

БИБЛИОТЕКА ЖУРНАЛА "ТЕОРИЯ МОДЫ"

ТМ

ИСТОРИЯ КРАСОТЫ,
МОДЫ И НЕДУГА

ЧАХОТОЧНЫЙ ШИК

КАРОЛИН А. ДЕЙ

Carolyn A. Day
CONSUMPTIVE SICK
A History of Beauty,
Fashion, and Disease

Библиотека журнала «Теория моды»

Каролин Дей

**Чахоточный шик. История
красоты, моды и недуга**

«НЛО»

2017

УДК [616.24-002.5]:008

ББК 55.42

Дей К. А.

Чохоточный шик. История красоты, моды и недуга / К. А. Дей — «НЛО», 2017 — (Библиотека журнала «Теория моды»)

ISBN 978-5-4448-2051-3

Почему из всех болезней, распространенных в XVIII–XIX веках, именно чахотка стала эстетически привлекательной и даже модной? Как симптомы туберкулеза сблизились с общепринятыми стандартами красоты, а сам недуг в языке культуры приобрел романтические коннотации? Автор рассказывает о противоречивой истории туберкулеза на примере ряда семей, пострадавших от него в Европе конца XVIII и первой половины XIX века. Ее анализ посвящен развитию болезни преимущественно в Англии, различным оценкам туберкулеза, которые давали врачи эпохи романтизма и сентиментализма, а также культурным интерпретациям заболевания и их зависимости от смены общественных настроений. В работе Каролин А. Дей туберкулез предстает феноменом не только медицины, но и моды. Данные естественных наук и выводы гуманитарных дисциплин оказываются одинаково важны для основной задачи исследования – выявления логики, с помощью которой культура и общество осмысливали эту смертельную болезнь. Каролин А. Дей – профессор Furman University, специалист по философии науки и истории.

УДК [616.24-002.5]:008

ББК 55.42

ISBN 978-5-4448-2051-3

© Дей К. А., 2017

© НЛО, 2017

Содержание

Благодарности	7
Введение	8
Конструируя туберкулез	10
Социальный контекст	11
Научное конструирование туберкулеза	13
Глава 1. Подходы к изучению заболевания	16
Статистика смертности от туберкулеза	16
Патологоанатомический подход к болезни	20
Глава 2. Удивительный случай чахотки: семейный вопрос	25
Заразен?	25
Телесная конституция	28
Облегчить, а не лечить	35
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Каролин А. Дей
Чохоточный шик. История
красоты, моды и недуга

CAROLYN A. DAY
CONSUMPTIVE CHIC
A History of Beauty, Fashion, and Disease

© Carolyn A. Day, 2017

This translation is published by ООО Редакция журнала «Новое Литературное Обозрение»
by arrangement with Bloomsbury Publishing Plc.

© С. Абашева, перевод с английского, 2022

© С. Тихонов, дизайн обложки, 2022

© ООО «Новое литературное обозрение», 2022

В оформлении обложки использована фотография Стефано Поллио

© Photo by Stefano Pollio on Unsplash.com

Благодарности

Эта книга – труд для души, который не давал мне заскучать на протяжении более десяти лет, и он был бы невозможен без помощи гораздо большего числа людей, чем я могу здесь поблагодарить. В первую очередь спасибо моей замечательной семье за то, что они поверили в меня, когда я решила последовать зову своего сердца и сменить специальность. Я очень благодарна вам, мама и папа, за то, что вы научили меня идти за своими мечтами и стойко преодолевать любые препятствия, встречающиеся на пути. Донал, Лоррейн, Бенджамин и Эмили, эта книга посвящается вам и является залогом вашей любви и поддержки. Спасибо моей любимой племяннице Авелин и племяннику Бреннану за то, что вы с таким восторгом ждали книгу «тети Ни-Ни» и всегда хотели поучаствовать в процессе ее создания. Ваш неподдельный интерес к тому, как я копалась в архивах, и жажда добытых мною историй сделали этот процесс еще более приятным. Трудно поверить, что вы – ровесники проекта, и наблюдать за тем, как вы растете вместе с книгой, – невероятный опыт.

Поддержка и помощь, которую мне оказывали коллеги-исследователи и друзья, была неоценима как для моего развития в качестве ученого, так и для «Чохоточного шика». Спасибо моим нынешним и бывшим коллегам и замечательным друзьям за ваши неустанные советы и поддержку в моей академической жизни и тонкостях издательского процесса. Особая благодарность доктору Марку Смигу за то, что он поддержал меня как молодого ученого, и доктору Хью Белси, Клаудии и Роберту Макстон-Грэмам за их любезную помощь с платьем Мэри Грэм.

Я неизмеримо благодарна доктору Джеймсу Секорду за то, что он поддержал проект, когда эта идея впервые пришла мне в голову, и никакие слова не могут выразить то, что для меня значила неизменная поддержка доктора Джорджа Бернштейна. Спасибо за то, что не только дали мне шанс как студентке, но и за желание поддержать диссертацию о странном пересечении моды и болезни. Также я хотела бы поблагодарить доктора Джеймса Бойдена и доктора Алису Плант, продвигавших эту книгу, когда она находилась еще лишь на стадии диссертации. Ваша дружба и мудрость бесценны, и я очень ими дорожу. Я также имела счастье испытать на себе щедрость множества архивистов, но особую благодарность я должна выразить замечательному персоналу зала редких книг Библиотеки Кембриджского университета, которые помогли мне с максимальной пользой провести время, отведенное мне на архивы. За это же спасибо моей удивительной подруге доктору Рене Домашнез, благодаря которой я смогла предпринять эти короткие поездки. Как раз в то время, когда я должна была начать свое исследование, на Новый Орлеан обрушился ураган «Катрина» и Тулейнский университет был закрыт, что лишило меня финансирования. Рене спасла меня и мою академическую карьеру, безвозмездно предложив мне место для проживания в первой и во многих последующих поездках в Великобританию. Особую благодарность я выражаю также моему другу доктору Стиву Мэйсону, который впоследствии отправлял меня в многочисленные исследовательские поездки, что позволило мне завершить как эту, так и мою следующую книгу.

Введение

В течение восемнадцатого и девятнадцатого веков бесчисленное множество семей постигла та же трагическая участь, что и семейство Кэткарт. Мать, отец, сын и две дочери – всех стигнул туберкулез, но полный репертуар классических симптомов сопровождал мучительную смерть младшей дочери, Мэри. Несмотря на все попытки предотвратить ее кончину, красивая, хрупкая, эрудированная молодая женщина, нежно любимая всеми членами семьи и особенно мужем, тихо угасла в 1792 году. Мэри Грэм (1757–1792) была дочерью девятого барона Кэткарта и женой Томаса Грэма из Балгована, с которым она сочеталась браком 26 декабря 1774 года. Красота госпожи Грэм привлекла внимание Томаса Гейнсборо: портрет недавно вышедшей замуж восемнадцатилетней девушки, по словам Хью Белси, историка искусства и виднейшего специалиста по творчеству Гейнсборо, «является одним из самых тонких портретов художника»¹. (См. во вклейке ил. 1.)

Супруги были очень преданы друг другу, и Томас прилагал колоссальные усилия, чтобы укрепить здоровье жены. Хотя его имение находилось в Шотландии, чтобы не подвергать хрупкий организм Мэри лишней нагрузке, большую часть времени они проводили в Англии, где климат был более мягким. Кроме того, Томас и Мэри регулярно посещали лечебные курорты, то принимая морские ванны в Брайтоне, то проводя время в Клифтоне, популярном у чахоточных больных². Когда оказалось, что это не приносит пользы, в поиске излечения они стали выезжать за границу, побывали на минеральных источниках в Бельгии и отправились в Португалию в 1780 году. В 1781 году во время этого путешествия Томас Грэм оставил следующую запись о состоянии здоровья жены:

Думаю, наиболее вероятно, что следующую зиму мы вновь проведем не дома, хотя госпожа Грэм чувствует себя весьма недурно и, к моему удивлению, стойко переносит все тяготы дороги. Надеюсь, что ей не потребуется снова отправиться за границу, но благоразумнее и вполне в нашей власти оставаться где-нибудь на юге Англии, где климат более мягкий, чем в любой другой части Британии³.

Они возвратились в Англию и сняли дом в графстве Лестершир, чтобы избежать еще одной заграничной поездки⁴.

Здоровье госпожи Грэм неуклонно ослабевало, и в 1791 году, несмотря на революционные волнения, отчаянные супруги отправились во Францию, надеясь, что еще более мягкий климат французской Ривьеры окажет целительное воздействие. Проведя некоторое время в Париже, они по совету лечащего врача Мэри доктора Уэбстера, сопровождавшего их в путешествии, устроились в городке Пуаль близ Ниццы. Там они оставались до мая 1792 года в надежде, что морской воздух пойдет Мэри на пользу⁵. Состояние здоровья Мэри продолжало ухудшаться, и к лету 1792 года она осознала неотвратимость своей скорой кончины. Она решила скрыть свои догадки от мужа, опасаясь, что это лишь усугубит его страдания, и писала своей подруге госпоже Наджент о его «нежном внимательном отношении», утверждая, что

¹ Belsey H. Gainsborough's Beautiful Mrs. Graham. Edinburgh: National Gallery of Scotland, 2003. P. 27.

² Ibid. P. 31–32, 35; Graham E.M. The Beautiful Mrs. Graham and the Cathcart Circle. London: Nisbet & Co. Ltd, 1927. P. 248–249.

³ Lynedoch MS. 3591, National Library of Scotland.

⁴ Belsey H. Gainsborough's Beautiful Mrs. Graham. P. 32, 35.

⁵ Ibid. P. 43.

«найти такого мужа, как господин Грэм, нелегко», и выражая беспокойство о том, «как он страдает» и «как старается скрыть это от меня»⁶.

