVII веке гиппократово учение о зависимости болезней от окружающей среды было общей теоретической основой медицинских работ о жарких климатах. Оно определило вектор дальнейших поисков, развивавшихся в направлении исследования свойств воздуха. Именно они выходят на

⁴⁵⁸ Ibid. P. 85—99.

⁴⁵⁹ Harrison M. *Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830*. P. 4, 65.

⁴⁶⁰ Ibid. P. 40.

⁴⁶¹ *Trapham Th. A Discourse of the State of Health in the Island of Jamaica with a Provision Therefore Calculated from the Air, the Place, and the Water, the Customs and Manner of Living &c. By Thomas Trapham. London: Printed for R. Boulter, 1679. P. 2—49, 71.*

⁴⁶² Ibid. P. 84—87.

первый план в объяснении тропических заболеваний, и в особенности лихорадок, которые признавались главной причиной смертности европейцев в жарких странах.

Внутри этой общей модели, однако, были возможны вариации. Как отмечают исследователи, античный текст нередко был скорее конвенциональной рамкой, позволявшей представить работы европейских медиков в качестве части авторитетной классической традиции⁴⁶³. Апелляции к имени Гиппократу не мешали авторам XVII и XVIII веков рассматривать болезни с точки зрения механической философии и включать в объяснительные схемы данные новых научных открытий — например, У. Гарвея о работе сердца и сосудистой системы. С конца XVII века в отчетах о тропических болезнях появляются элементы корпускулярных теорий, основанных прежде всего на учении Р. Бойля о свойствах воздуха. Показательно, что сам Бойль, разрабатывая свою теорию, опирался в том числе на сведения своих корреспондентов из жарких стран об особенностях местных климатов⁴⁶⁴.

Однако самое сильное влияние на колониальных врачей оказали труды Сиденгама, который соединил учение Бойля о воздушных частицах с важным для Гиппократу метеорологическим фактором. В его теории эпидемических конституций воздух играл важную роль. Болезни возникали в результате особого состояния атмосферы, в которой вредоносные частицы воздуха с дыханием попадали в кровь человека и с кровью разносились по всему организму⁴⁶⁵. Для колониальных врачей акцент на влияние воздуха на человека был особенно актуальным. Климатические условия тропических зон очевидно отличались от европейских, и теория Сиденгама открывала возможность понять природу тропических болезней через изучение характеристик местного воздуха.

Идеи Сиденгама распространялись на колониальных территориях в том числе благодаря влиянию известного голландского врача Г. Бурхаве (1668—1738), опиравшегося на труды «английского Гиппократу» в своей практической и теоретической работе. Значительную долю его студентов в Лейденском университете составляли британцы. Кроме того, на протяжении большей части XVIII века теориями Бурхаве руководствовались медики Эдинбургского университета, который был главной «кузницей» кадров для британских заморских колоний⁴⁶⁶.

⁴⁶³ Miller G. “Airs, Waters, and Places” in History. P. 140; Harrison M. *Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830*. P. 31.

⁴⁶⁴ Boyle R. *The General History of the Air, Designed and Begun by the Hon. Robert Boyle Esq.* London: Awnsham and John Churchill, 1692. P. 151, 245—248. Об этом см.: Harrison M. *Climates and Constitutions: Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600—1850*. P. 5.

⁴⁶⁵ Sydenham T. *The Whole Works of That Excellent Practical Physician*. P. 1—2.

В трудах врачей, работавших в тропических колониях, традиции гуморальной медицины и подходы механической философии легко дополняют друг друга. Так, в работе Р. Тауна 1726 года о болезнях на острове Барбадос в Вест-Индии внимание к поведению, диете и конституции человека, свойственное древнегреческим медицинским текстам, соединяется с механицистскими объяснениями влияния воздуха на заболеваемость. По мысли Тауна, избыточная влажность тропического воздуха в сочетании с его высокой температурой напрямую воздействует на сосудистую систему, расслабляя ткани, увеличивая вязкость крови и уменьшая скорость кровообращения. Результатом становится застой крови, который и приводит к появлению лихорадок⁴⁶⁷. Другие заболевания, однако, проистекают из разной восприимчивости к погодным условиям людей с разной конституцией. Так, дизентерии и коликам, обычно возникающим в зной, в наибольшей степени подвержены пациенты с желчным темпераментом⁴⁶⁸. При этом оба способа объяснения болезней, как видно, включают атмосферные условия в качестве неперменного фактора заболеваемости.

Опыты европейских ученых XVII века с использованием различных приборов — барометра, термометра, вакуумного насоса — способствовали лучшему пониманию физических свойств воздуха. Благодаря экспериментам Бойля, Гука, Герике воздух становится исчислимой сущностью⁴⁶⁹. Однако, хотя наблюдения за метеорологическими условиями велись в Европе уже с конца XVII века (исследователи говорят о своеобразной моде на дневники погоды в этот период)⁴⁷⁰, связи между заболеваемостью и состоянием воздуха практически не отслеживались. В колониях такими исследованиями занимались гораздо активнее. Неслучайно известный лондонский врач Дж. Арбутнот, пытаясь объяснить учение Гиппократов «механическими причинами, проистекающими из качеств и свойств воздуха», в своем труде 1733 года в основном обращался к отчетам врачей, работавших в тропиках⁴⁷¹.

Одной из наиболее известных и влиятельных работ второй половины XVIII века, прослеживающей корреляции между атмосферными условиями и заболеваемостью, стал труд У. Хиллари о болезнях на Барбадосе 1759 года⁴⁷². Его первая часть представляет собой дневник наблюдений за погодой с указанием количества осадков, температуры в разное время су-

⁴⁶⁶ *Harrison M.* *Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830.* P. 31.

⁴⁶⁷ *Towne R.* *A Treatise of the Diseases Most Frequent in the West-Indies, and Herein More Particularly of Those Which Occur in Barbadoes.* London, 1726. P. 10—13.

⁴⁶⁸ *Ibid.* P. 71, 114.

⁴⁶⁹ *Hannaway C.* *Environment and Miasmata.* P. 304.

⁴⁷⁰ *Seth S.* *Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire.* P. 67.

⁴⁷¹ *Arbuthnot J.* *An Essay Concerning the Effects of Air on Human Bodies.* P. 152—153.

ток, атмосферного давления, а также преобладающих в это время заболеваний. Структурно текст, построенный на длительных, 30-месячных наблюдениях в одном регионе, повторяет гиппократовы «Эпидемии», хотя описательные определения погоды и дополнены здесь — в духе времени — количественными данными⁴⁷³.

Вторая часть организована вокруг пространственных, а не темпоральных различий. Речь идет о болезнях, свойственных всей Вест-Индии как климатически отличному от Европы региону. Эта модель, более конвенциональная для работы о жарких климатах, ориентирована на гиппократовы «Воздухи»⁴⁷⁴. Как ученик Бурхаве, Хиллари объяснял этиологию болезней в терминах механической философии: жаркий тропический воздух разреживает и ощелачивает жидкости внутри организма, которые блокируют мелкие сосуды и «секреторные поры» и вызывают целый ряд патологических состояний, от стригущего лишая до дизентерии⁴⁷⁵.

Отслеживание колебаний свойств погоды с помощью новейших измерительных приборов, по мысли ученых конца XVII — XVIII века, должно было дать устойчивую, доказательную основу теориям возникновения болезней. Дополнительным стимулом для таких исследований стало появление желтой лихорадки в американских колониях в конце XVII века. Вирус, вызывающий это заболевание, по-видимому, был занесен из Африки с судами работорговцев: с XVII века в колониях Карибского бассейна активно развивалось плантационное хозяйство, основанное на рабском труде. Обилие стоячей воды на плантациях обеспечивало идеальную почву для размножения комаров *Aedes aegypti*, переносивших патоген. С Карибских островов желтая лихорадка распространилась на североамериканский континент, вызвав несколько масштабных эпидемий в Филадельфии, Нью-Йорке и Бостоне, и на юг — в Эквадор, Колумбию и Перу. Размах эпидемий желтой лихорадки, сопровождавшихся высокой смертностью европейских солдат и поселенцев, поместил эту болезнь в центр внимания медицинского сообщества Запада. Эмпирические исследования местных

⁴⁷² *Hillary W. Observations on the Changes of the Air and the Concomitant Epidemical Diseases, in the Island of Barbados. To Which Is Added a Treatise on the Putrid Bilious Fever, Commonly Called the Yellow Fever; and Such Other Diseases as Are Indigenous or Endemial, in the West India Islands, or in the Torrid Zone.* Philadelphia: B.&T. Kite, 1811 (1759). О переизданиях см.: *Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire.* P. 57.

⁴⁷³ *Hillary W. Observations on the Changes of the Air and the Concomitant Epidemical Diseases.* P. 15—97.

⁴⁷⁴ *Ibid.* P. 105—260. О двух разных моделях медицинского описания колониальной территории см.: *Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire.* P. 59—60.

⁴⁷⁵ *Hillary W. Observations on the Changes of the Air and the Concomitant Epidemical Diseases.* P. VI—VII, IX, 148, 256—257.

врачей показывали, что вспышки заболевания приходились на пик жаркого сезона — «в особенности если ему предшествовала теплая, влажная погода»⁴⁷⁶. Как известно сейчас, такая периодичность связана с особенностями жизненного цикла комара *Aedes aegypti*, который не может выживать и размножаться без воды и теряет активность при температуре ниже +17 °C⁴⁷⁷. Врачам же XVIII века было очевидно, что желтую лихорадку вызывает сочетание погодных факторов, и повторяющийся каждый год паттерн лишь убеждал их в верности выводов.

Хотя ценность наблюдений за погодой в XVIII веке признавалась многими врачами и систематические метеорологические измерения велись не только в Новом Свете, но и в Европе, именно в колониях, где заболеваемость европейцев особенно явно коррелировала с климатическими условиями, представление о связи между климатом и болезнями, ранее основанное на обыденном опыте, оказалось научно доказано и в XVIII веке превратилось в медицинскую догму⁴⁷⁸.

Опасности жарких стран: медико-географическое осмысление тропиков

Главным в изучении заболеваний жарких климатов долгое время оставался вопрос о том, отличались ли они от европейских лишь размахом или же были принципиально иными. От ответа на этот вопрос зависели способы их лечения и профилактики, а в стратегическом плане — возможности колонизации тропических регионов европейцами.

В свидетельствах конца XVI — XVII века отношение к жарким климатам оставалось амбивалентным. В одних текстах сохранялась позитивная тональность ранних отчетов путешественников, описывавших тропические регионы как идиллически прекрасные и изобильные⁴⁷⁹. В качестве референтной точки выступали европейские времена года — обычно весна или лето. Так, в 1645 году поэт Э. Уоллер называл Бермуды «летними островами»⁴⁸⁰, а врач Трэпем, говоря о Ямайке как о «летней стране», отмечал ее мягкой и благоприятный климат, отсутствие многих знакомых в

⁴⁷⁶ Ibid. P. 57.

⁴⁷⁷ Cooper D. B., Kiple K. F. Yellow fever // The Cambridge World History of Human Disease / Ed. K. F. Kiple. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. P. 1101.

⁴⁷⁸ Kupperman K. O. Fear of Hot Climates in the Anglo-American Colonial Experience // The William and Mary Quarterly. 1984. Vol. 41. № 2. P. 238—239.

⁴⁷⁹ Как, например, в описании Ямайки Колумбом в 1495 году, см.: Wey Gomez N. The Tropics of Empire: Why Columbus Sailed South to the Indies. Cambridge (Massachusetts): MIT, 2008. P. 225.

⁴⁸⁰ Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire. P. 43.

Европе болезней — таких как цинга или оспа — и в целом более легкое течение заболеваний⁴⁸¹.

Другие авторы, однако, высказывали настороженность в отношении тропической жары, указывая на неизбежное нарушение баланса между телом, привычным к умеренному климату, и новой, резко отличающейся окружающей средой. Первые поселенцы Барбадоса сомневались в возможности «переносить такой зной, не задыхаясь» и описывали ощущения «поджаривания» и потери «живости и бодрости» на палящем солнце острова⁴⁸².

Такие расхождения в оценках отчасти были следствием различий природных сред тропических регионов: одни были более пригодны для проживания европейцев, чем другие. При этом само разнообразие вариантов описания показывает, что в XVII — первой половине XVIII века тропики не считались единой болезнетворной зоной. Но оценки свойств тропиков могли варьировать и в рамках одного региона и зависеть, например, от переселенческой повестки. Как показывают исследователи, необходимость привлечь европейских поселенцев в американские колонии обуславливала регулярное появление в XVII веке позитивных описаний жарких климатов с акцентом на благотворности теплого воздуха⁴⁸³. Кроме того, по наблюдениям С. Сета, разногласия в отношении влияния жарких климатов на здоровье могли определяться не столько медицинскими аргументами, сколько вопросом о том, кому принадлежит авторитетное знание о болезнях — экспертам из метрополии или малоизвестным местным врачам. В то время как знаменитые врачи из Лондона утверждали, что в болезнях европейцев, живущих в тропиках, нет ничего принципиально отличного и значение имеет лишь квалификация доктора, колониальные врачи акцентировали внимание на различиях в симптомах и течении местных заболеваний, разобраться в которых может лишь медик, хорошо знающий регион⁴⁸⁴.

Наконец, одна и та же территория могла выступать и как схожая, и как особенная в рамках одного текста: так, в уже упоминавшейся работе У. Хиллари о болезнях на Барбадосе медико-метеорологические наблюдения первой части в духе гиппократовых «Эпидемий» и трудов Сиденгема помещают остров в один ряд с Европой — заболевания описываются как

⁴⁸¹ *Trapham Th. A Discourse of the State of Health in the Island of Jamaica with a Provision Therefore Calculated from the Air, the Place, and the Water, the Customs and Manner of Living &c.* By Thomas Trapham. P. 3, 57—61, 68—69.

⁴⁸² Ligon R. *A True and Exact History of the Island of Barbados*. London, 1673 (1657). Цит. по: *Kupperman K. O. Fear of Hot Climates in the Anglo-American Colonial Experience*. P. 214.

⁴⁸³ *Ibid.* P. 217; *Seth S. Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire*. P. 55—56.

⁴⁸⁴ *Ibid.* P. 15, 25—30, 44—56.

зависящие от сезонных характеристик воздуха, и географические характеристики места отходят на второй план. В то же время во второй части, опирающейся на «Воздухи» и посвященной эндемическим болезням острова, география Барбадоса имеет первостепенное значение, поскольку определяет набор специфически вест-индских заболеваний, связанных с жарким климатом⁴⁸⁵.

Несмотря на многообразие мнений о болезнях тропических территорий, в целом врачи XVII — первой половины XVIII века были в большей степени ориентированы на поиск сходств между ними и заболеваниями, свойственными Европе. Как правило, речь шла о лихорадках разного рода, считавшихся в то время не симптомом, а самостоятельным заболеванием, внешние признаки которых не слишком отличались от лихорадок, обычных для европейских летних месяцев. Врачам было очевидно, что в условиях жаркого климата знакомые им болезни меняют характеристики: их течение резко ускоряется или симптомы становятся более выраженными, — но сами заболевания не рассматривались как принципиально иные.

К середине XVIII века представления о болезнях жарких климатов изменились. Врачи, работавшие в тропиках, все более склонялись к точке зрения о местных болезнях как отличных от европейских и требующих особого подхода к терапии. Уже в работе Р. Тауна 1726 года о Барбадосе климат и природа острова выступают как специфическая патогенная среда. Таун описал несколько неизвестных в Европе болезней и показал, что и терапия, и методы диагностики местных заболеваний не универсальны и в значительной степени зависят от местных условий⁴⁸⁶. В труде У. Хиллари 1759 года не просто говорится о болезнях, свойственных тому же острову, — ряд из них определяются как характерные для тропиков в целом⁴⁸⁷.

Такая перемена стала следствием целого ряда факторов. Рост военных и гражданских поселений европейцев в тропических колониях и расширение медицинской сети стимулировали научные исследования местных болезней. Интенсификация военных и торговых контактов между колониями способствовала обмену накопленной информацией и увеличению кор-

⁴⁸⁵ *Hillary W.* Observations on the Changes of the Air and the Concomitant Epidemical Diseases, in the Island of Barbados. To Which Is Added a Treatise on the Putrid Bilious Fever, Commonly Called the Yellow Fever; and Such Other Diseases as Are Indigenous or Endemial, in the West India Islands, or in the Torrid Zone; см. об этом: *Seth S.* Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire. P. 60.

⁴⁸⁶ *Towne R.* A Treatise of the Diseases Most Frequent in the West-Indies, and Herein More Particularly of Those Which Occur in Barbadoes. P. 61—63, 184—192.

⁴⁸⁷ *Hillary W.* Observations on the Changes of the Air and the Concomitant Epidemical Diseases, in the Island of Barbados. To Which Is Added a Treatise on the Putrid Bilious Fever, Commonly Called the Yellow Fever; and Such Other Diseases as Are Indigenous or Endemial, in the West India Islands, or in the Torrid Zone. P. 105—131, 218—227.

пуса медицинского знания о тропиках. Появление в Западном полушарии болезней, характерных для жарких зон Восточного полушария (таких, как привезенная с рабами из Африки желтая лихорадка), показало сходство тропических регионов между собой и позволило медикам объединить их в одну патогенную область.

Первой попыткой синтезировать медицинские знания о тропиках стала работа военно-морского хирурга Дж. Линда «Эссе о болезнях европейцев в жарких климатах» (1768)⁴⁸⁸. Сведения, собранные на отдельных и очень разных территориях — от Суматры и Индии до восточного побережья Африки и Карибских островов, — были объединены в ней в общую медико-географическую концепцию «жарких стран». В то время как раньше, писал Линд, заболеваемость и смертность европейцев в тропиках приписывались погрешностям их диеты и образа жизни, теперь стало очевидно, что виной тому было воздействие «вредного для здоровья климата»⁴⁸⁹.

В трудах современников и последователей Линда «нездоровость» воздуха из универсальной, характерной для разных климатов черты превратилась в специфическую, практически постоянную и главную особенность жаркого, тропического климата. Врачи указывали на обильную растительность — основной источник миазмов, на тропическую жару и влажность, которые придавали необыкновенную скорость процессам распада тканей, наконец, на ослабляющее воздействие жаркого климата на организм европейцев⁴⁹⁰. В целом ряде медицинских текстов говорилось о неприменимости постулатов европейской медицины в тропических колониях, поскольку даже хорошо известные европейцам болезни, например дизентерия и гепатит, в тропиках приобретали другие характеристики⁴⁹¹. В этих работах жаркие страны выступали в качестве отдельной эпидемиологической категории, требующей особого подхода: так появилась медицина жарких климатов⁴⁹².

⁴⁸⁸ *Lind J.* An Essay on Diseases Incidental to Europeans in Hot Climates. London: Printed for T. Becket and P. A. De Hondt, 1771 (1768).

⁴⁸⁹ *Ibid.* P. 4—16.

⁴⁹⁰ *Ibid.* P. 10; *Wilson A.* Rational Advice to the Military, When Exposed to the Inclemency of Hot Climates and Seasons. London: Printed and sold by W. Richardson, 1780. P. 10—22, 40; *Johnson J.* The Influence of Tropical Climates on European Constitutions. New York: Wood, 1846 (1813). P. 23, 51; *Annesley J.* Researches into the Causes, Nature, and Treatment of the More Prevalent Diseases of India, and of Warm Climates Generally: Illustrated with Cases, Post Mortem Examinations, and Numerous Coloured Engravings of Morbid Structures. London, 1828. Vol. 1. P. 49—50, 58—60; Wellcome Collection. RAMC (Royal Army Medical Corps Muniments Collection), 509/3. См. также свидетельства военных: British Library. India Office Records Collection (IOR), P/3/53. P. 682.

⁴⁹¹ *Madden R.* Travels in Turkey, Egypt, Nubia, and Palestine, in 1824, 1825, 1826, and 1827. London: H. Colburn, 1829. Vol. 1. P. 375—376; *Johnson J.* The Influence of Tropical Climates on European Constitutions. P. 248—251.

Принципиально важным оставался вопрос о возможности выживания европейцев в климатически враждебной среде тропических колоний. Проблемы акклиматизации, постоянно обсуждавшиеся в это время, были тесно связаны с концепциями расы и культурных различий. Согласно М. Харрисону, примерно до конца XVIII века считалось, что европейцы смогут постепенно адаптироваться и жить в тропиках. Эта идея основывалась на распространенном в эпоху Просвещения убеждении, что человеческое тело может постепенно изменяться в ответ на влияние климата, вплоть до изменения цвета кожи, и приобретать иммунитет к местным болезням⁴⁹³. Чтобы приспособиться к жизни в тропиках, европейцы должны заимствовать отдельные элементы туземных обычаев (например, манеру одеваться или принимать пищу) и следовать местным практикам поведения⁴⁹⁴.

К XIX веку оптимизм в отношении акклиматизации европейцев в тропиках постепенно угас. Смертность от местных болезней была по-прежнему высокой, и все большее количество колониальных врачей высказывали убеждение в невозможности полной адаптации европейцев к тропической среде. Начиная с 1820-х годов этот тезис стали обосновывать фундаментальными биологическими различиями между европейцами и туземным населением. К 1850-м годам идея о различиях была уже твердо укоренена. Сама невозможность адаптации европейцев к тропикам выступала в качестве аргумента о непреодолимой пропасти между физическими характеристиками туземцев и европейцев⁴⁹⁵. В концепциях расовых различий заметная роль принадлежала климатическим объяснениям. Со времен античных философов считалось, что расовые характеристики определялись теми климатами, в которых представители этих рас жили тысячелетиями. В медико-географических теориях местное население определялось как неотъемлемая часть среды, сформированная своим климатом и потому отражавшая его важнейшие свойства⁴⁹⁶.

Так же, как и расы, климаты приобрели фиксированные характеристики. Жаркие климаты, противопоставлявшиеся умеренным, все чаще опи-

⁴⁹² *Harrison M.* *Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830.* P. 64, 72.

⁴⁹³ *Harrison M.* *The Tender Frame of Man: Disease, Climate, and Racial Difference in India and the West Indies, 1760—1860* // *Bulletin of the History of Medicine.* 1996. Vol. 70. № 1. P. 74—76.

⁴⁹⁴ См.: *Johnson J.* *The Influence of Tropical Climates on European Constitutions.* P. 575—608; *Madden R.* *Travels in Turkey, Egypt, Nubia, and Palestine, in 1824, 1825, 1826, and 1827.* Vol. 1. P. 381—386.

⁴⁹⁵ *Harrison M.* *The Tender Frame of Man: Disease, Climate, and Racial Difference in India and the West Indies, 1760—1860.* P. 74—83, 87—88.

⁴⁹⁶ *Harrison M.* *Climates and Constitutions: Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600—1850.* New Delhi: Oxford University Press, 1999. P. 13—14.

сывались как нездоровые и патогенные, ассоциировавшиеся с «нестерпимой жарой, болотами, грозящими лихорадкой, полчищами насекомых и миами непролазных джунглей»⁴⁹⁷. Такое медико-географическое восприятие тропиков как нездоровых по самой своей сути стало основанием для активных административных действий в колониях. «Неправильные» местности было необходимо исправить, оздоровить — через внедрение сельского хозяйства европейского типа, через осушение болот, вырубку лесов, в дальнейшем — с помощью санитарных мер и городского планирования⁴⁹⁸.

К концу XIX века в связи с развитием бактериологии роль климата и топографии в медицинском имперском дискурсе постепенно ушла на второй план. Однако сама идея тропиков как патологического и патогенного пространства, связанного, по словам Д. Арнольда, с «острым, почти осязаемым чувством тропической опасности»⁴⁹⁹, оставалась актуальной и продолжала влиять на способы обсуждения колониальных территорий. Характерно, что, хотя большая часть медицинских объяснений жарких климатов была посвящена районам влажных тропических лесов, в категорию «жарких стран» регулярно включались и земли с сухим тропическим климатом (зоны пустынь), и субтропические прибрежные зоны, и даже территории с континентальным (Китай, Иран) и умеренным (Алжир, Марокко) климатом. Все эти земли, как правило, объединяли общие коннотации экзотичности, опасности и культурной отсталости их жителей. Все они были «тропическими», или, по выражению А. Мулен, «пара-тропическими»: быть тропическим означало быть готовым к колонизации европейцами⁵⁰⁰. Размытость границ категорий «тропиков» и «жарких климатов» в XVII—XIX веках показывает условность их связи с географическими характеристиками конкретного региона и демонстрирует их встроенность в дискурсивный имперский контекст.

Столкновение европейцев с новыми природными средами в ходе колониальной экспансии способствовало актуализации античных концепций, связывавших здоровье человека с географическими особенностями места. Развитие этих концепций с опорой на новые научные методы и медицинские практики — главную роль здесь сыграли метеорологические наблюдения и распространенные в колониях анатомические вскрытия — привело к трансформации представлений о болезни и здоровье. Если в ан-

⁴⁹⁷ Curtin P. The “White Man's Grave”: Image and Reality, 1780—1850. P. 94.

⁴⁹⁸ См., например: Lind J. An Essay on Diseases Incidental to Europeans in Hot Climates. P. 165, 84. Bewell A. Romanticism and Colonial Disease. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999. P. 39—42.

⁴⁹⁹ Arnold D. Tropical Medicine Before Manson. P. 7.

⁵⁰⁰ Moulin A. M. Tropical Without the Tropics: The Turning-Point of Pastorian Medicine in North Africa // Warm Climates and Western Medicine: the Emergence of Tropical Medicine, 1500—1900 / Ed. D. Arnold. Amsterdam: Rodopi, 1996. P. 161.

тичности и в Средневековье болезни считались следствием прежде всего индивидуального поведения, в Новое время центральное место в объяснении заболеваний стало отводиться воздействию окружающей среды. Античные правила в отношении диеты и режима продолжали существовать, но акценты в объяснительных моделях эндемических и эпидемических заболеваний сместились в сторону характеристик воздуха, определяемых топографией и географией местности.

Наблюдения и выводы врачей о влиянии среды на здоровье, сделанные на материале жарких климатов, широко использовались и вне колониальных контекстов: при расквартировании солдат, устройстве тюрем, больниц и фабрик в городах — везде, где «нездоровый» воздух мог способствовать появлению массовых заболеваний. Невозможность контролировать свойства климата заставляла сделать ставку на следование санитарно-гигиеническим правилам, подразумевавшим как приспособление к окружающей среде (выбор «здорового» места, обеспечение вентиляции жилищ), так и ее активное преобразование.

В колониях, где патогенность сред все чаще ассоциировалась с образом жизни туземного населения, трансформация окружающего пространства была не просто способом сохранения здоровья европейцев, но составляла часть цивилизаторской миссии. Медицинские концепции жарких климатов, таким образом, не только определяли стратегии выживания европейцев в колониях, но и формировали имперское видение территорий, а также играли важнейшую роль в конструировании культурной «инаковости», выстраивая оппозиции между здоровым и патологическим в человеческом теле и в окружающей среде.

МЕДИКО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОПИСАНИЯ РОССИИ

В изучаемый период основным способом приращения научного знания в области медицинской географии служили медико-топографические наблюдения, оформленные в тексты — «описания». Начало их проведения и последующее превращение в масштабный исследовательский проект были тесно связаны с утверждением в европейской медицине двух научно-медицинских концепций — эпидемических конституций и медицинской полиции.

Концепция эпидемических конституций, придуманная английским врачом Т. Сиденгамом в 1770—1780-х годах, постулировала причинно-следственную связь эпидемий с пространственно-временными узлами природно-климатических факторов. Он призывал своих последователей заниматься всесторонним изучением этих узлов. Исследования эпидемических конституций включали в себя непрерывные наблюдения и фиксацию основных климатических изменений (утренней, дневной и вечерней

температуры, давления, влажности, состояния атмосферы, преобладающих в данном месте в данное время направлений и силы ветра и т. д.), их привязку к особенностям топографии местности (характеристики почвы, воды, высоты над уровнем моря, наличия открытых водоемов, плотность населения и др.) и выявление связи этих обстоятельств с возникновением, развитием и угасанием эпидемий⁵⁰¹. Их результаты были изложены в форме медико-топографических и медико-физических описаний.

Концепция медицинской полиции, сложившаяся во второй половине XVIII века и обосновавшая необходимость государственного вмешательства в жизнь и поведение индивидуумов с целью охраны и восстановления их здоровья и в интересах общей безопасности, сделала проведение медико-топографических исследований масштабным государственным делом. Данная теория подразумевала выработку и практическую реализацию мер по нейтрализации разрушительных факторов внешней среды, негативно влияющих на здоровье подданных⁵⁰².

В XVIII столетии наибольших успехов в решении этих задач удалось добиться Королевскому медицинскому обществу во Франции, разработавшему и внедрившему принципиально новые методы сбора научной информации и проведения медико-топографических исследований.

Оно ввело в исследовательскую практику эталонированные измерительные приборы и единый протокол проведения измерений. Стараниями секретаря Общества, французского врача Ф. Вик-д'Азира, были закуплены сотни типовых термометров, барометров и других измерительных приборов, которыми были обеспечены привлеченные к работе врачи-исследователи. Одновременно Вик-д'Азир снабдил их универсальными инструкциями, который сам разработал. Результатом этой работы стало появление первых не зависевших от квалификации эксперта стандартизованных количественных показателей силы воздействия факторов внешней среды на людей, что в свою очередь существенно повысило достоверность и объективность выводов об их влиянии на человеческое здоровье⁵⁰³.

Другим методическим нововведением стала разработка единообразных анкет, содержащих перечень конкретных вопросов и подлежащих регулярному заполнению всеми врачами, привлекавшимися Обществом. Благодаря анкетным опросам Королевское медицинское общество получило сведения о продовольственных и промышленных ресурсах каждой провинции королевства, минеральных водах, лекарственном сырье, рассе-

⁵⁰¹ *Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н.* История и философия медицины. Научные революции в медицине XVII—XXI вв. М., 2020. С. 147—163.

⁵⁰² *Сточик А. М., Затравкин С. Н., Сточик А. А.* Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций. М., 2013. С. 32—61.

⁵⁰³ *Tournay V.* Le Concept de Police Médicale // *Politix*. 2007. № 1(77). P. 173—199

лении и условиях проживания населения, наиболее распространенных болезнях и пр.

Все вместе взятое позволило Королевскому медицинскому обществу уже в 1780-х годах сформировать во Франции единое исследовательское пространство и обеспечить конструктивное взаимодействие между центральным органом управления и множеством врачей-исследователей. В результате они *de facto* стали государственными служащими, решающими правительственные задачи.

В России об этих инициативах французов знали и пытались реализовать нечто подобное. Масштаб, глубина и форма реализации оказались сильно зависимы от слабых инфраструктурных возможностей российского государства, с одной стороны, и больших политических амбиций российских политиков — с другой. Далеко не все из них были космополитами даже в космополитичную александровскую эпоху. Характерна в этом отношении негативная реакция попечителя Московского учебного округа А. К. Разумовского на исследования иностранных естествоиспытателей в России: «Средства такие (то есть приглашения иностранных ученых. — *Авт.*), — возмущался он, — употреблялись иногда правительствами, только в диких странах Африки и Америки: но просвещенные государства в Европе, имея собственные способы к познанию внутренности своей; употребляя на то иждивения; находя в том выгоды и славу; дозволяют путешественникам только ездить и собирать уже известное»⁵⁰⁴. Вскоре после этого заявления Разумовский стал министром народного просвещения, и его взгляды обрели статус официальной политики.

Организация медико-топографических исследований в России

Первые медико-топографические исследования, выполненные в России, относятся к XVIII столетию. Их инициаторами были ученые врачи и состоящие из них органы медицинского управления. По данным А. П. Марковина, инициативные медико-топографические исследования были выполнены московским врачом И. Ланге, штадт-физиком Москвы А. Ф. Шафонским, служащим Медицинской коллегии С. А. Андреевским («Медико-топографические наблюдения в Черниговской губернии», 1783), морским врачом П. Вензелем («О районе Севастополя относительно здоровых качеств почвы, воздуха и воды», 1789)⁵⁰⁵. Тогда это не были произведения одного жанра. Их авторы не претендовали на совместную деятельность. Это были тексты научного любопытства, открытия новых земель и наро-

⁵⁰⁴ РГИА. Ф. 733. Он. 28. Д. 75. Л. 7об.

⁵⁰⁵ Марковин А. П. Развитие медицинской географии в России. СПб., 1993. С. 16—36.

дов. Ярким примером такой естественно-научной любознательности, стимулированной российским правительством, является обширное рукописное наследие прусского врача на русской службе — И. Я. Лерхе (1708—1780).

Медико-географические записки И. Я. Лерхе

Необычайно объемный корпус рукописей и опубликованных работ Лерхе ярко выделяет его среди современников. На протяжении почти 50 лет, с 1731 по 1780 год, он исполнял обязанности медицинского администратора и врача при госпитальных больных, военных и дипломатах, дослужившись до чина коллежского советника. Наряду с лечением эпидемических и локальных болезней в столичных городах, на территориях Прикаспийского региона, Слободской и Поднепровской Украины⁵⁰⁶, Крыма, Финляндии, Молдавии и Валахии, он проводил регулярный сбор сведений о погоде, растительности, животных, минералах и жителях посещаемых им мест. Лерхе зафиксировал свои наблюдения в нескольких томах дневниковых записей⁵⁰⁷. Однако свет (причем именно европейский, а не российский) увидели только его переработанные записки о путешествиях и несколько академических очерков — метеорологических, геологических и ботанических⁵⁰⁸.

Наблюдения Лерхе о болезнях рассеяны по запискам о путешествиях и делопроизводственным бумагам. Исключение составляет неизвестная историкам рукопись об «эндемических болезнях России и Персидских провинций»⁵⁰⁹. Этот текст представляет собой описание проявлений четырнадцати болезней, распространенных на той или иной области Рос-

⁵⁰⁶ Исторические области на территориях северо-востока, центральной и юго-восточной Украины.

⁵⁰⁷ ОР РНБ. Ф. 431. Д. 1—10; СПбФ АРАН. Р. III. Оп. 1. Д. 334—336.

⁵⁰⁸ *Descriptio plantarum quarundam partim minus cognitarum astrachanensium et Persiae provinciarum Caspio mari adiacentium iuxta methodum sexualem excellentissimi domini archiatri Caroli de Linne* // *Acta Physico-Medica Academiae Caesareae Leopoldino-Carolinae Naturae Curiosorum*. 1773. № 5. F. 161—206; *Extrait des observations meteorologiques de Mr. le Dr. Lerch faites a Astracan pendant l'hiver de 1745. a 1746. et l'ete suivant* // *Histoire de l'Academie Royale des Sciences et des Belles Lettres annee MDC-CXLVI*. 1748. P. 257—264; Johann Jacob Lerche, *Rusisch-kaiserlichen Collegienraths, und Doctors der Arzeneywissenschaft, Lebens- und Reise-Geschichte, von ihm selbst beschrieben*. Halle, 1791; *Siebende Abhandlung. In unterschiedenen minerologischen Observationen bestehend; aus einem Schreiben des Ruisischen Keyserl. Feld Medici Herrn D. Lerchens d.d. Astracan, den 2 Julii, 1735. Genommen* // *Ober-Sachsische BergAcademie*. 1746. № 2. S. 177—180.

⁵⁰⁹ ОР РНБ. Ф. 871. Д. 859.

сийской империи и ее приграничных территориях. Такой формат изложения медицинских проблем можно рассматривать как попытку медицинского «зонирования» или «таксономии» империи. Оно отсылает к опытам ботанического и зоологического картографирования, которое осуществили натуралисты XVIII века⁵¹⁰. В корпусе известных на сегодня медицинских текстов XVIII века казус Лерхе является уникальным.

На протяжении большей части своей жизни, с 1728 по 1761 год, И. Я. Лерхе вел медико-физические наблюдения. Записи о ветре, состоянии погоды и осадках, показателях барометра и термометра делались в специальном журнале *Observationes Meteorologica* на немецком и латинском языках⁵¹¹. Рукописи личных дневников и писем Лерхе иллюстрируют опыт медицинской интерпретации собранных данных⁵¹². Врач сопоставлял метеорологические данные с проявлениями сезонных болезней, что позволяло ему обнаружить каузальные связи между вспышками заболеваний и состоянием окружающей среды. Так, в письме от 28 января 1762 года Лерхе связал эпидемический кашель (эпидемический, потому что от него страдало слишком много людей, включая самого доктора) с сильными морозами, стоявшими с начала зимы⁵¹³. А возникновение болезней, поразивших в январе 1767 года Москву и Казань, врач объяснил затишьем ветра на несколько зимних дней, отослав потенциального читателя к записям в своих метеорологических наблюдениях⁵¹⁴.

Однако сводной работы, обобщающей наблюдения о погодных условиях и возникновении болезней, Лерхе не оставил. Единственным свидетельством его регулярных наблюдений является небольшая статья о метеорологической специфике малоизвестной европейскому читателю Астрахани, опубликованная в журнале Прусской королевской академии наук в 1748 году⁵¹⁵.

Если медико-метеорологические рассуждения Лерхе рассеяны по его дневниковым записям и посвящены в большей степени эпизодическим и массовым заболеваниям, очерк о болезнях в России и Персии систематизирует знания об эндемических болезнях — постоянных и локально специфичных. Этот документ хранится в Отделе рукописей Российской национальной библиотеки в фонде Я. Штелина, мастера по устройству фей-

⁵¹⁰ Barrett F. A. Finke's 1792 Map of Human Diseases: The First World Disease Map? // *Social Science & Medicine*. 2000. №. 50. P. 915—921; Pratt M. L. *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. New York: Routledge, 2008.

⁵¹¹ СПбФ АРАН. Р. III. Оп. 1. Д. 334—336.

⁵¹² ОР РНБ. Ф. 431.

⁵¹³ ОР РНБ. Ф. 431. Д. 9. Л. 4 об.

⁵¹⁴ ОР РНБ. Ф. 431. Д. 5. Л. 75—75 об.

⁵¹⁵ *Extrait des observations meteorologiques de Mr. le Dr. Lerch faites a Astracan pendant l'hyver de 1745. a 1746. et l'ete suivant*. P. 257—264.

ерверков, покровителя наук и ученого секретаря Императорской академии наук.

Документ состоит из четырех листов текста, написанного каллиграфическим курсивом на латинском языке. В нем отсутствуют заголовок и какие-либо элементы метатекста. Вместо названия имеется вступительная первая фраза: «Из эндемических болезней России, а также Персидских провинций известны следующие...»⁵¹⁶. За заголовком следуют четырнадцать пунктов, посвященных отдельным нозологическим формам. На основе обозначенных в тексте дат и биографии самого Лерхе можно предположить, что составлен он был не ранее 1764 года. Помимо общеупотребимых в европейской медицине латинских нозологических наименований, Лерхе приводит и русскоязычные в транслитерированной форме, используя немецкоязычные нормы произношения (Tschetschui/Tschetschuinaja bolesn; Tschemer). Ниже приводится список этих болезней и территорий, которым они приписываются (порядок и конкретизация местностей согласно тексту Лерхе):

1) цинга (северо-западные территории: Ингерманландия, Финляндия, Петербург, Кронштадт; прикаспийские территории: Астрахань, Кизляр, Тарки, «пустыня Нагайская»);

2) перемежающиеся лихорадки (Петербург, Воронежская и Белгородская области, реки Дон и Северский Донец);

3) острые заболевания с высыпаниями и высыпания без лихорадок (Астраханская, Кизлярская и Царицынская области);

4) высыпания на коже (Персидские провинции у Каспийского моря);

5) лихорадки однодневные и четырехдневные (Гилян, Гиркания, Решт);

6) диареи и дизентерии (Гиркания, Ширван, река Кура, крепость Низовая);

7) водяной рак (Астрахань);

8) крымская болезнь (Астрахань);

9) нитевидные черви (Астрахань);

10) укусы скорпиона (Дербент, Баку);

11) укусы тарантула (Баку, река Днепр, «пустыня и регион Запорожских казаков»);

12) нарывы в форме карбункула (Сибирь, река Иртыш);

13) обморожения;

14) чемер российский.

Хотя повествование начинается с северо-запада империи (Ингерманландия, Финляндия, Петербург и Кронштадт), в центре внимания исследователя — окраинные, малоизвестные и пограничные регионы (Астрахань, Слобжанщина, Кавказ, Сибирь). Практически все описанные места

⁵¹⁶ ОР РНБ. Ф. 871. Д. 859. Л. 1.

Лерхе посетил лично (за исключением разве что Сибири), что объясняет такую выборку территорий и столь серьезное внимание к южным провинциям.

Примечательной особенностью очерка «Из эндемий» является предложенное в ней территориально-нозологическое зонирование империи. Именно ареал распространения болезни (а не ее клиническая картина, например) является обязательным элементом в каждом описании, ключевым для отделения одной эндемии от другой (единственное исключение — обморожения, но косвенно можно догадаться, что речь здесь идет о всероссийском феномене). В некоторых случаях предпринимается попытка определить заболевания через местность: так у Лерхе появляются болезни персидская, крымская и российская.

При этом текст не содержит оригинальных медико-географических интерпретаций феноменов, а скорее воспроизводит представления, транслируемые текстами Гиппократова корпуса. Этиология, способы лечения, специфика клинической картины течения болезни описываются в процессе характеристики основных объектов наблюдения путешествующего врача — воздуха, воды и места распространения болезни.

Понятие воздуха в рукописи об эндемиях Лерхе употребляет единожды, говоря больше о климате. «Жарчайший» воздух чаще всего провоцирует «смертельные» лихорадки и самые разные высыпания на коже. Им характеризуются южные окраины империи вроде приволжских и донских территорий и, конечно, весь Кавказ. «Холодный» воздух, причем даже во время морского плавания, напротив, играет положительную роль — с его помощью затвердевают и заживают следы экзем, измучивших участников российского посольства к шаху Надиру в 1747 году во время их пребывания в области Гилян, на юге Каспийского моря. Таким образом, южные территории России обозначаются как особенно патогенные вследствие своего «непривычного» климата, чем становятся похожими на враждебные с медицинской перспективы тропические колонии европейских стран⁵¹⁷.

Хотя в рукописи не предполагалось описание эпидемий (за исключением сибирской язвы — предположительно именно она имела в виду при описании эндемической болезни, при которой возникают карбункулы), описание болезней жарких климатов заставило автора актуализировать проблему их происхождения и, в частности, роль «дурного воздуха», который портится в результате гниения органической материи (в виде растительности, животных и человеческих тел) либо через испарения стоячих или отравленных вод.

⁵¹⁷ *Harrison M. Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830. Oxford: Oxford University Press, 2010.*

Новое средство для обеззараживания воздуха от болезнетворных образований, доказательством медицинских свойств которого послужила все же эпидемическая болезнь — чума, было обнаружено Лерхе в Баку. Вернее, речь шла об отсутствии чумы в самом городе при периодическом появлении в других близлежащих местах. Ссылаясь на мнение, скорее всего, местных жителей, Лерхе видит причину такой здоровости города в запахе и дыме от нефти, которая в изобилии добывалась недалеко от города, на полуострове Апшерон, и использовалась как горючее для приготовления пищи.

Подробно рассказывая о физических и медицинских свойствах нефти в своем травелогe, Лерхе сопоставил ее с веществами, которые также могут дымиться и таким образом обеззараживать ядовитый воздух: «Если она [чума] может происходить из воздуха, но несомненно, что он [воздух] может измениться и уллучиться через дым от нефти, которую здесь жгут в домах каждый день вместо дерева»⁵¹⁸. Такой вывод позволил Лерхе дать оценку городу с позиции государственного врача: несмотря на все негативные характеристики природного ландшафта Баку (какими обладал и весь жаркий регион Кавказа), «ни в каком другом месте из всех тех, которыми владела Россия, не был воздух более здоровым»⁵¹⁹. Примечательно, что это заключение было использовано врачом при составлении официальной рекомендации по превентивным мерам, разработанной для жителей окрестностей Москвы во время вспышки эпидемии в 1771 году. Нефть была представлена как альтернатива смоле или канифольному спирту, которые предлагалось жечь для обеззараживания воздуха⁵²⁰.

Состояние воды анализируется Лерхе в качестве основной причины цинги и разного рода лихорадок — перемежающихся в Слобжанщине и одно- и четырехдневных на южном побережье Каспийского моря. Возникновению цинги и лихорадок способствует стоячая, соленая, горькая и гнилая вода. В регионах рек Дона и Северского Донца патогенную среду создавали не воды, а берега рек — с меловыми скалами и болотами, образующимися после весеннего половодья. Именно они провоцировали, по предположению Лерхе, образование перемежающихся лихорадок, специфичных своими осложнениями в формах непроходимости внутренних органов, желтушности и водянки. В своих дневниках врач подробно рассказывал и о разливах Невы — и тем парадоксальнее его утверждение о редкости перемежающихся лихорадок в Санкт-Петербурге. Если в других областях империи «лихорадки плохого характера ослабляют жителей», то в столице «болеющие ими легко освобождаются от тех лихорадок, которые

⁵¹⁸ Johann Jacob Lerche, Ruisisch-kaiserlichen Collegienraths, und Doctors der Arzeney-wissenschaft, Lebens- und Reise-Geschichte, von ihm selbst beschrieben. S. 44.

⁵¹⁹ Ibid. S. 44

⁵²⁰ Pratt M. L. *Imperial Eyes*.

сюда добираются», чему способствует именно хорошее качество «нашей чистой воды Невы»⁵²¹. Можно предположить, что прусский доктор на российской службе таким образом формирует представление о безопасности столицы империи, оговаривая, что лихорадки приходят в столицу извне и легко переживаются горожанами.

Плохой водой в колодцах обусловлены и одно- и четырехдневные лихорадки на южном побережье Каспийского моря. Особенно отличился город Решт, колодцы которого были наполнены живыми и мертвыми червями. Наряду с сильным жаром, они рассматривались как «несомненная причина» лихорадок, которые не оставляли приезжим шансов на выживание. Для добактериологической медицины наблюдение за путями воздействия на человека всего разнообразия ползающих и летающих тварей (внутриутробных паразитов, личинок мух в открытых ранах и насекомых — переносчиков болезней) оставалось важным в связи с идеей о заражениях посредством контагия, который пробовали объяснить через образы «невидимых мух» и «червячков». На протяжении службы Лерхе имел возможность наблюдать все три формы явного воздействия живых организмов на тело человека.

Примечательно, что носителем единственной описанной в рукописи «Из эндемий» паразитарной болезни (ришты) являлась уже отдельная этническая группа из неимперского географического ареала — бухарские и хивинские татары, часто съезжавшиеся в Астрахань⁵²². Однако и эти черви, и паразиты из города Ришты остаются локальным явлением и не подвергают опасности население в самой России: «Дождевые черви были тесно связаны со всеми болезнями, но постепенно пропали после нашего возвращения в Астрахань»⁵²³.

Представление о наилучшем лечении эндемической болезни локальными средствами обуславливало один из главных парадоксов колониальной медицины: ученые медики метрополий хотя и боролись с разного рода народными «целителями», но в то же время были вынуждены перенимать практикуемые аборигенами способы врачевания местных заболеваний⁵²⁴. Подобный опыт иллюстрируется описанием «единственной» энде-

⁵²¹ Вишленкова Е. А. Медико-биологические объяснения социальных проблем России (вторая треть XIX века) // История и историческая память. 2011. Вып. 4. С. 37—66.

⁵²² Лерхе использует встречающееся до XIX века наименование *vermibus filiformibus* (что дословно переводится как «нитевидные черви»), но из описания Лерхе клинической картины вполне можно опознать ришту, или *мединского червя*. Этот паразит был с древности известен и широко распространен на Востоке, в частности у жителей Средней Азии — до прихода русской армии и натуралиста А. П. Федченко, установившего механизм паразитарного заражения.

⁵²³ ОР РНБ. Ф. 871. Д. 859. Л. 2.

⁵²⁴ Harrison M. Medicine in an Age of Commerce and Empire.

мической болезни Астрахани, продолжавшейся с 1734 по 1764 год. Врач довольно много времени провел в городе в 1730-е и 1740-е годы и поддерживал контакты с ее жителями, так что он мог наблюдать болезнь лично и получать информацию о ней после отъездов.

Неизвестность болезни иллюстрирует наименование ее вначале на русском языке, переданное транслитерацией, — Tschetschui/Tschetschuina-ja bolesn. Этимология тут же объяснялась Лерхе через соответствующее локальное лечебное средство — Tschetschuinaja trawa, которую он идентифицировал с горцом перечным (*Persicaria hydropiper*). Саму болезнь по ее клинической картине врач определил как вид водяного рака, или номы (cancer aquaticus) — гангренозное заболевание, сопровождающееся разрушением тканей лица. На фоне других нозологических описаний, данный пункт примечателен подробными сведениями о «сильнодействующем» средстве от этой «неизлечимой» болезни, которое придумали местные женщины, смешавшие высушенные и перемолотые листья горца перечного с имбирем, кипрским купоросом и обожженной коркой арбуза (также весьма значимом «экзотическом» и специфически астраханском открытии Лерхе по приезду в Россию). Уже позднее профессиональные хирурги создали соответствующую лекарственную формулу с пропорциями отдельных веществ, которые в большинстве своем были идентичны предложенным астраханскими женщинами.

Утверждение наличия специфической локальной болезни поднимало вопрос о самой возможности адаптации к местности для приезжих людей. Эта проблема широко волновала современников и коллег Лерхе, пытавшихся понять возможности европейцев на колонизованных территориях⁵²⁵. Как в дневниках, так и в очерке об эндемиях Лерхе склоняется к положительному ответу: неоднократно подчеркивается, что эндемиям не подвержены местные жители, а сами болезни не переносятся на другие территории посредством путешественников (за исключением крымской болезни, под которой, вероятнее всего, понимается парша у живущих в Астрахани татар и персов). Так, если российские солдаты продолжали по возвращении в Астрахань болеть кожной экземой, названной персидской болезнью, они не заражали других людей и болезнь не приживалась в самой Астрахани. А бухарские и хивинские татары не передавали местным жителям приносимую с собой ришту. Таким образом, болезни окраин империи не опасны для остальных территорий, и особенно — для столицы, подчеркивается в описании перемежающихся лихорадок.

Однако нельзя не заметить, что в характеристике ареалов распространения болезней весьма мала доля антропологической составляющей — самого человека и социокультурных условий его проживания. Наряду с группой «приезжих», которые выделяются по признаку неадаптированно-

⁵²⁵ Ibid.

сти к локальному климату, болезням и средствам лечения, врач часто упоминает армию: именно она становилась главным носителем большинства из описываемых эндемий.

Единственное заболевание, в значительной степени обусловленное условиями жизни и трудовой деятельности, — это цинга. Хотя она особенно распространена «в местах, примыкающих к морю, в Ингерманландии, Финляндии; в некоторые годы случается здесь в Петербурге и Кронштадте», эта болезнь «бушует в основном среди людей нижнего сословия, моряков и военных, которые в большей степени подвержены работам и болезням климата, имеют питание низкой ценности, особенно во время постов в несколько недель»⁵²⁶. Представление о цинге как болезни, связанной с низким социальным положением людей и жизнью в неблагоприятных условиях, в частности — во влажном, подземном и изолированном жилище (вроде трюма, тюремной камеры или армейской землянки), были распространены среди европейских врачей. Это хорошо прослеживается по знаменитому «Трактату о цинге» Дж. Линда, который обозначил подверженных болезни как «более бедный род бездействующих людей» (а в рассказах о случаях цинги в армии болезнь действительно возникала во время отсутствия маршей и боевых действий), а условия их жизни — бедственными (англ. *distressed circumstances*)⁵²⁷.

В некотором смысле о недугах уже всей Российской империи говорит пункт об обморожениях, которые Лерхе не локализует, однако считает возможным отнести к эндемиям (очевидно, уже всероссийским). Врач подчеркивает, что свойственны они именно пьянствующим, из которых многие теряют ноги и руки, а иногда — жизнь. Как метеорологические дневники Лерхе, так и его сочинение об эндемических болезнях России и Персии — это уникальные документы среди текстов российских практикующих врачей XVIII века. Они же позволяют рассматривать деятельность врача как участника медико-физических и медико-топографических проектов раннего Нового времени.

Заказные медико-топографические исследования

И если исследования Лерхе, так же как нескольких иностранных врачей, поступивших на русскую службу в XVIII — начале XIX века, были инициативами западных интеллектуалов по описанию непознанного Востока, то параллельно с ними тогда же появились медико-топографические исследования, заказанные Медицинской канцелярией или сменившей ее

⁵²⁶ ОР РНБ. Ф. 871. Д. 859. Л. 1.

⁵²⁷ *Lind J. Treatise on the Scurvy. In three parts. Containing an Inquiry into the Nature, Causes, and Cure, of that Disease. London, 1772. P. 422.*

Коллегией. В плохо сохранившемся архиве этих учреждений есть рукопись с описанием пограничной крепости Кизляр, сделанная доктором В. Я. Гевиттом в 1755 году. Ее заказчиком был главный директор Медицинской канцелярии П. З. Кондоиди (1710—1747), направивший Гевитта в Кизляр для изучения причин высокой смертности солдат.

Для проведения исследования Кондоиди дал врачу 16 вопросов. Гевитт прожил в крепости полтора года, в течение которых изучал ландшафт, климат и быт военнослужащих. В результате он пришел к выводу, что высокая смертность вызвана поливными посевами риса и болотами вблизи крепости, плохим питанием и тяжелыми условиями службы. Судя по всему, члены канцелярии сочли такое исследование полезным. Следующий директор Медицинской канцелярии, Я. Ф. Монсей (1710—1773), распространил обязанность делать медико-топографические исследования на всех медицинских чиновников. В «Наставлении служащим в полках и во флоте, и в других командах лекарям, как поступать по своей должности» он призывал их изучать влияние внешних факторов на здоровье солдат и присылать результаты своих наблюдений в Петербург⁵²⁸.

Общегосударственный характер врачебные исследования территории обрели после создания сети локальных органов государственного здравоохранения — врачебных управ (1797). В «Докладе и инструкции о должностях врачебной управы и медицинских чинов» в перечне обязанностей членов управы первым пунктом указывалось: «Физическое и топографическое описание всей губернии, с подробным изъяснением того, что паче всего вливается в часть врачебную. А поелику предполагаемое описание великое чтение иметь будет к открытию начал болезней, особливо одному месту свойственных, то, ради верности и точности онаго, соединит врачебная управа труд свой с трудами уездных врачей, ей подчиненных»⁵²⁹.

Это положение, получившее силу закона, в дальнейшем вошло во Врачебный устав, неоднократно воспроизводилось в различных положениях и инструкциях для гражданских и военных врачей. Оно послужило главным побудительным мотивом для систематического проведения в России медико-топографических исследований.

В 1798 году Медицинская коллегия разослала врачебным управам инструкцию по оформлению «физических и топографических описаний», а в 1800 году дополнила ее образцом. В этом качестве была использована медико-физическая табель инспектора Вологодской губернии Я. Я. Фризе⁵³⁰.

⁵²⁸ Медицина в России в XVIII веке // Большая медицинская энциклопедия. URL: http://бмэ.орг/index.php/МЕДИЦИНА_В_РОССИИ_В_18_ВЕКЕ, свободный (последнее обращение 31.07.2021).

⁵²⁹ Собрание российских законов о медицинском управлении с 1640 по 1826 г. включительно / Сост. Е. Петров. СПб., 1826. Ч. 1. С. 142.

⁵³⁰ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (15). Д. 2; РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (15). Д. 9.

Однако приказы не принесли ожидаемого результата. Описаний поступало в Медицинскую коллегию крайне мало, а те, что приходили, не позволяли делать обобщения или сравнения. Так, например, ведомость Литовско-Гродненской врачебной управы 1803 года представляла собой таблицу с информацией о временах года, эпидемиях, их причинах и способе лечения⁵³¹. Другие медико-физические ведомости ограничивались замерами температуры воздуха. Не все таблицы были составлены на русском языке, встречались и на латинском, и на немецком.

Основной причиной неудачи государственного самообследования новые высшие органы управления — Медицинский департамент и Медицинский совет МВД — сочли инструкцию по составлению медико-топографических описаний, то есть организацию производства знаний. «Они [врачебные управы], — комментировали бюрократы, — получили формы таблицам, но на одном листе было помещено столь много разнообразных предметов, которые сколько, с одной стороны, не свойственны форме таблиц, столько, с другой стороны, представляют невозможность поместить их на столь тесном пространстве»⁵³².

В 1806 году министр внутренних дел В. П. Кочубей поручил Медицинскому совету придумать новые формы для презентации результатов медико-топографических исследований. Основные претензии к существующей форме он свел к отсутствию единого формата и языка. Досада управленца выглядела вполне объяснимой: медико-топографические исследования интересовали его не только и не столько как источник научного знания, но прежде всего как информация для управления империей. Отсутствие же определенной формы усложняло процедуру верификации информации, а значит, затрудняло принятие управленческих решений.

Перед Медицинским советом как органом, представляющим интересы одновременно профессиональной медицинской элиты и управляющих страной чиновников, стояла сложная задача: разработать такую матрицу, которая учитывала бы назначение медико-топографических исследований как источников и научного, и бюрократического знания. Эту задачу предполагалось решить за счет разделения текстов, соответственно, на медико-физические ведомости и медико-топографические описания. Историки науки считают, что это различные наименования одних и тех же исследований. Но, судя по всему, это не так.

Медико-физические ведомости должны были составляться и присылаться в центральный орган управления медико-санитарным делом ежегодно и предусматривали заполнение табличных форм. В таблицах выделялись четыре времени года, для каждого из которых требовалось кратко описать основные климатические изменения (например, время открытия

⁵³¹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (9). Д. 62. Л. 3.

⁵³² РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (49). Д. 36. Л. 2.

рек, показатели температуры и влажности, преимущественное направление ветра, наличие наводнений, засухи, урожайность, количество осадков, первый снег). Одновременно для тех же времен года предписывалось обозначить случаи, названия, продолжительность и «силу» повальных болезней (отдельно среди людей и животных), их вероятную причину и использовавшиеся способы лечения.

Медико-топографические описания представляли собой результат существенно более сложных и масштабных исследований, которые «заготавливаются единожды навсегда»⁵³³. Для их составления врачам рекомендовалось не спешить, а для присылки медико-топографических описаний был установлен срок в три года. Их содержание выходило за пределы простого табличного перечисления и представляло собой нарративное повествование⁵³⁴. В текстах медико-топографических описаний содержались сведения об истории региона, о географическом расположении изучаемой местности, ее обустройстве, границах, наличии рек, озер, химических свойствах питьевой воды, качестве воздуха, особенностях климата, грунта земли, растительности, животного мира, ископаемых, числе жителей (включая данные о числе родившихся и умерших); описание образа жизни и рода занятий населения. Отдельно указывались количество заболевших, основные болезни, их возможные причины и распределение по временам года, по полу, возрасту, образу жизни. Описывались применявшиеся способы лечения, состояние аптек, больниц, количество врачей; давалась характеристика народной медицины. Они являлись гибридными текстами, совмещающими в себе разные типы знания⁵³⁵.

Медико-топографические описания признавались оригинальными исследованиями, способными принести «действительную пользу для человечества, медицинских наук и врачебной практики»⁵³⁶. Опубликованные и сохранившиеся в университетских архивах рецензии позволяют выявить требования, которые предъявлялись к их составителям. Во-первых, ценилось, если врач собирал медико-географические сведения в опасных для жизни условиях. Например, такие случаи зафиксированы при обсуждении рукописей А. Е. Лентовского и К. Ф. Фукса. Они пытались найти эффективный способ лечения холеры, находясь в эпицентре свирепствовавшей в 1831 году эпидемии в Казани⁵³⁷. Другой пример — рецензия на рукопись военного врача С. Ф. Добронравова. «Среди ужасов войны и смер-

⁵³³ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (49). Д. 36. Л. 2.

⁵³⁴ Там же. Л. 2—2об.

⁵³⁵ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 346. Д. 60. Л. 24.

⁵³⁶ Рецензия врачебных сочинений // Друг здравия. 1833. № 11. С. 114.

⁵³⁷ Лентовский А. Краткое медико-топографическое описание города Казани // Казанский вестник. 1831. Ч. 29. Кн. 2. С. 185—195; Фукс К. Замечания о Холере, свирепствовавшей в городе Казани в течение сентября и октября месяцев 1830 года // Казанский вестник. 1831. С. 218—252.

тоносного поветрия, среди непрерывных забот по службе, — объяснял рецензент коллегам, — Г[осподин] Д[окто]р Добронравов, с самоотвержением подавая помощь страждущему человечеству, не забыл выплатить долг и науке, собирая медико-топографические сведения о Молдавии и Валахии»⁵³⁸.

Во-вторых, содержание таких сочинений должно было быть «удовлетворительно в гео-физио-этно- и медикографическом отношении»⁵³⁹. Таким образом, рассчитывать на то, что его сочинение займет «почетное место в отечественных библиотеках»⁵⁴⁰, уездный врач мог только в том случае, если связал распространение недугов в крае с его географическим положением, физико-климатическими особенностями и этнографическими характеристиками. Кроме того, оценивались культурно-психологические и исследовательские свойства самого автора. Он должен был обладать «нравственностью, ученостью, врожденными дарованиями, трудолюбием и знанием языка»⁵⁴¹, продемонстрировать глубокое знание предмета описания и излагать свои мысли правильно и понятно.

Введение в действие форм 1808 года не улучшило положение дел с проведением медико-топографических исследований. Сведения продолжали поступать нерегулярно и в произвольной форме. «В течение 10 лет, то есть со времени существования врачебных управ, — говорилось, в частности, в заключении Медицинского совета, направленном министру внутренних дел в декабре 1809 года, — поступило весьма мало, большею частью малозначащих, сведений, в числе же тех губерний, которые оных вовсе не представили, находится так же санктпетербургская и московская»⁵⁴². Поэтому, как только в 1811 году во главе медико-санитарного дела встало новое ведомство — на этот раз Министерство полиции, — вновь был поднят вопрос о пересмотре инструкции. В этот раз речь шла только о медико-физической ведомости. Разработка новой формы стала результатом взаимной работы двух чиновников: генерал-штаб-доктора по гражданской части лейб-медика А. А. Крейтона и министра полиции А. Д. Балашова, представлявшего также интересы Медицинского совета при его министерстве.

Балашов предлагал идти по пути дальнейшей детализации вопросника и настаивал на том, чтобы ведомости включали наряду с описанием природных условий также и топографические причины болезней. От врачей он требовал полного погружения в жизнь местных жителей и разработку эффективных способов лечения. Информация о болезнях домашних жи-

⁵³⁸ Библиография // Друг здравия. 1835. № 35. С. 334.

⁵³⁹ Там же.

⁵⁴⁰ Там же.

⁵⁴¹ Рецензия врачебных сочинений. С. 113.

⁵⁴² РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (49). Д. 36. Л. 2.

вотных признавалась Балашовым не важной. Он рекомендовал использовать таблицы, что должно было упростить обработку поступавших сведений.

Предложения Балашова были учтены А. А. Крейтоном, но лишь частично. В результате новая ведомость стала включать в себя климатические «замечания» (сезонные показания барометра и термометра, осадков, состояния атмосферы, направление и силу ветров, особенности сезонных переходов, реки, показатели урожая); информацию о болезнях людей и животных; общую медицинскую информацию (устройство медицинской части в губернии, «открытие» лечебных средств, народные средства лечения, судебно-медицинские и медико-полицейские сведения). Каждой врачебной управе был разослан экземпляр циркулярного предписания от 28 февраля 1812 года о доставлении впредь ведомостей по новой форме и сама форма⁵⁴³.

Судя по содержанию медико-физических ведомостей и медико-топографических описаний 1820—1850-х годов, можно заметить, что в дальнейшем высшие органы управления еще не раз пересматривали вопросник и формы предоставления результатов медико-топографических исследований. Это приводило ко все большему расширению объектов изучения. Так, например, в 1842 году новое «высшее в государстве врачебно-ученое, врачебно-полицейское и врачебно-судебное место»⁵⁴⁴ — Медицинский совет МВД, — признав медико-топографические исследования важнейшей «отраслью государственного врачевоведения»⁵⁴⁵, потребовало от врачей сообщать об «эпидемической конституции, об эндемических условиях появления некоторых болезней, климата, образа жизни и пр., об успешности или не успешности принятых мер, о предположениях к устранению болезнетворных влияний и т. п., чтобы таким образом можно было иметь материалы для медицинской статистики», а описания подкреплять таблицами с проверенными числовыми показателями⁵⁴⁶.

Тогда же бюрократы признали необходимым снабжать медицинских чиновников научной литературой⁵⁴⁷. Без этого исследования превращались в произвольные описания впечатлений, не позволяли исследователю сравнивать. Под давлением медицинской элиты правительство регулярно делало распоряжения — обеспечить врачей книгами и периодическими изданиями. Но дальше оно либо не выделяло на это средств, либо делало это спорадически и только в интересах министерства. Так, например, в

⁵⁴³ РГИА. Ф. 1299. Оп. 1. Д. 265. Л. 41.

⁵⁴⁴ *Варадинов Н. В.* История МВД. Период третий. С 19 ноября 1825 по 20 августа 1855 года. СПб., 1862. Ч. 3. Кн. 2. С. 77.

⁵⁴⁵ РГИА. Ф. 1294. Оп. 10 (3). Д. 47. Л. 381.

⁵⁴⁶ Там же. Л. 386 об.

⁵⁴⁷ РГИА. Ф. 1299. Оп. 15. Д. 299. Л. 4.

1824 году медицинский департамент МВД закупил 54 экземпляра сочинения «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга» у автора — генерал-штаб-доктора Российской империи С. Ф. Гаевского — и разослал этот тираж во врачебные управы⁵⁴⁸. В 1843 году министерские чиновники выслали врачебным управам и в городские публичные библиотеки залежавшиеся 214 номеров «Медицинских прибавлений» к Журналу МВД⁵⁴⁹. Конечно, этого было мало, такое чтение не позволяло расширить научный кругозор исследователей, о чем писали в своих рецензиях на медико-топографические рукописи профессора университетов. В большей степени, чем эпизодические рассылки книг, обновлению и популяризации медико-географического знания способствовала обязательная подписка медицинских чиновников империи на «Журнал МВД», военных врачей — на «Военно-медицинский журнал» и всех вместе — на газету «Друг здравия».

Медицинская топография в заседаниях врачебных обществ

В XIX веке инициативы отдельных иностранных врачей по изучению экзотической территории России трансформировались в общественное движение врачебных корпораций по изучению «своей» страны. В работе почти всех растущих научных обществ доминировали разговоры, доклады, сообщения, описания или таблицы медико-географической тематики. Сейчас они хранятся в рукописном виде в локальных архивах, и только некоторые опубликованы в трудах или журналах этих обществ. Приведем яркие примеры, опубликованные в провинциальных изданиях.

Члены Варшавского общества рассуждали о болезнях евреев. Например, доклад, который сделал в 1821 году один из основателей Общества, Я. Тхейнер, был издан. Автор уверял коллег, что весь образ жизни, занятия и обычаи польских евреев ведут к появлению у них специфических заболеваний. Нечистоплотность, обычай носить теплые шапки, продажа вещей мертвых людей порождают кожные болезни (чесотка, золотуха и струп). Религиозные диеты, неумеренность, гиподинамия, а также низкие сырые жилища порождают брюшную водянку и непроходимость кишечника. Женские болезни он объяснял ранним началом сексуальной жизни и частыми половыми контактами евреек, а проблемы со слухом — тем, что они имеют густые волосы и носят тесные головные уборы⁵⁵⁰.

⁵⁴⁸ Сам документ не сохранился. В описи фонда 1299 Канцелярия генерал-штаб-доктора гражданской части МВД РГИА сохранилось дело под названием «По отношению медицинского департамента МВД о покупке у коллежского асессора Козлова 54-х экземпляров книги под заглавием Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга и о рассылке оного во врачебные управы».

⁵⁴⁹ *Варадинов Н. В.* История МВД. С. 728—729.

В 1843—1844 годах вышло в свет исследование К. Врочиньского о Черском повяте (аналог российского уезда). Как почти все такого рода тексты, описание начинается с климата. Отсутствие гор и болот, песчаный грунт, наличие двух рек, леса и умеренные ветра, считал Врочиньский, обеспечивают жителям благоприятную температуру и мягкий климат, похожий на Бранденбург (Пруссия). Он одинаково воздействует на организм христиан и иудеев. Все дальнейшее повествование строится на сравнении и противопоставлении христианского и иудейского здоровья. Подобно античным авторам, польский врач считал, что жители повята различаются темпераментами: христиане — смесь из сангвиников и флегматиков, евреи — холерики. К эндемическим для Черского повята болезням Врочиньский относил колтун, чесотку, золотуху, венерические болезни, струп, причем чесотку, золотуху и струп он считал особенно характерными для евреев и в целом воспроизводил логику рассуждений Тгейнера. Врач также описывал неназванную болезнь, которая по симптомам напоминала венерические болезни и была свойственна поселениям по берегам Вислы. Она проявлялась на фоне других заболеваний, ослаблявших организм и вызывавших дискарзию (античный термин, обозначающий нарушение баланса жидкостей в организме)⁵⁵¹. Диету местных жителей он оценивал как полезную для здоровья, хотя отмечал, что склонность недоверия к употреблению жирной пищи вредит им. При этом он отмечал недоверие поляков к врачам и аптечным лекарствам — и доверие к ним евреев⁵⁵².

В 1850-е годы варшавские врачи вновь обратились к медико-географической тематике⁵⁵³. Подборка подобных текстов увидела свет в журнале Общества в 1860-х годах. Среди них исследование поселений вдоль рек Ливец и Буг доктора Л. Бокевича из поселения Ядув. Он собрал ежемесячные измерения погоды и статистику различных заболеваний. Все это без комментариев автор сообщил коллегам и заявил, что для местного населения, как и для сельских поляков в целом, характерны суеверия, мешающие службе врача⁵⁵⁴.

В 1866 году топографическое и статистическое описание Липновского повята Царства Польского представил лекарь М. Кросновский. Это результат его девятилетних наблюдений. Он содержит обзор ландшафта

⁵⁵⁰ *Theiner J.* O Żydach Polskich, Sposobie Ich Życia i Najgłówniejszych Między Nimi Panujących Chorobach // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1840. T. 4. № 1. S. 1—19.

⁵⁵¹ *Wróczyński K.* Wyjątki z Przesłanego Radzie Lekarskiej Opisania Topograficzno—Lekarskiego Powiatu Czarskiego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1843. T. 10. № 1. S. 26—81.

⁵⁵² *Wróczyński K.* Dalszy Ciąg Statystyki Powiatu Czarskiego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1844. T. 12. № 2. S. 161—195.

⁵⁵³ O badaniach Topograficzno—Lekarskich Kraju Naszego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1863. T. 49. № 6. S. 395—398.

данного повята и его жителей как пациентов. В этническом отношении это были поляки, евреи и немцы. К эндемическим болезням данной территории автор относил золотуху, а чахотку считал характерной для немцев в возрасте старше 40 лет. Кросновский, видимо, был знаком с научными дискуссиями о польском колтуне (речь о нем в последнем разделе данной книги), поэтому сообщал коллегам, что в Липновском повете эта болезнь почти не встречается⁵⁵⁵. На основании обширной статистики врач сделал вывод, что рождаемость в повяте выше по сравнению с европейскими странами и Российской империей, а средняя продолжительность жизни — ниже. Причины этого он видел в условиях жизни: сырые и непроветриваемые зимой жилища, несбалансированный рацион питания и злоупотребление алкоголем, пренебрежение правилами гигиены тела и жилья, нехватка врачебной помощи, халатное отношение к медико-полицейским мерам и нехватку мер безопасности труда, малочисленность лесов в повяте⁵⁵⁶.

Кроме этого в Варшавское общество поступили исследования Подольских губерний и Каменца-Подольского, выполненные А. Кремером и И. Ролле⁵⁵⁷. Чтобы стимулировать изучение медицинской географии Царства Польского и Подольских губерний, в 1869 году Варшавское общество объявило конкурс медико-топографических описаний этих регионов. Состязанию было присвоено имя доктора В. Ролле, который стал его спонсором и предложил в качестве награды 300 рублей серебром. Конкурсные работы предстояло делать по единой матрице, которая была специально составлена Обществом. Она включала в себя: историко-географическое вступление; описание поверхности изучаемой местности; характеристику ее вод; метеорологические наблюдения; описание местной флоры и фау-

⁵⁵⁴ *Bokiewicz L.* Okolice z nad Liwca i Bugu pod Wzgędem Lekarskim w roku 1861 // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1862. T. 48. № 2. S. 126—141; *Bokiewicz L.* Okolice z nad Liwca i Bugu pod Wzgędem Lekarskim w roku 1861 (Dokończenie) // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1862. T. 48. № 3. S. 195—206.

⁵⁵⁵ *Krosnowski M.* Wiadomości i Postrzeżenia Topograficzno- i Statysyczno-Lekarskie z Powiatu Lipnowskiego // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1866. T. 56. № 7—8. S. 67—84; *Krosnowski M.* Wiadomości i Postrzeżenia Topograficzno- i Statysyczno-Lekarskie z Powiatu Lipnowskiego (Dalszy Ciąg) // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1866. T. 56. № 9—10. S. 166—185.

⁵⁵⁶ *Krosnowski M.* Wiadomości i Postrzeżenia Topograficzno- i Statysyczno-Lekarskie z Powiatu Lipnowskiego (Dokończenie) // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1866. T. 56. № 11—12. S. 374—405.

⁵⁵⁷ *Kremer A., Rolle J.* Kamieniec. Place i Ulice, Ścieki i Kanały // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1864. T. 51. № 5—6. S. 378—394; *Rolle J.* Szkic Hygieny Podola Oparty na Jego Statystyce // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1863. T. 49. № 6. S. 399—435.

ны; характеристику населения и условий его жизни; подсчеты рождаемости и смертности; свойственные местным болезни. Также необходимо было на основании описания предложить меры по улучшению санитарного состояния изученной территории⁵⁵⁸. По-видимому, это было первой попыткой Общества унифицировать получаемые медико-географические наблюдения.

Конкурсная комиссия получила всего одну работу, которой и была присуждена награда. Это было исследование Радиминского повята, выполненное уже работавшим в этом жанре ранее Л. Бокевичем. Врач отмечал, что для этой местности, населенной поляками, евреями и немцами, характерно образование стоячих вод и болот из-за особенностей грунта, которое негативно влияло на здоровье жителей (влажность приносила скорбут и малярию) и на урожайность. Заболеваемость усугублялась тем, что медицинская культура местных жителей была слабо развита. Тем не менее, по оценкам Бокевича, рождаемость в повяте превышала смертность, и в нем не было серьезных эндемических болезней. Для улучшения санитарного состояния этой территории он предлагал: в местах скопления воды делать дренажи; в песчаных частях повята высаживать лес; улучшить качество дорожных коммуникаций в регионе; организовать в гминах (аналоги волостей) общества взаимопомощи, которые бы возлагали на своих членов обязанность соблюдать чистоту в семье и жилище; следить за тем, чтобы дома строились в сухих местах, из здоровых материалов, увеличить размер жилищ; повысить питательность рациона местных жителей; построить в повяте госпиталь и школы⁵⁵⁹.

К середине XIX века врачебные общества вошли в альянс с российскими бюрократами в стремлении стимулировать медицинское изучение российских территорий. К этому времени медицинская профессия уже была массовой и влиятельной⁵⁶⁰. В течение 1850—1870-х годов на страницах медицинских журналов и на заседаниях столичных и региональных медицинских обществ обсуждалась новая универсальная матрица медико-топографических описаний.

Кроме уже упоминавшегося проекта Укке, в 1860-е годы почти каждое медицинское общество разработало план и программу географических исследований. Так, в 1864 году Общество русских врачей создало комиссию

⁵⁵⁸ Sprawozdanie Komitetu, Przez Towarzystwo Lekarskie Wyznaczonego do Obmyślenia Planu Prac Konkursowych Topograficzno-Lekarskich // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1869. T. 62. № 2. S. 446—450.

⁵⁵⁹ Bokiewicz L. Opis Powiatu Radzyńskiego pod Względem Topograficzno-Historycznym, Statystycznym, Hygienicznym i Lekarskim (Dokończenie) // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1872. T. 68. № 6. S. 659—688.

⁵⁶⁰ Так, до начала царствования Александра II в России было создано 19 медицинских обществ. К концу 1860-х годов в России уже числилось 43 таких организации. Подробнее об этом сказано в последнем разделе первой главы этой книги.

для разработки программы, которую написал Я. А. Чистович. Тогда же собственную программу (автор Н. И. Кашин) приняло Общество врачей Восточной Сибири. В Твери программа для составления медико-топографических описаний губернии была принята на первом съезде земских врачей 7 июля 1871 года. Обществом калужских врачей была принята программа, разработанная врачом И. И. Моллесоном.

Стандартизировать исследования казалось важным и для военного ведомства, поэтому Медицинский департамент военного министерства использовал в качестве образцовой программу медико-географических исследований, разработанную Русским географическим обществом⁵⁶¹.

