

ИЗ ИСТОРИИ НАУКИ

DANIELLE JACQUART

ТРУДНОСТИ ЛЕТАЛЬНОГО ПРОГНОЗА¹

Совет не пытаться лечить безнадежные случаи, присутствующий уже в некоторых текстах Гиппократова сборника, вновь повторяется средневековыми авторами хирургических трактатов. Но как обстояло дело у врачей-терапевтов? В данной статье анализируются высказывания двух авторов: Бернара де Гордона (к. XIII – н. XIV в.) и Жака Депара (ум. 1458), и их умолчание касается не столько летального прогноза, сколько лечения безнадежных случаев. Признаки смертельных случаев было действительно нелегко распознать, кроме тех случаев, когда кончина была совсем близка, и, по мнению врача, было менее позорно дать неверный летальный прогноз. В Позднее средневековье повторяющиеся вспышки чумы еще усилили сдержанность врачей и заставили многих из них чаще давать тот прогноз, к которому они испытывали отвращение.

Ключевые слова: медицина, прогноз, смерть, болезнь, признаки.

В монографии «Гиппократ», вышедшей в 1992 г., Жак Жоанна посвящает несколько страниц проблеме прогноза в неизлечимых случаях: в некоторых текстах Гиппократова сборника предлагается отказаться от их лечения². Эти страницы логически продолжают изложение другой темы: прогноз на расстоянии. Одновременно в хирургическом трактате «О ранах головы» и в «Прогностике» врачу рекомендуется, прежде чем прикоснуться к больному и провести детальное обследование, пронаблюдать видимые знаки на расстоянии, чтобы сделать предварительный прогноз. Этот прогноз должен был побудить врача принять решение не лечить больного, если его состояние сочтено безнадежным. Трактат из Гиппократова сборника под названием «Об искусстве», написанный в последней четверти V века до н.э., отвечает хулителям медицины, которые упрекают врачей, что «те болезни, которые врачи решаются лечить, могут быть излечены и сами по себе, а вот тех именно, которые нуждаются в помощи, врачи

¹ Jacquart D. Le difficile pronostic de mort (XIV^e-XV^e siècles) // *Médiévales*. 46 (2004) — <http://medievales.revues.org/document782.html>; Jacquart D. Le difficile pronostic de mort (XIV^e-XV^e siècles) // *Médiévales*. n°46. Paris, PUV, printemps 2004. P. 11-22.

² Jouanna. 1992. P. 153-159. Ссылки на это издание см. ниже.

совсем не касаются»³. Автор трактата «Об искусстве» отвечает резко, обвиняя этих противников медицины в невежестве и безумии: «Если кто будет думать, что искусство властно в том, что не есть искусство, или природа в том, что не есть природа, тот обнаружит незнание, граничащее скорее с безумием, чем с невежеством»⁴. Установление неизлечимых случаев и отказ от их лечения — неотъемлемая часть медицинского искусства, которое этот гиппократический автор определяет в начале своего трактата следующим образом: «Она (медицина) совершенно освобождает больных от болезней, притупляет силу болезней, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки, когда достаточно известно, что в данном случае медицина не может помочь»⁵. Ж. Жоанна связывает эту позицию автора-гиппократа с тем, что говорит Платон в «Республике» (II, 360e-361a): «Люди, сведущие в искусстве, например опытный кормчий или врач, умеют отличать в своем искусстве невозможное от возможного и предпринимают возможное, но оставляют невозможное». Перед тем, как перейти к нашей теме и обратиться к эпохе Средневековья, отметим, что Арнольд из Виллановы (ум. 1311) в *Repetitio* на первый афоризм Гиппократова снова приводит эту аналогию, но не для того чтобы отказаться от неизлечимых случаев и не для того чтобы разграничить возможное и невозможное, а чтобы указать, что врач должен уметь переориентировать лечение в соответствии с обстоятельствами, подобно тому, как кормчий изменяет маршрут в соответствии с переменной ветра.⁶ Аналогия имеет совсем другой смысл, поскольку речь не идет об отказе действовать. Если вернуться к позиции древнегреческих врачей по вопросу о неизлечимых болезнях, Ж. Жоанна предполагает (указав, что Гален в комментариях к «Афоризмам» Гиппократова воспроизводит те же термины из гиппократического трактата «Об искусстве»), что речь шла о своего рода табу: «Этот запрет лечить случаи, считавшиеся неизлечимыми, основан на теоретических предпосылках, которые кажутся чуждыми современному мышлению. Тогда господствовало убеждение, что медицинское искусство постигнуто полностью и что его сфера действия ограничена раз и навсегда, как будто бы дальнейший прогресс в