Ее лечащий врач предписал морское путешествие, и 19 июня чета Грэм отбыла из Ниццы. За девять дней до их отъезда Мэри написала мужу письмо, которое завещала вручить после своей смерти. Этот документ показывает ее смирение и заботу о тех, кого ей предстояло покинуть. Она обращалась к любимому мужу Томасу: «Пусть тебя утешит то, что без тебя я вовсе не смогла бы жить, и я счастлива, что уйду первой»⁷. Хотя Мэри рассталась с надеждой на выздоровление, в дневнике Томаса мы находим описания женщины, с удовольствием проводящей время за обедами на палубе, за чтением «Дон Кихота», и ее даже нисколько не беспокоила морская болезнь. Томас писал: «Ее совсем не тошнило, и, казалось, ей совсем не мешал сильный ветер, скорее, ее развлекала сумятица и неловкость тех, кто старался сохранить опрятность»⁸. Несмотря на всю его преданность, когда Мэри умирала, Томаса не было рядом. Лечащий врач заверял, что конец еще не близок, и 26 июня 1792 года он сошел на берег в Йере, чтобы найти им квартиру, но, когда он вернулся, Мэри уже скончалась. Томас сетовал: «Невозможно передать словами, как я сожалею, что отсутствовал, когда этот ангел испустил свой последний вздох»⁹.

Со смертью Мэри злоключения не кончились: пытаясь доставить ее тело домой из революционной Франции, Томас попал в беду. Недалеко от Тулузы 14 июля его корабль остановила национальная гвардия и солдаты-добровольцы. То, что за этим последовало, заставило Томаса ужаснуться и привело в ярость. Он писал, что «мятежная толпа полупьяных мерзавцев <...> вооруженных мушкетами <...> потребовали показать им содержимое опечатанного ящика». Хотя он имел при себе охранную грамоту от городского муниципалитета, позволявшую пройти без препятствий, несмотря на его попытки остановить их, «с дикой жестокостью они все взломали». Они были настолько озверевшими, что скорбящий вдовец настоял, чтобы тело Мэри осмотрел доктор Уэбстер, и с облегчением узнал, что «никакого вреда телу не нанесли, – однако, писал он, – требовался новый свинцовый гроб»¹⁰.

Томас Грэм так и не оправился после утраты, и ему было невыносимо видеть лицо жены: он упаковал ее портрет кисти Гейнсборо и убрал на хранение¹¹. Он все же сохранил некоторые памятные вещи, в том числе обручальное кольцо, которое он носил на протяжении всех пятидесяти лет своего вдовства, и даже еще более осязаемое свидетельство угасавшей жизни Мэри – платье, которое она носила в последние дни своей болезни. (См. во вклейке ил. 2.) Это платье показывает, какой ущерб наносила чахотка телу своей изможденной жертвы: мы видим, что в конце болезни Мэри стала совсем худой и хрупкой¹². Оно служит осязаемым напоминанием о безвременно оборвавшейся жизни и попыткой увековечить память о последних днях красивой молодой женщины, погибающей от туберкулеза. Помимо того что одежда является вещественным доказательством болезни, она могла быть связана с туберкулезом рядом активных и значимых аспектов.

⁶ Graham E.M. *The Beautiful Mrs. Graham*. P. 128; Belsey H. *Gainsborough's Beautiful Mrs. Graham*. P. 281–282.

⁷ Graham E.M. *The Beautiful Mrs. Graham*. P. 284.

⁸ Wednesday June 20, 1792, Lynedoch MS 16046, National Library of Scotland.

⁹ Tuesday June 26, 1792, Lynedoch MS 16046, National Library of Scotland.

¹⁰ Tuesday July 17, 1792, Lynedoch MS 16046, National Library of Scotland.

¹¹ Belsey H. *Gainsborough's Beautiful Mrs. Graham*. P. 46.

¹² Платье остается в частном владении и недоступно для осмотра, однако Хью Белси утверждает: «Это простое платье Томас Грэм хранил в качестве драгоценной реликвии Мэри Грэм до своей собственной смерти в 1843 году, и с тех пор оно остается в семье. Крой и длина платья дают понять, что Мэри была <...> очень худощавой, очертания ее фигуры приближались к скелету, по мере того как она угасала от туберкулеза легких». Belsey H. *Gainsborough's Beautiful Mrs. Graham*. P. 42.

Конструируя туберкулез

В конце восемнадцатого и начале девятнадцатого века патологический процесс туберкулеза был тесно связан с культурными представлениями о красоте, что позволяло представить его разрушительные последствия в выгодном с эстетической точки зрения свете. Как стало возможным, чтобы заболевание, сопровождающееся кашлем, истощением, неослабевающей диареей, лихорадкой и выделением мокроты и крови, считалось не только признаком красоты, но и модным недугом? Важнейшие вопросы нашего исследования: как риторика подобного рода применялась на практике и какими способами чахотку идеализировали и феминизировали.

Описания и изображения туберкулеза отличались от того, как представляли другие болезни, такие как оспа, холера и брюшной тиф; эти различия частично заключались в том, как болезнь проявляется в организме, и в том, как она распределяется в обществе. Хотя туберкулез менял внешность больного, он не обезображивал так, как оспа или холера. Напротив, как заболевание, характеризующееся истощением и бледностью, чахотка подчеркивала внешность жертвы, выделяя те черты, которые уже считались привлекательными. От других болезней туберкулез еще более отдаляли его хроническое течение и постоянное присутствие. В отличие от внезапных, острых заболеваний, порождавших масштабные эпидемии, туберкулез присутствовал в обществе всегда, во всех его сословиях. Тем не менее начиная с последнего десятилетия восемнадцатого века уровень смертности от туберкулеза стал подниматься: на пике она составляла четверть всех смертей в Европе, а затем после 1850 года постепенно снижалась¹³. Такая эпидемическая кривая отвечает относительно благородной репрезентации заболевания, которая претерпела изменения к середине девятнадцатого века.

Между 1780 и 1850 годами наблюдалась нарастающая согласованность между туберкулезом и быстро меняющимися представлениями о красоте и моде. Не только популярные идеалы красоты сближались с симптомами, но и сам туберкулез в основном рассматривался как заболевание, характеризующееся привлекательной эстетикой. Это произошло благодаря совпадению факторов, в том числе смертности от туберкулеза, прогресса в подходе к лечению и влияния ключевых общественных движений эпохи. Сформировавшиеся в результате значительных перемен в указанных областях культурные ожидания в отношении туберкулеза находили выражение в трудах по медицине, художественной литературе, поэзии и в публицистике, целью которой было объяснять моду и обозначать женские гендерные роли. Все эти источники приводили примеры, связывавшие критерии красоты с симптомами туберкулеза, и как таковые демонстрировали, что в массовом сознании болезнь была эстетически привлекательной.

¹³ New Topics in Tuberculosis Research / Ed. by D.L. Spiegelburg. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2007. P. 3.

Социальный контекст

Болезнь – опыт не только субъективный, его также формирует положение в культуре, как географическое, так и историческое. Сложные отношения между обществом и болезнью обеспечивают способ функционирования ценностных концепций здоровья и болезни как в рамках, так и вне рамок устоявшихся медицинских знаний и биологических данных. Вслед за Сюзен Зонтаг Клодин Херцлих и Жанин Пьерре утверждают, что «во всех обществах существует соответствие между биологическим и общественным устройством»¹⁴. Именно через это взаимодействие «язык больных формируется внутри языка, выражающего отношения между индивидом и обществом»¹⁵. В значительной степени этот процесс обуславливается меняющимися представлениями о теле и соответствующим им отношением к здоровью и недугам. Исследование Сюзен Зонтаг роли метафоры в переживании болезни – в частности, то, как она противопоставляет романтическую репрезентацию туберкулеза и стигматизацию некоторых других заболеваний (таких, как рак и СПИД), – было важным шагом к истолкованию того, как болезни конструируются культурой¹⁶. Социальные философы и философы истории, такие как Мишель Фуко, утверждали, что болезнь – это изобретение идеологии, общества и экономики¹⁷. Болезнь, таким образом, отражает сложный комплекс обстоятельств, определяющих ценность человеческой жизни, а также значимость самой болезни в определенный период времени. Различные термины, использовавшиеся для описания туберкулеза на протяжении веков, отражают власть языковых представлений над производством метафорических описаний болезни. Эти термины также отражают доминирующее в определенную эпоху понимание этого заболевания и свидетельствуют о переходившем из века в век непонимании причины, течения и значения туберкулеза. Туберкулезные инфекции классифицировались с использованием ряда уникальных обозначений, и эти изменения в языке демонстрируют, каким образом развивался диалог, отражавший поступление новой информации и формирование новых взглядов на болезнь¹⁸.

Термин «туберкулез» вошел в широкое употребление лишь во второй половине девятнадцатого века. Ранее вместо него использовался ряд других наименований, в том числе «фтизис», «чахотка» и «золотуха» (обозначение нелегочной формы заболевания). Также среди названий туберкулеза встречались: «сухотка», «воспаление легких», «бронхит», «астения», «волчанка», «кладбищенский кашель» и «истощающая лихорадка», а также многие другие. В 1725 году английский врач Ричард Блэкмор признал, что столкнулся с трудностями в классификации недуга, скрывавшегося под этой разнообразной номенклатурой, подчеркнув преобладание древних медицинских знаний в понимании болезни и указав на древнегреческие корни фтизиса. Этот термин широко использовался уже в шестнадцатом веке и означал истощение, разрушение или разложение тела, и его употребление, в частности, указывало на повышенное потоотделение и худобу – характерные симптомы заключительных стадий болезни.

Хотя термин «фтизис» оставался общеупотребительным и в девятнадцатом веке, он все больше вытеснялся словом «чахотка» (англ.: consumption – потребление, поглощение), кото-

¹⁴ Herzlich C., Pierret J. *Illness and Self in Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982. P. xi.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Sontag S. *Illness as Metaphor and Aids and Its Metaphors*. New York: Doubleday, 1990. P. 28–32; Lawlor C. *Consumption and Literature: The Making of the Romantic Disease*. New York: Palgrave Macmillan, 2006. P. 3.

¹⁷ Caplan A. *The Concept of Health, Illness and Disease // Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 1. London: Routledge, 2001. P. 240–241. Согласно Фуко, искусственность цивилизации снижала здоровье и увеличивала заболеваемость, одновременно изменяя ее идентичность. Фуко утверждал: «По мере того, как они [индивиды] занимают более высокое положение и вокруг них выстраивается социальная сеть, „здоровье кажется деградирующим“» [Перевод приводится по изданию: Фуко М. *Рождение клиники*. М.: Смысл, 1998. С. 43].

