

Е. В. Долгих

154 казуса: анамнезы терапевтической клиники Московского университета 1890-х годов как источник по истории повседневности

Аннотация: статья посвящена исследованию анамнезов терапевтической клиники Московского университета 1890-х гг. как источнику по истории повседневности 2-й половины XIX в. В статье анализируются особенности данного источника и его новые информационные возможности.

Ключевые слова: история, повседневность, источниковедение, методология истории, казуальность, гендер, здравоохранение, профессии и занятия, питание, обучение и грамотность.

«...**С**емья была очень бедная. Приходилось испытывать большую нужду. Жилищем служила хата 9 аршин, квадратная, деревянная, крытая соломой; в ней помещалась семья в 10 человек. Зимой было холодно, так что ребяташки охотно залезали на печь и на полати. В одежде был недостаток, но, несмотря на то, зимою часто выбегали на улицу. Пищей служило в постные дни: суп с грибами, каша с черным маслом, картофель; в скоромные: щи с забелкой, картофель со сметаной, каша с молоком...»;

«...она занималась немного хозяйством, читала (любила читать ночью, в постели), на даче довольно много гуляла, насколько позволяла одышка и слабость ног»;

«...Много времени приходилось просиживать за письмом (при составлении отчетов и т. п.). Физический труд всегда очень любил; с 3 часов утра работал в собственном огороде, рыл гряды, возил землю; нередко сам рубил дрова и т. д.»;

«...Лет тринадцати на графской охоте вкупе с другими мальчиками гонял зайцев (вместо гончих); сильно промок и с охоты ехал мокрый на лошадях (остальные ребята шли пешком); простудился и проболел месяца три...»;

«Квартира была сухая, теплая, на стол денег хватало, хотя для того, чтобы иметь их — приходилось много работать всем членам семьи. Так ей целыми днями приходилось вышивать, шить, вязать. Насколько можно было, она очень любила читать,

зачитывалась часто до 2–3 часов ночи, вставать же приходилось в 7–8 утра...»;

«Неудачи по делу не волнуют его, легко переносит неудавшиеся сделки; однажды потерял в дороге 500 р. и почти нисколько не расстроился. Дома же часто волнуется из-за домашних отношений, сильно горячится, но скоро успокаивается. До прошлого года, когда еще пил, то любил провести время с товарищами, особенно в Москве, в увеселительных заведениях. Теперь же бросил пить, в обществе своих товарищей (кроме родных) не бывает...»;

«...тут он сознал вполне всю серьезность своей болезни и совершенно изменил образ своей жизни; из прежних вредных привычек не оставил только курения, но и курил теперь гораздо меньше, удерживался, на сколько это было в его силах, от различного рода волнений, вспышек. Бросил пить чай, кофе, водку, остерегался есть и пить все горячее. Сделался очень мнителен, наблюдал постоянно за сердечной деятельностью, читал в медицинских книгах о своей болезни, ничего в них не понимал и только расстраивал себя...».

Все приведенные отрывки, повествующие о жизни очень разных людей, взяты не из воспоминаний или писем. Это цитаты из историй болезни за 1893–1900 гг. И принадлежат они перу ординаторов госпитальной терапевтической клиники Московского университета, возглавляемой профессором А. А. Остроумовым. Историк повседневности с первого знакомства подпадает под обая-

ние необычного документа: где еще можно найти систематизированное и изобилующее деталями жизнеописание безвестных мещан и фабричных, торговков и горничных? Да еще и с упоминанием домочадцев, дедов-бабок, племянников и внучатых племянников — их занятий, здоровья, характера. Существует не так много источников, даже для начала XX в., где представители непривилегированных сословий рассказывали бы о себе сами, без посредничества или с минимальным посредничеством — корреспондентов, редакторов, учителей, этнографов и т. д.

Емкий язык анамнезов (как тут не вспомнить доктора А. Чехова!) позволяет увидеть в них не историю болезни, а историю человека. «Язык остроумовского архива значительно менее формализован, чем язык современных историй болезни, он вызывает настоячивые ассоциации с художественной литературой»¹, — пишут исследователи, которые ввели источник в научный оборот. Но здесь-то и таится вся сложность: как большинство нетрадиционных источников, анамнезы требуют нетрадиционных методик работы с текстом. Эти особенности источника и хотелось бы рассмотреть. Но для начала остановимся поподробнее на характеристике остроумовского архива.

