

Curriculum vitae.

Петръ Яковлевичъ Борисовъ, сынъ купца, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ Вышневолоцкомъ уѣздѣ Тверской губерніи въ 1864 году. Среднее образованіе получилъ въ Тверской классической гимназіи, которую и окончилъ въ 1884 году. Въ томъ же году поступилъ въ Военно-Медицинскую Академію, въ которой окончилъ курсъ въ 1889 году со степенью лекаря съ отличіемъ (cum eximia laude). По окончаніи курса оставленъ по конкурсу при Академіи въ числѣ врачей для усовершенствованія на 3 года. Въ теченіи всего этого времени занимался въ физиологическомъ кабинетѣ проф. И. Р. Тарханова. Экзаменъ на степень доктора медицины сдалъ въ продолженіи 1890 года. Кромѣ представляемой работы, имѣеть еще слѣдующій печатный трудъ:

«Къ вопросу о ядовитости выдыхаемаго воздуха» (Русская Медицина за 1891 годъ № 18, 19, 20 и 21).

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1899—1900 учебномъ году.

616.927 : 577.1

№ 39.

О СВЯЗИ МЕЖДУ ДІАЗОРЕАКЦІЕЮ МОЧИ И РАСТВОРЕНІЕМЪ БѢЛЫХЪ ШАРИКОВЪ КРОВИ ПРИ БРЮШ- НОМЪ ТИФѢ.

(Изъ больницы и лабораторіи Общины св. Георгія).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

М. О. ЗАЛІЕВА.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора: В. Н. Сиротининъ, С. С. Боткинъ, и приватъ-доцентъ Е. С. Боткинъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльн. Корп. Жанд. Пантелеймонск., № 9.
1900.

Докторскую диссертацию лекаря Михаила Осиповича Залиева под заглавием «О связи между диазореакцией мочи и растворением бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при брюшномъ тифѣ» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ)—въ Конференцію и 375 экземпляровъ—въ академическую бібліотеку). С.-Петербургъ, Января 22 дня 1900 года.

Ученый Секретарь, Ординарный профессор А. Діанинъ.

Появленіе диазореакціи Ehrlich'a въ мочѣ больныхъ брюшнымъ тифомъ въ извѣстные періоды теченія этой болѣзни и уменьшеніе числа (или, какъ иначе называютъ, раствореніе) бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ противъ нормы, въ теченіе той же болѣзни, можно считать двумя фактами, почти твердо установленными въ наукѣ въ настоящее время (о чемъ подробно будетъ сказано ниже). Въ такомъ случаѣ, самъ собою возникаетъ вопросъ, не существуетъ-ли какой-либо связи между этими двумя явленіями, такъ сравнительно постоянно сопровождающими всѣ типическія формы брюшнаго тифа. Вотъ для посильнаго освѣщенія этого вопроса, по предложенію главнаго врача Общины Св. Георгія, приватъ-доцента Е. С. Боткина, въ больницѣ Общины и въ лабораторіи ея, въ продолженіе прошлаго лѣта, мы произвели наблюденіе съ этой стороны надъ одиннадцатью брюшно-тифозными больными, результаты котораго излагаются въ настоящемъ трудѣ.

Но прежде, чѣмъ перейти къ нашимъ случаямъ, мы считаемъ нужнымъ сказать нѣсколько словъ о современномъ состояніи этихъ двухъ вопросовъ, отдѣльно: о диазореакціи мочи и о колебаніяхъ числа лейкоцитовъ при брюшномъ тифѣ, отдѣльно о каждомъ.

Диазореакціей, какъ извѣстно, называется особая цвѣтовая проба мочи, предложенная Ehrlich'омъ¹⁾ въ 1882 г., съ цѣлью открытія въ мочѣ веществъ ароматическаго ряда, и основана на томъ, что такъ называемыя диазосоединенія съ тѣлами ароматическаго ряда образуютъ красящее вещество. Въмѣсто трудно

получаемыхъ въ кристаллическомъ видѣ діазотѣль, онъ воспользовался извѣстнымъ уже въ химіи свойствомъ ароматическихъ амидосоединеній переходить подъ вліяніемъ азотистой кислоты *in statu nascendi* въ соотвѣтственные діазосоединенія. Для приготовления Ehrlich'овскаго раствора, какъ извѣстно, берется примѣрно 50 куб. сант. раствора, содержащаго въ одномъ литрѣ 50 куб. сант. соляной кислоты и 5 к. с. сульфаниловой кислоты, и смѣшивается съ 1 куб. сант. $\frac{1}{2}$ % раствора азотистокислаго натра, при чемъ образуется лишь малое количество дѣйствующаго вещества — сульфо-діазо-бензола. Этотъ реактивъ готовится обыкновенно *ex tempore*, иначе, съ теченіемъ времени, въ особенности при дѣйствіи свѣта, онъ изъ безцвѣтной жидкости превращается въ желтоватую или розоватую. При производствѣ реакціи къ испытуемой мочѣ приливаютъ равное по объему количество только что описаннаго реактива и затѣмъ быстро въ избыткѣ (около $\frac{1}{4}$ объема) приливаютъ амміака. Въ случаѣ положительной реакціи жидкость и слой пѣны отъ взбалтыванія окрашиваются въ оранжево или винно-красный цвѣтъ, въ зависимости отъ количества заключающихся во взятой мочѣ ароматическихъ тѣлъ. При этомъ нужно прибавить, что получаемое окрашиваніе мочи, въ зависимости отъ силы реакціи, колеблется въ довольно значительныхъ границахъ, давая оттѣнки отъ свѣтло-розоваго и оранжево-краснаго до, какъ мы сказали выше, винно или карминово-краснаго цвѣта. При стояніи смѣси получается темно-зеленаго цвѣта осадокъ, иногда съ фіолетовой каймой, а самый растворъ въ то же время дѣлается свѣтлѣ первоначальнаго.

Что же касается до клиническаго примѣненія реакціи Ehrlich'a, то, не касаясь многочисленныхъ наблюденій многихъ авторовъ относительно присутствія и значенія этой реакціи при различныхъ другихъ болѣзняхъ, мы остановимся только на тѣхъ изъ этихъ наблюденій, которыя произведены надъ брюшнымъ тифомъ. Въ этомъ отношеніи мнѣнія наблюдателей можно считать довольно согласными. Такъ Brewing²⁾ на основаніи своихъ данныхъ заключаетъ, что діазореакція

представляетъ симптомъ, который, подобно опухоли селезенки и лихорадкѣ, не самъ по себѣ, а лишь въ совокупности съ другими явленіями, можетъ имѣть распознавательное значеніе. Rüttimeyer³⁾, на основаніи опредѣленія діазореакціи у 260 больныхъ, дѣлаетъ заключеніе, что 1) діазореакція имѣетъ большое распознавательное значеніе при брюшномъ тифѣ и, рядомъ съ увеличеніемъ селезенки и розеолами, составляетъ одинъ изъ наиболѣе постоянныхъ и раннихъ признаковъ болѣзни. 2) По присутствію, или отсутствію діазореакціи въ теченіе первой недѣли болѣзни можно съ нѣкоторою увѣренностью заключить, имѣется-ли въ данномъ случаѣ брюшной тифъ, или нѣтъ. 3) Если діазореакція исчезаетъ на 2—3-й недѣлѣ брюшнаго тифа, то можно рассчитывать на скорое прекращеніе лихорадки, или на легкое теченіе болѣзни. Въ противномъ случаѣ, болѣзнь обыкновенно принимаетъ тяжелую форму и тянется долго. 4) Нельзя рѣшить на основаніи діазореакціи, кончится-ли данный случай смертыс, или выздоровленіемъ. 5) При угрожающемъ возвратѣ болѣзни, діазореакція, если она уже исчезла, почти всегда появляется вновь. 6) Лихорадочные желудочно-кишечные катарры никогда не даютъ этой реакціи. Далѣе Krokiewicz⁴⁾, на основаніи 836 пробъ мочи у 40 больныхъ брюшнымъ тифомъ, пришелъ къ заключенію, что діазореакція всегда получается въ двухъ первыхъ ступеняхъ брюшнаго тифа, впоследствии же она дѣлается слабѣе, а наконецъ и вовсе исчезаетъ. Отсюда наличность діазореакціи служить признакомъ, что болѣзнь еще далека отъ своего окончанія. Появленіе же діазореакціи въ мочѣ выздоравливающихъ отъ брюшнаго тифа больныхъ всегда указываетъ на предстоящій вскорѣ возвратъ болѣзни. Наконецъ, въ самое послѣднее время, появилась работа Горбунова⁵⁾, въ которой авторъ, на основаніи своихъ наблюденій, въ которыхъ, впрочемъ, при производствѣ реакціи обращалось вниманіе только на окраску пѣны, дѣлаетъ относительно интересующаго насъ вопроса одно только заключеніе, что «діазореакція Ehrlich'a не обязательна при брюшномъ тифѣ».

Относительно же связи между колебаніями силы реакціи и

t^0 -ной кривой существуютъ противорѣчивыя мнѣнія съ одной стороны Георгіевскаго ⁶⁾ и Долгова ⁷⁾, что сила реакціи соответствуетъ въ общемъ колебаніямъ t^0 , а съ другой Rutimeyer'a ⁸⁾, который отрицаетъ подобную зависимость. Что же касается до сущности діазореакціи, т. е. до вопроса о томъ, изъ какого источника берутся составныя части мочи, дающія діазореакцію, то вопросъ этотъ вращается въ области разныхъ предположеній и не нашелъ еще фактическаго объясненія. Всѣ гипотезы по этому вопросу можно свести въ настоящее время къ двумъ взглядамъ: по мнѣнію однихъ, (напр. Iez'a ⁹⁾), діазореакція обуславливается бактерійными ядами, по мнѣнію же другихъ (напр. Grewing'a (l. c.) и Долгова (l. c.)) представляетъ результатъ распада тканеваго бѣлка, отъ разрушенія клѣтокъ, обратно всасываемыхъ и выдѣляемыхъ вновь черезъ почки. Изъ позднѣйшихъ попытокъ въ этомъ направленіи обращаетъ на себя вниманіе изслѣдованіе ч. пр. О. К. Гейслера ¹⁰⁾, на основаніи котораго онъ пришелъ къ выводу, что «присутствіе или отсутствіе діазореакціи находится въ зависимости отъ степени лейкоцитоза и сопровождающаго его лейколиза». Далѣе, анализируя явленія гиполейкоцитоза, обычно наблюдаемыя при брюшномъ тифѣ, Гейслеръ, вполне присоединяясь къ высказанному раньше мнѣнію Е. С. Боткина ¹¹⁾, что одною изъ причинъ гиполейкоцитоза при брюшномъ тифѣ нужно считать раствореніе бѣлыхъ шариковъ въ брюшнотифозной крови, самъ въ окончательномъ выводѣ дѣлаетъ слѣд. заключенія: 1) діазореакція въ мочѣ является вслѣдствіе усиленнаго растворенія въ крови бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (лейкоцитоліза). 2) Вещества, обуславливающія эту реакцію, имѣются въ крови не въ готовомъ видѣ, а образуются во время прохожденія упомянутыхъ производныхъ растворенія черезъ почки.

Обратимся теперь къ вопросу о колебаніяхъ числа лейкоцитовъ при брюшномъ тифѣ. До 1883 г. господствовало авторитетное мнѣніе Virchow'a, что въ теченіе брюшнаго тифа число лейкоцитовъ возрастаетъ, но въ этомъ году Halla ¹²⁾ первый рѣшительно высказался противъ этого мнѣнія, а въ 1889 г.

Науеш ¹³⁾ указалъ на брюшнотифъ, какъ на болѣзнь, для которой уменьшеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ характерно. Большинство позднѣйшихъ работъ подтвердило это мнѣніе. Такъ-что въ настоящее время можно считать общепризнаннымъ фактомъ, что при брюшномъ тифѣ никогда не бываетъ увеличенія числа бѣлыхъ шариковъ, т. е. лейкоцитоза, а наблюдается напротивъ уменьшеніе числа лейкоцитовъ, т. е. гиполейкоцитозъ. И уменьшеніе это (въ одномъ случаѣ Limbeck'a до 1000 въ 1 куб. мм. крови), по общему мнѣнію, наблюдается, главнымъ образомъ, на 2-й и 3-й недѣляхъ болѣзни. Изъ русскихъ работъ въ этомъ отношеніи обращаютъ на себя вниманіе работы Ускова ¹⁴⁾ и Хетагурова ¹⁵⁾, которые, помимо общаго числа бѣлыхъ шариковъ, обращали вниманіе и на измѣненіе взаимнаго отношенія разныхъ видовъ этихъ шариковъ при названномъ выше гиполейкоцитозѣ, у брюшнотифозныхъ больныхъ, что представляетъ непосредственный интересъ для нашей работы, въ которой мы также обязаны были обратить вниманіе и на эту сторону вопроса.

Въ этомъ отношеніи оба эти автора пришли въ общемъ къ согласному выводу, что уменьшеніе числа лейкоцитовъ при брюшномъ тифѣ происходитъ главнымъ образомъ насчетъ многоядерныхъ (нейтрофильныхъ) формъ, содержаніе которыхъ въ ихъ случаяхъ падало до 50% и ниже, вмѣсто нормы 70—75%. Число одноядерныхъ и именно зрѣлыхъ, а не молодыхъ, было выше нормы, а эозонофилы въ общемъ были уменьшены въ числѣ, хотя къ концу лихорадки превышали норму.

По Хетагурову %-ное содержаніе нейтрофиловъ уменьшается съ конца первой недѣли, чаще всего съ половины второй и изрѣдка съ 3-й, и достигаетъ maximum'a паденія въ концѣ 3-й и началѣ 4-й недѣли. Съ конца 4-й и начала 5-й, обыкновенно съ 7-го дня послѣ паденія t^0 , %-ное количество нейтрофиловъ начинаетъ повышаться, но до нормы для здороваго человѣка далеко не достигаетъ. Въ этомъ же отношеніи интересна для насъ появившаяся послѣ двухъ выше-названныхъ работа Дробнаго ¹⁶⁾, который, на основаніи изслѣдованій у 6 больныхъ, дѣлаетъ слѣдующіе выводы отно-

сительно измѣненія бѣлыхъ шариковъ крови при брюшномъ тифѣ: 1) въ лихорадочный періодъ брюшнаго тифа, какъ и при сыпномъ, наблюдается алейкоцитозъ. 2) Кровь при брюшномъ тифѣ зрѣлѣе нормальной, вслѣдствіе долгаго пребыванія элементовъ во второй стадіи ихъ развитія. 3) $\%$ -ное количество молодыхъ элементовъ оказывается повышеннымъ (шахішмъ на 34—36 $\%$) съ первыхъ дней болѣзни и почти никогда не падаетъ ниже нормы. 4) Процентное количество зрѣлыхъ элементовъ (одноядерныхъ) во всѣхъ случаяхъ оказывается рѣзко увеличеннымъ съ начала болѣзни и съ незначительными колебаніями къ концу болѣзни понижается, но далеко не достигаетъ нормы. 5) Процентное содержаніе незрѣлыхъ (многоядерныхъ) во всѣхъ случаяхъ сильно понижено и достигаетъ, шахішмъ'a пониженія на 3-й—5-й недѣль отъ начала болѣзни, затѣмъ къ концу заболѣванія постепенно приближается къ нормѣ. 6) Эозинофиловъ не встрѣчается во все теченіе брюшнаго тифа. Относительно послѣдняго, 6-го пункта съ Дробнымъ согласны результаты Любомудрова ¹⁷⁾ и Rièder'a ¹⁸⁾.