Если региональные врачи разрабатывали инструкции, которые, прежде всего, были направлены на описание их региона, то первый орган общественной медицины в России, журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены», опубликовал в 1868 году «Программу медико-топографического трактата», которая должна была стать универсальной для всей территории страны. Этот материал лег в основу изданного через два года первого тома «Медико-топографического сборника»⁵⁶². Данная инструкция учитывала различия, сложившиеся в традиции написания медицинских топографий различных территорий, и предоставила исследователям свободу в выборе объекта изучения и упаковки результатов. На первый план выступали оригинальность и соответствие научным требованиям. Основное новаторство двухтомника заключалось в том, что это был первый для России «шаг к коллективному описанию нашего отечества в санитарном и врачебном отношении», «первый опыт совместного издания нескольких врачебно-топографических сочинений»⁵⁶³. И хотя последующие части так и не появились, сборник стал первой попыткой инвентаризации, упорядочения и систематизации собранного знания.

Поскольку главным спонсором исследований выступало все же государство, то польза медицинских топографий почти всегда формулировалась через удовлетворение государственных интересов: «...дают материалы для изучения внутренней жизни государства и способствуют его благосостоянию, а равно сохранению жизни и здоровья отдельных личностей — единичных производительных сил в государстве»⁵⁶⁴.

⁵⁶¹ Крючков О. А., Солдатов Е. А. «Чтобы предупредить болезни, могущие случиться в лагере...». Становление отечественной медицинской (военно-медицинской) географии как науки // Военно-медицинский журнал. 2018. № 5. С. 61.

⁵⁶² Медико-топографический сборник. С картами, планами, графическими таблицами и рисунками в тексте / Ред. С. Ловцов. СПб., 1870. Т. 1.; Медико-топографический сборник. С картами и графическими таблицами / Ред. Г. Архангельский. СПб., 1871. Т. II.

⁵⁶³ Медико-топографический сборник. Т. 1. С. IV—V.

⁵⁶⁴ Медико-топографический сборник. Т. 1. С. IV—V.

Данные инициативы стимулировали провинциальных врачей. Материалы Общества врачей Казани содержат много примеров географических исследований. В августе 1870 года доктор Д. Д. Краевич доложил Обществу статистические подсчеты о перемежающихся лихорадках, которые он считал эндемическими для Казанской губернии. Он отдельно указывал на особенное, по сравнению с описаниями из учебников, течение этих лихорадок, но лечить их предлагал традиционными способами — хиной и мышьяком. Среди прочего его выступление содержало базовые медикотопографические характеристики Казани и ее план. В духе миазматических теорий, Краевич был убежден, что патогенность казанской жизни создана местными болотами, которые усиливаются ежегодными разливами Волги⁵⁶⁵. Свой вклад в патогенность города вносили его жители и производимый ими мусор. Нечистотами загрязнялись город и Волга, из которой жители брали питьевую воду⁵⁶⁶.

Мнение о Казани как о нездоровом городе разделял также член общества А. Дидрихс, работавший в расквартированной в Казанской губернии пехотной дивизии. Он составил статистические таблицы заболеваемости, смертности и недееспособности за 1870 год по четырем полкам. Врач указывал, что солдатский быт в них почти идентичен, а сами полки в течение года перемещали таким образом, что каждый полгод находился в Казани, а полгода — за ее пределами. Заболеваемость в полках вырастала в период их пребывания в Казани⁵⁶⁷.

Один из членов санитарной комиссии Общества и ученый Н. Ф. Высоцкий заявил на собрании Общества, что «в районе Казанской губернии эндемически господствуют такие болезненные формы, которые встречаются, сколько мне известно, на огромное расстояние вокруг только в виде редких исключений». К таким болезням он причислял зоб (на основании статьи другого члена общества — Н. А. Толмачева) и дизентерию. Источником этих заболеваний считалась вода. В первом случае местные жители сетовали на то, что она была стоячей и почти болотной. Во втором случае сам Высоцкий выявил, что в воде из местного озера было огромное число мелких ракообразных, которые царапали кишечник и вызывали у жителей кровавый понос. Третьей эндемической болезнью стали лихорадки, которые Высоцкий маркировал как свойственные для Казани и ее окрестностей⁵⁶⁸. Судя по всему, тезисы Высоцкого были приняты все-

⁵⁶⁵ Краевич Д. Д. Наблюдения над перемежающеюся лихорадкою (с планом г. Казани) // Приложение к протоколам Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 29—67.

⁵⁶⁶ Высоцкий Н. Ф. О деятельности общества врачей г. Казани в 1871 году (Отчет, читанный в заседании Общества 2 января 1872) // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 1. С. 24—25.

⁵⁶⁷ Протокол заседания Общества врачей г. Казани 1 апреля 1871 г. № 5 // Протоколы и труды Общества врачей г. Казани. 1871. Казань, 1872. С. 82—85.

рез, поскольку уже в августе 1870 года Толмачеву поручили подробно исследовать те части Казанской губернии, где много жителей заражено зобом⁵⁶⁹.

Проблема зоба способствовала расширению знаний общества за пределами Казанской губернии, поскольку беспокоила и его иногородних участников. Например, в конце 1871 года врач из поселения Верхние Садки на Урале М. И. Сосфенов представил членам общества краткую медико-топографическую характеристику этой местности и назвал эндемическими для нее зоб, кровавый понос и тиф⁵⁷⁰. Врач А. А. Несчастливцев, также работавший на Урале в месте Тагильская Дача, тоже был озабочен проблемой зоба. Несчастливцев связывал зоб с кретинизмом и свидетельствовал, что местные жители считают причинами распространения зоба колодезную воду, его заразный характер и даже то, что дети принимают пищу вместе с курами. Врач провел химический анализ местных водоемов и упаковал результаты в табличную форму. Это позволило ему опровергать теории, связывавшие зоб и кретинизм с дефицитом йода или с наличием извести и магнезии в воде как таковым. Несчастливцев предполагал, что миазму зоба формирует сочетание извести и магнезии вместе с большим количеством гниющих растительных веществ в воде⁵⁷¹.

Еще один представитель общества, А. Я. Щербаков, отмечал, что для жителей Казанской губернии свойственна каменная болезнь. Однако выяснить, характерна ли она для всей губернии или только для отдельных ее частей, ему не удавалось из-за отсутствия аналогичных данных для сравнений. Однако Щербаков был убежден, что среди мусульманской части населения она крайне редка⁵⁷².

Этническое и религиозное разнообразие Казанской губернии неоднократно привлекало внимание членов организации. Участник санитарной комиссии Общества И. Навалихин писал: «...особенный характер болезней, особенные болезненность (так в тексте. — *Авт.*) или особенные болезни, принадлежащие известной народности, нужно искать или в племенной индивидуальности, или привести в причинную связь с особенными условиями быта данной народности». В контексте обретавшей попу-

⁵⁶⁸ Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 19 мая 1870 года. № 5 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 51—54.

⁵⁶⁹ Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 4 августа 1870 года. № 9 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 99.

⁵⁷⁰ *Сосфенов М. И.* Заметка о перемежной лихорадке // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 1. С. 37—40.

⁵⁷¹ *Несчастливцев А. А.* К этиологии зоба и кретинизма. Замечания членов // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 2. С. 116—138.

⁵⁷² *Щербаков А.* Об исследовании причин каменной болезни в Казанской губернии // Извлечения из протоколов Общества врачей в г. Казани за 1868 и 1869 годы. Казань, 1870. С. 11—13.

лярность расовой теории, казанские медики использовали антропологические аргументы⁵⁷³. Тот же Навалихин утверждал, что скелеты русского крестьянина, татарина и черемиса (марийца) различны. Исходя из этого, он объяснял различия в течении болезней и в их географии. Частые болезни глаз у татар, считал он, связаны с тем, что они регулярно трогают лицо грязными руками, совершая намаз. Такие же болезни у черемисов и чувашей, исповедовавших язычество и христианство, объяснялись их нечистоплотностью и тем, что они топили избы по-черному (т. е. дым шел не в трубу, а в жилые помещения)⁵⁷⁴.

Похоже, что антропологическая повестка вообще была близка Обществу врачей Казани. В 1870 году его санитарная комиссия начала обмен медико-топографической информацией с отделом антропологии и этнографии университетского Общества естествоиспытателей⁵⁷⁵.

Вероятно, наиболее полной реализацией исследовательской программы Казанского общества можно считать санитарное описание Тетюшского уезда Казанской губернии, составленное земским доктором А. А. Серебряковым. Текст занимает более 60 страниц, снабжен статистическими таблицами и картой местности. Среди наблюдений Серебрякова интересны рассуждения о парше. Врач отмечал, что эта болезнь распространена в уезде среди татар, особенно мужчин. Статистическую асимметрию он объяснял местными обычаями. Мужчины-татары носят на голове тюбетейки, которые наследуют. Никто их не стирает и не чистит. В связи с этим женщины-татарки имеют мало шансов заражения. Среди чувашей парша, по мнению Серебрякова, была распространена меньше, чем среди татар, но ею болели и женщины, и мужчины. Все потому, что чувашаи обоего пола регулярно носили национальные головные уборы. Врач свидетельствовал, что меньше всего страдают от парши мордвина и русские. Последние заражаются ею через общение с татарами⁵⁷⁶.

В Нижегородском обществе обсуждался доклад военного врача Н. Флорентинского о заболеваниях органов дыхания у солдат его подразделения. Докладчик полагал, что болезнь возникает из-за расположения казарм на высокой и открытой с севера местности⁵⁷⁷. Флорентинский утверждал,

⁵⁷³ О казанской антропологической школе, которая в те годы развивалась при Казанском университете, см.: *Могильнер М.* Номо Imperii: История физической антропологии в России (конец XIX — начало XX вв.). М., 2008. С. 83—101.

⁵⁷⁴ Первый доклад постоянной санитарной комиссии Общества врачей в г. Казани // Приложение к протоколам Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 3—5.

⁵⁷⁵ Протокол годовичного заседания Общества врачей г. Казани 2 января 1871 г. № 1 // Протоколы и труды Общества врачей г. Казани. 1871. Казань, 1872. С. 15.

⁵⁷⁶ *Серебряков А. А.* О санитарном состоянии Тетюшского уезда (Казанской губернии) // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 2. С. 139—213.

⁵⁷⁷ Протоколы заседаний общества Нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 8. С. 69.

что выявленное им уменьшение озона в воздухе связано с появлением в губернии в 1863 году тифа, поноса и мигреней⁵⁷⁸.

Другим предметом обсуждений были паразиты у местных жителей. В 1864 году иногородний член Общества, доктор зоологии К. Э. Линдеман прислал несколько докладов о грегарирах на головах у людей. Он находил этих паразитов в организме у людей разных социальных страт, в том числе у состоятельных обывателей, соблюдающих правила гигиены. Линдеман предполагал, что состоятельные женщины заражаются в парикмахерских, где изготавливают парики. Волосы для париков, писал врач, являются зараженными, поскольку берут их у низших классов. Он считал, что особенную роль в распространении грегаринов в Поволжье играют мордвинь, которые ведут «нечистую, грязную жизнь»⁵⁷⁹. Тогда же председатель Общества Д. И. ван Путерен в противовес этому заявил, что глисты крайне редко встречаются у коренных жителей Нижегородской губернии, но обнаруживаются в организмах тех, кто долго жил в Остзейских губерниях⁵⁸⁰.

Медико-топографические диссертации

Главным стимулом и наградой для проведения медико-топографических исследований было право врача оформить результаты наблюдений в виде диссертации и в случае успешной защиты получить ученое звание, а вместе с ним новый чин и прибавку к жалованью. Впервые такое право было провозглашено в 1810 году в «Правилах об экзаменах медицинских чиновников». Медико-топографические описания были поставлены в один ряд с научными трактатами, которые в законодательстве ранжировались как: 1) сочинения классические; 2) монографии, в которых описываются эпидемические и эндемические болезни и другие болезни, зависящие от местных обстоятельств; 3) новые открытия, опыты, наблюдения; 4) медико-статистические и этнографические исследования.

Как показало изучение архивов университетов и академий, сотни врачей воспользовались этим правом. Так, только в Московском университете и только с 1838 по 1846 год было защищено 11 диссертаций, представлявших собой медико-топографические описания. В их числе было описание Курляндии (О. Е. Клебанов, 1838), города Лихвина и его уезда (С. Ле-

⁵⁷⁸ Протоколы заседаний общества Нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 10. С. 84—85.

⁵⁷⁹ ЦАНО. Ф. 1462. Оп. 643. Д. 24. Л. 21—22.

⁵⁸⁰ Протоколы заседаний общества Нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 43. С. 328.

бедев, 1839), Земли Войска Донского (Ф. В. Радзилович, 1843), Тульской губернии (Н. С. Петров, 1845)⁵⁸¹.

Медико-топографические диссертации редко оценивались профессорами неудовлетворительно. Видимо, в силу новизны собранного материала они априори признавались оригинальными и актуальными. На это указывают отзывы рецензентов. В 1836 году совет медицинского факультета Казанского университета рассматривал медико-топографическое описание Златоустовских заводов, присланное штаб-лекарем местной оружейной фабрики Тиле. Рукопись на латыни, объемом в 54 листа, исписанных с оборотом, содержит таблицы и карты⁵⁸². Совет постановил: «...медико-топографическое описание Златоустовских заводов, составленное Тиле, найдено сочиненным хорошо»⁵⁸³. В 1837 году московский профессор Х. Г. Бунге оценивал медико-топографическое описание Курляндии, сделанное лекарем Канорского егерского полка И. Клебановским⁵⁸⁴. Его приговор гласил: «...и нахожу оное достойным одобрения».

Кроме этого в развитии медико-топографических исследований определенную роль сыграли проводившиеся учебными и общественными учреждениями конкурсы на лучшее сочинение об изучении здоровья населения и мер борьбы с заболеваемостью. Впервые такой конкурс был объявлен в 1811 году Петербургской медико-хирургической академией. Несколькими годами позже Физико-медицинское общество в Москве предложило составить «физическую и врачебную историю столичного города Москвы и ее окрестностей» и «медико-физическое познание всех других провинций Российской империи».

Еще одной формой поощрения за качественно выполненный труд была публикация лучших медико-топографических описаний в медицинских и ведомственных газетах и журналах, таких как «Военно-медицинский журнал»⁵⁸⁵, «Журнал МВД»⁵⁸⁶, «Казанский Вестник»⁵⁸⁷, «Друг здравия»⁵⁸⁸.

⁵⁸¹ Очерки истории отечественной санитарной статистики / Ред. А. М. Мерков. М., 1966. С. 42

⁵⁸² ГА РТ. Ф. 977 Оп. медфак. Д. 287. Л. 4—60.

⁵⁸³ Там же. Л. 3.

⁵⁸⁴ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 344. Д. 81.

⁵⁸⁵ См., например: Медико-топографическое описание Черниговского, Гродненского и Сосницкого поветов // Военно-медицинский журнал. 1827. Ч. 9. № 2. С. 232—281.

⁵⁸⁶ См., например: Медико-топографические сведения о Казанской губернии // Журнал МВД. 1834. Ч. 14. Кн. 10. С. 26—39; Медико-статистические сведения по С. Петербургу и С. Петербургской губернии за 1836 год // Журнал МВД. 1837. Ч. 24. С. 149—160; Медико-топографические замечания о Бессарабской области // Журнал МВД. 1833. № 11. С. 177—196.

⁵⁸⁷ См., например: *Лентовский А.* Краткое медико-топографическое описание города Казани // Казанский вестник. 1831. Ч. 29. Кн. 2. С. 185—195.

Так, например, акушер Новгородской врачебной управы А. И. Бардовский направил в 1847 году в медицинский департамент медико-топографическое описание Новгородской губернии. Найдя сочинение Бардовского «отличным», заслуживающим «похвалы и одобрения», «очень полезным в медико-полицейском отношении», Медицинский совет предложил опубликовать рукопись в «Военно-медицинском журнале» с вознаграждением до сорока рублей за лист⁵⁸⁹.

Результаты медико-топографических наблюдений

Главным итогом работы по организации и проведению медико-топографических исследований стали тексты описаний и медико-физические ведомости. Они были разными: наряду с «малозначительными» были обстоятельные произведения, системные, аргументированные, демонстрирующие владение исследовательскими навыками. В числе таких — «Первые черты физического и топографического описания г. Моршанска и его уезда» А. Нудова (1800); «Медико-физическое начертание Вологодской губернии» Я. Фризе (1800); «Описание о положении Кубанской земли, о воде и атмосфере здешнего климата, о причинах, порождающих повальные болезни в здешнем климате, с предохранением и лечением оных болезней» штаб-лекаря Червинского (1801); «Топографическое описание города Риги, с присовокуплением врачебных наблюдений» О. Гуна (1804), «Краткое медико-физическое и топографическое обозрение города Казани и губернии оной» инспектора врачебной управы Казанской губернии Г. Лангеля (1809), «Топографическое и медико-физическое описание города Осташкова с его уездом» И. Высоцкого (1816), «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга» Г. Л. фон Аттенгофера (1820); «Медико-топографические сведения о Санкт-Петербурге. 1833» С. Ф. Гаевского; «Медико-топографическое описание Екатеринбургского горного округа и его города» Т. Успенского (1835); «Медико-топографическое описание Новгородской области» Бардовского (1849).

Врачебная экспертиза повернула социальное воображение современников от субъективности этнографических описаний в сторону более «точного» и системного знания, полученного посредством длительных наблюдений и многолетнего сбора однопорядковых данных. И хотя в изучаемое время врачи сочетали «субъективные» наблюдения и «объективные» (например, инструментальные) данные о климате, почве и заболеваемости (в зависимости от государственного заказа на знания и от представления

⁵⁸⁸ См., например: Яроцкий С. Краткое медико-топографическое описание Джур-салинских минеральных вод // Друг здоровья. 1835. № 22—23. С. 175—176, 183—184.

⁵⁸⁹ РГИА. Ф. 1297. Оп. 24. Д. 753. Л. 3—3об.

о том, что важно для рационального дифференцированного управления империей), они предложили современникам выводы, добытые внутри профессиональной процедуры исследования и сформулированные в профессиональных терминах.

Подобно прочим таксономическим просвещенческим проектам, врачебные тексты были направлены на упорядочение и рационализацию видимой беспорядочности. Их когнитивная новизна была связана с тем, что язык медицинской науки — полидисциплинарной и синтезирующей — позволял описывать Российскую империю в общих для всех стран европейского мира терминах, понятиях и метафорах. В результате российские болезни и «народные характеры» предстали в них не культурной экзотикой, а локальным вариантом нормы.

В медико-топографических описаниях помимо множества фактических данных содержались и конкретные идеи в отношении причин эпидемических болезней, и практические рекомендации по улучшению здоровья населения, причем некоторые из них были даже реализованы на практике местными властями. Так, например, Аттенгофер на основании многолетних наблюдений пришел к выводу, что главной причиной «нездоровости» Санкт-Петербурга является не воздух, а низкое качество питьевой воды. Ко времени выхода в свет русскоязычного варианта его книги городские отбросы перестали сливать в реку, а начали удобрять ими окрестности столицы, к чему настоятельно призывал врач.

Лангель называл дурной запах, исходящий от скотобойни, причиной многих заболеваний казанских жителей. Местная врачебная управа неоднократно поднимала вопрос о перенесении боен за черту города. Настойчивость Лангеля принесла результаты. Казанский губернатор Б. А. Мансуров приказал перестроить скотобойни, следить за тем, чтобы больные животные содержались отдельно от здоровых. Кроме того, казанский губернатор по предложению врачебной управы распорядился вырыть канал, соединяющий озеро на Сенной площади с более крупным озером Кабан. Однако канал не принес той пользы, о которой мечтали врачи, поскольку берега его не были обложены камнем.

Еще одним подобным примером может служить «Наблюдение о Казани», составленное в 1812 году инспектором казанской врачебной управы медико-хирургом Арнгольдом. В нем врач обрушился на местную полицию за нерадение и показал, насколько некомфортна с медицинской точки зрения жизнь в Казани: «Что тамошняя полиция к исправлению сих важных недостатков не обращает никакого внимания»⁵⁹⁰. Медицинский совет обратился за разъяснением к губернатору Мансурову, который оказался вынужден оправдываться.

⁵⁹⁰ РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Д. 2. Л. 3 об.

Изучение медицинских топографий показало, что российские медики выявляли и предлагали способы решений не только медико-санитарных проблем. Они проводили диагностику мест службы, в том числе и с точки зрения административного, экономического, социального и полицейско-судебного устройства. Среди советов, которые давали медики по разрешению социально-экономических проблем империи, не было единого универсального, а скорее преобладало их многообразие. Учение о медицинской полиции И. П. Франка отразилось на характере рекомендаций: благоустройство и санитарная очистка городов, экспертиза условий труда, контроль качества продовольственных продуктов и воды. В этом плане чрезвычайно показательна дискуссия о роли воды в жизнедеятельности города Астрахани, развернувшаяся в 1831 году, во время второй пандемии холеры.

Участие медико-географического знания в управлении

Как конкретно происходило участие медико-географических знаний в благоустройстве российских поселений, то есть их прагматику, мы решили рассмотреть на кейсе Астрахани — небольшого портового города на юге России, страдавшего от грязной питьевой воды и частых эпидемий. По приблизительным подсчетам, в 1820 году в нем проживало 38 300 человек, а в 1835 году — 43 400⁵⁹¹.

Современники не были едины в том, к какой природно-климатической зоне следует отнести Астрахань. Российские исследователи, побывавшие здесь, считали местный климат жарким, а иностранные климатологи уверяли, что это далеко не жаркий, а вполне умеренный климат. Так, директор народных училищ Астраханской и Пензенской губерний, историк М. С. Рыбушкин, утверждал, что астраханский климат относится к «более жаркому, нежели умеренному»⁵⁹². Географ, статистик и историк К. И. Арсеньев считал Астрахань городом с «климатом жарких земель»⁵⁹³. В предложенной им классификации Российская империя поделена на десять природно-географических пространств. Астраханская губерния с бесплодной песчаной солончаковой⁵⁹⁴ почвой была отнесена к степному пространству.

⁵⁹¹ *Рубцова С. С.* Градостроительная эволюция Астрахани. Кн. 1. Строительная история. Ульяновск, 2017. С. 396.

⁵⁹² *Рыбушкин М. С.* Записки об Астрахани. М., 1841. С. 149.

⁵⁹³ *Арсеньев К. И.* Статистические очерки России. СПб., 1848. С. 201.

⁵⁹⁴ Определенный тип почвы, содержащий в себе большое количество солей, препятствующих впитыванию влаги.

А вот немецкий климатолог А. А. Мюри относил Астрахань к умеренно-северной зоне. Но, несмотря на противоречия в теоретических спорах, все современники соглашались, что астраханский климат неблагоприятный и нездоровый: перепады температур, глинистая почва, удерживающая влагу, резкая смена времен года, сильные ветра, обилие стоячих вод и камышей.

Нездоровым как для местных жителей, так и для путешественников признавался астраханский воздух. «Самым опасным и способнейшим к развитию эпидемических болезней» был раскаленный солнцем воздух с середины мая и до июля⁵⁹⁵. Душные ночи рождали беспокойство, слабость и утомление⁵⁹⁶. Рыбушкин уверял, что «солончаковые испарения... упавая на дыхательные органы, порождают многообразные болезни, развивающиеся со всею быстротою и жестокостью»⁵⁹⁷. Для Арсеньева не только солончаки, но и стоячие воды были источником вредных испарений, губительно воздействующих на здоровье⁵⁹⁸. Местные врачи отмечали, что после летних дождей из солончаковых болот в воздух поднимаются испарения, наполненные «зловонною сыростью», вызывающие малярию и болотную лихорадку⁵⁹⁹.

Мюри не был в Астрахани. Он использовал для суждений об этом каспийском городе статью петербургского врача П. Хермана, опубликованную в немецкоязычном медицинском журнале „Medizinische Zeitung Russlands“ в 1844 году. Благодаря ему европейский читатель справочника Мюри узнал, что причиной эндемических заболеваний (гастрическая, пневмоническая и нервная малярия) в Астрахани являются болотные миазмы, порожденные разливами Волги и полузасохшими каналами⁶⁰⁰.

Проблемы для здоровья местных жителей создавали сухие ветры, которые поднимали пыль и порождали болезни глаз. Самым вредным признавался северо-восточный ветер, приходящий с Кавказских гор и приносящий с собой ненастье и эпидемии. Северо-восточная часть Астраханской губернии именовалась местными жителями «гнилой угол»⁶⁰¹.

Губерния раскинулась по обоим берегам крупнейшей водной артерии Российской империи — реки Волги. Здесь она протекает по низменной песчаной равнине до впадения в Каспийское море и образует дельту с многочисленными речными рукавами, озерами и болотами. Сам город ле-

⁵⁹⁵ Рыбушкин М. С. Записки об Астрахани. С. 149.

⁵⁹⁶ Там же. С. 149.

⁵⁹⁷ Там же. С. 150.

⁵⁹⁸ Арсеньев К. И. Статистические очерки России. 202.

⁵⁹⁹ ГАО. Ф. 484. Оп. 1. Д. 46. Л. 86 об.

⁶⁰⁰ Mühry A. A. Die Geographischen Verhaeltnisse der Krankheiten, oder Grundzuge der Noso-Geographie. Leipzig; Heidelberg, 1856. Bd. 2. S. 189.

⁶⁰¹ Соколов А. П. Астрахань в ее прошлом и настоящем // Журнал МВД. 1845. Ч. 12. № 12. С. 396.

жит на возвышенности (так называемых «буграх») на правом берегу Волги. В 1830-е годы он делился на четыре части: Междуречье, Заканалье, Закутумье и Солдатские слободы. Самым большим был центральный район Междуречье, расположенный между тремя водными артериями: рекой Волгой, рекой Кутум (рукав Волги) и Варвацевским каналом, соединяющим Волгу с Кутумом. Эта часть города считалась лучшей для проживания, поскольку располагалась на возвышенности. Здесь находились кремль, адмиралтейство, большая часть церквей и каменная застройка⁶⁰². Но осенью и в зимние оттепели даже в этом районе улицы затоплялись водой и грязью⁶⁰³.

Второй крупной городской частью было Заканалье, расположенное севернее Междуречья и южнее Варвацевского канала. Это городское поселение считалось неблагоприятным для жизни. Во время разливов Волги оно заливалось водой, на улицах скапливалась грязь и образовывались огромные лужи⁶⁰⁴. Две остальные части города были меньше по площади и плотности заселения. Закутумье было на севере, а Солдатские слободы — на востоке от реки Кутум. Они также считались нездоровыми.

Географические условия сказались на состоянии источников питьевой воды. Ее астраханцы брали из реки Кутум и Варвацевского канала. Задуманный еще при Петре I с целью осушения солончаков, канал так и не был достроен в XVIII веке. С годами вырытая часть канала успела превратиться в болото, а сам он из-за гнили и запахов получил прозвание «канавы»⁶⁰⁵. Лишь благодаря предприимчивости и щедрости купца И. А. Варваца канал был достроен в 1817 году.

До этого жители Астрахани пили воду из Волги и Кутума. Более состоятельные астраханцы нанимали извозчиков и заказывали им бочки с водой из Волги, которая считалась более здоровой, поскольку протекала за городом. Городские низы потребляли воду из реки Кутум, которая во время половодья становилась грязной и мутной⁶⁰⁶. Вязкость почвы не позволяла повозкам заезжать глубоко, и вода черпалась прямо у берега. Уездные врачи и члены местной врачебной управы писали про антисанитарные условия продажи питьевой воды: «покупается... у людей... которые с сими бочками на водовозных стоят по углам улиц без всякой во время летних жаров от солнечного зноя для бочек сих защиты»⁶⁰⁷.

⁶⁰² Там же. С. 591.

⁶⁰³ О нынешнем состоянии города Астрахани // Собрание сочинений, выбранных из месящесловов на разные годы. Ч. 7. СПб., 1791. С. 4—5.

⁶⁰⁴ Там же. С. 6.

⁶⁰⁵ Гусарова Е. В. Астраханские находки. История, архитектура, градостроительство Астрахани XVI—XVIII вв. по документам из собраний Петербурга. СПб., 2009. С. 386.

⁶⁰⁶ ГААО. Ф. 484. Оп. 1. Д. 46. Л. 93 об.

⁶⁰⁷ Там же.

Глинистая почва не позволяла астраханцам устраивать колодцы, которые были частью социальной жизни европейских городов того времени. Так, в Мюнхене (1829) на 2900 домов было 2000 колодцев; в Нюрнберге (1810) — 138 муниципальных и 1049 частных колодцев⁶⁰⁸. Они изменили городскую жизнь и имеют собственную историю. В немецких городах создавались товарищества по уходу за колодцами (*Brunnengenossenschaft*), в обязанности которых входили распределение воды среди горожан, социальный контроль, финансирование работ по строительству, ремонту и очистке. Одной из обязанностей членов такого товарищества было следить за расстоянием между колодцами и выгребными ямами⁶⁰⁹. Уход за колодцами имел социальное значение, объединяя жителей общими проблемами⁶¹⁰. К концу 1820-х годов колодезные товарищества начали распадаться и контроль над источниками водоснабжения перешел в руки местной администрации. Во Франкфурте работала комиссия по строительству водопровода, которая породила новые налоги для горожан. Благодаря этому к 1830-м годам город получил водопровод, который снабжал центральную часть поселения. Остальные франкфуртцы продолжали пользоваться колодезной водой, за чистотой которых, вследствие распада товарищества, никто не следил⁶¹¹.

В это же время в городах европейской части Российской империи уже было много колодцев, но, в отличие от немецких городов, контроль над их устройством находился в руках государства. Были и опыты создания городского водопровода. В начале XIX века задуманный еще при Екатерине II Мытищинский водопровод снабжал москвичей питьевой водой. Она бежала по кирпичным трубам от ключей, бьющих рядом с селом Большие Мытищи, в город и подавалась в специально устроенные для этого фонтаны и колодцы. Оттуда москвичи разбирали воду ведрами и бочками⁶¹². Однако конструктивные недостатки, допущенные при строительстве, стали причиной быстрого загрязнения и затора в работе канала. В 1826—1835 годах пришлось остановить его и провести реконструкцию.

⁶⁰⁸ Kluge T., Schramm E. *Wassernöte. Umwelt- und Sozialgeschichte des Trinkwassers*. Aachen: Alano-Verlag, 1986. S. 9.

⁶⁰⁹ Eiden Ch. *Hygiene in der Stadt Essen im 19. Jahrhundert am Beispiel der Wasserversorgung und Abwasserbewirtschaftung* // *Hygiene und Kultur* / Hsg. Ingensiep H. W., Popp W. Essen: Idib-Verlag, 2012. S. 116.

⁶¹⁰ К примеру, раз в год в течение нескольких дней в городах праздновался день очистки колодца (*Brunnenfahrt*), когда горожане украшали колодец, несли к нему напитки и еду, совместно очищали его и проводили другие ритуалы. Подробнее см.: Kluge T., Schramm E. *Wassernöte*. S. 11—12.

⁶¹¹ *Ibid.* S. 35—36.

⁶¹² Давыдов А. Н. *Водоснабжение и качество питьевой воды в Москве в XIX — начале XX веков* // *Historia Provinciae*. 2018. Т. 2. № 1. С. 65.

Первый проект по устройению в Астрахани колодца с артезианской водой относится к 1836 году. Его строительство продолжалось несколько лет⁶¹³. Но уже через год после начала работ появились серьезные сомнения в успехе: химический анализ добытой воды показал, что она не пригодна для питья. Вода была соленой и с синеватым оттенком⁶¹⁴.

Не имея выбора, горожане вынужденно пили речную воду. На протяжении XIX века река Кутум и Варвациевский канал страдали от засоров и обмеления. О плохом санитарном состоянии водоемов писали не только путешественники⁶¹⁵, но и администраторы. В 1812 году гражданский губернатор С. С. Андреевский (1760—1818) приказал губернскому архитектору П. А. Кулакову составить смету на очищение реки Кутум⁶¹⁶. Астраханский гражданский губернатор И. Я. Бухарин (1772—1858) жаловался в 1819 году главнокомандующему Астраханской и Кавказской губерниями военному губернатору А. П. Ермолову (1777—1861) на то, что спустя всего два года после завершения строительных работ обнесенный деревянной набережной Варвациевский канал «приходит в ветхость, потому что строен не с довольною прочностью, и оттого, что земля под обшивными досками без надлежащего ежегодного исправления обрушивается»⁶¹⁷. В 1826 году губернская администрация обсуждала необходимость расширения фарватера Волги и углубления Кутума и Варвациевского канала⁶¹⁸. В 1829 году эта проблема вновь стала предметом споров на заседаниях городской думы⁶¹⁹. На заседании 5 июля 1829 года было принято решение обязать астраханского смотрителя путей сообщения следить за тем, чтобы в устье Кутума останавливались только суда с товарами. Члены думы призывали друг друга принять меры против обмеления реки «от наносу в горловину оной стремлением песку и разного сору»⁶²⁰. Несмотря на то что местная администрация знала и активно обсуждала проблему загрязнения водоемов, никаких существенных мер так и не было предпринято. Так продолжалось до появления в 1830 году холеры.

Самые большие жертвы холера унесла в первый год эпидемии: к 15 августа 1830 года в городе заболели 3633 человека (почти 9% жителей), 2935 из которых умерли⁶²¹. В последующие годы число жертв было меньше, но

⁶¹³ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 231.

⁶¹⁴ Там же. Л. 224 об.

⁶¹⁵ *Ермаков Н.* Астрахань и Астраханская губерния. Описание края и частной жизни его, состоящее из записок, веденных во время 11-ти месячного пребывания в нем. М., 1852. С. 52—54.

⁶¹⁶ ГААО. Ф. 3. Оп. 1. Д. 28.

⁶¹⁷ ГААО. Ф. 290. Оп. 1. Д. 3. Л. 1 об.

⁶¹⁸ ГААО. Ф. 480. Оп. 1. Д. 577.

⁶¹⁹ ГААО. Ф. 480. Оп. 1. Д. 630. Л. 33 об.

⁶²⁰ Там же.

страхов стало больше. К декабрю 1830 года распространение болезни прекратилось, но с наступлением оттепели в следующем году она снова вернулась. Холера бушевала в Астрахани с июля по октябрь 1831 года. Тогда в губернии заболели 233 человека, 130 из которых умерли⁶²². В 1833 году в южных губерниях России разразился голод и вследствие ухудшения условий жизни холера вернулась снова⁶²³. Из Саратовской губернии в июле 1833 года эпидемия проникла в Астраханскую губернию, поразив 123 человека, 60 из которых — смертельно⁶²⁴.

Накануне эпидемии астраханский купец Ф. Мязин, который уже имел опыт в строительстве и ремонте мостов и спусков⁶²⁵ по Варвациевскому каналу, предложил углубить Кутум. В октябре 1829 года он представил городской думе соответствующий проект⁶²⁶. По расчетам, на проведение работ требовалось 20 тысяч рублей. Через городскую думу он обратился к жителям города, имеющим дома и заведения на берегу реки, с просьбой организовать подписку⁶²⁷.

Из необходимых 20 тысяч рублей было собрано только четыре. Провал был связан с хозяйственной аргументацией экономической выгоды, которую использовал Мязин, обращаясь прежде всего к владельцам недвижимости, расположенной на берегу реки Кутум. Сохранились книги регистрации частновладельческих домов, из которых следует, что вдоль водных артерий действительно располагались дома состоятельных купцов, а также принадлежащие им склады с рыбой. В фонде Астраханской городской думы отложились документы, свидетельствующие о том, что, например, в третьем квартале второй части города вдоль Кутума размещались «купца Федора Лапшина рыбные лари и дом»⁶²⁸, а также дом и лари купцов Щербаковых и Шапошниковых⁶²⁹. У купца Лапшина на берегу Кутума располагался «выход для кладки рыбы, икры и тюленей»⁶³⁰. Казалось бы, купцы, благосостояние которых напрямую зависело от полноводности реки, должны были поддержать проект Мязина. Свободное течение должно было обеспечить доступ к торговым складам. Но этого не произошло. Одножелания торговой выгоды оказалось недостаточно, чтобы убедить

⁶²¹ Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. М., 1960. С. 253—259.

⁶²² Щепотьев Н. К. Чумные и холерные эпидемии в Астраханской губернии. Казань, 1884. С. 93.

⁶²³ Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. С. 253—259.

⁶²⁴ Щепотьев. Н. К. Чумные и холерные эпидемии в Астраханской губернии. С. 94.

⁶²⁵ ГААО. Ф. 480. Оп. 1. Д. 631. Л. 196 об.—197.

⁶²⁶ ГААО. Ф. 480. Оп. 1. Д. 632. Л. 232.

⁶²⁷ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 166.

⁶²⁸ ГААО. Ф. 480. Оп. 1. Д. 943. Л. 118

⁶²⁹ ГААО. Ф. 480. Оп. 1. Д. 802. Л. 116.

⁶³⁰ ГААО. Ф. 433. Оп. 1. Д. 133. Л. 17.

потенциальных инвесторов вкладываться в благоустройство города. Частная инициатива купца так и осталась на бумаге.

Когда на город обрушилась холера, за решение проблемы взялся полковник Л. К. Вильке, возглавлявший строительный отряд и отвечавший за благоустройство водоемов. Переписка между Вильке и военным губернатором В. Г. Пяткиным (1780—1847) в связи с засорением водоемов началась в январе 1831 года, в период затишья первой волны холеры, и продолжалась до августа того же года. 27 августа 1831 года Пяткин обратился с письмом «О засорении Кутума и Варвациевского канала» в астраханскую врачебную управу с просьбой провести химический анализ воды и оценить ее с медицинской точки зрения. Впервые проблема обмеления водоемов обрела санитарно-гигиенический ракурс. Связано это было, скорее всего, с эпидемией, которая спровоцировала пристальное внимание к проблемам санитарного состояния и благоустройства города.

В своем предложении Пяткин занял позицию администратора, нуждающегося в экспертном знании. В качестве специалистов выступали медицинские чиновники. Его наблюдения, «сделанные приватным образом»⁶³¹ нуждались в профессиональной проверке. Отталкиваясь от миазматических представлений⁶³², Пяткин предположил, что «по причине обмеления и засорения оных [реки Кутум и Варвациевского канала], — протекающая в них вода имеет ощутительное свойство гнилости»⁶³³. Также опасными представлялись «испарения от сей гнилости происходящие и могущее естественно влияние на здоровье обывателей»⁶³⁴.

В отличие от призыва Мязина, в предложении губернатора центральное место занимала не хозяйственная, а медицинская аргументация. Пяткин умолчал о возникшей из-за обмеления реки проблеме банкротства купцов. Военный губернатор, как представитель просвещенной власти, утверждал право всех астраханцев, «как богатых, так и бедных, пользоваться одинаково хорошей водой»⁶³⁵. Как «главный врач губернии», он говорил об угрозе здоровью всего населения. Пяткин хотел экспертного заключения, «основанного на правилах медицинской науки»⁶³⁶. Врачебной управе предстояло оценить степень вреда для людей и животных от потребления гнилой и издающей испарения воды и дать рекомендации по «отвращению сего вреда»⁶³⁷.

⁶³¹ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 56 об.

⁶³² Подробнее о теории миазмов, теории патогенеза согласно миазматической и контагонистской версии, борьбе с миазмами в России в XVIII—XIX веках см.: *Пироговская М.* Миазмы, симптомы, улики: запахи между медициной и моралью в русской культуре второй половины XIX века. СПб., 2018. С. 42—89.

⁶³³ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 56 об.

⁶³⁴ Там же. Л. 57.

⁶³⁵ Там же. Л. 57 об.

⁶³⁶ Там же. Л. 58.

Видимо, в условиях страха перед эпидемией представители власти готовы были делегировать экспертную власть медикам. Благодаря этому местные врачи обрели авторитетное мнение и влияние на городское управление. Холера предоставила им возможность заявить о своих профессиональных знаниях и применить их в области, ранее не находившейся в их компетенции. Это не означает, что врачи не знали и не заявляли о подобных проблемах раньше. Отличие было в том, что в условиях отсутствия эпидемии их суждения оставались на бумаге или ограничивались рекомендациями по очистке питьевой воды⁶³⁸. Рекомендации в условиях пандемии касались уже не отдельного жителя, а были обращены к местным властям, делали их ответственными за жизни горожан. Частные советы сменились санитарным дисциплинированием, которое выражалось в насаждении новых гигиенических норм. В условиях борьбы с невидимым врагом в пространство санитарно-гигиенического дискурса попали объекты, создававшие угрозу здоровью населения целого города или губернии. Таковыми стали река Кутум и Варвациевский канал.

Через четыре дня после получения послания губернатора в астраханской врачебной управе состоялось заседание, на котором кроме ее членов присутствовали три медицинских чиновника военно-сухопутного и морского ведомств⁶³⁹. Коллективное заключение включало анализ состава воды, версию причин ее загрязнения и предложения по очистке. Анализ этого текста позволяет утверждать, что его авторы ориентировались на статью «О жизненных припасах в медико-полицейском отношении. Водянистые напитки», которая была опубликована тогда в «Военно-медицинском журнале»⁶⁴⁰. Это был обзор новейших медицинских представлений о роли воды в жизни человека.

В основе рассуждений автора статьи лежало определение воды, заимствованное из химического словаря, выпущенного в Филадельфии в 1821 году⁶⁴¹: вода могла считаться «здоровой», если ее компонентами являлись «атмосферный воздух и углекислота», а также содержалась «незна-

⁶³⁷ Там же.

⁶³⁸ Например, в 1812 году врачи отмечали, что вода перед употреблением многими жителями отстаивается или процеживается песком. В качестве рекомендации врачи предлагали использовать снаряд, который использовал для очищения воды «точенные хорошо выжженные оголья». См.: ГААО. Ф. 484. Оп. 1. Д. 46. Л. 94.

⁶³⁹ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 150.

⁶⁴⁰ О жизненных припасах в медико-полицейском отношении (Продолжение). Водянистые напитки // Военно-медицинский журнал. 1830. Ч. 15. № 2. С. 144—194.

⁶⁴¹ *Ure A. A. Dictionary of Chemistry on the Basis of Mr. Nicholson's; in Which the Principles of the Science are Investigated Anew, and its Applications to the Phenomena of Nature, Medicine, Mineralogy, Agriculture and Manufactures Detailed. With an Introductory Dissertation; Containing Instructions for Converting the Alphabetical Arrangement into a Systematic Order of Study.* Philadelphia: Robert Desilver, 1821. Vol. 1—2.

чительная примесь земляных и соляных частиц»⁶⁴². Из этого определения вытекало утверждение о том, что порча воды заключалась либо в чрезмерном количестве посторонних веществ, либо в их вредном свойстве⁶⁴³. Всего автор выделял 10 видов испорченной воды, в зависимости от типа содержащихся в ней вредных химических веществ, гниющих и органических тел. Среди причин порчи и подмесей воды он назвал три: способность воды растворять в себе вещества, качество почвы, а также действия жителей⁶⁴⁴.

Автор также выделил шесть источников питьевой воды: ключи, реки, озера, снег, дождь и колодцы⁶⁴⁵, — подробно описал особенности химического состава, причины порчи и способы очищения воды в каждом из них. Проверка качества воды сводилась к трем задачам. Первая заключалась в выявлении и оценке физических признаков воды: ясность, прозрачность, цвет, запах, вкус, скорость кипячения. Вторая задача состояла в проведении над водой химических опытов, которые заключались в добавлении определенных примесей и наблюдении за реакцией. Наконец, третья задача сводилась к наблюдению за состоянием здоровья жителей. Здоровое и крепкое телосложение признавалось при этом признаком потребления хорошей воды⁶⁴⁶.

Согласно классификации источников питьевой воды, вода из Кутума и Варвацевского канала относилась к речному типу. В целом она признавалась годной для питья, но уступала по своим качествам ключевым источникам, поскольку содержала меньше воздуха и углекислоты. С другой стороны, меньшее содержание земляных и соляных частей делало речную воду более здоровой, чем ключевая⁶⁴⁷.

Составители заключения подтвердили наблюдения Пяткина и признали, что вода в Варвацевском канале и реке Кутум застоялась, начала гнить и стала вредной для здоровья жителей. Но, в отличие от военного губернатора, врачи видели причины этого не только в обмелении водоемов, но в целом комплексе факторов. Выпавший шанс медики использовали, чтобы описать антисанитарную картину города в целом. Вслед за редакцией «Военно-медицинского журнала»⁶⁴⁸ врачи обвиняли местных жителей в загрязнении водоемов и нарушении существующих медико-полицейских норм. То есть речь шла об урбанистической культуре, о культуре

⁶⁴² О жизненных припасах в медико-полицейском отношении (Продолжение). С. 145.

⁶⁴³ Там же. С. 146.

⁶⁴⁴ Там же.

⁶⁴⁵ Там же.

⁶⁴⁶ Там же. С. 174—176.

⁶⁴⁷ Там же. С. 148.

⁶⁴⁸ Там же. С. 152.

общезительства в пределах замкнутой территории, о влиянии человека на окружающую среду.

Объединив источники загрязнения воды в три группы (отходы простых обывателей, рыбопромышленников, а также владельцев промышленных предприятий), члены врачебной управы описали урон, наносимый каждой из них здоровью города. Врачи не писали об индивидуальной вине, а заявляли о социальном вреде в целом. Понятие вреда было объединено определениями «загрязнение» и «отравление». Засорение представлялось результатом коллективных действий, поскольку речь шла об уничтожении общественного источника питьевой воды. Сбрасывание в воду тел мертвых животных и навоза (со стороны жителей), хранение испорченной рыбы в садках (рыбопромышленниками) или сброс в воду отходов производства (владельцами заведений) производили повсеместный эффект: «...означенные вещества, согнивая, портят воду и, производя вредные испарения, заражают и самый воздух»⁶⁴⁹.

Знания и профессионализм позволяли медикам объяснить воздействие, которое оказывало потребление грязной воды на организм, естественнонаучными терминами. Возможность вести наблюдения и многолетний опыт лечения позволяли им вывести закономерности и поставить конкретный диагноз: «...от употребления таковой испорченной воды и от наполненного вредными ее парами воздуха неизбежно следует худосочное свойство всего тела, от чего и порождаются между жителями разного рода болезни, как то: перемежающиеся лихорадки, нервная и гнилые болячки, цинготная болезнь, завалы брюшных внутренностей и том(у) подоб(ное)»⁶⁵⁰.

Медицинские рекомендации были направлены на долговременный эффект и не ограничивались советами углубить и очистить водоемы. Этого, по мнению медиков, было недостаточно. Астраханским врачам было известно, что качество речной воды определяется шириной реки, почвой, степенью засорения растительными и животными веществами, а также продуктами производства, скоростью течения, количеством рыбы, частотой наводнений, соседством рудников⁶⁵¹. Поэтому важно было сохранить результаты и закрепить за жителями новые гигиенические представления. Для этого предлагалось усилить социальный контроль. В «Военно-медицинском журнале» дана инструкция по установлению такого контроля: «Посему нужно наблюдать, чтобы река не была наполняема пометом с улиц, домов, различных заводов, либо палыми животными, чтобы в ней не производилось вымачивание льна и пеньки, чтобы берега реки в горо-

⁶⁴⁹ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 151.

⁶⁵⁰ Там же.

⁶⁵¹ О жизненных припасах в Медико-полицейском отношении (Продолжение). С. 148—149.

де были ограждены и снабжены пристройками для черпания воды на том месте, где она течет быстрее, а не у самого берега. Для отвращения порчи воды, причиняемой бойнями, красильнями и другими подобными заводами, нужно... помещать сии здания отдельно от жилых мест, и именно там, где река вытекает из города или деревни»⁶⁵².

В качестве альтернативы предлагалось искусственным способом поддерживать сильное течение реки, которое бы уносило нечистоты из города⁶⁵³. «Военно-медицинский журнал» предлагал способы достижения этой цели, например углубление и очищение дна, прорытие нового канала, укрепление берегов канала песком и камнями⁶⁵⁴.

В итоге на основе врачебного заключения Пяткин составил обращение городским жителям, в котором призывал сделать пожертвования для проведения работ по очищению Кутума и Варвадиевского канала (1832). Используя медицинскую риторику и авторитет врачей, военный губернатор придал своему обращению научно обоснованный характер. Ставя под сомнение эффективность центрального правительства и предвещая многолетнюю переписку, он предлагал жителям города самоорганизацию. Военный администратор подчеркивал общность проблемы, которая связывала абсолютно всех жителей. Используя такие обращения, как «жители астраханские», «обыватели города Астрахани», «почтенные обыватели города», «благонамеренные граждане», он призывал жертвовать деньги на достижение «общепользней цели»: очистить водоемы, чтобы каждый житель города мог пользоваться «хорошей» водой, «которая составляет одну из первейших жизненных потребностей»⁶⁵⁵.

Официальный призыв военного губернатора кардинально отличался от частной инициативы купца. Во-первых, Пяткин, в отличие от Мязина, обладал реальной властью. Отказ «хозяину губернии»⁶⁵⁶ в участии в проекте мог расцениваться как проявление неояльности. Страх принуждал к соучастию. Во-вторых, Пяткин заручился поддержкой профессионалов и использовал медицинскую риторику, что, безусловно, повысило шансы на успех в условиях страха перед эпидемией. Сама постановка вопроса — засорение общих источников питьевой воды — позволила военному губернатору присвоить себе право говорить от имени всех жителей. Слияние

⁶⁵² Там же. С. 156.

⁶⁵³ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 152.

⁶⁵⁴ О жизненных припасах в Медико-полицейском отношении (Продолжение). С. 160.

⁶⁵⁵ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 170.

⁶⁵⁶ Губернатор, как «глава и хозяин всей врученной в смотрение его Губернии», наделялся фактически неограниченной властью и подчинялся непосредственно императору и Сенату. См.: Наставление губернаторам. 21 апреля 1764 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 16. № 12137. С. 717.

медицинского дискурса с интересами государственной власти предопределило успех проекта. В течение нескольких месяцев (с 1 апреля по 25 августа 1832 года) удалось собрать 11 555 рублей⁶⁵⁷. Этой суммы хватило для проведения первых очистительных работ. Специально назначенная комиссия, которая состояла из членов городской думы и чиновников строительного отряда путей сообщения, в рапорте от 31 августа 1832 года отмечала, что «жители безбедно пользуются проточною и свежою водою»⁶⁵⁸.

Более пятидесяти благотворителей⁶⁵⁹ откликнулись на призыв Пяткина и прислали необходимые для реализации проекта средства. Ассигнации сопровождалась записками, анализ которых позволяет определить социальную принадлежность, мотивацию и транслируемый во власть образ вкладчиков. Среди меценатов преобладали купцы, а также было несколько дворян и чиновников довольно высокого ранга (6-го и 7-го класса по Табели о рангах).

Пожертвования преподносились в качестве не только индивидуальных, но также и коллективных взносов. Коллективные жертвования внесли группы, объединенные по этническому принципу, что свидетельствует о влиянии этнических сообществ на организацию городской жизни. В проекте по благоустройству водоемов 1832 года участвовали астраханская татарская управа (размер взноса составил 700 рублей) и астраханский армянский суд (вклад составил 955 рублей) — наиболее крупные и влиятельные этнические сообщества⁶⁶⁰.

Попытки старшины персидского общества А. Ахьяева привлечь персиян, проживавших в Астрахани, не увенчались успехом. Он признался, что никто из них не захотел принять участие в акции, ссылаясь на «временный» характер проживания⁶⁶¹. Внесенные им лично сто рублей как бы компенсировали отсутствовавший групповой взнос. Полковник Хомоутовского калмыцкого владения Тюменев, наоборот, выступал от себя лично, а не от имени подчиненных ему калмыков, и внес индивидуальный вклад.

Риторика, используемая благотворителями, позволяет реконструировать их саморепрезентации. Вслед за Пяткиным жертвователи использо-

⁶⁵⁷ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 171—223.

⁶⁵⁸ Там же. Л. 153.

⁶⁵⁹ Более точно их число подсчитать трудно, поскольку часть пожертвований была внесена от имени сообществ. Списков благотворителей этих сообществ не сохранилось.

⁶⁶⁰ Татары составляли в начале XIX века 13,5% от всего городского населения. Численность армян росла на протяжении всего XIX века: от 3592 человек в 1801 году до 5209 человек в 1874 году. См.: Рубцова С. С. Градостроительная эволюция Астрахани. Кн. 1. С. 412.

⁶⁶¹ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 219.

вали риторические приемы, позволявшие им причислить себя к защитникам общих интересов. Благотворители отталкивались от идеи общего блага, преследовали «общепользную цель»⁶⁶². Действия каждого отдельного вкладчика объединялись риторикой достижения «общей пользы здешних граждан»⁶⁶³. Усилия отдельного интерпретировались как вклад в «благое дело»⁶⁶⁴, а мотивация определялась достижением «благосостояния жителей»⁶⁶⁵.

Размер вкладов различался от 50 до 2000 рублей. Чем выше на социальной лестнице находился вкладчик, тем больше был размер пожертвования на «предмет общественной нужды и благосостояния»⁶⁶⁶. Во избежание осуждения вкладчика, внесшие небольшие суммы, как бы оправдываясь, заявляли об ограниченных финансовых возможностях: «...хотя и не имею значительного состояния и купеческой промышленности, но желаю быть в распоряжениях полезным»⁶⁶⁷. Наибольшую сумму (2000 рублей) пожертвовал А. П. Сапожников (1786—1852), представитель самого состоятельного и влиятельного рода астраханских купцов и рыбопромышленников. Алексей Сапожников и его брат Александр (1788—1827) заботились о благоустройстве города задолго до появления холеры и вкладывали деньги в его развитие. Также и после холеры Алексей Сапожников открыл в Астрахани заведение для сирот — детей погибших во время эпидемии родителей⁶⁶⁸.

Внести пожертвование представлялось возможностью представить себя губернатору в лучшем свете и продемонстрировать свою лояльность. В ответах благотворителей практически отсутствует медицинская риторика, и понятие «здоровая вода» заменяется заимствованным из призыва губернатора понятием о «хорошей воде». Видимо, сочетание вышеперечисленных факторов провоцировало жителей города участвовать в проекте по углублению и очищению водоемов. Однако это касалось не всех жителей. Персияне, позиционировавшие себя в качестве «временных» жителей, которые, скорее всего, не имели собственности в городе, считали себя вправе уклониться от взносов. В то же время интерес к проекту проявили и те, кто не присутствовал в городе физически. Один из благотворителей заявил о себе как о «некоренном жителе» и тем не менее пожертвовал при этом 500 рублей⁶⁶⁹. Любая промышленная и торговая деятельность была

⁶⁶² Там же. Л. 183.

⁶⁶³ Там же. Л. 178.

⁶⁶⁴ Там же. Л. 185.

⁶⁶⁵ Там же. Л. 172.

⁶⁶⁶ Там же. Л. 195.

⁶⁶⁷ Там же. Л. 216.

⁶⁶⁸ Штылько А. Астраханская летопись. Исторические известия, события, постановления правительственных и друг. учреждений и факты из общественной жизни г. Астрахани с 1554 г. по 1896 г. включительно. Астрахань, 1897. С. 42.

тесно связана с использованием рабочих. Поэтому купцы, рыбопромышленники и владельцы предприятий были заинтересованы в том, чтобы жители Астрахани употребляли здоровую воду и оставались здоровыми. Таким образом, качество воды напрямую влияло на уровень их экономического благосостояния.

Рассмотренный кейс свидетельствует о том, что в условиях эпидемии холеры проблемы городского благоустройства вышли за рамки хозяйственного обсуждения и стали включать в себя медико-топографическую составляющую. В санитарно-гигиенический дискурс оказались вовлеченными медицинские чиновники, военный губернатор, чиновники строительного комитета и наиболее состоятельные городские жители. Эпидемии, как неотъемлемая часть городской жизни, вынуждали местную администрацию искать диалог в вопросах охраны здоровья и с врачами, и с населением.

Однако эффект, произведенный эпидемией, оказался кратковременным. Завоеванный во время холеры авторитет врачей сохранялся недолго. В последующие годы члены врачебной управы не привлекались к управлению городом⁶⁷⁰. Летом 1836 года, когда в Астрахани обсуждался проект устройства колодца, ни один медик не участвовал в дискуссии⁶⁷¹. В 1838 году, когда заработала новая комиссия по благоустройству Варвациевского канала, в ней не было членов врачебной управы⁶⁷². Видимо, в первой трети XIX века диалог бюрократии и врачебной профессии был sporadическим и вынужденным.

Медико-топографические описания военных врачей

Иные стимулы вести медико-топографические описания были у российских военных врачей. На их долю выпала одна из самых сложных задач — изучать территории предстоящих или идущих военных действий, а также присоединенные к империи в результате войн. Особую озабоченность вызывали крепости и поселения, отвоеванные Россией у Османской империи в результате русско-турецких войн 1806—1812 и 1828—1829 годов⁶⁷³. Часть медицинских топографий посвящены территориям, которые империя обрела в результате военных кампаний против Ирана в 1804—1813 и 1826—1828 годах⁶⁷⁴. Кроме того, военные медики активно изучали Кавказ и заселяющие его народы, которые постепенно становились ча-

⁶⁶⁹ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 30. Л. 175.

⁶⁷⁰ ГААО. Ф. 901. Оп. 1. Д. 6.

⁶⁷¹ ГААО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 231.

⁶⁷² Рубцова С. С. Градостроительная эволюция Астрахани. Кн. 2. Градообразующие элементы. Ульяновск, 2017. С. 66.

стью России, начиная с русско-турецкой войны 1806—1812 годов и заканчивая подавлением последних очагов сопротивления местных жителей в 1864 году⁶⁷⁵.

Оказавшиеся по долгу службы в пограничных зонах империи, штабные и госпитальные лекари вели записи своих наблюдений за местными жителями и условиями жизни вверенных им воинских частей. «Находясь более десяти лет в сем краю на службе, — сообщил о себе лекарь Дмитровского военного госпиталя Прохорович, — и занимаясь пользованием больных не только в лазаретах в главном Черноморского Казачьего войска городе Екатеринодаре... но и по всей области сего войска, а особливо во время свирепствования повальных болезней, я в свободное время делал наблюдения о сей земле, о воде, об атмосфере здешнего края, от чего и каким образом в здешних местах всегда почти свирепствуют повальные болезни не только между регулярным войском, здесь квартирующим, но и между Черноморскими казаками, издавна здесь обитающими»⁶⁷⁶.

Созданным текстом армейский врач намеревался убедить власти «сколь нужно в таковом климате произвести перемену воздуха для прекращения гибельных повальных болезней, от коих ежедневно немало умирает людей»⁶⁷⁷. Отданная императрицей Екатериной II во владение казакам земля, по мнению автора, таит немало опасностей для них. Например, в летнюю жару от болот и камышей здесь поднимается губительная синяя мгла. «По долгу службы моей объезжая селения... я находил их [обывателей] всегда бледными, желтыми и от слабости едва движущимися»⁶⁷⁸. Для борьбы с этой агрессией врач предлагал: запретить казакам пить воду из гниющих речек и ловить в них рыбу, заставить их рыть колодцы, жечь камыши и есть чеснок⁶⁷⁹.

⁶⁷⁵ По условиям Бухарестского мирного договора, заключенного в 1812 году, в южные рубежи империи были включены часть Молдавского княжества, Бессарабия и часть Черноморского побережья. Согласно Адрианопольскому мирному договору 1829 года к России перешли территории Черноморского побережья и Кавказа. В 1833 году в «Журнале МВД» и в «Военно-медицинском журнале» были опубликованы две медицинских топографии: «Медико-топографические замечания о Бессарабской области» и «Медико-топографическое описание Закавказского края, Бессарабии и Булгарии штаб-лекаря Р. С. Четыркина». Кроме этих работ, в 1835 году отдельным оттиском вышла работа Х. Витта под названием «О свойствах климата Валахии и Молдавии и так называемой Валахской язве, которая свирепствовала во Второй Армии в продолжение последней Турецкой войны».

⁶⁷⁶ Медико-топографические замечания об Имеретии, Мингрелии и Гурии, извлеченные из рукописного сочинения И. Голицынского, штаб-лекаря Потийского госпитального отделения // Военно-медицинский журнал. 1837. Ч. 29. № 1. С. 62—91; Заблоцкий П. Обзорение Тальшинского ханства в медико-топографическом и статистическом отношении за 1836 год // Журнал МВД. 1837. Ч. 26. № 11. С. 307—371.

Штаб-лекарь 10-й артиллерийской бригады М. Булгаков тоже был осведомленным наблюдателем. В течение семи лет проживания в Малороссии он непрерывно вел дневниковые записи⁶⁸⁰. По признанию автора, это был не приказ начальства, а внутреннее побуждение, которое вызвали западные публикации такого рода. И поскольку он желал быть «по мере сил полезен любезнейшему отечеству», то сосредоточил внимание на местных способах лечения и лекарственных растениях. В отличие от высокомерия российских натуралистов XVIII века, клеймивших народных лекарей как шарлатанов⁶⁸¹, Булгаков относился к ним с почтением и уверял, что знание народных способов излечения и местных трав позволит России быть независимой от культурных претензий Запада⁶⁸².

Опровергая мнение западных медиков о трудных для человеческого проживания условиях в России, М. Булгаков заверял, что, «климат Малороссии всегда был самым благоприятным для жизни»⁶⁸³. И потому здесь нет специфических болезней, а «жители здешних мест от природы здорового и довольно крепкого телосложения, плотны, статны и росту более, нежели среднего»⁶⁸⁴. Если в Малороссии вообще есть болезни, то они, по

⁶⁷⁵ Извлечение из медико-топографического описания Кавказской области за 1832 год и из объездного журнала, составленного Г. Инспектором Управы, Доктором Гефтом // Друг здоровья. 1833. № 4. С. 32; Извлечение из медико-топографического описания Кавказской области за 1832 год и из объездного журнала, составленного Г. Инспектором Управы, Доктором Гефтом // Друг здоровья. 1833. № 5. С. 40; Медико-топографические сведения о Грузии // Журнал МВД. 1834. Ч. 14. Кн. 11. С. 183—195; О характере болезней в Грузии и об употреблении средств простонародных, сочинение доктора Рейнгардта // Военно-медицинский журнал. 1834. Ч. 24. № 1. С. 102—123; Медико-топографический взгляд на места, русскими войсками заняты в Абхазии, сочинение штаб-лекаря Баженова // Военно-медицинский журнал. 1838. Ч. 31. № 1. С. 3—27; Медико-топографическое описание Эриванского уезда, сочинение штаб-лекаря А. Бардовского // Военно-медицинский журнал. 1847. Ч. 50. № 1. С. 1—86.

⁶⁷⁶ О положении Кубанской земли, о воде, об атмосфере здешнего климата, о причинах произрастающих повальных болезни в сем краю, о предохранении от оных и лечении, сочинение старшего лекаря Дмитриевского военного госпиталя надворного советника Прохоровича // Военно-медицинский журнал. 1826. Ч. 8. С. 225—226.

⁶⁷⁷ Там же. С. 229.

⁶⁷⁸ Там же. С. 227.

⁶⁷⁹ Там же. С. 229.

⁶⁸⁰ Медико-топографическое описание Черниговского, Гродненского и Сосницкого поветов // Военно-медицинский журнал. 1827. Ч. 9. № 2. С. 232—282.

⁶⁸¹ *Лепехин И. И.* Дневные записки путешествия доктора и академии наук адъютанта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства, 1768 и 1769 году. Ч. 1. СПб., 1795. С. 16—17.

⁶⁸² Медико-топографическое описание Черниговского, Гродненского и Сосницкого поветов. С. 234, 245, 281.

мнению Булгакова, были порождены тем, что жители не приспособились к произошедшим «важным переворотам и необыкновенным явлениям на земном шаре»⁶⁸⁵.

Свои рекомендации Булгаков обращал не столько к властям, сколько к соотечественникам. Они предстают в его тексте не объектом заботы власти, а субъектами жизни. Булгаков призывал малороссов хранить свое природное здоровье. Для этого следовало содержать улицы в чистоте, зарывать трупы животных, не разводить табак на огородах в селениях, осушать болота, во время жары спать в тени и не ложиться на голую землю. Надо пить чистую воду, не есть жирную пищу и незрелые плоды, не злоупотреблять спиртным и лечить венерические болезни в больницах.

Помимо того, что малороссы не адаптировались к изменениям в климате и являются жертвами собственной беспечности⁶⁸⁶, их тела страдают от нерациональной политики власти. Так, причиной распространившегося среди простолюдинов пьянства Булгаков считал монополию местного дворянства на винокурение, большое число таких заводов и дешевизну вин. А венерические болезни, уверял врач, принесло в Черниговскую губернию расквартирование здесь армейских частей⁶⁸⁷. В 1830-е годы такие утверждения уже не встречаются во врачебных текстах. Там источником любых заражений служат либо соседние государства (например, Турция, насылающая на дунайские княжества чуму⁶⁸⁸), либо местное население представляет угрозу для русских чиновников и армии.

Главный врач военно-временных госпиталей в Молдавии и Валахии С. Ф. Добронравов издал описание места своей службы в 1831 году. В предисловии он упомянул, что был свидетелем того, как «два смертоносных поветрия (эпидемии холеры. — *Авт.*) губительно свирепствовали в тех странах»⁶⁸⁹. Специфика исследуемого места состояла в том, что официально княжества Молдавия и Валахия были вассалами Турции, но согласно условиям Адрианопольского договора 1829 года находились под протекторатом Российской империи. Армейский врач символически присоединил Дунайские княжества к России посредством исторических аллюзий. Текст начинается с описания событий русского прошлого, которые происходили на этих землях. Благодаря этому турецкие владения на-

⁶⁸³ Там же. С. 258.

⁶⁸⁴ Там же. С. 261 и 264.

⁶⁸⁵ Там же. С. 258, 260.

⁶⁸⁶ Там же. С. 266.

⁶⁸⁷ Там же. С. 266.

⁶⁸⁸ *Добронравов С. Ф.* Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии, составленное бывшим главным доктором всех военно-временных госпиталей в княжествах Молдавии и Валахии и крепости Силистрии, с присовокуплением статистической таблицы г. Бухареста 1831-го года. М., 1835. С. 77.

⁶⁸⁹ Там же. С. 6.

полнились деяниями древнерусских князей, а также военными подвигами Петра I и генералиссимуса Суворова.

Описание условий проживания и экономического потенциала данного региона автор выстроил на более близкой по времени оппозиции «было и стало». До прихода сюда российской администрации на городских улицах были нечистоты, но теперь благодаря генерал-адъютанту П. Д. Киселеву «многие улицы вымощены камнем, а в других деревянные мостовые подправлены, и в каналах, вырытых для стока нечистот, равно и во всем городе соблюдается возможная чистота и опрятность»⁶⁹⁰. Реки в целом являются источниками богатства, но в данных условиях они — препятствие для экономического развития княжеств. Без умелого управления они, «будучи загромождены на всем своем течении водяными мельницами, не принося никакой пользы жителям, застаиваются и гниlostными своими испарениями заражают воздух»⁶⁹¹. Так же и с минеральными источниками. До прихода российской власти они не использовались в качестве лечебного средства, поскольку их химический состав не был известен, но теперь они изучаются присланными из Петербурга специалистами.

В версии армейского врача, хорошие урожаи тоже являются результатом правильно организованного хозяйства. Низкий уровень культурного развития аборигенов не позволяет им эффективно использовать природные ресурсы занимаемой территории⁶⁹². Надо сказать, что подобные заверения характерны для армейских врачей, служивших на недавно присоединенных к России территориях. «Имеретия, — писал, например, штаб-лекарь И. Голицынский, — весьма изобилует тучными лугами и плодородными нивами; при всем том однакож скотоводство и хлебопашество не находятся здесь в цветущем состоянии. Беспечный Имеретинец не заботится о средствах, могущих улучшить домашний быт его»⁶⁹³. И «Абхазия страна дикая, но богатая красотой своею и дарами природы»⁶⁹⁴ не приносит доходов, потому как ленивые и живущие в состоянии постоянной опасности горцы не могут сделать ее богатой⁶⁹⁵. Так власть получила от врачей научные аргументы для легитимации управления вновь обретенными землями.

В условиях расквартирования войск на территории другого государства главной заботой армейского врача как служащего Российской империи было сохранение жизни и здоровья вверенных его попечению воин-

⁶⁹⁰ Там же. С. 7.

⁶⁹¹ Там же. С. 28.

⁶⁹² Там же. С. 37.

⁶⁹³ Медико-топографические замечания об Имеретии, Мингрелии и Гурии. С. 67.

⁶⁹⁴ Медико-топографический взгляд на места, русскими войсками заняты в Абхазии. С. 3—27.

⁶⁹⁵ Там же. С. 14.

ских чинов. Это обстоятельство провоцировало медиков описывать княжества Молдавии и Валахии, Грузию, Абхазию, Эриванский уезд, Имеретию, Мингрелию, Гурию, Кубанские земли, Бессарабию как опасные зоны. В каждом из этих регионов есть болезни, которые поражают только туземцев⁶⁹⁶, и есть болезни, не опасные для аборигенов, но нападающие на пришельцев⁶⁹⁷.

Так же как в колониальных описаниях заморских земель, местная вода в версии врачей представляла источник опасности для не-аборигенов. «Вообще здешняя вода солоновата, — предупреждал соотечественников Добронравов, — быстротою течения оной увлекаемый песок, глина и другие вещества делают ее мутною; а нечистоты, навозные кучи и дохлые животные, по обыкновению жителей, бросаемые в воду, совершенно для питья неспособною»⁶⁹⁸. Поэтому пришельцы «от продолжительного употребления оной получают различные брюшные недуги»⁶⁹⁹, «все почти Русские получают здесь завалы (*obstructiones viscerum*) внутренностей»⁷⁰⁰. Российские чиновники и европеизированные местные элиты вынуждены защищаться от вредной воды посредством камня-песчаника. А вот для аборигенов она хороша и не опасна.

Как и в тексте Булгакова, природа Молдавии и Валахии обладает у Добронравова антропоморфным агрессивным поведением: ее воздействие на человека описывается через метафору нападения. «Болотные испарения при действии солнечной теплоты, из сих мест в виде тончайшей миазмы исходящие, и по причине закрытого положения долин, не рассеиваемые ветром, сгущаясь вечернею прохладю, обратно нисходят на землю и действуют вредным образом на тело человеческое, производя лихорадки»⁷⁰¹. То, что это не уникальный взгляд на вещи, не фиксация конкретной ситуации, а стереотипизация, доказывает знакомство с другими медико-топографическими исследованиями военного ведомства. Не гниlostные болота, так удушливые степи, не ледяная пустыня, так непроходимые леса представляют угрозу русским войскам в присоединенных к России землям. Описывая Грузию, армейский врач уверял, что местные горы «поглощают падающие на них солнечные лучи, раскаляются и по заходе солнца, отражая их подобно фокусу, распространяют влажность и духоту»⁷⁰².

⁶⁹⁶ О характере болезней в Грузии и об употреблении средств простонародных. С. 120.

⁶⁹⁷ Медико-топографические замечания об Имеретии, Мингрелии и Гурии. С. 62.

⁶⁹⁸ Добронравов С. Ф. Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии. С. 30.

⁶⁹⁹ Там же. С. 30.

⁷⁰⁰ Там же. С. 68—69.

⁷⁰¹ Там же. С. 70.

⁷⁰² Медико-топографические сведения о Грузии. С. 184.

Настороженное отношение военных к местной природе унаследовали и штатские врачи, позже направленные в те же регионы Медицинским советом МВД. «Местные камыши, — подтвердил бессарабский врач, — рождают синюю мглу, которая вызывает головную боль с головокружением и обмороками. Их цветение сопровождается смрадом, который есть причина упорных желчных болезней и перемежающейся лихорадки»⁷⁰³. И если применительно к «своей» Кубани Прохорович писал об опасности этого для людей вообще, то относительно Бессарабии миазмы от болот и камышей представляли своего рода реакцией на русское присутствие, а потому были опасны только для прибывших сюда чиновников и военнослужащих. И в Якутии пришлых людей подстерегали опасности: цинга, холод, темнота, мошкара. А для местных жителей этот климат и ландшафт были здоровыми. Вопреки представлениям западных теоретиков «будто близкая к полюсам полоса Земного шара вредит органическому развитию и сокращает жизнь людей», якуты живут долго⁷⁰⁴.

Климат, особенности ландшафта, набор видов флоры и фауны, а также «местные болезни» создают в медико-топографических описаниях границы регионов. Поскольку университетская подготовка врача включала изучение натуральной истории, авторы описаний использовали ее понятия и таксономию (например, зоологическую систему К. Линнея). При этом они заверяли, что описываемые ими территории еще не изучены или слабо изучены. Так, хотя отечественные журналы часто публиковали записки о путешествиях в земли якутов и тунгусов⁷⁰⁵, местный акушер утверждал, что эти области являются белым пятном в землеведении.

Что касается описаний народов, то во врачебных текстах этнографический язык был вытеснен медико-биологическими и медико-химическими терминами и теориями. Так, негативное воздействие регионального климата на организм объяснялось не в категориях культуры, а как цепная химическая реакция: от миазмов гнилого воздуха «происходит цепенение членов, потеря языка, отсутствие рассудка»; «от сего ослабляется пищеварение, происходит в количестве и качестве измененное выделявание питательного сока, испорченное кровотообразование, уподобление и плототворение»⁷⁰⁶. Данное описание выдает увлечение русских врачей теорией М. Штоля, «отличительный характер которой, — как сообщал «Медико-физический журнал», — состоит в непрерывном отношении всего к эпе-

⁷⁰³ Медико-топографические замечания о Бессарабской области. С. 192.

⁷⁰⁴ Уклонский А. Краткие медико-топографические и частью статистические замечания о Виллоиском округе Якутской области // Журнал МВД. 1841. Ч. 39. Кн. 1. С. 95.

⁷⁰⁵ Н. П. Поездка к Ледовитому морю, Фр. Белявского — Поездка в Якутск, изд. Н.Щ. (Окончание) // Московский телеграф. 1833. Ч. 52. № 13. С. 242.

⁷⁰⁶ Там же. С. 74.

димическому состоянию атмосферы, а также к желудочным и кишечным нечистотам»⁷⁰⁷.

Болезни занимают промежуточное положение между природными и культурными особенностями регионов и связаны с тем и другим. Соответственно, они разделены на сезонные и «заразительные». Так, весной в Молдавии и Валахии господствуют лихорадки, летом — горячки желудочные и желчные, осенью — смертоносные поносы, зимою — воспалительные болезни⁷⁰⁸. Потребление незрелых плодов, холодные вечера, ветры с дождем и недостаток чистой питьевой воды делают лихорадки и поносы спецификой данной местности. А вот «заразительные» болезни зависят от культуры, то есть человеческих обычаев и нравов.

Посредством поступающих от армейских врачей сведений правительственные чиновники убеждались, что все присоединенные к России народы обладают общими культурными свойствами, обусловленными их более низким уровнем культурного развития. Во-первых, почти все они нечистоплотны. «Должно заметить, — сообщал доктор Рейнгардт, — что и всякая даже зараза нигде так легко не распространяется, как между Грузинами, а именно от того, что они весьма неопрятны, белья не переменяют и рубаху носят до тех пор, пока оставшиеся изорванные и грязные лоскутья сами спадут с тела»⁷⁰⁹. И для горцев Северного Кавказа характерны неопрятность и отсутствие бань⁷¹⁰.

Во-вторых, аборигены не приучены к систематическому труду. Молдаване ленивы, нерадивы, и потому они голодают и болеют⁷¹¹. Простолюдины предпочитают есть кукурузу и просо только потому, что «оне требуют к обработанию своему немного времени»⁷¹². То же самое с абхазами, у которых «особливо между низшим классом жителей, редко можно найти что-либо кроме твердого чурека, выпеченного из кукурузной муки... фрукты составляют главную их пищу. Ленивость, привычка, а также и то, что всякий Горец последнее свое достояние употребляет на заведение и украшение оружия, суть причиною их бедного быта»⁷¹³.

⁷⁰⁷ Обзорение важнейших открытий, теорий и систем Врачебной науки от 1700 до 1790 гг., то есть до издания журнала изобретений // Медико-физический журнал. 1808. Ч. 1. С. 23—24.

⁷⁰⁸ *Добронравов С. Ф.* Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии. С. 69

⁷⁰⁹ О характере болезней в Грузии и об употреблении средств простонародных. С. 120—121.

⁷¹⁰ Медико-топографические замечания об Имеретии, Мингрелии и Гурии. С. 79.

⁷¹¹ *Добронравов С. Ф.* Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии. С. 38.

⁷¹² Там же. С. 39.

⁷¹³ Медико-топографический взгляд на места, русскими войсками занятые в Абхазии. С. 14.

В-третьих, туземцы обладают культурными пороками, которые приводят к телесным безобразиям. Так, молдаване «корыстолюбивы и жестоко-сердны к подчиненным, а их женщины не соблюдают супружеской верности»⁷¹⁴. Как следствие, жителей Молдавии и Валахии можно опознать по зобу или «гуши» (иногда таких размеров, что человек носит их на плече⁷¹⁵) от потребления талой воды; по грыжам от верховой езды; по отсутствию зубов от цинги; по золотушному цвету кожи от неумеренного потребления косметики; по венерическим нарывам и гноянкам от ветрености и непостоянства⁷¹⁶.

