

132, 234^a

176.

КАЧЕСТВЕННЫЯ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЯ
ИЗМѢНЕНІЯ КРОВИ
у
ПРОКАЖЕННЫХЪ.

Изъ Патолого-анатомическаго института Императорскаго Юрьевскаго
Университета.

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины

Н. М. Курсова.

Цензорами диссертации, по порученію Факультета, были профессора:
В. А. Афанасьевъ, К. К. Деріо и Н. К. Чермакъ.

ОРЕЛЬ.
Типографія С. А. Зайцевой.
1898.



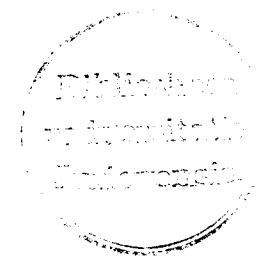
КАЧЕСТВЕННЫЯ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЯ
ИЗМѢНЕНІЯ КРОВИ
У
ПРОКАЖЕННЫХЪ.

Изъ Патолого-анатомическаго института Императорскаго Юрьевскаго
Университета.

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины

Н. М. Лурова.

Цензорами диссертации, по порученію Факультета, были профессоры:
В. А. Афанасьевъ, К. К. Дегіо и Н. К. Чермакъ.



ОРЕЛЬ.
Типографія С. А. Зайцевой.
1898.

В в е д е н і е.

Изученіе проказы въ послѣднее столѣтіе накопило такую массу матеріаловъ, что стройное зданіе ученія объ этой ужасной болѣзни начинаетъ воздвигаться.

Литература о проказѣ настолько обширна, что для ознакомленія съ ней требуетъ продолжительнаго и упорнаго труда.

Нѣтъ вопроса, который хоть сколько-нибудь имѣлъ бы отношеніе къ болѣзни и не былъ-бы затронутъ. Географическія карты распространенія болѣзни въ прошедшемъ и настоящемъ, этиологія ея, патологія и клиника изучались и единичными лицами и государственными комиссіями.

Анатомо-патологическая и клиническая картины болѣзни изучены по столько, по сколько велики современные запросы патологіи и совершенны современные методы изслѣдованія.

Вопросы лѣченія, особенно профилактическія мѣры въ связи съ соціальнымъ значеніемъ болѣзни были предметами многочисленныхъ работъ, но и въ настоящее время не утратили интереса и живаго вниманія изслѣдователей, охотно собирающихся на спеціальные для изученія проказы съѣзды.

Клиническія наблюденія коснулись также и вопроса о состояніи крови при проказѣ. Было обращено вниманіе на морфологическія измѣненія крови (Винярскій) и особенно много изслѣдователей интересовалось присутствіемъ бацилл Hansen'a въ крови проказенныхъ.

Работа Винярскаго, обнимавшая всего 17 изслѣдованій, касалась, главнымъ образомъ, количественнаго содержанія клѣточныхъ элементовъ и гемоглобина.

Между тѣмъ, новѣйшія воззрѣнія на роль лейкоцитовъ въ борьбѣ съ заразными болѣзнями, постоянно наблюдаемое

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Императорскаго Юрьевскаго Унверситета. Юрьевъ, 24 марта 1898 года.

Декань А. Игнатовскій.

0144840

взаимодѣйствіе этихъ элементовъ и заразныхъ началъ дѣлаютъ особенно интереснымъ вопросъ о количественномъ и качественномъ содержаніи лейкоцитовъ въ крови прокаженныхъ.

Поэтому я съ большою готовностью и благодарностью отнесся къ предложенію многоуважаемаго проф. В. А. Афанасьева заняться изученіемъ вопроса въ этомъ направленіи.

Интересно было также провѣрить выводы д-ра Винярскаго на большемъ количествѣ наблюденій, а также, по возможности, охватить предметъ со всѣхъ сторонъ. Поэтому мною обращено было также вниманіе и на вопросъ о содержаніи бактерий въ крови, на содержаніе кровяныхъ пластинокъ, какъ элементовъ, имѣющихъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, отношеніе къ регенерации крови, а также на измѣненія удѣльнаго вѣса и щелочности крови.

Что касается до вопроса о количественномъ содержаніи клѣточныхъ элементовъ и гемоглобина, то большимъ количествомъ наблюденій желательно было воспользоваться, какъ статистическимъ матеріаломъ.

Таковы были намѣченныя задачи. Для рѣшенія ихъ потребовалось много кропотливаго, большею частью чисто механическаго труда, при крайней щепетильности въ соблюденіи правилъ, требуемыхъ техникою изслѣдованія.

Работа моя, само собою не открывая никакихъ новыхъ горизонтовъ, должна была по возможности заполнить пробѣлы патологіи прокажы.

Приближеніе къ этой цѣли вполне вознаградило-бы меня за долгій, кропотливый трудъ.

Техника методовъ изслѣдованія изучена была мною въ Юрьевскомъ Патолого-анатомическомъ Институтѣ.

Работу свою я произвелъ въ Рижскомъ и Венденскомъ лепрозеріяхъ. Изъ ста изслѣдованныхъ мною больныхъ 54 помѣщались въ Рижскомъ (случаи № № 1—40 и 87—100) и 46—въ Венденскомъ лепрозеріяхъ (№ № 41—87).

Измѣненія красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Для счета красныхъ кровяныхъ шариковъ я пользовался аппаратомъ Thoma-Zeiss'a. Къ работѣ своей я приступилъ, только достигнувъ такого навыка, когда рядъ послѣдовательныхъ подсчетовъ разныхъ препаратовъ одной и той же крови не давалъ колебаній большихъ 50000—100000 (на 1 куб. мм.).

Я сосчитывалъ всегда 10 большихъ квадратовъ; лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ шарики располагались въ препаратѣ настолько равномерно, что разница въ числахъ большихъ квадратовъ не превышала 5, я довольствовался 9 и 8 большими квадратами.

За рѣдкими исключеніями я пользовался разведеніемъ 1:200. Какъ жидкость для разведенія я употреблялъ сначала предложенную Thoma (3⁰/₀ растворъ поваренной соли); затѣмъ мною былъ испытанъ растворъ Hauser'a (5,0 Natri sulfurici, 1,0 Natri chlorati, 0,5 Hydrarg bichlor, 200,0 Aq. destill). Намѣревался обратить вниманіе, хотя-бы не во всѣхъ случаяхъ, на содержаніе въ крови прокаженныхъ кровяныхъ пластинокъ, ввиду имѣющихся въ литературѣ данныхъ о значеніи пластинокъ для регенерации крови, я испробовалъ также предложенную профес. М. Афанасьевымъ жидкость. Жидкость эта готовится слѣдующимъ образомъ: въ 0,6⁰/₀ растворѣ поваренной соли, тщательно профильтровавшемъ, растворяется пентонъ въ пропорціи 6:1000, при легкомъ и постепенномъ подогреваніи; затѣмъ растворъ доводится до кипѣнія; къ нему прибавляется метилъ віолетъ въ пропорціи 1:10000 и горячую еще окрашенную жидкость фильтруютъ; получается фіолетовая, слегка опалесцирующая жидкость; для консервированія ея къ ней прибавляютъ сулемы, также въ пропорціи 1:10000.

Употребляя эту жидкость для разведенія, я убѣдился, что она представляетъ неоспоримыя преимущества и для счета красныхъ, а также и бѣлыхъ шариковъ; преимущества эти слѣдующія: 1) самое главное, что красные кровяные шарики замѣчательно равномерно раздѣляются и рѣдко слипаются другъ съ другомъ; 2) контуры ихъ дѣлаются рѣзкими; 3) бѣлые шарики окрашиваются, а потому при скоромъ подсчетѣ мелкіе изъ нихъ не могутъ быть приняты за красные; 4) на одномъ и томъ же препаратѣ можно считать и красные шарики и кровяныя пластинки.

Вообще я могу только горячо рекомендовать эту жидкость, какъ разводящую при счетѣ кровяныхъ элементовъ. Подсчетъ производился мною при помощи микроскопа Zeiss'a съ объективомъ Д и окуляромъ 4.

Для подсчета, возможно быстро послѣ укола, бралась 2-ая капля крови (1-ая стиралась), такъ какъ при замедленіи этой процедуры кровяныя пластинки, по Афанасьеву¹⁾, могутъ исчезать.

Счетъ красныхъ шариковъ крови прокаженныхъ до меня производился только Винярскимъ²⁾. Этотъ авторъ изслѣдовалъ 17 случаевъ разныхъ формъ проказы и пришелъ къ убѣжденію въ отсутствіи зависимости состава крови отъ клинической формы.

Въ свѣжихъ случаяхъ онъ находилъ нормальное и даже повышенное содержаніе эритроцитовъ и гемоглобина. Въ тѣхъ его случаяхъ, гдѣ питаніе и самочувствіе больныхъ оставались хорошими, тамъ не измѣнялся и составъ крови. Въ тѣхъ же случаяхъ, которые длились около 2 лѣтъ и болѣзнь протекала легко (III, IV, V, XI и XII), тамъ число эритроцитовъ держалось приблизительно около нормы, содержаніе же гемоглобина оставалось нормальнымъ или понижалось слегка. Къ 3-ей группѣ Винярскій относитъ тяжелые случаи съ продолжительнымъ уже существованіемъ

болѣзненного процесса, съ ослабленнымъ питаніемъ и замѣтною блѣдностью кожи (VI, VII, VIII, XIII, XIV и XV).

Здѣсь Винярскій находилъ пониженіе количества красныхъ тѣлецъ въ среднемъ у мужчинъ на 17,9%, а у женщинъ на 12,3%; объѣднѣніе же гемоглобиномъ здѣсь было въ среднемъ на 6,3% у мужчинъ и на 2,4% у женщинъ; такъ что объѣднѣніе гемоглобиномъ не шло параллельно уменьшенію числа эритроцитовъ и можно было принять, что каждый шарикъ дѣлается богаче гемоглобиномъ, чѣмъ въ нормѣ. Этотъ выводъ Винярскаго не вяжется съ тѣмъ, который можно сдѣлать изъ его 2-ой группы (случаевъ съ средней продолжительностью въ 3 года и легкимъ теченіемъ), а именно, въ случаяхъ №№ III, IV и V, при нормальномъ приблизительно количествѣ красныхъ шариковъ, количество гемоглобина понижено, т. е. пониженіе количества гемоглобина предшествуетъ такому-же пониженію количества эритроцитовъ.

Къ послѣдней группѣ Винярскій относитъ случаи, которые съ самаго начала отличались тяжелымъ теченіемъ, а во времени изслѣдованія крови были съ плохимъ питаніемъ и плохимъ самочувствіемъ. Въ случаяхъ этихъ (XVI, XVII и IX) было значительно уменьшено и количество красныхъ шариковъ и количество гемоглобина, причемъ въ первыхъ двухъ количество гемоглобина уменьшено не такъ значительно, какъ количество красныхъ шариковъ, а въ послѣднемъ уменьшеніе было параллельно (почти до 1/2 нормы).

Въ общемъ Винярскій нашелъ, что въ среднемъ количество красныхъ элементовъ понижается при проказѣ на 9,7% у мужчинъ и на 15,6 у женщинъ. Приэтомъ за норму онъ принимаетъ содержаніе эритроцитовъ у мужчинъ въ 5.500.000, а у женщинъ—5.000.000.

Здѣсь я долженъ упомянуть, что многочисленными авторами принимаются различныя цифры нормальнаго содержанія въ крови эритроцитовъ. Такъ Vierordt³⁾ насчитываетъ

въ 1 куб. мм. крови въ среднемъ 5.055.000—5.174.000; Malassez ⁴⁾ — 4.310.000; Welcker ⁵⁾ — 4.576.000; Hayem ⁶⁾—5.500.000; М. Афанасьевъ ⁷⁾—5.280.000; Thoma ⁸⁾—5.973.000; Laache ⁹⁾—4.970.000; Ziegler ¹⁰⁾—5.251.000; Stierlin ¹¹⁾—5.752.000—для мужчинъ и 4.994.000—для женщинъ. „Если сдѣлать средній выводъ изъ всѣхъ наблюдений, сдѣланныхъ по методу Thoma, говорить Винярскій, то получается для мужчинъ—5.500.000, а для женщинъ—5.000.000“. На этомъ основаніи, а также и потому, что эти числа близко подходятъ къ числамъ Neubert'a ¹²⁾ (5.596.000 для мужчинъ и 5.100.000 для женщинъ) онъ и принимаетъ ихъ за норму.

Съ своей стороны я вывелъ изъ чиселъ 28 наблюдателей для мужчинъ среднее 5.237.000, а изъ чиселъ 8 наблюдателей среднее для женщинъ—4.710.000; причемъ разница содержанія эритроцитовъ въ нормальной крови здоровыхъ мужчинъ и женщинъ=10⁰/. Такъ и должно быть, если принять съ одной стороны, что количество гемоглобина въ крови здоровыхъ женщинъ въ среднемъ на 10⁰/% меньше, чѣмъ у мужчинъ, а съ другой, что пѣтъ достаточныхъ основаній предполагать разное содержаніе гемоглобина въ отдѣльномъ шарикѣ у мужчинъ и женщинъ.

Тѣмъ не менѣе за исходную точку своихъ сужденій я болѣе охотно готовъ принять нормы Винярскаго на томъ именно основаніи, что они выведены какъ среднее изъ наблюдений различныхъ авторовъ съ Thoma-Zeiss'овскимъ аппаратомъ, которыми и я пользовался. Это было необходимо также для болѣе удобнаго сравненія моихъ результатовъ съ результатами Винярскаго.

Приступаю теперь къ разсмотрѣнію своихъ случаевъ. Изъ 100 изслѣдованныхъ больныхъ только у 5 оказалось нормальное содержаніе красныхъ кровяныхъ шариковъ, или даже, нужно признавать его повышеннымъ, (особенно сл. № 32). У всѣхъ остальныхъ 95 больныхъ количество эритро-

цитовъ оказалось болѣе или менѣе пониженнымъ. Случай съ нормальнымъ (скорѣе повышеннымъ) содержаніемъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ относится къ 5 больнымъ женщинамъ, изъ которыхъ 3 страдаютъ анестетической, а 2 туберозной формой (№№ 20, 33 и 42 и № 16 и 32); при этомъ количество гемоглобина понижено только въ одномъ случаѣ (№ 20—88⁰/% Fleisch'l'a). Всѣ эти случаи легкіе по своему теченію; питаніе больныхъ не понижено, самочувствіе хорошее. Въ клиническомъ отношеніи замѣчательнъ случай № 32, относящейся до больной бугорковой формой; интересъ его состоитъ въ томъ, что больная за 3—4 года своего страданія 3 раза какъ бы совершенно выздоравливала, причемъ пропадали всѣ наружныя проявленія болѣзни (бугры, инфильтрація и пигментация).

Къ слѣдующей группѣ я отношу больныхъ, у которыхъ изслѣдованіе крови обнаружило обѣднѣніе ея красными элементами до 4.500.000. Сюда относятся 18 больныхъ мужчинъ и 9 женщинъ. Изъ 18 мужчинъ у 4-хъ повышенное содержаніе гемоглобина (103—105⁰/% Fleisch'l'a), у 4 легкое обѣднѣніе (до 10⁰/%) крови гемоглобиномъ, у 8—среднее и у 2-хъ (№ 12 и № 73)—тяжелое (свыше 25⁰/%). Изъ 9 больныхъ женщинъ—у 2-хъ количество гемоглобина превышаетъ норму, у одной—легкое обѣднѣніе, у 5-ти—среднее и у одной—тяжелое.

Что касается до отношенія этой группы къ формамъ болѣзни, ея длительности, то никакой связи здѣсь примѣтить нельзя, такъ же какъ и нельзя подмѣтить параллелизма въ этой группѣ между олигоцитеміей и олигохромеміей. Въ общемъ же можно сказать, что обѣднѣніе гемоглобиномъ въ этой группѣ выражено болѣе рѣзко, чѣмъ обѣднѣніе эритроцитами и это не смотря на то, что въ группу попало 6 случаевъ съ повышеннымъ содержаніемъ гемоглобина.

Къ слѣдующей группѣ: съ олигоцитеміей отъ 4.500.000 до 3.000.000 относятся 14 мужчинъ и 48 женщинъ.

Въ громадномъ большинствѣ этихъ случаевъ существуетъ также значительное обѣднѣніе крови гемоглобиномъ, которое, какъ и въ другихъ группахъ большею частью не идетъ параллельно съ олигоцитеміей. Въ этомъ пунктѣ я вполне согласенъ съ Винярскимъ, но не могу вмѣстѣ съ нимъ придти къ выводу, что олигоцитемія при проказѣ обычно превалируетъ надъ олигохромеміей, такъ что есть основаніе дѣлать сравненіе тяжелыхъ разстройствъ крови при проказѣ съ таковыми же при пернициозной анеміи. Чаше, правда, олигоцитемія въ этой группѣ выше олигохромеміи, но нѣтъ также недостатка въ случаяхъ, гдѣ происходитъ обратное явленіе. Изъ 62 случаевъ этой группы въ 43-хъ количество красныхъ кровяныхъ шариковъ уменьшено болѣе, чѣмъ количество гемоглобина; въ 13 ти наблюдается обратное явленіе, а въ 6-ти—обѣднѣніе эритроцитами идетъ параллельно уменьшенію количества гемоглобина. (Первая подгруппа составляетъ изъ случаевъ №№ 14, 18, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 40, 41, 45, 46, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 59, 60, 62, 65, 67, 89, 90, 91, 92, 95, 97, 98, 99, 69, 70, 71, 78, 81, 83, 84 и 85, вторая подгруппа №№ 1, 19, 34, 43, 47, 48, 57, 58, 61, 64, 68, 93 и 96; третья подгруппа: №№ 26, 44, 86, 88, 94 и 63). Описываемая группа 62 случаевъ касается 39 туберозныхъ и 23 анестетич. больныхъ.

Послѣдняя группа съ болѣе тяжелою олигоцитеміей (ниже 3.000.000) составляетъ изъ 3 больныхъ мужчинъ и 3 женщинъ. Всѣ трое мужчинъ больны тяжелою формой бугорковой проказы съ изъязвленіями на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ; количество гемоглобина у этихъ больныхъ (сл. № № 72, 79 и 82) уменьшено гораздо менѣе, чѣмъ количество красныхъ шариковъ. 2 женщины этой группы также больны тяжелою формой бугорковой проказы, а одна — съ крайне плохимъ питаніемъ — анест. формою; количество гемоглобина и въ этихъ случаяхъ (№ № 35, 53 и 100) уменьшено несравненно менѣе, чѣмъ количество красныхъ шариковъ.

Къ слѣдующимъ выводамъ можно придти при совмѣстномъ обзорѣ описанныхъ выше группъ:

1) въ очень легкихъ формахъ проказы содержаніе красныхъ кровяныхъ шариковъ и гемоглобина остается нормальнымъ; (обѣ эти величины остаются параллельными).

2) въ группѣ съ обѣднѣніемъ красныхъ шариковъ до 4 500.000 падаетъ и количество гемоглобина; но обѣ эти величины не остаются болѣе параллельными: паденіе количества гемоглобина совершается болѣе рѣзко, чѣмъ уменьшеніе эритроцитовъ.

3) въ группѣ съ обѣднѣніемъ красныхъ шариковъ отъ 4.500.000 до 3.000.000 олигоцитемія начинаетъ превалировать надъ олигохромеміей.

4) въ группѣ съ болѣе рѣзко выраженной олигоцитеміей (ниже 3.000.000) замѣтно уже полное преобладаніе послѣдней надъ олигохромеміей.

Ясно, что сущность болѣзни дѣйствуетъ сначала на красящее вещество эритроцитовъ и ведетъ къ обѣднѣнію имъ стромы ихъ, которая поражается менѣе рѣзко; въ дальнѣйшемъ же теченіи болѣе поражается строма и каждый отдѣльный шарикъ становится относительно богаче гемоглобиномъ. Выводъ мой о первоначальномъ (болѣе рѣзкомъ) наступленіи олигохромеміи подтверждается также наблюденіями надъ удѣльнымъ вѣсомъ крови прокаженныхъ (см ниже).

Въ среднемъ выводѣ изъ 100 наблюденій количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 1 куб. мм. крови при проказѣ равно 4.139.694; уменьшеніе противъ нормы выражается 20%. На каждаго больного проказою мужчину приходится въ среднемъ 4.372.000, а женщину—4.063.000. Слѣдовательно кровь прокаженного мужчины обѣднѣ эритроцитами на 20%, а женщины на 19%.

Что касается до измѣненія формы шариковъ, то я долженъ отмѣтить частое нахожденіе микроцитовъ. Можно сказать, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ содержаніе гемоглобина пони-

жалось на 25⁰/₀ и болѣе, и гдѣ въ тоже время значительно уменьшилось число эритроцитовъ, тамъ постоянно можно было встрѣтить микроциты. Наоборотъ, пойкилоциты встрѣчались очень рѣдко: мною замѣчены они были лишь въ случаяхъ №№ 53, 68, 61 и 69. Чаще мнѣ приходилось наблюдать ядросодержащія красныя тѣльца, которыя, по Вѣрюжскому¹³⁾, встрѣчаются только при тяжелыхъ формахъ малокровія; такія формы красныхъ шариковъ я видѣлъ всего въ 8 случаяхъ (№№ 9, 20, 21, 23, 47, 52, 75 и 78). У стариковъ, больныхъ проказою, сохранившихъ хорошее питаніе, мною почти постоянно наблюдалось въ высшей степени интересное явленіе: почти всѣ красныя шарики размѣромъ своимъ превышали 9 микроновъ въ поперечникѣ, т. е. относились къ разряду макроцитовъ.

Амебоидныхъ движеній эритроцитовъ, описанныхъ нѣкоторыми авторами (Preyer¹⁴⁾, Klein¹⁵⁾, Browicz¹⁶⁾, Рубинштейнъ¹⁷⁾, наблюдаемыхъ по Rieder'у¹⁸⁾ только при сильныхъ малокровіяхъ, мнѣ наблюдать не приходилось.

Измѣненія въ количествѣ гемоглобина.

Содержаніе гемоглобина опредѣлялось мною во всѣхъ случаяхъ геметромъ Флейшля. Удобства, доставляемые этимъ аппаратомъ, а именно: быстрота изслѣдованія при большой сравнительно точности получаемыхъ результатовъ, незначительное количество крови, требуемое для изслѣдованія,—таковы, что всякій, имѣвшій съ этимъ аппаратомъ дѣло, присоединится къ тѣмъ авторамъ, которые восхваляютъ его. Такъ въ пользу геметра говоритъ таблица, составленная Limbeck'омъ¹⁹⁾ и Sadler'омъ при сравнительныхъ опредѣленіяхъ содержанія гемоглобина аппаратомъ Gowers'a, Непосчета и Vizzozzo. Масютинъ²⁰⁾ также настаиваетъ на преимуществахъ геметра передъ другими

аппаратами; таковыя онъ видитъ въ простотѣ способа, быстротѣ опредѣленія, незначительномъ количествѣ, требуемой для изслѣдованія крови, а, слѣдовательно, въ особой пригодности аппарата для клиническихъ цѣлей. Нѣкоторые авторы (Noorden²¹⁾ дѣлали инструменту упрекъ въ недостаточной точности его. Правда, есть инструменты, (напр. двойная пипетка Гоппе-Зейлера), дающіе результаты болѣе точные, но связанныя съ ними затраты времени и труда лишаютъ ихъ цѣнности для клиницистовъ. И въ самомъ дѣлѣ, если геметръ даетъ отклоненія отъ истинныхъ цифръ не превышающія 3—4⁰/₀, то ясно, что получаемыя имъ цифры (въ процентахъ) вполне достаточны для клиническихъ цѣлей. Совершенно основательно замѣчаніе Tomberg'a²¹⁾: „Dem Kliniker wird es in den meisten Fällen nicht darauf ankommen, geringere Veränderungen des Hämoglobingehaltes festzustellen, denn solche sind, nach unsern bisherigen Erfahrungen klinisch belanglos; wo aber bedeutende Verarmung des Blutes am Hämoglobin vorhanden ist, da gestattet das Fleisch'sche Hämometer immerhin derartige Veränderungen mit genügender Sicherheit festzustellen, um klinische und diagnostische Schlüsse zu ziehen“.

Ошибки при опредѣленіи содержанія гемоглобина геметромъ зависятъ отъ 2-хъ главныхъ причинъ: 1) отъ несовершенства цвѣтоощущенія изслѣдующаго и 2) отъ несовершенства самаго аппарата. Чувствительность сѣтчатки къ цвѣтамъ и оттѣнкамъ индивидуально различна. Приступая къ изслѣдованіямъ, я на самомъ приборѣ старался опредѣлить степень своей чувствительности къ оттѣнкамъ. Задача эта удовлетворительно разрѣшается при неоднократныхъ, повторныхъ изслѣдованіяхъ геметромъ одной и той же пробы. Среднее изъ 10 такихъ изслѣдованій, мнѣ думается, можно съ основаніемъ принять за истинное показаніе геметра; отклоненія же въ сторону отъ средняго—за разницу въ цвѣтовыхъ ощущеніяхъ разныхъ моментовъ. Привожу примѣры:

1) при опредѣленіи содержанія гемоглобина д-цы С. найдено: 1) 76; 2) 77; 3) 75; 4) 76; 5) 76; 6) 75; 7) 76; 8) 76, 5; 9) 76; 10) 76, 5. Въ среднемъ—76,5; наибольшее отклоненіе отъ средняго=1,5 (76,5—75,0=1,5); разница между наибольшимъ и наименьшимъ опредѣленіями=2 (77—75=2).

2-ой примѣръ) при опредѣленіи содержанія гемоглобина крови г. Д. найдено: 1) 92,5; 2) 95; 3) 92; 4) 93; 5) 92,5; 6) 97; 7) 92,5; 8) 96; 9) 95 и 10) 92,5. Въ среднемъ=93,8; наибольшее отклоненіе=3,2 (97—93,8=3,2); разница между наибольшою и наименьшею цифрами=5,0 (97—92=5).

3-ий примѣръ: при опредѣленіи гемоглобина въ крови г-жи Ф. найдено: 1) 73; 2) 73; 3) 75; 4) 75,5; 5) 75,5; 6) 77,0; 7) 75; 8) 74; 9) 73 и 10) 75; въ среднемъ—74,6; наибольшее отклоненіе=2,4 (77—74,6=2,4); разница между наибольшимъ и наименьшимъ опредѣленіями=4 (77—73=4).

Изъ этихъ примѣровъ явствуетъ, что чувствительность моя колеблется, если можно такъ выразиться отъ 2—5⁰/₀ прибора Fleischl'я (т. е. разница между наибольшей и наименьшей субъективной оцѣнкой одной и той же пробы), а ошибки при единичной оцѣнкѣ равны, слѣдовательно, приблизительно $\pm \frac{2\% - 5\%}{2}$ прибора Fleischl'я. Само собою разумѣется, что среднее изъ нѣсколькихъ отсчитываній даетъ еще меньшія ошибки и еще болѣе надежныя цифры.

Мною замѣчено также при такихъ опредѣленіяхъ, что чувствительность моя повышается при болѣе слабыхъ отгѣнкахъ. Привожу первые попавшіеся примѣры:

1-й)—при опредѣленіи 50⁰/₀ основнаго раствора (равна 93,8) найдено: 1) 41; 2) 42; 3) 42,5; 4) 42,5; 5) 39; 6) 41; 7) 41,5; 8) 42,5; 9) 42,5 10) 42; въ среднемъ—41,65; наибольшее отклоненіе отъ средняго=2,65 (41,65—39=2,65); разница между наибольшимъ и наименьшимъ опредѣленіями=3,5 (42,5—39=3,5);

2-й)—при опредѣленіи 40⁰/₀ основнаго раствора той же крови: 1) 27,5; 2) 26; 3) 27,5; 4) 27; 5) 26; 6) 26,5; 7) 27; 8) 27; 9) 27,5 и 10) 26; въ среднемъ 26,8; наибольшее отклоненіе отъ средняго (27,5—26,8)=0,7; разница между наибольшимъ и наименьшимъ опредѣленіями=1,5 (27,5—26=1,5).

3-й)—при опредѣленіи 40⁰/₀ основнаго раствора г. А. Д. найдено: 1) 32; 2) 32; 3) 32,5; 4) 31,5; 5) 31; 6) 30; 7) 31; 8) 29; 9) 31 и 10) 30; наибольшее отклоненіе отъ средняго=2,0 (31—29=2); разница между наибольшимъ и наименьшимъ опредѣленіями=3,5 (32,5—29=3,5).

Въ остальныхъ случаяхъ разведеній основнаго раствора до 50 и 40⁰/₀ чувствительность моя также какъ и въ приведенныхъ примѣрахъ колеблется въ границахъ $\pm 1,5 - 2,5$.

Переходя теперь къ анализу ошибокъ самого прибора, мы должны остановиться на заявленіяхъ проф. Дегіо ²³⁾ и Масютина ²⁴⁾;

Работами проф. Дегіо и его учениковъ Tomberg'a, Винярскаго ²⁵⁾ и др. было выяснено, что гемометръ даетъ различныя уклоненія отъ истинныхъ цифръ въ зависимости отъ конструкціи и окраски клина. Специально для гемометра, принадлежащаго проф. Дегіо, этими работами было выяснено прогрессивное нарастаніе ошибокъ въ сторону суженія клина. Привожу таблицу этихъ ошибокъ по даннымъ 4-хъ авторовъ:

АВТОРЫ.	Основной растворъ.	Ошибки прибора при разведеніяхъ.							
		90:10.	80:20.	70:30.	60:40.	50:50.	40:60.	30:70.	20:80.
Neubert	100	-2	-4	-5	-6	-8	-8		
Lezius	100	-1	-5,2	-1	-6,7	-8,1	-9,4		
Tomberg	100	-0,4	-1,4	-2,8	-3,6	-4,5	-5,2	-5,4	-5,5
Винярскій	100	-0,5	-1,0	-2,5	-3,6	-4,2	-5,1	-5,2	-5,5

Въ этой таблицѣ бросается въ глаза почти правильное нарастаніе ошибокъ по мѣрѣ уменьшенія интензивности испытываемого раствора. Винярскій объясняетъ ²⁶⁾ нѣсколько уклоняющіяся цифры Neubert'a и Lezius'a недостаточнымъ количествомъ ихъ опытовъ.

Согласно съ данными таблицы ошибокъ составлена и таблица поправокъ.

Проф. Degio совѣтуетъ для каждого аппарата Fleischl'я вычислить ошибки и составить таблицу поправокъ. Limbeck ²⁷⁾ подтверждаетъ данныя проф. Degio. На основаніи чиселъ добытыхъ 2-мя аппаратами онъ выводитъ заключеніе, что каждый данный аппаратъ отличается отъ другихъ и подлежитъ основательной повѣркѣ. Причину уклоненія отъ истинныхъ чиселъ онъ видитъ въ неравнобѣрной окраскѣ цвѣтнаго клина.

На этомъ основаніи, согласно указаніямъ работавшихъ по предложенію проф. Degio, Tomberg'a и Винярскаго, я повѣрилъ выписанный мною отъ Reichert'a аппаратъ.

Повѣрка эта производилась слѣдующимъ образомъ:

Получивъ довольно глубокимъ уколомъ въ мякоть конца пальца кровь и быстро набирая ее пипетками аппарата столько разъ, сколько по предварительному расчету нужно было для полученія съ опредѣленнымъ количествомъ воды такого раствора, который по Fleischl'ю соотвѣтствовалъ бы приблизительно 100⁰/₀, я дѣлалъ затѣмъ изъ этого основнаго раствора, прибавляя къ нему дистиллиров. воду въ 10, 20, 30 и т. д. до 60⁰/₀, дальнѣйшіе растворы, соотвѣтствовавшіе 90, 80, 70 и т. д. до 40⁰/₀ основнаго раствора по содержанію гемоглобина. Всѣ таковыя растворы испытывались приборомъ Fleischl'я съ строгимъ соблюденіемъ всѣхъ рекомендуемыхъ ²⁸⁾ имъ предосторожностей; приэтомъ отсчетъ каждой пробы производился 10 разъ, и для оцѣнки испытываемого раствора служило среднее пропорціональное. Кровь изслѣдовалась у 5 лицъ; всѣхъ наблюденій сдѣлано 12, при

чемъ испытывались только 6 растворовъ пробы каждого отдѣльнаго наблюденія, а именно 90⁰/₀, 80, 70, 60, 50 и 40⁰/₀ основнаго раствора. Разведеній въ 30, 20 и 10⁰/₀ основнаго раствора не дѣлалось въ виду сравнительной рѣдкости соотвѣтствующей олигохромеміи.

Нахожу излишнимъ приводить здѣсь таблицы отдѣльныхъ наблюденій и помѣщаю лишь таблицу ошибокъ гемометра, выведенную на основаніи этихъ наблюденій.

Величина разведенія.	90:10	80:20	70:30	60:40	50:50	40:60
Ошибки (средній выводъ) . . .	-0,8	-1,7	-2,8	-3,9	-3,4	-3,6

Изъ таблицы этой видно, что отклоненія, даваемые гемометромъ отъ теоретич. чиселъ прогрессируютъ параллельно съ большимъ разведеніемъ основнаго раствора, но до извѣстнаго предѣла: 50⁰/₀ разведеніе даетъ меньшее уклоненіе, чѣмъ 60⁰/₀, а 40⁰/₀ — разведеніе даетъ также меньшее уклоненіе, чѣмъ 60⁰/₀-ное, но все-же большее, чѣмъ 50⁰/₀. Такимъ образомъ, результаты, полученные мною значительно разнятся отъ результатовъ Tomberg'a и Винярскаго, хотя отдѣльные опыты Винярскаго (18, 14, 15, 19, 13, 7, 3 и 1) также не давали прогрессивнаго увеличенія отклоненій. Причину такой разницы я склоненъ всего скорѣе предположить въ неравнобѣрной окраскѣ цвѣтнаго клина моего гемометра.

На основаніи приведенной таблицы ошибокъ мною составлена слѣдующая таблица поправокъ.

Показанія аппарата .	100	94,6	89,2	83,75	78,3	72,75	67,2	61,65	56,1	51,35	46,6	41,5	36,4
Поправки.	0	0,4	0,8	1,25	1,7	2,25	2,8	3,35	3,9	3,65	3,4	3,5	3,6

Таблица эта, какъ видно, чисто теоретическая и поправки дѣлались съ нею при помощи расчетовъ.

Обращаюсь теперь къ послѣдному источнику ошибокъ при опредѣленіи гемоглобина приборомъ Fleischl'a — неправильной вмѣстимости всасывающихъ кровь пипетокъ.

При опредѣленіи моимъ приборомъ содержанія гемоглобина у здоровыхъ людей получаютъ значительныя отклоненія въ сторону минуса, не могущія быть объясненными недостатками цвѣтнаго клина (отклоненія — сравнительно съ тѣми величинами, которыя признаны нормальными для здоровой крови). Именно, въ среднемъ изъ 10 наблюдений у меня получилось $^0\text{/}_0$ содержаніе гемоглобина: 93,8 для мужчинъ и 83,1 для женщинъ. Согласно указаніямъ Масютина²⁹⁾ я вычислилъ вмѣстимость трубочки, которою работалъ, измѣривъ подъ микроскопомъ діаметръ отверстій трубочки, а также и ея длину. Оказалось, что вмѣстимость трубочки меньше той, какую она должна бы имѣть приблизительно на 8^0/_0 , а слѣдовательно и показанія гемометра должны быть на 8^0/_0 меньше, чѣмъ слѣдовало бы.

Масютинъ опредѣляя количество гемоглобина у здоровыхъ нашелъ³⁰⁾ у мужчинъ (52 изслѣд.) — 110,2, а у женщинъ (17 изслѣдов.) — 100,0. Такъ какъ онъ работалъ трубочкой, вмѣщавшей на 9^0/_0 крови больше, чѣмъ сколько слѣдовало бы согласно указаніямъ Fleischl'a, то онъ считаетъ, что полученные результаты должны быть уменьшены и нормальнымъ содержаніемъ гемоглобина должно быть признано 100^0/_0 для мужчинъ и 91^0/_0 для женщинъ. Согласно Fleischl'ю, Lezius'у и Масютину мною также приняты за нормы 100 для мужчинъ и 90 для женщинъ.

Ввиду того, что много больныхъ изслѣдованныхъ мною были въ возрастѣ отъ 60—80 и болѣе лѣтъ, для меня были важны указанія Масютина о содержаніи гемоглобина крови стариковъ. По его опредѣленію (9 случаевъ), въ среднемъ таковое равнялось 99,3, а за поправкою на вмѣстимость

пипетки 90,0 (странно, что Масютинъ вычисляетъ среднее въ 102, тогда какъ числа его наблюдений слѣдующія: 1) 100; 2) 98; 3) 100; 4) 95; 5) 80; 6) 100; 7) 108; 8) 115 и 9) 98).

Такимъ образомъ у стариковъ, по Масютину, содержаніе гемоглобина меньше нормы приблизительно на 10^0/_0 въ среднемъ. „Уменьшеніе, — замѣчаетъ авторъ, — было во всякомъ случаѣ не такъ значительно, какъ можно было ожидать, судя по общему питанію людей въ этомъ возрастѣ, особенно если принять во вниманіе, что изслѣдованные мною старики находились въ богадѣльнѣ и, слѣдовательно, по всей вѣроятности, получали пищу менѣе питательную, чѣмъ какую можно было ожидать при болѣе благоприятныхъ условіяхъ. Притомъ изслѣдованія были произведены въ концѣ зимы, т. е. послѣ того, какъ старики въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ были лишены свѣжаго воздуха“. Съ этимъ послѣднимъ заявленіемъ Масютина сходятся, пожалуй, взгляды Leichtenstern'a³¹⁾ и Gnezd'a³²⁾ на содержаніе гемоглобина въ крови стариковъ.

Послѣдніе авторы не находятъ въ ней уменьшенія гемоглобина. Я думаю однако, принимая во вниманіе паденіе питанія всѣхъ тканей организма въ старости, что наблюденія Масютина ближе подходятъ къ истинѣ. Соловьевъ³³⁾ прямо утверждаетъ уменьшеніе гемоглобина въ старости.

Данныя объ измѣненіи содержанія гемоглобина въ крови прокаженныхъ я нашелъ только у Винярскаго. При изслѣдованіи 17 больныхъ послѣдній авторъ нашелъ въ среднемъ уменьшеніе содержанія гемоглобина на $8,4^0\text{/}_0$ противъ нормы. Изъ 9 имъ изслѣдованныхъ лепрозныхъ больныхъ мужчинъ у 3 количество гемоглобина превышало норму, а у 6-ти было ниже ея. Изъ 8-ми имъ изслѣдованныхъ лепрозныхъ женщинъ у 4-хъ количество гемоглобина превышало норму, а у 4-хъ было ниже ея. Измѣненія эти также, какъ и прочія измѣненія крови при проказѣ, Винярскій ставитъ

въ связь съ теченіемъ болѣзни и ея развитіемъ, питаніемъ больного и наличиемъ или отсутствіемъ изъязвленій: „so lange die Ernährung eine genügende, das Allgemeibefinden ein gutes ist, so lange keine Ulcerationen bestehen, so lange zeigt auch das Blut gleichfalls keine Veränderungen“ — говоритъ онъ. При этомъ Випарскій нашелъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь въ наружныхъ своихъ проявленіяхъ зашла далеко и гдѣ были ясны измѣненія крови въ смыслѣ пониженія числа красныхъ шариковъ и количества гемоглобина, что эти измѣненія не шли параллельно и что количество красныхъ шариковъ падало значительно, чѣмъ количество гемоглобина. Такъ, въ то время, когда въ его случаяхъ (VI, VII, VIII, XIII, XIV, XV) количество эритроцитовъ падало въ среднемъ до 15⁰/₀, количество гемоглобина падало лишь до 4,4⁰/₀. Также рѣзки были эти отношенія и въ его случаяхъ XVI и XVII.

