

T-19. 5761

676.957  
T-19.

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ  
Военно-Медицинской Академіи въ 1906—1907 учебномъ году.

№ 69.

# О СТОЙКОСТИ КРАСНЫХЪ КРОВЯНЫХЪ ШАРИКОВЪ У СИФИЛИТИКОВЪ.

Изъ клиники кожныхъ и венерическиххъ болѣзней  
Проф. Т. П. Павлова.

7-НОЯ 2011

БИБЛИОТЕКА  
Всесоюзнаго Медицинскаго Института  
№ 5761  
КРЕДИТНОЕ  
1936

ДИССЕРТАЦІЯ  
на степень доктора медицины  
А. И. Тарасова.

Библиотека-Читальня  
Харьк. Гос. Мед. Инст. и Харьк. Ун-та  
Изд. кн. № 1556  
Цифр. дес. 7  
" " кеттер 19

Цензорами диссертации, по порученію конференции, были профессора:  
Т. П. Павловъ, М. В. Яновскій и приватъ-доцентъ В. В. Ивановъ.

Перепечатано  
1906 г.

Изд. № НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА  
1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
„Т-во Художественной Печати“, Ивановская, 14  
1907.

1950

Перучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря **Д. И. Тарасова** под заглавием: „Къ вопросу о стойкости красных кровяных шариков у сифилитиков“ печатать разрешается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ ея (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльных оттисковъ краткаго резюме ея (выводовъ) представляются въ канцелярію конференціи Академіи, а 375 экз. диссертации—въ академическую бібліотеку.

С.-Петербургъ, Мая 7 дня, 1907 г.

Ученый Секретарь,

Ординарный Профессоръ

академикъ **А. Діанікъ**.

У 63926

№	14586
№	19

ПРОВЕРЕНО

Такая составная часть человеческого организма, какъ кровь, значеніе которой во всѣхъ жизненныхъ процессахъ не ускользнуло и отъ пытливаго вниманія Гипократа, называющаго ее „*pammula vitalis*“ и Harvey'a, „одухотворяющаго“ ее, — естественно не можетъ оставаться индифферентной при различныхъ заболѣваніяхъ человеческого тѣла. Вѣчно подвижная, постоянно готовая изъ своей среды бросить защитниковъ туда, гдѣ грозитъ организму наибольшая опасность, дѣйствующая крайне пблессообразно, точно она въ самомъ дѣлѣ состоитъ изъ „тѣла и души“, — кровь и при такомъ общемъ заболѣваніи организма, какъ сифилисъ, должна реагировать тѣмъ или инымъ способомъ. Дѣйствительно, цѣлый рядъ изслѣдователей, начиная съ Ricord'a <sup>1)</sup> и кончая болѣе современными, какъ Зелень <sup>2)</sup>, Reiss <sup>3)</sup> и мног. друг., отмѣтили тотъ фактъ, что подъ вліяніемъ сифилитической инфекции развивается особое состояніе крови, связанное съ измѣненіемъ количества и качества морфологическихъ элементовъ крови и гемоглобина, и обуславливающее развитіе въ большей или меньшей степени анеміи. Нѣкоторые авторы нашли, что уже съ начала первичнаго затвердѣнія кровь реагируетъ измѣненіемъ своего состава. Такъ, Konrad <sup>4)</sup> замѣтилъ уменьшеніе гемоглобина безъ измѣненія количества красныхъ кровяныхъ шариковъ. Reiss болѣе точными изслѣдованіями подтвердилъ измѣненіе крови въ этотъ періодъ. Выводы его работы сводятся главнымъ образомъ къ слѣдующему:

уменьшеніе числа красныхъ шариковъ замѣчается сразу же послѣ появленія первичнаго затвердѣнія, оно про-

Харк. Мед. Институтъ  
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

грессировать в дальнейшем течении болезни и даже в первое время ртутного лечения. При ртутном лечении уменьшение это останавливается, число красных кровяных шариков понемногу возвращается къ нормѣ и въ дальнейшемъ даже превышаетъ норму. Тоже самое происходитъ и съ гемоглобиномъ: съ самаго момента первичнаго затвердѣнія кривая его идетъ почти параллельно съ кривой красныхъ кровяныхъ шариковъ. Относительно бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ Reissъ находитъ, что они замѣтно увеличиваются въ числѣ лишь съ момента высыпания сифилидовъ, а подъ вліяніемъ ртутнаго лечения уменьшаются и приходятъ къ нормѣ.

За три года до Reiss'a Зеленець<sup>2)</sup> своими тщательными, произведенными изо дня въ день, изслѣдованіями крови сифилитиковъ пришелъ въ общемъ къ такимъ же результатамъ. Опредѣляя оксигемоглобинъ Glan'овскимъ спектрофотометромъ, онъ нашелъ особенно рѣзкое паденіе его въ періодѣ высыпанія, когда это высыпаніе сопровождается лихорадочными пароксизмами. „Уменьшенное  $\%$ -ное количество оксигемоглобина или остается на этихъ цифрахъ въ періодъ дальнѣйшаго высыпанія сифилидовъ, или прогрессируетъ еще въ періодъ штенія сыпи, ея экзакербаціи, иногда въ весь періодъ высыпанія до леченія“. „Черезъ 6—7 часовъ послѣ перваго вспыскиванія розолоадной ртути всегда наблюдаетсяъ повышеніе  $\%$  оксигемоглобина и количества красныхъ тѣлецъ и уменьшеніе числа бѣлыхъ“.

Относительно этихъ послѣднихъ Зеленець расходится съ Reiss'омъ, утверждая, „что рано или поздно, въ концѣ леченія ртутными вспыскиваніями наступаетъ рѣзкое увеличеніе ихъ количества (даже въ 5 разъ противъ первоначальной цифры)“.

Другіе авторы, не менѣе тщательно работавшіе надъ этимъ вопросомъ, часто не приходили къ такимъ результатамъ. Такъ Bieganski<sup>5)</sup> относительно эритроцитовъ говоритъ, что количество ихъ у сифилитиковъ не измѣняется, колебаніе же ихъ въ ту и другую сторону подъ вліяніемъ введенія въ организмъ ртути бываетъ довольно значительно.

Justus<sup>6)</sup> въ 1895 году, находя, что  $\%$  содержанія гемоглобина понижается уже въ раннемъ періодѣ сифилиса, за-

являть, что при однократномъ введеніи въ организмъ сифилитика въ той или другой формѣ большой дозы ртути, процентное содержаніе гемоглобина внезапно и рѣзко понижается. Это паденіе гемоглобина можно констатировать черезъ нѣсколько уже часовъ послѣ введенія ртути, всегда только у сифилитиковъ и притомъ у тѣхъ, которые незадолго передъ тѣмъ не вводили въ свой организмъ ртути. Реакція эта не удается также у здоровыхъ и при другихъ страданіяхъ, напр. уретритѣ, favus, lichen tuber, хронической экземѣ, т. е., иначе говоря, является специфической для сифилиса. Эта „проба Justus'a“ подтверждена и другими изслѣдователями. Такъ Cabot<sup>7)</sup> получалъ эту реакцію на всѣхъ своихъ больныхъ сифилисомъ, а изъ 33 контрольныхъ изслѣдованій уменьшеніе  $\%$  содержанія гемоглобина получено только въ одномъ случаѣ хлороза. Н. Jones<sup>8)</sup> тоже проверялъ наблюденія Justus'a и высказывается въ пользу ихъ. Онъ изслѣдовалъ кровь 17 больныхъ, не подвергавшихся раньше ртутному лѣченію, и у 13 обнаружилъ упомянутое выше вліяніе ртути. Авторы даже указываютъ на одинъ случай, гдѣ приведенный способъ былъ съ успѣхомъ примѣненъ для распознаванія сифилитическихъ образованій въ отличіе отъ туберкулезныхъ.

Bossi<sup>9)</sup>, Reiss<sup>3)</sup> и, какъ мы упоминали объ этомъ, Зеленець относительно вліянія на кровь перваго введенія ртути въ организмъ пришли къ другимъ результатамъ. Bossi находитъ, что гемоглобинъ уменьшается только послѣ достаточнаго введенія ртути (14—20 витраній), а Reiss, подобно Зеленець, пришелъ къ тому выводу, что гемоглобинъ нарастаетъ вскорѣ же послѣ перваго приема ртути. Да и другіе авторы, занимавшіеся специально проверкой пробы Justus'a, къ положительнымъ результатамъ не пришли. Такъ Н. М. Christian<sup>10)</sup> и О. Н. Foerster нашли у неврастеника—не сифилитика значительное пониженіе количества гемоглобина (18 $\%$ ), и наоборотъ, у нѣсколькихъ пациентовъ съ завѣдомымъ сифилисомъ ртуть никакого пониженія количества гемоглобина не вызвала.

Относительно бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ точно также есть голоса (Hayem<sup>11)</sup>, Sörensen<sup>12)</sup>, Янейт<sup>13)</sup> высказывающіеся противъ увеличенія числа ихъ подъ вліяніемъ сифилитической инфекціи.

Въ позднемъ периодѣ сифилиса наблюденія надъ кровью немногочисленны; они также не всегда даютъ одинаковые результаты. Miculicz<sup>14)</sup> нашелъ уменьшеніе гемоглобина; Зеленець въ двухъ случаяхъ латентнаго и гумознаго периодовъ нашелъ увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, уменьшеніе процентнаго содержанія гемоглобина при нормальномъ количествѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ, а Смирингъ<sup>15)</sup>, придя въ своихъ изслѣдованіяхъ къ тому же самому, добавилъ, что какъ гемоглобинъ, такъ и количество эритроцитовъ подѣ вліаніемъ ртутнаго леченія повышаются, количество же бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ падаетъ.

Sabrazes<sup>16)</sup> и Mathis, изслѣдуя кровь въ этомъ же периодѣ сифилиса, пришли къ противоположнымъ результатамъ: они говорятъ, что кровь у ихъ пациентовъ почти ничѣмъ не отличается отъ нормальной.

Изъ всего выше изложеннаго мы видимъ, что у многихъ авторовъ при изслѣдованіи крови сифилитиковъ различныхъ периодовъ получились разнорѣчные выводы. Чѣмъ это объяснить? Не совершенствомъ ли приборовъ для изслѣдованія, допускающихъ массу субъективности, различной ли постановкой опытовъ или же неправильной оцѣнкой явленій? Какъ бы тамъ ни было, всѣ изслѣдователи сходятся на одномъ: при сифилисѣ измѣненія въ крови происходятъ. Но на вопросъ, присущи ли они только сифилису, т. е. специфичны ли они, или таковыя же измѣненія крови мы получаемъ и при другихъ заболѣваніяхъ всего организма и въ частности крови,—авторы даютъ неодинаковые отвѣты.

Науемъ<sup>11)</sup>, Caspary<sup>17)</sup>, Зеленець<sup>2)</sup> и друг. развивающуюся анемію не ставятъ въ непосредственную связь съ сифилисомъ. „Науемъ вооружается противъ существующихъ изслѣдованій о сифилитической анеміи и упоминаетъ о собранныхъ имъ наблюденіяхъ, въ которыхъ хлорозъ и сифилисъ находились одновременно. Онъ считаетъ труднымъ рѣшить вопросъ, служатъ ли сифилисъ дѣйствительной причиной анеміи, такъ какъ у нѣкоторыхъ сифилитиковъ, совершенно здоровыхъ въ другихъ отношеніяхъ, не получалось замѣтной степени анеміи даже при полномъ развитіи вторичныхъ явленій“.

„На основаніи своихъ изслѣдованій Caspary не могъ уста-

новить регулярнаго вліанія на число кровяныхъ кѣтокъ ни сифилитическаго процесса, ни антисифилитическаго леченія“.

Зеленець говоритъ: „если принять во вниманіе, что симптоматологія хлороза не есть принадлежность только хлороза, а можетъ быть и при другихъ страданіяхъ, то ясно отсюда сомнѣніе о первичномъ заболѣваніи крови“.

Къ этимъ взглядамъ присоединяется и Bieganski<sup>5)</sup>. Наоборотъ, другіе авторы, Hallopeau<sup>18)</sup>, Вильбушевичъ<sup>19)</sup>, Gaillard<sup>20)</sup> утверждаютъ, что подѣ вліаніемъ сифилитической инфекции развивается сифилитическая анемія, начиная отъ слабыхъ степеней ея и кончая самыми тяжелыми, какъ напр., въ случаѣ Graeber'a<sup>21)</sup>, описавшаго одного больного съ chlorosis syphilitica при 6% гемоглобина, въ случаяхъ Miculicz'a<sup>14)</sup>, который у 10 сифилитиковъ третичнаго періода нашелъ въ среднемъ 55,4% гемоглобина по Fleisch'ю и Müller'a<sup>22)</sup>, нашедшаго у одного сифилитака 7.200.000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, а гемоглобина 18% по Fleisch'ю, т. е. 2,5 граммъ вмѣсто норм. 14,5.

Итакъ, если мы примемъ во вниманіе все разнообразіе выводовъ авторовъ по одному и тому же вопросу, то невольно вспомнимъ слова Lancereaux<sup>23)</sup>, который сказалъ, что „намъ еще неизвѣстны измѣненія, возникающія въ крови сифилитиковъ“, а также Mauriac'a<sup>24)</sup>, утверждавшаго, что „на счетъ сифилитической дискрипціи мы владѣемъ еще очень рудиментарными познаніями“.

Преднославъ этотъ краткій очеркъ вообще гематологіи сифилиса, на сколько это близко касается разбираемаго вопроса, я перейду теперь къ литературнымъ даннымъ о стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ. Изслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи специально у сифилитиковъ, крайне немногочисленны, и вотъ этотъ пробѣлъ отчасти пополнить я предложилъ мнѣ проф. Т. П. Павловъ.

## Историческій очеркъ.

Давно подмѣчен тотъ фактъ, что красные кровяные шарики не остаются индифферентными къ дѣйствию на нихъ такихъ агентовъ, какъ вода, тепло, электричество и т. д. Такъ, если къ каплѣ крови, изслѣдуемой подъ микроскопомъ, прибавить каплю чистой воды, то мы замѣчаемъ, на первыхъ порахъ быстрое механическое передвиженіе тѣлецъ, а затѣмъ и измѣненіе ихъ формы и величины. Одновременно съ этимъ замѣчаемъ и поблѣднѣніе ихъ и окрашиваніе жидкости, въ которой они плаваютъ, въ желтоватый цвѣтъ, что объясняется выходженіемъ красящаго вещества шариковъ — ихъ гемоглобина. Если каплю воды замѣнить каплей физиологическаго раствора хлористаго натра, то явленія этого не происходятъ: красные кровяные шарики не измѣняютъ ни формы своей, ни обезцвѣчиваются. 1% и болѣе сильные растворы уже измѣняютъ величину шариковъ тѣмъ, что сжимаютъ ихъ, не вызывая выходженія изъ нихъ гемоглобина. Тѣ же явленія вызываютъ и растворы сѣрнокислаго натра, магнезій и друг. съ тою только разницей, что они должны быть взяты другой, болѣе крѣпкой концентраціи. Эти измѣненія въ крови мы находимъ внѣ сосуловъ ея, *in vitro*. Но есть опыты, указывающіе, что красные кровяные шарики не остаются индифферентными и въ своемъ нормальномъ ложѣ. Такъ, если лягушкѣ ввести въ кровь количество воды около  $\frac{1}{2}$  вѣса ея тѣла, то красныя тѣла медленню набухаютъ и медленню обезцвѣчиваются, теряя свой гемоглобинъ.

Наблюденія проф. Яновскаго <sup>25)</sup> надъ введеніемъ воды собакамъ и кроликамъ показали, что если взрослой собакѣ ввести въ кровь количество воды равное  $\frac{1}{12}$  вѣса тѣла животного, то гемоглобинурия бываетъ до такой степени ясно

выражена, что моча становится по цвѣту равной дегтю. Далѣе авторъ находитъ, что у щенковъ при прочихъ равныхъ условіяхъ гемоглобинурия бываетъ выражена слабѣе и исчезаетъ скорѣе, нежели у взрослыхъ, какъ будто молодой организмъ содержитъ эритроциты болѣе стойкіе, чѣмъ организмъ уже пожившій и старыя. Тотъ фактъ, найденный проф. Яновскимъ, что количество гемоглобина, приходящагося на каждый кровяной шарикъ, т. е. *valeur globulaire*, до гемоглобинурии и послѣ нея, остается одинаковымъ, дало поводъ автору сдѣлать выводъ, что „гемоглобинурия вѣроятно происходитъ на счетъ разрушенія нѣкоторой части красныхъ тѣлецъ крови, а не на счетъ отнятія пигмента отъ всѣхъ безъ исключенія тѣлецъ“. Можно, слѣдовательно, предполагать, что и въ нормальномъ своемъ ложѣ эритроциты не всѣ одинаково способны бороться съ разрушающими ихъ веществами: нѣкоторые изъ нихъ принимаютъ въ борьбѣ за цѣлость организма, другіе же являются болѣе стойкими противъ этихъ веществъ — будь то вода или даже токсины, вырабатываемые различными бактеріями.

Съ этой точки зрѣнія изученіе стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ при различныхъ физиологическихъ и патологическихъ состояніяхъ человѣческаго организма представляется чрезвычайно интереснымъ, такъ какъ а priori можно думать, что съ измѣненіемъ стойкости ихъ мѣняется стойкость, т. е. способность противодѣйствовать вреднымъ вліяніямъ, и другихъ клеточныхъ образований и тканей организма, resp. всего человѣческаго организма.

Судить объ этой способности всѣхъ клеточныхъ элементовъ и тканей организма мы можемъ, изучая этотъ вопросъ непосредственно на нихъ, пуская въ ходъ различные вредные для нихъ агенты; но въ виду большихъ техническихъ затрудненій и могущаго произойти вреда для организма изслѣдованія пришлось вести лишь на крови и съ помощью ограниченнаго количества веществъ.

„Въ <sup>26)</sup> силу этого понятія о стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ по необходимости служивается и подъ нимъ разумѣется способность ихъ противодѣйствовать небольшому числу агентовъ, силу которыхъ мы соответственнымъ образомъ можемъ измѣнить и измѣрить. Другими словами, понятіе о стой-

кости крови определяется имбуцими в нашем распоряжении методами для ее измерения<sup>4</sup>.

Таким образом, понятие о стойкости эритроцитов, как это введено в русскую гематологическую литературу проф. Яновским, есть понятие условное, не имющее непосредственной связи с той стойкостью красных тельц крови, вообще, клеточных элементов, понимаемой в обычном смысле, т. е. способностью этих элементов противодействовать различным физиологическим и патологическим агентам, напр., способностью их по теории Мечникова противодействовать разрушающей силе макрофагов. Действительно, наблюдая изменения, происходящие в протоплазме красного кровяного шарика под влиянием, напр., раствора хлористого натрия, мы находим, что в жизни протоплазмы произошли какая-то изменения физико-химического свойства, но говорить ли они о повышении или понижении жизнеспособности шарика, утверждать это мы не имеем права.

Благодаря разнообразию агентов, и действия их на красные кровяные шарики получаются различные, иногда совершенно противоположные. Напр., Chanel<sup>27</sup>, Limbeck<sup>28</sup>), работая каждый своим физико-химическим способом, характеризующим отношение красных кровяных тельц к солевым растворам различной концентрации, наши при желтухе резкое повышение стойкости. Шкляревич<sup>29</sup>), работая таким реагентом, как гемолитическая сыворотка, обладающая биологическим характером действия, примет к противоположным результатам. Проф. Яновский<sup>30</sup>) нашел повышение резистентности красных шариков при брюшном и возвратном тифе, а впоследствии нашел, что стойкость повышается при многих других инфекционных заболеваниях. R. Craus<sup>31</sup>) и Paul Clairmont, прибавляя к крови различные токсины, показали, что эти вещества понижают стойкость красных кровяных шариков.

Теперь я остановлюсь на описании способов определения стойкости красных кровяных шариков. Буду краток, ограничившись лишь существенным, так как более подробное описание этих способов и их критическая оценка уже сделаны проф. Яновским и его школой.

Hamburger<sup>32</sup>) основал свой способ на наблюдениях ботаника Hugo de Wries над осмотическим напряжением растительной клетки. Если такую клетку поместить в раствор какой-нибудь соли (K<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>, KNO<sub>3</sub>, K<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> и т. д.) или сахара, то вскоре образуется ток воды в направлении наибольшего осмотического напряжения. Если осмотическое давление будет выше в соляном растворе, то плазма отдаст свою воду, сморщивается и отстает от клеточной оболочки. То же самое наблюдается и в красных кровяных шариках. Это явление названо плазмолизом, в частности для красного кровяного шарика — гематолизом. Солевой раствор одинакового осмотического напряжения с напряжением в клетке называется „изотоническим“. Если осмотическое давление раствора ниже давления клетки, то раствор такой будет „гипоизотоническим“, наоборот — если давление раствора выше, то он называется „гиперизотоническим“.

„Наблюдение производится следующим образом. Берут от 11 до 16 пробирок, вливают в каждую от 10 — 20 куб. с. раствора (напр. NaCl, когда имют в виду определить плазмолиз или, что одно и то же, стойкость по отношению к этой соли), притом так, что первая пробирка содержит напр. 0,3% раствор, а каждая последующая на 0,02% больше крепкой, нежели предыдущая, и в последней он достигает 0,6% или даже 1,0%. Hamburger сначала работал с бычьей дефибринированной кровью и прибавлял ее в каждую пробирку в таком количестве, чтобы на каждые 10 к. с. раствора приходилось около 1 куб. с. дефибринированной крови. Затем смесь в пробирках взбалтывалась и оставалась в покое на сутки. В течение этого срока кровяные тельца успевали отстать на дно цилиндра и над ними получался прозрачный слой солевого раствора. Слабые растворы вызывают выплывание гемоглобина из кровяных шариков и потому окрашиваются, более крепкие, наоборот, остаются безцветными. Среднее арифметическое из концентрации двух ближайших растворов, из которых один более слабый окрасит, а другой более крепкой безцветен, и определяет стойкость кровяных тельц данной крови. Так, напр., в опытах Hamburger'a с хлористым

натромъ растворъ его окрашивался при 0,56‰ и оставался безвѣтнымъ при 0,6‰; такимъ образомъ изотонической растворъ будетъ имѣть концентрацію 0,58‰.

Способъ этотъ мало применимъ у постели больного, такъ какъ требуетъ порядочнаго количества крови и много времени; да и въ смыслѣ точности страдаетъ, опредѣляя резистентность лишь наименѣ стойкихъ кровяныхъ тѣлецъ.

Maraglio стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ опредѣлялъ, дѣйствуя на нихъ физическими и химическими веществами:

1) онъ заключалъ ихъ въ парафинъ, при этомъ замѣчалъ постепенное обезвѣчиваніе ихъ, начиная съ центра. Это обезвѣчиваніе быстрее происходило на красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ больныхъ, нежели здоровыхъ людей.

2) Онъ замѣчалъ, что при 50° Ц. шарики здоровыхъ людей не взмѣняются, у больныхъ же достаточно дѣйствія температуры въ 35° Ц.

3) При высушиваніи красныхъ кровяныхъ шариковъ больныхъ субъектовъ уже черезъ двѣ минуты происходитъ измѣненіе формы ихъ и отчасти обезвѣчиваніе, въ то время какъ на шарикахъ здоровыхъ этого явленія не происходитъ.

4) Давленіе производитъ тоже измѣненія въ шарикахъ скорѣе больной крови, чѣмъ здоровой.

5) Помѣщая кровь въ растворы 0,4‰—1‰ NaCl или 5‰—10‰ щавелевой кислоты, онъ замѣчалъ обычную картину гематоліза, различную, смотря по тому, съ какой кровью мы имѣемъ дѣло: съ больной или здоровой.

6) Онъ находилъ, что растворъ изъ 7,5 NaCl и 1,0 Methyleneblau на 1 литръ воды краситъ здоровая тѣльца раза въ два медленнѣе, чѣмъ патологически измѣненные.

Lacker стойкость эритроцитовъ опредѣлялъ числомъ разрядовъ лейденской банки постоянной силы. Критеріемъ считаетъ онъ 10 ударовъ, которыхъ достаточно для того, чтобы красные кровяные шарики отдали свой гемоглобинъ, и кровь такимъ образомъ сбѣлала бы лаковой.

Способы Landois и Vaquez основаны также, какъ способъ Hamburger'a на отношеніи крови къ воднымъ растворамъ поваренной соли.

Landois бралъ капли крови и смѣшивалъ ее съ 3‰ NaCl. Подъ микроскопомъ, прибавляя къ смѣси воду, онъ замѣчалъ моментъ выходения гемоглобина изъ всѣхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. По количеству прибавленной воды онъ судилъ о степени концентраціи солевого раствора и имъ опредѣлялъ стойкость эритроцитовъ. Способъ этотъ не точенъ тѣмъ, что опредѣляетъ стойкость наиболее резистентныхъ кровяныхъ шариковъ въ то время, какъ стойкость наименѣ резистентныхъ, которые отъ прибавленія воды разрушились первыми, — неизвестна.

