

О номенклатуре различных форм и стадий туберкулеза в связи с учением о циклическом течении последнего *).

Ординатора Одесского Тубинститута М. М. Альперина.

Если во всякой другой отрасли медицины точная номенклатура и классификация различных форм одного рода заболевания имеют, несомненно, большое теоретическое и практическое значение, то тем больший интерес представляют научно обоснованная номенклатура и целесообразная классификация для разнообразных форм тbc вообще и тbc легких в частности.

Настоятельная необходимость в такой классификации обуславливается, во-первых, тем, что тbc процесс обнимает собою целый ряд форм и видов заболеваний, отличающихся друг от друга настолько, что на одном полюсе находятся клинически вполне здоровые люди, на другом — безнадёжные moribundi, а между ними имеется длинный ряд промежуточных форм. Во-вторых, тbc представляет собою социальное заболевание, в борьбу с которым вовлекается не только больной и ближайшие его родственники, но в этой борьбе обычно принимают участие представители разных организаций: страховых, профессиональных и т. п.

Понятно, что для правильной оценки всеми заинтересованными лицами каждого отдельного случая, для решения вопроса о трудоспособности, об индивидуальной терапии и о целесообразной общественной помощи, необходимо каждый отдельный случай подвести под определенную рубрику, дать ему определенное, всеми одинаково понимаемое наименование, из которого точно вытекало бы и состояние его в данный момент, и возможные перспективы на будущее. К сожалению, мы как раз в этом пункте, чрезвычайно важном для клиники и общественной медицины, наталкиваемся на форменное вавилонское столпотворение, в результате чего врачи часто говорят на разных языках, друг друга совершенно не понимая.

Для обозначения тех или других форм проявлений тbc мы в настоящее время имеем массу названий, которые можно в общем разбить на 3 группы. В первую группу можно отнести все те наименования, которые содержат в себе определение тbc характера заболеваний, но не указывают его локализации. Таковы: тbc larvata (Соколовский), тbc интоксикация (Hollot, Кисель), оккультный тbc (Engel), претуберкулез (Bernheim, Dieupart), тbc диспозиция, morbus Kochii (Schulz), скрофулез и т. д. Все эти обозначения можно назвать атопическими. Вторая группа обнимает собою ряд обозначений, в которых,

*) Доложено на научной конференции Тубинститута 5/V 1925 г.

наоборот, указана локализация процесса, но слово *tbc* не упоминается, хотя оно обычно подразумевается. К этой группе относятся названия: катарр легких, катарр верхушки, *apicitis*, *hilus-катарр* и облюбованное врачами в последнее время название перибронхит. Наконец, к третьей группе нужно отнести те наименования, в которых точно обозначена и локализация процесса, и *tbc* его характер, как *tbc* легких, костей, желез и т. д.

Множественность этих наименований объясняется тем, что между наблюдениями клиницистов и принятыми, как незыблемые истины, теоретическими постулатами долгое время лежала глубокая пропасть. Теория утверждала, что *tbc*—это 1) болезнь определенных, главным образом дыхательных, органов, 2) что патолого-анатомические изменения в пораженных ею местах специфичны и характерны, 3) со времен Кос'h'a теория требовала для диагноза *tbc* обнаружения Кос'h'овской палочки. Клиницисты же наблюдали целый ряд явлений, явно имевших отношение к *tbc*, при которых ни одной из трех вышеуказанных предпосылок нельзя было установить, и волей—неволей приходилось говорить о „претуберкулезе“, „туберкулезоиде“ и т. д.

Лишь в последние два десятилетия наши знания в области клиники и патологии *tbc* значительно углубились и расширились, и, в связи с этим, подробнее изучены течение *tbc* и разнообразные формы его проявления, а также связь между этими формами на протяжении ряда лет. В свете этих новых знаний изменились и старые понятия, и старые названия.