На основаніи такихъ данныхъ Випарскій считаетъ, что въ приводимыхъ имъ случаяхъ, при общемъ обѣднѣніи крови гемоглобиномъ, каждый отдѣльный шарикъ богаче имъ, чѣмъ нормальный, ввиду чего авторъ приравниваетъ находящія имъ измѣненія къ таковымъ же при *anaemia gravis* и считаетъ анемію лепрозныхъ за одну изъ формъ *anaemiae gravis*.

Обращаясь теперь къ полученнымъ мною даннымъ, я долженъ раздѣлить собранный матеріалъ на 2 группы. Всего изслѣдовано мною на содержаніе гемоглобина 100 больныхъ, изъ нихъ 50 изслѣдовались до обѣда, а 50 послѣ обѣда. Правда, Масютинъ, изслѣдуя здоровыхъ до и послѣ обѣда не находилъ никакихъ колебаній, или очень незначительныхъ, но, съ другой стороны, Leichtenstern³⁴⁾, изслѣдуя кровь у себя до 20 разъ въ сутки, находилъ колебанія до 7⁰/₀, а именно: наибольшее количество въ 12 ч. дня и наименьшее въ 4 ч. пополудни. Vierordt³⁵⁾ наименьшее количество гемоглобина находилъ 2 часа спустя послѣ ѣды. Tietze³⁶⁾

доказываетъ, что обильная бѣлковая пища при маломъ количествѣ напитковъ повышаетъ содержаніе гемоглобина; также относится потѣніе; обильное же употребленіе напитковъ понижаетъ его. Хотя, ввиду нѣкотораго разногласія на этотъ счетъ и нужно думать, что, если существуютъ упомянутыя колебанія, то они во всякомъ случаѣ незначительны, т. е. принять мнѣніе Масютина, но для болѣе правильной оцѣнки моихъ результатовъ, я счелъ нужнымъ раздѣлить изслѣдованныхъ на упомянутыя группы.

Къ первой группѣ, какъ я уже упомянулъ, относятся 50 больныхъ: 23 мужчины и 27 женщинъ; вторая группа составляется изъ 13 мужчинъ и 37 женщинъ.

Въ группѣ лицъ, изслѣдованныхъ послѣ обѣда приходится въ среднемъ на 1 мужчину 78,3 (со всѣми поправками), а на одну женщину 75,1. Въ группѣ же лицъ, изслѣдованныхъ до обѣда (первая группа) приходится въ среднемъ на 1 мужчину 84,5, а на 1 женщину 82,4. Въ общемъ же, по обѣимъ группамъ, приходится въ среднемъ на 1 мужчину 82,2, на одну женщину 78,1. Въ среднемъ на одного больного изъ 100 изслѣдованныхъ приходится 79,66.

Слѣдовательно, содержаніе гемоглобина въ крови больныхъ проказою значительно понижено. Если исходить изъ цифръ принятыхъ за норму, т. е. 100⁰/₀ для мужчинъ и 90⁰/₀ для женщинъ, то оказывается, что для больныхъ проказою мужчинъ обѣднѣніе ихъ крови гемоглобиномъ выражается въ среднемъ 17,8⁰/₀, для женщинъ же 11,9⁰/₀.

Цифры, полученные у больныхъ, изслѣдованныхъ послѣ обѣда меньше въ среднемъ у мужчинъ на 6,2⁰/₀, а у женщинъ на 7,3. Это явленіе могло, конечно, зависѣть и отъ того, что во 2-ую группу попало болѣе тяжелыхъ случаевъ, но я склоненъ думать, что здѣсь сказывается также и разница во времени изслѣдованія и вліяніе пріема пищи, а, слѣдовательно, подтверждается выводъ Vierordt'a.

Обращая вниманіе на цифры содержанія гемоглобина у

больныхъ проказою мужчинъ и женщинъ, можно отмѣтить, что разница этихъ содержаній равна въ среднемъ 4,1⁰/₀. Болѣзнь, такъ сказать, выравниваетъ отношенія половъ къ содержанію гемоглобина. Такой же выводъ можно сдѣлать и на основаніи данныхъ Винярскаго.

Если сравнивать результаты моихъ наблюденій съ результатами Винярскаго, то оказывается, что мы съ нимъ сходимся въ признаніи обѣднѣнія крови прокаженныхъ гемоглобиномъ, но степень этого обѣднѣнія по моему, значительно, чѣмъ признаетъ Винярскій.

Послѣдній нашелъ, что у больныхъ проказою мужчинъ количество гемоглобина равно въ среднемъ 93⁰/₀ (по моимъ наблюденіямъ—82,2), а у женщинъ 90,2⁰/₀ (по моимъ наблюденіямъ 78,1); такъ что обѣднѣніе гемоглобиномъ въ среднемъ выражается: по Винярскому—8,4⁰/₀, а по моимъ наблюденіямъ—14,8⁰/₀. Разногласіе это легко объясняется, конечно, малымъ количествомъ наблюденій Винярскаго и тѣмъ, что при большомъ количествѣ моихъ наблюденій мнѣ чаще попадались тяжелые случаи.

Для удобства разсмотрѣнія полученныхъ результатовъ я раздѣляю свои наблюденія на 4 группы.

1) группа съ нормальнымъ или повышеннымъ содержаніемъ гемоглобина; 2) съ легкимъ обѣднѣніемъ (до 10⁰/₀), а именно отъ 90—100⁰/₀ у мужчинъ и 81—90⁰/₀ у женщинъ; 3) съ среднимъ обѣднѣніемъ (до 25⁰/₀), а именно—75—90⁰/₀ у мужчинъ и отъ 67,5—81⁰/₀ у женщинъ и наконецъ 4) съ тяжелымъ обѣднѣніемъ (болѣе, чѣмъ на 25⁰/₀), а именно, ниже 75⁰/₀ у мужчинъ и 67,5⁰/₀ у женщинъ.

Я не отрицаю, конечно, что дѣленіе это до нѣкоторой степени искусственное. Основаніемъ къ нему служили слѣдующія соображенія: 2-ую группу съ обѣднѣніемъ до 10⁰/₀ я выдѣлилъ на основаніи взглядовъ нѣкоторыхъ авторовъ, что и нормальное содержаніе гемоглобина можетъ колебаться въ предѣлахъ 10⁰/₀; съ другой стороны, обѣднѣніе крови на

25⁰/₀ обыкновенно связано съ серьезными патологическими состояніями; между этими 2-мя группами находится третья выдѣляемая уже условно, какъ средняя между 2-мя болѣе определенными группами.

Если расположить по упомянутымъ группамъ мои случаи, то окажется, что къ 1-й группѣ относятся 3 больныхъ мужчинъ №№ 4, 7 и 87 и 12 женщинъ (16, 17, 29, 32, 33, 41, 42, 45, 15, 21, 27 и 65); ко второй группѣ относятся 5 мужчинъ (9, 8, 11, 74 и 75) и 15 женщинъ (20, 25, 38, 54, 55, 59, 14, 23, 30, 31, 36, 89, 91, 50, и 98); къ третьей группѣ—17 мужчинъ (3, 5, 6, 10, 71, 76, 77, 78, 79, 88, 2, 69, 70, 80, 84, 86 и 94) и 25 женщинъ (18, 19, 24, 37, 39, 44, 46, 56, 57, 58, 60, 26, 28, 35, 49, 52, 62, 63, 67, 68, 90, 95, 96, 97 и 99) и, наконецъ, къ 4-й группѣ—11 мужчинъ (12, 40, 72, 73, 93, 1, 13, 81, 82, 83 и 85) и 12 женщинъ (43, 53, 22, 34, 47, 48, 51, 61, 64, 66, 92 и 100).

Первая группа больныхъ съ нормальнымъ содержаніемъ гемоглобина составляетъ главнымъ образомъ изъ лицъ, пораженныхъ пятнистою формою проказы и начинающимися переходами изъ этой начальной формы въ пятнисто-бугорковую и пятнисто-анѣстетическую, а именно, изъ 15 относящихся сюда больныхъ 6 страдаютъ пятнистою, 6 пятнисто-бугорковою, 2 пятнисто-анѣстетическою и 1 бугорковою формами. Какъ видно отсюда, есть извѣстная (хотя и небольшая) связь съ развитіемъ явленій и содержаніемъ гемоглобина. Продолжительность болѣзни въ этихъ случаяхъ колеблется отъ 1½ лѣтъ (сл. № 27) до 10 лѣтъ (сл. № 16) Въ среднемъ для этихъ 15 случаевъ она равняется 4,9 лѣтъ.

Въ этой группѣ нельзя отмѣтить также тѣсной зависимости обѣднѣнія гемоглобиномъ отъ продолжительности болѣзни. Такъ, упомянутые случаи (№ 16 и № 27) относятся къ женщинамъ, страдающимъ пятнисто-бугорковою формою; изслѣдованіе приборомъ Fleischl'a показало въ обоихъ

случаяхъ 90⁰%, несмотря на то, что продолжительность болѣзни первой (№ 16) равняется 10, а второй 1½ годамъ. Видна нѣкоторая зависимость содержанія гемоглобина отъ питанія больныхъ этой группы: большинство изъ нихъ (11 человекъ) хорошо упитаны.

Отсутствіе опредѣленной связи между формою болѣзни и содержаніемъ гемоглобина, а также отсутствіе всякаго параллелизма между степенью развитія болѣзни и ея продолжительностью съ одной стороны и степенью олигохромеміи съ другой—можно вполне опредѣленно отмѣтить, разсматривая 2-ю и 3-ю группы.

Что касается до 4-й группы съ наибольшимъ, свыше 25⁰% обѣднѣніемъ крови гемоглобиномъ, оказывается, что она представлена почти сплошь случаями полного развитія бугорковой формы. Изъ 23 больныхъ, сюда относящихся, 20 страдаютъ бугорковою и 3 анестетическою формою, при этомъ одна больная (№ 61) страдаетъ анестетическою формою 20 лѣтъ, а одна (сл. № 47) имѣетъ многочисленныя и обширныя рубцы (слѣды бывшихъ изъязвленій) на рукахъ и голенихъ и язву на лѣвомъ предплечіи. Если исключить изъ 4-й группы эти случаи, гдѣ олигохромемія объясняется продолжительностію болѣзни и наличностію изъясненія, то для остальныхъ случаевъ напрашивается выводъ, что наибольшее обѣднѣніе крови гемоглобиномъ при проказѣ встрѣчается при вполне развитыхъ туберозныхъ формахъ. Такой выводъ, впрочемъ, можно сдѣлать уже при внимательномъ осмотрѣ большаго количества больныхъ: въ то время, какъ анестетическая форма не бросается въ глаза наружными проявленіями малокровія, при туберозныхъ формахъ рѣзко выступаетъ особая восковидная блѣдность видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и отложеніе особаго буроватаго пигмента на покровахъ инфильтратовъ. Законное предположеніе о гематогенномъ происхожденіи этого пигмента въ связи съ упомянутою блѣдностію слизистыхъ оболочекъ уже аргюи ука-

зываютъ на глубокія измѣненія крови. Тѣмъ не менѣе и здѣсь строгаго параллелизма между развитіемъ кожныхъ явленій и степенью олигохромеміи указать нельзя, хотя до извѣстной степени онъ и существуетъ. Такъ случаи № 12 и № 64—особенно тяжелые, какъ по развитію болѣзненныхъ явленій на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ (бугровъ и изъязвленій), такъ и по обѣднѣнію крови гемоглобиномъ. Случаи же №№ 81, 82, 83 и 85 уже болѣе легкіе въ обоихъ упомянутыхъ отношеніяхъ.

Параллелизмъ между продолжительностью болѣзни и степенью олигохромеміи замѣтенъ лишь до извѣстной степени при сравненіи разсматриваемой 4-ой группы съ первою. Средняя продолжительность болѣзни лицъ 1-ой группы съ нормальнымъ содержаніемъ гемоглобина равняется, какъ я уже упомянулъ, 4,9 лѣтъ, а средняя продолжительность болѣзни лицъ 4-й группы=6,5 лѣтъ. Параллелизма же въ разсматриваемомъ отношеніи въ самой 4-ой группѣ положительно отмѣтить нельзя. Такъ въ случаѣ № 82 съ 74,4⁰% гемоглобина болѣзнь длится всего 2 года; въ случаѣ № 83 съ 75,4⁰% длительность болѣзни=5 годамъ, а въ случаѣ № 85 съ такимъ же содержаніемъ гемоглобина=10 годамъ. Ясно, что глубокія измѣненія состава крови, именно въ смыслѣ обѣднѣнія ея гемоглобиномъ не находятся въ зависимости отъ продолжительности болѣзни, а стоятъ скорѣе въ связи частью со степенью развитія болѣзненныхъ явленій, частью съ индивидуально различною способностію крови къ сопротивленію болѣзнетворнымъ вліяніямъ. Къ вопросу о вліяніи продолжительности болѣзни на степень олигохромеміи здѣсь интересно отмѣтить также, что у больныхъ 1-ой группы, всего 15 человекъ, у которыхъ не найдено пониженія количества гемоглобина, только у 4-хъ, какъ я уже упомянулъ, можно отмѣтить ослабленіе питанія; остальные же больные этой группы, несмотря на значительную продолжительность болѣзни (въ среднемъ 5 лѣтъ) были хорошо

упитаны и не представляли никакихъ проявленій кахексіи.

И не хочу, конечно, этимъ сказать, что продолжительность болѣзни не вліяетъ на степень кахексіи при проказѣ, такъ какъ имѣю въ виду только данную группу, гдѣ два фактора, — нормальное содержаніе гемоглобина и хорошее питаніе больныхъ стоятъ въ извѣстномъ правильномъ соотношеніи, но каждый въ отдѣльности плохо вяжется съ фактомъ значительной продолжительности болѣзни.

Содержаніе лейкоцитовъ въ крови при проказѣ.

Открытие Сohnheim'омъ эмиграціи лейкоцитовъ, начавшійся тогда-же и по сіе время несокоченный споръ о значеніи ихъ при воспаленіи, открытіе фагоцитарной способности ихъ, открытіе и изученіе хемотаксиса, установленіе связи лейкоцитовъ съ воспалительными продуктами и ихъ отношенія къ болѣзнетворнымъ зародышамъ, заставили признать за ними выдающуюся роль въ жизни организма. Многочисленныя работы послѣдняго времени направлены были на изученіе содержанія лейкоцитовъ при разныхъ болѣзненныхъ процессахъ и гематологія, благодаря этимъ работамъ, стала, особенно со времени открытій Ehrlich'a по морфологіи бѣлыхъ шариковъ, однимъ изъ наиболѣе видныхъ отдѣловъ общей патологіи. Мнѣніе Hayem'a, что „l'avenir appartient á l'hématologie. C'est elle qui nous apportera la solution des grandes problèmes nosologiques“ можетъ быть и преувеличено, но насколько оно преувеличено — сказать трудно; этотъ вопросъ рѣшить будущее.

При многихъ болѣзняхъ уже изучалось и количество лейкоцитовъ и процентное содержаніе отдѣльныхъ ихъ видовъ. Особенное вниманіе клиницистовъ и патологовъ возбуждалъ

воспалительный лейкоцитозъ при большинствѣ инфекціонныхъ болѣзней. Прямыми наблюденіями и экспериментально старались приэтомъ выяснитъ и сущность и механизмъ колебаній числа лейкоцитовъ.

Указанія на количество лейкоцитовъ въ крови прокаженныхъ имѣются только въ одной работѣ Винярскаго. Поэтому являлось въ высшей степени желательнымъ провѣрить указанія этого автора и выяснитъ отношенія отдѣльныхъ видовъ лейкоцитовъ при этой болѣзни.

Согласно указаніямъ работъ послѣдняго времени, количество лейкоцитовъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ можетъ увеличиваться или уменьшаться. Изученіе сущности этихъ колебаній, желаніе объяснить ихъ причины создали нѣсколько теорій. Краткое разсмотрѣніе этихъ теорій позволитъ намъ найти точку отправленія для сужденія о значеніи полученныхъ результатовъ.

Limbek³⁷⁾, а за нимъ многіе другіе авторы объясняютъ увеличеніе количества лейкоцитовъ привлеченіемъ ихъ въ кровяное русло различными хемотактическими вліяніями, чаще всего продуктами обмѣна микроорганизмовъ.

Römer³⁸⁾ оспариваетъ это мнѣніе и считаетъ, что увеличеніе лейкоцитовъ наступаетъ за формативнымъ раздраженіемъ ихъ и послѣдующимъ амитотическимъ дѣленіемъ въ самихъ сосудахъ вслѣдствіе дѣйствія протениновъ распада бактерій.

Löwit³⁹⁾ смотритъ на лейкоцитозъ, какъ на проявленіе компенсаторныхъ силъ организма. Если лейкоциты убываютъ почему-либо изъ кровяного русла, то эту убыль немедленно восполняетъ усиленный притокъ молодыхъ элементовъ. Послѣ leucolys'a, подъ которымъ онъ принимаетъ процессъ растворенія лейкоцитовъ слѣдуетъ лейкоцитозъ, такъ что эти 2 явленія суть только послѣдовательныя стадіи одного и того же процесса.

Schulz⁴¹⁾ считаетъ лейкоцитозъ чисто мѣстнымъ явленіемъ.

ніемъ. По его мнѣнію, ни при гиперлейкоцитозѣ, ни при гиполейкоцитозѣ общее число лейкоцитовъ не мѣняется, а мѣняется только распредѣленіе ихъ въ сосудахъ: когда въ периферическихъ сосудахъ существуетъ лейкоцитозъ, то въ большихъ сосудахъ внутреннихъ органовъ, количество лейкоцитовъ понижено.

Однако мнѣніе Schulz'a было опровергнуто опытами Goldscheider'a и Jacob'a⁴⁰⁾. Они нашли, правда, что распредѣленіе лейкоцитовъ различно, но при этомъ они наблюдали также, что, когда въ периферическихъ сосудахъ лейкоцитозъ, то и въ центральныхъ сосудахъ количество лейкоцитовъ повышено.

По мнѣнію послѣднихъ авторовъ гиполейкоцитозъ зависитъ отъ того, что бѣлые кровяные шарики скопляются и задерживаются въ капиллярахъ и мелкихъ сосудахъ центральныхъ органовъ (особенно — легкихъ); гиперлейкоцитозъ — напротивъ, обусловливается появленіемъ въ кровяномъ руслѣ лейкоцитовъ подъ влияніемъ поступающихъ въ лимфатическіе пути раздражающихъ веществъ; при этомъ, до нѣкоторой степени участвуетъ и новообразование лейкоцитовъ. Оба эти процесса, по мнѣнію авторовъ, независимы другъ отъ друга и не исключаютъ одинъ другого, такъ что иногда 1-й еще продолжается, когда наступаетъ дѣйствіе второго. Авторы принимаютъ также, что во всѣхъ колебаніяхъ числа лейкоцитовъ играютъ важную роль хемотактическія вліянія. При этомъ положительный или отрицательный хемотаксисъ наступаетъ, по ихъ мнѣнію, въ зависимости отъ концентраціи вещества: малыя и среднія дозы обладаютъ положительнымъ, а большія — сначала отрицательнымъ и только въ концѣ концовъ — положительнымъ хемотаксисомъ.

Теорія эта, давая объясненіе большинству явленій жизни лейкоцитовъ, не объясняетъ однако стойкаго гиполейкоцитоза, что особенно было-бы желательно, какъ это сейчасъ увидимъ, въ моихъ цѣляхъ.

Для нѣкоторыхъ болѣзней стойкій гиполейкоцитозъ объясняется по Ehrlich'у какъ-то, а другими — исключеніемъ лимфатическаго аппарата вслѣдствіе пораженія его.

Наконецъ, при нѣкоторыхъ болѣзняхъ онъ объясняется разрушеніемъ элементовъ по аналогіи съ ядами для лейкоцитовъ, каковы пептонъ, геміальбумозаеъ. Для счета бѣлыхъ шариковъ я употреблялъ разведеніе 1:100. Жидкостью для разведенія служили мнѣ смѣсь Афанасьева, которая бѣлые шарики окрашиваетъ, а потому ихъ труднѣе просмотрѣть. Въ первое время, производя сравнительныя счисленія бѣлыхъ шариковъ, какъ съ жидкостью Thoma, такъ и съ жидкостью Афанасьева, я получалъ при послѣдней бѣльшія числа (до 6⁰/о), что замѣчено и Усковымъ⁴²⁾ при сравнительныхъ счисленіяхъ съ жидкостью Thoma и имъ самимъ предложенною.

Сосчитывалось количество шариковъ въ 100 поляхъ зрѣнія микроскопа Zeiss'a (окул. 4 объект. Д.) и полученное среднее умножалось на вычисленный по величинѣ поля зрѣнія и величинѣ разведенія коэффициентъ (Якшъ). Для передвиженія препарата употреблялся малый столикъ Zeiss'a.

Какъ извѣстно различными авторами для выраженія средняго количества лейкоцитовъ въ 1 куб. мил. норм. крови принимаются разныя числовыя данныя, что всего скорѣе можно объяснить разностью методовъ изслѣдованія и различнымъ физиологич. состояніемъ изслѣдованныхъ субъектовъ. Оставляя въ сторонѣ данныя прежнихъ авторовъ (Welcker'a, Moleschott'a и др.) и считая наблюденія новѣйшаго времени болѣе точными, ввиду того, что теперь болѣе, чѣмъ прежде извѣстны физиологическія условія колебаній численности лейкоцитовъ, я всего охотнѣе останавливаюсь на числахъ Limbeck'a, принимающаго среднее число лейкоцитовъ въ 1 куб. мил. отъ 8000—9000, тѣмъ болѣе, что и М. Афанасьевъ, жидкостью котораго я пользовался, считаетъ это число равнымъ 9000. Rieder⁴³⁾ считаетъ за норму 7680,

Thoma ⁴⁴⁾ 6784—10590, Schulz ⁴⁵⁾ 7495, Jaksch 7000—7500, Graeber ⁴⁶⁾ и Reineske ⁴⁷⁾ отъ 7130—7350.

На основаніи данныхъ перечисленныхъ мною авторовъ и указанныхъ выше соображеній, я при сужденіи о результатахъ своихъ наблюдений принималъ за норму содержанія лейкоцитовъ въ 1 куб. ммил. 7000—9000, при среднемъ въ 8000; цифры свыше 9000 я считаю за выраженіе гиперлейкоцитоза; а ниже 7000—за выраженіе гиполейкоцитоза (ввиду того, что многими авторами колебанія до 7000 считаются нормальными).

Разсматривая данныя Винярскаго, единственнаго автора, изслѣдовавшаго до меня содержаніе лейкоцитовъ въ крови при проказѣ, мы видимъ, что въ среднемъ изъ своихъ 17 случаевъ онъ опредѣлилъ для каждаго больнаго содержаніе лейкоцитовъ въ 1 куб. мил. крови въ 6617 при отношеніи ихъ къ среднему же числу красныхъ шариковъ 1:766.

Примѣняя къ даннымъ Винярскаго взятая мною нормы мы находимъ, что изъ 17 его случаевъ въ 11 былъ гиполейкоцитозъ (64,7⁰/о); въ 4 случаяхъ (23,5⁰/о) нормальныя отношенія и въ 2-хъ случаяхъ (11,8⁰/о) гиперлейкоцитозъ. При этомъ оба его случая гиперлейкоцитоза легко объясняются: одинъ, какъ воспалительный (№ XII), а другой (№ XI) наличностью изъязвленія. Авторъ, принимая за нормальныя колебанія содержаніе лейкоцитовъ отъ 5000—10000, дѣлаютъ такой выводъ: содержаніе бѣлыхъ тѣлецъ при проказѣ въ общемъ стоитъ въ границахъ нормы; отклоненія отъ этого правила онъ видитъ въ 4 случаяхъ: въ сл. № XII, гдѣ абсолютное увеличеніе лейкоцитовъ онъ объясняетъ наличностью нагноенія и въ сл. № № V, VI и XIV, гдѣ уменьшеніе лейкоцитовъ и абсолютное, и относительное онъ отказывается объяснить.

Что касается до моихъ наблюдений, то въ общемъ, результаты ихъ сходны съ таковыми же Винярскаго. Въ среднемъ изъ 100 моихъ наблюдений мною найдено 7262 лей-

коцита въ 1 куб. ммл. крови. Небольшая разница между результатами Винярскаго и моими (около 8⁰/о) легко объясняется, какъ небольшимъ сравнительно количествомъ наблюдений его, такъ и тѣмъ, что онъ работалъ съ $\frac{1}{3}$ ⁰/о уксусной кислоты, которая даетъ, какъ я замѣтилъ меньшія числа, чѣмъ жидкость Афанасьева. Отношеніе средняго количества бѣлыхъ къ среднему количеству красныхъ равно, по выводу изъ моихъ наблюдений, 1:570. Такое отношеніе стоитъ въ предѣлахъ нормы по даннымъ большинства авторовъ, **но недалеко отъ нижней границы нормы.** Интересно, что теоретически это отношеніе для нормальной крови, согласно принятымъ мною нормамъ, должно было бы быть равно 1:647 (а именно: $8000: \frac{5500000,35}{100} + \frac{5000000,65}{100} = 1:647$). Следовательно, **кровь проказенныхъ приобретаетъ характеръ относительно болѣе богатой лейкоцитами, чѣмъ нормальная.** Объясняется это тѣмъ, что въ то время, какъ обѣднѣніе красными шариками выражается 20⁰/о, обѣднѣніе бѣлыми, принимаю за среднюю норму 8000—всего 9,2⁰/о.

По Винярскому, отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ равно при проказѣ 1:766. Это крупное, на первый взглядъ, противорѣчіе съ моимъ выводомъ объясняется тѣмъ, что Винярскій нашеть меньше, сравнительно съ моими цифрами, обѣднѣніе крови эритроцитами и большее, сравнительно, лейкоцитами. Кромѣ указанныхъ мною причинъ послѣдняго, я долженъ упомянуть, что на мои цифры могъ оказать вліяніе, хотя и небольшое (см. выше) пищеварительный лейкоцитозъ.

Въ среднемъ выводѣ на одного больнаго туберозной формой лейкоцитовъ приходится 7325, а на одного больнаго анестетической формой 7172. Возможно, что эта разница, по теоріи лейкоцитоза Virchow'a объясняется усиленной продукціей бѣлыхъ шариковъ при туберозной формѣ ввиду часто существующаго при ней раздраженія (клинически—опуханія) лимфатическихъ железъ.

Количество бѣлыхъ шариковъ до 7000 наблюдалось всего въ 53 случаяхъ; отъ 7000—9000 въ 21 случаѣ, а свыше 9000—въ 26 случаяхъ. Итакъ, по моимъ наблюденіямъ, нормальное содержаніе бѣлыхъ шариковъ встрѣтилось въ 21⁰/₀, гиполейкоцитозъ даетъ 53⁰/₀ и гиперлейкоцитозъ 26⁰/₀.

Если обратить вниманіе на случаи гиперлейкоцитоза, то оказывается, что 12 изъ нихъ могутъ быть отчислены къ разряду пищеварительныхъ. Считая за высшую нормальную границу содержанія бѣлыхъ шариковъ 9000 и, принимая, согласно Riederу, что вліяніе пищеваренія сказывается подъемомъ числа лейкоцитовъ въ среднемъ на 33⁰/₀, я отчислилъ въ рубрику пищеварительнаго лейкоцитоза всѣ случаи съ количествомъ лейкоцитовъ отъ 9000—11970, (которые были изслѣдованы послѣ обѣда) (№№ 20, 22, 35, 46, 49, 50, 51, 78, 79, 94, 97 и 98). Изъ оставшихся 14 случаевъ гиперлейкоцитоза 9 могутъ быть объяснены наличностью изъясненій (№№ 3, 4, 11, 12, 16, 41, 75, 76 и 89). Limbeck, Reinbach⁴⁸⁾ и Рубинштейнъ⁴⁹⁾ установили значеніе изъясненій раковыхъ опухолей для лейкоцитоза. Stein и Egmann⁵⁰⁾ находили лейкоцитозъ при туберкулезѣ, именно при наличности кавернъ; поэтому, по вполнѣ понятной аналогіи, нужно признать связь между лейкоцитозомъ и изъясненіями при проказѣ.

Изъ оставшихся 5 случаевъ гиперлейкоцитоза въ 2-хъ онъ наблюдался при обостреніи лепрозныхъ высыпаній (№ 25 и 100). Относительно послѣдняго явленія я долженъ замѣтить, что получалось впечатлѣніе ясной зависимости лейкоцитоза отъ обостреній: мною изслѣдована была кровь 4 больныхъ въ періодъ обостренія и у всѣхъ былъ найденъ значительный лейкоцитозъ (№ 25—10345; № 41—13743; № 89—12732 и № 100—17958). Большимъ вопросомъ является считать ли этотъ лейкоцитозъ за выраженіе наступающихъ при обостреніяхъ лепры воспалительныхъ явленій или за нѣчто специфическое для яда проказы. Многіе авторы

(Müller, Doutrelepont⁵¹⁾ и др.) находили палочки въ крови прокаженныхъ именно при обостреніяхъ болѣзненнаго процесса; возможно, конечно, при этомъ проявленіе положительнаго хемотаксиса, будетъ-ли онъ вызванъ самими бактеріями, или токсинами, ими вырабатываемыми. Но съ другой стороны, сопутствующія воспалительныя явленія, обычно съ большимъ или меньшимъ отложеніемъ экссудата, согласно теоріи Limbeck'a, даютъ право разсматривать этотъ лейкоцитозъ, какъ простой воспалительный. Я, съ своей стороны, болѣе склоненъ принять второе предположеніе, какъ болѣе простое и удобопонятное. Не странно-ли, что требуется для произведенія лейкоцитоза присутствіе бактерій именно въ крови, тогда какъ при полной ихъ жизнеспособности и жизнедѣятельности въ тканяхъ, омываемыхъ кровью, они не въ состояніи проявить своего хемотаксиса?

Изъ разсмотрѣнныхъ мною случаевъ гиперлейкоцитоза остается 3 (№№ 6, 7 и 42), простаго объясненія которыхъ я подыскать не могу. Оставалось-бы, поэтому, приписать причину этихъ гиперлейкоцитозовъ самой сущности болѣзни, если-бы цифры не заставили насъ признать прямо противоположнаго.

Перехожу теперь къ разсмотрѣнію часто наблюдаемаго при проказѣ гиполейкоцитоза. Явленіе это наблюдалось мною, какъ я уже упомянулъ у 53 изслѣдованныхъ больныхъ.

Ввиду указаннаго Соловьевымъ⁵²⁾ уменьшенія числа бѣлыхъ шариковъ въ преклонномъ возрастѣ, я исключаю изъ общаго числа случаевъ гиполейкоцитоза 8, относящихся къ больнымъ въ возрастѣ отъ 73—85 лѣтъ. Наблюденіями и опытами доказано далѣе, что количество лейкоцитовъ уменьшается при воздержаніи отъ пищи. Luciani⁵³⁾ наблюдалъ при голоданіи паденіе числа лейкоцитовъ до 861 въ куб. мм.; Limbeck при голоданіи одного душевно-больнаго также находилъ только 2800 лейкоцитовъ. Тщательно просматривая въ этомъ отношеніи свои наблюденія, я долженъ былъ за-

подозреть вліяніе поста въ 4 случаяхъ, относившихся къ больнымъ — старообрядцамъ, изслѣдованнымъ: 3 во время Великаго поста, а 1 въ одну изъ пятницъ.

За исключеніемъ 12 случаевъ гиполейкоцитоза, по указаннымъ сейчасъ соображеніямъ, остается 41, гдѣ, за неимѣніемъ какихъ-либо физиологическихъ моментовъ, способныхъ объяснить уменьшеніе числа лейкоцитовъ, приходится допустить вліяніе самой болѣзни. Не подтверждается ли также подобное предположеніе и тѣмъ обстоятельствомъ, что изъ 50 случаевъ, изслѣдованныхъ послѣ обѣда, пищеварительный лейкоцитозъ наблюдался только 12 разъ, тогда какъ по Rieder'у ⁵⁴⁾ пищеварительный лейкоцитозъ наблюдается въ 74% общаго числа изслѣдованныхъ; слѣдовательно, мною долженъ бы быть наблюдаемъ приблизительно у 37 больныхъ, а не у 12-ти только.

Обычныхъ причинъ неоявленія пищеварительнаго лейкоцитоза — пораженій желудочно-кишечнаго канала не было. Limbeck находилъ постоянное отсутствіе лейкоцитоза при глубокихъ расстройствахъ кровотоверенія. Согласно заявленію R. Müller'a у всѣхъ малокровныхъ лейкоцитозъ наступаетъ трудно, въ слабой степени и только послѣ очень обильнаго приема пищи.

Занимаясь въ первое время въ Рижскомъ лепрозеріи и часто получая пониженныя противъ нормы числа содержанія лейкоцитовъ даже у больныхъ, изслѣдованныхъ послѣ обѣда, я объяснялъ себѣ это явленіе качественными и количественными недостатками пищевого режима больныхъ. Но это предположеніе я долженъ былъ отбросить при просмотрѣ исторій болѣзни: весьма часто всѣхъ больныхъ при пребываніи въ пріютѣ наросталъ сравнительно съ первоначальнымъ — при поступленіи; менѣе частое паденіе вѣса всегда стояло въ связи съ глубокимъ нарушеніемъ питанія въ зависимости отъ болѣзни.

Остается допустить, согласно Limbeck'у и R. Müller'у, что и въ моихъ наблюденіяхъ частое отсутствіе пищеварительнаго лейкоцитоза объясняется расстройствами кровотоверенія.

Но само расстройство кровотоверенія при лепрѣ обуславливается сущностью болѣзни. Эта же причина можетъ служить объясненіемъ и гиполейкоцитоза. Последнее предположеніе подтверждается тѣмъ извѣстнымъ фактомъ, что нарушенія состава крови различны въ зависимости отъ сущности производящей болѣзни.

Иначе, гиполейкоцитозъ можно было-бы считать простымъ спутникомъ олигоцитеміи и другихъ описанныхъ уже расстройствъ. Наоборотъ, при лепрѣ, какъ болѣзни, ведущей къ кахексїи, а ргіогі пужно было бы ожидать гиперлейкоцитоза. Уже Virchow доказалъ, что при кахексїи слѣдуетъ увеличеніе количества лейкоцитовъ, а Eschschich описалъ и установилъ особую форму лейкоцитоза подъ названіемъ „кахектически-гидремического“. Особенно рѣзко, на примѣръ, проявляется лейкоцитозъ при раковыхъ заболѣваніяхъ, а между тѣмъ большинство авторовъ находили при нихъ уменьшеніе гемоглобина. Тѣмъ не менѣе есть болѣзни, сопровождающіяся нарушеніемъ состава крови, при которыхъ также не находили лейкоцитоза, а иногда даже отмѣчали гиполейкоцитозъ. Но называя сущность болѣзни причиною гиполейкоцитоза при проказѣ, я и не думаю надѣлять эту сущность опредѣленными свойствами, напр. — отрицательнаго хеміотаксиса.

Наибольшую аналогію въ явленіяхъ содержанія лейкоцитовъ крови прокаженныхъ я вижу въ таковыхъ же явленіяхъ при туберкулезѣ. Большинство авторовъ (Rieder ⁵⁵⁾, Strauer ⁵⁶⁾, Neubert ⁵⁷⁾, Laehr ⁵⁸⁾ находили при туберкулезѣ нормальное число лейкоцитовъ, Limbeck и Pick видѣли даже уменьшеніе ихъ. Но таковыя отношенія оставались до тѣхъ только поръ, пока туберкулезъ оставался не-

осложненнымъ. Появлялись каверны, наступала „Mischinfection“ и немедленно появлялся лейкоцитозъ.

Stein'омъ и Erbmann'омъ прямо отмѣчается связь силы лейкоцитоза съ распространенностью кавернъ. Limbeck и Pick принимаютъ, что туберкулезная инфекция сама по себѣ не даетъ лейкоцитоза, а если таковой появляется, то это всегда служитъ выраженіемъ „Mischinfection“.

До извѣстной степени, тоже мы видимъ и при проказѣ: чаще всего, наблюдаемый при ней лейкоцитозъ объясняется наличиемъ изъязвленій, а, слѣдовательно, полною возможностью смѣшаннаго зараженія. Разница здѣсь та, что иногда и при наличности язвъ лейкоцитоза при проказѣ не наблюдается, хотя ввиду малаго количества наблюдений Stein'a и Erbmann'a является вопросомъ — всегда ли наблюдается лейкоцитозъ при туберкулезѣ съ кавернами.

Чѣмъ-же объяснить наблюдаемый при проказѣ гиполейкоцитозъ?

Ввиду того, что гиперлейкоцитозъ встрѣчается при проказѣ лишь ввидѣ исключенія, для объясненія гиполейкоцитоза нельзя признать теоріи Löwit'a о leucolysis, какъ первичной стадіи лейкоцитоза. Трудно также допустить толкованіе Jacob'a и Goldscheider'a о неравномѣрномъ распредѣленіи лейкоцитовъ, такъ какъ объясненіе это можетъ подходить къ переходнымъ явленіямъ, а не стойкимъ. Будь при проказѣ гиполейкоцитозъ явленіе не стойкое, а переходящее, одинаково часто съ нимъ наблюдался бы и гиперлейкоцитозъ. По той же причинѣ трудно признать влияніе хемотаксиса.

Нужно остановиться на 2-хъ, по моему мнѣнію, возможныхъ толкованіяхъ: или образованіе лейкоцитовъ понижено и ихъ менѣе поступаетъ въ кровяное русло, или-же, при нормальномъ образованіи, ихъ больше исчезаетъ изъ кровянаго русла, благодаря распаденію (только не въ смыслѣ leucolysis'a Löwit'a) или эмиграціи.

Критически отнестись къ этимъ двумъ возможностямъ

намъ будетъ легче по разсмотрѣніи состава циркулирующихъ въ крови лейкоцитовъ, ‰ отношенія видовъ ихъ.

Прежде чѣмъ приводить результаты наблюдений постараемся на основаніи имѣющихся въ литературѣ данныхъ о значеніи отдѣльныхъ видовъ, установить критеріи для сужденія о полученныхъ результатахъ.

Отдѣльные виды бѣлыхъ шариковъ я сосчитывалъ, классифицируя ихъ по Einhorn'у, на сухихъ препаратахъ, изготовлявшихся по способу Ehrlich'a. Выступившая капля крови распредѣлялась тонкимъ слоемъ между 2 покровными стеклами, предварительно тщательно промытыми въ 10‰ растворѣ сѣрной кислоты; затѣмъ — водою, спиртомъ и эфиромъ. Стеклышки немедленно разнимались и по высушиваніи препаратовъ на воздухѣ, подвергались фиксаціи. Для фиксаціи въ первое время я употреблялъ послѣдній способъ Ehrlich'a: нагреваніе стеклышекъ, положенныхъ покрытою кровью поверхностью на мѣдную пластинку, разогрѣтую до 120°, въ теченіе 45—60 секундъ (Рубинштейнъ⁵⁹).

Однако такой способъ фиксаціи требуетъ по всей вѣроятности большой ловкости и навыка, потому что препараты мои рѣдко при немъ выходили удачными. Поэтому я сталъ фиксировать по способу Никифорова⁶¹), выдерживая препараты въ теченіе 20 минутъ въ смѣси алкоголя и эфира поровну. При такой фиксаціи мнѣ не приходилось получать такихъ ясныхъ и красивыхъ картинъ, какъ на удачныхъ препаратахъ, фиксированныхъ по Ehrlich'у, но за то порчи препаратовъ почти не наблюдалось, а для счета шариковъ они оказывались вполне пригодными. Фиксированные препараты окрашивались въ теченіе 8-ми минутъ выписаннымъ мною отъ Grübler'a Эрлиховскимъ Triadacidlösung.

Такъ же какъ и другіе, я пробовалъ самъ приготовить эту краску, но попытки эти какъ и у другихъ не увѣнчались успѣхомъ. По окраскѣ, препараты заключались въ ка-

надскій балъзамъ и разсматривались при объективѣ 8 и окулярѣ 3 Гартнаковскаго микроскопа.