³ Русский перевод в кн.: *Гиппократ*. Избранные книги. М.: Сварог, 1994 (репринт издания 1936 г.). С. 134.

⁴ Там же.

⁵ Там же. С. 130.

⁶ *McVaugh*. 1997. P. 201-223. – P. 210. Об этой аналогии у Арнольда де Виллановы см. также: *Idem*. 1993. P. 167.

терапевтических средствах не мог расширить пределы излечимого. Сфера неизлечимого, будучи вне искусства, становится некоторым табу, оправданным соображениями разума. Надо ли видеть в этом объяснение древнего представления, согласно которому запрет на лечение мог объясняться верой, что больной проклят божеством? Трудно сказать, поскольку контексты различны»⁷. Авторы «Гиппократова сборника», например автор трактата «О местах в человеке» (IV в. до н.э.), напротив, дерзко настаивают: «В самых рискованных болезнях нужно идти на риск; ибо если исход будет удачным, то здоровье возвратится, а если постигнет неудача, исход будет таким, каков он должен быть».

В Средние века мысль не вмешиваться в безнадежных случаях наиболее четко выражена в хирургических трудах. Лафранко из Милана в последние годы XIII в. объяснял это в советах хирургу: «пусть он не стремится к трудным случаям и никоим образом не вмешивается в случаях безнадежных» (*curas difficiles non diligit et de desperatis nullatenus se intromittat*)⁸. В свою очередь, Анри де Мондевилль подчеркивал различие между действием врача и действием хирурга. В первом случае врачи защищены невидимостью процесса, который происходит внутри тела; напротив, во втором случае ответственность трудно скрыть: «Ошибка оперирующего хирурга, например, когда он надрезает ладонь или предплечье, ясно видна каждому наблюдателю, и он не может обвинить природу или жизненную силу больного, ни оправдать себя, ни обвинить другого»⁹. Несмотря на эту важную разницу между двумя практиками, врачи и хирурги единодушно подчеркивают, что доверие больного играет целебную роль. Необходимо скрывать возможность фатального исхода, а прогноз нужно объявлять осторожно и уклончиво, учитывая окружение больного. Именно в этом контексте надо рассматривать соперничество врачей и священников у постели больного, которое частично объясняет обычное молчание врачей о том, что их долг — предписать близким позвать священника при приближении последних мгновений¹⁰. Во всяком случае, этот довод, прочно основанный на медицинской теории, учитывает, что простые профессиональные конфликты или алчность ведут к бесполезному продолжению уже ненужного лечения.

При чтении медицинских текстов оказывается проще обнаружить, как врач снимает с себя ответственность в ожидании фатального исхода,

⁷ Jouanna. Op. cit. P. 156-157.

⁸ Lafranc de Milan. 1498. f°166.

⁹ Издание латинского текста: Pagel. 1892. P. 79.

¹⁰ По этому вопросу см.: Ziegler. 1998. P. 250-258; McVaugh. Op. cit. P. 217.