Первый, давший толчок дальнейшему выяснению связи между так называемыми претуберкулезными явлениями и *tbc* легких, был *Petruschky*, который в конце прошлого столетия начал проводить мысль о том, что *tbc*, подобно сифилису, имеет свои периоды развития, которые он рассматривает, главным образом, с анатомической точки зрения, установив: 1) первичный *tbc*—*tbc* лимфатических желез (*Lymphdrüsentbc*); 2) вторичный *tbc*—образование туберкулов в тканях (*Tuberkelbildung der Gewebe*); 3) распад тканей—*Gewebszerfall*, *Ulcerationen*. Эта мысль о периодичности течения *tbc* нашла сторонников особенно среди педиатров (*Hamburger* и др.). Немалую роль в развитии и укреплении взгляда на *tbc*, как на длительную, циклическую болезнь, протекающую в разных формах на протяжении ряда лет, принадлежит *Behring'u*, весьма образно выразившему мысль в известной крылатой фразе: „*Die Lungenschwindsucht ist bloss das Ende von dem einem Schwindsuchtskandidaten schon an der Weige gesungenen Liede*“.

Особенной отчетливости и законченности эта точка зрения на периодичность и цикличность течения *tbc* нашла, однако, в работах *Ranke*, который осветил этот вопрос как с анатомической, так и с клинической и иммуно-биологической точки зрения, основываясь на веских научных данных. *Ranke* особенно подчеркивает, что особенности течения и проявления болезни в разных периодах зависят от: 1) пути, по которому распространяется *tbc* инфекция (лимфатический, гематогенный, каналикулярный), 2) от характера иммуно-биологической реакции организма на болезнь. Подобно *Petruschky* *Ranke* различает три периода:

1) Первичный период—*Primäraffect* или *Primärcomplex*, с начинающейся аллергией. Понятие о первичном гнезде при *tbc*, как об ана-

томически доказуемой единице, впервые установил француз Kuss (1898 г.) и вскоре за ним—Albrecht и Gohn (т. наз. „Gohn'овский фокус“). Из этого первичного гнезда, соответствующего твердому шанкру при сифилисе, вирус проникает по лимфатическим путям в ближайшие лимфатические железы, вызывая в них те или иные изменения. Первичное гнездо вместе с пораженными регионарными железами носит название Primärcomplex. В этом периоде организм еще не сенсibilизирован к tbc вирусу, вследствие чего реакция организма является слабой, отсутствуют перифокальное воспаление и явления экссудации, все ограничивается первичным гнездом и регионарными железами без окружающей бронхопневмонии и периаденита. Вовлечение регионарных желез свойственно именно первичному периоду, как это установлено экспериментально на морских свинках, у которых вторичная инфекция ограничивается только местом введения вируса без участия окружающих желез.

2) Вторичный период—период гематогенной генерализации процесса, характеризующийся с иммуно-биологической стороны аллергией. Под влиянием выделяющихся в Primärcomplex'e эндотоксинов организм сенсibilизируется, ткани и клетки становятся особенно чувствительными—аллергичными к tbc вирусу. В самом Primärcomplex'e мы тогда же можем иметь перифокальное воспаление и периадениты. Через воспаленную капсулу пораженных желез tbc бактерии либо проникают по лимфатическим путям в ductus thoracicus, а отсюда в правое сердце, либо непосредственно прорываются в ветви легочной артерии, или легочных вен. Таким же образом бактерии могут попасть в круг кровообращения из любого периферически расположенного очага. В громадном большинстве бактерий в конечном счете попадают в правое сердце, а отсюда в легкие, давая время от времени, в зависимости от количества и вирулентности их, большие или меньшие количества высыпаний в легочной интерстиции и в плевре (tbc miliaris discreta, tbc fibrosa Bard'a и Neuman'a, pleuritis à répétition Piery). Часть бактерий, миновавшая легочный фильтр, попадает в большой круг кровообращения. В тех случаях, когда бактерии непосредственно попадают в легочные вены или их разветвления, легкие могут быть инфицированы, и бактерии непосредственно попадают в аортальный путь, давая явления генерализованного tbc. В зависимости от вируса и иммунных сил организма аллергия может носить защитный характер для организма, не давая возможности вирусу довести дело до больших разрушений и значительных общих расстройств. При прорыве иммунных сил мы получаем, наоборот, явления беззащитности—анафилаксии.