Способъ Vaquez лишень этого недостатка, но слишкомъ кропотливъ и потому мало применимъ для клиническихъ цѣлей. Въ тѣлый рядъ пробирокъ съ растворомъ хлористаго натра, начиная съ 0,22‰ и кончая 0,82‰, — причѣмъ концентрація каждаго раствора разнится отъ сосѣднихъ на 0,04‰, — прибавляется кровь въ пропорціи 1:100. Кровь вливаютъ сначала обыкновенно въ пробирку съ 0,5‰ растворомъ, а затѣмъ постепенно переходятъ къ слабѣйшему до тѣхъ поръ, пока не встрѣтятъ такой, въ которомъ всѣ шарики отдадутъ свой гемоглобинъ. Этотъ растворъ указываетъ на полный или „количественный гематолізъ“ и равенъ онъ обыкновенно 0,38‰. Затѣмъ берется три непосредственно слѣдующихъ за этимъ, болѣе крѣпкихъ раствора (т. е. 0,42‰; 0,46‰ и 0,5‰) и три еще болѣе крѣпкихъ (0,62‰; 0,70‰ и 0,82‰). Этими растворами кровь разводится въ смѣситель Potain'a въ пропорціи 1:200 и по прошествіи 6 часовъ производится счетъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, оставшихся неразрушенными: это даетъ „качественный гематолізъ“.

Методъ Chanel'я<sup>27)</sup>, предложенный еще ранѣе вышеописанныхъ, основанъ на отношеніи красныхъ кровяныхъ шариковъ къ растворамъ Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> концентраціей въ 2,5‰; 1,25‰ и 0,85‰. Красные кровяные шарики считаются обычнымъ способомъ послѣ воздѣйствія на нихъ этихъ трехъ растворовъ. Стойкость здѣсь будетъ равняться отношеніямъ изъ выраженныхъ въ ‰ чиселъ кровяныхъ шариковъ при 2-мъ и 3-мъ численіяхъ къ 1-му, при которомъ количество эритроцитовъ будетъ наибольшимъ, такъ какъ 2,5‰ растворъ Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> будетъ менѣ гипонизотоничнымъ, чѣмъ два другихъ.

Слѣдующій способъ, предложенный проф. Яновским<sup>33)</sup> независимо отъ автора предыдущаго метода, основанъ на томъ же принципѣ счисленія. При помощи аппарата Thoma-Zeiss'a опредѣляется общее количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 1 куб. мил. крови при разведеніи ихъ 1:200 въ 0,9% NaCl. Затѣмъ дѣлають другой подсчетъ красныхъ шариковъ при томъ же разведеніи, но въ 0,4% растворѣ NaCl и пятиминутномъ дѣйствіи на нихъ этого раствора. Количество шариковъ при второмъ счисленіи, выраженное въ % общаго количества шариковъ, и будетъ служить показателемъ стойкости крови. Но и этотъ способъ при всей своей сравнительной точности, какъ показалъ Лангъ<sup>34)</sup>, не даетъ намъ полной картины стойкости эритроцитовъ и ея колебаній. Здѣсь опредѣляется стойкость лишь одной категоріи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, а стойкость тѣхъ, которыя могли-бы разрушиться и въ болѣе концентрированномъ растворѣ, чѣмъ 0,4% растворъ, или остаться неразрушенными въ меньшей концентрации, не опредѣляется. Да и времени мало надо употребить, чтобы произвести одинъ анализъ крови.

Перейду теперь къ описанію второго способа проф. Яновскаго, которымъ я пользовался при своихъ изслѣдованіяхъ. Въ томъ видѣ, въ какомъ его употребляютъ въ настоящее время въ диагностической клиникѣ, описаніе этого способа подробно изложено въ обстоятельной работѣ Ланга<sup>34)</sup>, которую я здѣсь для руководства и беру. Въ основу его приведены слѣдующія соображенія.

Если производить пониженіе концентрации окружающей красные кровяные шарики среды рѣзко, какъ это дѣлаетъ Landois, прибавляя къ 3% раствору NaCl, смѣшаннаго съ равнымъ объемомъ крови, дистиллированную воду по каплямъ, то отъ соприкосновенія съ водой произойдетъ разрушеніе наиболее стойкихъ кровяныхъ тѣлецъ, „и притомъ ужъ тогда, когда пониженіе осмотическаго давленія всей смѣси недостаточно, чтобы разрушить и самыя нестойкія изъ кровяныхъ тѣлецъ“.

Если мы разбавимъ кровь сначала изотоническимъ растворомъ NaCl, а потомъ будемъ прибавлять 0,2% растворъ его, то этого послѣдняго придется прибавить такое количество,

которое сдѣлаетъ смѣсь прозрачной не вслѣдствіе растворенія кровяныхъ шариковъ, а вслѣдствіе разведенія ея.

Въ виду этого проф. Яновскій предложилъ два гипонотоническихъ раствора: 0,4% и 0,2%. Первый изъ нихъ уже разрушитъ небольшую часть кров. шариковъ, второй, прилитый къ смѣси докончитъ разрушеніе большинства (до 90%) эритроцитовъ. Растворы эти наливаются въ двѣ бюретки емкости 10 куб. с. каждая и съ такимъ узкимъ просвѣтомъ, что можно отфильтровать  $\frac{1}{20}$  куб. с. раствора и даже  $\frac{1}{40}$ . По желанію пополненіе бюретокъ легко производится посредствомъ особыхъ приспособленій изъ постоянныхъ резервуаровъ, стоящихъ наверху штативовъ. Само наблюденіе производится слѣдующимъ образомъ. Въ стаканчикъ съ параллельными стѣнками, съ площадью дна равной 1 кв. сантим., наливають изъ первой бюретки (съ 0,4% р-ва.) 0,5 куб. с. Изслѣдуемая кровь берется Флейшелевскимъ капилляромъ опредѣленной емкости, переносится въ стаканчикъ и легкими движеніями капилляра равномерно распределяется въ растворѣ. Образующаяся смѣсь непрозрачна и черезъ нее, приставивъ стаканчикъ непосредственно къ шрифту, который разъ на всегда прикрывается къ штативу аппарата, прочесть ничего нельзя. Сейчасъ же стаканчикъ подводится подъ вторую бюретку, нижній конецъ которой посредствомъ каучуковой трубки соединенъ съ стекляннымъ наконечникомъ. Моровскій зажимъ на каучуковой трубкѣ раскрываютъ ad maximum и наконечникомъ, изъ котораго медленно, но каплями вытекаетъ 0,2% растворъ, постоянно и равномерно помѣшаваютъ въ стаканчикѣ, все время прикасаясь одной изъ своихъ стѣнокъ къ шрифту. Наблюдатель помѣщается всегда на одномъ и томъ же разстояніи отъ шрифта и старается прочесть его черезъ кровяную смѣсь. Какъ только наступитъ моментъ, когда можно будетъ читать все буквы шрифта, зажимъ закрываютъ.

Количество двадцатыхъ долей 0,2% раствора, который пришлось прилить въ стаканчикъ и покажетъ стойкость эритроцитовъ изслѣдуемой крови. Чтобы узнать, какой именно концентрации получился у насъ растворъ прибѣгаютъ къ слѣдующему вычисленію. Положимъ, намъ пришлось прилить  $\frac{9}{20}$



(или 4,5) куб. сант. 0,2% раствора; тогда мы в стаканчик имеем:

1) 0,5 куб. с. 0,4%, т. е. 0,002 грм. NaCl. (Число 0,002 получается из пропорции  $X:0,4 = 0,9:100$ ).

2) 0,45 куб. с. 0,2% раствора, т. е. 0,0009 грм. NaCl. (Число 0,0009 получается из пропорции  $X:0,2 = 0,45:100$ ), или 0,95 куб. с. смеси с содержанием в ней 0,0029 грм. NaCl, т. е. раствор 0,3052 %-ого содержания NaCl. (Из пропорции  $X:0,0029 = 100:0,95$ ). Это последнее число тоже будет выражать стойкость эритроцитов.

При пользовании этим методом необходимо строго соблюдать следующие условия.

Все приборы перед началом исследования должны быть очень чисты и сухи. Особенно необходимо наблюдать это на Флейшелевских капиллярах и вытянутом в капиллярную трубку стеклянном наконечнике 2-й бюретки, на котором может отлагаться соль.

Титрование кровяной смеси надо начинать всегда с одного уровня раствора во второй бюретке, с уровня соответствующего цифре 0.

Освещение всегда должно быть одно и то же. С этой целью у меня подобно тому, как это заведено в клиник проф. Яновского, наблюдения производились в защищенном от дневного света месте при электрической лампочке силой в 25 свечей. Лампочка помещалась на одном и том же месте. Шрифт для чтения должен быть мелкий и на совершенно незнакомом языке, чтобы исключить угадывание. Я пользовался шрифтом на латышском языке. Он был вырван из книги таблиц для определения остроты зрения и соответствует  $D = 0,6$ .

Так как растворимость красных кровяных шариков зависит также и от скорости прилива 0,2% раствора, то стеклянный край, находящийся на нижнем конце 2-й бюретки, необходимо установить так, чтобы в 1 минуту вытекало 0,5 куб. с. раствора; а чтобы жидкость действовала равномерно на все кров. шарки, нужно во все время прилива быстро поворачивать стеклянным наконечником в содержимом стаканчика.

БИБЛИОТЕКА  
Харьковского Медицинского Института  
№ 5191  
Изд. РЕВБИРЕН

Исследования Ланга показали, что ошибка в определении стойкости крови с помощью этого способа может произойти еще тогда, когда мы будем брать кровь Флейшелевским капилляром всегда одной и той же емкости, напр. в 5 куб. миллим. Так как прозрачность смеси обуславливается количеством разрушенных эритроцитов, а они разрушаются постепенно по мере уменьшения концентрации раствора, получаемого в стаканчике, — естественно, что мы должны считаться не с количеством крови, а с числом эритроцитов. Это замечание особенно относится к крови анемиков. Поэтому надо всегда брать столько кровяных шариков, сколько их содержится в 5 куб. миллим. крови нормального человека, т. е. от 22.500.000 до 25.000.000. Чтобы выполнить это условие, я всегда делал так: число эритроцитов в 1 куб. милл. крови определял прежде всего; напр., оно равнялось 4.150.000 или в другом случае 6.450.000. Чтобы узнать емкость Флейшелевского капилляра, который необходимо взять в первом и во втором случаях для получения 25.000.000 шариков, нужно это число разделить на 4.150.000 и на 6.450.000. Тогда находим, что для первого случая необходим капилляр емкостью в 6 куб. м., а для второго — 3,8 куб. милл. У меня была цѣлая серия капилляров емкостью, начиная с 3,2 куб. милл. и кончая 8,5. При наблюдении всех этих замечаний при постановке наблюдений всегда при равных условиях, метод этот является точным, чрезвычайно чувствительным и очень удобным для клинических целей.

Здесь я не буду перечислять имен авторов, работавших над вопросом об изменении стойкости красн. кров. шариков при различных патологических состояниях человеческого организма, так как это уже сделано проф. Яновским, Дангом и другими, приведу только те главнейшие выводы, которые можно сделать на основании их исследований.

„1. Подъ стойкостью красных кровяных телец в настоящее время понимается способность их противостоят разрушительному действию слабых соляных растворов, главным образом, поваренной соли.

0,5  
63928

Имя  
№ НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА  
1-го Харьк. Мед. Института

2. Нетъ никакого основанія думать, что такую же стойкость они обнаружатъ и по отношенію къ другимъ агентамъ.

3. Въ процесѣ разрушенія кровяныхъ тѣлецъ, подъ влияніемъ слабыхъ соляныхъ растворовъ по всей вѣроятности участвуютъ не только физическія (диффузія), но и другія (химическія) силы. Ивановъ, работая надъ вопросомъ „о зависимости между измѣненіемъ стойкости и количествомъ минеральныхъ составныхъ частей красныхъ кровяныхъ шариковъ“, нашелъ, „что<sup>36)</sup> уменьшенія въ содержаніи солей въ красныхъ шарикахъ при повышеніи стойкости ихъ не бываетъ и что одной диффузіей солей повышеніе стойкости при инфекціи не можетъ быть объяснено.“

„4. Величина стойкости различна не только у разныхъ видовъ животныхъ, но и у недѣлимыхъ одного и того же вида: она индивидуальна.“

Такъ какъ намъ придется имѣть дѣло съ цифрами, то интересно получить отвѣтъ на вопросъ, что же однако пужно считать показателемъ стойкости красныхъ кров. шариковъ у вполне здороваго человѣка? Косвенный отвѣтъ мы уже получаемъ изъ только что приведеннаго вывода проф. Яновскаго; руководящей нитью можетъ служить также и другая его работа, гдѣ онъ говоритъ, „что многочисленные изслѣдованія русскихъ и заграничныхъ авторовъ показали, что одинаковая стойкость можетъ наблюдаться при различныхъ заболѣваніяхъ, а съ другой стороны при одной и той же болѣзни стойкости бываютъ разныя.“ Специальныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи произведено не было, если не считать попутныхъ, посвященныхъ чисто случайный характеръ. Такъ, напр., Петровъ<sup>38)</sup>, изслѣдуя стойкость крови маляриковъ по первому способу проф. Яновскаго, контрольно изслѣдовалъ кровь и у 8 здоровыхъ людей, у которыхъ наименьшій показатель стойкости эритроцитовъ былъ равенъ 12 (мужчина 22 лѣтъ), наибольшій 22,6 (женщина 28 лѣтъ).

Макаровъ<sup>39)</sup>, произведши контрольныя изслѣдованія по 2-му способу проф. Яновскаго, нашелъ наименьшій показатель стойкости равнымъ 2, наибольшій—4. Я, будучи здоровымъ въ общемъ субъектомъ, неоднократно изслѣдовалъ собственную кровь и находилъ, что стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ

колебалась между 4 и 4,5; у двухъ другихъ мужчинъ (23 л. и 26) стойкость имѣла равной 3,5 и 5.

Въ виду этого на получаемыя цифры нельзя смотрѣть, какъ на абсолютныя; онѣ пріобрѣтаютъ значеніе, главнымъ образомъ, лишь при сравненіи съ другими цифрами, получаемыми въ особенности у одного и того же индивидуума. Повышеніе стойкости эритроцитовъ есть симптомъ того и другого заболѣванія; какъ и температура, оно можетъ быть различно при одномъ и томъ же заболѣваніи двухъ разныхъ субъектовъ или у одного и того же субъекта въ разныхъ стадіяхъ болѣзни.

Однако есть нѣкоторыя указанія, и болѣе опредѣленно относящіяся на нашъ вопросъ. Такъ, проф. Яновскій и д-ръ Лангъ, которые повышеніе стойкости нашли въ 95%о всѣхъ случаевъ страданія ракомъ желудка, считали  $\frac{5}{20}$ , resp. 0,3333, показателемъ стойкости уже повышенной, такъ какъ такого повышенія не давали больные съ другими не раковыми страданіями желудка.

Поэтому, если принять во вниманіе всѣ вышеприведенныя данныя, будетъ близкимъ къ истинѣ, если и мы при разрѣшеніи нашей задачи будемъ считать  $\frac{5}{20}$  показателемъ стойкости уже повышенной.

„5. Измѣненіе стойкости, повидимому, есть жизненный (витальный) процессъ, такъ какъ подъ влияніемъ аналогичныхъ агентовъ кровь *in vitro* подвергается измѣненіямъ другого характера“. Къ этому выводу приходитъ и д-ръ А. Ивановъ<sup>40)</sup>, говоря, что „колебаніе въ стойкости суть выраженіе тѣхъ или иныхъ перемѣнъ въ жизненныхъ свойствахъ самой протоплазмы тѣлецъ“.

„6. Не слѣдуетъ думать, какъ это можно бы было предполагать а priori, что измѣненія стойкости находится въ прямой связи съ состояніемъ силъ организма“.

„7. Такая прямая зависимость доказана только по отношенію къ голоданію, при которомъ и силы организма и стойкость падаютъ одновременно.“

„8. Гораздо чаще тѣ и другія измѣненія происходятъ въ противоположномъ направленіи.“

„9. Последнее составляетъ, повидимому, для всѣхъ лихора-

дочных инфекционных, заболѣваний, которыя повышаютъ стойкость красныхъ кровяныхъ телецъ“.

10. Также справедливо относительно разныхъ формъ желтухи.

11. Стойкость бываетъ повышена при анеміи <sup>41)</sup>.

12. Она <sup>42)</sup> повышена также и при ракъ желудка и часто при такихъ его формахъ, когда tumor еще не пронципируется, и въ этомъ случаѣ опредѣленіе стойкости можетъ служить до нѣкоторой степени діагностическимъ приемомъ для распознаванія другихъ заболѣваний желудка, напр., круглой язвы его <sup>13</sup> 43).

„Увеличеніе стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ вызывается накопленіемъ въ крови значительнаго количества ядовитыхъ веществъ, и это увеличеніе будетъ до тѣхъ поръ, пока въ крови будутъ циркулировать вредныя начала. Такъ, „Castellino нашель паденіе стойкости при брюшномъ тифѣ, начиная съ 15 дня болѣзни, т. е. съ начала третьей недѣли, когда процессъ идетъ на убыль“.

Мы знаемъ, что сифилисъ хроническая инфекціонная болѣзнь; которая не щадитъ ни одного органа, передается въ потомство и поражаетъ человѣческое тѣло иногда на столько же тяжело, на сколько и неожиданно. Мы видимъ, какъ эта болѣзнь въ иныхъ случаяхъ приобретаетъ тихое, не угрожающее теченіе и въ другихъ, наоборотъ,—это теченіе бываетъ на столько бурно и быстро, что печальный исходъ наступаетъ, несмотря на всѣ примѣняемыя мѣры и леченіе. Изъ практики мы знаемъ, хотя и эмпирически, что ртуть и іодъ — единственныя пока спасители наши противъ сифилитическаго virus'a, но примѣняя ихъ такъ широко, мы еще не знаемъ, наступитъ ли моментъ, когда эти спасители, введенные въ организмъ въ томъ или другомъ количествѣ, начали уже дѣйствовать въ союзѣ съ virus'омъ разрушительно, или же этотъ моментъ еще далеко?

Эти соображенія заставляютъ на вышеприведенные выводы взглянуть повнимательнѣе: не могутъ ли они дать намъ право вмѣстѣ съ Науер'омъ <sup>44)</sup> надѣяться, что гематология „дастъ намъ разрѣшеніе“ и этой „возологической задачи?“

Но пока изслѣдованій въ этомъ направленіи произведено

не много и они, благодаря различію методовъ не даютъ намъ права дѣлать какіе либо опредѣленные выводы.

Maragliano <sup>45)</sup>, кажется, первый изучалъ стойкость крови у сифилитиковъ. Работая своимъ методомъ, онъ нашель у сифилитиковъ пониженіе стойкости. Если же мы примемъ во вниманіе неточность и грубость приемовъ, примѣненныхъ имъ, то и къ выводамъ отнесемъ критически, что, повидимому, дѣлаетъ и самъ авторъ.

Баумгольцъ <sup>46)</sup>, работая надъ кровью больныхъ съ туберкулезомъ легкихъ попутно нашель, что стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ при сифилисѣ, вѣроятно, повышена.

Якушевичъ <sup>47)</sup> производилъ изслѣдованія крови 14 сифилитиковъ: 3-хъ съ ulcus induratum, 4—кондиломатознаго періода съ первомъ высшыи и 7—съ явленіями третичнаго періода. Работалъ онъ, примѣняя первый способъ проф. Иновскаго и бралъ случаи, по возможности, не лѣченные. У первыхъ трехъ больныхъ изслѣдованіе обнаружили стойкость равную 42,3—43,7—39,4. Съ появленіемъ сифилитидовъ стойкость достигла 52,3—74,0—63,0. У слѣдующей группы стойкость въ началѣ изслѣдованія была: 28,0 - 45,9—43,9—33,6. Въ концѣ послѣ леченія (инъекціи Hg) была 30,7—38,3—42,7—30,5, т. е. въ первомъ случаѣ подъ влияніемъ леченія стойкость повысилась, въ трехъ другихъ—понизилась. У больныхъ третичнаго періода стойкость оказалась высокой (60—70). „Здѣсь стойкость болѣе повышена и довольно упорно остается на высокихъ цифрахъ, иногда не взирая на непрерывную противосифилитическую терапію, это именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разрушительный процессъ неудержимо идетъ впередъ и развивается сифилитическая кахексія“.

Detre <sup>48)</sup> и Selli опредѣляли стойкость крови титрованіемъ растворами сулемы.

Изслѣдованія производились такъ.

Кровь они брали при соблюденіи обычныхъ предосторожностей изъ мякоти пальца, дефибрировали ее и съ помощію капиллярной шпигетки перенесли въ 1<sup>0</sup>/о-растворъ хлористаго натра въ пропорціи 1:20, 0,1 куб. сант. этой кровяной эмульсіи они смѣшивали съ 1 куб. сант. раствора сулемы различной концентраціи. Они нашли, что верхняя граница гемолиза соотвѣт-

стуеть той концентрації, при которой начинать исчезать фиксирующее б'локъ д'йствиє сулемы (bei welcher die eiweis-sifizierende Wirkung des HgCl<sub>2</sub> eben zu verschwinden beginnt); она колеблется у нормальныхъ людей между 0,007 и 0,004<sup>0</sup>/о. Нижняя граница соотв'тствуетъ той концентрації, которая при определенной температур' и времени д'йствиа производить полный гемолизъ. Вотъ эта граница считается, по опред'ленію авторовъ, нав'ажной, и только ее они опред'ляли при изсл'дованіи крови сифилитиковъ; у нормальныхъ людей она колеблется между 0,0005 и 0,004<sup>0</sup>/о.

Изсл'дованія крови были произведены въ 14 случаяхъ: со склерозомъ, съ вторичными явлениями и въ латентномъ період'ф. У большинства стойкость оказалась пониженной. Чтобы узнать вліаніе ртути на стойкость, было взято 5 сифилитиковъ кондиломатознаго и 1 гуммознаго періода. Оказывается, что посл'д первой же инъекціи 2<sup>0</sup>/о сулемы стойкость значительно повышается, чтобы потомъ въ большинств' случаевъ придти къ своей первоначальной величин'ф.

Аналогичное д'йствиє ртути на кровь сифилитиковъ нашелъ Cavazzani <sup>49)</sup>; вспрыскивая своимъ больнымъ ртуть въ вид' слабыхъ растворовъ сулемы, онъ всегда находилъ повышеніе стойкости эритроцитовъ.

Остается еще упомянуть о Bufla <sup>50)</sup>, который стойкость крови у сифилитиковъ опред'лялъ посредствомъ электричества и нашелъ, что подъ вліаніемъ ртутнаго леченія она понижалась у 21 сифилитика.

Вотъ все относительно стойкости красныхъ кровяныхъ т'лецъ у сифилитиковъ, что намъ удалось найти въ литератур'ф.

## Матеріалъ и методъ изсл'дованія.

Больные, какъ стационарные, такъ и амбулаторные, подвергались моимъ изсл'дованіямъ, для установки діагноза и во время теченія бол'зни показывались проф. Т. П. Павлову и прив.-доц. В. В. Иванову. Больныхъ я выбиралъ преимущественно нелеченыхъ или мало леченыхъ и, кром' того, такихъ, у которыхъ путемъ тщательныхъ изсл'дованій можно было констатировать отсутствие какаго либо другого страданія. Чистые случаи представляютъ больные № № 8, 10 и 11. Но и они служили для нашего вопроса ц'ннымъ матеріаломъ, такъ какъ могли быть подвержены специфическому леченію и такимъ образомъ дать ту или другую реакцію на ртуть. По возможности выбирались такіе, которые особаго пристрастія къ алкоголю не питали, хотя и въ этомъ отношеніи были исключения. Вс'хъ наблюденій произведено было мною 23, изъ нихъ 15 въ кондиломатозномъ період'ф, 5 въ гуммознамъ и 3 съ кожными заболеваниями для контроля. Изъ 15 первой группы у 4-хъ (табл. 1, 2, 3 и 4), анализы крови начаты съ конца 2-й инкубаци и закончены тогда, когда явленія перваго высыпанія исчезли и былъ прод'ланъ 1-й курсъ леченія; у 3-хъ (Ш., В., О.) изсл'дованія крови были начаты тоже съ конца 2-й инкубаци, но я продолжалъ ихъ д'лать и тогда, когда уже законченъ былъ 1-й курсъ леченія, не было видимыхъ явленій сифилиса (латентный періодъ), появился рецидивъ и законченъ 2-й курсъ леченія; у 1-го—(В.) въ латентномъ період'ф и даг'е во время рецидива; у 5-хъ (Х., З., У., Ф., Г.) съ явлениями первой высипи и у 2-хъ (Х. съ varicella syphil., С. съ напулами и глубокой эгтимой)—во время рецидива.

Вс' стационарные больные (19 человекъ) соблюдали госпитальный режимъ и, по возможности, ставились въ одинаковыя

условія во все время изслѣдованія. Утромъ въ 8—9 часовъ они получали чай съ булкой, въ 12½ часовъ обѣдь, въ 4 чай, около 7 ужинъ и въ 9 чай. Впродолженіи дня больные получали приблизительно слѣдующее<sup>1)</sup>:

Обѣдь	Вѣд.	Жир.	Углев.	Калор.
Супъ картоф. съ варен. мясомъ (24 золот.) . . .	13,246	2,675	31,157	—
Рагу говяжье . . . . .	18,378	12,500	36,000	—
<i>Ужинъ</i>				
Каша ячневая . . . . .	9,980	16,380	69,69	—
1 ф. бѣлаго хлѣба . . . . .	25,000	1,600	208,00	—
Доб. 1 бут. молока . . . . .	21,0	18,000	29,40	—
<b>Всего . . . . .</b>	<b>87,594</b>	<b>51,155</b>	<b>374,247</b>	<b>2369,3</b>

Больные кромѣ этого получали еще черный хлѣбъ, чай и сахаръ, что въ общемъ, если мы сдѣлаемъ поправку на усвояемость, едва-ли удовлетворитъ потребности большого организма, которому необходимо доставить около 2½ тысячъ калорій. По возможности, въ одинаковыя условія ставились и амбулаторные больные. При леченіи употреблялись, главнымъ образомъ, инъекціи въ видѣ салициловой ртути по слѣдующему рецепту: Hydr. Salicyl. 4,0; Ol. Vazolini steril. 30,0. Полный шприцъ этой суспензіи соответствовалъ 0,12 Hg. Sal. Первая инъекція въ большинства случаевъ дѣлалась мною изъ полного шприца съ цѣлью одновременно испытать и реакцію ртути на гемоглобинъ по способу Justus'a, который ставилъ непремѣннымъ условіемъ успѣха этой пробы еще и то, чтобы ртуть вводилась въ большой дозѣ. Кромѣ инъекцій дѣлались при соответствующихъ показаніяхъ и фрикціи по 4,0 Ung. hydr. cinerei simpl. Иодъ давался въ видѣ йодистаго К.