Клиники Московского университета, особенно после создания городка на Девичьем поле², заняли особое место в социокультурном пространстве России 1880–1920-х гг. С одной стороны, они были бесплатными, а с другой — имели репутацию ведущего научного центра, и потому лечились здесь люди самых разных сословий, от князей до завсегдатаев Хитрова рынка. Кроме того, пациенты университетских клиник были не только обычными больными, но и объектами для научного изучения, и «учебными пособиями» — на лекциях для студентов медицинского факультета (например, «был на лекции, по поводу чего сильно волновался» — написано в истории болезни 30-летнего поручика, помощника начальника мобилизационного отдела на железной дороге). В стенах клиники больной проводил до нескольких месяцев и имел

возможность лечиться неоднократно. Выписаться пациент мог по разным причинам (например, как один 35-летний лесопромышленник, «вследствие скуки и однообразия в еде»).

В 1879–1901 гг. госпитальную терапевтическую клинику возглавлял профессор Алексей Александрович Остроумов (1844–1901). К этому времени и относятся опубликованные материалы: это выборка из 154 историй болезни пациентов за 1893–1900 гг.³ Отобраны случаи желудочных и почечных болезней, не имеющих жесткой социальной локации, что важно для историка. Архив подготовлен к печати приват-доцентом Н. А. Кабановым. Публикатор в предисловии ко 2-му тому особо отметил: «Истории болезней как в этом, так и в предыдущем выпусках Архива печатаются полностью; изменения, сделанные мною, состоят лишь в том, что историям придана некоторая литературная обработка, а дневники представлены в форме, более удобной для печатания. Таким образом, истории, напечатанные в этом издании, по существу дела представляют точное воспроизведение оригиналов, хранящихся в архивах клиники и, следовательно, при разработке клинического материала могут вполне заменить собою самые оригиналы; эта последняя цель и руководила мною при составлении архива». Как ни заманчиво было бы приписать многие особенности источника (о которых речь пойдет ниже) «литературной обработке» публикатора, однако приходится признать, что она, скорее всего, сводилась к расшифровке многочисленных сокращений, восстановлению конспективно свернутых фраз (об этом свидетельствуют редакторские недоработки в некоторых анамнезах).

Выборка составлялась из случаев, наиболее интересных и характерных с учебной и научной точек зрения, из-за чего возникает ощущение, будто это страницы из учебника. Сам же рассказ больного строился по программе, отражавшей исследовательские задачи своего времени. Остроумов не раз сетовал, что есть страницы описаний жизни микроба (туберкулеза) и две-три строки описания организма, в котором микроб живет. Для терапевтов же московской школы 1880–1890-х гг. важно

¹ Бородулин В. И., Бергер Е. Е. История болезни глазами историка: архив клиники А. А. Остроумова // Диалог со временем. Альманах интеллектуальной истории. Вып. 11. М., 2004. С. 354; См. также: Бергер Е. Е., Бородулин В. И. Архив клиники А. А. Остроумова // Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова. Т. 16. М., 2002.

² Здание госпитальной терапевтической клиники на Девичьем поле было построено в 1891 г. за счет казны (архитектор К. М. Быковский).

³ Архив клиники профессора А. А. Остроумова. 1892–1900. Обработаны для печати приват-доцентом Н. А. Кабановым. Т. 1. Брайтова болезнь. М., 1903; Т. 2. Патогенез хронических желудочно-кишечных заболеваний. М., 1904. В Российской государственной библиотеке сохранился экземпляр с дарственной надписью: «Дорогому учителю Алексею Александровичу Остроумову от автора».

было увидеть этот организм во всей его целостности и индивидуальности. Отсюда возникала научная задача выявить влияние на развитие болезни, во-первых, наследственности, во-вторых, среды. В связи с этим предполагалась развернутая программа опроса больного. Рассказ фиксировался ординаторами со слов больного или его близких. Потому он заметно различается в зависимости и от стиля писавшего врача, и от умения и желания пациента рассказывать о себе. Посредничество писавшего строго определено его ролью — создать максимально полную фактографическую базу для медицинского научного исследования.