3) Третичный период—период изолированного phthisis'a, период иммунитета (в смысле тканевого). В этом периоде клетки и ткани, за исключением некоторых органов (главным образом легких), проявляют определенную устойчивость по отношению к tbc вирусу, ибо тогда мы редко наблюдаем аллергические явления tbc на коже, слизистых, серозных оболочках и т. д. Путь распространения процесса—не гематогенный, а каналикулярный, по просветам каналикулярных систем. Наблюдающиеся при этом метастазы в гортани и в кишечнике также происходят через просветы дыхательных и пищеварительных путей (проглатывание мокроты), но не гематогенным путем. Местная уколочная и кожная, в отличие от общей, реакции отступают тогда на задний план. В tbc

гнездах имеется хронический процесс, без перифокальных экссудативных явлений, наступающих лишь при ослаблении иммунитета — влажный процесс. Между острым милиарным тbc и изолированным phtisis'ом легких существуют обратно-пропорциональные отношения (Orth. Buhl, Weigert, Engel, Heubschmann). Редкость появления в этом периоде гематогенных очагов, конечно, не зависит от отсутствия бактерий в крови. Наоборот, многие авторы, пользуясь новейшими лабораторными методами, устанавливают определенный процент положительных результатов исследования крови при тbc легких на Koch'овские палочки: в I стадии 14%, во II и III—31—32% (Jousset, Lüdke, Courmont, Liebermeister, Schnitten). Вся суть в клеточном иммунитете, присущем тогда большинству органов и тканей.

Считая, что для правильной оценки той или другой номенклатуры предложенной для определения разных клинических форм, свойственных каждому из этих периодов, весьма важна общая клиническая их характеристика, я позволю себе вкратце очертить основные моменты, типичные для клинических проявлений того или другого периода. В то время, как клиника третичной стадии по Ranke, т. е. клиника phtisis'a изолированных органов, давно изучена и хорошо известна, клиника первых двух периодов постепенно лишь выяснялась в последнее время и еще продолжает выясняться по мере углубления наших знаний в области патологии тbc.

Период Primäraffect'a, в виду отсутствия перифокального воспаления, часто может ничем не обнаруживаться, если только он локализовался не на коже или на видимых слизистых. Neumann полагает, что первым, клинически констатируемым, проявлением периода Primäraffect'a может быть плеврит, как перифокальная реакция при поверхности может получиться картина легкого верхушечного процесса — тbc apicis abortiva (Neumann, Bard). Нужно, однако, сказать, что и плеврит, и другие местные реактивные явления, отмечающиеся, по Neumann'у, при т. наз. воспалительном Primärcomplex'e нужно скорее отнести ко II периоду (хронический активный Primärcomplex по Ranke). За проявления Primärcomplex'a некоторые считают и эфемерную лихорадку у грудных детей, а также тbc расстройство питания у них (denu-tricio primitiva тbc).

В общем нужно сказать, что в громадном большинстве период Primäraffect'a проходит незаметно для клинициста. Что же касается клинической картины периода генерализованного тbc, то здесь мы встречаем пеструю картину разнообразных проявлений, заставивших клиницистов придумать для них разные, не вполне ясные и точные наименования. Ranke дает следующую, общую характеристику клинических явлений генерализованного тbc: легкие формы с перифокальными явлениями вокруг Primärcomplex'a, явления общего заболевания, зависящие от гематогенного распространения бактерий и токсинов с повышением t^0 , общей слабостью, потерей веса и т. д.; временами выступают опухания шейных и др. лимфатических желез, обычно скоро отступающих, туберкулиды, фликтены и т. д., в более тяжелых случаях — скрофулезные формы с размягчением желез и костей (явления анафилаксии); при хроническом активном Primärcomplex'e появляется, как результат гистологической

аллергии, хронический перибронхит, с последующим запустеванием бронха и превращением его в соединительнотканый тяж. Туберкулы вокруг бронхов редко констатируются, тяжи идут по ходу лимфатических сосудов от первичного гнезда до регионарных желез. Клинически имеются хронический ограниченный бронхит, легкий тимпанический звук (вследствие уменьшения эластичности легочной ткани), явления ателектаза, ослабленное или жесткое дыхание; при ослаблении иммунных сил организма временно может появиться большая перифокальная экссудация, наводящая мысль о тяжелой бронхопневмонии, которая, однако, часто благополучно проходит; такая же тканевая аллергия экссудативного характера может наступить в других органах, сопровождаясь инфильтрациями и размягчением.