Покончивши съ этими предварительными свѣдѣніями о діазореакціи и о гиполейкоцитозѣ при брюшномъ тифѣ, намъ остается еще сказать нѣсколько словъ и о такъ называемыхъ «формахъ растворенія» бѣлыхъ шариковъ крови, на которыя обращено у насъ особое вниманіе. Выраженіе это впервые введено въ медицинскую литературу Е. С. Боткинымъ (1. с.) и обозначаетъ тѣ формы лейкоцитовъ, помимо нормальныхъ ихъ видовъ, которыя, представляя результатъ распада или растворенія бѣлыхъ шариковъ, въ разныхъ степеняхъ этого процесса, всегда наблюдаются въ полѣ микроскопа рядомъ съ извѣстными, нормальными ихъ видами, но до сихъ поръ не обратили на себя должнаго вниманія изслѣдователей и не заслужили еще общаго признанія, (чѣмъ и объясняется сравнительная скудость литературы по данному вопросу). Между тѣмъ, кажется даже непонятнымъ, что всѣ изслѣдователи форменныхъ элементовъ крови до сихъ поръ обращали вниманіе только на нормальные элементы ея, оставивъ совершенно безъ вниманія

возможность и даже необходимость присутствія въ крови *патологическихъ* формъ кровяныхъ клѣтокъ, которыя бы явились выраженіемъ состоянія клѣтки отъ момента смерти до полнаго растворенія въ плазмѣ крови,—смерти, могущей застичь клѣтку въ разнообразнѣйшихъ стадіяхъ ея существованія и дать слѣдовательно такое же разнообразіе формъ ея разрушенія. Этихъ именно формъ недостаетъ еще при современной классификаціи послѣднихъ, а именно дальнѣйшихъ стадій такъ называемыхъ переходныхъ формъ отъ одного вида къ другому и далѣе къ смерти, гибели, разрушенію или «растворенію» ихъ въ кровяной плазмѣ.

Этотъ пробѣлъ въ гематологіи, по нашему мнѣнію, и призваны восполнить «формы растворенія» Е. С. Боткина.

Отсутствіе ихъ въ обычной классификаціи лейкоцитовъ по видамъ можетъ быть объяснено только молодостью самой гематологіи, какъ науки. Что же касается до факта гибели, разрушенія, путемъ растворенія, кровяныхъ шариковъ въ кровяномъ токѣ, то объ этомъ собственно нѣтъ противорѣчій въ литературѣ: всѣ авторы, писавшіе о крови, такъ или иначе выражаются объ этомъ вполне категорически. Но дѣло въ томъ, что выраженія эти (гибель, распадъ, раствореніе, лейкопенія, алейкоцитозъ, гиполейкоцитозъ и наконецъ лейколизъ) произносятся безсознательно, какъ нѣчто элементарное и не требующее объясненій, какъ бы мимоходомъ, не дѣлая изъ нихъ дальнѣйшихъ заключеній, не думая искать анатомическаго выраженія ихъ подъ микроскопомъ и обращая главное вниманіе на объясненіе причины этого явленія. Между прочимъ Loewit ¹⁹⁾ обратилъ особое вниманіе на этотъ пунктъ и выразилъ убѣжденіе что, въ нѣкоторыхъ опредѣленныхъ случаяхъ, (послѣ впрыскиваній бѣлковыхъ тѣлъ, бактерійныхъ протеиновъ и т. д.) происходитъ обѣднѣніе крови бѣлыми шариками путемъ ихъ распада или растворенія, каковой процессъ прямо назвалъ лейколизомъ.

Съ цѣлью изучить подробности этого процесса Е. С. Боткинъ (ib) предпринялъ рядъ изслѣдованій надъ посмертными измѣненіями бѣлыхъ шариковъ крови внѣ организма, но при т⁰ тѣла, и

описаль процессъ ихъ растворенія и формы, при этомъ появляющіяся. Изслѣдованія его были повторены Gumprecht'омъ²⁰⁾, доказавшимъ, между прочимъ, что лейкоциты могутъ выдерживать значительное давленіе, не измѣняя своей формы, но взгляды эти нашли себѣ и критиковъ въ лицѣ проф. Н. Я. Чистовича²¹⁾, предупреждавшаго отъ излишняго увлеченія даннымъ ученіемъ, но не отрицавшаго факта лейкоцитоліза, и Демянцевича²²⁾ въ его диссертаци «О гиполейкоцитозѣ». Послѣдній авторъ прежде всего вѣроятной причиной гинолейкоцитоза считаетъ скопленіе бѣлыхъ шариковъ въ капиллярахъ всего тѣла, а что касается «формъ растворенія» (признаніемъ которыхъ авторъ оказался бы въ противорѣчій съ только-что приведеннымъ своимъ объясненіемъ гиполейкоцитоза), то на страницѣ 33-й онъ говоритъ слѣдующее: «изслѣдуя кровь, мы дѣйствительно видѣли образованія, подобныя тѣмъ рисункамъ, которые приложены къ статьѣ Боткина (Е), но, къ сожалѣнію, ихъ относительно больше попадалось по счету то въ нормальной крови, то въ крови животнаго, находившагося въ стадіи экспериментально вызваннаго гинолейкоцитоза. Намъ однако не пришлось долго заниматься подобными изслѣдованіями, такъ какъ скоро (?) обратили на себя вниманіе тотъ фактъ, что на всѣхъ тѣхъ препаратахъ, гдѣ кровь была размазана между покровными стеклами очень тонкимъ слоемъ, формъ растворенія Боткина было очень много и независимо отъ того, какая кровь изслѣдовалась; тамъ же, гдѣ кровь намазана болѣе густымъ слоемъ, формъ этихъ или совсѣмъ не было, или же попадались, какъ исключеніе, въ очень ограниченномъ количествѣ. На основаніи этого, полагая, что формы эти есть продуктъ искусственный, зависящій отъ механическаго воздѣйствія на шарики при изготовленіи препаратовъ, мы провѣрили (?) это предположеніе и убѣдились въ дѣйствительности его на нѣсколькихъ (?) специально приготовленныхъ препаратахъ нормальной крови собаки». Такое смѣлое и категорическое отрицаніе всѣхъ результатовъ весьма кропотливыхъ, долгихъ и обстоятельныхъ работъ Е. С. Боткина и при томъ, несмотря на собственное сознаніе автора, что ему «однако, не пришлось долго заниматься подобными изслѣдованіями», —

такое, повторяемъ, категорическое заявленіе автора, уже по одному чтенію приведеннаго отрывка, является настолько бездоказательнымъ и голословнымъ, что лучшимъ отвѣтомъ на него, помимо выше приведеннаго опыта Gumprecht'a и работъ самого Е. С. Боткина и отчасти Кудрина и Степанова (см. ниже), можетъ служить та правильность и, можно сказать, законность, съ которыми эти формы наблюдались во всѣхъ нашихъ случаяхъ съ брюшнымъ тифомъ. Во всякомъ случаѣ то мѣсто изъ приведенной цитаты, гдѣ Демянцевичъ утверждаетъ, что количество формъ растворенія зависитъ отъ того, тонкимъ или густымъ слоемъ намазана кровь между стеклами, положительно опровергается нашими наблюденіями, при которыхъ, имѣя дѣло съ болѣе, чѣмъ 250 препаратами, между которыми несомнѣнно должны были быть намазанные всякими слоями, однако же, несмотря на это, мы неизмѣнно получали почти однообразные по характеру результаты, давшіе намъ возможность сдѣлать заключеніе о дѣйствительномъ существованіи извѣстной законности въ появленіи этихъ формъ, по крайней мѣрѣ, въ теченіи брюшнаго тифа.

Работами Ranvier²³⁾, Бенды²⁴⁾, и въ особенности Ускова и его учениковъ можетъ считаться установленнымъ фактъ, что всѣ извѣстные виды бѣлыхъ шариковъ представляютъ изъ себя превращенія одной основной формы ихъ (лимфоциты), получаемой въ кроветворныхъ органахъ и продѣлывающей потомъ въ токѣ крови полный циклъ своихъ фазъ. И такъ какъ смерть, какъ мы сказали выше, можетъ застигнуть лейкоцитъ въ любой моментъ его жизненнаго метаморфоза, то и формъ растворенія его, естественно, ожидать неисчислимое множество. Для облегченія работы, нужно признаться, весьма кропотливой, при исканіи этихъ формъ подъ микроскопомъ, Е. С. Боткинъ взялъ на себя трудъ выдѣлить изъ общей массы четыре типа такихъ формъ, подъ которые всегда можно подвести всѣ остальные разновидности ихъ. Типы эти слѣдующіе: первый тотъ, когда ядро начинаетъ расплываться и растворяться въ протоплазмѣ и начинаетъ слабѣе, чѣмъ она, окрашиваться основною краской. Сама протоплазма при этомъ быстро превращается

въ узкое, темно окрашенное кольцо и именно такимъ путемъ, что выпускаемые ею отростки, такъ сказать, оттаиваютъ. При второмъ способѣ растворенія ядро не смѣшивается съ протоплазмой и остается интенсивно окрашеннымъ основной краской, а протоплазма, набухая, окружаетъ его широкой муфтой, въ которой то тутъ, то тамъ, по мѣрѣ растворенія отдѣльныхъ участковъ ея, образуются просвѣты. Третій способъ растворенія представляетъ собой сочетание двухъ первыхъ: протоплазма окрашена блѣднѣе и разбухшей муфтой, мѣстами подточенной, окружаетъ болѣе темное ядро, которое расплылось въ ней, какъ по первому способу. При четвертомъ способѣ ядро опять остается рѣзко дифференцированнымъ отъ протоплазмы: и та, и другая части клѣтки набухаютъ, при чемъ случается, что вторая постепенно, отдѣльными участками, переходитъ въ вещество, невоспринимающее ни основной, ни кислой краски («прозрачные» шарики). Во всѣхъ этихъ способахъ растворенія наступаетъ моментъ, когда протоплазма уже не защищаетъ ядра отъ непосредственнаго дѣйствія окружающей жидкой плазмы, и обѣ составныя части клѣтки растворяются въ послѣдней самостоятельно. Если прослѣдить такое раствореніе до далекихъ степеней, можно увидать, а отчасти представить себѣ, какъ образуются самыя причудливыя фигуры». (I. с.).

Впрочемъ при внимательномъ чтеніи работъ по крови предшествовавшихъ авторовъ, и у нихъ можно найти отрывочныя и неясныя указанія на вышеупомянутыя формы, встрѣчаемыя подъ микроскопомъ рядомъ съ нормальными видами бѣлыхъ шариковъ и поражающія своимъ необычнымъ видомъ изслѣдователей. Но такъ какъ до того у нихъ не было никакой руководящей нити относительно роли этихъ странныхъ формъ въ общей суммѣ всѣхъ явленій патологии крови, то эти авторы довольствовались только констатированіемъ названныхъ формъ подъ микроскопомъ и шли дальше.

Такъ напр. у Хетагурова мы встрѣчаемъ: «при сортировкѣ и счетѣ бѣлыхъ шариковъ по сухимъ окрашеннымъ препаратамъ, изъ крови брюшнотифозныхъ, мнѣ приходилось

видѣть лимфоциты нѣсколько меньшей величины, нежели красныя кровяныя шарики, лимфоциты, равные красному шарикку, или въ два и, очень рѣдко, въ три раза большей величины. Протоплазма вокругъ ядра представлялась у однихъ лимфоцитовъ въ видѣ равномернаго, но не всегда одинаковой толщины у всѣхъ шариковъ, ободка, у другихъ имѣла болѣе, или менѣе рѣзко выраженное утолщеніе съ одной стороны (перстневидные по Н. В. Ускову). Окрашивались эти шарики сложными красками Эрлиха не всегда съ одинаковою интенсивностью: нерѣдко въ одномъ и томъ же полѣ зрѣнія микроскопа можно было видѣть два лимфоцита, одинъ изъ которыхъ оказывался окрашеннымъ рѣзче другого. Кромѣ того лимфоциты, во время максимальнаго увеличенія процента ихъ въ крови, оказывались болѣею частью значительно измѣненными: одни изъ нихъ представлялись сильно вытянутыми, у другихъ протоплазма вокругъ ядра имѣла звѣздчатый видъ или оказывалась расположенной въ видѣ обломковъ. Одновременно встрѣчались и такіе шарики, которые были фиксированы въ моментъ выхода изъ нихъ ядра и т. д.» (I. с. стр. 19). Съ большою вѣроятностью можно сказать, что въ этихъ, поразившихъ его своей необычностью, видахъ бѣлыхъ шариковъ, авторъ въ большинствѣ случаевъ имѣлъ дѣло съ тѣмъ, что мы теперь называемъ «формами растворенія».

Весною прошлаго года появилась работа Кудрина²⁵⁾, показывающая, что идея о «формахъ растворенія» какъ будто начинаетъ приобрѣтать права гражданства, такъ какъ д-ръ Кудринъ, работая надъ морфологіей лейкоцитовъ при возвратномъ тифѣ, счелъ нужнымъ, при распредѣленіи видовъ лейкоцитовъ, отвести отдѣльную рубрику для «формъ растворенія» по Е. С. Боткину, о чемъ будетъ сказано ниже. А въ самое послѣднее время, въ прошломъ декабрѣ напечатана работа Степанова²⁶⁾, который при своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ лейкоцитоза принялъ во вниманіе и формы растворенія и даже нашелъ совпаденіе увеличенія числа формъ растворенія съ моментами лейкоцитоза (стр. 42).

