

ЭНТЕРОПТОЗ – МОЧЕКИСЛЫЙ ДИАТЕЗ

РЕЧЬ

прочитанная на годовом акте ИМПЕРАТОРСКОГО Клинического
Института Великой Княгини Елены
Павловны 25 марта 1908 года

Проф. Дм. Л. Романовским

С.-ПЕТЕРБУРГ.
Типография Главного Управления Уделов, Моховая, 40.
1908.

ЭНТЕРОПТОЗ – МОЧЕКИСЛЫЙ-ДИАТЕЗ.

РЕЧЬ.

прочитанная на годовом акте ИМПЕРАТОРСКОГО
Клинического Института Великой Княгини Елены
Павловны 25 марта 1908 года

Проф. Дм. Л. Романовским.

Современная медицинская наука собрала такую массу фактов, что справиться с ними нет никакой возможности, и потому, к сожалению, многие ценные приобретения остаются сырым материалом. Давно прошли те времена, конечно, когда один человек мог вмещать в себе всю современную науку. Теперь трудно быть хорошо осведомленным не только со всей медициной, но и с одной её специальностью, даже с каким-нибудь одним вопросом; В древности было несколько врачей, сумевших своим знанием и философским мышлением создать системы, объединившие современную им науку и господствовавшую после этого целые столетия и даже тысячелетия. Таковы были Гиппократ, система которого существовала 5 веков, и Гален, учение которого в течение полутора тысяч лет господствовало над всеми остальными медицинскими течениями, пока, наконец, с развитием точной науки она не была отодвинута на задний план. Однако в последнее время вновь появляются сторонники Галена, ставящие его учение в основу медицинского мирозерцания, но уже на почве фактов, добытых наукой и без Галеновского мистицизма. Еще

Гиппократ различал в теле 4 жидкости соответственно 4-м основным элементам огню, воздуху, земле и воде. Если элементы правильно смешаны и распределены по всему организму, то существуете здоровье — «кразис или эйкразия», при преобладании же одного из них, появляется болезнь или «дискразия». Гален значительно расширил учение Гиппократа о крязах. Из всех жидкостей организма он придавал наибольшее значение крови и в загрязнении её видел источник всевозможных заболеваний. Это напоминает современное увлечение учением о сыворотке крови.

Учение Галена было дополнено Гарвеем, основы, системы которого заключаются в учении о темпераментах или, как мы теперь называем, конституции. Тяжелый удар представителям учения о крязах был нанесен развитием точной, строго научной медицины. Обновителем нашей науки является Вирхов со своей «клеточной патологией». После того, как трудами Шванна и Шлейдена, было доказано, что клетки представляют собою микроскопические, биологические единицы, из сочетания которых слагается организм, гуморальная патология отошла на второй план, уступив место чистой патологической анатомии, которая и легла в основу всей последующей медицинской науки. Но патологическая анатомия, по существу своему, изучала только результаты болезненных изменений в организме, причин же происхождения болезней она почти или совсем не касалась. Работы Вирхова и Cornil'я создали основу классификаций болезней, субстракт анатомический, все катарры, циррозы, нефриты, хотя клиника сплошь и рядом не в согласии с анатомическими подразделениями и не укладывается в рамки её классификации. А сколько кроме того функциональных нарушений, острых отравлений и самоотравлений, ведущих к смерти, нередко почти бесследных на анатомическом столе! Знание анатомических органических изменений дать нам основу прогностики, а терапию — этот венец врачебной деятельности — может указать лишь физиология.

Клиницисты стремятся свести симптомы в синдромы, основанные на патологической физиологии, а не на патологической анатомии. Патологическая анатомия светит, а руководит патологическая физиология. Тирания трупа в последнее время сильно поколеблена, в свои законные права вступает анатомия живого — биопсия.

На этой мертвой анатомии воспитываются до сих пор врачи, призванные действовать в своей практике над живыми. Будет время, когда наряду с кафедрой анатомии трупа будет существовать кафедра анатомии живого. Ведь уже теперь на живом можно изучать не только наружные формы, благодаря X лучам и радиографии, мы в состоянии теперь изучать расположение органов груди и живота, уже теперь мы видим, благодаря этому изучению, огромную разницу в положении хотя бы желудка на трупе и у живого человека. Это уже не классическая вольнка, расположенная поперек живота, — это скорее цилиндр. Анатомия трупа только может помочь анатомии биологической. Патологоанатом видит мертвый инактивный желудок; а при жизни он вечно приспособляется к своему содержимому, так сказать моделируется, причем меняет свои оси и горизонтальную и вертикальную. При сокращении желудок напоминает грушу Politzer'a, он находится в постоянном ритмическом сокращении несколько раз в минуту. X лучами мы, так сказать, присутствуем при работе желудка, мы видим и анатомическую форму и двигательную физиологию органа. Кроме того Гленар в своем учении о позах дал ценный и простой метод объективного исследования органов живота—ощупывание, что до него считалось трудным и даже невозможным; теперь дан даже метод исследования rufo-rus'a. Итак мы видим, что патологическая анатомия часто не соответствует клинике и часто вовсе не объясняет болезненных симптомов и причин болезни, этого единственного основания классификации болезней, этого светоча-руководителя терапии.

