

Профессор Корвизар

Жан-Николя Корвизар родился в Арденнах, в маленькой деревне Дриско 15 февраля 1755 г. Отец — юрист в парламенте времен Людовика XV — хотел, чтобы сын продолжил династию. Однако Жан-Николя находил изучение закона скучным занятием. Гораздо больше его увлекало то, что он видел при посещении палат и лекционных классов Hotel-Dieu («Пристанище бога») — крупнейшей больницы Парижа, при которой он жил во время обучения в юридической школе.

Корвизар стал одним из лучших студентов медицинского факультета. Профессора выделяли его среди прочих за прилежание, наблюдательность и независимость суждений. Жан-Николя не боялся идти вразрез с традициями того времени. Подтверждением этого может быть один случай, произошедший с ним по окончании медицинской школы в 1782 г., когда он в поисках работы обратился в новый парижский госпиталь, находящийся на попечении французского министра финансов Неккера. Корвизар отказывался носить напудренные парики, и, вероятно, в связи с этим мадам Неккер не желала видеть его в штате госпиталя.

Первые практические шаги в медицине он делал среди бедноты Сен-Сюльпис. Одновременно в госпитале Charite («Милосердие») слушает лекции видного клинициста того времени Дюбуа де Рошфора. Его первой печатной работой в 1789 г. стал панегирик этому прекрасному преподавателю. В этом же году во Франции началась революция, вследствие чего ухудшилось качество медицинского образования. Однако в 1794 г. в молодой Французской Республике произошла реформа образования. В 1797 г. Корвизара назначают профессором



клинической медицины College de France, что явилось наивысшим признанием заслуг ученого.

Однако почитать на лаврах профессор Корвизар не хотел. По утрам он обычно преподавал студентам (среди которых Дюпюитрен, Лаэннек, Кювье, Бретонно), а после полудня принимал пациентов.

Современники отмечали «...элегантность формы и точность логического изложения» лекций Корвизара, за ним закрепилась репутация квалифицированного диагноста и превосходного преподавателя. Лекции в амфитеатре госпиталя Charite (на стенах которого ныне высечено имя Корвизара) проходили при аншлаге. В 1799 г. была построена аудитория побольше, но и ее заполняли до предела многочисленные слушатели. В свободное время Корвизар отдавал силы Journal de medecine, chirurgie et pharmacie.

Он был одним из инициаторов основания Societe medicale d'Emulation («Общество медицинского соперничества»), в котором молодые парижские врачи могли соревноваться друг с другом в диагностических и лечебных навыках.

Слава профессора Корвизара достигла Наполеона Бонапарта. По свидетельствам очевидцев, Наполеона мучила одышка, и ему посоветовали обратиться к Корвизару как специалисту по заболеваниям грудной клетки. «Обследование императорской груди кончиками пальцев» послужило началом отношений Корвизара и Наполеона — врача и пациента, которые длились с 1804 по 1815 год.

Бонапарт был сложным пациентом, требующим обстоятельного объяснения каждого симптома и каждого врачебного шага. Зачастую он мог без объяснений отказаться принимать прописанные лекарства. «Я не верю в медицину, — говорил Наполеон, — но я верю в Корвизара». В 1807 г. Наполеон дает Корвизару место лейб-медика и вскоре присваивает ему звание барона империи.

Со свержением Наполеона здоровье Корвизара начало ухудшаться. Он порвал все политические связи, отклонил предложения нового правительства и вышел на пенсию. К несчастью, в последние годы жизни Наполеона на острове Святой Елены рядом с ним не было такого опытного врача, как Корвизар, который бы смог правильно поставить диагноз перфоративной язвы желудка и перитонита.