Довольствуясь этими предварительными данными, мы переходим теперь къ нашимъ случаямъ. Итакъ намъ предстояло прослѣдить извѣстное число брюшнотифозныхъ больныхъ, по возможности отъ начала болѣзни до конца, изслѣдуя у нихъ ежедневно мочу на діазореакцію и кровь на число бѣлыхъ шариковъ за тотъ же день, а также приготавливая изъ нея (крови) сухіе препараты для счета процентнаго отношенія отдѣльных видовъ лейкоцитовъ, изо-дня въ день. Такимъ образомъ, какъ мы уже говорили въ началѣ, намъ удалось наблюдать одиннадцать случаевъ брюшнаго тифа, нѣкоторые изъ нихъ съ 1-й недѣли заболѣванія, другіе (большинство) со 2-й недѣли, а два—съ половины 3-й недѣли, по мѣрѣ накопленія матеріала и физической возможности приступить къ началу наблюдений (напр. возможность получить мочу больного для изслѣдованія на діазореакцію, такъ какъ иные больные поступали въ такомъ тифозномъ состояніи, которое лишало этой возможности, иногда нѣсколько дней подъ рядъ). Во всякомъ случаѣ, всѣ они доведены или до дня выхода больныхъ изъ больницы, или до прочно установившагося періода выздоровленія. Диазореакція мочи производилась съ помощью обычныхъ, вышеописанныхъ реактивовъ, при чемъ обращалось вниманіе какъ на измѣненіе испытываемой мочи, такъ и пѣны ея при взбалтываніи. При этомъ, въ виду колебанія этого измѣненія въ цвѣтѣ въ широкихъ предѣлахъ, мы приняли для нашихъ отмѣтокъ силы реакціи четыре степени, начиная отъ рѣзкаго винно или карминово-краснаго цвѣта до обыкновеннаго цвѣта взятой для пробы мочи, каковыя степени мы назвали: «рѣзкая» (реакція), «средняя», «слѣды» и «нѣтъ». Кровь бралась нами частію изъ пальцевъ руки, но главнымъ образомъ изъ мочки уха. Для счета числа лейкоцитовъ кровь растворялась въ смѣситель Thoma-Zeiss'a $\frac{1}{3}\%$ растворомъ уксусной кислоты въ отношеніи 1 : 20, а самый счетъ мы производили, сосчитывая не менѣе 2—8 разъ число лейкоцитовъ во всѣхъ 400 квадратикахъ сѣтки (каждый разъ вытирая сухо камеру и помѣщая въ нее новую каплю смѣси) и полученное среднее число, скажемъ n , помножая на 200, по формулѣ $\frac{n \cdot 4000 \cdot 20}{400}$. Что же касается до

сухихъ препаратовъ, то здѣсь мы пользовались способомъ, можетъ быть, не совсѣмъ обычнымъ, но которымъ, какъ намъ извѣстно, пользуются нѣкоторые товарищи, работающіе съ кровью, съ большимъ успѣхомъ. И дѣйствительно, преимущества, представляемыя названнымъ способомъ, передъ обыкновеннымъ способомъ пригтовленія препаратовъ на покровныхъ стеклышкахъ, въ подобныхъ нашему случаямъ, гдѣ напр. требуется ежедневная регистрація отдѣльныхъ препаратовъ, такъ очевидно, что нельзя не соблазниться его примѣненіемъ, несмотря на то, что онъ еще не пользуется общеизвѣстностью. Способъ заключается въ томъ, что кровь размазывается не на покровныхъ стеклахъ, а на предметныхъ. А именно: предметное стекло, извѣстнымъ образомъ вымытое и сухо вытертое, прикладывается однимъ изъ узкихъ концовъ къ выпущенной у больного каплѣ крови, въ 2-хъ, или лучше въ 3-хъ мѣстахъ, такъ-что къ нему такимъ образомъ также пристають три капли крови, къ которымъ затѣмъ прикасаются слегка картонной бумажкой, служащей обыкновенно для визитныхъ карточекъ.

Прикосновеніе это должно быть таково, чтобы между стекломъ и бумажкой образовалась волосная щель, по которой сосѣднія капли стремятся слиться между собою. Установивши такимъ образомъ картонку, ведутъ ее по возможности въ этомъ положеніи до противоположнаго конца стекла. Вся процедура, понятно, должна быть произведена съ возможною быстротой. При извѣстномъ навыкѣ, препараты получаютъ во всякомъ случаѣ не хуже, чѣмъ на покровныхъ стеклышкахъ, но, вмѣстѣ съ тѣмъ, во-1-хъ, поверхность данныхъ препаратовъ (съ предметными стеклами) много больше поверхности покровныхъ стеколъ, и во 2-хъ—что весьма важно—имѣется возможность къ какому-нибудь концу, или, еще лучше, на обратной сторонѣ препарата прилѣпить какой угодно ярлычекъ съ датой, именемъ больного и т. д. Что касается, наконецъ, закрѣпленія препаратовъ, то его мы производили отчасти посредствомъ жара въ 110—130° С., но главнымъ образомъ растворомъ формалина, по слѣд. рецепту, Formalini (Schering, 40%), 1,0 Spiriti vini abs. 90, Aq. dest. 10,0. Окраска же препаратовъ про-

изводилась эозиномъ и метиленовой синькой: спиртнымъ растворомъ первого и насыщеннымъ воднымъ растворомъ второй.

При распределеніи отдѣльныхъ формъ лейкоцитовъ по категориямъ, мы руководствовались не классификаціей Ускова, а болѣе простой и принятой большинствомъ наблюдателей (см. «Кровь» въ Энцикл. сл. Эйленбурга, также «Физиологія человѣка» Чуевского 1897 г.) классификаціей Ehrlich'a, а именно: 1) Лимфоциты (малые и большіе), принимая за норму ихъ числа въ крови 20—25%, 2) Одноядерные (переходные) лейкоциты съ нормою 5—10%, 3) Многоядерные (нейтрофилы), норма — 70—75% и 4) Эозинофилы съ нормою 1—3%. Къ этимъ рубрикамъ, по вышеизложеннымъ мотивамъ, у насъ прибавилась и пятая, для «формъ растворенія», нормальное число которыхъ въ крови пока еще не высчитано. За норму общаго числа бѣлыхъ шариковъ мы приняли 6—8000 въ куб. миллим., какъ это принято теперь опять-таки большинствомъ гематологовъ; (см. Энцикл. сл. Эйл. ib., а также Габричевскій. Очеркъ норм. и пат. морфологіи крови. 1891).

Здѣсь мы должны прибавить, что, отложивши закрѣпленные тѣмъ или другимъ способомъ, взятые регулярно за каждый день препараты крови для совмѣстной ихъ окраски по окончаніи всѣхъ наблюдений надъ больными, тутъ мы замѣтили съ сожалѣніемъ, что часть препаратовъ не поддавалась окраскѣ, и именно синей, насыщеннымъ растворомъ метиленовой синьки, такъ-что эти препараты пришлось бросить, какъ негодные для нашихъ цѣлей. Къ счастью, однако, несмотря на это, когда мы осмотрѣли оставшіеся препараты подъ микроскопомъ и стали подводить итоги, то, получились результаты, по нашему мнѣнію, до того характерные и общіе всѣмъ наблюденнымъ нами случаямъ, что названное отсутствіе препаратовъ за нѣкоторые дни у отдѣльныхъ больныхъ, во всякомъ случаѣ не можетъ служить препятствіемъ для того, чтобъ изъ нашихъ данныхъ сдѣлать нѣкоторыя, смѣемъ думать, существенныя заключенія съ точки зрѣнія взятой нами темы. Что же касается до числа нашихъ наблюдений, то, несмотря на ихъ

сравнительную малочисленность, если принять во вниманіе, что во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ мы имѣли дѣло съ чистыми, типическими, протекшими почти безъ осложненій, формами брюшнаго тифа, позволяемъ себѣ думать, что полученные нами результаты, навѣрное, не измѣнились бы при всякомъ другомъ, болѣе многочисленномъ, числѣ наблюдений.

Обращаясь теперь къ разбору нашихъ данныхъ, приведенныхъ въ приложеніи, и, припомнивъ, что нашей цѣлью было прослѣдить измѣненіе числа и формъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при брюшномъ тифѣ въ связи съ діазореакціею мочи, мы прежде всего замѣчаемъ, во 1-хъ, что во всѣхъ безъ исключенія одиннадцати нашихъ случаяхъ діазореакція была на лицо. Въ восьми случаяхъ изъ одиннадцати (за исключеніемъ IV, VI и IX), появившись въ «рѣзкомъ» (по нашей терминологіи) видѣ въ началѣ болѣзни, т. е., въ примѣненіи къ нашимъ случаямъ, съ конца первой недѣли и продолжаясь въ этомъ видѣ различные сроки въ отдѣльныхъ случаяхъ, отъ 12-го въ случаяхъ I и V до 23-го дня болѣзни въ случаѣ VII, неизмѣнно сопровождаясь при этомъ періодомъ самой высокой температуры для даннаго больнаго, діазореакція съ постоянной правильностью переходила, въ нисходящемъ порядкѣ, къ той степени, которую мы назвали «средней», съ продолжительностью отъ одного до 8 дней, что совпадало обыкновенно съ послѣдними днями высокой t° , а затѣмъ уже на границѣ паденія t° получались «слѣды» діазореакціи, съ продолжительностью 1—4 дней, и наконецъ, съ окончательнымъ паденіемъ t° , не получалось уже никакой реакціи. Въ одномъ только случаѣ (табл. II) діазореакція исчезла еще за 8 дней до окончательнаго паденія t° , когда послѣдняя держалась еще въ предѣлахъ 37,8—39,6°, а во всѣхъ остальныхъ случаяхъ t° , въ этомъ переходномъ періодѣ, не превышала 37,8—38,2°, въ продолженіи отъ одного до трехъ дней.

Въ трехъ случаяхъ (IV, VI и IX) діазореакція началась прямо съ «средней» степени, не давъ ни разу рѣзкой реакціи,—и это были, какъ оказалось по исторіямъ болѣзни, легкія формы брюшнаго тифа, съ сравнительно быстрымъ и легкимъ теченіемъ.

И тутъ переходъ разныхъ степеней реакціи отъ одной къ другой, отличался тою же постепенностью какъ и въ предыдущихъ восьми случаяхъ. Въ двухъ случаяхъ (I и III) отмѣчено появленіе вновь реакціи, въ видѣ слѣдовъ, послѣ ея исчезанія, на одинъ только день, въ первомъ случаѣ на 29-й день болѣзни, а во второмъ на 28-й, и изъ нихъ въ одномъ (III) появленіе реакціи совпадаетъ съ временнымъ повышеніемъ t^0 за этотъ и предыдущій дни. Рецидивовъ ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ не было, смертельныхъ исходовъ также.

Число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ куб. миллиметрѣ во всѣхъ безъ исключенія нашихъ случаяхъ, какъ видно изъ приложенныхъ таблицъ, уменьшено, въ большей или меньшей степени, противъ нормы. Уменьшеніе это, начинаясь съ перваго дня наблюденія, продолжается, съ обычными ежедневными колебаніями, во все теченіе лихорадочнаго періода, захватывая еще нѣсколько дней безлихорадочныхъ (отъ одного, какъ въ №№ VI и XI, до 8 дней какъ въ № II), а затѣмъ начинается постепенное и почти правильное увеличеніе числа лейкоцитовъ съ различныхъ дней болѣзни, смотря по тяжести случая, начиная отъ 13-го дня болѣзни (случай IV) до 40-го (случай II). Самыя низкія числа лейкоцитовъ, сосчитанныя нами у нашихъ больныхъ, были: 2600, одинъ разъ, у № II на 25-й день болѣзни, при утренней t^0 въ $38,2^0$ и при отсутствіи діазореакціи, 2800, четыре раза (у того же № II на 27-й д. б., у № I на 21-й д. б., у № III на 23 д. б. и у № V на 12-й д. б.), наконецъ 2900, тоже одинъ разъ у № VII на 21 д. б.

Если мы бросимъ общій взглядъ на таблицу суммы лейкоцитовъ и сравнимъ съ соотвѣтственной исторіей болѣзни, то нетрудно замѣтить, что сравнительно низкія цифры числа лейкоцитовъ получены у сравнительно же тяжелыхъ больныхъ (I, II, III, V, VII, VIII и XI) и, наоборотъ, болѣе высокія цифры отмѣчены въ сравнительно легко протекшихъ случаяхъ (IV, VI, IX и отчасти X).

Обращаясь теперь къ картинѣ процентнаго отношенія отдѣльныхъ видовъ лейкоцитовъ другъ къ другу у нашихъ боль-

ныхъ, мы тотчасъ же видимъ, что наши данныя не во всѣхъ частяхъ сходятся съ таковыми же данными предшествовавшихъ наблюдателей (Ускова, Хетагурова, Дробнаго и др.), что, можетъ быть, объясняется отчасти тѣмъ, что нѣкоторые изъ нихъ (Усковъ, Хетагуровъ) при своемъ счетѣ шариковъ держались иной классификаціи лейкоцитовъ, чѣмъ мы, (при чемъ даже люди одной и той же школы, какъ названные два автора, разнятся между собою въ отношеніи принятыхъ ими рубрикъ отдѣльныхъ формъ лейкоцитовъ), но это обстоятельство, по нашему мнѣнію, зависитъ главнымъ образомъ отъ введенія нами новой, пятой рубрики «формъ растворенія». Этой рубрики, какъ мы сказали выше, не встрѣчается ни у одного изъ предшествовавшихъ авторовъ, работавшихъ съ брюшнымъ тифомъ, за исключеніемъ работъ Е. С. Боткина и пяти наблюденій названнаго выше д-ра Кудрина, который все же имѣлъ дѣло съ возвратнымъ, а не брюшнымъ тифомъ. Кстати, чтобъ покончить съ этимъ, почти единичнымъ, случаемъ въ литературѣ, мы здѣсь же скажемъ, что д-ръ Кудринъ въ своихъ пяти случаяхъ возвратнаго тифа насчиталъ формъ растворенія отъ 0,36 до 7,21%, а въ своихъ выводахъ дѣлаетъ заключеніе, что % формъ растворенія «понижается (при возвратномъ тифѣ) въ сравненіи съ апирексіей и періодомъ выздоровленія» (I. с. стр. 65).

Введеніе въ классификацію лейкоцитовъ цѣлой новой рубрики, заключающей въ себѣ у насъ отъ 2-хъ до 19%, не могло конечно не отразиться на количествѣ, или что тоже, процентномъ содержаніи остальныхъ формъ системы.

Но прежде чѣмъ приступать къ подробному разбору рубрики «формъ растворенія», какъ самой интересной для насъ въ данномъ случаѣ, мы бросимъ бѣглый взглядъ на остальные, обычные формы лейкоцитовъ, уже служившія предметомъ наблюденій другихъ авторовъ. Начавъ съ рубрики лимфоцитовъ, мы сразу же замѣчаемъ, что процентное содержаніе лимфоцитовъ во всѣхъ безъ исключенія нашихъ случаяхъ вращалось все время около нормы, въ предѣлахъ отъ 19 до 30,5%, съ такими незначительными и на видъ неправильными колебаніями по днямъ, что мы не беремся дѣлать какія-либо общія заклю-

ченія изъ этихъ колебаній. Одно мы можемъ констатировать съ положительностью, что количество лимфоцитовъ у насъ не только не уменьшено, не ниже нормы, но, если принять за норму ихъ числа въ крови 20⁰/₀ или даже 18⁰/₀, (по Ускову), то окажется, что количество лимфоцитовъ въ нашихъ случаяхъ почти всегда выше нормы, въ предѣлахъ отъ 5 до 70⁰/₀ за отдѣльные дни. Этотъ результатъ въ общемъ вполне согласенъ съ данными по тому же вопросу вышеназванныхъ авторовъ.

Перейдя далѣе къ рубрикѣ одноядерныхъ (переходныхъ) лейкоцитовъ, мы тутъ замѣчаемъ, что процентное содержаніе ихъ почти не выходитъ изъ предѣловъ нормы, колеблясь между 3 и 11⁰/₀, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ вращаясь около 6—7⁰/₀ нормальныхъ. Этотъ результатъ уже довольно рѣзко расходится съ тождественными данными нашихъ предшественниковъ, такъ какъ эти послѣдніе обыкновенно находили процентное число одноядерныхъ элементовъ во всѣхъ случаяхъ рѣзко увеличеннымъ (по Ускову втрое противъ нормы), съ первыхъ дней болѣзни вплоть до конца, когда оно, понижаясь, все же не доходитъ до нормы (Дробный *ib.*).