Медицина, как всякое знание, *cognitio rei per causas*, как терапия не была бы плодотворной, если бы патогенез не углублялся в причины и источники зла, чтобы приложить туда свои средства. Более точные знания в этом направлении приобрела наука с тех пор, когда представление о «миазме», существовавшее уже у древних, вылилось в вполне определенную форму, с той минуты, когда микроскоп доказал присутствие биологического возбудителя болезни-микроба, когда, благодаря бессмертным работам гениального Pasteur'a и трудолюбивого Коха, возникла и стала быстро развиваться новая наука—бактериология. В первое время увлечения бактериологией микробам придавали исключительную роль возбудителей болезней и почти совсем не обращали внимания на ту почву, на которой развивается болезнь, на тот организм, в котором она проявляет свое действие; в порыве энтузиазма казалось, что вся медицина переделана и основана на бактериологии. К счастью, такое крайнее увлечение продолжалось не долго, наступила реакция, благодаря которой стали вновь обращать внимание на состояние организма, на конституцию, на диатезы.

В настоящее время мы смотрим на болезнь, как на уничтожение или извращение физиологической функции, а не только анатомических изменений, что дает нам нить к терапии. Теперь мы уже вышли из времени лечения симптомов — дошли до лечения причин. Если внимательно проследить современное учение о диатезах, то мы легко узнаем в нем Галеновское учение о темпераментах, кразах и дискразии. В период исключительного увлечения бактериями забыли совершенно болезни, происходящие от самого организма, перестали изучать личное расположение, строение, иммунитет, «*facteur personnel*», то, что вкладом легло в основу протоплазмы первоначальных клеток зародыша. Забыли, что человек подобен, но не похож на другого, что в отдельных семействах передаются не только анатомические особенности, как цвет волос, глаз, но и болезненные расположения—подагры, геморрой и др.

Забыли, что человек приносит свою судьбу с собою, с появлением на свет.

Прошлый век микроскопа дал массу разгадок медицинских проблем, особенно в случаях острых болезней, но разгадка людских страданий на почве; хронических болезней метаморфоза, этой главной группы больных, лежит в биохимии с её бродами, которые хранят в себе тайну жизни, как выразился Claude Bernard. Если в XX веке перестали было говорить о диатезах, темпераментах, считая это учение пережитком старого, то сами типы этих темпераментов этим не уничтожали, они живут и вызывают к помощи врача—практика клинициста. Клинике нужен термин для обеспечения понятия о болезненной единице с одним общим болезненным основанием, которое она заметила в некоторых группах болезней, так сказать первопричину и это и есть диатез. Недостаточность терминологии не может и не должна скрывать или затемнять сущность. Наука пришла к сознанию, что важно не только знать, какова болезнь, в которую впал больной, но важно знать и каков больной, впавший в болезнь.

Лаборатории дали много, микроскоп и X-лучи осветили много темных тропинок на тернистом пути медицины, но нельзя забывать наблюдения древних, пренебрегать ими. Задачи клинической медицины, знающей человека со всеми его особенностями, не могут быть удовлетворительно решены лабораторными опытами на низших животных; они недостаточны, чтобы ответить на все вопросы клинициста, К числу таких забытых, недостаточно изученных вопросов принадлежат болезни, связанные с перемещением или изменением положения внутренних органов. Такие изменения были известны давно, но рассматривались скорей, как анатомические курьезы. С. П. Боткин жаловался в своих лекциях на недостаточное внимание к подвижной почки, даже на насмешки над учением о ней. Ведь людям свойственно отвергать факты, не подходящее под современное господствующее мировоззрение.

Heister (1754) видел подвижную печень, но не мог объяснить этого феномена иначе, как наивным заключением о «воли Бога». Подвижную почку тоже заметили давно, но только в 1841 году Вауер описал как отдельное заболевание. С тех пор непрерывно занимались изучением подвижной почки и блуждающих органов. Одни смотрят на блуждающую почку, как на курьез, другие, как Керплер, например, считали блуждающую почку таким врагом организма, что только удаление вышедшего из колеи органа может спасти организм. Каждый думал по своему, но патогенез был вечной загадкой. Как известно клинически, главные симптомы подвижных органов живота составляют желудочно-кишечные и нервные явления, а так как во всей картине почти единственным заметным отклонением была смещение почки, то ее и считали единственным источником местных и рефлекторных страданий, Замеченное растяжение желудка свели только к влиянию почки на pylorus. Гленар первый стал рассматривать смещение брюшных органов с общей точки зрения. В 1887 г. обнаружил свое учение и дал толчок вперед. По его учению, блуждающая почка не есть самостоятельная болезнь, но только частичное проявление высшей болезни всего организма, причем в опущение вовлекаются и другие органы. Огромная заслуга его в том, что расплывчатую картину он свел в определенную формулу, дал определение и генетически обосновал болезнь в её сущности. Это—опущение органов в животе, а не живота...

