

27 февраля 1936 г.

умер великий исследователь и мировой ученый
академик

ИВАН ПЕТРОВИЧ ПАВЛОВ

соредактор Большой Медицинской Энциклопедии

БОЛЬШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Н. А. СЕМАШКО

ТОМ ТРИДЦАТЬ ТРЕТИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ—ФОЛИКУЛЕН



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО БИОЛОГИЧЕСКОЙ И
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА ♦ ОГИЗ РСФСР ♦ 1986

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО БИОЛОГИЧЕСКОЙ И
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ



Том сдан в производство 21/V 1935 г.; подписан к печати 9/II 1936 г.

Набор, верстка, печать текста и брошюровочно-переплетные работы выполнялись в 16-й типографии треста «Полиграфгиза» под общим наблюдением директора 16-й тип. Дьячкова А. Н. и помощников директора Моргунова Н. В. и Зудина В. П. Набор и верстка произведены под руководством Колобашкина И. Г. и Самойлова И. К. Верстали Щепкиа, Кузьмин и др. Печатью руководил Майоров С. Г. Брошюровочно-переплетные работы выполнялись под общим наблюдением Баранова В. В., Овсянникова М. П., Курчева Н. Н., Беляева А. И., Костюшина П. И. и Комарова И. М. Тиснением руководил Александров А. А. Клише для тиснения на переплете гравировано Законовым Г. А. Клише выполнялись 1-й Образцовой типографией ОГИЗ. Бумага бумажной фабрики Вишхимза. Дерматин Кунцевской фабрики им. В. И. Ногина. Картон Миропольской фабрики и Балахинского комбината.

Редакция Большой Медицинской Энциклопедии: Москва, Орликов пер., 3.

РЕДАКЦИЯ БОЛЬШОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭНЦИКЛОПЕДИИ

РЕДАКЦИОННОЕ БЮРО

Главный редактор—**Н. А. Семашко.**

Зам. Гл. редактора—проф. **Л. Я. Брусилковский.** | Член Редакционного бюро—**Г. Н. Каминский.**
Зам. Главного редактора—д-р **А. З. Мазо.** | Член Редакционного бюро—проф. **В. А. Внуков.**
Пом. Главного редактора—проф. **А. Н. Сысйн.** | Член Редакционного бюро—**В. М. Каганов.**
Зав. Биомедгизом—**Д. Л. Вейс.**

Заведующий плановым отделом—**Копторович А. К.,** д-р. Пом. завед. Плановым отделом—**Люцендорф Э. Р.,** д-р.

Старший научный редактор—**Плецер В. Э.,** д-р. Старший научный редактор—**Рохлин А. Я.,** д-р. Научные редакторы: **Брейнин Р. М.,** д-р; **Голубков А. П.,** д-р; **Палеев Л. О.,** д-р. Технические редакторы: **Гроссбаум И. Р.; Сыренина Е. Е.**

РЕДАКЦИОННЫЕ ОТДЕЛЫ

ФИЗИКА, БИОЛ. ФИЗИКА, ФИЗИОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ ТРУДА.

Редактор—**Шатерников М. Н.,** проф.
Зам. редактора—**Коптоянц Х. С.,** проф.
Пом. редактора—**Кекчеев К. Х.,** проф.

ХИМИИ—БИОЛОГИЧ., КОЛЛОИДНАЯ, ОРГАНИЧ., НЕОРГАНИЧ., ФИЗИЧЕСКАЯ, МИНЕРАЛОГИЯ.

Редактор—**Бах А. Н.,** акад.
Пом. редактора—**Броуде Л. М.,** доцент.

БИОЛОГИЯ, ЗООЛОГИЯ, БОТАНИКА, ПРОТИСТОЛОГИЯ, ЭВОЛЮЦИОННЫЕ УЧЕНИЯ, ГЕНЕТИКА, МЕХАНИКА РАЗВИТИЯ.

Редактор—**Кольцов Н. К.,** проф.
Пом. редактора—**Бляхер Л. Я.,** проф.

РЕЦЕПТУРА, СУДЕБНАЯ ХИМИЯ, ТОКСИКОЛОГИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ, ФАРМАКОЛОГИЯ, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ.

Редактор—**Ниволаев В. В.,** проф.
Пом. редактора—**Левинштейн И. И.**

ГИСТОЛОГИЯ, ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА, ЭМБРИОЛОГИЯ, МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА.

Редактор—**Абрикосов А. И.,** проф.
Пом. редактора—**Давыдовский И. В.,** проф.

АНАТОМИЯ, БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА, ОДОНТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ, ОФТАЛЬМОЛОГИЯ, УРОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ.

Редактор—**Левит В. С.,** проф.
Зам. редактора—**Горниевская В. В.,** проф.
Пом. редактора—**Блументаль Н. Л.,** приват-доцент, **Лившиц Н. И.,** д-р.

БАЛЬНЕОЛОГИЯ, ВНУТРЕННИЕ Б-НИ, КУРОРТОЛОГИЯ, РАДИО-РЕНТГЕНОЛОГИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗ, ФИЗИОТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.

Редактор—**Ланг Г. Ф.,** проф.
Пом. редактора—**Вовси М. С.,** приват-доцент.
НЕВРОЛОГИЯ, НЕВРОПАТОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ.