Согласно указаніямъ Ehrlich'a я принималъ слѣдующія среднія числа содержанія различныхъ видовъ лейкоцитовъ въ нормальной крови:

многоядерныхъ	около	70%
лимфоцитовъ	„	20%
одноядерныхъ лейкоцитовъ и переходныхъ формъ }	„	6 — 8%
эозинофиловъ	„	2 — 4%

Такое дѣленіе установлено было Ehrlich'омъ на принципѣ различнаго происхожденія отдѣльныхъ видовъ шариковъ. Признавая этотъ принципъ, установленный Virchow'ымъ и развитый Neumann'омъ ⁶¹⁾, Vizzozzo'го ⁶²⁾, Schulze ⁶³⁾, Ehrlich ⁶⁴⁾, какъ извѣстно, ввелъ, какъ особый отличительный признакъ, свойства зернистости протоплазмы и отношенія ея къ краскамъ разной реакціи. По мнѣнію Ehrlich'a, лимфоциты происходятъ изъ лимфатическихъ железъ, а остальные элементы изъ селезенки и костнаго мозга, эозинофилы же исключительно изъ костнаго мозга. Въ послѣднее время, однако, Ehrlich ⁶⁵⁾ мѣняетъ свой взглядъ на обособленность элементовъ по мѣсту ихъ происхожденія. Онъ полагаетъ, что всѣ кровородные органы доставляютъ въ кровяное русло молодые одноядерные элементы, которые уже въ циркулирующей крови развиваются до степени многоядерныхъ элементовъ, самыхъ дѣятельныхъ по своей функціи. Химически этотъ процессъ ввиду особыхъ отношеній отдѣльныхъ сортовъ бѣлыхъ шариковъ выражается такъ: по мѣрѣ развитія, клетка организма теряетъ свое сродство къ основнымъ краскамъ и получаетъ таковое къ кислотамъ.

Уже Егб ⁶⁶⁾ допускалъ, что малые одноядерные суть молодые элементы, которые съ теченіемъ времени дѣлаются большими одноядерными и затѣмъ дѣленіемъ ядра на части

превращаются въ многоядерные. Löwit ⁶⁷⁾ доказываетъ, что при лейкоцитозѣ, изъ кровеобразовательныхъ органовъ доставляются въ кровь главнымъ образомъ одноядерные элементы, которые затѣмъ превращаются въ многоядерные, что по автору, происходитъ, по видимому, уже въ венахъ, впадающихъ въ v. cava inferior.

Мысль о возможности перехода одного вида бѣлыхъ шариковъ въ другой высказана также Науен'омъ ⁶⁸⁾, который разсматривая классификацію Schulze, приверженца теоріи обособленности видовъ по ихъ происхожденію, говоритъ: „il est évident, que les éléments de cette variété (т. е. 2-ой группы Schulze) sont des éléments de la variété suivante (т. е. 3-ей группы) n'ayant pas encore acquis toute leur développement“.

Тотъ же M. Schulze, который строго обособляетъ по мѣсту происхожденія свои 3 первыя группы бѣлыхъ шариковъ, высказывается за возможность происхожденія эозинофиловъ, (т. е. 4-ой группы), изъ 3-ей, мелкозернистыхъ лейкоцитовъ — по его обозначенію, нейтрофиловъ — по обозначенію Ehrlich'a, Zappert ⁶⁹⁾ полагаетъ, что эозинофилы образуются изъ нейтрофиловъ въ кровяномъ руслѣ и представляютъ, значитъ, дальнѣйшую ступень развитія послѣднихъ. Мнѣніе, что эозинофилы представляютъ совершенно обособленный, по мѣсту ихъ происхожденія изъ костнаго мозга, видъ, — опровергается также наблюденіями Сявцилло ⁷¹⁾, который нашелъ этотъ видъ шариковъ въ крови рыбъ, ежей и друг. низшихъ животныхъ, неимѣющихъ костнаго мозга. Егоровскій ⁷⁰⁾ часто находилъ переходныя формы отъ нейтрофиловъ къ эозинофиламъ. „Нѣтъ сомнѣнія, — говоритъ проф. Овсянниковъ ⁷²⁾, — что обѣ эти формы суть одни и тѣже бѣлые шарики съ тою разницей, что зерна однихъ больше, другихъ меньше“.

Далѣе, лимфоциты малые и большіе, по мѣсту происхожденія, не обособляются никѣмъ; ихъ выдѣляютъ въ особыя группы по ихъ размѣрамъ и по способности протоплазмы

большихъ къ амeboиднымъ движеніямъ. Интензивность окраски и форма ядра, кажется, единственное основаніе для обособленія большихъ лимфоцитовъ и большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ. Самое названіе „переходныхъ“ показываетъ значеніе выдѣленія этого вида.

Съ своей стороны, я также настаиваю на возможности переходовъ отъ лимфоцитовъ къ лейкоцитамъ и переходнымъ формамъ; отъ многоядерныхъ мелкозернистыхъ нейтрофиловъ къ крупнозернистымъ эозинофиламъ. При своихъ занятіяхъ я очень часто встрѣчалъ такіа формы, что затруднялся отнести ихъ къ одной изъ опредѣленныхъ группъ Ehrlich'a и принужденъ былъ таковыя отбрасывать, какъ неподходящія къ опредѣленнымъ рубрикамъ. Очень часто на моихъ препаратахъ, я видѣлъ переходы нейтрофиловъ къ эозинофиламъ. Въ такихъ случаяхъ часть шарика представлялась крупнозернистою и интензивно окрашенною, а другая часть (большая) мелкозернистою и блѣдною.

Лучшимъ выразителемъ генетической связи отдѣльных видовъ, родства ихъ явился Усковъ ⁷³⁾, представившій классификацію шариковъ по возрастамъ. Онъ дѣлитъ все бѣлые шарики на молодые, зрѣлые и перезрѣлые, допускаетъ существованіе всевозможныхъ между ними переходовъ и высказываетъ твердое убѣжденіе о переходѣ одного вида въ другой въ зависимости отъ возраста шарика. Оставаясь приверженцемъ мнѣнія Ускова и послѣднихъ взглядовъ Ehrlich'a на возможность генетической связи отдѣльных видовъ, я придерживаюсь классификаціи послѣдняго.

Разсмотримъ теперь литературныя данныя о значеніи отдѣльных видовъ шариковъ.

Усковъ ⁷⁴⁾ нашелъ, что пищеварительный лейкоцитозъ зависитъ отъ увеличенія перезрѣлыхъ элементовъ (по Rieder'у — наоборотъ — одноядерныхъ). По Гундобину ⁷⁵⁾, лейкоцитозъ новорожденныхъ обуславливается, главнымъ образомъ лимфоцитами, что подтверждается также Rieder'омъ

и Войно-Оранскимъ ⁷⁶⁾, который кромѣ того считаетъ при этомъ абсолютное уменьшеніе количества перезрѣлыхъ элементовъ. Въ старческой крови Соловьевъ ⁷⁷⁾ нашелъ: уменьшеніе $\%$ и числа молодыхъ элементовъ; увеличеніе зрѣлыхъ и эозинофиловъ въ томъ и другомъ отношеніи и уменьшеніе количества перезрѣлыхъ съ одновременнымъ превосходствомъ ихъ въ $\%$ отношеніи.

Острогорскій ⁷⁸⁾ при беременности находилъ увеличеніе числа лейкоцитовъ, происшедшее за счетъ многоядерныхъ элементовъ. Rieder также находилъ лейкоцитозъ, но не могъ констатировать преобладанія многоядерныхъ клѣтокъ. Послѣ родовъ „сущность измѣненія крови, по Острогорскому, — заключается въ гибели значительнаго количества перезрѣлыхъ (многоядерныхъ) и въ нѣкоторомъ увеличеніи количества молодыхъ. Лейкоцитозъ послѣ кровоточенія происходитъ по Ehrlich'у ⁷⁹⁾ и Erb'у ⁸⁰⁾ то на счетъ многоядерныхъ, то на счетъ одноядерныхъ элементовъ.

Rieder при разныхъ болѣзняхъ, поведшихъ къ кахексїи находилъ значительное умноженіе многоядерныхъ элементовъ, лишь при сифилисѣ и рахитѣ онъ наблюдалъ умноженіе одноядерныхъ клѣтокъ. При лейкоцитозѣ, зависящемъ отъ воспаленія легкаго, Rieder и Кикодзе ⁸¹⁾ принимаютъ, что увеличеніе лейкоцитовъ идетъ за счетъ многоядерныхъ и уменьшенія одноядерныхъ элементовъ. При рожѣ лейкоцитозъ тоже обуславливается увеличеніемъ количества многоядерныхъ (Reinert ⁸²⁾, Rieder ⁸³⁾). Лейкоцитозъ при воспалительныхъ процессахъ объясняется, по Joas ⁸⁵⁾, не воспалительнымъ раздраженіемъ, а есть только **регенерация съ избыткомъ** для замѣны вышедшихъ изъ крови на мѣсто воспаленія лейкоцитовъ.

Rée не находилъ лейкоцитовъ при кори, причемъ элементы въ большинствѣ были одноядерны и велики; при скарлатинѣ же, наоборотъ Rée и Кочетковъ ⁸⁶⁾ наблюдали

лейкоцитозъ съ громаднымъ преобладаніемъ многоядерныхъ и уменьшеніемъ (по Кочеткову) молодыхъ шариковъ.

При брюшномъ тифѣ Науеи, Limbeck⁸⁷⁾, Вонне⁸⁸⁾, Усковъ и Хетагуровъ⁸⁹⁾ находили уменьшеніе лейкоцитовъ, причеиъ, согласно послѣднимъ 2-мъ авторамъ, уменьшеніе это касалось многоядерныхъ элементовъ, тогда какъ количество лимфоцитовъ повышалось. Хетагуровъ объясняетъ это явленіе съ одной стороны гибелью нейтрофиловъ, а съ другой стороны пораженіемъ лимфатической системы (раздраженіемъ?), ведущимъ къ паростанію въ крови лимфоцитовъ. Filè⁹⁰⁾ во всѣхъ случаяхъ дифтеріи находилъ лейкоцитозъ и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ тяжелѣе состояніе, а чѣмъ тяжелѣе заболѣваніе, тѣмъ рѣзче выступаетъ преобладаніе числа многоядерныхъ; при выздоровленіи, наоборотъ, замѣчается преобладаніе одноядерныхъ элементовъ.

Любопытно, что послѣ инъекціи антидифтеритной сыворотки наступаетъ очень скоро гиполейкоцитозъ, смѣняющійся гиперлейкоцитозомъ, достигающимъ своего максимумъ черезъ 5—6 часовъ послѣ инъекціи. По изслѣдованіямъ Рубинштейна⁹¹⁾ при раковыхъ болѣзняхъ возрастаетъ количество полиморфныхъ элементовъ и убываетъ количество лимфоцитовъ. Объяснить это явленіе Рубинштейнъ отказывается, опровергая въ тоже время мнѣніе Ehrlich'a, что перевѣсъ нейтрофиловъ обуславливается здѣсь исключеніемъ лимфатическаго аппарата, пораженнаго ракомъ, такъ какъ въ своихъ изслѣдованіяхъ Рубинштейнъ нигдѣ не могъ установить связи между пораженіемъ лимфатической системы и увеличеніемъ числа многоядерныхъ. Что касается до эозинофиловъ, то увеличеніе ихъ количества находили при бронхиальной астмѣ, а уменьшеніе при кахекезіяхъ. Thayer⁹²⁾ находилъ особенно рѣзкое увеличеніе ихъ (до 68%) при трихинозѣ и одинъ разъ даже опредѣлялъ трихинозъ на основаніи большаго (47%) количества эозинофиловъ въ крови.

Обращаюсь теперь къ разсмотрѣнію результатовъ моихъ

наблюденій. Сухіе препараты удались и разсмотрѣны мною въ 84 случаяхъ проказы. Въ среднемъ выводѣ на каждого больнаго получены мною слѣдующія цифры различныхъ видовъ бѣлыхъ шариковъ:

многоядерныхъ	62,4
лимфоцитовъ малыхъ	20,5
„ большихъ	7,9
одноядерныхъ лейкоцитовъ	4,8
переходныхъ „	2,8
эозинофиловъ	1,6

Цифры эти приводятъ къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) количество многоядерныхъ при проказѣ уменьшается,
- 2) количество лимфоцитовъ увеличивается,
- 3) уменьшеніе многоядерныхъ и увеличеніе одноядерныхъ находится между собою какъ бы въ какой то зависимости: лимфоцитовъ увеличивается почти на такое же % отношеніе, на какое уменьшается количество многоядерныхъ;
- 4) созрѣваніе шариковъ въ кровяномъ руслѣ совершается, какъ ad postum, на что указываетъ нормальное количество переходныхъ элементовъ,
- 5) количество эозинофиловъ уменьшено.

Оставаясь сторонникомъ мнѣнія о генетической связи отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ шариковъ и признавая затѣмъ за доказанный фактъ, что въ крови при проказѣ количество лейкоцитовъ уменьшено, можно придти только къ слѣдующему толкованію упомянутыхъ результатовъ. Кровотворящіе органы вырабатываютъ и доставляютъ въ кровяное русло нормальное количество молодыхъ элементовъ; жизнь этихъ элементовъ и ихъ созрѣваніе протекаютъ нормально, но, достигнувъ полнаго развитія, они исчезаютъ изъ кровянаго русла скорѣе и въ большемъ количествѣ. Такимъ образомъ, гиполейкоцитозъ при проказѣ сводится, главнымъ образомъ, къ усиленному исчезанію нейтрофиловъ. Это послѣднее положеніе требуетъ однако поправки: въ 26% всѣхъ случаевъ гиполейкоцитоза

абсолютное количество лимфоцитов также уменьшается, несмотря на повышение их процентнаго отношенія.

Что гиполейкоцитозъ при проказѣ объясняется главнымъ образомъ исчезаніемъ нейтрофиловъ изъ кровянаго русла, то это доказывается также слѣдующимъ совпаденіемъ: общее количество лейкоцитовъ уменьшено въ среднемъ на 9,2%, а количество нейтрофиловъ уменьшено противъ нормы въ среднемъ на 10,8%. Связь уменьшенія общаго числа лейкоцитовъ съ уменьшеніемъ, главнымъ образомъ, многоядерныхъ видна также изъ того обстоятельства, что большее уменьшеніе общаго числа лейкоцитовъ при анестетич. формѣ совпадаетъ съ большимъ также противъ средняго уменьшеніемъ многоядерныхъ (61%, а при туберозной формѣ 63,3%). Куда-же дѣваются нейтрофилы: эмигрируютъ ли они или разрушаются въ самомъ кровяномъ ложѣ? Ввиду частыхъ находокъ въ сухихъ препаратахъ остатковъ нейтрофиловъ въ видѣ ядеръ съ характерно окрашенными обломками протоплазмы, я склоненъ придерживаться послѣдняго предположенія. Къ такому разрушенію нейтрофиловъ, по всей вѣроятности ведетъ циркулирующій въ крови ядъ проказы. По мнѣнію Jacob'a⁹³⁾, лейкоциты, разрушаясь, отдѣляютъ бактерицидные продукты, но послѣдніе только общей, а не специфической природы; специфичность они приобретаютъ и становятся убивающими бактеріи антитоксинами только слагаясь съ токсинами бактерій; въ этомъ уже стадіи вступаетъ въ процессъ и Мечниковскій фагоцитозъ. Возможно, что эта теорія вѣрна и въ примѣненіи ея къ нашему вопросу, ею можно объяснить упорное и долгое противодѣйствіе организма проказѣ, принявъ уменьшеніе нейтрофиловъ при этой болѣзни за проявленіе *vis medicatrix naturae*.

Возможно, что уменьшеніе эозинофиловъ объясняется не доживаніемъ нейтрофиловъ до ихъ возраста или также усиленнымъ ихъ разрушеніемъ, хотя фактъ уменьшенія этого вида шариковъ можетъ быть объясненъ и кахексією, къ

которой приводитъ проказа, такъ какъ обычно при кахектическихъ состояніяхъ наблюдается уменьшеніе эозинофиловъ.

Я упомянулъ, что многоядерные и лимфоциты стоятъ какъ-бы въ какой-то зависимости другъ съ другомъ. Это наблюденіе мое подтверждаетъ мнѣніе Löwit'a, что одноядерные и многоядерные находятся между собою въ опредѣленныхъ отношеніяхъ; распадающіеся многоядерные, по его мнѣнію, замѣщаются тотчасъ одноядерными, которые затѣмъ превращаются въ такіе же многоядерные.

Если правильно мое предположеніе о гибели нейтрофиловъ еще въ кровяномъ руслѣ и если считать эти элементы, благодаря ихъ высокоразвитой подвижности (Klemensiewicz⁹⁴⁾ только многоядерныя клѣтки считаетъ обладающими свойствами передвиженія), способностью эмигрировать въ ткани и имѣть, главнымъ образомъ, присущей фагоцитарной дѣятельности, — за драгоценныхъ охранителей организма, то становится понятнымъ теченіе проказы, несомненно ведущее къ опредѣленному концу. — Компенсаторныя силы организма обычнымъ, а иногда усиленнымъ порядкомъ готовятъ защитниковъ его, послѣдніе гибнутъ въ громадномъ количествѣ, а *vis medicatrix naturae* постепенно истощается.

Содержаніе кровяныхъ пластинокъ въ крови проказенныхъ.

Литературныя данныя о содержаніи кровяныхъ пластинокъ при разныхъ патологическихъ состояніяхъ крайне скудны. Извѣстно, напримѣръ, уменьшеніе ихъ числа во время лихорадочнаго приступа маляріи (Романовскій⁹⁵⁾). По окончаніи приступа, Pizzini наблюдалъ увеличеніе ихъ числа, которое достигало maximum'a спустя 6—7 часовъ послѣ кризиса. Уменьшеніе ихъ наблюдали при истощающихъ состояніяхъ; кромѣ того при отравленіяхъ кровяными ядами —

пирогалловой кислотой, глицериномъ, бертолетовою солью (В. Афанасьевъ) и т. д. При высокой лихорадкѣ (при тифѣ, рожѣ) число пластинокъ также уменьшается (Limbeck⁹⁸). Pruss⁹⁶) и Афанасьевъ⁹⁷) находили увеличение ихъ числа при анеміяхъ во время регенерациі крови, а также при лейкеміи. Limbeck находилъ увеличение пластинокъ при тяжелыхъ формахъ анеміи. Многими отмѣчается прямая пропорціональность между числомъ пластинокъ и эритроцитовъ. Что касается до физиологической роли пластинокъ, то многими авторами (Vizzozego, Лавдовскій, Плава, Rauschenbach⁹⁹) считается доказаннымъ участіе ихъ въ образованіи бѣлыхъ тромбовъ.

Вопросы о колебаніяхъ ихъ числа при различныхъ физиологическихъ условіяхъ до сихъ поръ остаются открытыми.

Мало того, до сихъ поръ не установлены твердо ни сущность ихъ, ни генетическая связь ихъ съ другими форменными элементами. По мнѣнію Hayem'a, Gibson'a⁹⁹) и М. Афанасьева пластинки представляютъ собою первую ступень развитія красныхъ кровяныхъ элементовъ; по мнѣнію Lilienfeldt'a⁹⁹) пластинки суть производныя ядеръ бѣлыхъ шариковъ; Löwit же считаетъ ихъ за выпавшій изъ плазмы и бѣлыхъ элементовъ и обособившійся, и морфологически, и химически глобулинъ. Laker, Лавдовскій, Vizzozego, доказавъ присутствіе пластинокъ въ циркулирующей крови, наравнѣ съ большинствомъ гистологовъ считаютъ пластинки нормальной составной частью крови. Противоположное мнѣніе Löwit'a о томъ, что пластинки не болѣе, какъ распадъ форменныхъ элементовъ поддерживаютъ Hensen, Ehrlich, Neumann⁹⁹) и Arnold.

Количество пластинокъ въ нормальной крови разными наблюдателями отмѣчалось различно. Такъ по Афанасьеву ихъ 200000—300000 въ 1 куб. мм.; по Fusagi¹⁰⁰)—180000—250000; по Pruss'y¹⁰⁰)—500000, а по Eberth'y и Schimmelbusch'y—400000.

Ввиду болѣе или менѣе установленнаго отношенія пластинокъ къ регенерациі крови при анеміяхъ (Афанасьевъ, Fusagi, Limbeck) и при лихорадкахъ (Pizzini¹⁰⁰), съ цѣлью возможно всесторонняго изученія вопроса объ измененіи крови при проказѣ, я произвелъ во многихъ наблюдавшихся мною случаяхъ сосчитываніе пластинокъ.

Для разведенія крови я пользовался жидкостью Афанасьева, (см. стр. 3). Для изслѣдованія возможно быстро бралась 2-я капля крови; разведеніе употреблялась 1:200 и сосчитывалось количество пластинокъ въ 10 большихъ квадратахъ и полученныя числа прямо умножались на 5000.

Всего сосчитано мною пластинокъ въ 55 случаяхъ, касавшихся 7 больныхъ мужчинъ и 28 женщинъ. Въ среднемъ выводѣ на каждого больного приходится 350000 пластинокъ въ 1 кубическ. миллиметрѣ.

Если принять за норму числа Афанасьева, по методу котораго я и работалъ, а именно 200—300 тысячъ, или также числа Fusagi, то оказывается, что число пластинокъ при лепрѣ увеличено. Съ другой стороны, если признать правильными нормы Pruss'a или Eberth'a и Schimmelbusch'a, то мои результаты показываютъ уменьшеніе пластинокъ въ крови прокаженныхъ. Во всякомъ случаѣ, даже и при такихъ нормахъ это уменьшеніе незначительно и самъ собою напрашивается выводъ, если только положеніе о связи пластинокъ съ регенерацией крови вѣрно, что процессы регенерациі идутъ правильно при проказѣ и лишь ядъ болѣзни не позволяетъ имъ завершиться желательнымъ образомъ.

Никакой пропорціональности между количествомъ пластинокъ и количествомъ эритроцитовъ отмѣтить мнѣ не удалось. Такъ въ случаѣ № 4, при 4.530.000 красныхъ кровяныхъ шарикахъ, пластинокъ 160000, а въ случаѣ № 12, при 4.740.000 эритроцитовъ, пластинокъ 700000; въ случаѣ

№ 14, при 3520000 эритроцитовъ, пластинокъ 900000, а въ случаѣ № 63, при 4500000 эритроцитовъ, пластинокъ всего 160000.

На каждаго больного туберозной формой (всего 21 чел.) приходится въ среднемъ 361000, а на больного анестетической формой (всего 14 чел.) 333000. При этомъ нужно замѣтить, что въ группу больныхъ туберозной формой попало много тяжелыхъ больныхъ (по клиническимъ проявленіямъ), а въ группу больныхъ анестетической формой относительно много легкихъ случаевъ, а именно, въ первую группу вошли 9 тяжелыхъ, 8 среднихъ и 4 легкихъ случая, а во вторую группу 6 среднихъ и 8 легкихъ случаевъ. На каждаго больного съ тяжелымъ клиническимъ теченіемъ приходится въ среднемъ 358500; съ легкимъ клиническимъ теченіемъ 268800, а съ средними по силѣ явленіями 399600.

Если ставить зависимость процесса регенераціи крови отъ количества пластинокъ внѣ сомнѣнія, то нужно сдѣлать такой выводъ: наряду съ процессами ухудшенія нормального состава крови (дегенеративными) идутъ также и процессы регенераціи; количество гематобластовъ Науеша, этихъ родоначальниковъ красныхъ кровяныхъ клѣтокъ повышается, но до извѣстнаго предѣла, до извѣстной стадіи болѣзни, когда процессъ регенераціи начинаетъ отставать, что и выражается уменьшеніемъ количества пластинокъ, въ случаяхъ тяжелыхъ сравнительно съ случаями средней тяжести. Процессы регенераціи нужно считать болѣе сильными при туберозной формѣ, чѣмъ при анестетической. Возможно, что при туберозной формѣ существуетъ болѣе рѣзкое раздраженіе органовъ кровотоенія.

Выводамъ, приведеннымъ мною, ввиду относительно недостаточнаго количества наблюденій (всего 35), и ввиду того, что и до сихъ поръ такіе авторы, какъ Jaksch¹⁰¹⁾, считаютъ пластинки лишенными клиническаго значенія, я, конечно, не придаю характера непогрѣшимости, но позволю

себѣ думать, что сдѣланныя мною наблюденія способствуютъ накопленію фактовъ, изъ которыхъ и можно будетъ когда-либо сдѣлать выводъ о патологической роли пластинокъ.

Измѣненія удѣльнаго вѣса крови.

Опредѣленіе удѣльнаго вѣса при гематологическихъ изслѣдованіяхъ имѣетъ какъ для патолога, такъ и для клинициста второстепенное значеніе въ ряду другихъ объектовъ и методовъ изслѣдованія крови. Какъ извѣстно, слѣдующіе факторы опредѣляютъ удѣльный вѣсъ крови. Самый тяжелый ингредиентъ крови—это красныя кровяныя тѣльца, а потому при олигоцитеміи и прочихъ равныхъ условіяхъ удѣльный вѣсъ крови долженъ быть пониженъ. Далѣе, такъ какъ красныя кровяныя тѣльца своимъ тяжелымъ вѣсомъ обязаны гемоглобину, то ясно, что, при всякомъ обѣднѣніи крови гемоглобиномъ, удѣльн. вѣсъ крови понижается, хотя-бы количество красныхъ элементовъ и не выходило изъ предѣловъ нормы. Такія отношенія между содержаніемъ гемоглобина и удѣльнымъ вѣсомъ особенно рельефно выступаютъ при хлорозѣ. Schmalz¹⁰²⁾ указалъ, что при этой болѣзни удѣльный вѣсъ крови сильно понижается, несмотря на то, что количество красныхъ шариковъ остается подчасъ нормальнымъ и что, съ другой стороны, замѣчается полное соотвѣтствіе между степенью олигохромеміи и пониженіемъ удѣльнаго вѣса. Наконецъ—3-й факторъ удѣльнаго вѣса крови это удѣльный вѣсъ кровяной плазмы. Хотя по изслѣдованіямъ Hammerschlag'a¹⁰³⁾ удѣльный вѣсъ плазмы равняется въ среднемъ 1030, а удѣльный вѣсъ крови=1057—1060, несомнѣнно однако, что концентрація первой не остается безъ вліянія на удѣльный вѣсъ всей крови. Въ всякомъ случаѣ и a priori, и по мнѣнію гематологовъ удѣльный вѣсъ крови нужно считать зависящимъ, главнымъ образомъ, отъ

содержанія гемоглобина. Поэтому во всѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе производится и на содержаніе гемоглобина, тамъ опредѣленіе удѣльнаго вѣса крови играетъ второстепенную роль дополняющаго метода. Тамъ же, наоборотъ, гдѣ нельзя произвести полнаго гематологическаго изслѣдованія, ввиду удобствъ и легкости клиническаго опредѣленія удѣльнаго вѣса крови, оно, будучи мѣриломъ олигохромеміи, можетъ дать цѣнные результаты для сужденія и о степени болѣзни, и объ успѣшности лѣченія.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію методовъ опредѣленія удѣльнаго вѣса крови, я позволю себѣ сдѣлать маленькое отступленіе. Насколько я могъ убѣдиться изъ имѣющейся у меня подъ руками литературы, среди авторовъ не существуетъ опредѣленнаго взгляда на самое понятіе объ удѣльномъ вѣсѣ крови. Такъ Schmaltz, Щелкова¹⁰⁴), опредѣляя удѣльный вѣсъ прямымъ способомъ, разумѣли подъ этимъ понятіемъ отношеніе плотности крови къ плотности дистиллированной воды при 38°C. Haugstoft¹⁰⁵) при своемъ непосредствѣ методѣ опредѣляетъ удѣльный вѣсъ при 15—16°C и полученныя данныя считаетъ за истинный удѣльный вѣсъ. Тоже дѣлаетъ Hammerschlag, von Roy¹⁰⁶) и другіе. Подобный пріемъ будетъ вѣренъ только въ томъ случаѣ, если ареометръ, употребляемый при методѣ непрямаго изслѣдованія, приготовленъ при 4°C, (т. е. когда нулевая точка его дѣйствительно показываетъ плотность воды равную 1), если же ареометръ приготовленъ при 15—16°C, то онъ будетъ давать большія показанія (такъ какъ само мѣрило-плотность воды при этомъ меньшая). Съ другой стороны Schmaltz при своемъ прямомъ методѣ тоже долженъ былъ получать большія числа, такъ какъ плотность воды при 38°C равняется не 1, а 0,993. Другими словами, онъ фальшивымъ укороченнымъ аршиномъ намѣривалъ больше. Напримѣръ, если по способу Schmaltz'a получается 1050 (1,050), то по приведеніи этой цифры къ плотности воды при 4°C получится

1051. $0,993 = 1042,65$; (последняя цифра и будетъ соответствовать плотности крови при 38°C, но все-же не истинному удѣльному вѣсу крови, такъ какъ для этого необходимо приведеніе крови къ наибольшей плотности). Такъ какъ для насъ всего интереснѣе знать плотность крови въ нормальныхъ ея условіяхъ или по возможности въ условіяхъ близко подходящихъ къ нимъ, то желательнѣе опредѣлять ее при 38°C, но при этомъ дѣлать необходимую (при способѣ Schmaltz'a) поправку. Если мы будемъ имѣемъ дѣло съ какимъ-либо секретомъ или экскретомъ организма, то для насъ безразлично, ввиду ихъ отчужденности отъ организма, опредѣлять ихъ удѣльный вѣсъ при той или другой температурѣ.

Не такъ дѣло обстоитъ съ кровью: нельзя съ методомъ приварованнымъ къ неорганическому и органическому подходить къ чему-либо организованному. Опредѣлять физическія свойства предмета организованнаго желательнѣе въ предѣлахъ его физиологическаго равновѣсія.

Точный физическій способъ опредѣленія удѣльнаго вѣса крови былъ-бы такой. Сначала нужно опредѣлить температуру, при которой кровь имѣетъ наибольшую плотность (такихъ изслѣдованій не имѣется). Затѣмъ опредѣлить ея удѣльный вѣсъ при этой температурѣ и, наконецъ, привести полученную цифру къ плотности воды при 4°C.

Но можемъ ли мы поручиться, что при подобныхъ манипуляціяхъ не нарушится физиологическое равновѣсіе крови; не будемъ ли мы имѣть дѣло уже не съ кровью, а съ какимъ-то дериватомъ ея?

Поэтому мнѣ кажется, что понятіе „удѣльный вѣсъ крови“ въ его истинномъ физическомъ смыслѣ *non sens*.

Было-бы много научнѣе довольствоваться опредѣленіемъ плотности крови при 38°C.

Вотъ почему при описаніи способовъ опредѣленія крови я и останавливаюсь сначала на способѣ Schmaltz'a. Володосную трубочку, длиною въ 12 снтм. и шириною въ 1½ мм.,

тщательно очистивъ, взвѣшиваютъ сначала пустую, затѣмъ съ водою нагрѣтою до 38°C , а затѣмъ съ кровью. Частное полученное отъ дѣленія вѣса крови на вѣсъ равнаго объема воды и укажетъ на удѣльный вѣсъ испытуемой крови. Способъ этотъ очень точный: наибольшая ошибка при проверкахъ равнялась всего 0,00085, но при этомъ способъ этотъ очень хлопотливъ и требуетъ очень чувствительныхъ (до $\frac{1}{20}$ мгрм.) аналитическихъ вѣсовъ.

Много проще и для клиническихъ цѣлей удобнѣе способы прямого опредѣленія, именно взвѣшивания капли крови въ другой жидкости известнаго удѣльнаго вѣса. Для этой цѣли von Fano пользуется растворами гумми-арабика, von Roу растворами глицерина съ водою, а Hammereschlag капли испытуемой крови вноситъ въ смѣсь хлороформа съ бензоломъ и затѣмъ добавляетъ или хлороформа, если капля крови идетъ ко дну или бензола, если она плыветъ къ поверхности смѣси до тѣхъ поръ, пока капля не будетъ ни опускаться, ни подниматься; удѣльный вѣсъ полученной такимъ образомъ смѣси равняется удѣльному вѣсу крови и опредѣляется ареометромъ.

Удобства этого способа слѣдующія: 1) требуется только одна капля крови; 2) самый способъ въ высшей степени простъ и доступенъ и требуетъ самаго небольшого навыка, что дѣлаетъ его незамѣнимымъ для клиническихъ цѣлей; 3) наконецъ, производство изслѣдованія требуетъ всего 1—2 минуты. Limbeck считаетъ методъ Hammereschlag'a лучшимъ изъ всѣхъ непрямыхъ методовъ. Къ недостаткамъ метода относятся: 1) то, что онъ, какъ и всѣ непрямые методы даетъ высшія цифры, чѣмъ методъ прямой; 2) то, что съ плотностью смѣси при 15°C сравнивается плотность, во всякомъ случаѣ, болѣе теплой крови и въ 3) то, что при не всегда одинаково быстромъ охлажденіи крови (что зависитъ отъ размѣра капли) и трудности достичь быстрого и равномернаго смѣшенія приливаемыхъ для поправки къ уже го-

товой смѣси хлороформа или бензола, иногда бываетъ трудно уловить моментъ, когда капля крови пришла въ смѣси въ состояніе равновѣсія. Послѣдній недостатокъ искупается, впрочемъ, слишкомъ легкою возможностью проверки полученнаго результата помощью новой пробы.

До сихъ поръ, сколько мнѣ известно, опредѣленій удѣльнаго вѣса крови при проказѣ не производилось. Единственный авторъ, изслѣдовавшій кровь при проказѣ—Виньярскій, опредѣленій удѣльнаго вѣса крови не дѣлалъ. Я опредѣлялъ удѣльный вѣсъ крови по способу Hammereschlag'a. У меня было приготовлено при 12°R 35 смѣсей удѣльнаго вѣса, начиная отъ 1025 до 1060.

Передъ самымъ изслѣдованіемъ я разливалъ эти растворы въ небольшія рюмки и полученную уколомъ изъ мякоти пальца кровь бралъ небольшою пипеткой и вносилъ въ разныя смѣси, причемъ отмѣчалъ ту, въ которой кровь оставалась въ состояніи равновѣсія. Такой способъ былъ очень хлопотливъ, требовалъ многихъ капель крови и заставлялъ сомнѣваться нѣсколько въ полученныхъ результатахъ, потому что удѣльный вѣсъ смѣсей, благодаря летучести хлороформа, довольно скоро мѣняется. Поэтому въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ я бралъ одну смѣсь, приблизительно удѣльнаго вѣса въ 1045, опускалъ въ таковую каплю крови и прибавлялъ по немногу хлороформъ или бензолъ до установленія равновѣсія испытуемой капли. При этомъ я долженъ замѣтить, что прибавлять хлороформъ удобнѣе, ввиду болѣе скорого и равномернаго его смѣшиванія съ готовой уже смѣсью, какъ вещества болѣе тяжелаго и опускающагося на дно.

Большинство изслѣдованій произведено мною при 12°R ; остальные при болѣе высшихъ температурахъ, а именно: при 13, 14 и 15° ; при этихъ послѣднихъ изслѣдованіяхъ температура отмѣчалась для каждаго случая. По заявленію Haugraft'a, въ такихъ случаяхъ на каждые 2°F нужно поправлять удѣльный вѣсъ на 0,88 (или на каждый 1°R —

0,99). Мои повѣрочные опыты дали вполне согласные съ Haусгафт'омъ результаты. По моему, на каждый 1°R нужно поправлять удѣльный вѣсъ на 1; такъ, напримѣръ, если мы при 15°R получили 1047, то это значитъ, что при 12°R удѣльный вѣсъ равенъ $1047 + 3 = 1050$.

Удѣльный вѣсъ крови здоровыхъ людей и по Schmalz'у, и по Hammerschlag'у представляетъ довольно постоянную величину. Въ среднемъ онъ равенъ для мужчины 1059*), а для женщины 1056. Schmalz, изслѣдуя у себя кровь въ теченіе цѣлаго года, при различнѣйшихъ условіяхъ, нашелъ, что удѣльный вѣсъ крови не поднимался выше 1062 и не падалъ ниже 1056.

Всего мною изслѣдовано 100 больныхъ. Разсматривая полученные результаты, я исключилъ изъ общаго числа 15 наблюдений, какъ прямо ошибочныхъ или сомнительныхъ (№№ 11, 19, 64, 73, 12, 17, 66, 4, 7, 9, 26, 28, 32, 87, и 92). Въ оставшихся 85 случаяхъ дѣло касалось 28 больныхъ мужчинъ и 57 больныхъ женщинъ. Будь кровь этихъ 85 больныхъ нормальна, то удѣльный вѣсъ ея въ среднемъ долженъ былъ бы равняться 1057. Мною получено въ среднемъ для одного больного 1046,84. Такимъ образомъ удѣльный вѣсъ крови прокаженныхъ значительно пониженъ: болѣе чѣмъ на 10 въ среднемъ. У каждаго больного мужчины удѣльный вѣсъ равнялся въ среднемъ 1046, а у каждой женщины 1047,68.

Слѣдовательно, удѣльный вѣсъ крови больного мужчины пониженъ въ среднемъ на 13 тысячныхъ, а женщины на 8,32 тысячныхъ. Такая разница зависѣла, по всей вѣроятности, отъ того, что среди женщинъ было относительно болѣе страдавшихъ легкими формами.

Такимъ образомъ, болѣзнь измѣнила нормальное отношеніе половъ къ удѣльному вѣсу крови. Зависимость отъ возраста больныхъ оказалась слѣдующимъ образомъ. Въ группѣ больныхъ въ возрастѣ до 35 лѣтъ, всего 21 чело-

*) Принимая удѣльный вѣсъ воды=1000.

вѣтъ, удѣльный вѣсъ равнялся въ среднемъ 1046,43; въ группѣ больныхъ до 55 лѣтъ, всего 22 человекъ, удѣльный вѣсъ равнялся въ среднемъ 1044,61; въ группѣ больныхъ свыше 55 лѣтъ, всего 42 человекъ, удѣльный вѣсъ доходилъ въ среднемъ до 1049,48. Такія странныя на первый взглядъ цифры объясняются тѣмъ, что на вторую группу (отъ 35—55 лѣтъ) приходится относительно большее количество тяжелыхъ, а на 3-ю (свыше 55 лѣтъ) относительно большее количество легкихъ случаевъ. Въ общемъ можно сказать, что вліяніе возраста на удѣльный вѣсъ крови при проказѣ сводится къ нулю.

У больныхъ съ продолжительностью болѣзни до 5 лѣтъ удѣльный вѣсъ крови=1046,9; съ продолжительностью болѣзни до 10 лѣтъ 1046,24; съ продолжительностью болѣзни свыше 10 лѣтъ 1046,18. Эти цифры показываютъ, что удѣльный вѣсъ падаетъ уже въ первые пять лѣтъ, а затѣмъ паденіе его, хотя и продолжается съ дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни, но не такъ рѣзко.

Что касается до формы страданія, то оказывается, что на каждаго больного (всего 46 чел.) туберозной лепрой приходится 1046,28, а на каждаго больного (всего 32 чел.) анестетической лепрой 1047,5.

Отсюда ясно, что при анестетической формѣ кровотоеніе разстраивается немного менѣе значительно, чѣмъ при туберозной. Если раздѣлить изслѣдованныхъ мною больныхъ на группы по степени тяжести страданія въ клиническомъ смыслѣ, т. е. по степени развитія видимыхъ болѣзненныхъ явленій, и опредѣлять отношеніе этихъ группъ къ величинѣ удѣльнаго вѣса крови, то получаютъ слѣдующія данныя: въ группѣ тяжелыхъ случаевъ (17) у каждаго больного въ среднемъ удѣльный вѣсъ крови=1045; въ группѣ средней тяжести (41) у каждаго больного въ среднемъ удѣльный вѣсъ крови=1046,90; и, наконецъ, въ группѣ легкихъ случаевъ (24), удѣльный вѣсъ въ среднемъ=1047,87. Конечно, кли-

ническое обозначеніе даннаго случая тяжелымъ, среднимъ, или легкимъ, при отсутствіи другого положительнаго критерія, кромѣ впечатлѣній врача, не можетъ претендовать на точность, но все-же, разсматривая полученныя данныя, ввиду ихъ небольшой разницы, мы имѣемъ относительное право сказать, что составъ крови при проказѣ (resp. удѣльнаго вѣса ея) нарушается при отсутствіи опредѣленной связи съ клиническими проявленіями болѣзни.