¹⁸ Dubos R., Dubos J. *The White Plague: Tuberculosis, Man, and Society*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1987. P. 3.

рое начиная примерно с 1660 года использовалось для обозначения фтизической деградации тела¹⁹. Этот термин указывал на тот факт, что болезнь, казалось, съедала свою жертву изнутри, оставляя высохшую оболочку, изможденное, опустошенное тело. Хотя этот термин весьма наглядный, он не был ни точным, ни исключительным, поскольку его употребляли для описания множества состояний, характеризующихся истощением. В 1847 году врач Генри Дешон пожаловался на беспорядочное использование этого ярлыка: «Термин „чахотка“, как правило, применяемый для обозначения болезни легочного происхождения, используется слишком расплывчато и без разбора <...> „Легочная чахотка“, или „phthisis pulmonalis“, более правильно относить к общему ухудшению здоровья, обусловленному образованием узелка – туберкула»²⁰. Такое курьезное смешение терминов и их по существу взаимозаменяемое употребление свидетельствовало о непреходящей путанице в процессе выявления и количественной оценки заболевания; однако в дальнейшем роль туберкула будет приобретать все большую важность в обсуждении болезни. (См. во вклейке ил. 3.)

Первое употребление термина «туберкулез» в печатном издании относится к 1839 году, когда цюрихский профессор медицины Иоганн Лукас Шёнлейн предложил использовать его как родовое обозначение всех проявлений заболевания. В то время, по общему мнению, этимон «туберкул» был основной структурной единицей патологии. Термин происходил от латинского слова *tuberculum* – «комочек»²¹. Термин отражает растущее влияние патологической анатомии, поскольку врачи-исследователи пытались точно определить роль, которую туберкул играл в возникновении, течении и последствиях заболевания. В 1852 году лондонский хирург Генри Анселл обозначил надлежащее употребление всех связанных с туберкулезом понятий.

Учитывая, что термин «туберкулез» используется для обозначения конституционального происхождения всех местных проявлений чахотки и золотухи, а «туберкул» – для обозначения особого патологического элемента, слово «туберкулярный» обычно используется в случаях, когда предполагается наличие туберкула, а слово «туберкулезный» в тех, когда его нет; но из-за нечеткого использования этих терминов предыдущими авторами оказалось невозможным строго придерживаться какого-либо правила²².

Тем не менее вплоть до начала двадцатого века термин «туберкулез» не смог вытеснить «чахотку» и даже «фтизис»²³. Открытие Робертом Кохом туберкулезной палочки, *Mycobacterium tuberculosis bacillus*, в 1882 году стало решающим шагом в принятии микробной теории инфекции и в конечном итоге способствовало распространению термина «туберкулез».

¹⁹ Waksman S.A. The Conquest of Tuberculosis. Berkeley: University of California Press, 1964. P. 8.

²⁰ Deshon H. C. Cold and Consumption. London: Henry Renshaw, 1847. P. 31.

²¹ Waksman S. A. The Conquest of Tuberculosis. P. 8.

²² Ancell H. A Treatise on Tuberculosis. London: Longman, Brown, Green & Longmans, 1852. P. xxiv.

²³ Dormandy T. The White Death: A History of Tuberculosis. London: Hambleton and London Ltd., 1998. P. 9.

Научное конструирование туберкулеза

Вовлеченность ученых в борьбу с туберкулезом как таковая является отражением конкретных социальных и культурных проблем, в частности проблем, связанных с классовым делением общества, бедностью и ролью государства. Таким образом, в то время как ученые давно интересовались изучением «белой чумы», они в первую очередь старались найти объяснение снижению смертности или анализировали, как проводились кампании по смягчению последствий заболевания в различных странах²⁴. В 1980-х годах туберкулез, будучи угрозой общественному здравоохранению с его тенденцией коинфицировать носителей вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), испытал возрождение интереса, и в 1990-х годах было опубликовано несколько работ по туберкулезу в американском обществе²⁵.

Угроза не исчезла: напротив, туберкулез вновь стал огромной глобальной проблемой общественного здравоохранения. В 2007 году было зарегистрировано около 1,7 миллиона случаев смерти от туберкулеза и 9,27 миллиона новых случаев заболевания. Еще больше шокирует тот факт, что туберкулезной палочкой заражена треть населения Земли²⁶. Международные усилия по борьбе с туберкулезом (ТБ) осложняются растущими показателями МЛУ-ТБ (ТБ с множественной лекарственной устойчивостью), появлением ШЛУ-ТБ (ТБ с широкой лекарственной устойчивостью)²⁷ и применением лекарственных препаратов, существующих уже несколько десятилетий²⁸. Эта комбинация факторов «грозит вернуть нас в эпоху, предшествующую изобретению антибиотиков, когда 50 % пациентов с туберкулезом умирали»²⁹. Современные методы лечения МЛУ-ТБ включают использование комбинации от восьми до

²⁴ В частности, в книге микробиологов Рене и Жана Дюбо «Белая чума» (1952) утверждается, что здравоохранительные меры и санитарная реформа в Англии во второй половине девятнадцатого века привели к снижению смертности. «Белая чума» остается одной из наиболее влиятельных работ на эту тему, отчасти потому, что она помещает туберкулез в социальный контекст, а не просто перечисляет исключительно научные достижения, и основной ее фокус направлен на связь между бедностью и болезнью. В книге Томаса Маккиоуна «Современный рост населения» (McKeown T. *The Modern Rise of Population*. London: Edward Arnold, 1976) утверждается, что снижение смертности от туберкулеза в Англии стало результатом улучшения норм питания. Тезис Маккиоуна по-прежнему вызывает горячие споры, как и его обоснованность и подтверждающие его эмпирические данные. Например, Саймон Шретер повторяет утверждение Дюбо о том, что решающее значение для снижения уровня смертности в Великобритании имело санитарное вмешательство. После тщательной оценки доказательств Маккиоуна Шретер отметил, что «эпидемиологические данные, собранные центральным статистическим бюро и проанализированные Маккиоуном, на самом деле не показали явного спада заболеваемости респираторным туберкулезом в стране до 1867 года». (Szreter S. *Health and Wealth: Studies in History and Policy*. Rochester: University of Rochester Press, 2007. P. 113.) Для получения дополнительной информации о дебатах по смертности также см.: Hardy A. *Diagnosis, Death, and Diet: The Case of London, 1750–1909* // *The Journal of Interdisciplinary History*. 1988. Vol. 18. No. 3; Rusnock A. *Vital Accounts: Quantifying Health and Population in Eighteenth-Century England and France*; Mooney G., Szreter S. *Urbanization, mortality and the Standard of Living Debate: new estimates of the expectation of life at birth in nineteenth-century British Cities* // *Economic History Review*. 1998. XL. P. 84–112; Wrigley E. A., Schofield R. S. *The Population History of England 1541–1871*. Cambridge: Harvard University Press, 1981; Hardy A. *The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventative Medicine, 1856–1900*. Oxford: Clarendon Press, 1993.

²⁵ Среди этих книг: Rothman S.M. *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History* (1994), Ott K. *Fevered Lives: Tuberculosis in American Culture since 1870* (1996), Bates B. *Bargaining for Life: a Social History of Tuberculosis 1876–1938* (1994), Feldberg G. D. *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society* (1995).

²⁶ *Tuberculosis into the 2010s: Is the Glass Half Full?* // *Contagious and Infectious Diseases*. 2009. Vol. 49. P. 574–583. P. 574.

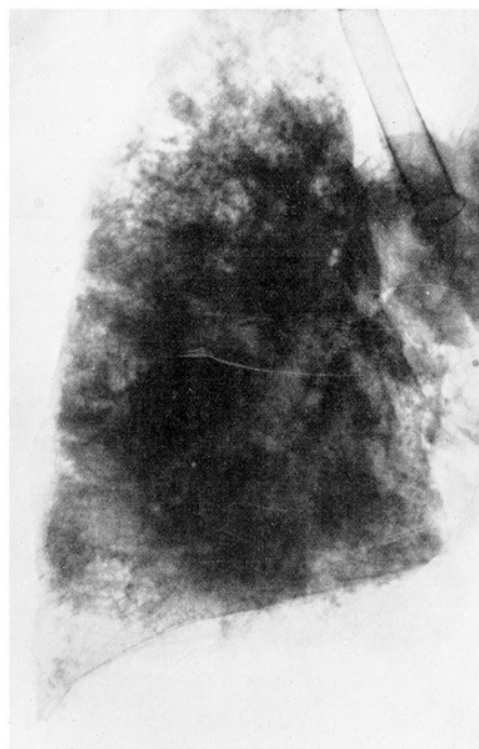
²⁷ ШЛУ-ТБ определяют как «заболевание, вызываемое бактериями, имеющими устойчивость по меньшей мере к изониазиду и рифампино – как к препаратам первого выбора при туберкулезе, устойчивость к которым определяет туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) – плюс устойчивость к любым фторхинолонам и устойчивость по крайней мере к одному инъекционному препарату второго выбора (амикацин, капреомидин или канамицин)». Хотя это базовое определение, многие из штаммов ШЛУ-ТБ устойчивы к большинству остальных препаратов второго ряда и поэтому не поддаются лечению. *Extensively Drug-Resistant Tuberculosis: Are We Learning from History or Repeating it?* // *Contagious and Infectious Diseases*. 2007. Vol. 45. P. 338–342.

²⁸ *The Challenge of New Drug Discovery for Tuberculosis* // *Nature*. 2011. Vol. 469 (January). P. 483–490. P. 483–484.

²⁹ *Extensively Drug-Resistant Tuberculosis: Are We Learning from History or Repeating it?* // *Contagious and Infectious Diseases*. 2007. Vol. 45. P. 338–342. P. 338.

десяти различных препаратов и курс лечения длительностью в среднем от 18 до 24 месяцев. Несмотря на такую агрессивную тактику, лечение оказывается неэффективным почти в 30 % случаев ШЛУ-ТБ³⁰.