Редактор—**Внуков В. А.,** проф.
Зам. редактора—**Юдин Т. И.,** проф.
Пом. редактора—**Ковалева Е. И.,** проф.

Проверка библиографии производится при участии Гос. научной мед. библиотеки НКЗдрава.
Отв. секретарь Редакции—**Бурмистров С. Е.**

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ СЕКТОР БИОМЕДГИЗА

Руководитель Производственного сектора—**Серебряный С. Л.;** Тех. ред.—**Перевозчикова В. А.;**
Старший корректор—**Антонина Л. В.**

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ.

Пом. редактора—**Грейбо А. Д.,** д-р.

ПЕДИАТРИЯ, ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА.

Редактор—**Лебедева В. П.,** проф.
Зам. редактора—**Сперанский Г. Н.,** проф.
Пом. редактора—**Гофмеклер А. Б.,** д-р.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ И КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ, НЕВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ, СИФИЛИС.

Редактор—**Броннер В. М.,** проф.
Пом. редактора—**Гальперин С. Е.,** прив.-доц.

БАКТЕРИОЛОГИЯ, ГЕЛЬМИНТОЛОГИЯ, ГИГИЕНА, ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, МИКРОБИОЛОГИЯ, ПАРАЗИТОЛОГИЯ, САН. ТЕХНИКА, САНИТАРИЯ, ТРОПИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭПИЗООТОЛОГИЯ.

Редактор—**Сысйн А. Н.,** проф.
Зам. редактора—**Громашевский Л. Б.,** проф.

ВОЕННО-САНИТАРНОЕ ДЕЛО, ГИГИЕНА ВОСПИТАНИЯ, ГИГИЕНА ТРУДА, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПЕДОЛОГИЯ, ПСИХОТЕХНИКА, САНИТАРНАЯ СТАТИСТИКА, САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ, СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА.

Редактор—**Семашко Н. А.,** проф.
Пом. редактора—**Эдельштейн А. О.,** доцент.

ИЛЛЮСТРАЦИОННЫЙ ОТДЕЛ.

Научный редактор—**Бакулев А. Н.,** приват-доцент.

КОНСУЛЬТАНТ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ТРАНСКРИПЦИИ—**Брейтман М. Я.,** проф.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Зав. Библиогр. частью—**Кранцфельд А. М.,** д-р.
Библиограф—**Навлонская Л. О.**

СПИСОК КРУПНЫХ СТАТЕЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В XXXIII ТОМЕ

	Столб.		Столб.
Туберкулез—А. Абрикосов, Н. Азгушевич, Л. Брусиловский, П. Корнев, П. Кувшинников, В. Любарский, С. Незлин, В. Хольцман и И. Цимблер	9	Уход—А. Доброхотова и А. Молчанов	477
Туберкулез легких—А. Абрикосов, П. Медовиков, Ф. Михайлов, Г. Рубинштейн, В. Хольцман и В. Эйнис	110	Фаллопиевы трубы—Н. Горизонтов, М. Малиновский, Н. Минин и М. Побединский	496
Туберкулез у животных—В. Матвеев	222	Фармакология—В. Николаев	527
Туберкулезные заболевания кожи—О. Подвысоцкая	232	Фармацевтическая промышленность—И. Левинштейн	534
Туберкулин—В. Любарский	246	Фармацевтическое образование—И. Левинштейн	543
Туляремия—Л. Халеневер и В. Карташева	252	Фармация—И. Левинштейн	547
Туризм—В. Гориневская	263	Fasciuli—Е. Кононова	553
Турция—В. Броун и А. Рубакин	269	Фасция—Б. Гиндце	585
Узлы первые—Е. Кононова	299	Facialis nervus—М. Нейдинг и Г. Рихтер	590
Укутывание—С. Файнштейн	312	Феера болезнь—В. Молчанов	602
Unguis nervus—С. Блинков	321	Фельдшер—Д. Горфин и Я. Гроссман	607
Ультракороткие волны—С. Бруштейн	325	Femoralis arteria—Г. Рихтер	611
Ультрамикроскопия, ультрамикроскоп—В. Наумов	329	Femoralis nervus—Г. Поляков	615
Ультрафильтрация—Д. Рубинштейн	332	Ферменты—В. Энгельгардт	625
Ультрафиолетовые лучи—Н. Прилежаева и В. Троицкий	336	Физика—П. Лазарев	651
Уремия—М. Вовси	358	Физиологические растворы—С. Аничков и А. Молчанов	657
Уретрит—И. Эпштейн	373	Физиология—Х. Коштоянц и К. Кекчеев	663
Уробилин—М. Карягина	392	Физioterapia—С. Бруштейн	682
Уродства—Я. Рапопорт	399	Физическая культура—В. Гориневский и С. Магитон	686
Урологический инструментарий—И. Эпштейн	407	Физическая химия—И. Каблуков и Д. Рубинштейн	710
Урология—Р. Фронштейн	421	Физическое развитие населения—Л. Сыркин	722
Уротерапия—Е. Кост	426	Фиксация—А. Кестнер	730
Условные рефлексы—И. Павлов	431	Фильтры—З. Байдакова и Н. Игнатов	741
Uterina arteria—Г. Рихтер	446	Филярии, филяридозы—Н. Шихобалова	744
Утомление—Д. Шатенштейн	454	Фимоз—В. Ильинский	749
Ухо—В. Воячек, Я. Темкин и И. Шмальгаузен	465	Финляндия—А. Рубакин	755
		Флегмона—С. Гирголав	766