Объясненіемъ такому противорѣчію, можетъ-быть, служить отчасти введенная нами новая рубрика «формъ растворенія», въ которую могла войти часть одноядерныхъ, такъ-называемыхъ «набухшихъ» лейкоцитовъ, а отчасти то обстоятельство, что этотъ видъ лейкоцитовъ, какъ форма переходная къ нейтрофиламъ, можетъ представлять иногда такія фазы, которыя трудно съ положительностью отнести къ данной категоріи, а потому возможно, что нѣкоторая часть ихъ вошла у насъ въ категорію нейтрофиловъ.

Обращаясь далѣе къ группѣ многоядерныхъ, мы опять таки встрѣчаемся съ ясною картиной абсолютнаго уменьшенія числа многоядерныхъ элементовъ противъ нормы во всѣхъ нашихъ одиннадцати случаяхъ, при чемъ минимальныя цифры не спускаются ниже 52%, каковыя отмѣчены у насъ только два раза: у № I на 16-й день болѣзни и у № II на 17-й д. б. Здѣсь же кстати прибавимъ, что эти двѣ цифры макси-

мального пониженія числа нейтрофиловъ любопытнымъ образомъ совпадаютъ съ максимальными нашими отмѣтками формъ растворенія у этихъ больныхъ. Вообще же можно сказать, что уменьшеніе процентнаго количества нейтрофиловъ, начавшись съ перваго же дня всѣхъ нашихъ наблюдений, продолжается, съ сравнительно небольшими колебаніями въ ту или другую сторону, во весь лихорадочный періодъ, захватываетъ небольшую часть и безлихорадочнаго періода, (отъ одного въ № I до девяти дней въ № III), а дальше уже обнаруживаетъ тенденцію къ возвращенію къ нормѣ,—и въ этомъ отношеніи кривая его (количества нейтрофиловъ) довольно явственно совпадаетъ съ кривою общаго числа лейкоцитовъ въ 1 куб. сант. Такой нашъ результатъ, т. е. абсолютное уменьшеніе числа нейтрофиловъ въ разгарѣ брюшнаго тифа въ общемъ вполне согласуется съ тождественными данными предыдущихъ авторовъ, хотя процентъ уменьшенія у насъ получился нѣсколько меньшій, сравнительно съ ними, что объясняется, вѣроятно всего, отчасти введеніемъ новой рубрики, а отчасти сказаннымъ выше относительно одноядерныхъ.

Эозинофиловъ почти не встрѣчено въ нашихъ случаяхъ, что, если съ одной стороны противорѣчитъ даннымъ Ускова и Хетагурова, (которые отмѣчаютъ у себя постепенное повышение числа ихъ въ теченіе болѣзни и даже превышеніе нормы къ концу лихорадки), но зато вполне согласно съ выводами Дробнаго и Любомудрова (*ib.*), которые также не встрѣчали эозинофиловъ во все теченіе брюшнаго тифа. Въ пяти только случаяхъ (I, IV, VI, IX и X) отмѣчено у насъ по одному, или по два раза присутствіе эозинофиловъ, отъ 0,6 до 1,5%, въ безлихорадномъ періодѣ, къ концу болѣзни.

Если мы теперь обратимся къ рубрикѣ «формъ растворенія», нетрудно замѣтить прежде всего весьма любопытное явленіе, что процентъ ихъ во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ въ началѣ наблюденія, т. е. обыкновенно въ разгарѣ болѣзни, много разъ больше, чѣмъ къ концу его. Далѣе, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, процентъ этотъ, начавшись съ максимальныхъ цифръ въ теченіе первыхъ трехъ-пяти дней наблю-

деня, (I, III, IV, V, VI, VII, IX, X, и XI), въ дальнѣйшемъ теченіи, постепенно понижаясь, достигаетъ своего минимума, въ меньшинствѣ же случаевъ (II и VIII) начавшись съ умѣренныхъ цифръ въ первый день наблюденія, повышается постепенно и въ обоихъ случаяхъ на 15-й и 16-й день, достигши максимума, также постепенно спускается до своего минимума. Во всякомъ случаѣ всѣ максимальныя цифры совпадаютъ съ періодомъ высокой или по крайней мѣрѣ лихорадочной температуры, а стало-быть и съ періодомъ абсолютнаго уменьшенія числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Въ этомъ отношеніи особенно интересно такое совпаденіе максимума формъ растворенія съ минимумомъ числа бѣлыхъ шариковъ въ случаяхъ: V-мъ на 12-й день болѣзни, VI-мъ на 8-й д. б., X-мъ на 18-й д. б. и отчасти въ VII-мъ и IX-мъ на 20-й и 14-й д. б.

Итакъ формы растворенія, въ общемъ, держась высокихъ своихъ цифръ въ лихорадочномъ періодѣ болѣзни, постепенно понижаются въ количествѣ съ паденіемъ t° и наконецъ въ періодѣ выздоровленія, т. е. когда у больного начинается увеличеніе числа бѣлыхъ шариковъ, кривая (если можно такъ выразиться) формъ растворенія нисходитъ, наоборотъ къ своему минимуму. Такъ-что, изображая два явленія (колебанія въ числѣ бѣлыхъ шариковъ и въ числѣ формъ растворенія) въ видѣ кривыхъ, мы замѣтимъ, что, въ общемъ, эти кривыя получаютъ у насъ расходящимися въ противоположныя стороны, во все теченіе болѣзни, т. е. въ то время, какъ въ разгарѣ болѣзни и въ первые дни послѣ паденія t° , кривая лейкоцитовъ вращается въ нижней половинѣ таблицы, кривая формъ растворенія держится въ верхней ея половинѣ, а къ концу болѣзни — наоборотъ. Стало быть, по нашимъ даннымъ, получается явное и, можно сказать, замѣчательное соотвѣтствіе между формами растворенія и числомъ бѣлыхъ шариковъ въ теченіе брюшнаго тифа, въ смыслѣ обратнаго отношенія ихъ другъ къ другу. Выше мы уже разсматривали отношеніе діазореакціи къ t° больного въ нашихъ случаяхъ и видѣли, какъ разныя степени этой реакціи въ общихъ чер-

тахъ правильно совпадаютъ съ той или другой высотой температуры. Если же теперь мы возьмемъ отношеніе нашихъ данныхъ по діазореакціи къ разсмотрѣннымъ выше формамъ растворенія, или, что тоже, (какъ видно изъ предыдущаго) къ числу бѣлыхъ шариковъ, то и здѣсь между процентнымъ количествомъ формъ растворенія и числомъ бѣлыхъ шариковъ съ одной стороны и силою діазореакціи съ другой соотвѣтствіе получается очевидное и даже поразительное.

Такъ, приближаясь разсмотрѣнія, мы видимъ, что изъ нашихъ 11 случаевъ въ восьми были на лицо всѣ три стадіи присутствія діазореакціи (рѣзкая, средняя и слѣды) и только въ трехъ (IV, VI и IX) отсутствовала рѣзкая степень. Какъ въ первыхъ, такъ и вторыхъ случаяхъ періоду наисильнѣйшей реакціи соотвѣтствуетъ и періодъ наибольшаго процента формъ растворенія: достигая своего максимума въ періодѣ рѣзкой реакціи, въ предѣлахъ 9—18,9% (см. табл. II и VIII) процентное содержаніе формъ растворенія, съ естественными колебаніями въ ту или другую сторону, нѣсколько понижается (въ предѣлахъ 8—19%, см. табл. V и VIII) въ періодѣ средней реакціи и наконецъ спускается еще ниже въ стадіи «слѣдовъ» діазореакціи, въ границахъ 7—18,9% (см. табл. I и V). Въ стадіи же отсутствія діазореакціи количество формъ растворенія колеблется между 2 и 12,5 процентами (см. табл. II и VII), т. е. является въ среднемъ наименьшимъ сравнительно съ предыдущими стадіями діазореакціи.

Итакъ по нашимъ даннымъ, относительно процентнаго содержанія формъ растворенія, максимумъ послѣднихъ у насъ не превышаетъ 19%, между тѣмъ какъ у Е. С. Боткина въ двухъ случаяхъ брюшнаго тифа оказалось 22,7% и 37,3% ф. растворенія. Такую, сравнительно ощутительную разницу въ обоихъ данныхъ, помимо различія во внѣшней обстановкѣ изслѣдованія у насъ обоихъ, можетъ быть, отчасти позволительно объяснить нашимъ нѣсколько осторожнымъ отношеніемъ къ счету формъ растворенія, при которомъ возможно, что нѣкоторыя формы, относящіяся на самомъ дѣлѣ къ формамъ растворенія,

не будучи въ нашихъ глазахъ явно типическими по Е. С. Боткину, мы не рѣшались включить въ нашъ счетъ и отбрасывали, какъ возможный продуктъ травмы или другой случайности. Такъ-что, можетъ быть, правда скорѣе на сторонѣ Е. С. Боткина, т. е. возможно, что будущіе изслѣдователи въ тождественныхъ случаяхъ насчитаютъ больше формъ растворенія, чѣмъ мы. Къ сожалѣнію, по независящимъ отъ насъ обстоятельствамъ, намъ не удалось распредѣлить формы растворенія по отдѣльнымъ типамъ, указаннымъ Е. С. Боткинымъ, но одно мы можемъ констатировать здѣсь, что всѣ помянутые выше четыре типа формъ растворенія несомнѣнно встрѣчаются въ препаратахъ брюшнотифозной крови, съ несомнѣннымъ же преобладаніемъ передъ другими формъ растворенія по II-му типу.

Относительно объясненія замѣчаемаго во всѣхъ нашихъ случаяхъ, безъ исключенія, рѣзкаго повышенія количества формъ растворенія въ зависимости отъ той или другой степени уменьшенія числа лейкоцитовъ или, короче говоря, въ зависимости, отъ той или другой степени лейкоцитолита, мы не имѣя совершенно въ виду касаться этого вопроса въ цѣломъ, намъ бы хотѣлось только высказать, какъ предположеніе, что, можетъ быть, самое естественное и правдоподобное объясненіе этого явленія будетъ найдено при сравненіи его съ обыкновенными войнами, въ которыхъ чѣмъ жесточе сраженіе, тѣмъ больше послѣ него число раненыхъ и убитыхъ. Наши же формы растворенія представляютъ собою несомнѣнно этихъ раненыхъ, т. е. переходный періодъ отъ нормальныхъ, здоровыхъ видовъ лейкоцитовъ къ смерти, или, иначе, къ растворенію ихъ въ плазмѣ крови безъ остатка.

Что же касается до сущности процесса уменьшенія или растворенія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при брюшномъ тифѣ или, какъ иначе называютъ этотъ процессъ, лейкоцитолита, то, хотя этотъ вопросъ и не входитъ въ наши задачи, но мы не можемъ не сослаться здѣсь на замѣчательное наблюденіе гематологовъ, что бѣлые кровяные шарики, разрушаясь, снабжаютъ кровь антитоксинами, специфическими для каждаго вида

токсिनновъ, проникшихъ въ организмъ при разныхъ болѣзняхъ. Между тѣмъ извѣстно, что при брюшномъ тифѣ не задержанъ процессъ образованія бѣлыхъ шариковъ, наоборотъ онъ долженъ быть даже усиленъ, судя по рѣзкому увеличенію при этой болѣзни такихъ кроветворныхъ органовъ, какъ селезенка и лимфатическія железы. Но при этомъ, повидимому, происходитъ чрезмѣрное разрушеніе лейкоцитовъ, производящее въ результатѣ гиполейкоцитозъ. Стало быть, и въ данномъ случаѣ лейкоциты остаются вѣрны своей, въ послѣднее время твердо установленной въ наукѣ, роли стража организма на пути проникновенія въ него болѣзнетворнаго начала: вступая въ борьбу съ послѣднимъ, въ одномъ случаѣ они стараются поглотить его, а въ другомъ, какъ въ нашемъ, навѣрное въ изнеможеніи отъ неравной борьбы, своей смертью стараются поставить преграду дальнѣйшему распространенію зловреднаго начала.

Изъ всего вышеизложеннаго мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Уменьшенію абсолютнаго числа бѣлыхъ шариковъ въ крови брюшнотифозныхъ больныхъ вполне соотвѣтствуетъ увеличеніе числа формъ растворенія ихъ, чѣмъ дается неоспоримое, — по крайней мѣрѣ для брюшнаго тифа, — доказательство того, что *лейколизъ* Loewit'a въ значительной мѣрѣ, дѣйствительно, обусловленъ лейкоцитолитомъ. — Правильность колебаній числа формъ растворенія въ различныхъ случаяхъ устраняетъ всякое сомнѣніе относительно искусственности этихъ формъ.

2) Интенсивность діазореакціи вполне параллельна интенсивности лейкоцитолита. Это подтверждаетъ предположеніе О. К. Гейслера о томъ, что «*діазореакція въ мочѣ является вслѣдствіе усиленнаго растворенія въ крови бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (лейкоцитолита)*».

3) Интенсивность лейкоцитолита и діазореакціи при брюшномъ тифѣ идутъ также параллельно высокой температурѣ тѣла, какъ учащеніе числа дыханій и сердцебиеній. — Въ виду происхожденія антитоксिनновъ отъ разрушенныхъ бѣлыхъ шариковъ, этотъ фактъ освѣщаетъ еще новую, полезную сторону и значеніе высокой температуры при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.

4) Лейкоцитоллизъ, въ связи съ гиполейкоцитозомъ, выраженъ очень сильно въ брюшномъ тифѣ.

5) Степень лейкоцитоллиза, какъ и діазореакціи при брюшномъ тифѣ стоятъ, повидимому, въ прямой зависимости отъ тяжести заболѣванія.

6) Наши наблюденія вполне согласны съ приведенными выше выводами Rüttimeyer'a и др. относительно діагностическаго и прогностическаго значенія діазореакціи при брюшномъ тифѣ.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить мою искреннюю признательность многоуважаемому *Евгенію Сергѣевичу Боткину*, какъ за предложенную тему, такъ и за постоянную готовность помочь мнѣ и словомъ, и дѣломъ во время производства настоящей работы.

ПРИЛОЖЕНІЯ.

1. Исторія болѣзни (Т^о приведена въ таблицахъ).

№ I. *Митрофанъ Малахѣевъ*, крестьянинъ, 38 лѣтъ, кучерь, поступилъ въ больницу 22-го іюня, жалуясь на головную боль, общую слабость, отсутствіе аппетита. Бросаетъ въ знобъ и жаръ. Четыре дня, какъ слегъ въ постель, хотя и до этого времени перемогался нѣсколько дней.

22/vi (8-й день болѣзни). Больной довольно хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ. На кожѣ груди, живота и спины розеолезная сыпь. Селезенка перкуторно увеличена, но ясно прощупывать ее не удается. Животъ немного вздутъ, безболѣзненъ при ощупываніи. Въ легкихъ разбросанные сонорные хрипы. Пульсъ 88. Потѣть очень сильно.