Зависимость удѣльнаго вѣса крови отъ количества красныхъ кровяныхъ шариковъ выступаетъ вполне ясно. Если мы раздѣлимъ изслѣдованные случаи на группы съ содержаніемъ красныхъ кровяныхъ шариковъ въ первой до $3\frac{1}{2}$ миллионновъ, во второй до $4\frac{1}{2}$ и въ 3-й свыше $4\frac{1}{2}$ миллионновъ, то оказывается, что на каждаго больнаго въ первой группѣ удѣльный вѣсъ крови равняется въ среднемъ 1043,39; у каждаго больнаго второй группы 1046,64 и у каждаго больнаго 3-й группы 1049,6. Данныя эти даютъ такое впечатлѣніе, что какъ будто-бы уменьшеніе содержанія красныхъ кровяныхъ шариковъ на 1 миллионъ вызываетъ пониженіе удѣльнаго вѣса крови на 3 тысячныхъ. Кромѣ того, если эти цифры, взятая каждая отдѣльно, указываютъ на совмѣстное вліяніе на нихъ и количества шариковъ и количества гемоглобина, то, съ другой стороны, ихъ взаимныя отношенія, въ ихъ послѣдовательности, ждутся скорѣе, а можетъ быть исключительно, на соответствующихъ количествахъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Если, наконецъ, мы обратимся къ выясненію отношеній между количествомъ гемоглобина и удѣльнымъ вѣсомъ крови при проказѣ, то увидимъ, при разсмотрѣніи относящихся сюда данныхъ, что эти величины стоятъ въ тѣсной и постоянной зависимости; можно сказать, что паденіе удѣльнаго вѣса идетъ параллельно уменьшенію процентнаго содержанія гемоглобина. Попадаются, правда, отдѣльные случаи, которые противорѣчатъ этому параллелизму, но съ одной стороны

такія противорѣчія не часты, а съ другой они большею частью легко поддаются объясненію ихъ вліяніемъ количества красныхъ кровяныхъ шариковъ и другихъ факторовъ удѣльнаго вѣса. Какъ извѣстно, такія несоотвѣтствія встрѣчались и у самаго Hammerschlag'a: въ одномъ случаѣ (carcinoma pleurae) онъ опредѣлилъ удѣльный вѣсъ = 1047 при 70% гемоглобина; а въ другомъ (tumor lienis) — 1045 при 40% гемоглобина.

Въ общемъ же можно сказать, что разбираемое соотвѣтствіе настолько рѣзко, что можно, безъ большой сравнительно ошибки, по найденному удѣльному вѣсу опредѣлить процентное содержаніе гемоглобина. Такъ мною найдено, что удѣльному вѣсу 1038 соответствуетъ % гемоглобина = 59,7 (3 случая); удѣльному вѣсу 1042 = % гемоглобина = 73,3 (24 случая); удѣльному вѣсу 1047 — 79,4% гемоглобина (34 случая) и удѣльному вѣсу 1052 — 86,78% гемоглобина (24 случая).

Вычисляя цифровыя отношенія сосѣднихъ группъ и, отбрасывая при этомъ 1-ю группу, какъ составившуюся только изъ 3 случаевъ, мы находимъ, что переходъ отъ 2-ой группы къ 3-ей такой: повышенію удѣльнаго вѣса на 0,001 соответствуетъ повышеніе % содержанія гемоглобина на 1,22%; переходъ 3-ей группы къ 4-ой такой: повышенію удѣльнаго вѣса на 0,001 соответствуетъ повышеніе % содержанія гемоглобина на 1,47%.

Итакъ, къ слѣдующимъ выводамъ приводятъ мои наблюденія надъ удѣльнымъ вѣсомъ крови прокаженныхъ:

- 1) Удѣльный вѣсъ крови при проказѣ значительно пониженъ: въ среднемъ, на 10 тысячныхъ.
- 2) Удѣльный вѣсъ крови прокаженныхъ не стоитъ ни въ какой зависимости отъ пола и возраста больныхъ.
- 3) Пониженіе удѣльнаго вѣса крови при проказѣ мало зависитъ отъ формы страданія; немного болѣе пониженъ онъ при бугорковой формѣ.

4) Степень пониженія удѣльнаго вѣса крови при проказѣ недостаточно соотвѣтствуетъ тяжести клиническихъ проявленій болѣзни. Нужно думать, что уже рано, въ первые годы наступаетъ разстройство состава крови; оно идетъ впереди развитія видимыхъ проявленій болѣзни.

5) Пониженіе удѣльнаго вѣса крови при проказѣ идетъ параллельно съ развитіемъ олигоцитеміи, но съ самаго начала предшествуетъ ему. Причину этого слѣдуетъ искать въ болѣе раннемъ развитіи олигохромеміи.

6) Пониженіе удѣльнаго вѣса находится въ самой тѣсной зависимости съ уменьшеніемъ содержанія гемоглобина.

Щелочность крови при проказѣ.

Уже въ половинѣ нашего столѣтія большинство авторовъ констатировало, что кровь, такъ или иначе взятая изъ сосуда живаго животнаго, всегда щелочной реакціи и Andral¹⁰⁷⁾ въ 1848 году въ работѣ своей о реакціи жидкостей организма говоритъ: „щелочность крови у человѣка есть непремѣнный общій законъ жизни человѣческаго организма“. Указанія Vogel'a, Miahle, Scherer'a, Lassar'a¹⁰⁷⁾ и другихъ, что при нѣкоторыхъ болѣзняхъ (диабетъ, подагра, malaria etc.) кровь—кислой реакціи было отвергнуто на томъ основаніи, что проба бралась изъ посмертной крови, а извѣстно, что кровь рѣзко и быстро мѣняетъ свою щелочную реакцію на кислую послѣ смерти.

Болѣе новыя указанія Salkowski'аго¹⁰⁸⁾ о прижизненной кислой реакціи крови при отравленіяхъ кроликовъ тауриномъ, переходящимъ въ организмъ въ сѣрную кислоту, также не остались безъ возраженія.

Такъ Walter¹⁰⁹⁾ своими изслѣдованіями на животныхъ доказалъ, что смерть животныхъ, отравленныхъ введеніемъ въ желудокъ разведенной кислоты, сопровождается макси-

мальнымъ паденіемъ щелочности крови (съ 27 об. % CO_2 до 2,8%), но все-же не пріобрѣтаетъ кислой реакціи.

„У млекопитающихъ, замѣчаетъ авторъ,—нельзя получить полного устраненія щелочей изъ крови, такъ какъ смерть животнаго наступаетъ раньше“.

О прижизненной кислой реакціи крови остается одно лишь указаніе Manfredi и Cantani¹¹⁰⁾; по сообщенію названныхъ авторовъ, въ альгидномъ періодѣ холеры кровь быстро становится нейтральной и даже кислую еще при жизни больнаго. Но это указаніе такъ и остается единственнымъ исключеніемъ изъ правилъ Andral'a и Walter'a.

Въ настоящее время высокое значеніе щелочности крови подтверждается бактериологіей. Такъ работа Bering'a доказала, что невосприимчивость бѣлыхъ крысъ къ заразѣ сибирскою язвой зависитъ отъ высокой степени щелочности крови этихъ животныхъ. Loeffler¹¹¹⁾ также одну изъ причинъ иммунитета видитъ въ высокой степени щелочности крови. Neumann¹¹¹⁾, дѣлая прививки гноеродныхъ микробовъ, наблюдалъ, что послѣ предварительнаго введенія щелочей не удастся вызвать общаго зараженія, послѣ же предварительнаго введенія кислотъ общее зараженіе получается легко.

Neumann считаетъ по этому щелочную кровь однимъ изъ главныхъ орудій организма въ борьбѣ съ заразою. Высокое значеніе изслѣдованія щелочности крови доказывается изслѣдованіями степени ея при разныхъ патологическихъ состояніяхъ. Senator, Pflüger, Gerpert, Minkowsky, Jacob¹¹²⁾ и много другихъ доказали экспериментально и путемъ наблюденій, что щелочность крови падаетъ при всѣхъ повышеніяхъ t° тѣла, причѣмъ это явленіе должно разсматриваться, именно, какъ слѣдствіе лихорадочнаго состоянія, а не какъ спутникъ или причина его, такъ какъ показывается оно спустя нѣкоторое время отъ начала лихорадки и возвращается довольно скоро къ нормѣ послѣ паденія

температуры. Возможно, что при лихорадкѣ развиваются, вслѣдствіе измѣненія химизма тканей, какіе то кислотные продукты, отравляющіе кровь; что паденіе щелочности не стоитъ въ прямой связи съ температурою, а лишь косвенно вызывается ею черезъ разстройство общаго обмѣна, видно изъ того, что опытами Клемперера¹¹³⁾ установлено, что, понижая t° жаро-понижающими, нельзя достигнуть нормальной щелочности крови. Причины большаго развитія кислотъ въ организмѣ при лихорадкѣ указываютъ нѣсколько. Клаус¹¹⁴⁾ считаетъ это явленіе за послѣдствіе распадѣнія красныхъ кровяныхъ шариковъ и лецитина ихъ; послѣдній разлагается при лихорадкѣ съ образованіемъ фосфорно-глицериновой, фосфорной и высшихъ жирныхъ кислотъ. Усиленное развитіе кислотъ при лихорадкѣ считаютъ также слѣдствіемъ преобладанія при ней продуктовъ расщепленія надъ продуктами окисленія, а первые обладаютъ наичаще кислой реакціей.

Высшее паденіе щелочности находятъ (Мослер, Яксч и другіе) при лейкоми. При анеміяхъ всякаго рода большинство авторовъ также находятъ уменьшеніе щелочности Румпф, Яксч, де Рензи). Но приэтомъ необходимо замѣтить, что Лоэву по своему способу всегда находятъ при анеміяхъ высокую щелочность. Напротивъ того, при чистомъ хлорозѣ изслѣдованія Граеберга установили повышеніе щелочности крови.

Пониженіе щелочности крови отмѣчается также при всѣхъ болѣзняхъ, ведущихъ къ кахексіи. Такъ Яксч, Муа, Тассинаги, Яacob и Румпф¹¹⁵⁾ почти всегда находили пониженіе щелочности при ракѣ. Рейер¹¹⁶⁾ наблюдалъ это явленіе при ракѣ лишь при развитіи кахексіи, до развитія истощенія ояъ не наблюдалъ его, и выводитъ заключеніе, что не сама опухоль вліяетъ на щелочность крови, а разстройства общаго питанія, ведущее къ кахексіи. Такого же мнѣнія держится Рубинштейнъ, принимающій, что „пониженіе щелочности крови при раковыхъ заболѣваніяхъ есть

скорѣе слѣдствіе раковой кахексіи, но не причина ея“ и что причину измѣненій щелочности крови нужно искать въ неправильностяхъ обмѣна веществъ у раковыхъ больныхъ. Дроуин¹¹⁶⁾ отмѣчаетъ рѣзкое пониженіе щелочности крови при малярійной кахексіи. При туберкулѣзѣ, согласно Яксчу, Румпфу и Рейеру¹¹⁶⁾, щелочность остается нормальной до наступленія истощенія или лихорадочнаго состоянія. Муа и Тассинаги находили щелочность у 3 туберкулезныхъ съ кавернами и лихорадкою = 222—248 млгр. NaHO. Ясно, что пониженіе щелочности при туберкулѣзѣ не зависитъ отъ специфическаго характера болѣзни, а стоитъ въ связи со степенью истощенія и наличностью лихорадочныхъ явленій.

Особенно рельефно сказывается пониженіе щелочности при общихъ разстройствахъ питанія, при тѣхъ болѣзняхъ, которыя Вочардъ называетъ „maladies par ralentissement de la nutrition“. По изслѣдованіямъ: „Санарда, Фрихса, де Рензи et Маротта, Яксча, Рейера и Дроуин¹¹⁶⁾ щелочность рѣзко понижена при сахарномъ мочеизнуреніи, что связано по Минковскому и Кюльцу¹¹⁶⁾ съ присутствіемъ въ крови В-оксимасяной кислоты, а по Стаделманну¹¹⁶⁾—кетоновой кислоты. Эта-же причина, т. е. накопленіе въ крови кислыхъ продуктовъ, по всей вѣроятности, играетъ роль и при пониженіи щелочности крови при ревматизмѣ. Въ сущности, нормальная щелочность представляетъ выраженіе правильнаго хода обмѣна веществъ. Въ организмѣ постоянно накаплиются кислоты, какъ продукты обмѣна, но онѣ, при правильномъ ходѣ химическихъ процессовъ организма, постоянно также разрушаются; когда же обмѣнъ такъ или иначе задержанъ, именно въ болѣзняхъ Вочарда „maladies par ralentissement de la nutrition“, то продукты неполнаго разложенія, обычно съ кислотными свойствами (напримѣръ мочеваая, молочная, щавелевая и другія кислоты) накапливаются въ организмѣ и ведутъ къ кислотному его отравленію. Пониженная щелочность при ревматизмѣ дока-

зана Vouchar'd'омъ, Краус'омъ, Реірег'омъ, при подагрѣ и ожиреніи Бурминьмъ.

Паденіе щелочности при нефритѣ наблюдалось Jaksch'омъ особенно поразительно при уреміи. Тоже подтверждаютъ Reіrer, Rumpf, Canard ¹¹⁶⁾ и Бурминь ¹¹⁷⁾. Всѣ болѣзни печени также сопровождаются пониженіемъ щелочности (Jaksch, Drouin, de Renzi, Reіrer, Бурминь); нужно думать, что болѣзни печени сопровождаются накопленіемъ въ крови кислотныхъ продуктовъ разложенія.

Итакъ, большинство авторовъ, работавшихъ по вопросу о щелочности крови при разныхъ патологическихъ состояніяхъ, согласны между собою въ томъ, что измѣненія ея зависятъ отъ неправильностей въ обмѣнѣ веществъ. Отсюда ясно, что степень щелочности можетъ служить указателемъ правильности обмѣна; ясно также значеніе опредѣленія ея.

Разсмотримъ теперь способы опредѣленія ея. Существуетъ два главныхъ метода: газометрическій Hoffmeister—Краус'а и титрирный: способъ Гофмейстера основанъ на томъ, что съ веществами, обуславливающими щелочную реакцію живой крови связана CO_2 , а посему объемное опредѣленіе CO_2 можетъ служить показателемъ количества этихъ веществъ, въ смыслѣ способности ихъ давать щелочную реакцію. Способъ этотъ требуетъ большаго количества крови, дорого стоящихъ, непортативныхъ аппаратовъ и вообще чисто лабораторной обстановки; поэтому онъ и не привился на практикѣ у клиницистовъ. Наиболѣе точный способъ опредѣленія щелочности крови изъ титрирныхъ несомнѣнно способъ Loeuw ¹¹⁸⁾, имѣющій дѣло съ лаковой кровью. Способъ этотъ независимъ (по результатамъ) отъ температуры, при которой производится изслѣдованіе и указываетъ щелочность всей крови, а не плазмы только и сыворотки, какъ другіе титрирные способы. Но способъ этотъ неудобенъ тѣмъ, что требуетъ всетаки сравнительно большаго количества крови (около 5

куб. снт.), которая добывается черезъ иглу Плевацковскаго шприца, введенную въ v. mediana.

Лучшимъ по простотѣ и дающимъ сравнимыя между собою результаты остается способъ Landois ¹¹⁹⁾. По этому способу кровь добывается пипетками изъ укола пальца и смѣшивается маленькими каплями съ такой-же величины каплями раствора винпокаменной кислоты разной титрирной силы въ растворѣ сѣрнокислаго натра. Указателемъ служитъ чувствительная лакмусовая бумага, не мѣняющая цвѣтъ въ нейтральномъ растворѣ. Способъ этотъ опредѣляетъ только щелочность плазмы и даетъ поэтому меньшія числа, чѣмъ способъ Loeuw, но, благодаря своей простотѣ и удобству, онъ привлекъ къ себѣ большое количество изслѣдователей, которые улучшали его по своему усмотрѣнію. Такъ Jaksch ¹¹⁹⁾ замѣнилъ 10 растворовъ Landois 15 растворами различной концентрации; беретъ по 0,1 куб. снт. отъ cadaго раствора на часовое стекло и прибавляетъ по 0,1 куб. снт. крови, добытой скарификаторомъ изъ снны.

Freudberg ¹¹⁹⁾, работавшій подъ руководствомъ Sahli, беретъ для опредѣленій 27 смѣсей, которыя по очереди и прибавляетъ къ крови, взятой каждый разъ пипеткой изъ укола пальца въ количествѣ 0,05 куб. стм. Однако эти видоизмѣненія, по сложности и трудности выполненія, уступаютъ первому способу Landois; по этому послѣдняго и придерживались въ своихъ работахъ Jacob, Reіrer, Jeffries, Graeber, Rumpf и Бурминь ¹¹⁹⁾.

Цифры средней щелочности нормальной крови, по опредѣленію различныхъ авторовъ, работавшихъ по способу Landois, нѣсколько расходятся. Landois и Graeber ¹¹⁹⁾ считаютъ щелочность крови равной въ среднемъ 0,280 NaHO. Jaksch — 0,260 — 0,300; въ среднемъ 0,280; Reіrer и Rumpf ¹¹⁹⁾ — 0,182 — 0,218 въ среднемъ 0,200; Jeffries ¹¹⁹⁾ — 0,200; Canard ¹¹⁹⁾, работавшій по способу Lépin'a ¹¹⁹⁾, сходномъ въ принципѣ со способомъ Landois,

находилъ щелочность крови равной въ среднемъ 0,238 NaHO. Выведенное мною среднее изъ всѣхъ этихъ опредѣленій равняется 0,227, каковую цифру я и принималъ за норму для сужденія о результатахъ своихъ наблюденій. Эта цифра сходится также съ результатами Кгаус'а, который, работая по своему способу, нашелъ, что щелочность нормальной крови равняется въ среднемъ 0,226 NaHO.

Опредѣленіе щелочности крови при проказѣ, сколько я знаю, не дѣлалось, такъ что мнѣ не приходится, къ сожалѣнію, сравнить свои, а ргіогі неожиданные результаты, съ данными другихъ наблюдателей.

Опредѣленіе щелочности крови мною произведено у 20 больныхъ проказою.

Желая по возможности щадить больнаго и довольствоваться поэтому возможно меньшимъ количествомъ крови, я работалъ по нѣсколько видоизмѣненному мною способу Landois. Я пользовался толстостѣнной капиллярной трубкой длиною въ 14 снтм. и съ просвѣтомъ въ діаметръ 1,5 мм. Одинъ конецъ этой трубочки вытянутъ конусовидно и верхушка конуса зашлифована. На другѣй конецъ надѣта резиновая трубка, съ закрытымъ стеклянною палочкой верхнимъ концомъ; трубка эта по желанію сжимается (и выгоняетъ при этомъ изъ капиллярной трубочки воздухъ) легкимъ зажимомъ, регулируемымъ микрометрическимъ винтомъ. При обратномъ движеніи винта жидкость равномерно втягивается въ трубочку.

Капиллярная трубочка тщательно калибрована мною движеніемъ столбика ртути и раздѣлена, такимъ образомъ, на 10 равныхъ по объему частей. Передъ изслѣдованіемъ трубочка тщательно промывается послѣдовательно: дистиллированной водою, спиртомъ и эфиромъ, а послѣ изслѣдованія немедленно водою и растворомъ 3⁰/₁₀₀ поваренной соли. Какъ реагентъ я употреблялъ смѣсь № 1 Landois, т. е. насыщенный растворъ сѣрнокислаго натра, къ 100 куб. снт. котораго прибавлялъ 10 куб. снт. ¹/₁₀ норм. раствора винно-

каменной кислоты, соответствующихъ 0,036 NaHO въ 100 куб. снт. Освобождая движеніемъ винта зажима резиновую трубочку, я наполнялъ стеклянную трубку этимъ реагентомъ до 8 дѣленій, а затѣмъ движеніемъ винта въ ту-же сторону я располагалъ реагентъ между 2 и 9 дѣленіями, такъ что кончикъ трубки до 1-го дѣленія оставался свободнымъ. Затѣмъ тщательно обсушенный пропускной бумагой кончикъ трубки я погружалъ въ выступившую изъ укола въ кончикъ пальца (большею частью) каплю крови и втягивалъ ее въ трубочку до 1-го дѣленія. Въ трубочкѣ получались при этомъ слѣдующіе слои: до 1-го дѣленія — кровь, до 2-го — столбикъ воздуха и до 10-го — реагентъ. Затѣмъ сравнительно быстрымъ движеніемъ винта зажима я вытѣснялъ изъ трубочки содержимое на фарфоровую чашечку до тѣхъ поръ, пока верхній уровень оставшагося реагента касался ровно 4-го дѣленія. Быстро перемѣшивая на чашечкѣ тонкой стеклянной палочкой смѣсь изъ 1 объема крови и 4 объемовъ реагента, я опредѣлялъ ея реакцію, опуская въ нее кончикъ узкой полоски (2—3 мл.) лакмусовой бумажки; затѣмъ, прибавляя по 1-му объему реактива, я продолжалъ опредѣлять реакцію до полученія на лакмусѣ легкаго покраснѣнія. Затѣмъ трубочка возможно быстро промывалась и попорядку сравнивались реакціи положенныхъ рядомъ полосокъ лакмусовой бумажки. Если получалась, положимъ, нейтральная реакція на 3-ей бумажкѣ, а 4-я давала покраснѣніе, то это значило, что кровь нейтрализовалась 4 (№ 1 бумажк.) + 2 = 6 объемами реагента, т. е. щелочность 100 куб. снт. крови нейтрализуетъ 6 объемовъ реагента, изъ которыхъ каждый соответствуетъ 0,036 NaHO, а всего 0,036 · 6 = 0,216. Если же бумажка № 4 слегка краснѣла, а на № 3 все еще было замѣтно посинѣніе, то расчетъ производился такой: (4 + 2¹/₂ · 0,036 = 0,234). Лакмусовая бумага была приготовляема мною по указаніямъ Бурмина.

Способъ мой очень простъ, требуетъ только одной капли

крови и думаю, не уступает по точности первому способу Landois. При этомъ онъ имѣетъ нѣкоторыя маленькія преимущества: 1) кровь изъ кончика трубочки выгоняется длиннымъ столбомъ реагента болѣе основательно, чѣмъ въ трубочкахъ Landois; 2) опредѣленіе совершается быстрее, что очень важно ввиду постепенно уменьшающейся во времени щелочности свѣже выпущенной крови; 3) крови требуется только одна капля и 4) способъ менѣе копотливъ, такъ какъ требуется только одна трубочка, которую нужно содержать въ безусловной чистотѣ, и одинъ только растворъ реагента.

Судя потому, что при всѣхъ болѣзняхъ, ведущихъ къ кахексіи, щелочность крови понижается, что она понижается также при анеміяхъ разнаго происхожденія, нужно было-бы а priori ожидать при лепрѣ пониженія щелочности.

Результаты полученные мною противорѣчатъ такому ожиданію. Щелочность крови въ моихъ 20 опредѣленіяхъ колебалась между 0,180 NaHO и 0,252 NaHO на 100 куб. сантим. крови. Въ среднемъ выводѣ у каждаго больного проказою щелочность крови равнялась 0,222 NaHO. У каждаго больного туберозной формой она равнялась въ среднемъ 0,225, а у каждаго больного анэст. формой—0,214. Ввиду малаго количества наблюденій, я не могу, конечно сдѣлать вывода, что при анэстетич. формѣ щелочность крови меньше. Принимая за норму среднюю цифру, выведенную мною изъ наблюденій авторовъ, работавшихъ по способу Landois=0,227, нужно признать щелочность крови проказенныхъ, пониженною; нужно признать ее пониженною также, если за норму принять цифры Jaksch'a. Но пониженіе это, во всякомъ случаѣ, такъ незначительно, цифры отдѣльныхъ наблюденій подходятъ такъ близко къ нормальнымъ цифрамъ Landois, Graeber'a, Peiper'a, Rumpf'a и Canard'a, что можно смѣло признать, что щелочность крови проказенныхъ остается въ предѣлахъ нормы. Изъ 20 наблюденій въ 11 случаяхъ ще-

лочность крови превышала взятую мною за норму величину—0,227, а въ 9 случаяхъ была ниже ея.

Прямой связи между продолжительностью болѣзни, а также степенью кахексіи и степенью щелочности крови, я по отношеніи къ моимъ наблюденіямъ отмѣтить не могу. Въ этомъ отношеніи мои наблюденія сходятся съ наблюденіями г. Рубинштейна¹²⁰).

Тогда какъ Jacob, Rumpf, Peiper признаютъ, что щелочность крови при рахѣ падаетъ параллельно съ развитіемъ кахексіи, Рубинштейнъ не могъ найти никакой связи этого явленія съ кахексіей при своихъ изслѣдованіяхъ. Въ моемъ случаѣ № 18, тяжеломъ по клиническимъ проявленіямъ, тянувшимся уже 12 лѣтъ щелочность крови=0,234, а въ случаѣ № 31, легкомъ по клиническимъ проявленіямъ, продолжающемся 4 года, щелочность крови=0,198; а въ случаѣ № 39, средней тяжести, продолжающемся 5 лѣтъ, она равна=0,252.

Ввиду такихъ результатовъ невольно напрашивается вопросъ: чѣмъ объяснить, что при такой тяжелой болѣзни, такъ глубоко измѣняющей составъ крови, щелочность ея остается въ предѣлахъ нормы, а если и понижается, то очень незначительно?

Ясно, что щелочность крови не всегда зависитъ отъ морфологическаго состава ея, а служитъ выраженіемъ химическихъ процессовъ, омываемыхъ ею органовъ и тканей. Нужно думать, что при лепрѣ эти химическіе процессы мало нарушены. Если, какъ выше сказано, щелочность крови можетъ служить показателемъ хода обмѣна веществъ, то выводъ изъ моихъ наблюденій можетъ быть только одинъ: лепра не можетъ быть отнесена къ числу болѣзней обмѣна веществъ, къ числу тѣхъ именно болѣзней, при которыхъ въ организмѣ накапливаются продукты не полного окисленія („maladies par ralentissement de la nutrition“). Къ сожалѣнію, до сихъ поръ не имѣется указаній объ обмѣнѣ веществъ при лепрѣ.

Во всякомъ случаѣ, ясно, что ядъ проказы не обладаетъ какимъ-либо специфическимъ вліяніемъ на химическіе процессы въ организмѣ.

Бациллы въ крови прокаженныхъ.

Бациллы проказы открыты Hansen'омъ въ 1871 году. Neisser'y¹²¹⁾ первому удалось окрасить ихъ въ 1881 году. Лепрозныя бациллы очень похожи на туберкулезныя, и до сихъ поръ попытки найти бактериоскопически отличительныя признаки этихъ двухъ родовъ бациллъ не увѣнчались успѣхомъ; столь же малоуспѣшными оказались попытки культивировать лепрозныя палочки. Въ поискахъ за отличительными признаками лепрозныхъ бациллъ отъ туберкулезныхъ останавливались на отношеніяхъ ихъ къ различнымъ красящимъ веществамъ. Однако большинство авторовъ (Wesener¹²¹⁾ Walters¹²¹⁾, Bordoni-Ufreduzzi¹²¹⁾, Kahlden¹²¹⁾ согласны между собою въ томъ, что степень окраски этихъ двухъ родовъ палочекъ (различная по Babès)—явленіе не постоянное, не могущее быть между ними отличительнымъ признакомъ. Поэтому лепрозныя палочки и красятся столь-же успѣшно тѣми-же методами, какъ и туберкулезныя.

Лепрозныя палочки были находимы въ различныхъ органахъ при туберозной формѣ; сравнительно долго оставался спорнымъ вопросъ о нахожденіи бациллъ при анестетической формѣ. Въ послѣднее время, впрочемъ, возможность нахожденія бациллъ въ пятнахъ при анестической формѣ болѣе не оспаривается.

Нахожденіе палочекъ въ крови было доказано изслѣдованіями Hansen'a, Unna, Neisser'a Fouton'a, Doutrelepont'a¹²¹⁾, Lutz'a,¹²¹⁾ Черногубова¹²¹⁾, Внукова¹²¹⁾ и др. При этомъ нѣкоторые авторы находили ихъ въ свободномъ состояніи между кровяными шариками, нѣкоторые-же внутри бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Перечисленные

авторы находили палочки лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда брали для изслѣдованія кровь въ мѣстахъ кожи, представлявшихъ явленія заболѣванія; въ пробахъ же крови, взятыхъ вдали отъ мѣстъ пораженія, палочекъ обыкновенно не находили.

При послѣднихъ условіяхъ онѣ были найдены только Doutrelepont'омъ, Köbner'омъ, Черногубовымъ, Petrini и въ послѣднее время Stephan'омъ, причемъ Doutrelepont и Müller находили палочки только во время обостреній.

Этотъ фактъ, что въ крови одного и того же субъекта тѣже самые авторы находятъ или не находятъ бациллы, смотря потому—берется-ли кровь изъ пораженныхъ или здоровыхъ мѣстъ кожи очень знаменателенъ. Невольно является сомнѣніе; не захватываетъ-ли испытанная кровь бациллы при прохожденіи ея черезъ пораженныя ткани?

Во всякомъ случаѣ, бросается въ глаза фактъ, какъ нѣкотораго противорѣчія авторовъ, такъ и какой то случайности, обусловленности нахожденія бациллъ въ крови прокаженныхъ: нѣкоторые находятъ только въ пробахъ крови, взятыхъ изъ пораженныхъ мѣстъ, нѣкоторые только во время обостреній, одни, какъ напр. Petrini¹²²⁾ находятъ ихъ при анестет. лепрѣ (2—3 бациллы во всемъ препаратѣ!), другіе, какъ напр. проф. Wolff, не находятъ и при туберозной формѣ. Лучшимъ доказательствомъ случайности нахожденія бациллъ въ крови служитъ работа Stephan'a¹²³⁾. Авторъ изслѣдовалъ на бациллы 60 пробъ крови больного анестетической формой, лѣчившагося въ клиникѣ проф. Wolffa; при этомъ онъ взялъ 30 пробъ изъ мѣстъ кожи съ нормальной чувствительностью, безъ всякихъ болѣзненныхъ проявленій и 30 изъ пораженныхъ областей. Красилъ препараты карболовымъ фуксиномъ (2 минуты) и затѣмъ метиленовою синькой (1 минута). Въ каждомъ препаратѣ онъ находилъ большое количество бациллъ; причемъ послѣдніе лежали то отдѣльно,

то по 2—3 вмѣстѣ, то цѣлыми кучками; помѣщались онѣ то свободно между кровяными шариками, то въ лейкоцитахъ, и въ послѣднихъ также то отдѣльно, то въ связи другъ съ другомъ, то вполнѣ наполняя клѣтку. Различій пробъ крови, взятыхъ отъ здоровой или больной кожи, авторъ не находилъ никакихъ: во всѣхъ пробахъ, во всѣхъ препаратахъ бациллы встрѣчались въ огромномъ количествѣ и авторъ, присоединяясь къ мнѣнію Ваушгарта, Внукова и Савченко о возможности нахождения бациллъ и внутри, и внѣ клѣтокъ, дѣлаетъ такой выводъ: „im Blute bei Lepra anaesthetica Leprabacillen in grosser Anzahl vorkommen, was bis jetzt noch nicht erwiesen war“. Любопытно, что на ряду съ этимъ выводомъ, авторъ „какъ заслуживающій вниманія фактъ“ отмѣчаетъ, что, несмотря на многочисленныя изслѣдованія крови больного *L. tuberosa* (причемъ кровь бралась изъ не пораженныхъ мѣстъ), проф. Wolffу въ высшей степени рѣдко удавалось найти бациллы. Развѣ это не случайность?

Изъ непомѣщенныхъ въ литературѣ данныхъ я могу указать на личное заявленіе д-ра Reissner'a, завѣдывавшаго Рижскимъ лепрозеріемъ, что ему ни разу не удавалось найти бациллъ въ крови, тогда какъ въ кожѣ (пораженной) и въ буграхъ онъ находилъ ихъ постоянно. Д-ръ Brutzer, смѣнившій г. Reissner'a по завѣдыванію Рижскимъ лепрозеріемъ заявилъ мнѣ, что ему также не удалось найти бациллъ въ крови.

Желая возможно всесторонне охватить вопросъ объ измѣненіяхъ крови прокаженныхъ, я считалъ не лишнимъ составить личное убѣжденіе о содержаніи бациллъ въ крови, на основаніи собственныхъ наблюденій. Опасаясь, какъ человѣкъ неопытный въ технику изслѣдованія бациллъ проказы, получить сомнительные результаты, я первыя свои изслѣдованія произвелъ при содѣйствіи и подѣ личнымъ наблюденіемъ опытнаго въ упомянутой технику д-ра Reissner'a, за что и приношу ему мою глубокую признательность.

Кровь для изслѣдованія бралась изъ непораженныхъ мѣстъ,

чаще всего изъ мякоти кончика пальца. Мѣсто, откуда уколomъ добывалась кровь, тщательно вымывалось сначала спиртомъ, затѣмъ эфиромъ. Уколъ дѣлался очищеннымъ въ спиртѣ ланцетовиднымъ коныцомъ. Первая капля крови быстро стиралась стерилизованною ватой, а ко второй представлялось тщательно вымытое водой, спиртомъ и эфиромъ покровное стеклышко, которое затѣмъ помѣщалось на другое и сейчасъ же эти стекла разнимались, какъ при приготовленіи сухихъ препаратовъ крови. По высыханіи крови на стеклахъ, съ цѣлью фиксаціи, послѣднія проводились 3—4 раза надъ пламенемъ спиртовой лампочки и красились въ теченіе 2—3 минутъ въ тщательно профильтрованномъ растворѣ карболоваго фуксина Ziehl'я. Препараты, быстро промытые въ дистиллированной водѣ, обезцвѣчивались въ 30% растворѣ азотной кислоты и, послѣ новаго промыванія и высушиванія на воздухѣ, клались для дополнительной окраски на 1—2 минуты въ насыщенный водный растворъ Methyleneblau; новая тщательная промывка въ водѣ, высушиваніе на воздухѣ и заключеніе въ канадскій бальзамъ.

Всего мною изслѣдована на бациллъ кровь 25 больныхъ, изъ которыхъ 17 страдали бугорковою, а 8 анестетическою формами. Для каждой пробы крови дѣлалось и разсматривалось по 4 препарата. Бациллы найдены только у 2-хъ больныхъ (№№ 27 и 92), страдающихъ бугорковою формою; при этомъ бациллы оказались не во всѣхъ препаратахъ и въ незначительномъ количествѣ. Больныя, у которыхъ найдены въ крови бациллы не находились во время изслѣдованія въ періодѣ обостренія и вообще ничего особеннаго, что могло бы выдѣлнить ихъ отъ другихъ изслѣдованныхъ, не представляли.

Полученные мною результаты позволяютъ мнѣ подтвердить высказанное мною, при разсмотрѣніи соответствующихъ литературныхъ данныхъ, мнѣніе о случайности нахождения въ крови бациллъ Hansen'a.

Я убѣжденъ, во всякомъ случаѣ, что кровь никоимъ образомъ не можетъ и не должна служить субстратомъ для бактериоскопическаго діагноза проказы.

В ы в о д ы.

Сопоставляя результаты моихъ наблюденій надъ кровью больныхъ проказою, можно констатировать въ ней слѣдующія измѣненія:

1) Въ очень легкихъ (главнымъ образомъ—начальныхъ) формахъ проказы содержаніе красныхъ кровяныхъ шариковъ и гемоглобина остается нормальнымъ.

2) Обыкновенно (въ 95⁰/о всѣхъ случаевъ) количество красныхъ шариковъ уменьшается, при этомъ:

3) При обѣднѣніи крови эритроцитами до 4.500.000 падаетъ и количество гемоглобина; но уменьшеніе обѣихъ величинъ идетъ не параллельно: паденіе количества гемоглобина совершается болѣе рѣзко, чѣмъ уменьшеніе эритроцитовъ.

4) При обѣднѣніи крови эритроцитами отъ 4.500.000 до 3.000.000 наблюдается обратное явленіе: олигоцитемія начинаетъ превалировать надъ олигохромеміей.

5) При обѣднѣніи крови эритроцитами, выражающемся въ содержаніи послѣднихъ меньшемъ, чѣмъ 3.000.000 замѣтно уже полное преобладаніе олигоцитеміи надъ олигохромеміей.

6) Въ среднемъ выводѣ кровь прокаженныхъ бѣднѣ нормальной крови эритроцитами на 20⁰/о.

7) Въ качествѣ морфологическихъ измѣненій красныхъ кровяныхъ шариковъ въ крови прокаженныхъ встрѣчаются: микроцитозъ (часто); пойкилоцитозъ (въ 4⁰/о всѣхъ случаевъ); ядросодержащіе красные кровяные шарики (8⁰/о); макроцитозъ (у стариковъ).

8) Количество гемоглобина при проказѣ уменьшается въ 85⁰/о всѣхъ случаевъ.

9) Количество гемоглобина понижается въ среднемъ выводѣ на 14,8⁰/₀.

10) Пониженіе количества гемоглобина наиболѣе рѣзко при развитыхъ туберозныхъ формахъ.

11) Параллелизмъ между продолжительностію болѣзни и степенью олигохромеміи замѣтенъ лишь до извѣстной степени (см. главу о содержаніи гемоглобина).

12) Замѣтна связь между содержаніемъ гемоглобина и состояніемъ питанія больныхъ.

13) Количество бѣлыхъ шариковъ при проказѣ чаще всего (въ 53⁰/₀) понижено; въ 21⁰/₀ всѣхъ случаевъ оно стоитъ въ предѣлахъ нормы.

14) Количество бѣлыхъ шариковъ понижается болѣе при анестетической формѣ.

15) Лейкоцитозъ при проказѣ наступаетъ во время обостреній болѣзни.

16) Пищеварительный лейкоцитозъ при проказѣ наблюдается рѣже, чѣмъ у здоровыхъ.

17) Гиполейкоцитозъ при проказѣ обусловливается, главнымъ образомъ, уменьшеніемъ нейтрофиловъ; ⁰/₀ отношеніе лимфоцитовъ остается повышеннымъ, а абсолютное нормальнымъ въ 74⁰/₀ всѣхъ случаевъ.

18) Количество эозинофиловъ при проказѣ падаетъ.

19) Процентное отношеніе нейтрофиловъ падаетъ настолько, насколько повышается ⁰/₀ отношеніе лимфоцитовъ.

20) Количество кровяныхъ пластинокъ остается при проказѣ въ предѣлахъ нормы.

21) Удѣльный вѣсъ крови при проказѣ обычно пониженъ: въ среднемъ (изъ 85 наблюдений) на 10 тысячныхъ.

22) Величина удѣльнаго вѣса крови прокаженныхъ не стоитъ въ зависимости отъ пола и возраста больныхъ.

23) Пониженіе удѣльнаго вѣса крови при проказѣ мало зависитъ отъ формы страданія; немного болѣе пониженъ онъ при бугорковой формѣ.

24) Степень пониженія удѣльнаго вѣса крови прокаженныхъ недостаточно соотвѣтствуетъ тяжести клиническихъ проявленій болѣзни. Нужно думать, что уже рано, въ первые годы наступаетъ разстройство состава крови; оно идетъ впереди развитія видимыхъ проявленій болѣзни.

25) Пониженіе удѣльнаго вѣса крови при проказѣ идетъ параллельно съ развитіемъ олигоцитеміи, но съ самаго начала предшествуетъ ему. Причину этого слѣдуетъ искать въ болѣе раннемъ развитіи олигохромеміи.

26) Пониженіе удѣльнаго вѣса крови находится въ самой тѣсной связи съ уменьшеніемъ содержанія гемоглобина.

27) Щелочность крови при проказѣ остается въ предѣлахъ нормы.

28) Бациллы въ крови при проказѣ встрѣчаются относительно рѣдко, а поэтому:

29) Кровь не можетъ и не должна служить субстратомъ для бактериоскопическаго діагноза проказы.

Прозектора Анатомио-патологическаго института Г. Рубинштейна я сердечно благодарю за ознакомленіе меня съ техникою изслѣдованія.