Программа расспроса⁴, рекомендованная московскими терапевтами, заслуживает особого внимания. Пациент должен был сообщить не только о болезнях отца, матери, бабок, дедов, теток, дядьев, жены/мужа и детей, но и о «внешних условиях» их жизни, занятиях, причинах и возрасте смерти. Таких упомянутых родственников — около 1800 человек. Жизнеописание самого больного должно было содержать следующие разделы: местность (при рождении, в разных местах жительства); помещение жилое и рабочее (также на протяжении жизни пациента); занятие — «количество и интенсивность умственного и физического труда»; отдых, спорт, развлечения; пребывание на воздухе, моцион; пища и питье; чай, кофе, алкоголь, табак; омовение (купание, баня); степень материального обеспечения; «особые физические лишения и нравственные волнения»; «функциональные переутомления и эксцессы отдельных органов».

Парадоксально, но для историков медицины этот источник ограничен: в нем не зафиксированы диагнозы и конспективно изложен ход лечения, анамнез гипертрофирован по сравнению с другими частями истории болезни⁵. Заметим, что даже факт смерти не всегда напрямую зафиксирован.

А для историков повседневности, напротив, источник содержит интересную систематическую информацию о вертикальной и горизонтальной мобильности; пищевом рационе, соблюдении постов, употреблении алкоголя и табака; распределении занятий в течение суток; грамотности и способах учебы; условиях проживания и состоянии рабочих помещений; заболеваниях и

методах их лечения. Постепенно вырисовывается живая картина семейной жизни людей 2-й половины XIX в., включая такие аспекты, которые мало реконструируемы на основе традиционных источников: не оформленные официально разводы, гражданские браки, возраст начала половой жизни и ее интенсивность у мужчин, взаимоотношения внутри семьи. Важной особенностью истории болезни является фиксация личной оценки пациентом своего благосостояния, условий жизни и работы, психологического климата, а иногда и мотивов поступков. Есть разделы, где значимая для гуманитария информация переплетена с собственно медицинской, например: «выяснение патогенеза последнего заболевания», «телосложение», «мышечная система», «нервная система». Нередко именно в разделе «нервная система» раскрывается эмоциональная жизнь человека, его мотивация, а иногда сюда попадает и распорядок рабочего дня.

Напрашивающийся способ работы с этим источником — обработка формализованных и структурированных данных. Однако здесь есть свои ограничения. Одинаковая структура и соответствующие ей данные («местность», «помещение жилое и рабочее», «занятие») присутствуют во всех анамнезах, но наполнение их зависит от всех тех причин, которые рассмотрены выше. Так, например, все анамнезы содержат сведения о родственниках, состоянии их здоровья, причинах смерти, но некоторые из них — пересказ истории семьи с конкретными цифрами и датами, другие же ограничиваются констатацией типа: все родственники больного по отцу и по матери дожили до глубокой старости. Что считать «глубокой старостью» применительно к системе оценок 1890-х гг.? Вот некоторое поясняющее замечание: «Относительно других родственников: дедов, бабок, дядей и теток — можно отметить, что все они были довольно долговечны (умирали в возрасте 60–80 л.)» [случай 113]. Само такое объединение этих возрастов можно считать знаковым, однако очевидно, что подсчитать средний возраст умерших родственников невозможно. Для сведения в таблицу данные о родственниках пришлось отбрасывать по расплывчатому критерию: о них сказано больше, чем просто упомянуто их существование (1755 человек).

В сведениях о питании, употреблении алкоголя и табака нередко определения «мало», «много», «умеренно». Расшифровку их также прихо-

⁴ См.: Голубинин Л. Е. План истории болезни факультетской терапевтической клиники Императорского Московского университета. М., 1909.

⁵ Бородулин В. И., Бергер Е. Е. История болезни глазами историка. С. 248, 354.