Кровь бралась у каждого больного въ одинъ и тотъ же часъ, который и обозначался въ 1-й графѣ таблицы. Если же время по какимъ-либо соображеніямъ измѣнялось, то объ этомъ отмѣчалось особо. Анализы производились не ежедневно,

за исключеніемъ того періода болѣзни, въ которомъ начинали появляться и пропадали эфлуоресценціи.

Процессъ изслѣдованія крови происходилъ такъ.

На внутренней поверхности концевой фаланги тщательно вымытаго и обтертаго спиртомъ и эфиромъ мизинца лѣвой руки дѣлался уколъ дисцизионной иглой Баумана. Первая канля стиралась пропускной бумагой, а изъ второй кровь набиралась въ два смѣсителя Potain'a: одинъ для красныхъ кров. тѣлецъ, другой для бѣлыхъ. Въ первомъ кровь разбавлялась Naum'овскою жидкостью въ пропорціи 1:200, во второмъ—0,3% растворомъ уксусной кислоты въ пропорціи 1:20. Сейчасъ же Флейшелевскимъ капилляромъ емкостью въ 6,5 куб. милл. кровь набиралась и разводилась дистиллированной водой въ гѣмометръ Fleischl'я.

Послѣ этого я производилъ счисленіе красн. кровян. шариковъ посредствомъ счетной камеры аппарата Thoma-Zeiss'a и при этомъ пользовался только такими препаратами, въ которыхъ между покровнымъ стекломъ и рамкой камеры получались Ньютоновы кольца, что уже само по себѣ обусловливало и тщательную очистку стekоль, и правильность наполненія камеры. Изъ смѣсителя брались двѣ капли: 3-я и 5-я. Самый счетъ красн. кров. шариковъ, послѣ того какъ они окончательно улягутся, производился при небольшомъ увеличеніи (Reichert объект. 2 ocul. Comp. 4) въ 5-ти большихъ квадратахъ. Полученная сумма красн. кров. тѣлецъ во всѣхъ пяти квадратахъ на основаніи формулы  $X = \frac{Z \cdot V \cdot 4000}{n}$  [гдѣ Z—число сосчитанныхъ кр. кров. тѣлецъ въ всѣхъ пяти квадратовъ,  $\gamma$ —величина разведенія крови (въ данномъ случаѣ—200), 4000—величина куб. содерж. одного квадрата, n—число мелкихъ квадратиковъ (въ данномъ случаѣ— $16 \times 5 = 80$ )]—множилась на 10000, и такимъ образомъ получалось количество красн. кров. шариковъ въ 1 куб. милл. крови.

Когда число послѣднихъ намъ было уже извѣстно, то на основаніи соображеній, которыя были приведены выше, вычислялся объемъ капиллярной шпигетки, необходимой для измѣренія стойкости эритроцитовъ.

Прежде чѣмъ брать въ эту пипетку крови, въ стаканчикъ наливались 0,5 куб. сант. 0,4% раствора NaCl изъ первой бюретки, а затѣмъ капиллярная пипетка приставлялась къ капилл. крови и наполненная ею (необходимо при этомъ слѣдить, чтобы крови не было снаружи пипетки) быстро опускалась въ стаканчикъ.

Далѣе опредѣленіе стойкости крови производилось такъ, какъ это было уже описано выше.

Мѣсто укола ботиралось стерилизованной ватой, заливалось солюбит'омъ, и большой отсукался.

Опредѣленіе % содержания гемоглобина производилось посредствомъ прибора Fleisch'я. Приборъ этотъ страдаетъ неточностями и въ рукахъ различныхъ изслѣдователей, при неодинаковомъ освѣщеніи даетъ разные результаты на одной и той же крови. Въ виду этого содержаніе гемоглобина я опредѣлять въ закрытомъ отъ дневного свѣта помѣщеніи, всегда при одномъ и томъ же источникѣ свѣта (стеариновой свѣчкѣ въ  $\frac{1}{5}$  фунта) и всегда однимъ и тѣмъ же глазомъ, какъ это совѣтуютъ д-льга Раун и Bieganski<sup>51)</sup>.

Бѣлые кров. шарики сосчитывались по полямъ зрѣнія, причемъ окуляръ разъ навсегда устанавливался такъ, чтобы въ діаметрѣ было 10 маленькихъ квадратовъ Thoma-Zeiss'овской пластинки.

На этомъ анализѣ крови заканчивался.

Всѣхъ такихъ анализовъ мною было произведено 258, результаты которыхъ помѣщены въ прилагаемыхъ ниже 23-хъ таблицахъ.

Въ первомъ столбцѣ каждой таблицы обозначается время наблюденія.

Во второмъ—діагнозъ и теченіе болѣзни.

Здѣсь, равно какъ и въ слѣдующемъ столбцѣ о леченіи, мы ограничиваемся самымъ существеннымъ.

Температура, пульсъ и вѣсъ тѣла послѣдовательно занимаютъ слѣдующіе три столбца.

Въ столбцѣ „стойкость въ двадцатыхъ“ обозначены въ цѣлыхъ и десятыхъ доляхъ наименьшія дѣленія 2-й бюретки, изъ которой мы прилили 0,2% растворъ въ количествѣ, необходимомъ для полного проясненія содержимаго въ стаканчикѣ.

Далѣе, эта стойкость выражена концентраціей того раствора, въ которомъ разрушилось большинство красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (см. 16 страницу).

Изъ числа кр. кров. шариковъ и % содержания гемоглобина (10-й столбецъ) мы вычисляли количество гемоглобина, приходящагося въ среднемъ на одинъ красный кровяной шарикъ, т. е. valeur globulaire, на основаніи такихъ разужденій.

Можно принять въ среднемъ у нормальнаго мужчины въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ 5.000.000 крас. кров. шариковъ въ 1 кубич. милл. крови, что соответствуетъ 100% гемоглобина по Fleisch'ю. У насъ же, напр. въ таблицѣ № 1 въ первой строкѣ, имѣется 6.050.000 кр. шариковъ, которые соответствуютъ не 121% гемоглобина ( $x:100 = 6.050.000 : 5.000.000$ ), какъ это должно бы быть у нормальнаго чловѣка, а 94% слѣдов. Valeur globulaire будетъ равенъ  $\frac{94}{121}$ , т. е. 0,78. По Hayem'у у нормальнаго чловѣка valeur globulaire = 0,9—1,0, а потому, сравнивая получаемая у насъ числа съ этой нормой, мы будемъ видѣть, имѣемъ ли мы дѣло съ анеміей и съ какой ея формой.

За этой главой я таблицамъ предпосылаю исторіи болѣзни. Онѣ составлены очень кратко: въ нихъ приводятся лишь существенныя данныя.

## Исторіи болѣзни.

№ 1. (См. Таблицу № 1) 3., 23 лѣтъ, рядовой Сиб. мѣстной команды. Поступилъ въ клинику 4 окт. 1906 года. Раньше ничѣмъ не болѣлъ. Вино пьетъ, но очень мало. 3 недѣли назадъ на penis'ѣ появилась язва, 4 post coitum.

Status praesens. Отличнаго питанія и хорошаго тѣлосложенія. Видимая слизистая оболочка хорошаго наполненія. Во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. Въ правую паху падаютъ плотныхъ, подвижныхъ, безболѣзненныхъ железъ.

In sulco retrogländ. слѣва рѣзкій склерозъ, центръ котораго занятъ чистой, подвижающей, безболѣзненной эрозіей.

№ 2. (См. Таблицу № 2). Е., 24 лѣтъ, канониръ крѣпостной артиллеріи, поступилъ въ клинику 4 окт. 1906 г. Годъ тому назадъ болѣлъ уретритомъ. Другихъ болѣзней за собой не помнитъ. Водку пьетъ, но очень умеренно. 10-го сентября замѣтилъ на членѣ язву, приблизительно черезъ мѣсяць post coitum.

Status praesens. Больной хорошаго питанія правильнаго тѣлосложенія. Въ костной и мышечной системахъ, внутреннихъ органахъ ненормальностей не найдено. Паховыя железы увеличены, плотны, подвижны, безболѣзненны. In sulco retrogländ слѣва около уздечки и справа по серединѣ крайней плоти двѣ эрозіи съ рѣзковыраженными первичными склерозомъ.

№ 3 (см. Табл. № 3). Мѣщанинъ П., 17 лѣтъ, воспитанникъ желѣзнодорожнаго технического училища. Поступилъ въ клинику 9. X. 1906 г. Въ дѣтствѣ перенесъ корь; другими болѣзнями не страдалъ. Отецъ и мать здоровы; сифилитиковъ и туберкулезныхъ въ семьѣ, повидимому, нѣтъ. 8. IX. 1906—coitus; черезъ двѣ недѣли язва на членѣ.

Stat. praesens. Больной производитъ впечатлѣніе цвѣтущаго юноши. Видимая слизистая оболочка хорошаго кровоснабженія. Въ сердцѣ, легкихъ и другихъ внутреннихъ органахъ патологическихъ измѣненій не найдено. На внутреннемъ листкѣ praeruptii язва твердаго шанкра съ рѣзко выраженнымъ склерозомъ. Adenitis inguinalis indolens bilateralis, болѣе выраженный съ правой стороны.

№ 4. (см. Табл. № 4). С., 21 года, сапожникъ лечился амбулаторно. 2 года назадъ страдалъ трипперомъ. Моментъ настоящаго заболѣванія въ точности указать не можеть. Язву на членѣ замѣтилъ въ концѣ сентября 1906 года, на приемѣ явился 7-го октября. Potator.

St. praes. Средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. Покровы глѣба и видимыя слизистыя оболочки бѣдными. In sulco retrogländd. — uleus induratum съ рѣзко склерозированнымъ основаниемъ. Склерозъ пронизывается также circa orificium exterrum, откуда показывается слизистое выдѣленіе. Паховыя железы увеличены, плотны, подвижны, безболѣзненны. Локтевыя железы тоже увеличены.

№ 5 (см. Табл. № 5) X. 24 лѣтъ, слесарь Филл. жел. д. Поступилъ въ клинику 19 X 1906 года. Неприятнаго характера язва на членѣ 1 $\frac{1}{2}$  года назадъ. „Сильно на глѣбѣ была“. Лечился ваннами; специфическаго леченія ни разу не продолжалъ. Пьетъ очень мало.

St. pr. Выше средняго роста, удовлетворительнаго питанія, съ хорошо развитой мышечной системой. Видимыя слизистыя оболочки хорошаго наполненія. Гаухота (не полная) на оба уха, зависящая отъ страданія, лежащаго за среднимъ ухомъ, и возникшая около года тому назадъ. Во внутреннихъ органахъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. На кожѣ всего тѣла, не исключая лица и мошонки,—отдѣльно сидящіе многочисленные рѣзко очерченные элементы, папулезнаго характера; нѣкоторые ярко-краснаго цвѣта, рѣзко возвышающіеся надъ кожей, другіе—блѣдые и мало-возвышенные. Многія папулы несутъ на себѣ пузырьки съ мутноватымъ содержимымъ и пушикообразнымъ выдѣленіемъ въ центрѣ; нѣкоторыя покрыты корочками темноватаго цвѣта. Всѣ эти элементы имѣютъ иногда наклонность располагаться группами и кругами. Появились они впервые около двухъ недѣль тому назадъ не сразу, а постепенно увеличиваясь въ количествѣ. Повидимому, у больного было повышение температуры. Рѣзко увеличены и плотны лѣвыя паховыя и локтевыя железы обѣихъ сторонъ.

№ 6 (см. Табл. № 6) 3., 24 лѣтъ, нижній чинъ вострковой команды артиллерійской бригады. Поступилъ въ клинику 20. X. 1906 года. Болѣзней за собой не помнитъ. Coitus 15. VIII. 1906 г.; 2. IX замѣтилъ язву на внутреннемъ листкѣ praeruptii. Недѣли 1 $\frac{1}{2}$  тому назадъ послѣ бани замѣтилъ у себя „какую то сыпь“, вскорѣ послѣ этого образовалась и phimosis. Пьетъ, но немного.

St. praes. Выше средняго роста, прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Слизистыя хорошаго наполненія. Phimosis. По краю praeruptii рядъ вегетирующихъ шануръ. Справа въ толщѣ praeruptii пронизывается рѣзкое углубленіе.

Сифилитовъ кожи нѣтъ. Adenitis inguinalis indolens bilateralis. Angina erythematosa syphil.

№ 7 (см. Табл. № 7) Анна Ц., 17 лѣтъ, служить на шоколадной фабрицѣ. Явилась на приемъ 25. X. 1906 г. Время зараженія не помнитъ. Язву на genitalia замѣтила 16. VIII, leucodermy на глѣбѣ—двѣ недѣли назадъ.

St. praes. Больная низкаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Видимыя слизистыя вѣсколко бѣдноваты. Во внутреннихъ органахъ уклоненій отъ нормы не найдено. Sclerosis labii majoris dextri. Papulae vegetantes genitalium.

Leucoderma colli et trunci. Выпаденіе волосъ головы и бровей. Polyadenitis.

№ 8 (см. Табл. № 8) Ф., 24 года, тайная проститутка. Явилась на прием 26. X. 1906 г. В детстве болела корью и scarlatinной. Отец, алкоголик, мать умерла от „болзанн в груди“. Сыпь на теле замечена недѣли три тому назад. Момент полового заражения отрицается. Неблгчлался.

St. praes. Среднего роста, хорошего телосложения и питания. Видимы слизистая оболочка хорошего наполнения. По всему телу, на руках, ногах, особенно, бездрах элементы *rufus* Ross' Gilbert'a, среди которых имеется рецидивная розеола. На языке и в глотке *plaques* *muqueuses*. *Leucoderma colli*. *Polyadenitis*.

№ 9 (см. Табл. № 9) Г., 19 лет, слесарь, поступил в клинику 26 окт. 1906 г. (28 окт. 1906 г. прив.-доц. В. В. Ивановым был демонстрированъ въ Русск. Сифилдо. Общ.) Точно момент заражения указать не можеть. Язвы впервые замѣтил недѣли двѣ тому назад, сыпь появилась дня три тому назад. Вино пить и часто напивается допьяна.

St. praes. Средняго роста, правильнаго телосложения, слегка подорваннаго питания. Слизистая слегка блѣдновата. Справа ниже Пупартовой связки возвышается желѣза величиною въ куриное яйцо, безболѣзненная; слева паховыя желѣзы увеличены, но не рѣзко. На правой голени снаружи верхней трети ея язва величиною съ пятачокъбечую монету, правильно круглой формы, съ краями незамѣтно переходящими въ дно ея и съ рѣзкимъ склерозомъ въ основании. Такого же характера язва и в средней голени пониже *tuberositatis*, величиною съ пятальгинный. По всему телу, на туловищѣ, верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ густая розеола. Надъ верхушкой праваго легкаго выслушивается слегка продолженный жезгаго характера выдохъ.

№ 10 (см. Табл. № 10) А. X., 22 года, прапорщикъ гѣлзотнаго полка. Переведенъ въ сифилдолог. клинику изъ терапевтической проф. Сиротинина 23 дек. 1906 г. Сыпь здоровыхъ родителей. В детствѣ ни чѣмъ не хворалъ. Вина пьетъ очень много. Особенно пилъ до поступления въ клинику. Три раза болѣлъ триперомъ. Время заражения указать не можеть.

Послѣ сильной попойки 25-го ноября появилась желтуха, соединенная съ изжогой и сильной болью подъ лопечкой. 13-го декабря поступилъ въ Терапевтическую клинику проф. Сиротина.

15-го декабря въ *orificio urethrae* замѣтилъ язвочку; 20-го декабря на теле замѣчена была розеола, появившаяся, очевидно раньше.

St. praes. Большой высокаго роста съ правильно развитыми костной и мышечной системами. Кожа *conjunctivis* и видимыя слизистыя оболочки окрашены желтушно въ значительной степени. *Rapulae trunci et extrematum*. *Impetigo syphil. capitis*. *Polyadenitis*. *Ulcus induratum orificii urethrae*. Тоны сердца чисты; пульсъ 56 ударовъ въ минуту. Печень на 2 пальца выходитъ изъ подъ края ребра. Селезенка прощупывается въ положеніи на правомъ боку. Моча темнокжелтаго цвѣта, 820 куб. сант. безъ блѣку. Каль рѣзко сѣраго цвѣта.

№ 11 (см. Табл. № 11) Д. Ш., 26 летъ, подпорчикъ Стрѣльковаго

полка. Переведенъ въ клинику венерическихъ болѣзней изъ клиники горловыхъ болѣзней 27 сент. 1906 г. Болѣзней за собой не помнитъ. Въ семьѣ ни *lues'a* ни туберкулеза нѣтъ. Съ 1900 г. жалуется на затрудненіе дыхания и слабость голоса. Въ 1903 году диагностирована *sceloma respiratorium*. Въ 1906 году диагнозъ этотъ подтвержденъ находженіемъ въ слизи, взятой изъ области голосов. связокъ и хортъ бациллъ риносклеромы (Frisch'a).

Coitus 28 авг. 4 сент. замѣтилъ двѣ язвы на членѣ; въ это же время появилась гнойная течь изъ уретры.

St. praes. 12/X 1906 г. Большой средняго роста, правильнаго телосложения, умѣреннаго питания. Слизистыя нормальнаго окраски. Въ волосахъ подмышечныхъ впадинъ на груди *pediculi pubis*. *Taches bleues* по всему туловищу. Паховыя желѣзы увеличены, слегка болѣзненны. Кожа *penis'a*. отечна. In *sulco retroglanulari* *ulcera mixta* Сифилдидовъ на кожѣ нѣтъ. Ex *orificio urethrae* гнойная течь. Головонокки.

№ 12 (см. Таблицу № 12). В., 27 летъ, холостъ, старьяр. Въ детствѣ перенесъ корь и оспу. Вино пить и иногда напивается. 28/IX coitus; черезъ двѣ недѣли *ulcus penis*.

Status praesens. Низкаго роста, правильнаго телосложения, питания подорваннаго. Покровы тела и видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. *Ulcus induratum penis*. *Adenitis inguinalis bilateralis indolens*.

№ 13 (см. Таблицу № 13) В., 19 летъ, сапожникъ. Лечится амбулаторно. Вино пьетъ умѣренно. 25/VIII 1906 года *ulcus induratum*. Съ 27/IX лежалъ въ клиникѣ съ розеола-папулезной сыпью, вегетирующими папулами ad anam и на духищѣ, припухлениемъ многихъ желѣзъ. Съ 27/XI по 30/X получилъ 2 инъекціи саллицилата и 22 фрикц. *ung. hydr. cin. simpl.*

Stat praes. 3/XII 1906 г. Большой низкаго роста, подорваннаго питания. Видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Кромя небольшого припухания желѣзъ другихъ явленій сифлиса не наблюдается.

№ 14 (см. Таблицу № 14) О., 24 летъ, телеграфистъ военно-полковецъ. телеграфа.

Поступилъ въ клинику 26/IX 1906 года. Болѣзней за собой никакихъ не помнитъ. Родители здоровы. Вина не пьетъ. 28/IX 1906 г. — coitus; 4/X — *ulcus penis*, леченая въ клинической амбулаторіи.

Status praesens. Большой средняго роста, хорошаго сложения и удовлетворительнаго питания. Во внутреннихъ органахъ никакихъ укловеній отъ нормы не замѣчается. *Ulcus induratum in sulco retroglan.*

Въ среднѣй язвы точечное углубленіе, откуда при надавливаніи выделяется серозно-гнойная жидкость. Паховыя желѣзы увеличены: правая болѣзненна, лѣвая безболѣзненна.

№ 15 (см. Таблицу № 15) С., 34 летъ, по профессіи мѣдникъ, поступилъ въ клинику 9/I. 1907 года. Женатъ, имѣетъ двухъ здоровыхъ дѣтей. Сильный ротатор. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ; о перенесенныхъ болѣзняхъ не помнитъ. Въ началѣ іюля 1906 года *ulcus induratum*, черезъ нѣсколько первая высыпъ; *roseola et papula* и нѣсколько поверхностныхъ язвѣцъ. Получилъ 8 инъекцій саллицилата. Все это время продолжалъ сильно пить. Въ Ноябрь „заболѣлъ глазъ и появились прыщи на головѣ“.



Status praesens. Большой выше среднего роста, с хорошо развитой мышечной системой, слегка подорванного питания. На внутренних органах уклонений от нормы не наблюдается.

На волосистой части головы, на слизистой дёсна наружного носового отверстия на лбу, на обоих щеках—глубокая эктима.

Все нижнее веко лёвого глаза и наружная половина верхнего представляются изъязвленными с резко очерченными инфильтрированными краями и покрытыми гнойным распадом. Conjunctiva bulbi отека. На коже туловища и ног 4—5 пигментированных круглых рубца от бывших эктим. На лице 6 круглых папул. Локтевая, затылочная и заушная желёзы резко увеличены.

№ 16 (См. Табл. № 16) Н., 43 лет, крестьянин, холост. Поступил в клинику 14/XI 1906 года. Potator. В 1904 г. в конце декабря ulcus induratum. Через три недёлы везикулезная сыпь. Поступил в клинику, где сделано было 9 инъекций салициловой ртути. В середине февраля 1905 года снова везикулезная сыпь. Получил 20 фракций на дому. Через 2 месяца после последней фракции в начале июня 1905 г. получил 20 инъекций сукреми. До июня 1906 г. явлений сифилиса не было. С начала июня—боли в костях ног и рук, усиливающиеся по ночам; сыпь пустулезного характера. В августе 25 фракций.

Status praesens. Большой среднего роста, правильного телосложения, плохого питания. Кожа дряблая, легко собирается в складки. Слизистая языка и рта блёдноватая, seborrhoea faciei oleosa. Свежие периститы: ulnae sinistrae в верхней  $\frac{1}{2}$ , ossis metacarpi III manus sinistrae, tibiae sinistrae. Бользвенность и небольшая припухлость коленных и голенно-стопных суставов. Движение лёвой руки в локтевом суставе затруднено. На носу бугорок сифилида. Во внутренних органах уклонений от нормы не наблюдается.

№ 17 (См. Табл. № 17) Василий К., 34 лет, артельщик. Поступил в клинику 17/XI 1906 года. В детстве корь, дифтерия; рось хилым золотушным ребёнком. Вино пьёт с 17 лет. Ulcus indur. в ноябре 1903 г. Через три месяца первая высьпь. До июля 1904 года получил 30 инъекций Hg. sal. и 60 фракций До июля 1906 года явлений не было. В начале августа на коже лба справа появилась опухоль, происхождение которой больной приписывает удару кием. Векорь и на лёвой половине лба появилась такого же характера опухоль.

Status praesens. Большой выше среднего роста, правильного телосложения, подорванного питания. Видимы слизистая оболочка блёдноватая. На лбу справа—костная изъязвившаяся гума. Язва в этом месте глубиной до 1 сантиметра, величиною с трёхкопеечную монету и покрыта гнойным распадом; дном её служит кость лишенная периста. Слёва—новызъязвившаяся еще такая же гума с ясною флукуляцией. Кроме этих двух гумь имеются еще три на лёвой голени и стопе.

№ 18 (См. Табл. № 18) Н., 27 лет, торговец, отставной солдат. Поступил в клинику 23/XI 1906 года. В детстве рось здоровым; никогда ничём не хворал. Пьёт вино запоем. Ulcus induratum в

июль 1900 г. До июля 1901 года получил всего 26 фракций. В это время in praesentio, на монотк появилось несколько, повидимому, серпигинозных эктим, благодаря которым разрушился весь praesentium и произошло сращение penis' с кожей мошонки. Лечился витринами. В августе 1906 г. ecthyma nasi. В сентябре 1906 года в верхней трети правого бедра и на лобке появились по одному „прыщук“, которые стали расти во все стороны.

Status praesens. Большой выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Слизистая несколько блёдноватая. На внутренней поверхности правого бедра широкой величиною с три ладони свежий негладкий рубец, по краю которого бугорок сифилида. Тоже самое и на лобке. Кожа penis' срослась с мошонкой. На правой стороне носа бёлый, круглой формы рубец от бывшей эктимы.

№ 19 (См. Табл. № 19) Д., 26 лет, крестьянин, бывший дружинник вольной дружины в Порть-Артурь. Поступил в клинику 20. XII 1906 года. О перенесенных раньше болезнях не помнит. Алкоголик. Ulcus indur. в начале 1904 года на пути слёдования в Порть-Артурь. С самого начала стал пить КИ и ртутью не лечился. В середине февраля 1906 года язва в носу на перегородке, быстрое разрушение костей и полная деформация носа.

Status praesens. Большой среднего роста, подорванного питания. Покрыты тёла и видимая слизистая оболочки блёдноватые. Наружная сторона лёгты. На мёсте ёго одно общее отверстие, ведущее в носовые ходы. Сопливиць цёла, обоих нижних раковин лёгты. В глотке: на слизистой твёрдого нёба втянутые рубцы, задняя правая дужка продравлена.