Прошу принять также мою искреннюю признательность гг. врачей Бергманна, Рейснера и Кивуля за любезное предоставленіе клиническаго матеріала.

З а к л ю ч е н і е.

Разсматривая выводы, сдѣланные мною изъ наблюдений надъ измѣненіями крови при проказѣ, можно придти къ слѣдующему заключенію. Ничего специфическаго измѣненія эти, разнообразныя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, не представляютъ; они являются выраженіемъ равнодѣйствующей вліянія многочисленныхъ факторовъ: различныхъ и по качеству, и по количеству измѣненій пораженныхъ тканей, возраста больныхъ и ихъ питанія, ухода за больными, наличности изъязвленій, иногда—формы болѣзни и пр. Словомъ, измѣненія крови являются слѣдствіемъ разнообразно поражаемыхъ при проказѣ тканей организма. Я могу только, подобно Винярскому, подтвердить взглядъ Neusser'a на кровь вообще, а на кровь при проказѣ въ частности, что кровь это корпорація агентовъ различныхъ фирмъ организма (т. е. органовъ), мѣняющихъ свою фізіономію сообразно со степенью благосостоянія этихъ фирмъ.

Поэтому, діагностическое значеніе изслѣдованія крови при проказѣ велико постольку, поскольку оно дополняетъ клиническую картину болѣзни.

Заканчивая свою работу, я считаю своимъ нравственнымъ долгомъ выразить глубокую признательность глубокоуважаемому профессору В. А. Афанасьеву за любезно предоставленную мнѣ тему и драгоценныя указанія для моей работы.

ИСТОРИИ БОЛЪЗНЕЙ.

№ 1.

Романенко Викентій; 32 лѣтъ; сапожникъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 8 лѣтъ. Болѣзнь началась краснымъ пятномъ на правой щекѣ. Плохого сложенія; очень плохого питанія. Вѣсъ 119 фунтовъ.

Окраска кожи темная; буроватая пигментація на лопаткахъ; такія же пигментація на разгибат. сторонѣ плечъ находятся между узловатыми припухлостями. Бурья, величиною съ горошину пятна на груди и спинѣ. Лицо покрыто сливающимися узлами. На тылѣ кистей и предплечій, на колѣнахъ и на переднихъ поверхностяхъ бедеръ—широкія краснобурья инфильтраціи. Паховыя железы припухли. Nn. ulnares утолщены. Разлитые инфильтраты на языкѣ и нѣбѣ. Epiglottis припухъ.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.450.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6955
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:640
4) бѣлыя дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	31,2
b) большіе лимфоциты	9,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	0,5
d) переходныя формы	1,0
e) полиморфныя	56,6
f) эозинофилы	1,4
5) гемоглобина	68,5
6) удѣльный вѣсъ	1,047
7) пластинокъ	280.000

№ 2.

Праль Фридрихъ; 66 лѣтъ; каменщикъ. Знавалъ и часто работалъ вмѣстѣ съ больнымъ лепроу каменщикомъ Фогелемъ. Боленъ 3 года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ. Сложенъ хорошо; упитанъ очень плохо. Кожа вездѣ, особенно на ногахъ истонченная, сухая; эпидермисъ шелушится. Кожа лба тѣмно-буро окрашена и инфильтрирована. Все тѣло покрыто многочисленными малыми желтобурными рубцами. Припухлости железъ не замѣчается. Nn. ulnares, особенно правый, значительно утолщены. Слизистыя оболочки носа и глотки покраснѣвши. Разстройства чувствительности (тактильная и термическая анестезіи) на мѣстахъ бывшихъ при поступленіи пятенъ, а именно: 1) на внутр. сторонѣ праваго бедра; 2) надъ лѣвымъ колѣномъ; 3) на правой голени внизу снаружи.

Діагнозъ: *Lepa anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.750.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4240	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1120	
4) бѣлые дѣлятся на:		
a) малые лимфоциты		} препараты
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты		
d) переходныя формы		
e) полиморфныя		
f) эозинофилы		
5) гемоглобина	88,0	
6) удѣльный вѣсъ	1,050	
7) пластинокъ	540.000	

№ 3.

Янкевичъ Иванъ; 39 лѣтъ; машинистъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ узелковъ. Желтобуро пигментированная кожа на тылѣ рукъ, на лицѣ и шеѣ. На ногахъ частыя и маленкія пигментныя пятна. Большею частью пятна инфильтрированы. Большіе узлы у колѣнъ, на голенихъ и тылѣ предплечій; на лѣу очень частыя мелкіе узелки. На предплечіяхъ узлы мѣстами изъязвлены. На локтяхъ — рубцы. Железы, особенно паховыя, припухли. Nn. ulnares утолщены. Анестезій нѣтъ. На мягкомъ нѣбѣ — изъязвленные узлы. У края (наружно-нижняго) роговицы праваго глаза — лепрома.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.821.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	13.370
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:360
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	7,8
b) большіе лимфоциты	7,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,3
d) переходныя формы	3,8
e) полиморфныя	75,9
f) эозинофилы	1,2
5) гемоглобина	79,9
6) удѣльный вѣсъ	1,046
7) пластинокъ	290.000

№ 4.

Матвѣевъ Александръ; 67 лѣтъ; чернорабочій на желѣзной дорогѣ. Въ семьѣ больныхъ не было. Часто купался вмѣстѣ съ однимъ проказеннымъ. Боленъ 1½ года.

Болѣзнь началась появленіемъ сыпи. Крѣпкаго тѣлосложенія; хорошаго питанія. Вѣсъ 188 ф. На спинѣ пятна съ атрофич. центромъ и краснобурымъ ободкомъ, совершенно лишенные чувствительности. На лицѣ и на всемъ тѣлѣ много маленькихъ плоскихъ краснобурыхъ инфильтратовъ (съ горошину), часто сливающихся вмѣстѣ. Нѣкоторые изъ этихъ инфильтратовъ распались (сдѣлались мягкими въ центрѣ); нѣкоторые изъ нихъ зарубцованы. Нп. ulnae не утолщены. На наружной сторонѣ голени нѣсколько анестетич. мѣстъ. Слизистая оболочка носа покраснѣвши. На пѣбѣ—изъязвившійся инфильтратъ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.530.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	13.690	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:330	
4) бѣлые дѣлятся на:		
a) малые лимфоциты		} препараты
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты		
d) переходныя формы		
e) полиморфные		
f) эозинофилы		
5) гемоглобина	103,0	
6) удѣльный вѣсъ	1,051	
7) пластинокъ	160000	

№ 5.

Девятниковъ Евменій; 52 лѣтъ; фабричный рабочій. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ узловъ на рукахъ. Средняго роста и питанія. Все тѣло равномерно покрыто желтобурымъ пигментомъ. Все лицо равномерно инфильтровано; темнокрасно-

бураго цвѣта на лбу и носу; мѣстами кромѣ того узлы величиною съ горошину. Много такихъ узловъ на тылѣ кистей и предплечій. На груди и животѣ мало узловъ, но много краснобурыхъ пятенъ. На бедрахъ спереди и сзади много узловъ съ мягкой желтоватою верхушкой. Паховыя железы припухли Нп. ulnae утолщены. Чувствительность вообще сохранена. Многіе изъ узловъ превратились въ маленькія круглыя язвы; на бедрахъ много круглыхъ тѣмнопигментированныхъ рубцовъ. На языкѣ и нѣбѣ—узлы; на языкѣ—язва. Epiglottis—припухъ.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.350.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7361	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:725	
4) бѣлые дѣлятся на:		
a) малые лимфоциты		} препараты
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты		
d) переходныя формы		
e) полиморфные		
f) эозинофилы		
5) гемоглобина	79,9	
6) удѣльный вѣсъ	1,047	

№ 6.

Шень Карлъ; 65 лѣтъ; переплетчикъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 6 лѣтъ. Болѣзнь началась красными пятнами на предплечіяхъ. Средняго роста; плохаго питанія. Вѣсъ 143 ф. Пятна съ неправильными контурами и съ широкимъ немного приподнятымъ краемъ покрываютъ на различномъ протяженіи руки, шею и лицо; ими покрытъ

весь тылъ кистей и предплечій. На правомъ плечѣ большое пятно и плотный инфильтратъ. 4 большихъ пятна на шеѣ и 2 малыхъ на спинѣ. На лбу пигментированный инфильтратъ величиною въ 4 снтм. въ діаметрѣ. Большая часть пятенъ краснобуро окрашены, возвышаются надъ здоровою кожею, съ блѣднымъ уплощеннымъ центромъ, съ значительно пониженною чувствительностію. Nn. ulnares веретенообразно утолщены.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa (mixta)*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.360.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9550	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:560	
4) бѣлые дѣлятся на:		
а) малые лимфоциты		} препараты
б) большіе лимфоциты		
в) большіе одноядерные лейкоциты		
г) переходныя формы		
д) полиморфные		
е) эозинофилы		
5) гемоглобина	76,4	не
6) удѣльный вѣсъ	1,046	удались.

№ 7.

Дзиркальнъ Андрей; 70 лѣтъ; рабочій при заведеніи минеральн. водъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Долго-ли существуютъ пятна, наблюдаемыя у больного, онъ не можетъ сказать. Высокаго роста; плохаго питанія. Пигментныя скопленія на предплечіяxъ и голеняхъ. На обоихъ предплечіяxъ по 1 пятну (5—8 снтм.) съ неправильными контурами, широкимъ пигментирован. ободкомъ и блѣднымъ центромъ;

такое же пятно на правомъ бедрѣ снаружи. Язвъ нѣтъ. На лѣвой голени маленькіе рубцы. Увеличенія железъ незамѣтно. Nn. ulnares утолщены. Чувствительность какъ тактильная, такъ и термическая исчезла на пятнахъ.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.750.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	11.780
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:400
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	8,3
б) большіе лимфоциты	6,1
в) большіе одноядерные лейкоциты	3,2
г) переходныя формы	4,0
д) полиморфные	78,0
е) эозинофилы	0,4
5) гемоглобина	105,0
6) удѣльный вѣсъ	1,050

№ 8.

Эглитъ Петеръ; 57 лѣтъ; извощикъ. Сестра больного, умершая въ 1884 году, болѣла крючкообразнымъ сведеніемъ пальцевъ съ потерею чувствительности. Боленъ 8 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ краснаго пятна на лбу. Больной средняго роста; хорошо упитанъ. Вѣсъ 168 ф. Кожа больного нормальныхъ тонуca и окраски. На груди и животѣ замѣтны отдѣльныя бѣлыя блестящія пятна съ неправильными контурами; мѣстами отдѣльныя пигментныя скопленія. На лбу—красное пятно; надъ правымъ глазомъ маленькій плоскій узелъ; микроскоп. препаратъ изъ него ничего специфическаго не далъ. Чувствительность сохранена по всему

тѣлу, только на голенихъ маленькіе анестетическіе узелки. На описанномъ, находящемся на лбу, узлѣ—анестезія. Железы не увеличены. Nn. ulnares не утолщены. Слизистыя оболочки носа, глотки и гортани всѣ покраснѣвшія.

Діагнозъ: Lepra maculosa (mixta).

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.014.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7800	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:643	
4) бѣлые дѣлятся на:		
a) малые лимфоциты		} препараты
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты		
d) переходныя формы		
e) полиморфные		
f) эозинофилы		удались.
5) гемоглобина	92,9	
6) удѣльный вѣсъ	1,047	

№ 9.

Гайлитъ Фрицъ; 29 лѣтъ; рабочій на пивномъ заводѣ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 7 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ краснаго пятна на рукѣ, а затѣмъ на лбу. 9 лѣтъ назадъ имѣлъ шанкръ и припухлость паховыхъ железъ. Сложенъ и упитанъ хорошо. Вѣсъ 200 ф. На лицѣ слегка приподнятыя краснобурья пятна съ поблѣднѣвшимъ у нѣкоторыхъ центромъ; мѣстами они сливаются. Немного мелкихъ пятенъ на спинѣ и груди. На лѣвомъ плечѣ нѣсколько мелкихъ, а на сгибательной сторонѣ лѣваго предплечія большое ландкартообразное съ возвышающимся краснобурнымъ краемъ; такое же пятно на правомъ бедрѣ. Кромѣ

того пятна разной величины находятся: на тылѣ кистей и предплечій, на правомъ локтѣ, на стопахъ и голени. На тылѣ лѣваго запястья — рубецъ. Контрактуръ нѣтъ. Паховыя железы незначительно припухли. Nn. ulnares утолщены. Чувствительность тактильная пропала на старыхъ, а термическая на всѣхъ пятнахъ. Кожа scroti припухла и покраснѣла. Въ praeruptum затверденіе величиною съ горошину. Таковъ status въ 1894 году. Къ 1897 году (ко времени изслѣдованія крови) пятна значительно поблѣднѣли; у нѣкоторыхъ оставался лишь свѣтло-розовый ободокъ.

Діагнозъ: Lepra maculosa (anaesthetica).

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.960.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6.897
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:720
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	30,7
b) большіе лимфоциты	5,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,3
d) переходныя формы	5,0
e) полиморфные	54,7
f) эозинофилы	1,0
5) гемоглобина	1,050
6) удѣльный вѣсъ	1,051

Есть ядродержащіе эритроциты.

№ 10.

Арейсъ Янъ; 73 лѣтъ; рабочій. Больныхъ проказою не знавалъ. Больной не замѣчалъ раньше своего пятна и не можетъ сказать—давно ли оно у него. Больной малаго роста; удовлетворительнаго питанія. Кожа очень блѣдна. Пигмен-

тацій нѣтъ. На кожѣ лѣвой лопатки красное пятно въ 1 снтм. шириною; на правомъ предплечьи близко къ кисти пятно въ 6 снтм. съ широкимъ краснымъ краемъ и блѣднымъ центромъ. На лѣвомъ плечѣ малое пятно въ 3 снтм.; на наружной поверхности правой голени надъ ладыжкой пятно въ 3 снтм. съ широкимъ краснымъ рантомъ и блѣднымъ неправильной формы центромъ. Язвъ, рубцевъ и опухолей железъ нѣтъ. Правый п. ulnaris утолщенъ. Чувствительность на пятнахъ пропала.

Діагнозъ: *Lepra maculosa (anaesthetica)*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.400.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6684
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:800
4) бѣлыя дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	24,3
b) большіе лимфоциты	9,6
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,6
d) переходныя формы	0,8
e) полиморфные	61,2
f) эозинофилы	0,5
5) гемоглобина	78,2
6) удѣльный вѣсъ	1,052
7) пластинокъ	200.000

№ 11.

Василій Ш.; крестьянинъ 32 лѣтъ; по профессіи — лодочникъ. Больной жилъ долго съ матерью, которая страдала *Lepra tuberosa*. Сестра матери имѣла пятнистую форму проказы.

Больной считаетъ началомъ болѣзни уменьшеніе силы въ рукахъ (20 лѣтъ назадъ), затѣмъ въ ногахъ; черезъ 5 лѣтъ

сталъ плохо разгибаться мизинецъ лѣвой руки и постепенно началъ уменьшаться въ длинѣ. Еще черезъ 5 лѣтъ появились пятна.

Больной сильнаго тѣлосложенія, съ хорошо развитой мускулатурой и достаточно развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ. Лицо очень блѣдно; мимическія мышцы атрофированы. *Ectropion paralyt.* на обоихъ глазахъ. На спинѣ разбросаны различной величины пятна, болшею частью, небольшія, съ розоватой окраской краевъ, слегка возвышающихся надъ кожей. Мизинцы и безымянные пальцы обѣихъ рукъ имѣютъ только первыя фаланги. Указательный палецъ лѣвой руки согнутъ подъ прямымъ угломъ въ первомъ межфаланговомъ сочлененіи. *Thenar, hypothenar* и *mm. interossei* сильно атрофированы на обѣихъ рукахъ. На правой ногѣ нѣтъ ни одного пальца; на лѣвой — также; около культи большого пальца на правой и около срединны стопы на лѣвой ногѣ — глубокія атотническія язвы. Полная термоанѣстезія, а также анѣстезія болевая и тактильная всѣхъ почти областей тѣла, за исключеніемъ подмышечныхъ впадинъ, паховыхъ областей и верхне-внутреннихъ частей бедеръ.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica (mutilans)*.

Исслѣдованіе крови 9/II 97 г.

Кровь для исслѣдованія взята изъ мочки уха.

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.020.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9550
3) пластинокъ	250.000
4) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:520
5) бѣлыя распадаются на:	
a) малые лимфоциты	16,5
b) большіе лимфоциты	2,8
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,6
d) переходныя формы	3,5

е) полиморфные	72,5
ф) эозинофильные	1,1
6) гемоглобина	91,0%
7) удѣльный вѣсъ	1,044

№ 12.

Меллупъ Андрей; 19 лѣтъ; сельскій работникъ. Въ семьѣ больныхъ не было. Зналъ одного прокаженного. Боленъ 10 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ узловъ на лицѣ. Средняго тѣлосложенія; упитанъ удовлетворительно. Тылъ предплечій, плечъ и лопатокъ буро пигментированъ. Стопы и переднія поверхности бедеръ покрыты красно-бурыми пятнами. Лицо и тылъ рукъ покрыты узлами величиною съ горошину; такіе же узлы и на ногахъ; многіе изъ нихъ изъязвлены. Правый п. ulnaris утолщенъ. Infiltratio subconjunctivalis. Keratitis leprosa. На мягкомъ небѣ язва. Голосъ хриплый.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.740.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	13.700
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:346
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	10,4
б) большіе лимфоциты	8,7
в) большіе одноядерные лейкоциты	5,4
г) переходныя формы	9,2
е) полиморфные	65,6
ф) эозинофилы	0,7
5) гемоглобина	55,6
6) удѣльный вѣсъ	1,045
7) пластинокъ	700.000
8) щелочность	0,216
9) бациллъ нѣтъ.	

№ 13.

Агафонъ П.; старовѣръ; 75 лѣтъ. Приблизительно уже 2 года, какъ больной сталъ замѣчать какія-то неровности въ кожѣ. Больной очень высокаго роста; крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. На лбу больнаго рѣзкія глубокія морщины, твердыя на оцупъ и не разглаживающіяся даже пассивно—очевидно, онѣ инфильтрованы; цвѣтъ ихъ нормальный. По всему туловищу и верхнимъ конечностямъ сплошь почти разсеѣаны пятна и возвышающіяся бляшки тѣстоватой консистенціи. Цвѣтъ ихъ различный: на рукахъ болѣе интензивный, красноватомалиновый; на животѣ и спинѣ—свѣтлѣе; на спинѣ есть оранжевыя и коричневато-красныя пятна съ небольшимъ синеватымъ оттѣнкомъ. Нормальная кожа только на выдающихся частяхъ лопатокъ и подъ мышками. На голеняхъ также разсеѣаны небольшія пятна; на задней поверхности правой голени пятно синевато-бураго цвѣта, состоящее изъ мелкихъ пятнышекъ синеватаго цвѣта на общемъ желтоватомъ фонѣ; пятнышки легко кровоточатъ при уколѣ. На задней сторонѣ лѣваго бедра такое же пятно, величиною въ 20 коп. монету. Чувствительность къ теплу и холоду на бляшкахъ и пятнахъ, а также болевая чувствительность всюду понижены. Тактильная чувствительность понижена весьма незначительно, замѣтно менѣ болевой.

Діагнозъ: Lepra tuberosa (бугорковый и еще пятнистый періодъ ея).

Исслѣдованіе крови 9/II 97 г.

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.320.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6.684
3) пластинокъ	350.000
4) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:650
5) бѣлые распадаются на:	

a) малые лимфоциты	18,7
b) большие лимфоциты	7,7
c) большие одноядерные лейкоциты	5,0
d) переходныя формы	2,6
e) полиморфные	64,9
f) эозинофильные	1,1
6) гемоглобина	68,5
7) удѣльный вѣсъ	1,042

Макроцитозъ.

№ 14.

Агапова Маланья; 56 лѣтъ; торговка на базарѣ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 8 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ красныхъ пятенъ на лицѣ. Средняго сложенія; упитана плохо. Вѣсъ 131 фун. На тылъ предплечій—свѣтло-красно-бурыя пятна, на спинѣ типическія ланцкарто-образныя пятна; на колѣнахъ красныя пятна съ очень плоскимъ инфильтратомъ подъ ними. На лбу кожа сплошь инфильтрована. На тылъ предплечій отдѣльные узлы. Нп. ulnaes утолщены. Паховыя железы припухли. Чувствительность на пятнахъ спины и рукъ пропала совсѣмъ; на узлахъ—частію. Слизистыя оболочки покраснѣли и припухли. На правомъ глазу у края роговицы 3—4 узелка.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.520.000		
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6100		
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:577		
4) бѣлые дѣлятся на:			
a) малые лимфоциты	}	препараты	
b) большие лимфоциты			
c) большие одноядерные лейкоциты			
d) переходныя формы			не
e) полиморфные			удались.
f) эозинофилы			

5) гемоглобина	84,0
6) удѣльный вѣсъ	1,046
7) пластинокъ	900.000

№ 15.

Моисеева Анастасія; 64 лѣтъ; работница. Больныхъ проказою не знавала. Больна 4 года. Болѣзнь началась появленіемъ небольшого узелка на тылъ кисти правой руки. Хорошихъ тѣлосложенія и питанія. Вѣсъ 186 ф. (при поступленіи 153 ф.). На предплечіяхъ узлы—плоскіе, красные отъ горошины до 5 смт.; тоже на нижней 1/3 плеча. На лицѣ 6—7 инфильтратовъ величиною съ горошину. Руки покрыты блѣдно-розовыми пятнами. На ногахъ также блѣдно-розовыя пятна и плоскіе инфильтраты. Рубцовъ нѣтъ. Нп. ulnaes утолщены. Тактильная чувствительность на тылъ рукъ и частью на голеняхъ исчезла. На язычкѣ большіе узлы. Маленькія лепромы у края роговины.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.500.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5.570
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:800
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	13,0
b) большие лимфоциты	7,3
c) большие одноядерные лейкоциты	2,7
d) переходныя формы	2,5
e) полиморфные	74,0
f) эозинофилы	0,5
5) гемоглобина	96,1
6) удѣльный вѣсъ	1,051
7) щелочность	0,234
8) бактерии нѣтъ.	

№ 16.

Нартингъ Анна; 58 лѣтъ; прачка. Больныхъ проказою не знавала. Больна 11 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ свѣтлорозовыхъ пятенъ. Сложена и упитана хорошо. Кожа покрыта желтобурыми пигментными пятнами. Плотные, распространенные инфильтраты на лицѣ и голеняхъ. На тылѣ предплечій, на спинѣ, груди, животѣ и бедрахъ плоскіе разной величины инфильтраты покрытые желтобурымъ пигментомъ. На лѣвой стопѣ—*mal perforant*. На рукахъ и на ногахъ бѣлые рубцы. Всѣ пальцы обѣихъ рукъ укорочены отъ недостачи одной или нѣсколькихъ фалангъ, причемъ нѣкоторые изъ пальцевъ отогнуты къ тылу. *Nn. ulnares* утолщены. *Dilatatio cordis. Paralysis facialis.*

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.260.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	11.323	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:465	
4) бѣлые дѣлятся на:		
a) малые лимфоциты		} препараты
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты		
d) переходныя формы		
e) полиморфные		
f) эозинофилы		удались.
5) гемоглобина	90,0	
6) удѣльный вѣсъ	1,050	
7) пластинокъ	850.000	
8) щелочность	0,198	

№ 17.

Биргеръ Ева; 42 лѣтъ; крестьянка. Въ семьѣ больныхъ не было. Служила 5 лѣтъ вмѣстѣ съ однимъ лепрознымъ. Больна 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ. Средняго роста; крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Вѣсъ 160 фун. Кожа всюду сухая; надъ инфильтратами эпидермисъ отслаивается широками пластами. Лицо сплошь покрыто бурокрасными инфильтратами; на лбу небольшіе, плоскіе такого же цвѣта узлы (съ горошину). Такіе же ясные отдѣльные узлы на тылѣ предплечій, кожа которыхъ краснобуро окрашена. Ландкартообразный плоскій желтобуропигментирный инфильтратъ на разгибной сторонѣ плечъ. Таковыя же инфильтраты на бедрахъ и голеняхъ. На спинѣ широкій инфильтратъ съ дегенерированнымъ, рубцовымъ центромъ. Чувствительность на верхушкахъ и въ центрѣ инфильтратовъ частью понижена, частью совершенно пропала. Паховыя и подчелюстныя железы припухли. *Nn. ulnares*, особенно правый, колбовидно утолщены и чувствительны при давленіи. Слизистыя оболочки носа и глотки сильно покраснѣли.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.690 000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7663
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:610
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	16,5
b) большіе лимфоциты	3,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,7
d) переходныя формы	6,5

e) полиморфные	66,8
f) эозинофилы	2,2
5) гемоглобина	100,0
6) удѣльный вѣсъ	1,049

№ 18.

Звайгзитъ Лена; 29 лѣтъ; служанка. Больныхъ проказою не знавала. Больна 12 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ ранъ (?) на ногахъ. Крѣпкаго тѣлосложенія; питанія порядочнаго. Вѣсъ 132 фунта. На кожѣ лица небольшіе инфильтраты ввидѣ узловъ; на тылѣ рукъ и на голенихъ широкіе инфильтраты. Отдѣльные узлы на тылѣ рукъ и у щиколокъ. Nn. ungues утолщены. Чувствительность на голенихъ и стопахъ совершенно пропала. На языкѣ и мягкомъ небѣ—широкій плоскій инфильтратъ. Pannus leprosus. Кончики пальцевъ рукъ изъязвлены.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.200.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4.615
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:693
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	15,2
b) большіе лимфоциты	13,8
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,5
d) переходныя формы	1,6
e) полиморфные	65,3
f) эозинофилы	0,6
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,042
7) щелочность	0,234
8) бациллъ нѣтъ.	

№ 19.

Иванова Федора; 39 лѣтъ. Въ семьѣ больныхъ не было. 20 лѣтъ „знакома“ съ одной лепрозной. Болѣзнь началась 4 года назадъ сильнымъ зудомъ кожи. Малаго роста; упитана удовлетворительно. Вѣсъ 135 ф. На кожѣ спины и груди блѣдно-бронзовыя пятна съ слегка возвышающимся краемъ. На лбу, щекахъ, ушахъ, носу и подбородкѣ—находятся многочисленные мелкіе, выдающіеся лишь своими верхушками надъ кожей узелки. На тылѣ кистей и предплечій узлы шире (1—2 снтм.) и выше (до нѣсколькихъ м.м.). Кожа голени инфильтрирована сплошь. Nn. ungues утолщены. Язвъ нѣтъ. Узлы (мелкіе) на языкѣ и язычкѣ. У края роговицы праваго глаза—плоская лепрома.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.120.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3979
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1035
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	17,3
b) большіе лимфоциты	9,6
c) большіе одноядерные лейкоциты	16,1
d) переходныя формы	1,2
e) полиморфные	59,0
f) эозинофилы	2,8
5) гемоглобина	78,3 ⁰ / ₁₀₀
6) удѣльный вѣсъ	1,036
7) микроцитозъ.	

№ 20.

Янсонъ Маргарита; 64 лѣтъ; жена фабричн. рабочаго. Больныхъ проказою не знавала. Больна 2 года. Болѣзнь началась появленіемъ красныхъ пятенъ на лицѣ и колѣнахъ. Сложена и упитана хорошо. Вѣсъ 206 ф. На кожѣ—много-

численныя желтообразныя пигментациі величиною въ була-
вочную головку и болѣе рѣдкія пятна съ темнобурымъ пло-
скимъ краемъ; одно изъ таковыхъ—большое находится на
задней поверхности лѣвой голени. На паружной сторонѣ тыла
правой стопы темнобурое (въ 7 снтм.) пятно. Затѣмъ пятна
—съ широкимъ краснымъ краемъ, слегка выдающимся надъ
нормальной кожей находятся; 1) на лбу; 2) на тылѣ кистей
и предплечій; 3) на спинѣ и 4) надъ обоими колѣнами.
Железы слегка припухли; *nn. ulnares* слегка утолщены.
Язвъ—нѣтъ. Тактильная чувствительность всюду сохранена;
болевая совершенно пропала на старыхъ и понижена на свѣ-
жихъ пятнахъ. Слизистыя оболочки носа и глотки покрас-
нѣвши.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.190.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9888
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:525
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	22,9
b) большіе лимфоциты	12,6
c) большіе одноядерные лейкоциты	6,4
d) переходныя формы	1,8
e) полиморфныя	53,9
f) эозинофилы	2,4
5) гемоглобина	88,0
6) удѣльный вѣсъ	1,054

Есть ядросодержащіе эритроциты.

№ 21.

Анна Я., 75 лѣтъ; нѣмка; незамужняя. По словамъ
больной, пятна замѣтила уже нѣсколько лѣтъ назадъ.

Больная невысокаго роста, сутуловатая, очень плохаго
питанія; больная вообще очень слаба. На правомъ бедрѣ,

на внутренней сторонѣ, въ области колѣннаго сочлененія и
ниже—пятно, представляющее собственно массу пигмент-
ныхъ пятнышекъ коричневатаго цвѣта на общемъ фонѣ
красновато-коричневаго оттѣнка; кожа вслѣдствіе этихъ пят-
нышекъ имѣетъ крапчатый видъ, причемъ по краямъ пят-
нышки какъ-бы гуще. Нѣкоторыя пятнышки шелушатся.
Nn. ulnares обѣихъ сторонъ слегка утолщены и сильно бо-
лѣзненны на оцупь. На пятнѣ правой ноги чувствительность
къ теплу и холоду понижена, причемъ къ холоду больше.
Болевая чувствительность на пятнѣ почти всюду отсутствуетъ;
тактильная сильно понижена.

Діагнозъ: *Lepra maculosa (anaesthetica)*.

Исслѣдованіе крови 10/II 97 г.

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.885.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8276
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:471
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	14,8
b) большіе лимфоциты	7,1
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,8
d) переходныя формы	2,4
e) полиморфныя	68,1
f) эозинофилы	2,8
5) гемоглобина	91,0%
6) удѣльный вѣсъ	1,050

Есть ядросодержащіе эритроциты.

№ 22.

Андреева Оекла; 65 лѣтъ; нянька. Больныхъ прока-
зою не знавала. Больна 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ
красныхъ пятенъ на рукѣ. Средняго сложенія; плохаго пи-
танія. Вѣсъ 112 фунт. (при поступленіи 138 фунт.). Кожа

надъ инфильтратами темно-буро-красная. Диффузные, возвышающіеся на 1 снтм. и болѣе надъ нормальной кожей инфильтраты на лбу, губахъ и подбородкѣ; щеки сравнительно свободны. *Facies leontina*. Тылъ предплечій до кистей покрытъ сплошнымъ инфильтратомъ. Ландкартообразные съ анестест. центромъ и значительно выдающимся краемъ инфильтраты на лопаткахъ. Инфильтраты на правой ташта на спинѣ, животѣ, бедрахъ и особенно развиты на голеняхъ. Опухлости железъ незамѣтно. *Nn. ulnares* утолщены. Тактильная и термическая чувствительность на высотѣ инфильтратовъ и въ дегенерирован. центрахъ ихъ исчезла. Селезенка увеличена. Больная трахеотомирована 22/ix 96 года по поводу стеноза.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

- | | |
|--------------------------------------------|-----------|
| 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ | 3.150.000 |
| 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ | 11672 |
| 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ | 1:270 |
| 4) бѣлые дѣлятся на: | |
| a) малые лимфоциты | 13,6 |
| b) большіе лимфоциты | 10,4 |
| c) большіе одноядерные лейкоциты | 10,1 |
| d) переходныя формы | 1,8 |
| e) полиморфные | 63,6 |
| f) эозинофины | 0,5 |
| 5) гемоглобина | 57,8 |
| 6) удѣльный вѣсъ | 1,038 |
| 7) пластинокъ | 400.000 |
| 8) щелочность | 0,234 |
| 9) бациллъ нѣтъ. | |

Значительный микроцитозъ.

№ 23.

Штейнбергъ Баббе; 69 лѣтъ; служанка. Больныхъ проказою не знавала. Больна лѣтъ. Болѣзнь началась пятномъ на ногѣ. Сложена и ушитана хорошо. Вѣсъ 157 ф. Небольшія пигментациі на спинѣ и голеняхъ. На правой голени снаружи пятно величиною въ 4 снтм. съ неправильнымъ контуромъ съ желто-бурнымъ, шириною въ 1/2 снтм. краемъ и гладкимъ блѣднымъ центромъ; край слегка возвышается надъ нормальной кожей. Узловъ, контрактуръ, припухлости железъ и утолщенія нервовъ нѣтъ. Тактильная и термическая чувствительность въ центрѣ пятна пропала. Таковымъ былъ status 24/iv 93 года. 1/vii того же года пятно было иссѣчено и рана соединена 5 швами. Первое натяженіе. 1/ix того же года въ мѣстахъ швовъ образовались маленькія круглыя желто-бурныя пятна, которыя къ 1897 году ни въ размѣрахъ, ни въ числѣ не увеличились.

Діагнозъ: *Lepra maculosa (anaesthetica)*.

Исслѣдованіе крови:

- | | |
|--------------------------------------------|-----------|
| 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ | 3.331.000 |
| 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ | 1910 |
| 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ | 1:1744 |
| 4) бѣлыя дѣлятся на: | |
| a) малые лимфоциты | 30,2 |
| b) большіе лимфоциты | 9,4 |
| c) большіе одноядерные лейкоциты | 6,3 |
| d) переходныя формы | 4,4 |
| e) полиморфные | 49,1 |
| f) эозинофилы | 0,6 |
| 5) гемоглобина | 81,2 |
| 6) удѣльный вѣсъ | 1,047 |
| 7) пластинокъ | 250.000 |

Есть ядродержащіе эритроциты.

№ 24.

Настасья С., 71 года, вдова. Пятна свои бо́льшая не замѣчала и, конечно, не знаетъ, когда они появились. Бо́льшая давно уже ощущаетъ постоянную зябкость. Она небольшо-го роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно хорошаго питанія.

На всемъ лицѣ разбросаны розовато-красныя пятна безъ рѣзкихъ границъ, слабо возвышающіяся надъ кожей. На лѣвомъ плечѣ бо́льшія розовато-красныя пятна, внутри слабо обезцѣченныя; края ихъ трудно различить вслѣдствіе сильной морщинистости кожи и слабой окраски пятенъ. На правой рукѣ—тоже. Сильная атрофія thenaris, hypothenaris и m. m. inteross. обѣихъ рукъ. На указательномъ пальцѣ правой руки отсутствуетъ 3-я фаланга, уничтоженная безъ язвы; палецъ распухалъ, фаланга ногтевая свободно двигалась внутри; бо́льшая дала разрѣзать, и кость вынули; по ея словамъ, кость была какъ бы изъѣдена. На среднемъ пальцѣ исчезла 3-я фаланга рассыиваніемъ, кожа правой голени почти вся сильно утолщена, сильно пигментирована пятнами; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пигментъ почти черный. Кожа плотна въ нижней половинѣ голени. На лѣвой ногѣ пигментація начинается ниже и кончается на тылѣ стопы. Ногти на обѣихъ ногахъ сильно измѣнены. На большинствѣ пятенъ рукъ, на правой голени, а также на наружной и передней поверхности лѣвой голени—полная термоанестезія.

Тактильная чувствительность поражена также какъ и болевая; причемъ послѣдняя значительно больше первой.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica (et mutilans)*.

Исслѣдованіе крови 16/II 97 г.:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.620.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4510
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1024

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	19,3
b) бо́льшіе лимфоциты	6,6
c) бо́льшіе одноядерные лейкоциты	9,1
d) переходныя формы	2,8
e) полиморфные	61,3
f) эозинофилы	0,9
5) гемоглобина	73,4
6) удѣльный вѣсъ	1,050

Макроцитозъ.

№ 25.

Егорова Александра; 60 лѣтъ; торговка рыбою. Бо́льныхъ проказою не знавала. Бо́льна 7 лѣтъ. Бо́льзнь началась красными пятнами на лицѣ. Средняго тѣлосложенія; питанія удовлетворительнаго. Лицо унизано плотными бронзово-го цвѣта инфильтратами. *Facies leontina*. На тылѣ вистей и предплечій сливающіеся узлы. Также на разгиб. сторонѣ плечъ. Голени слоново перерождены. Чувствительность на инфильтратахъ пропала. *Nn. ulnares* сильно припухши. На мягкомъ небѣ и язычкѣ плоскіе широкіе инфильтраты. Вѣсъ 136 фун.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.565.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	10345
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:441
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	23,8
b) бо́льшіе лимфоциты	12,1
c) бо́льшіе одноядерные лейкоциты	3,8
d) переходныя формы	2,9
e) полиморфные	56,8
f) эозинофилы	0,6

5) гемоглобина	81,2
6) удѣльный вѣсъ	1,055
7) щелочность	0,216

№ 26.

Софья В., 75 лѣтъ; вдовѣтъ 2-й разъ. Первое пятно на лѣвомъ бедрѣ замѣтила 3 года назадъ. Больная средняго роста; правильнаго сложенія и довольно плохаго питанія.

На лбу и правой щекѣ у больной—нѣсколько пятенъ съ неопредѣленными границами, причѣмъ на лбу цвѣтъ ихъ бѣловато-розовый, а на щекахъ—красноватый; кромѣ того на лбу разбросано нѣсколько небольшихъ узловъ—(найлены Hansen'овскія бациллы). На лѣвомъ плечѣ продолговатое пятно свт. 10 длины съ блѣдными желто-коричневыми краями и почти нормальной серединой. Кожа всего пятна немного шелушится. Въ нижней $\frac{1}{3}$ плеча снаружи нѣсколько изолированныхъ, твердоватыхъ, почти не выдающихся надъ кожей бугорковъ; цвѣтъ ихъ желтоватый. Почти на симметричномъ мѣстѣ праваго плеча небольшое пятно такого-же характера, какъ и на лѣвой рукѣ. На правой груди около соска кругловатое пятно желтовато-коричневаго цвѣта. На лѣвой ногѣ и въ regio glutea разсыяны пятна того-же характера. Термоанестезія, болѣе или менѣе рѣзко выраженная на пятнахъ лба, щекъ, рукъ и ногъ. Тактильная чувствительность мѣстами (пятно лѣваго плеча) совершенно пропала. Болевая сильно понижена, а на пятнахъ груди, лѣваго плеча и лѣваго бедра—отсутствуетъ.

Діагнозъ: Lepra mixta.

Исслѣдованіе крови 18/II 97 г.:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.308.500
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5411
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:796

4) бѣлые распадаются на:	
а) малые лимфоциты	32,4
б) большіе лимфоциты	18,0
в) большіе одноядерные лейкоциты	3,3
г) переходныя формы	4,7
е) полиморфные	40,0
ф) эозинофилы	1,6
5) гемоглобина	76,3
6) удѣльный вѣсъ	1,056

№ 27.

Ивапова Анна; 70 лѣтъ; чернорабочая. Больныхъ проказою не знавала. Больна 1¹/₂ года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ. Больная средняго роста; удовлетвори-тельнаго питанія. Вѣсъ ся 132 ф. На кожѣ—многочисленныя желто-бурья пятна (2—3 смт.) и синеватые рубцы такой же величины. Плотныя бурые инфильтраты по всему лицу. Facies leontina. На разгибат. сторонахъ предплечій, на передней сторонѣ бедеръ—многочисленныя плотныя, величиною до горошины, часто сливающимся между собою узлы. На спинѣ многочисленныя маленькіе узелки. Кожа голеней инфильтрирована довольно равномерно; но здѣсь, также какъ и на бедрахъ расположены небольшіе вторичныя узелки; послѣдніе мѣстами изъязвлены и покрыты корками. Паховыя железы уплотнены и увеличены. Nn. ulnares—утолщены. Чувствительность понижена на верхушкахъ инфильтратовъ и уничтожена на небольшихъ островкахъ кожи передней поверхности голеней и разгибат. стороны предплечій. Плоская язва на перегородкѣ носа. Слизистая оболочка глотки по-краснѣла.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.075.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3183

3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1280
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	18,5
b) большіе лимфоциты	13,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	17,0
d) переходныя формы	3,8
e) полиморфные	45,0
f) эозинофилы	2,5
5) гемоглобина	90,0%
6) удѣльный вѣсъ	1,055
7) щелочность	0,234
8) Въ крови есть бациллы Hansen'a.	