Научное наследие Корвизара

Во время лекций Корвизар широко пропагандировал метод перкуссии. Сам он блестяще овладел техникой перкуссии, предложенной Ауэнбруггером, совершенствуя ее сначала на трупах, а затем в клинике. Впервые с методом Ауэнбруггера Корвизар познакомился, прочитав с увлечением небольшую работу венского врача Максимилиана

Штолля (M. Stoll, 1742-1787), который практиковал этот метод в клинике для бедных на окраине Вены. «Я не помню ни разу, — писал Корвизар, — в течение всего времени, когда я изучал медицину, чтобы упоминалось имя Ауэнбруггера... Я не знал перкуссии, когда начал преподавать клиническую медицину».

В течение 20 лет Корвизар и его многочисленные ученики тщательно изучали перкуссию как новый метод диагностики. В отличие от автора этого метода, перкутировавшего кончиками пальцев, сложенными пирамидой, Корвизар стал выстукивать ладонью. Такой способ позволил ему с большим мастерством распознавать заболевания легких, наличие жидкости в плевральной полости и перикарде, а также аневризму сердца. В 1808 г., за год до смерти Л. Ауэнбруггера, он опубликовал на французском языке полный перевод «*Inventum novum...*», дополнив его своими весьма солидными (более 400 страниц) комментариями. Эпиграфом к своему изданию Корвизар взял фразу из «Энеиды» Вергилия: *insonuere cavae [gemitumque dedere] cavernae* («за громким звуком последовал глухой гул» — описание звукового эффекта, вызванного ударом копья Лаокоона о бок деревянного коня, дарованного данайцами — такой звук, который ясно указал на то, что за внешней обшивкой есть обширное внутреннее помещение).

Оценивая роль Корвизара в популяризации перкуссии среди врачей, Робинсон отметил, что «до Корвизара перкуссия была тайной избранных, а после него — достоянием профессии». Здесь уместно привести слова Анатоля Франса: «Дар воскрешать прошедшее столь же изумителен и драгоценен, как и дар предвидеть будущее».

В 1806 г. Корвизар издал свою самую известную работу *Essai sur les maladies et les lesions organiques du coeur et des gros vaisseaux* («Опыт изучения болезней и

органических пороков сердца и крупных сосудов»). Этот труд вышел спустя полвека после учебника Сенеки (1749) и способствовал существенному прогрессу в кардиологии. В нем придавалось больше значения клиническим аспектам в связи с анатомическими и патологоанатомическими изменениями в организме. Книга была основана на клинических лекциях Корвизара, собранных одним из его студентов — Хоро. В ней была представлена классификация болезней сердца на основании анатомических изменений: перикарда, миокарда, фиброзных и сухожильных структур. Кроме того, все заболевания были разделены на органические и функциональные.

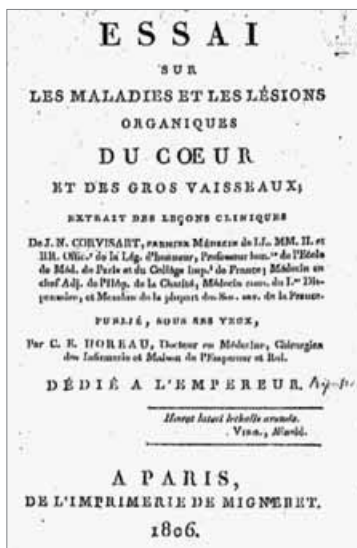
Корвизар, пользуясь данными расспроса, осмотра, пальпации и перкуссии, описал дифференциально-диагностические признаки левожелудочковой и правожелудочковой сердечной недостаточности (цианоз, одышка, расширение вен, слабость и неправильность пульса и т.п.), указал на значение пресистолического *fremissemet cataire* («кошачье мурлыканье») как признака митрального стеноза. Им подробно описаны перикардиты (были рассмотрены такие заболевания перикарда, как фибринозный перикардит, туберкулезный перикардит), клапанные пороки сердца, упоминается врожденная «синяя болезнь», возникающая как следствие патологического сообщения между правым и левым отделами сердца, а также незаращение Боталлова протока. Кроме того, Корвизаром введено понятие «панкардит». Он полагал, что вегетации со створок клапанов могут перемещаться,

вследствие чего могут возникать одышка, лихорадка и учащенное сердцебиение. Ретроспективно оценивая эти находки, можно предположить, что были описаны случаи бактериального эндокардита.