№ 20 (См. Табл. № 20) Х., 26 лет, мёшанин, комисонер. Поступил в клинику 4. XII. 1906 года. Рось хилым золотушным ребёнком; перенес корь и скарлатину. В 1898 году ulcus penis, которая была безоблаженна и сама собой без всякого лечения прошла. До апреля 1906 года явлений никаких не было, и большой не лечился. В апреле ulcera (?) penis, которая под влиянием одного мёстного лечения скоро зажила. Через 2 мёсца мюкунция папулы (?) ani и мошонки. Принял (в Алафузовской больнице) двё иголки салицилата и 1 бут. КИ. Через 2 мёсца получил еще 20 фракций и 12 инъекций салицилата.

Status praesens. Большой выше среднего роста, плохого питания. Покрыты тёла и видимая слизистая оболочки блёды. От сильной боли в костях ног большой не может ходить. На обоих голених, особенно, правой в количестве от 8—10 изъязвившихся кожей гуммы величиною от двух-копеечной монеты до серебряного рубля. Над верхушкой правого легкого продолженный выдох жесткого характера.

№ 21 (См. Табл. № 21) К. В., 37 лет, артельщик казенного винного склада. Поступил в клинику кожных болёзней 16. XI. 1906 г. В 1898 г. перенес брюшную тиф, осложнившийся воспалением лёгких и плевритом, причём пришлось прибегнуть къ резекции бедра.

В 1902 году большой умьв правую голень; появилась краснота и боль, которая под влиянием лечения пропала. Через 2 мёсца боли и

краснота снова появились, а вместе съ тѣмъ и объемъ голени сталъ увеличиваться до тѣхъ поръ, пока не достигъ настоящихъ размѣровъ.

Status praesens. Большой хорошаго питания, правильнаго тѣлосложенія. Видимыя слизистыя оболочки хорошаго наполненія. Во внутреннихъ органахъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Вся правая голень увеличена, противъ здоровой лѣвой раза въ  $1\frac{1}{2}$ . Кожа плотна на ощупь, утолщена; подвижность ея ограничена; цвѣтъ ея въ нижней  $\frac{1}{3}$  голени темно-коричневый, здѣсь же замѣтны на ней бородавчатыя разрастенія. Пораженія костей голени нѣтъ.

№ 22 (См. Табл. № 22) Дорофей П., 21 года, крестьянинъ. Поступилъ въ клинику кожныхъ болѣзней 10. XI. 1906 года. Болѣзней, перенесенныхъ въ дѣтствѣ, за собой не помнить. Сифлиса и триппера не было. Никакихъ заболѣваній кожи penis'a раньше не было. Три года назадъ сбрѣзалъ самъ себя praeruptum, послѣ чего penis сталъ увеличиваться.

Status praesens. Большой средняго роста умѣреннаго питанія. Въ легкихъ, сердцѣ и другихъ внутреннихъ органахъ уклоненій отъ нормы не найдено. Весь penis увеличенъ, длиною около 13 сант.; окружность наиболѣе толстой части его 13—14 сант.

№ 23 (См. Табл. № 23) Ниль Е., 32 лѣтъ, крестьянинъ. Поступилъ въ клинику 22. XI. 1906 года (27—1 1907 г. былъ показанъ въ Гусек. Сифил. Об.). Сифилисомъ и венерическими болѣзнями не страдалъ. Болѣнь 4 года.

Status praesens. Выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, плохого питанія. Надъ правой ключицей удлинненный выдохъ жесткаго характера. Lupus papillaris extremitatis inferioris sinistrae. Paralysis n. facialis dextri.

ТАБЛИЦЫ.

Время осмотра детины.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура	Вес тела на килограмм.	Количество красн. кров. тел. в куб. милл. крови.	Свободность из древцатых.	Концентрация раствора, в котор. раствор. белка кр. к. т.	Гемоглобин по Fleischl'ю.	Value globu- laire.	Количество белых кров. тел. в куб. м. кр.	Замечания.
6 октября 1906 г. 10 ч. утра.	Syph. cond. primar. Ulcus indur. penis. Adenitis inguinalis dext . . . . .	Место: примочка из sol. arg. nitr. 1/2%/о.	76	74,2	6050000	6,0	0,3250	94	0,78	8500	
8/x	В центре рыва выраженного склероза penis а небольшая язвочка. Правая паховая железа стала плотнее и больше . . . . .	—	78	—	5700000	6,0	0,3250	94	0,82	8200	
11/x	На месте язвы склероз. Специфическое увеличение левой заплечной железы. Adenitis ing. bil. indolens, больше выра- женный справа . . . . .	—	78	—	5810000	7,0	0,3176	95	0,82	7600	
12/x	На боковых частях туловища появилась блѣдная розеола . . . . .	Баня 32°R.	80	—	5630000	7,0	0,3176	93	0,82	7000	
13/x	Замѣтно высыпаніе свѣжих розеол . . . . .	—	84	—	5470000	8,0	0,3111	90	0,82	7400	
14/x	Высыпаніе розеол продолжается. Специ- фическое увеличение доктовых же- лез . . . . .	—	82	—	5400000	8,0	0,3111	92	0,85	6900	
16/x	Свѣжих розеол нѣтъ. Polyadenitis . . . . .	Inj. № 1—hydr. salicyl. (4,0:30,0) полным шприц, т. е. 0,12 hydr. salicyl.	80	—	5110000	9,0	0,3052	96	0,94	7600	Исследование крови было сдѣлано до ужина черезъ 7 часовъ послѣ обѣда. Инъек- ція — сейчас-же по- слѣ инъекц.
8 ч. вечера. 17/x	Густая розеола туловища и обеихъ плечъ. Мѣсто укола болѣзненно . . . . .	—	—	—	5690000	9,0	0,3052	101	0,88	8300	
9 ч. утра. 18/x	Обильнѣйшая сыпь по всему туловищу, рукамъ и бедрамъ. Angina erythemat. Polyadenitis . . . . .	—	90	—	5530000	9,5	0,3025	106	0,96	8700	
19/x	Среди roseol'ы попадаются roseolae elevatae . . . . .	Inj. № 2—hydr. salicyl 0,12.	73,4	—	5460000	8,0	0,3111	104	0,95	8100	
21/x	Roseola блекнеть . . . . .	—	8	—	5670000	6,5	0,3212	102	0,90	8900	
24/x	Roseola едва замѣтна. Паховая железа стала мягче . . . . .	Inj № 3—hydr. salicyl 0,06.	73,0	—	5590000	5,0	0,3333	108	0,97	9400	
27/x	Roseola печется . . . . .	Inj. № 4.	72,5	—	5800000	5,0	0,3333	105	0,90	9700	
4/xi	На телѣ сифилитовъ нѣтъ . . . . .	Inj. № 6.	72,3	—	5760000	5,0	0,3333	100	0,87	9100	
16/xi	Железы стали значительно мягче. Скле- розъ едва замѣтенъ . . . . .	Inj. № 9.	8	71,0	5690000	5,5	0,3290	100	0,88	9900	
21/xi	Высыпается . . . . .	Inj. № 11.	71,3	—	6410000	5,0	0,3333	100	0,78	9700	

Время осмотра домашн.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура в полости	Веса тела в килограм- мах.	Количество красн. кров. тл. в куб. мм.	Скорость ос. осадител.	Концентрация раствора, в котор. разжи- жены ч. ср. кров. тл.	Скорость ос. по Fleisch'ю.	Удельн. глобу- лине.	Количество белых кров. тл. в куб. м. ср.	Замечания.
6 октября 1906 г.	<i>Syphilis condyl. prim.</i> , <i>Ulcera indurata penis.</i>		38								
11 ч. утра.	<i>Adenitis ing. indolens</i> . . . . .	Sol. 1/2%o arg. nitr.—на язвы.	38,74	66,5	4360000	5	0,3333	96	1,10	7100	
8/x	Язвы покрыты в небольшом количестве гноемь . . . . .	—	38,76	—	4300000	5	0,3333	94	1,09	7000	
11/x	Язвы очистились, рубцуются. Паховые железы еще более увеличались . . . . .	—	38,76	—	4200000	6,5	0,3212	88	1,05	7300	
12	Увеличение затылочных и левой локтевой железы. In trigono начало выпячивания . . . . .	Ванна 32° R—вечером.	38,76	—	4350000	6,5	0,3212	90	1,03	7600	
15	На туловище несшая, не в большом количестве гноевая. Головные боли и подомогание . . . . .	—	38,80	—	4510000	7,0	0,3176	90	0,94	7200	Ванна после настл- дования крови.
17 в 8 ч. веч.	Густая розеола по всему туловищу. Общее увеличение лимф. желез продол- жается. Особо, головная боль . . . . .	Inj № 1 hyd. salicyl.— красный шпирит.	38,84	—	5000000	8,0	0,3111	84	0,84	8000	Настлдование крови было сделано по ин- ъекции и до ужина, через 8 проб. ча- сов после обѣда.
18 в 9 ч. утр.	Обильная, резко выступающая на фоне тѣла, розеола по всему туловищу, на верхних конечностях и бедрах. <i>Rhacis polyadenitis</i> . . . . .	—	38,86	—	5360000	9,5	0,3025	98	0,91	8400	Настлдование крови было сделано через 13 часов после 1-й инъекции.
19	Место укола слегка болѣзненно. Головные боли, особенно к вечеру, продол- жаются. Розеола в том же состоянии.	Inj № 2 (1/2 шприца); ванна.	38,80	65,2	5100000	8,5	0,3081	98	0,96	7800	
20	То же. . . . .	—	37,8	—	4940000	8,0	0,3111	100	1,01	9200	
21	Розеола блекнет. На члене язвы заруб- цевались. Большой поблѣднѣлъ. Чув- ствуются сильная усталость. . . . .	—		64,7	4880000	7,0	0,3176	96	0,98	9000	
24	Розеола едва замѣтна. Паховые железы стали мягче . . . . .	Inj № 3; ванна.	38,86	—	4500000	6,0	0,3250	94	1,04	10200	
26	Розеола нечела. Железы без изменений. Склероз на месте язвы и <i>parapetio</i> <i>rhacis</i> . . . . .	—	38,86	64,9	4800000	6,0	0,3250	96	1,00	9800	
7/xi	В месте последней инъекции (3-х) ин- фильтрат, вслѣдствіе съ крупное ядро, очень болѣзненный. . . . .	На лѣвую ягодицу согрѣв. компресс. Ванна.		63,7	4650000	6,0	0,3250	95	1,02	9600	Получила 6 inject.
18/xi	Инфильтрат рассосался не совсем. Же- лезы все стали мягче. . . . .	Inj № 8.	38,8	64,5	4910000	4,5	0,3372	96	0,98	114000	
29/xi	Язвенн. сифилиса кожи нѣтъ. Выпсалел.	Съ 21/xi перешли къ франк- линк; по 4,0 инд. hyd. einer, simpl. ежедневно.	38,8	64,0	4310000	4,5	0,3372	103	1,19	9600	Получила всего 8 inject—8 Injet.

Время насти- жения.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура	Вѣса тѣла въ килограм- махъ.	Колич. красн. кров. тѣл въ куб. мм.л. крови.	Скорость въ дециметрахъ.	Концентрація распора, въ вогн. распорѣ. въ куб. мм.л. кров. тѣл.	Гемоглобинъ по Fleischl'ю.	Вѣсн globu- laris.	Количество бѣлыхъ кров. тѣл. въ куб. мм.л.	Замѣчания.
12/x 1906 г. 9 ч. утра.	Ulcus induratum. Syphil. condyl. prim. . . . .	Sol. arg. nitr. 1/2% — примочка на язву.	78	59,0	5470000	6,0	0,3250	92	0,84	8200	Ванна послѣ изслѣдованія крови.
13	На груди и спинѣ начало высыпанія розеолы. Мѣкий adenitis inguinalis. Не рѣзко увелич. лимфатич. желѣзъ . . . . .	Ванна 32° R.	78	—	5450000	7,0	0,3176	90	0,88	7900	Добав.: 2 яйца.
14	На боковыхъ частяхъ живота нѣсколько папулъ. Тихое высыпаніе розеолы продолжается . . . . .	—	80	—	5400000	7,0	0,3176	95	0,88	8400	
15	Язва въ ргертіо поджигается, склерозъ рѣжкіи. Увеличеніе заднихъ шейныхъ желѣзъ . . . . .	—	36,78	—	5500000	7,0	0,3176	95	0,86	8200	Плѣткяи слѣлана въ 12 часовъ дня. Въ слѣдствіе недомоганія больной не ѣдала.
17 въ 7 ч. веч.	Высыпаніе сифилидовъ продолжается. Ангина erythemat. syphil. Polyadenitis. Головная боль, общая разбитость . . . . .	Inj. № 1—hydr. salic. полн. шприцъ.	88	—	5540000	8,0	0,3111	109	0,98	9100	
18 въ 10 ч. ут.	Розеола и папула въ полномъ цѣтѣ. Мѣсто укуса болитъ. Язва зарубцевалась . . . . .	—	82	58,4	5200000	8,0	0,3111	105	1,01	8900	
20/x	Розеола блѣднѣетъ. Сильное недомоганіе. Въ глоткѣ краснота печенала . . . . .	Inj. № 2: вечеромъ ванна.	82	—	4720000	8,0	0,3111	109	1,16	8300	
21	Сифилиды едва замѣтны. Polyadenitis—рѣжкіи . . . . .	—	78	57,3	4900000	6,5	0,3212	103	1,05	8300	
25	Сифилидовъ нѣтъ. Паховыя желѣзы также увеличены, но значительно мягче . . . . .	—	78	56,5	5350000	5,5	0,3290	100	0,93	9800	Добав.: крошкѣ 2 яйца 1 фунтъ молока.
2/xI	Увеличеніе желѣзъ неприметно. Язвеній сифилиса кожи нѣтъ . . . . .	Inj. № 6. Лечение ртутью приостановлено. Подосапаніе: ac. tannici, ac. borici. aa—чайная ложка на стаканъ воды.	76	54,4	5900000	5,0	0,3333	97	0,82	10200	
7	Десны набухли. Саливация. Жалуются на недомоганіе и боль подъ лодычкой. Стулъ жидкій . . . . .	—	78	55,0	6440000	5,0	0,3333	95	0,74	11000	
15	Замѣчается поблѣднѣніе кожныхъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Желѣзы стали значительно меньше. Язвеній сифилиса кожи нѣтъ. Вынысывается . . . . .	—	76	55,4	6390000	5,0	0,3333	100	0,78	9900	Получила 2 полныхъ шприца в 6 по 0,06 Hg. Sal.

Время насти- дания.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура	Вес тела в килограм- мах.	Количество кров. т.д. в куб. милл. кронн.	Стойкость в дождливых дождях.	Концентрация раствора в дождю, разра- ботан. ч. в кронн. т.д.	Полученных по Fleischl's.	Валент глюбо- лате.	Количество облагод. сыво- т.д. в куб. м. в р.	Замб'чания.
7 октября 1906 г. 12 ч. утра.	Syphil' condyl. prim. Ulcus induratum penis.	Sol. arg. nitr. 1/200 — при- мочка на язву.	2	67,4	5010000	7,0	0,3176	90	0,90	7300	
10/x	Припухание паховых желез ртуте. Уве- личение лимфатических in statu quo. На т.д. сифилидов нет.	—	0	—	4800000	6,5	0,3212	84	0,88	7200	
12	На туловище в небольшом количестве розеола. Общая разбитость, головная боль.	—	0	—	4300000	7,0	0,3176	80	0,93	6700	
13	На туловище и верхних конечностях обильная розеола. Polyadenitis . . .	Inj. № 1 hydr. salicyl.— полный шприц.	6	—	4200000	7,0	0,3176	82	0,98	6900	
17	Густое высыпание розеола кое-где папулы. Angina erythematosa syph.	—	8	—	4120000	9,0	0,3052	87	1,09	7200	
20/x	Сифилиды в полном цвету. Polyadenitis рвации. Место укуса болит. Общая разбитость.	Inj. № 2.	8	—	3710000	9,0	0,3052	73	0,99	8800	
21/x	Тоже . . . . .	—	6	65,1	4650000	9,0	0,3052	80	0,86	8200	
22	Замечается побл'днение сифилидов. Крас- нота в т.д. печенки.	—	0	—	4460000	8,0	0,3111	87	0,98	7800	Большой поступил в Алафузовскую боль- ницу.
6/xi	Кожных явлений сифилида нет. Железы увеличены, но значительно мягче. На месте запы небольшой склероз.	В Алафузовской больнице получить 3 инъекции, всего—5 инъекций. Inj. № 6.	8	64,6	5160000	6,0	0,3250	90	0,87	8300	
9	Небольшой инфильтрат в месте послед- ней инъекции . . . . .	Inj. № 7.	—	—	5310000	6,0	0,3250	87	0,82	8900	
11	Железы меньше и мягче. . . . .	—	—	—	5220000	6,5	0,3212	90	0,87	8800	
16	Последние два дня больной сильно спит.	Inj. № 8.	0	65,3	4800000	6,0	0,3250	85	0,89	9200	
27/xi	В т.д. рвация краснота сифилитического характера. На передней дужке у корня языка опаловидное пятно. При- пухание желез попрежнему. Охри- плость голоса значительная . . . . .	Inj. № 9.	2	—	4350000	7,5	0,3143	80	0,93	8900	Больше не являлся.

Время послед- ствия.	Диагноз и течение болѣзни.	Лечение.	Вѣсъ тела въ килограм- махъ.	Колич. кровя- н. тѣл. въ куб. мм.л. крови.	Стойкость въ двадцатыхъ.	Концентрація распора, въ кажд. парам. бол. ч. пр. кров. тѣл.	Гемоглобинъ по Fleischl's.	Valeur globu- laire.	Количество бѣлыхъ кров. тѣл. въ куб. мм. пр.	Замѣчания.
21 октября 1906 г. 11 ч. утра. Того же дня въ 6 ч. веч.	Syphilis condyl. recidiva. Varicella surh. Время зараженія въ точности не- известно . . . . .	Inj. hydr. salicyl. (4:80) № 1—полный шприцъ, т. е. 0,12 hydr. salicyl.	55,8	3520000	7,5	0,3143	92	1,31	9200	Исслѣдованіе крови произведено до инъекціи.
22	Высыпаніе новыхъ сифилитовъ продол- жается . . . . .	—	—	3760000	8	0,3111	87	1,17	9800	
23	Высыпанія сибѣжныхъ элементовъ незамѣтно. Гнойнички лопаются и содержимое ихъ засыхаетъ въ корочки . . . . .	—	—	4090000	8	0,3111	75	0,91	8200	
24	Тоже . . . . .	Inj. № 2—(0,12 hydr. sal.).	—	5110000	5	0,3333	78	0,76	8400	
25	Тоже . . . . .	—	—	4900000	6	0,3250	87	0,89	8100	
26	Идетъ быстрое обратное развитіе многихъ элементовъ . . . . .	Ванна 32° R	—	4870000	6	0,3250	90	0,93	7800	Исслѣдованіе крови произведено до ванны.
27	Обѣ инъекціи безболѣзненны. Сифилиды блѣкнутъ . . . . .	Inj. № 3—(0,06 hydr. sal.).	—	5000000	6,5	0,3212	90	0,90	8800	
28	Начало iritis лѣваго глаза; conj. слегка раздражена. Iris плохо реагируетъ на свѣтъ, цвѣтъ ея не намѣнился. Бо- лей въ глазу нѣтъ . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	Исслѣдованія крови произведено не было.
30	Глазъ въ томъ же положеніи. Корочки послѣ вчерашней ванны отвалили со всѣхъ почти нугалъ, обнаживъ мѣдно- красные углубленные рубчики . . . . .	—	58,3	4730000	7	0,3176	85	0,89	9200	
2/x1	Раздраженіе conjunct. сильнѣе. Цвѣтъ iris намѣнился. Появилась боль въ глазу, свѣтобоязнь, слезотеченіе . . . . .	Atropini sulfur, 0,06 Aq. destil. 0,8 MDS. по 3 капли 3 раза въ день. Inj. № 4. (0,06).	—	4570000	7,5	0,3143	82	0,90	9100	Выписывается изъ клиники по собствен- ному желанію. Лече- ніе и исслѣдованія крови ведутся амбу- латорно.
4	Зрачекъ подъ вліяніемъ атропина почти совсѣмъ не расширился . . . . .	Atropini sulf. 0,06: 3,0.	—	4600000	7,5	0,3143	82	0,89	9600	
6	Зрачекъ расширился немного . . . . .	Inj. № 5—(0,06 hydr. salic.)	—	4500000	6,5	0,3212	82	0,91	9500	
9	Зрачекъ расширился хорошо. Раздраженіе глаза меньше. Боли нѣтъ . . . . .	Inj. № 6—Атропинъ одинъ разъ въ день по 2 капли.	58,0	4470000	5,0	0,3333	85	0,95	9700	
13	Радужная оболочка норм. цвѣта. Зрачекъ расширяетъ . . . . .	Inj. № 7.	—	4650000	5,0	0,3333	83	0,89	102000	
17	Всѣ явленія iritis печальны. Отъ сифили- довъ остались пигментированные руб- чики. Наховыя железы и локтевыя стали меньше и мягче. Глухота на оба уха не уменьшилась . . . . .	Inj. № 8.	—	5120000	4,5	0,3372	82	0,80	9900	Болезнь не являлся.

Время вых- доания.	Диагноз и течение болѣзни.	Лечение.	Вѣсъ тѣла из микрогра- ммы.	Количество кров. тѣл. из куб. мм. кр. кров.	Средность из двухтѣх.	Концентрація раствора, въ котор. разлит. больш. ч. кр. кров. тѣл.	Гемоглобинъ по Fleischl'no	Вѣсъ глоба- лаире.	Количество бѣлыхъ кров. тѣл. въ куб. м. кр.	Замѣчания.
23/x	Syphilis condyl. recens. Penis indur. Papulae vegetantes praeruptii. Angina erythemat. syph. Adenit. inguin.	Промываніе праеруптіального зѣшка sol. arg. nit. 1 : 500.	78,6	4810000	5,0	0,3333	83	0,86	8100	До наступленія спеціфическаго леченія не получалъ.
25/x	Тоже . . . . .	Ванна 32° R.	—	4640000	5,0	0,3333	85	0,91	7900	
27	Выдѣленія изъ праеруптіального зѣшка меньше . . . . .	Inj. № 1 (hydr. salicyli 4 : 30) полный шприцъ.	—	4570000	5,5	0,3290	80	0,88	7200	
28	Тоже . . . . .	—	—	4900000	6,0	0,3250	88	0,90	8000	
30	Тоже . . . . .	Inj. № 2 (0.06).	—	4850000	6,0	0,3250	82	0,88	7800	
8/xi	Значительное разрыхленіе десенъ Foetor ex ore. Папулы по краю праеруптіи распадаются . . . . .	Лечение ртутью прекращено.	—	4780000	6,0	0,3250	85	0,86	8200	
10/xi	Gingivitis прошелъ. Rhimosis еще есть. Склерозъ въ толщѣ праеруптіи значительно меньше. Инфильтратъ на мѣстѣ укола.	7/xi. Inj. № 3. Съ 9/xi Фрикція по 4.0 unq. cinerei simp. ежедневно.	76,3	5000000	5,5	0,3290	92	0,92	9100	
16	Праеруптіумъ свободно заходитъ за glans-penis. Papulae распались. На мѣстѣ ulc. ind.—склерозъ . . . . .	Frict. 7.	75,8	5300000	5,0	0,3333	90	0,85	8860	
19	На кожѣ и слиз. обол. сифилидовъ нѣтъ. Папулы десенъ стали значительно меньше. На мѣстѣ язвы рубецъ и небольшой склерозъ . . . . .	Frict. 8.	—	5100000	4,0	0,3428	93	0,91	8700	
22	Явления сифилиса кожи нѣтъ. Выписывается . . . . .	Frict. 12.	76,5	5250000	4,5	0,3372	95	0,90	9200	



Время насти- жения	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Весь титр в миллиграм- мах.	Кол-во красн. кров. т-л. в куб. милл. крови.	Средняя ст. двуклетч. концентрация красн. кров. т-л. в ку- б. милл. в крови.	Концентрация красн. кров. т-л. в ку- б. милл. в крови.	Гемоглобин по Гельсгоу. %	Валер поби- лаир.	Количество бл. кров. т-л. в куб. м. кр.	Замечания.
25 октября 1906 г.	Syphilis condyl. recidiva Sclerosis et papulae veget. genitalium. Leucoderma. Alo- pecia syph. Polyadenitis. . . . .	Inj. № 1 hydr. salicyli. 4:30 полный шприц, т. е. 0,12 hydr. salicyli.	—	4550000	8	0,3111	70	0,77	10200	
26	Тоже . . . . .	Empl. hydr. ciner. in gniitalia.	—	5100000	9	0,3052	75	0,74	9800	
30	Начало Menstruae. Папулы рассасываются. Склероз меньше . . . . .	Inj. № 2 (0,12).	—	4480000	6	0,3250	65	0,72	8700	
3/XI	Железы затылочная и долевая стали меньше . . . . .	Inj. № 3 (0,06).	—	4810000	7	0,3176	70	0,73	8900	
6	Leucoderma рубцая. Волосы выпадают стали меньше . . . . .	—	—	4750000	7	0,3176	72	0,76	9100	
13/XI	Склероз стал значительно меньше. Па- ховая железам очень мало увеличена. Папулы рассосались. . . . .	Inj. № 6.	—	4840000	5,5	0,3290	70	0,72	9700	
15/XI	Тоже . . . . .	Inj. № 7.	—	4950000	5,0	0,3333	69	0,70	11000	
19/XI	Тоже . . . . .	Inj. № 8.	—	5120000	5,5	0,3290	75	0,74	11200	
28/XI	Leucoderma in statu quo. Железы едва замыты. От склероза и папулы не осталось следа . . . . .	Inj. № 9.	—	5370000	6,0	0,3250	82	0,77	12300	



26 октября 1906 г. 2 ч. попол.	Syphilis condyl. recidiva. Roseola, leuco- derma, aagina papulosa, polyadenitis. Pityriasis rosé Gilbert . . . . .	Inj. № 1.—hydr. salicyli.— полный шприц (4:30). Втирать в кожу дегтярную пасту.	—	4840000	7,0	0,3176	75	0,77	11200	Лечение и изгнани- вание крови ведется амбулаторно. Больная съ утра ничего не ела.
27	Боль из места укола и по всей ноге. На эту ногу не можно ступить. Пальцы ноги слегка отечны. Roseola блѣднѣет. . . . .	Extr. Belladonnae 2,0. Упр. cinerei 20,0—втирать в ногу.	—	4910000	7,0	0,3176	83	0,85	11800	
1/XI	Боль ноги прошла. Место укола не бо- лит. Roseola итѣт. Папулы въ зѣнѣ всосались . . . . .	Inj. № 2.	—	5190000	6,0	0,3250	75	0,72	10200	Наканунѣ ванна.
4/XI	Лейкодерма поперечному. Железы яиче.	Inj. № 3.	—	5120000	6,0	0,3250	80	0,78	9800	
8/XI	Многие элементы pityr. rosé G. исчезли . .	Inj. № 4.	—	5430000	5,5	0,3390	84	0,77	10800	
12/XI	Кровѣ въ некотором припуханія железъ, явленій сифилиса итѣт . . . . .	Inj. № 5.	—	5380000	5,5	0,3290	85	0,79	10400	Больная болѣе не являлась.