И, наконец, туземцы сопротивляются русскому управлению, редко пользуются услугами ученых врачей и не соблюдают их предписания. А между тем введенные русским командованием в дунайских княжествах контроль и дисциплина (санитарные карантинные, освидетельствования жителей, пропаганда профилактических мер) сохранили во время эпидемии чумы жизнь многим аборигенам⁷¹⁷. Следовательно, подчинение есть способ выживания для них. Если они будут покорны и послушны Петербургу, то, как предсказывал армейский врач: «чумная зараза в скором времени совершенно, и быть может, навсегда прекратится в княжествах»⁷¹⁸.

Сопротивление власти врача, следование местным обычаям тоже чревато жертвами. Так, распространению эпидемий в Грузии способствовало «обыкновение посещать больных, строго наблюдаемое не только между членами семейства и дальнейшими родственниками, но и между друзьями и соседями. Сия толпа сострадальцев остается несколько дней в доме больного и наскучает ему советами и соучастием, очищая, между тем, домашние запасы»⁷¹⁹. Плохо бывает казакам, если навещающие их в госпитале родственники своими приношениями срывают лечебную диету⁷²⁰.

⁷¹⁴ *Добронравов С. Ф.* Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии. С. 83.

⁷¹⁵ Публикуя в 1834 году фрагменты книги Добронравова, редакция «Военно-медицинского журнала» проиллюстрировала их рисунками из рукописи капитана Винокурина «Извлечение из статистического описания Валахии, составленное при Геодезическом отряде Генерального Штаба» (1833). См.: Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии Добронравова // Военно-медицинский журнал. 1834. Ч. 24. № 2. С. 212.

⁷¹⁶ *Добронравов С. Ф.* Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии. С. 78—81.

⁷¹⁷ Там же. С. 76

⁷¹⁸ Там же. С. 77.

⁷¹⁹ О характере болезней в Грузии и об употреблении средств простонародных. С. 120—121.

⁷²⁰ Краткий исторический и медико-топографический очерк Кубанской кордонной линии Черноморского Казачьего войска // Журнал МВД. 1836. Ч. 20. № 4. С. 26.

Правда, иногда туземцы сами стихийно и неосознанно приходят к принятым на Западе санитарным нормам. Так, в Имеретии, Мингрелии и Гурии эпидемии не распространяются из-за отдаленности поселений и осторожности жителей. «Если в каком-либо семействе оказался больной такого рода (с горячкой или поносом. — *Авт.*)... тогда здоровые члены семейства не остаются в жилище своем, а только издали присматривают за больным, а при доставлении ему пищи и питья наблюдают величайшую осторожность. При возрастании же числа больных таких и особливо при скоропостижной смерти некоторых из них, здоровые члены семейства тотчас оставляют дом свой, и, похоронив умерших, расходятся в отдаленные места»⁷²¹. В медико-топографических описаниях такое наитие туземцев только подтверждает легитимность научной медицины и ее право на принуждение.

Таким был ракурс медицинского описания периферийных территорий. Военные врачи были первопроходцами в их распознавании и описании и в отношении присоединенных территорий делали основной упор на природно-географические факторы здоровья. В XIX столетии во многом с помощью сделанных ими медико-топографических описаний конструировались границы империи, наносились на карту присоединенные территории и изучались населяющие их народы.

Первые поселенцы Черноморского края, выходы из Запорожской Сечи не знали многих болезней. Однако длительное проживание в новом климате и общение с черкесами, или, как их еще называли, «хищными закубанцами», а также игнорирование русских обычаев и пренебрежение собственным здоровьем сделали казаков восприимчивыми к местным болезням⁷²². То, что оказывалось вредным для русских, признавалось безопасным и даже в некоторых случаях полезным для местных жителей. Несколько врачей, независимо друг от друга, писали о том, что туземцы не страдали от употребления кирпичного чая и мяса мертвых животных⁷²³.

Исследуя вектор распространения болезней, медики наделяли одних соседей статусом дружелюбных, не «заразительных» стран, а других превращали в опасных и инфицированных. «Гнездилищем чумы, или, по крайней мере, всех гнилостных болезней»⁷²⁴ признавались турецкие территории, климат которых, некогда считавшийся здоровым, стал губительным для здоровья человека, в особенности европейца. И. Яроцкий скон-

⁷²¹ Медико-топографические замечания об Имеретии, Мингрелии и Гурии. С. 78.

⁷²² Краткий исторический и медико-топографический очерк Кубанской кордонной линии Черноморского Казачьего войска. С. 15.

⁷²³ ГА РТ. Ф. 977. Оп. совет. Д. 2778. Л. 26; ГА РТ. Ф. 977. Оп. мф. Д. 364. Л. 20 об.

⁷²⁴ Яроцкий И. Замечания об Александрии, Смирне и Константинополе в физическом и медицинском отношениях, извлеченные из сочинения Доктора Лю Обера «О чуме» // Журнал МВД. 1841. Ч. 39. Кн. 1. С. 110.

центрировал все возможные причины нездоровья именно здесь: загрязненные водохранилища, улицы, тесные постройки, кладбища и чумные госпитали. Многие российские медики подчеркивали угрозу заражения, исходившую из Турции. Голицинский писал, что чума появляется в Гурии обычно из Турции. Нерадение о больных животных местных жителей Тираспольского уезда объяснялось их предрассудками и верой в турецкую судьбу — *Fetum Magometanu*, что означало «чему жить, то не умрет»⁷²⁵. Штаб-лекарь Г. Калери, идеализируя климат Мариупольского округа, был убежден в том, что местность и климат не располагают к заболеваниям, а болезни распространяются с Востока на Запад⁷²⁶. Так формировалось политическое представление о Турции как о «большом соседе», источнике заразы.

Кроме того, одной из важнейших задач этих текстов было продемонстрировать возможности российских войск, размещающихся на южных и восточных окраинах, с точки зрения их склонности или неприятия местных климатических особенностей, подверженности местным заболеваниям, профилактических и лечебных рекомендаций.

Еще одной отличительной особенностью многих военно-медицинских топографий являлось их построение, исходя из логики ведения боя. Так, кубанский медик смотрел на болота, поросшие камышами, прежде всего не как на источник заразы, а как на пограничные линии. Он утверждал, что в летнее время они служили естественной защитой от набегов черкесов, хотя в то же время отравляли воздух миазматическими испарениями, причиняя болезни. Военным врачам приходилось постоянно искать компромиссы между желанием сберечь солдат от невидимой опасности, исходящей от болезней, и реальной угрозы от нападений. Как писал автор «Краткого исторического и медико-топографического очерка Кубанской кордонной линии Черноморского Казачьего войска»: «Правила стратегии не всегда совпадают с правилами гигиены»⁷²⁷.

Итак, медико-топографические исследования в виде медико-физических ведомостей и медико-топографических описаний были средством формирования медико-географического знания о России. Предполагалось, что оно необходимо для правильного, то есть рационального управления страной. И хотя такие исследования не были первым и уж тем более единственным проектом по изучению и описанию природных и человеческих ресурсов Российской империи⁷²⁸, они имели явное преимущество: ими занимались университетски обученные государственные служащие.

⁷²⁵ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 352. Д. 56. Л. 13 об.

⁷²⁶ ЦГА г. Москвы. Ф. 418. Оп. 352. Д. 48. Л. 32.

⁷²⁷ Краткий исторический и медико-топографический очерк Кубанской кордонной линии Черноморского Казачьего войска. С. 11.

Географические исследования медиков содержали информацию о проблемах локального управления, а также предлагали способы их устранения. На полях рукописей медико-топографических описаний и медико-физических ведомостей, обнаруженных нами в архивах, содержится множество пометок, сделанных медицинскими чиновниками высших органов управления медико-санитарным делом⁷²⁹. Очевидно, что эти документы прочитывались и проверялись, а информация, представленная в них, обрабатывалась и отбиралась для возможной публикации. Однако если оценивать взаимодействие врачей и органов управления по большому счету, то приходится констатировать, что бюрократы оказались некомпетентными или неспособными в силу других причин принять работу, проделанную врачами. Медики производили знания об империи, однако даже во второй половине столетия не было механизма их переработки и административного использования.

Тем не менее организация и проведение медико-топографических исследований имели важные последствия как для государства, так и для врачей. Признавая это, самарский гигиенист Ю. Б. Укке писал, что на собственном опыте убедился, как такое знание важно и для управления, и для лечения⁷³⁰. Участие в этом производстве заставило врачей «возвыситься» над своими создателями — политиками — и стать критиками действий административных структур и чиновников. Это запустило медиализацию социального и политического воображения.

Собирая по заданию врачебных управ и военных ведомств сведения и проводя исследования, лекари стали ощущать себя экспертами, знающими больше о проблемах империи, чем прочие чиновники. Они считали себя обязанными просвещать губернских служащих: взаимодействовать с ними, знакомя через медико-топографические описания с проблемами государства, давать советы по их разрешению. Тем самым врачи стали цивилизаторами империи, профессиональной группой, чувствующей свою ответственность перед государством, а язык медико-топографических описаний стал одним из языков империостроительства.

Кроме того, самим врачам участие в медико-топографических исследованиях предоставляло шанс продвинуться по карьерной лестнице, получить более высокую ученую степень, связанные с ней чин и прибавку к жалованью. Профессиональная медицинская элита Медицинского совета

⁷²⁸ Краткий обзор привлечения различных профессиональных групп к измерению и описанию Российской империи: *Гатина З. С.* Врачебная экспертиза в системе управления Российской империи первой половины XIX века: Дис. ... канд. ист. наук. М., 2017. С. 40—44.

⁷²⁹ См., например: РГИА. Ф. 1297. Оп. 18. Д. 537. Л. 426.

⁷³⁰ *Укке Ю.* Предложение об учреждении нозогеографического общества // Московская медицинская газета. 1861. № 36. С. 299.

и медицинских факультетов видела в медико-топографических исследованиях средство продемонстрировать чиновникам эффективность врачебной деятельности. Учитывая, что врачи в России являлись одновременно государственными чиновниками и представителями врачебной профессии, медико-топографические описания стали площадкой соединения бюрократического и научного знания.

Обогащение медико-географического знания на научном уровне носило локальный и частичный характер. Это осуществлялось через экспертизу, рецензирование и публикацию соответствующих сочинений. Приращение медико-географического знания о Российской империи происходило в результате обобщения индивидуального опыта врача-исследователя.

В мировую науку трансфер и интеграция российского знания были затруднены русским языком их передачи. Известный немецкий климатолог А. А. Мюри (1810—1888) использовал 300 медико-географических текстов врачей из разных городов и стран для создания мировой медицинской географии⁷³¹. Не зная русского языка, он воспользовался лишь несколькими медико-топографическими текстами о российских регионах, опубликованными в немецкоязычном журнале Общества немецких врачей в Санкт-Петербурге «*Medizinische Zeitung Russlands*». Российские медики были разочарованы. Обращаясь к коллегам, Укке писал в 1861 году, что это слабая попытка обобщения, собрание нозогеографических очерков без систематической связи⁷³². Вину за почти полное отсутствие России в мировой географии болезней он возлагал на русских исследователей: медико-топографические описания фрагментарны, не содержат обобщений и, выполненные на русском языке, не транслируются в мировое научное сообщество. Если в результате проведенного исследования нам все же удалось найти следы переработки медико-топографического знания на научном и локальном уровнях (микроработы), то свидетельств изготовления на основе медико-топографических описаний аналитического инструмента для управления регионами (макроработы) обнаружено не было. Судя по всему, многочисленные тексты врачей не стали в Российской информационной или научной основой, на которую опиралось государство при разработке и внедрении конкретных медико-профилактических и санитарных мер.

⁷³¹ Mühry A. A. Die Geographischen Verhaeltnisse der Krankheiten, oder Grundzuege der Noso-Geographie. Leipzig, Heidelberg, 1856. Vol. 2. S. IV.

⁷³² Укке Ю. Предложение об учреждении нозогеографического общества. С. 299.

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА И КАРТЫ

Рассматривая созданные в Российской империи статистические таблицы заболеваемости и смертности, легко предположить, что эти данные открыли образованным современникам объективную картину трудностей их жизни, убедили в необходимости принимать меры во спасение. Так эти цифры прочитываются и осмысливаются сейчас. Но, может быть, современники видели их иначе? Вполне возможно, что сейчас у исследователя взгляд, поставленный комментариями демографических историков и ретроспективными знаниями. Возможно, что российские обыватели видели в этих цифрах нечто иное или просто не верили в них, к тому же неизвестно, умели ли они их читать.

Занимающиеся санитарной статистикой медицинские историки здравоохранения⁷³³ этими вопросами не задаются. Для них таблицы заболеваемости — это зеркало реальности, часть государственного и научного знания, абсолютно необходимого для успешной политики населения. Такая вера побуждает писать историю санитарной статистики как историю «информационного обеспечения отрасли здравоохранения», изобретения технологий учета и методик выведения количественных показателей⁷³⁴.

Мы решили отказаться от максимы априорности и изменили исследовательские вопросы. Для изучения конвенциональной природы медицинской географии (имеющей статус «точного знания») предстояло выяснить, как организация сбора эмпирических данных влияла на содержание получаемого из них знания. В частности, нас интересует, для чего людям XIX века был нужен учет заболеваемости, что они видели в этих таблицах: масштаб человеческих жертв, уносимых теми или иными болезнями? предрасположенность к болезням разных социальных слоев и жителей определенных мест? или бюрократическую реальность, то есть отчеты ведомств о служебном рвении?

Ради ответов на эти вопросы мы заменили слово *какой* (*какой была статистика?*), с которого начинались исследования наших предшественников, на слова *почему и как* (*почему собирались именно эти сведения? как они использовались?*). При этом нам пришлось сойти с широкой дорожки анализа статистических теорий на узкие тропы реконструкции соглаше-

⁷³³ Новосельский С. А. Предмет и содержание отечественной санитарной статистики в досоветский период ее развития. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0499/archiv02.php> (последнее обращение 29.09.2021); Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. М., 1960. С. 214—344; Очерки истории отечественной санитарной статистики / Ред. А. М. Мерков. М., 1966; Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин. М., 2001.

⁷³⁴ Огрызко Е. В. Состояние и основные направления реформирования медицинской статистики в Российской Федерации: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2011. С. 8.

ний об объектах мониторинга и показа, практик их регистрации и способов генерализации собранной информации.

Наше отношение к статистике сформировано критическими исследованиями. «Мыслить статистически» — так называется англоязычный бестселлер, знакомящий не-математиков со специфическим взглядом на мир людей, профессионально работающих с цифрами⁷³⁵. Он излагает результаты научных исследований по истории статистики в легкой и ироничной манере. Автор бестселлера Б. Ури объяснил массовому читателю, почему количественные данные обрели статус достоверного знания, как посредством абстрактных символов и математических уравнений можно упростить разнообразие, хаос и противоречия реального мира, как статистика создает иллюзии. Его повествование десакрализирует (и одновременно де-демонизирует) статистику и рассматривает ее историю как наладку оптического прибора с определенными возможностями показа и видения. Похожим образом мы смотрим на санитарную статистику в Российской империи.

Арифметика государств

В период становления современных империй статистические цифры обретали особый познавательный статус. Это было математическое, а значит объективное и достоверное знание, которое можно перепроверить, сравнить, использовать для реформирования областей государственной жизни или познания социальных явлений (в том числе таких, как здоровье нации, населения, армии, женщин, заключенных).

Производство количественных данных о заболеваниях и смертях предполагало скоординированную работу чиновников разных ведомств, причем со временем и по мере усложнения государств становилось все больше специалистов, вовлеченных в подсчеты. Десятилетиями правительства создавали из них исследовательские сети и информационные системы, поддерживали регулярность их работы. Настройка оптики статистической сети в разных странах осуществлялась по-разному, но везде требовала неуспешного административного контроля, ведомственного напряжения и финансовых затрат⁷³⁶. К тому же, развивая статистические службы, правительства руководствовались разнообразными соображениями: желанием рационально использовать природные и человеческие ресурсы для обретения благоденствия (Англия и Пруссия), для доказатель-

⁷³⁵ Uri B. Thinking statistically. Academia, 2011.

⁷³⁶ Stigler S. M. The History of Statistics: The Measurement of Uncertainty before 1900. Cambridge: Harvard University Press, 1986.

ства величия (Америка), для показа нации (Франция), для улучшения государственного управления (все).

Фрагментарность, противоречивость и недостоверность данных, доставляемых из провинции в центр, были слабостью почти всех статистических служб того времени⁷³⁷. Переломным моментом в мировой статистике оказались 1830-е годы. До этого статистические службы описывали те области, которые интересовали государство или богатых людей, вербальным языком и только дополняли его языком цифр. Таблицы, сделанные чиновниками, как правило, были отчетами об их деятельности и становились ненужными уже на следующий год, предавались забвению в канцеляриях и архивах. Но после наполеоновских войн, экономических блокад, угроз социальных революций правительства разных стран стали искать более точные аналитические инструменты для того, чтобы знать, контролировать и регулировать состояние территорий, подданных (или граждан), торговли, армии, суда.

В 1833 году при Министерстве торговли Франции была создана Генеральная статистическая служба (ГССФ)⁷³⁸. Она аккумулировала данные из административных отчетов разных ведомств и использовала материалы частных исследователей. В 1840 году такое же статистическое бюро было создано при МВД⁷³⁹. Туда в 1852 году была передана ГССФ. С начала века республиканское правительство публиковало статистические таблицы и отчеты, чтобы показать соотечественникам французскую нацию, ее параметры и состояние. Это была макрооптика государства. Частные статистики с 1820-х годов исследовали фрагменты этой картины с более близкого расстояния: собирали данные о состоянии здоровья военнослужащих или осужденных. Во времена Июльской монархии интерес французов оказался прикован к статистике заболеваемости в сиротских домах, тюрьмах и госпиталях. Ее собирали и анализировали оставшие военные врачи, сторонники общественного здравоохранения⁷⁴⁰.

В Англии обязанности по сбору и систематизации статистических данных о населении и условиях окружающей среды взяли на себя организованный в 1834 году Комитет по закону о бедных (Poor Law Commission) и созданная в 1837 году в соответствии с «Актом о регистрации рождений,

⁷³⁷ *Smith-Peter S.* Defining the Russian People: Konstantin Arsen'ev and Russian Statistics before 1861 // *History of Science*. 2007. № 45(1). P. 53; *Wolf S.* Statistics and the Modern State // *Comparative Studies in Society and History*. 1989. № 31(3). P. 602.

⁷³⁸ *The History of Statistics, their Development and Progress in Many Countries / Coll. and ed. J. Koren.* New York: Macmillan Company, for the American Statistical Association, 1918. P. 284.

⁷³⁹ *Desrosières A.* The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning. Cambridge: Harvard University Press, 1998. P. 151.

⁷⁴⁰ *Porter T.* The Rise of Statistical Thinking, 1820—1900. Princeton: Princeton University Press, 1986. P. 28.

смертей и браков» (Births, Deaths and Marriages Registration Act) Палата метрических записей и статистики народонаселения во главе с Главным регистрационным бюро (General Register Office). Усилия государства поддерживали частные статистические сообщества: Британская ассоциация содействия развитию науки (1833), Королевское статистическое общество, Статистическая ассоциация врачей и промышленников в Манчестере. Они совершенствовали методики сбора и анализа больших данных. Благодаря такому альянсу стало возможным издание Общего регистра записей гражданского состояния (смерти, бракосочетания, рождения, усыновления)⁷⁴¹.

В 1837 году Бюро разработало универсальные параметры обчета жителей, ввело регистрацию безработных, что привело к разработке и принятию закона о бедных. Палатой метрических записей и статистики народонаселения была введена централизованная система регистрации смертных случаев и их причин. Она положила начало изучению заболеваемости и смертности и позволила установить, в каких местностях смертность была особенно высокой, какие болезни уносили больше всего жертв. Эти данные показали, что летальность находится в прямом соотношении с условиями жизни. Систематизацией и научным анализом собиравшихся Палатой сведений занимался будущий основоположник санитарной статистики У. Фарр. На должность помощника главного регистратора его рекомендовал влиятельный политик и экономист Э. Чедвик.

Статистическая картина жизни, смертности и заболеваемости британцев, представленная Чедвиком и Фарром, оказалась настолько шокирующей, что члены правительства отказывались в нее верить. Поэтому ее дополнением стали специальные парламентские комиссии — комитет под руководством Р. Слэни (1840) и Комиссия по обследованию санитарного состояния больших городов под руководством герцога Бакклейча (1843—1845)⁷⁴².

Доклады парламентских комиссий побудили королеву Викторию провозгласить здравоохранение особым предметом заботы ее Величества. Тогда же правительство занялось подготовкой законодательных актов об охране здоровья. Итогом этой работы стало принятие в 1848 году знаме-

⁷⁴¹ Desrosières A. The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning. P. 167.

⁷⁴² Одновременно было создано несколько общественных организаций, занимавшихся разработкой санитарных проблем: Национальная комиссия бань и купален (1844), Ассоциация здравоохранения городов (1844), Ассоциация рабочих Лондона за улучшение здравоохранения (1846), Ливерпульская ассоциация здравоохранения городов (1845), Ассоциация борьбы за чистоту среди бедных, Общество для улучшения условий рабочих (возглавляемое принцем Альбертом). С 1843 года журнал «Строитель» стал вести неофициальную хронику санитарной модернизации Великобритании.

нитого «Акта об общественном здоровье» (Public Health Act)⁷⁴³. С тех пор Британия публиковала ежегодные статистические таблицы здоровья.

В отличие от французов и англичан, статистические службы немецких государств с самого начала находились в подчинении министерств не торговли, а внутренних дел. За первую половину XIX века почти во всех немецкоязычных землях появились специальные статистические бюро и управления (*Statistische Burös/Ämte*): Пруссия (1805), Вюртемберг (1820), Бавария (1833), Саксония (1831), Баден (1853), Гессен (1853). Они работали в традиционной манере отчетов, фиксирующих состояние географических объектов (их освоение, медицинское и экономическое состояние)⁷⁴⁴. Почти у всех служб тогда были схожие проблемы: отсутствие стандартизированной системы сбора данных и единых норм их обработки.

Историки, как правило, недоверчиво относятся к их выводам, считают их приблизительными и произвольными⁷⁴⁵. Впрочем, современники им тоже не очень доверяли. И не только из-за погрешностей в подсчетах. Большинство прусских чиновников, например, просто не верили, что с помощью математики и цифр можно что-то унифицировать или что-то улучшить в управлении. И это несмотря на то, что прусские короли и их правительства упорно добивались совершенствования учета ресурсов и повсеместного введения унифицированных стандартов. В Пруссии со статистическими таблицами работали, как правило, не канцелярские чиновники, а университетские профессора-камералисты. Это они математизировали статистику введением показателей, благодаря чему во второй половине века сначала Бавария, а потом Пруссия получили более совершенные зеркала своего состояния⁷⁴⁶.

⁷⁴³ *Склярова Е. К.* Становление системы общественного здравоохранения в Великобритании (конец XVIII в. — 1854 г.): Дисс. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2002; *Ringen K.* Edwin Chadwick, the Market Ideology, and Sanitary Reform: On the Nature of the 19th-Century Public Health Movement // *International Journal of Health Services*. 1979. № 9. P. 107—120; *Венгорова И.* Из истории социальной гигиены в Англии XIX века. М., 1970; *Lilienfeld D.* William Farr (1807—1883) — an Appreciation on the 200th Anniversary of His Birth // *International Journal of Epidemiology*. 2007. № 36(5). P. 985—987; *Fee E., Brown T.* The Public Health Act of 1848 // *Bulletin of the WHO*. 2005. № 83(11). P. 866—867.

⁷⁴⁴ *Spree R.* Historische Statistik des Gesundheitswesens // *Historische Statistik in der Bundesrepublik Deutschland* / Hsg. N. Diederich, E. Hölder, A. Kunz u.a. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1990. Bd 15. S. 106—126.

⁷⁴⁵ *Zwengelberg T.* Medizinische Topographien und stadthygienische Entwicklungen von 1750—1850, dargestellt an den Städten Berlin und Hamburg // *Natur und Gesellschaft: Perspektiven der interdisziplinären Umweltgeschichte* / M. Jakubowski-Tiessen, J. Sprenger J. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2014. S. 120—121.

⁷⁴⁶ *Гатина З. С., Муртофанов П. С.* Становление и развитие ведомственной медицинской статистики в Баварии и Пруссии (1800—1871) // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021. № 29(3). С. 560—566.

Статистические агентства появлялись и в других странах. Их назначение зависело от правительственной политики на местах. Так, в 1829 году в Австрии была создана постоянно действующая статистическая служба⁷⁴⁷. Она готовила таблицы с показателями развития государства исключительно для нужд правительства. В 1840 году для обработки и анализа этих данных в Вене была учреждена Особая канцелярия с профессиональным штатом ученых статистиков⁷⁴⁸. С начала века статистики Северных Американских Штатов интересовались изучением здоровья американцев. С одной стороны, эти данные должны были работать на доказательство величия страны, а с другой — разрушить стереотипы о физическом превосходстве одних групп населения перед другими и о здоровости/патогенности разных штатов⁷⁴⁹.

В Российской империи институционализация сбора количественных данных о состоянии здравоохранения и заболеваемости пришла на рубеж XVIII—XIX веков. Она происходила в контексте обновления государственного управления и профессионализации бюрократии. Тогда сбор числовых данных не был хорошо продуман и организован. Оптимистические надежды на возможность объективировать картину существующего состояния и тем самым определить направление и способы развития сменялись разочарованием в точности количественной оптики, возмущением от засилья бюрократических отчетов, волюнтаристских интерпретаций собранных данных, скепсисом в отношении возможности рационального управления. Но начиналось все, конечно же, с оптимизма и веры в конструктивистский потенциал инвентаризации и учета.

В 1802 году глава вновь созданного Министерства внутренних дел В. П. Кочубей заявил о желании знать ресурсы империи. Для этого он предписал подчиненным губернаторам собирать и регулярно присылать в Петербург сведения о численности россиян, их податях, объемах урожая хлеба, наполнении сельских запасных магазинов, количестве фабрик и заводов, городских доходах и публичных зданиях. Через два года в губернские правления были присланы таблицы из 16 пунктов. Ответы на вопросы должны были дать правительству представление о состоянии губерний в медицинском отношении. Предвосхищая возмущение провинциальных канцеляристов регулярными и часто повторяющимися запросами, столичный чиновник писал: «Сии сведения, ежели они вначале в сей точности собраны были, в продолжение времени могли сделаться неверными, когда о последовавших потом переменах врачебною управою донесено не было»⁷⁵⁰.

⁷⁴⁷ The History of Statistics, their Development and Progress in Many Countries. P. 86.

⁷⁴⁸ Ibid. P. 88.

⁷⁴⁹ Cassedy H. J. American Medicine and Statistical Thinking, 1800—1860. Cambridge: Harvard University Press, 1984. P. 9.

По замыслу министра и его помощников, губернаторы и их подчиненные будут каналами сбора и первичной обработки количественной информации об административных частях империи. Предполагалось, что министерства будут способны переработать этот полуфабрикат в готовый статистический продукт. В те годы штат министерств был скромным и по большей части малоквалифицированным в делопроизводстве⁷⁵¹. В 1805 году медицинская экспедиция МВД состояла из 10 человек, включая переводчиков, журналистов и письмоводителей⁷⁵². Аналогичными, и даже более компактными тогда были соответствующие отделы в военных министерствах. Но даже когда в 1827 году медицинский департамент военного министерства увеличил число чиновников до 19, их жалование было столь низким (700, 500, 120 и 90 рублей в год), что никто не хотел идти на такую канцелярскую службу. На эти должности брали бедных кантонистов⁷⁵³. А поскольку статистика требовала математических познаний и специальной подготовки, министерские канцеляристы с обработкой цифровых данных и составлением таблиц не справлялись. Для помощи им при Департаменте внутренних дел было учреждено «Общество дворян» (1803)⁷⁵⁴. Очевидно, оно было аналогом британского «джентльменского клуба» при правительстве. Членам Общества предстояло изготовить сводные таблицы для статистического описания всей Российской империи. Но, видимо, десять интеллектуалов не справились с такой глобальной задачей.

Сменивший в 1808 году Кочубея А. Б. Куракин был возмущен тем, что в медицинской экспедиции его министерства нет данных о числе казенных и частных врачей, лечебных учреждений, а также о количестве заболевших. Дабы утешить начальника, во все врачебные управы были срочно направлены ведомости, в которые следовало вписать количество лекарей, подлекарей и аптекарей, а также пациентов, страдающих определенными болезнями. Речь шла о контроле государства за значимыми для его безопасности заболеваниями, которые впоследствии получили определение «особо опасные».

Тогда же Куракин потребовал, чтобы инспектора врачебных управ ежегодно объезжали губернские больницы и дома уездных врачей, описывали состояние медицинской помощи (позднее это стало называться «система здравоохранения») в империи и отсылали «объездные журналы» в

⁷⁵⁰ LVIA. Ф. 1005. Оп. 1. Д. 182. Л. 1.

⁷⁵¹ О штате и работе чиновников Министерства народного просвещения см: Вишленкова Е. А., Ильина К. А. Наука управлять: господство через знание и реформа управления российским образованием в первой половине XIX века // *Ab Imperio*. 2017. № 4. С. 65—107.

⁷⁵² РГВИА. Ф. 879. Оп. 2. Д. 670. Л. 8.

⁷⁵³ Там же. Д. 86. Л. 6.

⁷⁵⁴ LVIA. Ф. 1005. Оп. 1. Д. 182. Л. 3.

Петербург⁷⁵⁵. В 1826 году содержание этих текстов было унифицировано министерской инструкцией⁷⁵⁶. Инспектору предстояло выяснить, как лечит уездный врач, держит ли в чистоте больницу, занимается ли оспопрививанием, контролирует ли аптеки и работу повивальных бабок, что читает. Министерство не получило отчетов ото всех врачебных управ. Оно не получало их регулярно, хотя добивалось этого. Но имеющиеся в архиве Медицинского совета МВД (РГИА) многочисленные объемные журналы содержат уникальную информацию о жизни сельской России. В них преобладают качественные оценки медицинской службы. Цифры приводятся редко и в качестве иллюстрации или доказательства нарративных описаний⁷⁵⁷. Сейчас исследователям приходится проводить процедуры математической генерализации, чтобы сделать таблицы из этих разрозненных цифровых свидетельств.

На полях некоторых объездных журналов есть пометы карандашом о сделанных после их прочтения распоряжениях. По ним можно убедиться, что эти тексты читал генерал-штаб-доктор по гражданской части. Он же на основании полученных от врачебных управ сведений делал представления в департамент исполнительной полиции Министерства полиции (1811—1819), принуждая военных и гражданских губернаторов помогать местным управам и больницам Приказов общественного призрения⁷⁵⁸. Кроме того, объездные журналы использовались на заседаниях губернских Приказов общественного призрения для выяснения потребностей больниц в вещах и мебели⁷⁵⁹.

Довольно радикально ситуация в Российской империи изменилась после эпидемии холеры, опустошившей европейскую часть страны в 1827—1831 годах. Она выявила неспособность имевшейся сети учреждений противостоять эпидемии, а карантинные меры породили взрыв социального возмущения. В ходе холерных бунтов стало ясно, что губернская администрация не обладает ни статистическими, ни географическими, ни медицинскими знаниями для рационализации хаоса и принятия эффективных управленческих решений. Административный коллапс усугубился польским восстанием, участники которого эксплуатировали страхи польских обывателей перед «русской заразой». Очевидно, эти вызовы побудили правительство Николая I провести модернизацию государственного

⁷⁵⁵ РГИА. Ф. 1299. Оп. 1. Д. 1181. Л. 16.

⁷⁵⁶ Там же. Оп. 13. Д. 1184. Л. 3—4.

⁷⁵⁷ Например, в 1849 году виленский инспектор писал: «Военно-временная больница городская и тюремного замка снабжена всеми потребными снадобьями, но сам образ лечения, производимый Трокским городским врачом, лекарем Малиновским, поверхностный. Диагнозы не правильные, а ведение скорбных листов весьма небрежное» (LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 105. Л. 1—1 об.).

⁷⁵⁸ РГИА. Ф. 1299. Оп. 1. Д. 1181. Л. 221—221 об.

⁷⁵⁹ LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 105. Л. 30—38.

управления, в том числе здравоохранения: усилить его в опоре на точное знание (расчет оптимально необходимого штата медицинских чиновников, интенсивности заболеваемости на определенных территориях, попытки алгоритмизировать действия местной администрации во время вспышек эпидемии).

Встречный импульс к сциентизации государственного здравоохранения дало укрепление вертикали управления. Создавая в 1834—1835 годах статистическое отделение при МВД и статистические комитеты при губернских правлениях, министр Д. Н. Блудов убеждал губернаторов, что заполнить огромную таблицу цифрами им будет нетрудно, ведь наверняка они и раньше собирали сведения о жителях, землях, учреждениях. Иначе как же они управляют⁷⁶⁰? И путешествующий по стране император Николай I запрашивал у местных властей карты и статистические сводки⁷⁶¹.

В бюрократической логике того времени мыслить статистически значило управлять профессионально, то есть со знанием положения. Этот путь государственной модернизации стимулировал эскалацию обследований разных областей государственной жизни, производство отчетов, справок, ведомостей, регистров, изготовлением которых были заняты чиновники всех ведомств.

«Верность сведений есть главное дело статистики», — заверяли чиновники, служившие в статистических комитетах⁷⁶². Предполагалось, что, собрав по уездам сведения по присланному из Петербурга вопросу, губернские комитеты их проверят и приведут «в единообразный порядок», то есть проведут первичную обработку. В качестве формы упаковки данных предлагались либо табели, составленные министерством, либо «подробные и точные описания состояния губернии»⁷⁶³. Поскольку правительство хотело иметь возможность сопоставлений, канцелярии статистических комитетов требовали от подчиненных, чтобы «при всяком исчислении вывод должен быть составляем из 10-летней сложности», то есть на основании данных за десять лет⁷⁶⁴.

В логике отчетов все чиновники оказывались звеньями единой цепи, частью единого механизма делопроизводства и самоописания⁷⁶⁵. Сбой в сборе и своевременности доставки данных грозил разрывом всей цепочки взаимодействия. Но, как убеждают архивные свидетельства, сбои и разрывы происходили постоянно. Часть присутственных мест данные вообще не присылали. В 1826 году генерал-штаб-доктор по гражданской части об-

⁷⁶⁰ LVIA. Ф. 388. Оп. 1. Д. 1. Л. 2.

⁷⁶¹ Там же. Д. 20. Л. 22—22 об.

⁷⁶² LVIA. Ф. 388. Оп. 1. Д. 1. Л. 3.

⁷⁶³ Там же. Л. 8.

⁷⁶⁴ LVIA. Ф. 388. Оп. 1. Д. 4. Л. 53.

⁷⁶⁵ Там же. Л. 23—32.

ратился через министра к губернаторам, побуждая их контролировать, чтобы врачебные управы делали и высылали вовремя таблицы о медицинских и аптекарских чинах. «Весьма малое число управ, — сообщал он, — исполняют в сем отношении свою обязанность»⁷⁶⁶. А раз данные были фрагментированными, то для сводных ведомостей сведений не хватало.

Была проблема и в точности данных. Когда таблицы статистических комитетов перепроверяли местные казенные палаты, они регулярно обнаруживали группы жителей, которых учли дважды и трижды, а также лакуны. Теоретически преимущество цифр перед нарративными утверждениями состояло в том, что их можно верифицировать. Но имперская реальность ставила на этом пути серьезные преграды. Поскольку присутственным местам, которым был поручен сбор данных, требовались одинаковые сведения, они передавали или заимствовали их друг у друга. Иногда чиновники отдавали служащим иных ведомств даже оригиналы, то есть первичные документы. Потом они вели долгую переписку о возвращении соответствующих карт и текстов⁷⁶⁷. Благодаря ей исследователям видно, как на практике добывались данные, каким образом канцеляристы добывались непротиворечивых цифр. Обмен информацией облегчал многотрудную чиновничью службу, но не позволял центральным институциям перепроверять и уточнять цифры, поступающие с периферии. Все они оказывались из одного источника.

Историк статистики Т. Портер уверял, что во всех странах в первой половине XIX века в статистике были заинтересованы в основном реформаторы и бюрократы. Им нужно было аргументировать свою деятельность, демонстрировать прогресс или регресс, за которые (или с которыми) борется управляющая власть⁷⁶⁸. Это утверждение подтверждает история Российской империи.

На заседании Медицинского совета МВД в сентябре 1842 года его участники заверяли, что медицинская топография и статистика являются важной «отраслью государственного врачевоведения»⁷⁶⁹ и управления. Но что значила эта декларация? Систематизированные таблицы позволяли министерствам выявлять дефициты врачей, руками которых собирались данные о больных и заболеваниях; недостаток информации по годам, территориям, отдельным госпиталям или болезням. Обнаружение этих затемнений или зон невидимости побуждало министров компенсировать незнание о своем ведомстве. В результате усиления таких самообследований, систематизации информации о медицинских чиновниках и лечебных учреждениях были получены аргументы в пользу реформы здравоохране-

⁷⁶⁶ РГИА. Ф. 1299. Оп. 13. Д. 1184. Л. 1.

⁷⁶⁷ LVIA. Ф. 388. Оп. 1. Д. 4. Л. 23—32.

⁷⁶⁸ Porter T. The Rise of Statistical Thinking, 1820—1900. P. 5.

⁷⁶⁹ РГИА. Ф. 1294. Оп. 10. Вн. оп. 3. Д. 47. Л. 381.

ния. Важные изменения рубежа 1830—1840-х годов привели к резкому росту статуса врачей в Российской империи, улучшению и расширению медицинского образования⁷⁷⁰.

У статистической эскалации было не только прямое, но и побочное действие. Оно снизило ценность качественных оценок. И это происходило повсеместно, не только в здравоохранении. В 1833 году МНП под руководством С. С. Уварова разработало унифицированные формы отчетности для учебных заведений и университетов. Они включали текстовую часть и таблицы. Предполагалось, что цифрами будет перепроверяться нарратив. Но наше исследование показало, что такая форма отчетности избавила министерских чиновников от труда изучать объемные тексты ежегодных отчетов. Они содержали качественные описания хода и результатов преподавания, направлений научных исследований⁷⁷¹. Столичные проверяющие предпочитали судить о работе университетских служащих по таблицам. Цифровые оценки студентов служили отныне критерием оценки профессоров и адъюнктов. Рост числа студентов, книг, зданий был критерием для оценки радения ректора. Рост числа решенных дел в канцеляриях был основанием для оценки службы канцеляристов. Министерство сравнивало цифры текущего и прошлого года и интересовалось только причинами очевидных несовпадений. В свою очередь, отчитывающиеся чиновники знали, за что их будут награждать, а за что будут лишать чинов. Довольно скоро они научились считать «правильно», то есть в соответствии с ожиданиями начальства.

Очевидно, что аналогичным образом поступали уездные врачи, врачебные управы и губернские правления со статистикой здравоохранения и заболеваемости. Зная, что высшее начальство ценит подчиненных не за качество лечения или доверие пациентов, а за растущие цифры (количество больничных коек, халатов и постельного белья, число вызовов), уездные врачи старались наращивать эти показатели в отчетах. Поэтому в жизни происходили странные для медицинской этики вещи: больничные палаты уплотнялись койками ради количества пациентов, а тяжелые

⁷⁷⁰ О росте государственного статуса врача см.: *Becker E. M. Medicine, Law and the State in Imperial Russia*. Budapest; New York: Central European University Press, 2011; о доступности медицинской помощи и составе медицинской профессии см.: *Sambuk D. Wächter der Gesundheit. Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinwesens im Russischen Reich 1762—1831*. Cologne: Böhlau Verlag, 2015; о реформе медицинского образования см.: *Игнатьев В. Г. Временный медицинский комитет: история создания и результаты деятельности*: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004. 162 с.; *Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н. Московский университет в реформе высшего медицинского образования 40—60-х годов XIX века*. М., 2004.

⁷⁷¹ *Вишленкова Е. А., Ильина К. А. Наука управлять: господство через знание и реформа управления российским образованием в первой половине XIX века*. С. 65—107.

больные возвращались родственникам ради снижения показателей больницы смертности⁷⁷².

Статистика общей заболеваемости

Отличительной особенностью санитарной статистики рассматриваемого периода было наличие в ней двух автономизированных объектов: общей заболеваемости (включая госпитальную) и инфекционной заболеваемости. Сведения о них собирались разными способами, для разных целей и имели разное государственное значение.

Госпитальный регламент 1735 года (3-я глава) предписал российским врачам вести палатные книги. Лекари или подлекари должны были вписать в них имена поступивших больных, указать время их поступления и ухода, описать заболевание и зафиксировать медицинские манипуляции и назначения⁷⁷³. Цель данной информации была в контроле медицинского начальства за службой врача («чтобы можно было видеть исправность каждого лекаря, замечать его способности и судить о пользе средств к излечению им употребляемых и между тем в случае ошибок или недоразумения подавать советы или взыскивать за упущения»)⁷⁷⁴.

Иное назначение было у «скорбных билетов или листов», которые висели на спинке кровати больного. Их ввели в лечебную практику лекари Московского госпиталя. В этих листах они фиксировали ту же информацию, что и в палатных книгах, только она рассказывала не о враче и лечебном учреждении, а о пациенте. «Скорбный лист» позволял следить за изменениями в его состоянии, реакциями на лечение, и в случае необходимости лист передавался вместе с больным в другую палату или иной госпиталь. Узнавший об этом изобретении главный медицинский инспектор армии Я. В. Виллие распространил данную практику на все военные госпитали. В 1806 году типография военного министерства отпечатала форму «скорбного листа» тиражом в 20 000 экземпляров. Принимать бланк и сдавать заполненную форму госпитальный врач должен был под расписку.

Единая упаковка статистической информации позволила бы унифицировать учет госпитальных пациентов. Это можно предположить, но архивы дают свидетельства иного рода. В 1808 году советник военного мини-

⁷⁷² Так, оправдываясь перед ревизором, не заставшим уездного врача в больнице и получившим жалобы пациентов, ковенский лекарь Иван Ковальский не ссылался на мнение вылеченных пациентов, а перечислял список своих обязанностей и ссылался на низкую смертность в уездной больнице (LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 20. Л. 275).

⁷⁷³ РГВИА. Ф. 879. Оп. 1. Д. 2. Л. 26.

⁷⁷⁴ Там же. Л. 26 об.

стра и заместитель Виллие — Ф. Рускони — добивался, чтобы подведомственные места присылали «верные табели» о числе больных, болезнях, аптечных лекарствах, хирургах и сделанных ими операциях, о распределении военно-медицинских чиновников и тексты с объяснением причин заболеваемости и смертности в отдельных армейских частях⁷⁷⁵. Видимо, до этого медицинский департамент получал от госпиталей приблизительные цифры.

Документы более позднего времени свидетельствуют, что Медицинскую экспедицию не устраивало качество (периодичность, достоверность, полнота) ежемесячных рапортов военных врачей, сделанных на основе «скорбных листов». Рускони уверял подчиненных коллег, что для того, чтобы сведения приносили пользу, «сочиненная табель» должна иметь «единообразие в рапортах и достаточные сведения о всех предметах»⁷⁷⁶. Дабы получить их, он создал матрицу отчетов и инструкцию к ее заполнению. При этом реформатор ссылался на административный гений своего начальника, который создал русскоязычную «номенклатуру заболеваний». Она позволяла точно поставить диагноз и вписать его в ведомость⁷⁷⁷.

Для точной статистики следовало ранжировать пациентов не по болезням, а по служебной стратификации. Солдаты интересовали администраторов как единица заболеваемости, а на офицеров составлялись именные списки с указанием заболевания каждого. Первичные сведения о больных подавали полковые медико-хирурги⁷⁷⁸. Они могли заполнить таблицу на «произвольном языке» (русский, латынь, итальянский, французский, английский или немецкий). На немецком языке следовало писать латинскими буквами. Первого числа каждого месяца эти рапорты должен был собирать дивизионный доктор, составлять из них «валовый рапорт» по дивизии и отправлять его в Медицинскую экспедицию⁷⁷⁹. Кроме того, медико-хирурги должны были представить описание поведения служащих их полка, состояния временных госпиталей, мер по предупреждению болезней, состояния аптек и инструментов. Им же предстояло заполнить шнуровые книги (то есть журналы) ежегодными сведениями о больных.

Разослав формуляр отчета и инструкции, Медицинская экспедиция получила от дивизионных докторов донесения о невозможности предоставить запрашиваемую информацию. Невозможность объяснялась отсутствием шнуровых книг, недостатком медиков, отдаленности мест службы, нерадением подчиненных лекарей и прочими причинами⁷⁸⁰.

⁷⁷⁵ РГВИА. Ф. 879. Оп. 1. Д. 15. Л. 2.

⁷⁷⁶ Там же. Л. 2 об.

⁷⁷⁷ Там же. Л. 3.

⁷⁷⁸ Там же. Л. 4 об.

⁷⁷⁹ Там же. Л. 6.

⁷⁸⁰ Там же. Л. 106—109.

В итоге в 1820-е годы ситуация не поменялась. Как следствие, из собираемых данных невозможно было делать обобщения.

В 1830 году Виллие пришло в голову сравнить российские данные о летальности в военных госпиталях с европейскими цифрами и убедить императора в преимуществах российской военной медицины, то есть в собственных заслугах перед Отечеством⁷⁸¹. Априорно предполагалось, что данные по российским госпиталям должны быть ниже, чем в ведущих госпиталях Франции, Пруссии, Австрии. Русские военные врачи обязывались представить цифры о «самой высшей и самой меньшей смертности». Чиновники Медицинского департамента военного министерства должны были сделать из них сравнительные таблицы⁷⁸². Тогда выяснилось, что многие провинциальные госпитали палатных книг не вели, соответственно данных о пациентах и летальности у них не имелось. В итоге составить прославленную таблицу не удалось.

Первые прорывы в медицинской статистике, то есть выводы на основе сводных таблиц и математически рассчитанных тенденций, были сделаны все же не в военной, а в гражданской медицине. Так же как военные, гражданские врачи были обязаны вести ведомости и ежемесячно отсылать их в губернскую врачебную управу. Судя по всему, уездные лекари воспринимали заполнение ведомостей как навязанную бюрократическую работу, не имеющую отношения к лечению больных и ко всем их многочисленным обязанностям. Часть лекарей не выполняли ее вообще. Часть делали таблицы пациентов, распределяя их по установленным государством социальным группам (арестанты, нижние воинские чины, инвалиды), а также делили на домашних и больничных⁷⁸³. А некоторые лекари присылали таблицы не пациентов, а болезней⁷⁸⁴. Разная организация таблиц не позволяла чиновникам управы сводить данные воедино и делать сравнения. Судя по архивным свидетельствам, цифры использовались управами так же, как слова, — для подтверждения своего субъективного мнения о состоянии губернии.

Сами управы не видели для себя пользы в этих таблицах. Когда в 1835 году виленский губернатор запросил от имени статистического комитета у врачебной управы сведения о заразительных болезнях, управа не смогла их предоставить. Видимо, губернские медики считали себя передаточным звеном и не агрегировали данные. Оказавшись перед необходимостью, инспектор управы запросил данные о заболеваемости у подчиненных ему уездных и частнопрактикующих лекарей. Каждый из них должен был сообщить, есть ли в его уезде случаи массовых заболеваний или

⁷⁸¹ РГВИА. Ф. 879. Оп. 2. Д. 662. Л. 2—2 об.

⁷⁸² Там же. Л. 10.

⁷⁸³ LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 20. Л. 80—81.

⁷⁸⁴ Там же. Л. 75.

нет, сколько заболевших и умерших⁷⁸⁵. Получив разрозненные ответы или не получив их вовсе, в 1838 году врачебная управа разработала единую ведомость инфекционных заболеваний и разослала ее в уезды⁷⁸⁶.

Желание использовать точное знание для практических целей у российских медиков было, но долгое время не существовало технологий его производства из обширного эмпирического материала. Законы нормального распределения, вероятностей, регрессии, больших чисел, детерминизма и «статистический закон» А. Кетле вошли в научный обиход только к середине XIX века⁷⁸⁷. До этого времени российская статистика заболеваемости представлена в административных отчетах в абсолютных цифрах и текстовых комментариях. Из собранных цифр врачебные управы и больницы не рассчитывали количественные показатели, коэффициенты и проценты. Через слова транслировалось все то, что читатель мог узнать из ведомости или переписи.

Ранние образцы анализа статистики заболеваемости имеются в трудах медиков-исследователей. Так же как в Пруссии, российская профессиональная элита (сосредоточенная в медицинских советах при министерствах, в университетах и академиях) добивалась, чтобы точный учет заболеваемости позволил оценить количество и определить состояние здоровья жителей, выявлял зависимость возникновения болезней от климата, пола, возраста, образа жизни.

В силу долгого отсутствия в России медицинских факультетов таких интеллектуалов в начале века было ничтожно мало. Почти все они занимались изучением европейских губерний Российской империи. Примером тому может служить уже упоминавшееся «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга», опубликованное в 1817 году иностранным врачом Г. Л. Аттенгофером⁷⁸⁸. Для аргументации он использовал относительные величины и сравнительные таблицы. В книге был представлен анализ «пораженности» петербуржцев заболеваниями.

В 1820-е годы, откликаясь на призыв столичных именитых врачей, некоторые уездные лекари собирали статистику заболеваемости по собственной инициативе: либо в качестве общественной деятельности, либо для обретения звания штаб-лекаря за медико-топографическую диссертацию⁷⁸⁹. Госпитальную и больничную статистику они анализировали на за-

⁷⁸⁵ LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 58. Л. 13—13 об.

⁷⁸⁶ Там же. Л. 221 об.

⁷⁸⁷ *Hacking I. Nineteenth Century Cracks in the Concept of Determinism // Journal of the History of Ideas. 1983. Vol. 44. №. 3. P. 465.*

⁷⁸⁸ *Аттенгофер Г. Л. Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга. СПб., 1820.*

⁷⁸⁹ *Вишленкова Е. А., Гатина З. С. «Изложить предмет сциентифически»: русские врачи и их полевые исследования (первая половина XIX века) // Российская история. 2015. № 3. С. 154—169.*

седаниях научных обществ и медицинских факультетов. Нередко их цифры отличались от данных, которые предоставляли в МВД врачебные управы в качестве ответов на вопросники.

Радикальное изменение в работе с медицинской статистикой произошло в начале 1830-х годов в столичных городах. Многолетний военный генерал-губернатор, отстроивший послепожарную Москву, С. Ф. Голицын поручил В. П. Андросову — профессиональному статистику, состоявшему при нем чиновником особых поручений, — выявить недостатки московской жизни. Результатом этого задания стало издание в 1832 году «Статистической записки о Москве». Она получила широкий резонанс в России и за рубежом.

Работа Андросова основана на абсолютных цифрах, полученных из различных источников (в том числе официальных). В ней кроме статистических сведений по экономике, географии, климату, культуре, просвещению, есть демографические показатели и показатели здоровья. Демографические процессы исследователь расслоил по возрастам, сословиям, промыслам, учитывал миграцию, уровни рождаемости и смертности. Он увязал размер «средней продолжительности жизни» с эффективной системой здравоохранения и социальной политикой. То есть прирост населения или увеличение смертности для Андросова — показатели легитимности политической власти⁷⁹⁰. В книге есть больничная статистика. По каждой больнице указано число пациентов, они разделены по полу, сосчитана смертность. Качество больниц Андросов предлагал определять отношением числа выздоровевших к числу кроватей.

После успеха издания, продемонстрировавшего научность и прогрессивность московских властей, петербургские власти решили получить подобное знание о северной столице. В 1833 году было решено составить «сравнительную статистику» Петербурга⁷⁹¹. За исполнение монаршего поручения отвечал министр внутренних дел Блудов. Для его выполнения министерские чиновники запрашивали сведения у всех столичных учреждений.

Медицинский департамент МВД, который возглавлял генерал-штаб-доктор С. Ф. Гаевский, делал таблицы с цифрами канцелярских чиновников и их жалования, ведомости о числе больных, выздоровевших и умерших в петербургских госпиталях и больницах. Эти данные нужно было предоставить за 1804, 1810, 1815, 1820, 1825, 1830 и 1832 годы. Но, во-первых, некоторые госпитали не прислали этих данных совсем либо прислали их за произвольно выбранные годы (иногда погодные таблицы). Во-вторых, старшие лекари редко указывали, откуда их брали. Из этих заметок стало ясно реальное состояние делопроизводства в медицинских учрежде-

⁷⁹⁰ Андросов В. П. Статистическая записка о Москве. М., 1832. С. 72—73.

⁷⁹¹ РГВИА. Ф. 879. Оп. 2. Д. 670. Л. 3.

ниях. «Сами сведения заимствованы из истории полка, — писал автор одного из самых тщательных отчетов. — За неимением никаких письменных документов ни в конторе лазарета, ни в канцелярии полка касательно перемен и построек в сем лазарете, ничего более о нем не известно»⁷⁹².

В 1836 году Гаевский издал результаты этой коллективной работы МВД под своим именем⁷⁹³. Двумя годами ранее (1834) генерал-штаб-доктор уже публиковал медико-топографические сведения о Петербурге в виде статьи в «Журнале МВД», а затем в форме брошюры. Там ничего неожиданного не было. Автор «собрал некоторые только сведения о тех предметах преимущественно, которые имеют большее или меньшее влияние на здоровье жителей, или служат к отвращению народных болезней», — признавался он⁷⁹⁴. Сделанные им наблюдения упакованы в нарративное описание географических и метеорологических сведений, о болезнях говорится без цифр с использованием неисчисляемых определений: «летом число болезней бывает менее» или «лихорадки были чаще, нежели бывало прежде»⁷⁹⁵.

Совсем иначе сделана книга «Статистические сведения о Петербурге» (1836). В ней широко использованы новейшие математические и статистические методы обработки отчетных данных о здоровье населения. Очевидно, исследовательская команда МВД пользовалась методами Андросова. С их помощью они рассчитали интенсивные показатели (например, на сколько жителей приходится один умерший или заболевший), составили таблицы частоты браков и рождений, вычислили среднее число рождений на один брак, показали демографические проблемы Петербурга через динамические ряды (распределение родившихся и умерших по полу, подданству, сословиям), проанализировали географию столичного здравоохранения и показатели заболеваемости в городе. Книга повествует не о территориальных проблемах — так называемой медицинской топографии и медицинской культуре жителей, — а о «санитарном состоянии населения». Население, а не жители, стало теперь объектом государственного здравоохранения. В книге приведены абсолютные цифры, характеризующие состояние этого объекта, за последние 50 лет. Они сопоставлены посредством показателей наглядности. Все данные о заболеваемости распределены по сезонам. Исследовательская команда сделала даже таблицы дожития.

В разделе о болезнях приведены количественные данные о («господствующим») заболеваниях петербуржцев и причинах их возникновения.

⁷⁹² Там же. Л. 57.

⁷⁹³ Гаевский С. Ф. Статистические сведения о С.-Петербурге. СПб., 1836.

⁷⁹⁴ Гаевский С. Ф. Медико-топографические сведения о С.-Петербурге. СПб., 1834.

Предупреждение.

⁷⁹⁵ Там же. С. 67.

Одно из приложений «О влиянии времен года на силу болезней в С.-Петербурге» дает образец санитарной статистики того времени, анализа заболеваемости не из опыта наблюдений лечащего врача за пациентами, а исходя из статистического и математического анализа самих болезней, расчетов их количества, продолжительности, распределения по сезонам и смертности от них. Все вычисления сделаны на отчетах 50 больниц. Это не все имевшиеся на тот момент больницы в Петербурге, а только те, что ежегодно поставляли в МВД точные унифицированные отчеты. Авторы книги уверяли, что из-за ограниченного количества коек не все петербуржцы во время болезни обращаются за медицинской помощью и попадают в больницы⁷⁹⁶.

В ходе исследования были разработаны показатели для оценки «силы» (тяжести) заболеваний: число заболевших, число выздоравливающих, число умирающих, продолжительность болезни⁷⁹⁷. Для них использовалось соотношение, обратное современному (показатель рождаемости — это число жителей, приходящихся на одного рожденного, показатель заболеваемости — число жителей на одного заболевшего). Для оценки тяжести конкретной болезни медицинские статистики предложили пользоваться показателем средней длительности пребывания пациента в больнице: короткое пребывание в больнице у выздоровевших свидетельствует о легкости болезни, а краткость болезни у умерших — о тяжести заболевания. Видимо, во всех этих наблюдениях аккумулярован надперсональный опыт медицинской профессии, который поступал в МВД в виде медикотопографических диссертаций и ежегодных отчетов врачебных управ.

Мы не можем сказать, кто конкретно осуществил эту работу. В это время в МВД наряду с Медицинским департаментом действовало Статистическое отделение под руководством профессионального статистика, академика К. И. Арсеньева, инициатора создания Русского географического общества. Вероятно, он тоже принимал участие в этом проекте. В любом случае, медико-статистический анализ Петербурга хоть и был локальным исследовательским кейсом, но он установил научную планку для экспертного анализа российских городов.

После выхода данной книги Грум-Гржимайло уверял читателей газеты «Друг здоровья»: «Результаты [статистических исследований], обыкновенно представляемые в виде таблиц, перечней, итогов, пропорций, общих выводов, лучше всего показывают важность, степень, силу, перевес разнородных в общегитии влияний, действующих благотворным или зловередным образом на массу людей и притом научают: каким образом можно отыскать в физическом существовании человека средства к преуспеванию народного здоровья»⁷⁹⁸. Генерал-штаб-доктор, который покровительство-

⁷⁹⁶ Гаевский С. Ф. Статистические сведения о С.-Петербурге. Приложения. С. 266.

⁷⁹⁷ Там же. С. 273.

вал Обществу русских врачей и газете «Друг здравия», вполне разделял мнение редактора. Медицинская статистика, — уверяла его книга, — «одна может указать силу и периоды болезней местных (эндемических), она одна может показать, так сказать, меру народного здоровья»⁷⁹⁹.

Проникновение статистического мышления в медицинскую среду, видимо, изменило социальное воображение врачей-исследователей: от описания конкретных географических объектов и свойственных им болезней произошел поворот в сторону более абстрактных объектов государственной деятельности — «народного здравия» и «общественного здравия»⁸⁰⁰. Эти сущности, так же как предшествующее им «народонаселение», были сконструированы посредством статистики.

Обобщенные цифровые данные о народном здравии вряд ли были нужны лечащему лекарю, но были необходимы бюрократу. Медицинское управление должно опираться на точные знания — уверял генерал-штаб-доктор. Поэтому администрация была заинтересована в своевременном сборе разнообразных данных, их анализе и верификации. Поскольку в ходе исследования выявлялись дефициты в эмпирических данных или их непригодность для сопоставления, в конце 1830-х годов МВД приступило к реорганизации учета больничной статистики.

Профессиональная бюрократия была недовольна работой исследовательской сети и объясняла ее недостатками неспособность улучшить состояние здоровья населения. В 1842 году члены Медицинского совета уверяли, что преобладание сельского населения над городским, дефицит врачей, обширность территории, предрассудки простолюдинов в деревнях и частые переходы пациентов от одного врача к другому в городах приводят к тому, что городские врачи «сочиняли приблизительные ведомости», на основе которых врачебные управы готовят неподтвержденные годовые ведомости. Соответственно, они виноваты в том, что МВД дезориентировано и принимает неэффективные меры.

И хотя столичные чиновники искали конкретных виноватых, но, активно, неполнота информации объяснялась инфраструктурными причинами: перегруженностью гражданских врачей должностными обязанностями, неравномерным их распределением по ведомствам и территории Российской империи. В такой ситуации многие заболевшие не могли обратиться за медицинской помощью и их заболевания оставались незарегистрированными⁸⁰¹.

⁷⁹⁸ Народное здравие // Друг здравия. 1836. № 1. С. 2.

⁷⁹⁹ Гаевский С. Ф. Статистические сведения о С.-Петербурге. С. 264.

⁸⁰⁰ Рафалович А. А. Движение народонаселения и общественное здоровье в Одессе в 1843 году // Новороссийский календарь. 1845. Одесса, 1844; Соболевский П. И. Общественное здоровье в Тифлисе // Кавказский календарь на 1852. Тифлис, 1852. С. 519.

Обнаружение таких дефицитов стимулировало столичное управление приступить к расчету потребности империи в медицинских чиновниках. Раньше они строились из соотношения «врач — административная единица», то есть один медик на уезд или полк. Генерал-штаб-доктор Гаевский предложил пересмотреть нормативы и сделать их, исходя из соотношения «врач — пациент», то есть по количеству жителей⁸⁰². Именно такие критерии используются сейчас в здравоохранении.

Статистика инфекционной заболеваемости

Иначе, нежели регистрация общей заболеваемости, был организован учет инфекционных заболеваний. Заразные, повальные, поветренные, прилипчивые болезни считались болезнями всего государства, а не данной местности или отдельного пациента, а потому против них были направлены ресурсы бюрократических и военных структур.

В постановлениях о губернской реформе 1775 года контроль за эпидемическими болезнями в уездах был поручен земским исправникам. Они объезжали селения и, узнав о случаях заболеваний, должны были приехать туда с доктором, священником и двумя свидетелями, чтобы с ними определить — какая это болезнь. Довольно часто врача среди них не было, и тогда приходилось руководствоваться инструкцией, нормативным описанием болезни. Если члены экспедиции решали, что по внешним признакам и проявлениям это «повальная» болезнь, то дальше исправник должен был сообщить в губернское правление, главнокомандующему или правителю об угрозе и послать «ясное докторское или лекарское описание как болезни, так и где, кому и отчего она приключилась»⁸⁰³. Поскольку правительство не разработало форму упаковки этих сведений, то получало их в виде произвольных описаний или вольно изложенных рассказов больных и их родственников.

«Санитарная статистика, зародившаяся в России в этот период [XVIII век], — оптимистично уверяют авторы сборника по истории санитарной статистики, — была необходима врачам в борьбе за народное здоровье»⁸⁰⁴. Вряд ли это так, вряд ли исправник нуждался в цифрах смертности и заболеваемости для спасения жителей. В текстах отчетов редко

⁸⁰¹ Жбанков Д. Н. Некоторые итоги городского врачебно-санитарного устройства // Общественный врач. 1915. № 7—8. С. 449—485; Жбанков Д. Н. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М., 1915

⁸⁰² РГИА. Ф. 1299. Оп. 17. Д. 125. Л. 2.

⁸⁰³ Учреждения для управления губерний всероссийской империи, 7 ноября 1775 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 20. № 14392. С. 253.

⁸⁰⁴ Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 7.

встречаются количественные данные. Наверное, их можно было собрать, но этого никто не делал ни в XVIII, ни в первой половине XIX века. Поступавшие губернаторам данные были фрагментарны не только потому, что не во всех уездах были врачи, но и потому, что жители не спешили им сообщать о своих страданиях. Так, в 1812 году члены Астраханской врачебной управы писали в Петербург, что деревенские обыватели обычно скрывают от них случаи заражения и больных⁸⁰⁵. Судя по всему, собираемые тогда цифры позволяли МВД весьма приблизительно оценивать интенсивность и размах эпидемий, определять смертоносность заболеваний.

После пандемии холеры российское правительство стало больше ценить медицинскую статистику и строже относиться к сбору данных о заразных болезнях. В 1837 году были опубликованы Особые правила. Для таких случаев повальными и заразными признавались горячки с пятнами, оспа, корь, скарлатина, коклюш, злокачественная жаба, тиф с пятнами, азиатская холера, родильная горячка, любострастная болезнь. Правила установили алгоритм взаимодействия чиновников с заболевшими жителями, создали систему оповещения в условиях эпидемии.

В последующие годы эта система конкретизировалась и к середине века обрела следующий вид. Каждый владелец сельского дома в государственных деревнях должен был сообщать о нездоровье своих домочадцев сельскому старосте⁸⁰⁶. Сельский староста передавал информацию волостному старшине. Владельцы, смотрители или управляющие городских домов сообщали о больных квартирантах нижним полицейским чинам, а те — становому приставу. Эти сведения были произвольными, они могли содержать количественные данные, а могли быть и без них. Полученную информацию волостной старшина и пристав направляли уездному или земскому исправнику. Тот брал с собой уездного (при его отсутствии призывал частнопрактикующего) врача и отправлялся в зараженное место, чтобы при местном священнике освидетельствовать больных⁸⁰⁷. Им предстояло выяснить характер заболевания, степень угрозы, его источник и причины.

Результаты их наблюдений и расспросов направлялись губернатору в форме донесения. Оно должно было содержать составленное врачом описание признаков болезни, ее название, выявленные при расспросах «случайные или местные причины» эпидемии (если заболевание привозное, то

⁸⁰⁵ ГААО. Ф. 484. Оп. 1. Д. 76. Л. 38 об.

⁸⁰⁶ Сельский полицейский устав для государственных крестьян // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1839. Т. 14. № 12165. С. 287.

⁸⁰⁷ Наказ чинам и служителям земской полиции, 3 июня 1837 года // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1837. Т. 12. № 10306. С. 489.

надлежало выяснить, какой дорогой ехал больной, где останавливался, с кем контактировал, какие товары или вещи привез, у кого взял, кому отдал), численность заболевших, умерших и выздоровевших, а также рекомендации, какие следует предпринять меры со стороны губернского правления.

Во время эпидемии местная врачебная управа еженедельно направляла в медицинский департамент МВД сведения о распространении заболевания, а после завершения эпидемии должна была составить отчет, содержащий статистику заболеваемости и смертности, описание способов лечения и их эффективности. Этот отчет рассматривался как некий ценный опыт, который можно использовать в дальнейшем. Сейчас трудно сказать, что на самом деле делали врачебные управы и МВД с получаемыми с мест объемными эпидемическими обследованиями, анализировал ли кто-либо содержащуюся в них статистику заболеваемости.

Историки медицины считают, что рождение официальной статистики инфекционных заболеваний в России произошло в 1842 году⁸⁰⁸. Вышедший тогда сенатский указ подтвердил обязанность врачей делать ежемесячные ведомости, в которых следовало указать число пациентов, получивших частную или казенную медицинскую помощь. Под угрозой наказания указ потребовал от медиков сообщать в управы, физикат и медицинскую контору о случаях повально-заразительных болезней.

Ничего нового в этом не было. Воспроизведение в законах призыва к одной и той же практике, скорее всего, свидетельствовало о том, что политическая воля была, а административных и инфраструктурных ресурсов для ее реализации не хватало. Именно поэтому столичные бюрократы решили изменить логику движения статистических данных. Указ провозгласил, что теперь не губернские или столичные канцеляристы, а медицинские чиновники должны собирать цифровые данные и проводить их первичную обработку⁸⁰⁹. В конце года члены врачебной управы должны были сделать на основе ежемесячных ведомостей от уездных и вольнопрактикующих врачей сводные таблицы с объяснениями и комментариями. Таким образом медицинский департамент МВД смог получить не эмпирический материал со всей страны, а генерализованные таблицы от губерний⁸¹⁰. Министерские канцеляристы должны были их суммировать.

⁸⁰⁸ Васильев К. Г., Сегал Л. Е. История эпидемий в России. С. 216.

⁸⁰⁹ О доставлении в С.-Петербурге физикату, в Москве — медицинской конторе, а в других местах врачебным управам ведомостей о числе больных, 22 июля 1842 года // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1843. Т. 17. Отд. 1. № 15880. С. 786.

⁸¹⁰ Примеры таких ведомостей: LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 58. Л. 24; об этих отчетах см: Новосельский С. А. Предмет и содержание отечественной санитарной статистики в досоветский период ее развития.

Указ 1842 года уверял, что цель этого коллективного труда — выявить «число больных по всей империи, ищущих врачебного пособия»⁸¹¹. Трудно предположить, что полученное знание могло облегчить страждущим доступ к медицинской помощи. Вероятно, речь шла о прояснении правительством нагрузки на имеющуюся систему здравоохранения, расчете штатов медицинских чиновников и государственных затрат. В этом отношении опять же речь шла о знании для государственного саморегулирования. А вот когда в период гласности, то есть с 1856 года, МВД стало публиковать созданные на этой основе ведомости заболеваемости, доступность закамуфлировала их изначальное бюрократическое назначение. Публикация сделала их открытыми источниками знания о Российской империи, породила восприятие санитарной статистики как зеркала состояния здоровья населения⁸¹².

Даже если принять эту метафору, то санитарная статистика была несовершенным зеркалом. Опубликованные министерством таблицы показали интенсивность заболеваний только в тех местах, откуда эти данные поступали. Читатели могли на их основании определить географическое место и продолжительность наиболее крупных эпидемий. При этом сейчас их использование требует от исследователя обязательного соотношения опубликованных данных о заболеваемости со статистикой здравоохранения: отсутствие или дефицит врачей в уезде неизменно приводили к низкой статистике заболеваемости. При отсутствии в то время демографической статистики современным историкам не удастся по имеющимся таблицам рассчитать показатели инфекционной заболеваемости⁸¹³.

Практика статистических исследований и развитие статистического мышления имели долгосрочные последствия для социального воображения россиян. Фиксация заболеваний, распределение болезней по регионам, полу, возрасту, профессиям стимулировали формирование агрегированного мышления и макрооптики: осмысление жителей России как представителей определенных групп, объединенных параметрами обшета; абстрагирование от недугов конкретных жителей и переход к аналитической категории «здоровье народонаселения». Впоследствии эта категория

⁸¹¹ О доставлении в С.-Петербурге физикату, в Москве — медицинской конторе, а в других местах врачебным управам ведомостей о числе больных, 22 июля 1842 года. С. 786.

⁸¹² Отчеты публиковались с 1856 по 1916 год под названиями: «Отчет о состоянии общественного здоровья и деятельность больниц гражданского ведомства в Империи», «Отчет Медицинского Департамента Министерства внутренних дел», «Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи населению России».

⁸¹³ Заболеваемость — медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний, впервые зарегистрированных за определенный промежуток времени среди населения, проживающего на определенной территории.

была включена в интересы и заботы современного государства, а следовательно, в ответственность чиновников. После этого она стала политической категорией, используемой в том числе для оценки состояния политической власти и государства.

В отличие от общей заболеваемости, статистика инфекционных заболеваний развивала микрлоптику. Каждое сообщение о вспышке повальной болезни требовало от уездных медицинских чиновников и бюрократов покинуть присутственные места и посетить места проживания больных, войти в их дома, расспросить их самих, соседей и родственников. Это создало условия для изучения пространств, которые ранее были скрыты от взора государства. В этом отношении статистические исследования вообще и эпидемические обследования в частности стимулировали интерес русских врачей к социальному миру соотечественников. Они способствовали формированию их социальной ответственности, подготовили к роли выразителей интересов пациентов, то есть создали почву для появления земской медицины с социал-гигиенической ориентацией⁸¹⁴.

Рожденное в первой половине века бюрократической необходимостью, статистическое описание империи вылилось в пореформенное время в широкое общественное движение по изучению своей страны и своего народа. Оно сделало видимым для многих просвещенных россиян то, что ранее было известно лишь немногим чиновникам «по долгу службы». Статистик и экономист А. И. Чупров свидетельствовал, что статистическое движение произвело сотни томов с таблицами количественных данных по разным территориям, социальным группам, промышленности и сельскому хозяйству⁸¹⁵.

Возникшая в годы Великих реформ, земская медицина заявила спустя двадцать лет о необходимости развивать не только лечебную, но и санитарную деятельность. Предполагалось, что она поможет предотвратить эндемии и эпидемии. Собирая и считая цифры, земские врачи надеялись, что санитарная статистика позволит показать современникам результаты их усилий по лечению сельских жителей. Кроме того, они верили, что она даст возможность проводить адресные профилактические мероприятия. В 1860—1870-е годы земцы вполне совпадали в этом стремлении с просвещенными бюрократами и активно сотрудничали с ними. В 1869 году на страницах официального издания медицинского департамента МВД, «Архива судебной медицины и общественной гигиены», была опубликована

⁸¹⁴ Подробнее об этом см.: Вишленкова Е. А. «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя российского государства (первая половина XIX века) // *Ab Imperio*. 2011. № 2. С. 41—82.

⁸¹⁵ Чупров А. И. Статистика как связующее звено между естествознанием и обществоведением. М., 1894. С. 1.

совместная для общественной и государственной медицины программа санитарно-статистических обследований рабочих.

Лишь после перехода правительства к охранительной политике земские медики и представители общественной гигиены увидели в санитарной статистике аргументы против чиновников. Собираемые независимо от государственных ведомств цифры показали картину радикальной гетерогенности империи, массовизации российских городов и неэффективности управления всем этим посредством абстрактного алгоритма. «При разноклиматности и разноплеменности не только целые губернии, но иногда просто уголки существуют при совершенно особых условиях, — уверял в 1869 году врач В. Ф. Снегирев. — Раскрыть эти условия, показать влияние этих условий на жизнь и здоровье населения составляет прямой долг людей, стоящих на страже общественного здоровья»⁸¹⁶.

Итак, проведенное изучение технологий учета заболеваемости убедило нас в том, что при существовавшей до 1880 года настройке медико-статистической оптики имперская власть была обречена на близорукость: хорошее видение ситуации в столицах и размытую, фрагментированную картину патогенности отдаленных от столиц территорий. Информация о болезнях в Москве и Петербурге собиралась через госпитали, городскими врачами и университетскими профессорами. Издания статистических описаний этих двух городов (1832 и 1836 годы) продемонстрировали освоение российскими аналитиками новейших методов расчета показателей рождаемости, смертности и заболеваемости. Здесь Россия оказывалась в авангарде европейской науки. Ее медицинские чиновники могли производить не только эмпирические данные, но и более сложную продукцию. Другое дело, что таких аналитических ресурсов хватало только на диагностику столиц. Остальные российские города пребывали в полутемной зоне видимости.

Еще сложнее из Петербурга было увидеть сельскую Россию. Земские исправники собирали у крестьян количественные данные «вручную» и произвольно соотносили их рассказы с научными нозологиями. Смертность от заразных болезней в сельской местности фиксировалась со слов выживших родственников и соседей. Так же приблизительно устанавливались границы распространения заболеваний.

Эту ситуацию радикально изменила государственная реформа первичного учета инфекционной заболеваемости 1880-х годов.

⁸¹⁶ Снегирев В. Ф. Общественное здоровье в Тульской губернии // Архив судебной медицины и общественной гигиены. 1867. № 1. Отд. 3. С. 5.

Медицинские карты

Самые ранние из обнаруженных медицинских карт показали современникам географию здравоохранения. Они сделаны вручную и затем литографическим способом воспроизведены в книгах и журналах. Иногда их оригиналы удается обнаружить в архивах или рукописных отделах библиотеки хранится карта «Феодосийского карантинного округа с означением кордонов пограничной стражи 1841 года». Автор чернильным пером прочертил контур черноморского побережья (явно снятый с морской карты) и поместил на нем места расположения карантинных служб. На маргиналии сделана таблица с указанием имен штатных служащих этих карантинных.

Много карт отложилось в фондах Российского государственного военно-исторического архива. Расквартирование войск осуществлялось по медико-топографическим планам или картам, которые готовили военные лекари. Некоторые такие планы опубликованы внутри медико-топографических диссертаций. Главный лекарь Кутаисского военного госпиталя Н. И. Торопов в 1864 году издал рукопись «Опыт медицинской географии Кавказа относительно перемежающихся лихорадок». Он описал их связь с особенностями ландшафта, гидрографическими условиями и метеорологическими изменениями. Для наглядности автор приложил самодельно сделанную карту распространения малярии⁸¹⁷.

До появления в России частных картографических издательств медики использовали литографированные или типографские издания контуров местности — контурные карты. Их массово производили для классов фортификации и навигации в военных школах. Чаще всего это были контуры реальной российской местности, но были и контуры выдуманного ландшафта. В любом случае точности от них никто не ждал. На графическую репрезентацию пространства наносился уровень заболеваемости посредством штриховки или цвета. Для этого из собранных статистических данных формировался вариационный ряд в порядке нарастания величины показателя, определялись максимальная и минимальная величины. Полуценную разницу делили на 4—6 частей. Каждой из этих частей придавался маркер — либо определенный тип штриховки, либо оттенок цвета с усилением его интенсивности по мере возрастания величины показателя. Участки карты, которые были проекцией территории с одинаковыми статистическими показателями, закрашивали единым оттенком или наносили на них соответствующую штриховку. При отсутствии данных о заболеваемости по какой-то территории участок карты оставался незакрашенным или незаштрихованным, «белым». Иногда медицинскую инфор-

⁸¹⁷ Торопов Н. И. Опыт медицинской географии Кавказа относительно перемежающихся лихорадок. СПб., 1864.

мацию на контурные, административные или физические карты наносили в форме диаграммы (столбиков или круга). Как правило, в них кодировались дополнительные сведения, например обеспеченность данной местности больницами⁸¹⁸.

Карты не позволяли нанести на изображение территории сразу несколько качественных оценок — разных статистических показателей. Создавая санитарную карту Харьковской губернии 1868 года, ее творцы сделали серию карт с показателями плотности населения, уровнем смертности и отдельно — с уровнем смертности мужчин работоспособного возраста (20—40 лет). Просмотр такой последовательности данных требовал от зрителя сравнения разных карт и интеллектуальных усилий по установлению зависимости одних показателей от других. Карта распространения «главнейших» болезней Харьковской губернии (ревматизм, малярия, тифы, воспаление глаз, грудных и брюшных органов, чахотка, дизентерия, сифилис) также представляет собой серию из девяти одинаковых карт с показанной интенсивностью и географией этих заболеваний, визуализированных посредством статистики.

