

Прогностическое значение исследования картины крови бесспорно. В своем руководстве Шиллинг приводит ряд ярких тому примеров. Появление незрелых форм, сдвиг влево, сильно омрачает прогноз. В случаях же выздоровления отмечается лимфоцитоз, эозинофилия и возвращение картины крови к Н.

Приведу гемограммы 2-х случаев цереброспинального менингита.

					Гемограмма № 5.			
Ц. С. М.	Общ. кол.	Ю.	П.	С.	Л.	Мон.	Эоз.	
Ликвор. гнойн. 9/1 .	23000	10%	10%	84%	4%	1%	0%	
Введ. сыворот. 10/1.	12000	3%	11%	49%	31%	7%	0%	
Улучш. 12/1 . . . .	8000	0%	6%	45%	34%	3%	8%	
Ликв. прозрач.—выздоровление.								

Ликв. прозрач.—выздоровление.

		Гемограмма № 6.						
М. Ц. С.	Общ. кол.	Мизл.	Юп.	П.	С.	Л.	Мон.	Эоз.
Ликвор. гнойн.								
28/XII . . . .	12000	0%	6%	14%	45%	19%	15%	1%
Ухудш. 31/XII .	12000	3%	8%	14%	61%	11%	4%	0%
Дальн. ухуд. 1/I.	25000	6%	11%	29%	58%	4%	0%	0%
Смерть 3/I . . .	24000	13%	24%	29%	27%	5%	0%	0%

В первом случае с исчезновением клинических симптомов заболевания картина крови возвращается к норме, в случае 2-м, с ухудшением общего состояния, отмечается резкий сдвиг влево с огромным количеством юных форм и исчезновением эозинофилов.

По картине крови видно, что дело идет к роковой развязке.

Из Терапевтической клиники Астраханского госуд. медицинского института. (Директор проф. С. И. Телятников) и Туберкулезного диспансера Астраханской поликлиники Волжского Водздравотдела (Заведыв. д-р А. А. Папаев, Зав. поликлиникой д-р Непомнящий Н. А.).

## К вопросу о витальной зернистости эритроцитов при легочном туберкулезе<sup>1)</sup>.

А. А. Папаев и А. И. Пучек.

За последние годы в литературе появились работы, посвященные изучению так называемой суправитальной (витальной) зернистости эритроцитов при различных заболеваниях, в частности при туберкулезе, в связи с оценкой и изучением динамики процесса, прогноза и тех или иных терапевтических мероприятий.

Впервые витальная окраска в эритроцитах была обнаружена Паппенгеймом и Израэлем (1895) при обработке крови neutralrof. Впоследствии это подтвердилось рядом наблюдений других авторов, как-то: С. Demel, Ferrata, Максимов и др. Существовавший ранее спор между рядом видных гематологов, из коих одни (Эрлих, Габричевский,

<sup>1)</sup> Доложено в Научной ассоциации врачей г. Астрахани 8/V. 1932 г.

Розин и др.) считали витальную зернистость за признак дегенеративный, а другие (Ferrata, C. Demel, Foa) за регенеративный, в настоящее время склонился в сторону последних, утверждающих, что витальная зернистость присуща только юным красным элементам крови. Это подтверждают клинические и экспериментальные наблюдения, как, например, опыт Робертсона, вводившего животным кровь в количестве суточной физиологической траты, при чем наступало угнетение эритропоэтической функции костного мозга с исчезновением из крови витально-зернистых эритроцитов, и прямо противоположные опыты Истомановой с анемизированием кроликов, вызывавшим повышение функции костного мозга, причем витально-зернистые эритроциты появлялись в больших количествах (по Лейбензону). Подтверждением этому может служить наблюдаемый клиникой факт отсутствия витально-зернистых эритроцитов при т. наз. апластической анемии, когда существует полное угнетение костного мозга, а также обратный факт появления в больших количествах зернистых форм эритроцитов при кровопотерях и гемолитических желтухах. Не вдаваясь в описание техники приготовления препаратов крови для определения витально-зернистых эритроцитов, так как это достаточно освещено в литературе и руководствах по гематологии (Крюков, Арикин, Шиллинг), мы хотим лишь указать, что витальная зернистость в эритроцитах бывает выраженной в разнообразном виде, в чем мы также убедились на нашем материале: то она представлена в виде нежной сетчатой субстанции, что дало повод французам дать название „ретикулоциты“, то в виде сети с нежными зернами, расположенными по периферии эритроцита, то в виде более грубых зерен, в большом количестве заполняющих весь эритроцит (*substantia granulo-filamentosa*) при усиленной регенерации (Naegeli). Большинство авторов принята норма эритроцитов с витальной зернистостью в крови взрослого человека в 1-2 на 1000.