Время наблюдений.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Результаты.	Весь титр из электролит. маж.	Кол-во красн. кров. т-л. из куб. малл. крови.	Стойкость из диализата.	Концентрация раствора, из котор. разлуч. белок. ч. кров. т-л.	Гемоглобин по Fleischle и.	Валор plâs-laitre.	Количество белка кров. т-л. в куб. м. кр.	Замечания.
27 окт. 12 ч. дня.	Syphilis condyl. roeana. Ulcera indurata oris. Roscola. Adenitis cruralis . . .	На язви согрѣв. компр. изъ arg. nitr. 1/2%, вечером: перев. йодол.	1	60,8	5150000	6,0	0,3250	85	0,83	6700	
30/X ст. 1 ч. пош.	Roscola значительно увеличилась. Среди нея много папул. Увеличены задняя шейная и затылочная железы . . .	Inj. № 1—hydr. salic. (4:30) дѣлѣй ширинѣ, т. е. 0,12 hydr. salicyl.	2	—	4880000	6,0	0,3250	80	0,82	6900	Наблюдение произведено из 1 ч. пош. до обѣда и до инъекции.
30/X ст. 6 ч. пош.	—	—	3	—	4860000	7,5	0,3143	92	0,95	6400	Наблюдение произведено до ужина через 3 1/2 ч. послѣ обѣда и инъекции.
31/X	Густая розеола занимает все туловище, конечности и лицо. Polyadenitis. Angina erythematosa syphil. . . . .	На язви согрѣвающій компрессъ изъ sol. arg. nitr. 1/2%.	0	—	4320000	6,5	0,3212	100	1,02	7100	
3/XI	Розеола и папулы блѣднѣютъ. Язви на ногѣ рубцуются, склерозъ мягче. . . . .	Inj. № 2—(hydr. sal. 0,12).	0	—	4780000	6,5	0,3212	96	1,00	6900	
4	Тоже . . . . .	—	—	—	4950000	5,0	0,3333	98	0,99	7700	
7	Розеола поблѣкла, но еще ясно видна на тѣлѣ. Мѣсто послѣдняго выпрыскива. слегка болѣзненно . . . . .	Inj. № 3 (hydr. salic. 0,06).	8	60,4	5030000	5,0	0,3333	102	1,01	8400	
10	Железы бедра меньше и мягче. Бѣлая розеола. Поверхность язви значительно уменьшилась. . . . .	Inj. № 4.	—	—	5110000	6,0	0,3250	96	0,94	10100	
17	Язви зарубенились, оставивъ небольшой склерозъ. Розеола и папулы исчезли. Железы стали мягче . . . . .	Inj. № 6.	6	61,0	4780000	5,0	0,3333	90	0,94	9200	Выписывается изъ клиники. Лечение и наблюдение ведется амбулаторно.
23	—	Inj. № 7.	—	—	4890000	4,5	0,3372	95	1,03	8700	
28	27/XI была пьянѣ, имѣлъ соитиъ. Слѣва уздечки языка мягкого шанкра. . . . .	Переванка язви йодобогт. Inj. № 8.	2	—	5060000	5,5	0,3290	100	0,99	8300	Больной не явился.

Время постановки.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Взв. тла в ванне-ванне.	Кол-во кров. тла в куб. инд. крови.	Средность в двадцатых.	Концентрация раствора, в котор. разурн. бол-н. ч. кр. кров. тла.	Температура по Fleischl'a.	Вален. глобулаце.	Количество белка в кров. тла. в куб. и. кр.	Замечания.
24/XII	Icterus catarrhalis. Lues recens. Uleus indur. urethrae. Papulae trunci et extremitatum. Polyadenitis . . . . .	Боржом. Р. rad. Rhei 0,5 Extr. Bellad. 0,015 № 2 Ванна 29 <sup>o</sup> R. Inj. № 1 hydr. salicyl. 4 : 30,0 — по- ловина шприца.	71,7	6080000	31,0	0,2487	110	0,90	8400	Исследование крови произведено до ванны и до инъекции.
25	Густая розеола-папулезная сыпь. На туловище кое-где выносятся papula-pustula. Больного тошнит, головокружение. Запор . . . . .	Ванна 29 <sup>o</sup> R.	—	5480000	32,0	0,2476	105	0,95	9600	Дюта молоко, не- чего жирного.
26	Больного 3 раза прослабило. Рвота. Чувствуют себя лучше. Сифилиды резко выступают на желтом фоне кожи. Папулы — корочки. Моча темно-желтого цвета. Калъ сбраго . . . . .	Ванна 29 <sup>o</sup> R. Salomel 0,5 № 1.	—	5700000	32,0	0,2476	96	0,84	9200	
27	Тоже . . . . .	Inj. № 2.	—	5900000	30,0	0,2500	96	0,81	9000	
28	Жалуется на головокружение и боль в области печени. Дюта утолщ. без- боллезненн. Много папул-корочек. Сифилиды блекнут. Icterus — в силь- ной степени . . . . .	—	—	6190000	28,5	0,2519	96	0,77	8600	
29	После ванны корочки съ папул сошли. Сифилиды едва заметны. Железы мягче. Состояние больного весьма угне- тенное . . . . .	—	—	6120000	19,0	0,2689	93	0,76	8300	Исследование крови произведено за 7 ча- сов до начала кома- тозного состояния.
30	Со вчерашнего вечера началось коматозное состояние. Больной бредит, ничего не узнает . . . . .	Coffeini natr. — безв. 0,3— три поршка. Служма 18 <sup>o</sup> R. Ванна 30 <sup>o</sup> R. и холоди. компр. на голову.	—	—	—	—	—	—	—	Въ виду тяжелаго состояния больного кровь взять не уда- лось.
31	Коматозное сст. по прежнему. Мочи 900 куб. смт., темно-желтого цвета. Въ 12 час. понол. — смерть . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	
Eperiosis: Icterus. Haemorrhagiae pleurae et peritonei. Prostatitis, orchitis et epididymitis chronica.										

Т А В

№ 11.

12/X	Lues primar. Ulcera mixta penis. Adenitis inguinalis, Lymphangitis penis. Grehritis acuta. Scleroma respiratorium. . . . .	Лечение триппера по пра- виламъ. На penis. согр. компр. ваз. Sol. arg. nit. 1/3 0/10.	72,6	4800000	7,0	0,3176	97	1,01	8500	
15/X	Кожа penis'a неокрасилась и сильно отекала; вдоль его прощупыв. лимф. сосуды твердый и безболезненный. На боковых частях туловища въ небольшомъ количестве блѣдная розеола . . . . .	Ванна 29 <sup>o</sup> R.	—	4680000	7,0	0,3176	100	1,09	8200	
16/X	Розеола гуще . . . . .	—	—	4500000	8,0	0,3111	100	1,11	8400	
17	Сильный отекъ равертїи и кожи penis'a Спленитическ. увеличение заплотныхъ железъ . . . . .	—	—	4380000	8,0	0,3111	98	1,11	7800	

Время наблюдений.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тела.	Пульс.	Вес тела в килограммах.	Количество крови в куб. мм. в капле крови.	Содержание в дождях.	Концентрация раствора, в котором разлиты бол. ч. пр. кров. тки.	Площадь по Fieischl'a.	Величина глобулае.	Количество белка в куб. см. в куб. см. пр.	Замечания.
19	Розеола увеличивается.	Inj. № 1—hydr. salicyl. (4,0 : 30,0) подл. шприц, т. е. 0,12 hydr.	37,2 37,8	84	72,1	4670000	9,0	0,3052	96	1,03	8700	Исследование крови было проведено утром; инфекция в 8 ч. веч.
20/X 9 ч. утра.	Roseola in statu quo. Отек кожи penis'a стал меньше.	—	37,2 38,3	88	72,1	5480000	9,0	0,3052	106	0,96	8600	
21	Roseola резко поблѣднѣла. Общая слабость. Язвы на членѣ подживаютъ.	—	37,8 39,0	86	—	5390000	8,0	0,3111	106	0,98	9400	
25	Roseola исчезла. На мѣстѣ язвъ скаррозъ. Отекъ кожи члена значит. меньше.	Inj. № 3.	36,6 36,8	78	70,6	5360000	6,5	0,3212	100	0,93	9600	
5/XI	Небольшое припухание паховыхъ железъ. На мѣстѣ язвъ penis'a незнач. скаррозъ. Изъ urtic. uretrae слышнотойной отдѣл.	Inj. № 5.	Норм.	—	70,8	5600000	6,5	0,3212	104	0,93	8900	Выписывается для амбулаторнаго леченія.
27/XI	Язвенный сифилисъ кожи нѣтъ. Изъ отверстія уретры по утрамъ свѣтлая капила. Головокруженіе нѣтъ.	Inj. № 13.	—	—	—	5880000	6,0	0,3250	90	0,83	10200	Лечение прекращено.
5/XII	Тоже.	—	—	—	—	5500000	5,0	0,3333	94	0,85	9200	Латентный періодъ.
16/XII	—	—	—	—	5120000	5,0	0,3333	89	0,87	8900		
20/XII	—	—	36,7	76	72,6	4980000	5,0	0,3333	95	0,95	8600	
29 XII 8 января 1907 г.	Scleroma testiculorum, затрудненіе дыханія, слабость голоса—поперечному.	—	37,0	78	—	5000000	4,5	0,3372	98	0,98	8700	
16/I	Parulae penis et ad anum. Aeditis inguin. indolens.	—	36,8	80	71,8	5400000	8,0	0,3111	100	0,93	8400	
17/I	Тоже.	Inj. № 1—hydr. sal.	37,2	86	—	5080000	9,0	0,3052	95	0,93	8300	
18/I	Папулы рассыпались. Мѣсто укуса болѣтъ.	—	36,6	78	71,2	5180000	7,5	0,3143	108	1,04	7800	
7/II	Язвенный сифилисъ нѣтъ. Больной утверждаетъ, что послѣ первыхъ инъекцій ртути—какъ въ періодъ перваго леченія, такъ и втораго,—слабость голоса значительно уменьшилась.	Inj. № 7.	36,8	80	70,9	5460000	6,5	0,3212	80	0,73	9600	Больной болѣе не являлся.
19/II	—	Inj. № 11.	36,4	78	—	5870000	6,0	0,3250	96	0,83	11300	

Время на- блюдения.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тела.	Пульс.	Вес тела в килограм- мах.	Количество красн. кров. т. в. в куб. мм. красн. клеток.	Среднее в доказатель- ствах.	Концентрация раствора, в котор. разжиж. болит. т. в. красн. т. в.	Гемоглобин по Fleischl в.	Валент гемогло- бина.	Количество красн. кров. т. в. в куб. м. в.	Замечания.
14 x 1906 1 ч. дня.	Syphilis condyl. prim. Ulcus induratum penis. Aadenitis inguinalis bilateralis indolens .	Примочка на язву изъ сол. arg. nitr. 1/2%.	36,7	78	45,2	4780000	8,0	0,3111	100	1,04	9100	Наблюдение ведется амбулаторно.
21 x	Паховыя железы стали плотнее. Склероз, въ основании язвы рѣжкы . . . . .	—	—	—	5080000	8,0	0,3111	88	0,81	7200		
23 x	Тоже . . . . .	—	37,2	76	—	4900000	9,0	0,3052	85	0,87	8000	
24 въ 11 утр.	На боковых частях туловища и на грудн. гомеол.	Инж. № 1—hydr. salicyl. по- длин шпиритъ, т. е. 0,12 sali- cyлата	37,0	84	—	4870000	8,5	0,3081	85	0,88	7600	
25	Обильная розеолы по всему туловищу и предлечьям. Опухание правой док- рой железы и актиломичных. Вечеромъ вчера большого знобило . . . . .	На язву йодоф. присыпка.	36,8	80	—	5000000	9,5	0,3025	85	0,85	7800	
27	Розеола въ полномъ вѣтѣ. Polyadenitis .	—	—	—	45,6	4800000	9,0	0,3052	85	0,89	7900	
28	Нѣкоторые розеола побѣдѣли. Язвы рубцуются . . . . .	Инж. № 2—hydr. salicyl. 0,06.	—	—	—	5220000	7,5	0,3143	100	0,96	8700	
1/xi	Розеола сильно побѣдѣла, нѣкоторые пятна исчезли. Место укуса болѣ- зненно . . . . .	Умч. hydr. cinerei simpl 4,0—Friet. № 1.	37,4	84	—	5410000	8,0	0,3111	98	0,91	9200	
3/xi	Розеола вѣтѣ. Язва на членѣ зарубцава- лась. Остался склерозъ. Паховыя же- лезы стали мягче . . . . .	Friet. № 3.	36,8	78	—	5230000	7,5	0,3143	95	0,90	8400	
9/xi	Тоже . . . . .	Friet. № 8.	—	—	—	5040000	6,0	0,3250	95	0,94	8800	
16/xi	Склерозъ на мѣстѣ язвы незначительный. Вѣй железы стали мягче . . . . .	Friet. № 13.	—	—	—	5120000	6,0	0,3250	95	0,93	9400	
3/xi	Кромѣ увеличения железъ другихъ явле- ний сифилиса нѣтъ . . . . .	Friet. № 25.	36,6	80	44,2	5280000	6,5	0,3212	98	0,92	9700	
4/xii	Тоже . . . . .	Friet. № 26.	36,8	—	—	5230000	7,0	0,3176	95	0,90	9600	Лечение прекращено.
14/xii	— . . . . .	—	—	—	—	5070000	5,5	0,3290	95	0,94	8900	
4/1 1907 г.	Polyadenitis. На тѣлѣ другихъ явлений сифилиса нѣтъ . . . . .	—	37,0	78	45,6	4580000	7,5	0,3143	89	0,98	7700	

Время наблюд. доказия.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тела.	Пульс.	Вязк. тела в центробеж. маж.	Колич. красн. кров. тѣл. въ куб. мм.л. кров.	Средн. велич. диаметра эр. дисков.	Концентрація пестиков въ клеточн. рещи больш. ч. пр. кров. тѣл.	Гемоглобин по Fleischl'a	Валер. глобу- лаге.	Количество блѣтыхъ кров. тѣл. въ куб. м. пр.	Замѣчания.
16 I 1907 г.	Папулы на ладоняхъ, на glans penis, на мощонкѣ. Angina papulosa. Polyadenitis. Всѣ эти дни больной сильно нян- ствовалъ . . . . .	Ung. hydr. cinerei dupl. cum. Resorb. parato 2,0 — Frict. № 1.	37,1	78	46,1	4770000	9,0	0,8052	93	0,94	8200	
22 I	Папулы всепали, остались одна намет- ная пигментация на мѣстѣ ихъ. Же- лезы стали мягче. . . . .	Frict. № 7.	—	—	—	4850000	6,5	0,8212	98	1,01	8000	
5 II	Ни въ глоткѣ, ни на кожѣ явлений си- филуса нѣтъ. Шаховы железы еще плотны и увеличены . . . . .	Frict. № 16.	36,1	80	45,3	4980000	7,0	0,8176	100	1,00	9800	
24 II	—	Frict. № 31.	—	—	—	5270000	6,0	0,8250	102	0,97	9300	Большой больше по явлениямъ.

Т А Б Л И Ц А № 13.

3 XII 1906	Латентный периодъ конд. сифилуса. После последней фракціи прошло болѣе мѣ- са. Polyadenitis — незначительный . . . . .	—	36,9	82	54,8 Въ пер. 1 часѣ на — 52,6.	5320000	4,0	0,3428	105	0,99	10400	Наблюдение ведется амбулаторно.
19 XII	—	—	36,6	78	—	5080000	3,5	0,3481	100	0,99	9700	
28 XII	Большой прадника въ очень явль. Язв- ной сифилуса нѣтъ . . . . .	—	36,4	84	—	5170000	4,5	0,3372	87	0,84	9200	
14 I 1907	Не советѣмъ ясная leucoderma colli. При- пуханіе железъ рѣже . . . . .	—	36,8	80	53,9	4980000	7,0	0,8176	89	0,90	8900	
30 I	Язвн. leucoderma colli. Polyadenitis, ре- цидивная roseola. Papulae ad anm. Nerpes progentialis . . . . .	Inj. № 1 hydr. salicyl. 0,06 мѣсто прищипка са- ломельмъ.	37,2	84	—	4670000	6,5	0,8212	98	1,05	8600	
31 I	Roseola гуще. Боль въ мѣстѣ укола . . . . .	Ung. hydr. cinerei dupl. cum. Resorb. parat. 2,0 Frict. № 1.	36,8	80	—	5110000	7,0	0,8176	95	0,93	8700	
2 II	Roseola поблѣдѣла. Polyadenitis рѣжій . . . . .	Frict. № 3.	36,6	78	—	4830000	6,5	0,8212	88	0,91	6500	
4 II	Roseola исчезла. Leucoderma colli. — рѣжкая . . . . .	Frict. № 5 — после бани.	36,6	76	—	4680000	6,0	0,8250	90	0,96	7100	
14 II	Железы стали значительно меньше и мягче. Leucoderma colli. . . . .	Frict. № 13.	36,9	78	53,2	4450000	5,0	0,3383	95	1,07	8900	
22 II	То же . . . . .	Frict. № 18.	—	—	—	4960000	5,5	0,8290	101	1,02	8700	
28 II	—	Frict. № 22.	37,0	78	—	5270000	5,0	0,8383	98	0,93	9900	

Время наст.- дочаши.	Диагноз и течение болѣзни.	Лечение.	Температура гѣл.	Пульс.	Вѣсъ тѣла изъ индигран- тажа.	Кол-во красн. кром. тѣл. въ куб. милл. крови.	Стойкость въ двухъ часахъ.	Концентрація расствора въ допор. разрѣдк. показ. ч. в. кром. тѣл.	Гемоглобинъ по Fleischl's.	Valeur globu- laire.	Кол-чество бѣлыхъ тѣл. въ куб. м. в.	Замѣчанія.
27 x 1906.	Laes primar. Olenis mixtum penis. Adenitis inguinalis . . . . .	Примочка на язву изъ sol. 1/2% Arg. nitr. Ванна 29° R.	36,8	78	62,0	4790000	5,5	0,3290	80	0,83	9200	
2 x I	Язва стала чище. Железа почти . . . . .	—	36,8 37,0	76	—	5000000	6,0	0,3250	83	0,83	8600	
4 x I	Язва кровоточитъ. Болѣзненность правыхъ паховыхъ железъ больше . . . . .	—	36,6 36,8	76	—	5130000	6,0	0,3250	75	0,73	8806	
7 x I	Язва при надавливаніи слегка болѣзненна. Лѣвая паховая железа плотна, безъ болѣзненности . . . . .	Inj. № 1 hydr. salicyl. полн. шприцъ, т. е. 0,12 hydr. s.	36,6 37,0	78	61,0	4870000	9,0	0,3052	80	0,83	8100	
8 x I	Тоже . . . . .	—	37,1 37,8	78	—	4630000	9,0	0,3052	90	0,97	7800	
9	На боковыхъ частяхъ туловища въ не- большомъ количествѣ розеола. Язва на членѣ рубцуется . . . . .	—	—	—	—	4100000	9,0	0,3052	95	1,16	10200	
14 x I	Розеола значительно побѣдилась Adenitis inguinalis—рѣзкій . . . . .	Inj. № 3.	36,6 36,8	76	58,5	4150000	5,0	0,3333	87	1,05	9400	
17 x I	Розеола исчезла. На мѣстахъ бывшей язвы незначительный склерозъ, въ серединѣ котор. точечное отверстие, откуда вы- дѣляется сероватая жидкость . . . . .	Inj. № 4. Назначены фрикц. изъ Ung. hydr. cin. dupl.	—	Норм.	—	4670000	4,5	0,3372	90	0,86	8900	Выписывается. Лече- ніе и наблюдение ве- дуться амбулаторно.
8 x II	Язвеній сифилиса на гѣлѣ нѣтъ. Припу- ханіе паховыхъ железъ небольшое . . . . .	Fric. № 16.	36,6	78	—	5430000	5,0	0,3333	100	0,92	9700	
13 x II	Тоже . . . . .	Fric. № 24.	—	—	—	5180000	5,0	0,3333	103	0,99	9900	Лечение прекращено.
18 x II	— . . . . .	—	37,0	76	—	5030000	4,5	0,3372	97	0,96	8700	
29 x II	— . . . . .	—	36,6	76	—	5110000	5,0	0,3333	92	0,90	8900	
12 i 1907.	— . . . . .	—	36,8	80	—	4690000	8,0	0,3111	88	0,94	9100	
16 i	— . . . . .	—	36,9	78	—	4320000	7,5	0,3143	90	1,05	8300	
19 i	На туловищѣ ясно выраженная розеола. На нѣкоторыхъ мѣстахъ розеола группами. Ангина острейшая tonsillitis. Припуханіе железъ по прежнему . . . . .	Назначено ртутное лечение въ видѣ фрикцій. Fric. № 1.	36,8	76	61,2	4580000	8,0	0,3111	92	1,00	8100	

Время истечения длания.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тела.	Пульс.	Вес тела из килограм- мов.	Кол-во кров. крас. т-л в куб. мм.	Стойкость в двухчас.	Концентрация раствора, в котор. разлук. болит. к. т.	Температура по Fleischl's.	Valeur globu- laire.	Количество белых кров. т-л в куб. м. кр.	Замечания.
23.1	Розеола бледная . . . . .	Friet. № 5.	37,1	82	—	5100000	7,5	0,3143	98	0,96	7900	
2.11	Язвы сифилиса кожи нбт. На месте отверстия в центре бывшей язвы обра- зовалась углубление . . . . .	Friet. № 12.	36,8	78	—	4980000	7,0	0,3176	100	1,01	8300	
24.11	Правая паховая железа резко увеличена, болезненна . . . . .	Friet. № 20.	36,8	76	—	5190000	4,5	0,3372	105	1,01	9600	
5.111	Bubo inguin dexter . . . . .	Сделали разрез. Выделил. порядоч. колич. гноя. Анти- септическая повязка.	37,1	78	—	5440000	6,0	0,3250	103	0,94	9300	
Т А Б Л И Ц А № 15.												
11/1 1907 г.	Syphilis recidiva. Papulae. Ecthymata pro- funda. Polyadenitis. . . . .	Метно: Ung. hydr. p. p. Pa- vam. Inj. № 1 hydr. sali- cyl. (0,12).	37,0 37,3	84	—	5250000	8,5	0,3081	84	0,80	9400	Проме 5 месяцев после последней инъ- екции.
12.1	—	—	37,1 37,6	84	—	5680000	9,0	0,3052	96	0,84	9400	
14.1	Экзема крыла носа идет в глубь и пе- реша на наружную поверхность. Крыло носа быстро разрушается. Проч- ие экземы подживают . . . . .	Inj. № 2.	37,0 38,1	80	—	6080000	9,0	0,3052	96	0,79	8900	
25.1	Экзема глаза и волосистой части головы быстро подживает. Экз. носа неудер- жимо разрушает крыло. Боль в месте укола. . . . .	Inj. № 5. Высок. инъекции наиз. фракция по 4,0 ung. cin. simp.	37,6 37,8	—	—	6020000	7,0	0,3176	103	0,85	9800	
1.11	Левое крыло носа представляется разво- рошенным, зашитым сплошь пинцет- трапом . . . . .	Friet. № 6.	—	—	—	6230000	6,5	0,3212	100	0,80	9100	
7.11	Разрушение крыла носа прогрессирует. Экзема волосистой части головы на- рубцевалась. Явления мененгеиализма . . . . .	Friet. № 11. Фрикции от- мечены. Kali. iod. 8:200,0 по стод. лож. 3 раза в д. Friet. № 17. Kali. iodati 10:180,0.	36,6 37,0	78	58,0	6400000	8,0	0,3111	105	0,82	8100	
18.11	Язва крыла носа быстро рубцуется . . . . .	—	—	—	59,2	5980000	6,0	0,3250	98	0,82	9700	
25.11	Язва почти зарубцевалась. Стул жидкий . . . . .	Friet. № 21.	37,1	80	—	6110000	8,0	0,3111	100	0,82	10100	
5.111	На месте бывшей экземы небольшой де- фект крыла носа. Незначительная экзема нижнего века левого глаза. Сифилис сифилидов нбт. . . . .	Friet. № 25.	36,0	78	61,0	6220000	7,0	0,3176	100	0,81	9900	