Числа, полученные посредством системы учета и сбора данных о заразных больных и болезнях, позволяли медицинским географам показать неблагоприятие только тех территорий, где было развито здравоохранение. Санитарная ситуация по благополучным (с точки зрения организации медицинской помощи) уездам выглядела всегда хуже, чем там, где врачей не было или не хватало. В этом отношении незакрашенные участки санитарных карт говорят историкам не о здоровье данных местностей, а о зонах слабой видимости.

Опубликованные в 1870 году в «Медико-топографическом сборнике» под редакцией С. П. Ловцова топографические планы были изготовлены в 1850—1860-х годах. Видимо, поэтому они рукотворные, хотя в продаже уже были типографски изготовленные карты. Так, исследование амурского областного врача Ф. Ф. Шперка проиллюстрировано самодельной картой распространения зобатости (дисфункции щитовидной железы) в Иркутской губернии. По всей видимости, у автора не было статистических данных по всей губернии, а имелось только собранные самостоятельно. На сделанном вручную плане местности он отметил желтым цветом реки, вдоль которых проживали его зобатые пациенты. Очевидно, Шпек повторил опыт Сноу в холерном Лондоне, чтобы визуализировать связь между заболеванием щитовидной железы и качеством питьевой воды и тем самым указать на причину заболевания.

Обнаруженная в картографическом отделе Российской публичной библиотеки картограмма Ананьевского уезда Херсонской губернии за

⁸¹⁸ Ноткин Е. Л. Картограмма // Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. Т. 10. С. 540—541.

1887 год нанесена на административную карту уезда. В это время медики могли воспользоваться профессиональными картами, что сделало их презентации более точными в восприятии современников. К тому времени российские геодезисты и военные топографы добились унификации языка географических описаний. Мы имеем в виду принятие и использование единых «условных знаков» для топографических, географических и квартирных карт и военных планов 1813 и 1822 годов⁸¹⁹, установление Балтийской системы высот от нуля Кронштадтского футштока. В отличие от любительски сделанных планов местности, административные карты и карты физической географии делались с использованием технических инструментов, таких как алидад и сменивший его кипрегель с дальномером для измерения вертикальных углов. В контраст спонтанным медицинским обследованиям отдельных заселенных пунктов, топографы шли по пути согласованного непрерывного картографического изображения и показа всей территории Российской империи. Они наносили на карту и включали в ее описание максимальную информацию («картографическую семантику») о местности (то есть ее гидрографию, населенные пункты, леса, пески, болота, реки, рельеф). Нанесение на такую карту медицинской информации позволяло увидеть связь медико-биологических, административных и географических явлений.

Поскольку в XIX веке забота о здоровье и сохранении жизни подданных стала прочно ассоциироваться с обязанностями полицейского, хорошо организованного государства, то данные о заболеваемости населения на многих картах соотнесены не только с физической, но и с политической географией. В результате наложения на административную сетку империи эпидемии обрели на медицинских картах «административную прописку»: количественные данные о заразных заболеваниях соотносились с губерниями, волостями и уездами или учебными, судебными и военными округами.

На картограмме Ананьевского уезда Херсонской губернии каждая административная единица имеет характерный цвет и штриховку. Однако эта цветовая палитра кодировала не заболеваемость, а обращаемость населения за медицинской помощью. Она высчитывалась как соотношение количества жителей на число обращений за помощью к врачам и фельдшерам. Соответственно, интенсивные цвет и штриховка указывали на повышенные запросы населения на медицинскую помощь. Семь нозологических форм: дифтерия, брюшной тиф, дизентерия, коклюш, скарлатина, оспа и заушница (свинка) — визуализированы в виде линий-радиусов, от-

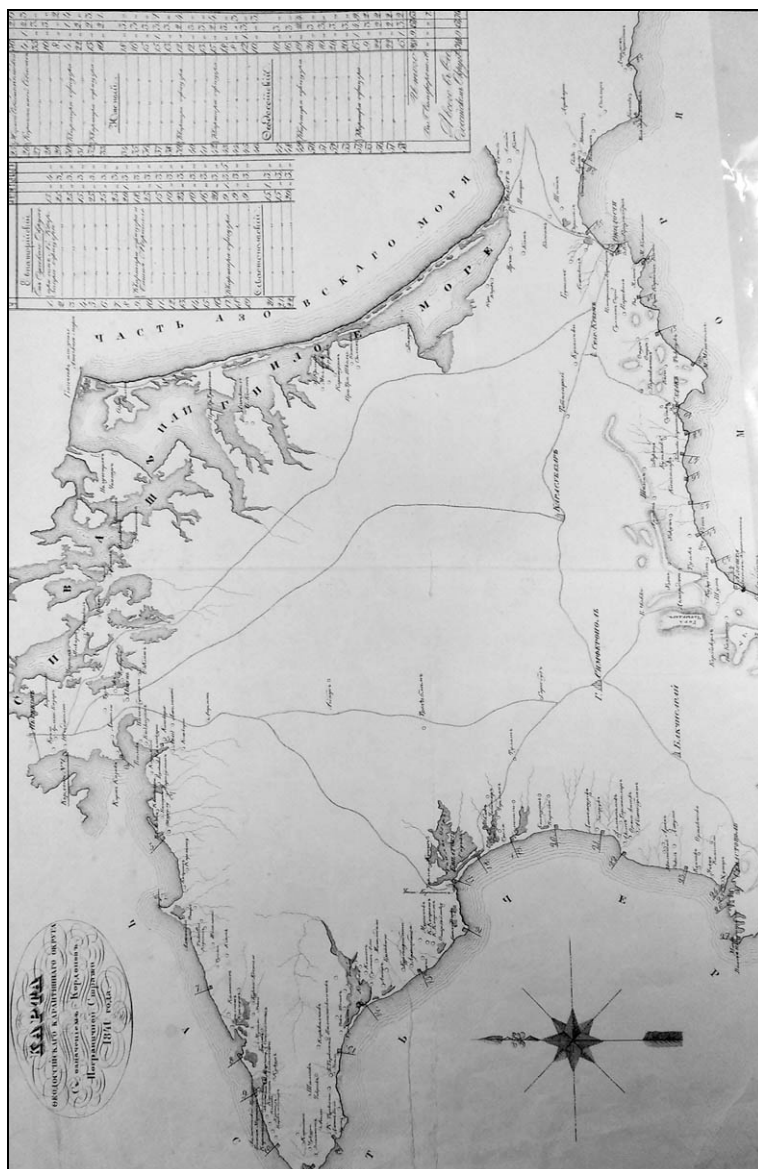
⁸¹⁹ Рычков С. Ю. Обзор условных знаков при топографической съемке и картографировании местности русскими военными топографами в эпоху наполеоновских войн. URL: <https://www.borodino.ru/wp-content/uploads/2017/09/Rychkov.pdf> (последнее обращение 10.11.2020).

ходящих от очагов эпидемии. Такая репрезентация информации предоставляла зрителю возможность убедиться в усилиях местных властей по борьбе с эпидемиями.

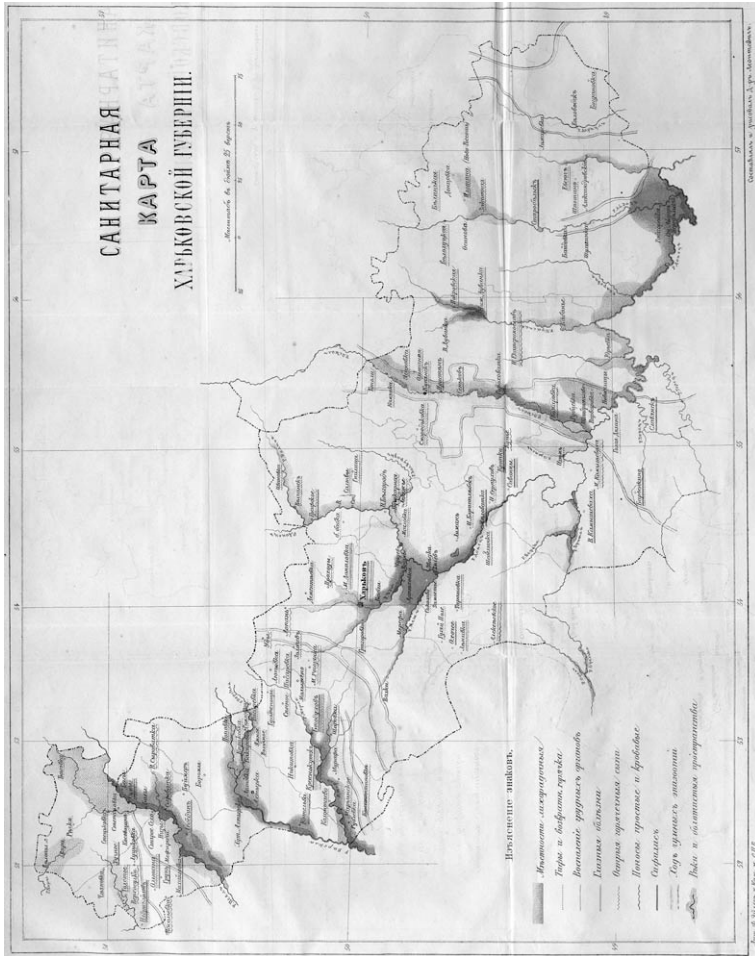
Использовать для медицинской статистики климатические карты и карты флоры-фауны (а значит и устанавливать медико-географические зависимости) врачи того времени не могли в силу их отсутствия в имперской России. В отличие от Пруссии, где А. Гумбольдт опубликовал мировую карту изотерм еще в 1820-е годы, климатические карты России появились только в конце XIX века. В 1900 году был издан коллективный труд — климатологический атлас России, вышедший под именем директора Главной физической обсерватории Российской империи Г. И. Вильда⁸²⁰. Собираемые многочисленными россиянами в XVIII и первой половине XIX века наблюдения и измерения температур, осадков и ветра не пригодились для его изготовления. Вильд и его команда опирались на унифицированные отчеты («летописи») 274 метеорологических станций. Многие из них основал сам Вильд. При построении изотерм учитывалась высота станции над уровнем моря, а также длительность наблюдений (в то время европейские метеорологи согласились, что точность среднестатистических показателей достигается при 30 годах наблюдений). По инициативе Вильда «Пулковская», то есть Николаевская, главная обсерватория стандартизировала измерительные приборы всех станций и добилась инструментального языка метеонаблюдений («Общая инструкция»). В разных точках огромной страны служители станций вычисляли «истинные суточные средние» температуры по единой методике. При этом российские стандарты были приведены в соответствие европейским конвенциям мер (до переезда в Санкт-Петербург Вильд занимался преобразованием швейцарской системы основных мер).

А пока климатических и ландшафтных карт не существовало, медицинские географы работали с тем, что было. Заразные болезни они показывали на административных картах или картах физической географии, передавая динамику поражения с помощью цвета или иных условных знаков. Благодаря такой репрезентации эпидемии воспринимались зрителями как динамические явления, а эндемии — как статические. Спорадические болезни человека картографировать не удавалось. Они, как и прежде, фиксировались в нарративном (истории болезней) или в цифровом виде (ведомости). В таком виде санитарные карты позволяли столичным администраторам наблюдать локализацию и динамику географической патологии довольно расплывчато.

⁸²⁰ Вильд Г. О температуре воздуха в Российской империи с атласом. СПб., 1882; Климатологический атлас Российской империи, изданный Николаевскою главною физическою обсерваторией, 1849—1899. СПб., 1900. Т. 1—2.



Карта Феодосийского карантинного округа 1841 года



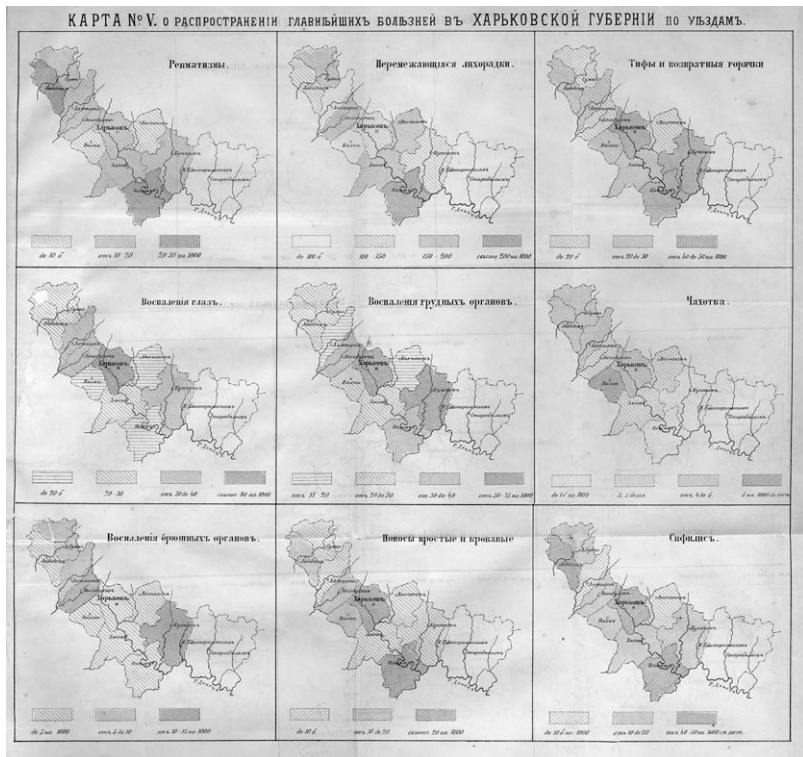
Санитарная карта Харьковской губернии 1868 года



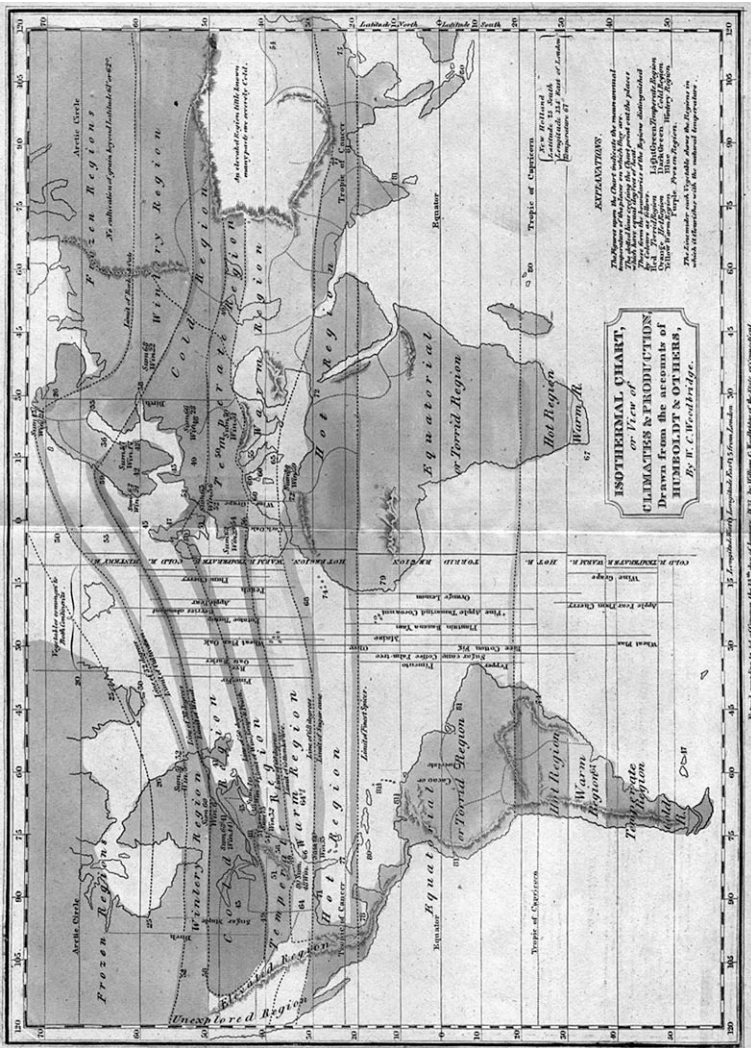
Карта плотности населения Харьковской губернии за 1868 год



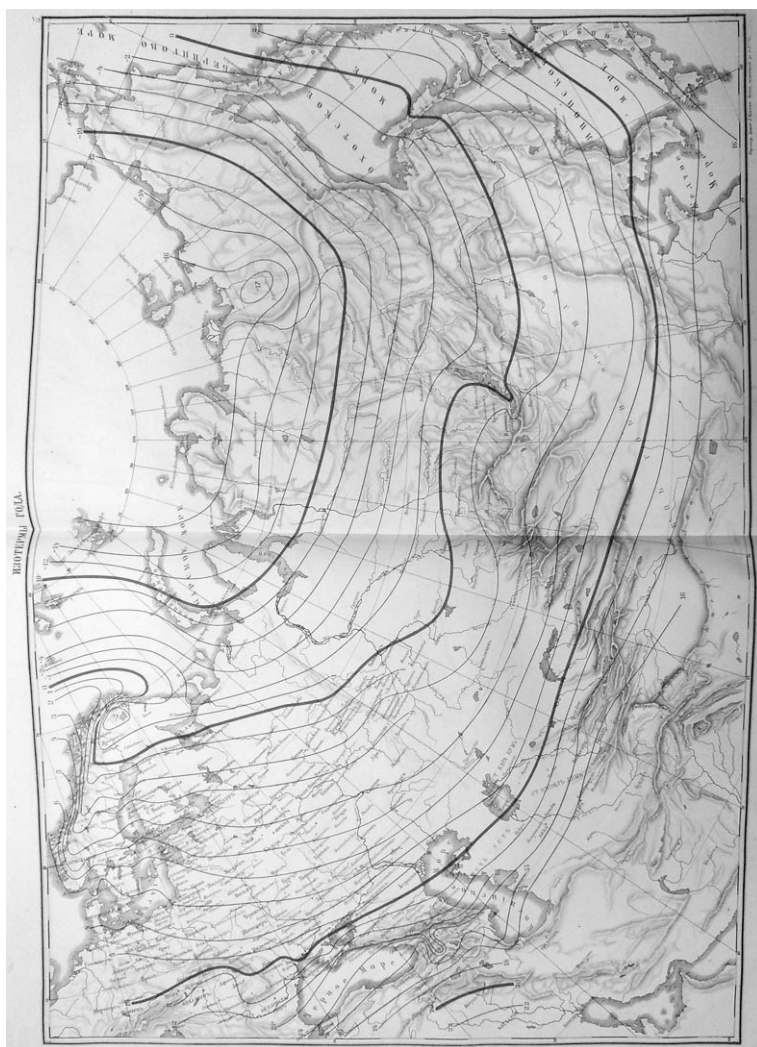
Карта общей смертности населения Харьковской губернии в 1860—1870 годах



Карта распространности девяти заболеваний в Харьковской губернии по уездам



Карта изотерм А. Гумбольдта



Карта изотерм Г. И. Вильда

А вот карты здравоохранения были более полезны в управлении. Они убедительно свидетельствовали о радении губернатора, размахе земских инициатив, давали аргументы для запросов на увеличение финансирования. Другое дело, что в этом качестве визуальные медиумы усиливали санитарную асимметрию в Российской империи, а не выравняли ее.

Все то, о чем рассказали современникам авторы медико-топографических описаний, нанести на карты не удавалось. На них не появилась информация о религиозных диетах местных жителей, специфических для данной местности насекомых и грызунах, гигиенических нормах и образе жизни аборигенов. Синтезированные из административных объектов и медицинской статистики, медицинские карты не зафиксировали перемены в благоустройстве городов и советы медиков. В этом смысле они похожи на карты преступности: в них нет причин, есть только следствия.

Можно предположить, что визуальные медиумы санитарных знаний породили новое географическое воображение и превратили в сознании современников хаотичные природные явления (климат, ветры, эпидемии) в рационально описываемые и поддающиеся анализу объекты. Коллективная работа чиновников (медицинских, почтовых, канцелярских, судебных) и общественных земских деятелей должна была поддерживать утешительную надежду, что раз можно считать вспышки болезней, сравнивать показатели и даже наблюдать за движением заболевания по административной карте империи, то ими можно управлять. Однако таблицы, ведомости, планы и карты позволяли управлять только человеческими рисками. Обладая этим знанием, бюрократы, земства, владельцы торговых и промышленных компаний и даже богатые горожане могли просчитать риск торговых операций, промышленного, городского и частного строительства, а губернские власти могли перераспределять административную ответственность за оздоровление территорий.

Вряд ли сделанные медиками карты оказались полезны для расчета эпидемических конституций, корреляций между почвенными и климатическими факторами, предрасположенностью людей к болезням. Все это стало возможно только в эпоху бактериологии и обнаружения живых возбудителей инфекционных заболеваний. Тогда медицинские карты перестали быть паспортами болезней, но стали картами «природно-очаговых зон». Соответственно на условные изображения местности стали наносить не только последствия (число заболевших), но и условия возникновения эпидемии (изотермы, направления ветра, ареалы расселения носителей инфекции).

Часть 3

НА СУШЕ И НА МОРЕ: ЛОСКУТНОЕ ОДЕЯЛО РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

МЕДИЦИНА ЗАПАДНОГО КРАЯ

Обретенные Российской империей в результате раздела Речи Посполитой (1797) территории долгое время сохраняли в новом государстве прежнюю социальную организацию и городскую инфраструктуру, были слабо подчинены российской бюрократии. Такое положение было возможным до польского восстания 1830—1831 годов, после которого началась ускоренная интеграция этих территорий в структуру Российской империи. Время между этими датами оказалось для жителей Виленской губернии и Царства Польского периодом фронтальной жизни. Почти автономное существование Вильно и связанных с ним городов между двумя большими империями — Российской и Австрийской — создало довольно уникальную ситуацию и хорошие возможности для развития медицины в регионе, который позднее российские бюрократы называли «западный край».

По сравнению с центральными территориями России, Виленская губерния была благополучной в медицинском отношении. В 1828 году ее жителей обслуживали 207 лицензированных медиков (162 частных и 45 государственных). Эти цифры образованы суммой из следующих категорий медиков: 45 вольнопрактикующих врачей, 104 частных лекарских ученика, 13 частных повивальных бабок, 14 уездных лекаря, 19 казенных лекарских учеников и 12 казенных повивальных бабок⁸²¹. Для сравнения: примерно в эти же годы в Воронежской губернии служили 11 государственных лекарей и 5 вольнопрактикующих врачей, а на всю Тамбовскую гу-

⁸²¹ LVIA Ф. 564 Оп. 1 Д. 21. Л. 237.

бернию приходилось 12 казенных лекарей и 8 частнопрактикующих медиков⁸²².

Но в еще большей степени в пользу медицинского благополучия этого региона свидетельствует наше изучение качества рынка медицинских услуг. Историкам Российской империи проводить такие исследования сложно. Имперские архивы собирали в себя, главным образом, свидетельства деятельности государственных структур. Соответственно, на хранение в них передавали указы, распоряжения, отчеты о количестве больных и больниц, рекрутов, умерших, родившихся, учебных и лечебных заведений, протоколы заседаний врачебных управ⁸²³. Согласно практике того времени рассказы о лечебных манипуляциях и встречах врача с пациентом фиксировались не в рапортах и протоколах, а в эго-документах (многие из которых относятся к текстам памяти), а также в «историях болезней» и «скорбных листах». Эти тексты хранились в лечебных учреждениях (пока больной лежал в госпитале, клинике или больнице) или в домашних архивах у врачей. В государственные архивохранилища единицы таких рукописей попали либо случайно (например, использовались в качестве оправдания трагического исхода лечения), либо при передаче личного архива выдающегося врача его потомками. Как правило, реконструкция медицинских взаимодействий требует выявления вкраплений в жанрово инородные тексты (например, такие описания в отчетах, рекомендациях, рецензиях, протоколах заседаний).

В этом отношении российская ситуация радикально отличается от германской или британской, где сохранились архивы ремесленных цехов, в том числе медицинских корпораций. Благодаря им историки Австрийской и Британской империй, а также Прусского королевства имеют возможности изучать не только вопросы управления медициной и великие имена, но и биографии практикующих врачей, уровень оплаты их услуг, знания провинциальных медиков и пациентов, их взаимоотношения⁸²⁴. Такие темы высвечивают медицину «снизу»: взгляд пациентов на врачей, их поведение во время болезни, отношение (в том числе негативное) к медицинской помощи, культурные иерархии заболеваний. Все это — важный контекст для любых исследований в области истории медицины, в том числе медико-географических.

⁸²² Данные за 1820 год по: *Sambuk D. Wächter der Gesundheit. Staat und Lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich 1762—1831. Cologne: Böhlau Verlag, 2015. S. 164—165.*

⁸²³ *Гатина З. С. Где искать диссертационные дела русских врачей, или Особенности архивирования делопроизводства медицинских факультетов // Биографии университетских архивов / Ред. Е. А. Вишленкова, В. С. Парсамов, К. А. Ильина. М., 2017. С. 102—113; Иванова Р. Г. Протоколы заседаний медицинского факультета Казанского университета (1814—1917) как исторический источник: Дисс. ... канд. ист. наук. Казань, 2018.*

Наше изучение влияния медико-географических исследований профессоров на практики лечения и медицинскую культуру пациентов основано на анализе текстов профессора Виленского (ныне Вильнюсского в Литве) университета И. И. Франка и его ученика доктора И. С. Коштульского. Последний имел частную практику в городе Ковно (современный Каунас в Литве, а в XIX веке — уездный город Виленской губернии).

Медико-географические исследования Иосифа Франка

Многолетнее преподавание и врачебная активность И. И. Франка вошли легендарной страницей в письменную историю медицины Вильно и историю Виленского университета. Его биографы, а также историки Вильнюсского университета и Вильнюса описывают организационные успехи и лечебную практику профессора медицины, но не упоминают о его медико-географических исследованиях⁸²⁵. О них нет сведений и в книге А. П. Марковина о развитии медицинской географии в России⁸²⁶.

Данные о топографических и статистических интересах Франка мы извлекали из трех томов его воспоминаний, из научных статей и устных докладов. Все статьи и доклады переведены с французского на польский язык и публиковались в 1818, 1821 и 1822 годах в «Записках Виленского медицинского общества» и «Журнале медицины, хирургии и фармации». Его идеи медико-географического характера мы экстрагировали из науч-

⁸²⁴ *Портер Р.* Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Ред. Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина. СПб., 2008. С. 41—72; *Шлюмбом Ю.* «Беременные находятся здесь для нужд учебного заведения». Больница Геттингенского университета в середине XVIII — XIX веках // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. С. 73—103; *Stogova A. B.* Дружеские отношения в медицинском дискурсе в конце XVI — XVII веке // Диалог со временем. 2010. № 33. С. 34—58; *Digby A.* Making a Medical Living: Doctors and Patients in the English Market for Medicine, 1720—1911. New York: Cambridge University Press, 1994; *Loudon I.* Medical Care and General Practitioner, 1750—1850. 1986; *Idem.* The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth Century England // Medical History. 1985. № 20. P. 1—32; *Starr P.* Medicine, Economy and Society in Nineteenth Century America // Journal of Social History. 1977. № 10. P. 588—607; *Weindling P.* Medical Practice in Imperial Berlin: the Casebook of Alfred Grotjahn // British History of Medicine. 1987. № 61. P. 391—410.

⁸²⁵ *Загорский В. Б.* Императорское Виленское медицинское общество. 1805—1895. Вильна, 1896; *Мицельмахерис В. Г.* Очерки по истории медицины в Литве. Л., 1967. С. 79, 89—90, 104—106; *Bojczuk H.* Towarzystwo Medyczne Wileńskie — Pierwsze Półwiecze (1805—1850): Zarys Dziejów // Medycyna Nowożytna. T. 7. № 2. S. 75—85; *Sakalauskaitė-Juodeikienė E., Jatužis D.* Descriptions of Apoplexy by Joseph Frank in the Beginning of the Nineteenth Century Vilnius // European Neurology. 2017. № 78. P. 8—14.

⁸²⁶ *Марковин А. П.* Развитие медицинской географии в России. СПб., 1993.

ных книг, написанных на немецком языке и латыни, а затем переведенных на русский язык и опубликованных в 1812 и 1825—1826 годах. Дополнительные материалы дала переписка Франка с коллегами, частично опубликованная в 1818 году в «Записках Виленского медицинского общества».

Публикации из периодических изданий Общества можно разделить на четыре группы. Во-первых, это авторские научные рукописи, предлагавшиеся для публикации. Они, как правило, посвящены определенной болезни или описанию клинического случая. Нередко эти элементы сочетались. Во-вторых, тексты устных презентаций. В-третьих, фрагменты личной переписки коллег с членами общества. По понятным причинам эти источники менее формальны. В-четвертых, сообщения о заболеваемости. Это был результат коллективного труда членов Общества. Такие сообщения представляли собой сводки с данными о болезнях за один год или несколько лет, распределенные по месяцам. В них встроены помесечные таблицы с данными о температуре и давлении. Эта информация соотносилась со статистикой заболеваемости.

Научные издания — это учебники, опубликованные Франком на латыни и немецком языке, а затем переведенные на русский язык коллегами или студентами Франка. Мы работали с его руководством по практической медицине, а также с учебником по патологии. Все они содержат медико-географические наблюдения самого Франка и современных ему врачей, со многими из которых он находился в научном диалоге.

Оригинальное издание мемуаров Франка на французском языке включало шесть томов. Мы использовали польское издание (1913) в редакции виленского врача В. Б. Загорского. Поскольку Загорский интересовался историей Вильно, из всего обширного мемуарного наследия Франка он выбрал и опубликовал в первую очередь фрагменты, касающиеся локальной истории. Это соответствует и нашим научным интересам, позволяя сфокусироваться на медико-топографических интересах профессора.

Франк в Вильно

Виленским студентам-медикам повезло с учителями. В начале XIX века их университет стал одним из самых богатых в Европе. Кроме стандартного (немалого) для российских императорских университетов бюджета, он получил фундуши с иезуитских имений, частные пожертвования и материальную помощь от городских монастырей⁸²⁷. Обретенные средства позволили профессорскому совету нанять первоклассных ученых.

⁸²⁷ LVIA. Ф. 720. Оп. 1. Д. 39. Л. 229.

Медицинский факультет (он же врачебное отделение) Виленского университета состоял из семи кафедр (учебных курсов) и семи дополнительных учебных дисциплин. Соответственно, их читали девять профессоров: хирургии — Я. Ф. Бриоте; анатомии — И. Лобенвейн; химии — А. А. Снядецкий (ученик венского профессора — И. П. Франка); патологии — А. Л. Бекю; генеральной терапии и материи медика — Ф. Ф. Шпицнагель; специальной терапии и клиники — И. Франк; повивального искусства — И. Матусевич; скололечения — Л. Г. Боянус; экстраординарный профессор хирургии — И. Нишковский и три адъюнкта⁸²⁸.

В то время как во вновь открытых российских университетах попечители не могли найти профессоров для чтения лекций и вынужденно останавливали преподавание на врачебных отделениях⁸²⁹, академическая жизнь в Вильно продолжала двухвековую традицию.

Получив финансовые привилегии, виленский попечитель А. А. Чарторыйский одобрил предложение местных медиков пригласить в университет на службу прославленных австрийских профессоров, отца и сына Франков. В январе 1804 года университетскому совету удалось уговорить И. П. Франка (1745—1821) — в то время почетного члена Виленского университета, автора многотомного трактата о медицинской полиции, директора Венского госпиталя, профессора терапии и клиники — переехать в Вильно. Хотя в то время Франку было почти 60 лет, он, как надеялись виленские профессора, был достаточно бодр, чтобы начать жизнь на новом месте. А его имя могло бы привлечь в Виленский университет слушателей медицины из разных стран⁸³⁰. Ведь именно так было в Вене, куда И. П. Франк приехал из Павии.

Но особенно местные профессора радовались тому, что посредством отца они смогли заманить в Вильно И. И. Франка (1771—1842). Конечно, его отец был знаменит, имел безупречную научную репутацию и много учеников. Но сын имел репутацию прекрасного педагога клиники и организатора практического медицинского образования. И. И. Франк владел латинским, французским, итальянским, немецким и английским языками, преподавал патологию, анатомию, химию, фармацию. К нему в венский госпиталь съезжались и платили за свое обучение медики со всей Европы⁸³¹. Франк-младший имел заслуги и в науке. Кроме того, он только что

⁸²⁸ LVIA. Ф. 720. Оп. 1 Д. 1. Л. 93.

⁸²⁹ В 1806 году казанский попечитель С. Я. Румовский писал в Вильно, что никак не может получить профессоров медицины и открыть врачебное отделение в Казани. Он просил И. П. Франка помочь ему найти кого-нибудь. См.: LVIA Ф. 720. Оп. 1. Д. 1 Л. 63. В 1815 году отделение врачебных наук в Казанском университете выпустило трех медиков. См.: Альбицкий В. Ю., Гурылева М. Э., Созинов А. С. История Казанского государственного медицинского университета. Казань, 2006. С. 9.

⁸³⁰ LVIA Ф. 721. Оп. 1. Д. 383. Л. 7.

совершил длительное научное путешествие по английским и шотландским университетам и госпиталям, затем по германским и французским медицинским центрам, по окончании которого намеревался издать «описания и замечания о госпиталях и клиниках», им осмотренных⁸³². По возвращении в Вену он получил предложение от Падуанского университета, но отказался от него, не желая расставаться с семьей и отцом.

Чтобы заманить его в Вильно и опередить конкурентов, профессорский совет предложил Франкам исключительные условия. Франку-старшему предлагались две профессорские должности, два жалования и служебный дом, а также гарантия, что после него эти кафедры унаследует его сын⁸³³. В случае болезни за Франком сохранялась половина жалования, а в случае смерти две его дочери обеспечивались российским императором: по 500 рублей серебром в год каждая вплоть до замужества⁸³⁴. Франку-младшему были обещаны кафедра патологии и дополнительный курс общей терапии. От него ждали помощи в организации медицинской клиники при университете⁸³⁵.

Поскольку Франка-старшего на следующий год министр внутренних дел В. П. Кочубей пригласил в Петербург для реформирования государственной медицины и медико-хирургической академии, то усовершенствование медицинского образования в Вильно осуществил И. И. Франк с коллегами. Как уже говорилось в первой части книги, в 1805 году он при поддержке единомышленников создал Виленское медицинское общество и двадцать лет был его секретарем. По его инициативе возникло Благотворительное общество (1807), Общество оспопрививания (или Институт вакцинации, 1808), Родовспомогательный институт (или Институт материнства, 1809). В виленский период Франк-младший издал два крупных сочинения на латыни — труды медицинского института в Вильно (*Acta institute clinici Caesariae universitatis Vilmensis*, 1808—1812) и шесть томов практической медицины (*Praxeos medica' universae praeccepta*, 1811—1824). Это практическое руководство было для многочисленных его учеников и выпускников других медицинских школ, служивших в Российской империи, основным источником знаний о болезнях и их лечении.

Франк был убежденным сторонником клинично-анатомических сопоставлений как инструмента научного познания⁸³⁶. Рискуя частной практикой и профессорской репутацией, он принимал в университетскую клинику неизлечимых больных, чтобы получить их тела для аутопсий⁸³⁷. Видимо, сначала виленцы боялись идти в новую клинику, верили слухам, что

⁸³¹ Там же. Л. 11.

⁸³² Там же.

⁸³³ Там же. Л. 11 об.

⁸³⁴ Там же. Л. 6.

⁸³⁵ Там же. Л. 13.

приехавшие из Австрии профессора ставят на местных пациентах болезненные опыты⁸³⁸. Но с годами репутация медицинского факультета и самого Франка росла, и тяжелобольные пациенты стали сами проситься в клинику.

Почти двадцать лет Франк-младший учил студентов клинической медицине. Он реформировал медицинский факультет, создал при нем стационар и Медицинский институт. В архиве Медицинского совета МВД хранится довольно много нареканий по поводу уровня готовности выпускников провинциальных университетов к медицинской службе. Подготовкой же виленских студентов правительство неизменно оставалось довольно и увеличивало число его казеннокоштных воспитанников.

Теории и наблюдения

Собранные и прочитанные как единый исследовательский текст, высказывания Франка свидетельствуют о его ревизионистском подходе к современным ему медико-географическим теориям. В частности, он сомневался в релевантности теории жаркого климата. «Большая часть прежних естествоиспытателей и врачей, — уверял он, — по-видимому, находились в величайшем ослеплении... в противность опыту и своему внутреннему чувству они сделали бессильного лапландца Геркулесом, а страшного негра слабым, — оживляющую теплоту смертоносным влиянием, а умерщвляющий холод первоначальным источником жизни»⁸³⁹. Аргументы против этой теории Франк черпал в мировых атласах флоры и фауны Линнея и Циммермана, а также в собственном врачебном опыте. «Несправедливо, — утверждал он, — чтобы северные жители были крепче южных»⁸⁴⁰. Во всех теоретических дебатах он рекомендовал ученикам руководствоваться практикой наблюдения, эмпирическим опытом.

С теорией жаркого климата тогда была тесно связана теория происхождения эпидемий. Кажется, европейские врачи начала XIX века довольно близко подошли к обнаружению зоопереносчиков возбудителей, вызывающих болезни человека. Примечательны в этом отношении на-

⁸³⁶ *Frank J. Pamiętniki D-ra Józefa Franka, Profesora Uniwersytetu Wileńskiego. Wilno, 1913. T. 2. S. 12—13.* Подробнее о роли клинико-анатомических сопоставлений в этот период см.: *Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н.* История и философия медицины. Научные революции в медицине XVII—XXI вв. М., 2020. С. 184—191.

⁸³⁷ *Frank J. Pamiętniki. T. 2. S. 12—13.*

⁸³⁸ *Frank J. Pamiętniki. T. 1. S. 71—72.*

⁸³⁹ *Франк И.* Основание патологии по законам теории возбуждения. М., 1812. С. 89—90.

⁸⁴⁰ Там же. С. 91.

блюдения Франка о карбункулах. Он считал, что те появляются от взаимодействия человека с домашними животными, страдающими «антоновым огнем» (так тогда называли эрготизм, который часто отождествляли с сибирской язвой). Врач предполагал, что карбункулы появляются в результате укусов животных и человека болотными насекомыми. Он картографировал данное эпидемическое заболевание в Литве, Калмыкии, Сибири, а также в жарких странах. При этом Франк отмечал, что в разных климатах и ландшафтах эта болезнь проявляет себя своеобразно. Например, в жарком климате в ее нозографическую картину входят пупырышки с сукровицей (*epinyctis*)⁸⁴¹. Стремление к генерализации симптомов влекло Франка к объединению близких по проявлениям болезней в универсальные нозоформы и выделению в них локальных проявлений.

В 1817 году Франк составил сводную за десять лет наблюдений ведомость месячных температур и атмосферного давления. В нее он включил материалы, собранные членами Виленского медицинского общества. В дальнейшем его коллеги делали такие сводные таблицы по лекалам Франка. На основании анализа полученной таблицы Франк заверил: «Вильно сам по себе является городом чрезвычайно здоровым»⁸⁴². С этим выводом согласились его коллеги. Снядецкий подтвердил, что эпидемические болезни в городе действительно бывают редко⁸⁴³.

Дальше члены Общества выясняли, чем обусловлено медицинское благополучие исследуемого места. Согласно галеновской теории, правильное функционирование организма обеспечивали жидкости. Родники, считали виленские врачи, дают местным жителям «отборную» питьевую воду⁸⁴⁴. А расположение в речной долине, окруженной невысокими горами, обеспечивает город свежим воздухом. В текстах Франка состоянию воздуха уделяется большое внимание. Его чистота в зданиях гимназий является залогом здоровья учеников⁸⁴⁵. Ухудшение воздуха из-за миазмов («болотные испарения») порождает вспышки поваральных болезней. Именно поэтому для оздоровления города он рекомендовал осушать болота⁸⁴⁶. Тогда

⁸⁴¹ Франк И. Всеобщая практическая медицина. М., 1826. Кн. 2. С. 186—188, 192—193.

⁸⁴² Frank J. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817 // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 67.

⁸⁴³ Śniadecki J. Krótkie opisanie gorączki, iaka panowała w roku 1812 i 1813 w mieście Wilnie, iako i w całej Litwie // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 80.

⁸⁴⁴ Frank J. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 67

⁸⁴⁵ Ibid. S. 63.

⁸⁴⁶ Frank J. Pamiętniki. T. 3. S. 229—230.

это было повсеместным убеждением авторов медико-топографических описаний, еще не ведавших о долгосрочных последствиях таких осуждений.

Медицинские проблемы в Вильно в понимании Франка были порождены ландшафтно-климатическими и человеческими факторами. По сравнению с солнечной Падуей, в западной части Российской империи были длительные зимы, дефицит солнца, почти полугодовое отсутствие свежих овощей⁸⁴⁷. Из-за этого в Виленской губернии свирепствовали болезни, которые тогда обозначали собирательным термином «скорбут» (русское название — цинга). Посредством химического анализа Франк выяснил, что местные источники питьевой воды хоть и чисты, но содержат избыточное количество железа, что порождает проблемы печени и щитовидной железы⁸⁴⁸.

Жители Виленской губернии, считал врач, усугубляют проблемы, созданные природой. Они равнодушны к чистоте городского пространства, загрязняют питьевую воду и воздух: помои и мусор лежат вблизи водоемов, по краям дорог и на выездах из города⁸⁴⁹. Городской мусор виленцы обычно сжигали сразу за городской стеной, что портило качество воздуха внутри населенного пункта. Чистые улицы здесь соседствовали с грязными дворами⁸⁵⁰.

Эндемии

Как и предлагали создатели нозографий и медицинской географии, болезни рассматривались Франком и его коллегами по Виленскому медицинскому обществу как автономно живущие сущности. Часть из них довольно свободно и с разной скоростью передвигались по миру, а часть были привязаны к месту, являлись характеристикой определенных территорий или народов.

Свободной в географическом и ограниченной в сезонном отношении Франк считал холеру⁸⁵¹. А вот паразитические черви были, по его мнению, связаны с конкретной территорией. Он предполагал, что Литва находится на третьем месте, после Голландии и Швеции, по распространению этих

⁸⁴⁷ *Idem*. O szczególniejszym charakterze febr w Litwie panujących // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1821. T. 2. S. 32—33.

⁸⁴⁸ *Idem*. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 68.

⁸⁴⁹ *Idem*. Pamiętniki. T. 1. S. 46—47.

⁸⁵⁰ *Idem*. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 68

⁸⁵¹ *Idem*. Opisanie tumoru iaiecznika lewego // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 221.

гельминтов. Геморрой он относил к «ряду болезней северных и у нас [в Виленской губернии] очень частых»⁸⁵². Коклюш имел ограничения во времени и пространстве. Франк полагал, что эта болезнь характерна для южных стран с мягким климатом, например для Италии и Франции. Условием ее зарождения он называл осеннее похолодание. Зимой коклюш возникает при появлении восточного и северного ветров, а летом — при смене жары на холод и дожди⁸⁵³. Сопутник Франка А. А. Снядецкий исследовал статистику мочекаменной болезни и заверил, что она в Литве редка⁸⁵⁴. Член Виленского медицинского общества В. В. Пеликан заявил на заседании, что панариций не характерен для жителей города⁸⁵⁵.

К эндемическим болезням Франк относил рожистое заболевание кожи. Поскольку он встречал больных с рожистым воспалением на всей территории Виленской губернии, но не сталкивался с ними в Италии и Австрии, то предполагал ее связь с местным климатом и ландшафтом⁸⁵⁶. Никакого объяснения такому географическому детерминизму в своих публикациях он не дал. А вот часто встречающееся у местного населения собачье бешенство Франк объяснял халатностью властей и местных домовладельцев⁸⁵⁷.

В Вильно доктору редко доводилось лечить больных с воспалением легких. И это выгодно отличало данную местность от других стран, где он ранее практиковал. Франк даже предположил, что в Вене и приморских торговых городах воспаление легких надо объяснять плохой гигиеной труда: портовые рабочие бегом переносили грузы на сильном ветру. В Вильно же представители «класса, называемого рабочим», так активно не двигались⁸⁵⁸.

Со ссылкой на мнение английского врача Т. Сиденгама о сезонности скарлатины в Европе и собранные в Вильно наблюдения местные медики создали географию и хронологию данной болезни. Франк утверждал, что в местных домах скарлатина начинает бушевать в день осеннего равноденствия и длится всю зиму⁸⁵⁹.

⁸⁵² *Idem*. O szczególniejszym charakterze febr w Litwie panujących . S. 31—32.

⁸⁵³ *Idem*. O chorobie zwany kokuksz // Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi. 1822. T. 1. № 3. S. 388—389.

⁸⁵⁴ *Śniadecki J.* O zatrzymaniu uryny z przyczyny kamienia iedney tylko nerki // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 167.

⁸⁵⁵ *Mianowski M.* Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach od początku roku 1817 aż do roku 1820 // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1821. T. 2. S. 7.

⁸⁵⁶ *Frank J.* Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 64.

⁸⁵⁷ *Ibid.* S. 74—75.

⁸⁵⁸ *Ibid.* S. 70—71.

⁸⁵⁹ *Ibid.* S. 52—53.

В современной медицине скарлатина (от лат. *scarlatum* — ярко-красный цвет) определяется как острое инфекционное заболевание, вызываемое гемолитическим стрептококком группы А. Источником заражения здесь выступает человек (больной, выздоравливающий или бактерионоситель). Передача возбудителя инфекции происходит, главным образом, воздушно-капельным путем, но возможен и контактный путь заражения через предметы. Входными воротами для скарлатины является слизистая оболочка зева и глотки. Попав в организм человека, стрептококк выделяет токсин, который запускает токсико-аллергическую реакцию, внешними проявлениями которой служит характерная для скарлатины клиническая картина: лихорадочное состояние, общая интоксикация (недомогание, головные боли, рвота), ангина и мелкоточечная сыпь. Лечение легкой формы скарлатины, как правило, проводится дома. Стационарное лечение назначают при тяжелых формах, когда требуется применение антибиотиков и витаминов. В тяжелых случаях больному проводят инфузионную терапию (раствор глюкозы или гемодез) для уменьшения интоксикации.

Скарлатина, как одна из разновидностей кожной сыпи с лихорадкой и ангиной, была известна давно, даже античным и арабским медикам. Ее первое описание сделал итальянский профессор Дж. Ф. Инграссиас (*Ingrassia*) в 1553 году. В XVI—XVII веках о скарлатине писали Г. де Байю (*de Baillou*), Ж. Котьяр (*Cottyar*), Д. Зеннерт (*Sennert*), С. Шульц (*Schulz*). Для обозначения заболевания они использовали различные названия: Инграссиас и Зеннерт называли ее «*rossalia*», Байю — «*rubiolae*», Шульц — «эпидемической злокачественной пурпурой». Термин «скарлатина» предложил английский врач Сиденгам в 1675 году, и он был принят медицинским сообществом. На протяжении XVIII столетия перечень публикаций, включавших описание скарлатины и ее эпидемий, пополнился трудами таких известных врачей, как Дж. Хаксхам (*Huxham*), Дж. Фозергил (*Fothergill*) и У. Уизеринг (*Withering*) в Англии, Шторх (*Storch*) и Циммерманн (*Zimmermann*) в Германии, А. Де Хаен (*De Haen*) в Голландии, М. фон Пленциц (*von Plenciz*) в Австрии, Р. фон Розенштайн (*von Rosenstein*) в Швеции, Тиссо (*Tissot*) в Швейцарии и Б. Раш (*Rush*) в США⁸⁶⁰.

К началу XIX века эта болезнь считалась хорошо известной. И. И. Франк так описывал ее клинические проявления: «...заразительная сыпь, которая обнаруживается при предшествовавшей большей частью лихорадке и поражением зева, цвет кожи переменяет в красный, и оканчивается отделением кожи в виде чешуек, оставляя в больных опасность подвергнуться водной болезни»⁸⁶¹. Вслед за предшественниками прици-

⁸⁶⁰ *Rolleston J. D.* The History of Scarlet Fever // *British Medical Journal*. 1928. № 2. P. 926—929.

⁸⁶¹ Франк И. Всеобщая практическая медицина. М., 1825. Кн. 1. С. 216.

ной возникновения скарлатины виленский профессор считал «особенную заразу»⁸⁶². Он выделил три формы скарлатины — простую, воспалительную и тифозную⁸⁶³. Первая не требовала вмешательства врача, а вот воспалительная и тифозная формы были смертельно опасными. Для их лечения Франк рекомендовал кровопускания.

Тогда кровопускания (уколы, насечки, вскрытия вены, пиявки, «кровососные банки») служили основным средством противовоспалительной и противолихорадочной терапии. Вера в них покоилась на представлении, что причиной высокой температуры тела является переизбыток крови. Кровопускания назначали с таким постоянством и с такой настойчивостью, что кровь пациентов буквально лилась рекой. Подсчитано, что только в 1800 году в парижских госпиталях было выпущено около 85 тысяч литров крови, а в 1824 году во Францию импортировали 33 миллиона пиявок⁸⁶⁴. О знаменитом парижском враче Ф. Бруссе говорили, что он пролил больше французской крови, чем все войны Наполеона. Не сильно отставали от сторонников учения Бруссе и апологеты немецкой гуморальной патологии.

Наряду с кровопусканиями Франк рекомендовал давать пациентам слабительные и рвотные средства. Они должны были удалить «испорченные влаги». Кроме того, для «отнятия жара» профессор советовал холодное обмывание или обливание, для облегчения «жабы» (удушья) — припарки и теплые отвары; а для ухода за зевом и полостью рта — наливку из шалфейных листьев с каплями соляной кислоты и меда и целый ряд других наливок, настоев и отваров. В случае некроза зева предписывалось использовать насыщенный отвар из хинной корки с кислотой⁸⁶⁵.

При тифозной скарлатине Франк рекомендовал делать кровопускания в сочетании с возбуждающими и потогонными средствами — уксуснокислым аммиаком, янтарно-кислым аммиаком, углекислым аммиаком, камфорным составом, вином. Особое внимание он уделял профилактике заражения: требовались изоляция больных, использование чихательных средств и полосканий рта водным раствором «аммония» или минеральных кислот. Для обеззараживания помещений виленский профессор рекомендовал использовать окуривания, «производимые или с помощью простой, либо окисленной соляной кислоты, или посредством кислоты селитряной». Ссылаясь на авторитет основателя гомеопатии Х. С. Ганемана, Франк советовал употреблять «сгущенный сок травы красавицы» (белла-

⁸⁶² Там же. С. 229.

⁸⁶³ Простая форма соответствует современной легкой форме, воспалительная — тяжелой септической, а тифозная — тяжелой токсической.

⁸⁶⁴ Вульф Х. Р. История развития клинического мышления // Международный журнал медицинской практики. 2005. № 1. С. 12—20.

⁸⁶⁵ Франк И. Всеобщая практическая медицина. Кн. 1. С. 255.

донны). Кроме того, он рекомендовал делать здоровым детям прививки от скарлатины⁸⁶⁶.

Незадолго до отъезда из Вильно Франк опубликовал статью с описанием «болезни из Шкрилево». За три года до него данное заболевание описал доктор Камбери (Camberi). Заболевание было названо им по наименованию поселения на территории балканского региона Иллирия⁸⁶⁷. Согласно статье Франка, основные симптомы у виленских пациентов сводились к покраснениям, болезненным язвам по всему телу, порождающим слезь и коросту на коже, к болям в костях. Если Камбери считал, что болезнь имеет венерическое происхождение, то Франк настаивал, что она передается контактно-бытовым путем⁸⁶⁸. Он ограничивал ареал ее распространения горными и низинными регионами. От жителей этих мест болезнь переходит к жителям возвышенностей.

Франк утверждал, что на побережье южной Европы, и в частности в Шкрилево, этот недуг занесен из города Тимишоара, где в конце XVIII века фиксировалась эпидемия с похожими симптомами. На новом месте, считал Франк, болезнь трансформировалась вследствие иных климатических условий, состояния жителей и их образа жизни⁸⁶⁹. Не вдаваясь в подробности, он сообщал, что похожее заболевание наблюдал в Литве, а также находил параллели с анонимным заболеванием, от которого страдало население Канады в XVIII веке. «Греческую проказу» и шотландский *sibbens*⁸⁷⁰ Франк предлагал не путать с болезнью из Шкрилево, несмотря на некоторые сходства в симптоматике⁸⁷¹.

Франк представил научному миру еще одно эндемическое заболевание, которое назвал «литовские лихорадки»⁸⁷². Виленский профессор утверждал, что, в отличие от Италии и Австрии, лихорадки в Литве почти всегда сопровождаются желудочными и воспалительными симптомами, а также крапивницей, осложняются паразитическими червями, геморроем, скорбутом, колтуном⁸⁷³. Литовские лихорадки, как правило, непрерывные, но редко смертельные в силу мягкости припадков. За годы практики в Вильно Франк лишь дважды имел дело с перемежающейся лихорадкой. Смерть при литовских лихорадках почти всегда наступала от осложнения

⁸⁶⁶ Там же. С. 257.

⁸⁶⁷ *Frank J. O szczególnej postaci choroby wenerycznej // Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi. 1822. T. 1. № 1. S. 109.*

⁸⁶⁸ *Ibid. S. 109—114.*

⁸⁶⁹ *Ibid. S. 113.*

⁸⁷⁰ О невенерическом трепонематозе под названием *sibbens of Scotland* см.: *Morton R. S. Sibbens of Scotland // Medical History. 1967. Vol. 11. № 4. P. 374—380.*

⁸⁷¹ *Frank J. O szczególnej postaci choroby wenerycznej. S. 109, 114—115.*

⁸⁷² *Frank J. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 66—67.*

⁸⁷³ *Frank J. O szczególniejszym charakterze febr w Litwie panujących. S. 29—33.*

других болезней пациента⁸⁷⁴. Однако подавленная хиной литовская лихорадка довольно часто возвращалась, в то время как в Италии своевременный прием хины гарантировал полное исцеление⁸⁷⁵.

Начинается эта статья Франка со ссылки на итальянского медика Дж. Бальиви, предупреждавшего коллег, что его опыт лечения болезней в Италии не может быть механически использован в других местах. Много путешествовавший и переезжавший Франк солидаризовался с ним: «Я могу без колебаний признать, — писал он, — что тысячи случаев заболеваний, свойственных для этой страны, убедили меня в достаточной мере в том, что их характер отличается от тех же болезней в других странах»⁸⁷⁶. Соответственно алгоритм лечения местных вариаций болезней должен быть иным.

Франк претендовал если не на открытие, то на самое полное описание нозологической формы «колтун, или польская коса» (латинское название — *plica polonica*)⁸⁷⁷. В настоящее время колтун определяется как кожное заболевание и представляет собой вызываемое нарушением гигиены воспаление сальных желез на коже головы. В результате этого волосы сплетаются в неровные косички, клубки и космы, которые образуют массу, напоминающую войлок. Лечение состоит в стрижке волос с последующим устранением воспалительного процесса в сальных железах.

Появление колтуна, идентифицируемое с польским этносом, было хорошо известно до Франка. Например, о нем даже есть статья во французской энциклопедии, изданной Д. Дидро и Ж. Л. Д'Аламбером⁸⁷⁸. До Франка, как показала В. Клаумаите, оно имело религиозно-культурную интерпретацию, трактовалось как проявление маргинальности литовской культуры, как результат суеверий⁸⁷⁹.

Некоторые медики XVII — начала XIX века, такие как врач польского короля У. Доусон (Dawson), французы Бойе (Boyer), Р. Шамсерю (R. Chameru), Ришеран (Richerand) и Ларрей (Larrey), считали, что польская коса — это не реальная болезнь, а выдуманная или фантомная⁸⁸⁰. По другим

⁸⁷⁴ Ibid. S. 28—29, 34.

⁸⁷⁵ Ibid. S. 35.

⁸⁷⁶ Ibid. S. 25—27.

⁸⁷⁷ Франк И. Всеобщая практическая медицина. Кн. 2. С. 583; *Frank J. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817*. S. 54.

⁸⁷⁸ *Plica Polonica* // *Encyclopedie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* / Eds D. Diderot, J. L. D'Alembert. Genève, 1779. T. 26. P. 234—239.

⁸⁷⁹ *Klajumaitė V. The Phenomenon of Plica Polonica in Lithuania: A Clash of Religious and Scientific Mentalities* // *Acta Baltica Historiae et Philosophiae Scientiarum*. Vol. 1. № 2. P. 64

⁸⁸⁰ *Rymkiewicz F. Niektóre postrzeżenia ściągające się do choroby kołtunowej z uwagami nad iey naturą* // *Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi*. 1824. T. 2. S. 364.

причинам в начале XIX века президент Варшавского общества друзей науки доктор А. Ф. Вольфф также успокаивал коллег и уверял, что польская коса — это всего лишь симптом (сплетение волос), а не отдельное заболевание⁸⁸¹. Много сторонников имела версия о наследственном характере данного болезненного состояния.

Франк был тем, кто перевел размышления о польской косе в плоскость нозологии и доказывал его онкологическую природу. Поскольку сплетение волос происходило во время долгих тяжелых заболеваний, врач описал это явление в связке с другими симптомами. Его нозография включала более 50 проявлений⁸⁸². Виленский профессор считал, что «польская коса» — это смертельно опасное страдание всего организма, что заболевание передается от человека к человеку контактно-бытовым путем и распространяется по Европе через путешествующих поляков⁸⁸³. Он доказывал, что высокая заболеваемость колтуном является одной из «главнейших причин недостаточности жителей» Польши и Литвы⁸⁸⁴. Возможным источником заражения Франк считал свиное мясо, которое едят польские и литовские крестьяне, а также сельдь и другие рыбы, которые употребляют польские евреи⁸⁸⁵.

Виленский профессор послал в Петербург на имя Александра I проект медико-полицейских мер, включавший организацию специализированных госпитальных отделений; введение жестких мер изоляции заболевших; создание врачебных комиссий; ограничение на браки больных польской косой; выделение финансовых ресурсов на изучение этой болезни, инициацию проведения конкурсов научных исследований и вручение особой стипендии за лучшие работы о колтуне⁸⁸⁶. Хотя его замысел не получил поддержки, Франк продолжал настаивать на необходимости государственных мер борьбы с этим заболеванием и включил все основные положения проекта в свое знаменитое руководство «Всеобщая практическая медицина» (1825)⁸⁸⁷.

⁸⁸¹ Ibid. S. 364—365.

⁸⁸² Франк И. Всеобщая практическая медицина. Кн. 2. С. 589—594.

⁸⁸³ Там же. С. 583—618.

⁸⁸⁴ Там же. С. 611—613.

⁸⁸⁵ Там же. С. 602.

⁸⁸⁶ Там же. С. 611—613.

⁸⁸⁷ Frank J. Pamiętniki. T. 3. S. 225—228. Более того, начиная с 1805 года Виленское медицинское общество несколько раз проводило конкурс на лучшую работу о колтуне. Конкурс проходил несколько раз, но исследование о колтуне, удовлетворяющее ученую комиссию, было представлено только в 1873 году варшавским врачом Х. Добжицким. Он доказал, что причиной колтуна является несоблюдение гигиенических правил, и окончательно опроверг теорию Франка. Об этом см.: Загорский В. Б. Императорское Виленское медицинское общество. 1805—1895. С. 141—149.

В проекте Франка по организации борьбы с «польской косой» можно увидеть апелляцию медицинских географов к политической власти для установления альянса в деле борьбы за сохранение и увеличение популяции. Его проект государственных мер борьбы с колтуном указывает на способы использования медико-географического знания для усиления управленческой роли медицинской профессии.

Ученики Франка, направленные на службу в удаленные части Российской империи, присылали учителю описания местных болезней или аргументы для его научной полемики. Так, уездный врач в городе Гижига на Камчатке, Ф. Гречина, сообщал Франку в 1817 году о болезнях аборигенов⁸⁸⁸ и русских переселенцев⁸⁸⁹. Некогда проходивший практику в университетской клинике Вильно, он сравнивал диагностированный Франком колтун (1814) с часто встречавшимся заболеванием кожи камчатских жителей (ее почернением, шелушением, покрытием волосами, судорогами, онемением конечностей). Доктор Гречина солидаризовался с учителем во мнении, что польская коса и камчатский феномен — местные наследственные разновидности нозологической формы «лепра».

Медицинская культура

Суждения Франка о медицинской культуре жителей Виленской губернии основаны на наблюдениях во время работы в университетской клинике и во время вызовов в качестве частнопрактикующего врача. Поскольку на данной территории проживали поляки, русские, остзейские немцы и евреи, Франк фиксировал различия в медицинской культуре этих народов. Он утверждал, что евреи и русские трудно соглашались на аутопсию трупов своих родственников. А вот поляки легко дают согласие на патолого-анатомическое вскрытие родственников⁸⁹⁰.

Франк убедился, что поляки высоко ценят ученых докторов и прощают их неудачи⁸⁹¹. Обращавшиеся к нему русские пациенты были в основном присланными в Вильно чиновниками, военными и богатыми дворянами. Они также с доверием относились к знаниям и искусству ученых врачей, послушно выполняли их предписания. Подобным же образом вели себя остзейские немцы⁸⁹².

⁸⁸⁸ Судя по всему, имелись в виду эвены — тунгусо-маньчжурский народ, проживающий на Дальнем Востоке.

⁸⁸⁹ List doktora Tadeusza Hreczyny, lekarza skarbowego w mieście Hiżydzie na Kamczatce, pisany pod d. 15 lipca 1817 do profesora Józefa Franka w Wilnie // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 279—285.

⁸⁹⁰ *Frank J.* Pamiętniki. T. 2. S. 12—13.

⁸⁹¹ *Idem.* Pamiętniki. T. 1. S. 136.

⁸⁹² *Idem.* Pamiętniki. T. 3. S. 138—139.

Как и его коллеги, польские профессора, Франк обосновывал антисемитизм медико-биологическими аргументами. Он уверял, что еврейские дома — это «гнезда заразных болезней», где приходится дышать больным воздухом. Такую патогенность Франк объяснял культурно-социальными факторами, например, тем, что среди виленских иудеев много старьевщиков. Они продавали вещи больных и умерших людей⁸⁹³.

На основе собранных им самим и его учениками историй болезни Франк сделал вывод, что с точки зрения заболеваемости и протекания болезни польские евреи выгодно отличаются от евреев других стран⁸⁹⁴. Вероятно, такое наблюдение было откликом Франка на новые расовые теории. Виленский врач поведал коллегам, что некоторые заразные болезни, такие как скарлатина, чаще всего и прежде всего появляются в Вильно в еврейских кварталах. А вот воспаление гортани среди польских евреев он отмечал как редкость⁸⁹⁵.

Профессор вспоминал, что виленские евреи относились к его медицинским знаниям как к товару. Разными уловками они задерживали профессора у постели больного: родственники искали перо или бумагу для рецепта и при этом задавали много вопросов. Франк припомнил одного пациента, который возвращался в его кабинет три раза, спрашивая, как принимать выписанный порошок — до или после еды, в холодной воде или в горячей, можно ли при этом вступать в сексуальную связь со своей женой⁸⁹⁶. В этих заметках сквозит типичное для европейских интеллектуалов тех лет снисходительно-ироничное отношение к еврею как универсальному «другому».

Как правило, местные жители не понимали сути лечения и вынужденно доверяли врачу. Исключение составляли русские аристократы и польская шляхта, которые, подобно графу Мостовскому, собирали у кровати консилиум врачей и практиковали самолечение аптечными препаратами⁸⁹⁷. Вера в шарлатанов возникла у жителей Вильно только в случаях, когда ученые врачи не могли помочь больному (Франк описал неизлечимую болезнь дочери немецкого мещанина Кесслинга)⁸⁹⁸.

Создавая разные виды группности, Франк использовал то ближнюю, то удаленную оптику. Всех своих пациентов он называл «литовцы», когда акцентировал внимание на территориальной, а не на этнической перспективе⁸⁹⁹. Видимо, несмотря на прошедшие тридцать лет, Франк продолжал

⁸⁹³ *Idem*. Pamiętniki. T. 1. S. 76—79; *Idem*. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 53—54.

⁸⁹⁴ *Idem*. Pamiętniki. T. 1. S. 76—79.

⁸⁹⁵ *Idem*. Pamiętniki. T. 1. S. 76—79; *Idem*. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817. S. 28—29.

⁸⁹⁶ *Idem*. Pamiętniki. T. 1. S. 76—79.

⁸⁹⁷ *Idem*. Pamiętniki. T. 1. S. 80—81.

⁸⁹⁸ *Idem*. Pamiętniki. T. 3. S. 138—139.

воспринимать Царство Польское и Виленскую губернию если не как единое политическое пространство, то, во всяком случае, как тесно связанные в культурном отношении территории⁹⁰⁰.

Франк уверял, что местные жители терпеливо переносят лихорадки и даже рады им, потому что считают, что так быстрее выздоровеют. Лихорадка уйдет и унесет с собой болезнь. Он утверждал, что обычная для лечения лихорадок хина воспринималась местными пациентами со страхом. И это потому, что многие практикующие в Вильно врачи не знали специфики местных болезней и обильно кормили пациентов хиной, которая не помогала, а вызывала отравления⁹⁰¹.

От учителя к ученикам

У историков редко бывает возможность проверить, как идеи, теории, взгляды университетских профессоров отразились в лечебной практике их учеников. Нам повезло: в Литовском государственном историческом архиве в фонде врачебной управы отложились тексты, запротоколировавшие лечение и взаимодействие польских пациентов — семьи Блажевичей — с их семейным врачом. По счастливой случайности этот врач был учеником И. И. Франка. Дело происходило в 1827 году в Ковно. Тогда во врачебную управу поступила жалоба польского дворянина И. О. Блажевича на вольнопрактикующего лекаря, тоже поляка И. С. Коштульского. Он обвинялся в смерти детей Блажевича⁹⁰². Получившие жалобу члены управы провели экспертизу знаний медика и процедуры лечения. В связи с этим Коштульский посылал в Вильно рукописи с историей болезни, рецепты лекарств, объяснения своих действий. Оправдательный текст ковенского врача позволяет анализировать поведение пациентов и их родственников во время лечения, а также их реакции на последствия лечения.

Контекстуализация данного кейса потребовала от нас восстановления всей медицинской инфраструктуры на бывших польских территориях (условий обучения будущего врача в Виленском университете, критериев установления эпидемической опасности территорий, состояния аптечной сети, уровня медицинской культуры пациентов-поляков), то есть всего того, что определяло взаимодействие больных с врачами.

⁸⁹⁹ *Idem.* O szczególniejszym charakterze febr w Litwie panujących. S. 35.

⁹⁰⁰ *Idem.* Historia prawdziwego trądu razem z kołtunem w iedney i teyże samej osobie // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1821. T. 2. S. 151.

⁹⁰¹ *Idem.* O szczególniejszym charakterze febr w Litwie panujących. S. 35.

⁹⁰² LVIA. Ф. 564. Оп. 1 Д. 21. Л. 125—125 об, 184. В этом деле нет сплошной пагинации листов. Рукописи в данной папке сшиты тетрадами. В результате начало письма и его продолжение находятся в разных концах тетради.

Жалоба

«Я по долгу моему сим относясь в Литовскую Виленскую врачебную управу, — писал Блажевич, — покорнейше имею честь просить дабы соизволила оная врачебная управа с вышеупомянутого вольнопрактикующего доктора Костульского снять экзамен как в том, не позабыл ли он врачебных наук, и может ли он быть допущен к лечению больных людей или нет»⁹⁰³.

Автор письма, ковенский земский исправник, был большим человеком в уездной администрации — главой полиции и членом нижнего земского суда. Его уезд был второй по величине административной единицей в Виленской губернии. На должность земского исправника или капитан-исправника кандидат избирался местным уездным дворянством на три года и был подчинен непосредственно губернатору, а через него — системе МВД. Исправнику, в свою очередь, подчинялся весь уезд (кроме городов). В его обязанности входили инспекция уезда, пожарная безопасность, торговый контроль, мелкие судебные разбирательства, организация бюрократического делопроизводства, реализация правительственных решений и противодействие эпидемиям. Два раза в год он должен был объезжать весь уезд и докладывать о его состоянии казенной палате и губернатору. Кроме плановых поездок исправнику приходилось ездить по селениям и проверять состояние рынков, работу присутственных мест, разбирать конфликты жителей. Видимо, Блажевич был старательным служащим. По предложению начальника Главного штаба Его Величества, в 1827 году он был представлен к награде орденом Св. Анны третьей степени. Жизнь его складывалась успешно: была хорошая служба, был почет и достаток, были жена и двое детей — сын и дочка.

Судя по тексту жалобы, Блажевич не владел русским языком в совершенстве и плохо справлялся с орфографией. Однако даже сквозь ошибки и неправильные лексические обороты видны смятение и боль отца, в одночасье потерявшего обоих детей. «По достигнутому мне несчастному опыту, — писал он, — на моих детях — то есть одиннадцатилетний сын и пятилетняя дочь, кои прошедшего ноября 27 и 30 числа померли от болезни scarлатины с пренебрежения вольнопрактикующего лекаря Костульского или незнания его сей болезни»⁹⁰⁴.

И. С. Коштульский (которого Блажевич называл Костульским) прожил длинную жизнь (1790—1868), долгое время служил лекарем, и его биография попала в энциклопедические справочники врачей Польши и России. Уроженец Витебской губернии, он в 1813 году завершил курс обучения на нравственно-политическом отделении Виленского университета.

⁹⁰³ Там же.

⁹⁰⁴ Там же.

После этого он поступил на медицинский факультет того же университета и в 1818 году получил здесь степень магистра медицины, представив сочинение «De Castratione». Обретя в марте 1820 года ученую степень доктора, он занялся частной практикой в Ковно⁹⁰⁵.

Частнопрактикующих врачей XVIII—XIX веков историк медицины Р. Портер называл «самозанятые» и сравнивал их статус с владельцами продуктовых лавок⁹⁰⁶. Как правило, они зарабатывали на жизнь в своих кабинетах («магазинах»), выписывая пациентам разноцветные лекарства. При этом, в лучшем своем виде, это была система, в которой врач был доверенным другом семьи — он знал о ее членах все, встречал появление детей и провожал в последний путь старших. Забота, доверие и сострадание были в их отношениях самым важным, поскольку доктор мало чем мог помочь пациенту в случае дизентерии, скарлатины, послеродовой горячки или пневмонии⁹⁰⁷.

В 1825 году в Ковно, втором по размеру городе Виленской губернии, где вел практику Коштульский, проживало почти 5000 жителей. В основном это были поляки, литовцы и евреи. К 1827 году, моменту трагических событий, тридцатисемилетний врач уже семь лет лечил обращавшихся к нему горожан и жителей уезда. И, хотя Коштульский лечил все болезни, особую славу он приобрел как акушер и женский доктор. Ковенские жительницы, в основном представительницы польского дворянства, звали его в свои дома во всех трудных ситуациях.

Обучение медицине в то время не было специализированным. Более того, в России, в отличие от многих европейских стран, на врачебных факультетах было соединено обучение терапии и хирургии. И это было достижением в медицинском образовании. Специализацию по хирургии, акушерству или офтальмологии врач мог себе позволить только в условиях большого города, службы в столичном госпитале или в условиях академической карьеры в университете или медико-хирургической академии. Обычно выпускники медицинских факультетов были готовы диагностировать и лечить все виды болезней, по крайней мере, их так учили в университетах.

Естественно, молодые врачи не обладали достаточным опытом практической лечебной работы и далеко не всегда чувствовали себя достаточно уверенно у постелей больных. Об их сомнениях, переживаниях и раскаяниях современники узнали после того, как с почина Н. И. Пирогова в России утвердился литературный жанр, повествующий о врачебных

⁹⁰⁵ Słownik lekarzow polskich / Ul. S. Kosminski. Warszawa, 1883. S. 248.

⁹⁰⁶ Porter R. A Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. London: HarperCollins, 1997. P. 348.

⁹⁰⁷ Ibid. P. 358.

ошибках, переосмыслении лекарями полученного образования и социальной ответственности перед пациентом⁹⁰⁸.

Как следует из справки врачебной управы, Коштульский получил в Виленском университете ученую степень доктора медицины (вторая после университетского диплома). Только студент первого отделения (то есть с отличными знаниями) мог после нескольких лет практики сдать экзамены и защитить диссертацию. Учитывая эти обстоятельства, все три члена управы единогласно отвергли подозрения Блажевича в некомпетентности его врача⁹⁰⁹.

Лечение

Как явствует из оправдательного письма Коштульского, в тот год в Ковно свирепствовала эпидемия скарлатины. Однако официальные власти об этом не сообщали и борьбы с ней не вели. До создания в МВД Статистического отделения и подчиненных ему губернских статистических комитетов (1835) данные о «заразных больных» не собирались. В начале века государственные мероприятия по борьбе с эпидемиями запускались не сведениями с мест, а приказами из Петербурга. Только в 1838 году врачебные управы стали впервые рассылать уездным врачам форму ведомости о заразительных болезнях, которые становились сигналами тревоги⁹¹⁰.

Если рассматривать действия доктора Коштульского исходя из современных ему воззрений и рекомендаций, его невозможно обвинять в смерти Блажевича-младшего. Из описаний, представленных в управу, следует, что у мальчика возникла тяжелая септическая форма заболевания, манифестировавшая лихорадкой, ангиной, выраженным лимфаденитом, рвотой. Имея в виду арсенал доступных врачу первой половины XIX века лечебных средств, у Коштульского не было возможности победить стрептококк и спасти пациента. Другое дело, что в его тексте ни слова не говорится о действиях по уходу за зевом и полостью рта. Эти меры не спасли бы мальчика, но могли облегчить его страдания.

Из всего спектра средств и медицинских манипуляций, рекомендованных Франком, Коштульский ограничился использованием пиявок, слабительных и сложносоставных лекарственных смесей.

В медицине начала XIX века широко применялась лекарственная терапия. Если судить по фармакопеям того времени, в арсенале врачей были сотни «простых» лекарственных средств и тысячи «сложных» медикамен-

⁹⁰⁸ Об этом писали Н. Пирогов в «Анналах Дерптской хирургической клиники», А. Вересаев в «Записках врача», М. Булгаков в «Записках юного врача».

⁹⁰⁹ LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 21. Л. 183.

⁹¹⁰ LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 58. Л. 221 об.

тов. Однако их способность влиять на течение болезненных процессов была невелика. Довольно часто их применение приносило больным больше вреда, чем пользы⁹¹¹.

По оценкам современных фармакологов, львиная доля применявшихся в XVIII — первой половине XIX века лекарств не содержала активно действующих начал и в лучшем случае имела психотерапевтическое действие. Лекарственных средств, действительно содержавших биоактивные компоненты, насчитывалось несколько десятков (хина, наперстянка, опиум и др.). Эти препараты в большинстве случаев применялись либо не по назначению, либо в произвольной дозировке. Так происходило с открытыми еще в XVII веке корой хинного дерева и опиумом. Наблюдая обезболивающий и снотворный эффект опия, врачи широко использовали его как средство лечения заболеваний сердца, астений, «тифов» и пр. «Тысячи больных, в числе которых были молодые люди, подававшие большие надежды, — с грустью констатировал в начале XIX века врач К. В. Гупфеланд, — сделались жертвой яростных приверженцев опия»⁹¹².

Еще хуже обстояло дело с использованием растений и минералов с выраженным токсическим действием (белена, спорынья, чемерица; соединения ртути, свинца, меди, мышьяка, фосфора, серы, сурьмы; лекарств на основе серной или соляной кислоты). После их введения в организм наблюдались выраженные симптомы отравления — слюнотечение, слезотечение, рвота, понос, различные проявления поражения центральной нервной системы. Наблюдавшие эти реакции пациентов врачи трактовали их как «признаки выхода болезни из тела»⁹¹³. Вспоминая состояние медицины первой половины XIX века, немецкий врач писал: «Румян ли больной или бледен, толст или худ, чахоточен или одержим водянкой, страдает ли он отсутствием аппетита или волчьим голодом, поносом или запором, это все равно: ...он должен потеть, и его должно слабеть, он должен сморкаться и рвать, терять кровь и слюноточить»⁹¹⁴. Стремясь добиться такого эффекта, врачи назначали токсичные вещества в больших дозах и таким образом убивали пациентов раньше, чем основное заболевание.

⁹¹¹ *Сточик А. М., Затравкин С. Н.* От классификационной медицины к медицине клинической (конец XVIII — 70-е гг. XIX века). Сообщение 5. Реформирование лечебного дела в 40-х — 60-х гг. XIX века // *Терапевтический архив*. 2012. № 1. С. 69—73.

⁹¹² Цит. по: *Амеке В.* Возникновение гомеопатии и борьба против ее распространения. СПб., 1889. С. 58.

⁹¹³ *Сточик А. М., Затравкин С. Н.* От классификационной медицины к медицине клинической (конец XVIII — 70-е гг. XIX века). Сообщение 4. Состояние лечебного дела в конце XVIII — первой половине XIX века // *Терапевтический архив*. 2011. № 12. С. 78—80.

⁹¹⁴ Цит. по: *Амеке В.* Возникновение гомеопатии и борьба против ее распространения. С. 47.

