

стическим методом, поскольку Р. О. Э. не специфична для данного рода заболеваний—в смысле прогноза Р. О. Э. не оценена по достоинству.

Больной Х-н, 24 лет. Поступил с резкими явлениями энтероколита. 1^о—37,9. На 2-й день Р. О. Э.—45. Анализ кала показывает на дизентерию типа Schiga. На 5-й день 1^о—N Р. О. Э.—36. Через 21 день при хорошем самочувствии и при отсутствии всяких болезненных моментов больной выписывается. Р. О. Э.—24. На 8-й день после выписки при опять таки все время хорошем самочувствии и отсутствии всяких болезненных симптомов Р. О. Э.—18. И только через 20 дней Р. О. Э.—10.

Больной С-о. Явления острого энтероколита (анализ кала) Р. О. Э.—34. На 7-й день острый период прошел, но Р. О. Э. упорно стоит на 34—36. На 10-й день резкое изменение. Обострился понос, появилась боль и т. д. И только на 18-й день Р. О. Э. начинает постоянно падать, приближаясь к норме.

Выводы:

1. Р. О. Э. является чувствительным показателем тяжелого состояния при желудочно-кишечных заболеваниях.
2. Р. О. Э. иногда оказывает ценные услуги в смысле прогноза.
3. Р. О. Э. не является специфичным при желудочно-кишечных заболеваниях, а потому надо принять во внимание все побочные заболевания.
4. Чтобы добиться точных результатов необходимо соблюдать при взятии крови крайнюю пунктуальность.

Зернистость бацилл Коха и динамика туберкулеза легких.

В. А. Приселков (Сталинград)

Клиника легочного ТБК неоднократно задавалась целью выяснить зависимость морфологии ВК от динамики тубироцесса, причем сами клинические наблюдения у разных авторов были часто диаметрально противоположны: некоторые авторы наблюдали при тяжелых формах течения ТБК преимущественно длинные ВК, другие наблюдатели „злыми“ ВК считали короткие, но в большинстве случаев зернистость ВК считалась одним из плохих признаков течения ТБК. Для оценки удельного веса зернистости ВК нами было обработано 100 историй болезни больных, находившихся на излечении в Сталинградском тубсанатории „Дворец здоровья“ в течение весенних месяцев 1933 года; случаи, большей частью хорошо и давно известные. Из 100 человек больных мужчин было 88, женщин—12. Возраст—от 20 до 40 лет.

Распределение больных по диагнозу:

1) Фтиза фиброзно-цирротическая	29 чел.
2) Фтиза экссудат-казеозная	29 „
3) Бронхо-пневмонич. рассеян. остр. и подостр. Т. Б. К.	10 „
4) Инфильтраты	10 „
5) Острые пневмонические формы ТБК	2 „
6) Смешанная форма	10 „
7) Хронический милиарный ТБК в фазе активирования	10 „

Всего 100 чел.

Таким образом, в нашем материале преобладают тяжелые формы ТБК, часто с осложнением, у таких больных возможна динамическая диагностика, а след. и прогностика течения ТБК.

Гомогенные ВК были обнаружены у 30 человек (30%), зернистые ВК у 60 человек (60%) и резко зернистые у 10 человек (10%).

При сопоставлении морфологии ВК с диагнозом, мы особо строгой закономерности отметить не могли, но можем сказать, что в % отношении для каждой группы гомогенных ВК больше при благоприятных диагнозах; зернистых — при тяжелой диагностике. Так, если мы возьмем гомогенную группу, то при фтизе казеозной видим 20%, для фтизы фиброзной — 28%, для рассеянного ТБК — 30%; для инфильтратов — 40% и хрон. мвл. ТБК — 50% гомогенных ВК.

Сравнивая температуру больных и данные микроскопии, мы смогли установить, что в случаях с субфебрильной т° (63%) мы в основном имели случаи с выделением зернистых ВК.