Понятие Enteroptosis или Splanchnoptosis создало неопровержимый успех учению. Весь патогенез он сводит на опущение flexurae coli dextrae, и от этого Архимедова пункта происходит весь механический комплекс других птозов и проистекающих отсюда явлений. Так как при этом всегда поражена и печень—он объявил ее виновницей всего страдания, которому дал название Hepatisme. Это большая орбита, в кругу которой вертятся малые орбиты, птозы, неврастении, подагры, все болезненные явления, зависящая от ненормального объема в печени.

В 1901 г. в своем докладе он говорит, что теперь врачу не дозволяется не знать учения о птозах, но... это до сих пор еще *piura desiderium*. В том же году был обнаружен обширный, в высшей степени добросовестный труд Волкова и Делицына «Патогенез подвижной почки». К сожалению, они ограничиваются одной почкой, не ставят её легкую смещаемость в зависимость или связь с общим птозом и не дают всему этому явлению какого-нибудь общего освещения. Путь изучения, избранный ими, есть путь чисто патологоанатомический и он один, конечно, не в силах уяснить всей массы самых разнообразных проявлений птоза. «Путь анатомически—единственный, которого мы должны держаться», говорит Волков и в этом его исходная ошибка. Тип патологический и с клинической и с анатомической точки зрения — неправильность или недостаточное развитие окологпочечных вместилищ, вот причина болезни.

В 1903 году появилась английская работа Arthur 'a Keith'a: «The Nature and anatomy of enteroptosis», освещающая *enteroptosis* с совершенно новой точки зрения, а именно с точки зрения нарушения равновесия дыхательной функции. Автор говорит. «Каждый орган в полости тела вибрирует согласно темпу дыхания. С каждым вдыханием обычные вдыхательные мускулы расширяют стенки тела и смещают внутренности книзу. С каждым выдыханием выдыхатели переставляют внутренности на прежнее место. У большинства людей акт дыхания так организован, что к концу жизни внутренности становятся даже более уравновешенными, чем они были в начале жизни. Тем не менее у весьма значительного количества мужчин и женщин в течение жизни по зависящим, или независящим от них обстоятельствам, равновесие между вдыхательными и выдыхательными группами нарушается: вдыхательные мускулы приобретают господствующее значение, выдыхатели ослабевают и тогда не только брюшные, но и грудные органы опускаются вниз и происходит состояние называемое

«enteroptosis», который таким образом должен быть причислен к болезням дыхательного аппарата». И это свое положение автор подтверждает целым рядом точнейших наблюдений и измерений, предпринятых им не только над трупами, но и над живыми людьми. Работа в высшей степени интересная, методы исследования строго научные, но что является причиной слабости выдыхателей по-прежнему остается загадкой, к которой автор ключа не дает. Профессор Образцов много занимался изучением вопроса о блуждающей почке и вот что он говорит: «занимаясь вопросом о блуждающей почке, вопросом, который привлек внимание моего учителя С. П. Боткина, я нахожу, что наследственность в развитии энтероптоза играет выдающуюся роль. Я нашел по данным анамнеза более чем в 50% случаев туберкулез, алкоголизм у родителей, хлороз и т. д. у ближайших родственников. Это открытие побудило меня еще в 1889 году признать энтероптоз, *l'entite morbide*, которого я не отрицаю прежде всего симптомом вырождения», и в другом месте: «Уже на основании нахождения при энтероптозе смущенной почки у детей (наблюдения Ewald'a) и 10-го блуждающего ребра у женщин (Stiller), что может быть только унаследованным, можно предположить, что энтероптоз является следствием предрасположения». Из этих кратких слов мы видим уже, как широко смотрит Образцов на заболевание энтероптозом.

В 1891 г. Stiller обратил внимание на 10-е ребро, концы которого свободны и даже выпячиваются и назвал его как *Stigma enteroptos'a costa decima fluctuans*. «Нахождение у ребенка подвижного 10-го ребра клеймит его как будущего энтероптотика или диспептического неврастеника». «Неврастения, диспепсия, энтероптоз — симптомокомплекс общей болезни не только прирожденной, но вероятно и унаследованной. Все симптомы выступают только в резко выраженных случаях, в большинстве же преобладает то одна, то другая сторона симптомов — откуда такое огромное разнообразие клинических картин».