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В XXXIII ТОМЕ

ОТДЕЛЬНЫЕ ТАБЛИЦЫ

	Столб.		Столб.
Туберкулез (трехцветная автотипия I—II)	19—20	Туберкулезные заболевания кожи (автотипия)	235—236
Туберкулез (автотипия I—II)	35—36	Туляремия (автотипия)	255—256
Туберкулез (автотипия I—II)	91—92	Тромб, Тюрка клетки (трехцветная автотипия)	279—280
Туберкулез (автотипия)	111—112	Fasciculus longitudinalis posterior, Хоррея, Церебро-спинальная жидкость	551—552
Туберкулез (трехцветная автотипия)	119—120	Филатов (автотипия)	735—736
Туберкулез легких (фототипия I—IV)	183—184		

ВСЕГО В ТОМЕ 302 РИСУНКА (ЦВЕТНЫХ 29)

ТУБЕРКУЛЕЗ. С о д е р ж а н и е:

I. Исторический очерк	9
II. Возбудитель туберкулеза	18
III. Патологическая анатомия	34
IV. Статистика	55
V. Социальное значение туберкулеза	63
VI. Организация борьбы с туберкулезом	74
VII. Иммунопрофилактика и иммунотерапия	82
VIII. Индивидуальная профилактика	84
IX. Туберкулез и нервная система	88
X. Костно-суставной туберкулез	89
XI. Туберкулез у детей	96

Туберкулез (от лат. *tuberculum* — бугорок), инфекционное заболевание, вызываемое у человека, животных, птиц особым микроорганизмом, открытым Р. Кохом (см. ниже), распространенное в наст. время повсюду, с многообразным длительным течением, поражающее ряд органов, но чаще всего легкие, кишечник, кости, суставы. На проявление и тяжесть заболевания, помимо особенностей локализации, массивности инфекции, характера биол. реакции организма, решающим образом влияют условия труда и быта, в к-рых находится б-ной. Эта теснейшая связь Т. с соц. условиями дала повод называть Т. социальной б-нью, пролетарской б-нью. К. Маркс в «Капитале» характеризует Т. как непереносимое следствие капиталистической системы хозяйства.

I. Исторический очерк.

Т. известен с древнейших времен, но до 19 в., когда Лаеннеком было предложено это название, он шел под другими наименованиями: *phthisis*, *phthoe*, *consumptio* (сгорание), *tabes*, *Schwindsucht*, *Auszehrung*, чахотка; отдельные его локальные проявления также долгое время шли под различными наименованиями: *scrofula*, *lupus*, *tabes mesaraisa* и пр. Хотя до открытия возбудителя б-ни Т. смешивался с различными заболеваниями, сходными по симптомокомплексу, все же и в древнейших, дошедших до нас мед. работах совершенно отчетливо вырисовываются характерные именно для Т. признаки, и мы имеем возможность составить себе довольно отчетливое представление о взглядах врачей прошлых эпох на Т., его патогенез, клинику и лечение. Самые ранние указания на Т. встречаются в кодексе Хаммураби (2250 л. до современного летоисчисления), где в §§ 148 и 149 дается весьма образное описание легочной формы и регламентируется право на развод с женщиной, заболевшей чахоткой. В книге законов Ману (1400 л. до современного летоисчисления) легочная чахотка

и поражение лимф. желез Т. признаются заболеванием «нечистым, неизлечимым» и, судя по запрещению жениться на женщинах из семей, где встречаются подобные заболевания, наблюдения того времени подметили уже факты передачи заболевания от одного члена семьи другому. Данные египтологии позволяют считать Т. в Египте мало распространенным среди господствующей нации (земле- и рабовладельцы) и более распространенным среди наций угнетенных («семитская болезнь»). Совершенно несомненно, что Т. легких был известен в Китае: трактат о медицине Уанг-Шу-Хо (за 6 веков до нашей эры) дает даже прогностические указания (пульс медленный, мягкий—благоприятный признак, напряженный, учащенный—плохой прогноз). Заслуживает внимания совет лечить золотуху и Т. лимф. желез щелочными водами и морскими водорослями (иод).

Древнегреческая медицина, находившаяся в начале своего развития, под влиянием египетской, дает нам много ценных указаний, позволяющих утверждать, что уже в то время врачами были подмечены связь Т. с конституцией, влияние семейного отягощения и даже его контагиозность. Фрагменты трактата Книдской школы позволяют установить, что греческие врачи той эпохи умели распознавать вспышки процесса, сопровождающие размягчение очагов, цирротический характер процесса, скоротечные сливные и миллиарные формы и ряд сопутствующих легочному Т. осложнений (спонтанный пневмоторакс, гидронефрит, Гиппократовский плекс, эмпиема, амилоид и пр.). Семiotика этих осложнений изложена очень ярко и точно. Терап. меры (удаление гноя вскрытием грудной клетки с последующим дренажем и заливкой спирто-масляной эмульсии), а также прогностическая оценка холодного—туберкулезного—и горячего—септического—гноя не оставляют сомнения в том, что врачи той эпохи довольно ясно разбирались в клин. картине. Ряд указаний на симптомы, характерные для туб. б-ных,—поты, постоянно холодные ноги и руки, поносы, отсутствие аппетита, поражение гортани, плевры, монетобразная мокрота,—очень ярко иллюстрирует большой опыт греческих врачей в распознавании проявлений Т. При пессимистическом взгляде на излечимость Т. в виду того, что по состоянию диагностики врачам были известны лишь тяжелые формы Т., лечебные меры сводятся к гигиеническому режиму (покой, теплые ванны, гигиена кишечника, отхаркивающие; при улуч-