дится отыскивать по пояснениям: «пьет умеренно (2–3 рюмки в день)» [случай 94], «курить начал тоже с 20 лет, но курил всегда немного (около 15 папирос в день)» [случай 40] или «больной курит мало, папирос до 20 в день» [случай 142]. Еще больше неожиданностей для современного читателя вызывает раздел «диета». Поскольку открытие витаминов было еще впереди, да и вообще представления о диетическом питании сильно отличались от нынешних, то больных тщательно расспрашивали о количестве потребляемого мяса и молока (особенно в детстве). Остальные продукты упоминались в смысле переносимости пациентом, например «все сырое (фрукты, грибы, огурцы)» [случай 144], понятие «зелень» могло включать овощи, фрукты, бахчевые и собственно зелень⁶. Реконструкция повседневного рациона пациентов должна учитывать все эти особенности.

Вне формализованных данных источник оказывается тоже непростым.

Очевидна казуальность анамнезов. В публикации они так и сгруппированы — случаи с условными номерами. И тут встают вопросы, известные всем, кто интересовался микроисторией: как перейти от микроуровня к некоторому синтезу, каким образом связаны разные уровни исторической повседневности? Что же такое эти жизнеописания — 154 разрозненные, случайно зафиксированные судьбы или некоторый необычный срез обыденной жизни 2-й половины XIX в.? Понятно, что невозможно «обобщить» судьбу князя, служившего рабочим на кофейных плантациях Сандвичевых (современное название: Гавайские) островов, и судьбу московского сапожника, занимавшегося всю жизнь унаследованным от отца ремеслом. Даже первые подсчеты показывают, насколько расходится статистика пациентов терапевтической клиники и общероссийская статистика. Средний возраст пациентов — 35 лет, моложе 17 лет всего 5 человек. 91 человек состоял в браке (59 %) ⁷. В числе пациентов было 49 женщин (31,8 %): любопытно, что среди них высока доля состоявших

⁶ В больничной «диете» овощи просто не указывались; под «мясом» могла пониматься и птица.

⁷ Для сравнения: по состоянию на 1897 г. в европейской России к 45–49 годам вне брака оставалось 4 % мужчин и 5 % женщин. Эти показатели заметно различаются у городского и сельского населения: вне брака оставалось соответственно 11 % и 12 % горожан; 3 % и 4 % сельских жителей. См.: *Араповец Н. А. Городская семья в России 1897–1926 гг. Историко-демографический аспект.* М., 2003. С. 43.

на службе⁸ — 13 (26,5 %), семь принимали участие в семейном деле (например, работали в лавке), две занимались сельским трудом (крестьянки). Неграмотных среди пациентов ничтожное количество — 1 мужчина и 2–3 женщины (сведения об учебе или ее отсутствии не были представлены в 14 анамнезах).

Человеческая жизнь измеряется прожитыми годами, биологическим возрастом — и никак не общеисторической хронологией. Лишь в некоторых анамнезах события жизни пациента точно датированы. В большинстве же случаев это приходится делать исследователю, дабы увязать жизнь одного человека и жизнь страны в целом. Все высчитанные даты условны: чаще всего устанавливался год рождения пациента, и уже исходя из этого, определялись примерные годы жизни его родственников, вехи служебной и семейной жизни. Правда, эти даты нередко плохо стыкуются друг с другом: например, разные способы вычисления года рождения родителей могут дать разные даты.

В казуальности анамнезов, естественно, есть неповторимая индивидуальность человеческой жизни. Однако в них отсутствует важнейший атрибут казуальности — имя, в данном случае фамилия пациента⁹. Анонимность историй болезни уменьшает возможность подключить другие источники: отыскать какие-либо документы на мещанина или крестьянина только по его имени шансов практически нет. Возможность установить фамилии и, зная их, найти дополнительные материалы для более полной реконструкции биографии, существует лишь для государственных служащих и офицеров.

Остроумовскому архиву присуща еще одна особенность, тесно связанная с его «художественным» языком. При чтении документов возникает стойкое впечатление, что перед нами либо публицистическое произведение, либо эмоциональные автобиографии. А значит — надо учитывать общественно-политические взгляды врачей или психологические и ценностные установки пациентов. Таким образом, происходит «превращение» медицинского текста в источник по истории повседневности; этот эффект многократно усиливается, если абстрагироваться от развернутых описаний болезней.