23/vi (9-й д. б.) Два жидкихъ испражненія. Въ мочѣ бѣлокъ. Объективно тоже, что вчера. 24/vi (10) Тоже. 25/vi (11) Одно жидкое испр., потѣть. Объективно тоже. Пульсъ 84. 26/vi (12) Два жидк. испр. съ клизмой. Розеоль больше. Въ легкихъ сонорные хрипы. Потѣть. 27/vi (13) Одно жидк. испр. съ клизмой. Пульсъ 76. Потѣть, покашливаетъ. Селезенка прощупывается, мягкой консистенціи. Въ легкихъ сонорные хрипы. 28/vi (14) Стула не было. Пульсъ 76. Объективно безъ перемѣнъ. 29/vi (15) Одно жидкое испр. Потѣть, пульсъ 68. Объективно тоже. 37/vi (16) Два жидк. испр. съ клизмой. Пульсъ 80. 1/vii (17) Два жидк. испр. Розеола еще есть. Селезенка прощупывается. 2/vii (18) Одно

ж. испр. Объективно тоже. Пульсъ 76. 3/вп (19) и 4/вп (20) Тоже. 5/вп (21) Два ж. испр. съ клизмой. Пульсъ 80. Селезенка прощупывается. Въ легкихъ, подъ лопатками, особенно справа, субкрепитирующие хрипы. 6/вп (22) и 7/вп (23) Тоже. 8/вп (24) Одно испр. Хриповъ поменьше. 9/вп (25) Два ж. испр. Хриповъ немного. 10/вп (26) Одно нормальное испр. 11/вп (27) Тоже. Съ 12/вп (28) по 22/вп (38) выздоровление больного шло вполне нормальнымъ образомъ, безъ всякихъ осложнений, и въ этотъ день больной выписался здоровымъ.

Эпикризисъ. Нормальный брюшной тифъ, безъ осложнений. Содержание было тифозное, безъ лѣкарствъ.

П. *Михаилъ Абрамовъ*, кр., 24-хъ лѣтъ, каменщикъ, поступилъ 14-го юля, съ жалобой на головную боль, общую слабость, плохой аппетитъ и поносъ. Бросаетъ въ знобъ и жарь. Боленъ дня четыре.

14/вп (5-й д. б.). Больной довольно хорошаго питанія и сложенія. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Сыпи на кожѣ не замѣтно. Селезенка перкуторно увеличена, но ясно прощупывать ее не удастся. Животъ немного вздутъ, безболѣзненъ. Въ легкихъ разсѣянные сонорные хрипы. П. 72.

15/вп (6) Одно ж. испр. На кожѣ груди и живота нѣсколько розеоль. Селезенка прощупывается своимъ краемъ. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. П. 104. Остальное безъ переменъ. 16/вп (7) Два ж. испр. Объективно безъ переменъ. 17/вп (8) Одно ж. испр. П. 92. Объективно тоже. 18/вп (9) Три ж. испр. П. 100. На кожѣ груди нѣсколько новыхъ розеоль. Селезенка прощупывается явственнѣе. Побреживаетъ. 19/вп (10) Два ж. испр. П. 92. Бредитъ, вскакиваетъ. Объективно попрежнему. 20/вп (11) Одно ж. испр. Бредъ продолжается, хотя сталъ спокойнѣе. Въ легкихъ сонорные хрипы. Появились нѣсколько розеоль на туловищѣ. П. 96. 21/вп (12) Два ж. испр. и два подъ себя. Бредъ продолжается. П. 100. Объективно тоже, что вчера. 22/вп (13) Три ж. испр. Бредитъ. П. 104. 23/вп (14) Два ж. стула. Остальное безъ переменъ. 24/вп (15) Восемь ж. испр. Бредитъ. П. 96. Въ легкихъ

сонорные хрипы. Спаль плохо. Объективно тоже, что раньше. 25/вп (16) и 26/вп (17) по три ж. испр. Въ остальномъ безъ переменъ. 27/вп (18). Два ж. стула. Бредъ. На кожѣ груди и живота свѣжія розеолы. Въ легкихъ тѣ же хрипы. П. 104. 28/вп (19) и 29/вп (20). По два ж. ст. Остальное тоже. 30/вп (21). Два ж. испр. П. 104. Въ легкихъ хриповъ въ большомъ количествѣ. Розеолы еще есть. 31/вп (22) и 1/вп (23) по два ж. испр. Бредитъ и вскакиваетъ. Розеолы еще есть. Хрипы въ томъ же положеніи. 2/вп (24). Четыре жидкихъ испр. Животъ мягокъ. Хриповъ еще порядочно. П. удовлетворительный. 3/вп (25). Два ж. испр. Животъ нѣсколько вздутъ. Хриповъ много. П. 112. 4/вп (26) Пять ж. испр., изъ нихъ два подъ себя. Бредитъ, вскакиваетъ. Языкъ влаженъ и чистъ. Хриповъ меньше. П. 84. 5/вп (27) Десять ж. испр. Потѣлъ. П. удовл. Животъ безболѣзненъ. Хрипы еще держатся, хотя ихъ поменьше. 6/вп (28) Одинъ ж. ст. П. удовл. Хрипы въ томъ же положеніи. 7/вп (29) Одинъ ж. ст. П. 84. Животъ нѣсколько вздутъ. Бредитъ. Хриповъ еще много. 8/вп (30) Три ж. ст. Сознаніе какъ-будто лучше. Больной покоинѣе. Животъ нѣсколько вздутъ, безболѣзненъ. Хрипы еще держатся. 9/вп (31) Одинъ ж. ст. Пульсъ дикротиченъ, 94. Хриповъ мало. Бредитъ, хотя сознаніе и общій видъ лучше. 10/вп (32) Одинъ ж. ст. Хриповъ еще меньше. Потѣлъ. Общее состояніе еще лучше. 11/вп (33) Животъ мягкій, самочувствіе удовлетворительно. 12/вп (34) Одинъ ж. ст. П. 72. Хочетъ ѣсть и встать. Хриповъ совсѣмъ немного. 13/вп (35) Дыханіе чисто, животъ мягкій, аппетитъ мучительный, П. 64. 14/вп (36) Все въ порядкѣ. Ѣсть хочетъ. 15/вп (37) Пульсъ хорошъ, но силы плохи. Стулъ правильный. Сильно требуетъ ѣсть. 16/вп (38) Одинъ ст. съ клизмой. П. 88. Языкъ почти совсѣмъ чистъ. Животъ мягокъ. *Гноетеченіе* изъ ушей обоихъ. 17/вп (39) Стула не было. Пульсъ хороший, животъ мягокъ. Аппетитъ большой. 18/вп (40), 19/вп (41) и 20/вп (42) По одному стулу. Проситъ ѣсть, хочетъ встать. Чувствуетъ вообще себя хорошо. Языкъ чистъ. 21/вп (43) Два ст. Гноетеченія изъ ушей почти нѣтъ.

23|vш (44) Стулъ правильный. Слухъ еще тугой. 23|vш (45) Все въ порядкѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи времени пребыванія больного въ больницѣ не отмѣчено въ исторіи ничего особеннаго. Гноетеченіе изъ ушей прекратилось совершенно на 51-й день болѣзни, и больной, достаточно подкрѣпившись и прибавившись немного въ вѣсѣ противъ дня поступления, выписался здоровымъ 3|ix, т. е. на 56-й день болѣзни.

Эпикризисъ. Брюшной тифъ тяжелаго теченія, (т^о пала только на 35-й день болѣзни). Гноетеченіе изъ ушей не отразилось на общемъ состояніи. Содержаніе больной получалъ тифозное. Изъ лѣкарствъ дано въ первые два дня по поступленіи, 2 раза въ день по 8 гр. Salacetol'a съ опіемъ по $\frac{1}{6}$ гр. и Natr. brom. по 10 гр., 3 раза въ день.

III. *Павелъ Савостьяновъ*, кр. 26 лѣтъ, дворникъ, поступилъ 18 іюля, съ жалобой на головную боль, общую слабость, отсутствіе аппетита и сильный поносъ. Больнаго бросаетъ то въ жаръ, то въ знобъ. Боленъ, по словамъ больного, дней девять.

18|vп (10-й д. б.). Больной средняго питанія и тѣлосложенія. Языкъ густо обложенъ бѣлымъ налетомъ. На кожѣ груди, живота и спины, среди блошиныхъ укусовъ, розеолезная сыпь. Селезенка перкуторно увеличена, а также прощупывается, твердой консистенціи, безболѣзненна. Въ легкихъ звонкіе хрипы въ небольшомъ количествѣ. Животъ немного вздутъ, безболѣзненъ. II. 88.

19|vп (11) Шестъ ж. испр. Въ мочѣ слѣды бѣлка. II. 92. Объективно тоже, что вчера. 20|vп (12) Десять ж. испр. II. 84. Объективно безъ перемѣнъ. 21|vп (13) Шестъ ж. испр. II. 84. Розеола попрежнему. 22|vп (14) Семь ж. испр. II. 88. Объективно безъ перемѣнъ. 23|vп (15) и 24|vп (16) Четыре ж. стула. II. 92. Остальное безъ перемѣнъ. 25|vп (17) Три ж. испр. II. 92. Розеола еще есть. Селезенка прощупывается своимъ краемъ. Въ легкихъ сонорные хрипы. 26|vп (18) Четыре ж. испр. II. 72. Объективно безъ перемѣнъ. 27|vп (19) Два ж. ст. Розеола еще есть. Селезенка прощупывается.

Въ легкихъ хрипы въ небольшомъ количествѣ. II. 72. 28|vп (20) и 29|vп (21) по два ж. ст. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. 30|vп (22) Три ж. испр. Селезенка еще прощупывается. II. 56. 31|vп (23) Одинъ ж. стулъ. Селезенка прощупывается. 1|vш (24) Одинъ ж. ст. Селезенка прощупывается лишь въ боковомъ положеніи. 2|vш (25). Одинъ стулъ съ клизмой. Животъ мягокъ. Хриповъ нѣтъ. Языкъ очищается. 3|vш (26) Одно ж. испр., Животъ мягкій, безболѣзненный. Хриповъ нѣтъ. *Вчера было сильное носовое кровотеченіе.* 4|vш (27). Одинъ стулъ полунормальный. Животъ нормаленъ. Дыханіе чисто. Языкъ очищается. 5|vш (28). Одинъ нормальный стулъ. II. 68. Повышеніе т^о на самочувствіи не отразилось. 6|vш (29) Животъ мягкій, безболѣзненный. 7|vш (30). Одинъ нормальный стулъ. Самочувствіе удовлетворительно. 8|vш (31). Все нормально. 9|vш (32). Стулъ нормальный. Животъ мягкій, безболѣзненный. 10|vш (33). Самочувствіе прекрасно. 11|vш (34)—21|vш (44). Тоже. Только селезенка остается доступной прощупыванію. Остальное теченіе времени пребывания больного въ больницѣ не прерывалось ничѣмъ ненормальнымъ, за исключеніемъ нѣкотораго увеличенія селезенки, которое у больного было, навѣрное, и до настоящей болѣзни. 1|ix, т. е. на 55-й день болѣзни больной выписанъ здоровымъ.

Эпикризисъ. Брюшной тифъ тяжелой формы: больной медленно, лишь въ теченіи мѣсяца могъ возстановить свои силы. Содержаніе больного было тифозное. Изъ лѣкарствъ давалось въ началѣ Bism. salicyl. и Magist. bism. по 8 гр. съ опіемъ по $\frac{1}{4}$ гр., 3 раза въ день.

IV. *Константинъ Морозовъ*, кр., 26 лѣтъ, лавочникъ, поступилъ въ больницу 20-го іюля съ явленіями головной боли, отсутствія аппетита, поноса и общей слабости. Больнаго бросаетъ то въ знобъ, то въ жаръ. Боленъ дней пять.

20|vп (6-й д. б.). Больной довольно порядочнаго питанія и тѣлосложенія. Языкъ густо обложенъ бѣлымъ налетомъ. На кожѣ груди, живота и спины розеолезная сыпь. Селезенка перкуторно нѣсколько увеличена, но ощупывать ее ясно не

удаётся. Животъ нѣсколько вздуть, безболѣзненъ. Со стороны легкихъ—ничего особеннаго. П. 92.

21|vп (7). Два ж. испр. П. 92. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Объективно тоже, что вчера. 22|vп (8). Четыре ж. ст. П. 88. Остальное безъ переменъ. 23|vп (9). Два ж. ст. П. 88. Селезенка прощупывается. Розеола попрежнему. 24|vп (10). Одно ж. испр. П. 84. Кашляетъ, въ легкихъ кое-гдѣ сонорные хрипы. 25|vп (11). Два ж. исп. П. 84. Розеоль больше. Въ легкихъ разсѣянные хрипы. Селезенка прощупывается. 26|vп (12)—28|vп (14). Два или три ж. испр. въ день. Остальное безъ переменъ. 29|vп (15). Два ст. съ клизмой. П. 76. 30|vп (16). Одинъ нормальный стулъ. 31|vп (17). Одинъ ж. ст. П. 76. Розеола блѣднѣе. Селезенка прощупывается лишь краемъ. Просить ѣсть. 1|vш (18). Одинъ ж. ст. Объективно тоже, что вчера. 2|vш (19). Самочувствіе хорошее. Аппетитъ сильнѣе. 3|vш (20). Стулъ гуще. Животъ мягкій. 4|vш (21). Одинъ нормальный стулъ съ клизмой. П. 88. Селезенка прощупывается немного. Хриповъ нѣтъ. 5|vш (22). Одно ж. испр. Аппетитъ большой. 6|vш (23). Тоже. 7|vш (24). Въ животѣ легкое урчанье. Языкъ не совсѣмъ очистился. 8|vш (25). Одинъ норм. стулъ. Животъ мягкій. 9|vш (26). Все въ порядкѣ. 10|vш (27)—12|vш (29). Стулъ нормальный. Остальное безъ переменъ. 13|vш (30). Два норм. стула. Самочувствіе хорошее. Селезенка не прощупывается. 14|vш (31). Все пришло къ нормѣ. 15|vш (32). Два норм. ст. Немного познабливаетъ. 16|vш (33). Языкъ очистился совершенно. Все въ порядкѣ. 17|vш (34). Здоровъ, хотя нѣсколько еще блѣденъ. 18|vш (35) и 19|vш (36). Тоже. 20|vш (37). Жалуется на боль въ поясницѣ. Объективно ничего особеннаго. 21|vш (38). Стулъ нормальный, цвѣтъ лица лучше. 24|vш (41). Больной выписался здоровымъ.

Эпикризисъ. Брюшной тифъ нормальнаго теченія, безъ всякихъ осложнений.—Содержаніе, тифозное, безъ лѣкарствъ.

V. *Александръ Петровъ*, кр. 19 лѣтъ, плотникъ, поступилъ въ больницу 24-го іюля, съ явленіями головокруженія,

общей слабости. Больнаго кидаетъ то въ знобъ, то въ жаръ. Поносъ. Перемогался съ недѣлю и наконецъ слегъ.

24|vп (8-й д. б.). Больной довольно порядочнаго питанія и тѣлосложенія. Языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ. На кожѣ масса блошиныхъ укусовъ, другой сыпи не замѣчается. Селезенка перкуторно увеличена, прощупать ее не удастся. Животъ нѣсколько вздуть. Въ легкихъ кое-гдѣ сонорные хрипы. П. 72.