чем провести точное разграничение между излечимым и неизлечимым, между возможным и невозможным. И я бы хотела более подробно остановиться на этом определении, или, скорее, неопределенности. Вопрос, который я ставлю, — удовлетворюсь только постановкой вопроса, не дав ответа, ибо проблема очень обширна, — узнать, какие болезни (если не говорить о ранениях и хирургии) определялись как смертельные. Искусство прогноза, которое в целом считалось самым трудным и ненадежным, оказывалось в этих случаях еще более сложным, что объясняет успех маленького псевдо-гиппократического труда, известного в разных версиях под названиями *Secreta Hippocratis*, *Capsula eburnea*, но также и *Prognostica vitae et mortis*, или *Prognostica mortis vel salutis*, или еще *De morte festina*¹¹. Изречения, приведенные в этом труде, перечисляют с уверенностью признаки, прежде всего появление различных типов пустул, предвещающих или не предвещающих смерть. Именно в этом трудном искусстве предвидеть смерть, больше, чем в терапевтической неудаче, проявляется ответственность врача, особенно когда на его долю выпадает совет без промедления позвать священника. Медицинские труды редко так ясно проводят различие между излечимым и неизлечимым, как в псевдогиппократическом труде *Prognostica vitae et mortis*; нужно, однако, уточнить, что речь идет главным образом о знаках близкой смерти, а не смерти, которая должна наступить через некоторое время. В книге *Liber prognosticorum*, написанной в 1295 г., Бернар де Гордон помещает в конце IV части главу о способе прогнозировать день и час смерти, когда она кажется близкой. Этот вопрос, один из самых сложных, затрагивает множество параметров, и врач часто рискует ошибиться в предсказаниях. В этой небольшой статье я выделю три замечания медика из Монпелье¹².

1. Хотя определение фазы стабилизации («статуса»)¹³ болезни является главным для предсказания исхода, первый критерий, которым надо руководствоваться, — оценка *virtus*, жизненной силы больного. Вспомним здесь, что эволюция острых болезней (так же как и их приступов) определялась согласно делению на четыре фазы: *principium*,

¹¹ Об этом тексте см.: Kibre. 1985.

¹² Gordon. 1551(a). P. 769-770, 771, 773. Об этом авторе и хронологии его трудов можно обратиться к фундаментальной монографии: Demaitre. 1980.

¹³ Вспомним, что эволюция острых болезней (так же как и их приступов) определялась по разделению на четыре фазы: *principium* (или *initium*, начало), *augmentum* (высшая точка), *status* («стабилизация», момент стабилизации болезненных симптомов), *declinatio* («спад»). Фаза «статуса» могла (но не обязательно) заканчиваться кризисом, спасительным или нет.

или *initium* (начало), *augmentum* (высшая точка), *status* (момент стабилизации болезненных симптомов), *declinatio* (спад). Фаза «стабилизации» могла (но не обязательно) закончиться кризисом, после которого наступало выздоровление или смерть. Бернар де Гордон использует сравнение с носильщиком, который должен нести груз до конца. Нужно учесть, насколько сильна или слаба жизненная сила в ее устойчивости к болезни. Это сравнимо с носильщиком, который должен донести груз до конца. Никто не может знать, донес ли носильщик груз до конца, если неизвестна сила носильщика, тяжесть груза и длина дороги: жизненная сила подобна носильщику, болезнь — грузу, фаза «стабилизации» — длине дороги¹⁴.

2. После сложного определения момента фазы «стабилизации» идет оценка происходящих изменений, *ad bonum vel ad malum*. Врача подстерегают здесь самые ужасные ловушки. Даже когда все предвещает улучшение, врач может ошибиться по причине эпидемии (*tempus pestilentiae*), или если присутствует ядовитая материя, которая до этого была скрыта, или по причине неблагоприятной небесной конфигурации, вмешавшейся при начале болезни, или еще из-за какой-либо ошибки.

3. Так до конца главы идет установление общего порядка. Нужно понять, однако, что смертельный исход не так достоверен, как благоприятный исход, ибо движения природы упорядочены, они следуют единому пути и подчиняются единому порядку. Движения же болезни неупорядочены, и из них движение смерти не так очевидно, как движение жизни¹⁵.