пении или переходе в хрон. течение—умеренные физ. упражнения, обильная, но не раздражающая пища, молоко (предпочтительно женское, ослиное и козье)].

У римлян, пользовавшихся гл. обр. греческими врачами или обученными в греческих школах рабами, мы не находим ничего существенно нового. Наиболее оригинальные работы Авла Корнелия Цельза, который подчеркивает связь Т. и метеорологических условий, значение возраста (чахотка переходного периода) и в арсенал лечебных мер включает длительные морские путешествия. В работах Галена установившие греческой школы находят блестящую интерпретацию. В следующие эпохи до конца 16 в. мы отмечаем передачу изложенных установок греческих школ и в арабской медицине (Равез — 10 в., Маймонид — 12 в.) и в средневековых христианских мед. школах.

Пат.-анат. изучение Т. ведет свое начало лишь с середины 17 в., именно с того времени, когда ученые начали б. или м. систематично производить вскрытия трупов умерших б-ных. Исследователи того времени описывают встречающиеся иногда в легких трупов узелки, к-рые они обозначают как tubercula или же как skirrhos. Однако связь этих узелков с клин. картиной «легочной чахотки» впервые была установлена Сильвиусом де ле Бое (Sylvius de le Boë, 1614—72), к-рый утверждал, что чахотка начинается с появления этих узелков, в дальнейшем увеличивающихся, распадающихся и изъязвляющихся. Сильвиус де ле Бое, так же как и ряд последующих ученых (Morton, Cullen, Portal, Kortum, Hufeland), считал, что туберкулы представляют собой увеличивающиеся лимф. узелки легочной ткани, невидимые в норме. Увеличение их наступает вследствие застоя лимфы или, по Порталу, вследствие отложения в них особого продукта в виде туб. или скрофулезной материи (обструкционная теория происхождения чахотки). Между прочим авторы того времени находили много общего между узелками, имевшими место в легких при чахотке, и изменением лимф. желез, относящимся к т. н. скрофулезу, почему обозначение туберкулов, как скрофулы (нем. Skropheln), и отнесение изменений легких при чахотке к скрофулезу встречается в сочинениях ученых 17 и 18 вв. очень часто. Взгляд на туберкулы как на увеличенные лимф. узелки продержался довольно долго несмотря на сомнения в этом, высказанные в 1766 г. Морганьи и в 1785 г. Ридом (Reid); последний автор утверждал, что туберкулы, или «грануляции» представляют собой не лимф. железки, а продукт эксудации. Рид кроме того возражал против объединения туберкулов с понятием скрофулеза; по его мнению туберкулы и проявления скрофулеза—совершенно разные заболевания. В этом отношении Рида можно считать основоположником т. н. дуализма в оценке туб. изменений (см. ниже). Фтизиология Моргана (конец 17 в.) является первой монографической работой, подведшей итоги опыта и знаний о Т., накопленных предыдущими веками. Мортон пытается установить этиологию Т. и довольно верно подмечает провоцирующее влияние ряда б-ней (тифы, цынга, скарлатина, корь, оспа и др.), депрессивных психических состояний, переутомления, сырого туманного климата. В развитии процесса он отмечает на основании вскрытий фазы: серозного инфильтрата, реакции лимф. узлов, пневмонии и кавер-

низации. Описание симптомов, в особенности характеристика неустойчивости псих. реакций туб. б-ных, очень яркое и точное. Лечебно-профилактические мероприятия, рекомендуемые Мортонем, вполне совпадают с указаниями греческих школ. Представление об инфекционности Т. в 18 веке документируется законом 1751 г., изданным в Испании, и более поздними аналогичными постановлениями в Неаполе (1782) и др. итальянских государствах. Этими законами предписывался ряд мер по дезинфекции жилищ и предметов обихода чахоточных. Опубликованный в 1761 г. трактат Ауенбругера о *перкуссии* (см.) дал большой толчок развитию точной диагностики легочных заболеваний и в частности чахотки.

Большой шаг вперед в разработке пат. анатомии Т. сделан англичанином Бейли (Baillie; 1793); он дал хорошее описание туберкула и других изменений при легочной чахотке и установил, что «туберкулы», «скрофулы», узелковые изменения и диффузная казеозная инфильтрация представляют собой разные морфол. выражения одного и того же болезненного процесса. Важной заслугой Бейли является то, что он и в других органах, кроме легких, обнаружил образование туберкулов, могущих сливаться в крупные казеозные узлы. Кроме того он категорически отверг толкование туберкулов как увеличенных лимф. узелков. Признание со стороны Бейли патогенетического единства туберкулов и казеозной, «скрофулезной» инфильтрации заставляет признать его одним из основоположников унитаризма в оценке туб. изменений.