В своем последнем 1907 г. труде Stiller считает энтероптоз единственным морфологическим отклонением в общем заболевании всего организма, которое он называет *Asthenia congenita universalis* и распространение которого огромно. Эта главная группа всех амбулаторных больных-хроников, этих кормильцев врачей, как говорить Weissman. И действительно, клиническая картина в зависимости от фазы болезни более чем разнообразна. Энтероптоз проявляет себя не по величине смещения, а по величине страдания. Анемия, выпадение матки, камень печени, истерия, диспепсия, тяжелое самоотравление, тахикардия, кожные болезни — словом, нет почти ни одной области клинической медицины, физиономии которой не принимал бы *enteroptosis*. Конечно всех клинических признаков может и не быть на лицо, как например, каверна не обязательна для туберкулеза. Еще Гленар заметил, что даже «*La maladie du rein mobile peut exister sans rein mobile*», т. е. болезнь может сказаться еще до развития анатомического нарушения. С другой стороны может быть значительный птоз без жалоб со стороны больного *Nephoptose compensee*». И тут видно, что дело не только в смещении, почему каждому, кто хочет оперировать, пришивать блуждающую почку Stiller готов закричать; «*Hande auf!*» ибо пришивая почку, мы очень часто даже и симптомов не улучшаем. Бывали случаи временного улучшения после пришивания, но не от самой операции, а от продолжительного лежания до и после неё. Этим же объясняется и успешное лечение некоторых неврастеников постельным содержанием, так как это были, по всей вероятности, неврастеники на почве птоза. Сама терапия указывает нам, что это заболевание общее: эти больные нуждаются в солнце, тепле, известной пищевой диете; хирургия не излечивает, да и не может излечить таких симптомов птоза, как слизистый колит, и нужно экстирпировать не блуждающую почку, а ложное учение о ней и дать ей надлежащее освещение. В 1906 г. вышла работа хирурга К. Vogel'я о малоизученной патологии соединительной ткани и разнообразных вариаций её.

Грыжи, эмфиземы, бронхоэктазии, склероз, геморрой, птозы — все это ненормальная прирожденная болезненная податливость соединительной ткани. Многие больные имеют 2 — 6 и даже 7 болезней этой ткани сразу. Он видит здесь наследственную слабость всего этого всепроникающего, все окружающего *stratum fibrosum*, Как при препарировании трупа мы выбрасываем соединительную ткань, так и при изучении болезней на живом человеке мы забываем о ней, хотя эта всепроникающая ткань; в ней то и происходит основной обмен веществ, в её щелях вся жизнь организма, весь его внутренний химизм, весь осмос. Очевидно, если нарушен осмотический молекулярный обмен организма, то это отразится прежде всего на почках и производном их моче — этой золе жизни; следовательно криоскопический анализ с мочевыми коэффициентами могут дать весьма ценные указания. И действительно, в нашем распоряжении более 2,5 тысяч подробных клинических анализов 600 слишком больных, страдавших разными формами энтероптоза и бывших у нас под наблюдением годами. Неукоснительно во всех случаях получился один и тот же факт: окислительные процессы значительно понижены (Robin, Bouchard, Senator, Пель), мочекислый диатез резко выражен (Bouchard, Senator, Zerner), причем в осадке в половине случаев кристаллы мочевой кислоты или щавелевокальцевой соли, или той и другой. Осмотическая работа всегда резко понижена. Все эти данные анализа настолько постоянны, что по ним можно за глаза поставить диагноз *Asthenia congenita*, по-нашему мочекислового диатеза. Таким образом клинические наблюдения (Glenard и Stiller потратили 20 лет на изучение вопроса), анатомические исследования и химический анализ единогласно говорят о единой патогенетической единице, об общем заболевании — не смотря на разнообразие форм проявления её. Назовем ее диатезом, астенией, гепатизмом, — идея одна и та же — это болезнь питания и может быть болезнь собственно соединительной ткани, столь долго и столь несправедливо пренебрегаемой наукой.

Теперь понятно упорство болезней энтероптоза, понятно почему они так плохо поддаются нашей лекарственной и местной терапии. Нам хорошо известно, что для здоровья необходима согласованность отправлений всех тканей организма, далеко друг от друга отстоящих; необходимы регуляторы этой деятельности, чем надо признать разнообразные продукты метаморфоза (гормоны Starling'a) и вероятно внутреннюю секрецию желез; и та и другая могут быть вредными, вызывать нарушение функций органов, самоотравления организма. Опытами точными было установлено, что количество выделяемых с мочой пуриновых оснований зависит от рода пищи: больше всего выпадающей мочевой кислоты при мясной и нет её при молочной.

Следовательно для терапии энтероптоза, как общего заболевания по существу, необходимо лечение общее и на первом плане диета и тепло. (Мы оставляем в стороне механическое лечение, как пояс, массаж и т. д.). Недаром этот тип больных так любит тепло и так хорошо себя чувствует летом. К ним больше всего подходит изречение Мишле, что из всех цветов человек наиболее нуждается в солнце. А диета?— Да уменьшить до minimum'a, если совсем не уничтожить всякую животную пищу, которой мы так злоупотребляем. Ведь мы не питаемся, а постоянно повторно отравляемся и накаплием в себе мочевую кислоту и производителей её. Меньше мяса, меньше мочевой кислоты, улучшение, исправление метаморфоза, лучше общее питание, стало быть улучшение и даже излечение диатеза, этого коварного врага, если не созданного нами самими, то постоянно усугубляемого и передаваемого нашему потомству.