Итак, можно констатировать, что рекомендуемая осторожность при возвещении фатального исхода оправдана не только соображениями психологического порядка, но и трудно предсказуемым характером смерти. Врачу легче распознавать благоприятные признаки, признаки жизни, поскольку они упорядочены и единообразны. Но когда он обнаруживает эти хорошие признаки, может вмешаться хаос болезни и смерти и заставить его ошибиться.

¹⁴ «Virtus enim est consideranda, utrum sit fortis vel debilis quod possit morbum tolerare. Et est simile de portitore portante onus usque ad terminum. Nullus potest scire utrum portitor portet onus usque ad terminum, nisi sciat quantitatem portitoris fortitudinis, quantitatem ponderis et longitudinem vie: virtus est sicut portitor, morbus sicut onus, status est sicut terminus».

¹⁵ «Et tamen intelligendum est, quod terminatio ad malum non est ita certa sicut terminatio ad bonum, quia motus nature sunt ordinati adherentes vie uni et ordini uni. Motus autem morbi sunt inordinatissimi, ideo non ita certus mortis sicut vite».

Неудивительно поэтому, что в медицинских трудах можно видеть так мало указаний, или, по крайней мере в очень неясной манере, на болезни, считавшиеся смертельными. Тщательно рассматривают в сфере гиппократических и псевдогиппократических прогнозов только отличительные черты умирающего и агонизирующего. Обратимся вновь к Бернару де Гордону, на этот раз к его *Lilium medicinae*, которую он закончил в 1305 . По поводу чахотки — которую он определяет как «изъязвление легкого, сопровождающееся порчей всего тела» (*Phtisis est ulcus pulmonis cum consumptione totius corporis*) — он указывает на неизлечимость двух типов случаев: когда изъязвление локализовано в одном из хрящевых колец трахеи и когда налицо застарелый туберкулез (*Phtisis antiquate non recipit curationem*). В любом случае «неизлечимая болезнь» — не синоним «смертельной болезни», во всяком случае остается неясность. Перечислив знаки смертельного исхода, подчеркнув, впрочем, их сомнительный характер, Бернар де Гордон перечисляет черты близкой смерти: выпадение волос, искривление ногтей, отсутствие аппетита, затрудненное дыхание, задержка мокроты, понос и опухшие ноги. Затем он добавляет предостережение: *Ut plurimum phtisici expediuntur cum folia cadunt ab arboris. Cavendum est igitur diligenter in prognosticatione phtisicorum, quia loquendo moriuntur et moriendo loquuntur*¹⁶. Чаще всего чахоточные знали, что умрут в течение осени («когда листва падает с деревьев»), и нужно особенно быть внимательным в прогнозе, поскольку их смерть может наступить внезапно («они умирают, разговаривая, и разговаривают, умирая»). Следует быть тем внимательнее, что если при чахотке применять лечение, это не всегда смертельная болезнь: она может давать длительные улучшения у детей и у стариков полных и упитанных; Бернар де Гордон цитирует Авиценну, сообщавшего, что он видел женщину, которая прожила еще целых двадцать четыре года. С учетом этих факторов, которые могут надолго отсрочить смерть, врач не застрахован от ошибки в диагнозе. А в главе об эмпиеме Бернар де Гордон заявляет: «Нужно понимать, что гной, присутствующий в грудной полости, часто вводит врачей в заблуждение, ибо чаще всего они считают больных туберкулезными и неизлечимыми, но если гной очистится, они выздоравливают, что вызывает стыд у врача (*quod est medico ignominosum*)»¹⁷. Эти замечания среди прочих утверждают нас в мысли, что для средневекового врача было более постыдным провозгласить

¹⁶ Gordon. 1551(6). P. 360.

¹⁷ Ibid. IV.7. P. 374.

смерть, которая не последует, чем пообещать несостоявшееся выздоровление. Врача может ввести в заблуждение болезнь и смерть — это часть его повседневной битвы; но не распознать знаки жизни для него — бесчестие.