Этим очерком Ranke далеко не охватываются все другие проявления генерализованного tbc. В мою задачу не входит излагать здесь подробно клиническую картину всех этих проявлений, но в интересах более полного выяснения основной своей темы считаю необходимым коснуться двух клинических групп, имеющих огромное практическое значение для клинициста и диспансерного врача. Первая группа охватывает целый ряд воспалительных явлений, возникающих на почве tbc инфекции, но гистологически совершенно нетипичных для tbc. Впервые на это обратили внимание окулисты. Michel, Stock, Axenfeld установили, что целый ряд банальных заболеваний глаз, как-то iritis, zyklitis, scleritis, keratitis, обязан своим возникновением tbc. Характерным для этих tbc проявлений окулисты считают частое их рецидивирование и весьма благоприятное действие на них туберкулинотерапии. Дальнейшее развитие эта мысль нашла в работах Лионского хирурга Poncet, еще в 1897 году высказавшего взгляд, что целый ряд ревматоидных и ревматических заболеваний чисто-воспалительного характера обуславливается tbc инфекцией: все эти виды tbc заболеваний он назвал впоследствии „la tuberculose inflammatoire“, относя сюда и случаи банальных воспалений щитовидной и других эндокринных желез. Взгляд Poncet вначале не находил широкого отклика среди врачей. Да это и понятно, если принять во внимание, что даже скрофулезные явления, со времен Лаеннекса считавшиеся туберкулезным заболеванием, Cornet и другими относились исключительно на счет экссудативного диатеза в силу отсутствия гистологических и бактериологических доказательств в пользу их tbc основы. Однако, целый ряд опытов подтвердил правильность взглядов Poncet и его сторонников. Так, Bartel на ряде исследований животных и людей мог убедиться, что в лимфатических железах, в которых, кроме общего банального спухания, никаких явлений гистологического tbc не констатировано, прививка морским свинкам обнаружила наличие живых палочек Косч'a. Roemer, впрыскивая в аорту кроликам палочки tbc в сильном разведении, получал у них в разных органах воспалительные очаги, гистологически не туберкулезные, в которых, однако, путем прививки удалось доказать наличие tbc палочек. Впоследствии ряд авторитетных авторов, как Hollos, Wein, Neumann и в особенности Liebermeister подробно развили учение Poncet, сводящееся к тому, что в промежутке, отделяющем Primär-complex от изолированного phthisis'a, мы имеем продолжительный вторичный период, характеризующийся тем, что в этой стадии мы встречаем

у больных целый ряд явлений воспаления и раздражения тканей без типичного патолого-анатомического субстрата, т. е. без туберкулов, как конъюнктивиты, блефариты, кератиты, бронхиты, плевриты, полисерозиты, оститы и т. д.

Дальнейшие наблюдения и исследования в этом направлении обогатили клинику тbc некоторыми весьма важными фактами. Клиницисты с давних пор считают, что тbc менингит представляет собою смертельное заболевание, а между тем время от времени врачи сталкиваются со случаями, представляющими все данные для диагностики тbc менингита, где, однако, к недоумению врачей, больные выживают и совершенно поправляются. Оказывается, что на почве тbc интоксикации может возникнуть серозный менингит, способный рассасываться (Liebermeister, Jousset, Ibrahim). Martin, Sicard и др., впрыскивая животным экстракты Koch'овских палочек или же ослабленные их культуры, получили такой серозный менингит у животных экспериментально. Очень важным нужно считать установленную Piery и др. зависимость также enterocolitidis mucos-membranaceae от тbc, а равно данные Landouzy, Landerer'a, Sicard'a, Schauffard'a и др., усматривающих в erythema nodosum проявление генерализованного тbc. Эти авторы обратили внимание на сходство названной эритемы с уколочной реакцией на туберкулин, впрыскивание которого дало Schauffard'у рецидив эритемы.

Тут я хотел-бы обратить внимание на наблюдающееся нередко своеобразное течение температуры при erythema nodosum, которое серьезно смущает врача, незнакомого с вышеупомянутым современным взглядом на эритему. Я позволю себе вкратце остановиться на некоторых из таких случаев, которые мне пришлось наблюдать.

Первый случай касается девочки 3-х лет, анемичной, с явлениями аденопатии. При отсутствии каких-бы то ни было особых причин девочка начала лихорадить, и с 4-го дня заболевания у ней установилась febris continua (38,5⁰—39,5⁰). Не находя никакого удовлетворительного объяснения для этой температуры, я предложил т. abdominalis. На 12-й день болезни обнаружались, однако, типичные явления erythema nodosum, с исчезновением которой т⁰ упала.

Это наблюдение имело место в 1912 году, когда я еще не знал о связи между тbc и erythema nodosum, так что этот случай остался для меня загадочным.