Время каска- домашн.	Диагноз и течение болѣзни.	Лечение.	Температура тыла	Пulse.	Весъ тѣла въ килограм- махъ.	Колѣн крови черезъ тѣло въ куб. мм. за сутки.	Стойкость въ двухъ часахъ.	Концентрація азота въ сывороткѣ въ грамм. на 100 куб. см. сѣр. кров. тѣл.	Температура по Reischl'ю.	Valeur globu- laire.	Количество бѣлыхъ кров. тѣл. въ куб. м. сѣр.	Замѣчания.	
													36,6 37,0
17/XI	Luca gummosa. Periostitis cruris, manus et antibrachii sinistri. Tubercula nasi.	Kalii iodati 8: 180—по 4 столов. ложки въ день Inf. №1 (hydr. salicyl. 0,06).	36,6 37,0	76	56,5	5850000	5,5	0,3290	80	0,77	11200	Исслѣдованіе крови производилось всегда часовъ черезъ 14—16 послѣ ванны.	
18 XI	—	Мѣсто: ртутный пластырь. Ежедневно теплая ванна.	36,8 36,8	78	—	5760000	6,0	0,3250	86	0,75	9900		
20 XI	Мѣсто укола болѣзненно.	Ung. hydr. cinerei simpl. 4,0. Frict. № 1.	37,2 37,8	84	—	5320000	6,0	0,3250	90	0,85	10900		
21 XI	—	—	36,8 37,2	78	—	5160000	6,0	0,3250	92	0,89	11000		
25 XI	Правый коленный суставъ слегка опухъ, болѣзненно.	Extr. Belladonnae 2,0; Ung. cinerei 30,0—втирать въ	36,8 37,6	80	—	5240000	7,0	0,3176	100	0,95	9700		
7 XII	Больной чувствуетъ себя значительно луч- ше. На тылъ лѣвой кисти періоститъ едва замѣтенъ. Бугорк. сиф. носа разсыпается.	Frict. № 14.	36,6 37,0	78	—	5310000	6,5	0,3212	95	0,90	8900		Добав.: 2 лиц.
13 XII	Gingivitis mercurialis. Periostit'м значи- тельно лучше.	Лечение ртутымъ пригото- вовлено. Состѣт. лечение gingiv. merc.; ежедневно сухо-возд. ванна.	36,6 36,8	78	57,6	5680000	6,0	0,3250	92	0,81	9200		
27 XII	Явления gingivit'a пропали.	Frict. № 17. Выпилъ 8 бут. К.Л. (8: 180).	36,7 37,0	80	—	5940000	5,0	0,3333	95	0,80	9500		
4/1 1907.	Снова явления mercurialis'm'a. Небольшой періоститъ tibiae; рубчики на носу отъ бывш. сифилд. Самочувствие пре- красное.	Получилъ 24 фрикады.	36,6 36,9	78	58,9	5870000	5,0	0,3333	90	0,77	9100		
9/1	Выписывается.	—	36,8	—	59,2	5970000	5,0	0,3333	90	0,76	8900		

Время нах- домия.	Диагноз и течение болѣзни.	Леченіе.	Температура губы.	Пульс.	Вѣс гѣм на самопрѣ- маж.	Кол-во красн кров. тѣл. въ куб. мм. в крови.	Средность въ двухъ датахъ.	Концентрація ретикулы, въ соот. ретику- лахъ въ куб. мм. кров. гѣм.	Тестированіе по Fritsch'e.	Удельн. плот- нѣе.	Количество бѣлыхъ кров. тѣл. въ куб. мм. кров.	Замѣчанія.
18/XI	Laes gummosa. Peristitis gummosa ossis frontis, cruris et pedis. . . . .	Sol. Kalii iodati 8,0 : 180,0 3 стол ложки въ день. Inj. № 1—hydr. salicyl. (0,12).	36.	78	62,3	5180000	6,0	0,3250	90	0,86	6700	
19/XI	Тоже . . . . .	Мѣстно: согрѣв. комп. изъ Arg. nitr. 1/20/100	37.	78	—	5540000	6,5	0,3212	95	0,86	8100	
21/XI	Пораженная часть лобной кости неподвижна.	Inj. № 2.	36.	80	—	5490000	6,5	0,3212	95	0,86	7800	
2/XII	Идетъ рубцеваніе язвы съ краевъ. Другія гуммы стали меньше. Самочувствіе хорошее . . . . .	Inj. № 5. Ежедневно ван- ны 80° R.	—	—	—	5610000	6,0	0,3250	98	0,89	7800	
18/XII	Гумма на лѣвой половинѣ гѣм изыз- ляется. Обнаруженная кость на пра- вой половинѣ все еще неподвижна .	Inj. № 10. Kali iodati 10 : 180,0.	36.	78	61,4	4990000	6,0	0,3250	103	1,03	8300	
18/1 1907 г.	Обнаруженная кость не секвестрируется. Остальные гуммы стали значительно меньше . . . . .	Получилъ 11 низькій са- лицилатъ и 20 фракцій по 4,0 unc. sing. simp. Внутрь KI—около 80,0.	—	—	—	4780000	5,5	0,3289	100	1,04	8700	
3/II	Тоже . . . . .	Friet. № 32.	36.	78	—	5030000	5,0	0,3883	95	0,94	9200	
19/II	Подъ общимъ наркозомъ была сдѣлана операция съ лѣвѣмъ удаленіе секвестра. Удалить его не удалось. Обнаруженъ кѣлочку лѣвой гуммы удаленъ острой ложечкой. Гуммы на ногѣ стали мало замѣтны . . . . .	Friet. № 40.	36.	80	—	5670000	6,0	0,3250	90	0,80	8900	
27/II	При смѣнѣ повязки—небольшое количе- ство гноя . . . . .	—	36.	76	—	6060000	6,5	0,3212	95	0,79	8100	
5/III	Тоже . . . . .	—	—	—	64,3	5830000	6,0	0,3250	95	0,81	8800	

Время насти- жения.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тела.	Пульс.	Вес тела в килограм- мах.	Колич. преем. крос. ккл. в куб. смал. урины.	Стойкость в двухдневн.	Концентрация раствора, в котор. осадил больш. пр. к. т.	Угнетенность по Fleischl'a.	Валеур глобу- лаир.	Количество блуждающ. ткля. в куб. м. пр.	Замечания.
26 ноября. 1906 г.	Loes gummosa. Tubercula serpigiosa glandis penis, erisis, montis ven. . . . .	Kal. iodati 8,0 : 180,0 Inj. № 1 — hydr. salicyl. (4 : 30,0 Полный шприц.	36,6 37,0	78	60,9	6150000	4,0	0,3428	90	0,73	11200	
27 IX	—	Местоим. йодоформ. перевязка.	37,3 36,8	84	—	5760000	4,5	0,3372	90	0,78	10100	
2 XII	На лобке на пазухах образовались кор- очки. Пазуха на penis'е покрыта здоровыми грануляциями . . . . .	Inj. № 3 (0,06 h. sal.).	36,9 37,2	80	—	5490000	3,5	0,3481	85	0,77	10800	
7 XII	Процесс быстро идет к лучшему . . .	Inj. № 4.	36,8 36,9	76	—	5020000	4,0	0,3428	80	0,80	9700	
12 XII	3-й день influenza. Повсуду пазуха покрыта корочками . . . . .	Inj. № 6.	38,4 39,7	92	—	5460000	6,0	0,3250	87	0,80	9900	
15 XII	Корочки повсуду сошли обнажив свежее рубцы . . . . .	Вчера ванна 30° R.	36,6 36,9	78	—	5170000	3,5	0,3481	80	0,78	9200	
21 XII	Процесс повсуда закончился. Повсуду заживление сь образов. рубца . . . . .	Inj. № 9.	36,8 37,0	80	62,2	5250000	4,0	0,3428	80	0,76	9600	Получил 0,6 hydr. salicyl и около 50 грм. KJ. Вышел по соб- ственному желанию.

Т А Б Л И Ц А № 19.

22 декабря 1906 г.	Loes gummosa. Deformatio nasi. Процесс закончившийся . . . . .	Kal. iodati 6,0 : 180,0 Сприн- цевание носа.	36,4 36,8	78	61,6	4960000	11,0	0,2952	95	0,96	7200	
26 XII	—	—	36,7 37,0	—	—	4820000	11,0	0,2952	92	0,96	6800	
31 XII	—	—	36,6 36,8	76	—	5110000	11,0	0,2952	95	0,93	7900	
8 января 1907 г.	—	Ung. hydr. cinerei simp 4,0 Friet. № 6.	36,7 37,0	—	—	5430000	10,0	0,3000	90	0,82	8100	
13 I	Явления mercurialism'a . . . . .	Friet. № 9.	— 37,0	78	—	5950000	10,0	0,3000	82	0,69	8800	
22 I	Явления mercurialism'a печаль . . . . .	Friet. № 12.	37,2	—	—	5780000	10,0	0,3000	90	0,78	9400	
30 I	—	Friet. № 20.	—	—	—	5610000	9,0	0,3052	100	0,80	9800	
7 II	Вышел камень . . . . .	Friet. № 26. Получил около 60,0 KJ.	36,6	78	59,1	6130000	9,0	0,3052	100	0,81	11200	

Время наступления дозави.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тела.	Пульс.	Вес тела из калориметра.	Кол-во красн. кров. т-ли. в куб. мм. в крови.	Скорость издвигания.	Концентрация раствора, в котором развеш. бол-ли. в куб. т-ли.	Гемоглобин по Fleischl's.	Valeur nutritive.	Количество пищи поглощенной в куб. м. в.	Замечания.
6/XII 1906.	Luca gummosa, Gummata genium. Dolores osteocopi. . . . .	Kalii iodati. 10,0:180,0— 4 столов. ложки в день. Мясо: прасмыка Iodof. Calomet aa.	32,2 38,0	82	58,4	4820000	8,0	0,3111	90	0,94	12800	1 1/2 месяца тому назад сделана была последн. инъекция салицилата.
8 XII	Боли в костях меньше. Язвы стали чище . . . . .	Теплая ванна.	37,0 37,8	78	—	5100000	8,0	0,3111	90	0,88	11200	
11 XII	Боли в костях совсем прошли; больной свободно ходит. В области левой теменной кости припухлость надкостницы . . . . .	На язвы согрев. кампр. из 1/2% arg. nitr.	36,8 37,4	78	—	5210000	8,0	0,3111	88	0,85	9800	
18 XII	Идет быстрое рубцевание язв. Припухлость надкостницы больше . . . . .	Принял 30,0 KJ. Inj. № 1 hydr. salicyl. (4:30,0) по- ловина шприца.	36,8 37,0	—	—	5370000	8,5	0,3081	92	0,86	10900	
19 XII	Небольшая боль в месте укола . . . . .	KJ.—продолжить.	37,0 37,4	—	—	5890000	8,5	0,3081	87	0,74	11100	
26 XII	Некоторые язвы уже зарубцевались, остальные стали значительно меньше. Припухлость надкостницы исчезла . . . . .	Inj. № 2.	36,6 36,8	76	59,6	5740000	7,0	0,3176	95	0,83	9600	
5 I 1907 г.	Язвы почти все зарубцевались . . . . .	Friet. № 5.	36,8 37,0	—	—	5420000	8,0	0,3111	90	0,83	10100	
17 I	Подкожный гунматъ величиною съ голубиное яйцо соответственно левой теменной области. . . . .	Friet. № 12.	36,8 37,4	78	—	5190000	7,0	0,3176	90	0,87	12100	
26 I	Гунма левой теменной области рассосалась без следа. Язвы зарубцевались.	Friet. № 16.	—	—	—	5390000	5,0	0,3333	93	0,86	11700	
30 I	Выписывается . . . . .	Получил всего 110 KJ, 2 инъекции салицилата и 16 фрикций.	36,6 37,0	80	61,9	5530000	5,0	0,3333	95	0,86	11900	

Время на- блюдения.	Диагноз и течение болезни.	Лечение.	Температура тысяч.	Пульс.	Вес тела в килограм- мах.	Количество красн. кров. т.к. в куб. мм. кров.	Средность в двухэтапах.	Концентрация расствора в котор. разл. б. т.к. в кр. спр. т.к.	Температура по Рибсичу.	Value globu- laire.	Количество б. т.к. в куб. м. кр.	Замечания.
20 XI	Elephantiasis genu dextri Сифилис ибтв.	Inj. № 1. hydr. salicyl. (4:80,0)—0,06.	Норм.	78	68,4	5450000	4,5	0,3372	91	0,84	9200	Контрольное последо- вание.  Ртууть раньше не лечилась.
21 XI	—	—	36,8	74	—	5430000	5,0	0,3333	95	0,87	8700	
2 XII	—	Inj. № 3.	—	76	—	5770000	5,0	0,3333	90	0,78	9800	
10 XII	Улучшения никакого	Inj. № 5.	—	78	—	5240000	4,5	0,3372	92	0,87	9900	
1 I 1907 г.	Тоже	Inj. № 10.	—	72	69,2	5050000	5,0	0,3333	98	0,97	8900	

Т А Б Л И Ц А № 22.

19 XI 1906 г.	Elephantiasis penis	Inj. № 1. hidr. salicyl. (4:80,0)—0,06.	Норм.	74	—	4790000	5,5	0,3289	96	1,00	8200	Контрольное последо- вание.  Ртууть не лечилась.
20 XI	—	Местно: салициловая pasta 15%.	36,4	70	—	4960000	5,5	0,3289	95	0,96	8800	
21 XI	—	—	36,6	78	—	5000000	6,0	0,3250	95	0,95	8700	
29 XI	Улучшения ибтв	Inj. № 3.	36,6	74	—	4890000	6,0	0,3250	95	0,97	8400	
10 XII	—	—	—	76	—	4920000	5,5	0,3289	98	0,99	8900	
16 XII	3-й день явления Influenz'ы	—	38,4	78	—	4960000	7,0	0,3176	83	0,84	9600	
4 I 1907 г.	Улучшения никакого	Получил 8 инъекций сали- цилата.	36,4	72	—	4810000	5,5	0,3289	95	0,99	9100	

Т А Б Л И Ц А № 23.

23 XI 1906 г.	Lupus papillaris extremit. infer. При по- ступлении в клинику диагноз был сомнителен, в виду чего и назна- чено специф. лечение	Inj. № 1 hydr. salicyl. 4:80,0 (0,12 hydr.), Kalii iodati 8; 180,0 3 столов. ложки в день.	36,5 36,7	72	65,3	5650000	5,0	0,3333	87	0,77	8100	Контрольное последо- вание.
24 XI	—	Местно: тепло в виде пожн. ванн и согр. компр.	37,1 36,8	78	—	5810000	5,0	0,3333	90	0,78	7800	
25 XI	—	Inj. № 2.	37,0 37,4	76	—	6120000	5,0	0,3333	98	0,80	7200	
26 XI	—	—	36,3 36,8	72	—	6380000	5,0	0,3333	95	0,74	7900	
11 XII	—	Сдѣлано 6 инъекций.	—	—	65,5	5940000	5,0	0,3333	92	0,77	9300	
18 I 1907 г.	Улучшения ибтв, никакого	Inj. № 12. Выпил около 90,0 КЛ в раствор.	—	—	67,2	5710000	5,5	0,3289	90	0,79	8900	

### Сифилитики кондилломатозного периода.

Наблюд. 1-е, 2-е, и 3-е. Первые три больных при разбор их таблиц могут быть поставлены рядом и по времени появления язвы ( $\frac{10-13-21}{IX}$ ), и по началу появления у них эфлоресценций ( $\frac{12-12-13}{IX}$ ), и по времени исчезания последних. Да и в анализах крови разница у них не велика.

В началѣ изслѣдованія за три дня до начала высыпания у № 1 количество кр. кров. шар. было равно 6050000, у № 2—4360000. Въ день передъ началомъ высыпания; эти числа спустились до 5810000 и 4.200,000; въ этотъ же день у № 3 (первый анализ крови) число эритроцитовъ равнялось 5.470,000. У всѣхъ троихъ въ периодъ дальнѣйшаго высыпания сифилитовъ кр. шар. колеблются въ предѣлахъ первоначальной цифры.

Одновременно съ этимъ у нихъ замѣчалось небольшое повышение температуры учащеніе пульса и недомоганіе. 1-му и 2-му больнымъ, первая инъекція ртути (0,12 Hg. S.) была сделана въ 8 часовъ вечера сейчасъ же послѣ анализа крови. Черезъ 13 приблизительно часовъ послѣ нея былъ произведенъ новый анализъ крови, причемъ оказалось, что число эритроцитовъ у нихъ съ 5.110,000 увеличилось до 5.690,000 и съ 5.000,000 на 5.360,000, между тѣмъ какъ у 3-го, наоборотъ, число красныхъ кров. шариковъ (черезъ 7 часовъ послѣ инъекціи) уменьшилось съ 5540000 на 520000.

Въ дальнѣйшемъ у всѣхъ троихъ замѣчается колебаніе числа эритроцитовъ въ ту или другую сторону; болѣе, чѣмъ черезъ мѣсяцъ леченія въ результатъ получается слѣдующее: у 1-го и 3-го число ихъ превращаетъ первоначальную цифру, а у второго остается почти безъ измѣненія.

Стойкость красн. кров. шариковъ, выраженная въ двадцатыхъ, у 1-го и 3-го = 6,0, у второго 5,0. У первыхъ двухъ, когда эфлоресценцій не было еще замѣтно на тѣлѣ, стойкость стала уже возрастать, и у всѣхъ троихъ это возрастаніе шло параллельно съ увеличеніемъ эфлоресценцій. Послѣ первой инъекціи при еще болѣе развитіи сифилитовъ стойкость въ первыхъ двухъ случаяхъ увеличилась на 1,5; а въ 3-емъ осталось тоже (8,0). По мѣрѣ обратнаго развитія сифилитовъ мы замѣчаемъ, что уменьшается и стойкость, спускаясь во всѣхъ трехъ случаяхъ на одну двадцатую ниже первоначальной величины.

Въ этихъ случаяхъ стойкость шла параллельно съ выпяченіемъ и обратнымъ развитіемъ сифилитовъ. Исключеніе, какъ будто, представляетъ 3-й больной у котораго ( $\frac{20}{X}$ ), несмотря на то, что сифилиты уже начали свое обратное развитіе, стойкость держалась еще на той же высокой (8,0) цифрѣ.

Гемоглобинъ въ периодъ высыпания колеблется въ предѣлахъ первоначальной цифры или даже немного уменьшается (у 2-го больного), чтобы послѣ первой инъекціи увеличиться у 1-го и 2-го больного (на 6% и на 12), а у 3-го на 4 уменьшиться. Въ концѣ леченія % содержание гемоглобина во всѣхъ трехъ случаяхъ увеличивается.

Valeur globulaire, оказавшись въ 1 и 3-мъ случаяхъ пониженныхъ противъ нормы (0,78 и 0,8), а во 2-мъ повышенной, — во весь периодъ леченія подвергся незначительнымъ колебаніямъ.

Бѣлые кровяные шарики во всѣхъ трехъ случаяхъ къ концу леченія увеличились въ среднемъ на 1500.

Весь тѣла замѣтно упало особенно у № 3, у котораго это паденіе вѣса достигло 3,6 килограм.

Набл. 4. Этотъ больной по теченію своей болѣзни могъ бы быть поставленъ тоже въ одномъ ряду съ первыми тремя, но этого я не дѣлаю на томъ основаніи, что жизнь его, режимъ вообще (наблюденія велись амбулаторно), нельзя было поставить въ тѣ же самыя рамки, какъ у нихъ; а кромѣ того онъ, несмотря на уговоры, злоупотреблялъ иногда эксцессами in Vasco, что и отразилось въ концѣ на теченіи его болѣзни.

Въ началѣ наблюденія на видѣ онъ, при удовлетворительномъ сравнительно питаніи, былъ чрезвычайно блѣденъ, осунувшійся и могъ бы служить демонстративнымъ примѣромъ «сифилитической» анеміи.

Однако первый же анализъ крови показалъ сравнительно нормальное содержаніе составныхъ частей крови.

Количество красныхъ кров. шариковъ равнялась 5010000. Оно уменьшилось съ появленіемъ розеола и продолжало падать до второй инъекціи (3710000). На другой день послѣ нея число ихъ рѣзко увеличилось (до 4.650000), чтобы, упавъ въ слѣдующій день съ началомъ обратнаго развитія сифилитидовъ на 190000, въ день совершеннаго печзанія ихъ опять увеличиться. Черезъ мѣсяцъ послѣ леченія (7 инъекц.) количество красныхъ кров. шариковъ стояло немного выше первоначальной цифры, а потомъ послѣ сильныхъ эксцессовъ in Vasco и съ появленіемъ новыхъ сифилитидовъ, оно пошло на убыль и достигло 4.350,000.

Стойкость эритроцитовъ во все время леченія была повышенной. Въ моментъ перваго наблюденія она была равна 7,0; черезъ три дня ( $\frac{10}{X}$ ), когда еще сифилитидовъ не было на тѣлѣ, она спустилась на 0,5, чтобы  $\frac{12}{X}$  и  $\frac{16}{X}$  во время начала высыпанія достигъ своей первоначальной цифры 7,0.

Въ эти дни и слѣдующіе до  $\frac{21}{X}$  температура была по утрамъ повышенной, достигая своего maximum'a (38,2) 16 сент., въ день первой инъекціи. Надо полагать, что по вечерамъ температура еще болѣе повышалась, такъ какъ больной субъективно чувствовалъ себя значительно хуже: его знобило, «ломало» и ночью засыпалъ онъ лишь къ утру. На другой день послѣ первой инъекціи (черезъ 24 часа) стойкость рѣзко повысилась (на 2,0) и, оставаясь на высокой цифрѣ (9,0) впродолженіи пяти дней, когда сифилитиды достигли аме своего развитія, спустилась на 1,0 и, продолжала падать, когда началась обратное развитіе ихъ. 16 ноября больному была сдѣлана 8-я инъекція, стойкость при этомъ равнялась 6,0; а черезъ 11 дней (въ продолженіи этого періода онъ не являлся и присутствовалъ), у него стойкость возросла до 7,5. Одновременно

съ этимъ снова появились сифилитиды въ глоткѣ и рѣзкій polyadenitis. Гемоглобинъ съ 90% до первой инъекціи упалъ на 82 и увеличился на 5% послѣ нея; въ общемъ же, къ концу наблюденія онъ упалъ до 80%. Наоборотъ, valeur globulaire до первой инъекціи слегка увеличился, а черезъ 24 часа послѣ нея поднялся на 0,11, достигнувъ 1,09; къ концу же остался почти безъ измѣненія.

Въ началѣ изслѣдованія число бѣлыхъ кров. шариковъ равнялось 7300.

Во все время наблюденія число ихъ, колеблясь въ ту или другую сторону, въ концѣ концовъ черезъ 1 мѣс. 20 дней увеличилось на 1700, достигнувъ 8900.

Резюмируя все сказанное относительно первыхъ 4-хъ наблюденій, можно придти къ слѣдующему.

Стойкость красн. кров. шариковъ у вѣхъ 4-хъ больныхъ оказалась повышенной. Она увеличивалась по мѣрѣ цвѣтенія сифилитидовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣтное увеличеніе ей было еще за день, за два до начала эффоресценцій. Первая инъекція ртути, вызвавшая появленіе сифилитидовъ ad maximum, въ двухъ случаяхъ (1-мъ и 3-мъ) на стойкость не оказала вліянія, въ двухъ другихъ—стойкость на другой день послѣ нея увеличилась на 0,5 и даже на 2,0. Стойкость по мѣрѣ обратнаго развитія сифилитидовъ уменьшалась, чтобы въ концѣ наблюденія уменьшиться на 1,0—1,5 противъ первоначальной цифры и на 3, и даже на 5—противъ цифры, соответствующей аме цвѣтенія.

Вліяніе первой инъекціи на число красныхъ кров. шариковъ сказалося разнo: у первыхъ двухъ произошло увеличеніе числа ихъ, у двухъ другихъ—уменьшеніе.

Гемоглобинъ же у 3-хъ увеличился, у одного на небольшую величину уменьшился.

Вѣсь тѣла у вѣхъ 4-хъ упалъ къ концу наблюденія на 3 почти килограм.

Наблюденіе 5. Больной этотъ представляетъ для насъ большой интересъ въ томъ отношеніи, что у него имѣется тяжелая форма сифилиса, что она, несмотря на то, что сифилитиды появились, по всей вѣроятности, 1½ года тому назадъ, специфическаго леченія не протѣлывалъ совсѣмъ, и еще въ

томъ, что случай этотъ чистый, т. е. нашъ больной въ остальномъ совершенно здоровъ и не алкоголикъ.

Подъ наблюдениемъ онъ былъ съ 21 окт. по 17 ноября; и за этотъ сравнительно короткий промежутокъ времени при небольшомъ числѣ инъекцій у него сказались большія изменения крови.