Интересуясь состоянием красной крови у туберкулезных больных, мы провели параллельные исследования количества эритроцитов, процент содержания гемоглобина и витально-зернистых эритроцитов. Некоторыми (Штернберг, Крамов и др.), исследователями доказан факт сравнительно малого изменения красной крови при туберкулезе. Это относится не только к начальным формам туберкулеза, но и к выраженным как в статическом, так и в динамическом отношениях. В то же самое время изучавшие витальную зернистость в эритроцитах при туберкулезе (Вилковский, Лейбензон и др.) приходят почти к тождественным выводам, что туберкулезная токсемия возбуждает эритропоэтическую функцию костного мозга, повышая тем самым появление в периферической крови молодых, витально-зернистых форм эритроцитов. Таким образом, эти два факта, вероятно, согласуются друг с другом, т. е. туберкулезная токсемия, влияя губительным образом на эритроциты, в то же самое время возбуждает к повышенному кроветворению костный мозг, отчего и зависит количественно нормальный состав эритроцитов, в то время как качественная сторона, главным образом, в смысле % содержания Нв, страдает, что выявилось в ряде работ. Витальную зернистость эритроцитов мы изучали у легочно-туберкулезных больных, преимущественно туберкулезного диспансера, а также на больных терапевтической клиники АГМИ в количестве 42 ч. Наш материал разбивается по диагнозам и формам туберкулеза следующим образом:

Туберкулез легких	AI—10 чел.	Туберкулез милиарный .	2 чел.
" "	AP—13 "	Бронхоаденит туберкул.	8 "
" "	AP—15 "	Пневмоторакс искусств.	10 "
" "	BI—4 "	Пневмоплеврит серозн.	6 "
" "	BP—18 "	Пиопневмоторакс . . .	2 "
" "	BPI—32 "	Бронхоэктазии . . . .	3 "
" "	CP—6 "	Абсцесс легких . . . .	2 "
" "	CPI—11 "		

Наши больные были подобраны таким образом, чтобы иметь возможность проследить состояние витальной зернистости у различных категорий туберкулезных больных, как по степени динамики, так и по протяженности процесса. Кроме того взяты для сравнения два случая милиарного туберкулеза и нетуберкулезные легочные заболевания—бронхоэктазии и абсцесс. Все случаи туберкулеза, протекавшие совместно с какими-либо другими острыми или хроническими заболеваниями, при просмотре материала отбрасывались, так же, как и те случаи, где имелось более или менее длительное соприкосновение с ядами (ртуть свинец.)—а потому состав больных, представленных в данной работе, является в большей степени „чистым“, туберкулезным. Как отмечено выше, у многих наших больных производилось исследование крови на содержание количества эритроцитов, отдельно - витально-зернистых при окраске brilliantkresylblau и гемоглобина. Результаты наших наблюдений представлены в таблице № I.

Таблица № I.

Форма тбк	AI	AP	AP	BI	BP	BPI	CP	CPI	Ток ми- лиарн.	Бронходе- нит	Бронхо- эктазии	Абсцесс легкого
ВЗЭ на 1000 эрит.												
Полное отсутств. . . . .	—	—	—	—	—	3	1	4	2	—	—	—
Единич. в препар. . . . .	—	—	3	—	2	5	1	2	—	—	—	1
1—3/1000 . . . . .	8	10	4	1	2	2	—	—	—	3	2	—
4—10/1000 . . . . .	2	3	8	2	7	6	1	2	—	5	1	1
11 и бол./1000 . . . . .	—	—	—	1	5	14	3	3	—	—	—	—

Как видно из этой таблицы формы компенсированного туберкулеза с небольшим распространением процесса (AI и AP) давали нормальное число зернистых эритроцитов, с большей же протяженностью (AP) имели склонность к повышению их. Рассматривая формы суб-и декомпенсированного туберкулеза (за исключением формы BI, протекавшей с небольшим повышением зернистых форм эритроцитов), бросается в глаза явное увеличение зернистых эритроцитов, в то время, как в случаях с большой протяженностью, с деструкцией и тяжелой токсемией наблюдалось обратное явление понижения или даже полного отсутствия зернистых эритроцитов, что, несомненно, надо ставить в связь с угнетением эритропоэтической функции костного мозга под влиянием туберкулезного токсина. Это же явление мы имеем и в двух случаях милиарного туберкулеза (это были больные с гематогенным обсеменением легкого, а затем с метастазами—в одном случае в почки, в другом—в половые органы). Одно только кажется на первый взгляд как-будто противоречивым