ЭНТЕРОПТОЗ – МОЧЕКИСЛЫЙ ДИАТЕЗ

РЕЧЬ

прочитанная на годовом акте ИМПЕРАТОРСКОГО Клинического
Института Великой Княгини Елены
Павловны 25 марта 1908 года

Проф. Дм. Л. Романовским

С.-ПЕТЕРБУРГ.
Типография Главного Управления Уделов, Моховая, 40.
1908.

ЭНТЕРОПТОЗ – МОЧЕКИСЛЫЙ-ДИАТЕЗ

РЕЧЬ

прочитанная на годовом акте ИМПЕРАТОРСКОГО
Клинического Института Великой Княгини Елены
Павловны 25 марта 1908 года

Проф. Дм. Л. Романовским

Современная медицинская наука собрала такую массу фактов, что справиться с ними нет никакой возможности, и потому, к сожалению, многие ценные приобретения остаются сырым материалом. Давно прошли те времена, конечно, когда один человек мог вмещать в себе всю современную науку. Теперь трудно быть хорошо осведомленным не только со всей медициной, но и с одной её специальностью, даже с каким-нибудь одним вопросом; В древности было несколько врачей, сумевших своим знанием и философским мышлением создать системы, объединившие современную им науку и господствовавшую после этого целые столетия и даже тысячелетия. Таковы были Гиппократ, система которого существовала 5 веков, и Гален, учение которого в течение полутора тысяч лет господствовало над всеми остальными медицинскими течениями, пока, наконец, с развитием точной науки она не была отодвинута на задний план. Однако в последнее время вновь появляются сторонники Галена, ставящие его учение в основу медицинского мирозерцания, но уже на почве фактов, добытых наукой и без Галеновского мистицизма.

Еще Гиппократ различал в теле 4 жидкости соответственно 4-м основным элементам огню, воздуху, земле и воде. Если элементы правильно смешаны и распределены по всему организму, то существуете здоровье — «кразис или эйкразия», при преобладании же одного из них, появляется болезнь или «дискразия». Гален значительно расширил учение Гиппократа о крзах. Из всех жидкостей организма он придавал наибольшее значение крови и в загрязнении её видел источник всевозможных заболеваний. Это напоминает современное увлечение учением о сыворотке крови.

Учение Галена было дополнено Гарвеем, основы, системы которого заключаются в учении о темпераментах или, как мы теперь называем, конституции. Тяжелый удар представителям учения о крзах был нанесен развитием точной, строго научной медицины. Обновителем нашей науки является Вирхов со своей «клеточной патологией». После того, как трудами Шванна и Шлейдена, было доказано, что клетки представляют собою микроскопические, биологические единицы, из сочетания которых слагается организм, гуморальная патология отошла на второй план, уступив место чистой патологической анатомии, которая и легла в основу всей последующей медицинской науки. Но патологическая анатомия, по существу своему, изучала только результаты болезненных изменений в организме, причин же происхождения болезней она почти или совсем не касалась. Работы Вирхова и Cornil'я создали основу классификаций болезней, субстракт анатомический, все катарры, циррозы, нефриты, хотя клиника сплошь и рядом не в согласии с анатомическими подразделениями и не укладывается в рамки её классификации. А сколько кроме того функциональных нарушений, острых отравлений и самоотравлений, ведущих к смерти, нередко почти бесследных на анатомическом столе! Знание анатомических органических изменений дать нам основу прогностики, а терапию — этот венец врачебной деятельности — может указать лишь физиология.

Клиницисты стремятся свести симптомы в синдромы, основанные на патологической физиологии, а не на патологической анатомии. Патологическая анатомия светит, а руководить патологическая физиология. Тирания трупа в последнее время сильно поколеблена, в свои законные права вступает анатомия живого — биопсия.

На этой мертвой анатомии воспитываются до сих пор врачи, призванные действовать в своей практике над живыми. Будет время, когда наряду с кафедрой анатомии трупа будет существовать кафедра анатомии живого. Ведь уже теперь на живом можно изучать не только наружные формы, благодаря X лучам и радиографии, мы в состоянии теперь изучать расположение органов груди и живота, уже теперь мы видим, благодаря этому изучению, огромную разницу в положении хотя бы желудка на трупе и у живого человека. Это уже не классическая вольнка, расположенная поперек живота, — это скорее цилиндр. Анатомия трупа только может помочь анатомии биологической. Патологоанатом видит мертвый инактивный желудок; а при жизни он вечно приспособляется к своему содержимому, так сказать моделируется, причем меняет свои оси и горизонтальную и вертикальную. При сокращении желудок напоминает грушу Politzer'a, он находится в постоянном ритмическом сокращении несколько раз в минуту. X лучами мы, так сказать, присутствуем при работе желудка, мы видим и анатомическую форму и двигательную физиологию органа. Кроме того Гленар в своем учении о птозах дал ценный и простой метод объективного исследования органов живота—ощупывание, что до него считалось трудным и даже невозможным; теперь дан даже метод исследования rufo-rus'a. Итак мы видим, что патологическая анатомия часто не соответствует клинике и часто вовсе не объясняет болезненных симптомов и причин болезни, этого единственного основания классификации болезней, этого светоча-руководителя терапии.