Температура въ началѣ наблюдения слегка повышенная, впоследствии не выходила изъ предѣловъ нормы. Въсѣ тѣла остались почти in statu quo.

Число красныхъ кровяныхъ шариковъ въ началѣ наблюдения рѣзко повышено противъ нормы при нормальномъ почти  $\frac{0}{100}$  содержаніи гемоглобина и повышенномъ *vaieur globulaire* (1,31).

Подъ влияніемъ первой инъекціи при высыпаніи свѣжихъ элементовъ, число эритроцитовъ увеличивается почти обратно пропорціонально содержанію гемоглобина и *val. globulaire*, достигая въ тотъ же день (черезъ 7 часовъ) числа 3760000 (увелч. на 240.000) при 87% гемоглобина и 1,17 V. gl. (уменьшилось на 5% и на 0,14). Совершенно непонятный подъемъ (съ 4.090.000 на 5.110.000) числа красныхъ кровяныхъ шариковъ совершился 24 окт. Въ это время и стойкость сразу понизилась съ 8 на 5.

Въ дальнейшемъ мы замѣчаемъ, что какъ число красныхъ кровяныхъ шариковъ, такъ и гемоглобинъ и *vaieur glob.* незначительно колеблются въ ту или другую сторону. Въ концѣ же наблюдения эритроциты достигаютъ числа 5120000 (т. е. противъ первоначального числа увеличилось на 1.600.000), гемоглобинъ 82 (на 10 меньше) и *Val. glob.* 0,80 (на 0,51 уменьшилось).

Стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ въ началѣ наблюдения увеличена (7,5).

Подъ влияніемъ 1-й инъекціи она повысилась на 0,5 и такъ держалась три дня; затѣмъ вдругъ упала до 5,0 на четвертый и опять повысилась до 6,0 на 5-й день послѣ 2-й инъекціи.

Дальше мы видимъ, что стойкость до 11-го дня наблюдения держится сравнительно высокихъ цифръ (7,5), несмотря на то, что сифилиты кожи уже исчезли, оставивъ послѣ себя мѣдно-краснаго цвѣта углубленные рубчики.

Послѣ этого стойкость начинаетъ постепенно падать и къ концу наблюденья спускается до 4,5.

Бѣлые кровяные шарики въ первые дни наблюденья постепенно уменьшались въ числѣ, достигнувъ 26 окт. (послѣ 2-хъ инъекцій)—7800 (противъ первоначального числа 9200), а потомъ стали увеличиваться и превысили первоначальное число на 700.

Наблюденіе 6. Больной поступилъ въ клинику уже тогда, когда сифилиты кожи у него исчезли и остались лишь въكتورья общія явленія въ видѣ *papulae vegetantes praeputii* и *angina erythematosa syph.* Здѣсь стойкость подѣ влияніемъ первыхъ двухъ инъекцій повысилась съ первоначальной цифры 5,0 на 6,0 при незначительномъ улучшеніи общаго состоянія, въ концѣ же концовъ, съ исчезаніемъ видимыхъ явленій сифилиса, понизилась до 4,5.

Первая инъекція и, вообще, первый курсъ леченія повысилъ до нормы число красныхъ кровяныхъ шариковъ, бѣлыхъ и  $\frac{0}{100}$  содержаніе гемоглобина.

Наблюденіе 7. Эта больная поступила подѣ наблюденье со склерозомъ большой губы, вегетирующими папулами *genitalium* и лейкодермой шеи, развившейся у нея черезъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяца послѣ зараженія.

Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ за мѣсяцъ наблюденья поднялось съ 4550000 до 5370000, гемоглобинъ съ 70 до 82 при одномъ и томъ же (0,77) *Valueur globulaire*.

Количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ этомъ случаѣ значительно выше нормы (10200); въ серединѣ леченія оно понизилось до 8900, къ концу же опять повысилось, дойдя до 12300.

Стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ высока (8,0). Послѣ первой инъекціи (0,12 Hg. S.) черезъ 24 часа увеличилась на 1,0; черезъ 4 дня стойкость опустилась до 6,0, а черезъ 4 дня опять повысилась до 7,0. Но черезъ 10 дней послѣ 6 инъекцій она опустилась до 5,5 и въ концѣ концовъ (послѣ 11 инъекцій) съ исчезаніемъ сифилитовъ равнялась 6,0.

Наблюденіе 8. Случай этотъ не вполне чистый, такъ какъ здѣсь кромѣ сифилиса мы имѣемъ еще и *pitiriasis rosé* G.

По своему теченію онъ напоминаетъ предыдущій; только



неть тут такого значительного повышения стойкости и, кроме того, между этой последней и исчезанием сифилидов в этом случае наблюдается больше параллелизма, нежели в предыдущем.

Наблюдение 9. Здесь мы имеем склероз и развивающуюся розеолу.

Количество красных кровяных телец нормально (5150000), гемоглобин и *vaeur globulaire* уменьшены (85% и 0,83); за три дня еще большего развития сифилидов они соответственно уменьшаются до 4880000—80%—0,82. Через три дня после первого анализа в 1 часть поп. был сделан второй анализ и первая инъекция салицилата, а через 5½ часов произведено новое исследование крови, которое показало уменьшение красных кровяных телец (на 20,000), значительный скачек гемоглобина (с 80%—на 92) и увеличение *val. glob.* (с 0,82—0,95). На другой день под влиянием инъекции густая папула—розеола покрыла почти все тело; одновременно произошло, хотя и незначительное, повышение температуры (37,2—37,6).

Число красных кровяных шариков увеличивается на 60000, гемоглобин на 8% и *val. glob.* на 0,07. Через месяц наблюдения после 8 инъекций красные кровяные шарики на небольшое количество (90000) уменьшились, гемоглобин увеличился на 15% и *V. gl.* на 0,16.

Стойкость эритроцитов, когда эфлюоресценции уже развились, но не достигли еще своего аспе, оказалась равной 6,0. На третий день эта стойкость через 5½ часов после первой инъекции поднялась до 7,5, чтобы на другой день упасть до 6,5. В этот день, как уже сказано, папула-розеола достигла maximum своего развития. Через три дня, когда эфлюоресценции стали бледнеть, стойкость оказалась такой же, в следующую же день, когда сифилиды продолжали свое обратное развитие, стойкость упала до 5,0 и осталась такой же и тогда, когда папула-розеола окончательно поблекла и во многих местах исчезла совсем.

Далее мы видим опять подъем стойкости до 6,0, когда больной получал уже 4 инъекции, а затем снова падение ее до 5,0 и даже до 4,5.

Число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ оказалось въ началѣ наблюдения почти нормальнымъ (6700). После первой инъекціи оно увеличилось незначительно (200) и продолжало увеличиваться по мѣрѣ исчезанія сифилидовъ, колеблясь въ ту и другую сторону. Самое большое число ихъ было после 4-й инъекціи, когда розеола почти совсемъ поблекла; къ концу наблюдения они достигли 8300, т. е. болѣе первоначальнаго числа на 1600.

Вѣсъ тѣла въ продолженіи всего времени пребыванія больного въ клиникѣ увеличился на 0,2 килограмм.

Набл. 10. У этого больного кроме тяжелой формы сифилиса имѣются еще и другія причины—icterus въ сильнѣйшей степени, очевидно, инфекціоннаго происхожденія, хроническіи простатитъ, алкоголизмъ—могущи дѣйствовать на стойкость въ томъ же смыслѣ, какъ и сифилитическіи яды.

Анализы крови велись ежедневно съ 24 до 29 дек.; слѣдующіе два дня вълѣдствіе коматознаго состоянія больного, изслѣдованія прехвати, къ сожалѣнію, не удалось. Во все время пребыванія въ клиникѣ больной имѣлъ сильную степень желтухи; моча у него постоянно была темнокжелатаго цвѣта, безъ бѣлка, въ количествѣ не болѣе 1000 куб. сент. ежедневно, какъ сѣрая цвѣта. Стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ въ первый день наблюдения, когда по всему тѣлу были разбросаны папулы, а на волосистой части головы замѣчалась *impetigo*, равнялась 31,0.

Изъ имѣющихся въ литературѣ данныхъ мнѣ не удалось найти ни одного случая съ такой огромной стойкостью.

Проф. Яновскій въ одномъ случаѣ *icterus infect.* наблюдалъ стойкость равную почти 17,0. Д-ръ Лапш въ случаяхъ рака желудка, кончающихся смертью, замѣтилъ «прогрессивное увеличеніе стойкости по мѣрѣ того, какъ страданія приближались къ детальному исходу». Навысшая стойкость, какую ему приходилось наблюдать въ этихъ случаяхъ, была 15,0.

Самая большая стойкость, какую мнѣ пришлось наблюдать у другихъ моихъ больныхъ, равнялась 11,0 (табл. 19).

Въ первый же день наблюдения этому больному была сделана инъекція салицилата (0,06 Hg S.). На другой день сифилиды достигли наибольшаго своего развитія: стали гуще,

папулы покрылись корочками и резко выступали на ярко желтом фоне кожи. Стойкость в этот день достигла 32,0 — и держалась на этой высоте и следующий день, когда сифилиды не оказывали склонности к обратному своему развитию и когда в общем состоянии здоровья больного не замечалось никакого улучшения. На следующий день при status quo больного, стойкость уменьшилась до 30,0 и далее, когда на 5-й день наблюдения после 2-й инъекции сифилиды стали блекнуть, некоторые корочки отпадать. — стойкость уменьшилась еще на 1,5. В этот день больной чувствовал себя субъективно значительно хуже: болела голова, тошнило, чувствовал общую разбитость, — при этом и температура была слегка повышена. Стойкость в последний день наблюдения за 7 часов до комы резко упала до цифры 19,0.

Первая инъекция руги на количество красных кровяных шариков 2% содержание гемоглобина подвизствовала в обратном смысле, чем на стойкость: число первых уменьшилось с 6080000 на 5480000, содержание второго с 110 — на 105.

На 6-й (последний) день наблюдения количество красных кровяных шариков достигло первоначальной цифры и даже превысило ее, между тем как гемоглобин продолжал падать и упал до 93%. Влияя кровяная тельца, слегка увеличившись в числе, возвратились к своей первоначальной цифре (8400—8300).

Наблюд. 11, 12, 13 и 14. В эту группу вошли больные, у которых наблюдения продолжались и в латентном периоде (межрецидивном) и у которых мы замечаем в большей или меньшей степени сходство в направлении кривых числа красных кровяных шариков, стойкости и % содержания гемоглобина.

У трех из них (набл. 11, 12 и 14), у которых анализы крови были начаты со 2-го инкубационного периода, стойкость повышена, но в разной степени: у III. она равна 7, у V.—8 и у O.—5,5.

У III. (табл. 11) на третий день наблюдения начала развиваться розеола и, по мере ее развития, увеличивалась стойкость до 9,0 тогда, когда экзантема достигла наиболь-

шего своего развития. В этот день была сделана первая инъекция, после которой приблизительно через 13 часов, как стойкость так и сифилиды остались in statu quo.

У V. (табл. 12) первое исследование крови было произведено за 10 дней до начала эфлюоресценций, но в тогда стойкость оказалась повышенной (8,0). Поднявшись еще на 1,0 накануне высыпания, она с появлением розеолы уменьшилась на 0,5, чтобы на следующий день после 1-й инъекции опять подняться до 9,5.

У O. (табл. 14) высший и резкий подъем стойкости (9,0) мы замечаем с 4 нояб. на 7 нояб., когда на теле общих явлений еще не было заметно. В этот день сделана была 1-я инъекция, которая не вызвала появления на другой день эфлюоресценций; и стойкость продолжала оставаться на той же высоте, даже и на третий день после инъекции, когда началось тихое высыпание розеолы. В этом случае столь резкий скачек стойкости дал нам повод, по исключении других моментов, предполагать близкое появление экзантемы, что в действительности и оправдалось.

В дальнейшем течении болезни у всех трех кривая стойкости начинает опускаться и к концу лечения, через 45—50 дней, доходит соответственно до 5,0—5,5—4,5, оставаясь на тех же цифрах и во все последующие дни наблюдения в латентном периоде. На постоянно низких цифрах (4,0; 3,5; 4,5) в этом же периоде стоит стойкость и у V. (табл. 13).

К концу латентного периода стойкость у всех четырех начинается повышаться, достигая 10—9—6,5—8 (соответств. наблюдениям: 11, 12, 13 и 14).

Во время рецидива у больного III. после первой инъекции на другой день стойкость понизилась на 1,5—и это понижение совпало с обратным развитием папул и, вообще, уменьшением в течении болезни.

К концу лечения у всех замечается падение стойкости, но лишь у одного она спускается до цифры 5,0, а у трех других—до 6,0, т. е. остается повышенной.

Число красных кровяных шариков к концу 2-го инкубационного периода оказалось слегка пониженным.

Въ началу латентнаго (межрецидивнаго) періода оно послѣ курса леченія повышается, къ концу его снова понижается.

Тоже самое можно сказать и относительно гемоглобина.

Первая инъекція какъ число красныхъ кровяныхъ шариковъ, такъ и % содержание гемоглобина почти во всѣхъ случаяхъ повышалась.

Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, слегка повышенное въ концѣ 2-го инкубационнаго періода, къ началу латентнаго увеличивается; къ концу его, хотя и не во всѣхъ случаяхъ, уменьшается, чтобы вполнѣ достигнута, когда исчезнутъ всѣ явленія рецидива, снова увеличиться.

Наблюд. 15. У этого больного имѣется тяжелая форма пустулезнаго сифилиса. Высокая (8,5) стойкость у него въ началѣ, на другой день послѣ первой инъекціи еще болѣе увеличивается (9,0). Въ продолженіе 25 дней процессъ разрушенія, не смотря на энергичное леченіе, неудержимо идетъ впередъ. Стойкость въ это время понижается, чтобы при нѣкоторомъ улучшеніи процесса опять увеличиться (съ 6,5—на 8,0). При замѣтномъ улучшеніи, когда изъязвленія стали рубцеваться, стойкость снова упала до 6,0, чтобы черезъ недѣлю подняться до 8,0.

Въ этомъ случаѣ въ направленіи кривой стойкости какой нибудь послѣдовательности и параллелизма съ клиническимъ теченіемъ болѣзни намъ не удалось подмѣтить. Но если объ этомъ говорить здѣсь, то можно говорить лишь въ томъ смыслѣ, что съ ухудшеніемъ процесса стойкость скорѣе уменьшается, чѣмъ увеличивается.

Что касается красныхъ кровяныхъ шариковъ и бѣлыхъ, то они за все время наблюденія были слегка увеличены въ числѣ и къ концу наблюденія увеличились: красные кровяные шарики—съ 5.250.000 на 6.220.000, бѣлые съ 9.400 на 9.900.

Процентное содержаніе гемоглобина уменьшено. Подъ влияніемъ первой инъекціи оно даетъ рѣзкій подъемъ (съ 84% на 94%), чтобы къ концу леченія дойти до 100 при 0,81 valeur globulaire.

#### Сифилитики гуммознаго періода.

У сифилитиковъ этой группы въ большинствѣ случаевъ стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ не оказала такой

закономѣрности и соответствія съ теченіемъ болѣзни—улучшеніемъ или ухудшеніемъ ея,—какъ у сифилитиковъ кондиломатознаго періода. Сравнительно невысокая или даже нормальная, она продолжала стоять на тѣхъ же цифрахъ, подвергаясь лишь незначительнымъ колебаніямъ въ ту или другую сторону. Сказанное не относится къ двумъ наблюденіямъ (19 и 20), гдѣ стойкость оказалась высокой, и гдѣ она оказала тенденцію неуклонно опускаться внизъ.

Набл. 16. Въ этомъ случаѣ мы съ самаго начала замѣчаемъ увеличенное количество эритроцитовъ (5.850.000) и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (11.200) при уменьшенномъ содержаніи гемоглобина (8%). Первая инъекція уменьшила число красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, а содержаніе гемоглобина повысилось до 86%.

Подъ влияніемъ смѣшаннаго леченія число красныхъ кровяныхъ шариковъ постепенно понижается, а потомъ поднимается, чтобы къ концу увеличиться на 120.000 противъ первоначальнаго числа. Бѣлые, падая въ числѣ, съ незначительными колебаніями доходятъ до 8900—на 2300 меньше первоначальной цифры.

% содержаніе гемоглобина увеличивается, а потомъ уменьшается и доходить до 90% (выше первонач. на 10 %); valeur globale въ началѣ и концѣ набл. = 0,77.

Стойкость въ началѣ наблюденія невысокая (5,5), несмотря на тяжесть заболѣванія,—при энергичномъ смѣшанномъ леченіи повышается до 7,0 и къ концу его уменьшается до 5,0.

Набл. 17 и 18. У этихъ двухъ больныхъ стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ въ продолженіе всего періода наблюденія почти не даетъ никакихъ колебаній. У первого она, равная въ началѣ наблюденія 6,0, черезъ два слѣдующіе мѣсяца леченія, когда процессъ былъ in statu quo, спустилась до 5,0, чтобы снова повыситься до 6,0 и даже до 6,5; выше послѣдней цифры стойкость не поднималась ни разу. У второго первоначальная стойкость 4,0 осталась такой же и къ концу леченія, когда мѣстный процессъ улучшился значительно; осталась она такой же и въ періодъ леченія, колебаясь скорѣе въ сторону минуса (3,5), чѣмъ плюса (4,5). 12/XII стойкость доходила до 6,0, что можно объяснить появленіемъ у нашего

большого заболѣванія другого характера—influenz'y, сопровождавшейся высокой температурой.

Столь низкая цифра стойкости у этого больного противорѣчила нашимъ и ригиднымъ ожиданиямъ: въ виду уже тяжести заболѣванія и алкоголизма въ сильнѣйшей степени, можно было ожидать повышения стойкости.

Въ направленьяхъ кривыхъ числа красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и содержания гемоглобина у этихъ двухъ больныхъ существуетъ полная противоположность: въ то время какъ у перваго (наб. 17) число красныхъ, бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и  $\%$  содержание гемоглобина къ концу наблюденія увеличиваются, у втораго—уменьшаются.

Набл. 19 и 20. Два этихъ больныхъ поступили подъ наблюдение въ противоположность первымъ двумъ съ рѣзко повышенной стойкостью (11,0 и 8,0), что соответствовало и тяжести ихъ заболѣванія. Оставаясь такой же во весь периодъ леченія однимъ йодистымъ калиемъ, стойкость осталась почти на тѣхъ же цифрахъ и отъ примѣненія смѣшаннаго леченія; и лишь тогда стала уменьшаться, когда въ общемъ состояннн здоровья произошелъ поворотъ къ лучшему. Первый больной поступилъ въ клинику уже съ законченнымъ процессомъ (полное разрушенiе носа), а потому уменьшенiе стойкости ставить въ связь съ улучшенiемъ мѣстнаго процесса нельзя. Это небольшое паденiе стойкости (съ 11 и 9) къ концу наблюденiя, можетъ быть, можно приписать влiянiю iода и ртути, которые, дѣйствуя благотворно на болѣзненный процессъ, удаляли тѣмъ самымъ все, что могло вызвать повышение стойкости. Второй больной (наб. 20), поступивъ въ клинику въ тяжеломъ состояннн, подъ конецъ наблюденiя на видѣ значительно окрѣвъ, прибавился въ вѣсѣ (на 3,5 кил.); и мѣстно—замѣчалось полное заживленiе.

Относительно числа красныхъ кровяныхъ шариковъ и содержания гемоглобина въ разбираемыхъ двухъ случаяхъ наблюдается полное соответствiе: у обоихъ больныхъ какъ то, такъ и другое къ концу наблюденiя повышается. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ у перваго съ 7.200 въ началѣ наблюденiя къ концу доходить до 1.1200; у втораго съ 12.800 уменьшается до 11.900. Valeur globulaire у обоихъ понизился (съ 0,96 на 0,81 и съ 0,94 на 0,86).

### Контрольные.

Набл. 21, 22 и 23. Во всѣхъ этихъ трехъ случаяхъ стойкость слегка повышенная (если мы  $\frac{5}{20}$  будемъ считать показателемъ уже повышенной стойкости), остается почти безъ измѣненiя въ продолженiе всего курса леченiя. Первая инъекция ртути количество красныхъ кровяныхъ шариковъ и гемоглобина въ двухъ случаяхъ увеличила, въ одномъ—уменьшила; на стойкость же, если не считать легкаго повышенiя на 0,5 въ набл. 21, не повлiяла.

Въ вѣсѣ двое больныхъ (у 3-го вѣсѣ тѣла не опредѣлился совсѣмъ) прибавились почти на 2,0 килогр.

Въ состояннн кожного страданiя никакого улучшенiя не замѣчалось.

Чтобы представить болѣе наглядно картину тѣхъ измѣненiй, которыя мнѣ удалось подмѣтить у моихъ больныхъ, я составилъ общую таблицу, въ которой взялъ три момента моихъ анализовъ: начало, конецъ наблюденiя и реакцiю 1-й инъекцiи ртути. Одновременно съ этимъ въ соответствующихъ графахъ отмѣчены и нѣкоторыя клиническiя данныя: потеря или убавь въ вѣсѣ, леченiе и т. д.



# ОБЩАЯ ТАБЛИЦА.

№ № таблицъ.	Въ какомъ периодѣ болной.	Сколько дней было под наблюден.	Число анализовъ крови.	Убыль или прибыль въ вѣсѣ.	Л Е Ч Е Н И Е.	Красныя кровяныя шарик.			Гемоглобинъ.		Valeur globulaire.		Бѣлые кровяныя шарик.						
						Въ началѣ наблюде- ния.	Убыль или прибыль послѣ 1-й инъек- ции.	Въ концѣ наблю- денія.	Въ концѣ наблюденія.	Въ началѣ наблюденія.	Убыль или прибыль послѣ 1-й инъекции.	Въ концѣ наблюденія.	Въ началѣ наблюденія.	Убыль или прибыль послѣ 1-й инъекции.	Въ концѣ наблюденія.				
1	Конецъ 2-го инкуб.	46	16	-2,9	11 инъекц. (0,78 Нг. Sal.)	6050000	+580000	6440000	5,0	94	+ 5	100	0,78	-0,06	0,78	8500	+700	9700	
2	"	54	15	-1,5	8 ин. (0,6 Н. S.)+8 frict.	4360000	+360000	4310000	5,0	96	+12	103	1,10	-0,07	1,19	7100	+400	9600	
3	"	34	12	-3,6	6 ин. (0,48)	5470000	-840000	6390000	5,0	92	+ 4	100	0,84	-0,03	0,78	8200	-300	9900	
4	"	51	13	-2,1	9 ин. (0,72)	5010000	-300000	4350000	5,0	75	90	+ 8	80	0,90	-0,11	0,98	7300	+300	8000
5	Кондлом. (венд.).	27	16	-0,8	8 ин. (0,6)	3520000	+240000	5120000	5,0	95	92	- 5	82	1,31	-0,14	0,80	9200	+600	9900
6	Кондлом.	30	10	-2,1	3 ин. (0,3)+12 фрик.	4810000	+330000	5250000	5,0	4,5	83	+ 8	95	0,86	+0,02	0,90	8100	+800	9200
7	Кондл.	34	9	-	11 ин. (0,84)	4650000	+550000	5370000	5,0	6,0	70	+ 5	82	0,77	-0,03	0,77	10200	+400	12300
8	"	17	6	-	5 ин. (0,36)	4840000	+700000	5380000	5,0	5,5	75	+ 8	85	0,77	+0,08	0,79	11200	+600	10400
9	"	32	11	+0,2	8 ин. (0,6)	5150000	-200000	5080000	5,0	5,9	85	+12	100	0,83	-0,13	0,99	6700	-500	8300
10	"	8	6	-	2 ин. (0,12)	6080000	-600000	6120000	5,0	19,0	110	- 5	93	0,90	+0,05	0,76	8400	+1200	8300
11	Конецъ 2-й инкуб.	46	10	-1,8	13 ин. (0,9)	4800000	+810000	5380000	5,0	6,0	97	+10	90	1,01	-0,07	0,83	8500	+100	10200
	Латент.	33	5	+1,0	-	5500000	-	5400000	5,0	8,0	94	+100	0,85	-	0,93	9200	-	8400	
	Ренд.	33	5	-0,9	11 ин. (0,66)	5260000	+100000	5870000	5,0	6,0	111	+13	96	1,06	+0,11	0,83	8700	-500	11300
12	Конецъ 2-й инкуб.	51	13	-1,0	2 ин. (0,12)+26 фракц.	4780000	+ 28000	5230000	5,0	7,0	100	то же	95	1,04	-0,03	0,90	9100	-300	9600
	Латент.	25	2	+1,4	-	5070000	-	4380000	5,5	7,5	95	-	89	0,94	-	0,98	8900	-	7700
	Ренд.	35	4	-0,8	31 фракц.	4770000	-	5270000	5,0	6,0	98	-	102	0,04	-	0,97	8200	-	9300
	Лат.	42	4	-0,7	-	5320000	-	4980000	4,0	7,0	105	-	89	0,99	-	0,90	10400	-	8900
13	Ренд.	29	7	-0,7	1 инъекц.+22 фр.	4670000	+ 44000	5270000	5,5	5,0	98	- 3	98	1,03	-0,12	0,93	8600	+100	9900
14	Конецъ 2-й инкуб.	47	10	-3,5	4 инъекц. (0,36)+24 фр	4790000	- 24000	5180000	5,5	5,0	80	+10	103	0,83	+0,14	0,99	9200	-800	9900
	Лат.	29	4	+2,7	-	5030000	-	4320000	4,5	7,5	97	-	90	0,95	-	1,05	8700	-	8300
	Ренд.	45	5	-	20 фр.	4580000	-	5440000	5,0	6,0	92	-	103	1,00	-	0,94	8100	-	9300
15	Конд. (венд.).	53	9	-0,5	6 ин. (0,36 Нг.)+36 КЛ.+26 фр.	5250000	+ 43000	6220000	5,5	7,0	84	+12	100	0,80	+0,04	0,81	9400	Тоже.	9900
16	Гумоз.	52	10	+2,7	1 ин. (0,12) 17 фр.+64,0 КЛ.	5850000	- 96000	5970000	5,5	5,0	80	+ 4	90	0,77	-0,02	0,76	11200	-1300	8900
17	"	73	10	+2,0	10 ин. (0,72) 32 фр. около 80,0 КЛ.	5180000	+ 30000	5830000	6,0	6,0	90	+ 5	95	0,86	-	0,81	6700	+1400	8800
18	"	26	7	+1,3	9 ин. (0,6 Нг.) 50,0 КЛ.	6150000	- 39000	5250000	4,0	4,0	90	то же	80	0,78	+0,05	0,76	11200	-1100	9600
19	"	47	8	-2,5	26 фр.+60,0 КЛ.	4960000	-	6130000	5,0	9,0	95	-	100	0,96	-	0,81	7200	-	11200
20	"	60	10	+3,5	2 ин.+16 фр.+110,0 КЛ.	4820000	+ 52000	5530000	5,0	5,0	90	- 5	95	0,94	-0,12	0,86	12800	+200	11900
21	Контроль.	49	5	+0,8	10 ин. (0,6)	5450000	- 2000	5950000	4,5	5,0	91	+ 4	98	0,84	+0,03	0,97	9200	-500	8900
22	"	45	7	-	8 инъекц.	4790000	+ 15000	4310000	5,5	5,5	96	- 1	95	1,00	-0,04	0,99	8200	+600	9100
23	"	51	6	+1,9	12 ин. (0,78) 60,0 КЛ.	5650000	+160000	5710000	5	5,5	87	+ 3	90	0,77	+0,01	0,79	8100	-800	8900

## Резюме.

Разсматривая общую таблицу, мы видим, что у всех 15 сифилитиков кондиломатозного периода—будь это конец 2-й инкубации, начало 1-го высыпания или рецидив,—стойкость красных кровяных шариков повышена. Maximum ее — 10,0 (рецидив); minimum 5,0: при чем я не беру случай 10-й, где влияние на стойкость желтухи сказалось слишком резко.