Второй случай касается мальчика 8-ми лет, у которого после исчезновения явлений эритемы высокая температура продолжала держаться около 2-х недель.

Бросая теперь ретроградный взгляд на эти два случая, я прихожу к заключению, что как erythema nodosum и предшествовавшая ей в первом случае лихорадка, так и продолжавшиеся после эритемы во втором случае повышения т⁰ представляли собою вспышку тbc процесса (бронхоаденига),—то, что Neumann называет Tbeschub.

Третий случай я наблюдал летом текущего года. Я был приглашен к мальчику 13 лет, который до того лихорадил в продолжении 12 дней. Пользовавшийся до моего посещения врач диагностировал у него брюшной тиф. При осмотре больного я обнаружил признаки бронхоаденита, а на ногах незначительные явления эритемы nodosum, которые в последующие дни вырисовались вполне отчетливо. С исчезновением эритемы температура упала, но еще в продолжении некоторого времени давала небольшие колебания. Этого мальчика я наблюдал потом около 2 месяцев, причем убедился в тbc характере его болезни.

Я счел нужным привести эти наблюдения, ибо думаю, что правильное толкование врачами подобных случаев имеет большое практическое значение.

Вторая группа обнимает собою те формы вторичного tbc, где на первый план выступают не те или другие локальные явления, а симптомы общие, преимущественно реактивного характера. Locus morbi здесь часто не удается установить, во всяком случае он в картине болезни занимает второстепенное место. Общие явления могут быть весьма тяжелыми, средними и чрезвычайно легкими. На эти явления впервые обратил внимание Соколовский, дав им название tbc larvata. Из тяжелых форм нужно назвать pseudotyphus (Соколовский), где в основе заболевания лежит острый милнарный tbc, объективно ничем не доказуемый, клинически же ничем не отличающийся от тяжелого брюшного тифа. К средним нужно отнести тип, описанный Landouzy под названием „Typhotuberculose“; это—более доброкачественная форма, обуславливаемая также прорывом tbc палочек, но в меньшем количестве и меньшей вирулентности, через несколько месяцев обычно проходящая. Клиницистам эта форма должна быть особенно хорошо известна, ибо далеко нередко „брюшные тифы“ легкого, среднего и более тяжелого течения представляют собою в сущности реакцию на внедрение в большой круг кровообращения, или же только в легкие, более или менее значительного количества tbc бацилл. При этом ни в легких, ни в других органах ничего специфического для tbc¹ на первых порах не констатируется. Эти случаи протекают обычно с увеличенной селезенкой, но отличительными признаками здесь служит тахикардия и состояние языка, который, по Neumann'у, при tbc вспышках (Schübe) остается чистым. Сюда же нужно отнести и случаи, протекающие по типу малярийного заболевания (псевдомалярия Соколовского), именно, по типу m. tertianaе и quartanaе. Эти формы особенно часто встречаются при tbc лимфаденитах, не всегда ясно констатируемых. Я наблюдаю одну такую больную уже 2 года, все время следя у нее за температурой, которая временами напоминает брюшной тиф с рецидивами, а временами—малярию. Весьма характерно клиническое течение также следующего, наблюдавшегося мною, случая:

Весной 1922 г. девочка Т., 12 лет, заболела постепенно усиливающейся лихорадкой с увеличением селезенки и общим status typhosus: к увеличению селезенки присоединилось значительное увеличение печени. Ex consultatione с другим, опытным терапевтом был поставлен диагноз typhus abdominalis. Реакция Vi d a Гз была положительна (надо, однако, заметить, что больная годом раньше прodelала брюшной тиф). К концу пятой недели t° упала, селезенка и печень значительно уменьшились, но все же и после падения t° ясно прощупывались. Все время обращала на себя внимание резкая тахикардия. Спустя 2 недели t° опять поднялась, давая тип соипица (39°—40°) в продолжении 3 недель, при резком увеличении селезенки и печени с тахикардией. Конечно, этот новый лихорадочный приступ трактовался, как рецидив брюшного тифа, но, к крайнему удивлению моему и других товарищей, эти рецидивы повторились пять раз. Со стороны легких и желез не констатировалось никаких патологических явлений, но к началу зимы того же года обнаружилось припухлость и болезненность в области tibiae правой ноги, где в дальнейшем ясно определялся бугорчатый остеомиелит. Летом 1923 г. больная опять прodelала 2-недельный „тиф“, за которым следовал бугорчатый остит на другой ноге. Наконец, в 1924 г. она заболевает на даче опять лихорадкой, но уже интeрмиттирующего типа. В виду эпидемии малярии проводится лечение хинином, но безрезультатно. Спустя 2½ недели обнаруживается натечный абсцесс в подмышечной области на почве костедеды ребра. В настоящее время состояние больной удовлетворительно.