Вышедшая в 1797 г. и выдержавшая ряд изданий и переводов на французский и английский языки диссертация Гуффеланда дала блестящий разбор семиотики и клиники туберкулеза лимфатич. желез и хрон. туб. интоксикации (scrofulöse Diathese) и связи этих фаз туб. процесса с костным Т., Т. брыжеечных желез и пр. Попытку внести дальнейшую ясность в сущность изменений при Т. представляют собой исследования франц. ученого Бейля (Baile; 1774—1816). Им был впервые (1810) введен термин «миллиарный серый бугорок», или «миллиарные грануляции»; Бейль проследил эволюцию миллиарных бугорков от начальных плотных образований до их казеоза и размягчения и высказался за то, что они являются основой всех туб. изменений. Т., по Бейлю, не есть б-нь только легких, это есть общее заболевание, в основе к-рого лежит особый диатез; бугорки появляются то в том то в другом органе как проявления этого диатеза. Бейль дал сохранившую значение и до наст. времени дифференциально-диагностическую характеристику нетуб. поражения легких и легочного Т. Однако понятие «чахотки» Бейль весьма усложнил признанием шести форм ее: 1) phtisie tuberculeuse; 2) phtisie granuleuse; 3) phtisie avec melanose; 4) phtisie ulcereuse; 5) phtisie calculeuse; 6) phtisie cancreuse.

Все эти неясности были устранены капитальными работами по пат. анатомии Т. одного из крупнейших французских ученых Лаеннека (1781—1826). Он объединил в понятие «туберкулез» разнообразие изменений, исключившиеся нек-рыми из категорий туб. изменений, в частности разъяснил сущность скрофулеза как Т. лимф. желез. С другой стороны, он очистил понятия «туберкулез» и «чахотка» от излишних усложняющих их форм. Классифика-

пию Бейля Лаеннек считал неправильной, в частности по его мнению нелогично разделение чахотки на туберкулезную, гранулезную, меланотическую и калькулезную формы; исключению подлежат язвенная форма, как относящаяся к гангрене легкого, и канкروزная форма, как относящаяся к другой б-ни,—к раку. Являясь т. о. представителем унитаризма по отношению к туб. изменениям, Лаеннек признавал лишь два типа начальных туб. изменений: 1) изолированные «желтые» туберкулы и 2) туб. инфильтрацию; эти образования имеют сначала желтый, полупрозрачный вид, затем делаются сухими непрозрачными; далее идет размягчение их, нагноение и в случае отторжения гнойных масс—образование язв и полостей. Т. о. впервые была точно намечена динамика туб. изменений. Что касается сущности туб. изменений, то Лаеннек, так же как и Бейль, высказывался против воспалительного происхождения их и предполагал их близость с процессом образования опухолей. Исследования Лаеннека имели в первой половине 19 века громадное влияние на представления о пат. анат. изменениях при туберкулезе. Лаеннек проверил и критически оценил все применявшиеся до него методы физикальной диагностики и введением аускультации с помощью стетоскопа дал этим методам необходимое завершение. Изучая на вскрытиях б-ных, к-рых он наблюдал в клинике, Лаеннек имел возможность сопоставить данные клиники с изменениями, выявленными при вскрытии, и это обеспечило его описаниям исключительную точность и жизненность, сохранившую до наст. времени значение его исследований. Как и Бейль, Лаеннек имел дело гл. обр. с тяжелым госпитальным материалом и этим объясняется их выраженный терап. пессимизм и отсутствие каких-либо существенных новых лечебных указаний.

В последующие годы, вплоть до начавшейся разработки гистологии туб. изменений, почти никаких дополнений к учению Лаеннека не было сделано. Можно лишь указать на дискуссию о сущности туб. изменений: тогда как Луи защищал точку зрения Лаеннека об опухолевом происхождении бугорка, Андриал высказывался за то, что туберкул есть продукт своеобразной секреции ткани, Бруссе, Рокитанский и др. настаивали на воспалительной натуре бугорков и туберкулезной инфильтрации, на том, что они представляют собой продукт воспалительной эксудации. К тому же времени относится открытие в легких у коров изменений, аналогичных с теми, которые встречаются при чахотке человека. Развитие физикальной диагностики после мощного толчка, данного Лаеннеком, продолжалось. Пьорри ввел в употребление плессиметр, Вингерлих—молоточек для перкуссии. Был предложен стетоскоп для одновременного выслушивания обоими ушами, наконец в 1839 Шкода (Вена) дал впервые точный акустический анализ данных перкуссии и аускультации, сохранивший почти в полной мере свое значение до настоящего времени. С развитием биохимии стали появляться и попытки химическим путем изучить строение туб. очагов. Первые подробные гист. исследования туберкулов принадлежат Леберту (Lebert, 1849), который установил, что бугорки состоят из особых кругловатых телец (*corpuscule, globule tuberculeux*), выделяющихся из бластемы; однако одновременные

исследования Генле и Рейнгардта, обнаруживших эти же тельца в гною, не подтвердили выдвинутой Лебертом специфичности их для Т. Между прочим Рейнгардт на основании своих микроскоп. изысканий подверг обсуждению интересовавший исследователей того времени вопрос о различии серых и желтых бугорков. В противоположность Лаеннеку, проводившему мысль о том, что серый и желтый бугорки относятся к разным стадиям одного и того же процесса, Рейнгардт стал утверждать, что это два совершенно различных образования: серый бугорок представляет собой очаг эксудации с организацией эксудата, тогда как желтый бугорок есть просто сгущенный гной. Этим Рейнгардт снова воскресил дуалистическую точку зрения на сущность туб. изменений. Относящиеся к этому же времени исследования Рокитанского (1855) о гистологии туберкула интересны тем, что он первый увидал, что в бугорке среди одноядерных клеток часто встречаются крупные многоядерные элементы.