Обеспокоенность проблемой туберкулеза отражена в ряде новых научных работ на эту тему, а также в новых историях болезни³¹. Однако сохраняется нехватка работ о туберкулезе, в центре внимания которых была бы Великобритания, а те, что соответствуют этому критерию, как, например, книга Линды Брайдер «У подножия волшебной горы: социальная история туберкулеза в Великобритании в двадцатом веке» (1988), фокусируются на конце девятнадцатого или двадцатом веке. В целом труды, посвященные туберкулезу в девятнадцатом веке, либо рассматривали связанные с болезнью концепции начала столетия, сосредоточив внимание исключительно на рабочем классе, либо оценивали эпидемиологию заболевания второй половины столетия. Работы такого рода часто признают существование романтического мифа в литературе, но эта тема не была должным образом исследована до публикации книги Кларка Лоулора «Чохотка и литература: сотворение романтической болезни» (2006). Лоулор обращается к несоответствию между биологической реальностью и литературным толкованием, и его работа остается единственным исследованием, углубляющимся в «эстетику» чохотки. Тем не менее его в первую очередь интересует литература, и ему не удалось глубоко исследовать бытовые приложения этой риторики или ее соответствие современным идеалам красоты. Даже самые новые работы на эту тему, например «Туберкулез и литературное воображение Викторианской эпохи» (2011) Кэтрин Бирн и «Кашель с кровью: история туберкулеза» (2012) Хелен Бинум, упоминают эстетику болезни лишь вскользь.



1.1. Слева: Рентгенография грудной клетки, демонстрирующая туберкулез. Справа: Фотография легких пациента после смерти от туберкулеза (1903)

³⁰ The Challenge of New Drug Discovery for Tuberculosis // Nature. 2011. Vol. 469 (January). P. 483–490. P. 484.

³¹ См., например: Reichman L. B., Hopkins Tanne J. Timebomb: the global epidemic of multi-drug resistant tuberculosis. New York: McGraw-Hill Professional, 2002; Gandy M., Zuml A. The Return of the White Plague: Global poverty and the «new» tuberculosis. London: Verso, 2003; Condrau F., Worboys M. Tuberculosis Then and Now: Perspectives on the History of an Infectious Disease. Montreal; Kingston: McGill-Queen's University Press, 2010.

Без сомнения, между женскими гендерными ролями, модой и красотой существовала взаимосвязь, которая как иллюстрировала, так и способствовала формированию меняющегося взгляда общества на туберкулез. Предметом нашего исследования является характер воздействия чохотки на женщин из высшего и среднего классов, как индивидуумов, так и как части социального тела, в конце восемнадцатого и первой половине девятнадцатого века. В тот период существовала влиятельная идея, что в среднем и высшем классах чохотка у женщин представляла собой болезнь, которая не только сопровождала природную красоту, но и придавала больной дополнительную прелесть. Таким образом, туберкулез осмыслился как комплиментарный для женщин недуг, которому подражали идеалы красоты и мода. Тем не менее существовало и противоречие, так как считалось, что мода и образ жизни высшего общества «возбуждают» эту болезнь у женщин привилегированных сословий, обладавших предрасположенностью к чохотке, и что свойственная им женственность делает их более восприимчивыми к реализации этой предрасположенности. Позитивные ассоциации, связанные с чохоткой и тем, как она «выглядит», обеспечили всеобщее пренебрежение наставлениями против одежды и модных практик, которые, как считалось, служили причиной заболевания. Туберкулез, несмотря на доказательства обратного, изображался как легкий или красивый способ умереть. Как эти сентиментальные представления о чохотке сочетались с его ужасающей реальностью? Более того, почему болезнь воспринималась эстетически не только как признак сильных чувств, таких как любовь и страсть, или как знак гениальности и высокой духовности, но также и как показатель физической красоты?

Глава 1. Подходы к изучению заболевания

Статистика смертности от туберкулеза

В течение девятнадцатого века чахотка вытеснила в общественном сознании масштабные эпидемии (такие, например, как чума или оспа). В Англии начиная с середины семнадцатого века стали осознавать нарастающее присутствие этой болезни, и факт ее широкого распространения был быстро признан медицинским сообществом. В издании 1674 года «*Morbus Anglicus, или Анатомия чахотки*» Гидеон Харви подробно описывал людей, наиболее подверженных этому недугу: «С большой вероятностью при английском климате раньше всех в могиле окажутся жертвы чахотки, прямой дороги к смерти для наиболее усердных школяров, богословов, врачей, философов, страстно влюбленных, фанатиков в религии и т. д.»³² Название, данное Харви своемуopusу, было данью распространенности этой болезни в Англии: латинская его часть переводится как «Болезнь англичан»³³. Этот нарождающийся «бич общества» сопровождался появлением новых образов в культуре.

В целом все инфекционные заболевания следуют эпидемической динамике распространения. Первоначально число заражений увеличивается очень быстро; затем, достигнув определенного уровня, интенсивность и заболеваемость этими болезнями постепенно снижается. Несмотря на то что развитие и течение туберкулеза менее яркие, чем у других инфекционных болезней, он все же следует типичному эпидемическому циклу инфекции, хотя зачастую прогресс необычайно медленный и на него уходят десятилетия, а не недели или месяцы. В Европе эпидемическая кривая туберкулеза началась во второй половине семнадцатого века и достигла своего пика в середине девятнадцатого века. К концу девятнадцатого века он по-прежнему уносил жизни одной седьмой населения мира, и даже в 1940 году туберкулез был причиной большей гибели людей, чем любое другое инфекционное заболевание³⁴. В Великобритании за двести лет, предшествовавших 1840 году, туберкулез был главным эндемическим заболеванием, поражающим почти столько же людей, сколько все остальные болезни вместе взятые³⁵. Какими бы ни были реальные цифры, в восемнадцатом веке, несомненно, наблюдалось увеличение смертности от чахотки. Широко признавалось, что эта болезнь была повсеместно распространенной и смертельной. Например, Уильям Блэк, написавший несколько работ, связанных с медицинской статистикой, в 1788 году заявлял: «В среднем от одной пятой до одной шестой всей смертности в Лондоне приходится на чахотку, что почти вдвое больше, чем смертность от оспы», – а также что «фтизис, фтизис, фтизис, возвышающийся гигантской массой» безраздельно царил в лондонских похоронных каталогах³⁶.

³² Harvey G. *Morbus Anglicus: Or the Anatomy of Consumptions*. 2nd edn. London: Printed by Thomas Johnson for Nathanael Brook, 1674. P. 2.

³³ Lawlor C. *Consumption and Literature*. P. 19.

³⁴ Caldwell M. *The Last Crusade: The War on Consumption, 1862–1954*. New York: Atheneum, 1988. P. 9.

³⁵ Smith F. B. *The Retreat of Tuberculosis 1850–1950*. London: Croom Helm, 1988. P. 4.

³⁶ Black W. *A Comparative View of the Mortality of the Human Species*. London: C. Dilly, 1788. P. 170, 183.



1.1. Гидеон Харви. А. Хертюкс, б/д

Его влияние возрастало, по-видимому, из-за того, что он уносил жизни своих жертв совершенно без разбора, поражая как жителей особняков, так и обитателей трущоб. Быстрее всего заболевание распространялось в городских центрах, но не ограничивалось городской

чертой и никак не соотносилось ни с полом, ни со статусом, ни с возрастом или профессией. В 1818 году Джон Мэнсфорд утверждал, что чахотка была на пике:

Наиболее важной особенностью чахотки является ее возрастающее распространение. Ее справедливо назвали гигантской болезнью страны; и она обрушивается на нас своей страшной великанской поступью <...> Кажется вероятным <...> что за последнее столетие число смертей от чахотки в Великобритании увеличилось на треть; и что теперь они достигли огромного количества в пятьдесят пять тысяч в год³⁷.

Несмотря на всеобщую убежденность в том, что смертность от туберкулеза возросла, выявление конкретных случаев чахотки представляло трудность из-за отсутствия точных данных о смертности, что еще больше осложнялось неточностью диагностических методов того времени. Медленный, «крадущийся» характер развития чахотки означал, что она часто оставалась незамеченной до последних стадий, а ее номенклатура еще более усложняет оценку смертности. Термины «фтизис» и «легочная чахотка» использовались практически без разбора для обозначения ряда не связанных заболеваний³⁸. Обозначение «чахотка» было особенно проблематичным, поскольку его часто применяли к любому заболеванию, сопровождавшемуся потерей веса.

Несмотря на эти трудности, ясно, что девятнадцатый век можно с уверенностью назвать «эпохой чахотки», независимо от того, подразумеваем ли мы фактическое или предполагаемое воздействие заболевания. Его также можно назвать эпохой медицинской статистики³⁹. До девятнадцатого века в Англии не велось регулярных или точных записей о статистике смертности. Это не означает, что попытки вести учет рождений и смертей не предпринимались в учреждениях, таких как больницы, и в некоторых городах. В 1836 году на основании парламентского распоряжения эти усилия были формализованы и привели к созданию общенациональной системы регистрации рождений, смертей и браков. В следующем году статистик и врач Уильям Фарр прекратил свою медицинскую практику и был временно нанят секретарем в Центральное бюро регистрации актов гражданского состояния для оказания помощи в организации и классификации этой информации, и в 1839 году его должность стала постоянной⁴⁰. После публикации Фарром «Первого ежегодного отчета Центрального бюро рождений, смертей и браков» официальные лица в Англии начали систематически отслеживать показатели смертности от различных заболеваний, включая туберкулез.

Эти новые статистические данные свидетельствовали об общенациональном геноциде, вызванном чахоткой, – ситуация, которая не скрылась от внимания тех, кто вел хроники болезни. Один из таких исследователей, Генри Гилберт, писал: «Согласно отчету Центрального бюро регистрации, легочная чахотка уничтожила больше человеческих жизней за шесть указанных месяцев [с 1 июля по 31 декабря 1837 года], чем холера, грипп, оспа, корь, малярия, тифозная лихорадка, водобоязнь, апоплексический удар, грыжа, колики, заболевания печени, камни, ревматизм, язва, свищ и гангрена!»⁴¹ Вскоре Гилберт пустил эти статистические данные в дело, заявив: «Не существует столь же общераспространенной и смертельной болезни, как чахотка легких. Согласно самым последним подсчетам медиков, она является причиной

³⁷ Mansford J. G. An Inquiry into the Influence of Situation on Pulmonary Consumption. London: Longman, Hurst, Rees, Orme and Brown, 1818. P. 67.