в наших выводах в отношении форм ВП и СП,—наряду с высоким % зернистых эритроцитов наблюдалось полное их отсутствие: там, где отмечалось большое количество витально-зернистых эритроцитов, преобладали случаи с одной стороны ранних каверн, с другой—с повторными кровопотерями. В этом факте, повидимому, имеет значение также и состояние щитовидной железы, которая, согласно существующим толкованиям (Штернберг, Файншмидт) в начальных периодах туберкулезной инфекции находится в состоянии гиперфункции, а это (Молдавский) повышает функцию костного мозга со всеми вытекающими результатами. Во многих указанных случаях нам удавалось наблюдать состояние некоторого базедовизма (Moebius, Graete). Среди наших случаев имелось 18 б-ных, леченных искусственным пневмотораксом с осложнениями в 6 случаях серозным плевритом и в одном—гнойным. Кроме того имелся один случай спонтанного пневмоторакса. У этих больных кровь исследовалась до наложения пневмоторакса, т. е. при наличии деструктивного процесса, спустя некоторое время (2—3 месяца после начала инсуффляций) и при осложнениях плевритами. Не вдаваясь в подробное описание состояния крови у данной группы б-ных, скажем в общих чертах: до наложения пневмоторакса наблюдалось значительное увеличение витально-зернистых эритроцитов, доходящее в некоторых случаях до 15%; после коллапса пораженного легкого, с ослаблением и даже исчезновением явлений токсемии, количество витально-зернистых эритроцитов понижалось и даже доходило до нормы. При осложнениях же плевритами, в особенности в случаях бурно протекающих, а также при образовании гноя, витально-зернистые эритроциты снова нарастали, следовательно, есть основание полагать, что по их состоянию можно до некоторой степени следить за успехом терапии. Ниже приводится таблица сравнительных данных состояния витально-зернистых эритроцитов, общего количества их, и % содержания гемоглобина у

Таблица № 2.

№ №	Фамилии больных	Диагноз	В. З. Э. на 1000 эр.	Общее количество эритроцитов	Нб в %
1	К—на . . . . .	AI		4100000	87
2	З—ва . . . . .	AI	3	4350000	84
3	М—ов . . . . .	AII	8	4780000	75
4	К—о . . . . .	AII	10	3750000	72
5	Д—в . . . . .	ВП	Един.	4500000	85
6	Ш—на . . . . .	ВП	8	4000000	80
7	И—н . . . . .	ВП	Един.	4375000	68
8	Б—в . . . . .	ВП	16	3300000	65
9	О—в . . . . .	СП	10	3650000	70
10	М—ов . . . . .	СП		3000000	58
11	К—в . . . . .			3325000	72
12	К—ев . . . . .	БП	12	4125000	78
13	" . . . . .	После нал. пневм.	5	4500000	85
14	" . . . . .	При пневмоплев.	10	4000000	82
15	С—ва . . . . .	СП	7	4100000	74
16	" . . . . .	При пневмотор.	2	4400000	75
17	" . . . . .	При пневмотор. плевр.	3	4000000	70

б-ных с разными формами туберкулеза, а также леченных искусственным пневмотораксом с указанием результатов до лечения, в момент затихания процесса под влиянием пневмоторакса и при осложнениях. Взяты наиболее типичные случаи, чтобы не загромождать таблицы. (Таб. № 2)

Хотя наш материал ограничен, все же позволяем себе сделать некоторые выводы:

1) формы компенсированного туберкулеза с небольшим распространением протекают с нормальной витальной зернистостью в эритроцитах, с большим же распространением дают повышение ее;

2) формы субкомпенсированного туберкулеза с небольшим распространением, случаи ранних инфильтратов (каверны), а также с наклоном к кровотечениям дают повышение витально-зернистых эритроцитов, что, может быть, следует отнести отчасти к гиперфункции щитовидной железы, отчасти к непосредственному раздражению костного мозга токсинами;

3) в случаях декомпенсированного туберкулеза с большой протяженностью, деструкцией, длительным течением наблюдается угнетение костного мозга с значительным понижением в крови витально-зернистых форм эритроцитов до полного отсутствия таковых;

4) по состоянию витальной зернистости в эритроцитах можно до некоторой степени судить об успехах терапии.

## Сифилис и рак печени.

Проф. К. В. Пунин. (Смоленск).

Врачу-терапевту постоянно приходится встречаться с двумя заболеваниями, клиническая картина которых чрезвычайно похожа одна на другую, но прогноз которых, в большинстве случаев, резко различен, если во время поставлен диагноз и предпринято соответствующее лечение. Я имею здесь ввиду рак печени и ее третичные люэтические изменения. Дифференциальная диагностика этих двух заболеваний иной раз затруднительна даже хорошо оборудованному клиническому учреждению, представленному достаточно большими терапевтическими силами, тем более оно может оказаться не под силу молодому участковому врачу.

Третичный сифилис печени описывается в трех основных видах: интерстициальный люэтический гепатит, гуммозная печень и рубцовая постгуммозная печень (лобарная печень) (Ewald, Eppinger и Walzel, Epstein, Matthes, Minkowski).

Люэтический hepatitis interst. diffusa сильно напоминает по клинической картине и по своему течению Лаёппесовский атрофический цирроз. Смотря по более или менее сильному сдавлению долек, припуханию и сморщиванию новообразованной соединительной ткани, как и при атрофическом циррозе, последствия проявляются либо в уменьшении, либо чаще, чем и отличается эта форма от Лаёппесовского цирроза, в увеличении органа. Но если при чистых формах атрофического цирроза печень при прощупывании остается гладкой, ибо патолого-анатомически бугристость ее настолько мала, что нашему пальпаторному обследованию не поддается (поверхность мелко бугриста, как терка, отдель-