Врачи редко назначали лекарства, состоящие из одного ингредиента (простые лекарства). Обычно прописывались сложные составы из восьми-десяти и более компонентов⁹¹⁵. Считалось, что тело само выберет из них ингредиенты, нужные для его борьбы с болезнью. «Когда я начинал практиковать, — писал о событиях середины 1830-х годов знаменитый английский интернист Т. К. Олбатт, — было в обычае ко дням консультаций готовить письменный стол, перья, чернильницы для выписки рецептов — этих монументальных произведений. Для каждого симптома назначали особый медикамент и несколько добавочных для заболевания в целом. Предписание торжественно утверждалось и подписывалось двумя врачами и более; чем многословнее был рецепт, тем большее уважение к себе он внушал родственникам и друзьям заболевшего, которые смотрели на рецепт как на инструмент выздоровления»⁹¹⁶. Как свидетельствуют сохранившиеся истории болезней, при острых «скоротечных» болезнях рецепты меняли каждый день, при хронических — каждые два-три дня⁹¹⁷.

Подобным же образом лечил ковенских детей Коштульский. В тексте оправдания он педантично перечислил и прикрепил к нему все составленные им прописи. Очевидно, они должны были служить свидетельством его добросовестной работы. В течение дня врач несколько раз менял рецепты, отменял одни лекарства и назначал другие⁹¹⁸.

Аптеки и лекарства

В тексте Коштульского упоминается как минимум шесть сложносоставных лекарств и две микстуры с растительными компонентами. Кроме того, мать больных детей приобрела 90 пиявок по рекомендации врача и еще сколько-то самостоятельно. Детей поили растворами белладонны, бузины, давали ревеня, прикладывали горчицу и камфару. Все эти медикаменты приобретались в местной аптеке. Всего в Ковно в то время их было две — Фишера и Лея. Коштульский предпочитал направлять пациентов к Лею.

Лечиться по правилам научной медицины было недешево. Помимо того что нужно было платить за приход самого врача, очень дорого обходи-

⁹¹⁵ В XVIII — первой половине XIX века наиболее популярным средством «очистительной» лекарственной терапии служила пропись, включавшая: александрийский лист, винный спирт, львиный зуб, ревеня, нашатырь, пырей, ртуть и сурьму.

⁹¹⁶ Цит. по: *Сточик А. М., Затравкин С. Н.* От классификационной медицины к медицине клинической (конец XVIII — 70-е гг. XIX века). Сообщение 4. Состояние лечебного дела в конце XVIII — первой половине XIX века. С. 78—80.

⁹¹⁷ Цит. по: *Амеке В.* Возникновение гомеопатии и борьба против ее распространения. С. 57.

⁹¹⁸ LVIA. Ф. 564. Оп. 1 Д. 21. Л. 176 об.

лись прописанные им медикаменты. В XVIII веке их стоимость произвольно определялась аптекарями и зависела от финансовых возможностей пациентов. Но в 1789 году в империи появился первый Аптечный устав, установивший аптекарские таксы (государственно контролируемые расценки стоимости лекарств). Эти книги с колонками латинских названий ингредиентов и фиксированными ценами на них были на столах у всех аптек, а врачебная управа обязывалась следить за тем, чтобы владельцы аптек не завышали стоимость. Кроме того, МВД установило правила продажи и транспортировки лекарств с указанием времени получения рецепта в аптеке и времени изготовления медикаментов (1808)⁹¹⁹. Судя по этим таксам, постоянная смена лекарств обошлась семье Блажевичей в немалую сумму.

Доверие

Изучая развитие медицины в Англии, Дж. Лейн пришел к выводу, что в XVIII — начале XIX века городские обыватели обращались к врачу только в крайних случаях, когда их самолечение не приводило к выздоровлению⁹²⁰. Судя по действиям супруги Блажевича, даже обеспеченные женщины Ковно звали врача только тогда, когда домашние средства были исчерпаны, а угроза для жизни становилась очевидной. Пришедший в дом врач не осуществлял уход за больным. Он ставил диагноз, вводил в доме лечебный режим, выписывал лекарства и требовал послушания. В этой ситуации пациенты, как считает А. Дигби, имели смутные представления о том, какие медицинские услуги они приобретают, и потому были вынуждены верить знаниям или искусству лекаря⁹²¹.

Вероятно, так было не всегда и не со всеми. И хотя ситуация с широтой использования медицинских услуг в Англии и Виленской губернии были более похожи, чем между Виленской и Воронежской губернией, все же весь текст Коштульского свидетельствует о наличии у матери заболевших детей определенных медицинских познаний и ее растущем недоверии к действиям врача.

Очевидно, супруга земского исправника была женщиной волевой и решительной, а может быть, стать таковой ее заставили обстоятельства

⁹¹⁹ Об означении аптекарям на присланных рецептах времени получения оных, а по изготовлении лекарства, на сигнатурах, в котором часу отпущено лекарство // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 30. № 22739. С. 4.

⁹²⁰ Lane J. A Social History of Medicine. Health, Healing and Disease in England, 1750—1950. London; New York: Routledge, 2001. P. 11.

⁹²¹ Digby A. Making a Medical Living: Doctors and Patients in the English Market for Medicine, 1720—1911. P. 3.

смертельной опасности и страха. Когда Коштульский в первый раз пришел на вызов в дом Блажевичей, то узнал, что мать больного мальчика уже начала лечение. Предполагая у сына пищевое отравление кислой капустой, она дала ему от болей в животе настойку ревеня. Доктор счел это ошибкой. Видимо, он упрекал Блажевич за самовольство, запугивал ее и объяснил, почему в данном случае мальчику следовало дать рвотное, а не слабительное.

После этого несколько дней женщина была верной исполнительницей его воли. Она послушно выполняла все его предписания, безотказно платила за дорогие лекарства, прятала ненужные, заказывала новые, ограничивала детей в еде, заставляла их пить горькие напитки и глотать жуткие на вкус лекарственные смеси, наблюдала извивающихся пиявок, поставленных на горло пятилетней девочки и одиннадцатилетнего мальчика.

Однако по мере стремительного ухудшения состояния детей, их криков и стонов росло ее отчаяние и вместе с ним сомнения в правильности врачебных манипуляций. Вряд ли она читала руководство Франка, изданное в Ковно на латыни и в Москве на русском языке, но, вероятно, обсуждала случаи детской скарлатины с соседками и родственницами. Кажется, больше, чем врачу, она доверяла своей интуиции и реакциям детей на принятые меры, уговаривала доктора повторить те, что вызвали хоть какое-то облегчение: «Мать сей девочки часто предлагала на трудное глотанье и вспухлые железы употребление пиявок; но я отрицал оные на сей час, велел ожидать разрешение на сие и моего наступающего визита»⁹²². То есть врач с трудом добивался послушания от матери.

Через несколько дней после первого вызова ситуация в доме Блажевичей вышла из-под контроля доктора. В отличие от уходящего и приходящего врача, мать мечущихся в бреду детей постоянно находилась с ними и страдала от собственной беспомощности. Она перестала ждать помощи извне и пробовала все: «Так мать вскоре по моем отходе, — писал Коштульский, — из мнения своего сама пиявки приставила»⁹²³.

Из опыта наблюдений за предыдущими лечениями, анализа реакции детей на лекарства и даже опыта выздоровления домочадцев она делала собственные выводы, проводила аналогии и все более решительно вмешивалась в лечение⁹²⁴. Наконец она решилась на крайнюю меру — лечить детей сама «хорошими» лекарствами, которые когда-то помогли ее матери⁹²⁵. Мы не знаем, какие лекарства она использовала, кто был врачом бабушки и каким было ее заболевание. Видимо, дорогие медикаменты не выбрасывались после излечения, а хранились в доме на всякий случай.

⁹²² LVIA. Ф. 564. Оп. 1. Д. 21 Л. 174.

⁹²³ Там же.

⁹²⁴ Там же. Л. 135.

⁹²⁵ Там же. Л. 177 об.

Таким образом, у постелей смертельно больных детей развернулась борьба медицинских компетенций.

После ухода детей из жизни земский исправник обвинил семейного доктора в отсутствии необходимых для лечения скарлатины познаний. Как человек казенной службы, он верил в государство и его способность ценить и вбирать в себя лучших людей. Частнопрактикующий врач в его представлении — это человек, не получивший казенной должности или лишенный ее. Скорее всего, такой медик не смог обрести «место» в силу отсутствия талантов и усердия. Он считал, что уездные и военные врачи обладали большими сведениями и были более знающими, чем частный доктор. «Заблаговременно присланный желанием жены моей и ее матери, удостоверил он [Коштульский], — жаловался Блажевич, — что нет ни малейшей опасности и не для чего приглашать господина доктора Ковальского... В то время когда следовало ему г-ну Костгильскому в таком случае посоветоваться с уездным г. доктором Ковальским или же воинскими врачами, кои два здесь в Ковно при артиллерийской бригаде находятся»⁹²⁶.

Видимо, будь его воля, он бы воспользовался услугами уездного лекаря Ковальского. Однако жена до этого несчастья свято верила в своего исцелителя. Коштульский свидетельствовал, что пять лет лечил всех членов семьи Блажевичей. «Правда неоспорима есть и то, — писал он в своем оправдании, — что я перед сим приключением был ангел хранитель дома Г. Г. Блажевич и благодетель, когда я только быв в состоянии избавить Г-жу Блажевичеву от болезни никем не излечимой»⁹²⁷. Блажевич писал инспектору управы, что Коштульский был вызван женой по необходимости, «за отсутствием моим по долгу службы и уездного доктора господина Ковальского»⁹²⁸. Забыв в горе прежние заслуги своего доктора, земский исправник обвинял его в обмане доверия⁹²⁹.

В свое оправдание ученый врач обвинял родителей. Письмо он начал с описания семейной драмы, предшествовавшей болезни мальчика. Ссылаясь на свидетельство матери, Коштульский показал, что вред ребенку нанесли решение рассерженного отца отправить его в училище в период эпидемии и жесткая воспитательная беседа с ним по поводу успехов в обучении⁹³⁰. Только сильная слабость ребенка разжалобила родителей и побудила мать нарушить волю мужа — оставить сына дома.

Коштульский рассказывал коллегам, как мать противодействовала лечению и использовала шарлатанские познания⁹³¹. Отец винил врача в не-

⁹²⁶ Там же. Л. 125—125 об., 184.

⁹²⁷ Там же. Л. 177.

⁹²⁸ Там же. Л. 125—125 об., 184.

⁹²⁹ Там же.

⁹³⁰ Там же. Л. 131.

умеренном использовании пиявок в отношении ослабевших детей, а Коштульский обвинял родителей в нарушении его предписаний и самовольных назначениях⁹³².

Профессиональная солидарность

Прочитав хронику лечения и умирания детей Блажевича, медики Виленской врачебной управы не могли не заметить ошибку Коштульского, способствовавшую гибели младшего ребенка. Семейный врач не потребовал от родителей изоляции заболевшего мальчика от членов семьи. В руководстве Франка об этом говорилось совершенно определенно. Между тем в оправдательном послании Коштульского нет упоминаний о домашнем карантине, но высказано недовольство, что мать держала больного мальчика и его сестренку в комнате со сквозняками. Это привело, по его мнению, к осложнению простудой.

Члены врачебной управы оправдали Коштульского, признав проводимое лечение правильным, и сделали ему только замечание⁹³³. О необходимости оградить здорового ребенка от заболевшего брата в экспертном заключении не сказано ни слова. Почему? Мы можем только делать предположения. Блажевич обращался в управу как государственный человек к государственному учреждению, в надежде на солидарность против негосударственного лекаря. Время благоприятствовало его ожиданиям. С первых лет николаевского правления правительство демонстрировало приоритет казенной службы и ведомственной сплоченности перед всеми другими видами занятости.

Однако общности с медицинскими чиновниками земский исправник не обрел. С нашей точки зрения, основная причина лояльности членов управы к оценке действий частного врача состояла в профессиональной солидарности. Коштульский довольно часто выручал ее членов, заваленных грудой казенных поручений. Судя по архивным свидетельствам, инспектор управы часто привлекал к выполнению казенных поручений вольнопрактикующих врачей, которые делать это не были обязаны и ничего за свои услуги не получали. В отличие от иных коллег, Коштульский был безотказным помощником уездному лекарю и исполнителем поручений управы. Он безропотно отправлялся вместо Ковальского в «заразные» села. К тому же в минуту большой опасности для жизни детей он провел консилиум с уездным врачом⁹³⁴. После этого летальный исход ле-

⁹³¹ Там же. Л. 177 об.

⁹³² Там же.

⁹³³ Зачеркивание в тексте оригинала. См.: Там же. Л. 130—130 об.

⁹³⁴ Там же. Л. 175 об.

чения предстал коллективной ответственностью ковенских медиков, в том числе государственного врача. Выявить ошибку лечащего врача значило подорвать доверие жителей, в том числе местных чиновников, к ученой медицине вообще и к ее представителям в частности, допустить контроль пациентов над врачами.

Коштульский был оправдан коллегами, но либо сам мучился, либо просто знал, что в силу влиятельности Блажевичей ему больше нет места в Ковно и окружавшем его уезде. Если только Блажевич не преувеличивал и не запугивал врачебную управу, то, по его уверению, жители Ковно сочувствовали горю известного семейства и винили в смерти детей не эпидемию scarlatины, а врача: «Во многих местах происходит на него, Костульского, роптание»⁹³⁵.

Частный лекарь подал прошение на имя императора с просьбой позволить вступить на государственную службу. Просьба была удовлетворена, и 14 сентября 1828 года он уехал городским акушером в Варшаву. Вместо него вольнопрактикующим врачом в Ковно стал С. Росоловский⁹³⁶. В Царстве Польском карьера Коштульского развивалась без осложнений. Через несколько лет он стал членом Медицинского совета, в 1840-е годы опубликовал ряд научных статей на польском языке и в 1863 году благополучно вышел в отставку.

Итак, наше изучение показало, что западный край не был для Российской империи колонизируемой периферией, а «белый» врач не выступал цивилизатором местного населения. Напротив того, у этой части империи был свой собственный центр — Вильно с богатым Виленским университетом. Став одной из ведущих медицинских школ Европы, он не только поставил частных и казенных ученых врачей для местных жителей, но и обеспечивал ими другие части России. Разосланные по городам обширной страны, они через медико-топографические описания и письма к учителям поставляли в Вильно новое знание об империи в целом и о ее болезнях в частности.

Как показал ковенский кейс, отношения виленских выпускников медицинских кафедр с местными жителями были сложнее, чем могло бы показаться. Судя по нему, в западной части Российской империи научные медицинские знания вышли из монополии ученых врачей и усваивались/присваивались пациентами, позволяя им устанавливать собственный контроль над врачебной деятельностью. Это создавало креативные для науки конфликты, провоцировавшие медиков обсуждать алгоритмы лечения и превращать индивидуальный опыт врача в надперсональное знание.

Судя по лечению scarlatины, медико-географические знания виленских профессоров служили их ученикам руководством для борьбы с эпи-

⁹³⁵ Там же. Л. 125—125 об., 184.

⁹³⁶ Там же. Л. 197, 203.

демиями и эндемическими заболеваниями. В свою очередь, их опыт (в том числе негативный) использовался профессорами для корректировки и пополнения мировой нозографии и нозологии локальными знаниями.

МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ КАЗАХСКОЙ СТЕПИ

В 1828 году главный медицинский инспектор российской армии Я. В. Виллие распорядился напечатать в «Военно-медицинском журнале» фрагменты работы знаменитого британского врача Джеймса Джонсона о влиянии жарких климатов на здоровье европейцев. Как отмечалось в журнале, статьи эти были призваны «служить руководством для врачей всех южных провинций Российской империи, как европейских, так и азиатских, равно как и для военных врачей по обеим сторонам Дуная»⁹³⁷.

Расширение империи в южном направлении в конце XVIII и первой трети XIX века — продвижение на Кавказе, в Средней Азии, военные действия на территориях Молдавии и Валахии — затруднялось столкновением с новыми климатическими реалиями. В гарнизонах, расквартированных в непривычных для российских солдат природных условиях, от болезней погибало больше людей, чем от боевых ранений⁹³⁸. Европейские империи, для которых тропические страны являлись основным вектором колониальной экспансии, были хорошо знакомы с этой проблемой. К 1828 году на Западе существовал обширный корпус медицинской литературы о специфике жарких климатов, и шотландец Виллие, получивший образование в Эдинбургском университете, не мог о ней не знать.

Указывая на полезность работы Джонсона «не только для военных, но также для гражданских и морских врачей, находящихся в жарких странах Российского государства»⁹³⁹, Виллие тем самым признавал теории жарких климатов, получившие развитие в европейских (главным образом, в британском) колониальных контекстах, релевантными для российских условий. В том же году он опубликовал в «Военно-медицинском журнале» собственные наблюдения, в которых уверенно рассуждал о единичных свойствах и причинах болезней жарких стран. Как и британские врачи, изучавшие влияние бенгальской жары на здоровье гарнизонов, Виллие отмечал ослабляющее действие болгарского или молдавского климата на российских солдат и подчеркивал необходимость с осторожностью применять в на-

⁹³⁷ Примечание // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 11. № 3. С. 457.

⁹³⁸ Чистович Я. А. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. СПб., 1870. С. 20, 42; Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. Материалы и очерки. М., 1960. С. 235.

⁹³⁹ РГИА. Ф. 1297. Оп. 124. Д. 180. Л. 1 об.

вых условиях такие обычные для медицины того времени средства, как кровопускание⁹⁴⁰.

Хотя британская медицина жарких климатов основывалась на исследованиях тропических регионов, ни Виллие, ни прочие российские врачи того времени даже не поднимали вопроса о применимости ее основных положений к реалиям бессарабских степей или высокогорий Кавказской линии. Согласно Джонсону, главной чертой, отличающей тропические регионы, были резкие перепады температур — смена дневной жары ночным холодом: именно это становилось основной причиной заболеваемости европейцев⁹⁴¹. К другим неблагоприятным факторам окружающей среды тропиков относились повышенная влажность, сильная жара и избыточная растительность, производившая гнилостные испарения. Понятие «климата», таким образом, включало не только собственно физические свойства атмосферы, но и характер рельефа и качество земной поверхности⁹⁴². Российские наблюдатели находили эти свойственные «знойным странам» признаки в знакомых им южных регионах Российской империи, что позволяло им вписывать собственный опыт в мировую медицину жарких климатов⁹⁴³.

Большая часть российских исследований о жарких климатах создавались военными врачами, служившими на южных окраинах империи. Первые работы, обобщившие наблюдения о влиянии природных условий на здоровье человека, появились в 1830-х годах и также были написаны военными медиками. Центральное место в них отводилось описанию теплого и влажного климата — максимально приближенного к тропическому по своим основным свойствам и наиболее «нездорового». В труде Р. Четыркина к регионам с таким климатом были отнесены южные территории Российской империи (Закавказье, Кавказская линия, Бессарабия, Астраханская губерния и Крым) и регионы российского влияния, в которых ре-

⁹⁴⁰ Виллие Я. Практические замечания о болезнях, жаркому климату свойственных // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 12. № 1. С. 3—22; Он же. Практические замечания о перемежающихся лихорадках и послабляющих горячках // Военно-медицинский журнал. 1829. Ч. 13. № 1. С. 3—26.

⁹⁴¹ Джонсон Дж. О влиянии жарких климатов на здоровье европейцев // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 11. № 2. С. 167—253.

⁹⁴² Там же. С. 33—76. Позже эта совокупность факторов будет подробно описана у Будена. См.: Буден Ж. Ш. М. Опыт медицинской географии // Военно-медицинский журнал. 1852. Ч. 59. № 1. С. 1—32.

⁹⁴³ Виллие Я. Способы для сохранения здоровья солдат в военное время // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 12. № 2. С. 139—155; Чаруковский Я. Замечание о перемежающейся лихорадке, эндемически господствующей в Молдавии и ее окрестностях // Военно-медицинский журнал. 1829. Ч. 13. № 2. С. 247—264; Медико-топографический взгляд на места, русскими войсками занятые в Абхазии, сочинение штаб-лекаря Баженова // Военно-медицинский журнал. 1838. Ч. 31. № 1. С. 3—27.

гулярно стояли войска (Молдавия, Валахия, Болгария). Рассмотрению именно этих территорий в книге Четыркина уделяется наибольшее внимание⁹⁴⁴.

В фундаментальном 5-томном труде А. Чаруковского «Военно-походная медицина»⁹⁴⁵ «тропическая гигиена» также является одной из центральных тем. Весь третий том, посвященный болезням армии, сосредоточен на специфике «жаркоклиматных» болезней как наименее известных российским врачам и представляющих наибольшую угрозу для войск. Описывая эти болезни в мельчайших подробностях, Чаруковский опирается преимущественно на работы английских авторов и дополняет их наблюдения сведениями из трудов российских врачей о южных регионах империи. Он сравнивает метеорологические данные из Индии с температурными таблицами из Закавказья и добавляет к рекомендациям британских врачей о лихорадках советы врачей, работавших в Болгарии или Крыму⁹⁴⁶. В «Военно-походной медицине» все «жаркие» территории Земли — африканские, азиатские, американские и европейские — выступают в качестве единой патологической зоны с общим набором болезней, причин, их вызывающих, и универсальных способов лечения.

Одной из таких жарких территорий Земли должна была считаться и Казахская степь, находящаяся на юго-востоке Российской империи: в работах XVIII века ее относили к «полуденным», то есть южным, странам. Однако ни в одном из обобщающих трудов по военной медицинской географии 1830-х годов она не упоминается. В разделах, описывающих территории с теплым и сухим климатом, фигурируют степи донских казаков, южные российские губернии и Малороссия, но земли к востоку от Волги не включаются в обсуждение⁹⁴⁷. Нет работ о Казахской степи и среди публикаций в «Военно-медицинском журнале» первой половины XIX века — издании, в котором в этот период регулярно печатались статьи о медицине южных имперских окраин.

Значит ли это, что медицинская география Казахской степи в этот период не изучалась? Почему Степь оказалась вынесенной за рамки обсуждения жарких климатов? Ответы на эти вопросы важны для понимания проблем, рассматриваемых в этой книге, — роли медицинского знания в

⁹⁴⁴ Четыркин Р. С. Опыт военно-медицинской полиции, или Правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе. СПб., 1834. См. также: Четыркин. Медико-топографическое описание Закавказского края, Бессарабии, Молдавии, Валахии и Булгарии // Военно-медицинский журнал. 1833. Ч. 21. № 1. С. 3—26.

⁹⁴⁵ Чаруковский А. А. Военно-походная медицина. В 5 ч. СПб., 1836—1837.

⁹⁴⁶ Там же. Ч. 3. С. 159—384.

⁹⁴⁷ Четыркин Р. С. Опыт военно-медицинской полиции. С. 103—104. У Чаруковского лишь однажды говорится о берегах реки Урал как месте появления «крымской болезни». См.: Чаруковский А. А. Военно-походная медицина. Ч. 3. С. 284.

администрировании имперских окраин и месте в нем медицинской географии.

Границы Казахской (в терминологии XVIII—XIX веков — Киргизской) степи на протяжении рассматриваемого периода (1770—1870) постоянно менялись. В данном исследовании объектом изучения является территория, которая относилась к Казахской степи, до образования Туркестанского генерал-губернаторства.

Медико-географическое изучение Казахской степи

Первые сведения о Казахской степи начинают собираться уже в XVI—XVII веках: их время от времени доставляли участники российских посольств, купцы и сибирские воеводы. До 30-х годов XVIII века, однако, они оставались довольно скудными и обрывочными⁹⁴⁸. Когда в 1730-е годы часть политических элит Младшего и Среднего жузов⁹⁴⁹ приняла российское подданство, западные области Степи стали более доступными для систематического изучения. Естественные-научные исследования Степи велись не только в ходе масштабных Академических экспедиций по изучению окраин империи⁹⁵⁰. Многие локальные практические инициативы — по постройке города или основанию порта для среднеазиатской торговли — сопровождалось тщательным обследованием местности инженерами и геодезистами, которые составляли детальные описания географии региона⁹⁵¹. Ученые включались и в состав военных отрядов, выполнявших сугубо административно-политические задачи: так, в 1771 году в отряд генерала М. М. Траубенберга, преследовавший бежавших из Поволжья калмыков, П. С. Палласом был командирован Н. П. Рычков для исследования глубинных частей степи, а И. П. Фальком — Х. Барданес. Оба ученых оставили подробные описания Степи⁹⁵².

⁹⁴⁸ *Ерофеева И. В.* Служебные и исследовательские материалы российского дипломата А. И. Тевкелева по истории и этнографии Казахской степи (1731—1759) // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2005. Т. 3. С. 5; *Она же.* Предисловие // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2005. Т. 1. С. 6—7.

⁹⁴⁹ Жузы — племенные объединения казахских родов. Кочевья Младшего жуза занимали территорию западной части Степи, Среднего жуза — центральной и восточной частей.

⁹⁵⁰ В ходе Второй Камчатской (Первой Академической) экспедиции И. Г. Гмелина и Г. Ф. Миллера 1734 года были обследованы Прииртышские области в восточной части Степи; в рамках экспедиции 1768—1774 годов под руководством П. С. Палласа И. И. Лепехиным, П. С. Палласом, Х. Барданесом (в 1769—1771 годах) изучены западные, северные и восточные районы Степи.

В работах о Степи второй половины XVIII века можно обнаружить отдельные элементы медицинской географии. Характеризуя местность, естествоиспытатели, военные и инженеры определяли ее как «здоровую» (если речь шла о сухих возвышенных местах) или «нездоровую» (низкие болотистые районы). Кроме того, они обращали особенное внимание на воздух как субстанцию, свойства которой напрямую связаны с наличием или отсутствием болезней⁹⁵³. Однако медико-географические идеи составляли скорее общий теоретический фон их суждений о местности, чем предмет. В трудах этих авторов, многие из которых были врачами, вопросы заболеваемости не занимают сколько-нибудь важного места. О болезнях, постигших российские военные отряды, как и о недугах местного населения говорится редко и очень кратко. Сведения о свойствах климата также не слишком пространны, и их связь с заболеваемостью обсуждается лишь эпизодически.

Первым медико-топографическим описанием населенного пункта, расположенного в регионе, по-видимому, стала работа об Уральске врача Петра Симонтовского⁹⁵⁴. Вспышки неизвестной болезни в городе на самой границе с Казахской степью вызвали озабоченность властей, и в 1796 году Симонтовский был командирован туда для изучения ситуации. Речь шла о так называемой «крымской болезни», представлявшей собой вид проказы. В отличие от работ предшественников Симонтовского, в его кратком тексте окружающая среда обсуждается как тесно связанная со

⁹⁵¹ В 1740—1741 годах отряд Гладышева и Муравина, отправленный в низовья Сыр-Дарьи для приведения «геодезически в известность» места будущей постройки города для хана Младшего жуза Абулхаира, доставил подробные сведения о регионе вокруг Аральского моря. См.: *Гладышев Д.* Поездка из Орска в Хиву и обратно, совершенная в 1740—1741 годах Гладышевым и Муравиным. СПб., 1851. В 1764—1765 годах военный инженер Ладыженский в поисках места, пригодного для основания порта, обследовал северо-восточное и восточное побережье Каспийского моря, также оставив описание рельефа, гидрографии, флоры и фауны. См.: Извлечение из журнала инженер-майора Ладыженского, посланного в 1764 г. для осмотра восточных берегов Каспийского моря // Акты, собранные Кавказской археографической комиссией. Тифлис, 1875. Т. 6. Ч. 2. С. 783—797.

⁹⁵² См.: *Рычков Н. П.* Дневные записки путешествия капитана Николая Рычкова в Киргиз-кайсацкой степи 1771 году. СПб., 1772; *Барданес Х.* Киргизская, или казацкая, хорография // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 4. С. 93—194.

⁹⁵³ *Рычков П. И.* Топография Оренбургской губернии. СПб., 1762. Ч. 1. С. 198—199. См. также: *Лепехин И. И.* Дневные записки путешествия доктора и Академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1768 и 1769 году. СПб., 1771. С. 520; Извлечение из журнала инженер-майора Ладыженского.

⁹⁵⁴ РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 6. Д. 7. Л. 1—2 об. См. также: РГИА. Ф. 1294. Оп. 1. Св. 6. Д. 4.

здоровьем. Он не соотносит болезнь с влиянием жаркого сухого климата, как другие врачи того времени⁹⁵⁵, но указывает на явную зависимость заболеваемости от плохого качества городского воздуха и воды в бедных районах города. Эти выводы легли в основу его рекомендаций по оздоровлению местности, которые отражали общеевропейские принципы санитарного благоустройства городов.

В конце XVIII — начале XIX века российские власти усиливают дипломатическую активность в Средней Азии, стремясь наладить торговые отношения с местными ханствами: Бухарой, Хивой, Кокандом, Ташкентским владением. Казахская степь выступает как транзитная территория, через которую дипломатические миссии идут в Среднюю Азию, попутно собирая информацию о географии, истории и этнографии всех пройденных областей⁹⁵⁶. Результатом деятельности военных и ученых в составе миссий становятся подробные обзоры региона, примером которых служит фундаментальный труд Я. П. Гавердовского. В его работе, объединившей итоги исследований сразу нескольких экспертов, к детализированным описаниям естественно-научных объектов добавляются результаты химических опытов и регулярная термометрия воздуха⁹⁵⁷. Однако сведения о климате и его влиянии на здоровье здесь тоже занимают довольно мало места. Климат оценивается скорее в отношении возможностей сельскохозяйственного освоения Степи, чем пригодности для проживания.

В первой половине XIX века медицинское изучение Степи велось преимущественно под эгидой военных; гражданская медицинская служба появилась здесь только после 1868 года. Начиная с 1820-х годов правительство инициирует масштабные кампании по составлению медико-топографических, а затем военно-статистических описаний всех частей Европейской и Азиатской России. Если программы описаний, составленные в начале века, были направлены прежде всего на сохранение здоровья военных гарнизонов в непривычных условиях конкретных мест, то програм-

⁹⁵⁵ РГИА. Ф. 1294. Оп. 11. Д. 59. Л. 13.

⁹⁵⁶ *Ерофеева И. В.* Рукописное наследие поручика Я. П. Гавердовского по истории, географии и этнографии Казахской степи // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 5. С. 5.

⁹⁵⁷ *Гавердовский Я. П.* Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 1-я), или Дневные записки в степи Киргиз-кайсацкой 1803 и 1804 годов // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Т. 5. Алматы, 2007. С. 184; *Он же.* Журнал, веденный Свиты его императорского величества поручиком Гавердовским и колоновожатыми Ивановым и Богдановичем во время следования их по высочайшему повелению чрез Киргизскую степь в провинцию Бухарию, с различными наблюдениями, с описанием всех случившихся происшествий, равно как и о возвращении в Россию в 1803 году, с кратким уведомлением об отправлении посольства в азиатское владение // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 5. С. 45.

мы середины века отражали потребности государства в систематизированном и всеобъемлющем знании об империи в целом⁹⁵⁸. Военным врачам и офицерам Генерального штаба предписывалось детально изучить не только географию, топографию, растительный и животный мир местности, но и произвести метеорологические, геологические и гидрографические измерения. Составление медико-топографических описаний встретило определенные трудности: из разных частей империи поступали донесения о том, что «программа слишком обширна» и «не может быть вполне выполнена армейскими врачами по недостаточным сведениям их в физических науках». Однако, как писали отдельные медики, «при всегдашней готовности врачей на всякий труд для пользы человечества и наука не составляет непреодолимого препятствия»⁹⁵⁹.

К 1852 году «Военно-статистическое обозрение губерний и областей Российской империи» насчитывало 47 томов, каждый из которых был посвящен отдельной административной единице империи. Объемные тома «Обозрения» представляли собой свод всех имевшихся на тот момент сведений о каждом из регионов. В 1848 году был выпущен том XIV «Обозрения», первая часть которого, составленная Герном и Васильевым, была сосредоточена на Оренбургской губернии, а вторая, подготовленная полковником Бларамбергом, описывала земли киргиз-кайсаков Оренбургского ведомства. В 1852 году вышла третья часть тома XVII о сибирской части Казахской степи, созданная полковником Сильвергельмом⁹⁶⁰.

Частично составители опирались на опубликованные работы о Степи — фундаментальные труды А. Левшина, Э. Эверсмана, работы Н. Ханькова и врача А. Ягмина. Однако в значительной мере их тексты были основаны на неопубликованных материалах, отложившихся в архиве Генерального штаба, — путевых журналах военных отрядов и отчетах о топографических рекогносцировках. Материалы о заболеваемости гарнизонов, местных болезнях и особенностях природных сред собирались военными врачами, работавшими на местах. По распоряжению императора, последовавшему в 1836 году, военно-статистические обозрения, предназначенные только для военного ведомства, должны были быть сохраняемы в совершенной тайне и не допускаться «до всеобщего употребления»⁹⁶¹. Это значит, что сделанные врачами медико-топографические опи-

⁹⁵⁸ РГВИА. Ф. 879. Оп. 2. Д. 633, Д. 1012.

⁹⁵⁹ РГВИА. Ф. 879. Оп. 2. Д. 1012. Л. 49—67, 108—109.

⁹⁶⁰ Военно-статистическое обозрение Российской империи, издаваемое по Высочайшему повелению при Первом отделении Департамента Генерального Штаба. Т. 14. Ч. 1. Военно-статистическое обозрение Оренбургской губернии. СПб., 1848; Там же. Ч. 2. Земли киргиз-кайсаков Оренбургского ведомства. СПб., 1848; Военно-статистическое обозрение Российской империи, издаваемое по Высочайшему повелению при Первом отделении Департамента Генерального Штаба. Т. 17. Ч. 3. Киргизская степь Западной Сибири. СПб., 1852.

сания оседали в архивах разных ведомств и оставались неизвестными широкой аудитории. Отдельные врачи находили возможность конвертировать свои наблюдения в книги или журнальные публикации и получали за это различные поощрения от начальства. Но далеко не все гарнизонные врачи обладали необходимыми для этого временем и упорством. В Степи врачей было мало, не все вакансии при этом заполнялись, и медики оказывались перегружены рутинной работой.

В новых военно-статистических трудах о регионе, созданных в 1860-х годах в связи с планами по переустройству Степи, сохранилась та же традиция: составители опирались на немногочисленные печатные материалы и массу архивных рукописей, авторы которых оставались безымянными⁹⁶². Сообразно духу времени, сведения о Степи становились все подробнее и обрастали массивами табличных данных, включавших статистику заболеваемости в гарнизонах и метеорологические наблюдения; и то, и другое велось под надзором врачей⁹⁶³.

Климат и природные условия Степи с точки зрения медицинской географии

Климатические характеристики, рельеф, флора и фауна Казахской степи отличали ее от южнорусских, украинских и молдавских степей, лежавших с ней в одной параллели. К стандартным свойствам степи как физической поверхности — беслесности и безводности⁹⁶⁴ — здесь добавлялось изобилие соли в почве и воде, что существенно влияло на возможности проживания человека и ведения хозяйства⁹⁶⁵.

При этом наблюдатели отмечали, что Степь представляла собой лишь условное, собирательное название для очень разнообразного в плане рельефа региона. В ней встречались и скалистые горные гряды, и холмы, и топкие низменности, и пустынные полосы сыпучих песков⁹⁶⁶. Свойства климата разных областей Степи значительно варьировали. Российские авторы выделяли в ней несколько зон, или поясов. Единой классификации не было, но чаще всего северные территории Степи описывались как бо-

⁹⁶¹ РГВИА. Ф. 879. Оп. 2. Д. 909. Л. 14, 15, 15 об., 20—20 об., 22—22 об.

⁹⁶² Мейер Л. Материалы для географии и статистики России, собранные офицерами Генерального штаба. Киргизская степь Оренбургского ведомства. СПб., 1865; Красовский М. Материалы для географии и статистики России, собранные офицерами Генерального штаба. Т. 16. Ч. 1—3. СПб., 1868.

⁹⁶³ Мейер Л. Материалы для географии и статистики России. С. 62.

⁹⁶⁴ Веселовский К. О климате России. СПб., 1857. С. 396.

⁹⁶⁵ Гавердовский Я. П. Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 2-я). С. 288.

⁹⁶⁶ Там же. См. также: Левшин А. Описание киргиз-казачьих, или киргиз-кайсацких орд и степей. Ч. 1. Известия географические. СПб., 1832. С. 58.

лее приближенные по своим характеристикам к умеренному поясу и наиболее пригодные для жизни, а местами — для земледелия. Южные зоны, климат которых считался более суровым, состояли преимущественно из глинистых почв, солончаков или песков, что делало их пригодными лишь для кочевого хозяйства⁹⁶⁷.

Суровость степного климата была одной из его наиболее устойчивых, повторявшихся характеристик. Врачи, естествоиспытатели и военные отмечали резкие переходы от сильнейшего зноя летом к жестоким морозам зимой. В зимние месяцы от стужи, доходившей до -44°C , лопались шарики термометра, а бураны, поднимавшие в воздух глыбы снега, погружали Степь во мглу и уничтожали все живое. Летом «несносные жары» до $+46^{\circ}\text{C}$ сопровождалась удушливыми ветрами как «из раскаленной печи», которые приносили облака пыли и срывали крыши домов⁹⁶⁸. Частые и продолжительные сильные ветры, не встречавшие преград в открытом пространстве Степи и иссушавшие воздух, составляли одно из постоянных свойств местного климата в любое время года⁹⁶⁹. Эти особенности климата в сочетании с ярким, слепящим солнцем, отсутствием дождей и резкими перепадами суточных температур, казалось бы, должны были свидетельствовать о его пагубности для здоровья людей. Однако наблюдатели почти единогласно признавали Степь местом здоровым и даже приятным: как писал один из самых известных исследователей Степи, А. Левшин, «не только природные жители, но и иностранцы в оном толстеют и чувствуют себя крепче»⁹⁷⁰.

Главную роль здесь играл степной воздух, который неизменно описывался как чистый и свежий («благорастворенный»). Его свободная, благодаря степным ветрам, циркуляция предотвращала застой вредоносных испарений, а его сухость позволяла легче переносить жару и предупреждала

⁹⁶⁷ Там же. С. 11—13; Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. Оренбург, 1840. Ч. 1. С. 17—18; Красовский М. Материалы для географии и статистики России. С. 263; РГВИА. Ф. 846. Оп. 16. Д. 18545. Л. 144—145 об.

⁹⁶⁸ Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. СПб., 1845. С. 6—8; Рычков П. И. Топография Оренбургской губернии. Ч. 1. С. 199—204; Паллас П. С. Путешествие по разным провинциям Российской империи. СПб., 1770. Т. 1. С. 406; Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. Ч. 1. Оренбург, 1840. С. 6.

⁹⁶⁹ Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. С. 6—8; Левшин А. Описание киргиз-казачьих, или киргиз-кайсацких орд и степей. Ч. 1. С. 5; Броневский. Записки о киргиз-кайсаках Средней Орды // Отечественные записки. 1830. Т. 43. С. 74; Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. С. 4—7; Красовский М. Материалы для географии и статистики России. С. 261; Военно-статистическое обозрение Российской империи. Т. 14. Ч. 2. С. 7.

⁹⁷⁰ Левшин А. Описание киргиз-казачьих, или киргиз-кайсацких орд и степей. Ч. 1. С. 9.

появление болезней. Центральное место воздуха в объяснении этиологии болезней и определении климата как здорового или нездорового было свойственно западной медицинской традиции начиная с античности. Поэтому в общей характеристике степного климата именно качества воздуха являются важнейшими и так явно преобладают над всеми прочими природными особенностями Степи.

Наблюдатели отмечали легкость течения в Степи таких эпидемических заболеваний, как корь, скарлатина, краснуха и коклюш. Сезонные эпидемии «злокачественных», опасных для жизни лихорадок были лишь единичными, спорадическими, что отличало Казахскую степь от южных степей правого берега Волги, от Астрахани до Черного моря, страдавших от таких лихорадок каждую осень⁹⁷¹.

Климат Степи выгодно отличался и от жаркого сухого климата соседних стран Центральной Азии. Как писал П. И. Пашино, служивший переводчиком в Туркестанском крае в 1860-х годах, «здесь вы не встретите пораженных евангельской проказой, как в Афганистане и южных городах Бухарского ханства, ни зоба, свирепствующего в Коканде, и ни Алепского прыща...»⁹⁷². Эндемических заболеваний, свойственных только Степи, здесь не находили. Повсеместно распространены были только перемежающиеся лихорадки, которые также заканчивались выздоровлением больных. Служивший в Оренбурге чиновником особых поручений при губернаторе В. И. Даль кроме того указывал на простудные заболевания — следствие суровых зим — а также нервные ломоты и головные боли, обусловленные воздействием сухого степного воздуха и, возможно, содержащегося в нем электричества⁹⁷³. Даже в отдельных местах Степи, признававшихся нездоровыми, как низменный Гурьев, окруженный солеными грязевыми болотами, с постоянно влажным и тяжелым воздухом, не было серьезных заболеваний и число умерших в гарнизоне было сравнительно невелико⁹⁷⁴.

Статистические данные о заболеваемости и смертности даже к 1870-м годам собирались только по гарнизонам российских укреплений. Выводы о влиянии климата Степи на заболеваемость туземного населения основывались преимущественно на наблюдениях врачей и чиновников. И те, и другие сходились в том, что казахи обладают отличным здоровьем и доживают до глубокой старости, несмотря на суровость природных условий

⁹⁷¹ Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. С. 3.

⁹⁷² Пашино П. И. Туркестанский край в 1866 году: Путевые заметки. СПб., 1868. С. 128.

⁹⁷³ Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. С. 3.

⁹⁷⁴ Рычков П. И. Топография Оренбургской губернии. Ч. 1. С. 199; Лепехин И. И. Дневные записки. С. 520; Паллас П. С. Путешествие по разным провинциям Российской империи. Т. 1. С. 614—619; Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. Ч. 1. С. 2.

проживания и отсутствие базовых представлений о гигиене. Физическую крепость кочевников относили к благотворному действию свежего воздуха, постоянного движения, простоты пищи и в целом к «близкому к природе образу жизни»⁹⁷⁵. Кроме того, кочевое хозяйство казахов позволяло им менять среду обитания, избегая вредного влияния погодных факторов или местных природных условий.

Наиболее распространенными среди казахов болезнями признавались оспа и сифилис, однако эти недуги не имели непосредственной связи с природной средой и появлялись в Степи благодаря контактам с соседними народами. Болезни, обусловленные влиянием климата, были довольно немногочисленны: к ним принадлежали воспалительные заболевания глаз, вызываемые ярким солнцем и пылью, и болезни кожи, также появлявшиеся от пыли. Последние, впрочем, чаще объяснялись «неопрятным» образом жизни кочевников, которые крайне редко меняли одежду и совершали гигиенические процедуры⁹⁷⁶.

Врачи, имевшие возможность более длительных и непосредственных наблюдений, описывали целый спектр заболеваний, встречавшихся среди казахов. Доктор Савва Большой, который провел почти год в плену у казахов, и лекарь Василий Богословский, служивший в Кокчетавском военном лазарете, упоминали о разных видах лихорадок, «водяной болезни», ревматизме, истерии и хронических заболеваниях внутренних органов⁹⁷⁷. Участник нескольких экспедиций в юго-западные районы Степи штаб-лекарь Альфонс Ягмин сообщал об эндемической болезни в области устья реки Сыр-Дарья, симптомы которой были почти неотличимы от сифилиса. Наблюдая больных и расспрашивая казахских знахарей, он сделал вывод о том, что эта болезнь является самостоятельным заболеванием, которое не передается половым путем, а сообщается «посредством долгого пребывания вместе с больными»⁹⁷⁸. Ягмину были известны примеры эндемического сифилиса (невенерического трепонематоза), который в то время считался разновидностью сифилиса, перерожденного под действием местных причин. Однако он отвергает связь этой болезни с сифилисом

⁹⁷⁵ Левшин А. Описание киргиз-казачьих, или киргиз-кайсацких орд и степей. Ч. 1. С. 32. См. также: Горихвостов А. З. Журнал полковника А. З. Горихвостова // Известия АН Казахской ССР. Т. 5. № 2. С. 120; Броневский. Записки о киргиз-кайсаках Средней Орды. Т. 43. С. 74, 216; Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. С. 46.

⁹⁷⁶ Мейер Л. Материалы для географии и статистики России. С. 66; СПбФ АРАН. Ф. 317. Оп. 1. Д. 44. Л. 6; Гавердовский Я. П. Журнал. С. 85; Броневский. Записки о киргиз-кайсаках Средней Орды. Т. 43. С. 217; Пашино П. И. Туркестанский край в 1866 году. С. 128.

⁹⁷⁷ Большой С. Замечания о киргизах // Сын Отечества. 1822. Ч. 76. № 14. С. 296—298; СПбФ АРАН. Ф. 317. Оп. 1. Д. 44. Л. 6, 9, 9 об., 12, 12 об.

⁹⁷⁸ Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. С. 65—67.

вообще, утверждая, что ее появление обусловлено исключительно «эндемическими влияниями» (какими именно, остается в тексте непроясненным).

В целом в российских описаниях заболеваний кочевников климат Степи не предстает как значимый фактор заболеваемости и тем более смертности. Главными причинами болезней выступают нечистоплотность, приверженность казахов негигиеничным обычаям (например, коллективному пользованию посудой) и распространенность среди них суеверий, которые становились препятствием для профилактики и лечения недугов. Поэтому развитие медицинской службы в Степи мыслилось как организация доступной врачебной помощи, включавшей прежде всего просветительный санитарно-гигиенический компонент⁹⁷⁹.

Вместе с тем, по наблюдениям П. И. Пашино, «здоровый для туземцев климат весьма невыгодно отзывается на наших солдатах»⁹⁸⁰. Скученность и отсутствие свежего воздуха в тесных помещениях, обычные в военных гарнизонах, в Степи усугублялись нехваткой проточной воды и испарениями от солончаков и соленых болот, которые, по мнению врачей, располагали к «скорбутным болезням»⁹⁸¹ — цинге.

Цинга считалась болезнью замкнутых пространств: она становилась следствием холодного сырого несвежего воздуха, недостатка солнечного света, а также отсутствия движения. Имело значение качество пищи и воды⁹⁸². По этим причинам, как полагали медики, цинга чаще всего появлялась во флотских экипажах, тюрьмах и военных казармах. Представление врачей, работавших в Степи, о влиянии испарений соли на развитие цинги было обусловлено, по-видимому, общей идеей об этой болезни как следствии испорченного, «тяжелого» воздуха. Действие соляных испарений ухудшало его качество, что было особенно значимо для экипажей морских судов — и, в силу особенностей природных условий Степи, — для степных гарнизонов.

При этом врачи описывают высокую заболеваемость цингой не только в командах российских укреплений, но и среди участников военных походов. Штаб-лекарь А. Ягмин, сопровождавший несколько военных экспедиций в южные части Степи, посвятил целую главу своей работы «степ-

⁹⁷⁹ *Афанасьева А. Э.* «Освободить... от шайтанов и шарлатанов»: дискурсы и практики российской медицины в Казахской степи в XIX веке // *Ab Imperio*. 2008. № 4. С. 142—143.

⁹⁸⁰ *Пашино П. И.* Туркестанский край в 1866 году. С. 128.

⁹⁸¹ РГВИА. Ф. 846. Оп. 16. Д. 18545. Л. 145 об. О цинге в Степи см. также: *Рычков П. И.* Топография Оренбургской губернии. Ч. 1. С. 199—200; Извлечение из журнала инженер-майора Ладыженского. С. 793; СПбФ АРАН. Ф. 317. Оп. 1. Д. 44. Л. 2; *Ягмин А.* Киргиз-кайсацкие степи и их жители. С. 73—77.

⁹⁸² *Чаруковский А. А.* Военно-походная медицина. Т. 3. С. 152; *Гейрот Ф.* О цинге // Военно-медицинский журнал. 1824. Ч. 4. № 3. С. 421—425.

ной цинге»⁹⁸³. Казалось бы, в походах основные причины появления цинги должны были исчезать. Однако здесь в действие вступали другие факторы: переутомление, «тоска и угнетение духа», создававшие предрасположенность к развитию заболевания, холод и сырость в местах ночлега, недостаток теплого жилья и одежды. Но основное значение имела нехватка качественного продовольствия, пополнять запасы которого в условиях малонаселенной Степи было крайне сложно. По свидетельству врача, цинга истребляла целые роты солдат⁹⁸⁴.

В походах, помимо цинги, солдаты страдали от изнурительной жары, жажды и голода. «Целый день проходя песчаными горами, — писал Ягмин о миссии в Хиву 1841 году, — изнемогали люди, лошади и верблюды... Зной утомлял неимоверно»⁹⁸⁵. В отдельных областях Степи было почти невозможно найти воду, пригодную для питья. Весной и осенью резкие перепады суточных температур — важный фактор патологии жарких климатов — вызывали воспалительные горячки, головные боли и ревматизм⁹⁸⁶. Отсутствие должного внимания к местным природным условиям приводило к катастрофам: в 1771 году отряды, преследовавшие бежавших из России калмыков, оказались на грани гибели из-за голода, нехватки питьевой воды и болезней⁹⁸⁷.

Однако и планирование походов на зимнее время, позволявшие избежать зноя и недостатка воды, не всегда спасало ситуацию: масштабная экспедиция 1839—1840 годов, отправленная в Хивинское ханство с дипломатической и исследовательской целью, закончилась провалом. Несмотря на обстоятельную подготовку — для солдат заготовили специальное теплое обмундирование, а по пути следования были заранее построены временные укрепления и развернуты лазареты — к концу похода от болезней из строя выбыла треть состава. Продовольствия не хватало и людям, и животным; солдаты страдали от сыпного тифа, цинги и дизентерии⁹⁸⁸.

Разнообразие природных сред Степи означало и высокую вариативность меры их пригодности для длительного проживания российских отрядов. Расположение войск в местах, выбранных без учета медико-географических факторов, быстро оборачивалось высокой заболеваемостью солдат. Медики, вызываемые для оценки причин заболеваемости, как пра-

⁹⁸³ Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. С. 73—77.

⁹⁸⁴ Там же. С. 73.

⁹⁸⁵ Там же. С. 9—10.

⁹⁸⁶ Гавердовский Я. П. Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 2-я). С. 320; СПбФ АРАН. Ф. 317. Оп. 1. Д. 44. Л. 5.

⁹⁸⁷ Рычков Н. П. Дневные записки. С. 75—96.

⁹⁸⁸ Палкин Б. Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716—1868). Новосибирск, 1967. С. 162—168.

вило, приходили к выводу о необходимости переноса укрепления в более благополучное в санитарном отношении место⁹⁸⁹.

По данным Б. Н. Палкина, к выбору мест для будущих поселений в Степи обычно привлекались врачи и топографы. Нехватка квалифицированных специалистов могла остановить процесс создания новых административных единиц, как это было в 1822—1830 годах в восточной — Сибирской — части Степи. Таким образом, связь между природными условиями и здоровьем людей хорошо осознавалась властями и ее старались учитывать. Однако дефицит медицинских кадров временами приводил к тому, что в Степь для изучения местности отправлялись военные отряды с казачьими фельдшерами вместо врачей, которые далеко не всегда могли принять обоснованное решение. Кроме того, рекомендации врачей не везде были реализуемы по административным соображениям — например, если выбранное ими здоровое место оказывалось в ведении другого губернатора⁹⁹⁰.

Для противодействия вредным влияниям природных условий Степи врачи и другие наблюдатели рекомендовали ряд профилактических мер. Резкие перепады суточных температур, свойственные пустыням, заставляли прислушаться к среднеазиатским купцам, которые советовали не носить легкой одежды даже в сильную жару. Купцы надевали сразу несколько теплых халатов и даже шубы, чтобы избежать воздействия на тело солнечных лучей, и пили теплый чай «для поддержания испарины»⁹⁹¹. Эта традиционная для жарких климатов рекомендация объясняется в работе Чаруковского: шерстяная материя плохо проводит и холод, и тепло и тем самым защищает тело. Жарким днем шерстяная одежда не пропускает зной, а холодной ночью удерживает внутреннюю теплоту тела⁹⁹².

Другие принципы «тропической гигиены», описанные в работе Чаруковского, включали необходимость закрывать от солнца голову и совершать ежедневные гигиенические процедуры. Кроме того, писал автор, в жарких климатах нужно часто менять местоположение войска, чтобы избежать влияния вредных испарений, исходящих от продуктов жизнедеятельности людей и животных. В условиях жары они образуются быстрее и действуют губительнее, чем в климатах умеренных⁹⁹³.

⁹⁸⁹ РГВИА. Ф. 846. Оп. 16. Д. 6846. См. также: Палкин Б. Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716—1868). С. 457—459.

⁹⁹⁰ Палкин Б. Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716—1868). С. 456—459. Об участии ученых в выборе мест будущих поселений см. Записку начальника Туркестанской ученой экспедиции Северцова: РГВИА. Ф. 400. Оп. 1. Д. 4758.

⁹⁹¹ Гавердовский Я. П. Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 1-я). С. 212; Он же. Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 2-я). С. 320.

⁹⁹² Чаруковский А. А. Военно-походная медицина. Т. 1. С. 245.

Такие же советы содержатся и в рукописном «Военно-топографическом описании Киргизской степи Оренбургского ведомства» 1844 года. Его составитель, штабс-капитан Генерального штаба Романов, по традиции военно-статистических обзоров объединил в нем мнения разных «лиц, заслуживших доверия»⁹⁹⁴. В числе этих лиц определенно были и врачи, поскольку характер рекомендаций, часто достаточно узкоспециальных, показывает хорошее знакомство их авторов с общими принципами мировой медицины жарких климатов.

В «Описании» важнейшая роль в профилактике заболеваемости гарнизонов отводится чистоте воздуха. Для этого в летнее время солдат рекомендуется выводить в кибитки — войлочные юрты, которые были заимствованы из казахского быта и известны отличными вентиляционными свойствами. Менять местоположение лагеря следует раз в две недели или чаще. Все работы с апреля до октября и в хорошие дни зимой необходимо производить под открытым небом, однако только в тени домов и навесов. Летом, во избежание воспалений мозга и сильных горячек, нужно запрещать людям находиться на улице с непокрытой головой. Пища должна быть качественной, чистоту тела следует поддерживать в строгости и никогда не снимать теплый набрюшник. Наконец, людям надлежит находиться в беспрестанном движении, поскольку «усидчивая жизнь в Степи тотчас развивает цингу». Для этого нужно занимать солдат собиранием топлива, побелкой домов, уборкой улиц и заготовкой сена⁹⁹⁵.

Меры профилактики цинги занимают в рекомендациях врачей особое место, поскольку цинга, по-видимому, считалась одной из главных угроз здоровью гарнизонов. Судя по руководству Ф. Гейрота, цинга, ослабляющая организм, признавалась причиной, предрасполагающей к развитию других болезней — перемежающихся лихорадок, водянки, дизентерии⁹⁹⁶. Помимо упоминавшихся в «Описании» мер по поддержанию чистоты воздуха и советов держать солдат в сытости, тепле и постоянном движении, врачи считали необходимым включать в рацион кислую капусту и воду с примесью кислот, особенно уксуса. В тот период такие рекомендации, основанные на опыте морской гигиены, особенно часто встречались в европейской медицинской литературе. Врачи, работавшие в Степи, предлагали свой способ борьбы с болезнью — кумыс. Подвергшееся брожению кобылье молоко, традиционный напиток казахов, по наблюдениям лекаря Богословского, имело чудодейственный эффект в лечении цинги. Двух недель его применения было достаточно, чтобы «истребить злую степень цинги» без употребления каких-либо дополнительных средств. Пра-

⁹⁹³ Там же. С. 246—248, 262—264.

⁹⁹⁴ РГВИА. Ф. 846. Оп. 16. Д. 18545. Л. 2.

⁹⁹⁵ РГВИА. Ф. 846. Оп. 16. Д. 18545. Л. 164—166 об.

⁹⁹⁶ *Гейрот Ф.* О цинге. С. 405.

вильное его использование требовало особых знаний со стороны врача: Богословский описывает нужную степень брожения, корректную дозировку и схему приема кумыса⁹⁹⁷.

Наконец, в соответствии с устоявшейся практикой медицины жарких климатов, врачи советовали принимать в расчет регион происхождения солдат и давать им возможность акклиматизироваться в новой природной среде. Ягмин рекомендовал набирать в походы солдат крепкого телосложения, уроженцев соседних провинций со схожим со Степью климатом⁹⁹⁸.

Постепенно заболеваемость в российских укреплениях снижается; уменьшается количество больных среди участников военных походов вглубь Степи. Метод лечения цинги кумысом, в котором, как стало известно позднее, содержится большое количество витамина С, получил в степных округах широкое распространение и способствовал почти полному исчезновению заболевания⁹⁹⁹.

Климат Казахской степи не был классическим жарким климатом европейской медицинской литературы XVIII—XIX веков. Он не вызывал массовой гибели поселенцев и местного населения и представлял угрозу для здоровья лишь в отдельных местностях и в определенных обстоятельствах. Это, по-видимому, объясняет отсутствие специального внимания к климату в российских работах о Степи периода 1770—1870 годов. Кроме того, медико-географическое изучение Степи велось в это время в целом менее интенсивно, чем исследования других южных окраин империи. Русских укреплений внутри Степи было немного, и в гарнизонных лазаретах хронически не хватало врачей, которые могли бы заниматься описанием местных природных условий. Редкие медико-топографические работы об отдельных областях Степи не покидали архивы государственных учреждений; лишь немногие из них оказались опубликованы. Это затрудняло включение сведений о степном климате в общее обсуждение.

Признававшийся в целом здоровым, климат Степи, однако, требовал особого подхода. Невнимание к его свойствам приводило к серьезным последствиям для российских гарнизонов степных укреплений и военных отрядов. В суждениях о нем врачи руководствовались комплексом идей, разработанным в европейской медицинской литературе о жарких климатах. Эти медико-географические представления влияли на действия военного начальства Степи. Медицинские соображения не всегда были первой заботой властей, и в Степи рекомендации и запреты врачей не приводили

⁹⁹⁷ СПбФ АРАН. Ф. 317. Оп. 1. Д. 44. Л. 2 об.—4 об.

⁹⁹⁸ Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. С. 77; Чаруковский А. А. Военно-походная медицина. Т. 1. С. 264.

⁹⁹⁹ Палкин Б. Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716—1868). С. 171, 307.

к прекращению и возобновлению существования целых экономических отраслей, как это было, например, на Кавказе¹⁰⁰⁰. Но мнения врачей, включавшиеся в военно-статистические работы, становились основой медико-географических воззрений чиновников и формировали фундамент для принятия административных решений.

МЕДИЦИНА НА ВОЕННЫХ СУДАХ

Хотя военно-морской флот является одним из главных символов империи и ее репрезентацией во внешнем мире, морская медицина оказалась за бортом социокультурной и имперской истории российской медицины. Объекты изучения последней находятся преимущественно на континентальном пространстве империи. Даже единственная заморская колония России, Аляска, не использовалась историками медицины для анализа локальной специфики имперского здравоохранения (до 1820 года за океаном не было российских врачей и госпиталей¹⁰⁰¹). Такая ситуация отражает историческое позиционирование Российской империи, которая до XXI века изучалась как континентальная, а не морская держава. За некоторыми исключениями, история морской медицины имперского периода остается частью историографии института военно-морских врачей и заинтересована в изучении инфраструктуры здравоохранения на флоте¹⁰⁰².

Между тем историки морской медицины морских империй (таких как Великобритания и Франция, откуда вышли классики морской медицины вроде Дж. Линда, Г. Блэйна, Т. Троттера и Ж.-Б. Фонсагрива) особенно заинтересованы в изучении проблем колониальной и/или тропической медицины¹⁰⁰³. Деятельное участие морских врачей в управлении колониями позволило проследить влияние военно-морской медицины на западную медицинскую науку и системы гражданского здравоохранения на государственном и международном уровнях. Выявление отличий военно-морской медицины XVIII—XIX веков от гражданской медицины сопровождалось демонстрацией исследовательских преимуществ судовых врачей. Историки обратили внимание на ограничения морских походов временными и пространственными рамками, что заставило рассматривать корабль как закрытое лабораторное пространство с возможностями проведения медицинских экспериментов в походных условиях¹⁰⁰⁴. Исследованиям морских врачей благоприятствовали и военные власти, преследуя

¹⁰⁰⁰ Чистович Я. А. Очерки из истории русских медицинских учреждений. С. 56—63.

¹⁰⁰¹ Gibson J. R. European Dependence Upon American Natives: The Case of Russian America // Ethnohistory. 1978. Vol. 25. № 4. P. 377.

цели большей военной эффективности¹⁰⁰⁵. Решая проблемы адаптации организма к различным (а)биотическим и антропогенным факторам, военно-морская медицина тесно взаимодействовала с гражданскими и военными врачами, стимулируя медицинские дискуссии в области превентивной медицины и медицины окружающей среды¹⁰⁰⁶. В итоге к середине XIX века научные открытия военно-морских врачей оказали влияние на практики госпитальной медицины, систему общественного здравоохранения, а также на технологическое развитие во многих европейских странах¹⁰⁰⁷.

В настоящем разделе нам представляется важным рассмотреть, как использовались гигиенические и медико-географические представления для решения задач, поставленных перед Российским Императорским флотом. В более широкой перспективе и в связи с другими сюжетами данной книги этот кейс позволяет изучить возможности медицинского знания для поддержания имперского порядка за пределами территориальных границ империи. Для этого мы остановимся на трех объектах исследования морской медицины: здоровье моряка, пространство корабля и навигационные пути российского флота.

¹⁰⁰² *Афанасьева К. В.* Состояние военно-морской медицины в царствование Александра I // Наука, технология и общество во время Первой мировой войны: Медицина / Ред. Л. А. Булгакова. М.; СПб., 2011. С. 226—251; *Берков Е. А.* Очерки развития морской гигиены в России // Военно-морской врач. 1945. № 1. С. 65—69; *Карпин Н. А., Макаренко Б. Г., Тягнерев А. Т.* Об обществах морских врачей российского и советского военно-морского флота // Морская медицина. 2015. Т. 1. № 1. С. 74—77; *Костюк А. В.* Лечебно-профилактическое обеспечение морских служащих российского флота в XVIII в.: военно-морские госпитали // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009. Сер. 2. Вып. 1. С. 59—64; *Она же.* Санитарное состояние кораблей Балтийского флота и развитие военно-морской гигиены в XVIII веке // Военно-медицинский журнал. 2015. № 9. С. 74—81; *Лозбенков А. М.* Военно-морская медицина. От Петра Первого до начала XX века. СПб., 2020; *Петров Б. Д.* Очерки истории отечественной медицины. М., 1962; *Наумова Ю. А.* Ранение, болезнь и смерть: Русская медицинская служба в Крымскую войну 1853—1856 гг. М., 2010; Материалы по истории медицинской службы русского военно-морского флота второй половины XIX и начала XX века (1850—1917) / Ред. В. И. Шестов и др. М., 1968; *Сосин В. В.* История военно-морской медицины русского и советского военно-морского флота. Л., 1989; *Яблоновский И. М.* Русская военно-морская медицинская литература // Военно-морской врач. 1945. № 4. С. 69—74.

¹⁰⁰³ *Convertito C.* The Health of British Seamen in the West Indies, 1770—1806. PhD Diss. Exeter, 2011; *Crimmin P. K.* The Sick and Hurt Board and the Health of Seamen c. 1700—1806 // Journal for Maritime Research. 1999. № 1. P. 48—65; *Kernéis J.-P.* En lisant l'histoire des médecins et des pharmaciens de marine et des colonies, de Pierre Pluchon et ses co-auteurs // Revue Historique. 1986. Т. 275. Fasc. 2 (558). P. 445—465.

¹⁰⁰⁴ *Osborne M. A.* The Emergence of Tropical Medicine. Chicago: University of Chicago Press, 2014.

II Институционализация военно-морского здравоохранения

На протяжении XVIII столетия морская медицина функционировала внутри централизованной системы управления и находилась в ведении Медицинской канцелярии (с 1763 года — Медицинской коллегии). Врачи отправлялись в Адмиралтейств-коллегию для службы на кораблях и в морских госпиталях, организованных для флотских служителей по аналогии с военными сухопутными госпиталями. Руководством врачей на флоте занималась Адмиралтейств-коллегия, но за их профессиональную мобильность отвечало медицинское ведомство¹⁰⁰⁸. Так что при необходимости врача из морского госпиталя могли отправить бороться с эпидемиями к границам империи или поставить на административную должность в столице. Именно это случилось, например, с автором первого в России трактата о болезнях морских служителей, греком на русской службе Д. Синопеусом (ум. 1776)¹⁰⁰⁹.

Институциональное оформление морская медицина получила в 1805 году, через несколько лет после образования Министерства морских сил, куда из ведения МВД была переведена Медицинская часть по флоту. Тогда же была учреждена должность ее руководителя. По аналогии с генерал-штаб-доктором Военного министерства, был назначен флота ге-

¹⁰⁰⁵ *Mathias P.* Swords and Ploughshares: The Armed Forces, Medicine and Public Health in the Late Eighteenth Century // *War and Economic Development: Essays in Memory of David Joslin* / Ed. J. M. Winder. New York; London: Cambridge University Press, 1975. P. 73—90.

¹⁰⁰⁶ *Brockliss L., Jones C.* The Medical World of Early Modern France. Oxford: Clarendon Press, 1997; *Riley J. C.* The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease. New York: St. Martin's Press, 1987.

¹⁰⁰⁷ *Cook H.* Practical Medicine and the British Armed Forces after the "Glorious Revolution" // *Medical History*. 1990. Vol. 34. № 1. P. 1—26; *Harrison M.* An 'Important and Truly National Subject': The West Africa Service and the Health of the Royal Navy in the Mid Nineteenth Century // *Health and Medicine at Sea, 1700—1900* / Eds D. B. Haycock, S. Archer. Woodbridge: Boydell & Brewer, 2009; *Osborne M. A.* The Emergence of Tropical Medicine; *Crimmin P. K.* British Naval Health, 1700—1800: Improvement over Time? // *Clio Medica*. 2007. Vol. 81. P. 183—200; *Houlberg K., Wickenden J., Freshwater D.* Five Centuries of Medical Contributions from the Royal Navy // *Clinical Medicine*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 22—25; *Zuckerman A.* Scurvy and the Ventilation of Ships in the Royal Navy: Samuel Sutton's Contribution // *Eighteenth-Century Studies*. 1976. Vol. 10. № 2. P. 222—234; *Régnier C.* Sickness and Health on the High Seas in the 18th century. The Former Rochefort School of Naval Medicine and the Birth of the French Navy Health Service // *Medicographia*. Vol. 34. № 4. P. 477—486.

¹⁰⁰⁸ *Михайлов С. С.* Медицинская служба русского флота в XVIII веке: материалы к истории отечественной медицины. Л., 1957.

¹⁰⁰⁹ *Μακρῖδης, Βασιλειὸς Ν.* Παρασκευὰς Δαμιανὸς Σινωπεύς: Προκαταρκτικὰ στοιχεῖα καὶ ἕνα αὐτὸγραφο // *Ἐρανιστής*. 2003. Τ. 24. Σ. 189—195.

нерал-штаб-доктор, англичанин И. Рожерс (1739—1811). При этом биографии морских врачей XVIII—XIX веков рассказывают об их постоянных служебных перемещениях. На протяжении жизни врачи переходили от одного ведомства к другому, а еще нередко реализовывали право на совмещение должностей в нескольких ведомствах. Это сулило им дополнительное жалование — в отличие от практики совмещения должностей в одном ведомстве¹⁰¹⁰.

С точки зрения медицинского самоусовершенствования, то есть обретения новых знаний, интенсивная профессиональная мобильность и отсутствие площадок для обмена профессиональным опытом, замыкали морских врачей в круг собственного практического опыта и остаточных знаний. До середины XIX века медицинские сообщения о морских путешествиях появлялись только во внутри- и межведомственной переписке, в коллекциях описаний значимых плаваний или в главном печатном органе флота, журнале «Морской сборник». Серьезное влияние на изменение в институционализации военно-морской медицинской деятельности оказали поражение в Крымской войне и реорганизация Морского министерства при великом князе Константине Николаевиче¹⁰¹¹. Хотя общественный интерес к проблемам флота сильно снизился в середине 1860-х годов, ревизия функционирования различных департаментов морского ведомства способствовала обособлению системы медицинского администрирования и обеспечения во флоте от образцов сухопутных войск¹⁰¹². Этому способствовало введение нового Морского Устава (1853)¹⁰¹³ и госпитального устава (1859)¹⁰¹⁴, организация Обществ морских врачей в пяти портовых городах России (1858) и издание журнала «Медицинские прибавления к Морскому сборнику» (1861). Возникновение обществ и публикация специального периодического издания сделали возможным не только объединение морских врачей, но и аккумуляцию их опыта морской и береговой службы. До этого момента проследить взаимовлияние текстов российских врачей практически невозможно. Ранее имели место только

¹⁰¹⁰ Богданов А. Формирование и эволюция официального статуса морских врачей в России // Источник. Историк. История: Сборник научных работ. Вып. 1. СПб., 2001. С. 339—340.

¹⁰¹¹ Берков Е. А. Очерки развития морской гигиены в России // Военно-морской врач. 1945. № 1. С. 65—69; Материалы по истории медицинской службы русского военно-морского флота; Шевырев А. П. Русский флот после Крымской войны: либеральная бюрократия и морские реформы. М., 1990; Яблоновский И. М. Русская военно-морская медицинская литература // Военно-морской врач. 1945. № 4. С. 69—74.

¹⁰¹² Наумова Ю. А. Ранение, болезнь и смерть: русская медицинская служба в Крымскую войну. С. 58.

¹⁰¹³ Морской Устав. СПб., 1853.

¹⁰¹⁴ Устав о морских военных госпиталях. СПб., 1859.

отдельные опыты осмысления особенностей физиологии и заболеваний в условиях морского путешествия. И, как правило, они ссылались на европейских авторов.

Представления о болезнях морских служителей

Первые работы о болезнях *российских* морских служителей были созданы в 1730—1740-х годах. Малоизвестная российским читателям латиноязычная работа упомянутого выше Синопеуса «Медицинские дополнения» (лат. *Parerga medica*) стала первым в Российской империи трактатом о морской медицине, созданным по итогам не только лечения моряков, но и аутопсии их тел¹⁰¹⁵. Синопеус в течение четырех лет (1730—1734) был старшим доктором Кронштадтского морского госпиталя и, согласно петровскому Регламенту о госпиталях, проводил вскрытия тел умерших¹⁰¹⁶. Создание книги с описанием наблюдений над болезнями моряков и состоянием их органов тела после смерти было связано с академическими обязательствами греческого врача. Дамиан Синопеус (ум. 1776), точнее Дамиан *Параскевас*, происходил из малоазийского города Синоп и шесть лет обучался вначале философии в университете Франкфурта, а затем медицине в университете Йены. В 1729 он стал лицензиатом по медицинским наукам и вскоре получил степень доктора, не имея при этом обязательно для защиты инаугурационного диспута. Откликнувшись на приглашение Медицинской канцелярии приехать в Россию, в 1730 году, вместе с пятью другими иностранными докторами (уже защитившими свои диссертации), он пообещал Йенскому университету издать соответствующий диссертации ученый текст уже после поспешного отъезда¹⁰¹⁷. Именно книга с описанием болезней российских моряков, опубликованная в Санкт-Петербурге в 1735 году, сыграла роль его диссертации для немецкого университета, а также первого трактата о морской медицине — для российской медицины¹⁰¹⁸.

Другой опыт проблематизации телесных изменений во время морских походов был создан современником Синопеуса, архиатером (должность, совмещавшая в XVIII веке обязанности руководителя медицинского дела в империи и лейб-медика) при Анне Иоанновне, И. Б. фон Фишером

¹⁰¹⁵ *Parerga medica conscripta a Damiano Sinopeo medico ordinario marini nosocomii cronstandiensi. Petropolitani: [Acad. Scientiarum], 1735.*

¹⁰¹⁶ О управлении адмиралтейства и верфи и о должностях коллегии адмиралтейской и прочих всех чинов, при адмиралтействе обретающихся. СПб., 1722. С. 148.

¹⁰¹⁷ *Μακρίδης, Βασίλειος Ν. Παράσκεβας Δακιανός Σινωπέυς: Προκαταρκτικά στοιχεία καί ἔνα αὐτόγραφο. Σ. 189—195.*

¹⁰¹⁸ *Parerga medica conscripta a Damiano Sinopeo. P. IV.*

(1685—1772). В апреле 1741 года он составил медицинскую инструкцию для команды М. Шпанберга Второй Камчатской экспедиции¹⁰¹⁹. Необходимость инструкции была вызвана опытом «морских ваяжей» в 1738 и 1739 годах вдоль побережья Курильских островов. Команды сильно страдали от «грудных болезней», цинги, отдышек и обмороков. Инструкция, как писал автор, служила прежде всего руководством при сложных обстоятельствах, когда заканчиваются или портятся медикаменты и свежая провизия. В качестве надлежащей физической подготовки к плаванию Фишер видел не гимнастику с закаливанием (как врачи 1860-х), а очищение тела слабительными лекарствами, кровопусканием и распариванием в бане. Предписание соответствовало популярной в Европе гуморальной теории и подразумевало восстановление равновесия четырех телесных соков — желтой и черной желчи, крови и флегмы — посредством выведения избыточных гуморов наружу¹⁰²⁰. «К поправлению ж телесных соков» служили и указания об употреблении в вояже трав и соответствующих настоев.

Месяцем ранее Медицинская канцелярия от лица того же архиатера Фишера вынесла заключение о различном действии на человека белого ревеня в зависимости от места службы — на большой земле или на большой воде. В порядке эксперимента ревеня в качестве слабительного средства давали пациентам Санкт-Петербургского сухопутного и морского госпиталей. Действие лекарственного растения оказалось различным, и медики пришли к выводу, «что морские люди имеют против сухопутных жесточнее житие и употребляют твердую пищу, так что их утроб от слабитель[ь]ных лекарств менее подвигается, и за тем ревеня у морских не с таким действием слабить может, как у сухопутных»¹⁰²¹. На пищеварение, судя по дальнейшей инструкции, оказывала влияние не только еда, но сам «острый» и «строгий» (то есть холодный) морской воздух, почему требовалось сохранять «утроб человеческий», делая его «слизким» с помощью различных животных и растительных масел¹⁰²².

Другой знаменитый врач на российской службе (уже голландского происхождения) и автор второго трактата о здоровье российских моряков¹⁰²³, А. Бахерахт (1726—1806), определял эпитетом «морские» те же самые недуги, что наблюдались на берегу, только усиленные условиями морских походов. Среди наиболее частных и значимых факторов, влияю-

¹⁰¹⁹ РГАВМФ. Ф. 212. Оп. 5. Д. 206. Л. 18—21 об. Благодарность Наталье Охотиной-Линд за указание на этот документ.

¹⁰²⁰ *Temkin O.* Galenism: rise and decline of a medical philosophy. Ithaca; London: Cornell University Press, 1973.

¹⁰²¹ РГАВМФ. Ф. 216. Оп. 1. Д. 114. Л. 556 об.

¹⁰²² РГАВМФ. Ф. 212. Оп. 5. Д. 206. Л. 19 об. — 20.

¹⁰²³ *Бахерахт А. Г.* Способ к сохранению здравия морских служителей, и особливо в российском флоте находящихся. СПб., 1780.

щих на возникновение болезней в море, были нечистота (тела, платья, пространства), душевная печаль и, главное, сырость, «ибо ничто столь не подвергает сим болезням человека, как сырая погода, мокрое платье на теле, и сырой покой. Опытами доказано, что морская (курсив мой. — Авт.) цынга заражается не от чего другого, как от всякой сырости, которую мореходцы иногда должны терпеть...»¹⁰²⁴.

Помимо общих работ о болезнях моряков Синопеуса и Бахерахта, до середины XIX века была опубликована еще одна подобная книга — «Опыт морской военной гигиены» П. Вышневого (ум. 1862)¹⁰²⁵. Формально она была некоторым исключением — ее автор был всего лишь штаб-лекарем, а не главным доктором госпиталя, как Синопеус, или главным доктором флота, как Бахерахт (на момент публикации их книг). Вышнево даже издал книгу на собственные деньги, так что генерал-штаб-доктор флота Я. Лейтон распорядился о рассылке книги всем флотским экипажам, чтобы хоть как-то возместить расходы ее автору¹⁰²⁶. Однако все три книги отличаются подчеркнуто национальной привязкой: все они написаны о российских морях и для них, хотя и с отсылками к опыту морской медицины других империй.

Хотя такая адресность и может быть обусловлена службой авторов на Российском Императорском флоте, представляется возможным в данном случае говорить об их намерениях вписаться в определенные контексты. Синопеус, отмечавший необычайную выносливость российских моряков и объяснявший их быстрое привыкание к сложным условиям морской службы крестьянским происхождением, скорее всего подчеркивал этим уникальность и ситуативность объекта своего исследования. Книга Синопеуса была написана как европейская диссертация о неизвестной России, и, как и у многих иностранных врачей-писателей, его медицинский текст служил рассказом о другом¹⁰²⁷.

Созданные после Синопеуса труды Бахерахта по морской медицине также были посвящены именно Российскому флоту. Как и Линд, наряду

¹⁰²⁴ Там же. С. 19.

¹⁰²⁵ Вышнево П. Опыт морской военной гигиены, или Описание средств, способствующих к сохранению здоровья людей, служащих на море. СПб., 1820.