³⁸ Dubos, Dubos. The White Plague. P. 9.

³⁹ Herzlich C., Pierret J. Illness and Self in Society. P. 24.

⁴⁰ Eyer J. M. Farr, William (1807–1883) // Oxford Dictionary of National Biography / Ed. by H. C. G. Matthew and Brian Harrison. Oxford: OUP, 2004. www.oxforddnb.com/view/article/9185[по состоянию на 5 июня 2008]; Smith G. The Dictionary of National Biography. Vol. VI. London: Oxford University Press, 1964. P. 1090.

⁴¹ Gilbert H. Pulmonary Consumption: Its Prevention & Cure Established on the New Views of the Pathology of the Disease. London: Henry Renshaw, 1842. P. 6.

четверти всех смертей, повлеченных болезнями в Великобритании и Ирландии»⁴². К 1850 году в «Ежегодных отчетах» внимание публики особо привлекалось к существенным показателям смертности от туберкулеза в крупных городах⁴³. Высокая смертность помогла повысить осведомленность общественности и сосредоточила внимание медицинского сообщества на заболевании в течение последней половины девятнадцатого века. В 1882 году о значении чахотки для общества писал Роберт Кох: «Если число жертв, которое уносит эта болезнь, является мериллом ее значимости, то все болезни, особенно наиболее опасные инфекционные заболевания, такие как бубонная чума, азиатская холера и т. д., должны занять место далеко позади туберкулеза. Статистика сообщает нам, что от туберкулеза умирает одна седьмая населения страны и что, если рассматривать только трудоспособные группы среднего возраста, туберкулез уносит треть, а зачастую и больше жизней»⁴⁴.

⁴² Gilbert H. Pulmonary Consumption. P. 4–5.

⁴³ Herzlich C., Pierret J. Illness and Self in Society. P. 24.

⁴⁴ Цит. по: Waksman. The Conquest of Tuberculosis. P. 20.

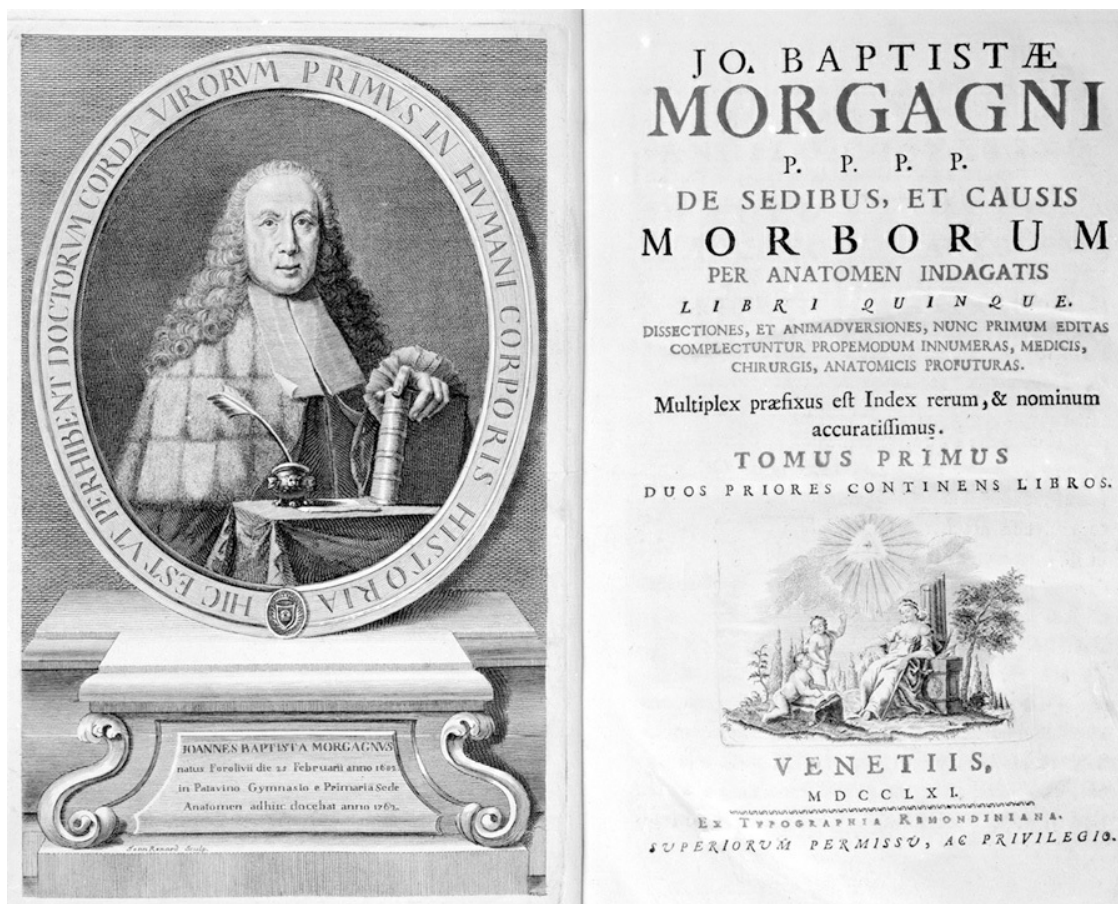
Патологоанатомический подход к болезни

Помимо роста осознания масштабов туберкулеза, отношение к этой болезни в начале девятнадцатого века отражало преобладание патологоанатомического подхода. Восемнадцатый век стал свидетелем развития локальной концепции болезни, которую исследовали и осмыслили с точки зрения патологической анатомии. В 1760-х годах итальянский анатом Г. Б. Морганьи связал чахотку с анатомическими открытиями в трактате «О положениях и причинах болезней» (*De sedibus et causis morborum*), помогая укрепить идею о том, что врачи-исследователи должны сопоставлять симптомы болезни и повреждения организма посредством вскрытия. Морганьи сыграл важную роль в изменении теоретической идеологии болезни, повысив авторитет патологической анатомии и значение роли, которую играют точные, локализованные поражения. С принятием этой новой точки зрения увеличительное стекло медицинского исследования было сфокусировано на частях, а не на целом⁴⁵. Все чаще симптомы, проявлявшиеся у живых жертв болезни, коррелировали со структурными изменениями, наблюдаемыми после смерти⁴⁶. Окончательно оформить эту точку зрения помог французский патологоанатом-новатор Ксавье Биша, наказавший всем врачам анатомировать и открывать новое⁴⁷. В основании нового подхода лежала идея, что болезнь имеет специфические патологические проявления и что исследование этих особенностей даст ответы на причину заболеваний. Это изменение в интеллектуальном подходе привело к новому способу классифицировать течение болезни; однако в отношении чахотки рост глубины и качества анатомической информации вызывал больше вопросов, чем давал ответов.

⁴⁵ Reiser S. J. *The Science of Diagnosis: Diagnostic Technology // Companion Encyclopedia of the History of Medicine* / Ed. by W. F. Bynum and Roy Porter. Vol. 2. London: Routledge, 2001. P. 826–827.

⁴⁶ Granshaw L. *The Hospital // Companion Encyclopedia of the History of Medicine* / Ed. by W. F. Bynum and Roy Porter. Vol. 2. London: Routledge, 2001. P. 1187.

⁴⁷ Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind*. P. 307.



1.2. Джованни Баттиста Морганьи. Титульный лист и фронтиспис трактата Морганьи «О положениях и причинах болезней»

При туберкулезе патологоанатомический подход ограничивался диагностикой и выявлением признаков болезни, но он не объяснял причины этих патологических проявлений. Постепенно врачи-исследователи разработали новые методологии и инструменты для изучения процесса болезни не только в мертвом, но и в живом организме. Открытие явления перкуссии и разработка стетоскопа помогли расширить познания о туберкулезе и помочь в его диагностике⁴⁸. Когда в 1816 году Теофиль Гиацинт Лаэннек создал стетоскоп, он создал предмет, который стал основным инструментом нового анатомического подхода к медицине. (См. во вклейке ил. 4.) Открыв живое тело для «рассечения» с помощью звука, стетоскоп предоставил новое средство для исследования больного человека; теперь патологию можно было диагностировать как на мертвых, так и на живых пациентах⁴⁹. Стетоскоп и сопутствующая методология значительно изменили подход к респираторным заболеваниям, и Лаэннек применил свое новое оружие против чахотки легких. В «Трактате о заболеваниях грудной клетки и опосредованной аускультации» (опубликованном на французском языке в 1819 году и переведенном на английский язык к 1821 году) четко описано клиническое течение туберкулеза⁵⁰. В

⁴⁸ Открытие австрийским врачом Леопольдом Ауэнбруггером (1722–1809) перкуссии, заключающейся в простукивании грудной клетки и точной записи произведенных звуков, открыло совершенно новый путь в медицинских исследованиях, позволив «заглянуть» внутрь живого организма. При этом книга и метод канули в лету, пока ее не перевел и не популяризировал Жан-Никола Корвизар (1755–1820), личный врач Наполеона I. Cummins L. S. Tuberculosis in History From the 17th Century to our own Times. London: Bailliere, Tindall and Cox, 1949. P. 94–96, 100–102.

⁴⁹ Лаэннек и другие энтузиасты стетоскопии смогли обнаружить целый ряд заболеваний благодаря отличиям дыхательных шумов. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. P. 307–309.

⁵⁰ Cummins L. S. Tuberculosis in History From the 17th Century to our own Times. P. 121.

работе Лаэннек не только определил руководящие принципы для диагностики чахотки, но также утверждал, что туберкул был признаком одного отдельного заболевания, вне зависимости от того, находилось ли оно в легких или где-либо еще в организме, например в печени или кишечнике. Лаэннек предложил единую теорию чахотки, которая стала общепринятой точкой зрения до открытия туберкулезной палочки в 1882 году⁵¹. В 1843 году доктор Джон Гастингс воздал должное вкладу Лаэннека, заявив:

Хотя до Лаэннека уже существовали самые разнообразные работы о чахотке легких, его великие открытия, сделанные с помощью аускультации, пролили на туберкулез новый свет и начали новую эпоху в его истории <...> Но, как это ни удивительно, наши возможности лечения, по-видимому, сократились пропорционально тому, как возросло наше знание об определении природы чахотки; ни в один период своей истории она не была настолько фатальной, как со времени открытия стетоскопа⁵².