Доступные методы исследования позволили судить лишь об изменении формы и размеров органа, поэтому доминирующей патологией сердца, по Корвизару, является «аневризма» сердца — активная (то есть, по современной терминологии, концентрическая гипертрофия миокарда) или пассивная (эксцентрическая гипертрофия, дилатация).

«Необходимо отличать две разновидности аневризм сердца, о существовании которых врач может судить на основании симптомов, различных и патогномоничных для каждой. Анатом при постоянных и повторных наблюдениях больного сердца может выделить два очень разных состояния. ...При первой разновидности (активная аневризма) сердце увеличено, стенки его утолщены, энергия сокращений повышена. ...При второй (пассивная аневризма) — сердце также расширено, но стенки его тонкие, а энергия работы органа снижена».

Корвизар приравнивал активную аневризму, при которой стенки миокарда становятся утолщенными, к «необычной эволюции мышцы сердца», рассматриваемой им как адаптивная реакция: «Первым эффектом является увеличение и удлинение волокон сердца; вторым — поддержка крови в полостях этого органа, следовательно, и более длительное воздействие стимула. Кроме того, коронарные артерии, также как и капилляры



сердца, пребывают в состоянии постоянного недостаточного питания, что обуславливает доставку большего количества живительной жидкости к мышечной субстанции этого органа. Таким образом, расширение полостей, удлинение волокон, увеличение их массы, приводят к повышению работы органа».

В описании отличий между пассивной аневризмой (дилатацией) и активной аневризмой (концентрической гипертрофией) Корвизар указывал: «При пассивной аневризме происходит как утончение стенки, так и ослабление деятельности сердца, в результате чего происходят процессы перестройки в сердце, диаметрально противоположные таковым при активной аневризме. ...При активной аневризме сердце, очевидно, становится центром более активного кровообращения и питания. А при пассивной аневризме этот орган растянут как мочевого пузыря в случаях задержки мочи. ...Сердце, которое при активной аневризме, по-видимому, ...собственным действием увеличивает существующее органическое повреждение, при пассивной аневризме столь же пассивно, насколько активно в первом случае».

Признавая, что дилатация левого желудочка, наблюдаемая при аортальной и митральной регургитации, является реакцией на повышение диастолического давления, тогда как концентрическая гипертрофия — типичная реакция на повышение систолического давления, являющееся следствием аортального стеноза, Корвизар предвосхитил почти за 200 лет современные взгляды на то, что повышенное давление на стенку сердца в различные периоды сердечного цикла способствует формированию специфического фенотипа гипертрофии сердца.

Наверное, впервые Корвизар дал описание трех клинических стадий сердечной недостаточности, выделив три периода «сердечной аневризмы».

В первом периоде, пациент «насторожен и подозревает дальнейшие изменения без возможности определить точное состояние». В этой ранней фазе признаки и симптомы не специфичны: сердцебиение, одышка и боль в груди, в то время как при физикальном обследовании сердце при перкуссии не увеличено.

Во втором периоде увеличение сердца становится очевиднее, клинические проявления причиняют больше беспокойства: «Часть явного здоровья покидает пациента; отекают ноги и лодыжки при стоянии, однако отеки обычно исчезают в течение ночи. ...Дыхание становится чрезвычайно затрудненным. ...Пациент не может вдохнуть в горизонтальном положении; чтобы облегчить дыхание, он обязан принять сидящее положение и подать тело вперед, чтобы грудная клетка могла почивать на коленях».