¹⁰²⁶ РГАВМФ. Ф. 212. Оп. 8. Д. 425. Л. 1820—1821.

¹⁰²⁷ Можно сравнить сочинение Синопеуса с работами врачей-иностранцев, служивших в российской армии и участвовавших в борьбе с эпидемиями: *de Mertens C.* An Account of the Plague which Raged at Moscow, in 1771. London: St. Paul's Church-Yard, 1799; *Orraei G.* Descriptio pestis, quae anno 1770 in Jassia et 1771 in Mosqua grassata est. Petropoli, 1784; *Schreiber J. F.* Observationes et cogitata de pestilentia quae annis 1738 et 1739 in Ucraina grassata est. Berolini, 1744; *Nitzsch A.* Theoretisch-Practische Abhandlung des Scharbockes, wie sich derselbige vornemlich bey denen Kayserlich-Rußischen Arméen an verschiedenen Orten geäußert und gezeigt hat. St. Petersburg, 1747.

с общим трактатом об охране здоровья моряков (1780)¹⁰²⁸ он издал работы по более частным вопросам: о цинготной болезни (1786)¹⁰²⁹ и о необходимых на борту медицинских средствах (1785)¹⁰³⁰. Работы эти были опубликованы уже после назначения Бахерахта на должность главного доктора Балтийского флота (1776) и стали наиболее переводимыми: наряду с тремя русскоязычными изданиями, было опубликовано пять их версий на иностранных языках (немецкий, французский и латинский)¹⁰³¹. Однако, в отличие от Синопеуса, корпус медицинских сочинений Бахерахта был гораздо более разнородным. До создания работ по морской медицине он был известен текстами об оспопрививании, сифилисе, алкоголизме и эпизоотиях¹⁰³². Его письменное наследие и активное участие в работе Вольного экономического общества (с 1771 года) позволяют говорить о нем в первую очередь как о проponente мер медицинской полиции¹⁰³³. Так что составленный Бахерахтом комплекс гигиенических и терапевтических текстов для морских служителей можно рассматривать в качестве медицинского проекта, выделявший моряков как значимую для российской государственной жизни профессиональную группу.

Книга Вышневого, хотя и опирается в значительной степени на работы европейских авторов — все тех же классиков Линда, Блэйна и Трот-

¹⁰²⁸ *Бахерахт А. Г.* Способ к сохранению здравия морских служителей.

¹⁰²⁹ *Он же.* Практическое рассуждение о цинготной болезни: для употребления лекарям служащим при морских и сухопутных российских силах. СПб., 1786.

¹⁰³⁰ *Он же.* Аптека для российского флота, или Роспись всем нужным лекарствам, коих по рангу корабля, для шести месяцев вояжа в корабельном ящике иметь должно. СПб., 1783.

¹⁰³¹ *Bacheracht H.* Dissertation hygiénique sur la conservation des gens de mer et surtout de la marine impériale russe, du dr. André Bacheracht, conseiller de Collège et premier médecin de la flotte impériale. St. Pétersbourg, 1791; *Idem.* Dissertation pratique sur le scorbut pour l'usage des chirurgiens de l'armée et de la flotte impériale russe. Reval, 1787; *Idem.* Pharmacopoea navalis Rossica aut Catalogus omnium necessariorum medicamentorum quae secundum ordinem navium classicarum pro itinere semestri in scrinio navali habere, oportet revisa et approbata a Collegio Medico Imperiali. Petropoli, 1784; *Idem.* Physisch-diätetische Anleitung, die Gesundheit der Seeleute zu erhalten, besonders, für die russisch-kaiserl. Marine. St. Petersburg, 1790; *Idem.* Practische Abhandlung über den Scharbock, zum Gebrauche der Wundärzte bei der russisch-kaiserlichen Armee und Flotte. St. Petersburg, 1786.

¹⁰³² *Бахерахт А. Г.* О неумеренности в любострастии, о болезнях от онаго приключаящихся и о средствах излечению оных способствующих: в предосторожность молодым обоего пола людям. СПб., 1780; *Он же.* Описание и наставление о прививании оспы. СПб., 1769; *Он же.* Предохранительное средство от скотского падежа. СПб., 1773.

¹⁰³³ *Alexander J. T.* Catherine the Great and Public Health // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences.* 1981. Vol. 36. № 2. P. 190—191.

тера, к которым присоединяет российского военного врача И. Энегольма (1760/1764—1838), автора первой российской книги по военной гигиене¹⁰³⁴, — уже создает картину тесной взаимосвязи между отдельным моряком, командиром корабля и государством. Аргументируя высокое значение морской службы для жизни государства, Вышневецкий делает вывод о ценности здоровья моряка *per se*. Хотя врач объясняет сложности морской службы медико-географическими факторами (прежде всего непривычными климатами), он требует от руководителей морских походов (и через них — от самого государства) необходимости почти отеческой заботы о матросе: «В самом деле, если мы, не желая потерять растения из дальних стран привозимыя к нам, стараемся сберечь от всех вредностей для их нежной организации, и не упускаем у себя из виду, чем бы можно было заменить благотворное действие природной их земли, то недолжны ли пещись о лучшем содержании подобных нам человек, коих гораздо сложнейшая организация требует и больше пособий, для поддержания ея целости? Почтеннейшие попечители человечества! ваши подвиги несравненно превосходнее трудов подъемлемых для сбережения растений, вам предоставлено охранять жизнь собраний ваших от всех бед предстоящих им на службе; сохраните не нарушимо сей безценный залог ваше верности и усердия к пользе государственной; вы исполните чрез то свой долг, а Отечеству соблюдете полезных и верных слуг его»¹⁰³⁵.

Образ командира корабля как «защитителя всех и отца экипажа»¹⁰³⁶ в медицинских текстах был заложен Бахерахтом. Капитанов он наделяет ответственностью за соблюдение превентивных мер (чистоту одежды матросов, выбор места для размещения больных, распорядок режима труда и отдыха), а также за внутренним, душевным состоянием своих подчиненных, поскольку долгое пребывание в море неуклонно склоняет их к унынию. Этому вторит Вышневецкий: в его перспективе уникальное «веселое и живое» свойство и «великодушный характер» простого русского человека влияют на образование болезней — не только цинги, но и меланхолии, или ностальгии. От «горестных воспоминаний потерянной ими родимой стороны» могут удерживать матросов национальные «забавы», рассматриваемые как часть превентивных мер на флоте¹⁰³⁷.

Приспособление к непривычным климатическим условиям считалось важным уже во время подготовки к плаванию — на этапе отбора матросов. Вышневецкий рекомендовал брать в моряки молодых людей, привыкших к морю с детства. Для этого он предлагал селить матросов, еще не

¹⁰³⁴ Энегольм И. И. Карманная книга военной гигиены, или Замечания о сохранении здоровья русских солдат. СПб., 1813.

¹⁰³⁵ Вышневецкий П. Опыт морской военной гигиены. С. 3—4.

¹⁰³⁶ Бахерахт А. Г. Способ к сохранению здравия морских служителей. С. 27.

¹⁰³⁷ Вышневецкий П. Опыт морской военной гигиены. С. 11.

готовых к плаваниям, рядом с морем — например, на берегах Финского и Ботнического заливов — так, чтобы и их дети приобретали навык к морской жизни¹⁰³⁸. В середине XIX столетия один из врачей в предписаниях для тихоокеанских путешественников советовал брать на службу в порты Восточного (то есть Тихого) океана только тех, кто изъявил к этому «охоту», — *принудительный* характер службы в Восточной Сибири обуславливал возникновение болезней¹⁰³⁹. Рекомендации И. Крузенштерна (1840) и К. Розенберга (1858) также касались трудностей адаптации к морской службе выходцев с западных окраин Российской империи. Вторая распространенному медицинскому мнению о влиянии «печального расположения духа» на развитие цинги, Крузенштерн обосновывал наибольшую подверженность этой болезни рекрутов из Остзейских и Польских губерний — во-первых, по общей для рекрутов причине разлуки с родными, а во-вторых, из-за различий в языке, вероисповедании, а также из-за непривычной пищи¹⁰⁴⁰. Розенберг советовал генерал-адмиралу сделать отдельный эстляндский экипаж и помещать туда на три года всех чухонцев (выходцев из прибалтийско-финских народов)¹⁰⁴¹. Сами врачи отмечали, что, по их наблюдениям, «как между кочегарами, так и между матросами, грудные болезни поражают преимущественно Чухонцев»¹⁰⁴².

Морская медицина определяла морские походы как мероприятия метрополии: матросам предписывалось если не обладать образованием (хотя в середине XIX века медики весьма поощряли знакомство средиземноморских мореплавателей с памятниками культуры Европы¹⁰⁴³), то обладать волей, навыками общежития, уметь проводить досуг и, главное, происходить из европейской части России. Критике врачей подверглись телесные наказания матросов, охарактеризованные как «зверские» и «унизительные», они сравнивались с поведением американских плантаторов по отношению к чернокожим рабам. Чтобы избежать этого, были предписаны «здоровые» отношения между врачом, командирами и подчиненными. В том числе самим корабельным врачам рекомендовалось пользоваться доверием как капитана, так и нижних чинов, а капитан должен был «внушать подчиненным высокие понятия об их корысти, правдивости и доброй воле»¹⁰⁴⁴. Врачи, таким образом, оказывались теми, кто поддерживал элитарность плаваний Российского флота как имперского проекта — по

¹⁰³⁸ Там же. С. 14—15.

¹⁰³⁹ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1047. Л. 37 об.

¹⁰⁴⁰ РГАВМФ. Ф. 162. Оп. 1. Д. 118. Л. 36 об. — 37.

¹⁰⁴¹ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1028. Л. 3.

¹⁰⁴² Лосев. Об определении людей в кочегары и к другим обязанностям // Медицинские прибавления к морскому сборнику. 1865. Вып. 5. С. 558.

¹⁰⁴³ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1047. Л. 91 об.

¹⁰⁴⁴ Там же. Л. 38.

крайней мере, на кораблях длительных экспедиций, которые представляли Российскую империю в портах стран мира за пределами Европы, труднодостижимых для российских подданных¹⁰⁴⁵.

Корабль: военная гигиена и пространственная адаптация

Как особое пространство корабль проблематизировал историк британского флота Н. Роджер в книге «Деревянный мир: анатомия георгианского военно-морского флота»¹⁰⁴⁶. В исследовании о жизни английского моряка XVIII века он опроверг представления об ужасных условиях морской службы и показал корабль как отдельный мир со своими традициями, соответствующими устройству британского общества на большой земле. Между тем в медицинских сочинениях с XVIII века судно рассматривалось как *одно из* ряда темных мест с высокой степенью влажности и плохой циркуляцией воздуха, таких как госпиталь, тюрьма или церковь. Вдобавок к негативному влиянию окружающей среды в заболеваниях винили в том числе скудное питание людей низкого социального положения, проживающих в тесных и сырых пространствах. Эти условия считались идеальными для производства «гнилостных болезней», прежде всего цинги — которая, вопреки распространенному представлению, не считалась специфически *морской* болезнью. Главными «пациентами» с цингой, помимо моряков, были военные и заключенные. Так, резюмируя книгу польского доктора А. Нича о цинге в российской армии¹⁰⁴⁷, Линд обозначил подверженных болезни как «более бедный род бездействующих людей» (в армии цинга возникала во время отсутствия маршей и боевых действий) с бедственными условиями жизни (англ. *distressed circumstances*)¹⁰⁴⁸.

Сырое пространство судна описывалось наподобие географических зон, окружающая среда которых способствует развитию эндемических болезней. Невозможность его полноценного проветривания грозила возникновением «гнилых и здравую человеческому вредным паров»¹⁰⁴⁹ — равно как и болотистые низины на суше, идентифицируемые учеными врачами гиппократовой традиции как нездоровые локусы. Миазматическая теория, пересмотренная и актуализированная в эпоху раннего Ново-

¹⁰⁴⁵ Виньковецкий И. Русская Америка: заокеанская колония континентальной империи, 1804—1867. М., 2015.

¹⁰⁴⁶ Rodger N. A. M. The Wooden World: an Anatomy of the Georgian Navy. London, 1986.

¹⁰⁴⁷ Nitzsch A. Theoretisch-Practische Abhandlung des Scharbockes.

¹⁰⁴⁸ Lind J. Treatise on the Scurvy. In three parts. Containing an Inquiry into the Nature, Causes, and Cure, of that Disease. London, 1772. P. 422.

¹⁰⁴⁹ Бахерахт А. Г. Способ к сохранению здоровья морских служителей. С. 32.

го времени, утверждала происхождение ряда болезней из воздуха, зараженного посредством ядов, выработанных в процессах гниения (животных, растений и, что было особенно актуально для корабельных служителей, воды). Для врачей Российского Императорского флота с XVIII по вторую половину XIX века опасными оставались почти все «зловонные» испарения, возникающие из-за застоя воды в трюмах, бортовой сырости и дыхания людей на переполненных жилых палубах. Даже крысы, при «чрезвычайном размножении», считались опасными прежде всего своими «испарениями»¹⁰⁵⁰. Широкое распространение земской медицины и санитарно-гигиенических идей реактуализировали миазматическую теорию в России в 1860—1870-е годы, что заметно по резкому росту употребления слова «миазма» в русском языке вне профессионального дискурса¹⁰⁵¹.

Интерпретация болезней в рамках базовых миазматических представлений была характерна на протяжении всего XIX века не только для Российской империи. Хотя дискуссии о природе инфекционных заболеваний велись с особой интенсивностью в период бактериологической революции, для английских морских хирургов сведения о микробах скорее подтверждали устоявшиеся убеждения в необходимости вентиляции и чистоты кораблей¹⁰⁵². В связи с этим создатели норм судовой гигиены были хорошо осведомлены об инженерных и химических разработках. В медицинских трактатах помещались чертежи виндзейлей¹⁰⁵³, описывались химические смеси для избавления от неприятных запахов, техники сохранения провизии и лекарственных средств, приготовления еды и напитков. Эклектичное морское медицинское знание инкорпорировало необходимые для обслуживания кораблей и экипажа научно-технические знания и одновременно давало импульс к развитию последнего ввиду необходимости сохранения основной ценности флота — трудоспособности матроса.

Поначалу проблема медицинской топографии судна занимала гигиенистов при решении вопроса о наиболее выгодном размещении больных. Бахерахт возлагал ответственность за решение по каждому конкретному случаю на капитана корабля. Место должно было быть не только чистым и хорошо проветриваемым. Гигиеническая логистика подразуме-

¹⁰⁵⁰ Инструкции Командующему отрядом судов идущих к берегам Амура, Капитану 1 Ранга Кузнецову // Морской Сборник. 1857. Т. 31. №. 10. Официальные статьи и известия. С. 148—149.

¹⁰⁵¹ *Пироговская М.* Миазмы, симптомы, улики: запахи между медициной и моралью в русской культуре второй половины XIX века. СПб., 2018. С. 48.

¹⁰⁵² *Smith E. J.* 'Cleanse or Die': British Naval Hygiene in the Age of Steam, 1840—1900 // *Medical History*. 2018. Vol. 62. № 2. P. 177—198.

¹⁰⁵³ Проведенная внутрь корабельных помещений труба для вентиляции с наружным раструбом в сторону дующего ветра.

вала прежде всего отделение больных от здоровых, так чтобы болезненные пары не проникали за пределы отгороженного для него пространства. Лучшим решением Бахерахт находил использование второго трюма в передней части корабля или рядом с кормовой каютой для хранения боеприпасов. Он предлагал отгородить надлежащее место «досками, или смолою вымазанною парусиною» и допускать к больным только лекарей и надзирателей. Самих больных следовало разделять на две части, определяя «трудных» в кормовую часть корабля, а выздоравливающих и «не столь заразившихся» — в носовую¹⁰⁵⁴. При этом, борясь с сыростью, Бахерахт настаивал на пагубности практики регулярного мытья палуб (несмотря на требование поддержания чистоты). Этой рекомендации вторил Розенберг в своей инструкции 1857 года и за нее же выражал особую благодарность начальству врач линейного парусного корабля «Синоп» Хохряков — приказ скоблить, а не мыть палубу действительно способствовал, по его словам, уменьшению сырости в жилом пространстве корабля¹⁰⁵⁵.

Помимо проблем, возникающих во время плавания, корабль мог приобрести способность производить болезни (наряду с его пассажирами) еще на берегу. По мнению врачей, это могло спровоцировать строительство корабля из сырого или долго находившегося в болотной/зловонной воде леса; наличие на корабле источника болезни с предыдущего плавания; слишком маленькое пространство между палубами и пушечными портами, препятствующее нормальной вентиляции¹⁰⁵⁶. Наибольшее беспокойство корабельной гигиены до конца девятнадцатого столетия вызывал труднодоступный для вентиляции трюм — «враждебный резервуар для образования миазм»¹⁰⁵⁷. При этом российская медицина была знакома с положительными опытами переживания «зловоний» в трюмах. К. Эспенберг, доктор знаменитой кругосветной экспедиции Крузенштерна, был крайне удивлен, когда обнаруженное на «Надежде» зловоние с «чесночным» запахом посреди южных просторов Тихого океана не произвело никакого вреда здоровью матросов¹⁰⁵⁸. С этой проблемой (корень которой оказался в итоге в стоячей воде) экипаж Крузенштерна пытался бороться сначала раскуриванием минеральных кислот по знаменитому в России

¹⁰⁵⁴ Бахерахт А. Г. Способ к сохранению здравия морских служителей. С. 91.

¹⁰⁵⁵ Инструкции Командующему отрядом судов идущих к берегам Амура. С. 149; Хохряков Медицинский очерк плавания 131-го пушечного корабля «Синоп» в 1861 г. // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 105.

¹⁰⁵⁶ Бахерахт А. Г. Способ к сохранению здравия морских служителей.

¹⁰⁵⁷ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1074. Л. 43 об.

¹⁰⁵⁸ Эспенберг К. Замечания по врачебной части, учиненные во время путешествия Г. Эспенбергом // Путешествие вокруг света в 1803, 4, 5 и 1806 годах / И. Ф. Крузенштерн. Ч. 3. СПб., 1812. С. 290—291.

методу дезинфекции воздуха французского химика Гитона де Морво и шотландского врача Дж. К. Смита¹⁰⁵⁹.

Этот метод оставался популярным в России до изобретения в 1840-х годах собственного продукта борьбы с миазмами — «ждановской жидкости», названной так по имени своего изобретателя, химика Н. Жданова. Ее ключевыми элементами были древесный уксус и сульфат железа, которые, испаряясь, избавляли пространство от неприятных запахов. Помимо кораблей, жидкость была востребована в госпиталях: Николай Пирогов отдельно запрашивал Морское министерство снабдить составом крымские госпитали во время войны¹⁰⁶⁰. О широком знакомстве с жидкостью гражданского населения можно судить по опубликованному в 1868 году роману Ф. М. Достоевского «Идиот», где Парфен Рогожин, убив Настасью Филипповну, рядом с ней «четыре склянки ждановской жидкости откупоренной поставил». Именно флот был местом испытания и исследования свойств этого средства. Корабельные врачи не всегда были им довольны и пытались интерпретировать его бездействие спецификой трюмного пространства, где неприятные запахи происходят от взаимодействия морской воды с древесиной и потому не могут быть истреблены жидкостью на основе древесного уксуса¹⁰⁶¹. И снова именно на флоте это средство было заменено на антисептик фенол, на тот момент известный (и более дешевый в сравнении с ждановской жидкостью) как карболовая кислота, введенная в широкий оборот английским хирургом Дж. Листером.

Переломным моментом для корабельной гигиены стало появление паровых судов. Британские суда ввели в использование машинные двигатели одними из первых, и связанные с этим медицинские проблемы надолго закрепились в профессиональном и общественном сознании. По мнению английских морских офицеров и медиков, ходивших вдоль африканских берегов, выделяемый паровыми двигателями жар усугублял воздействие на здоровье жаркого тропического климата. Более того, трюмы паровых

¹⁰⁵⁹ *Smyth J. C. An Account of the Experiment Made at the Desire of the Lords Commissioners of the Admiralty, on Board the Union Hospital Ship, to Determine the Effect of the Nitrous Acid in Destroying Contagion, and the Safety with Which it May be Employed.* London: J. Johnson, 1796; *Guyton-Morveau L.-B. Traité des moyens de désinfecter l'air, de prévenir la contagion et d'en arrêter les progress.* Paris: Chez Bernard, 1805. На русский язык этот текст был переведен через пять лет, см.: *Гитон де Морво Л.-Б.* О средствах к благорастворению воздуха и отвращению заразы. СПб., 1806.

¹⁰⁶⁰ Продолжение известий о сестрах Крестовоздвиженской общины попечения о раненых в Крыму // *Морской Сборник.* 1855. Т. 14. № 2. Официальные статьи и известия. С. 375—376.

¹⁰⁶¹ *Гомолицкий А. О.* О трюмном запахе (Из медицинского журнала г. Гомолицкаго на клипере «Опричник» 1858—1859 г.) // *Медицинские прибавления к Морскому сборнику.* 1861. Вып. 1. С. 242—243.

судов сами по себе напоминали окружающую среду тропиков (даже когда корабль находился в другом географическом регионе) — а следовательно, сами могли производить «тропические» болезни, в первую очередь лихорадки. Тропические метафоры становились общим местом в описаниях общественных пространств с болезнетворной средой на суше, вроде фабричных заводов. «Неестественный» жар от паровых машин использовался в аргументации о необходимости гигиенических реформ, стимулировал общественную дискуссию о положении рабочих и об условиях существования индустриального общества. М. Хариссон находит их отзвуки в работе Ф. Энгельса «Condition of the English Working Class» (1844), опубликованной через четыре года после Нигерийской экспедиции, печально известной высокой смертностью матросов¹⁰⁶².

В российском контексте медицинская проблематизация паровых судов произошла позже, на рубеже 1850-х и 1860-х годов. Общественность, однако, вначале возмутило само отсутствие паровых и бронированных судов на флоте во время Крымской войны, а не связанные с обслуживанием таких судов медицинские проблемы¹⁰⁶³. Последние остались скорее предметом внутреннего беспокойства Морского министерства. Неровность температурных показателей способствовала диверсификации участков судна с точки зрения вероятности возникновения в них тех или иных заболеваний. Проблему усугубляли сероводородные газы, которые разливались по судну от «множества горючего материала и растопления жира, употребляемого для машины»¹⁰⁶⁴. В особенности — в нижних частях корабля с закрытыми бортами. Врач В. Стародомский на корвете «Сокол» отмечал, что духоту от машины усугубляли испарения от «ватер-клозета» в кубрике и от смолы, которой был пропитан ящик с такелажем. И хотя отдельное внимание уделялось усовершенствованию систем вентиляции, они оставались малоэффективными. Даже новаторская система механического вентилятора, установленная на фрегате «Генерал-Адмирал», была оценена как устройство, подходящее не для корабля, а для более просторных и менее густонаселенных пространств на суше¹⁰⁶⁵.

Не все эффекты работы парового двигателя оценивались врачами негативно: он способствовал согреванию и проветриванию нижних, самых сырых, частей корабля. Корабельные врачи также предлагали использовать этот пар для стирки белья, а в кочегарной галерее устроить баню

¹⁰⁶² Harrison M. An 'Important and Truly National Subject'. P. 120—121.

¹⁰⁶³ Шевырев А. П. Русский флот после Крымской войны: либеральная бюрократия и морские реформы.

¹⁰⁶⁴ Инструкции Командующему отрядом судов идущих к берегам Амура, Капитану 1 Ранга Кузнецову. С. 146.

¹⁰⁶⁵ Стародомский. Об устройстве и гигиеническом содержании судна // Медицинские прибавления к морскому сборнику. 1865. Вып. 5. С. 543—545.

(на корабле «Синоп» Балтийского флота такая попытка была предпринята дважды)¹⁰⁶⁶. Подобным образом А. Гомолицкий, врач клипера «Опричник», объяснил ослабевание трюмного запаха при использовании парового двигателя большей циркуляцией воздуха¹⁰⁶⁷. Морские врачи даже отмечали большую просторность машинного отделения. Дополнительное преимущество создавало и наличие люков, через которые в помещение проникал свежий воздух. На пароходофрегатах к этому отделению относились и «просторные», по мнению врача Пухлянко, каюты машинистов и кочегаров для отдыха и смены белья. Но столь комфортабельная корабельная архитектура, по его словам, отличала только пароходофрегаты — на паровых судах других типов отдельного помещения для машинистов и кочегаров не предусматривалось. Это вынуждало их, при отсутствии работы, оставаться в жарком машинном отделении или идти на верхние палубы — подвергая себя, однако, резкой перемене температуры, что часто приводило к близкому к онемению состоянию тела¹⁰⁶⁸.

Медико-географические представления на службе морских врачей

Медицинская регламентация не ограничивалась пространством корабля: многочисленные мореплавания познакомили медиков и экипажи российского флота с новыми природными условиями и болезнями. Наиболее примечательны в этом контексте морские исследовательские экспедиции. В XVIII веке было совершено около пятнадцати морских экспедиций, ставивших целью открытие морских проходов и изучение береговых линий на севере империи. За исключением акватории Каспийского моря, их основные навигационные маршруты пролегли по северным морям: Гренландскому, Баренцеву, Карскому, Лаптевых и Берингову. В XIX столетии расширилась география и военных, и исследовательских плаваний. В первую очередь это было связано с организацией кругосветных экспедиций, а через них — с деятельностью Российско-Американской компании. Дорогостоящие трехлетние плавания, в которых участвовали представители морской элиты и ученого света Российской империи, поддерживали связь единственной заморской колонии с недостижимой метрополией вплоть до продажи Аляски в 1867 году¹⁰⁶⁹. Выходя из Кронштадта в европейские порты и Атлантический океан, экспедиции могли пойти на пря-

¹⁰⁶⁶ Хохряков. Медицинский очерк плавания 131-го пушечного корабля «Синоп» в 1861 г. С. 106—107.

¹⁰⁶⁷ Гомолицкий А. О. О трюмном запахе. С. 242—243.

¹⁰⁶⁸ Пухлянко. Об устройстве машинного отделения и судового лазарета // Медицинские прибавления к морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 352—354.

мую к Тихому океану вокруг Южной Америки или, в обход Африканского континента, направиться к Тихому океану через Индийский. Вследствие этого самыми посещаемыми были порты и берега востока Южно-Американского континента, Южной Африки, Китая и Японии, а также острова Тихого и Индийского океанов. При этом помимо кругосветных экспедиций корабли Императорского флота ходили в (меж)континентальных морях (в первую очередь Черноморская и Средиземноморская акватории), а также продолжали исследования Севера в ходе полярных и гидрографических экспедиций.

Однако обратная связь о медицинском обеспечении плаваний и, в частности, об опыте столкновения с другими климатами на протяжении XVIII и XIX веков доходила до Морского ведомства и до широкой общественности спорадически. Хотя судовые командиры должны были сдавать отчеты о плаваниях и состоянии команды медицинским инспекторам посещаемых портов (с 1851 года эта обязанность перешла к корабельным врачам¹⁰⁷⁰), собственно медицинских описаний плаваний известно немного. Даже сохранившиеся в архиве Военно-морского флота «медицинские обсервации» начала XIX столетия — это в большинстве своем медицинские истории из морских госпиталей, которые могли сообщаться Министерству внутренних дел как полезные наблюдения для взаимобмена опытом с гражданскими врачами¹⁰⁷¹. Медицинские отчеты этого времени были связаны или со случаями массовых заболеваний, или особым значением самого плавания. Например, обстоятельный рассказ о плавании врача Эспенберга, сопровождавшего на «Надежде» Ивана Крузенштерна, был опубликован в трехтомном описании всей экспедиции и служил в том числе целям демонстрации эффективности действий капитана по части заботы о своих подчиненных¹⁰⁷². Приоритетными оставались статистические сведения, которыми можно было бы отчитаться в (не)успешности прошедшего плавания, — такими показателями служили заболеваемость и смертность.

Первая попытка аккумуляции знаний о (не)здоровых местах мира была сделана незадолго до продажи империей владений в Северной Америке, в 1857 году, в рамках составления медицинской инструкции для эскадры винтовых судов адмирала Попова, отправившейся к устью Амура¹⁰⁷³. Инструкция была составлена по особому требованию руководства флота

¹⁰⁶⁹ Виньковецкий И. Русская Америка: заокеанская колония континентальной империи.

¹⁰⁷⁰ РГАВМФ. Ф. 243. Оп. 1. Д. 5175.

¹⁰⁷¹ РГАВМФ. Ф. 130. Оп. 1. Д. 244, 329, 505, 664.

¹⁰⁷² Эспенберг К. Замечания по врачебной части, учиненные во время путешествия Г. Эспенбергом. С. 281—332.

¹⁰⁷³ Инструкции Командующему отрядом судов идущих к берегам Амура, Капитану 1 Ранга Кузнецову. С. 146—157.

Медицинским департаментом Морского министерства. Она существенно отличалась от немногочисленных общих медицинских рекомендаций для служащих российского флота, составленных ранее. Во-первых, автор предпочел опустить все, «что относится к *обыкновенной морской гигиене* (курсив мой. — Авт.), которую необходимо соблюдать на исправном судне всегда и при всех обстоятельствах»¹⁰⁷⁴, но включить гигиенические предписания в раздел о паровых судах. Во-вторых, этот документ обязывал корабельных врачей вести медицинские журналы с целью составления общей «географической и этнологической патологии»¹⁰⁷⁵.

Чуть больше чем через год на Медицинский департамент в лице генерал-адмирала была возложена задача составить два новых наставления: одно — для командиров судов в Восточном океане, а второе — для командиров, направляющихся в Средиземное море¹⁰⁷⁶. Инструкции должны были быть дополнены перечнем сведений, которые следовало помещать в отчет по окончании экспедиции. Для подготовки инструкций предписывалось собрать соответствующие сведения от капитанов, старших офицеров и судовых медиков, имевших опыт заграничных экспедиций, а также «мнения» по этому вопросу у адмиралов, директоров различных департаментов Морского министерства, директора Морского кадетского корпуса и инспекторов Кронштадтского и Санкт-Петербургского портов. По итогу было отобрано четырнадцать очень разных текстов старших и младших корабельных лекарей. Их рекомендации продемонстрировали комплекс общепринятых представлений о нормах судовой гигиены, особенностях влияния на здоровье различных климатических условий и о ключевых проблемах морской медицины. Однако эти же тексты обнаружили отсутствие строгих конвенций относительно форм презентации знания и самой деятельности врачей на флоте.

Составленная в итоге инструкция содержала три раздела: один с общими предписаниями и два с особыми указаниями для отправляющихся в Тихий океан и в Средиземное море¹⁰⁷⁷. Хотя составители отсылали к уже опубликованным рекомендациям 1857 года, они прибавляли к новым перечень здоровых и нездоровых мест для обоих навигационных направлений. Однако обозначенный в инструкции запрос на сбор медико-топографических сведений врачами морского ведомства предназначался, по словам генерал-штаб-доктора, уже не только для нужд флота. На основании наблюдений врачей о «болезнях туземных жителей далеких стран», их способах лечения и о медицинской топографии предпола-

¹⁰⁷⁴ Там же. С. 146—147.

¹⁰⁷⁵ Там же. С. 157.

¹⁰⁷⁶ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1047.

¹⁰⁷⁷ Медицинское наставление для руководства командирам судов, в дальних заграничных и кругосветных плаваниях. С. 17—22

галось составить всеобщую «географическую и этнологическую патологию» мира¹⁰⁷⁸.

Хотя нельзя не отметить личную инициативу и активность автора инструкций, директора Медицинского департамента К. Розенберга — его начинания были частью трансформаций в медицинской профессии в России и медицинской науки во второй половине XIX века в целом. Попытки аккумуляции медико-географических знаний были общей тенденцией медицинской науки в 1860—1870-х годах в Европе и в Российской империи. Большое значение в развитии этих процессов сыграла уже не британская медицина (фаворит российских морских врачей и морских офицеров в XVIII и первой половине XIX века), а труды французских врачей. В инструкции 1857 года упоминалась объемная работа французского военно-морского хирурга и гигиениста Ж.-Б. Фонсагрива (1823—1884), уже через три года переведенная на русский язык под руководством Военно-морского ученого комитета и под личным контролем Розенберга¹⁰⁷⁹. Обширный текст включал в себя наблюдения и рекомендации по охране здоровья в различных географических условиях. Он стал своего рода настольной книгой для французских морских врачей и обязательным экземпляром корабельных и портовых библиотек. Именно из этой книги Розенберг почти дословно заимствовал идею о составлении «этнологической патологии» — науки, «начала которой еще не положено и которую без всякого сомнения предоставлено морским врачам создать собственными средствами»¹⁰⁸⁰. Судовой врач в представлении Фонсагрива наделялся особой обязанностью (француз ссылаясь на А. фон Гумбольдта) быть «кругосветным плователем науки»: «если бы, по нерадению, пропустил он без пользы для человеческих знаний необыкновенное явление или какой-либо любопытный естественный факт, то он разом погрешил бы и против назначения своего звания, и против того, что ожидает от него наука»¹⁰⁸¹.

В пример российским врачам ставилось и собственное периодическое издание французских военно-морских врачей — *Archives de médecine na-*

¹⁰⁷⁸ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 999. Л. 26 об.

¹⁰⁷⁹ *Fonssagrives J.-B. Traité d'hygiène navale, ou De l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre et des moyens de conserver sa santé.* Paris: J.-B. Baillière, 1856; *Фонсагрив Ж.-Б. Морская гигиена: Рассуждение о влиянии физических и нравственных условий, в которых моряк находится по роду своей службы и о мерах для сохранения его здоровья.* СПб., 1860.

¹⁰⁸⁰ *Фонсагрив Ж.-Б. Морская гигиена.* С. 980. Характерно, что всего через два года подобного рода масштабная работа с исследованием «исторически-географической патологии» была-таки проделана — однако не морским, а гражданским немецким врачом и историком медицины А. Хиршем. См.: *Hirsch A. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.* Stuttgart: Verlag von F. Enke, 1859.

¹⁰⁸¹ *Фонсагрив Ж.-Б. Морская гигиена.* С. 981.

vale (1864—1889). Анонимный российский автор, сравнивая французское издание с русским, обнаруживал сходство целей журналов по сбору сведений о климате и географии отдельных локаций на навигационных маршрутах. Однако возможность французских врачей постоянно проводить наблюдения в колониях Западной Африки и Карибского моря делала их описания более подробными и разнообразными, к чему и призывал стремиться российский врач-анонимный автор¹⁰⁸². Создание специального печатного органа для врачей Морского министерства обеспечило площадку для обсуждения морских медицинских описаний, а также сделало доступными друг для друга заседания региональных Обществ морских врачей. В «Медицинских прибавлениях» помещались отчеты обо всех прошедших за год собраниях, а также избранные медико-топографические описания континентальных локаций и обстоятельные медицинские журналы плаваний. В них находили место не только показатели температуры и направления ветра, но и описания локальных болезней и устройства медицинской полиции всех мест, куда причаливали российские корабли¹⁰⁸³.

На страницах журнала Розенберг инициировал обсуждение самих форм морских медицинских журналов — как можно предположить, с целью создания своего рода аналогии медико-топографических сочинений о суше, распространенного жанра медицинского письма в Российской империи XIX века¹⁰⁸⁴. Выделяя медицинские судовые журналы как основополагающие источники сведений для совершенствования морской гигиены и терапии, Розенберг жаловался на недостаточность текстов, которые ему уже присылали¹⁰⁸⁵. Критике подвергались «скучные и однообразные дневники», коллекционировавшие количество пациентов, больных, принятых в лазарет или уволенных из него; а также сухие метеорологические данные, которые прямо заимствовались из вахтенного журнала и не имели отношения к интерпретации взаимосвязей между болезнями и климатическими условиями. Врач Черноморского флота Алексей Хохряков при этом находил, что выбранная им календарная форма медицинского журнала все же предпочтительней. Так возможно не только держаться «заведенного однажды порядка», но и фиксировать материал, пригодный для использования в статистических таблицах — «собрание коих с большими подробностями со всех судов, думаю, не лишено бы было интересных выводов»¹⁰⁸⁶. Продолжавшаяся дискуссия о форме судовых журналов поднимала вопросы сложности получения необходимых сведений. Врач Черноморского флота Константин Карасевич был особенно обеспокоен отсутствием описаний российских портов и, что более существенно, доступности официальных данных о местности, ее населении и быте для флотских

¹⁰⁸² Об издании во Франции журнала морской медицины // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1865. Вып. 5. С. 628—632.

врачей — при том, что они были доступны научным экспедициям и врачам сухопутных ведомств¹⁰⁸⁷.

В этот период был предложен собственный термин для морских медицинских описаний — *медицинская, или гигиеническая, лоция*. Впервые он был использован в приглашении Розенберга и врачом Балтийского флота Д. Мерцаловым¹⁰⁸⁸. Жанр *лоций* (нем. *Seehandbuch* или *Segelanweisung*, англ. *sailing directions*, фр. *instructions nautiques*) относится к описаниям навигационных маршрутов с указанием их географических особенностей, в первую очередь морского рельефа. В *медицинских* лоциях предполагались, во-первых, эпидемиологическая характеристика берегов, указания на возможности получения там медицинской помощи, а также на наличие прибрежных рек и других источников пресной воды. Во-вторых, таким же образом должны были быть описаны моря и навигационные маршруты — со сведениями о климате, гидрологии, биологии и ихтиологии (особенно о

¹⁰⁸³ *Стародомский*. Несколько слов о Сухуме, климате его, естественных произведениях и господствующих болезнях. Из мед. журнала на корвете «Зубр» 1859 г. // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 110—124; *Витковский*. Медицинский отчет о кругосветном плавании 46-ти пушечного винтового фрегата «Аскольд», 1859—1860 // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 58—87; *Садоков П.* Медицинский журнал, веденный на винтовом 2-х пушечном корвете «Баян» в кампанию с 1-го июня 1858 по 4-е сентября 1859 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 105—145; *Тимрот*. Медицинский журнал, составленный во время кругосветного плавания винтовых корветов: «Рында», «Гриден» и клипера «Опричник» в 1858—1860 году // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 64—104; *Хохряков*. Медицинский очерк плавания 131-го пушечного корабля «Синоп» в 1861 г. С. 102—111; *Рапчинский*. Медицинский журнал о плавании в Каспийском море парохода «Дербент», в 1860 и 1861 годах // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 112—129; *Софроницкий*. Медицинский журнал, о заграничном плавании 10-ти пушечного винтового корвета «Боярин» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 16—64; *Вульфигус*. Плавание винтового корвета «Гридень» в течение 1860, 1861 и 1862 годов // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 173—201; *Ловчев*. Медицинский журнал, веденный на винтовой шхуне «Секстант» в кампанию с 28-го апреля по 15-е октября 1862 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 254—263; *Мерцалов Д. В.* Корабельный медицинский журнал, веденный на 60 пушечном винтовом фрегате «Светлана» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 97—172; *Прусаков*. Медицинский корабельный журнал, веденный на пароходе «Алушта», с 4-го апреля по 15-е ноября 1862 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 241—253; *Дмитриев*. Медицинский журнал о плавании парусного военного транспорта «Гиляк» в 1861, 1862 и 1863 г. // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 232—273; *Зброжек*. Медицинский отчет о плавании винтового фрегата «Дмитрий Донской» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 274—320.

ядовитых рыбах и морских растениях) и о болезнях, свойственных уже не месту, а *маршруту*¹⁰⁸⁹. Однако такая форма морских медицинских описаний и само словосочетание *медицинская лоция* не получили широкого распространения. Модель медицинских топографических описаний гражданской и военной медицины, а также практика ведения медицинских журналов по аналогии с традиционными для флота вахтенными журналами оставались наиболее распространенными среди судовых врачей формами письма.

Как инструкции, так и, например, медицинская лоция Мерцалова представляли собой если не попытки составления «географической и этнологической патологии», то своеобразные медицинские «карты безопасности» для российского мореплавания. В разделе для командиров, направляющихся в Тихий океан, приводились здоровые места для Атлантического и Тихого океанов, тропических поясов, а из нездоровых выделялись берега Китая, Японии, острова Индийского океана и некоторые места Южной Америки. В следующем разделе, посвященном Средиземному морю, приводились уже не (не)здоровые места, а пункты, в которых более или менее безопасно запастись водой и провизией, а также отпускать матросов на берег. Греческие, английские и итальянские порты обозначались как «зараженные сифилисом» по причине недостаточности медицинских полицейских мер со стороны местных властей. Однако это не касалось качества воды в портах этих стран (наряду с турецкими) — в отличие от испанской Картахены или британского Гибралтара, где ее было очень мало¹⁰⁹⁰. Такая форма медико-географической оценки земного шара была в какой-то степени предопределена рекомендациями, присланными четырнадцатью судовыми медиками. Так, сведения для инструкции о здоровых/нездоровых местах для плавания в Тихом океане были заимствованы, скорее всего, у врача Ланчевского, часть мест Средиземного моря, в кото-

¹⁰⁸⁴ Гатина З. С. Врачебная экспертиза в системе управления Российской империи первой половины XIX века: Дис. ... канд. ист. наук. М., 2017.

¹⁰⁸⁵ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1193.

¹⁰⁸⁶ Хохряков. Медицинский очерк плавания 131-го пушечного корабля «Синоп» в 1861 г. С. 110—111.

¹⁰⁸⁷ О составлении корабельных медицинских отчетов // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 395—400.

¹⁰⁸⁸ Мерцалов. Опыт гигиенической лоции для судов, отправляющихся в кругосветное плавание // Морской сборник. 1863. Т. 68. №. 9. Часть неофициальная. С. 3—22; Розенберг. Приглашение // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 258—259.

¹⁰⁸⁹ Материалы по истории медицинской службы русского военно-морского флота. С. 148—149.

¹⁰⁹⁰ Медицинское наставление для руководства командирам судов, в дальних заграничных и кругосветных плаваниях // Морской сборник. 1860. Т. 47. №. 6. С. 13—20.

рых не рекомендуется запасаться водой, — у старшего врача 17-го флотского экипажа Хохрякова¹⁰⁹¹. Общим местом рекомендаций были необычайные опасения относительно китайских портов, в первую очередь по причине особенно высоких рисков заражения сифилисом.

Хотя все тексты в той или иной степени оперировали понятиями климата и температуры, особенно серьезное внимание в них уделялось тропическому климату. Тропики представлялись самыми неблагоприятными для российских контингентов. Вместо специальной *тропической медицины* — направления медицинских исследований, возникшего в Великобритании и Франции вместе с созданием одноименных школ в Лондоне и Ливерпуле в 1890-х годах и *Société de Pathologie Exotique* во Париже в 1907 году¹⁰⁹², — опыт и необходимость походов российского флота в столь сложных для здоровья акваториях способствовали ужесточению гигиенических и, соответственно, дисциплинарных режимов. Таким образом медики намеревались уменьшить негативное влияние на здоровье «яркого света солнца, сильного дневного зноя и быстрого перехода от последнего к ночной сырости и иногда холоду»¹⁰⁹³, а также риск эпидемических заболеваний, особенно желтой лихорадки. В то же время предписывалось носить достаточно теплую одежду и менять ее с заходом солнца, также не давать матросам пить между основными приемами пищи. Все эти предписания использовали глаголы «запретить», «соблюдать», «иметь бдительный надзор» — так сложные климатические условия обосновывали строгие меры контроля самых бытовых действий матросов.

Совершенно противоположные проблемы вызывал средиземноморский климат, который считался благоприятным для здоровья. Рекомендации для командиров, плавающих в этом регионе, принципиально не отличались от тех, что были созданы для Тихоокеанских кораблей. Инструкция была сконцентрирована на тех же проблемах дальних плаваний: корабельная гигиена, жаркий климат, портовые публичные дома, пополнение провизии. Опасность заключалась в распространенном среди нижних чинов, офицеров и врачей убеждении о благотворном и лечебном влиянии средиземноморского теплого климата (особенно итальянского и греческого побережий) на здоровье, в том числе уже больных людей. Многочисленные медицинские отчеты, присланные Розенбергу, указывали на большое количество случаев, когда эти представления становились причиной рекрутирования в плавания уже больных людей, в особенности «слабогрудых» — то есть больных туберкулезом, пневмонией и сердечными заболеваниями. Во время морских путешествий подавляющему большинству из

¹⁰⁹¹ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1047. Л. 77 об. —78.

¹⁰⁹² Harrison M. An 'Important and Truly National Subject'. P. 108—127.

¹⁰⁹³ Инструкции Командующему отрядом судов идущих к берегам Амура, Капитану 1 Ранга Кузнецову. С. 151—152.

них становилось хуже, и их приходилось отсылать в местные корабельные и сухопутные госпитали. Так матросы нередко умирали: «частая перемена погоды, резкий, иногда очень холодный горный ветер на корабле и худые квартиры и больницы на берегу действовали очень вредно на грудных больных»¹⁰⁹⁴.

Таким образом, несмотря на сравнительно молодой возраст Российского Императорского флота, он достаточно быстро проявился на театре военных действий и в поле научных исследований, а вместе с тем обратил на себя внимание профессиональной медицины. В этом смысле неудивительно достаточно раннее появление в России первых самостоятельных медицинских исследований о способах поддержания здоровья морских служащих. С одной стороны, создание медицинского знания происходило на основе других научно-технических исследований: кораблестроения, вентиляции воздуха, сохранения и преобразования качества воды и провизии. С другой стороны, морская медицина аккумулировала в себе знания из различных областей медицинских исследований, в особенности занимаясь и развывая проблемы военной гигиены, тропической медицины и исследований инфекционных заболеваний.

Хотя организация медицинской деятельности на флоте во многом основывалась на моделях медицины, практиковавшейся в сухопутных войсках, пространство корабля отличалось возможностями наблюдать особенности функционирования живого организма в различных условиях окружающей среды и выявлять возможности адаптации к ним. Разработка гигиенических норм сопровождалась усилением мер контроля за матросами на борту и на берегу, в особенности на пароходах и в тропиках. Создание Обществ морских врачей и журнала «Медицинские прибавления к Морскому сборнику», а также распространение практики составления морских медицинских описаний в конце 1850-х и в 1860-х годах предоставили морским врачам возможность передавать сведения о плаваниях, уделяя особое внимание принципам гигиены и медико-географическим исследованиям. Создание площадок для обсуждения вопросов, актуальных для военно-морских врачей, по-видимому, способствовало впоследствии уточнению понятий и принципов военно-морской гигиены в российском флоте. Если медико-географические описания гражданских и военных врачей служили в том числе средством узнавания социальных проблем и путей преобразования империи для государственных чиновников¹⁰⁹⁵, то морские медицинские описания можно расценивать как попытку узнавания и адаптации к локальным условиям за пределами континентальных границ Российской империи.

¹⁰⁹⁴ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1047. Л. 72—72 об.

¹⁰⁹⁵ Гатина З., Вишленкова Е. «Изложить предмет сциентифически»: русские врачи и их полевые исследования // Российская история. 2015. № 3. С. 154—169.

МЕДИЦИНА В ХОЛОДНОМ КЛИМАТЕ: ЦИНГА НА СЕВЕРНОМ
МОРСКОМ ПУТИ¹⁰⁹⁶

Злейшим врагом человека в Северных широтах с давних времен была цинга¹⁰⁹⁷.

В 1860-х годах сибирские предприниматели, такие как М. Сидоров из Красноярска или А. Сибиряков из Иркутска, попытались открыть регулярное морское сообщение между Сибирью, Северной Россией и Западной Европой. Чтобы получить возможность дешево перевозить через Северный Ледовитый океан природные ископаемые и зерно, они вложили много денег и энергии в изучение морской акватории и строительство морской инфраструктуры. К тому времени Сидоров был широко известен современникам как публицист и лоббист. Он был убежден, что с помощью новейших технологий можно превратить полярный маршрут в обычный, планируемый морской путь. Современные пароходы, считал он, достаточно прочные, чтобы проложить дорогу через льды, и достаточно быстрые, чтобы ускользнуть от цинги¹⁰⁹⁸.

Сидоров хорошо знал, что, кроме льдов, главным препятствием для открытия короткого арктического пути из Западной Европы в Сибирь и далее в Восточную Азию была цинга (или скорбут)¹⁰⁹⁹. Идущие корабли вынуждены были возвращаться, тонули или простаивали месяцами в паковых льдах. Многие такие зимовки сопровождались эпидемией цинги. Эта болезнь развивалась незаметно, проявлялась в виде усталости и слабости, синяков, выпадения зубов, незаживающих воспалений. Иногда она приводила к гибели целых экипажей¹¹⁰⁰. Со времен трансатлантических путешествий раннего Нового времени моряки боялись ее.

Хотя с XVIII века было известно, что овощи и фрукты на борту судна могут вылечить и предотвратить болезнь, цинга продолжала висеть как дамоклов меч над полярным мореплаванием со свойственными ему экстремальными проблемами снабжения. Несмотря на все меры предосторожности, как подытожил в 1858 году британский морской врач А. Арм-

¹⁰⁹⁶ Благодарность Зарине Гатиной за перевод этого текста на русский язык.

¹⁰⁹⁷ Берзин Э. П. Предисловие // Цинга и борьба с нею на Севере / Ред. А. А. Шмидт. М., 1935. С. 3.

¹⁰⁹⁸ Сидоров М. К. Север России. СПб., 1881. С. 170.

¹⁰⁹⁹ Renner A. Markt, Staat, Propaganda. Der Nördliche Seeweg in Russlands Arktisplänen // Osteuropa. 2020. № 5. С. 43—44.

¹¹⁰⁰ Байкалов А. В. Северный морской путь к устьям рек Оби и Енисея. Красноярск, 1913. С. 6—7; Hughes R. E. Scurvy // The Cambridge World History of Food / Eds K. F. Kiple, K. C. Ornelas. Vol. 1. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. P. 988—1000.

стронг, смерть от цинги была неизбежна в любой длительной арктической экспедиции. Даже спустя более полувека часть участников неудавшейся экспедиции Г. Седова на Северный полюс (1912—1914) заболели и умерли от нее¹¹⁰¹. В связи с этим понятна надежда Сидорова на быстроходные суда, на строительство в экономически важных фрагментах пути портов и маяков.

Весной 1932 года лаборатория в Питтсбурге смогла доказать, что аскорбиновая кислота, выделенная из лимонного сока, является тем самым давно искомым действующим веществом против цинги. Хотя это вещество, получившее известность как витамин С, еще нельзя было синтезировать искусственным путем, но уже можно было определить его содержание в продуктах питания. Это открытие сильно облегчило снаряжение участников, готовящихся к длительному пребыванию в полярных льдах. Обнаружение авитаминозной природы цинги, утверждал советский врач и полярный исследователь М. Гуделис в своем руководстве по полярному зимовью, подняло изучение и освоение Северного морского пути на новый уровень и даже сделало возможным заселение Арктики¹¹⁰². В тени этого прорыва в медицинских исследованиях оказался даже пионерский проход ледокольного парохода «А. Сибиряков». Названный в честь вышеупомянутого сибирского предпринимателя Сибирякова, в 1932 году советский ледокол впервые преодолел весь Северный морской путь за одну навигацию и без зимовки. Как и предсказывал Сидоров, команда прошла лед быстрее, до того как разразилась цинга.

До XX века история Северного морского пути писалась либо как череда биографий отважных мореплавателей и их трагически-героических походов в Северный Ледовитый океан или вдоль ледяного побережья тайги, либо как история развития судостроения, экономических, а также военных интересов в Арктике¹¹⁰³. Историко-медицинская сторона этой темы практически не исследована. Это вызывает удивление по двум причинам. Во-первых, длительное пребывание в Арктике порождало — и продолжа-

¹¹⁰¹ *Carpenter K. J. The History of Scurvy and Vitamin C. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. Особенно см. главу 6 книги Карпентера; Armstrong A. Observations on Naval Hygiene and Scurvy, More Particularly as the Latter Appeared during a Polar Voyage. London: John Churchill, 1858. P. 8; Кушаков П. Г. Два года во льдах на пути к Северному полюсу с экспедицией старшего лейтенанта Г. Я. Седова. Петроград, 1920. С. 52, 56.*

¹¹⁰² *Carpenter K. J. The History of Scurvy and Vitamin C. Особенно см. главу 8 книги Карпентера; Гуделис М. Ю. Цынга: этиология, патология и лечение в условиях Арктики: пособие-справочник в помощь зимовщику. Л., 1935. С. 8—9, 33—34.*

¹¹⁰³ *Armstrong T., Bulatov V., Nielsen J. P., Okhuizen E. Historical and Current Uses of the Northern Sea Route. Parts I—IV. INSROP Working Papers. 1996 (№ 28), 1996 (№ 61), 1997 (№ 84), 1998 (№ 113). Белов М. И. История открытия и освоения Северного Морского пути: В 4-х т. Л., 1956—1969. Т. 4.*

ет создавать — стресс для человеческого организма. Цинга сыграла значительную роль в том, что освоение морей и побережий к северу от Евразии часто заканчивалось первой же остановкой на зимовье. Во-вторых, врачи, такие как вышеупомянутый Гуделис, сопровождали полярные экспедиции, будь то в качестве консультанта при подготовке, либо в качестве практикующего врача на борту (или в собачьей упряжке), либо аналитика результатов.

Какое влияние оказала цинга на историю Северного морского пути и, наоборот, как повлияло освоение этого пути на исследование цинги? Этот вопрос будет рассмотрен ниже на основе как медицинских текстов и отчетов о путешествиях современников, так и материалов полярных морских экспедиций. Хронологически данная работа сосредоточена на десятилетиях между примерно серединой XVIII века и последней третью XIX века. Исследуемый период начинается с первых медицинских трактатов о цинге как географически обусловленном заболевании и заканчивается поиском в конце XIX века микробов как возбудителей болезни или таинственной целебной силы некоторых овощей и фруктов, а позже — витамина С¹¹⁰⁴. Изучение цинги, как хотя и не исключительно полярно-морского заболевания, но как болезни, особенно часто и смертельно встречающейся в Северном Ледовитом океане и вокруг него, заложило первые основы для арктической медицины в России. Интересно, что, несмотря на трагические судьбы полярных моряков и оленеводов, цинга долгое время считалась не примечательной и даже неопасной болезнью. Почему?

О преимуществах холодного климата

В 1763 году Михаил Ломоносов направил проект на имя императрицы Екатерины II, в котором призывал императорский флот проложить арктический торговый путь «в Японию, Китай, Индию и западное побережье Америки»¹¹⁰⁵. Освоение морей у северного побережья Сибири рассматривалось влиятельным членом Академии наук как надежное средство утвердить статус России как океанической державы, а также извлечь прибыль из торговли на большие расстояния между Атлантическим и Тихим океанами. Ранние попытки найти этот морской путь не увенчались успехом, поскольку они были либо недостаточно тщательно спланированы, либо предпринимались иностранцами, которые не выдерживали суровый

¹¹⁰⁴ Ср. в качестве обзора: Эйлер Я. Б. Цынга // Реальная энциклопедия медицинских наук. СПб., 1897. Т. 20. С. 399—417.

¹¹⁰⁵ Ломоносов М. В. Краткое описание разных путешествий по северным морям и показания возможного проходу Сибирским океаном в Восточную Индию // Полное собрание сочинений. М., 1952. Т. 6. С. 422.

северный климат. Арктический морской путь был действительно не только намного короче кругосветного плавания вокруг Южной Америки или Южной Африки, но и менее опасным. В Северном Ледовитом океане не было пиратов. Там также не было смертоносной жары экватора, которая губительна для продуктов и людей. В северных водах не водились морские черви, которые портили корпуса кораблей. Наконец, там не было тропических лихорадок и штормов. И Ломоносову казалось, что жители Русского Севера, привыкшие к холоду, легко бы преодолели льды, поскольку они покрывают только побережье. Поэтому он рекомендовал проложить маршрут как можно севернее, предпочтительно прямо через полюс.

К проекту ученый приложил подробную инструкцию и контрольный список по подготовке полярной экспедиции. О цинге он упомянул вскользь в спокойном тоне. Вялотекущую болезнь, полагал Ломоносов, можно легко остановить «сосновой водкой, сосновыми шишками, шагрюю, морошкой». Правда, запастись необходимым рекомендовалось минимум на три года¹¹⁰⁶.

Своей научной обстоятельностью проект Ломоносова установил новые стандарты для освоения Северного морского пути. Даже тщательное изучение арктического побережья в рамках Великой Северной экспедиции Петербургской Академии наук (1733—1743) не опиралось на такие концептуальные обоснования. Примечательна оценка Ломоносовым северного, холодного климата как здорового — в отличие от жаркого климата юга, где «бы члены человеческие пришли в неудобную к понесению трудов слабость»¹¹⁰⁷. При этом он следовал идейно-исторической тенденции, вдохновителем которой принято считать философа Шарля-Луи де Монтескье. Представитель французского Просвещения заявил в трактате «О духе законов», что неплодородные, холодные регионы побуждают жителей к героическим поступкам, в то время как плодородные, теплые регионы склоняют людей к безделью¹¹⁰⁸. Не исключено, однако, что Ломоносов был знаком и с медико-географическим дискурсом о вреде жаркого климата для здоровья. Он сформировался в связи с трансатлантической экспансией великих европейских держав в начале раннего Нового времени¹¹⁰⁹.

С одной стороны, дискуссия использовала старые аргументы Гиппократа о влиянии воздуха, воды и местности на развитие и предотвращение

¹¹⁰⁶ Там же. С. 486.

¹¹⁰⁷ Там же. С. 424.

¹¹⁰⁸ Herzberg J. Climate Ideas and the Cold in Russia // *The Russian Cold. Histories of Ice, Frost, and Snow* / Eds J. Herzberg, A. Renner, I. Schierle. New York: Berghahn Books, 2021. P. 24; Fink G.-L. Diskriminierung und Rehabilitierung des Nordens im Spiegel der Klimatheorie // *Imagologie des Nordens* / Hsg. A. Arndt. Frankfurt am Main.: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2004. S. 80—83.

¹¹⁰⁹ См. введение и текст А. Э. Афанасьевой о европейских теориях в этой книге.

болезней, с другой — приводила новые социальные, культурные и даже расовые аргументы в пользу их распространения¹¹¹⁰. Постепенно обсуждение климатической теории Монтескье и медицинская дискуссия сосредоточились на контрасте между все более патологизированным жарким или тропическим климатом и идеализированным климатом «умеренных» широт¹¹¹¹. Это было связано с европоцентристской идентичностью участников дебатов из Лондона или Парижа, а также с тем фактом, что в холодных северных районах не было ни новых колоний, которые нужно было завоевывать, ни новых смертельных болезней, которые нужно было выявлять. Полярный регион — а конкретно это означало: северные окраины Российской империи и Британской империи (сегодняшняя Канада) — завораживал европейских интеллектуалов и путешественников гораздо меньше, чем тропики.

Действительно, иностранные гости или переселенцы часто страдали в России из-за холодного климата и даже боялись необратимого ухудшения здоровья¹¹¹². Но, начиная с научных экспедиций XVIII века, лишь немногие путешественники и военные врачи писали о климате русской Арктики с медицинской точки зрения. Только в конце XX века этот интерес институционализировался в самостоятельную субдисциплину: арктическая, или полярная, медицина. В отличие от тропической медицины, которая обрела автономию гораздо раньше, полярная медицина нацелена не столько на борьбу со специфическими для региона заболеваниями, сколько на выявление причин, которые усугубляют или предотвращают болезни¹¹¹³. Такая позиция была сформирована имперскими исследователями Севера. Цинга была для них хорошо знакомой проблемой. Однако поначалу почти никто так явно, как Ломоносов, не ссылался на арктические широты. Долгое время понятие «полярный север» было расширительным и неопределенным. Оно включало Балтийское побережье, Лапландию и Беломорский регион. Холодный климат этих районов противопоставлялся жаркому, а также умеренному климату как более здоровый.

¹¹¹⁰ Afanasyeva A., Renner A., Vishlenkova E. Medical Geography in Tsarist Russia: A Transnational Concept at the Service of the Empire, 1770—1870 // *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. 2021. № 4 (forthcoming).

¹¹¹¹ Fink G.-L. Diskriminierung und Rehabilitierung des Nordens im Spiegel der Klimatheorie. S. 83—92; Harrison M. The Tender Frame of Man: Disease, Climate, and Racial Difference in India and the West Indies, 1760—1860 // *Bulletin of the History of Medicine*. 1996. № 70. P. 68—93.

¹¹¹² Romaniello M. P. Humoral Bodies in Cold Climates // *Russian History through the Senses. From 1700 to the Present* / Eds M. P. Romaniello, T. Starks. London: Bloomsbury Publishing, 2016. P. 23—44.

¹¹¹³ Тихонов Д. Г. Арктическая медицина. Якутск, 2010. С. 11—12; Авцын А. П. Патология человека на Севере. М., 1985. С. 7—8.

«Холод сильно раздражает чувствительные части тела, а наипаче дыхательные терпят более прочих; сжимая волокна кожи, он останавливает испарину и вообще располагает к воспалительным болезням, которые однакож в наше время случаются довольно редко. Ознобы суть обыкновенно самые несчастные приключения во время зимних походов, и цинга есть болезнь обыкновенная в северных странах, так как сыпь в странах южных. Впрочем, гораздо менее опасен климат холодный, нежели жаркий». Этой рекомендацией по адаптации войск к холодному климату открывается справочник военной гигиены И. Энегольма 1813 года¹¹¹⁴. Впрочем, Энегольм, бывший главный доктор армии, не видел в этом больших проблем. Обморожения, респираторные заболевания, и во влажном холодном климате к ним добавлялись ревматические боли — это, в его версии, главные северные препятствия. С точки зрения военного врача, все они не катастрофа, а вполне решаемые медицинские проблемы. Как показала последняя кампания в Финляндии, даже с цингой, которая так распространена на севере, можно бороться с помощью регулярных паровых бань, квашеных и маринованных овощей, лука и уксуса, а также физических упражнений на свежем воздухе. По Энегольму, военная дисциплина могла даже компенсировать в этом климате недостатки здоровья у военнослужащих по сравнению с акклиматизированными туземцами. Последние редко страдали от цинги, а если и заболели ею, то это были «только ленивые, имеющие худую пищу и неопрятные» коренные жители¹¹¹⁵. Поэтому Энегольм не видел необходимости в каких-либо специальных мероприятиях.

Медицинские администраторы считали, что полярные болезни не дают такой взрывной смертности, как, например, эпидемия чумы. Против нее царским войскам на юге империи приходилось сражаться с помощью можжевелового дыма и уксуса, санитарных кордонов и карантинных правил. Страх и ужас, распространяемые эпидемиями жаркого климата, могут служить объяснением тому, почему врачи так мало писали о холодном климате России и даже о широко распространенной там цинге. И, как уже обнаружили путешествующие врачи XVIII века, цинга появляется отнюдь не только в холодных условиях. И даже на севере она поражает преимущественно тех (но опять же далеко не всех), кто приехал туда из более теплой климатической зоны¹¹¹⁶.

Энегольм обобщил эти наблюдения и заверил военные власти, что холодный климат суровый, но не вредный для здоровья. К аналогичным вы-

¹¹¹⁴ Энегольм И. И. Карманная книга военной гигиены, или Замечания о сохранении здоровья русских солдат. СПб., 1813. С. 87—88.

¹¹¹⁵ Там же. С. 109, 112, 141.

¹¹¹⁶ Лепехин И. И. Дневные записки путешествия доктора и Академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1772 году. СПб., 1805. С. 74.

водам четверть века спустя пришел другой военный врач, А. Чаруковский. Он противопоставил неприятному ощущению холода почти полное отсутствие смертельных эпидемий в северных широтах¹¹¹⁷. Более того, Чаруковский отвел в своем пятитомном справочнике по военной медицине место для первых систематических рассуждений о «полярной» гигиене. Он сформулировал ее как антипод тропической гигиене: в северных широтах Российской империи нужно следовать правилам, противоположным принятым для тропиков¹¹¹⁸.

Сначала Чаруковский подробно описал, как человеческое тело реагирует на холод и пытается выработать дополнительное тепло. Для защиты от замерзания в теле «накаплиются горячие части, располагающие его к воспалению, так частому в холодные зимы, особенно при остром состоянии воздуха, сильно раздражающего»¹¹¹⁹. Для этого процесса необходима внешняя защита от холода и в то же время регулируемый отвод наружу вырабатываемого тепла. Чаруковский рекомендовал носить теплую одежду, не стесняющую движений (и заодно соответствующие упражнения на свежем воздухе), есть обильную пищу (желательно с теплопроизводящими специями — хрен, горчица или чеснок) и принимать непотогонные напитки без алкоголя. Алкоголь хотя и хорош в качестве первой помощи замерзающим, но, в конечном итоге, он создает иллюзию тепла и ни в коем случае не может заменить другие меры. «Хорошо одетый, трезвый и сытый солдат, на походе и в сильном морозе, не ознобит у себя никого члена»¹¹²⁰.

В целом, заключил Чаруковский, полярный климат России является здоровым, по крайней мере по сравнению с тропическим климатом. Остановить развитие заболеваний в нем значительно проще, чем на юге, где на человеческий организм оказывают влияние вода, почва и воздух. В условиях замерзшей воды и почвы, из всех возможных «болезнетворных причин» самым серьезным является только холодный и влажный воздух¹¹²¹. Примечательно, что Чаруковский даже не упоминает цингу в этом контексте. Несмотря на это, она сохранила свое место в списке самых «северных» болезней, поскольку, как отметил в 1851 году профессор медицины П. Заболоцкий, смертность от всех болезней растет в направлении с севера на юг¹¹²². Распространение цинги противоречило этому закону.

¹¹¹⁷ Чаруковский А. Военно-походная медицина в пяти частях. СПб., 1836. Ч. 1. С. 278—279, 289—291.

¹¹¹⁸ Там же. С. 281—282.

¹¹¹⁹ Там же. С. 280.

¹¹²⁰ Там же. С. 286.

¹¹²¹ Там же. С. 282.

¹¹²² Заболоцкий П. О влиянии климата на здоровье человека // Военно-медицинский журнал. 1851. Т. 57. № 1. Отдел III. С. 37, 45.

Размышления врачей о здоровой составляющей холодного севера России совпадают с наблюдениями, сделанными путешественниками в Сибири. При всех их жалобах на сильные морозы или метели, они тоже замечали, что серьезные эпидемические заболевания туземцев, такие как оспа и сифилис, как правило, занесены извне, а цинга зачастую была им и вовсе незнакома¹¹²³. Полярный исследователь Фердинанд фон Врангель, который в 1820-х годах исследовал сложный северо-восточный участок Северного морского пути, также писал о здоровом арктическом климате. И это несмотря на то, что члены его экспедиции заболели цингой¹¹²⁴. Два десятилетия спустя зоолог А. фон Миддендорф продвинулся еще на шаг. Среди прочего он исследовал полуостров Таймыр, северную оконечность Евразии и ледяное узкое горлышко Северного морского пути. Для борьбы с цингой он рекомендовал копировать образ жизни коренных жителей и, как они, есть сырое мясо¹¹²⁵. В отличие от тропиков, патологизации арктического климата не произошло. Адаптация в нем казалась легкой для пришельцев.

Представление о холодном климате как о сравнительно здоровом, от опасностей которого можно легко защититься, было подтверждено в 1850-х годах известным последователем Гумбольдта — врачом А. Мюри. Отказавшись от профессорской должности в Йене, Мюри работал над обобщением всех мировых медико-географических исследований, собирал из них «картину... с очертаниями правильного распределения болезней на всей земле»¹¹²⁶. Мюри лишь вскользь коснулся российских исследований и конкретных случаев, в частности неожиданного вторжения холеры в 1830 году в Архангельск, расположенный на Белом море. Но при этом исследователь работал более системно, чем предшественники. Он не только концептуализировал «север» на основе изотерм, но и наложил на него границы распространения некоторых смертоносных эпидемий, таких как малярия¹¹²⁷. Цинге Мюри также не уделил особого внимания. В конце

¹¹²³ *Эйрие Ж. Б. Б.* Живописное путешествие по Азии, составленное на французском языке под руководством Эйрие и украшенное гравюрами. М., 1839. Т. 1. С. 260; *Гагемейстер Ю. А.* Статистическое обозрение Сибири, составленное по высочайшему его императорского величества повелению, при Сибирском комитете, действительным статским советником Гагемейстером. СПб., 1854. С. 194; *Энгельгардт А. П.* Русский Север. Путевые записки. СПб., 1897. С. 161.

¹¹²⁴ *Врангель Ф. П.* Путешествие по северным берегам Сибири и по Ледовитому морю, совершенное в 1820, 1821, 1822, 1823 и 1824 г. СПб., 1841.

¹¹²⁵ *Миддендорф А. Ф.* Путешествие на север и восток Сибири, часть 2: Север и восток Сибири в естественноисторическом отношении. СПб., 1869. С. 157.

¹¹²⁶ *Mühry A.* Die geographischen Verhaeltnisse der Krankheiten, oder Grundzuege der Noso-Geographie. Leipzig: Heidelberg: C. F. Winter'sche Verlagshandlung, 1856. Vol. 1. S. V.

¹¹²⁷ *Ibid.* S. 97—99.

концов болезнь не была специфически локальной, а встречалась во всех зонах. И только среди полярных мореплавателей и жителей арктических побережий она появлялась «довольно регулярно весной», но «летом она, как правило, исчезает»¹¹²⁸. Если читать медицинские трактаты XVIII—XIX веков, то создается ощущение, что ужас полярных мореплавателей существовал только в их воображении.

Цинга — мнимый великан?

Немецкий детский писатель М. Энде придумал литературный персонаж — мнимого великана, который издалека выглядит огромным и страшным, а вблизи он маленький и безобидный¹¹²⁹. Для А. Хирша, автора знаменитого руководства по историко-географической патологии 1860 года, цинга была таким сказочным гигантом. К тому времени никто не писал об этом заболевании специально. В результате такого игнорирования даже врачи верили в ничем не подтвержденные заявления о повсеместном распространении и смертоносности цинги и путали ее с другими изнуряющими болезнями. Хирш был убежден, что за последние три столетия произошло только 114 эпидемий цинги. В последнее время эта болезнь локализовалась в Российской империи, особенно на ее побережьях и, как и всегда, сопровождает полярные мореплавания¹¹³⁰.

Хирш не отрицал катастрофического влияния цинги на трансокеанское судоходство в раннее Новое время. Наоборот, он включил в свой список именно такие ярко выраженные, затянувшиеся вспышки цинги. Надо признать, что на суше болезнь с ее неспецифическими первичными симптомами было трудно отличить от других заболеваний и истощения, поэтому даже врачи не могли вовремя диагностировать ее. Сообщения об эпидемиях в локальных контрольных группах, таких как экипажи кораблей, гарнизоны крепостей и полярные экспедиции, казались Хиршу более достоверными. В действительности в раннее Новое время название «цинга» употреблялось более широко и охватывало больший спектр болезней, чем сегодня, когда речь идет об авитаминозе или нехватке витами-

¹¹²⁸ Ibid. S. 95.

¹¹²⁹ Ende M. Jim Knopf und Lukas der Lokomotivführer. München: Bertelsmann, 1995. S. 131—133.

¹¹³⁰ Hirsch A. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Bd 1. Die allgemeinen acuten Infektionskrankheiten. Erlangen: Verlag von Ferdinand Enke, 1860, S. 521—522, 531—537. О его личности: Laufer C. "Ohne Experiment, Ohne Mikroskop, ohne Laboratorium". August Hirsch (1817—1894) und die historisch-geographische Pathologie an der Schwelle zur bakteriologischen Ära. PhD Diss. Heidelberg, 2019.

на С¹¹³¹. Во всяком случае, ретроспективная диагностика многих заболеваний прошлого затруднена из-за этой семантической разницы.

Встревоженный нозологической неопределенностью, Хирш, как эпидемиолог и историк медицины, стал внимательно изучать печально известную цингу на основе многочисленных травелогов и отчетов о болезнях, выяснял ее клинические проявления. Хотя его рекомендация потреблять больше свежих овощей и фруктов была правильной, коренные жители Арктики выживали там и без них¹¹³². Значит, диета Хирша не была универсальным лекарством. Его справочник зафиксировал медицинское понимание цинги, которое было до того, как бактериология второй половины века изменила его поисками провокатора этой болезни. Трехтомный труд Хирша сделал его таким же известным автором среди академических врачей, каким через столетие стал М. Энде среди западногерманских детей. Работа Хирша признавалась классической и в медицинском мире России¹¹³³.

Хирш понимал цингу как «своеобразное нарушение питания». Причина, к сожалению, еще не была найдена, но профилактическое и лечебное действие таких продуктов питания, как богатые соками овощи, фрукты и картофель, являлось уже тогда «бесконечно часто наблюдаемым фактом»¹¹³⁴. В то же время вспышка заболевания зависела от географических факторов, что «нельзя упускать из вида». Цинга появлялась преимущественно в более высоких широтах в конце зимы или в начале весны. Однако существует много примеров, когда цинга свирепствовала в других климатических зонах и в другие времена года. Это наблюдение говорило в пользу гипотезы, что природно-климатические условия оказывали влияние, но не были решающим фактором эпидемии¹¹³⁵. Еще было замечено, что голодающие или бедные люди и солдаты более подвержены заболеванию¹¹³⁶. В этом отношении цинга была в такой же степени социальным, как и климатическим заболеванием. Однако для Хирша климат, условия жизни и гигиена труда были вторичными факторами, которые усиливали последствия неполноценного питания или приводили к нему. Качество и состав еды были решающими для появления цинги.

Если сравнить краткое изложение Хирша с состоянием дискуссии в конце XVIII века, то можно было бы согласиться с прусским медицинским советником в том, что до сих пор не было опубликовано комплекс-

¹¹³¹ Hughes R. E. Scurvy. S. 994.

¹¹³² Black P. Scurvy in High Latitudes: An Attempt to Explain the Cause of the “Medical Failure” of the Arctic Expedition of 1875—6. London: Smith, Elder & Co, 1876. P. 6.

¹¹³³ Эйлер Я. Б. Цинга // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. СПб., 1903. Т. 38. С. 309—311.

¹¹³⁴ Hirsch A. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Bd 1. S. 546, 551.

¹¹³⁵ Ibid. S. 543.

¹¹³⁶ Ibid. S. 545—546.

ных исследований цинги. Однако Хирш, который высоко ценил шотландского корабельного врача Дж. Линда и его исследование лимонного сока (1747) считал прорывом в изучении цинги¹¹³⁷, видимо, только был наслышан о сочинении военно-морского врача на русской службе — А. Бахерахта. Этот труд не был столь обширным, как работа Хирша, а скорее написан для обучения и практических целей на корабле. Но из этой книжки можно было узнать о цинге больше, чем из эссе Линда. В ней аккумулированы идеи и терапевтический опыт XVIII века¹¹³⁸.

Бахерахт выделил те же три условия возникновения цинги, что и Хирш: питание, погода и физическая активность. Влажность, особенно в сочетании с холодом, была для него тем необходимым условием, которое ослабляло человеческий организм и делало его уязвимым для цинги. Болезнь возникала и развивалась по-разному под воздействием других факторов. Среди них Бахерахт упоминает долгую зиму, сырую одежду, душные, тесные спальные помещения, чрезмерно тяжелую работу, недостаток картофеля и овощей¹¹³⁹. В версии Бахерахта цинга возникает как результат взаимодействия человека с окружающей средой. Его определение по сути является медико-географическим, связывающим климат и типичные жизненные ситуации. Таким образом, морской врач интерпретировал цингу не как исключительно климатическое заболевание. Он объяснял ее природу исходя из конкретных обстоятельств жизни, соединенных с условиями проживания во влажных и холодных погодных условиях¹¹⁴⁰.

Как и Хирш, Бахерахт не считал цингу заразной. Другое дело, что больные цингой слабо защищены от заразных болезней. Поэтому их по возможности не следует госпитализировать вместе с другими больными, а нужно помещать в здоровую среду. Подобно Энегольму, Бахерахт считал, что это опасное для жизни сгущение крови и застой жидкостей в человеческом теле. На ранних стадиях болезни названные нарушения хорошо поддаются лечению кислыми, разжижающими средствами, такими как лимонный и клюквенный сок, хрен, чеснок или ложечная трава. Однако долгосрочный терапевтический успех возможен только при изменении патогенных обстоятельств¹¹⁴¹.

Эти обстоятельства соединились на Балтийском флоте России, где с 1776 года Бахерахт служил врачом¹¹⁴². Из личного опыта он знал, что в ус-

¹¹³⁷ Lind J. Treatise on the Scurvy. Edinburgh: Kincaid and Donaldson, 1753; Hirsch A. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Bd 1. S. 522.

¹¹³⁸ Бахерахт А. Г. Практическое рассуждение о цынготной болезни: для употребления лекарям служащим при морских и сухопутных российских силах. СПб., 1786.

¹¹³⁹ Там же. §§ 3, 6, 9, 22, 24.

¹¹⁴⁰ Там же. § 8.

¹¹⁴¹ Там же. §§ 24—30.

ловиях военного корабля зачастую «очень трудно, и часто невозможно» предотвратить появление цинги и лечить ее должным образом, даже если на борту есть необходимые лекарства. Поэтому он рекомендовал просто нивелировать воздействие как можно большего числа вредных факторов. Например, он советовал утеплить одежду и улучшить питание моряков, усилить вентиляцию нижних палуб. Эти меры зависели от дисциплины экипажей кораблей¹¹⁴³. Условия для появления цинги создавали не только внешние обстоятельства, но и гигиеническое поведение людей. Медико-географический подход будущего главного доктора Балтийского флота определил на десятилетия вперед отношение к цинге на российском флоте¹¹⁴⁴.