Медицина, как всякое знание, *cognitio rei per causas*, как терапия не была бы плодотворной, если бы патогенез не углублялся в причины и источники зла, чтобы приложить туда свои средства. Более точные знания в этом направлении приобрела наука с тех пор, когда представление о «миазме», существовавшее уже у древних, вылилось в вполне определенную форму, с той минуты, когда микроскоп доказал присутствие биологического возбудителя болезни-микроба, когда, благодаря бессмертным работам гениального Pasteur'a и трудолюбивого Коха, возникла и стала быстро развиваться новая наука—бактериология. В первое время увлечения бактериологией микробам придавали исключительную роль возбудителей болезней и почти совсем не обращали внимания на ту почву, на которой развивается болезнь, на тот организм, в котором она проявляет свое действие; в порыве энтузиазма казалось, что вся медицина переделана и основана на бактериологии. К счастью, такое крайнее увлечение продолжалось не долго, наступила реакция, благодаря которой стали вновь обращать внимание на состояние организма, на конституцию, на диатезы.

В настоящее время мы смотрим на болезнь, как на уничтожение или извращение физиологической функции, а не только анатомических изменений, что дает нам нить к терапии. Теперь мы уже вышли из времени лечения симптомов — дошли до лечения причин. Если внимательно проследить современное учение о диатезах, то мы легко узнаем в нем Галеновское учение о темпераментах, кразах и дискразии. В период исключительного увлечения бактериями забыли совершенно болезни, происходящие от самого организма, перестали изучать личное расположение, строение, иммунитет, «*facteur personnel*», то, что вкладом легло в основу протоплазмы первоначальных клеток зародыша. Забыли, что человек подобен, но не похож на другого, что в отдельных семействах передаются не только анатомические особенности, как цвет волос, глаз, но и болезненные расположения—подагры, геморрой и др.

Забыли, что человек приносит свою судьбу с собою, с появлением на свет.

Прошлый век микроскопа дал массу разгадок медицинских проблем, особенно в случаях острых болезней, но разгадка людских страданий на почве; хронических болезней метаморфоза, этой главной группы больных, лежит в биохимии с её бродами, которые хранят в себе тайну жизни, как выразился Claude Bernard. Если в XX веке перестали было говорить о диатезах, темпераментах, считая это учение пережитком старого, то сами типы этих темпераментов этим не уничтожали, они живут и вызывают к помощи врача—практика клинициста. Клинике нужен термин для обеспечения понятия о болезненной единице с одним общим болезненным основанием, которое она заметила в некоторых группах болезней, так сказать первопричину и это и есть диатез. Недостаточность терминологии не может и не должна скрывать или затемнять сущность. Наука пришла к сознанию, что важно не только знать, какова болезнь, в которую впал больной, но важно знать и каков больной, впавший в болезнь.

Лаборатории дали много, микроскоп и X-лучи осветили много темных тропинок на тернистом пути медицины, но нельзя забывать наблюдения древних, пренебрегать ими. Задачи клинической медицины, знающей человека со всеми его особенностями, не могут быть удовлетворительно решены лабораторными опытами на низших животных; они недостаточны, чтобы ответить на все вопросы клинициста. К числу таких забытых, недостаточно изученных вопросов принадлежат болезни, связанные с перемещением или изменением положения внутренних органов. Такие изменения были известны давно, но рассматривались скорей, как анатомические курьезы. С. П. Боткин жаловался в своих лекциях на недостаточное внимание к подвижной почки, даже на насмешки над учением о ней. Ведь людям свойственно отвергать факты, не подходящее под современное господствующее мировоззрение.

Heister (1754) видел подвижную печень, но не мог объяснить этого феномена иначе, как наивным заключением о «воли Бога». Подвижную почку тоже заметили давно, но только в 1841 году Вауер описал как отдельное заболевание. С тех пор непрерывно занимались изучением подвижной почки и блуждающих органов. Одни смотрят на блуждающую почку, как на курьез, другие, как Керплер, например, считали блуждающую почку таким врагом организма, что только удаление вышедшего из колеи органа может спасти организм. Каждый думал по своему, но патогенез был вечной загадкой. Как известно клинически, главные симптомы подвижных органов живота составляют желудочно-кишечные и нервные явления, а так как во всей картине почти единственным заметным отклонением была смещение почки, то ее и считали единственным источником местных и рефлекторных страданий, Замеченное растяжение желудка свели только к влиянию почки на pylorus. Гленар первый стал рассматривать смещение брюшных органов с общей точки зрения. В 1887 г. обнаружил свое учение и дал толчок вперед. По его учению, блуждающая почка не есть самостоятельная болезнь, но только частичное проявление высшей болезни всего организма, причем в опущение вовлекаются и другие органы. Огромная заслуга его в том, что расплывчатую картину он свел в определенную формулу, дал определение и генетически обосновал болезнь в её сущности. Это—опущение органов в животе, а не живота...