В практическом отношении особого внимания заслуживает группа легких заболеваний, благодаря их частоте и повседневности. Именно эти

формы *Hollós* называет ювенильными, а *Engel*—оккультным тbc, другие же, несомненно правильно, латентным тbc. Клинически здесь имеются общая слабость, плохой аппетит, раздражительность, пониженный тонус тканей, колотье в груди, лабильность температуры, частые вазомоторные расстройства, малокровие, *status asthenicus*, экссудативный и лимфатический диатезы, аномалии сна, явления истерии и неврастения. Реакция *Pirquet* здесь чаще положительная, но может быть и отрицательная. Характерным для всех этих форм можно считать следующее: 1) несоответствие между субъективными ощущениями и объективными данными; 2) склонность к рецидивированию, периодичность и немотивированность возникающих ощущений; 3) реакцию на применение туберкулина—либо в виде обострения явлений, либо в виде утихания или даже полного исчезновения их.

Все эти явления часть авторов объясняет действием самих бактерий, которые вызывают то или другое болезненное состояние, попадая обычно в небольшом количестве и часто будучи ослабленной вирулентности (*Liebermeister*, *Poncet*). Именно в стадии аллергии малочисленные и слабо-вирулентные палочки, благодаря повышенной чувствительности тканей, могут вызвать в них те или другие изменения, которые не могут иметь места при таких же условиях в стадии иммунитета. *Poncet*, ссылаясь на *Coignon's*, разделяет тbc бактерии по степени вирулентности на три „расы“: 1) вызывающие специфические гистологические тbc изменения; 2) вызывающие изменения, хотя гистологически и тbc характера, но несомненно типичные; 3) вызывающие изменения банального характера. Большинство же авторов приписывает все эти явления действию токсинов, которые могут вызывать банальные изменения в тканях, а также, выделяясь через слизистые, раздражать соответствующие чувствительные нервные окончания без каких-бы то ни было анатомических изменений. Эти так называемые *Schnauidingen's* и *Schulz's* невро-аллергические явления объясняют нам многое из того симптомо-комплекса, который характерен для ювенильных форм *Hollós's*, где мы имеем много субъективных жалоб и мало объективных данных.

Весьма важным является вопрос о том, какую роль играет возраст с точки зрения учения *Ranke*. Некоторые авторы, слишком прямолинейно толкуя учение последнего, заявляют, что вообще тbc един, и детского тbc, как такового, не существует, ибо та или другая форма болезни зависит не от возраста больного, а от возраста болезни; при этом ссылаются на опыт войны, когда наблюдались „детские“ формы у представителей народностей, не сенсibilизированных к тbc. Однако сам *Ranke* держится совершенно другого мнения: во-первых, он принимает во внимание условия экспозиции, которые неодинаковы для разных возрастов; во-вторых, он придает большое значение чисто-анатомическим особенностям, свойственным тому или другому возрасту. У ребенка кожа и слизистые более проницаемы для инфекции, лимфатический аппарат более развит, просвет бронхов сравнительно мал, и уже небольшие количества секрета способны вызвать ателектазы. В первые два года жизни сопротивляемость организма вообще слаба, и поэтому течение тbc более острое, генерализованное, по мере же укрепления в последующем возрасте уменьшается и частота острых форм. Часто встречающиеся в детском возрасте поражения костей обуславливаются тем, что кость в периоде

роста больше подвержена действию тbc вируса. У взрослых на первый план выступают легкие,— может быть, вследствие тех функциональных и профессиональных вредностей, которым они подвергаются. В старческом возрасте уменьшается сопротивляемость, и часто увеличиваются условия экспозиции, почему тогда нередко наблюдаются острые формы. Таким образом названия „детский“, „грудной“, „юношеский“ тbc не противоречат учению R a n k e.