Вне перечня характерных знаков умирающих и прогнозов неизлечимости, концепция смертельной болезни достаточно скрыта и летуча. В попытках их точнее распознать я обратилась к своему любимому чтению: монументальному комментарию, который составил в первой половине XV века Жак Депар на Канон Авиценны (книги I, III, IV.1)¹⁸. Вводная глава к части 3 книги 1, где речь идет о здоровом образе жизни, посвящена причинам здоровья, болезни и неизбежности смерти¹⁹. В этой главе Авиценна называет два вида опасностей, которым подвержено человеческое тело: они происходят от причин внутренних или внешних. В самом деле, человеческое тело вынуждено испытывать, как сочетание элементов, из которых оно составлено, распадается из-за уменьшения основной жидкости (или природного клея, *gluten*), или из-за повреждения питательной влаги, обеспечивающей его восстановление. Как уточняет Жак Депар, «повреждение, о котором идет речь, — не то, что порождает лихорадки или опухоли, но то, которое естественным образом происходит с жидкостями в старческом возрасте (*senium*)»: *Attende quod princeps [Avicenna] non loquitur hic de putredine febrium aut apostematum, sed de putredine naturaliter adveniente nostris humoribus in fine senii*. Итак, вопрос рассматривается не в контексте болезни, а в контексте старости и естественного конца жизни²⁰; по этому поводу Жак Депар придерживается мнения, что хотя человек смертен по своей природе ввиду противоположности элементов, его составляющих, он мог и может стать бессмертным по милости божьей, если деятельность элементов будет приостановлена по божьему повелению. Так сохраняется божественное всемогущество, и Жак Депар предоставляет решение этого вопроса теологам (если только не алхимикам).²¹ Два типа опасностей: ослабление и повреждение, которые происходят от естественных процессов, надо, уточняет Жак Депар, отличать от опасностей, которые

¹⁸ По поводу этих комментариев и его автора, магистра медицинского факультета в Париже, я отсылаю читателя к моим прежним работам: *Jacquart*. 1980. P. 35-86 (réimpr. dans: *Jacquart*. 1997. n XIV); *Jacquart*. 1998. P. 204-227 et passim.

¹⁹ Я основываюсь на инкунабуле (в трех или четырех томах in-folio), Lyon 1498. Это издание, в котором нет ни пагинации, ни сигнатур, а только указание на главы «Канона» может случить для поиска в тексте процитированных пассажей.

²⁰ См. статью: *Bagliani*. 2003.

²¹ Ср.: *Jacquart*. 2001. P. 35-45.

являются *casualiter* (внезапно, неожиданно). Это случай для нас отметить то, что считалось смертельным помимо естественного процесса перерождения: замерзание, происходящее от очень сильного холода, яд, приходящий извне тела, например укус василиска или бешеной собаки, или действующий внутри тела «как проглоченный аконит или мышьяк» (*ut nappelli comesti vel arsenici*). Перечислены также опасные ранения (*vulnera pernicioso*) сердца, печени, мозга или желудка. В конце названы опасные болезни (*relique egritudines perniciose*), такие как чума, апоплексия, проказа, водянка. Эти четыре болезни, наряду с отравлениями, с наибольшей вероятностью приводят к смерти. Несколько ниже Авиценна более ясно формулирует различие между природным пределом жизни человека и случайными смертями, которые Жак Депар предпочитает называть «кончинами внезапными, скоропостижными» (*termini abbreviati*). Среди причин скоропостижной смерти названы холодные яды, чрезмерная прожорливость и пьянство. В числе факторов, которые делают медицинское искусство неспособным привести человека к его естественной кончине, названы также падения, удары, молнии, бури «и прочие подобные вещи».