Понятие Enteroptosis или Splanchnoptosis создало неопровержимый успех учению. Весь патогенез он сводит на опущение flexurae coli dextrae, и от этого Архимедова пункта происходит весь механический комплекс других птозов и проистекающих отсюда явлений. Так как при этом всегда поражена и печень—он объявил ее виновницей всего страдания, которому дал название Hepatisme. Это большая орбита, в кругу которой вертятся малые орбиты, птозы, невращения, подагры, все болезненные явления, зависящая от ненормального объема в печени.

В 1901 г. в своем докладе он говорит, что теперь врачу не дозволяется не знать учения о птозах, но... это до сих пор еще *piura desiderium*. В том же году был обнаружен обширный, в высшей степени добросовестный труд Волкова и Делицына «Патогенез подвижной почки». К сожалению, они ограничиваются одной почкой, не ставят её легкую смещаемость в зависимость или связь с общим птозом и не дают всему этому явлению какого-нибудь общего освещения. Путь изучения, избранный ими, есть путь чисто патологоанатомический и он один, конечно, не в силах уяснить всей массы самых разнообразных проявлений птоза. «Путь анатомически — единственный, которого мы должны держаться», говорит Волков и в этом его исходная ошибка. Тип патологический и с клинической и с анатомической точки зрения — неправильность или недостаточное развитие околопочечных вместилищ, вот причина болезни.

В 1903 году появилась английская работа Arthur 'a Keith'a: «The Nature and anatomy of enteroptosis», освещающая *enteroptosis* с совершенно новой точки зрения, а именно с точки зрения нарушения равновесия дыхательной функции. Автор говорит. «Каждый орган в полости тела вибрирует согласно темпу дыхания. С каждым вдыханием обычные вдыхательные мускулы расширяют стенки тела и смещают внутренности книзу. С каждым выдыханием выдыхатели переставляют внутренности на прежнее место. У большинства людей акт дыхания так организован, что к концу жизни внутренности становятся даже более уравновешенными, чем они были в начале жизни. Тем не менее у весьма значительного количества мужчин и женщин в течение жизни по зависящим, или независящим от них обстоятельствам, равновесие между вдыхательными и выдыхательными группами нарушается: вдыхательные мускулы приобретают господствующее значение, выдыхатели ослабевают и тогда не только брюшные, но и грудные органы опускаются вниз и происходит состояние называемое

«enteroptosis», который таким образом должен быть причислен к болезням дыхательного аппарата». И это свое положение автор подтверждает целым рядом точнейших наблюдений и измерений, предпринятых им не только над трупами, но и над живыми людьми. Работа в высшей степени интересная, методы исследования строго научные, но что является причиной слабости выдыхателей по-прежнему остается загадкой, к которой автор ключа не дает. Профессор Образцов много занимался изучением вопроса о блуждающей почке и вот что он говорит: «занимаясь вопросом о блуждающей почке, вопросом, который привлек внимание моего учителя С. П. Боткина, я нахожу, что наследственность в развитии энтероптоза играет выдающуюся роль. Я нашел по данным анамнеза более чем в 50% случаев туберкулез, алкоголизм у родителей, хлороз и т. д. у ближайших родственников. Это открытие побудило меня еще в 1889 году признать энтероптоз, l'entite morbide, которого я не отрицаю прежде всего симптомом вырождения», и в другом месте: «Уже на основании нахождения при энтероптозе смущенной почки у детей (наблюдения Ewald'a) и 10-го блуждающего ребра у женщин (Stiller), что может быть только унаследованным, можно предположить, что энтероптоз является следствием предрасположения». Из этих кратких слов мы видим уже, как широко смотрит Образцов на заболевание энтероптозом.

В 1891 г. Stiller обратил внимание на 10-е ребро, концы которого свободны и даже выпячиваются и назвал его как *Stigma enteroptos'a costa decima fluctuans*. «Нахождение у ребенка подвижного 10-го ребра клеймит его как будущего энтероптотика или диспептического неврастеника». «Неврастения, диспепсия, энтероптоз — симптомокомплекс общей болезни не только прирожденной, но вероятно и унаследованной. Все симптомы выступают только в резко выраженных случаях, в большинстве же преобладает то одна, то другая сторона симптомов — откуда такое огромное разнообразие клинических картин».