Наиболее крупное значение в середине 19 в. имели исследования по туберкулезу Вирхова. Сначала (1847) Вирхов пошел по пути, намеченному Лаеннеком, однако в дальнейшем (1856) он стал категорически на дуалистическую точку зрения. Он выделил туберкул как новообразование, исходящее от соединительной ткани, по природе близкое к лимфосаркоме, он хорошо описал его клеточное строение, отсутствие в нем сосудов, исход в рубцевание или в казеоз, размягчение, изъязвление. В противоположность бугорку скрофулез и диффузные казеозные инфильтраты, по Вирхову, имеют эксудативное происхождение, относятся к исходам неспецифического воспаления и представляют собой проявление особой пат. конституции, особой ранимости тканей. Авторитет Вирхова был основой того, что его дуалистический взгляд на изменения, обнаруживаемые у чахоточных, получил широкое распространение как среди патологов, так и клиницистов (Niemeyer и др.). Стало ходячим выражение: «Самая большая опасность для чахоточного—это заболеть Т.». Утверждению дуализма в учении о Т. способствовали гист. исследования ряда французских исследователей; так, Жакку (Jaccoud) пришел к необходимости различать туберкулезную и казеозную (пневмоническую) чахотку, Робен (Robin) стал проводить резкую грань между серыми грануляциями, никогда не подвергающимися казеозу, т. е. «туберкулизациям», и желтыми туберкулами с их исходом в размягчение, а Ампи (Empis) подчеркнул это еще более резко, отделив мелкие серые бугорки специальным названием «*granulie*» и называя заболевание с высыпью массы серых узелков как «*maladie granuleuse*». Указывалось, что Бейль и Лаеннек, не располагавшие методом микроскоп. исследования, по видимому мало знали настоящие миллиарные бугорки, т. е. *granulie Emprie*, и описывали гл. обр. крупные (в легких—пневмонические) узелки и поэтому склонились к унитаризму.

Дальнейшая разработка пат. анатомии Т. шла по двум путям. С одной стороны, шла дальнейшее углубление анат. и особенно гист. сведений о туб. изменениях, а с другой—выяснение характера изменений при эксперимент. Т. Из пат.-анат. изысканий заслуживают упоминания исследования Буля (Buhl, 1857 и 1873 гг.), к-рый в первой работе установил, что высыпь миллиарных бугорков наблюдается только при

наличии казеозного очага, из которого по крови происходит распространение появляющегося в таком неспецифическом очаге особого продукта распада; во второй работе Буль подробно разработал гистологию казеозной пневмонии, отметив видное участие в эксудате альвеолярного эпителия, что отличает эту пневмонию от банальных воспалений.—Чрезвычайно крупное значение имели исследования о гистологии туберкулеза Ланганса (1868), к-рый первый подробно описал гигантские клетки в туберкулах и описал их как нечто весьма характерное для Т. (отсюда название этих клеток «Лангансовы гигантские клетки»). Им же были намечены две возможности образования этих клеток (рост одной клетки при делении ее ядер и слияние нескольких клеток). Исследованиями Кестера, Базена, Клебса, Вагнера, Шюппеля (Köster, Bazin, Klebs, Wagner, Schüppel) гистология бугорков была в значительной степени разработана; в частности Шюппель (1871) очень точно описывает три рода клеток, входящих в состав бугорка—1) гигантские клетки с многочисленными ядрами, 2) крупные пластинчатые клетки, напоминающие эпителий и могущие быть названными «эпителиоидными» клетками, 3) мелкие клетки лимф. типа,—а также вполне правильно указывает топографическое соотношение этих клеток в бугорке. Шюппель кроме того убедился в том, что из туберкулов в лимф. железах может в дальнейшем образоваться сплошная казеозная (скрофулезная) масса. Однако при точности сведений о строении бугорка вопрос о происхождении входящих в его состав клеток и вопрос о сущности бугорка решался разноречиво. Вагнер относил бугорок к лимфоидным новообразованиям (Lymphadenome tuberculeux); Клебс производил клетки бугорка из эндотелия лимф. сосудов; Шюппель сначала думал о происхождении элементов бугорка из лейкоцитов крови, а потом склонился к эндотелию и даже высказал предположение о начале развития бугорка внутри кровеносного сосуда, и т. д. Можно также отметить, что рядом исследователей весьма основательно была разработана пат. анатомия легочного Т.