Однако, это учение встречает одно весьма важное, на первый взгляд, возражение, заключающееся в спорности вопроса об эндогенном или экзогенном происхождении тbc легких. В самом деле, если мы при сифилисе устанавливаем определенные, друг за другом следующие периоды развития болезни, то мы ведь никогда не сомневаемся в том, что гуморозный период берет свое начало от предшествовавшего ему много лет назад твердого шанкра; при тbc же мы в настоящее время точно утверждать этого не можем, а, если имеется легочной тbc экзогенного происхождения, то что общего между ними и Primäraffect'ом, и какая тут последовательная периодичность?

Нужно сказать, что по вопросу об эндогенном или экзогенном происхождении изолированного phtisis'a мы встречаем в литературе два совершенно противоположных взгляда. Школа Behring'a, вместе с R o e m e r'ом, утверждает, что все последующее течение тbc зависит исключительно от степени вирулентности и массивности первичной инфекции, фатально предопределяющей будущую судьбу зараженного тbc субъекта, что служило, между прочим, основанием всю проблему борьбы с тbc сосредоточить на детском возрасте. Патолого-анатом же Beitzke, на основании патолого-анатомических данных, категорически заявляет: ранний детский тbc может иметь своим исходом или смерть, или полное излечение, тbc же юношей и взрослых—экзогенная реинфекция.

По этому поводу необходимо отметить следующее: если решение этого вопроса имеет, несомненно, огромное социально-эпидемиологическое значение, то для клинициста и биолога оно не может служить препятствием для признания правильности учения R a n k e, ибо важно то, что и сторонники экзогенной реинфекции тbc не отрицают факта особой реактивности организма, так или иначе сенсibilизированного первичной инфекцией, в отличие от впервые заражаемого. А в этом вся суть учения R a n k e.

Если обратиться теперь к оценке вышеуказанных наименований тbc, то ясно, что большинство этих наименований охватывает собою симптомокомплекс вторичной стадии по R a n k e—тbc secundaria, и, конечно, на основании всего сказанного термины „претуберкулез“, „туберкулезoid“ и тому подобные нужно отбросить, как не соответствующие современным научным данным, ибо подразумеваемая под этими терминами клиническая картина представляет собою самый настоящий тbc, только определенного периода, при определенном иммуно-биологическом состоянии больного.

Несомненно, много клинических форм генерализованного тbc находится в тесной зависимости от Primärcomplex'a, т. е. тbc бронхиальных желез, и это наименование может покрыть значительную часть явлений вторичной стадии по R a n k e. Все же нельзя согласиться с теми авторами, которые предлагают все относящиеся к этой стадии случаи относить

в рубрику bronchoadenitis tuberculosa (Крамер и др.). Прежде всего спорным еще является вопрос о частоте локализации Primäraffect'a, Primärcomplex'a в области легких и бронхиальных желез. В то время, как Albrecht и Gohn локализацию их в кишечнике и брыжжеечных железах устанавливают только в 1,6% всех сецированных ими случаев, Beitzke находит их там в 16%, Lange—в 26%. Heubschmann—в 28%, Schweizer—в 32%. Т. о. уже а priori можно сказать, что, если даже считать, что в многообразных явлениях генерализованного tbc клиницист должен фиксировать свое внимание на Primärcomplex'e, то последний нe всегда локализуется внутри грудной клетки.

Ведь нередко в клинической картине вторичного tbc объективные данные со стороны Primärcomplex'a отходят на задний план в сравнении с другими общими и локальными явлениями, и поэтому наименованием bronchoadenitis tuberculosa мы далеко не можем охватить всей пестрой картины вторичного tbc, не говоря уже о том, что методы диагностики tbc бронхиальных желез, как физикальные, так и особенно рентгенологические вызывают еще очень много споров. Во многих случаях, которые на основании целого ряда клинических и иммуно-биологических данных должны быть отнесены ко вторичному tbc, мы все же точно указать locus morbi не в состоянии, и для таких случаев приходится сохранить атопический термин— „окультный tbc“, „tbc larvata“ (activa или inactiva), или хроническая tbc интоксикация,—а еще лучше, пожалуй, было-бы все такие случаи объединить под наименованием „tbc secundaria“.