Обоснование предположениям Лаэннека дал его современник, французский патолого-анатом Гаспар Лоран Бэйль. В работе «Исследования туберкулеза легких» (1810) он также утверждал, что туберкулез является точно определенным и специфическим состоянием, а не каким-то широко распространенным генерализованным расстройством истощения, возникающим в результате некоего предшествующего недуга. Кроме того, он утверждал, что туберкулы появлялись прежде, чем обнаруживались какие-либо внешние симптомы. Бэйль настаивал на том, что наиболее видимые и узнаваемые симптомы туберкулеза указывают на позднюю стадию развития заболевания и что отсутствие видимых или характерных симптомов никоим образом не указывает на его отсутствие⁵³. В своем исследовании Бэйль представил анализ наиболее частых патологических проявлений туберкулеза и систематические наблюдения за органическими изменениями, происходящими в ходе развития болезни, выполнив более девяти сотен вскрытий и сопоставив результаты с собственной врачебной практикой. Благодаря сравнению патологических и клинических результатов он смог прийти к заключению, что источником других патологических изменений при чахотке был маленький туберкул. Врач заявил, что дальнейшие осложнения, наблюдаемые у больных туберкулезом, в том числе в кишечнике, гортани и лимфатических узлах, являются следствием чахотки, а не отдельными заболеваниями⁵⁴.

В трактате «Патологическая анатомия» (1838) шотландский профессор сэр Роберт Карсвелл обобщил и дал оценку многочисленным описаниям туберкула, предоставленным такими патологоанатомами, как Лаэннек, Бэйль и Габриэль Андраль, а также оценил кажущуюся изменчивость его природы⁵⁵. Карсвелл выделялся среди британских медиков, стекавшихся во Францию, чтобы изучить новые концепции патологической анатомии. Там он посещал вскрытия и знакомился с новыми медицинскими методами (такими, как аускультация стетоскопом), проводя время с Пьер-Шарлем Александром Луи и Лаэннеком⁵⁶. Карсвелл, пожалуй, наиболее известен своими потрясающими иллюстрациями анатомических препаратов, которые он изучал во Франции; кроме того, по-прежнему важен его вклад в оформление патологической ана-

⁵¹ Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. P. 311.

⁵² Hastings J. Pulmonary Consumption, Successfully Treated with Naphtha. London: John Churchill, 1843. P. 4.

⁵³ Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. P. 311.

⁵⁴ Barrow. Researches on Pulmonary Phthisis, From the French of G. H. Bayle. P. 3–4.

⁵⁵ Габриэль Андраль (1797–1876) – французский терапевт, подчеркивавший гнойный, воспалительный и «секреторный» характер изменений при чахотке. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. P. 337; Sebastian A. A Dictionary of the History of Medicine. New York: The Parthenon Publishing Group, Inc., 1999. P. 47.

⁵⁶ Пьер-Шарль Александр Луи (1787–1872) – парижский терапевт, специалист по туберкулезу и тифу. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind. P. 337; Sebastian A. A Dictionary of the History of Medicine. P. 47; Simmons J. G. Doctors & Discoveries: Lives that Created Today's Medicine from Hippocrates to the Present. Boston: Houghton Mifflin Company, 2002. P. 75.

томии как отдельной медицинской дисциплины в Англии⁵⁷. Роберт Карсвелл также продемонстрировал сохранявшуюся сложность в точном определении причины и течения туберкулеза. Он проводил вскрытия и выполнял цветные рисунки своих наблюдений, которые давали локализованные представления о болезни; однако его сопроводительные записки об исследуемых случаях демонстрировали более целостный подход⁵⁸. Его работа «Патологическая анатомия» подняла несколько вопросов по поводу туберкулов, которые продолжали преследовать медицинское сообщество. (См. во вклейке ил. 6.) Каково было происхождение обнаруженных патологических изменений? Чем они являлись и были ли они связаны с патологическим процессом туберкулеза? Одна популярная теория представляла туберкулы как маленькие поврежденные железы, увеличенные в результате травмы, нанесенной болезнью. Другие рассматривали туберкулы как новые объекты, занесенные болезнью и растущие, как опухоли. Размышления велись в отношении всего, начиная с размера и консистенции туберкулов и заканчивая их происхождением и местоположением. Исследования природы туберкула также поднимали вопрос о точной взаимосвязи между туберкулами, обнаруженными в легких, и туберкулами в других частях тела. В 1849 году Роберт Халл утверждал: «Чохотка легких – это систематическое заболевание. Легкое может страдать отдельно или совместно с внутренними органами брюшной полости»⁵⁹. Оставался вопрос: была ли связь между этими внелегочными туберкулами, наблюдаемыми, например, при золотухе, и туберкулезом легких?⁶⁰ Несмотря на влияние трудов Бэйля и работы таких медиков, как Халл, большинство врачей, похоже, считали эти различные патологические симптомы следствием других, не связанных с туберкулезом заболеваний.

Пытаясь установить какой-либо порядок в этом сбивающем с толку объеме информации, врачи-исследователи преднамеренно классифицировали различные состояния по типу язвы, туберкула или полости⁶¹. Случаи, когда туберкулы проявлялись за пределами легких, имели другое обозначение, чем чохотка, и до конца девятнадцатого века они считались отдельными, но связанными заболеваниями с их собственной этиологией и методами лечения. Когда Карсвелл утверждал, что изучение чохотки должно относиться к сфере патологической анатомии, он признавал ограниченность имеющихся знаний и обращал внимание на роль, которую играют такие факторы, как стихия и экономика, а также приобретенный или наследственный характер заболевания. Но какова была его природа? Была необходима теория, которая закрыла бы пробелы, оставленные патологоанатомическим подходом, и виновником ряда болезней, включая туберкулез, стали считать наследственность.

Распространенность и деструктивный характер легочной чохотки широко признавались, но определить ее причины, разработать методы диагностики и лечения оказалось крайне трудно. В 1808 году Джеймс Сэндерс сетовал на повсеместное невежество:

⁵⁷ Когда Карсвелл (1793–1857) изучал медицину в университете Глазго, его нанял профессор Джон Томсон для сбора информации во Франции и зарисовки результатов изысканий для разрабатываемого им курса по патологической анатомии. Вернувшись в Великобританию, Карсвелл получил должность заведующего кафедрой патологической анатомии, которую Лондонский университет создал в 1828 году, опередив французов; однако вскоре кафедра ощутила конкуренцию со стороны более устоявшихся дисциплин практической и нормальной анатомии. Отсутствие поддержки в сочетании с невозможностью заработать себе на жизнь вынудило Карсвелла покинуть эту должность. Hull A. Carswell, Sir Robert (1793–1857) // *Oxford Dictionary of National Biography* / Ed. by H. C. G. Matthew and Brian Harrison. Oxford: OUP, 2004. www.oxforddnb.com/view/article/4778[по состоянию на 5 июня 2008]; Hass E. K. Morbid Appearances: The Anatomy of Pathology in the Early 19th century // *Journal of Interdisciplinary History*. 1989. Vol. 20. No. 1 (Summer). P. 139.

⁵⁸ Локализованные концепции болезни стремились определить локализацию болезни на уровне отдельных тканей или органов с учетом более общих патологических изменений, системных изменений и симптомов.

⁵⁹ Hull R. A Few Suggestions on Consumption. London: Churchill, 1849. P. 2.

⁶⁰ Золотуха (скрофулез), которую часто называют «королевской напастью», представляла собой форму нелегочного туберкулеза, характеризующегося воспалением лимфатических узлов, и сопровождалась неприглядными припухлостями, вызванными туберкулами на шее и под кожей в других частях тела. Золотуха часто приводила к изъязвлению кожи из-за постоянного и обширного отека.

⁶¹ Dubos, Dubos. The White Plague. P. 74.

Едва ли из работ можно было понять, что их авторы когда-либо пытались связать симптомы в порядке их появления и в соответствии с изменениями, которые следовали за ними в организме; и это, вероятно, является главной причиной того, что они не пришли к согласию в отношении природы заболевания, несмотря на бесконечное число тел, лишенных жизни в результате чахотки, исследованных с большим терпением и анатомической тщательностью⁶².

Спустя почти полвека эта неразбериха сохранялась, и в 1855 году Генри Маккормак писал: «В течение нескольких поколений фтизис оставался камнем преткновения медицины. Ни одна болезнь, возможно, не была исследована более терпеливо, но при этом ни одна из них не заводила в тупик исследователя так часто и не была оставлена на произвол эмпиризма и отчаяния»⁶³.

⁶² Sanders J. Treatise on Pulmonary Consumption. London: Longman, Hurst, Rees, and Orme, 1808. P. v.

⁶³ M'Cormac H. On the Nature, Treatment and Prevention of Pulmonary Consumption. London: Longman, Brown, Green and Longmans, and J. Churchill, 1855. P. 1. Глава 2. Удивительный случай чахотки: семейный вопрос.

Глава 2. Удивительный случай чахотки: семейный вопрос

Заразен?

Патологическая анатомия позволила врачам продвинуться в понимании того, как туберкулез проявляется в организме; тем не менее она не помогла объяснить ни различную предрасположенность к заболеванию, ни причину появления туберкулов. Выдвигавшиеся теории различались, и в континентальной Европе, особенно в южных странах, чахотка большей частью считалась заразной болезнью, распространяемой воздушным путем или через контакт либо с зараженным человеком, либо с материальным объектом⁶⁴. В других странах – например, в Англии – туберкулез считался результатом нарушений в строении тела, изъяном, который передавался по наследству от родителей к отпрыскам наряду с физическими характеристиками, такими как черты лица и цвет волос⁶⁵. Теория об инфекционной природе туберкулеза не смогла объяснить все наблюдаемые признаки чахотки, и многие ученые-медики одновременно поддерживали представления о туберкулезе как о заразном и наследственном заболевании. Терапевты, такие как Гидеон Харви, подчеркивали связь между чахоткой и индивидуальными нарушениями, при этом центральное значение приписывая заражению. Они утверждали, что туберкулез

при всей его пагубности и заразной природе <...> может быть причислен к худшим эпидемиям, наряду с чумой, оспой и лепрой, в заразности он не уступает ни одной из них <...> Более того, ничто не поражает здоровые легкие быстрее, чем вдыхание тлетворного выдоха из изъязвленных чахоточных легких; многие пали жертвой чахотки, всего лишь понюхав дыхание или мокроту чахоточных больных, другие – выпив из одного с ними сосуда; и, более того, надев одежду чахоточных спустя два года после того, как ее перестали носить⁶⁶.