№ 28.

Исакова Наталья; 50 лѣтъ; служанка. Больныхъ проказою не знавала. Больна 4 года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ на бедрѣ. Нѣжнаго сложенія; хорошаго питанія. Вѣсъ 115 ф. Немного блѣдная окраска кожи прерывается мѣстами характерными ландкартообразн. пятнами съ атроф. центромъ; величиною отъ 2—10 смт, въ діаметрѣ; такой величины (10 смт.) пятно находится на внутренней сторонѣ лѣваго колѣна; на внутренней и задней поверхностяхъ лѣваго бедра—пятна меньшей величины. Железы не припухли. Чувствительность на пятнахъ—понижена. На лѣвой щекѣ—синегато-красное пятно.

Діагнозъ: *Lepa maculosa (anaesthetica)*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.185.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3714
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:857
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	38,42

b) большіе лимфоциты	9,57
c) большіе одноядерные лейкоциты	2,45
d) переходныя формы	5,95
e) полиморфные	43,46
f) эозинофилы	1,55
5) гемоглобина	71,2
6) удѣльный вѣсъ	1,054

№ 29.

Вахтеръ Лена; 70 лѣтъ; нянька. Больныхъ проказою не знавала. Больна 6 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ при ознобѣ. Больная крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. На кожѣ сочлененій желто-буропигментированныя небольшія (до размѣра горошины) пятна, а рядомъ съ нимъ большія, частосливаюціяся краспобурья пятна, покрывающія незначительный инфильтратъ. Очень плотный, распространенный инфильтратъ по всему лицу. Тоже на тылѣ кистей и предплечій. Рядомъ съ этими распространенными инфильтратами прощупываются и отдѣльные небольшіе узлы. На грудяхъ и спинѣ многочисленныя пигментациі и узелки. Рубцовъ и язвъ нѣтъ. *Nn. ulnares* утолщены. Чувствительность (болевая) тыла кистей и предплечій понижена. Слизистыя оболочки носа и глотки покраснѣли и припухли. *Ramus*. Вѣсъ 173 фунта.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.221.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6048
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:700
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	20,3

b) большіе лимфоциты	6,5
c) большіе одноядерные лейкоциты	15,0
d) переходныя формы	4,7
e) полиморфные	52,3
f) эозинофилы	1,2
5) гемоглобина	92,8 ⁰ / ₀
6) удѣльный вѣсъ	1,052
7) щелочность	0,234
8) бациллъ нѣтъ.	

№ 30.

Кристианъ Катарина; 84 лѣтъ; прачка. Больныхъ проказою не знавала. Больна 2 года. Болѣзнь началась появленіемъ узловъ. Тѣлосложеніа средняго; упитана удовлетворительно. Вся кожа покрыта тѣмнобурымъ пигментомъ, который краснѣе на инфильтратахъ. Очень плотныя узлы, особенно на лицѣ (*facies leontina*). Тылъ предплечій и частью кистей густо покрыты узлами величиною отъ горошины до боба. Голени сплошь инфильтрированы. *Nn. ulnares* значительно припухли. На рукахъ и голеняхъ многочисленные малые рубцы бѣлаго цвѣта. Паховыя железы увеличены, тверды. Чувствительность сильно понижена на предплечіяхъ, голеняхъ, на разгиб. сторонахъ плеча и наружной поверхности бедеръ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.033.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3183
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1267
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	25,3
b) большіе лимфоциты	4,7
c) большіе одноядерные лейкоциты	0,6

d) переходныя формы	0,9
e) полиморфные	67,7
f) эозинофилы	0,8
5) гемоглобина	83,1
6) удѣльный вѣсъ	1,047
7) пластинокъ	212.500
8) щелочность	0,216
9) бациллъ нѣтъ.	

№ 31.

Алистратова Елизавета; 75 лѣтъ; работница сигарной фабрики. Больныхъ приказою не знавала. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ; когда—больная не помнитъ (болѣе 4 лѣтъ). Больная хорошо тѣлосложенія и порядочнаго питанія. Вѣсъ 123 ф. Кожа всюду блѣдна, а на разгиб. поверхн. рукъ тонка и суха. На лѣвой икрѣ круглое пятно съ бѣлымъ блестящимъ центромъ. Узловъ нѣтъ. На рукахъ много большихъ рубцовъ отъ ожога. *Nn. ulnares* утолщены. Чувствительность термическая, а также тактильная на тылъ рукъ и на голеняхъ совершенно пропала. Слизистыя оболочки носа, глотки и гортани нормальны. Бронхитъ.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.316.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7162
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:602
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	18,6
b) большіе лимфоциты	8,1
c) большіе одноядерные лейкоциты	8,2
d) переходныя формы	1,4
e) полиморфные	62,2
f) эозинофилы	1,5

5) гемоглобина	83,1
6) удѣльный вѣсъ	1,047
7) Щелочность	0,198
8) Значительный микроцитозъ.	

№ 32.

Лисовская Агафья; 39 лѣтъ; работница на табачной фабрикѣ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 3 года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ на лбу, Большая средняя роста и сложенія; хорошо упитана. Разгибательныя стороны предплечій, а также лицо и голень равномерно свѣтлорозово пигментированы; кожа на этихъ мѣстахъ слегка уплотнена. На лбу, при проведеніи по кожѣ пальцемъ, замѣтны узелки отъ булавочной головки до чечевицы. Замѣчательно, что больная 2 раза выздоравливала. Поступила въ лепрозерій въ началѣ 1893 года съ большими краснотурными буграми на лицѣ и пятнами на рукахъ; вѣсъ ея былъ 139 фунтовъ; 1-го сентября того-же года была представлена медицинскому обществу, какъ выздоравливавшая: всѣ наружныя проявленія болѣзни пропали, а вѣсъ поднялся до 153 фунт. Но уже 27 сентября больная снова поступила въ лепрозерій съ прежними явленіями и вѣсомъ въ 139 фун. Въ настоящее время (когда производилось изслѣдованіе крови) проявленія болѣзни снова сократились до описанныхъ выше размѣровъ и вѣсъ больной снова поднялся до 150 фунтовъ.

Діагнозъ: *Lepros tuberosa.*

Изслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.850.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4178
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1400

4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	} препараты
б) большіе лимфоциты	
в) большіе одноядерные лейкоциты	
г) переходныя формы	
е) полиморфныя	
ф) эозинофилы	
5) гемоглобина	101,9%
6) удѣльный вѣсъ	1,050
7) пластинокъ	266.000
8) щелочность	0,216

№ 33.

Ева Б., 44 года; латышка; лютеранскаго вѣроисповѣданія; вдова. Въ Рижскомъ приютѣ съ ноября 1893 г. Больная служила 5 лѣтъ вмѣстѣ съ лепрознымъ у одного хозяина. Первые пятна появились осенью 1893 года, т. е. незадолго до поступленія въ приютъ. Эти пятна показались на тѣлѣ въ разныхъ мѣстахъ сразу. Нѣкоторыя пятна уже исчезли во время пребыванія въ приютѣ.

Stat. praes. Больная средняя роста, правильнаго тѣлосложенія, довольно хорошаго питанія.

Въ трехъ нижнихъ четвертяхъ спины, за исключеніемъ области позвоночника, находится довольно много пятенъ не большихъ, но сливающихся между собою, такъ что нормальной кожи немного. Цвѣтъ ихъ розовато-коричневый; они выдаются надъ уровнемъ кожи и въ центрѣ на нихъ есть болѣе свѣтлая середина. Встрѣчаются пятна и въ области *glut.* На ногахъ спереди остались плоскія пятна отъ бывшихъ возвышенныхъ, преимущественно на бѣдрахъ.

На спинѣ значительное пониженіе болевой чувствительности. На лѣвомъ предплечьѣ болевая чувствительность понижена значительно больше тактильной.

Діагнозъ: *Lepra maculosa (anaesthetica)*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.250.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7958
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:660
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	21,0
b) большіе лимфоциты	4,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	2,1
d) переходныя формы	1,1
e) полиморфныя	69,5
f) эозинофилы	2,0
5) гемоглобина	92,8
6) удѣльный вѣсъ	1,054
7) пластинокъ	190.000

№ 34.

Куршдина Аписья; 42 лѣтъ; работница на фабрикѣ. Долго работала на этой фабрикѣ съ 4 больными туберозной формою проказы. Больна 7 лѣтъ. Болѣзнь началась съ того, что лицо распухло и покраснѣло. Больная средняго тѣлосложенія; упитана хорошо. Кожа лица сплошь унизана узлами. *Facies leontina*; цвѣтъ кожи лица блѣдно-бронзовый. На рукахъ нѣсколько невыдающихся надъ кожей узловъ; тутъ же мѣстами буро синіе рубцы. Тоже на колѣнахъ и бедрахъ. Кожа голеней слоново перерождена; мѣстами на ней рубцы. Железы припухли. *Nn. ulnares* утолщены. Чувствительность на инфильтратахъ пропала. На мягкомъ нѣбѣ группа малыхъ узелковъ. *Rannus* лѣв. глаза. Вѣсъ 1897 г.—145 фунт., а при поступленіи въ 1894 г.—150 фунт.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.850.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6217

3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:619
4) бѣлые распадаются на:	
a) малые лимфоциты	10,8
b) большіе лимфоциты	5,4
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,7
d) переходныя формы	0,8
e) полиморфныя	78,5
f) эозинофилы	0,8
5) гемоглобина	63,5
6) удѣльный вѣсъ	1,044
7) пластинокъ	210.000
8) щелочность	0,236
9) Бациллъ нѣтъ.	

№ 35.

Гиронъ Плацида, 34 лѣтъ, работница на фабрикѣ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 4 года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ на рукахъ и на ногахъ. Тѣлосложенія нѣжнаго; питанія порядочнаго. Вѣсъ 113 ф. Вся кожа покрыта темножелтобурнымъ пигментомъ; на тылѣ рукъ уплотненіе пигментированной кожи. Широкіе, плоскіе инфильтраты на лицѣ, (на лбу, щекахъ и подбородкѣ). На тылѣ рукъ также отдѣльные узлы величиною съ горошину; тоже на ногахъ. Язвъ нѣтъ. *Nn. ulnares*—утолщены. Незначительная аналгезія на разгибат. сторонахъ рукъ. Слизистыя оболочки носа и глотки—покраснѣвши.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	2.983.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9231
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:214

4) бѣлые дѣлятся на:

а) малые лимфоциты	22,7
б) большіе лимфоциты	10,8
с) большіе одноядерные лейкоциты	2,2
д) переходныя формы	1,2
е) полиморфные	59,3
ф) эозинофилы	3,8
5) гемоглобина	70,5
6) удѣльный вѣсъ	1,046
7) пластинокъ	200.000

№ 36.

Янсонъ Юрій; 75 лѣтъ; рабочій съ пристани. Въ семьѣ больныхъ не было. Жилъ въ пріютѣ для бѣдныхъ, въ одной комнатѣ съ 2-мя прокаженными. Боленъ лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ пятна на внутренней ладыжкѣ правой ноги. Средняго сложенія и питанія. Вѣсъ 136 фун. Кожа вялая съ свѣтлобурными пятнами. Кромѣ того замѣчаются краснобурныя пятна безъ атроф. центра и таковыя же съ блѣдпорозовымъ центромъ. Ладыжка (внутрен.) правой ноги покрыта краснобурнымъ пятномъ шириною около 10 смт.; кожа пятна не инфильтрирована; таковое же пятно меньшихъ размѣровъ на правой крѣ. Такія же краснобурныя пятна на лѣвой голени. На лѣвой щекѣ (у угла нижней челюсти) краснобурое инфильтрированное пятно съ блѣдно-сипеватымъ центромъ; 3 такихъ же пятна на задней поверхности правого плеча и 2 на задней поверхности лѣваго плеча. Язвъ и узловъ нѣтъ. Паховыя железы незначительно увеличены и тверды. Nn. ulnaes слегка утолщены. Центры пятенъ лишены болевой и термической чувствительности. Сильно покраснѣвшая слизистая оболочка глотки.

Діагнозъ: Lepra anaesthetica.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.925.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5730	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:685	
4) бѣлые дѣлятся на:		
а) малые лимфоциты	} препараты	
б) большіе лимфоциты		
в) большіе одноядерные лейкоциты		} не
д) переходныя формы		
е) полиморфные		} удались.
ф) эозинофилы		
5) гемоглобина	84,1	
6) удѣльный вѣсъ	1,049	
7) пластинокъ	350.000	
8) щелочность	0,234	

№ 37.

Ефимова Мишадора; 29 лѣтъ; работница табачной фабрики. Отецъ больной страдалъ lepra tuberosa. Больна 1 1/2 года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ.

Слабаго тѣлосложенія; плохо упитана. Вѣсъ 107 фунтовъ. Малыя желто-бурныя пятна на спинѣ. Широкія пятна съ плоской краснобурой каймою на тылѣ предплечій и частью плечъ. Пятно внизу правой щеки въ 20 смт. діаметромъ (распространяется на шею). Сзади бедеръ большія пятна, почти не оставляющія нормальной кожи. Голени сильно пигментированы краснобуро; кожа ихъ истончена; эпидермисъ шелушится. Пятна на лѣвой щекѣ и на лбу. Всѣ эти пятна съ слегка инфильтрированной каймой и атроф. центромъ. Nn. ulnaes утолщены. Язвъ, узловъ и рубцовъ — нѣтъ. Термическая и тактильная чувствительность на пятнахъ исчезла. Обѣ голени слегка отечны (у ступней). Въ мочѣ — бѣлокъ.

Діагнозъ: *Lepra maculosa (anaesthetica)*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.741.650
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5730
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:827
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	19,3
b) большіе лимфоциты	7,8
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,3
d) переходныя формы	3,0
e) полиморфные	64,1
f) эозинофилы	1,5
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,041
7) пластинокъ	483.000

№ 38.

Бортновская Ульяна; 77 лѣтъ; торговка зеленью. Больныхъ проказою не знавала. Больна 7 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ пятна на лѣвой голени. Больная малаго роста; хорошо упитана. Вѣсъ 117 фун. Маленькія съ чечевичу пигментированныя пятна желто-бѣлаго цвѣта на лицѣ, груди, животѣ и вверху спины. На внутренней поверхности обѣихъ голени ланкартообразныя темно-бурья съ инфильтрованными краемъ пятна. Красно-бурые рубцы подъ мышками. Слизистая оболочка глотки сильно покраснѣвши.

Діагнозъ: *Lepra maculo-anaesthetica*.

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.028.500
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5948
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:677

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	23,4
b) большіе лимфоциты	8,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,2
d) переходныя формы	3,3
e) полиморфные	59,1
f) эозинофилы	1,7
5) гемоглобина	82,0
6) удѣльный вѣсъ	1,053
4) пластинокъ	300.000

№ 39.

Голякова Евдокія; 56 лѣтъ; работница на фабрицѣ. Въ семьѣ больныхъ не было; знавала 2 прокаженныхъ. Больна 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ малыхъ красныхъ пятенъ. Малаго роста; упитана удовлетворительно. Вѣсъ 138 ф. Кожа покрыта красно-бурими пятнами, которыя мѣстами настолько сливаются, что островки здоровой кожи дѣлаются пезамѣтными. Плотные темно-красно-бурные узлы густо покрываютъ обѣ руки (особенно тыль предплечій), спину, грудь и частію животъ; величина ихъ отъ горошины до боба. На бедрахъ и голеняхъ узловъ мало. Кожа дѣла плотной инфильтрирована; 2 небольшихъ узла на нижней губѣ. Язвъ и рубцовъ нѣтъ. *Np. unguis*—припухши. Гипералгезія на узлахъ. Анестезія кое-гдѣ на тыль предплечій. На носовой перегородкѣ справа плоская язва. Миндалики увеличены. Язычекъ отсутствуетъ. Слизистая оболочка гортани покраснѣвшая.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.500.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8913
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:505

- 4) бѣлые дѣлятся на:
- а) малые лимфоциты 18,8
 - б) большіе лимфоциты 7,2
 - в) большіе одноядерные лейкоциты 5,2
 - г) переходныя формы 2,9
 - е) полиморфные 64,8
 - ф) эозинофилы 1,1
- 5) гемоглобина 74,4
- 6) удѣльный вѣсъ 1,052
- 7) щелочность 0,259
- 8) бактерии нѣтъ.
- Микроцитозъ.

№ 40.

Трифорова Агафья, 81 года; кухарка. Больныхъ проказою не знавала. Больна 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ узелковъ. Нѣжнаго сложенія; удовлетворительнаго питанія. Вѣсъ ²⁰/1 94 г.—114 фун., а ¹/ш 94 г.—118 фун. На тылѣ предплечій, на спинѣ и нижнихъ конечностяхъ темно-бурая пятна; кожа подъ этими пятнами часто уплотнена, особенно на голенихъ. Кожа лба плотно инфильтрирована. На тылѣ предплечій 2 рубца (по 5 смт.) Nn. ulnae утолщены. Паховыя железы припухли. Тактильная и термическая чувствительность на инфильтратахъ совершенно исчезла. Слѣва на носовой перегородкѣ—узелъ въ среднѣ изъязвленый. Epiglottis покраснѣлъ и припухъ. Язва на лѣвой голени.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.500.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 4775
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:733
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - а) малые лимфоциты 18,5

- б) большіе лимфоциты 6,9
 - в) большіе одноядерные лейкоциты 5,4
 - г) переходныя формы 2,1
 - е) полиморфные 66,5
 - ф) эозинофилы 0,6
- 5) гемоглобина 73,4
- 6) удѣльный вѣсъ 1,040

№ 41.

Силинъ Мина; 34 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 4 года. Болѣзнь началась съ появленія на лицѣ и рукахъ пятенъ, похожихъ на веснушки.

Буро-пигментированные бугры на щекахъ, лбу, предплечіяхъ и локтяхъ большею частью изъязвлены. На лѣвой рукѣ рубцы. На спинѣ разсѣянныя, небольшія, бурая пятна. На лѣвой голени—пигментация кожи и нѣсколько разсѣянныхъ бугровъ; на правой—бугры и изъязвленія. Большая язва на мягкомъ нёбѣ, дужкахъ и язычкѣ. Голосъ хриплый. На другой день изслѣдованія крови—начала припухать и покраснѣла правая голень.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.770.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 13.743
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:272
- 4) бѣлые дѣлятся на:

<ul style="list-style-type: none"> а) малые лимфоциты б) большіе лимфоциты в) большіе одноядерные лейкоциты г) переходныя формы е) полиморфные ф) эозинофилы 	}	<p>препараты</p> <p>не</p> <p>удались.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------

5) гемоглобина	90,0
6) удѣльный вѣсъ	1,052
7) пластинокъ	470.000

№ 42.

Лиза Ламбертъ; 59 лѣтъ. Больныхъ проказою не видала. Больна 9 лѣтъ. Рѣсницы почти все выпали; остригон. На спинѣ, ниже лопатки 2 большихъ ландкартообразныхъ краснобурыхъ пятна съ свѣтлымъ, анестетическимъ центромъ; на лѣвомъ плечѣ и тылѣ обонхъ предплечій бѣлыя блестящія пятна съ анестетическимъ центромъ. Слизистыя оболочки нормальны. Nn. ungues утолщены. Средняго тѣлосложенія; упитана плохо.

Діагнозъ: Lepra anaesthetica.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.170.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9242
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:560
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	19,2
b) большіе лимфоциты	4,3
c) большіе одноклеточные лейкоциты	8,1
d) переходныя формы	1,5
e) полиморфные	63,5
f) эозинофилы	3,4
5) гемоглобина	95,0
6) удѣльный вѣсъ	1,054
7) пластинокъ	520.000

№ 43.

Ева Веберъ; 28 лѣтъ. Въ семьѣ больныхъ никого не было, но въ томъ мѣстечкѣ, гдѣ жила больная, (Руэнъ) много больныхъ. Больна 4 года. Болѣзнь началась съ того, что

показались пятна на лбу, подбородкѣ и тылѣ кистей рукъ. Буроватыя пятна съ неправильнымъ очертаніемъ на hypothenar правой и на тылѣ предплечья лѣвой руки. Чувствительность на пятнахъ значительно понижена. На лѣвой голени 3 большихъ пятна съ анестетическимъ центромъ. Слизистыя оболочки—нормальны. Голосъ чистъ. Средняго тѣлосложенія и питанія.

Діагнозъ: Lepra anaesthetica.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.860.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6027
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:640
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	32,1
b) большіе лимфоциты	7,2
c) большіе одноклеточные лейкоциты	5,7
d) переходныя формы	2,8
e) полиморфные	51,0
f) эозинофилы	1,2
5) гемоглобина	65,5
6) удѣльный вѣсъ	1,042
7) пластинокъ	400.000

Значительный микроцитозъ.

№ 44.

Фридрика Кукомаркъ, 46 лѣтъ. До заболѣванія знала больную сосѣдку Сикстумъ. Больна 7 лѣтъ. Сначала появились бугры на лицѣ. Носъ приплюснутъ. Отдѣльные пигментированные бугры надъ бровями, на щекахъ и подбородкѣ. Обширные инфильтраты буровато-пигментированные на тылѣ предплечій; кое-гдѣ эти инфильтраты изъязвлены; здѣсь же разсѣяны небольшіе рубцы. Язва языка, мягкаго нѣба и дужекъ.

Охриплость. На ногахъ—рубцы. Тѣлосложенія средняго; упитана плохо.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.400.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6228
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:706
4) бѣлыя дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	17,6
b) большіе лимфоциты	7,5
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,1
d) переходныя формы	2,8
e) полиморфные	65,7
f) эозинофилы	1,3
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,044
7) пластинокъ	350.000

№ 45.

Слотинъ Ильза, 79 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 6 лѣтъ. *Rannus leprosus.* На правомъ плечѣ бѣлое (обезцвѣченное пятно безъ ободка съ полной анестезіей и аналгезіей. *Nn. ulnares*, особенно лѣвый, утолщены. Рѣзкая атрофія *mm. interosseaorum, thenaris et hypothenaris* лѣвой руки, деформированной въ *main en griffe*; на тылѣ кисти — рубецъ. На правой голени—изъязвленіе. Слизистыя оболочки носа, глотки и горла ничего ненормальнаго не представляютъ.

Діагнозъ: *Lepa anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.410.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6027
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:565

4) бѣлыя дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	43,1
b) большіе лимфоциты	8,1
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,3
d) переходныя формы	3,6
e) полиморфные	59,6
f) эозинофилы	1,3
5) гемоглобина	90,0
6) удѣльный вѣсъ	1,049
7) пластинокъ	200.000

№ 46.

Юрикъ Ева; 48 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 11 лѣтъ. Средняго роста; удовлетворительнаго питанія. Разсѣянные малые инфильтраты въ *regio supraorbitalis.* Такіе же на щекахъ, подбородкѣ. Увеличенныя паховыя и шейныя желѣзы. Многочисленные буро окрашенные бугры на передней поверхности бедеръ и голеней. На колѣнахъ рубцы и изъязвленія. Большія язвы на голеняхъ. Язва на мягкомъ небѣ, язычкѣ и дужкахъ. Охриплость.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.730.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9041
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:412
4) бѣлыя дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	} препараты не удались.
b) большіе лимфоциты	
c) большіе одноядерные лейкоциты	
d) переходныя формы	
e) полиморфные	
f) эозинофилы	

5) гемоглобина	70,5
6) удѣльный вѣсъ	1,048
7) пластинокъ	230.000

Микроцитозъ.

№ 47.

Скуинъ Юлія; 46 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна уже 3 года, когда стала замѣчать опухоли и язвы на правой голени. Большія бѣлыя пятна съ потерей чувствительности на тылѣ праваго предплечія. Правый п. ulnaris утолщенъ. На лѣвомъ предплечьѣ—пятно и большой рубецъ отъ олестанон книзу на 4 дюйма; тутъ-же у кисти—изъязвленіе. Пальцы правой руки сведены (main en griffe). Рубцы на тылѣ стопъ и задней поверхности голени. Сли-листая оболочка нормальны.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.825.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4340
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:881
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	31,3
b) большіе лимфоциты	7,5
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,3
d) переходныя формы	2,6
e) полиморфныя	53,2
f) эозинофилы	2,1
5) гемоглобина	65,5
6) удѣльный вѣсъ	1,042
7) пластинокъ	350.000
8) щелочность	0,198

Есть ядросодержащіе эритроциты; сильный микроцитозъ.

№ 48.

Лиза Кливѣ; 22 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала и не видала. Больна 8 лѣтъ.

Отдѣльныя, а мѣстами сливающіеся бугры на лбу, щекахъ и подбородкѣ. Носъ приплюснутъ. На правомъ предплечьѣ—пятно. Бугры на голенихъ и особенно на колѣняхъ, гдѣ кожа шелушится, какъ при psoriasis. На обонхъ предплечьяхъ—инфильтраты, особенно большіе на локтяхъ. Пятно на нѣбѣ; изъязвленіе на дужкахъ и язычкѣ. Хриплый голосъ. Зобъ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.880.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8197
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:473
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	18,5
b) большіе лимфоциты	11,6
c) большіе одноядерные лейкоциты	7,2
d) переходныя формы	3,0
e) полиморфныя	57,8
f) эозинофилы	1,9
5) гемоглобина	66,4
6) удѣльный вѣсъ	1,042
7) пластинокъ	250.000

Значительный микроцитозъ.

№ 49.

Берта Трейсъ, 18 лѣтъ. Были больны мать и 2 сестры. Сама больна 8 лѣтъ. Началась съ пятна на правой голени. Большое красно-бурое пятно надъ лѣвымъ колѣномъ. На

правомъ бедръ и голени пятна буровато-окрашенныя съ бѣлымъ анестетическимъ центромъ. Пятна на тылѣ праваго и лѣваго предплечій, а также на правой щекѣ.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.937.500
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9493
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:520
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	30,5
b) большіе лимфоциты	4,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	1,0
d) переходныя формы	3,8
e) полиморфные	60,2
f) эозинофилы	0,3
5) гемоглобина	72,3
6) удѣльный вѣсъ	1,047
7) пластинокъ	300.000

№ 50.

Лиза Бушманъ, 68 лѣтъ. До поступленія въ пріютъ больныхъ проказою не видала. Больна 1 годъ. Больная средняго роста; плохаго питанія. На правой сторонѣ подбородка и правой щекѣ 2 красно-бурыхъ, слегка инфильтрированныхъ пятна величиною въ 3-хъ-коп. монету; большія краснобурія пятна на лѣвомъ локтѣ, правомъ предплечіи, на задней поверхности правой голени, на кожѣ лѣваго бедра; всѣ эти пятна съ анестетическимъ центромъ; большія ландкартообразныя съ блѣднымъ анестетическимъ центромъ, съ слегка возвышающеюся каймою пятна на правой ягодицѣ и голени правой ноги.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.390.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9402
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:467
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	28,4
b) большіе лимфоциты	6,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,8
d) переходныя формы	3,2
e) полиморфные	56,1
f) эозинофилы	1,2
5) гемоглобина	83,1
6) удѣльный вѣсъ	1,045
7) пластинокъ	420.000

№ 51.

Рошкальнъ Марія, 30 лѣтъ. Никогда не видала лепрозныхъ. Больна 10 лѣтъ. Началась съ того, что покраснѣлъ и распухъ большой палецъ лѣвой стопы. Больная средняго роста; хорошаго тѣлосложенія и питанія. Отдѣльные и мѣстами сливающіеся бугры съ бурой пигментаціей покрывающей ихъ кожи на щекахъ, ушахъ, носовыхъ крыльяхъ и подбородкѣ. Таковыя же разсыпаны на тылѣ кистей рукъ, груди правомъ бедръ съ передней поверхности, на задней поверхности лѣваго бедра, а также на колѣнныхъ. Язвы и elephantiasis кожи голени; язва большаго пальца лѣвой ноги. Язва мягкаго неба и дужекъ. Голость чистъ. *Mm. interossei, thenar* и *hypothenar*—атрофированы; пальцы скрючены; мутиляціи.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa (mixta).*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.162.500
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9885
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:320

4) бѣлые распадаются на:

a) малые лимфоциты	18,9
b) большіе лимфоциты	7,2
c) большіе одноядерные лейкоциты . . .	2,0
d) переходныя формы	1,2
e) полиморфные	69,6
f) эозинофилы	1,1

5) гемоглобина 57,8
 6) удѣльный вѣсъ 1,038
 7) пластинокъ 387.000

№ 52.

Анна Зельтинъ; 57 лѣтъ. Больныхъ проказою никогда не видала. Больна 7 лѣтъ. Началось съ бугровъ на правомъ предплечьи. Буро-пигментированные бугры на лбу и щекахъ; крылья носа изъязвлены. Язва на мягкомъ небѣ и язычкѣ. Охриплость. На тылѣ лѣваго предплечья—бугры буровато-окрашенные; на тылѣ праваго предплечья—рубцы. На колѣняхъ—пятна и инфильтраты. На локтяхъ—язвы. Опухоль шейныхъ железъ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.960.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3737
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1060

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	26,8
b) большіе лимфоциты	8,7
c) большіе одноядерные лейкоциты . . .	2,3
d) переходныя формы	1,2
e) полиморфные	60,2
f) эозинофилы	0,8

5) гемоглобина	79,9
6) удѣльный вѣсъ	1,045
7) пластинокъ	240.000

Есть ядросодержащіе эритроциты.

№ 53.

Лицъ Анна; 53 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 8 лѣтъ. Болѣзнь началась болѣзненными ощущеніями въ пальцахъ ногъ („мѣли“). Красно-буро-пигментированные неправильной формы бугры надъ бровями, на щекахъ и подбородкѣ. Такіе же бугры на тылѣ обоихъ предплечій; нѣкоторые изъ нихъ изъязвлены. Старые рубцы на тылѣ предплечій. На передней поверхности бедеръ, на голенахъ и колѣняхъ—темно-бурые бугры различной величины. На мягкомъ небѣ—язва. Охриплость.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови,

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	2.420.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6027	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:401	

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	}	препараты не удались.
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты . . .		
d) переходныя формы		
e) полиморфные		
f) эозинофилы		

5) гемоглобина	63,5
6) удѣльный вѣсъ	1,038
7) пластинокъ	250.000
8) щелочность	0,180

Микроцитозъ. Пойкилоцитозъ.

№ 54.

Сикстумъ Трина; 46 лѣтъ. Былъ боленъ братъ. Сама больна 21 годъ. Началась болѣзнь пятнами на лицѣ и головными болями. Блѣдныя съ красновато-пигментированнымъ ободкомъ пятна на лицѣ и на предплечіяхъ; форма пятенъ неправильно круглая, центръ ихъ анестетиченъ (главнымъ образомъ, понижена болевая чувствительность). Лѣвый п. ulnaris утолщенъ. Мутіляція пальцевъ обѣихъ рукъ. Пятна на ступняхъ. Estropion. Ramnus.

Діагнозъ: Lepra anaesthetica.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.750.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7432
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:504
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	10,8
б) большіе лимфоциты	7,4
в) большіе одноядерные лейкоциты	8,8
г) переходныя формы	1,6
д) полиморфные	70,7
е) эозинофилы	0,7
5) гемоглобина	81,2
6) удѣльный вѣсъ	1,042

№ 55.

Заринъ Дарта; 63 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 10 лѣтъ. Болѣзнь началась тѣмъ, что на ступнѣ ноги появилось пятно, причемъ нога въ этомъ мѣстѣ болѣла. Большія блѣдныя, окруженныя ободкомъ пятна неправильнаго очертанія на лѣвой щекѣ и лѣвой сторонѣ шеи; чувстви-

тельность въ центрѣ пятенъ понижена. Такія же пятна на предплечіяхъ обѣихъ рукъ. Nn. ulnares утолщены. Main en griffe. Мутіляціи. Нѣкоторыхъ пальцевъ нѣтъ. На ступняхъ ногъ рубцы; не всѣ пальцы. Estropion.

Діагнозъ: Lepra anaesthetica.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.190.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4418	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:948	
4) бѣлые дѣлятся на:		
а) малые лимфоциты		препараты
б) большіе лимфоциты		
в) большіе одноядерные лейкоциты		не
г) переходныя формы		
д) полиморфные		удались.
е) эозинофилы		
5) гемоглобина	88,0	
6) удѣльный вѣсъ	1,048	

№ 56.

Лена Шпринцъ; 40 лѣтъ. До заболѣванія больной болѣли два ея брата. Больна 12 лѣтъ. Болѣзнь началась съ того, что припухъ и покраснѣлъ правый голеностопный суставъ („будто рожа“). Большая средняго роста; питанія плохаго. Большіе буроватые бугры на лбу, щекахъ и подбородкѣ. Носъ приплюснутъ. Изъязвленія у крыльевъ носа. Язва мягкаго неба и язычка. Голосъ—хриплый. Большіе темно-бурые инфильтраты на тылѣ предплечій и локтяхъ. Мелкіе бугры на задней поверхности плечъ. Рубцы на правой голени. Изъязвленія на лѣвой у голеностопнаго сустава.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.200.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3616
3) отношеніе бѣлыхъ къ красныхъ	1:1161
4) Бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	25,2
b) большіе лимфоциты	8,9
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,2
d) переходныя формы	1,5
e) полиморфные	58,7
f) эозинофилы	0,5
5) гемоглобина	79,9
6) удѣльный вѣсъ	1,047

№ 57.

И вене Лена; 24 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала, (жила въ Руэнъ, гдѣ много прокаженныхъ). Больна 1 годъ. Болѣзнь началась появленіемъ бѣлаго пятна на лѣвой щекѣ. На лбу, щекахъ, подбородкѣ многочисленныя мелкіе бугорки. Отдѣльные небольшіе узлы на тылѣ праваго предплечья; тоже, въ меньшемъ количествѣ на лѣвомъ предплечьи. На груди и спинѣ буроватыя пятна, слегка инфильтрованныя. На бедрахъ и голеняхъ многочисленныя малыя, слегка возвышающіяся надъ кожей, инфильтрированныя пятна. Кожа ягодицъ пигментирована; напоминаетъ шагрень.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.360.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6027
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:723

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	19,8
b) большіе лимфоциты	5,9
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,8
d) переходныя формы	1,9
e) полиморфные	66,1
f) эозинофилы	2,5
5) гемоглобина	73,4
6) удѣльный вѣсъ	1,047
7) пластинокъ	190.000

Микроцитозъ.

№ 58.

Рубинъ Ильза, 63 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 8 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ бугровъ на рукахъ. Темно-бурые инфильтраты надбровныхъ дугъ, щекъ, подбородка и верхней губы. Носъ приплюснутъ; крылья его утолщены.—Пятно и начало изъязвленія мягкаго нѣба. Голосъ хриплый. Кожа тыла кистей и предплечья буро-пигментирована; покрыта массой сливающихся бугровъ различной величины, преимущественно круглаго очертанія (отдѣльных бугровъ).

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.450.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5545
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:822
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	18,4
b) большіе лимфоциты	7,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,3
d) переходныя формы	3,0

е) полиморфные	65,2
ф) эозинофилы	0,9
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,050

№ 59.

Индриксонъ Дарта; 64 лѣтъ. Больныхъ проказой не знавала. Больна 4 года. Круглыя въ 3—4 снтм. пятна съ красно-бурымъ слегка выдающимся надъ кожей краемъ и обезцвѣченнымъ анестетичнымъ центромъ. Красно-бурая пятна на щекахъ, подбородкѣ и лбу. Такія же на обоихъ бедрахъ, и особенно голенихъ, спинѣ и груди. Nn. ulnares немного утолщены. Чувствительность на пятпахъ понижена. Слизистыя оболочки — здоровы.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.450.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4418
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:781
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	22,2
б) большіе лимфоциты	8,0
в) большіе одноядерные лейкоциты	3,9
г) переходныя формы	3,1
е) полиморфные	60,6
ф) эозинофилы	2,2
5) гемоглобина	88,0
6) удѣльный вѣсъ	1,051

№ 60.

Шультъ Дора; 67. Больныхъ проказою не знавала. Больна 5 лѣтъ. Болѣзнь началась съ насморка и охриплости. Средняго роста; плохого питанія. Бугры надъ бровями, на

щекахъ, верхней губѣ и подбородкѣ, всѣ буро-пигментированные. Полная атрофія кожи, подкожной клѣтчатки и мышцъ рукъ; кожа рукъ сильно истончена, морщиниста, покрыта темно-бурымъ пигментомъ и мѣстами инфильтрирована. На пальцахъ ногъ — изъязвленія. Рубцы на мягкомъ небѣ и язва на язычкѣ и дужкахъ. Голосъ — хриплый. Дыханіе хриплое, затрудненное (особенно при выдохѣ).

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.810.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7715
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:496
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	19,0
б) большіе лимфоциты	8,0
в) большіе одноядерные лейкоциты	5,1
г) переходныя формы	2,6
е) полиморфные	63,8
ф) эозинофилы	1,5
5) гемоглобина	73,4
6) удѣльный вѣсъ	1,045

№ 61.

Дамбургъ Ева; 51 года. Больныхъ проказаю видала много (жила 31 годъ въ Руэнь). Больна 21 годъ. Болѣзнь началась въ послѣродовомъ періодѣ появленіемъ пятенъ на обоихъ бедрахъ, чему сопутствовали боли по всему тѣлу. Средняго роста; очень плохого питанія. Phtysis bulborum oculorum. Носъ приплюснутъ; кончикъ его изъязвленъ. Рубцы на обѣихъ щекахъ. Изъязвленіе на небѣ. Хриплый голосъ. Затрудненное и хриплое дыханіе. Кожа груди тонка, атрофична съ значительно пониженной чувствительностью. Та-

кого-же качества кожа спины. Пальцевъ нѣтъ на обѣихъ рукахъ. Nn. ulnares утолщены. На бедрахъ и колѣнахъ многочисленные рубцы. На голеняхъ сухая, атрофичная кожа съ многочисленными рубцами и изъязвленіями. Пальцевъ на ногахъ—нѣтъ.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.170.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 3014
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:1383
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты 17,9
 - b) большіе лимфоциты 4,0
 - c) большіе одноядерные лейкоциты 1,6
 - d) переходныя формы 1,2
 - e) полиморфные 74,9
 - f) эозинофилы 0,4
- 5) гемоглобина 65,5
- 6) удѣльный вѣсъ 1,042

Очень много микроцитовъ. Пойкилоцитозъ.

№ 62.

Анна Ленинъ; 56 лѣтъ; изъ пріюта для бѣдныхъ въ Руэнъ. Больна 5 лѣтъ. Больныхъ проказою до поступления въ пріютъ не видала. Болѣзнь началась съ пузырьковъ на верхней губѣ (по словамъ больной); позднѣе появились пузырьки и изъязвленія на конечностяхъ. Больная средняго роста; хорошаго питанія. Большой бѣлый, блестящій рубецъ по переносью, спинкѣ носа и верхней губѣ. Нѣсколько мелкихъ рубцовъ на кожѣ обѣихъ лопатокъ и предплечій, гдѣ констатируется ослабленіе болевой (главнымъ образомъ) и тактильной чувствительности. Слизистыя оболочки нормальны. Nn. ulnares утолщены.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.050.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 6027
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:506
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты 22,3
 - b) большіе лимфоциты 8,1
 - c) большіе одноядерные лейкоциты 4,6
 - d) переходныя формы 3,0
 - e) полиморфные 59,9
 - f) эозинофилы 2,1
- 5) гемоглобина 79,3
- 6) удѣльный вѣсъ 1,041
- 7) пластинокъ 190.000

№ 63.

Лиза Берзинъ; 74 лѣтъ. Ни въ семьѣ, ни у сосѣдей больныхъ не было, по словамъ больной. Болѣзнь началась съ сильной боли въ подошвахъ ногъ. Больна 4 года. Больная средняго роста съ плохимъ питаніемъ. Кожа рукъ дряблая, сухая, истонченная, морщинистая. На тылѣ предплечій и на плечахъ нѣсколько красновато-бурыхъ пятенъ съ просвѣтлѣвшимъ центромъ, нечувствительнымъ къ уколу.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.550.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 7534
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:605
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты 22,5
 - b) большіе лимфоциты 8,9

с) большіе одноядерные лейкоциты . . .	4,5
d) переходныя формы	3,2
е) полиморфные	58,3
f) эозинофилы	2,6
5) гемоглобина	79,3
6) удѣльный вѣсъ	1,048
7) пластинокъ	160.000

№ 64.

