

## Туберкулез и конституция.

Зав. Диспансером д-ра Я. Портнова.

Статистика большого города показывает почти 100% заражаемости туберкулезом у детей, а умирает их не больше 15%. Повидимому, у этих 15% существует восприимчивость к туберкулезу, у большинства же инфекция остается в латентном состоянии или же излечивается. Очень часто, далее, встречаешь случаи, когда, несмотря на самые благоприятные условия для заражения (совместное пребывание с чахоточным в одном помещении, общий с ними труд и т. д.), люди не заболевают активной формой туберкулеза. Старые авторы уже давно говорили, что, дабы заболеть бугорчаткой, необходима особая предрасположенность. С открытием Koch'a и затем работами Cornet вопрос этот временно залушевался, но вскоре Virchow и многие другие авторы, особенно французские, стали опять указывать на громадную роль индивидуальных свойств организма в заболеваемости туберкулезом. Charrin еще в 1903 году говорил по этому вопросу следующее: „Влияние непосредственное и посредственное тканей и органов на возникновение патологического процесса раз'ясняется все больше, вследствие чего мы возвращаемся к прежнему взгляду на патологию клетки, значительно отличающемуся от клеточной патологии Virchow'a, так как он широко обнимает вопрос. С другой стороны классическая формула, что микроб своими токсинами вызывает патологическое состояние, со дня на день становится понятием слишком узким и недо-статочным“.

В настоящее время роль предрасположения уже завоевала себе прочную позицию. Предрасположение есть совокупность многих факторов и влияний, как приобретенных, так и врожденных, в различной их комбинации. К приобретенным условиям относятся: пауперизм, антигигиенические помещения, тяжелый труд, алкоголизм, половые злоупотребления, венерические заболевания и пр. Среди врожденных факторов на первом плане стоит наследственность. Цифры заболеваемости туберкулезом у наследственного предрасположения у разных авторов различны: у Lewis'a—10%, Lervet'a—17%, Соколовского—23%, и т. д.

Некоторые авторы, напр., Riéfl, настолько увлеклись наследственным фактором, что почти совершенно отрицают значение инфекции. Другие, напротив, отрицают значение наследственного предрасположения, хотя в настоящее время большинством и признается огромное значение этого фактора в заболевании туберкулезом. Правда, непосредственное перенесение бацилл от родителей на плод (по теории Baumgarten'a) через сперму и плаценту, если и бывает, то чрезвычайно редко, разве в единичных случаях. С другой стороны, так как общие выражения о наследственной неустойчивости организма ничего определенного не говорят,

то многие пытались найти у наследственно предрасположенных к тbc индивидуумов какие-нибудь внешние признаки, объясняющие это предрасположение, особенно в форме тех или других анатомических аномалий. Так, Engel еще в 1841 году описал паралитическую грудную клетку. Другие, как Rotschild, констатируют у лиц, предрасположенных к туберкулезу, прирожденные анатомические отклонения от нормы грудной клетки, именно, уменьшение ее передне-заднего размера. Hutchison доказал спирометрией меньшую вместимость легких у таких лиц. Bremer искал причину предрасположения к туберкулезу во врожденной слабости кровеносной системы, плохо питающей легкие. Интересна также теория Ridauyer'a, по мнению которого туберкулезные больные представляют собою дегенератов, причем дегенерация выражается у них в строении грудной клетки, особенностях наружных покровов и внутренних органов.

Резюмируя все сказанное, можно уже a priori заключить, что реакция организма на заражение бугорчаткой зависит от его конституции. Чтобы выяснить, в какой мере это априорное предположение соответствует действительности, мы изучили материал нашего диспансера, обнимающий 82 туберкулезных больных, с точки зрения их конституции. При определении последней мы руководствовались главным образом морфологическим принципом и пользовались индексом Pinier  $A-(B+C)$ , где А есть рост в сантиметрах, В—вес в килограммах и С—окружность груди в сантиметрах, причем лиц с индексом от  $-10$  до  $+10$  мы относили к гиперстеникам, от  $+10$  до  $+30$ —к астеникам и выше  $30$ —к нормостеникам.

Оказалось, что в нашем материале к нормостеникам принадлежало 27 лиц, из которых у 21 был тbc I, у 4—тbc II и у 2—тbc III, к астеникам—45 лиц, в том числе 34 с тbc I, 4—с тbc II и 7—с тbc III, наконец, к гиперстеникам—7, в том числе 5 с тbc I, 1—с тbc II и 1—с тbc III.

Повидимому, таким образом, большинство туберкулезных больных суть астеники. На втором плане по расположению к тbc стоят нормостеники. Что касается гиперстеников, то они все у нас оказались страдавшими перибронхитической формой туберкулеза; лишь в одном случае гиперстении перибронхита у больного оказалось (больной этот имел тbc I А и катарр желудка).

---