Разграничение между естественной кончиной и кончиной случайной, или скоропостижной, было заявлено с параграфа 1 первой книги «Канона» (доктрина 3, глава 3), где речь идет о телосложении у людей разного возраста. Жак Депар ставил вопрос, как узнать «только ли естественная смерть происходит от того, что естественный жар иссушает влажность и природная сила не может противостоять этому иссушению» (*utrum mors naturalis sit illa solum, que procedit a calore innato desiccante humidum et ab impotentia virtutis ad resistendum illi desiccationi*). Следуя Авиценне, он напоминает, что и естественная смерть, и смерть скоропостижная (*mors abbreviate*) в любом случае являются *divino precepto* («с божьего соизволения»). Жак Депар вновь возвращается к этой проблеме немного дальше, спрашивая конкретно, «происходят ли скоропостижные кончины людей с божественного изволения» (*utrum termini abbreviati individuorum divino proveniant precepto*). Мы ожидаем, конечно, положительного ответа, но нам интересно узнать, что Жак Депар понимает под скоропостижной кончиной. Причины ее — предательства, отравления, безнадежность, самоубийства, разврат и оргия. Комментатор ставит здесь в сущности проблемы зла, которое Бог допускает, не будучи его причиной, и предопределения, уточняя, что эти вопросы наиболее трудны и он предоставляет их теологам. Решение вопросов, прямо связанных с причиной смерти, почти не позволяет появиться такому понятию, как

смертельная болезнь. Дать фатальный прогноз, следовательно, не так просто; даже поставлен дополнительный вопрос: кроме двух кончин, свойственных человеку, кончины естественной и кончины скоропостижной, можно ли еще определить третью, которая наступила бы позже, чем допускают пределы природы? По поводу возможности искусственного продления жизни Жак Депар напоминает о чудесном исцелении, приводя пассаж из Авензоара, который, в свою очередь, ссылается на Галена: «Хорошо известно всем, всегда и повсюду, что невозможно жить, когда разорвана мембрана мозга. Однако Гален видел человека, у которого эта мембрана была разорвана, но он выжил. Он говорит, что этот больной был спасен Богом в его всемогуществе и мудрости»²². Таким образом, нет никакой уверенности, какой случай смертелен, а какой нет.

Я продолжила свое исследование на материале первого параграфа книги IV, посвященной лихорадкам. В первой главе перечислены различные типы лихорадок, согласно разным критериям классификации. Если нет отдельной категории, которую можно было бы определить как «смертельную», отмечается различие между лихорадками *salubres recte* («совершенно излечимых») и лихорадками, сопровождающимися *accidentia horribilia* («с тревожными симптомами»). В числе лихорадок *salubres recte* Жак Депар называет однодневные лихорадки, трехдневные прерывистые лихорадки. Что касается примеров лихорадок, сопровождающихся тревожными и опасными симптомами, то это лихорадки заразные и обморочные, характеризующиеся упадком сил, потерей аппетита и возбуждением. Жак Депар дополняет это перечисление всеми гуморальными продолжительными лихорадками и изнуряющими лихорадками, относящимися ко второму виду, которые истощают питательную влажность до последней стадии выработки (*cambium*, «обмен») и особенно к третьему виду, которые истощают основную влажность и угрожают тем, что «медицинская школа называет распадом». В главе 3 первого трактата ставится вопрос, возможно ли умереть от такой лихорадки во время фазы спада болезни. Как говорит Авиценна, надо

²² «Dic quod decens est omni artifici interdum memorari et humiliter recognoscere mirabilia opera sui creatoris. Id patronus medicorum facere non erubuit, ut de eo refert magnus Avenzoar dicens: “Et quam nobile est dictum Galieni cum tractavit de fractura panniculi cerebri. Nam notum est apud omnes et semper et ubique quod impossibile est vivere illum, cuius panniculus fractus est. Et videns Galienus quemdam cuius panniculus fractus fuit et exinde liberatus est, dixit ipsum a deo liberari summa potentia atque sapientia”: hec Avenzoar tractatu 19 *theisir* » (Lyon, 1498, I.1.3.3).