Эмилія Гримбергъ; 27 лѣтъ. Въ семьѣ больной всѣ здоровы, кромѣ жившей одно время прислугою польки, больной, какъ можно заключить по разсказу, туберозной формой. Больна 8 лѣтъ; болѣзнь началась съ того, что ноги въ колѣнахъ опухли и покраснѣли. Больная средняго роста, плохаго питанія. Темно-бурые инфильтраты на кожѣ надбровныхъ дугъ, на лбу, щекахъ и подбородкѣ. На щекахъ—рубцы. Нижняя губа изъязвлена. Плоская, почти безъ отдѣляемаго, съ неровнымъ дномъ язва мягкаго неба и язычка. Охриплость. Затрудненное, хриплое дыханіе. На плечахъ и предплечіяхъ инфильтраты небольшіе, но многочисленныя; нѣкоторые изъ нихъ изъязвлены. Язвы на инфильтрированной и темно-буро пигментированной кожѣ голени. Рубцы на бедрахъ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.162.500
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5123
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:617
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	19,3
b) большіе лимфоциты	6,9
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,9
d) переходныя формы	2,7

e) полиморфные	64,6
f) эозинофилы	1,6
5) гемоглобина	46,8
6) удѣльный вѣсъ	1,035

Сильный микроцитозъ.

№ 65.

Бабе Каптеинъ; 78 лѣтъ. Больна 2 года. Малаго роста; плохаго питанія. На лбу, щекахъ и подбородкѣ отдѣльныя мѣста кожи буровато—окрашенны и инфильтрированы; нѣсколько ограниченныхъ бугровъ. На рукахъ сухая истонченная, морщинистая кожа съ нѣсколькими буро-красными пятнами. Такія же пятна на спинѣ и бедрахъ. Большое красное неправильнаго очертанія пятно на передней поверхности лѣваго бедра и малыя пятна на лѣвой голени. На правомъ бедрѣ и колѣнѣ спереди большое ландкартообразное пятно. Чувствительность въ центрахъ большинства пятенъ (особенно большихъ) замѣтно понижена. Слизистыя оболочки нормальны.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.380.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7028
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:623
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	19,6
b) большіе лимфоциты	7,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,7
d) переходныя формы	2,7
e) полиморфные	64,2
f) эозинофилы	0,8

5) гемоглобина	90,0
6) удѣльный вѣсъ	1,050
7) пластинокъ	200.000

№ 66.

Юкумъ Анна; 44 лѣтъ. Больна 2-ой годъ. Ни въ семьѣ, ни у сосѣдей заболѣваній не было. Болѣзнь началась съ опухоли у обоихъ голеностопныхъ суставовъ. Лицо одутловато. Кожа тыла предплечій суха, истончена, морщиниста; на ней нѣсколько небольшихъ буровато-красныхъ съ слегка приподнятымъ ободкомъ и анестетическимъ центромъ пятенъ. На лѣвомъ предплечіи, кромѣ того, у локтя нѣсколько бѣлыхъ блестящихъ рубцовъ. Буровато-красные блестящіе рубцы на колѣнахъ. На передней поверхности правой голени—изъявленія на темно-бурокрасной инфильтрованной кожѣ. Оба nn. ulnaes утолщены. Значительно ослаблена тактильная и болевая чувствительность предплечій и голеней.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.690.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5021
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:934
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	21,2
b) большіе лимфоциты	9,9
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,8
d) переходныя формы	3,2
e) полиморфные	58,7
f) эозинофилы	1,2
5) гемоглобина	61,3
6) удѣльный вѣсъ	1,047

Микрорцитозъ.

№ 67.

Розгальнъ Грета; 30 лѣтъ. Въ семьѣ больныхъ не было, но въ томъ мѣстечкѣ, гдѣ жила, много больныхъ. Больна 10 лѣтъ. Болѣзнь началась съ того, что появились темныя пятна на лицѣ. Истонченная, сухая, темно-пигментированная кожа и большіе бугры предплечій и локтей. Кожа лица также темно-пигментирована. Бугры на лбу, верхней губѣ, носу, въ углахъ рта. Носъ приплюснутъ; крылья его утолщены и изъявлены. Темно-пигментированная и инфильтрированная кожа голеней.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.200.000	
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5545	
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:577	
4) бѣлые дѣлятся на:		
a) малые лимфоциты		} препараты не удались.
b) большіе лимфоциты		
c) большіе одноядерные лейкоциты		
d) переходныя формы		
e) полиморфные		
f) эозинофилы		
5) гемоглобина	78,3	
6) удѣльный вѣсъ	1,048	

№ 68.

Заринъ Эда; 28 лѣтъ. Болѣлъ и умеръ отъ проказы братъ. Больна 8 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ на лѣвой ногѣ. Отдѣльные большіе (1 смтм. въ діаметрѣ) бурые инфильтраты надъ бровями, на щекахъ, особенно лѣвой и подбородкѣ. Носъ приплюснутъ; крылья его утол-

щены и изъявлены. Нѣсколько язвъ на тылѣ языка, мягкомъ небѣ и язычкѣ. Голосъ—хриплый. На тылѣ обоихъ предплечій, кистей и плечъ—многочисленные большіе круглыя, въ 1 см. величиною инфильтраты, буровато окрашенные. Такія же инфильтраты на передней поверхности голеней. На локтяхъ и тылѣ правой руки изъязвленія.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.430.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 4701
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:942
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты } препараты
 - b) большіе лимфоциты } препараты
 - c) большіе одноядерные лейкоциты } не
 - d) переходныя формы } удались.
 - e) полиморфные } удались.
 - f) эозинофилы } удались.
- 5) гемоглобина 73,4
- 6) удѣльный вѣсъ 1,048
- 7) пластинокъ 200.000

Микроцитозъ. Пойкилоцитозъ.

№ 69.

Пойгель Томасъ; 56 лѣтъ. Въ семьѣ больныхъ не было. Родомъ изъ Руэнь, гдѣ много больныхъ проказою. Боленъ 3 года. Замѣтилъ болѣзнь, когда случайно прищемилъ жерновомъ правый мизинецъ:—боли при этомъ не ощутилъ никакой, что и обратило на себя вниманіе больного. Бѣлое вполне лишенное чувствительности пятно на лбу; красное пятно съ пониженной чувствительностью на тылѣ лѣваго предплечья; такія же краснотурья, по мелкія

пятна на тылѣ праваго предплечья; такія же краснотурья, по мелкія пятна на тылѣ праваго предплечья. *Nn. ulnares* сильно утолщены, *Main en griffe*. Атрофія *mm. inteross. thenaris et hypothenaris*. На правой рукѣ нѣтъ мизинца. На лѣвой мутляціи большаго пальца. Акцентъ на 2-омъ тонѣ аорты. Въ мочѣ—бѣлокъ.

Діагнозъ: *Lepa anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.760.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 6389
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:588
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты 21,7
 - b) большіе лимфоциты 8,1
 - c) большіе одноядерные лейкоциты 4,5
 - d) переходныя формы 3,0
 - e) полиморфные 61,0
 - f) эозинофилы 1,7
- 5) гемоглобина 89,1
- 6) удѣльный вѣсъ 1,049

Микроцитозъ. Пойкилоцитозъ.

№ 70.

Гаваръ Янъ; 53 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 6 лѣтъ. Болѣзнь началась съ потери чувствительности въ ногахъ. Отдѣльные бугры и разлитые инфильтраты буровато-пигментированные на лбу, по *nasolabial*-ной складкѣ, ухахъ. Носъ провалился; кончикъ и крылья его инфильтрированы. На обоихъ предплечьяхъ рубцы; на локтяхъ язвы круглой формы; нѣсколько небольшихъ круглой формы язвъ на тылѣ кистей. На колѣнахъ—лучистые рубцы; на голеняхъ—нѣсколько рубцовъ на пигментированной и инфильтрированной кожѣ. Язвы на мягкомъ небѣ и язычкѣ Охриплость.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.940.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8740
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:462
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	13,2
b) большіе лимфоциты	6,4
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,9
d) переходныя формы	1,2
e) полиморфные	73,5
f) эозинофилы	0,8
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,044

№ 71.

Озолъ Мартинъ; 43 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 9 лѣтъ. Болѣзнь началась пятнами на лбу. На лбу, щекахъ и подбородкѣ тѣмно-бронзово-пигментированные бугры; нѣкоторые изъ нихъ изъязвлены. На груди неправильной формы небольшое красно-бурое пятно съ пониженной чувствительностью. На тылѣ предплечій разсѣянные бугры, сливающіеся къ тылу кисти; мѣстами—изъязвленія. Слизистыя оболочки нормальны.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.720.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5782
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:642
4) бѣлые распадаются на:	
a) малые лимфоциты	14,9
b) большіе лимфоциты	6,8

c) большіе одноядерные лейкоциты	2,6
d) переходныя формы	1,8
e) полиморфные	72,7
f) эозинофилы	1,2
5) гемоглобина	88,0
6) удѣльный вѣсъ	1,046

№ 72.

Краусъ Янъ; 31 года. Больной родомъ изъ мѣстечка Руэнь, гдѣ много больныхъ проказою. Въ семьѣ больныхъ не было. Боленъ 4 года. Болѣзнь началась съ опухлости и красноты правой голени. Мелкіе, буро-пигментированные инфильтраты на лбу, мѣстами сливающіеся; отдѣльные инфильтраты на кожѣ скуловыхъ костей. Изъязвленія на правомъ предплечіи; рубцы на обоихъ предплечіяхъ. Изъязвленія на обоихъ голенихъ. На мягкомъ нёбѣ, около язычка—небольшая язва. Слизистыя оболочки носа и горла нормальны.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	2.930.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8198
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:357
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	15,3
b) большіе лимфоциты	10,6
c) большіе одноядерные лейкоциты	2,8
d) переходныя формы	4,2
e) полиморфные	65,7
f) эозинофилы	1,4
5) гемоглобина	71,2
6) удѣльный вѣсъ	1,040

№ 73.

Эшмитъ Карлъ; 27 лѣтъ. Въ семьѣ больныхъ не было; было заболѣваніе въ сосѣдней семьѣ. Боленъ 6 лѣтъ. Болѣзнь началась съ появленія на лбу темныхъ пятенъ. На лбу инфильтраты, пятна и рубцы. Мелкіе инфильтраты на пигментированныхъ сплошь буро-красно щекахъ и подбородкѣ. Носъ приплюснутъ. Большая язва слизистой оболочки твердаго и мягкаго нѣба, распространяющаяся по язычку и дужкамъ. Голосъ — хриплый. На предплечіяхъ — отдѣльные инфильтраты и язвы. На колѣняхъ — большіе рубцы. Нижняя треть голени имѣетъ припухшую, мѣдно-красно-буро пигментированную кожу.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.610.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	4370
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1055
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	26,7
b) большіе лимфоциты	7,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,1
d) переходныя формы	2,0
e) полиморфные	59,5
f) эозинофиты	1,5
5) гемоглобина	73,4
6) удѣльный вѣсъ	1,028

№ 74.

Янсень Карлъ; 22 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 4 года. Болѣзнь началась появленіемъ пузыря съ свѣтлымъ содержимымъ на правой голени, гдѣ въ настоящее время темно-красно-бурое оплотнѣвшее, съ потерей

чувствительности пятно. Сплошные бурые инфильтраты на кожѣ лба, надъ бровями и отдѣльные бугры выше этого инфильтрата. Инфильтратъ на лѣвомъ и рубецъ на правомъ локтѣ. Рубцы на правомъ колѣнѣ. Язва на тылѣ правой ступни. Рубцы на лѣвомъ колѣнѣ, на лѣвомъ плечѣ.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.237 000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6329
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:827
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	18,4
b) большіе лимфоциты	8,4
c) большіе одноядерные лейкоциты	6,3
d) переходныя формы	1,7
e) полиморфные	58,2
f) эозинофилы	7,0
5) гемоглобина	97,9
6) удѣльный вѣсъ	1,053

№ 75.

Стержантъ Карлъ; 18 лѣтъ. Мать умерла отъ проказы, когда больной былъ совсѣмъ маленькимъ. Отецъ и сосѣди здоровы. Боленъ 11 лѣтъ. Болѣзнь началась болью въ голени лѣвой ноги; затѣмъ появилось изъязвленіе на лѣвой стопѣ. На предплечіяхъ и локтяхъ — рубцы. *Mm. inteross. thenar et hypothenar* атрофированы. *Main en griffe*. *Nn. ulnares* утолщены. Кожа кончика носа и надбровныхъ дугъ припухши, но безъ яснаго инфильтрата и пигментациі. Кожа бедеръ и голени мѣдно-краснаго цвѣта; на ней — многочисленные рубцы и кое гдѣ изъязвленія. Больной малаго роста; очень худой.

Діагнозъ: *Lepra anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.337.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9162
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:582
4) бѣлые распадаются на:	
a) малые лимфоциты	12,3
b) большіе лимфоциты	8,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	7,8
d) переходныя формы	5,4
e) полиморфные	64,1
f) эозинофилы	2,4
5) гемоглобина	90,0 ⁰ / ₀
6) удѣльный вѣсъ	1,051

Есть ядродержащіе эритроциты.

№ 76.

Нимъ Николай; 60 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 14 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ на подошвахъ сначала пузырей, а затѣмъ язвъ. Больной средняго роста; удовлетворительнаго питанія. На предплечьяхъ, локтяхъ и колѣнахъ слабо-пигментированныя съ анестетическимъ центромъ пятна и рубцы. Атрофія мышцъ кистей рукъ. *Main en griffe.* *Nn. ulnares* утолщены. Небольшія язвы на голеняхъ.

Діагнозъ: *Lepa anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.600.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	9885
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:465
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	27,8

b) большіе лимфоциты	8,7
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,0
d) переходныя формы	1,3
e) полиморфные	53,3
f) эозинофилы	3,9
5) гемоглобина	83,1
6) удѣльный вѣсъ	1,050

№ 77.

Зумситъ Вильямъ; 28 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 8 лѣтъ. Болѣзнь началась съ пузырей на колѣнахъ. Частью отдѣльные мелкіе бугры, частью сплошные инфильтраты на лбу, щекахъ и подбородкѣ. На предплечьяхъ красно-бурыя пятна, отдѣльные мелкіе бугры и мѣстами небольшіе рубцы. Носъ приплюснутъ; крылья его утолщены. На мягкомъ нѣбѣ—нѣсколько мелкихъ, а на язычкѣ и дужкахъ—большая язва. Голосъ хриплый. На колѣнахъ—рубцы. Въ нижней трети голени—поверхностныя язвы.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.773.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7955
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:600
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	13,1
b) большіе лимфоциты	5,6
c) большіе одноядерные лейкоциты	2,4
d) переходныя формы	2,0
e) полиморфные	72,6
f) эозинофилы	4,3
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,041

№ 78.

Грассъ Вильямъ; 22 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 5 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ бугорковъ на правомъ предплечьи. Высокаго роста; удовлетворительнаго питанія. Темнобурые бугры на лбу, щекахъ, подбородкѣ и носу; носъ приплюснутъ; крылья его утолщены. На правой щекѣ—язвы. На предплечьяхъ и тылѣ кистей бугорки; рубецъ и изъязвленіе на лѣвомъ безымянномъ пальцѣ. На голеняхъ и колѣнахъ пигментированные инфильтраты; кожа колѣнъ струпится, какъ при psoriasis. Голосъ хриплый.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.350.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 9644
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:452
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты 21,2
 - b) большіе лимфоциты 5,7
 - c) большіе одноядерные лейкоциты 3,2
 - d) переходныя формы 2,4
 - e) полиморфные 66,4
 - f) эозинофилы 1,1
- 5) гемоглобина 85,1
- 6) удѣльный вѣсъ 1,053

Есть ядродержащіе эритроциты.

№ 79.

Мардахъ Мартинъ; 48 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 6 лѣтъ. Желто-бурые инфильтраты надъ бровями, на верхней губѣ и вдоль nasolabial-ной складки. Отдѣльные красновато-бурые бугры на тылѣ предплечій;

здѣсь же нѣсколько красно-бурыхъ пятенъ. На лѣвой голени—язва; на правой—рубцы. Язва на нѣбѣ и язычкѣ. Голосъ хриплый.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 2.890.000
- 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 10.608
- 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:272
- 4) бѣлые дѣлятся на:
 - a) малые лимфоциты 22,6
 - b) большіе лимфоциты 8,9
 - c) большіе одноядерные лейкоциты 4,7
 - d) переходныя формы 2,8
 - e) полиморфные 59,3
 - f) эозинофилы 1,7
- 5) гемоглобина 76,3
- 6) удѣльный вѣсъ 1,042

№ 80.

Шпринцъ Петеръ; 32 лѣтъ. Были больны мать и сестра. Боленъ 20 лѣтъ. Болѣзнь началась съ появленія пятна, а затѣмъ язвы на большомъ пальцѣ лѣвой ноги. Больной средняго роста; питанія посредственнаго. Темно-бурые инфильтраты на лбу, щекахъ, ушахъ и подбородкѣ. *Facies leontina.* Носъ весь инфильтрованъ. Язва на мягкомъ нѣбѣ. Голосъ хриплый. На плечахъ и особенно на предплечьяхъ много бугровъ отдѣльныхъ и сливающихся; на локтяхъ они большей величины и покрыты шелушающимся эпидермисомъ, какъ при при psoriasis. Много также бугровъ на бедрахъ и голеняхъ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.550.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	3918
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:1161
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	19,2
b) большіе лимфоциты	7,7
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,6
d) переходныя формы	3,0
e) полиморфные	64,7
f) эозинофилы	0,8
5) гемоглобина	79,3
6) удѣльный вѣсъ	1,048

№ 81.

Гримбергъ Юрій; 45 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Болець 5 лѣтъ. Проявленія болѣзни крайне тяжелы. Инфильтрованныя темно-бурыя пятна на лбу, щекахъ, носу и подбородкѣ. Заструиѣлыя язвы праваго вѣка, спинки носа, обѣихъ губъ, крыльевъ носа и слизистой оболочки послѣдняго. На тылѣ предплечій ланцкарто-образный темно-бурый инфильтратъ, частью изъязвленный; мѣстами на рукахъ рубцы. На ногахъ также инфильтраты, язвы и рубцы. *Phthisis oculorum*. Обширная язва нѣба. Язычка нѣтъ. Голосъ—хриплый.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.225.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6450
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:500

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	30,3
b) большіе лимфоциты	6,8
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,1
d) переходныя формы	2,5
e) полиморфные	56,5
f) эозинофилы	0,8
5) гемоглобина	73,4
6) удѣльный вѣсъ	1,044

Микроцитозъ.

№ 82.

Кузнецовъ Иванъ; 64 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Болець 2 года. Болѣзнь началась появленіемъ красноты и припухлости на голеняхъ и стопахъ. Больной средняго роста; питанія плохаго. Мѣдно-красно пигментированные бугры на лбу, щекахъ, подбородкѣ и верхней губѣ. Кончикъ носа припухши; слизистая оболочка у кончика носа изъязвлена. На тылѣ кистей и на предплечьяхъ большіе изолированные мѣдно-красные бугры. На мягкомъ небѣ и дужкахъ небольшія язвы.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	2.620.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	2712
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:966
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	27,6
b) большіе лимфоциты	13,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,6
d) переходныя формы	2,4

е) полиморфные	50,8
ф) эозинофилы	2,4
5) гемоглобина	74,4
6) удѣльный вѣсъ	1,044

Микроцитозъ.

№ 83.

Берзинъ Петеръ; 52 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 5 лѣтъ. Началась болѣзнь пятнами на лѣвой голени. Тѣлосложенія и роста средняго; питанія удовлетворительнаго. Мѣдно-красные бугры на лбу. Такіе же, но меньше по величинѣ, бугры на предплечіяхъ. На лѣвой голени мѣдно-красно-бурья пятна. На твердомъ и мягкомъ небѣ ландкартообразная язва. Слизистая оболочка носа покраснѣла и припухла. Голосъ раньше былъ чище.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.720.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6450
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:576
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	5,6
b) большіе лимфоциты	4,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	2,8
d) переходныя формы	4,8
e) полиморфные	79,6
f) эозинофилы	3,2
5) гемоглобина	75,3
6) удѣльный вѣсъ	1,042

№ 84.

Спельманъ Янъ; 48 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 3 года. Сначала появились красныя пятна

на предплечіяхъ. На слегка пигментированной кожѣ лба небольшіе инфильтраты, на предплечіяхъ мѣдно-красно-бурья пятна; разсѣянные небольшіе инфильтраты; чувствительность кожи на пятнахъ понижена. На подошвѣ правой стопы язва. Кожа правой голени съ замѣтно-пониженной чувствительностью. Голосъ чистый. Больной крѣпкаго тѣлосложенія; удовлетворительнаго питанія.

Діагнозъ: *Lepa tuberosa*.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.480.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7052
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:494
4) бѣлые дѣлятся на:	
а) малые лимфоциты	10,5
b) большіе лимфоциты	9,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	8,4
d) переходныя формы	4,7
e) полиморфные	65,2
f) эозинофилы	1,9
5) гемоглобина	86,1
6) удѣльный вѣсъ	1,045

№ 85.

Фалькеръ Вильгельмъ; 39 лѣтъ. Больныхъ проказою не видалъ. Боленъ 10 лѣтъ. Болѣзнь началась краснотою и припухлостью голеней. Больной высокаго роста; средняго тѣлосложенія; удовлетворительнаго питанія. Буро-красные инфильтраты на лбу и подбородкѣ. Шейныя железы сильно припухли. Большія красно-бурья пятна съ болѣе свѣтлымъ анестетич. центромъ на предплечіяхъ, доходящія до плеча. Шелушеніе эпидермиса на локтяхъ, какъ при psoriasis. Язва на мягкомъ небѣ и язычкѣ. Голосъ — хриплый.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.610.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7655
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:471
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	21,6
b) большіе лимфоциты	7,5
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,6
d) переходныя формы	2,0
e) полиморфные	62,0
f) эозинофилы	1,3
5) гемоглобина	75,3
6) удѣльный вѣсъ	1,044
7) бациллъ нѣтъ.	

№ 86.

Грибергъ Иванъ; 47 лѣтъ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 3 года. Болѣзнь началась появленіемъ на правой голени пятна, „ничего не чувствовавшаго“. Больной высокаго роста; крѣпкаго тѣлосложенія, вполне удовлетворительнаго питанія. Вуро-красные бугры на лбу, тылъ обонхъ предплечей и передней поверхности бедеръ. На колѣнахъ пятна съ нечувствительнымъ центромъ и небольшіе инфильтраты. Маленькіе бугорки на мягкомъ нёбѣ и языкѣ; нѣкоторые изъ нихъ изъязвлены. Голосъ—хриплый.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.290.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5425
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:790

4) бѣлые дѣлятся на:

a) малые лимфоциты	19,4
b) большіе лимфоциты	5,9
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,9
d) переходныя формы	2,8
e) полиморфные	65,5
f) эозинофилы	1,5
5) гемоглобина	79,9
6) удѣльный вѣсъ	1,042
7) бациллъ нѣтъ.	

№ 87.

Индобергъ Кристианъ; 28 лѣтъ; сельскій рабочій. Въ семьѣ больныхъ не было. Происходить изъ той же мѣстности, какъ и другая прокаженная больная. Боленъ 5 лѣтъ. Болѣзнь началась съ того, что лѣвая рука ослабѣла. Хорошаго сложенія и питанія. Вѣсъ 168 фун. На спинѣ, въ пояснич. области 3 большихъ пятна съ свѣтло-розовымъ плоскимъ краемъ; у одного изъ нихъ атрофически углубленный центръ. Язвъ нѣтъ. Припухлости железъ нѣтъ. Чувствительность понижена слегка только въ центрѣ пятенъ. Мш. interossei сильно атрофированы.

Діагнозъ: Lepra anaesthetica.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.100.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7958
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:640
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	22,1
b) большіе лимфоциты	7,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,6

d) переходныя формы	3,2
e) полиморфныя	60,7
f) эозинофилы	1,4
5) гемоглобина	105,0
6) удѣльный вѣсъ	1,052
7) щелочность	0,234
8) бациллъ нѣтъ.	

№ 88.

Бурмейстеръ Карлъ; 46 лѣтъ; кочегаръ. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 5 лѣтъ. Болезнь началась появленіемъ на ногахъ вередовъ („отъ ознобленій“). Хорошаго тѣлосложенія; хорошо упитанъ. Вѣсъ 168 фун. На спинѣ нѣсколько мелкихъ пятенъ; на правой щекѣ пятно величиною въ 10 снтм. съ пигментирован. краемъ и центромъ болѣе свѣтлымъ, чѣмъ нормальн. кожа. Лицо и голени красно пигментированы и представляютъ плотный инфильтратъ кожи безъ замѣтныхъ отдѣльныхъ узловъ. На лѣвомъ локтѣ — плоская язва. Паховыя железы припухши и тверды. Nn. ulnares сильно утолщены. На лбу термическая и тактильная аэстезія. Большая (15 снтм.) язва на лѣвой и малая на правой голени. Слизистыя оболочки глотки и горла покраснѣвши.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.300.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	6684
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:643
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	18,8
b) большіе лимфоциты	8,8
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,0
d) переходныя формы	2,7

e) полиморфныя	63,3
f) эозинофилы	1,4
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,045
7) Бациллъ нѣтъ.	

№ 89.

Войтнекъ Марія; 25 лѣтъ; служанка. Больныхъ проказою не знавала. Болея 4 года. Болѣзнь началась появленіемъ узла на правомъ предплечьи. Тѣлосложенія вѣзнаго; упитана удовлетворительно. Вѣсъ 125 ф. На кожѣ — большое количество желто-бурыхъ пятенъ, большихъ на тылѣ предплечій; болшею частью кожа въ этихъ мѣстахъ инфильтрирована. Плотные узлы на подбородкѣ, на тылѣ праваго предплечія. На голенихъ — широкіе красно-бурые плоскіе узлы. Язва на правомъ предплечьи. Рубцы (темно-пигментированные) на правомъ колѣнѣ и на правомъ плечѣ. Nn. ulnares, особенно правый, утолщены. Большіе острова кожи голени лишены чувствительности (болевой, главнымъ образомъ). На мягкомъ небѣ, дужкахъ и язычкѣ плоскій инфильтратъ; въ срединѣ его — изъязвленіе.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.700.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	1.2732
3) отношеніе бѣлыхъ къ красныхъ	1:290
4) Бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	21,8
b) большіе лимфоциты	9,7
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,0
d) переходныя формы	1,8
e) полиморфныя	60,1

f) эозинофилы	2,6
5) гемоглобина	88,0%
6) удѣльный вѣсъ	1,049
7) щелочность	0,216
8) Бациллъ нѣтъ.	

№ 90.

Крузе Анна; 63 лѣтъ; служанка. Больныхъ проказою не знавала. Средняго тѣлосложенія; очень плохого питанія. Вѣсъ ¹⁰/_{xii} 93—111 фун.; а ²²/_i 94—132 ф. Больна 4 года. Сильно эдематозная кожа покрыта многочисленными желто-бурыми пятнами и замѣчательно суха. Эпидермисъ шелушится на всемъ тѣлѣ. На предплечьяхъ много малыхъ подкожныхъ кровоизліяній величиною въ булавочную головку; послѣднія кое-гдѣ сливаются. Въ крестцовой области, слѣва большое, въ 10 смт. въ діаметрѣ, пятно съ неправильнымъ темно-пигментированнымъ, валобразно-возвышающимся надъ сосѣднею кожею краемъ и блѣднымъ центромъ; чувствительность въ центрѣ пятна пропала.

Діагнозъ: *Lepa anaesthetica.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.500.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5411
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:646
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	17,9
b) большіе лимфоциты	8,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,0
d) переходныя формы	3,2
e) полиморфные	64,1
f) эозинофилы	1,6
5) гемоглобина	78,3
6) удѣльный вѣсъ	1,048
7) Бациллъ нѣтъ.	

№ 91.

Вальнекъ Марія; 47 лѣтъ; молочница. Больныхъ проказою не знавала. Больна 6 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ пятна на спинѣ. Тѣлосложеніе и питаніе хорошія. Вѣсъ 155 ф. Кожа покрыта многочисленными пятнами, величиною отъ 2—3 смт. до размѣра ладони; инфильтрированный край пятенъ большею частью широкъ и красенъ (на правой лопаткѣ—край пятна желто-бурый). Пятна на лицѣ равномерно красно окрашены и высоки, но почти все съ болѣе блѣднымъ, атроф. центромъ *Np. ulnares* утолщены. Припухлости железъ—нѣтъ. Тактильная чувствительность сохранена даже въ центрахъ пятенъ; болевая и термическая ослаблены, а на пятнѣ лѣваго предплечія—пропали. Слизистыя оболочки носа и глотки покраснѣли.

Діагнозъ: *Lepa maculosa (maculo-anaesthetica).*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.100.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5730
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:715
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	24,6
b) большіе лимфоциты	8,5
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,8
d) переходныя формы	2,2
e) полиморфные	57,3
f) эозинофилы	2,6
5) гемоглобина	88,0%
6) удѣльный вѣсъ	1,052
7) Бациллъ нѣтъ.	

№ 92.

Алексѣева Марія; 43 лѣтъ; жена каменщика. Въ семьѣ больныхъ не было. Часто встрѣчалась и жила напротивъ („черезъ улицу“) лепрозной. Больна 10 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ малыхъ красныхъ пятенъ на лицѣ. Нѣжнаго тѣлосложенія; посредственнаго питанія. Вѣсъ 118 ф. Тѣлъ предплечій покрытъ темными пятнами и маленькими (1/2 снтм.) узлами. Таковыя же пигментированные, частью изъязвленные узлы на спинѣ. Широкія, плоскія язвы на голеняхъ. Чувствительность на узлахъ понижена. Кожа лица сплошь инфильтрирована; кое-гдѣ отдѣльные узлы. Слизистая оболочка носа покраснѣвшая и припухшая; на перегородкѣ носа небольшая язва. На мягкомъ небѣ инфильтратъ; язычка нѣтъ. Epiglottis припухъ и покраснѣлъ.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.100.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5093
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:608
4) бѣлыя дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	16,4
b) большіе лимфоциты	7,3
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,1
d) переходныя формы	3,1
e) полиморфныя	67,5
f) эозинофилы	0,6
5) гемоглобина	60,1
6) удѣльный вѣсъ	1,050
7) щелочность	0,252
8) встрѣчаются бациллы въ крови.	

№ 93.

Семеновъ Дмитрій; 56 лѣтъ; кучерь. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 3 года. Болѣзнь началась появленіемъ маленькихъ красныхъ инфильтратовъ на рукахъ и ногахъ. Средняго сложения и питанія. Вѣсъ 136 ф. Кожа лица бронзово-пигментирована и вся слабо инфильтрирована; на ней отдѣльные вторичныя узлы. Пятна и инфильтраты тыла кистей и предплечій, на лопаткахъ и кое-гдѣ на бедрахъ; голени пигментированы сплошь краснобуро. Паховыя железы велики и плотны. Nn. ulnares утолщены. Небольшія язвы у лѣвой кисти и на голеняхъ. Чувствительность понижена только на высотѣ инфильтратовъ. На слизистыхъ оболочкахъ носа и мягкаго нѣба—узелки; на язычкѣ—большой узелъ.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.100.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8753
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:465
4) бѣлыя дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	22,2
b) большіе лимфоциты	7,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,3
d) переходныя формы	3,2
e) полиморфныя	61,5
f) эозинофилы	1,8
5) гемоглобина	67,5
6) удѣльный вѣсъ	1,041
7) бациллъ нѣтъ.	

№ 94.

Нирре Карлъ; 23 лѣтъ; портной. Больныхъ проказою не знавалъ. Боленъ 5 1/2 лѣтъ. Болѣзнь началась появленіемъ маленькихъ красныхъ узловъ на рукахъ. Хорошаго тѣло-

сложения; уштанъ посредственно. Вѣсъ 153 ф. На тылѣ рукъ и лопаткахъ желто-бурая и свѣтло-красныя пятна. Кожа слегка инфильтрирована и суха. Такія же пятна и такая же кожа на наружной поверхности бедеръ и голеней. Кожа голеней слоново перерождена. На лбу кожа инфильтрирована и покрыта желто-бурымъ пигментомъ. Контрактуры 4 и 5 пальцевъ лѣвой руки. Атрофія mm. inteross. Nn. ulnares незначительно утолщены. Анестезія тыла предплечій и небольшихъ островковъ кожи на ногахъ. Слизистыя оболочки носа и глотки покраснѣли. Вѣсъ $24/x$ 94—153, а $19/iv$ 97—161.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

- | | | |
|---------------------------------------------|-----------|-------------|
| 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ | 4.400.000 | |
| 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ | 9550 | |
| 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ | 1:460 | |
| 4) бѣлые дѣлятся на: | | |
| a) малые лимфоциты | | } препараты |
| b) большіе лимфоциты | | |
| c) большіе одноподерные лейкоциты | | |
| d) переходныя формы | | |
| e) полиморфные | | } удались. |
| f) эозинофилы | | |
| 5) гемоглобина | 81,2 | |
| 6) удѣльный вѣсъ | 1,048 | |
| 7) бациллъ нѣтъ. | | |

№ 95.

Татьяна Д.; 66 лѣтъ; старовѣрка, замужняя. Съ прокаженными приходилось имѣть общеніе: одна прокаженная была хорошо знакома. Заболѣла около 6 лѣтъ назадъ; показались пятна на лицѣ, на подбородкѣ и на спинѣ; исчезли довольно скоро.

Больная ниже средняго роста, правильнаго сложения и довольно плохаго питанія, причемъ жировая подкладка почти отсутствуетъ; кожа желтовата, морщиниста.

На рукахъ и на спинѣ въ разныхъ мѣстахъ разбросаны различной величины пятна, состоящія изъ розоватаго края съ атрофической кожей и почти нормальной серединой. На правомъ предплечьѣ, на 2 снтм. влѣво отъ средней линіи возвышаются надъ кожей нѣсколько узловатыхъ утолщенихъ (4—6), изъ которыхъ верхнее наибольшее, находится на 3—4 снтм. ниже локтевого сгиба, величиною съ полное ржаное зерно; остальные ниже и меньше—по той же линіи. Очевидно, они представляютъ утолщенія нерва; во всякомъ случаѣ, до кровеносныхъ сосудовъ отношенія не имѣютъ. Подъ лѣвой лопаткой, кромѣ того—овальное пятно красно-коричневаго цвѣта, возвышающееся надъ уровнемъ кожи; края его довольно широки, а центръ небольшой; пятно представляетъ какъ-бы часть пятна, причемъ осталная часть, видна ввидѣ атрофической кожи съ небольшой пигментаціей. Въ верхней части спины, слѣва выше лопатки, вблизи позвоночника—небольшое пятно, имѣющее мѣстами коричневую окраску, мѣстами рѣзко бѣлую. Въ правой сторонѣ спины, на уровнѣ послѣднихъ реберъ, два небольшихъ пятна, частью рѣзко-бѣлаго цвѣта.

На лѣвой голени въ средней части нѣсколько невозвышающихся пятенъ. На тылѣ стоны пятна представляютъ частью островки пигмента изолированныя, частью около пальцевъ скучено нѣсколько пигментныхъ пятнышекъ, имѣющихъ темно-коричневую окраску, и образующихъ родъ пятна. На правой голени сзади, въ средней части, кольцевидныя пятна, не возвышающіяся, рѣзко пигментированныя по краямъ.

На пятнахъ около рта и на правой голени термическая чувствительность понижена. На пятнахъ около лопатокъ понижены болевая и тактильная чувствительность.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.900.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	7640
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:523
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	23,4
b) большіе лимфоциты	9,2
c) большіе одноядерные лейкоциты	4,4
d) переходныя формы	2,7
e) полиморфные	58,2
f) эозинофилы	2,1
5) гемоглобина	73,4
6) удѣльный вѣсъ	1,050
7) бациллъ нѣтъ.	

№ 96.

Вильцинъ Грѣта; 70 лѣтъ; жена рабочаго. Больныхъ проказою не знавала. Сколько времени существуютъ пятна больная не знаетъ. Средняго тѣлосложенія; упитана хорошо; вѣсъ 143 ф. Пятна ландкартообразнаго очертанія съ широкимъ блѣдно-розовымъ слегка приподнятымъ краемъ и блѣднымъ плоскимъ центромъ находятся: 1) на сгибат. сторонѣ лѣваго плеча и 2) на сгиб. сторонѣ праваго предплечія. На тылѣ предплечій, лѣвой кисти и на правой лопаткѣ — отдѣльныя небольшія красныя пятна. На голеняхъ — небольшія красныя пятна съ болѣе свѣтлымъ, чѣмъ нормальная кожа центромъ. Тоже на правомъ колѣнѣ и лѣвой стопѣ. Рубцовъ и припухлости железъ нѣтъ. *Nn. ulnares* слегка утолщены. Чувствительность на разгиб. сторонахъ всюду понижена, а на пятнахъ отсутствуетъ. Контрактуръ нѣтъ.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	4.200.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	5570
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:754
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малые лимфоциты	21,7
b) большіе лимфоциты	8,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,3
d) переходныя формы	2,9
e) полиморфные	60,7
f) эозинофилы	1,4
5) гемоглобина	68,5
6) удѣльный вѣсъ	1,048
7) бациллъ нѣтъ.	

№ 97.

Акинтѣева Надежда; 63 лѣтъ; работница на табачной фабрикѣ. Въ семьѣ больныхъ не было. 7 лѣтъ жила съ одной прокаженной. Когда появились пятна — не знаетъ. Нѣжнаго тѣлосложенія; плохо упитана. Маленькія желтобуро пигментированныя точки на груди и спинѣ. На кожѣ лопатки, начинаясь отъ *acromion* и доходя по наружной сторонѣ плеча до средней $\frac{1}{3}$ его простирается единственное съ свѣтло-розовымъ ободкомъ и атроф. центромъ, характерно контурированное пятно. Мускулы правой руки парализованы и атрофированы. Кожа пятна анэстетична. Припухлости железъ нѣтъ. *Nn. ulnares* слегка утолщены.

Діагнозъ: *Lepra tuberosa.*

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	5.600.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	11.290
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:318

- 4) бѣлыя распадаются на:
- а) малые лимфоциты 21,0
 - б) большіе лимфоциты 8,6
 - в) большіе одноядерные лейкоциты 4,6
 - г) переходныя формы 2,2
 - д) полиморфныя 61,2
 - е) эозинофилы 2,4
- 5) гемоглобина 74,4
- 6) удѣльный вѣсъ 1,049
- 7) бациллъ нѣтъ.

№ 98.