В тех же случаях, где locus morbi поддается клиническому определению,—конечно, целесообразно пользоваться точной и ясной номенклатурой. Очень распространен еще и поныне термин „катарр верхушки“ и „апидит“. Однако, эти обозначения содержат в себе элемент неясности и двусмысленности, ибо под этим названием одни врачи подразумевают верхушечный tbc, другие разумеют лишь подозрение на tbc, а многие сохраняют этот термин для случаев для них неясных, которым предпочитают давать двусмысленное обозначение, чем просто отметить, что данный случай нуждается в дальнейшем наблюдении. Нужно ведь сказать, что мы теперь далеко отошли от того периода, когда „верхушечный катарр“ считался преддверием к tbc легких (Niemeyer, Rindfleisch).

Правда, бывают иногда неспецифические катарры верхушек, но они в сравнении с tbc верхушечным катарром представляют большую редкость, и вполне прав Turban, когда он говорит: „Ограниченные исключительно или преимущественно легочными верхушками хронические процессы мы можем физикально диагностировать, как tbc заболевание, с такой же вероятностью, с какой мы вообще в состоянии поставить диагноз в большинстве внутренних болезней“. Когда мы действительно констатируем катарральные явления в верхушке (изменения дыхания, хрипы), то имеем дело с tbc легких I стадии; этим ясным названием и нужно обозначить данный случай. Если же сами по себе „катарральные“ явления сомнительны, и врач не решается ни поставить диагноз tbc легких, не отвергать его, то лучше признать этот случай подлежащим дальнейшему наблюдению, чем прибегнуть к двусмысленной диагностике. Мы должны в особенности теперь, когда этим диагнозом слишком злоупотребляют, повторить слова Turban'a: „Die Bezeichnung Spitzenkatarrh sollte durchaus vermieden werden“.

Заканчивая анализ наименований, подходящих для разных клинических форм тbc, считаю нужным обратить внимание на один весьма важный момент. Дело в том, что далеко нередко мы, констатируя определенные изменения в легких, должны очень задумываться над тем, — считать ли эти изменения проявлениями изолированного phtisis'a легких (третичный тbc), или же признать их проявлением генерализованного тbc, который может именно в легких давать, как выше уже упомянуто, картину тbc apicis abortivae и перифибронхита с ателектазами в окружающих альвеолах, рассеянные явления тbc miliaris discrete Neumann'a, а иной раз — значительные перифокальные экссудативные воспаления вокруг Primärcomplex'a, могущие легко быть принятыми за изолированный тbc легких I и II стадии по Turban'u. Конечно, для дифференцировки требуется, как и вообще в клинике, наблюдательность, точная и правильная оценка всех анамнестических и клинических данных. Подспорьем могут служить следующие данные, характерные для генерализованного тbc: 1) участие лимфатических желез, 2) аллергия, 3) разбросанность явлений (плевра, кожа, железы, суставы и т. д.), 4) доброкачественное течение, 5) рассеянность и двусторонность явлений в легких, каковые явления притом быстро меняются, 6) увеличение селезенки.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Petruschky. Deut. m. Woch., 1897, № 39.—2) Ranke. Beitr. zur Kl. der Tub., Bd. XXI.—3) Ranke. Münch. m. W., 1922, № 3.—4) Ranke. Ib., 1913, № 39.—5) Ranke. Arch. Kinderh., Bd. 54, H. 4—6.—6) Escherich. Deut. m. W., 1909, № 7.—7) Liebermeister. Tuberkulose. Berlin, 1921.—8) Соколовский. Болезни органов дыхания.—9) Neumann. Der Formenkreis der Tbc. Wien, 1924.—10) Bartel. Wiener kl. W., 1910, № 28.—11) Beitzke. Berl. kl. W., 1921, № 32.—12) Heubschmann. Münch. m. W., 1922, № 48.—13) Hamburger. Tbc детей. Рус. пер. 1923.—14) Игнатовский. Врач. Об., 1924, № 8.—15) Кисель. Сборн. губ., 1923, № 3.—16) Engel. Die okkulte Tbc im Kindesalter. Leipzig, 1923.—17) Gebhardt. Beitr. zur Kl. d. Tbc., Bd. XXI, H. 3.—18) Schulz. Zeit. f. Tbc., Bd. 37, H. 2.—19) Rüscher. Zeit. f. Tbc., Bd. 37, H. 4.—20) Schnaudingen. Цит. по Schulz'y.—21) Hollös. Deut. m. W., 1912, № 51.—22) Brauer. Цит. по Neumann'y.—23) Wein. Тер. Об., 1912, № 2.
-