бояться трех первых фаз (начало, акме, статус), но если наступает смерть во время спада болезни, то не из-за самой лихорадки, что кажется, собственно, вполне логичным. Бернар де Гордон, со своей стороны, утверждал, что есть некоторая возможность умереть во время спада одного пароксизма, а не «подлинного спада всей болезни» (*vera totius morbi declinatione*), по крайней мере если не допустил ошибку больной или врач²³. Жак Депар напоминает прежде всего, что смертельные лихорадки по существу лишены фазы спада и что есть повреждение, ведущее к смерти, которое может наступить во время акме или фазы «стабилизации»; примером могут служить эпидемии. Есть также случаи внезапной смерти: апоплексия, удушье, отсечение головы, ранение сердца. Но Жак Депар особенно отмечает некоторые случаи, когда смерть наступала в фазе спада болезни, хотя лихорадка не была непременно смертельной. Возражая величайшим медицинским авторитетам, он категоричен в этом пункте и, опровергая своих потенциальных оппонентов, решительно провозглашает: «возможно умереть во время общего спада болезни, по причине ослабления природной силы, если и не случается внешнего повреждения». Смерть происходит и при общем спаде болезни, и в спаде одного из ее пароксизмов²⁴. Перед тем как привести ряд примеров, взятых из его лекций или из собственного опыта, Жак Депар делает два сравнения. Природа и болезнь — как два борца: один из борцов может полностью победить другого и убить его, но при этом получит смертельную рану, от которой сам погибнет. Так же некто может сражаться со змеей, убить ее, но при этом отравиться ее ядом и умереть.

Длинная дискуссия о возможности смерти в фазе спада болезни еще более выводит за пределы средневековой медицины понятие болезни неизлечимой или смертельной. Попробуем поискать его в описаниях той или иной болезни. Изнуряющая лихорадка второго рода, которая приводит к нарастающему иссушению тела и в дальнейшем к лихорадке третьего рода, болезнь, достигшая фазы «стабилизации», не может быть излечена никакими средствами, кроме божьего чуда. Изнуряющая лихорадка заканчивается в сущности тем распадом элементов, который входит в определение естественной смерти. Но чтобы избежать

²³ *Gordon*. IV.14(a). P. 712.

²⁴ «Et licet tantis contradicere auctoribus temerarium et presumptuosum videatur, ad excitandum animos iuvenum super inquisitione veritatis ponitur conclusio quod possibile est aliquem mori in declinatione universali egritudinis ex debilitate virtutis, nullo interveniente errore extrinseco, ut in declinatione particulari alicuius paroxismi» (Jacques Despars, comm. *Canon*, Op. cit. IV.1.1.3).

наступления последней стадии и необратимого распада, применялся весь терапевтический арсенал. Как указал Авиценна, который воспринял идею, уже выраженную Галеном (*Methodus medendi IX*), одна из терапевтических стратегий состоит в превращении болезненного изнурения в старческое (*ethica senectutis, ethica senii*). Это позволило бы больному продолжать жить, конечно, как старику, тогда как оставить его в состоянии лихорадки означало бы лишить его всякой надежды на спасение. Есть предположение, что это должно было происходить с согласия больного, готового до срока начать жизнь старика²⁵. Чумная лихорадка, как мы видели, самый частый пример смертельной болезни. Описывая эту болезнь, Жак Депар прямо заявляет, что эта лихорадка убивает обычно всех, кого охватывает, особенно когда эпидемия на подъеме. В середине или в конце эпидемии некоторые этого избегают, но за редкими исключениями правило таково, что тот, кто заболел, от этого умирает: «Не обещай никому выздоровления, если у него эта лихорадка, даже если тебя позвали с самого начала, если твой пациент совсем послушен, помощники ему преданы, аптекарь надежный, знающий и хорошо снабженный: но в этих болезнях прогноз всегда неясен» (*in eis dubie prognostica semper*)²⁶. Опыт эпидемий приводит, таким образом, к решительному утверждению фатального прогноза, без поиска тонких различий. Чума стала болезнью смертельной по преимуществу. Другие болезни, такие как оспа, помещаются в категорию опасных болезней, но фатальный прогноз дается, только когда наблюдается ряд специфических признаков²⁷.