⁸ Под «службой» вслед за самими пациентами и писавшими анамнезы врачами мы понимаем любую деятельность, за которую выплачивалось денежное жалование.

⁹ Фамилии обозначены иногда первой буквой, чаще — первой и двумя последними (через дефис). Отчества не приводятся. При указании места рождения опускались названия сел и маленьких городков.

Вот типичный пример из анамнеза помещика-алкоголика: «Постоянного занятия дома у больного не было: летом занимался по хозяйству, осенью и зимой читал почти исключительно переводные французские романы. Знакомство было очень небольшое; компания состояла только из людей выпивающих. Из развлечений занимался лишь верховой ездой. <...> Дома прожил больной 2 года, а затем год жил в Киеве у своего хорошего знакомого. Делом там больной никаким не занимался, много читал легкой беллетристики, часто посещал цирк и почти постоянно пил; компания, где он жил, была опять пьющая...». Такой текст вполне можно принять за образец критического реализма. Но было бы грубой ошибкой приписывать подобные намерения ординатору клиники, его интересует именно состояние здоровья больного с учетом всех возможных воздействий: «компания, где он жил, была опять пьющая. Выпивал до 3-х бутылок водки в день, причем ел мало, закусывал большую частью огурцами или колбасой. Пил также с ред-

кими промежутками в 3–5 дней. В это время стала бывать тошнота, которая одно время очень усилилась, после чего больной заболел желтухой. Болел около месяца, лечился молочной диетой и водой Виши. После этого заболевания опять стал пить по-прежнему, стал только замечать, что в промежутках между пьянством тошноты стали сильнее, также и изжоги» и т. д. [случай 129].

Итак, источник не допускает использования его «по частям». Подобно тому, как медики рубежа веков пытались рассмотреть индивидуальный человеческий организм в целостности и динамике, так и историю жизни пациента можно рассматривать только в целостности и динамике. И здесь встает вопрос: каким способом этого можно достичь? Ответ на него трудно дать сейчас, на начальном этапе анализа текста. Для описания рутинных практик не существует универсальных методов исторического исследования. Сам источник должен подсказать адекватные ему приемы работы с текстом. И эта работа сулит интересные результаты.

Список литературы:

1. Араловец Н. А. Городская семья в России 1897–1926 гг. Историко-демографический аспект. М., 2003.
2. Архив клиники профессора А. А. Остроумова. 1892–1900. Обработаны для печати приват-доцентом Н. А. Кабановым. Т. 1. Брайтова болезнь. М., 1903; Т. 2. Патогенез хронических желудочно-кишечных заболеваний. М., 1904.
3. Бергер Е. Е., Бородулин В. И. Архив клиники А. А. Остроумова // Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова. Т. 16. М., 2002.
4. Бородулин В. И., Бергер Е. Е. История болезни глазами историка: архив клиники А. А. Остроумова // Диалог со временем. Альманах интеллектуальной истории. Вып. 11. М., 2004 (ИВИ РАН).
5. Голубинин Л. Е. План истории болезни факультетской терапевтической клиники Императорского Московского университета. М., 1909.

References (transliteration):

1. Aralovets N. A. Gorodskaya sem'ya v Rossii 1897–1926 gg. Istoriko-demograficheskiy aspekt. M., 2003.
2. Arkhiv kliniki professora A. A. Ostroumova. 1892–1900. Obrabotany dlya pechati privat-dotsentom N. A. Kabanovym. T. 1. Braytova bolezn'. M., 1903; T. 2 Patogenez khronicheskikh zheludochno-kishechnykh zabolevaniy. M., 1904.
3. Berger E. E., Borodulin V. I. Arkhiv kliniki A. A. Ostroumova // Istoricheskiy vestnik MMA im. I. M. Sechenova. T. 16. M., 2002.
4. Borodulin V. I., Berger E. E. Istoriya bolezni glazami istorika: arkhiv kliniki A. A. Ostroumova // Dialog so vremenem. Al'manakh intellektual'noy istorii. Vyp. 11 M., 2004 (IVI RAN).
5. Golubinin L. E. Plan istorii bolezni fakul'tetskoy terapevticheskoy kliniki imperatorskogo moskovskogo universiteta. M., 1909.