Бахерахт не считал цингу фантастическим гигантом, а его описание болезни вселяло в читателей больше уверенности, чем ужаса. Балтийский врач исповедовал оптимизм, свойственный медицине эпохи Просвещения. Причины заболевания могли быть неясны в деталях, но благодаря внимательному наблюдению за определенными группами пациентов (например, экипажи морских кораблей), а также логическим выводам цинга была определена как заболевание, обусловленное влиянием окружающей среды. Соответственно, ее можно было усмирить, или «дисциплинировать», разумными правилами, как выразился британский историк медицины К. Лоуренс. В этих правилах питание (например, знаменитый ежедневный рацион квашеной капусты в экспедициях Дж. Кука) играло лишь одну из ролей, как, кстати говоря, и в рекомендациях Линда¹¹⁴⁵. Только в середине XIX века (ярким примером тому является работа Хирша) неполноценное питание было поставлено в центр рассуждений о цинге.

По двум причинам медицинская дискуссия о цинге — как и дискуссия о холодном климате — долгое время проявляла эпизодический интерес к северным морям. С одной стороны, это было обусловлено прагматической ориентацией военно-морской медицины того времени на южные моря — или, в российском случае, на Балтийское море. Длительные трансокеанские переходы без возможности снабжения команды свежими продуктами питания представляли собой такую же незначительную

¹¹⁴² О морской медицине см. текст Е. А. Лисицыной в этой книге.

¹¹⁴³ *Бахерахт А. Г.* Практическое разсуждение о цынготной болезни: для употребления лекарям служащим при морских и сухопутных российских силах. §§ 11, 22; С. 19.

¹¹⁴⁴ РГАВМФ. Ф. 132. Оп. 1. Д. 1872; РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 832.

¹¹⁴⁵ *Renner A.* Russische Autokratie und Europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010; *Lawrence C.* Disciplining Diseases. Scurvy, the Navy and Imperial Expansion, 1750—1825 // *Visions of Empire. Voyages, Botany, and Representations of Nature* / Ed. D. P. Miller. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. P. 80—109.

часть типичных задач имперского флота, как и одинокие зимовки в паковых льдах. Хотя Россия была страной с самым протяженным и в то же время наиболее интенсивно освоенным побережьем полярных морей (где цинга действительно встречалась с частотой выше средней), никто не проводил исследований цинги в условиях Арктики или Северного Ледовитого океана. Книга Бахерахта о Балтийском регионе была последним словом профилактики и терапии цинги вплоть до второй половины XIX века¹¹⁴⁶.

С другой стороны, хотя по крайней мере до конца столетия цинга была актуальной для арктического судоходства, все же ее жертвы были малочисленными с точки зрения (военной) медицины. Следовательно, болезнь не была неотложной проблемой медицинских чиновников¹¹⁴⁷. Самые крупные вспышки цинги происходили на Балтике. В январе 1852 года Военно-морское министерство зафиксировало там более 12 000 случаев цинги. Но при тщательном исполнении рекомендаций Бахерахта и других медицинских авторов таких вспышек удавалось избежать. В период с 1854 по 1878 год цинга была причиной всего лишь 3,6% (это 35 923 случаев) заболеваний в российском флоте. Общая сумма заболевших разными болезнями составляла тогда примерно один миллион человек. Из всех зафиксированных случаев цинги более половины кейсов пришлось на 1854—1855 годы, поскольку они случились в заблокированном на Черном море флоте во время Крымской войны¹¹⁴⁸. Статистика заболеваемости и смертности на российском флоте за более ранний период отсутствует. Однако даже те отчеты, которые Хирш обработал по Российской империи (доступные ему только на европейских языках, а значит, не полные и не репрезентативные), позволяют сделать вывод, что цинга гораздо чаще была проблемой закрытых крепостей, чем передвигающихся военно-морских подразделений. Как бы подтверждая выводы Хирша, последние крупные эпидемии цинги произошли не на море, а в осажденных Париже (1870) и Порт-Артуре (1904)¹¹⁴⁹. Видимо, ничто не противоречит гипотезе, выдвинутой английским военно-морским историком Николасом Роджером, что с медицинской и диетической точки зрения на-

¹¹⁴⁶ Симонов Л. Н. Из наблюдений о скорбуте: Диссертация на степень д-ра медицины. СПб., 1865; Левитский А. П. К вопросу о цинге: Диссертация на степень д-ра медицины. СПб., 1888; Бертенсон Л. Б. К статистике и этиологии цинги: эпидемия цинги 1889 г. по данным Петербургского Николаевского военного госпиталя. СПб., 1890.

¹¹⁴⁷ РГАВМФ. Ф. 34. Оп. 1. Д. 1641. Л. 9—9 об.

¹¹⁴⁸ Обзор деятельности морского управления в России в первое двадцатипятилетие благополучного царствования государя императора Александра Николаевича, 1855—1880. СПб., 1880. Ч. 2. С. 798—799, 831—832.

¹¹⁴⁹ Hirsch A. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Bd 1. S. 532—537.

чая с XVIII века моряки обычно были лучше накормлены и обеспечены, чем солдаты. Это предположение можно отнести также к Российской империи¹¹⁵⁰.

Смерть на зимовке

При внимательном изучении материалов арктических экспедиций картина меняется. С тех пор как знаменитый голландский мореплаватель Виллем Баренц умер от истощения (1597) во время зимней стоянки на северо-востоке от Новой Земли, стало ясно, что поиск прохода через Северный Ледовитый океан ставит перед мореплавателями почти непреодолимую задачу. Это вызов не только для парусных судов, но и для тела каждого члена экипажа¹¹⁵¹. Кратчайший путь через Тихий океан оказался намного длиннее и опаснее, чем предполагалось. По нему невозможно было пройти за одно лето. К тому же считалось, по крайней мере так думали западноевропейцы, что полярной зимовки без цинги не бывает. Малоопытный экипаж Баренца, плохо подготовившийся к арктической зиме, предсказуемо был поражен этой известной по трансатлантическим плаваниям болезнью с характерным для нее гниением по рту. Весной выжившие мореплаватели искали и жадно ели зеленую антицинготную траву — арктическую ложечницу, содержащую витамин С. Благодаря ей они обрели силы вернуться в Амстердам¹¹⁵². В то время и речи не было о систематической профилактике цинги, о чем позже писали Линд и Бахрахт.

При подготовке Великой Северной экспедиции опасность цинги не бралась в расчет. Между тем начиная с XVI века болезнь почти всегда сопровождала российских промышленников и казаков, осмелившихся войти в Северный Ледовитый океан¹¹⁵³. Неудивительно, что цинга несколько раз ставила академические полярные морские экспедиции на грань провала. Например, капитан Д. Овцын, который в 1734 году должен был искать морской путь от Оби до Енисея, вернулся ни с чем через несколько месяцев, потому что большая часть команды страдала от прогрессирующей цинготной слабости. Продолжать плавание в таких условиях было риско-

¹¹⁵⁰ *Rodger N. A. M. The Wooden World: An Anatomy of the Georgian Navy. Annapolis: Naval Institute Press, 1986. P. 86, 101, 105.*

¹¹⁵¹ *Pitzer A. Icebound: Shipwrecked at the Edge of the World. New York: Scribner, 2021.*

¹¹⁵² *Veer G. de. A True Description of Three Voyages by the North-East Towards Cathay and China Undertaken by the Dutch in the Years 1594, 1595 and 1596. [Amsterdam 1598] London: Printed for the Hakluyt Society, 1853. P. 226.*

¹¹⁵³ *Миллер Г. Ф. Известие о северном морском ходе (март 1737) // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2013. С. 76, 88.*

ванной авантюрой¹¹⁵⁴. Более трагично год спустя закончилось плавание двухмачтового судна «Иркутск» под командованием Петра Лассениуса. Он должен был исследовать участок пути от Лены до Колымы, но оказался в ледяной ловушке. Из 52 членов экипажа, разбивших лагерь на заброшенной береговой зимовке, 37 человек погибли предположительно от цинги. Руководитель экспедиции, капитан Витус Беринг, который позже умрет от цинги во время плавания в Тихом океане, направил из далекого Иркутска пополнение и рекомендацию — есть больше свежей рыбы и не зимовать в сырых, тесных помещениях, очищать воздух в убежищах, сжигая можжевельник¹¹⁵⁵.

Врачи того времени не знали лучшего рецепта. Как и все суда Великой Северной экспедиции, «Иркутск» имел на борту врача, но после смерти капитана Лассениуса — первый смертельный случай — подлекарь Гренер не смог придумать ничего другого, как произвести вскрытие трупа. Хотя на основании сохранившегося отчета можно предположить, что Лассениус умер не от цинги (которую предполагал у него Гренер), а от уремии, это знание не спасло экипаж. Как судовой лекарь лечил больных во время зимовки и каким образом он определял цингу, неизвестно¹¹⁵⁶. Его коллеги, служившие на других кораблях экспедиции, лечили цингу вином и камфарой или настоек из кедрового сланика. Последняя, как уверял в январе 1737 года новый командир «Иркутска», лейтенант Дмитрий Лаптев, «спасла всех от смерти»¹¹⁵⁷.

Именно это средство четверть века спустя рекомендовал Ломоносов для профилактики цинги. Секретная экспедиция Василия Чичагова на Северный полюс, организованная Екатериной II после изучения проекта Ломоносова, везла с собой 148 ведер сосновой водки, а также можжевельник для окуривания и другие средства против цинги. Несмотря на то, что Чи-

¹¹⁵⁴ Консилиум команды «Тобола» с решением остановить плавание и вернуться в Березов, так как в Тазовской губе стоит лед и большая часть команды, включая самого Овцына, больна цингой и не может управлять судном (18 июля 1735 г.) // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1734—1736. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2009. С. 307—309.

¹¹⁵⁵ Инструкция Беринга подштурману Щербинину отправляться с 15 служителями на бот «Иркутск» и принять над ним временное командование [...], 3.5.1736 // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1734—1736. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2009. С. 456—460.

¹¹⁵⁶ Вторая камчатская экспедиция. Документы 1734—1736. Морские отряды. С. 461.

¹¹⁵⁷ Рапорт подлекаря Гинтера Шпанбергу с просьбой отпустить вино на лечение больных цингой, 21.1.1737 // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды. С. 48; Рапорт Дм. Лаптева Адмиралтейств-коллегии о неудачных попытках выйти в Северный Ледовитый океан летом 1736, 27.1.1738 // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды. С. 491.

чагову в результате двух попыток так и не удалось продвинуться дальше Шпицбергена (1765—1766), уровень заболеваемости на его судне был от-
радно низким. К тому же командир не стал рисковать: он не остался зимо-
вать, а вовремя вернулся в Россию. Таким образом, многие члены его эки-
пажа страдали от «головной боли, одышки и колющей боли в спине», но
никто не умер от цинги. К сожалению, подробности безуспешного похода
к полюсу были засекречены в течение десятилетий. Может быть, поэтому
экспедиция до сих пор плохо изучена¹¹⁵⁸.

Кроме добытых опытным способом выводов и правил гигиены, меди-
цина того времени ничего не могла предложить современникам против
цинги. Ее причины виделись иногда в психических последствиях длитель-
ных морских путешествий, иногда в холодных погодных условиях, иногда
в недостатке физических упражнений.

Долгое время велись споры о том, протекает ли эта болезнь в Север-
ном Ледовитом океане иначе, чем на материке или на экваторе¹¹⁵⁹. Только
благодаря исследованиям таких врачей, как Линд, были предложены (по
крайней мере для мореплавания) более-менее системное, охватывающее
все климатические зоны определение и этиология болезни. Согласно вы-
водам Бахерахта, только вызывающие заболевание факторы были сильнее
выражены в сырых и холодных погодных условиях северных морей. По-
этому в умеренном климате или на суше цинга редко достигает своей выс-
шей, смертельной стадии, не меняя, однако, при этом своей природы¹¹⁶⁰.
Возможно, именно уверенность в том, что цинга является заболеванием,
одинаковым для всего мира, способствовала тому, что на севере России ее
не исследовали пристально. Правда, не все врачи того времени соглаша-
лись с интерпретациями Линда и Бахерахта. Например, для сибирского
врача Франца Белявского цинга была «одной из климатических болез-
ней», которую вызывали атмосферные изменения ранней весной или ми-
азмы оттаивающих болот. Были лекари, которые считали цингу типичной
для России¹¹⁶¹.

¹¹⁵⁸ РГАВМФ. Ф. 913. Оп. 1. Д. 103; Разные сведения, относящиеся к экспедиции
Чичагова [...] // Записки Гидрографического департамента Морского министра.
1851. № 9. С. 115; Müller G. F. Herrn v. Tschitschagow Rußisch-Kayserlichen Admirals
Reise nach dem Eißmeer. St. Petersburg, 1793. Zit. S. 94.

¹¹⁵⁹ См. Nitsch A. Theoretisch-Practische Abhandlung des Scharbockes, wie sich dersel-
bige vornemlich bey denen Kayserlich-Rußischen Arméén an verschiedenen Orten ge-
äußert und gezeigt hat. St. Petersburg: Kays. Academie d. Wissenschaften, 1747.

¹¹⁶⁰ Hughes J. E. Scurvy. P. 992—993; Бахерахт А. Г. Практическое разсуждение о
цынготной болезни: для употребления лекарям служащим при морских и сухопут-
ных российских силах. §§ 2—3; Эйлер Я. Б. Цынга // Энциклопедический словарь
Брокгауза и Ефрона. С. 400.

¹¹⁶¹ Белявский Ф. И. Поездка к Ледовитому морю. М., 1833. С. 132; Romaniello M. P.
Humoral Bodies in Cold Climates. P. 26.

Мореплаватели Ледовитого океана на собственном горьком опыте знали, что условия жизни и службы в водах Северного морского пути порождают практически идеальные условия для цинги. Однако лишь очень немногие из них имели достаточно времени и опыта (например, опыт, который обрел кругосветный мореплаватель Ф. Литке во время плавания вокруг Новой Земли), чтобы сравнить арктическую цингу с эпидемиями цинги в тропиках. Гораздо более актуальным для всех был практический вопрос, где можно пополнить или чем можно заменить запас фруктов и овощей, рекомендованных Линдом и Бахерахтом, в данном месте в данное время¹¹⁶².

Это не означает, что медицинские публикации столичных ученых оставались без какого-либо практического применения. Наоборот. Освоение Северного морского пути, по крайней мере официальное научное, находилось в руках морских офицеров. И они были знакомы с шестьюдесятью параграфами, которые Бахерахт составил для борьбы с цингой. Примером такого использования может служить экспедиция подпоручика П. Пахтусова.

В 1820-х годах Пахтусов плавал по северным морям под руководством Литке, а в 1832—1833 годах по заказу архангельского купца дальнего плавания Вильгельма Брандта должен был открыть арктический морской путь в Тихий океан или, по крайней мере, до Енисея. Однако корабль Пахтусова добрался только до южной оконечности Новой Земли. Стена льда помешала его дальнейшему продвижению, и команда из десяти человек спряталась от пурги и стужи в полуразрушенном охотничьем домике северных российских промышленников¹¹⁶³. Начавшаяся уже в конце августа зимовка не была запланирована. На самом деле судно должно было достичь устья Енисея еще летом. В конце концов, заказчик хотел получить доказательство наличия прибыльного, быстрого торгового сообщения. Тем не менее Пахтусов в качестве меры предосторожности взял на борт достаточное количество продовольствия, включая неупомянутые лекарства, а также вещества для «улучшения» питания; кроме того, у него были кирпичи для сооружения печи и «ограниченные сведения мои в медицине»¹¹⁶⁴.

¹¹⁶² Литке Ф. П. Четырехкратное путешествие в Северный Ледовитый океан, совершенное по повелению императора Александра I, на военном бриге Новая Земля в 1821, 1822, 1823 и 1824 годах флота капитан-лейтенантом Федором Литке. СПб., 1828. С. 119; *Гартвиг Г.* Природа и человек на Крайнем Севере. М., 1863. С. 35—36, 62.

¹¹⁶³ Рейнеке М. Экспедиция подпоручика Пахтусова для описи восточного берега Новой Земли в 1832 и 1833 гг. // Записки гидрографического департамента. 1842. № 1. С. 37; РГИА. Ф. 18. Оп. 5. Д. 1452.

¹¹⁶⁴ Рейнеке М. Экспедиция подпоручика Пахтусова для описи восточного берега Новой Земли в 1832 и 1833 гг. С. 25, 85.

В условиях зимовья Пахтусов сам занимался лечением больных, руководствуясь учебником народной (предназначенной для народа) медицины петербургского профессора медицины Осипа Каменецкого. Однако в этой книге нет цинги. Видимо, Пахтусов читал Бахерахта: оба считали, что цингу вызывали, прежде всего, нечистоплотность, сырой холод и бездеятельность. Именно поэтому Пахтусов заставлял зимовщиков регулярно топить баню и делать физические упражнения¹¹⁶⁵. Рацион их питания он дополнил свежим оленьим и медвежьим мясом. При этом Пахтусов, в отличие от Баренца, отказался от употребления ядовитой печени белого медведя. Он настаивал на строгом режиме, выполнения которого добивался в условиях даже тесной зимней хижины. В частности, члены его экспедиции каждые два часа делали замеры температуры. Для Пахтусова дисциплина была основой всей гигиены. «Деятельность предохраняла нас от скорбуга, которого мы должны были бояться, по тесноте и сырости нашего жилища»¹¹⁶⁶.

Уровень заболеваемости поначалу был низким. «До исхода декабря мы провели скучное время нашего зимовья в занятиях, не чувствуя почти никакой болезни; только отставной матрос Федотов был несколько слабее других и не мог участвовать в трудных работах». Но по-настоящему здоровым, с тревогой добавил Пахтусов, уже никто не выглядел: «Это, конечно, происходило от тяжелого воздуха и тесноты нашего жилища; в избе не иначе можно было бы попомещаться, как сидя или лежа на нарах». К началу апреля 70% экипажа заболели: «изба сделалась лазаретом». Пахтусов, страдавший от глазных кровоизлияний (симптом цинги), не причислял себя к больным¹¹⁶⁷. К маю весь экипаж уже с трудом мог есть твердую пищу (еще один симптом цинги). А когда после 297 дней вынужденной паузы, в июле, море наконец открылось для навигации, двое моряков умерли от истощения¹¹⁶⁸.

Хотя в описании Пахтусова нет четкого разделения между цингой и другими заболеваниями, он подтвердил опасность для жизни, которую представляло зимовье в Арктике. И это несмотря на все меры предосторожности. Однако в одном аспекте его отчет отличается от большинства более ранних и многих более поздних свидетельств. Пахтусов уверял, что в Арктике у русских путешественников есть преимущества перед коренными народами, в частности самоедами северо-западной Сибири. Тогда

¹¹⁶⁵ Там же. С. 86; *Каменецкий О. К.* Краткое наставление о лечении простыми средствами болезней, от различных ядов случающихся. Для сельских жителей, где нет врачей. М., 1806.

¹¹⁶⁶ *Рейнке М.* Экспедиция подпоручика Пахтусова для описи восточного берега Новой Земли в 1832 и 1833 гг. С. 68.

¹¹⁶⁷ Там же. С. 85—86, 98.

¹¹⁶⁸ Там же. С. 111—112, 142.

считалось, что эта этническая группа не болеет цингой. Пахтусов уверял, что они также страдают от цинги, но по-другому¹¹⁶⁹. Вопросы о том, какие симптомы Пахтусов имел в виду и какими источниками знаний он располагал, остались открытыми.

Не исключено, что аподиктическое суждение Пахтусова о самоедах связано со слишком большим его доверием к петербургскому руководству по медицине. Сам Каменецкий был противником ненаучной медицины. Однако, как правило, путешественники и исследователи Арктики смотрели на жизненные опыты коренного населения иначе. Научное любопытство и прагматизм брали верх. Из-за их географической близости к европейской части России самоедам всегда уделялось особое внимание, так же как и методам выживания во льдах северорусских и сибирских промышленников. Например, естествоиспытатель с медицинским образованием И. Лепехин, участник академических экспедиций 1770-х годов, открыто призвал к систематическому изучению этих опытов. Их ценность для медицинской науки была тогда неизвестна. В качестве примера из народных бытовых знаний Лепехин привел потребление ягод морошки приземистой как эффективно действующего средства против цинги. И ежедневное потребление свежей оленьей крови тоже зарекомендовало себя как лекарство — сначала среди самоедов, затем среди северных русских рыбаков и охотников. Польза такого питья не вызвала сомнений, восхищался Ю. Кушелевский спустя столетие. Между прочим, ему было официально поручено изучить возможности нового морского или железнодорожного сообщения с Западной Сибирью¹¹⁷⁰.

Список рецептов можно дополнить различными ягодами или травами, учитывая, что оленья кровь приходилась по вкусу не всем¹¹⁷¹. В любом случае, внимательное, скорее даже включенное наблюдение за образом жизни полярных жителей могло увеличить шансы пришельцев на выживание. Рекомендации Бахерахта, которые лишь частично могли быть выполнены на Балтийском флоте, были еще менее выполнимы в условиях полярного зимовья. Но именно они помогали верно оценить риски ситуации и искать альтернативные решения, которые впоследствии часто ориентировались на лечебные практики коренных народов. Или, как сказал П. Блэк — один из самых авторитетных британских экспертов по цин-

¹¹⁶⁹ Там же. С. 147—148.

¹¹⁷⁰ Лепехин И. И. Дневные записки путешествия доктора и Академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1772 году. С. 27—28, 142; Кушелевский Ю. И. Путевые записки, веденные во время экспедиций 1862, 1863 и 1864 г., предпринятых для открытия сухопутного и водяного сообщения на севере Сибири от реки Енисея через Уральский хребет до реки Печоры. Тобольск, 1864. С. 56.

¹¹⁷¹ Зябловский Е. Ф. Новейшее землеописание Российской империи. 2-е изд. СПб., 1818. С. 206.

ге, — о лимонах, которые не росли в XIX веке на севере: «В стране эскимосов и, тем более, в еще более высоких широтах мы должны жить как эскимосы»¹¹⁷².

Медицинская география и цинга

Даже в 1870-х годах во многих регионах Российской империи были зафиксированы случаи заболевания цингой, причем далеко не только в арктической морской зоне¹¹⁷³. Но только в полярных морях и вокруг них болезнь по-прежнему была опасной для жизни. Это неоднократно подтверждается трагическими результатами полярных путешествий. Еще более показательными, хотя и гораздо менее заметными, были ежегодные случаи заболевания цингой среди служителей арктических маяков. Они жили не менее изолированно, чем члены экспедиции в условиях зимовок, и так же регулярно болели цингой. Так, зимой 1858 года умерла почти вся команда маяка, расположенного на острове Моржовец в Белом море, практически на Полярном круге. Военно-морское министерство отреагировало на это беспрецедентной мерой: утвердило поставку на маяк квашеной капусты, лука, чеснока и сбитня¹¹⁷⁴. Учитывая сохранение тяжелых условий жизни для служителей маяка, даже чиновникам успех такого решения начальства казался сомнительным¹¹⁷⁵.

«Цынготная болезнь развивается, как известно, влседствие не одних физических условий, но и от праздной жизни, а потому полезно было бы, если бы местное начальство посылало чаще офицеров для осмотра Беломорских маяков и для наблюдения, чтобы находящиеся на них чины не оставались в праздности... соблюдали надлежащую чистоту, и чтобы вообще в образах жизни их не было допускаемо ничего, что может располагать к цынге или способствовать ее развитию.»

Как и в условиях зимовья Пахтусова или в своде правил Бахерахта, дисциплина считалась основным средством борьбы с цингой. Не имело значения, что комиссия по расследованию, созданная в Архангельске, обнаружила у служителей маяка отсутствие лекарств, а не запустение и нечистоты¹¹⁷⁶. Улучшение продовольственного снабжения не дало значи-

¹¹⁷² Black P. Scurvy in High Latitudes: An Attempt to Explain the Cause of the "Medical Failure" of the Arctic Expedition of 1875—6. P. 9.

¹¹⁷³ Медико-топографический сборник. С картами, планами, графическими таблицами и рисунками в тексте / Ред. С. Ловцов. СПб., 1870. Т. 1.

¹¹⁷⁴ Обзор деятельности морского управления в России в первое двадцатипятилетие благополучного царствования государя императора Александра Николаевича, 1855—1880. С. 536—537.

¹¹⁷⁵ РГАВМФ. Ф. 330. Оп. 1. Д. 24152. Л. 7 об.

¹¹⁷⁶ РГАВМФ. Ф. 330. Оп. 1. Д. 24179. Л. 42—43, 81.

тельных результатов. Зимой 1863—1864 года каждый второй смотритель маяка в Белом море по-прежнему болел цингой¹¹⁷⁷.

Этот эпизод показывает последствия медико-географического понижения цинги. Оно включало не только объективные параметры (температура, влажность, питание), но и учет того, как люди обходятся с этими параметрами. Такая связь была установлена в середине XVIII века, в эру медицины эпохи Просвещения. Лишь в конце XIX века это понимание пошатнулось под натиском бактериологической версии болезни. Впрочем, знаменитое первое преодоление всего Северо-Восточного прохода шведским полярным исследователем А. Э. Норденшельдом, казалось, подтвердило старую истину. Зимой 1878—1879 года корабль Норденшельда вмерз в лед у берегов Чукотки. В сообщениях полярников о цинге не сообщалось. Казалось, что тщательно продуманный режим гигиены, включающий физические упражнения и диету, наконец-то одержал победу над древним бедствием арктических зимовок. Но, может быть, это сделали регулярные поставки свежего мяса, которые экипаж получал от чукчей¹¹⁷⁸.

Хотя Норденшельд также был вынужден перезимовать, успех его прохода усилил веру сибирского предпринимателя Сидорова в быстроходные пароходы. Норденшельд, чье плавание, как и многие арктические экспедиции, софинансировал Сидоров¹¹⁷⁹, в конце концов совершил сложный проход вокруг мыса Челюскин за одну навигацию. Он задержался лишь незадолго до входа в Берингов пролив. После этого арктическое пароходство набрало новые обороты. О его влиянии на исследование цинги ничего не известно.

Медико-географическое определение цинги не было свидетельством географического детерминизма. Оно лишь подчеркивало, что разумное поведение имеет значение и что цинга подстерегает человека во всех климатических зонах, на суше и на море. Но это определение было фаталистическим. Во-первых, оно могло возложить на страдающих цингой долю ответственности за болезнь; во-вторых, в особенности в высоких географических широтах, оно могло усилить значение климато-географических факторов, таких как сырой холод и нехватка продуктов питания, душный воздух и отсутствие физических упражнений, даже против приобретенных опытом средств борьбы с болезнью. И наконец, в-третьих, по сравне-

¹¹⁷⁷ Обзор деятельности морского управления в России в первое двадцатипятилетие благополучного царствования государя императора Александра Николаевича, 1855—1880. С. 537.

¹¹⁷⁸ Leslie A. The Arctic Voyages of A. E. Nordenskiöld. 1858—1879. London: Macmillan and Co. 1879. P. 386.

¹¹⁷⁹ Skrydlov A. Yu. N. A. Nordenskiöld's Polar Expeditions and the Russian Society // IOP Conference Series: Earth and Environmental Science. 2019. № 302.

нию с чумой жаркого климата, цинга представляла собой вялотекущую болезнь, которая принимала трагические формы только в экстремальных ситуациях, например в условиях арктического зимовья. Все это делало цингу мало интересной для медицинских исследований в период с середины XVIII до конца XIX века. Патологизации холодного арктического климата в такой степени, как это произошло с жарким тропическим климатом, не случилось.

В конечном итоге, цинга повлияла на освоение Северного морского пути, а не наоборот. Долгое время поиски морского пути сопровождались опытом страданий от цинги, но не приводили к ее научному изучению.

УКАЗАТЕЛЬ ИМЕН

- Авцын А. П. 327
Адрианов С. А. 69
Акеркнехт Э. 149
Алеврас Н. Н. 98
Александр I 35, 36, 44, 60, 69, 78, 91, 269
Александр II 181
Александр Дж. Т. см. Alexander J. T.
Алелеков А. Н. 67, 68
Альбицкий В. Ю. 259
Альфонский А. А. 106
Абмургер Э. см. Amburger E.
Амеке В. 276, 277
Андреев А.Ю. 97
Андреевский Е. И. 119, 120
Андреевский С. А. 164
Андреевский С. С., штаб-лекарь 32, 59
Андреевский С. С., губернатор 194
Андросов В. П. 231, 232
Анна Иоанновна 303
Арбутнот Дж. см. Arbutnot J.
Арендт, доктор 119
Арнольд, медико-хирург 189
Арнольд Д. см. Arnold D.
Арсеньев К. И. 190, 191, 233
Архангельский Г. 182
Астахова Е. Ю. 91, 92
Афанасьева А. Э. 14, 15, 52, 97, 294, 326, 327
Афанасьева К. В. 83, 300
Ахьяев А. 201
Аш Г. В. 32, 40
Баженов П. К. 205
Базилевич Г. И. 32
Байкалов А. В. 323
Байнум У. см. Wunum W.
Бакклеич, герцог 219
Балашов А. Д. 37, 44, 176, 177
Барданес Х. 286, 287
Бардовский А. И. 188, 205
Барминский Н. 106
Бахерахт А. 304, 305, 306, 307, 309, 311, 333, 334, 335, 338, 339, 342
Безденежных Т. 18
Бекю А. Л. 259
Белов М. И. 324
Белявский Ф. И. 338
Берзин Э. П. 323
Берков Е. А. 300, 302
Бертенсон Л. Б. 335
Блажевич И. О. 272, 273, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 282
Бларамберг, полковник 289
Блудов Д. Н. 224, 231
Блэйн Г. 300, 306
Богданов А. 302
Богданов К. 97
Богословский В. 293, 297, 298
Боден Ж. 143
Бойе см. Boyer
Бойль Р. см. Boyle R.
Бойчук Х. см. Wojczuk H.
Бокевич Л. см. Bokiewicz L.
Болдырев Т. 18
Бологников А. У. 37
Большой С. 293
Бондт (Бонтиус) Я. де см. Bondt J.
Боянус Л. Г. 259
Бримиза А. 25
Бриоте Я. Ф. 259
Броневский 291, 293
Бруссе Ф. 266
Брюкнер А. см. Brückner A.
Буден Ж. Ш.М. 17, 284
Будко А. А. 114
Булгаков М. 205, 206, 208
Булгаков М.А. 275
Булгакова Л. А. 83, 300
Бунге Х. Г. 187

- Бурдуа, врач 81
 Бурхаве Г. 153, 155
 Бутенко И.О. 25
 Бухарин И. Я. 194
 Буш, морской врач 132
 Буш И. Ф. 119, 121, 129
 Бэкон Ф. 144
 Валериан Е. К. 32, 83
 ван Путерен Д. И.
 Варадинов Н. В. 39, 177, 178
 Варваций И.А. 192
 Варрон 141
 Васильев А. И. 29
 Васильев К. Г. 148, 195, 216, 237, 283
 Венгрова И. 220
 Вензель П. 164
 Вересаев А. 275
 Вернер М. 74
 Веселовский К. 290
 Весельчаков Н. 137
 Виен И. И. 32, 40, 59
 Вик-д'Азир Ф. 163
 Вико Дж. 30
 Виктория, королева 219
 Виллие Я. В. 32, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 72, 74, 82, 86, 87, 119, 227, 228, 229, 283, 284
 Вильд Г. И. 244
 Вильке Л. К. 196
 Винокуринский, капитан 211
 Виньковецкий И. 309, 315
 Витковский, морской врач 319
 Витт Х. 46, 204
 Вишленкова Е. А. 8, 9, 15, 16, 17, 73, 86, 87, 90, 97, 98, 99, 113, 170, 222, 226, 230, 239, 256, 322, 323, 327
 Вольский С. Ф. 119
 Вольф, доктор 119
 Вольфф А. Ф. 269
 Воронина Е. О. 52
 Врангель Ф. П. 330
 Врочиньский К. см. Wroczyński К.
 Вульф Х. Р. 266
 Вульфус, морской врач 319
 Высоцкий И. 188
 Высоцкий Н. Ф. 183
 Вышневецкий П. 305, 306, 307
 Вязьмитинов С. К. 35, 69, 92
 Гавердовский Я. П. 288, 290, 293, 295, 296
 Гарвей У. 153
 Гагемейстер Ю. А. 330
 Гаевский С. Ф. 47, 120, 178, 188, 231, 232, 233, 234, 235
 Гален 141, 142
 Галузинский Л. А. 130, 132
 Ганеман Х. С. 266
 Гартвиг Г. 339
 Гассинг А. И. 46
 Гагина З. С. 9, 90, 99, 214, 220, 230, 256, 320, 322
 Гауровиц И. С. 130
 Гевитт В. Я. 15, 173
 Гейрот Ф. 294, 297
 Гельд В. 111
 Герасимов И. 14
 Герике О. фон 154
 Герн 289
 Герцен А. И. 15
 Гефт Ф. А. 205
 Гильдебрандт Ф.А. 106
 Гиппократ 9, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 152, 153
 Питон де Морво Л. Б. см. Guyton-Morveau L.-В.
 Гладышев Д. 287
 Глебов С. 14
 Гмелин И. Г. 286
 Говард Дж. см. Howard J.
 Годвин У. 42
 Голиков Ю. П. 120
 Голицын А. Н. 92
 Голицын С. Ф. 231
 Голицынский И. 204, 207
 Гомолицкий А. О. 312, 314
 Горихвостов А. З. 293
 Горолевич И. 36
 Гребенщиков В. И. 71
 Грекова Т. И. 120
 Гречина Ф. См. Hreczyzna Т.
 Гриельский Д. С. 47, 84
 Грицбах 84
 Гришина Н. В. 98
 Громов В. 103
 Громов С. А. 46
 Груби И. Э. 46

- Грум-Гржимайло К. И. 48, 96, 110, 120, 126, 129, 137, 233
Гуделис М. Ю. 324, 325
Гук Р. 154
Гумбольдт А. фон 22, 147, 244, 317, 330
Гун О. 60, 132, 133, 188
Гурылева М. Э. 259
Гусарова Е. В. 192
Гуфеланд К. В. 119, 276
Давыдов А. Н. 193
Даль В. И. 292
Данилишина Е. И. 64
де Байю Г. см. de Baillou
Де Хаен А. см. De Haen
Дечеверри А. Ф. 98
Джонсон Дж. 283, 284
Дигби А. см. Digby A.
Дидрихс А. 183
Дингес М. см. Dinges M.
Дмитриев, морской врач 319
Добжицкий Х. 269
Добронравов С. Ф. 85, 175, 206, 208, 210, 211
Достоевский Ф. М. 312
Доусон У. см. Dawson W.
Дэкер К. 25
Егорышева И. В. 30, 50, 64
Екатерина II 67, 68, 193, 204, 325, 337
Еллизен И. Г. 32
Ермаков В. В. 51, 52, 62
Ермаков Н. 194
Ермолов А. П. 194
Ерофеева И. В. 286, 288
Жбанков Д. Н. 235
Жданов Н. 312
Заблоцкий П. 204
Заболоцкий П. 328
Заболотный Д. К. 16, 17
Загорский В. Б. 113, 257, 258, 269
Загорский П. А. 129
Загорский Ф. И. 102
Загравкин С. Н. 10, 16, 17, 30, 66, 90, 91, 92, 96, 148, 163, 226, 261, 276, 277
Захарова Ю. 25
Зброжек, морской врач 319
Здекауер Н. Ф. 50
Зейдлиц, профессор 119
Зеннерт Д. см. Sennert D.
Зернов Д. Н. 114
Зимин И. В. 73
Зимодро А. 130
Злотников М. Ф. 89
Зябловский Е. Ф. 341
Иванова Р. Г. 256
Игнатъев В. Г. 19, 226
Игнатъев Е. И. 19
Ильина К. А. 98, 222, 226, 256
Инграссиас Дж.Ф. см. Ingrassia
Иовский А. А. 126
Кайданов Я. К. 46
Калери Г. 213
Каменецкий И. К. 32
Каменецкий О. К. 340, 341
Кампенгаузен Б. Б. 31
Канельский П. Т. 46
Каплуновский А. 14
Карасевич К. 318
Карп С.Я. 75
Карпин Н. А. 300
Карпинский Н. К. 31, 32, 35, 59, 60
Карпов В. П. 139, 140
Кашин В. И. 64
Кашин Н. И. 182
Кертин Ф. см. Curtin P.
Келлер А. А. 20
Кесслинг, мещанин 271
Кетле А. 230
Киселев, штаб-лекарь 109
Киселев П. Д. 207
Клебанов О. Е. 186
Клебановский И. 187
Клейн М. 76
Ковальский И. 227, 280, 281
Козлов, коллежский ассессор 178
Кондоиди П. З. 15, 173
Кондорсе М. Ж. 42
Константин Николаевич, вел. кн. 302
Корзун В.П. 98
Костюк А. В. 300
Котьяр Ж. см. Cottyar
Кочубей В. П. 34, 36, 40, 48, 69, 77, 91, 174, 221, 222, 260
Коштульский И. С. 257, 272, 273, 274, 275, 277, 279, 280, 281, 282
Краевич Д. Д. 183
Красовский М. 291

- Крейтон А. А. 35, 38, 39, 44, 45, 60, 72, 87, 176, 177
 Кремер А. см. Kremer A.
 Кричевский В. 108
 Кросновский М. см. Krosnowski M.
 Крузенштерн И. Ф. 308, 311, 315
 Кручек-Голубов В. С. 34, 66
 Крючков О. А. 182
 Кудрин Г. 118, 132
 Кузнецов, капитан 1-го ранга 310, 313, 315, 321
 Кузьмин В. Ю. 64
 Кук Дж. 334
 Куковякин С. А. 64
 Куковякина Н. Д. 64
 Кулаков П. А. 194
 Куракин А. Б., князь 79, 80, 81, 82, 222
 Кутайсов А. И. 35
 Кушаков П. Г. 324
 Кушелевский Ю. И. 341
 Ладыженский, инженер-майор 287, 294
 Ланге И. 164
 Лангель Г. 188, 189
 Ланчевский, морской врач 320
 Лапшин Ф. 195
 Ларрей см. Larrey
 Лебедев С. 186, 187
 Левитский А. П. 335
 Левшин А. И. 289, 290, 291, 293
 Лей, аптекарь 277
 Лейн Дж. см. Lane J.
 Лейтон Я. И. 44, 72, 87, 305
 Лентовский А. Е. 175, 187
 Леонтьев А. А. 25
 Лепехин И. И. 205, 286, 287, 292, 328, 341
 Лерхе И. Я. 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172
 Лерхе Т. Х.В. 119
 Линд Дж. см. Lind J.
 Линдеман К. Э. 186
 Линней К. 209, 261
 Лисицына Е. А. 333
 Листер Дж. 312
 Литке Ф. П. 339
 Лобенвейн И. 259
 Ловцов С. 107, 108, 182, 242, 342
 Ловчев, морской врач 319
 Лодер Ю. Х. 96
 Лозбенков А. М. 300
 Локк Дж. 144
 Ломоносов М. В. 325, 326, 327
 Лопухин П. В. 61
 Лосев, морской врач 308
 Лоуренс К. см. Lawrence C.
 Лукреций 141
 Лю Обер, врач 212
 Любимов П. 109, 110
 Макаренко Б. Г. 300
 Малиновский, врач 223
 Малич Г. 109
 Малм С. П. 80
 Мальтус Т. Р. См. Malthus T.R.
 Мансуров Б. А. 189
 Марковин А. П. 15, 16, 17, 18, 20, 164, 257
 Маркус М. А. 50, 69
 Мартынов И. И. 129
 Матусевич И. 259
 Мейер Л. 290, 293
 Мерков А. М. 187, 216
 Мерцалов Д. В. 319, 320
 Месмер Ф. А. 130
 Миддендорф А. фон 330
 Миллер Г. Ф. 286, 336
 Минкевич И. 108
 Митрофанов Р. С. 25, 220
 Михайлов С. С. 301
 Михель Д. В. 97
 Мицельмахерис В. Г. 257
 Могильнер М. 185
 Моисеев А. И. 32, 40
 Моллесон И. И. 182
 Монсей Я. Ф. 29, 173
 Монтескье Ш.-Л. 326
 Мостовский, граф 271
 Мудров М. Я. 94
 Мулен А. см. Moulin A.
 Муравин 287
 Мурашов Ю. 97
 Мюри А. см. Mühry A.
 Мязин Ф. 195, 200
 Мясоедов Н. Е. 84
 Н.П. 209
 Навалихин И. 184, 185
 Нагумович Л. Я. 119

- Надир, шах 168
Наполеон 81, 83, 266
Настасья Филипповна 312
Наумова Ю. А. 300, 302
Нейдинг И. 113
Нелюбин А. П. 46
Несчастливцев А. А. 184
Нечаев М. 110
Никитин А. Н. 67, 120
Николаи П. А. 62, 63
Николай I 45, 46, 49, 223, 224
Николози Р. 97
Нич А. см. Nitsch А.
Нишковский И. 259
Новосельский С. А. 71, 216, 237
Норденшальд А. Э. 343
Ноткин Е. Л. 242
Нудов А. 188
Оболенский А. П. 92
Овцын Д. 336
Отрызко Е. В. 216
Окстаузен, князь 76
Олбатт Т. К. 277
Олейникова В. С. 66
Оленин А. Н. 44
Ореус Г. П. 32
Охотникова О. К. 25
Павел I 35
Палкин Б. Н. 29, 89, 295, 296, 298
Паллас П. С. 286, 291, 292
Пальцев М. А. 30, 90, 96, 226
Парсамов В. С. 36, 256
Паскевич И. Ф. 109
Пахтусов П. 339, 340, 342
Пашино П. И. 292, 293, 294
Пашутин В. В. 50
Пекарский П. П. 89
Пеликан В. В. 50, 264
Пеликан Е. В. 50
Первощиков Д. М. 109
Перовский Л. А. 49
Петр I 8, 207
Петров А. В. 135
Петров Б. Д. 300
Петров Е. 173
Петров Н. В. 106, 107
Петров Н. С. 187
Петров Я. В. 129
Пирогов Н. И. 274, 275, 312
Пироговская М. 196, 310
Писарькова Л. Ф. 68
Поддубный М. В. 30, 50
Политковский Г. Г. 37
Полунин А. И. 92
Попов А. А. 131
Портер Р. См. Porter R.
Портер Т. См. Porter T.
Посохов С.И. 97
Пристанкова Н. И. 52
Прозоров Г. М. 89
Прохоров Б. Б. 20
Прохорович, врач 204, 205, 209
Прусаков, морской врач 319
Пухлякко 314
Пяткин В. Г. 196, 198, 200, 201
Рагозин Л. Ф. 50
Радзилович Ф. В. 187
Радищев А. Н. 15
Разумовский А. К. 40, 41, 81, 82, 83, 92, 164
Райли Д. см. Riley J.C.
Рамаццини Б. 143
Рамис Г. 26
Рапчинский, морской врач 319
Рафалович А. А. 234
Раш Б. см. Rush B.
Рейн Г. Е. 50
Рейнгардт, врач 205, 210
Рейнеке М. 339, 340
Реман О. О. 46
Реннер А. см. Renner A.
Репнин Н.Г. 81
Ришеран см. Richerand
Рогожин П. С. 312
Роджер Н. см. Rodger N.
Рождерс И. X. 35, 72, 302
Розенберг К. О. 130, 131, 308, 317, 318, 320, 321
Ролле В. 180
Ролле И. см. Rolle J.
Романов, штабс-капитан 297
Росоловский С. 282
Руанет Л. 83, 84
Рубцова С. С. 190, 201, 203
Румовский С. Я. 259
Рускони Ф. 228

- Рушиц Г. 123
Рыбушкин М. С. 190, 191
Рычков Н. П. 286, 287, 295
Рычков П. И. 287, 291, 292, 294
Рычков С. Ю. 243
Садоков П. 319
Самбук Д. см. Sambuk D.
Сапожников Александр П. 202
Сапожников Алексей П. 202
Саполович Я. О. 32
Свенке Ф. Я. 31, 33
Сегал А. Е. 148, 195, 216, 237, 283
Седов Г. 324
Семашко Н. А. 16
Семенов А. 108
Серебряков А. А. 185
Сет С. см. Seth S.
Сибиряков А. 323
Сигал Б. С. 12, 17
Сиденгам Т. см. Sydenham T.
Сидоров М. К. 323, 324, 343
Сильвергельм, полковник 289
Симон, венский хирург 83
Симонов Л. Н. 335
Симонтовский П. 287
Синопеус Д. (Параскевас) 301, 303, 305, 306
Сироткина И. 257
Скалон Д. А. 34, 66
Склярова Е. К. 220
Слэни Р. 219
Смельский Е. А. 110, 120
Смит Дж.К. см. Smyth J. C.
Снегирев В. Ф. 240
Сноу Дж. 10, 242
Снядецкий А. А. см. Śniadecki J.
Собольщиков П. И. 234
Созинов А. С. 259
Соколов А. П. 191
Соколов Н. К. 19
Солдатов Е. А. 182
Соломон Х. Х. 119
Сосин В. В. 72, 300
Сосфенов М. И. 184
Софроницкий, морской врач 319
Спасский И. Т. 120
Сперанский М. М. 30, 34, 36, 41
Стародомский В. А. 313, 319
Степин В. С. 10, 163, 261
Стогова А.В. 257
Сточик А. А. 148
Сточик А. М. 10, 30, 90, 91, 92, 96, 148, 163, 226, 261, 276, 277
Строганов П. А. 77
Суворов А.В. 207
Тарасов Д. К. 120
Таун Р. см. Towne R.
Тевкелев А. И. 286
Тимкин Ф. 103
Тиле, штаб-лекарь 187
Тимрот, морской врач 319
Тихонов Д. Г. 327
Тихорский Ф. Т. 40
Толмачев Н. А. 183
Толстой П. А. 80, 81
Торопов Н. И. 241
Траубенберг М. М. 286
Троттер Т. 306
Трэпем Т. см. Trapham Th.
Туманова А. С. 113
Тюменев, полковник 201
Тягнерев А. Т. 300
Уваров С. С. 226
Уден Ф. К. 32, 40, 41, 42
Уизеринг У. см. Withering W.
Укке Ю. Б. 137, 138, 181, 214, 215
Ульянова Г. Н. 64
Уоллер Э. 156
Ури Б. см. Uri B.
Успенский Т. 188
Уэйтсон Дж. см. Wateson G.
Фальк И.П. 286
Фарр У. 219
Федченко А. П. 170
Фельдман Е. С. 14
Фелькнер 46
Финке Л. Л. см. Finke L.L.
Фишер, аптекарь 277
Флорентинский Н. 185
Фозергил Дж. см. Fothergill
фон Аттенгофер Г. Л. 188, 189, 230
фон Мандт М. В. 119
фон Меттерних К., князь 76
фон Пленциц М. см. von Plenciz
фон Розенштайн Р. см. von Rosenstein
фон Сухтелен П. К. 80

- фон Фишер И. Б. 303, 304
фон Штакельберг Г. О. 80
Фонсагрив Ж.-Б. см. Fonsagrives J.-В.
Франк И. И. см. Frank J.
Франк И. П. 22, 77, 87, 90, 91, 190, 259, 260
Фризе Я. Я. 173, 188
Фуко М. 149
Фукс К. Ф. 175
Фус Н. И. 44
Хабриев Р. У. 30
Хагнер М. 257
Хаксхам Дж. см. Huxham
Ханыков Н. 289
Ханыков В. В. 80, 81, 83
Харрисон М. см. Harrison M.
Херман П. 191
Хиллари У. см. Hillary W.
Хирш А. см. Hirsch A.
Хоньский К. см. Choński K.
Хохряков А. 311, 314, 318, 319, 320, 321
Циммерманн см. Zimmermann
Чаклин А. В. 20
Чарторыйский А. А. 90, 259
Чаруковский А. 97, 285, 294, 296, 298, 328
Чаруковский Я. 284
Чедвик Э. 219
Чельцов, морской врач 131
Червинский, штаб-лекарь 188
Чернышевский Н. Г. 15
Четыркин Р. С. 204, 284, 285
Чистович Я. А. 65, 89, 148, 182, 283, 299
Чупров А. И. 239
Шамиль 108
Шамсерю Р. см. Chamseru R.
Шафонский А. Ф. 164
Швенсон С. И. 46
Шевырев А. 302, 313
Шерстнева Е. В. 17, 30, 50
Шершавкин С. В. 37
Шестов В. И. 300
Шкунов В. Н. 52
Шлецер Х. 74
Шлюмбум Ю. 257
Шпанберг М. 304
Шперк Ф. Ф. 242
Шпицнагель Ф. Ф. 259
Шрадер Т. А. см. Schrader T.
Штелин Я. 166
Штоль М. 209
Шторх см. Storch
Штылько А. 202
Шульц С. см. Schulz
Щепин В. О. 66
Щепин О. П. 20, 51, 52, 62, 216
Щепотьев Н. К. 195
Щербаков А. Я. 184
Эверсман Э. 289, 291, 292
Эйлер Я. Б. 325, 332, 338
Эйрие Ж. Б. Б. 330
Эллисен Г. В. 77
Энгельгардт А. П. 330
Энгельс Ф. 313
Энде М. см. Ende M.
Энегольм И. И. 74, 307, 328, 333
Эспань М. 74
Эспенберг К. 311, 315
Яблоновский И. М. 300, 302
Ягмин А. 289, 291, 293, 294, 295, 298
Якимов Н. И. 67, 68
Якобсон 81
Яковенко В. А. 50
Яковлев Л. А. 80, 81
Якуб А. В. 98
Якушев А. Н.
Яроцкий И. 212
Яроцкий С. 188
Afanasyeva A. см. Афанасьева А. Э.
Alexander J. Т. 52, 67, 70, 306
Amburger E. 74
Annesley J. 159
Arbutnot J. 145, 154
Archer S. 301
Armstrong A. 323, 324
Arnold D. 13, 51, 149, 150, 161
Ashworth Underwood E. 12
Astrup P. 134
Barrett F. A. 10, 12, 143, 151, 166
Bashford A. 51
Becker E. M. 226
Bewell A. 161
Bieliński J. 91
Bitschnau I. J. 30

- Black P. 332, 341
Bojczuk H. 124, 125, 257
Bokiewicz L. 179, 180, 181
Bondt J. 151, 152
Booker J. 51
Boyer 268
Boyle R. 144, 153, 154
Brockliss L. 301
Brown T. 220
Brückner A. 65
Brügelmann J. 12
Bunnell J. E. 13
Bynum W. 143, 149
Camberi 267
Carpenter K. J. 324
Carrel M. 13
Cassedy H. J. 221
Centeno J. A. 13
Chakrabarti P. 14, 149
Chamseru R. 268
Choński K. 134
Convertito C. 300
Cook H. 301
Cooper D. B. 156
Cottyar 265
Crimmin P. K. 300, 301
Crozier A. 51
Curtin P. 148, 161
D'Alembert J. L. 268
Dawson 268
de Baillou 265
De Haen 265
Desrosières A. 218, 219
Diderot D. 268
Digby A. 14, 97, 110, 257, 277
Dinges M. 75
Dumschat S. 75
Eiden Ch. 193
Emch M. 13
Ende M. 331
Ernst W. 14, 51, 97
Eyles J. 12
Fee E. 220
Fink G.-L. 326, 327
Finke L. L. 12, 22, 147
Finkelman R. B. 13
Fonssagrives J.-B. 300, 317
Fothergill 265
Frank J. 22, 90, 91, 94, 122, 133, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 279
Freshwater D. 301
Frieden N. M. 113
Gerhardt U. 12
Gibson J. R. 299
Gilbert E. W. 14
Grotjahn A. 257
Guyton-Morveau L.-B. 312
Hacking I. 230
Hannaway C. 143, 146, 147, 154
Harrison M. 51, 143, 149, 151, 152, 153, 154, 160, 168, 170, 301, 313, 321, 327
Haycock D. B. 301
Headley J. M. 150
Henze C. E. 52
Herzberg J. 326
Hillary W. 154, 155, 157, 158
Hirsch A. 17, 22, 331, 332, 333, 334, 335
Hokkanen M. 14
Houlberg K. 301
Howard J. 62
Hreczyna T. 270
Hughes R. E. 323, 332, 338
Huxham 265
Ingensiep H. W. 193
Ingrassia 265
Jatužis D. 257
Johnson J. 159, 160
Jones C. 301
Jordanova L. J. 11
Joslin D. 301
Kananaja K. 14
Kaplunovskiy A. 74
Kernéis J.-P. 300
Kiple K. F. 156, 323
Klajumaitė V. 268
Kluge T. 193
Koch T. 11
Kosminski S. 274
Kremer A. 180
Krosnowski M. 179, 180
Kupperman K. O. 156, 157
Lane J. 277
Larkin B. 27
Larrey 268
Laufer C. 331

- Lawrence C. 334
Le Brun A. 123, 135
Leighly J. 150
Leslie A. 343
Lewis M. 14
Ligon R. A. 157
Lilienfeld D. 220
Lind J. 159, 161, 172, 300, 305, 306, 309,
333, 334, 338, 339
Link J. 12
Loudon I.
MacLeod R. 14
Madden R. 159, 160
Maglen K. 51
Majewski E. 135
Malthus T. R. 42
Martin P. M.V. 141
Martin-Granel E. 141
Mathias P. 301
Mertens Ch. De 305
Mianowski M. 264
Miller G. 143, 153
Mitman G. 13
Morton R. S. 267
Moulin A. 161
Mukharji P. B. 14, 97
Mühry A. 137, 191, 215, 330
Müller-Dietz H. E. 68, 75
Mylo E. 135
Nathanson L. 135
Nikolow S. 12
Nitsch A. 305, 309, 338
Numbers R. L. 13
Nutton V. 140, 141, 142
Orraei G. 305
Osborne M. A. 300, 301
Pitzer A. 336
Popp W. 1933
Porter R. 11, 143, 257, 274
Porter T. 218, 225
Pratt M. L. 169
Raeff M. 9
Ramer S. 89
Régnier C. 301
Renner A. 8, 9, 15, 64, 67, 68, 75, 323, 326,
327, 334
Reulecke J. 12
Richerand 268
Riley J.C. 11, 145, 146, 301
Ringen K. 220
Rodger N. A.M. 309, 335
Rolle J. 180
Rolleston J. D. 265
Romaniello M. P. 327, 338
Root E. D. 13
Rosen G. 12
Rosentahl D. 135
Rupke N. A. 14, 147
Rush 265
Rymkiewicz F. 268
Sakalauskaitė-Juodeikienė E. 257
Sambuk D. 8, 67, 69, 70, 71, 226, 256
Schrader T. 113, 119
Schramm E. 193
Schreiber J. F. 305
Schulte-Holtey E. 12
Schulz 265
Sdvižkov D. 89
Selinus O. 13
Senior E. 149
Sennert 265
Seth S. 142, 143, 154, 155, 156, 157, 158
Simone A. 28
Siraisi N. G. 143
Skrydlov A. Yu. 343
Smith E. J. 310
Smith-Peter S. 218
Smyth J. C. 312
Śniadecki J. 122, 133, 259, 262, 264
Snowden F. M. 140
Spree R. 220
Star S. L. 27
Starr P. 257
Stigler S. M. 217
Storch 265
Struever N. S. 31
Sunderland W. 10
Sutton S. 301
Sydenham T. 144, 145, 153, 162, 264
Temkin O. 304
Theiner J. 134, 178, 179
Tissot 265
Tournay V. 163
Towne R. 154, 158
Trapham Th. 152, 156, 157
Ure A. A. 197

- Uri B. 217
Valencius C. B. 10, 14, 147
Veer G. de 336
Vigarello G. 134
Vishlenkova E. A. см. Вишленкова Е. А.
von Plenciz 265
von Richter W. M. 65
von Rosenstein 265
Wakefield A. 9
Wateson G. 151
Weindling P. 257
Wey Gomez N. 156
Wickenden J. 301
Wilson A. 159
Winder J. M. 301
Withering 265
Woods K. J. 12
Woolf S. 218
Wroczyński K. 179
Zatravkin S. см. Затравкин С.Н.
Zieger K. 113
Zuckerman A. 301
Zimmermann 261
Zwingelberg T. 220
Μακρίδησ Βασιλειοσ Ν. 301

АРХИВЫ

Архив внешней политики Российской империи (АВПРИ)
Государственный архив Астраханской области (ГААО)
Государственный архив Республики Татарстан (ГА РТ)
Государственный архив Ставропольского края (ГАСК)
Отдел рукописей Российской национальной библиотеки (ОР РНБ)
Российский государственный архив военно-морского флота (РГАВМФ)
Российский государственный архив древних актов (РГАДА)
Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА)
Российский государственный исторический архив (РГИА)
Санкт-Петербургский филиал Архива Российской академии наук (СПбФ АРАН)
Центральный архив Нижегородской области (ЦАНО)
Центральный государственный архив г. Москвы (ЦГА г. Москвы)
Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ)
British Library
Latvijas Valsts vēstures arhīvs (LVVA) — Латвийский государственный исторический архив
Lietuvos valstybės istorijos archyvas (LVIA) — Литовский государственный исторический архив
Welcome Collection

ЛИТЕРАТУРА

- 50 лет научно-практической деятельности Общества морских Врачей в Кронштадте. Кронштадт, 1909. 256 с.
- Авцын А. П.* Патология человека на Севере. М., 1985. 416 с.
- Адрианов С. А.* Министерство внутренних дел. Исторический очерк. СПб., 1902. С. 78—79.
- Алеврас Н. Н., Гришина Н. В.* Диссертационная культура российских историков XIX — начала XX вв.: замысел и источники исследовательского проекта // Мир историка. Историографический сборник / Ред. В. П. Корзун, А. В. Якуб. Вып. 6. Омск, 2010. С. 9—22.
- Алелеков А. Н., Якимов Н. И.* История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею 1707—1907 гг. М., 1907. С. 323—333.
- Альбицкий В. Ю., Гурьева М. Э., Созинов А. С.* История Казанского государственного медицинского университета. Казань, 2006. 133 с.
- Амеке В.* Возникновение гомеопатии и борьба против ее распространения. СПб., 1889. 505 с.
- Андронов В. П.* Статистическая записка о Москве. М., 1832. 185 с.
- Арсеньев К. И.* Статистические очерки России. СПб., 1848. 503 с.
- Аттенгофер Г. Л.* Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга. СПб., 1820. 432 с.
- Афанасьева А.* «Освободить... от шайтанов и шарлатанов»: дискурсы и практики российской медицины в Казахской степи в XIX веке // *Ab Imperio*. 2008. № 4. С. 113—150.
- Афанасьева К. В.* Состояние военно-морской медицины в царствование Александра I // Наука, технология и общество во время Первой мировой войны: Медицина / Ред. Л. А. Булгакова. М.; СПб., 2011. С. 226—251.
- Байкалов А. В.* Северный морской путь к устьям рек Оби и Енисея. Красноярск, 1913. 89 с.
- Барданес Х.* Киргизская, или казачья, хорография // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 4. С. 93—194.
- Бахерахт А. Г.* Практическое разсуждение о цынготной болезни: для употребления лекарям служащим при морских и сухопутных российских силах. СПб., 1786. 96 с.
- Бахерахт А. Г.* Аптека для российского флота, или Роспись всем нужным лекарствам, коих по рангу корабля, для шести месяцев вояжа в корабельном ящике иметь должно. СПб., 1783. 39 с.
- Бахерахт А. Г.* О неумеренности в любострастии, о болезнях от онаго приключаются и о средствах излечению оных способствующих: в предосторожность молодым обоего пола людям. СПб., 1780. 110 с.

- Бахерахт А. Г.* Описание и наставление о прививании оспы. СПб., 1769. 58 с.
- Бахерахт А. Г.* Предохранительное средство от скотского падежа. СПб., 1773. 64 с.
- Бахерахт А. Г.* Способ к сохранению здоровья морских служителей, и особливо в российском флоте находящихся. СПб., 1780. 104 с.
- Белявский Ф. И.* Поездка к Ледовитому морю. М., 1833. 259 с.
- Берзин Э. П.* Предисловие // Цынга и борьба с нею на Севере / Ред. А. А. Шмидт. М., 1935. С. 3—4.
- Берков Е. А.* Очерки развития морской гигиены в России // Военно-морской врач. 1945. № 1. С. 65—69.
- Бертенсон Л. Б.* К статистике и этиологии цынги: эпидемия цынги 1889 г. по данным Петербургского Николаевского военного госпиталя. СПб., 1890. 58 с.
- Библиография // Друг здравия.* 1835. № 35. С. 333—334.
- Богданов А.* Формирование и эволюция официального статуса морских врачей в России // Источник. Историк. История: Сборник научных работ. Вып. 1. СПб., 2001. С. 339—340.
- Болдырев Т., Безденежных Т.* География медицинская // Большая медицинская энциклопедия. 2-е изд. М., 1958. Т. 6. Стб. 865—874.
- Большой С.* Замечания о киргизах // Сын Отечества. 1822. Ч. 76. № 14. С. 289—303.
- Броневский* Записки о киргиз-кайсаках Средней Орды // Отечественные записки. 1830. Т. 43. С. 70—97, 194—285.
- Буден Ж. Ш. М.* Опыт медицинской географии // Военно-медицинский журнал. 1852. Ч. 59. № 1. С. 1—32;
- Буден Ж. Ш. М.* Опыт медицинской географии // Военно-медицинский журнал. 1852. Ч. 59. № 2. С. 33—76.
- Будко А. А.* История медицины Санкт-Петербурга XIX — начала XX в. СПб., 2010. 399 с.
- Варадинов Н. В.* История МВД. Период третий. С 19 ноября 1825 по 20 августа 1855 года. СПб., 1862. Ч. 3. Кн. 2. 746 с.
- Варадинов Н. В.* История Министерства внутренних дел. СПб., 1859. Ч. 2. Кн. 1. 635 с.
- Васильев К. Г., Сегал А. Е.* История эпидемий в России. М., 1960. 398 с.
- Венгорова И.* Из истории социальной гигиены в Англии XIX века. М, 1970. 224 с.
- Веселовский К.* О климате России. СПб., 1857. 327 с.
- Взгляд на состояние медицины в России // Друг здравия.* 1833. № 3. С. 17.
- Виллие Я.* Практические замечания о болезнях, жаркому климату свойственных // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 12. № 1. С. 3—22.
- Виллие Я.* Практические замечания о перемежающихся лихорадках и послабляющих горячках // Военно-медицинский журнал. 1829. Ч. 13. № 1. С. 3—26.
- Виллие Я.* Способы для сохранения здоровья солдат в военное время // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 12. № 2. С. 139—155.
- Вильд Г.* О температуре воздуха в Российской империи с атласом. СПб., 1882. Вып. 1—2.
- Виньковецкий И.* Русская Америка: заокеанская колония континентальной империи, 1804—1867. М., 2015. 320 с.
- Витковский.* Медицинский отчет о кругосветном плавании 46-ти пушечного винтового фрегата «Аскольд», 1859—1860 // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 58—87.

- Вишленкова Е. А.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя российского государства (первая половина XIX века) // *Ab Imperio*. 2011. № 2. С. 41—82.
- Вишленкова Е. А.* Визуальное народоведение Российской империи, или Увидеть русское дано не каждому. М., 2011. 368 с.
- Вишленкова Е. А.* Медико-биологические объяснения социальных проблем России (вторая треть XIX века) // *История и историческая память*. 2011. Вып. 4. С. 37—66.
- Вишленкова Е. А.* Медицинские советы и врачебные общества в Петербурге первой половины XIX века // *История медицины*. 2016. Т. 3. № 2. С. 186—201.
- Вишленкова Е. А.* Шотландское происхождение русской медицинской элиты в начале XIX века // *Диалог со временем*. 2017. № 61. С. 216—237.
- Вишленкова Е. А., Гатина З. С.* «Изложить предмет сциентифически»: русские врачи и их полевые исследования (первая половина XIX в.) // *Российская история*. 2015. № 3. С. 154—169.
- Вишленкова Е. А., Ильина К. А.* Наука управлять: господство через знание и реформа управления российским образованием в первой половине XIX века // *Ab Imperio*. 2017. № 4. С. 65—107.
- Вишленкова Е. А., Ильина К. А.* Университетское делопроизводство как практика управления (Россия, первая половина XIX века) // *Вопросы образования*. 2013. № 1. С. 232—255.
- Военно-статистическое обозрение Российской империи, издаваемое по Высочайшему повелению при Первом отделении Департамента Генерального Штаба. Т. 14. Ч. 2. Военно-статистическое обозрение Оренбургской губернии. СПб., 1848. [8], 121 с., [21] л.
- Военно-статистическое обозрение Российской империи, издаваемое по Высочайшему повелению при Первом отделении Департамента Генерального Штаба. Т. 14. Ч. 3. Земли киргиз-кайсаков Оренбургского ведомства. СПб., 1848. [2], VII, 30, 119, [39] с.
- Военно-статистическое обозрение Российской империи, издаваемое по Высочайшему повелению при Первом отделении Департамента Генерального Штаба. Т. 17. Ч. 3. Киргизская степь Западной Сибири. СПб., 1852. [3], 74 с., [3] л.
- Воронина Е. О.* Карантинные меры в бассейнах Балтийского и Белого морей Российской империи в XIX — начале XX веков // *Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Юридические науки»*. 2012. Т. 25. № 1. С. 302—310.
- Воронина Е. О.* Создание и развитие государственной карантинной службы в Российской империи в начале XIX века // *Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Юридические науки»*. 2012. Т. 25. № 1. С. 216—224.
- Врангель Ф. П.* Путешествие по северным берегам Сибири и по Ледовитому морю, совершенное в 1820, 1821, 1822, 1823 и 1824 г. СПб., 1841. 13 с.
- Вульф Х. Р.* История развития клинического мышления // *Международный журнал медицинской практики*. 2005. № 1. С. 12—20.
- Вульфийус.* Плавание винтового корвета «Гридень» в течение 1860, 1861 и 1862 годов // *Медицинские прибавления к Морскому сборнику*. 1864. Вып. 4. С. 173—201.

- Высоцкий Н. Ф.* О деятельности общества врачей г. Казани в 1871 году (Отчет, читанный в заседании Общества 2 января 1872) // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 1. С. 1—26.
- Высочайше утвержденное Положение, на основании коего имеют ныне быть принимаемы в военно-медицинскую службу иностранные врачи. 31 декабря 1813 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 32. № 25508. С. 705—707.
- Высочайше утвержденное разделение государственных дел по министерствам. 17 августа 1810 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 31. № 24326. С. 323—328.
- Вышневикий П.* Опыт морской военной гигиены, или Описание средств, способствующих к сохранению здоровья людей, служащих на море. СПб., 1820. XIV, 312 с.
- Гавердовский Я. П.* Журнал, веденный Свиты его императорского величества поручиком Гавердовским и колоновожатými Ивановым и Богдановичем во время следования их по высочайшему повелению чрез Киргизскую степь в провинцию Бухарию, с различными наблюдениями, с описанием всех случившихся происшествий, равно как и о возвращении в Россию в 1803 году, с кратким уведомлением об отправлении посольства в азиатское владение // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 5. С. 17—154.
- Гавердовский Я. П.* Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 1-я), или Дневные записки в степи Киргиз-кайсацкой 1803 и 1804 годов // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 5. С. 155—282.
- Гавердовский Я. П.* Обзорение киргиз-кайсацкой степи (часть 2-я), или Описание страны и народа киргиз-кайсацкого // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 5. С. 283—495.
- Гагемейстер Ю. А.* Статистическое обозрение Сибири, составленное по высочайшему его императорского величества повелению, при Сибирском комитете, действительным статским советником Гагемейстером. СПб., 1854. 109 с.
- Гавеский С. Ф.* Медико-топографические сведения о С.-Петербурге. СПб., 1834. 127 с.
- Гавеский С. Ф.* Статистические сведения о С.-Петербурге. СПб., 1836. 291 с.
- Гартвиг Г.* Природа и человек на Крайнем Севере. М., 1863.
- Гатина З. С.* Врачебная экспертиза в системе управления Российской империи первой половины XIX века: Дис. ... канд. ист. наук. М., 2017. 240 с.
- Гатина З. С.* Где искать диссертационные дела русских врачей, или Особенности архивирования делопроизводства медицинских факультетов // Биографии университетских архивов / Ред. Е. А. Вишленкова, В. С. Парсамов, К. А. Ильина. М., 2017. С. 102—113.
- Гатина З. С., Вишленкова Е. А.* Система научной аттестации в медицине (Россия, первая половина XIX века) // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 1 (18). С. 168—178.
- Гатина З. С., Митрофанов Р. С.* Становление и развитие ведомственной медицинской статистики в Баварии и Пруссии (1800—1871) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 29(3). С. 560—566.
- Гейрот Ф.* О цинге // Военно-медицинский журнал. 1824. Ч. 4. № 3. С. 395—425.
- Гиппократ.* Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. М., 1936. 371 с.

- Гитон де Морво Л.-Б.* О средствах к благоразтворению воздуха и отвращению заразы / С франц. второго изд. пер. В. Джунковского. СПб., 1806. XX, 681 с.
- Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк / Сост. В. С. Кручек-Голубов // Столетие военного министерства. 1802—1902 / Ред. Д. А. Скалон. СПб., 1902. Т. 8. Ч. 1. CIV, 306 с.
- Гладышев Д.* Поездка из Орска в Хиву и обратно, совершенная в 1740—1741 годах Гладышевым и Муравиным. СПб., 1851. [2], 85 с., 2 л.
- Годичное заседание Нижегородского общества врачей 15 октября 1870 года // Нижегородские губернские ведомости. 1872. № 4. С. 40—41.
- Годичный отчет Общества русских врачей, читанный секретарем оного доктором Е. Смельским 12-го сентября текущего года // Журнал МВД. 1838. Ч. 29. № 9. С. 341—375.
- Гомолицкий А. О.* О трюмном запахе (Из медицинского журнала г. Гомолицкого на клипере «Опричник» 1858—1859 г.) // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 242—243.
- Горихвостов А. З.* Журнал полковника А. З. Горихвостова // Известия АН Казахской ССР. 1957. Т. 5. № 2. С. 106—127.
- Горолевич И.* Медицинское обеспечение русской армии в войне 1812 года. URL: <http://www.proza.ru/2012/10/31/711> (последнее обращение 19.09.2021).
- Гребенников В. И.* Опыт разработки результатов регистрации врачей в России // Справочная книга для врачей. СПб., 1890. Т. 1. С. 103—143.
- Грекова Т. И., Голиков Ю. П.* Медицинский Петербург. Очерки, адресованные врачам и их пациентам. СПб., 2001. 415 с.
- Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здоровья (краткий исторический очерк) и приложения к нему // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб., 1913. Т. 1. С. 1—35.
- Гуделис М. Ю.* Цынга: этиология, патология и лечение в условиях Арктики: пособие-справочник в помощь зимовщику. Л., 1935. 41 с.
- Гун О.* Дополнение к медико-топографическому описанию Лифляндии. СПб., 1814. 198 с.
- Гун О.* Топографическое описание города Риги. СПб., 1804. 210 с.
- Гусарова Е. В.* Астраханские находки. История, архитектура, градостроительство Астрахани XVI—XVIII вв. по документам из собраний Петербурга. СПб., 2009. 490 с.
- Давыдов А. Н.* Водоснабжение и качество питьевой воды в Москве в XIX — начале XX веков // *Historia Provinciae*. 2018. Т.2. № 1. С. 60—79.
- Джонсон Дж.* О влиянии жарких климатов на здоровье европейцев // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 11. № 2. С. 167—253.
- Дингес М.* Немецкие врачи в России второй половины XVIII в.: конфликт культур // Русские и немцы в XVIII веке: встреча культур / Ред. С. Я. Карп. М., 2000. С. 160—189.
- Для окончательного приведения в действие Положения для Генерал-штаб-доктора гражданской части. 26 августа 1813 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 32. № 25444. С. 619—622.
- Дмитриев.* Медицинский журнал о плавании парусного военного транспорта «Гилляк» в 1861, 1862 и 1863 г. // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. № 4. С. 232—273.

- Дневник общества врачей г. Казани. 1972. № 1.
Дневник общества врачей г. Казани. 1972. № 13.
- Добронравов С. Ф.* Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии, составленное бывшим главным доктором всех военно-временных госпиталей в княжествах Молдавии и Валахии и крепости Силистрии, с присовокуплением статистической таблицы г. Бухареста 1831-го года. М., 1835. 85 с.
- Друг здравия. 1834.
Друг здравия. 1835. № 2.
Друг здравия. 1836.
Друг здравия. 1852. № 1.
- Егорышева И. В., Данилишина Е. И.* Москва — центр земской медицины // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1997. № 6. С. 39—41.
- Егорышева И. В.* Значение трудов комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С. 54—57.
- Ермаков Н.* Астрахань и Астраханская губерния. Описание края и частной жизни его, состоящее из записок, веденных во время 11-ти месячного пребывания в нем. М., 1852. 176 с.
- Ерофеева И. В.* Предисловие // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2005. Т. 1. С. 5—16.
- Ерофеева И. В.* Рукописное наследие поручика Я. П. Гавердовского по истории, географии и этнографии Казахской степи // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2007. Т. 5. С. 5—16.
- Ерофеева И. В.* Служебные и исследовательские материалы российского дипломата А. И. Тевкелева по истории и этнографии Казахской степи (1731—1759) // История Казахстана в русских источниках XVI—XX веков. Алматы, 2005. Т. 3. С. 5—50.
- Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги городского врачебно-санитарного устройства // Общественный врач. 1915. № 7—8. С. 449—485.
- Жбанков Д. Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М., 1915. 568 с.
- Журналы Комитета Министров. 1802—1826. СПб., 1888. Т. 2. С. 250.
- Заблоцкий П.* Обзорение Талышинского ханства в медико-топографическом и статистическом отношении за 1836 год // Журнал МВД. 1837. Ч. 26. № 11. С. 307—371.
- Заболотный Д. К.* География медицинская // Большая медицинская энциклопедия. 1-е изд. М., 1929. Т. 6. С. 621—626.
- Заболоцкий П.* О влиянии климата на здоровье человека // Военно-медицинский журнал. 1851. Т. 57. № 1. Отдел III. С. 1—64.
- Загорский В. Б.* Императорское Виленское медицинское общество. 1805—1895. Вильна, 1896. 274 с.
- Записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России // Труды Высочайше учрежденной междоудомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб., 1913. Т. 3. С. 1—63.
- Заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1867. № 21. С. 120—121.

- Заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1868. № 27. С. 301—302.
- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* Принципы советской медицины: история создания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 3. С. 491—498.
- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Шерстнева Е. В.* «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // Quaestio Rossica. 2020. Т. 8. № 2. С. 652—666.
- Затравкин С. Н., Щепин В. О., Олейникова В. С.* Обеспеченность врачами населения Российской империи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. № 4. С. 236—240.
- Зброжек.* Медицинский отчет о плавании винтового фрегата «Дмитрий Донской» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 274—320.
- Здравоохранение России. XX век / Ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровский, О. П. Щепин. М., 2001. 318 с.
- Зернов Д. Н.* Очерк деятельности Физико-медицинского общества, учрежденного при Императорском Московском университете в 1804 году, за сто лет его существования. М., 1904. 36 с.
- Зимин И. В.* Врачи двора Его Императорского Величества, или Как лечили царскую семью. М.; СПб., 2016. 895 с.
- Злотников М. Ф.* Выпуски учеников из Московской медицинской школы в Балтийский флот при Петре Великом // Московский врач. 1916. № 5. С. 249—268.
- Зябловский Е. Ф.* Новейшее землеописание Российской империи. 2-е изд. СПб., 1818. 261 с.
- Иванов А. Е.* Ученые степени в Российской империи: XVIII в. — 1917 г. М., 1994. 200 с.
- Иванова Р. Г.* Протоколы заседаний медицинского факультета Казанского университета (1814—1917) как исторический источник: Дисс. ... канд. ист. наук. Казань, 2018. 272 с.
- Игнатъев В. Г.* Временный медицинский комитет: история создания и результаты деятельности: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004. 162 с.
- Игнатъев Е. И., Соколов Н. К.* Географическая медицина // Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М., 1977. Т. 5. С. 271—274.
- Извлечение из доклада Медицинского департамента министру внутренних дел о преобразовании губернских врачебных учреждений // Труды Высочайше утвержденной междудеомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб., 1913. Т. 2.
- Извлечение из журнала инженер-майора Ладыженского, посланного в 1764 г. для осмотра восточных берегов Каспийского моря // Акты, собранные Кавказской археографической комиссией. Тифлис, 1875. Т. 6. Ч. 2. С. 783—797.
- Извлечение из медико-топографического описания Кавказской области за 1832 год и из объездного журнала, составленного Г. Инспектором Управы, Доктором Гефтом // Друг здравия. 1833. № 4. С. 32.
- Извлечение из медико-топографического описания Кавказской области за 1832 год и из объездного журнала, составленного Г. Инспектором Управы, Доктором Гефтом // Друг здравия. 1833. № 5. С. 40.