Экспериментальная работа о Т. ведет свое начало с известных исследований Виллемена (Villemain) «Бугорок с точки зрения его локализации, развития и природы» (1862), доклад в Медицинской академии (5/XII 1865) и монография «Этюды о туберкулезе». На формирование взглядов Виллемена оказали решающее влияние работы Вирхова о клетке как морфологическом выражении жизни и работы Пастера, развенчавшие идею о самопроизвольном зарождении микробов и создавшие фундамент для изучения этиологии инфекционных заболеваний. Виллемен, будучи талантливым и гнилым исследователем, сумел дать блестящую аргументацию в пользу инфекционного происхождения Т. и подтвердить свои соображения убедительными опытами. Отвергая влияние диатеза, конституции, наследственности (напр. массовые заболевания Т. во французской армии солдат, отобранных из наиболее физически полноценных и здоровых людей), Виллемен указывает на ряд обстоятельств, к-рые заставляют принять для Т. инфекционную этиологию: а) Т. наблюдается во всех климат. условиях; б) Т. мало распространен там, где плотность населения мала (горцы, кочевники), и, наоборот, наблюдается чаще там,

где люди живут особенно тесно (большие города, казармы, тюрьмы и пр.); в) Т. редок среди скота, живущего на пастбищах, и наблюдается при стойловом содержании его, он неизвештен среди диких животных и поражает прирученных, живущих среди людей, в зоосадах. Все эти моменты заставляют Виллемена проводить полную аналогию между Т. и сапом или тифом, инфекционная природа к-рых была уже очевидна. С целью подтвердить эти соображения Виллемен проделал 17 серий опытов прививки туб. ткани, крови и мокроты человека и животных животным. Так, он сделал прививки человеческого туб. материала кроликам, морским свинкам, собакам, кошкам, овцам, птицам. Кроликам же он прививал туб. материал, взятый от коровы, от кролика; помимо выраженной туб. ткани он делал прививки материала из «скрофулезных» очагов. Успеху его опытов содействовал оригинальный путь введения испытываемого материала в трахею. Благодаря этому все его опыты дали положительный результат. На основании своих опытов Виллемен приходит к неизбежному выводу о паразитарной этиологии Т. Работы Виллемена вызвали ряд возражений его современников. Его упрекали в том, что он брал под опыты животных, способных якобы «спонтанно» заболеть Т., успех его опытов сопоставляли с безрезультатностью ряда предшествовавших работ Виллемена опытов (Коргум, Lepelletier и др.) и с опытами Крювейе, получившего при инъекции ртуть изменения в органах, схожие с туб. бугорками; эти сопоставления приводили как возражения против доводов Виллемена. Даже соображения Вирхова о возможности изменений, аналогичных туб. очагам, при негуб. этиологии были использованы против Виллемена.

Открытие Кохом возбудителя Т.—туб. палочки—завершило вопрос об единой этиологии проявлений Т.—Казалось бы, что вышеприведенные эксперименты должны были совершенно упразднить дуалистическую точку зрения в смысле признания этиологического различия бугорков и диффузных казеозных инфильтратов и вернуть исследователей к унитаризму Лаеннека. Однако на самом деле авторитет Вирхова и примыкавших к его взглядам крупнейших патологов и клиницистов (Aufrecht, Wildenburg и др.) сделал то, что их дуализм в Германии держался еще очень долго, несмотря на весьма веские возражения таких крупных патологов, как Баумгартен и Конгейм, придерживавшихся унитарной точки зрения. Во Франции дуалистическая точка зрения перестала существовать гораздо скорее благодаря признанию унитаризма в Т. такими крупными учеными, как Гранше, Лепин, Шарко и другие, хотя некогдашний намек на дуализм у французов проявляется и в наст. время в склонности отделять друг от друга желтый бугорок Лаеннека и серый бугорок Бейля. В Англии унитарная точка зрения распространилась благодаря работам Уилсона и Фокса, в Италии—Сангалли. После открытия Коха этиологический дуализм Вирхова—Буля окончательно рухнул. Блестящими работами Коха, Баумгартена и Конгейма, представлявшими собой синтез бактериол. и пат.-анат. изысканий, было установлено этиологически одинаковое происхождение как туберкулов, так и всяких диффузных творожистых инфильтратов. Несмотря на то, что этиологический дуализм пе-

рестал существовать, все же нек-рые исследователи стали проповедывать дуализм в несколько ином виде, именно в смысле двух вариантов морфол. выражения туб. процесса. Основателем этого нового дуализма надо считать Орта. Последний настаивал на том, что при туберкулезе имеют место изменения двух типов: 1) продуктивный процесс в виде образования бугорков и 2) эксудативный процесс в виде выделения эксудата. Основное различие этих двух процессов заключается в том, что в туберкулезе нет ясных проявлений эксудации, тогда как при эксудативных изменениях, при эксудате, всегда богатом фибрином, нет явлений пролиферации. Против этой точки зрения возражали Баумгартен, Френкель и др., указывавшие, что при туберкулезе продуктивные и эксудативные изменения всегда сочетаются друг с другом, в частности в туберкулезе можно между клетками открыть фибрин, а в эксудативных процессах всегда имеется пролиферация, напр. в легких в виде размножения альвеолярного эпителия. В 1901—02 г. между Ортом и Баумгартемом, частью в заседании Германского пат. об-ва, частью в печати, прошла оживленная дискуссия на вышеуказанную тему. В последующем Кауфман, Тенделоо, Маршан и др. выдвинули положение, что Т. во всех своих выражениях есть воспалительная реакция и как таковая всегда представляет собой сочетание альтеративных, эксудативных и продуктивных изменений. Поэтому при Т. не может быть чистых эксудативных и чистых продуктивных изменений. Несмотря на это взгляды Орта о коренном различии эксудативных и продуктивных форм Т. получили значительное распространение, в частности в учении Ашофа и в классификациях Бейцке (Beitzke), Николая и др.