Этот анализ, хоть и не систематический, показывает, что если средневековый врач избегает неизлечимых болезней, то причина этому — его колебание или невозможность объявить смертельный прогноз. Осмотрительность, неспособность, но особенно концепция патологии, которая растворяет причины смерти в сложной ткани факторов, в недрах которых ответственность врача, в отличие от хирурга, не определена и не видна. Идет ли речь о «табу», используя выражение Ж. Жоанна? Отказ лечить неизлечимые случаи, что, конечно,

²⁵ Ibid. IV.1.3.5.

²⁶ Comm. *Canon*. Op. cit. IV.1.4.1.

²⁷ Среди смертельных признаков «черной оспы» (этот термин применялся по отношению к различным тяжелым инфекционным заболеваниям с появлением сыпей) названы, например: «si morbilli et variole virides fuerint, et sitis vehemens, et angustia fortis cum frigore extremitatum significant calorem extraneum iam vincere innatum et humores corruptos virtuti predominari. Et mors festinat huic egro accidere si variole de illis fuerint que vix exeunt et tarde apparent. Illud enim indicat plurimum materie intus retineri cui virtus succumbit» (Ibid. IV.1.4.5).

считалось недопустимым, должен был смениться уклонением от объявления смертельного прогноза, диктовалось ли это уклонение научной невозможностью рубить сплеча, или страха вынести решение, которое принадлежит только божьему всемогуществу, или и тем, и другим. Опыт эпидемий чумы, начиная со второй половины XIV в., мог избавить от колебаний: с одной стороны, повторяемость болезни позволяла с уверенностью распознать ее признаки и предвидеть динамику, с другой стороны, теологи освобождали слово врача, помещая эту болезнь среди божественных кар.

Перевод Е. Е. Бергер

БИБЛИОГРАФИЯ

- Bagliani Agostino Paravicini.* Ruggero Bacone e la *prolongatio vitae*. Per una nuova analisi dei testi» // *Alchimia e medicina nel Medioevo* / C. Crisciani et A. Paravicini Bagliani éd. Florence, 2003 (Micrologus' Library 9).
- Demaitre L.* Doctor Bernard de Gordon: Professor and Practitioner. Toronto, 1980 (Pontifical Institute of Medieval Studies, 51).
- Gordon Bernard de.* De Prognosticis. IV.14. Lyon, 1551(a).
- Gordon Bernard de.* Lilium medicinae. IV.5. Lyon, 1551(б).
- Jacquart D.* La médecine médiévale dans le cadre parisien, XIVe –XVe siècles, Paris, 1998.
- Jacquart D.* La science médicale occidentale entre deux renaissances, XIIe – XVe siècles, Aldershot, 1997 [Variorum Collected Studies].
- Jacquart D.* Le regard d'un médecin sur son temps: Jacques Despars (1380?–1458) // *Bibliothèque de l'École des chartes*. T. 138. 1980. P. 35-86
- Jacquart D.* Moses, Galen and Jacques Despars: Religious Orthodoxy as a Path to Unorthodox Medical Views // *Religion and Medicine in the Middle Ages* / P. Biller et J. Ziegler éd. York, 2001. P. 35-45.
- Jouanna J.* Hippocrate. Paris, 1992.
- Kibre P.* A Repertorium of Hippocratic Writings in the Latin Middle Ages. New York, 1985.
- Lafranc de Milan.* Ars completa totius cyrurgiae. Venise, 1498.
- McVaugh M. R.* Bedside Manners in the Middle Ages // *Bulletin of the History of Medicine*. T. 71. 1997. P. 201-223.
- McVaugh M. R.* *Medicine before the Plague, Practitioners and their Patients in the Crown of Aragon, 1285-1345*. Cambridge, 1993.
- Pagel J.-L.* Die Chirurgie des Heinrich von Mondeville. Berlin, 1892.
- Ziegler J.* *Medicine and Religion c. 1300, The case of Arnau de Vilanova*. Oxford, 1998.
- Жаккар Даниэль**, профессор Практической Школы научных исследований, Париж; danielle.jacquart@ephe.sorbonne.fr.