Зависимости между Р. О. Э. и зернистостью ВК нет.

Зернистость и результат лечения

Результ. леч.	Зернистость			
	Улучшение	Без перемен	Ухудшение	Всего
Гомогенные	20	10	0	30
Зернистые	34	19	7	60
Резко зернист	6	2	2	10
Всего	60	31	9	100%

Как видим, из 30 случаев с выделением гомогенных ВК — 20 человек (66%) выписаны с улучшением (из них 6 б-ных с значительным; при зернистых ВК из 60 человек — с улучшением выписаны 34 человека (57%) (из них с значительным — 4 человека) и с ухудшением — 7 человек (12%).

Таким образом, зернистость — фактор несколько отрицательный.

Зернистость ВК и клиническая прогностика

Прогноз зернистость	Хороший и удовл.	Плохой	Сомни- тельн.	Безна- дежн.	Всего
Гомогенные	16	3	6	5	30
Зернистые	24	14	7	15	60
Резко зернист,	4	3	1	2	10
Всего . .	44	20	14	22	100%

Безнадежным прогнозом мы считали тот, при котором больной гибнет в течение ближайших 1—3 мес. по выписке из санатория, плохим — если смерть наступает в среднем через 1—1½ года, сомнительным — колеблющийся между плохим и удовлетворительным.

При рассмотрении таблицы видим, что зернистость более характерна при плохой и безнадежной прогностике, гомогенные ВК в 53% дают хорошее и удовлетворительное предсказание (16 из 30).

Выводы:

1. Для тяжелых форм легочного ТБК более характерно выделение зернистых ВК;

2. Обойтой строгой зависимости между морфологией и диагнозом легочного ТБК нет.

3. Результат лечения и предсказание при выделении гомогенных ВК более благоприятны, чем при зернистых ВК, но и при безнадежной прогностике больных, выписанных с ухудшением, в значительном числе случаев выделяются гомогенные ВК.

4. Зернистость ВК—как диагностический и прогностический признак имеет относительную ценность и должна учитываться в связи со всеми прочими клинко-лабораторными симптомами легочной чахотки. Резко выраженная зернистость значения не имеет.

Иммунитет и аллергия при туберкулезе с точки зрения проблемы локализации.

И. Э. Соркин (Ялта).

Вопросам иммунитета и аллергии при туберкулезе посвящено чрезвычайно много работ на всех языках и с самых различных точек зрения. И такова актуальность этих вопросов для всей проблемы фтизиатрии, что они неизменно выступают вперед, как только затрагивается хотя бы частная, но более или менее важная принципиальная тема. Обзор литературы показывает, что больше всего по этим вопросам пишется представителями теоретических дисциплин, но интересно отметить, что ведущие концепции в области иммунитета и аллергии были созданы клиницистами—Ранке и Пирке. И это вполне понятно—пробиркой и экспериментом этих вопросов не разрешить. Только общение с живым страдающим человеком может помочь найти путеводную нить в этих сложных проблемах,—обстоятельство, дающее нам—клиницистам—право и налагающее на нас обязанность этих вопросов не сторониться, а, наоборот, посильно их освещать.

Какими же путями, при современном состоянии наших знаний, мы можем подойти к этим вопросам.

Пути эти намечены в трудах Ранке и Пирке и заключаются в том, чтобы иммунитет и аллергию при туберкулезе рассматривать с точки зрения проблемы локализации. У Ранке эта идея проявляется в противопоставлении генерализованных форм локальным, но осталась не детализированной и затуманена тем положением (и в этом его методологическая ошибка), что общая аллергия является причиной, управляющей законами локализации. У Пирке она подчеркнута гораздо яснее, но он не успел проработать ее в отношении туберкулеза. Его последняя, не вполне законченная, колоссальная работа посвящена проблеме локализации злокачественных опухолей—он пытается вывести законы этих локализаций, которые и считает проявлением тканевой аллергии.