25|vп (9). Два ж. ст. Въ мочѣ слѣды бѣлка. На кожѣ живота и спины нѣсколько розеоль. Остальное тоже, что вчера. П. 76. 26|vп (10). Тоже 27|vп (11). Пять ж. испр. Кашляетъ. Въ легкихъ разсѣянные хрипы. Розеола попрежнему. П. 72. 28|vп (12). Два ж. ст. съ клизмой. Остальное безъ переменъ. П. 92. 29|vп (13) и 30|vп (14). Три и семь ж. испр. П. 76. Остальное тоже. 31|vп (15). Шесть ж. испр. П. 88. Розеола еще есть. Животъ немного вздуть. Въ легкихъ хрипы въ порядочномъ количествѣ. 1|vш (16). Четыре ж. ст. П. 88. Селезенка прощупывается. Остальное безъ переменъ. 2|vш (17). Четыре ж. испр. П. 76, удовлетв. наполненія. Кашель порядочный. Въ легкихъ много мелкихъ хриповъ. Селезенка не прощупывается. 3|vш (18). Три ж. ст. П. 80. Хрипы покрупнѣе. 4|vш (19). Шесть ж. испр. П. 80. Остальное безъ переменъ. 5|vш (20). Два ж. ст. Сзади еще слышны довольно мелкіе хрипы. 6|vш (21). Четыре ж. ст. Хриповъ еще много. Самочувствіе лучше. 7|vш (22). Одинъ ж. ст. Пульсъ хорошій. Появился аппетитъ. Хрипы еще держатся. 8|vш (23). Три ж. ст. П. 52. Поправленіе идетъ благополучно. 9|vш (24). Два ж. ст. Самочувствіе хорошее. Хриповъ очень мало. 10|vш (25). Одинъ ж. ст. П. 52. Остальное тоже. 11|vш (26). Одинъ нормальный стулъ. 12|vш (27). Чувствуетъ себя хорошо. 13|vш (28). Стулъ нормальный. Языкъ чистъ. 14|vш (29). Тоже. Силы прибываютъ. 15|vш (30)—18|vш (33). Поправленіе шло гладко, непрерывно. 19|vш (34). Выписался по собственному настоящему желанію.

Эпикризисъ. Брюшной тифъ средней силы, съ катарральными явлениями въ легкихъ, но съ нормальнымъ теченіемъ.

Содержаніе больного было тифозное. Изъ лекарствъ одинъ разъ дано больному 10 гр. Salacetol'a въ началѣ, а въ теченіи болѣзни нѣсколько разъ р. Doweri.

VI. *Андрей Смуновъ*, кр., 21 л., фабричный, поступилъ въ больницу 11 августа съ жалобой на головную боль, жаръ, поносъ. Кашель два дня, былъ насморкъ. Расхворался постепенно, съ недѣлю.

11/уш (7-й д. б.) Больной хорошаго питанія и тѣлосложенія. Языкъ обложенъ. На кожѣ груди и живота розеолезная сыпь. Селезенка перкуторно увеличена и немного прощупывается своимъ краемъ. Въ легкихъ разсѣянные хрипы. Пульсъ 80, удовл. наполненія. Животъ нѣсколько вздутъ, неболѣзненъ.

12/уш (8) Одинъ ж. ст. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Высыпь обильнѣе. Животъ мягокъ, безболѣзненъ. 13/уш (8) Одинъ ж. ст. Животъ вздутъ умѣренно. Хриповъ нѣтъ. 14/уш (10) Два ж. ст. Потѣль, дыханіе чисто. П. 58. 15/уш (11) Все идетъ благополучно. 16/уш (12) Одинъ ж. ст. П. 64. Животъ нѣсколько чувствителенъ. Языкъ еще обложенъ. 17/уш (13) Стулъ правильный. Самочувствіе хорошее. Просить ѣсть. 18/уш (14) Стулъ правильный. Сильный аппетитъ. 19/уш (15)—26/уш (22) Поправленіе шло весьма гладко, безъ всякихъ осложненій. 27/уш (23) Больной выписанъ здоровымъ.

Эпикризисъ. Легкая форма брюшнаго тифа, протекшая быстро и безъ всякихъ осложненій. Больной получалъ тифозную діету. Лекарствъ не дано.

VII *Степанъ Вовеченковъ*, кр. 30 л., чернорабочій, поступилъ въ больницу 15-го августа. Дней съ десять назадъ сталъ чувствовать слабость, неохоту къ труду. Три дня назадъ совсѣмъ свалился: разболѣлась голова, открылся легкій поносъ, аппетитъ пропалъ.

15/уш (10-й д. б.) Больной сложенія и питанія прекраснаго. Кожа горяча, на ней характерныя тифозныя розеолы. Печень и селезенка прощупываются ясно, довольно плотной консистенціи, болѣзненны. Языкъ обложенъ. Въ легкихъ всюду

разлиты среднепузырчатые хрипы. Пульсъ хорошаго наполненія. Зѣвъ сильно гиперемированъ. «Чудится». 16/уш (11) Стула не было. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Потѣль, поспалъ. Хриповъ много. П. 92. 17/уш (12) Стула не было. Животъ мягкій. Хриповъ больше. Общее состояніе удовлетворительно. П. 96. 18/уш (13) Два ж. ст. Сильный кашель, въ легкихъ обильные хрипы. Появились новыя розеолы. П. 96. 19/уш (14) Одинъ норм. стулъ. П. 104. Въ легкихъ много среднепузырчатыхъ хриповъ. Животъ безболѣзненъ. 20/уш (15) Одинъ норм. ст. Пульсъ удовл. Хриповъ меньше. Самочувствіе удовлетворительно. 21/уш (16) Стула не было. Хрипы въ томъ же положеніи. Сознаніе полное. Животъ мягкій. Появились новыя розеолы, а прежнія разрослись. 22/уш (17). Одинъ норм. ст. П. 108, дикротиченъ. Больной вялъ. Розеолы прибавились. Хриповъ въ общемъ немного, но внизу легкихъ съ обѣихъ сторонъ много мелкихъ, мокрота съ ржавымъ оттѣнкомъ. 23/уш (18) Одинъ норм. ст. П. 108, лучше. Хриповъ много. Животъ безболѣзненъ. 24/уш (19) Стула не было. П. 100. Хрипы въ томъ же положеніи. П. 96, лучшаго наполненія. 25/уш (20) Пульсъ удовл. Общее состояніе безъ переменъ. Все спитъ, но отвѣчаетъ толково. На языкѣ по краямъ образовались язвочки. 26/уш (21) П. 84. Стула не было. Общее состояніе лучше. 27/уш (22) Одинъ ж. ст. П. 88, хорошаго наполненія. Хриповъ поменьше. Общій видъ будто лучше. 28/уш (23) П. 84. Хриповъ меньше Потѣль. Общее состояніе лучше. Попросилъ ѣсть. 29/уш (24). Языкъ влаженъ, хриповъ меньше и они крупнѣе. Стула не было. П. 80. 30/уш (25) Хриповъ значительно меньше. Одинъ полужидкій ст. П. 76. Просить ѣсть. 31/уш (26). Кашля мало, хрипы еще есть. Аппетитъ хорошій. 1/ix (27). Одинъ ж. ст. 2/ix (28). Общее состояніе рѣзко улучшилось. 3/ix (29)—5/ix (31) Стулъ нормальный, пульсъ 72, удовлетворительный.—6/ix (32). Хриповъ мало, языкъ чистъ. 7/ix (33). Все въ порядкѣ. Самочувствіе вполне удовлетворительно. 8/ix (34)—11/уш (37) тоже. 14/ix (40). Хриповъ не слышно. Иногда потѣть. Въ дальнѣйшемъ поправленіе больного шло совершен-

но нормально, и 18/ix (44) больной выписался из больницы здоровымъ.

Эпикризисъ. Нормальный тифъ съ 24-хъ дневной лихорадкой. Обычный бронхитъ захватилъ много мелкихъ бронховъ, и хрипы держались все время выздоровленія больного. — Содержаніе было тифозное, безъ лѣкарствъ.

VIII. *Кондратій Матвѣевъ*, кр. 19 л., чернорабочій, поступилъ въ больницу 19-го августа. Боленъ дней шесть, расхварывался постепенно. Чувствуетъ головную боль, слабость и жаръ.

19/viii (6-й д. б.) Больной хорошаго питанія и тѣлосложенія. Гиперемія зѣва. Языкъ обложенъ. Селезенка увеличена перкуторно, прощупать ее не удается. Паховыя железки также увеличены. Status typhosus. Въ легкихъ хриповъ мало.

20/viii (7). Одинъ ж. ст. Въ мочѣ бѣлокъ. П. 88. Хриповъ почти нѣтъ. Языкъ сухой. Животъ немного вздутъ, селезенка прощупывается неясно. 21/viii (8) Одинъ ж. ст. Животъ мягче. Хриповъ мало. Селезенка прощупывается ясно. Розеола не видно. 22/viii (19) Два ж. ст. П. 88. Появились первыя нѣсколько розеолъ. Остальное тоже. 23/viii (10) Одинъ ж. ст. П. 92. Потѣлъ. Животъ сильно вздутъ. Хриповъ мало. Вчера вечеромъ былъ очень возбужденъ, такъ что темя и затылокъ натирали льдомъ. Утромъ сильно потѣлъ. П. удовлетворительный. 24/viii (11) Четыре ж. ст. Животъ мягче. Хриповъ нѣтъ. Общее состояніе лучше. 25/viii (12) Шесть ж. испр. Остальное тоже. 26/viii (13) Два ж. ст. П. 76. Общее состояніе лучше. 27/viii (14) Два ж. ст. П. 64. Самочувствіе лучше. 28/viii (15) тоже. 29/viii (16) Стула не было. Хриповъ нѣтъ. П. 64. Общее состояніе лучше. 30/viii (17) Два ж. ст. Кашля нѣтъ. Самочувствіе вполнѣ удовлетворительно. 31/viii (18) П. 52. Явился аппетитъ. 1/ix (19) Стула не было. Аппетитъ хорошій. 2/ix (20) Одинъ норм. стулъ съ клизмой. Самочувствіе очень хорошо. 3/ix (21) Поправляется постепенно. 4/ix (22) Жалуются на боль въ животѣ. Объективно никакихъ перемѣнъ. 5/ix (23) Два норм. ст. П. 72. Общее состояніе хорошее. Языкъ очищается. 6/ix (24) Объек-

тивно безъ перемѣнъ. Аппетитъ большой. 7/ix (25) Стула не было. Животъ мягкій, безболѣзненный. 8/ix (26) Стулъ нормальный, чувствуетъ себя хорошо. 11/ix (27) тоже. Въ дальнѣйшемъ теченіи поправленіе больного шло нормальнымъ образомъ, только на правой сторонѣ грудной клѣтки и живота на 26 д. б. появилась экзема, быстро уступившая дѣйствию висмутовой мази. Больной долго оставался анемичнымъ и по временамъ жаловался на боль въ головѣ и области желудка, хотя безъ объективныхъ измѣненій въ органахъ. 13/x (62) больной выписался изъ больницы здоровымъ.

Эпикризисъ. Тяжелый брюшной тифъ, съ рѣзко выраженнымъ на 2-й недѣлѣ st. typhosus и остальными явленіями. Въ безлихорадочномъ періодѣ отмѣчена экзема, быстро исчезнувшая подъ вліяніемъ леченія. Помимо тифозной порціи, изъ лѣкарствъ больной получалъ T-ra valer. aeth., Mag. bism, по 0,3, три раза въ день, и Mixt. Stokes'a.

IX. *Григорій Федоровъ*, кр. 19 лѣтъ, фабричный, поступилъ въ больницу 18 августа. Недѣли съ полторы чувствуетъ себя слабымъ, трудно было работать, потерялъ аппетитъ, кидало то въ знобъ, то въ жаръ, потѣлъ, появился кашель и поносъ.

18/viii (10-й д. б.). Больной хорошаго сложенія и питанія. Зѣвъ умѣренно гиперемированъ. Языкъ сильно обложенъ бѣлымъ, толстымъ налетомъ. На горячей кожѣ характерныя розеола. Селезенка ясно увеличена и болѣзненна. Лимфатическія железы, особенно паховыя, тоже. Животъ умѣренно вздутъ, болѣзненъ. Въ легкихъ умѣренное количество хриповъ, Пульсъ 120.

19/viii (11) Стула не было. П. 96. Общее состояніе удовлетворительно. 20/viii (12) Стула не было. Животъ умѣренно вздутъ и болѣзненъ, особенно въ правой подвздошной области. Розеола прибавились. П. 100, удовл. наполненія. Общее состояніе подавленное. 21/viii (13) Одинъ ж. ст. съ клизмой. Хриповъ почти нѣтъ. П. 96. Остальное въ томъ же положеніи. 22/viii (14) Стула не было. Потѣлъ. П. 96. Розеола еще обильнѣе. Остальное тоже. 23/viii (15) П. 72. Животъ, хотя

еще болѣзненъ, но мягокъ. Общее состояніе получше. 24|vш (16) П. 88. Одинъ ж. ст. Животъ мягокъ, безболѣзненъ. 25|vш (17) Одинъ ж. ст. П. 76. Хочетъ ѣсть. 26|vш (18) Стула не было. Лимфат. железы остаются увеличенными. Селезенка прощупывается. Дыханіе чисто. П. 64. 27|vш (19) П. 68. Животъ мягкій, не чувствителенъ къ давленію. Самочувствіе хорошо. 28|vш (20) Стулъ нормальный. Просить ѣсть. 29|vш (21) Одинъ ст. съ клизмой. Языкъ чистъ, селезенка еще прощупывается. П. 60. 30|vш (22) П. 64. Селезенка не прощупывается. 31|vш (23) Стулъ нормальный, просится встать. 1|ix (23) Два норм. ст. Самочувствіе хорошее. 2|ix (25) Одинъ норм. ст. Еще блѣденъ. 3|ix (26) Стулъ нормальный: Чувствуетъ себя хорошо. 4|ix (27) Селезенка не прощупывается.—Въ дальнѣйшемъ теченіи не отмѣчено ничего особеннаго, кромѣ небольшой анеміи. Поправленіе шло нормальнымъ образомъ и 12|vш (35) больной выписался здоровымъ.

Эпикризисъ. Совершенно нормальнаго теченія брюшной тифъ, безъ осложненій.

Х. *Яковъ Юрьевъ*, кр., 16 лѣтъ, чернорабочій, поступилъ въ больницу 21 августа. Боленъ, по словамъ больного, около двухъ недѣль. Расхварывался постепенно. Первую недѣлю перемогался на ногахъ, а съ недѣлю лежитъ. Началась болѣзнь съ головной боли, зноба и жара, попеременно. Потѣеть и кашляетъ. Былъ насморкъ.

21|vш (14-й д. б.). Больной удовлетворительнаго сложенія и питанія. Рѣзкая гиперемія зѣва. На горячей кожѣ груди и живота розеолезная сыпь. Замѣтный *status typhosus*. Селезенка прощупывается неясно, но область ея болѣзненна. Животъ мягкій, безболѣзненный. Въ легкихъ хриповъ не слышно.

22|vш (15). Одинъ ж. ст. П. 112. Животъ немного вздутъ, безболѣзненъ. Спаль хорошо. Край селезенки прощупывается совсѣмъ ясно. Розеола развились явственнѣе. Хриповъ очень мало. 23|vш (16) Три ж. ст. П. 116. Общее состояніе удовлетворительно. 24|vш (17) Четыре ж. ст.