В первом межрецидивном (латентном) периодѣ, когда ни на кождѣ, ни на слизистых оболочкахъ явленій сифилиса не было, стойкость въ двухъ случаяхъ равна 4; въ 3-мъ — 4,5, въ четвертомъ 5,5. Къ концу латентнаго периода стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ повышается. Стойкость у сифилитиковъ гумознаго периода повышена, но не у всехъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она повышена, стойкость можетъ иногда достигать сравнительно большой цифры.

Въ нашихъ наблюденіяхъ наивысшая стойкость была 11,0 наименьшая 4,0.

Если мы будемъ брать приведенныя числа, то найдемъ, слѣдовательно, что стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ во всехъ периодѣхъ, за исключеніемъ начала латентнаго (межрецидивнаго), повышена; и повышение это болѣе постоянно и резко выражено въ кондиломатозномъ периодѣ, нежели въ гумозномъ.

Во многихъ случаяхъ кондиломатознаго периода стойкость еще болѣе повышалась за нѣсколько дней до начала высыпанія, что давало мнѣ поводъ иногда предугадывать близость этого момента. Во всехъ случаяхъ она повышалась съ началомъ высыпанія сифилитовъ, прогрессировала по мѣрѣ развитія ихъ и достигала своего maximum'a съ асимъ развитія эфлюресценцій, съ тѣмъ, чтобы упасть съ исчезновеніемъ ихъ.

Въ дальѣйшемъ (въ межрецидивномъ периодѣ) стойкость почти безъ колебаній стояла на низкихъ цифрахъ и снова повышалась незадолго до рецидива. Это соотвѣтствие между кривой стойкости и теченіемъ болѣзни согласуется съ а priori-ными ожиданіями. Сифилисъ извѣстенъ намъ, какъ хроническая инфекціонная болѣзнь, протекающая съ временными послабленіями, въ периодъ которыхъ человекъ не представляетъ какихъ либо специфическихъ проявленій ея. Весьма вѣроятно, что въ этотъ периодъ временное отсутствіе замѣтныхъ проявленій сифилиса зависитъ отъ исчезанія, благодаря той или другой причинѣ, сифилитическаго яда: и наоборотъ, начало появленія тѣхъ или другихъ сифилитовъ и ихъ развитіе обуславливается тѣмъ, что этотъ ядъ снова приобретаетъ прежнюю силу. Такой взглядъ тогда вполне объяснилъ бы происходившія передъ нами измѣненія стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ передъ высыпаніемъ, во время полнаго развитія сифилитовъ и съ исчезненіемъ ихъ.

Если мы на стойкость будемъ смотрѣть съ той же точки зрѣнія, какъ и на температуру, т. е. какъ на симптомъ, на реакцію организма противъ токсическихъ веществъ, то не такую ли картину мы можемъ видѣть и въ другихъ аналогичныхъ случаяхъ патологій? Возьмемъ, напр., различныя формы маляріи или возвратный тифъ. При этихъ заболѣваніяхъ точно также послѣдовательно можно изобразить, какъ организмъ быстрымъ подъемомъ температуры борется съ накопленіемъ малярийнаго яда или яда возвратнаго тифа, какъ эта температура, когда дѣйствіе яда оканчивается, падаетъ для того, чтобы подъ конецъ слѣдующаго инкубационнаго периода съ накопленіемъ яда опять повыситься.

Разсматривая графу „увеличеніе и уменьшеніе стойкости послѣ 1-й инъекціи“, мы видимъ, что послѣ нея стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ сифилитиковъ кондиломатознаго периода и гумознаго повышается или остается на той же цифрѣ. Такъ, изъ 16 анализовъ крови въ кондиломатозномъ периодѣ, въ 10 случаяхъ стойкость повышалась иногда на 2,0, въ 5—осталась безъ измѣненія, а въ одномъ—понижалась на 1,5; изъ пяти анализовъ въ гумозномъ периодѣ въ 4-хъ стойкость повысилась всего на 0,5, а въ одномъ—осталась

без изменения. Из 3-х контрольных случаев стойкость эритроцитов послѣ 1-й инъекции въ одномъ—увеличилась на 0,5, а въ двухъ другихъ—осталась безъ переменъ.

Къ концу лечения стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ у сифилитиковъ кондиломатознаго и гуммознаго періода во всѣхъ неосложненныхъ случаяхъ понижалась. Опирался на эти данныя, я себѣ позволю отвѣтить на вопросъ: какъ вліяетъ первая инъекція салициловой ртути и вообще специфическое ртутное лечение на стойкость? Мы уже познакомились съ мнѣніями авторовъ по этому вопросу. Не лишнимъ будетъ вкратцѣ повторить ихъ здѣсь. Саавззани говорить, что ртуть повышаетъ стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ. L. Detre и S. Sellei находятъ, что подъ вліяніемъ первой инъекции стойкость повышается и къ концу лечения возвращается къ первоначальной цифрѣ. Якушевичъ, не отмѣчая вліянія первой инъекции, говоритъ, что „подъ вліяніемъ ртутнаго антисифилитическаго леченія стойкость идетъ на пониженіе“. Всѣ эти авторы повышеніе или пониженіе стойкости связываютъ съ непосредственнымъ вліяніемъ на нее ртути. Я на основаніи своихъ наблюденій съ послѣднимъ соглашусь не могу.

Мнѣ известны два факта: непосредственное вліяніе ртути на проявленіе сифилиса—съ одной стороны и связь, повидному, непосредственная между теченіемъ болѣзни и стойкостью красныхъ кровяныхъ шариковъ. Такъ, у многихъ больныхъ стойкость послѣ первой инъекции салицидовой ртути повышалась или оставалась *in statu quo*; и это было всегда только въ томъ случаѣ, когда одновременно подъ вліяніемъ инъекции и сифилитиды достигали аспе своего развитія. Когда же сифилитиды начинали свое обратное развитіе, что обычно происходило ко времени 2-й инъекции, то стойкость также начинала падать; и тогда же послѣ 2-й инъекции она не увеличивалась, а, наоборотъ, продолжала падать.

То же самое явленіе, т. е. пониженіе стойкости (на 1,5) я замѣтилъ и послѣ 1-й инъекции во время рецидива, у III. (Табл. 11), у котораго эта инъекція была сдѣлана уже тогда, когда сифилитиды начали обратное свое развитіе.

Что же касается вліянія на стойкость вообще ртутнаго

лечения, то и въ этомъ отношеніи есть факты, говорящіе, что на стойкость вліяетъ не ртуть сама по себѣ, а ухудшеніе или улучшеніе въ теченіи болѣзни. Такъ, напр., въ одномъ случаѣ (4-мъ), когда у больнаго, благодаря эксцессамъ *in Vasco*, сифилисъ принялъ неблагоприятное направленіе, несмотря на ртутное леченіе,—стойкость стала выше, чѣмъ до леченія.

На основаніи всего вышесказаннаго я могу отвѣтить на предложенный вопросъ такъ: 1-я инъекція ртути и вообще ртутное леченіе дѣйствуютъ обезвреживающимъ образомъ на циркулирующій въ крови сифилитика ядъ; когда сила этого яда уменьшается, уменьшается и стойкость эритроцитовъ. Иначе говоря: ртуть оказываетъ на стойкость не непосредственное, а косвенное вліяніе, ослабляя токсичность сифилитическаго яда.

Число красныхъ кровяныхъ шариковъ и % содержанія гемоглобина съ появленіемъ сифилитидовъ скорѣе уменьшено, чѣмъ нормально. 1-я инъекція салицидовой ртути увеличиваетъ какъ то, такъ и другое,—хотя и не всегда. Самый большой подъемъ для красныхъ кровяныхъ тѣлецъ былъ 800.000 (у Зеленева 1.700.000), для гемоглобина—13%.

Паденіе % содержанія гемоглобина подъ вліяніемъ 1-й инъекции было только въ 6 случаяхъ: въ 4-хъ кондиломатознаго, въ одномъ—у сифилитика гуммознаго періода и у одного контрольнаго.

Если мы вспомнимъ о такъ называемой, „пробѣ Justus'a“, который придавалъ ей даже діагностическое значеніе, то на основаніи нашихъ данныхъ придетъ къ заключенію, что эта проба удается очень рѣдко, а потому и для діагностическихъ цѣлей ею руководствоваться нельзя.

Къ концу леченія число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и содержаніе гемоглобина, повидному, увеличиваются.

Оговариваясь, что число мочех случаев недостаточно велико, чтобы можно было сделать совершенно определенные обобщения, я тем не менее позволю себе сделать следующие выводы.

1. Стойкость красных кровяных шариков у сифилитиков кондиломатозного периода повышена.

2. Повышение ее замтно с конца 2-й инкубации.

3. Стойкость повышается почти параллельно с развитием сифилидов и достигает наивышей своей цифры с асимптотическим их.

4. По мѣрѣ обратного развития сифилидов, падает и стойкость, достигая цифры иногда болѣе низкой, чѣм цифра, получаемая в концѣ второго инкубационнаго периода.

5. Стойкость красных кровяных шариков в латентном (межрецидивном) периодѣ или нормальна или слегка повышена. Повышается она къ концу этого периода и этимъ иногда даетъ знать о началѣ рецидива.

6. В гумозномъ периодѣ стойкость бываетъ иногда нормальна, иногда повышена.

7. Къ концу ртутнаго леченія стойкость обычно понижается до цифр болѣе низких, чѣм цифры перед леченіемъ. Последнее касается только тѣхъ случаев, в которыхъ все явленія къ концу леченія исчезаютъ; в случаяхъ же, в которыхъ сифилисъ принимаетъ неблагоприятное теченіе, стойкость, несмотря на непрерываемое специфическое леченіе или понижается очень незначительно или дѣлается выше, чѣмъ была.

8. У не сифилитиковъ, (2 случая elephant. cutis и одинъ lupus vulgaris) стойкость в двухъ случаяхъ не оказалось повышенной, в одномъ—слегка повышенной. После курса ртутнаго или смѣшаннаго специфическаго леченія стойкость оказалась у нихъ почти безъ измѣненія.

9. Число красных кровяных шариков сифилитиковъ кондиломатознаго и гумознаго периодовъ далеко не во всѣхъ случаяхъ оказалось уменьшеннымъ.

10. % содержание гемоглобина в огромномъ большинствѣ случаевъ оказалось уменьшеннымъ, доходящимъ иногда до 80 %.

11. Первая инъекція ртути в большинствѣ случаевъ

какъ у сифилитиковъ, такъ и у контрольныхъ повышаетъ число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и содержание гемоглобина. Къ концу ртутнаго леченія то и другое также повышается.

12. Число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ в кондиломатозномъ и гумозномъ периодахъ выше нормы. Съ появленіемъ сифилидовъ оно въ большинствѣ случаевъ уменьшается и къ концу леченія повышается.

13. Какъ въ повышеніи стойкости, такъ и въ количественныхъ измѣненіяхъ составныхъ частей крови и реакціи ихъ на ртуть, мы не должны усматривать нѣчто специфическое, по которому можно всегда узнать кровь сифилитика отъ крови другого больного или здороваго.

В заключение этой работы приношу глубокую благодарность проф. Т. П. Павлову за предложенную тему и руководство в моихъ клиническихъ занятіяхъ.

Прив.-доценту В. В. Иванову считаю своимъ долгомъ выразить сердечную благодарность за его постоянную готовность поделиться своими знаніями и за ту помощь, которую онъ всегда оказывалъ мнѣ в затруднительныхъ случаяхъ моей клинической жизни.

Прив.-доцентамъ Е. Ф. Фридману и А. І. Игнатовскому благодарю за ихъ цѣнные указанія при выполненіи этой работы.





## Литература.

1. Ricord. De la chlorose syphilitique et de son traitement. Bullet. de thérapeutique. Août 1844, p. 111—114.
2. Зеленець И. Ф. Къ вопросу о сифилитической и ртутной хлороэмии. Диссер. Киевъ 1892 г.
3. Reiss, W. Ueber die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden Blutveränderungen im Bezug auf die Therapie. Arch. f. Dermatologie u. Syphilis 1895, Bd. XXXII, 207.
4. Konried, A. Ueber quantitative Veränderungen der Bestandtheile des Blutes bei Syphilis. Докладъ на 2-мъ Международномъ Дерматол. конгрессѣ въ Вѣнѣ 1892 г.
5. Bieganski, W. Ueber die Veränderungen des Blutes unter dem Einfluss von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten. Arch. f. Dermat. u. Syphilis, 1892, Seite 43—78.
6. Justus, J. Ueber die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung. Wirsch. Archiv. 1895, Bd. 140.
7. Cabot. Boston Med. u. Surg. Journ., № 14; Arch. f. Derm. u. Syph. B. 52, p. 461 (Цит. по ст. д-ра В. В. Иванова: „Важнѣйшіе успѣхи по сифидиологии“. Изв. Имп. В.-Мед. Акад. 1900 г. 276 ст.).
8. Jones, H. New-York. med Journ. 7 Apr. 1900 (Цит. по Журналу Дермат. и Сифид. 1901 г. стр. 63).
9. Bossi. Количество гемоглобина въ крови сифилитиковъ. Gaz. clin. 1885, № 16. Рефер. въ Медицин. Обозр. 1886, m. XXVI, стр. 22—23.
10. H. M. Christopherson—Philadelphia, O. H. Foerster. Отрицаю способа Yustus'a. Univ. med. mag. 1900, 11. (Цит. по Журналу Дерм. и Сифид. 1901 г. стр. 290).
11. Hayem, G. Du sang et de ses alterations anatomiques, Paris 1889. Цит. по Зеленову стр. 12.
12. Sörensen, S. Undersøgelser om Antallet af røde og hvide Blodjægere under forskellige physiologiske og pathologiske Tilstande. Kjøbenhavn 286 p. 8. Реф. въ Jahresb. v. Wirsch. u. Hirsch, 1876, I Band, S. 257.
13. Явейнъ В. Къ вопросу о качественныхъ и количественныхъ измененияхъ крови при сифидеѣ и ртутномъ леченіи. Дисс. С.-Петербурга 1896 г.
14. Мисулѣцъ Цит. по И. И. Георгиевскому. Клиническіе способы исследования крови и результаты ими достигнутые. 1897. Киевъ стр. 222.
15. Смирягинъ В. М. Измѣненіе крови у сифидитиковъ въ позднѣйшій періодъ. Русск. Жур. кожн. и венер. болѣзн. 1901 года. Январь и Февраль.
16. Sabrazes и Mathis. О составѣ крови при сифидеѣ, tabes'ъ и прогрессиномъ параличѣ. Journ. des malad. cut. et syph. 1902, I (Цит. по Ж. Дерм. и Сифид. 1901 г. стр. 477).
17. Caspary, J. Ueber den Einfluss der Mercurbehandlung bei Syphilitischen auf die Zahl der rothen Blutkörperchen (Vortrag gehalten am 29. April 1878 in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde) Deutsche Medic. Wochenschr. 1878, № 24, 25 и 26. Цит. по Зеленову стр. 10.
18. Hallopeau. Цит. по Bieganski.
19. Wilbuszewicz. De l'influence des préparations mercurielles sur la richesse du sang en globules rouges et en globules blanc. Arch. de phis. norm. et path. 1874.
20. Gaillard. De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques. Gazette des Hôpitaux. 1885.
21. Graeber E. Zur Diagnostik der Blutkrankheiten. Arbeiten aus dem medicinisch—klinischen Institute zu München. 1890. Bd. II, 2. 289. Цит. по И. И. Георгиевскому, стр. 222.
22. Müller. Цит. по Георгиевскому стр. 222.
23. Цит. по Зеленову Дисс. 1892. Киевъ. стр. 4.
24. Ibidem.
25. М. В. Яновскій. Обь отношеній красныхъ кровяныхъ тѣлецъ къ водѣ внутри сосудовъ живого организма. Труды Общ. Русск. Врачей. 1883—84 г.
26. Проф. М. В. Яновскій. О стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Извѣстія Имп. В. М. Акад. 1900 г. I. стр. 132.
27. Chaneil, I. Recherches sur la résistance des hématies. Цит. по Ялангу: „О диагностическомъ значеніи повышения стойкости кр. кр. тѣлецъ и другихъ измѣненій крови при ракъ желудка“. Дисс. 1901 г. С.-Петербурга.
28. Limbeck. Grundriss einer klin. Pathol. des Blutes. Lena 1896. S. 163—164. Цит. по А. Иванову. Дисс. 1901 г. СПб.
29. Шкляревичъ М. Г. Опытъ опредѣленія стойкости кр. кр. тѣлецъ при различныхъ заболѣваніяхъ посредствомъ специфической гемолитической сыворотки. Дисс. 1902. СПб.
30. Яновскій, М. В. Обь отношеніи крови къ слабымъ растворамъ поваренной соли въ теченіи возвратнаго тифа Екземельды. Клинич. газета 1887 г.
- Онъ же. Обь отношеніи крови къ слабому 0.40% раствору повар. соли въ теченіи брюшнаго тифа. Екз. клин. газ. 1888 г.
- Онъ же. Патологическое значеніе повышения стойкости красн. кров. тѣлецъ. Изв. Имп. В. М. Академіи 1901. I. ст. 20.
31. R. Graus и Paul Clairmont. Цит. по А. Иванову: „О зависимости между измѣненіями стойкости и количествомъ минеральныхъ составныхъ частей кр. кр. тѣлецъ“. Дисс. 1901. СПб.
32. Описание этого способа и послѣдующихъ по проф. Яновскому: „О стойк. кр. кр. тѣлецъ. Изв. И. В. М. Акад. 1900. I.
33. Яновскій, М. В. Труды Общества Русскихъ врачей. Засѣданіе 23 января 1886 г.
34. Лянгъ, Г. Ф. Дисс. 1901. СПб. Стр. 44—46; стр. 46—56.
35. Цит. по Яновскому. См. 32. стран. 155.
36. А. Ивановскій. Дисс. 1901. стр. 75.
37. Проф. Яновскій, М. В. Изв. Имп. В. М. Академіи. 1901 г. I. стр. 18.
38. Петровъ В. Ф. Наблюденія надъ стойкостью красн. кров. шариковъ при малярии по отношенію къ слабымъ раство-

- рамъ хлористаго натрія (0,4% и 0,2%) Изв. И. В.-М. Академіи 1904. II. стр. 286.
39. Макаровъ, Г. А. О сравнительной стойкости красн. кр. тѣлецъ по отношенію къ изомотическимъ растворамъ поваренной соли и винограднаго сахара. Изв. И. В.-М. Академіи 1903. II. Стр. 233.
40. Ивановъ, А. Н. О физической теоріи колебаній стойкости красн. кр. шариковъ. Изв. И. В.-М. Академіи. 1904 г. II. Стр. 40.
41. Пашинъ. Къ вопросу о стойкости крови при хлорозѣ и анеміи. 1900. Дисс. С.-Петербургъ.
42. Лангъ. Дисс.
43. Проф. Яновскій. Изв. И. В.-М. Ак. 1901. I. стр. 21.
44. Hauser, F. Du sang. Paris. 1889. Цит. по Габричевскому: очеркъ нормальной и патологической морфологіи крови.
45. Magaglio. Berlin. Klin. Wochenschr. 1887. № 43.
46. Баумгольдъ. Къ вопросу объ измѣненіи крови при легочной бутерчаткѣ 1890. Дисс. СПб.
47. Якушевичъ, С. Г. Стойкость красныхъ кровян. тѣлецъ у сифилитиковъ. Русскій Журн. Кожн. и Венер. бол. 1903. ст. 197—198.
48. Цит. по: Die Bestimmung des Resistenztiters des Blutes gegen Sublimat bei Syphilis. Monatshefte für praktische Dermatologie Band. 42. No. 1. S. 49.
49. Savazzani. Цит. по рефер. въ Медич. Обзор. 1896 т., № 3. Стр. 291—293.
50. Buffa. Edm. Цит. по Якушевичу ibid.
51. По А. Н. Иванову. Питательное значеніе блюдъ по новому рецепсу и раскладкѣ въ С.-Петербургскомъ Клиническомъ Военномъ Госпиталѣ. Изв. Импер. В.-М. А. 1904 г. Стр. 190.
52. По И. И. Георгіевскому. Клиническіе способы изслѣдованія крови. 1897 г. Стр. 182.

## Положенія.

1. Tuberculosis verrucosa cutis и lupus papillaris въ клиническомъ и гистологическомъ отношеніяхъ не представляютъ существенной разницы.
2. Такъ называемая, проба „Justus'a“ въ дѣлѣ діагностики сифилиса не играетъ никакой роли.
3. Сифилисъ на ряду съ прочими болѣзнями, какъ-то: tuberculosis, lepra и друг. по требованію одной изъ сторонъ долженъ служить причиной для развода.
4. Про Psoriasis въ настоящее время мы знаемъ только то, что онъ относится къ группѣ паракератозовъ. Съ увѣренностью думать, что это ангионеврозъ или дерматомикозъ, или проявленіе дискразіи—у насъ пока нѣтъ рѣшающихъ данныхъ.
5. Въ каждой ротѣ и отдѣльной войсковой командѣ необходимо сифилитиковъ кондиломатознаго періода группировать особо, съ особой для нихъ посудой, и подвергать ихъ болѣе частымъ врачебнымъ осмотрамъ.
6. Для студентовъ, готовящихся быть военными врачами, прохожденіе практическаго курса зубныхъ болѣзней съ консервативнымъ леченіемъ должно быть обязательнымъ.

## Currículum vitae.

Алексѣй Ивановичъ Тарасовъ, сынъ купца, православнаго вѣроисповѣданія, родился 12 марта 1872 года. Среднее образованіе получилъ въ С.-Петербургской 7-й гимназій, въ которой окончилъ курсъ въ 1891 году. Въ томъ же году поступилъ въ С.-Петербургскій университетъ на Математическое отдѣленіе, со втораго курса котораго въ 1892 году перевелся на 1-й курсъ Императорской Военно-Медицинской Академіи. По окончаніи ея въ 1897 году былъ назначенъ младшимъ врачомъ 21-го пѣхотнаго Муромскаго полка. Съ 1-го октября 1903 года командированъ въ В. Медицинскую Академію для усовершенствованія въ наукахъ. Выдержалъ экзамены на степень доктора медицины въ 1903—1904 году. Въ апрѣлѣ 1904 г. былъ командированъ на Театръ военныхъ дѣйствій въ Манчжурію, откуда въ В.-Медиц. Академію возвратился въ январѣ 1906 года. Съ этого времени несетъ ординаторскія обязанности въ кожной и сифилидологической клиникѣ проф. Т. П. Павлова. Съ 1907 года состоитъ членомъ Русскаго Сифилидологическаго и Дерматологическаго Общества. Въ этомъ же году назначенъ младшимъ врачомъ 198 пѣхотнаго резервнаго Александровскаго полка.

Имѣеть слѣдующія печатныя работы:

- 1) „Къ леченію трахомы“. В. Мед. Журналъ. 1901 годъ. Ноябрь.
- 2) „Къ вопросу о зубоврачеваніи въ нашей арміи“. В. Мед. Журналъ. 1905 г. Іюнь.
- 3) „Къ вопросу о стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ у сифилитиковъ“. Последнюю работу представляетъ въ качествѣ диссертации для соисканія степени доктора медицины.