В третьем периоде проявления и симптомы болезни «не могут быть неправильно интерпретированы». Пациента «посещает такая невыразимая слабость, что он едва может перемещать свои конечности». Все части тела отекающие, в плевральной полости — выпот, который можно определить по тупости при перкуссии, а конечности — холодны. Работу сердца становится невозможно отследить. «Пульс преимущественно малый, частый, неровный, лабильный ...вены набухшие, особенно на шее... Удушье все больше представляет угрозу... Оболочка каждой части тела, каждой мышцы, клеточные мембраны отекающие и набухшие. Разрезы, которые делают на конечностях, чтобы избавить больного от избытка воды, приводят к кратковременному облегчению состояния пациента».

Корвизар наблюдал, что смерть, которая «всегда вмешивается, чтобы прекратить болезненные драмы, представляемые этими комбинациями симптомов», может происходить двумя путями: прогрессирующая сердечная

недостаточность, которая «развивается медленно, пока жизнь незаметно не угаснет», и внезапная смерть, которая может произойти в любое время естественного течения сердечной недостаточности. О внезапной смерти он написал: «Болезнь едва достигает второго периода, как пациент умирает, смерть внезапна и неожиданна. Поднявшись с постели, выпив воды... он испускает дух; и персонал часто удивляется, найдя его мертвым, после того, как он был оштрафован ненадолго без присмотра».

Корвизар ввел в клиническую практику патогенетическое представление о различных механических препятствиях току крови, обуславливающих расширение сердца, и об органическом поражении миокарда. Вместе с тем он подчеркивал значение психического фактора, в частности темперамента, в развитии болезни и необходимости учета окружающей больного среды при определении прогноза заболевания.

Оценивая труды Корвизара, его ученик Рене Лаэннек писал: «Должно сожалеть, что труды, изданные другими, далеки от идей, привнесенных Корвизаром. Неуверенность в симптомах болезней и неопределенность в описании их особенно больно наблюдать тем, кто, подобно мне, был его учеником и свидетелем смелости и точности его диагностики. Этот порок, без сомнения, частично обусловлен особой врачебной деликатностью, во многом формирующий искусство врачевания, которым Корвизар обладал в наивысшей мере».

Помимо непосредственного научного наследия, Корвизар заложил свои идеи в умах своих учеников, которые преумножили и обогатили его наследие. Клиническая школа Корвизара насчитывает 300 учеников, в числе которых были Г. Дюпюитрен, Р. Лаэннек и Ж. Буйо.

Один из самых известных учеников Корвизара Лаэннек разработал и ввел в практику метод аускультации при

помощи стетоскопа, точно описав многие важные признаки болезней. Результаты наблюдений Рене Лаэннек сначала представил в феврале 1818 г. на заседании Медицинского общества, а затем обобщил в своей знаменитой работе *De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de coeur* («О посредственной аускультации при распознавании болезней легких и сердца, основанном главным образом на этом новом способе исследования»), опубликованной в 1819 г.

Ученик Корвизара, терапевт Жан Батист Буйо (Bouillaud Jean Baptiste, 1796-1881), защитил в 1823 г. диссертацию «О диагностике аневризмы аорты»; в 1824 году написал трактат о болезни сердца и крупных сосудов; в 1835-м издал труд о клинике заболевания сердца, вскоре переведенный на большинство европейских языков. Наибольшую ценность представляют его труды о ревматизме. Буйо впервые, независимо от Г.И. Сокольского, в 1836 г. установил связь между ревматизмом и поражением сердца; он же доказал, что существует эта связь между кардиовальвулитом и ревматизмом и ввел понятие «ревматизм сердца». Взгляды Буйо нашли отражение в полемическом труде «О витализме и организме». Влияние клинической школы Корвизара не ограничивалось только Францией, а имело значение для развития всей европейской медицины.

* * *

18 сентября 1821 г. после нескольких апоплексических ударов Корвизар умер — через пять месяцев после смерти Наполеона Бонапарта. Тело Корвизара покоится в семейном склепе на кладбище Athis-Mons, а рядом с ним тела его потомков: личного врача Наполеона III барона Люсьена Корвизара и генерала Сципиона, принявшего участие в битве при Вердене в 1917 г.

Леонид Воронков, Олег Мазуренко ■