Открытие возбудителя и дальнейшие работы Коха по бактериологии и эпидемиологии Т., развитие учения об иммунитете, успехи пат. гистологии, патофизиологии и биохимии, а в последние десятилетия — рентгенологии и легочной хирургии (искусственный пневмоторакс и др. оперативные вмешательства), наряду с возникновением целой системы профилактических и лечебных туб. учреждений, резко ускорили и углубили развитие теоретических и практических знаний о Т. Литература о Т. выросла до громадных размеров и число научных исследований продолжает расти. Из наиболее крупных этапов развития знаний о Т. за последние 50 лет необходимо отметить работы Беринга (1903—04) и Рёмера по вопросам иммунизации животных и человека против Т., легшие в основу всех последующих попыток, приведших к широкому применению вакцины Кальмета-Герена (см. ниже — возбудитель Т.); работы Пирке (1902, 1907) об аллергии и значении аллергических реакций в клинике Т., послужившие отправным пунктом для многочисленных и поныне продолжающихся исследований; исследования путей внедрения туб. бацил в организм (учение о пылевой и каплевой инфекции, разработанное Flügge, Hüppe, Lange). Работы Корнета (1888) и Гона (1912) о закономерностях, наблюдающихся при первичной локализации туб. вируса в организме (первичный аффект, реакция регионарных желез), повлекшие за собой ряд исследований, завершились талантливыми исследованиями и обобщениями К. Э. Ранке (1916—22), наметившего связь первичной фазы развития туб. процесса (первичный комплекс) с последую-

щими фазами генерализации и органичных поражений (isolirte Phthise) и наметившего закономерные взаимоотношения морфол. изменений и аллергических реакций организма. Современные работы Асмана, Редекера и мн. др. о проявлениях туб. процесса, непосредственно переходящих в легочную чахотку (учение об инфильтрате; см. ниже — клиника), и работы Грау (Grau; 1916—19) о хрон. гематогенных формах Т., наряду с многочисленными пат. anat. и рентгенологическими исследованиями различных форм Т., служили мощным толчком для пересмотра клин. методов распознавания Т. легких в том периоде, когда своевременно принятые методы лечения могут дать быстрый и стойкий эффект. Наконец предложенный в 1882 Мёрфи и Форланини метод лечения легочной чахотки искусственным пневмотораксом и введенные в дальнейшем в клин. практику методы хир. лечения Т. (торакопластика и др.), физ. методы лечения других проявлений Т., современная разработка которых в санаторно-климатических условиях ведет свое начало от работ Бремера и его ближайших учеников и сотрудников, резко повысили эффективность наших лечебных мероприятий при туберкулезе.

А. Абрикосов, В. Хольцман.

II. Возбудитель туберкулеза.

Туб. палочка (ВК), открытая Р. Кохом в 1882 г., принадлежит к группе кислотоупорных (resp. кислотоустойчивых) микробов [см. отд. табл. (ст. 19—20), рис. 1 и 2], в которую кроме ВК входит лепрозная палочка, а также целый ряд кислотоупорных сапрофитов, широко распространенных в природе. Кислотоупорность складается из двух свойств: трудной окрашиваемости и необесцвечиваемости при действии к-т, щелочей и спирта. ВК, как и другие кислотоупорные микробы, окрашиваются лишь при длительном действии краски на холоду, или при окраске при нагревании, или наконец при усилении красящего эффекта прибавлением к краске протравы (карболовой к-ты и др.). Однако, окрасившись, кислотоупорные микробы не обесцвечиваются (или с трудом обесцвечиваются) при обработке разведенными к-тами, щелочами или спиртом. В группе кислотоупорных микробов кислотоупорностью в наибольшей степени обладают ВК; типичные ВК не обесцвечиваются, как бы долго ни действовали на них к-ты или щелочи. — Вопрос о причине кислотоупорности не может считаться решенным; мнению, что такой причиной является присутствие в бациле тех или иных веществ (жировых или восковидных по Much'y, Goris'y и др., хитиноподобного по Ruppel'ю), противостоит точка зрения исследователей, видящих причину кислотоупорности в физ.-хим. факторах (Auclair, Paris). ВК, как и другие кислотоупорные микробы, не обесцвечиваются при окраске по Граму; это свойство (иофильность) выражено очень резко, и даже длительное пребывание в смеси ацетона со спиртом не обесцвечивает окрашенных по Граму ВК. Туб. бациллы неподвижны; в соответствии с этим они лишены жгутиков.

Морфологически ВК представляют палочки длиной в 1,5—3,5 μ ; встречаются также более длинные бациллы в 5—8 μ , а также (редко) нитевидные формы. Палочки — сплошные или зернистые; в последнем случае в палочку вкраплены по ее длине одно, два или более кокковидных образований (зерна) или же палочка