Анна Д.; 23 лѣтъ; служить въ Рижскомъ пріютѣ помощницей служанки. Съ прокаженными въ общеніе не вступала. Поступила въ пріютъ въ 1894 году. Болѣзнь началась 4 года назадъ потерей чувствительности голеней и стопъ, причемъ пятенъ никогда не видала на своемъ тѣлѣ. За мѣсяць до поступленія въ пріютъ стала опухать правая подошва, воспалительныя явленія шли впередъ и къ поступленію въ пріютъ уже образовалось нагноеніе. Около того же времени заболѣлъ средний палець правой ноги и, послѣ образованія язвы, обнажились какъ 3-я такъ и 2-я фаланги. Была также все время сильная боль. Послѣ поступленія въ пріютъ, абсцессъ былъ вскрытъ, а обнаруженныя фаланги удалены, и при этомъ уже боли не было.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. На обѣихъ ногахъ кожа во многихъ мѣстахъ шелушится, причемъ эпидермисъ отслаивается бляшками въ 1/2 сант. въ діаметрѣ; кое-гдѣ есть небольшія трещины. Кромѣ того, на правой ногѣ много пятенъ желтоватаго цвѣта съ одинаковымъ центромъ и краями. На внутреннемъ мыщелкѣ небольшая атоническая язва, по словамъ больной, отъ тренія обувью. На голени находятся еще двѣ язвы, небольшія, неизвѣстнаго происхожденія. Средній палець уко-

рочень на половину, такъ какъ лишень 3-й и частью второй фаланги. На стопѣ—большая глубокая язва безъ наклонности къ заживленію, существующая съ поступленія въ пріютъ и начавшаяся съ абсцесса; въ ней видны обнаженныя мышцы и сухожилія. На спинѣ, съ правой стороны на уровнѣ 10 ребра—небольшое овальное пятно, едва замѣтное по слабожелтоватому цвѣту и небольшой инфильтраціи при ощупываніи и боковомъ освѣщеніи. Значительное пониженіе всѣхъ родовъ чувствительности (особенно болевой) на ногахъ.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

- 1) красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.800.000
 - 2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 10,345
 - 3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:367
- 4) бѣлыя дѣлятся на:
- а) малые лимфоциты 21,8
 - б) большіе лимфоциты 8,8
 - в) большіе одноядерные лейкоциты 4,7
 - г) переходныя формы 2,3
 - д) полиморфныя 60,2
 - е) эозинофилы 2,2
- 5) гемоглобина 83,1
 - 6) удѣльный вѣсъ 1,042
 - 7) щелочность 0,234
 - 8) бациллъ нѣтъ.

№ 99.

Титгенъ Анна; 72 лѣтъ; торговка. Въ семьѣ больныхъ не было. Знала раньше призываемую теперь въ лепрозериѣ больную. Больна 2 года. Болѣзнь началась появленіемъ узловъ на лбу. Больная средняго тѣлосложенія; хорошо упитана. Вѣсъ ея 159 фун. (при поступленіи—163 ф.). На кожѣ

многочисленные желто-бурые скопления пигмента, а на спинѣ — большое красно-бурое пятно; на лопаткахъ и на колѣнахъ также малыя желто-бурыя пятна; все эти пятна соотвѣтствуютъ плотно инфильтрированной кожѣ. Лицо, уши, предплечія и кисти рукъ покрыты высокимъ плотнымъ бурокраснымъ инфильтратомъ. Извъ цѣтъ. Железы не увеличены. Nn. ulnares — припухли. Чувствительность почти не затронута; на инфильтратахъ большею частью даже гипералгезія. На носѣ и языкѣ — плоскіе инфильтраты.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	3.700.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	8753
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1: 422
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малыя лимфоциты	19,5
b) большіе лимфоциты	7,7
c) большіе одноядерные лейкоциты	5,0
d) переходныя формы	2,8
e) полиморфныя	63,6
f) эозинофилы	1,4
5) гемоглобина	68,5
6) удѣльный вѣсъ	1,049
7) бациллъ нѣтъ.	

№ 100.

Никитина Екатерина; 80 лѣтъ; работница на фабрикѣ. Больныхъ проказою не знавала. Больна 3 года. Болѣзнь началась появленіемъ пятенъ на ногѣ. Относительно хорошаго тѣлосложенія; плохаго питанія. Вѣсъ 119 ф. Кожа покрыта на рукахъ, спинѣ и груди многочисленными въ булавочную головку пигментными пятнами. Кромѣ того боль-

ныя ландкартообразныя съ желто-бурымъ или краснымъ краемъ и свѣтлою серединою на лицѣ и тылѣ стопъ. Тылъ праваго предплечія покрытъ однимъ большимъ пятномъ. На тылѣ лѣваго предплечія, на плечѣ — также большія пятна; на груди и спинѣ — малыя. Буро-пигментированныя пятна на ногахъ. Nn. ulnares утолщены. Чувствительность въ центрахъ нѣкоторыхъ пятенъ совершенно пропала. Mm. interossei атрофированы. Main en griffe.

Діагнозъ: Lepra tuberosa.

Исслѣдованіе крови:

1) красныхъ кровяныхъ шариковъ	2.800.000
2) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ	17.958
3) отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ	1:155
4) бѣлые дѣлятся на:	
a) малыя лимфоциты	25,3
b) большіе лимфоциты	6,0
c) большіе одноядерные лейкоциты	3,2
d) переходныя формы	1,0
e) полиморфныя	64,2
f) эозинофилы	0,3
5) гемоглобина	63,5
6) удѣльный вѣсъ	1,040
7) бациллъ нѣтъ.	

Микроцитозъ.

ОБЩАЯ ТАБЛИЦА.

№ №	Полъ.	Возрастъ.	Количество красныхъ шариковъ.	Количество бѣлыхъ шариковъ.	Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ.	Количество пластинокъ.	Содержаніе гемоглобина.	Удельный вѣсъ.	Щелочность.	Бациллы.	Малые лимфоциты.	Больше лимфоциты.	Лейкоциты.	Переходная форма.	Нейтрофилы.	Эозинофилы.	Форма бѣзвни.	Продолжительность бѣзвни.	Тяжесть случая.	Осложненія.	Питаніе.	Изыявленія.
1	м.	38	4450000	6955	1:640	280000	68,5	1047	—	—	31,2	9,3	0,5	1,0	56,6	1,4	L. tuber.	8	Средній.	—	Оч. плохое.	—
2	м.	66	4750000	4240	1:1120	540000	88,0	1050	—	—	Препараты не удались.			—	—	—	Anaesth.	3	Средній.	—	Оч. плохое.	—
3	м.	39	4821000	13370	1:360	290000	79,9	1046	—	—	7,8	7,0	4,3	3,8	75,9	1,2	Tuberosa.	—	Средній.	—	Посредств.	На предплечіяхъ; на нѣбѣ.
4	м.	67	4530000	13620	1:330	160000	103,0	1051	—	—	Препараты не удались.			—	—	—	Tuberosa.	1 1/2	Средній.	—	Хорошее.	На нѣбѣ.
5	м.	52	5350000	7361	1:725	—	79,9	1047	—	—	Препараты не удались.			—	—	—	Tuberosa.	5	Средній.	—	Удовлетв.	Кое-гдѣ на тѣлѣ; на языкѣ.
6	м.	65	5360000	9550	1:560	—	76,4	1046	—	—	Препараты не удались.			—	—	—	Tuberosa.	6	Средній.	—	Плохое.	—
7	м.	70	4750000	11780	1:400	—	105,0	1050	—	—	8,3	6,1	3,2	4,0	78,0	0,4	Anaesth.	—	Легкій.	—	Плохое.	—
8	м.	57	5014000	7800	1:643	—	92,9	1047	—	—	Препараты не удались.			—	—	—	Mixta.	8	Оч. легкій.	—	Хорошее.	—
9	м.	29	4960000	6897	1:720	—	105,0	1051	—	—	30,7	5,3	3,3	4,8	54,7	1,2	Anaesth.	7	Легкій.	Lues.	Хорошее.	—
10	м.	73	5400000	6684	1:800	200000	78,2	1052	—	—	24,3	9,6	3,6	0,8	61,2	0,5	Anaesth.	—	Легкій.	—	Удовлетв.	—
11	м.	32	5020000	9550	1:520	—	91,0	1044	—	—	16,5	2,8	3,6	3,5	72,5	1,1	Anaesth.	15	Средній.	—	Посредств.	На стопѣ л. ноги и пальцахъ рукъ.
12	м.	19	4740000	13700	1:346	700000	55,6	1045	0,216	Нѣтъ.	10,4	8,7	5,4	9,2	65,6	0,7	Tuberosa.	10	Оч. тяжел.	—	Удовлетв.	На лицѣ; на мягкомъ нѣбѣ.
13	м.	75	4320000	6684	1:650	350000	68,5	1042	—	—	18,7	7,7	5,0	2,6	64,9	1,1	Tuberosa.	2	Легкій.	—	Хорошее.	—
14	ж.	56	3520000	6100	1:577	900000	84,0	1046	—	—	Препараты не удались.			—	—	—	Tuberosa.	8	Средній.	—	Плохое.	—
15	ж.	64	4500000	5570	1:800	—	96,1	1051	0,234	Нѣтъ.	13,0	7,3	2,7	2,5	74,0	0,5	Tuberosa.	4	Легкій.	—	Хорошее.	—
16	ж.	58	5260000	11323	1:465	850000	90,0	1050	0,198	—	Препараты не удались.			—	—	—	Tuberosa.	11	Средній.	Dilatatio cordis.	Хорошее.	На стопѣ.
17	ж.	42	4690000	7663	1:610	—	100,0	1049	—	—	16,5	3,3	4,7	6,5	66,8	2,2	Tuberosa.	5	Средній.	—	Хорошее.	—
18	ж.	29	3200000	4615	1:693	—	78,3	1042	0,234	Нѣтъ.	15,2	13,8	3,5	1,6	65,3	0,6	Tuberosa.	12	Тяжелый.	—	Удовлетв.	На кончикахъ пальцевъ.
19	ж.	39	4120000	3979	1:1035	—	78,3	1036	—	—	17,3	9,6	16,1	1,2	59,0	2,8	Tuberosa.	4	Средній.	—	Удовлетв.	—
20	ж.	64	5190000	9888	1:525	—	88,0	1054	—	—	22,9	12,6	6,4	1,8	53,9	2,4	Anaesth.	2	Легкій.	—	Хорошее.	—
21	ж.	75	3885000	8276	1:471	—	91,0	1050	—	—	14,8	7,1	4,8	2,4	68,1	2,8	Anaesth.	5	Легкій.	Marasmus senilis	Оч. плохое.	—
22	ж.	65	3150000	11672	1:270	400000	57,8	1038	0,234	Нѣтъ.	13,6	10,4	10,1	1,8	63,6	0,5	Tuberosa.	5	Тяжелый.	—	Плохое.	На нѣбѣ.
23	ж.	69	3330000	1910	1:1744	250000	81,2	1047	—	—	30,2	9,4	6,3	4,4	49,1	0,6	Anaesth.	—	Оч. легкій.	—	Хорошее.	—
24	ж.	71	4620000	4510	1:1024	—	73,4	1050	—	—	19,3	6,6	9,1	2,8	61,3	0,9	Anaesth.	—	Тяжелый.	—	Удовлетв.	—
25	ж.	60	4560000	10345	1:441	—	81,2	1055	0,216	—	23,8	12,1	3,8	2,9	56,8	0,6	Tuberosa.	7	Средній.	—	Удовлетв.	—

№ №	Полъ.	Возрастъ.	Количество красныхъ шариковъ.	Количество бѣлыхъ шариковъ.	Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ.	Количество пластинокъ.	Содержаніе гемоглобина.	Удельный вѣсъ.	Щелочность.	Бациллы.	Малые лимфоциты.	Больше лимфоциты.	Лейкоциты.	Переходныя формы.	Нейтрофилы.	Эозинофилы.	Форма бѣзвни.	Продолжительность бо-лѣзни.	Тяжесть случая.	Осложненія.	Питаніе.	Изыявленія.
26	ж.	85	4300000	5411	1:796	—	76,3	1056	—	—	32,4	18,0	3,3	4,7	40,0	1,6	Mixta.	3	Легкій.	—	Посредств.	—
27	ж.	70	4070000	3183	1:1280	—	90,0	1055	0,234	Есть.	18,5	13,2	17,0	3,8	45,0	2,5	Tuberosa.	1 1/2	Средній.	—	Удовлетв.	На перегородкѣ носа.
28	ж.	50	3180000	3714	1:857	—	71,2	1054	—	—	38,4	9,5	2,4	5,9	43,7	1,5	Anaesth.	4	Легкій.	—	Хорошее.	—
29	ж.	70	4220000	6048	1:700	—	92,8	1052	0,234	Нѣтъ.	20,3	6,5	15,0	4,7	52,3	1,2	Tuberosa.	6	Средній.	—	Хорошее.	—
30	ж.	84	4030000	3183	1:1267	2125000	83,1	1047	0,216	Нѣтъ.	25,3	4,7	0,6	0,9	67,7	0,8	Tuberosa.	2	Средній.	—	Удовлетв.	—
31	ж.	75	4310000	7162	1:602	—	83,1	1047	0,198	—	18,6	8,1	8,2	1,4	62,2	1,5	Anaesth.	5	Легкій.	Bronchitis chronica.	Удовлетв.	—
32	ж.	39	5850000	4178	1:1400	2660000	101,9	1050	0,216	—	Препараты не удались.				Tuberosa.	3	Легкій.	—	Хорошее.	—		
33	ж.	44	5250000	7958	1:660	190000	92,8	1054	—	—	21,0	4,3	2,1	1,1	69,5	2,0	Anaesth.	4	Легкій.	—	Удовлетв.	—
34	ж.	42	3850000	6217	1:619	210000	63,5	1044	0,236	Нѣтъ.	10,8	5,4	3,7	0,8	78,5	0,8	Tuberosa.	7	Средній.	—	Хорошее.	—
35	ж.	34	2980000	9231	1:214	200000	70,5	1046	—	—	22,7	10,8	2,2	1,2	59,3	3,8	Tuberosa.	4	Средній.	—	Удовлетв.	—
36	ж.	75	3920000	5730	1:685	350000	84,1	1049	0,234	—	Препараты не удались.				Anaesth.	—	Средній.	—	Удовлетв.	—		
37	ж.	29	4740000	5730	1:827	483000	78,3	1041	—	—	19,3	7,8	4,3	3,0	64,1	1,5	Anaesth.	1 1/2	Средній.	—	Плохое.	—
38	ж.	77	4020000	5948	1:677	300000	82,0	1053	—	—	23,4	8,3	4,2	3,3	59,1	1,7	Anaesth.	7	Легкій.	—	Хорошее.	—
39	ж.	56	4500000	8913	1:505	—	74,4	1052	0,252	Нѣтъ.	18,8	7,2	5,2	2,9	64,8	1,1	Tuberosa.	5	Средній.	—	Удовлетв.	На перегородкѣ носа.
40	ж.	81	3500000	4775	1:733	—	73,4	1040	—	—	18,5	6,9	5,4	2,1	66,5	0,6	Tuberosa.	5	Средній.	—	Удовлетв.	На голени; на перегородкѣ носа.
41	ж.	34	3770000	13743	1:272	470000	90,0	1052	—	—	Препараты не удались.				Tuberosa.	4	Тяжелый.	—	Посредств.	На голени; на небѣ.		
42	ж.	59	5170000	9242	1:560	520000	95,0	1054	—	—	19,2	4,3	8,1	1,5	63,5	3,4	Anaesth.	9	Средній.	—	Посредств.	—
43	ж.	28	3860000	6027	1:640	400000	65,5	1042	—	—	32,1	7,2	5,7	2,8	51,0	1,2	Anaesth.	4	Легкій.	—	Удовлетв.	—
44	ж.	46	4400000	6228	1:706	350000	78,3	1044	—	—	17,6	7,5	5,1	2,8	65,7	1,3	Tuberosa.	7	Тяжелый.	—	Посредств.	На языкѣ и небѣ.
45	ж.	79	3410000	6027	1:565	200000	90,0	1049	—	—	23,1	8,1	4,3	3,6	59,6	1,3	Anaesth.	6	Средній.	—	Плохое.	На правой голени.
46	ж.	48	3730000	9041	1:412	230000	70,5	1048	—	—	Препараты не удались.				Tuberosa.	11	Тяжелый	—	Удовлетв.	На голеняхъ околонахъ и небѣ.		
47	ж.	16	3820000	4340	1:881	350000	65,5	1042	0,198	—	31,3	7,5	3,3	2,6	53,2	2,1	Anaesth.	3	Средній.	—	Удовлетв.	На кисти руки.
48	ж.	22	3880000	8197	1:473	250000	66,4	1042	—	—	18,5	11,6	7,2	3,0	57,8	1,9	Tuberosa.	8	Средній.	Struma.	Посредств.	На небѣ.
49	ж.	18	4930000	9493	1:520	300000	72,3	1047	—	—	30,5	4,2	1,0	3,8	60,2	0,3	Anaesth.	8	Легкій.	—	Удовлетв.	—
50	ж.	68	4390000	9402	1:467	420000	83,1	1045	—	—	28,4	6,3	4,8	3,2	56,1	1,2	Anaesth.	1	Легкій.	—	Плохое.	—

№ №	Полъ.	Возрастъ.	Количество красныхъ шариковъ.	Количество бѣлыхъ шариковъ.	Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ.	Количество пластинокъ.	Содержаніе гемоглобина.	Удельный вѣсъ.	Щелочность.	Бациллы.	Малые лимфоциты.	Больше лимфоциты.	Лейкоциты.	Переходная форма.	Нейтрофилы.	Эозинофилы.	Форма бѣзны.	Продолжительность бѣзны.	Тяжесть случая.	Осложненія.	Питаніе.	Изъязвленія.
51	ж.	30	3150000	9885	1:320	387000	57,8	1038	—	—	18,9	7,2	2,0	1,2	69,6	1,1	Tuberosa.	10	Тяжелый.	—	Хорошее.	На голеняхъ и небѣ.
52	ж.	57	3960000	3737	1:1060	240000	79,9	1045	—	—	26,8	8,7	2,3	1,2	60,2	0,8	Tuberosa.	7	Тяжелый.	—	Посредств.	На небѣ и на локтяхъ.
53	ж.	53	2420000	6027	1:401	250000	63,5	1038	0,180	—	Препараты не удались.				Tuberosa.	8	Тяжелый.	—	Плохое.	На предплечіяхъ и на небѣ.		
54	ж.	46	3750000	7432	1:504	—	81,2	1042	—	—	10,8	7,1	8,8	1,6	70,7	0,7	Anaesth.	21	Средний.	—	Посредств.	—
55	ж.	63	4190000	4418	1:948	—	88,0	1048	—	—	Препараты не удались.				Anaesth.	10	Средний.	—	Плохое.	—		
56	ж.	40	4200000	3616	1:1161	—	79,9	1047	—	—	25,2	8,9	5,2	1,5	58,7	0,5	Tuberosa.	12	Тяжелый.	—	Плохое.	На голени и на небѣ.
57	ж.	24	4360000	6027	1:723	190000	73,4	1047	—	—	19,8	5,9	3,8	1,9	66,1	2,5	Tuberosa.	1	Легкій.	—	Удовлетв.	—
58	ж.	63	4450000	5545	1:802	—	78,3	1050	—	—	18,4	7,2	5,3	3,1	65,2	0,9	Tuberosa.	8	Тяжелый.	—	Плохое.	На небѣ.
59	ж.	64	3450000	4418	1:781	—	88,0	1051	—	—	22,2	8,0	3,9	3,1	60,6	2,2	Anaesth.	4	Легкій.	—	Посредств.	—
60	ж.	67	3810000	7715	1:496	—	73,4	1045	—	—	19,0	8,0	5,1	2,6	63,8	1,5	Tuberosa.	5	Тяжелый.	—	Плохое.	На пальцахъ ногъ; на небѣ.
61	ж.	51	4170000	3014	1:1383	—	65,5	1042	—	—	17,9	4,0	1,6	1,2	74,9	0,4	Anaesth.	21	Тяжелый.	—	Оч. плохое.	На голеняхъ; на небѣ.
62	ж.	53	3050000	6028	1:506	—	79,3	1041	—	—	22,3	8,1	4,6	3,0	59,9	2,1	Anaesth.	5	Легкій.	—	Хорошее.	—
63	ж.	74	4550000	7534	1:605	160000	79,3	1048	—	—	22,5	8,9	4,5	3,2	58,3	2,6	Anaesth.	4	Легкій.	Marasmus senilis	Плохое.	Нѣтъ.
64	ж.	27	3160000	5123	1:617	—	46,8	1035	—	—	19,3	6,9	4,9	2,7	64,6	1,6	Tuberosa.	8	Тяжелый.	—	Плохое.	На губѣ, небѣ, предплечіяхъ и голеняхъ.
65	ж.	78	4380001	7028	1:623	200000	90,0	1050	—	—	19,6	7,0	5,7	2,7	64,2	0,8	Tuberosa.	2	Легкій.	—	Плохое.	—
66	ж.	44	4690000	5021	1:934	—	61,3	1047	—	—	21,2	9,9	5,8	3,2	58,7	1,2	Anaesth.	1 1/2	Средний.	—	Посредств.	На правой голени.
67	ж.	30	3200000	5545	1:577	—	78,3	1048	—	—	Препараты не удались.				Tuberosa.	10	Средний.	—	Плохое.	На крыльяхъ носа.		
68	ж.	28	4430000	4701	1:942	200000	73,4	1048	—	—	Препараты не удались.				Tuberosa.	8	Тяжелый.	—	Плохое.	На языкѣ, небѣ, локтяхъ.		
69	м.	56	3760000	6389	1:588	—	89,1	1049	—	—	21,7	8,1	4,5	3,0	61,0	1,7	Anaesth.	3	Средний.	Morbus Bryghtii.	Посредств.	—
70	м.	53	3940000	8740	1:462	—	78,3	1044	—	—	13,2	6,4	4,9	1,2	73,5	0,8	Tuberosa.	6	Тяжелый.	—	Плохое.	На локтяхъ, кистяхъ рукъ и на небѣ.
71	м.	43	3720000	5786	1:642	—	88,0	1046	—	—	14,9	6,8	2,6	1,8	72,7	1,2	Tuberosa.	9	Средний.	—	Посредств.	На лицѣ, предплечіяхъ и на небѣ.
72	м.	31	2930000	8198	1:357	—	71,2	1040	—	—	15,3	10,6	2,8	4,2	65,7	1,4	Tuberosa.	4	Средний.	—	Посредств.	На предплечіяхъ, голеняхъ и на небѣ.
73	м.	27	4610000	4370	1:1055	—	73,4	1028	—	—	26,7	7,2	3,1	2,0	59,5	1,5	Tuberosa.	6	Средний.	—	Плохое.	На небѣ и предплечіяхъ.
74	м.	22	5230000	6329	1:827	—	97,9	1053	—	—	18,4	8,4	6,3	1,7	58,2	7,0	Tuberosa.	4	Средний.	—	Посредств.	На правой ступнѣ.
75	м.	18	5330000	9162	1:582	—	90,0	1051	—	—	12,3	8,0	7,8	5,4	64,1	2,4	Anaesth.	11	Средний.	—	Оч. плохое.	На голеняхъ.

№ №	Полъ.	Возрастъ.	Количество красныхъ шариковъ.	Количество бѣлыхъ шариковъ.	Отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ.	Количество пластинокъ.	Содержаніе гемоглобина.	Удельный вѣсъ.	Щелочность.	Бациллы.	Малыя лимфоциты.	Большіе лимфоциты.	Лейкоциты.	Переходныя формы.	Нейтрофилы.	Эозинофилы.	Форма бѣзвни.	Продолжител. болѣзни.	Тяжесть случая.	Осложненія.	Питаніе.	Изъязвленія.
76	м.	60	4600000	9885	1:465	—	83,1	1050	—	—	27,8	8,7	5,0	1,3	53,3	3,9	Anaesth.	14	Легкій.	—	Удовлетв.	—
77	м.	28	4770000	7955	1:600	—	78,3	1041	—	—	13,1	5,6	2,4	2,0	72,6	4,3	Tuberosa.	8	Средній.	—	Плохое.	На небѣ и голеняхъ.
78	м.	22	4350000	9644	1:452	—	85,1	1053	—	—	21,2	5,7	3,2	2,4	66,4	1,1	Tuberosa.	5	Средній.	—	Удовлетв.	На щекѣ.
79	м.	48	2890000	10608	1:272	—	76,3	1042	—	—	22,6	8,9	4,7	2,8	59,3	1,7	Tuberosa.	6	Тяжелый.	—	Плохое.	На голени и небѣ.
80	м.	32	4550000	3918	1:1161	—	79,3	1048	—	—	19,2	7,7	4,6	3,0	64,7	0,8	Tuberosa.	20	Средній.	—	Посредств.	На небѣ.
81	м.	45	3220000	6450	1:500	—	73,4	1044	—	—	30,3	6,8	3,1	2,5	56,5	0,8	Tuberosa.	5	Оч. тяжел.	—	Плохое.	На лицѣ, небѣ и предплеч.
82	м.	64	2620000	2712	1:966	—	74,4	1014	—	—	27,6	13,2	3,6	2,4	50,8	2,4	Tuberosa.	2	Средній.	—	Плохое.	На небѣ и на носу.
83	м.	52	3720000	6450	1:576	—	75,3	1042	—	—	5,6	4,0	2,8	4,8	79,6	3,2	Tuberosa.	5	Средній.	—	Удовлетв.	На небѣ.
84	м.	48	3480000	7052	1:493	—	86,1	1045	—	—	10,5	9,3	8,4	4,7	65,2	1,9	Tuberosa.	3	Средній.	—	Удовлетв.	На стопѣ.
85	м.	39	3610000	7655	1:471	—	75,3	1044	—	Нѣтъ.	21,6	7,5	5,6	2,0	62,0	1,3	Tuberosa.	10	Средній.	—	Удовлетв.	На небѣ.
86	м.	47	4290000	5425	1:790	—	79,9	1042	—	Нѣтъ.	19,4	5,9	4,9	2,8	65,5	1,5	Tuberosa.	3	Средній.	—	Удовлетв.	На небѣ.
87	м.	28	5100000	7958	1:640	—	105	1052	0,234	Нѣтъ.	22,1	7,0	5,6	3,2	60,7	1,4	Anaesth.	5	Легкій.	—	Хорошее.	—
88	м.	46	4300000	6684	1:643	—	78,3	1045	—	Нѣтъ.	18,8	8,8	5,0	2,7	63,3	1,4	Tuberosa.	5	Средній.	—	Хорошее.	На голеняхъ и локтѣ.
89	ж.	25	3700000	12732	1:290	—	88,0	1049	0,216	Нѣтъ.	21,8	9,7	4,0	1,8	60,1	2,6	Tuberosa.	4	Средній.	—	Удовлетв.	На предплечьѣ; на небѣ.
90	ж.	63	3500000	5411	1:646	—	78,3	1048	—	Нѣтъ.	17,9	8,2	5,0	3,2	64,1	1,6	Anaesth.	4	Легкій.	—	Оч. плохое.	—
91	ж.	47	4100000	5730	1:715	—	88,0	1052	—	Нѣтъ.	24,6	8,5	4,8	2,2	57,3	2,6	Anaesth.	6	Легкій.	—	Хорошее.	—
92	ж.	43	3100000	5093	1:608	—	60,1	1050	0,252	Есть.	16,4	7,3	5,1	3,1	67,5	0,6	Tuberosa.	10	Средній.	—	Посредств.	На спинѣ; на голеняхъ и носовой перегородкѣ.
93	м.	56	4100000	8753	1:465	—	67,5	1041	—	Нѣтъ.	22,2	7,0	4,3	3,2	61,5	1,8	Tuberosa.	3	Легкій.	—	Посредств.	На голеняхъ.
94	м.	23	4400000	9550	1:460	—	81,2	1048	—	Нѣтъ.	Препараты не удались.					Tuberosa.	5 ^{1/2}	Легкій.	—	Удовлетв.	—	
95	ж.	66	3900000	7640	1:523	—	73,4	1050	—	Нѣтъ.	23,4	9,2	4,4	2,7	58,2	2,1	Anaesth.	6	Легкій.	—	Плохое.	—
96	ж.	70	4200000	5570	1:754	—	68,5	1048	—	Нѣтъ.	21,7	8,0	5,3	2,9	60,7	1,4	Anaesth.	—	Легкій.	—	Хорошее.	—
97	ж.	63	3600000	11290	1:318	—	74,4	1049	—	Нѣтъ.	21,0	8,6	4,6	2,2	61,2	2,4	Anaesth.	—	Оч. легкій.	—	Плохое.	—
98	ж.	23	3800000	10345	1:367	—	83,1	1042	—	Нѣтъ.	21,8	8,8	4,7	2,3	60,2	2,2	Anaesth.	4	Легкій.	—	Хорошее.	На голеняхъ; на стопѣ.
99	ж.	72	3700000	8753	1:422	—	68,5	1049	—	Нѣтъ.	19,5	7,7	5,0	2,8	63,6	1,4	Tuberosa.	2	Средній.	—	Хорошее.	—
100	ж.	80	2800000	17958	1:155	—	63,5	1040	—	Нѣтъ.	25,3	6,0	3,2	1,0	64,2	0,3	Anaesth.	3	Средній.	—	Плохое.	—

Указатель литературы.

- 1) Афанасьевъ М. О третьемъ форменномъ элементѣ крови etc. Врачъ 1884.
- 2) Winiarski. Blutuntersuchungen bei anäm. und kach. Zuständen insbesondere bei Lepra. Diss. 1892.
- 3) Vierordt. Arch. f. phys. Heilkunde 1852. Bd XI Heft I. II и 1854. Bd XIII p. 409. Прив. по Реальн. Энцикл. Эйленбурга. т. 9.
- 4) Malassez. M. Arch. de phys. 1876 p. 19. Compt. rend. de l'acad. 1872. Цит. по Реальн. Энцикл.
- 5) Welcker. Прив. по Реальн. Энцикл. т. 9.
- 6) Hayem. Прив. по Реальн. Энцикл. т. 9.
- 7) Афанасьевъ. Прив. по Реальн. Энцикл. т. 9.
- 8) Thoma.)
- 9) Laache.) Приведено по Winiarski. Blu-
- 10) Ziegler.) tuntersuch. etc. S. 30.
- 11) Stierlin.)
- 12) Neubert. Ein. Beitrag zur Blutunters. etc. Diss. S. 22. Прив. по Winiarsky. s. 31.
- 13) Вѣрюжскій. Врачъ 1889. Къ учению объ измѣненіи красн. кров. тѣлецъ при злоб. малокровіи.
- 14) Preyer. Ueber ameboidе Blutkörperchen. Virch. Arch. Bd. 30.
- 15) Klein. Untersuch. der Formelem. des Blut. etc. Wien. Med. Wochenschrift 1890 № 36. Прив. по Рубинштейну.
- 16) Browicz. Прив. по Рубинштейну.
- 17) Г. Рубинштейнъ. Кач. и кол. измѣн. состава крови при рак. забол. Юрьевъ 1896. Стр. 13 и 14.

- 18) Rieder. Прив. по Рубинштейну. Стр. 14.
19) Limbeck. Grundriss einer klin. Pathol. des. Blutes. 1896. Стр. 37.
20) Масютинъ. Къ опредѣленію количест. гемогл. гемометромъ Fleischl'я. Врачъ 1887. №№ 32, 34, 36, 37, 39.
21) Noorden. Refer. üb. Blutkrankh. Berl. Klin. Voch. 1890. S. 453.
22) Tomberg. Zur Kritik des Fleisch. Hämometers. Inaug-Diss. Dorpat. 1891.
23) Dehio. Verhandlungen des XI Congr. f. inn. Med. Leipzig. 1892 p. 135. Прив. по Limbeck.
24) Масютинъ. См. № 20.
25) См. № 2.
26) См. № 2. Стр. 24.
27) См. № 19. Стр. 36.
28) Fleischl. Regeln für den Gebrauch des Hämometers.
29) Масютинъ. См. № 20.
30) Тамъ же № 39.
31) Leichtenstern. Untersuchung. über Haemoglobingeh. des Blutes. Прив. по Масютину.
32) Gnezda. Ueber Haemoglobinometrie. Прив. по Масютину.
33) Соловьевъ. Изслѣдованіе крови у стариковъ. С. 44. Спб. Дисс. 1894.
34) Leichtensterh. Прив. по Winiarski ст. 27.
35) Vierordt. Прив. по Winiarski ст. 27.
36) Tietze. Ueber den Hämoglobingehalt etc. Diss. Erlangen 1890. S. 27. Прив. по Winiarski.
37) Limbeck. Тамъ-же стр. 244.
38) Römer. Berl. Klin. Wchnsrf. 1891. Прив. по Лимбеку.

- 39) Löwit. Studien zur Phys. u. Pathol. des Blutes u. der Lymphe Jena 1892. Прив. по Limbeck'у.
40) Goldscheider u Jacob. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 25 p. 373. Прив. по Limbeck'у.
41) Schulz, Arch. f. klin. Med. Bd. 21. Прив. по Limbeck'у.
42) Усковъ. Кровь, какъ ткань 1890. Спб.
43) Rieder, H. Beiträge zur Kenntniss der Leucocytose 1892. Leipzig.
44) Thoma R. Прив. по Георгіевскому, стр. 110.
45) Schulz. Прив. по Георгіевск., стр. 110.
46) Graeber. Привед. по Георгіевскому.
47) Reinecke. Прив. по Георгіевскому.
48) Reinbach. Прив. по Рубинштейну; стр. 48.
49) Тамъ-же (см. № 17) стр. 48.
50) Stein C. u Erbmann, G. Zur frage der Leucocytose etc. Deutsches Arch. f. klin. med. 1895. Bd. LIV 323. Прив. по Георгіевскому.
51) Прив. по Реал. Энцикл. Эйленбурга Т. 16.
52) Тамъ-же; стр. 33.
53) Luciani. Das Hungern. 1890. Leipzig. Прив. по Георгіевскому.
54) Тамъ-же. См. № 43.
55) Тамъ-же. См. № 43.
56) Strauer, System. Blutuntersuch. etc. Deutsch. A. f. kl. Med. 1893. Прив. по Георгіев. см. № 12.
57) Neubert. см. № 12.
58) Laehr. Прив. по Георгіевск. стр. 144.
59) Тамъ-же. См. № 17. Стр. 29.
60) М. Никифоровъ. Краткій учебникъ микроск. техники.
61) Прив. по Егоровскому (см. № 70).
62) Привед. по Егоровскому.
63) Прив. по Егоровскому.

- 64) Прив. по Егоровскому.
65) Ehrlich. Farbenanalyt. Untersuch, etc. S. 130. Привед. по Гуревичу.
66) Erb, Virch. Arch. Bd, 34. S. 136. Привед. по Егоровскому.
67) Тамъ-же. См. № 39.
68) Прив. по Егоровскому; стр. 18.
69) Zappert, Ueber das Vorkommen der eosinoph. Zellen im. menschl. Blute. Zeitschr. f. kl. medic. 1893. Bd. 23. Прив. по Гуревичу.
70) Егоровскій А. Къ вопросу о морфол. измѣн. бѣлыхъ шариковъ въ кровеносныхъ сосудахъ. Дисс. 1894. Спб.
71) Прив. по Егоровскому.
72) Прив. по Егоровскому.
73) См. № 42.
74) См. № 42.
75) Гундобинъ. О морфологiи и патологiи крови у дѣтей 1892. Дисс. Спб.
76) Войно-Оранскій. Къ вопросу о морфологiи крови новорожден. 1892. Дисс. Спб.
77) Тамъ-же. См. № 33.
78) Острогорскій. Къ вопросу объ измѣн. морфол. состава крови во время беременности etc. 1891. Спб. Дисс.
79) Приведено по Георгіевскому стр. 123.
80) Прив. по Георгіевскому стр. 123.
81) Кикодзе. Патол. анатомія крови при круп. воспал. легкихъ. 1890. Дисс. Спб.
82) Привед. по Георгіевскому. стр. 135.
83) Привед. по Георгіевскому; стр. 135.
84) Joas. Привед. по Jahrbuch der prakt. med. Schwalbe.
85) Привед. по Георгіевскому; стр. 137.

- 86) Кочетковъ. Морфол. измѣненія крови при скарлатинѣ. 1891. Дисс. Спб.
87) Тамъ-же. См. № 19.
88) Привед. по Георгіевскому; стр. 141.
89) Хетагуровъ. Измѣненія крови при брюшн. тифѣ 1891. Дисс.
90) Приведено по Медицинск. Обозрѣнію 1897 г. Августъ. Стр. 231.
91) Тамъ-же. См. № 17.
92) Привед. по Deutsch. med. wochenschr. 1897 № 23 стр. 168.
93) Привед. по Schmidt's Jahrbücher Bd. 255. 1897. № 8. S. 118.
94) Приведено по Врачу № 36. 1897 г.
95) Романовскій. Къ вопросу о паразитологiи и терапiи болотной лихорадки. Дисс. Спб. 1891.
96) Pruss, Centralblatt. f. klin. Med. Bd 8 p. 469.
97) Афанасьевъ М. Врачъ 1884 г.
98) Тамъ-же (см. № 19); стр. 277.
99) Привед. по Реал. Энцикл. Эйленбурга. Т. 9.
100) Приведено по Limbeck'у стр. 277 и 278.
101) Якшъ. Клинич. діагностика. 1897 г.
102) Schmalz, Die Untersuch. des spec Gewicht des menschl. Blutes. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 147. Стр. 145.
103) Hammerschlag. A. Eine neue Methode zur Bestimmung etc. Zeitschr. f. klin. medic. Bd. 20. Стр. 444. Приведено по Георгіевскому.
104) Шолкова С. Приведено по Георгіевскому.
105) Привед. по Limbeck'у; стр. 45.
106) Прив. по Limbeck'у; стр. 45.
107) Прив. по Георгіевскому; стр. 248.
108) Прив. по Георгіевскому; стр. 249.

- 109) Прив. по Limbeck'у; стр. 149.
110) Прив. по Георгіевскому; стр. 249.
111) Прив. по Георгіевскому; стр. 251.
112) Прив. по Георгіевскому; стр. 283.
113) Привед. по Георгіевскому; стр. 284.
114) Привед. по Георгіевскому; стр. 286.
115) Привед. по Георгіевскому; стр. 289.
116) Привед. по Георгіевскому; стр. 289—298.
117) Бурминъ. Щелочность крови при нѣкоторыхъ болѣзняхъ. Врачъ 1895 г. №№ 22 и 24.

118) Привед. по Рубинштейну; стр. 55.
119) Привед. по Георгіевскому.
120) Тамъ-же. Стр. 62.
121) Приведено по Реальн. Энцикл Т. 16 С. 418.
122) Приведено по Stephan'у.
123) Stephan, K Ueber den Nachweiss der Lepra bacillen im Blute bei Lepra anaesthetica. Inaug. Diss. Strassburg. 1896 г.
-
- Георгіевскій. Клиническіе способы изслѣдованія крови и результаты ими достигнутые до 1895—96 г. Кіевъ. 1897.
Гуревичъ. Къ вопросу о лейкоцитозѣ. 1895. Дисс. Москва.
Гольцманъ. Къ вопросу о лейкоцитозѣ. 1895. Дисс. Спб.
Голубининъ. Значеніе количествъ измѣненій гемоглобина и красныхъ шарик. при нѣкотор. болѣзняхъ. Дисс. Москва. 1896.

Положенія.

- 1) Измѣненія, наблюдаемыя въ крови больныхъ проказою, ничего специфическаго для этой болѣзни не представляютъ.
- 2) Теченіе проказы во многомъ зависитъ отъ ухода за больными.
- 3) Проказа чаще всего начинается появленіемъ пятенъ: при бугорковой формѣ — на лицѣ, при анестетической — на нижнихъ конечностяхъ.
- 4) Въ виду статистики теченія аппендицитовъ безъ хирургическаго вмѣшательства, показанія къ операціи при этой болѣзни должны быть выработаны болѣе строго и осторожно, чѣмъ въ настоящее время.
- 5) Лучшимъ противоядіемъ при отравленіяхъ бѣленою и алкалоидами ея группы долженъ считаться морфій (по собств. наблюд.).
- 6) Заботы о возможно чистомъ воздухѣ и поддержаніи питанія больныхъ должны стоять въ терапіи коклюша на первомъ планѣ.
- 7) Цвѣтная слѣпота при массовыхъ опредѣленіяхъ встрѣчается въ 3,5% всехъ испытуемыхъ (по собств. набл.).
- 8) Лѣченіе уретритовъ аргониномъ мало оправдываетъ возлагаемыя на него надежды.
- 9) Постановка медицинскаго дѣла на желѣзныхъ дорогахъ въ Россіи далеко оставляетъ за собою таковую-же за границей.

Замѣченныя опечатки:

<i>Стр.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано.</i>	<i>Должно читать.</i>
6	8 снизу	которыми	которымъ
7	3 сверху	относится	относятся
18	3 сверху	Allgemeinbefinden	Allgemeinbefinden
29	17 снизу	принимаю	принимая
29	13 снизу	меньше	меньшее
42	5 снизу	mediatricis	medicatricis
64	7 снизу	пониженою	пониженною
66	8 снизу	анэстичской	анэстетической
67	2 сверху	излѣдованія	изслѣдованія