- Ильина К. А., Вишленкова Е. А. Архивариус: хранитель и создатель университетской памяти // Сословие русских профессоров: Создатели статусов и смыслов. М., 2013. С. 329—357.
- Инструкции Командующему отрядом судов идущих к берегам Амура, Капитану 1 Ранга Кузнецову // Морской Сборник. 1857. Т. 31. №. 10. Официальные статьи и известия. С. 148—149.
- Инструкция Беринга подштурману Щербинину отправляться с 15 служителями на бот «Иркутск» и принять над ним временное командование [...], 3.5.1736 // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1734—1736. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2009. С. 456—460.
- Инструкция для врачей и командиров судов, отправляющихся с эскадрой к.-адм. А. А. Попова в кругосветное плавание // Морской сборник. 1857. Т. 31. № 10. Официальные статьи и известия С. 129—157.
- Инструкция Коллегии медицинской. 12 ноября 1763 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 16. № 11965. С. 413—419.
- История открытия и освоения Северного Морского пути / Ред. Я. Я. Гаккель, М. Б. Черненко: В 4-х т. Л., 1956—1969.
- Каменецкий О. К. Краткое наставление о лечении простыми средствами болезней, от различных ядов случающихся. Для сельских жителей, где нет врачей. М., 1806. 36 с.
- Карпин Н. А., Макаренко Б. Г., Тягнерев А. Т. Об обществах морских врачей российского и советского военно-морского флота // Морская медицина. 2015. Т. 1. № 1. С. 74—77.
- Карпов В. П. Гиппократ и Гиппократов сборник // Гиппократ. Избранные книги / Ред. В. П. Карпов. М., 1936. С. 9—81.
- Кашин В. И. Земская медицина Олонеккой губернии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. № 5. С. 45—46.
- Климатологический атлас Российской империи, изданный Николаевскою главною физическою обсерваторией, 1849—1899. СПб., 1900. Т. 1—2.
- Консилиум команды «Тобола» с решением остановить плавание и вернуться в Березов, так как в Тазовской губе стоит лед и большая часть команды, включая самого Овцына, больна цингой и не может управлять судном (18 июля 1735 г.) // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2009. С. 307—309.
- Костюк А. В. Лечебно-профилактическое обеспечение морских служителей российского флота в XVIII в.: военно-морские госпитали // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009. Сер. 2. Вып. 1. С. 59—64.
- Костюк А. В. Санитарное состояние кораблей Балтийского флота и развитие военно-морской гигиены в XVIII веке // Военно-медицинский журнал. 2015. № 9. С. 74—81.
- Краевич Д. Д. Наблюдения над перемежающею лихорадкою (с планом г. Казани) // Приложение к протоколам Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 29—67.
- Красовский М. Материалы для географии и статистики России, собранные офицерами Генерального штаба. Т. XVI. Ч. 1—3. СПб., 1868.
- Краткий исторический и медико-топографический очерк Кубанской кордонной линии Черноморского Казачьего войска // Журнал МВД. 1836. Ч. 20. № 4. С. 1—26.

- Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Астрахани в течение 1859—1860 года, читанный в заседании Общества 5 ноября 1860 г. секретарем Общества Чельцовым // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 47—57.
- Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Астрахани в течение 1860—1861 года, составленный секретарем Общества Зимодро // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 55—63.
- Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Николаеве в течение 1859—1860 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 31—44.
- Краткий обзор деятельности Общества морских врачей в Николаевске-на-Амуре за 1861—1862 год, составленный секретарем Общества Г. Рушицом // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 80—82.
- Крючков О. А., Солдатов Е. А. «Чтобы предупредить болезни, могущие случиться в лагере...». Становление отечественной медицинской (военно-медицинской) географии как науки // Военно-медицинский журнал. 2018. № 5. С. 59—66.
- Кузьмин В. Ю. Земские медицинские учреждения Самарской губернии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 3. С. 57—58.
- Куковякин С. А. Земская медицина в Вятской губернии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1997. № 5. С. 59—60.
- Куковякин С. А., Куковякина Н. Д. Предыстория земской медицины Северных губерний России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998. № 5. С. 42—43.
- Кушаков П. Г. Два года во льдах на пути к Северному полюсу с экспедицией старшего лейтенанта Г. Я. Седова. Пг., 1920. 247 с.
- Кушелевский Ю. И. Путевые записки, веденные во время экспедиций 1862, 1863 и 1864 г., предпринятых для открытия сухопутного и водяного сообщения на севере Сибири от реки Енисей через Уральский хребет до реки Печоры. Тобольск, 1864. 66 с.
- Левитский А. П. К вопросу о цыгане: Диссертация на степень д-ра медицины. СПб., 1888. 224 с.
- Левшин А. И. Описание киргиз-казачьих, или киргиз-кайсацких, орд и степей // Известия географические. СПб., 1832. Ч. 1. [2], XII, [2], 264 с., [1] л.
- Лентовский А. Краткое медико-топографическое описание города Казани // Казанский вестник. 1831. Ч. 29. Кн. 2. С. 185—195.
- Лепехин И. И. Дневные записки путешествия доктора и академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1768 и 1769 году. СПб., 1795. Ч. 1. 537 с.
- Лепехин И. И. Дневные записки путешествия доктора и Академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1768 и 1769 году. СПб., 1771. [6], 537, [3] с., 16 л.
- Лепехин И. И. Дневные записки путешествия доктора и Академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1772 году. СПб., 1805. 458 с.
- Литке Ф. П. Четырехкратное путешествие в Северный Ледовитый океан, совершенное по повелению императора Александра I, на военном бриге Новая Зем-

- ля в 1821, 1822, 1823 и 1824 годах флота капитан-лейтенантом Федором Литке: В 2-х т. СПб., 1828.
- Лозбенков А. М. Военно-морская медицина. От Петра Первого до начала XX века. СПб., 2020. 76 с.
- Ломоносов М. В. Краткое описание разных путешествий по северным морям и показания возможного проходу Сибирским океаном в Восточную Индию // Полное собрание сочинений. М., 1952. Т. 6. С. 417—498.
- Лосев. Об определении людей в кочегары и к другим обязанностям // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1865. Вып. 5. С. 558—559.
- Марковин А. П. Исторический очерк развития отечественной медицинской географии // Географический сборник. 1961. Т. 14. С. 14—28.
- Марковин А. П. Развитие медицинской географии в России. СПб., 1993. 176 с.
- Материалы по истории медицинской службы русского военно-морского флота второй половины XIX и начала XX века (1850—1917) / Ред. В. И. Шестов и др. М., 1968. 238 с.
- Медико-статистические сведения по С. Петербургу и С. Петербургской губернии за 1836 год // Журнал МВД. 1837. Ч. 24. С. 149—160.
- Медико-топографические замечания о Бессарабской области // Журнал МВД. 1833. № 11. С. 177—196.
- Медико-топографические замечания об Имеретии, Мингрелии и Гурии, извлеченные из рукописного сочинения И. Голицынского, штаб-лекаря Потийского госпитального отделения // Военно-медицинский журнал. 1837. Ч. 29. № 1. С. 62—91.
- Медико-топографические сведения о Грузии // Журнал МВД. 1834. № 10. С. 183—195.
- Медико-топографические сведения о Грузии // Журнал МВД. 1834. Ч. 14. Кн. 11. С. 183—195.
- Медико-топографические сведения о Казанской губернии // Журнал МВД. 1834. Ч. 14. Кн. 10. С. 26—39.
- Медико-топографический взгляд на места, русскими войсками заняты в Абхазии, сочинение штаб-лекаря Баженова // Военно-медицинский журнал. 1838. Ч. 31. № 1. С. 3—27.
- Медико-топографический сборник. С картами и графическими таблицами / Ред. Г. Архангельский. СПб., 1871. Т. 2. 671 с.
- Медико-топографический сборник. С картами, планами, графическими таблицами и рисунками в тексте / Ред. С. Ловцов. СПб., 1870. Т. 1. 844 с.
- Медико-топографическое описание княжеств Молдавии и Валахии Добронравова // Военно-медицинский журнал. 1834. Ч. 24. № 2. С. 189—214.
- Медико-топографическое описание Черниговского, Гродненского и Сосницкого поветов // Военно-медицинский журнал. 1827. Ч. 9. № 2. С. 232—282.
- Медико-топографическое описание Эриванского уезда, сочинение штаб-лекаря А. Бардовского // Военно-медицинский журнал. 1847. Ч. 50. № 1. С. 1—86.
- Медицина в России в XVIII веке // Большая медицинская энциклопедия. URL: http://бмэ.орг/index.php/МЕДИЦИНА_В_РОССИИ_В_18_ВЕКЕ, свободный (последнее обращение 31.07.2021).
- Медицинское наставление для руководства командирам судов, в дальних заграничных и кругосветных плаваниях // Морской сборник. 1860. Т. 47. № 6. Официальные статьи и известия. С. 13—20.

- Мейер Л.* Материалы для географии и статистики России, собранные офицерами Генерального штаба. Киргизская степь Оренбургского ведомства. СПб., 1865. 382 с. разд. паг., 12 л.
- Мерцалов Д. В.* Корабельный медицинский журнал, веденный на 60 пушечном винтовом фрегате «Светлана» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 97—172.
- Мерцалов.* Опыт гигиенической лощи для судов, отправляющихся в кругосветное плавание // Морской сборник. 1863. Т. 68. № 9. Часть неофициальная. С. 3—22.
- Миддендорф А. Ф.* Путешествие на север и восток Сибири. Ч. 2: Север и восток Сибири в естественноисторическом отношении. СПб., 1869. 833 с.
- Миллер Г. Ф.* Известие о северном морском ходе (март 1737) // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды / Ред. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2013. С. 69—95.
- Михайлов С. С.* Медицинская служба русского флота в XVIII веке: материалы к истории отечественной медицины. Л., 1957. 232 с.
- Михель Д. В.* Медицинская антропология: история развития дисциплины. Саратов, 2010. 83 с.
- Михель Д. В.* Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология. Саратов, 2010. 80 с.
- Мицельмахерис В. Г.* Очерки по истории медицины в Литве. Л., 1967. 275 с.
- Мозильнер М.* Homo Imperii: История физической антропологии в России (конец XIX — начало XX вв.). М., 2008. 505 с.
- Моисеев А. И.* Медицинский совет Министерства внутренних дел. Краткий исторический очерк. СПб., 1913. II, 42 с.
- Морской Устав. СПб., 1853. IV, 272 с.
- Н. П.* Поездка к Ледовитому морю, Фр. Белявского — Поездка в Якутск, изд. Н.Щ. (Окончание) // Московский телеграф. 1833. Ч. 52. № 13. С. 76—106.
- Наказ чинам и служителям земской полиции, 3 июня 1837 года // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1837. Т. 12. № 10306. С. 489.
- Народное здравие // Друг здравия. 1836. №1. С. 1—6.
- Наставление губернаторам. 21 апреля 1764 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 16. № 12137. С. 716—720.
- Наумова Ю. А.* Ранение, болезнь и смерть: Русская медицинская служба в Крымскую войну 1853—1856 гг. М., 2010. 320 с.
- Нейдинг И.* Медицинские общества России. М., 1897. 83 с.
- Несчастливцев А. А.* К этиологии зоба и кретинизма. Замечания членов // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 2. С. 116—138.
- Никитин А. Н.* Краткий обзор состояния медицины в России в царствование императрицы Екатерины II, составленный доктором медицины, статским советником Александром Никитиным. СПб., 1855. 94 с.
- Новая имперская история постсоветского пространства / Ред. И. Герасимов, С. Глебов, А. Каплуновский. Казань, 2004. 656 с.
- Новосельский С. А.* Предмет и содержание отечественной санитарной статистики в досоветский период ее развития. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0499/argiv02.php> (последнее обращение 29.09.2021).

- Новосельский С. А. Численность врачей в России и западноевропейских государствах // Вестник С.-Петербургского врачебного общества взаимной помощи. 1910. Вып. 19—20. С. 3—6.
- Ноткин Е. Л. Картограмма // Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М., 1979. Т. 10. С. 540—541.
- О доставлении в С.-Петербурге физикату, в Москве — медицинской конторе, а в других местах врачебным управам ведомостей о числе больных, 22 июля 1842 года // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1843. Т. 17. Отд. 1. № 15880. С. 786.
- О жизненных припасах в медико-полицейском отношении (Продолжение). Водянистые напитки // Военно-медицинский журнал. 1830. Ч. 15. № 2. С. 144—194.
- О невызове на службу иностранных врачей. 22 октября 1828 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1830. Т. 3. № 2366. С. 923—926.
- О недопускании в российские порты судов, следующих хотя из благополучных заграничных мест, но неимеющих установленных свидетельств. 30 апреля 1818 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 35. № 27359. С. 281—282.
- О нынешнем состоянии города Астрахани // Собрание сочинений, выбранных из месящеслов на разные годы. СПб., 1791. Ч. 7. С. 1—31.
- О положении Кубанской земли, о воде, об атмосфере здешнего климата, о причинах произраждающих повальных болезни в сем краю, о предохранении от оных и лечении, сочинение старшего лекаря Дмитриевского военного госпиталя надворного советника Прохоровича // Военно-медицинский журнал. Ч. 8. 1826. С. 225—242.
- О правилах для вызова иностранных врачей в Российскую службу. 21 апреля 1808 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 30. № 22974. С. 192—198.
- О правилах для принятия приглашенных на службу в военно-сухопутное и морское ведомство, как иностранных врачей, так и врачей, в России находящихся, из отставных и неслуживших. 29 декабря 1827 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1830. Т. 2. № 1664. С. 1121—1123.
- О преобразовании Медицинской части по армии и флоту. 4 августа 1805 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 28. № 21866. С. 1153—1161.
- О присоединении дел медицинской коллегии к ведомству департамента внутренних дел... 31 декабря 1803 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 27. № 21105. С. 1102—1114.
- О составлении корабельных медицинских отчетов // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 395—400.
- О способах для распространения врачебной части в России. 15 июля 1786 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 22. № 16412. С. 632—634.
- О управлении адмиралтейства и верфи и о должностях коллегии адмиралтейской и прочих всех чинов, при адмиралтействе обретающихся. СПб., 1722. 171 с.
- О характере болезней в Грузии и об употреблении средств простонародных, сочинение доктора Рейнгардта // Военно-медицинский журнал. 1834. Ч. 24. № 1. С. 102—123.

- Об издании во Франции журнала морской медицины // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1865. Вып. 5. С. 628—632.
- Об oznачении аптекарям на присланных рецептах времени получения оных, а по изготoвлении лекарства, на сигнатурах, в котором часу отпущено лекарство // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 30. № 22739. С. 4—5.
- Об учреждении медицинских управ. 19 января 1797 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 24. № 17743. С. 287—296.
- Обзор деятельности морского управления в России в первое двадцатипятилетие благополучного царствования государя императора Александра Николаевича, 1855—1880. СПб., 1880. Ч. 2. 995 с.
- Обзор деятельности Общества морских врачей в Кронштадте в течение 1861—1862 года, составленный секретарем Общества Г. Кудриньим // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 1—14.
- Обзор деятельности С. Петербургского общества морских врачей в течение 1859—1860 года, составленный секретарем Общества доктором Бушем // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 3—23.
- Обзор деятельности С. Петербургского общества флотских врачей за четвертый (1861—1862) год его существования, составленный секретарем Общества Галузинским // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 1—15.
- Обзор деятельности С. Петербургского общества флотских врачей за третий (1860—1861) год его существования, составленный секретарем общества Галузинским // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 1—24.
- Обозрение важнейших открытий, теорий и систем Врачебной науки от 1700 до 1790 гг., то есть до издания журнала изобретений // Медико-физический журнал. 1808. Ч. 1. С. 15—76.
- Общее учреждение министерств. 25 июня 1811 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 31. № 24686. С. 686—719.
- Огрызко Е. В.* Состояние и основные направления реформирования медицинской статистики в Российской Федерации: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2011. 515 с.
- Очерки истории отечественной санитарной статистики / Ред. А. М. Мерков. М., 1966. 288 с.
- Палкин Б. Н.* Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716—1868). Новосибирск, 1967. 579 с.
- Палкин Б. Н.* Реформы в области организации медицинского дела в России в конце XVIII века // Советское здравоохранение. 1981. № 3. С. 67—70.
- Палкин Б. Н.* Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М., 1959. 272 с.
- Паллас П. С. Путешествие по разным провинциям Российской империи. СПб., 1770. [9], 657, 116 с. Т. 1.
- Парсамов В. С.* Михаил Михайлович Сперанский // Сперанский М. М. Избранное / Сост. В. С. Парсамов. М., 2009. 776 с.
- Пашино П. И.* Туркестанский край в 1866 году: Путевые заметки. СПб., 1868. [8], 176, [5] с., 21 л.

- Пекарский П. П. Наука и литература в России при Петре Великом. Т. 1. СПб., 1862. 578 с.
- Первый доклад постоянной санитарной комиссии Общества врачей в г. Казани // Приложение к протоколам Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 1—16.
- Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины. М., 1962. 302 с.
- Петров Ф. А. Формирование системы университетского образования в России. М., 2002—2003. Т. 1—4.
- Пироговская М. Миазмы, симптомы, улики: запахи между медициной и моралью в русской культуре второй половины XIX века. СПб., 2018. 391 с.
- Писарькова Л. Ф. Государственное управление России с конца XVII до конца XVIII века. М., 2007. 743 с.
- Письмо издателя // Друг здоровья. 1833. № 46. С. 347.
- Письмо М. Нечаева // Друг здоровья. 1833. № 41. С. 324.
- Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. История здравоохранения до-революционной России (конец XVI — начало XX вв.) / Ред. Р. У. Хабриев. М., 2014. 248 с.
- Положение для воспитанников, при Виленском университете, к образованию в медицинской части назначаемых // Сборник постановлений по Министерству народного просвещения. СПб., 1864. Т. 1. Стб. 408—412.
- Положение о классах медиков, ветеринаров и фармацевтиков и о производстве их в чины. 24 мая 1834 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1835. Т. 9. Ч. 1. № 7118. С. 397—402.
- Положение о чинах военно-медицинского ведомства // Медико-статистические известия. 1843. Июль. С. 25—26.
- Полунин А. И. Страхов Петр Илларионович // Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Московского университета. М., 1855. Ч. 2. С. 471.
- Портер Р. Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Ред. Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина. СПб., 2008. С. 41—72.
- Постановление об охране российских берегов на Балтийском и Белом морях от внесения в оныя заразительных болезней. 25 мая 1816 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 33. № 26285. С. 856—861.
- Приказ Управляющего Морским министерством № 249. 10-го ноября, 1858 // Морской сборник. 1859. Т. 39. № 1. Официальные статьи и известия. С. 18—22.
- Примечание // Военно-медицинский журнал. 1828. Ч. 11. № 3. С. 457.
- Пристанкова Н. И. Систематизация врачебно-санитарного законодательства в первой половине XIX века // Известия российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. Аспирантские тетради. 2007. Т. 20. № 9. С. 95—99.
- Продолжение известий о сестрах Крестовоздвиженской общины попечения о раненых в Крыму // Морской Сборник. 1855. Т. 14. № 2. Официальные статьи и известия. С. 366—376.
- Прозоров Г. М. Материалы для истории Медико-хирургической академии, в память 50-летия ее собранные. СПб., 1850. 449 с.

- Протокол годового заседания Общества врачей в г. Казани 2 января 1871 года. № 1 // Протоколы и труды Общества врачей г. Казани. 1871. Казань, 1872. С. 5—27.
- Протокол годового заседания Общества врачей в г. Казани 6 апреля 1870 года. № 1 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 1—4.
- Протокол годовичного заседания общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 15. С. 121—124.
- Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 10 ноября 1872 года. № 13 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1872. С. 101—121.
- Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 12 мая 1870 года. № 4 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 35—47.
- Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 19 мая 1870 года. № 5 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 48—63.
- Протокол заседания Общества врачей в г. Казани 27 апреля 1870 года. № 2 // Протоколы Общества врачей г. Казани. Казань, 1870. С. 5—26.
- Протокол заседания Общества врачей г. Казани 1 апреля 1871 г. № 5 // Протоколы и труды Общества врачей г. Казани. 1871. Казань, 1872. С. 81—94.
- Протокол заседания Общества врачей г. Казани 1 сентября 1872 года // Протоколы заседаний Общества врачей г. Казани. 1872. Казань, 1872. С. 61—82.
- Протоколы заседаний общества Нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 8. С. 67—72.
- Протоколы заседаний общества Нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 10. 83—86.
- Протоколы заседаний общества нижегородских врачей // Нижегородские губернские ведомости. 1864. № 43. 325—328.
- Прохоров Б. Б.* Положение медицинской географии в системе наук // Руководство по медицинской географии / Ред А. А. Келлер, О. П. Щепин, А. В. Чаклин. СПб., 1993. С. 28—45.
- Прусаков.* Медицинский корабельный журнал, веденный на пароходе «Алушта», с 4-го апреля по 15-е ноября 1862 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 241—253.
- Пухлянко.* Об устройстве машинного отделения и судового лазарета // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1864. Вып. 4. С. 352—354.
- Пятидесятилетие Общества морских врачей в Санкт-Петербурге. СПб., 1908. 159 с.
- Разные сведения, относящиеся к экспедиции Чичагова [...] // Записки Гидрографического департамента Морского министра. 1851. № 9. С. 108—147.
- Рапорт Дм. Лаптева Адмиралтейств-коллегии о неудачных попытках выйти в Северный Ледовитый океан летом 1736, 27.1.1738 // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2013. С. 489—491.
- Рапорт подлекаря Гинтера Шпанбергу с просьбой отпустить вино на лечение больных цингой, 21.1.1737 // Вторая камчатская экспедиция. Документы 1737—1738. Морские отряды / Сост. Н. Охотина-Линд, П. У. Мёллер. СПб., 2013. С. 48.
- Рапчинский.* Медицинский журнал о плавании в Каспийском море парохода «Дербент», в 1860 и 1861 годах // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. № 3. С. 112—129.

- Рафалович А. А.* Движение народонаселения и общественное здоровье в Одессе в 1843 году // Новороссийский календарь. 1845. Одесса, 1844.
- Рейнке М.* Экспедиция подпоручика Пахтусова для описи восточного берега Новой Земли в 1832 и 1833 гг. // Записки гидрографического департамента. 1842. № 1. С. 1—246.
- Рецензия врачебных сочинений // Друг здравия. 1833. № 11. С. 113—115.
- Речь, произнесенная 9 июля 1832 года, при выпуске лекарей из Императорской медико-хирургической академии, той же академии профессором и ученым секретарем А. Чаруковским // Друг здравия. 1833. № 8. С. 57.
- Розенберг.* Приглашение // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 258—259.
- Рубцова С. С.* Градостроительная эволюция Астрахани. Кн. 1. Строительная история. Ульяновск, 2017. 448 с.
- Рубцова С. С.* Градостроительная эволюция Астрахани. Кн. 2. Градообразующие элементы. Ульяновск, 2017. 496 с.
- Русская литература и медицина. Тело, предписания, социальная практика / Ред. К. Богданов, Ю. Мурашов, Р. Николози. М., 2006. 500 с.
- Рыбушкин М. С.* Записки об Астрахани. М., 1841. 221 с.
- Рычков Н. П.* Дневные записки путешествия капитана Николая Рычкова в Киргизкайсацкой степи 1771 году. СПб., 1772. 104 с.
- Рычков П. И.* Топография Оренбургской губернии. СПб., 1762. Ч. 1. VIII, 405, [1] с.
- Рычков С. Ю.* Обзор условных знаков при топографической съемке и картографировании местности русскими военными топографами в эпоху наполеоновских войн. URL: <https://www.borodino.ru/wp-content/uploads/2017/09/Rychkov.pdf> (последнее обращение 10.11.2020).
- Садков П.* Медицинский журнал, веденный на винтовом 2-х пушечном корвете «Баян» в кампанию с 1-го июня 1858 по 4-е сентября 1859 года // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 105—145.
- Самоорганизация российской общественности в последней трети XVIII — начале XIX в. / Отв. ред. А. С. Туманова. М., 2011. 886 с.
- Сборник распоряжений по Министерству народного просвещения. 1835—1849. Т. 2. СПб., 1866. С. 950.
- Сельский полицейский устав для государственных крестьян // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 2-е]. СПб., 1839. Т. 14. № 12165. С. 287.
- Серебряков А. А.* О санитарном состоянии Тетюшского уезда (Казанской губернии) // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 2. С. 139—213.
- Сигал Б. С.* Первые медико-топографические описания в России // Вопросы гигиены. 1949. № 1. С. 175—208.
- Сидоров М. К.* Север России. СПб., 1881. 239 с.
- Симонов Л. Н.* Из наблюдений о скорбуте: Диссертация на степень д-ра медицины. СПб., 1865. 52 с.
- Склярова Е. К.* Становление системы общественного здравоохранения в Великобритании (конец XVIII в. — 1854 г.): Дисс. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2002. 229 с.
- Снегирев В. Ф.* Общественное здоровье в Тульской губернии на основании статистических данных // Архив судебной медицины и общественной гигиены. 1867. № 1. Отд. III. С. 1—58.

- Собольщиков П. И.* Общественное здоровье в Тифлисе // Кавказский календарь на 1852. Тифлис, 1852.
- Собрание российских законов о медицинском управлении с 1640 по 1826 г. включительно / сост. Е. Петров. СПб., 1826. Ч. 1. 578 с.
- Соколов А. П.* Астрахань в ее прошлом и настоящем // Журнал МВД. 1845. Ч. 12. № 12. С. 363—397.
- Сосин В. В.* История военно-морской медицины русского и советского военно-морского флота. Л., 1989. 134 с.
- Сосин В. В.* История отечественной военно-морской медицины в датах и фактах. СПб., 1996. 236 с.
- Сосфенов М. И.* Заметка о перемежной лихорадке // Труды общества врачей г. Казани. 1872. Вып. 1. С. 37—40.
- Софроницкий.* Медицинский журнал, о заграничном плавании 10-ти пушечного винтового корвета «Боярин» // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. № 3. С. 16—64.
- Справка. Извлечение из доклада о преобразовании губернских врачебных учреждений // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной Комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Т. 2. С. 1—40.
- Стародомский.* Несколько слов о Сухуме, климате его, естественных произведениях и господствующих болезнях. Из мед. журнала на корвете «Зубр» 1859 г. // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1861. Вып. 1. С. 110—124.
- Стародомский.* Об устройстве и гигиеническом содержании судна // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1865. Вып. 5. С. 543—545.
- Статистический ежегодник России. 1913 г. Издание ЦСК МВД. СПб., 1914.
- Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н.* История и философия медицины. Научные революции в медицине XVII—XXI вв. М., 2020. 375 с.
- Стогова А. В.* Дружеские отношения в медицинском дискурсе в конце XVI—XVII веке // Диалог со временем. 2010. № 33. С. 34—58.
- Сточик А. М., Затравкин С. Н., Астахова Е. Ю.* К истории возникновения медицинских институтов при российских университетах. Сообщение 1. История создания Медицинского института при Виленском университете // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 2. С. 48—50.
- Сточик А. М., Затравкин С. Н., Астахова Е. Ю.* К истории возникновения медицинских институтов при российских университетах. Сообщение 2. Возникновение идеи создания системы медицинских институтов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 3. С. 50—53.
- Сточик А. М., Затравкин С. Н.* От классификационной медицины к медицине клинической (конец XVIII — 70-е гг. XIX века). Сообщение 4. Состояние лечебного дела в конце XVIII — первой половине XIX века // Терапевтический архив. 2011. № 12. С. 78—80.
- Сточик А. М., Затравкин С. Н.* От классификационной медицины к медицине клинической (конец XVIII — 70-е гг. XIX века). Сообщение 5. Реформирование лечебного дела в 40-х — 60-х гг. XIX века // Терапевтический архив. 2012. № 1. С. 69—73.
- Сточик А. М., Затравкин С. Н., Сточик А. А.* Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций. М., 2013. 136 с.

- Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. М., 2001. 368 с.
- Сточик А. М., Пальцев М. А., Затравкин С. Н. Московский университет в реформе медицинского образования 40—60-х годов XIX века. М., 2004. 288 с.
- Тимрот. Медицинский журнал, составленный во время кругосветного плавания винтовых корветов: «Рында», «Гриден» и клипера «Опричник» в 1858—1860 году // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1862. Вып. 2. С. 64—104.
- Тихонов Д. Г. Арктическая медицина. М., 2010. 328 с.
- Торопов Н. И. Опыт медицинской географии Кавказа относительно перемежающихся лихорадок. СПб., 1864. 416 с.
- Укке Ю. Предложение об учреждении нозогеографического общества // Московская медицинская газета. 1861. № 36. С. 297—304.
- Ульянова Г. Н. Здоровоохранение и медицина // Россия в начале XX века. М., 2002. С. 624—651.
- Университет в Российской империи XVIII — первой половины XIX веков / Ред. А. Ю. Андреев, С. И. Посохов. М., 2012. 671 с.
- Устав всем ведомства Государственной медицинской коллегии докторам, лекарям и повивальным бабкам. 20 сентября 1789 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 23. № 16805. С. 78—80.
- Устав о морских военных госпиталях. СПб., 1859. 39 с.
- Устав общества врачей в городе Казани. Казань, 1868. 4 с.
- Устав пограничных и портовых карантин. 7 июля 1800 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 26. № 19476. С. 198—225.
- Учреждения для управления губерний всероссийской империи, 7 ноября 1775 // Полное собрание законов Российской империи. [Собрание 1-е]. СПб., 1830. Т. 20. № 14392. С. 253.
- Фельдман Е. С. Очерки истории медико-географического картирования в связи с развитием идеи медицинской географии // Доклады отделений и комиссий Географического общества СССР. Л., 1968. С. 69—70.
- Феофанов А. М. Ученые степени в Московском университете во второй половине XVIII в. // Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Сер. II: История; История Русской Православной Церкви. 2011. № 4 (41). С. 7—14.
- Феофанов А. М. Студенчество Московского университета XVIII — первой четверти XIX века. М., 2011. 253 с.
- Фонсагрив Ж.-Б. Морская гигиена: Рассуждение о влиянии физических и нравственных условий, в которых моряк находится по роду своей службы и о мерах для сохранения его здоровья. СПб., 1860. 2, XXII, 981 с.
- Франк И. Всеобщая практическая медицина. М., 1825—1826. Кн. 1—2.
- Франк И. Основание патологии по законам теории возбуждения. М., 1812. 267 с.
- Фукс К. Замечания о Холере, свирепствовавшей в городе Казани в течение сентября и октября месяцев 1830 года // Казанский вестник. 1831. С. 218—252.
- Хохряков. Медицинский очерк плавания 131-го пушечного корабля «Синоп» в 1861 г. // Медицинские прибавления к Морскому сборнику. 1863. Вып. 3. С. 100—111.

- Циркулярное предписание г. министра внутренних дел г. гражданским губернаторам // Медико-статистические известия. 1842. Октябрь. С. 57.
- Чаруковский А. Военно-походная медицина в пяти частях. СПб., 1836. Ч. 1. 311 с.
- Чаруковский А. А. Военно-походная медицина: В 5 ч. СПб., 1836—1837.
- Чаруковский Я. Замечание о перемежающейся лихорадке, эндемически господствующей в Молдавии и ее окрестностях // Военно-медицинский журнал. 1829. Ч. 13. № 2. С. 247—264.
- Четыркин Р. С. Медико-топографическое описание Закавказского края, Бессарабии, Молдавии, Валахии и Булгарии // Военно-медицинский журнал. 1833. Ч. 21. № 1. С. 3—26.
- Четыркин Р. С. Опыт военно-медицинской полиции, или Правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе. СПб., 1834. [6], VIII, 194 с.
- Чистович Я. История первых медицинских школ в России. СПб., 1883. 1040 с.
- Чистович Я. А. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. СПб., 1870. 416 с.
- Чупров А. И. Статистика как связующее звено между естествознанием и обществоведением. М., 1894. 11 с.
- Шевырев А. П. Русский флот после Крымской войны: либеральная бюрократия и морские реформы. М., 1990. 184 с.
- Шершавкин С. В. История отечественной судебно-медицинской службы. М., 1968. 184 с.
- Шкунов В. Н. Карантинный дом на острове Сескаре // Гигиена и санитария. 1996. № 3. С. 47—49.
- Шлюмбом Ю. «Беременные находятся здесь для нужд учебного заведения». Больница Геттингенского университета в середине XVIII — XIX веках // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Ред. Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина. СПб. 2008. С. 73—103.
- Шрадер Т. А. Немецкие врачебные общества в Санкт-Петербурге (XIX в.) // Немцы в Санкт-Петербурге. Биографический аспект. XVIII — XX вв. Вып. 7. СПб., 2012. С. 130—136.
- Штылько А. Астраханская летопись. Исторические известия, события, постановления правительственных и друг. учреждений и факты из общественной жизни г. Астрахани с 1554 г. по 1896 г. включительно. Астрахань, 1897. 126 с.
- Щепин О. П., Ермаков В. В. Международный карантин. М., 1982. 319 с.
- Щенотьев Н. К. Чумные и холерные эпидемии в Астраханской губернии. Казань, 1884. 164 с.
- Щербаков А. Об исследовании причин каменной болезни в Казанской губернии // Извлечения из протоколов Общества врачей в г. Казани за 1868 и 1869 годы. Казань, 1870. С. 11—13.
- Эверсман Э. А. Естественная история Оренбургского края. Оренбург, 1840. Ч. 1. 12, IV, 99 с.
- Эйлер Я. Б. Цынга // Реальная энциклопедия медицинских наук. СПб., 1897. Т. 20. С. 399—417.
- Эйлер Я. Б. Цынга // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Т. 38. СПб., 1903. С. 309—311.
- Эйрие Ж. Б. Живописное путешествие по Азии, составленное на французском языке под руководством Эйрие и украшенное гравюрами. М., 1839. Т. 1. 96 с.
- Энгельгардт А. П. Русский Север. Путевые записки. СПб., 1897. 258 с.

- Энегольм И. И. Карманная книга военной гигиены, или Замечания о сохранении здоровья русских солдат. СПб., 1813. 239 с.
- Энегольм И. И. Карманная книга военной гигиены, или Замечания о сохранении здоровья русских солдат. СПб., 1813. 4, XI, 239, [4] с.
- Эспенберг К. Замечания по врачебной части, учиненные во время путешествия Г. Эспенбергом // Путешествие вокруг света в 1803, 4, 5 и 1806 годах / А. Ф. Крузенштерн. СПб., 1812. Ч. 3. С. 281—332.
- Яблоновский И. М. Русская военно-морская медицинская литература // Военно-морской врач. 1945. № 4. С. 69—74.
- Ягмин А. Киргиз-кайсацкие степи и их жители. СПб., 1845. 2, VIII, 77 с., 18 л.
- Яковенко В. А. Финансы и статистика в материалах комиссии Г. Е. Рейна // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 2. С. 326—331.
- Якушев А. Н. Организационно-правовой анализ подготовки научных кадров и присуждения ученых степеней в университетах и академиях России (1747—1918): история и опыт реализации: Дисс. ... канд. юрид. наук. СПб., 1998. 510 с.
- Яроцкий И. Замечания об Александрии, Смирне и Константинополе в физическом и медицинском отношениях, извлеченные из сочинения Доктора Лю Обера «О чуме» // Журнал МВД. 1841. Ч. 39. Кн. 1. С. 107—142.
- Яроцкий С. Краткое медико-топографическое описание Джурсалинских минеральных вод // Друг здравия. 1835. № 22—23. С. 175—176, 183—184.
- „Auch in Moskwa habe ich Ursache zufrieden zu sein“: Christian von Schlozers Privatkorrespondenz mit der Familie. Akademische Lebenswelten, Wissen- und Kulturtransfer in Russland am Beginn des 19. Jahrhunderts / Hsg. A. Kaplunovskiy. Berlin: LIT Verlag, 2014. 485 s.
- Afanasyeva A. Quarantines and Copper Amulets: The Struggle against Cholera in the Kazakh Steppe in the Nineteenth Century // *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. 2013. Vol. 61. № 4. P. 489—512.
- Afanasyeva A. Russian Imperial Medicine: the Case of the Kazakh Steppe // *Crossing Colonial Historiographies* / Ed. A. Digby, W. Ernst, P. B. Mukharji. Newcastle: Cambridge Scholars, 2010. P. 57—76.
- Afanasyeva A., Renner A., Vishlenkova E. Medical Geography in Tsarist Russia: A Transnational Concept at the Service of the Empire, 1770—1870 // *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. 2021. № 4 (forthcoming).
- Alexander J. T. Bubonic Plague in Early Modern Russia. Public Health and Urban Disaster. Oxford: Oxford University Press, 2002. 408 p.
- Alexander J. T. Catherine the Great and Public Health // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1981. Vol. 36. № 2. P. 185—204.
- Amburger E. Beiträge zur Geschichte der Deutsch-Russischen Kulturellen Beziehungen. Giessen: Schmitz in Komm., 1961. 277 s.
- Annesley J. Researches into the Causes, Nature, and Treatment of the More Prevalent Diseases of India, and of Warm Climates Generally: Illustrated with Cases, Post Mortem Examinations, and Numerous Coloured Engravings of Morbid Structures. London, 1828. Vol. 1—2.
- Arbuthnot J. An Essay Concerning the Effects of Air on Human Bodies. London, 1733. XI, (2), 224 p.

- Armstrong A.* Observations on Naval Hygiene and Scurvy, More Particularly as the Latter Appeared during a Polar Voyage. London: John Churchill, 1858. 117 p.
- Armstrong T., Bulatov V., Nielsen J. P., Okhuizen E.* Historical and Current Uses of the Northern Sea Route. Parts I—IV. INSROP Working Papers. 1996 (№ 28), 1996 (№ 61), 1997 (№ 84), 1998 (№ 113).
- Arnold D.* Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India. Berkeley; London: University of California Press, 1993. 368 p.
- Arnold D.* Tropical Medicine Before Manson // Warm Climates and Western Medicine: the Emergence of Tropical Medicine, 1500—1900 / Ed. D. Arnold. Amsterdam: Rodopi, 1996. P. 1—19.
- Astrup P.* Salt and Water in Culture and Medicine. Copenhagen: Munksgaard, 1993. 287 p.
- Bacheracht H.* Dissertation hygiénique sur la conservation des gens de mer et surtout de la marine impériale russe, du dr. André Bacheracht, conseiller de Collège et premier médecin de la flotte impériale. St. Pétersbourg, 1791. 150 p.
- Bacheracht H.* Dissertation pratique sur le scorbut pour l'usage des chirurgiens de l'armée et de la flotte impériale russe. Reval, 1787. 88 p.
- Bacheracht H.* Pharmacopoea navalis Rossica aut Catalogus omnium necessariorum medicamentorum quae secundum ordinem navium classicarum pro itinere semestri in scrinio navali habere, oportet revisa et approbata a Collegio Medico Imperiali. Petropoli, 1784. 60 p.
- Bacheracht H.* Physisch-diätetische Anleitung, die Gesundheit der Seeleute zu erhalten, besonders, für die russisch-kaiserl. Marine. St. Petersburg, 1790. [XVI], 142 s.
- Bacheracht H.* Practische Abhandlung über den Scharbock, zum Gebrauche der Wundärzte bei der russisch-kayserslichen Armee und Flotte. St. Petersburg, 1786. 85 s.
- Barrett F. A.* Disease and Geography: The History of an Idea. Toronto, Ontario: Geography Department, York University, 2000. 571 p.
- Barrett F. A.* Finke's 1792 Map of Human Diseases: The First World Disease Map? // Social Science & Medicine. 2000. № 50. P. 915—921.
- Becker E. M.* Medicine, Law and the State in Imperial Russia. Budapest; New York: Central European University Press, 2011. 413 p.
- Bewell A.* Romanticism and Colonial Disease. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999. 356 p.
- Bieliński J.* Uniwersytet Wileński (1579—1831). Krakow, 1899. T. 2. 845 s.
- Black P.* Scurvy in High Latitudes: An Attempt to Explain the Cause of the "Medical Failure" of the Arctic Expedition of 1875—6. London: Smith, Elder & Co, 1876. 14 p.
- Bojczuk H.* Księgozbiór Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Latach 1821—1944 // Z Badań nad Polskimi Księgozbiorami Historycznymi. 1997. Z. 18. S. 175—182.
- Bojczuk H.* Towarzystwo Medyczne Wileńskie — Pierwsze Półwiecze (1805—1850): Zarys Dziejów // Medycyna Nowożytna. 2000. T. 7. № 2. S. 75—85.
- Bokiewicz L.* Opis Powiatu Radzyńskiego pod Względem Topograficzno-Historycznym, Statystycznym, Hygienicznym i Lekarskim (Dokończenie) // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1872. T. 68. № 6. S. 659—688.
- Bokiewicz L.* Okolice z nad Liwca i Bugu pod Względem Lekarskim w roku 1861 // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1862. T. 48. № 2. S. 126—141.

- Bokiewicz L. Okolice z nad Liwca i Bugu pod Wzggdem Lekarskim w roku 1861 (Dokończenie) // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1862. T. 48. № 3. S. 195—206.
- Bondt J. An Account of the Diseases, Natural History, and Medicines of the East Indies. Translated from the Latin of James Bontius, Physician to the Dutch Settlement at Batavia. To which are added annotations by a Physician. London: T. Noteman, 1769 (1642). XVI, 231, [1] p.
- Booker J. Maritime Quarantine: The British Experience, c. 1650—1900. Hampshire: Ashgate, 2007. 644 p.
- Boyle R. The General History of the Air, Designed and Begun by the Hon. Robert Boyle Esq. London: Awnsham and John Churchill, 1692. XII, 259, [1] p.
- Brockliss L., Jones C. The Medical World of Early Modern France. Oxford: Clarendon Press, 1997. XXII, 960 p.
- Brückner A. Die Aerzte in Russland bis zum Jahre 1800, ein Beitrag zur Geschichte der Europäisirung Russlands. St. Petersburg, 1887. 80 s.
- Brügelmann J. Observations on the Process of Medicalization in Germany, 1770—1830, Based on Medical Topographies // Historical Reflections. 1982. Vol. 9. № 1—2. P. 131—149.
- Bunnell J. E., Finkelman R. B., Centeno J. A., Selinus O. Medical Geology: a globally emerging discipline // Geologica Acta. 2007. Vol. 5. № 3. P. 273—281.
- Carpenter K. J. The History of Scurvy and Vitamin C. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. 336 p.
- Cassedy H. J. American Medicine and Statistical Thinking, 1800—1860. Cambridge: Harvard University Press, 1984. 306 p.
- Chakrabarti P. Medicine and Empire: 1600—1960. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2014. 280 p.
- Choński K. Uwagi nad Naturą, Działaniem i Użyciem Wód Druskienickich // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1841. T. 5. № 2. S. 157—185.
- Convertito C. The Health of British Seamen in the West Indies, 1770—1806. Phd Diss. Exeter, 2011. 339 p.
- Cook H. Practical Medicine and the British Armed Forces after the “Glorious Revolution” // Medical History. 1990. Vol. 34. № 1. P. 1—26.
- Cooper D. B., Kiple K. F. Yellow fever // The Cambridge World History of Human Disease / Ed. K. F. Kiple. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. P. 1100—1107.
- Crimmin P. K. British Naval Health, 1700—1800: Improvement over Time? // Clio Medica. 2007. Vol. 81. P. 183—200.
- Crimmin P. K. The sick and hurt board and the health of seamen c. 1700—1806 // Journal for Maritime Research. 1999. № 1. P. 48—65.
- Crozier A. Practising Colonial Medicine: The Colonial Medical Service in British East Africa. London; New York: I. B. Tauris, 2007. 240 p.
- Curtin P. The “White Man’s Grave”: Image and Reality, 1780—1850 // Journal of British Studies. 1961. Vol. 1. № 1. P. 94—110.
- de Mertens C. An account of the plague which raged at Moscow, in 1771. London: St. Paul’s Church-Yard, 1799. X, 48, 65—122 p.
- Descriptio plantarum quarundam partim minus cognitarum astrachanensium et Persiae provinciarum Caspio mari adiacentium iuxta methodum sexualem excellentissimi domini archiatri Caroli de Linne // Acta Physico-Medica Academiae Caesareae Leopoldino-Carolinae Naturae Curiosorum. 1773. № 5. F. 161—206.

- Desrosières A.* The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning. Cambridge: Harvard University Press, 1998. 368 p.
- Die Feier des 50-jährigen Bestehens des deutschen ärztlichen Vereins in St.-Petersburg // St.-Petersburger Medizinische Zeitschrift. 1869. Bd 15. S. 351.
- Die Medizinischen Gesellschaften St.-Petersburgs // St.-Petersburger Medizinische Zeitschrift. 1862. Bd 2. S. 268.
- Digby A.* Making a Medical Living: Doctors and Patients in the English Market for Medicine, 1720—1911. New York: Cambridge University Press, 1994. 348 p.
- Dinges M.* Kann man medizinische Aufklärung importieren? Kulturelle Probleme im Umfeld deutscher Ärzte in Rußland in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts // Migration nach Ost- und Südosteuropa vom 18. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts. Ursachen, Formen, Verlauf, Ergebnis / Hsg. M. Beer und D. Dahlman. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1999. S. 209—234.
- Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion / Eds R. MacLeod and M. Lewis. London: Routledge, 1988. XII, 339 p.
- Dumschat S.* Ausländische Mediziner im Moskauer Rußland. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2005. 750 s.
- Eiden Ch.* Hygiene in der Stadt Essen im 19. Jahrhundert am Beispiel der Wasserversorgung und Abwasserbewirtschaftung // Hygiene und Kultur / Hsg. H. W. Ingenisep, W. Popp. Essen: Idib-Verlag, 2012. S. 113—122.
- Emch M., Root E. D., Carrel M.* Health and Medical Geography. New York: The Guilford Press, 2017. 517 p.
- Ende M.* Jim Knopf und Lukas der Lokomotivführer. München: Bertelsmann, 1995. 254 s.
- Ernst W.* Beyond East and West. From the History of Colonial Medicine to a Social History of Medicine(s) in South Asia // Social History of Medicine. 2007. Vol. 20. № 3. P. 505—524.
- Extrait des observations meteorologiques de Mr. le Dr. Lerch faites a Astracan pendant l'hyver de 1745. a 1746. et l'ete suivant // Histoire de l'Academie Royale des Sciences et des Belles Lettres annee MDCCXLVI. 1748. P. 257—264.
- Eyles J., Woods K. J.* The Social Geography of Medicine and Health. London: Routledge, 2016. 260 p.
- Fee E., Brown T.* The Public Health Act of 1848 // Bulletin of the WHO. 2005. № 83(11). P. 866—867.
- Fink G.-L.* Diskriminierung und Rehabilitierung des Nordens im Spiegel der Klimatheorie // Imagologie des Nordens / Hsg. A. Arndt. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften. 2004. S. 45—107.
- Finke L. L.* Versuch einer allgemeinen medicinisch-practischen Geographie: worin der historische Theil der einheimischen Völker- und Staaten-Arzneykunde vorgetragen wird. Leipzig: Weidmannsche Buchhandlung, 1792. XL, 792 s.
- Fonssagrives J.-B.* Traité d'hygiène navale, ou De l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre et des moyens de conserver sa santé. Paris: J.-B. Baillière, 1856. XX, 770 p.
- Frank J.* Historia prawdziwego trądu razem z kołtunem w iedney i teyże samey osobie // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1821. T. 2. S. 151—156.
- Frank J.* O chorobie zwany koklusz // Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi. 1822. T. 1. № 3. S. 373—410.

- Frank J. O szczególniejszym charakterze febr w Litwie panujących // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1821. T. 2. S. 25—38.
- Frank J. O szczególniey postaci choroby weneryczney // Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi. 1822. T. 1. № 1. S. 109—117.
- Frank J. Opisanie tumoru iaiecznika lewego // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 221—224.
- Frank J. Pamiętniki D-ra Józefa Franka, Profesora Uniwersytetu Wileńskiego. Wilno, 1913. T. 1—3.
- Frank J. Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach, od początku roku 1807 aż do roku 1817 // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. 1—78.
- Frieden N. M. Russian Physicians in the Era of Reform and Revolution, 1856—1918. Princeton; New York: Princeton University Press, 1981. 379 p.
- Gibson J. R. European Dependence Upon American Natives: The Case of Russian America // Ethnohistory. 1978. Vol. 25. № 4. P. 359—385.
- Gilbert E. W. Pioneer Maps of Health and Disease in England // The Geographical Journal. 1958. Vol. 124. P. 172—183.
- Guyton-Morveau L.-B. Traité des moyens de désinfecter l'air, de prévenir la contagion et d'en arrêter les progress. Paris: Chez Bernard, 1805. XIV, 441, [3], 31, [1] p.
- Hacking I. Nineteenth Century Cracks in the Concept of Determinism // Journal of the History of Ideas. 1983. Vol. 44. № 3. P. 455—475.
- Hannaway C. Environment and Miasmata // Companion Encyclopedia of the History of Medicine / Eds W. F. Bynum and R. Porter. Vol. 1. London: Routledge, 1993. P. 292—308.
- Harrison M. An 'Important and Truly National Subject': The West Africa Service and the Health of the Royal Navy in the Mid Nineteenth Century // Health and Medicine at Sea, 1700—1900 / Eds D. B. Haycock, S. Archer. Woodbridge: Boydell & Brewer, 2009. P. 108—127.
- Harrison M. Climates and Constitutions: Health, Race, Environment and British Imperialism in India, 1600—1850. New Delhi: Oxford University Press, 1999. XII, 263 p.
- Harrison M. Contagion. How Commerce has Spread Disease. London: Yale University Press, 2013. 400 p.
- Harrison M. Medicine in an Age of Commerce and Empire: Britain and Its Tropical Colonies, 1660—1830. Oxford: Oxford University Press, 2010. 353 p.
- Harrison M. The Tender Frame of Man: Disease, Climate, and Racial Difference in India and the West Indies, 1760—1860 // Bulletin of the History of Medicine. 1996. Vol. 70. № 1. P. 68—93.
- Headley J. M. The Sixteenth-Century Venetian Celebration of the Earth's Total Habitability: The Issue of the Fully Habitable World for Renaissance Europe // Journal of World History. 1997. Vol. 8. № 1. P. 1—27.
- Healers and Empires in Global History. Healing as Hybrid and Contested Knowledge / Eds M. Hokkanen and K. Kananoja. Cham: Palgrave Macmillan, 2019. XI, 279 p.
- Henze C. E. Disease, Health Care and Government in late Imperial Russia. Life and Death on the Volga 1823—1914. London: Routledge, 2010. 248 p.
- Herzberg J. Climate Ideas and the Cold in Russia // The Russian Cold. Histories of Ice, Frost, and Snow / Eds J. Herzberg, A. Renner, I. Schierle. New York: Berghahn Books, 2021. P. 19—46.

- Hillary W.* Observations on the Changes of the Air and the Concomitant Epidemical Diseases, in the Island of Barbados. To Which Is Added a Treatise on the Putrid Bilious Fever, Commonly Called the Yellow Fever; and Such Other Diseases as Are Indigenous or Endemial, in the West India Islands, or in the Torrid Zone. Philadelphia: B.&T. Kite, 1811 (1759). [4], XIII, [2], 16—260, [4] p.
- Hirsch A.* Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Bd 1. Die allgemeinen acuten Infektionskrankheiten. Erlangen: Verlag von Ferdinand Enke, 1860. VIII, 668 s.
- Hirsch A.* Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Stuttgart: Verlag von F. Enke, 1859. VIII, 668 s.
- Houlberg K., Wickenden J., Freshwater D.* Five centuries of medical contributions from the Royal Navy // *Clinical Medicine*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 22—25.
- Howard J.* An Account of the Principal Lazarettos in Europe, With Various Papers Relative to the Plague. London, 1789. VIII, 259, (15) p.
- Hughes R. E.* Scurvy // *The Cambridge World History of Food* / Eds K. F. Kiple, K. C. Ornelas. Vol. 1. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. P. 988—1000.
- Imperial Medicine and Indigenous Societies* / Ed. D. Arnold. Manchester: Manchester University Press, 1988. VIII, 231 p.
- Johann Jacob Lerche, Ruscisch-kaiserlichen Collegienraths, und Doctors der Arzeneywissenschaft, Lebens- und Reise-Geschichte, von ihm selbst beschrieben. Halle, 1791. 488 s.
- Johnson J.* The Influence of Tropical Climates on European Constitutions. New York: Wood, 1846 (1813). 624 p.
- Jordanova L. J.* Earth Science and Environmental Medicine // *Images of the earth. Essays in the history of the environmental sciences* / Eds L. J. Jordanova and R. Porter. Chalfont St. Giles: British Society for the History of Science, 1979. XX, 282 p.
- Kernéis J.-P.* En lisant l'histoire des médecins et des pharmaciens de marine et des colonies, de Pierre Pluchon et ses co-auteurs // *Revue Historique*. 1986. T. 275. Fasc. 2 (558). P. 445—465.
- Klajumaitė V.* The Phenomenon of Plica Polonica in Lithuania: A Clash of Religious and Scientific Mentalities // *Acta Baltica Historiae et Philosophiae Scientiarum*. Vol. 1. № 2. P. 53—66.
- Kluge T., Schramm E.* Wassernöte. Umwelt- und Sozialgeschichte des Trinkwassers. Aachen: Alano-Verlag, 1986. 237 s.
- Koch T.* Cartographies of Disease. Maps, Mapping, and Medicine. Redlands: ESRI Press, 2005. 388 p.
- Kremer A., Rolle J.* Kamieniec. Place i Ulice, Ścieki i Kanały // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1864. T. 51. № 5—6. S. 378—394.
- Krosnowski M.* Wiadomości i Postrzeżenia Topograficzno- i Statysyczno-Lekarskie z Powiatu Lipnowskiego // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1866. T. 56. № 7—8. S. 67—84.
- Krosnowski M.* Wiadomości i Postrzeżenia Topograficzno- i Statysyczno-Lekarskie z Powiatu Lipnowskiego (Dalszy Ciąg) // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1866. T. 56. № 9—10. S. 166—185.
- Kupperman K. O.* Fear of Hot Climates in the Anglo-American Colonial Experience // *The William and Mary Quarterly*. 1984. Vol. 41. № 2. P. 213—240.
- Lane J.* A Social History of Medicine. Health, Healing and Disease in England, 1750—1950. London; New York: Routledge, 2001. 233 p.

- Larkin B.* The Politics and Poetics of Infrastructure // *Annual Review of Anthropology*. 2013. № 42. P. 327—343.
- Laufer C.* “Ohne Experiment, Ohne Mikroskop, ohne Laboratorium“. August Hirsch (1817—1894) und die historisch-geographische Pathologie an der Schwelle zur bakteriologischen Ära. PhD Diss. Heidelberg, 2019. 204 s.
- Lawrence C.* Disciplining Diseases. Scurvy, the Navy and Imperial Expansion, 1750—1825 // *Visions of Empire. Voyages, Botany, and Representations of Nature* / Ed. D. P. Miller. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. S. 80—109.
- Le Brun A.* Sprawozdanie Lekarskie z Czynności Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie Roku 1841 // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1842. T. 7. № 2. S. 157—228.
- Le Brun A.* Zdanie Sprawy z Prac i Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1833 // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1837. T. 1. № 1. S. 1—15.
- Leighly J.* Early Steps in the Classification of Climates // *Yearbook of the Association of Pacific Coast Geographers*. 1974. Vol. 36. № 1. P. 57—70.
- Leslie A.* The Arctic Voyages of Adolf Erik Nordenskiöld. 1858—1879. London: Macmillan and Co., 1879. 447 p.
- Lilienfeld D.* William Farr (1807—1883) — an appreciation on the 200th anniversary of his birth // *International Journal of Epidemiology*. 2007. № 36(5). P. 985—987.
- Lind J.* An Essay on Diseases Incidental to Europeans in Hot Climates. London: Printed for T. Becket and P. A. De Hondt, 1771 (1768). 268 p.
- Lind J.* Treatise on the Scurvy. Edinburgh: Kincaid and Donaldson, 1753.
- Lind J.* Treatise on the Scurvy. In three parts. Containing an Inquiry into the Nature, Causes, and Cure, of that Disease. London, 1772. 512 p.
- List doktora Tadeusza Hreczyny, lekarza skarbowego w mieście Hiżydzie na Kamczatce, pisany pod d. 15 lipca 1817 do profesora Józefa Franka w Wilnie // *Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego*. 1818. T. 1. S. 279—285.
- Lista Imienna Członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1862. T. 48. № 5. S. 338—343.
- Loudon I.* Medical Care and General Practitioner, 1750—1850. Oxford: Oxford University Press, 1986. 354 p.
- Loudon I.* The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth Century England // *Medical History*. 1985. № 20. P. 1—32.
- Madden R.* Travels in Turkey, Egypt, Nubia, and Palestine, in 1824, 1825, 1826, and 1827. London: H. Colburn, 1829. Vol. 1—2.
- Maglen K.* Politics of Quarantine in the XIXth Century // *Journal of the American Medical Association*. 2003. Vol. 290. № 21. P. 28—73.
- Maglen K.* The English System: Quarantine Immigration and the Making of a Port Sanitary Zone. Manchester: Manchester University Press, 2014. X, 240 p.
- Majewski E.* Sprawozdanie Komitetu do Chorób Panujących z Ostatniego Kwartału 1850 r. // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1851. T. 25. № 1. S. 66—79.
- Malthus T. R.* An Essay on the Principle of Population, as It Affects the Future Improvement of Society, with Remarks on the Speculations of Mr. Godwin, M. Condorcet, and Other Writers. London, 1798. 396 p.
- Martin P. M.V., Martin-Granel E.* 2,500-year Evolution of the Term Epidemic // *Emerging Infectious Diseases*. 2006. Vol. 12. № 6. P. 976—980.

- Mathias P.* Swords and Ploughshares: The Armed Forces, Medicine and Public Health in the Late Eighteenth Century // War and Economic Development: Essays in Memory of David Joslin / Ed. J. M. Winder. New York; London: Cambridge University Press, 1975. P. 73—90.
- Mianowski M.* Wiadomość o chorobach, które panowały w Wilnie i w jego okolicach od początku roku 1817 aż do roku 1820 // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1821. T. 2. S. 1—24.
- Miller G.* “Airs, Waters, and Places” in History // Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 1962. Vol. 17. № 1. P. 129—140.
- Mitman G., Numbers R. L.* From Miasma to Asthma: The Changing Fortunes of Medical Geography in America // History and Philosophy of the Life Sciences. 2003. Vol. 25. P. 391—412.
- Morton R. S.* Sibbens of Scotland // Medical History. 1967. Vol. 11. № 4. P. 374—380.
- Moulin A. M.* Tropical Without the Tropics: The Turning-Point of Pastorian Medicine in North Africa // Warm Climates and Western Medicine: the Emergence of Tropical Medicine, 1500—1900 / Ed. D. Arnold. Amsterdam: Rodopi, 1996. P. 160—180.
- Mühry A.* Die geographischen Verhaeltnisse der Krankheiten, oder Grundzuege der Noso-Geographie. Leipzig: Heidelberg: C. F. Winter'sche Verlagshandlung, 1856. Th. 1. 224 s.
- Mühry A. A.* Die Geographischen Verhaeltnisse der Krankheiten, oder Grundzuege der Noso-Geographie. Leipzig: Heidelberg: C. F. Winter'sche Verlagshandlung, 1856. Vol. 2. 284 s.
- Müller-Dietz H. E.* Ärzte zwischen Deutschland und Rußland: Lebensbilder zur Geschichte der medizinischen Wechselbeziehungen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1995. 187 s.
- Müller-Dietz H. E.* Der russische Militärarzt im 18. Jahrhundert. Berlin: Osteuropa-Institut, 1970. 188 s.
- Mylo E.* Sprawozdanie (Skrócone) Naczelnego Lekarza Braci Milosierdzia w Warszawie z roku 1840 // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1842. T. 7. № 2. S. 229—232.
- Nathanson L.* Obraz Epidemiologiczny Królestwa Polskiego za Miesiąc Marzec 1867 roku / Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1867. T. 57. № 5. S. 350—355.
- Nikolow S.* Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit. «Kurvenlandschaften» in Gesundheitsausstellungen am Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland // Infografiken, Medien, Normalisierung. Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften / Hsg. U. Gerhardt, J. Link, E. Schulte-Holtey. Heidelberg: Synchron, 2001. S. 223—241.
- Nikolow S.* Statistische Bilder der Bevölkerung in den großen Hygieneausstellungen als Wissensobjekte // Das Konstrukt «Bevölkerung» vor, im und nach dem «Dritten Reich» / Hsg. J. Reulecke. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005. S. 476—488.
- Nitzsch A.* Theoretisch-Practische Abhandlung des Scharbockes, wie sich derselbige vornemlich bey denen Kayserlich-Rußischen Arméen an verschiedenen Orten geäussert und gezeigt hat. St. Petersburg: Kays. Academie d. Wissenschaften, 1747. 93 s.
- Nutton V.* Ancient Medicine. London: Routledge, 2013. 488 p.
- Nutton V.* The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance // Medical History. 1983. Vol. 27. P. 1—34.

- O badaniach Topograficzno-Lekarskich Kraju Naszego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1863. T. 49. № 6. S. 395—398.
- Oddział Balneologii. Posiedzenie 1-e z Dnia 9 Maja 1870 r. // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1870. T. 64. № 1. S. 14—16.
- Orraei G.* Descriptio pestis, quae anno 1770 in Jassia et 1771 in Mosqua grassata est. Petropoli, 1784. 252 p.
- Osborne M. A.* The Emergence of Tropical Medicine. Chicago: University of Chicago Press, 2014. 328 p.
- Parerga medica conscripta a Damiano Sinopeo medico ordinario marini nosocomii cronstandiensi.* Petropoli: [Acad. Scientiarum], 1735. XVI, 386 p.
- Pitzer A.* Icebound: Shipwrecked at the Edge of the World. New York: Scribner, 2021. 320 p.
- Plica Polonica* // Encyclopedie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers / Eds D. Diderot, J. L. D'Alembert. Genève, 1779. T. 26. P. 234—239.
- Porter R.* A Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. London: HarperCollins, 1997. 831 p.
- Porter T.* The Rise of Statistical Thinking, 1820—1900. Princeton: Princeton University Press, 1986. 360 p.
- Pratt M. L.* Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation. New York: Routledge, 2008. 296 p.
- Quarantine.* Local and Global Histories / Ed. A. Bashford. London: Palgrave, 2016. 344 p.
- Raëff M.* The Well-Ordered Police State and the Development of Modernity in Seventeenth- and Eighteenth-Century Europe: An Attempt at a Comparative Approach // American Historical Review. 1975. Vol. 80. № 5. P. 1221—1243.
- Raëff M.* The Well-Ordered Police State and the Development of Modernity in Seventeenth- and Eighteenth-Century Europe: An Attempt at a Comparative approach // Political Ideas and Institutions in Imperial Russia. Boulder: Westview Press, 1994. XIII, 389 p.
- Ramer S.* Who was the Russian Feldsher? // Bulletin of the History of Medicine. 1976. № 50. P. 213—225.
- Régnier C.* Sickness and Health on the High Seas in the 18th century. The Former Rochefort School of Naval Medicine and the Birth of the French Navy Health Service // Medicographia. Vol. 34. № 4. P. 477—486.
- Renner A.* Markt, Staat, Propaganda. Der Nördliche Seeweg in Russlands Arktisplänen // Osteuropa. 2020. № 5. S. 39—59.
- Renner A.* Medizinische Aufklärung und die „Zivilisierung“ Russlands im 18. Jahrhundert // Zeitschrift für Historische Forschung. 2007. Bd 34. S. 33—65.
- Renner A.* Progress through Power? Medical Practitioners in Eighteenth-century Russia as an Imperial Elite // Acta Slavica Iaponica. 2009. Vol. 27. P. 29—54.
- Renner A.* Russische Autokratie und Europäische Medizin. Organisierter Wissenstransfer im 18. Jahrhundert. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2010. 373 s.
- Renner A.* Wissenschaftstransfer ins Zarenreich: Bemerkungen zum Forschungsstand am Beispiel der Medizingeschichte // Jahrbücher für Geschichte Osteuropas. 2005. Bd 53. № 1. S. 64—85.
- Riley J.* The Medicine of the Environment in Eighteenth-Century Germany // Clio Medica: Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae. 1983. Vol. 18. P. 167—178.
- Riley J. C.* The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease. New York: St. Martin's Press, 1987. 213 p.

- Ringen K.* Edwin Chadwick, the Market Ideology, and Sanitary Reform: On the Nature of the 19th-Century Public Health Movement // *International Journal of Health Services*. 1979. № 9. P. 107—120.
- Rodger N. A. M.* The Wooden World: an Anatomy of the Georgian Navy. Annapolis: Naval Institute Press, 1986. 445 p.
- Rok 1882. Urzędnicy i Komitety Towarzystwa w R. 1882. Członkowie Zmarli i Obrani w R. 1881. // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1882. T. 78. № 1. S. III—V.
- Rolle J.* Szkic Hygieny Podola Oparty na Jego Statystyce // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1863. T. 49. № 6. S. 399—435.
- Rolleston J. D.* The History of Scarlet Fever // *British Medical Journal*. 1928. № 2. P. 926—929.
- Romaniello M. P.* Humoral Bodies in Cold Climates // *Russian History through the Senses. From 1700 to the Present* / Eds M. P. Romaniello, T. Starks. London: Bloomsbury Publishing, 2016. S. 23—44.
- Rosen G.* Leonhard Ludwig Finke and the First Medical Geography // *Science, Medicine and History. Essays on the Evolution of Scientific Thought and Medical Practice written in honour of Charles Singer* / Ed. E. Ashwood Underwood. London, New York: Oxford University Press, 1953. P. 186—193.
- Rosentahl D.* Wykaz Chorych Leczonych Roku 1841 w Oddziale Chorob Wewnętrznych Szpitala Izraelickiego w Warszawie // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1843. T. 9. № 1. S. 103—116.
- Rupke N. A.* Humboldtian Medicine // *Medical History*. 1996. Vol. 40. P. 293—310.
- Rymkiewicz F.* Niektóre postrzeżenia ściągające się do choroby kołtunowej z uwagami nad iey naturą // *Dziennik medycyny, chirurgii i farmacji*. 1824. T. 2. S. 352—375.
- Sakalauskaitė-Juodeikienė E., Jatužis D.* Descriptions of Apoplexy by Joseph Frank in the Beginning of the Nineteenth Century Vilnius // *European Neurology*. 2017. № 78. P. 8—14.
- Sambuk D.* Wächter der Gesundheit: Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich, 1762—1831. Cologne: Böhlau Verlag, 2015. 442 s.
- Schrader T.* Deutsche Ärzte in St. Petersburg in der Zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts // *Der Beitrag der Deutschbalten und der Stadtischen Russlanddeutschen zur Entwicklung des Russischen Reiches von der Zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg* / Hsg. B. Meissner, A. Eisfeld. Koln: Verlag Wissenschaft und Politik, 1999. S. 245—266.
- Schreiber J. F.* Observationes et cogitata de pestilentia quae annis 1738 et 1739 in Ucraina grassata est. Berolini, 1744. 78 p.
- Sdvižkov D.* Das Zeitalter der Intelligenz. Zur vergleichenden Geschichte der Gebildeten in Europa bis zum Ersten Weltkrieg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007. 260 s.
- Senior E.* The Caribbean and the Medical Imagination, 1764—1834: Slavery, Disease and Colonial Modernity. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2018. 292 p.
- Seth S.* Difference and Disease: Medicine, Race, and the Eighteenth-Century British Empire. New York: Cambridge University Press, 2018. 336 p.
- Siebende Abhandlung. In unterschiedenen minerologischen Observationen bestehend; aus einem Schreiben des Ruischen Keyserl. Feld Medici Herrn D. Lerchens d.d. As-

- tracan, den 2 Julii, 1735. Genommen // Ober-Sachsische Berg-Academie. 1746. № 2. S. 177—180.
- Simone A.* People as Infrastructure // *Public Culture*. 2004. Vol. 16. № 3. P. 407—429.
- Siraisi N. G.* History, Medicine, and the Traditions of Renaissance Learning. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2019. 438 p.
- Skrzydlov A. Yu. N. A.* Nordenskiöld's Polar Expeditions and the Russian Society // *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*. 2019. № 302. P. 1—6.
- Slownik lekarzow polskich / Ul. S. Kosminski. Warszawa, 1883. 665 s.
- Smith E. J.* 'Cleanse or Die': British Naval Hygiene in the Age of Steam, 1840—1900 // *Medical History*. 2018. Vol. 62. № 2. P. 177—198.
- Smith-Peter S.* Defining the Russian People: Konstantin Arsen'ev and Russian Statistics before 1861 // *History of Science*. 2007. № 45(1). P. 47—64.
- Smyth J. C.* An Account of the Experiment Made at the Desire of the Lords Commissioners of the Admiralty, on Board the Union Hospital Ship, to Determine the Effect of the Nitrous Acid in Destroying Contagion, and the Safety with Which it May be Employed. London: J. Johnson, 1796. 75 p.
- Śniadecki J.* O zatrzymaniu uryny z przyczyny kamienia jedney tylko nerki // *Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego*. 1818. T. 1. S. 167—191.
- Śniadecki J.* Krótkie opisanie gorączki, iaka panowała w roku 1812 i 1813 w mieście Wilnie, iako i w całej Litwie // *Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego*. 1818. T. 1. S. 79—101.
- Śniadecki J.* Przemowa // *Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi*. 1830. Vol. 1. P. V—XVIII.
- Snowden F. M.* Epidemics and Society: From the Black Death to the Present. New Haven: Yale University Press, 2020. 512 p.
- Sprawozdanie Komitetu, Przez Towarzystwo Lekarskie Wyznaczonego do Obmyślenia Planu Prac Konkursowych Topograficzno-Lekarskich // *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. 1869. T. 62. № 2. S. 446—450.
- Spree R.* Historische Statistik des Gesundheitswesens // *Historische Statistik in der Bundesrepublik Deutschland* / Hsg. N. Diederich, E. Hölder, A. Kunz u.a. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1990. Bd 15. S. 106—126.
- Star S. L.* The Ethnography of Infrastructure // *American Behavioral Scientist*. 1999. № 43. P. 377—391.
- Starr P.* Medicine, Economy and Society in Nineteenth Century America // *Journal of Social History*. 1977. № 10. P. 588—607.
- Stigler S. M.* The History of Statistics: The Measurement of Uncertainty before 1900. Cambridge: Harvard University Press, 1986. 410 p.
- Struever N. S.* Rhetoric, Modality, Modernity. Chicago: University of Chicago Press, 2009. 168 p.
- Sunderland W.* Taming the Wild Field. Colonization and Empire on the Russian Steppe. Ithaca, New York: Cornell University Press, 2006. 264 p.
- Sydenham T.* The Whole Works of That Excellent Practical Physician, Dr. Thomas Sydenham: Wherein Not Only the History and Cures of Acute Diseases Are Treated Of, After a New and Accurate Method; but Also the Shortest and Safest Way of Curing Most Chronical Diseases. London: M. Wellington, 1717 (1696). 447 p.
- Temkin O.* Galenism: Rise and Decline of a Medical Philosophy. Ithaca; London: Cornell University Press, 1973. XVII, 240 p.

- The History of Statistics, their Development and Progress in Many Countries / Coll. and ed. J. Koren. New York: Macmillan Company, for the American Statistical Association, 1918. 773 p.
- Theiner J.* O Żydach Polskich, Sposobie Ich Życia i Najgłówniejszych Między Nimi Panujących Chorobach // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1840. T. 4. № 1. S. 1—19.
- Tournay V.* Le Concept de Police Médicale // *Politix*. 2007. № 1 (77). P. 173—199.
- Towne R.* A Treatise of the Diseases Most Frequent in the West-Indies, and Herein More Particularly of Those Which Occur in Barbadoes. London: Printed for J. Clarke, 1726. 192 p.
- Trapham Th.* A Discourse of the State of Health in the Island of Jamaica with a Provision Therefore Calculated from the Air, the Place, and the Water, the Customs and Manner of Living &c. By Thomas Trapham. London: Printed for R. Boulter, 1679. 169 p.
- Ure A. A.* Dictionary of Chemistry on the Basis of Mr. Nicholson's; in Which the Principles of the Science are Investigated Anew, and its Applications to the Phenomena of Nature, Medicine, Mineralogy, Agriculture and Manufactures Detailed. With an Introductory Dissertation; Containing Instructions for Converting the Alphabetical Arrangement into a Systematic Order of Study. Philadelphia: Robert Desilver, 1821. Vol. 1—2.
- Uri B.* Thinking statistically. *Academia*, 2011. 80 p.
- Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, utworzonego dnia 6 grudnia 1820 r. Warszawa, 1898. 45 S.
- Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego // Pamiętniki Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. 1818. T. 1. S. V—XII.
- Valencius C. B.* Histories of Medical Geography // *Medical History, Supplement: Medical Geography in Historical Perspective*. 2000. Vol. 44. P. 3—28.
- Veer G. de.* A True Description of Three Voyages by the North-East Towards Cathay and China Undertaken by the Dutch in the Years 1594, 1595 and 1596. [Amsterdam 1598] London: Printed for the Hakluyt Society, 1853.
- Vigarello G.* Concepts of Cleanliness: Changing Attitudes in France Since the Middle Ages. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1988. 239 p.
- Vishlenkova E.* The State of Health: Balancing Power, Resources, and Expertise and the Birth of the Medical Profession in the Russian Empire // *Ab Imperio*. 2016. № 3. P. 55—56.
- von Richter W. M.* Geschichte der Medicin in Russland. Moskwa: Wsewołojky, 1813. 678 s.
- Wakefield A.* The Disordered Police State. German Cameralism as Science and Practice. Chicago: University of Chicago Press, 2009. 208 p.
- Wateson G.* The Cures of the Diseased, in Remote Regions. Preventing Mortalitie, Incident in Forraine Attempts, of the English Nation. London, 1598. 21 p.
- Weindling P.* Medical Practice in Imperial Berlin: the Casebook of Alfred Grotjahn // *British History of Medicine*. 1987. № 61. P. 391—410.
- Wey Gomez N.* The Tropics of Empire: Why Columbus Sailed South to the Indies. Cambridge (Massachusetts): MIT, 2008. 616 p.
- Wilson A.* Rational Advice to the Military, When Exposed to the Inclemency of Hot Climates and Seasons. London: Printed and sold by W. Richardson, 1780. 48 p.
- Woolf S.* Statistics and the Modern State // *Comparative Studies in Society and History*. 1989. № 31(3). P. 588—604.

- Wroczyński K. Dalszy Ciąg Statystyki Powiaty Czerskiego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1844. T. 12. № 2. S. 161—195.
- Wroczyński K. Wyjątki z Przesłanego Radzie Lekarskiej Opisania Topograficznego—Lekarskiego Powiatu Czerskiego // Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1843. T. 10. № 1. S. 26—81.
- Zatavkin S., Vishlenkova E. A Ghost Textbook on the History of Medicine: A Case Study of the Legacy of a Stalinist Scholarly Canon // *European Education*. 2020. Vol. 52. № 3. P. 257—270.
- Zieger K. Der St. Petersburger Verein Deutscher Ärzte und Seine Philanthropischen Bemühungen // *Deutsch-Russische Beziehungen in der Medizin des 18. und 19. Jahrhunderts* / Hsg. Kästner I. Reiche: *Deutsch-Russische Beziehungen in Medizin und Naturwissenschaft*. Aachen: Shaker Verlag, 2000. S. 107—112.
- Zuckerman A. Scurvy and the Ventilation of Ships in the Royal Navy: Samuel Sutton's Contribution // *Eighteenth-Century Studies*. 1976. Vol. 10. № 2. P. 222—234.
- Zwingelberg T. Medizinische Topographien und stadthygienische Entwicklungen von 1750—1850, dargestellt an den Städten Berlin und Hamburg // *Natur und Gesellschaft: Perspektiven der interdisziplinären Umweltgeschichte* / Hsg. M. Jakobowski-Tiessen, J. Sprenger Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2014. S. 115—139.
- Μακρίδης, Βασιλειός Ν. Παρασκευάς Δαμιανός Σινωπεύς: Προκαταρκτικά στοιχεία και ένα αὐτόγραφο // *Ὁ Ἑραριστής*. 2003. T. 24. Σ. 189—195.

Монография

*Афанасьева Анна Эдгардовна
Вишленкова Елена Анатольевна
Гатина Зарина Салидаровна
Затравкин Сергей Наркизович
Лисицына Елена Александровна
Реннер Андреас
Яковенко Владислав Алексеевич*

**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ
И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕОГРАФИИ
В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ**

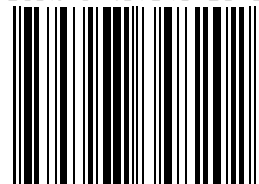
Корректор: *И. И. Жданюк*
Верстка: *А. В. Чирков*
Дизайн обложки: *Е. А. Лисицына*

Подписано в печать 15.09.2021. Формат 60×90/16.
Бумага офсетная № 1. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 24,25. Тираж 500 экз.

Издательство АО «Шико». 109028, г. Москва, Хохловский пер., 10-100

Отпечатано в ПАО «Можайский полиграфический комбинат». 143200, г. Можайск, ул. Мира, 93

ISBN 5-907348-20-8



9 785907 348202 >