⁶⁴ Представление о чахотке как заразном заболевании имеет долгую историю. Гален считал ее одновременно заразной и неизлечимой. В 1546 году флорентийский врач Джироламо Фракасторо систематически настаивал на инфекционной природе чахотки, выделяя заразный фтизис (происходивший от контакта с заболевшими) и спонтанный фтизис (возникавший в результате определенного травматического события). Waksman. *The Conquest of Tuberculosis*, 50. В семнадцатом веке идея о заразности была широко признанной частью теории чахотки в южной Европе, а к восемнадцатому веку она прочно укоренилась; ведущие итальянские врачи и анатомы, включая Моргани, старались не вскрывать тела тех, кто умер от туберкулеза, из страха заразиться болезнью. Dubos and Dubos. *The White Plague*. P. 29.

⁶⁵ Ibid. P. 28.

⁶⁶ Harvey. *Morbus Anglicus*. P. 2–3.



2.1. Группа молодых модных врачей. Литография Ф.-С. Дельпеша с картины Л. Буальи, 1823

Несмотря на явную склонность к теории заражения, Харви также писал, что недуг часто передается от «чахоточных родителей к их детям» и ввиду этого является «наследственным, до такой степени, что целые семьи, получив его от предков, исчезали через чахотку»⁶⁷.

К концу семнадцатого века нарастали сомнения в обоснованности теории заражения. В северной Европе врачи использовали свидетельства о том, что чахотка часто безжалостно уно-

⁶⁷ Ibid. P. 3.

сила жизни отдельных семей, как доказательства того, что болезнь была результатом наследственного дефекта строения организма⁶⁸. К восемнадцатому веку между южной и северной Европой произошел окончательный раскол во мнении по поводу заразности туберкулеза: многие в северной Европе отказывались признавать такую возможность⁶⁹. В Великобритании к девятнадцатому веку теория заражения вызывала решительное неприятие ввиду отсутствия эмпирических доказательств. В «Трактате о туберкулезе» (1852) заявлялось:

Доктрина заражения всегда основывалась на очень расплывчатых и недостаточных доказательствах; таких как единичные случаи заболевания у лиц, которые ранее постоянно посещали больных; или у мужей или жен, где оба спали в одной и той же постели до наступления смертельного исхода заболевания у первого заболевшего <...> Против немногих фактов, поддерживающих доктрину заражения, находятся десятки тысяч, ее опровергающих⁷⁰.

Опровержение теории о распространении туберкулеза через контакт требовало развития иных объяснительных схем, а концепция наследственной передачи была встроена в теоретический репертуар этиологии болезни. К началу девятнадцатого столетия многие исследователи были убеждены, что такие заболевания, как туберкулез, подагра и безумие, являлись конечным продуктом многогранной этиологии, складывавшейся в результате действия неясного сочетания факторов окружающей среды и внешних влияний. Тем не менее продолжались ожесточенные споры по поводу различных объяснений туберкулеза – от заражения до наследственности и от телосложения до окружающей среды. Мнения сходились лишь в том, что виной всему была некоторая врожденная предрасположенность⁷¹.

⁶⁸ Dubos and Dubos. The White Plague. P. 33.

⁶⁹ В Англии, скорее, следовали примеру Северной Европы, отчасти в силу схожих климатических условий.

⁷⁰ Ansell. A Treatise on Tuberculosis. P. 481.

⁷¹ Porter. The Greatest Benefit to Mankind. P. 440.

Телесная конституция

В то время как патологоанатомический подход набирал популярность, органическая предрасположенность к болезням стала преобладающим объяснением множества хронических заболеваний, в том числе туберкулеза. В 1806 году Джон Рейд ясно изложил теорию предрасположенности.

Есть, однако <...> общепризнанное разнообразие органической предрасположенности к истинному фтизису, из какого бы источника он ни происходил. Разящий ангел, требуя общей дани за определенные отклонения от природы, отмечает отдельных людей в качестве первостепенной жертвы. Хотя никому не следует бесстрашно подвергать себя воздействию источников чахотки, не все имеют равные основания для опасений <...> Природное строение организма, возраст, пол и профессия или иное занятие и привычки могут, возможно, объяснять черты предрасположенности к легочной чахотке, будь то врожденной или приобретенной; или, на языке систематики, могут включать предрасполагающие и возбуждающие причины этого грозного и разрушительного недуга⁷².

Теория «органической предрасположенности» предполагала, что тело являлось упорядоченной структурой, фундаментальные характеристики которой наследовались как целое, формируя либо сильное телосложение, устойчивое к болезням, либо слабое, которое делало человека уязвимым для болезни⁷³. Поместив телосложение в основание объяснительного процесса, врачи выработали физиологическую гипотезу этиологии туберкулеза, из которой сформировалось убеждение, что исправить какой-либо врожденный органический дисбаланс было практически невозможно.

Постепенно некоторые недуги стали тесно связываться с концепциями наследственности. Гораций Уолпол (1717–1797) вспоминал о влиянии ослабленной конституции на его семью и пережитые в детстве им самим трудности: «[Я] был чрезвычайно слабым и хрупким, каким вы видите меня до сих пор, хотя никаких жалоб у меня не было, пока после сорока не началась подагра, и, поскольку мои две сестры были чахоточными⁷⁴ и умерли от чахотки, предполагаемый необходимый уход за мной (и я слышал, как люди говорили: „Этот ребенок не выживет“) так поглотил внимание моей матери, что сострадание и нежность вскоре переросли в невероятную любовь»⁷⁵. Врачи полагали, что унаследованная болезнь была заложена в строении организма человека и могла проявляться различными способами, как в семье Уолпола – в виде чахотки и подагры. (См. во вклейке ил. 6.) В своем «Трактате о легочной чахотке» сэр Джеймс Кларк определил важность телосложения: «Прежде чем мы сможем надеяться получить точные знания о чахотке, мы должны провести наши исследования за пределами легочного заболевания, которое является лишь вторичной болезнью, следствием ранее существовавшего органического нарушения, необходимого условия, которое определяет появление туберкулов»⁷⁶.

⁷² Reid J. A Treatise on the Origin, Progress, Prevention, and Treatment of Consumption. London: R. Taylor & Co., 1806. P. 160–161.

⁷³ Olby R. C. Constitutional and Hereditary Disorders // Companion Encyclopedia of the History of Medicine / Ed. by W. F. Bynum and Roy Porter. Vol. 1. London: Routledge, 2001. P. 413.

⁷⁴ Кэтрин Уолпол (1703–1722) пала жертвой туберкулеза в возрасте 19 лет, а виконтесса Мэри Мальпас (ок. 1706–1732), жена лорда Джорджа Джеймса Мальпаса (впоследствии графа Чолмондели) умерла от чахотки в возрасте 26 лет.

⁷⁵ The Letters of Horace Walpole, Fourth Earl of Orford. Vol. 1 / Ed. by P. Cunningham. Edinburgh: John Grant, 1906. P. xcix.

⁷⁶ Clark J. A Treatise on Pulmonary Consumption. London: Sherwood, Gilbert and Piper, 1835. P. 2.

Почти во всех дискуссиях о наследственной природе болезни очевидна связь между телосложением и наследственным заболеванием; но реальная важность теоретической связи становится ясной, если принять во внимание то, что врачи подразумевали под телосложением⁷⁷. Врачи, стремившиеся объяснить устойчивость некоторых болезней, таких как туберкулез, сумасшествие или безумие, к лечению, не располагали большим количеством вариантов. Опираясь исключительно на влияние окружающей среды и образ жизни, неизменность течения этих болезней при изменении образа жизни и внешних условий, обычно не приводивших к устойчивому улучшению, объяснить не удалось. Связывая хронические заболевания и особенности телосложения, врачи были в состоянии объяснить свою неспособность повлиять на исход таких заболеваний, как чахотка, и, утверждая, что эти заболевания объяснялись телосложением, врачи также были склонны считать их наследственными⁷⁸.

Рационализация через наследственность имела вес в случаях, когда болезнь уносила целые семьи и когда ее жертвами становились только некоторые их члены, так как передавалась предрасположенность к чахотке, а не сама болезнь. Томас Рейд в 1782 году утверждал: «Эта болезнь обычно поражает людей хрупкого, слабого, нежного телосложения и, поскольку такое строение тела свойственно определенным семьям, в таких случаях она может быть с большой вероятностью названа наследственным заболеванием»⁷⁹. Чахотка была особенно печально известна тем, что ударяла по семьям, таким как Бронте, где, к сожалению, от этой болезни один за другим погибали все ее члены. (См. во вклейке ил. 7.) Две старшие сестры, Мария и Элизабет, умерли от туберкулеза в 1825 году. За ними последовали Бранвелл (1848), Эмили (1848) и Анна (1849), все они погибли от чахотки. Шарлотта скончалась в 1855 году, предположительно из-за туберкулеза, осложненного ее беременностью⁸⁰. В январе 1849 года Шарлотта писала: «С сентября болезнь не покидала наш дом. Странно, что раньше такого не бывало, но я подозреваю, что все это происходило годами. Никто из нас не мог похвастаться крепким здоровьем, и мы не заметили постепенного приближения гибели; мы не знали ее симптомов: небольшой кашель, слабый аппетит, склонность к простуде при каждом изменении атмосферы считались само собой разумеющимися. Теперь я вижу их в другом свете»⁸¹. В 1836 году Эмили Шор описала одну из таких семей, которая, похоже, страдала от быстро развивавшейся чахотки.

⁷⁷ Waller J. C. The Illusion of an Explanation. P. 436.

⁷⁸ Ibid. P. 443–444.

⁷⁹ Reid T. An Essay on the Nature and Cure of Phthisis Pulmonalis. London: T. Cadell, 1782. P. 2–3.

⁸⁰ Dubos and Dubos. The White Plague. P. 36–38.