В своем последнем 1907 г. труде Stiller считает энтероптоз единственным морфологическим отклонением в общем заболевании всего организма, которое он называет *Asthenia congenita universalis* и распространение которого огромно. Эта главная группа всех амбулаторных больных-хроников, этих кормильцев врачей, как говорить Weissman. И действительно, клиническая картина в зависимости от фазы болезни более чем разнообразна. Энтероптоз проявляет себя не по величине смещения, а по величине страдания. Анемия, выпадение матки, камень печени, истерия, диспепсия, тяжелое самоотравление, тахикардия, кожные болезни — словом, нет почти ни одной области клинической медицины, физиономии которой не принимал бы *enteroptosis*. Конечно всех клинических признаков может и не быть на лицо, как например, каверна не обязательна для туберкулеза. Еще Гленар заметил, что даже «*La maladie du rein mobile peut exister sans rein mobile*», т. е. болезнь может сказаться еще до развития анатомического нарушения. С другой стороны может быть значительный птоз без жалоб со стороны больного *Nephroptose compensee*. И тут видно, что дело не только в смещении, почему каждому, кто хочет оперировать, пришивать блуждающую почку Stiller готов закричать; «*Hande auf!*» ибо пришивая почку, мы очень часто даже и симптомов не улучшаем. Бывали случаи временного улучшения после пришивания, но не от самой операции, а от продолжительного лежания до и после неё. Этим же объясняется и успешное лечение некоторых неврастеников постельным содержанием, так как это были, по всей вероятности, неврастеники на почве птоза. Сама терапия указывает нам, что это заболевание общее: эти больные нуждаются в солнце, тепле, известной пищевой диете; хирургия не излечивает, да и не может излечить таких симптомов птоза, как слизистый колит, и нужно экстирпировать не блуждающую почку, а ложное учение о ней и дать ей надлежащее освещение. В 1906 г. вышла работа хирурга К. Vogel'я о малоизученной патологии соединительной ткани и разнообразных вариаций её.

Грыжи, эмфиземы, бронхоэктазии, склероз, геморрой, птозы — все это ненормальная прирожденная болезненная податливость соединительной ткани. Многие больные имеют 2 — 6 и даже 7 болезней этой ткани сразу. Он видит здесь наследственную слабость всего этого всепроникающего, все окружающего *stratum fibrosum*, Как при препарировании трупа мы выбрасываем соединительную ткань, так и при изучении болезней на живом человеке мы забываем о ней, хотя эта всепроникающая ткань; в ней то и происходит основной обмен веществ, в её щелях вся жизнь организма, весь его внутренний химизм, весь осмос. Очевидно, если нарушен осмотический молекулярный обмен организма, то это отразится прежде всего на почках и производном их моче — этой золе жизни; следовательно криоскопический анализ с мочевыми коэффициентами могут дать весьма ценные указания. И действительно, в нашем распоряжении более 2,5 тысяч подробных клинических анализов 600 слишком больных, страдавших разными формами энтероптоза и бывших у нас под наблюдением годами. Неукоснительно во всех случаях получился один и тот же факт: окислительные процессы значительно понижены (Robin, Bouchard, Senator, Пель), мочекислый диатез резко выражен (Bouchard, Senator, Zerner), причем в осадке в половине случаев кристаллы мочевой кислоты или щавелевокальцевой соли, или той и другой. Осмотическая работа всегда резко понижена. Все эти данные анализа настолько постоянны, что по ним можно за глаза поставить диагноз *Asthenia congenita*, по-нашему мочекислового диатеза. Таким образом клинические наблюдения (Glenard и Stiller потратили 20 лет на изучение вопроса), анатомические исследования и химический анализ единогласно говорят о единой патогенетической единице, об общем заболевании — не смотря на разнообразие форм проявления её. Назовем ее диатезом, астенией, гепатизмом, — идея одна и та же — это болезнь питания и может быть болезнь собственно соединительной ткани, столь долго и столь несправедливо пренебрегаемой наукой.

Теперь понятно упорство болезней энтероптоза, понятно почему они так плохо поддаются нашей лекарственной и местной терапии. Нам хорошо известно, что для здоровья необходима согласованность отправлений всех тканей организма, далеко друг от друга отстоящих; необходимы регуляторы этой деятельности, чем надо признать разнообразные продукты метаморфоза (гормоны Starling'a) и вероятно внутреннюю секрецию желез; и та и другая могут быть вредными, вызывать нарушение функций органов, самоотравления организма. Опытами точными было установлено, что количество выделяемых с мочой пуриновых оснований зависит от рода пищи: больше всего выпадающей мочевой кислоты при мясной и нет её при молочной.

Следовательно для терапии энтероптоза, как общего заболевания по существу, необходимо лечение общее и на первом плане диета и тепло. (Мы оставляем в стороне механическое лечение, как пояс, массаж и т. д.). Недаром этот тип больных так любит тепло и так хорошо себя чувствует летом. К ним больше всего подходит изречение Мишле, что из всех цветов человек наиболее нуждается в солнце. А диета?— Да уменьшить до minimum'a, если совсем не уничтожить всякую животную пищу, которой мы так злоупотребляем. Ведь мы не питаемся, а постоянно повторно отравляемся и накапливаем в себе мочевую кислоту и производителей её. Меньше мяса, меньше мочевой кислоты, улучшение, исправление метаморфоза, лучше общее питание, стало быть улучшение и даже излечение диатеза, этого коварного врага, если не созданного нами самими, то постоянно усугубляемого и передаваемого нашему потомству.