П. 104. Животъ порядочно вздутъ. Въ легкихъ появились хрипы въ умѣренномъ количествѣ. 25|vш (18) Одинъ ж. стулъ. Остальное безъ измѣненій. 26|vш (19) и 27|vш (20) тоже. 28|vш (21) одинъ ж. ст. П. 112. Сталь кашлять, въ легкихъ повсюду появились среднепузырчатые хрипы, въ умѣренномъ количествѣ. 29|vш (22). Одинъ ж. ст. Хриповъ меньше. П. 100. Самочувствіе удовлетворительно. 30|vш (23). Тоже. 31|vш (24) Одинъ ж. ст. П. 76. Дыханіе чисто, кашель небольшой. Явился аппетитъ. 1|ix (25) Одинъ нормальный стулъ. П. 100. Кашель сильнѣе, хриповъ мало. Съ лѣвой стороны подъ лопаткой какъ будто шумъ тренія плевры. 2|ix (26) Одинъ ж. ст. П. 68. Капля значительно меньше. 3|ix (27) Одинъ ж. ст. П. 76. Хриповъ совсѣмъ мало. Самочувствіе хорошо. 4|ix (28) и 5|ix (29) Тоже. 6|ix (30) Одинъ стулъ послѣ клизмы. Хриповъ не слышно. Просить ѣсть. 7|ix (31) Стула не было. Дыханіе чисто. 8|ix (32) П. 60. Чувствуетъ себя хорошо. Языкъ чистъ. Аппетитъ хороший. 9|ix (33)—11|ix (35) Стулъ нормальный, съ клизмой. Самочувствіе хорошее. Въ дальнѣйшемъ теченіи, съ 20|ix (44) по 25|ix (49) у больного развилась *orchitis sin.* съ повышеніемъ t° до $39,5^{\circ}$. Подъ вліяніемъ противовоспалительнаго леченія острия явленія вскорѣ исчезли, но лѣвое яичко и въ день выписки 10|ix (64) оставалось нѣсколько увеличеннымъ. Передъ тѣмъ, какъ воспалилось яичко, въ мочѣ замѣчена гнойная муть.

Эпикризисъ. Нормальный тифъ, осложнившійся на 46-й день болѣзни (въ періодъ выздоровленія) лѣвост. орхитомъ. Содержаніе тифозное. Леченіе припадочное.

XI. *Александръ Арсеньевъ*, кр. 30 л., маляръ, поступилъ въ больницу 24-го августа. Нездоровъ полторы недѣли. Недѣлю перемогался. Болѣла голова, то знобило, то кидало въ жаръ. Пропалъ аппетитъ. Стулъ жидкій. Дней шесть, какъ слегъ. Появился кашель.

24|vш (11-й д. б.). Больной прекраснаго сложенія и избыточнаго питанія. Животъ вздутъ и болѣзненъ въ правой половинѣ. На кожѣ живота и груди розеола. Селезенка про-

щупывается и болѣзненна. Лимфатическія железы увеличены незначительно. Въ легкихъ довольно много хриповъ. Зѣвъ гиперемированъ. Языкъ обложенъ умеренно. Пульсъ удовлетворительнаго наполненія.

25|vш (12) Одинъ ж. ст. Животъ вздутъ, болѣзненъ. Хриповъ немного. Пульсъ удовл. 26|vш (13) Одинъ ж. ст. П. 84. Жалуется на животъ. Послѣдній вздутъ и болѣзненъ. Остальное безъ переменъ. 27|vш (14) П. 92. Болѣзненность живота гораздо меньше, самъ онъ мягче. Хриповъ мало. Самочувствіе лучше. 28|vш (15) П. 92. Состояніе къ лучшему. 29|vш (16) П. 88. Стула не было. Остальное тоже. 30|vш (17) П. 92. Стулъ послѣ клизмы. Животъ мягокъ, безболѣзненъ. Хриповъ очень мало. 31|vш (18) П. 96. Самочувствіе лучше. 1|ix (19) тоже. 2|ix (20) Одинъ стулъ послѣ клизмы. П. 92. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительно. 3|ix (21) Одинъ ж. ст. Потѣль. Остальное безъ измѣненій. 4|ix (22) П. 88. Потѣть. 5|ix (23) П. 92. Хочетъ ѣсть. 6|ix (24) Одинъ ст. послѣ клизмы. Потѣть сильно. 7|ix (25) Одинъ нормальный стулъ. П. 80. Дыханіе еще не совсѣмъ чисто. Страдаетъ голодомъ. 8|ix (26) тоже. 9|ix (27) Чувствуетъ себя хорошо. 10|ix (28) Одинъ нормальный стулъ. Кашля очень мало. Дыханіе чисто. 11|ix (29) Стулъ нормальный. Все въ порядкѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни не отмѣчено никакихъ уклоненій отъ нормы, и больной, поправляясь довольно быстро и непрерывно, 26|ix (44) выписался изъ больницы здоровымъ.

Эпикризисъ. Нормальный тифъ, съ трехнедѣльной лихорадкой. Содержаніе больного было тифозное. Лѣченіе симптоматическое. — Всѣ больные получали также ванны.

2. Таблицы.

№ 1.

Дни болѣзни.	t° тѣла.		Диаореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Формы растворенія.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
10	38,5	39,2	рѣзкая	3125	—	—	—	—	—
11	39,0	39,2	тоже	2900	—	—	—	—	—
12	38,5	38,6	тоже	3750	—	—	—	—	—
13	38,5	38,2	средняя	3600	—	—	—	—	—
14	37,8	38,6	слѣды	4200	21,9	5,7	56,9	—	15,3
15	37,6	39,0	средняя	3200	—	—	—	—	—
16	38,0	38,2	слѣды	3800	23,4	5,7	52,0	—	18,9
17	38,0	39,3	тоже	3400	24,0	6,0	56,0	—	14,0
18	37,0	37,9	тоже	3200	23,4	7,6	53,7	—	15,2
19	37,0	39,2	тоже	3400	—	—	—	—	—
20	38,2	39,0	тоже	4400	—	—	—	—	—
21	38,6	39,0	тоже	2800	—	—	—	—	—
22	38,0	39,0	тоже	4400	—	—	—	—	—
23	37,5	38,5	тоже	4400	26,8	5,9	56,7	—	10,4
24	37,4	38,0	тоже	3600	23,0	5,0	59,0	—	13,0
25	36,7	37,5	тоже	5000	24,7	5,7	60,0	—	9,5
26	36,2	37,5	нѣтъ	5400	26,7	8,4	54,9	—	9,8
27	36,3	36,8	—	5800	24,0	7,0	61,0	1,0	7,0
28	36,1	36,5	—	5600	28,5	9,4	56,4	—	5,7
29	36,6	36,8	слѣды	6200	—	—	—	—	—

Дни болѣзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерныя.	Эозинофилы.	Формы раство-реній.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
30	36,7	37,0	нѣтъ	7200	24,3	4,5	65,1	1,5	4,5
31	36,8	37,0	—	7600	—	—	—	—	—
32	36,7	37,0	—	8200	21,0	8,0	68,0	—	3,0
33	37,3	36,7	—	8200	20,0	5,0	72,0	—	3,0
	37,0	36,6	—	—	—	—	—	—	—
№ II.									
7	39,3	39,7	рѣзкая	3600	19,5	7,5	64,0	—	9,0
8	40,2	40,0	тоже	3200	—	—	—	—	—
9	39,8	40,0	тоже	3800	22,0	5,0	63,0	—	10,0
10	39,8	39,7	—*)	4400	—	—	—	—	—
11	39,3	39,1	тоже	4800	21,6	6,0	64,3	—	8,0
12	39,0	39,9	—*)	4200	—	—	—	—	—
13	39,0	39,6	—*)	4000	23,5	6,5	61,5	—	8,5
14	38,6	39,5	тоже	4400	20,7	6,8	61,0	—	11,4
15	39,2	39,9	средняя	4600	22,7	6,4	54,3	—	16,6
16	39,3	39,8	тоже	4400	—	—	—	—	—
17	38,6	39,9	тоже	4400	25,0	6,2	52,0	—	16,7
18	39,4	39,9	тоже	4200	—	—	—	—	—
19	38,8	39,1	тоже	4800	—	—	—	—	—
20	38,8	38,9	тоже	4000	24,0	6,0	56,0	—	14,0
21	39,3	40,6	тоже	3200	24,0	7,0	55,0	—	14,0

*) Мочи не было.

Дни болѣзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Формы раство-реній.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
22	40,0	40,2	тоже	3800	24,3	5,0	59,6	—	11,1
23	40,4	39,7	слѣды	3200	—	—	—	—	—
24	38,2	39,1	тоже	3200	—	—	—	—	—
25	38,2	39,1	нѣтъ	2600	—	—	—	—	—
26	38,6	37,8	—	3800	21,0	7,5	59,0	—	12,5
27	38,0	38,3	—	2800	—	—	—	—	—
28	38,0	39,4	—	4000	—	—	—	—	—
29	38,8	38,6	—	3800	21,0	8,0	60,0	—	11,0
30	38,0	38,4	—	4200	24,0	8,6	58,4	—	9,0
31	38,1	39,6	—	3600	—	—	—	—	—
32	37,0	37,8	—	3800	—	—	—	—	—
33	36,6	36,9	—	4600	—	—	—	—	—
34	36,5	36,9	—	4600	—	—	—	—	—
35	36,2	36,9	—	4200	—	—	—	—	—
37	35,6	36,3	—	4200	26,8	7,8	59,4	1,0	4,8
39	36,5	36,8	—	4800	25,5	6,1	64,8	—	3,6
41	36,0	36,7	—	5400	20,4	6,1	70,4	—	3,1
43	36,3	36,8	—	6600	—	—	—	—	—
№ III.									
11	38,8	39,5	рѣзкая	4600	—	—	—	—	—
12	39,4	39,7	тоже	4200	21,0	4,2	59,0	—	15,8
13	39,2	40,0	тоже	4800	—	—	—	—	—
14	39,0	38,8	тоже	3400	19,0	4,8	60,8	—	15,2

Дни болъзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворенія.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
15	39,3	39,1	тоже	3200	—	—	—	—	—
16	39,3	39,2	тоже	4400	20,7	6,0	55,8	—	17,4
17	38,7	38,6	тоже	3800	21,6	4,8	58,6	—	14,8
18	38,7	38,4	тоже	3200	24,0	5,0	56,0	—	14,9
19	38,1	38,7	средняя	3600	—	—	—	—	—
20	37,4	37,9	слѣды	4200	20,5	7,9	58,9	—	12,6
21	36,9	37,9	тоже	4200	—	—	—	—	—
22	36,8	36,6	нѣтъ	3600	—	—	—	—	—
23	37,0	37,8	—	2800	—	—	—	—	—
24	37,0	37,7	—	4000	—	—	—	—	—
25	38,2	38,2	—	3600	—	—	—	—	—
26	36,7	37,3	—	4200	—	—	—	—	—
27	37,2	39,1	—	3600	—	—	—	—	—
28	38,6	37,2	слѣды	3400	19,0	5,5	64,1	—	11,4
29	37,1	36,8	нѣтъ	3000	20,0	6,8	61,6	—	11,5
30	36,3	36,2	—	4700	—	—	—	—	—
31	36,6	36,6	—	5600	26,7	7,2	60,6	—	5,4
33	36,4	36,9	—	6600	30,5	5,0	60,0	—	4,4
35	36,6	36,6	—	6200	—	—	—	—	—
37	37,3	36,9	—	7100	27,8	6,6	61,1	—	4,3
39	36,1	37,3	—	7600	27,2	7,0	60,9	—	4,6
42	36,8	37,0	—	7200	24,9	6,6	64,8	—	3,5
44	36,4	36,6	—	7600	24,3	6,0	66,0	—	3,6

Дни болъзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворенія.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
8	38,9	40,2	средняя	4200	19,0	6,7	62,5	—	11,8
9	38,2	40,0	тоже	5600	20,4	5,9	61,0	—	12,6
10	39,8	39,8	тоже	5400	—	—	—	—	—
11	38,3	39,9	слѣды	5400	20,7	6,3	60,9	—	11,9
12	38,0	38,6	тоже	5000	24,0	6,0	61,0	—	9,0
13	38,0	38,1	тоже	4400	—	—	—	—	—
14	37,7	38,1	нѣтъ	4400	24,3	4,6	62,6	—	8,3
15	36,6	38,0	—	3800	—	—	—	—	—
16	36,8	38,0	—	3600	—	—	—	—	—
17	37,3	36,6	—	5800	—	—	—	—	—
18	37,2	37,5	—	5000	28,0	4,4	60,8	—	6,7
19	36,9	37,6	—	5800	—	—	—	—	—
20	36,8	38,1	—	5800	—	—	—	—	—
21	37,0	37,1	—	5400	—	—	—	—	—
22	36,8	37,7	—	5800	—	—	—	—	—
23	36,5	37,4	—	6000	—	—	—	—	—
24	36,6	37,3	—	6000	—	—	—	—	—
26	36,8	36,9	—	6000	26,4	6,0	64,5	—	3,0
28	36,7	36,5	—	7600	21,0	6,6	68,8	—	3,4
31	36,8	37,6	—	7200	—	—	—	—	—
33	37,1	37,1	—	6800	23,8	6,6	66,0	—	3,3
34	36,6	37,0	—	—	—	—	—	—	—
36	37,0	36,8	—	8000	22,5	5,5	68,5	0,6	2,8

№ V.

Дни болѣзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворения.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
10	39,0	39,6	рѣзкая	4000	21,1	5,2	60,3	—	13,3
11	39,3	39,7	тоже	4200	—	—	—	—	—
12	38,7	40,0	тоже	3800	20,2	4,4	61,0	—	14,3
13	40,0	39,6	средняя	4400	—	—	—	—	—
14	38,8	39,9	тоже	2800	19,6	5,0	60,2	—	15,0
15	39,0	39,2	тоже	3800	21,2	8,2	57,5	—	12,9
16	40,0	40,1	тоже	4400	—	—	—	—	—
17	38,7	39,0	тоже	4400	22,0	7,2	58,5	—	12,2
18	38,3	38,9	тоже	4200	22,4	9,1	59,0	—	9,4
19	38,4	38,6	тоже	5200	—	—	—	—	—
20	37,6	37,7	слѣды	4500	26,9	6,0	60,0	—	6,9
21	37,8	38,0	тоже	4000	—	—	—	—	—
22	37,8	36,8	тоже	4500	26,6	6,0	57,1	—	10,1
23	37,4	35,8	тоже	3600	—	—	—	—	—
24	36,1	36,0	тоже	3200	—	—	—	—	—
25	37,0	35,5	нѣтъ	4000	—	—	—	—	—
26	36,3	36,0	—	5600	—	—	—	—	—
27	36,0	35,4	—	6000	—	—	—	—	—
28	36,1	36,0	—	5200	—	—	—	—	—
29	36,0	36,3	—	6200	—	—	—	—	—
31	36,6	36,8	—	5400	24,7	5,1	66,7	—	3,4
34	36,5	—	—	7400	24,0	5,3	66,6	—	4,0

№ VI.