⁸¹ Charlotte Bronte to W. S. Williams, January 18, 1849 // Shorter C. The Brontës: Life and Letters. Vol. II. London: Hodder and Stoughton, 1908. P. 21.



2.2. *Купание в море часто рекомендовалось людям с хрупким телосложением. «Купание в море», иллюстрация из книги Walker G. Costume of Yorkshire*

Во время купания женщины <...> рассказали маме пару подробностей о семействе из номера 36. Кажется, у них высокая смертность. Они умирают, едва достигнув возраста двадцати лет. Та, чей катафалк мы видели, была четвертой, чья жизнь так безвременно прервалась, и теперь ожидают, что вскоре придет черед еще одной – по-видимому, бледной, старшей из двух сестер. Болезнь, от которой они умирают, нам не известна; вероятно, это чахотка, при этом, кажется, очень скоротечная⁸².

Частотность такого рода случаев, когда чахоткой страдали несколько членов одной семьи или когда целые семьи гибли от этой болезни, заставила врачей в большинстве стран Северной Европы заключить, что болезнь является следствием унаследованного изъяна телесной конституции⁸³. Особенности строения организма также служили удобным объяснением ситуаций, когда погибал только один член семьи, поскольку можно было утверждать, что жертва была единственным членом, унаследовавшим слабую конституцию. Практикующие врачи и обыватели девятнадцатого века считали, что чахотка является в основном печальным выражением стечения личных обстоятельств и семейной наследственности. В 1835 году врач Дж. Дж. Фёрнивалл писал:

Теперь не может быть никаких сомнений в том, что «туберкулезный диатезис находится в прямой зависимости от развития этой особой конституции» и что образование туберкулов происходит у людей с наследственной предрасположенностью, чему способствуют (у некоторых

⁸² August 18, [1836] // Shore E. Journal of Emily Shore / Ed. by Barbara Timm Gates. Charlottesville: University Press of Virginia, 1991. P. 146.

⁸³ Dubos and Dubos. The White Plague. P. 42.

людей в более активной форме) отклонения от здоровой иннервации <...> [которая] ведет непосредственно к образованию или локализации туберкулезной материи⁸⁴.

Наследственность и конституциональная предрасположенность в сочетании с неблагоприятным климатом и материально-бытовыми условиями, по-видимому, служили убедительным заменителем теории заражения. Врачи утверждали, что если бы туберкулез был заразным, от этой болезни страдали бы все домочадцы. В трактате «О природе, лечении и профилактике легочной чахотки» утверждалось:

Чахотка не передается ни посредством инфекции, ни посредством заражения, так же как нельзя заразиться переломом конечности. Впрочем, может случиться так, что члены одной семьи, проживающие в одном и том же помещении, подверженные одним и тем же пагубным воздействиям, сразу же влекущим заболевание и делающим его трудноизлечимым, будут последовательно охвачены туберкулезом, так что целые семейства, как это уже часто случалось, падут его жертвами. Это то, что привело к формированию убежденности не только в том, что туберкулез передается от человека к человеку, но и в том, что он передается в семьях⁸⁵.

Основная идеологическая связь между понятиями «конституция тела» и «наследственность» не была лишена противоречий. Несмотря на то что чахотка часто поражала целые семьи, в этом явлении не было предсказуемости и последовательности. Томас Бартлетт писал в 1855 году: «Как и в случае с подагрой, так и в случае с чахоткой часто обнаруживается, что эта болезнь падит одно или два поколения, чтобы вновь проявиться в последующих»⁸⁶. В ответ на это затруднение была введена концепция наследственной предрасположенности. Это понятие послужило теоретическим мостиком: предполагалось, что человек унаследовал не фактическое заболевание, а вместо этого склонность, или предрасположенность, к нему, которая может развиваться только при определенных условиях окружающей среды и стимулах⁸⁷.

Чтобы объяснить роль неисчислимого множества возбуждающих заболевание факторов, в конце восемнадцатого и начале девятнадцатого века на первый план вышла концепция диатезиса туберкулеза. В большинстве случаев термин «диатезис» использовался для обозначения предрасположенности к заболеванию; однако он также иногда применялся для описания повреждения организма, которое стало постоянным и затем передавалось как предрасположенность. Таким образом, «диатезис» может обозначать как острую травму, которая дала начало предрасположенности, так и саму предрасположенность⁸⁸. Представление о туберкулезе как наследственной болезни возникло как побочный продукт конституциональной теории болезни, так как диатезис мог наследоваться или быть приобретенным в течение жизни. В некоторых случаях, таких как подагра, диатезис сначала считался приобретенным, а затем передаваемым по наследству. В «Трактате о чахотке легких» Джон Мюррей, рассматривая роль конформации

⁸⁴ Furnivall J. J. On the Successful Treatment of Consumptive Disorders. London: Whittaker & Co., 1835. P. 11.

⁸⁵ M'Cormac. On the Nature, Treatment and Prevention of Pulmonary Consumption. P. 14.

⁸⁶ Bartlett T. Consumption: Its Causes, Prevention and Cure. London: Hippolyte Bailliere, 1855. P. 12.

⁸⁷ Waller J. C. The Illusion of an Explanation. P. 421–422.

⁸⁸ Эрвин Акеркнехт утверждал, что наследственно-конституциональный подход приобрел популярность в связи с трудностями, с которыми столкнулся патологоанатомический подход при объяснении системных заболеваний, таких как туберкулез, подагра и ревматизм. Olby. Constitutional and Hereditary Disorders. P. 414. Джон Уоллер возражал, считая тезис Акеркнехта недостаточно обоснованным, и вторил Чарльзу Розенбергу, утверждая, что концепция наследственности заболевания была «побочным продуктом предшествующей связи, установленной между, с одной стороны, понятием неизлечимости болезни и, с другой стороны, древней концепцией относительно неизменной индивидуальной конституции». По мнению Уоллера, эта концептуальная связь была результатом попытки медиков объяснить свое бессилие перед множеством неподдающихся лечению хронических заболеваний. Waller J. C. The Illusion of an Explanation. P. 414.

[генов] родителей в развитии наследственного заболевания, утверждал: «Что касается происхождения – потомство скрофулезных и чахоточных, диспепсических или подагрических родителей появится на свет с конституциями, восприимчивыми к тем внешним воздействиям, которые ведут к подтвержденной чахотке; только в таком значении можно утверждать, что чахотка является наследственным заболеванием; и, таким образом, Господь буквально карает „за грехи отцов до третьего и четвертого колена“»⁸⁹.

Различия в конституции служили объяснением различий в показателях смертности и в развитии болезни в каждом отдельном случае. Масштабы заболеваемости и изменчивые показатели смертности от чахотки способствовали поиску «туберкулезного диатезиса» и характеристик, которые вызывали у человека врожденную уязвимость к заболеванию⁹⁰. Повторные случаи проявления хронического заболевания у человека имели наследственные последствия, поскольку только повторяющиеся воздействия приводили к необратимому изменению конституционального состава тела. В 1799 году Уильям Грант утверждал, что болезнь может стать наследственной только в том случае, если в конституции пострадавшего человека произошли масштабные изменения. Точно так же в начале девятнадцатого века Горацио Пратер утверждал: «Величайшее различие между наследственными и ненаследственными заболеваниями заключается в том, что первые изменяют структуру организма глубоко и навсегда <...> в то время как последние влияют на каждую его часть поверхностно»⁹¹. Эти утверждения иллюстрируют одну из постоянных проблем, связанную с концепцией диатезиса, или наследственной предрасположенности к туберкулезу, – определение точных обстоятельств, при которых заболевание может привести к необратимым изменениям в конституции. Обычным ответом практикующих врачей было утверждение о важности продолжительности воздействия повреждающих факторов. К девятнадцатому веку термин «диатезис» в первую очередь стал употребляться в отношении хронических, а не острых состояний, особенно таких заболеваний, которые периодически или планомерно разрушали организм жертвы, такие как астма, подагра, рак, эпилепсия, безумие и, конечно, чахотка⁹².

⁸⁹ Murray J. A Treatise on Pulmonary Consumption its Prevention and Remedy. London: Whittaker, Treacher, and Arnot, 1830. P. 7.

⁹⁰ Dubos and Dubos. The White Plague. P. xix.

⁹¹ Цит. по: Waller J. C. The Illusion of an Explanation. P. 442.

⁹² Olby. Constitutional and Hereditary Disorders. P. 413–414.



2.3. Мужчина, страдающий подагрой (изображенной в виде пляшущих синих дьяволят). Ричард Ньютон. Лондон: У. Холланд, 1795

С конца восемнадцатого и на протяжении девятнадцатого века объяснение причин хронических заболеваний наследственностью стало практически общепринятым, оно подкрепля-

лось в медицинских трактатах, нозологии и учебниках. Например, в 1834 году Джеймс Кларк подытожил свое мнение по поводу наследственности и туберкулеза, утверждая, что наследовалась не болезнь, а конституциональная предрасположенность к ней. «То, что легочная чахотка является наследственным заболеванием, иными словами, то, что туберкулезная конституция передается от родителя к ребенку, является фактом, который нельзя оспаривать; я действительно считаю это одним из наиболее авторитетных мнений в этиологии заболевания»⁹³. Врачи полагали, что как только хроническое заболевание укоренялось, было чрезвычайно трудно, если не невозможно, помешать наследственной передаче заболевания стать синонимом неизлечимости. Необратимая природа этих видов болезней перенесла внимание врачей на профилактику, а не на излечение, и в этих случаях надежда возлагалась на предотвращение укоренения диатезиса.

⁹³ Clark J. A Treatise on Pulmonary Consumption. P. 220–221.

Облегчить, а не лечить

Как хроническое заболевание туберкулез рассматривали в парадигме предрасположенности и неизлечимости. Таким образом, когда в 1827 году в авторитетном медицинском журнале *The Lancet* в статье был поставлен вопрос: «Но можно ли излечить чахотку?» – ответ был предсказуем. «Да простит мне Господь, это вопрос, над которым человек, что провел полжизни в прозекторской, посмеется <...> ибо нет случая, который, когда процесс достиг определенной стадии, мог бы быть излечен»⁹⁴

⁹⁴ *The Lancet*. 1826–7 (Saturday, March 3). Vol. XI. No. 183. P. 696.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.