Дни болѣзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворения.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
8	37,7	38,9	средняя	4100	23,0	6,0	58,0	—	13,0
9	38,1	39,0	тоже	3900	22,8	6,7	58,4	—	11,9
10	37,6	38,3	тоже	4200	24,0	6,0	58,0	—	12,0
11	37,4	37,4	тоже	5200	21,7	8,4	57,3	—	12,5
12	36,9	36,7	слѣды	4600	21,9	7,6	59,0	—	11,3
13	36,5	36,0	тоже	5800	—	—	—	—	—
14	36,0	36,8]	нѣтъ	6600	—	—	—	—	—
15	36,7	36,8	—	7100	—	—	—	—	—
17	36,0	36,2	—	6200	23,2	7,0	59,5	0,9	9,3
20	36,2	36,8	—	7000	22,0	6,0	67,0	1,0	4,0

№ VII.

17	39,8	39,9	рѣзкая	4400	20,0	8,0	57,3	—	14,6
18	39,7	39,9	тоже	6600 *)	—	—	—	—	—
19	39,8	39,8	тоже	3800	—	—	—	—	—
20	39,1	39,2	тоже	3400	21,3	7,1	56,1	—	15,3
21	39,1	39,0	тоже	2900	20,5	6,5	60,5	—	12,5
22	39,0	38,2	тоже	3800	—	—	—	—	—

*) Кровь взята послѣ обѣда.

Дни болѣзни.	t° тѣла.		Диареяция.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворяющ. ренн.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
23	38,7	38,6	тоже	3600	—	—	—	—	—
24	37,5	38,0	средняя	3600	—	—	—	—	—
25	36,8	37,4	тоже	3800	23,6	4,5	61,1	—	10,6
26	36,1	37,2	слѣды	4000	25,4	6,2	59,3	—	9,0
27	36,1	36,8	нѣтъ	4400	—	—	—	—	—
28	36,0	36,2	—	5400	—	—	—	—	—
29	36,0	36,3	—	4800	23,4	4,6	63,5	—	8,4
30	35,7	35,6	—	4800	24,0	7,0	61,0	—	8,0
31	35,9	35,7	—	5200	25,4	6,2	64,6	—	3,5
32	36,2	36,4	—	5600	26,0	7,0	61,0	—	6,0
33	36,0	36,3	—	5800	—	—	—	—	—
34	36,1	37,0	—	6200	24,9	6,1	63,4	—	5,4
35	36,7	36,5	—	7800	—	—	—	—	—
36	36,9	36,0	—	8000	26,0	6,0	66,0	—	2,0
№ VIII.									
9	39,8	39,9	рѣзкая	3800	—	5,4	60,4	—	14,1
10	39,5	38,8	тоже	3600	20,1	—	—	—	—
11	39,4	39,5	тоже	3200	—	—	—	—	—

Дни болѣзни.	t° тѣла.		Диареяция.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворяющ. ренн.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
12	39,1	38,9	тоже	4200	—	—	—	—	—
13	38,7	38,4	тоже	3700	21,2	4,3	57,7	—	16,6
14	38,5	37,8	тоже	3600	—	—	—	—	—
15	37,9	38,0	тоже	4400	20,4	4,4	56,2	—	18,9
16	37,5	38,2	средняя	4200	20,0	4,7	56,2	—	19,0
17	37,4	37,4	тоже	4800	21,2	4,4	59,5	—	14,6
18	37,5	37,9	слѣды	4800	21,5	5,9	60,3	—	12,0
19	36,2	37,2	нѣтъ	4600	—	—	—	—	—
20	36,7	37,3	—	5600	24,1	5,5	60,0	—	10,3
21	36,9	36,7	—	4800	26,0	6,0	56,0	—	12,0
22	36,2	37,2	—	4800	—	—	—	—	—
23	36,6	36,9	—	5600	23,0	7,5	60,0	—	9,5
24	36,8	37,1	—	6400	22,5	5,4	65,9	—	6,0
25	36,5	37,3	—	5200	22,3	4,2	66,7	—	6,6
26	36,3	37,3	—	6400	—	—	—	—	—
27	36,5	37,3	—	8000	21,4	5,2	68,8	—	4,5
28	37,8	37,1	—	6400	19,4	4,4	71,0	—	5,0
29	37,2	36,8	—	8000	23,7	5,6	66,2	—	4,4

№ IX.

Дни болѣзни.	t° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворенія.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
14	38,1	38,8	средняя	4000	22,0	7,6	61,0	—	9,3
15	37,1	38,2	тоже	4800	22,5	8,0	60,0	—	9,5
16	36,4	38,5	слѣды	4800	24,5	6,3	59,5	—	9,6
17	36,6	37,5	тоже	5200	—	—	—	—	—
18	37,2	37,3	нѣтъ	4400	26,5	5,0	61,0	—	7,5
19	36,5	36,4	—	5100	—	—	—	—	—
20	36,1	36,5	—	5100	21,7	5,6	65,6	—	7,0
21	36,4	36,2	—	4800	—	—	—	—	—
22	36,8	36,5	—	5600	22,6	4,5	65,3	1,3	6,1
23	36,5	37,3	—	5600	25,0	5,0	66,5	—	3,5
24	36,3	36,5	—	5600	—	—	—	—	—
25	36,4	36,6	—	7200	20,1	6,1	70,2	—	3,5
26	36,6	36,5	—	6200	22,8	5,7	67,2	—	4,1
27	36,4	36,1	—	7400	21,4	5,6	69,4	—	3,5

№ X.

18	38,9	39,0	рѣзкая	3800	20,5	5,8	61,0	—	12,6
19	38,8	39,1	тоже	3800	—	—	—	—	—
20	38,6	38,8	тоже	4800	—	—	—	—	—

Дни болѣзни.	t° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворенія.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
21	38,6	38,3	средняя	5200	—	—	—	—	—
22	38,5	39,1	тоже	4200	20,6	5,2	62,3	—	11,8
23	38,1	38,6	тоже	4200	21,0	6,0	64,0	—	9,0
24	37,2	38,0	нѣтъ	5400	21,8	6,0	62,9	—	9,2
25	37,1	37,8	—	5800	—	—	—	—	—
26	37,0	37,7	—	4400	20,6	5,5	65,7	—	8,1
27	36,8	36,6	—	4200	—	—	—	—	—
28	36,9	36,7	—	4400	23,0	5,3	63,6	—	8,0
29	36,7	36,2	—	5200	29,0	5,4	60,9	—	4,6
30	36,7	36,2	—	6400	25,5	4,6	65,4	—	4,4
31	36,0	35,2	—	5200	—	—	—	—	—
32	36,7	36,0	—	7200	26,1	5,3	61,4	1,1	6,0
33	36,0	36,4	—	6600	25,5	5,7	64,4	—	4,2
34	36,3	36,4	—	7000	19,0	3,2	74,5	—	3,2
35	36,2	36,7	—	7400	24,1	4,6	67,8	—	3,4

№ XI.

14	39,3	39,4	рѣзкая	3400	19,3	4,9	61,2	—	14,4
15	38,8	39,3	тоже	3000	20,0	4,0	62,0	—	14,0
16	38,6	39,8	средняя	3600	—	—	—	—	—

Дни болѣзни.	° тѣла.		Диазореакція.	Число бѣлыхъ шариковъ.	Лимфоциты въ %.	Одноядерные.	Многоядерные.	Эозинофилы.	Форма растворенія.
	Утромъ.	Вечеромъ.							
17	38,8	39,3	тоже	3600	21,0	3,0	60,0	—	16,0
18	38,6	39,5	тоже	3800	21,9	3,6	61,0	—	13,4
19	39,0	39,3	тоже	4600	20,0	4,3	64,3	—	11,3
20	38,5	39,0	тоже	4200	—	—	—	—	—
21	38,5	39,0	слѣды	4600	21,0	4,1	62,8	—	11,9
22	38,0	37,8	нѣтъ	3800	21,0	6,5	61,0	—	11,5
23	36,9	37,5	—	4600	—	—	—	—	—
24	36,9	36,7	—	4400	23,0	4,6	64,6	—	7,6
25	36,2	36,7	—	5200	—	—	—	—	—
26	36,5	36,6	—	5800	21,5	5,9	67,4	—	5,1
27	36,2	36,4	—	6200	25,0	5,5	64,3	—	5,1
28	36,0	36,9	—	7000	24,5	4,5	66,4	—	4,5
29	36,3	36,6	—	7400	24,1	5,4	6,8	—	3,6

ЛИТЕРАТУРА.

1. Ehrlich, Zeitschrift für klinische Medicin, т. V, 1882.
2. Brewing, Zeitschrift für klinische Medicin, т. X, 1886.
3. Rüttimeyer, реф. во «Врачъ» № 41, 1890.
4. Krokiewicz, реф. во «Врачъ» № 41, 1898.
5. Горбуновъ. Военно-Мед. Журналъ, Ноябрь 1899, стр. 961.
6. Георгиевскій. «Врачъ» № 28, 1883.
7. Долговъ. «Врачъ» № 21, 1896.
8. Rüttimeyer Schmidt's Jahrbücher, т. CCXXVIII. (цит. по Э. К. Гейслеру).
9. Iez. Wiener medicinische Wochenschrift, № 52, 1896.
10. Гейслеръ Э. К. «Врачъ», № 9, 1898.
11. Боткинъ, Е. С. О клиническомъ примѣненіи формъ растворенія бѣлыхъ шариковъ крови. 1898. СПб.
— Его-же. О Лейкоцитозѣ. Отд. Оттискъ изъ Болыа газ. Боткина 1895 г.
12. Halla. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. IV. 1883.
13. Naum. Dusage et de ses altérations anatomiques 1889. Paris.
14. Усковъ. Кровь, какъ ткань. 1890. СПб.
— Его-же. Нѣсколько отвѣтовъ съ секц. стола клиницисту. Арх. биолог. наукъ 1893 г.
15. Хетагуровъ. Патолого-анатомическія измѣненія крови при брюшномъ тифѣ. Дисс. 1891 СПб.
16. Дробный. Русскій Архивъ проф. Подвысоцкаго т. II, 1896, стр. 317 и сл.
- 17 и 18. Тамъ же.
19. Loewit. Studien zur Phys. und Path. des Blutes und der Lymphe. Jena. 1892.
20. E. Botkin. Zur Morphologie des Blutes und der Lymphe. Virchow's Archiv. т. 145. 1896.
21. Чистовичъ. Н. Я. Русскій Архивъ Подвысоцкаго, т. II, 1896.
22. Демьянцевичъ. Къ вопросу о гиполейкоцитозѣ. Дисс. 1898. СПб.
23. Ranvier. La semaine medicale. № 10. 1897.
24. Benda. Verhandlungen der phys. Gesellsh. zu Berlin. 7 febr. 1896 (цит. по Е. С. Боткину).
25. Кудринъ. Объ измѣненіи морф. состава крови въ теченіе возвр. тифа. Дисс. 1898. СПб.
26. Степановъ. О вліянніи ризина при отравленіи и иммунизации на лейкоциты. Дисс. 1899. СПб.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Методы гематологіи, не смотря на блестящія перспективы, открываемыя этою отраслю науки, къ сожалѣнію, еще далеки отъ совершенства и абсолютной точности, съ достиженіемъ которыхъ, нужно полагать, гематологія явится могучимъ подспорьемъ въ дѣлѣ распознаванія болѣзней.

2. Серотерапія, не смотря на получаемые отъ нея, подчасъ, поразительные результаты и возбуждаемыя еще большія надежды, не можетъ еще считаться вполне установленнымъ, рациональнымъ методомъ леченія.

3. Современная терапія, не смотря на гигантскіе шаги, сдѣланные медициною вообще за послѣднее столѣтіе, не вышла еще, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, изъ области эмпиризма, вслѣдствіе недостаточнаго развитія экспериментальной терапіи.

4. Изъ всѣхъ современныхъ способовъ ртутнаго леченія сифилиса, старинный способъ «втираній», повидимому, дастъ самые прочные результаты относительно рецидивовъ.

5. Выдача лекарствъ на руки амбулаторнымъ больнымъ, съ внутр. болѣзнями, должна быть низведена, по возможности, къ минимуму, а медицинскій совѣтъ долженъ быть направленъ, главнымъ образомъ, къ наставленію посѣтителей амбулаторій въ правилахъ гигиеническаго образа жизни, что можетъ быть достигнуто, разумѣется, только при условіи лучшаго, чѣмъ теперь, регулированія труда амбулаторныхъ врачей.

6. Нужно считать своевременнымъ для медицинскихъ факультетовъ Россіи возбудить вопросъ о возможномъ облегченіи полученія званія доктора медицины при самомъ окончаніи медицинскаго курса, какъ это принято въ Западной Европѣ, и объ отбѣнѣ архаическаго званія «лекаръ», вышедшаго совершенно изъ употребленія въ обществѣ, за исключеніемъ развѣ казенныхъ бумагъ или же, если это случается въ обыденной жизни, то непременно въ ироническомъ или презрительномъ смыслѣ по адресу обладателя этого «ученаго» званія.

615.2 208. 6/4.3

№ 96.

150
8

CURRICULUM VITAE.

Михаиль Осиповичъ Заліевъ, онъ же Заліянцъ, армяно-григоріанскаго вѣроисповѣданія, родился въ 1862 г. въ г. Елизаветполѣ. По окончаніи курса средняго образованія сначала въ Елизаветпольской прогимназіи и затѣмъ въ Тифлисской 1-й классической гимназіи, поступилъ на медицинскій факультетъ Московскаго университета, въ которомъ окончилъ курсъ въ 1886 году со степенью лекаря и званіемъ уѣзднаго врача. Въ томъ же году поступилъ сверхштатнымъ ординаторомъ въ Тифлисскую Михайловскую больницу. Въ началѣ 1897-го года переѣхалъ въ Баку для частной практики. Весною 1899 года временно поселился, по семейнымъ обстоятельствамъ, въ Кубинскомъ уѣздѣ Бак. губ. Осенью 1890-го года вновь переѣхалъ въ Баку, гдѣ поступилъ сначала сверхштатнымъ, а въ скоромъ времени былъ назначенъ и штатнымъ, на правахъ старшаго, ординаторомъ мѣстной городской Михайловской больницы, завѣдывая женскимъ терапевтическимъ и всѣмъ венерическимъ отдѣленіями. Въ началѣ 1895 года, по собственному желанію, занялъ должность санитарнаго врача въ районѣ заводовъ и рабочаго квартала гор. Баку, а въ срединѣ 1897-го года былъ назначенъ завѣдующимъ вновь открывшейся Бакинскоѣй городской бесплатной амбулаторіей, каковую должность занималъ до переѣзда, осенью 1898-го года, въ Петербургъ, для усовершенствованія въ медицинѣ.

Экзамены на доктора медицины сдалъ въ 1898—99 г.

Настоящую работу, подъ заглавіемъ: «О связи между діазореакціей мочи и раствореніемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при брюшномъ тифѣ», представляетъ въ качествѣ диссертации для полученія степени доктора медицины.

КЪ ВОПРОСУ О СПОСОБАХЪ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДѢЛЕНІЯ СВОБОДНЫХЪ ЖИРНЫХЪ КИСЛОТЪ ВЪ ПРОГОРКЛЫХЪ ЖИРНЫХЪ МАСЛАХЪ.

Изъ фармацевтической лабораторіи профессора С. А. Пржибытека.

ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ Т. В. ПОПОВА.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора:
А. П. Діанинъ, С. А. Пржибытекъ и приватъ-доцентъ Д. А. Каменскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія «Съверъ», Пантелеймонская ул., д. № 21.

1900.