

что видѣніе ихъ въ послѣднюю происходитъ со стороны эпителиальнаго покрова, а не изъ глубины путемъ лимфатическихъ сосудовъ.

3) Въ случаяхъ, гдѣ туберкулезный процессъ гортани выражался появленіемъ только однихъ бугорковъ и эрозій, коховскія бациллы при микроскопическомъ изслѣдованіи слизистой оболочки находились всегда въ незначительномъ количествѣ и обнаруживались преимущественно въ верхнихъ слояхъ подэпителиальной ткани. Тамъ же, гдѣ слизистая оболочка гортани представлялась уже изъязвленной, количество бациллъ было большею частью значительнымъ, причемъ въ глубокихъ слояхъ слизистой оболочки онѣ встрѣчались чаще въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ слояхъ поверхностныхъ.

4) Въ ближайшихъ лимфатическихъ железахъ, взятыхъ для микроскопическаго изслѣдованія отъ случаевъ съ изъязвленной слизистой оболочкой гортани, коховскія бациллы находились всегда въ значительно меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ самой слизистой оболочкѣ, и вовсе не были найдены въ лимфатическихъ железахъ во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ, въ которыхъ слизистая оболочка гортани не представлялась изъязвленной и была поражена туберкулезнымъ процессомъ въ самой начальной степени его развитія.

Затѣмъ авторъ приводитъ протоколы вскрытій, въ которыхъ указываетъ на макроскопическія измѣненія, наблюдаемыя въ гортани, легкихъ и другихъ органахъ, пораженныхъ туберкулезомъ. Въ концѣ работы помѣщена таблица съ 4 рисунками. Всѣ рисунки представляютъ слизистую оболочку истинныхъ голосовыхъ связокъ и сдѣланы съ препаратовъ, окрашенныхъ вышеупомянутымъ способомъ.

*М. Глазовъ.*

---

**А. П. Пашинъ.** *Къ вопросу о стойкости крови при хлорозѣ и анеміи.* Дисс. С.-ПБ. 1900 г.

Въ началѣ своей работы авторъ указываетъ на лицъ, занимавшихся этимъ вопросомъ какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей. Затѣмъ кратко описываетъ методы изслѣдованія стойкости крови Нансбургера, Лимбекера, Лакеурера, Ландоиса, Вакеза, проф. Яновскаго и д-ровъ Недригайлова и Баумгольца. Авторъ сообщаетъ выводы, къ которымъ пришли проф. Яновскій и д-ра Недригайловъ и Баумголецъ, работавшіе по одному и тому же методу. Своимъ изслѣдованіемъ авторъ

предпосылаетъ описаніе хлороза, указываетъ на его этиологію, на объективные и субъективные симптомы. Для своихъ изслѣдованій авторъ бралъ слѣдующіе растворы NaCl: 3%—для консервированія красныхъ кровяныхъ шариковъ и 0,4%—для опредѣленія стойкихъ тѣлецъ; растворы эти приготовлялись изъ химически чистой соли, доведенной до постояннаго вѣса. Каждую недѣлю растворы дѣлались свѣжіе, такъ какъ 3% растворъ NaCl черезъ десять дней обыкновенно мутился. Счетъ красныхъ кровяныхъ шариковъ авторъ производилъ при помощи аппарата Тома-Шейсса; количество гемоглобина опредѣлялось аппаратомъ Флейшля. Авторъ наблюдалъ 30 амбулаторныхъ больныхъ съ хлорозомъ. Изслѣдованія больныхъ старался дѣлать черезъ двѣ недѣли. Всѣ больные получали желѣзо въ формѣ пилюль Вlaud'a.

На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1). Стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ у больныхъ хлорозомъ представляется обыкновенно увеличенной, хотя и въ весьма различной степени.

2). Количество гемоглобина было во всѣхъ случаяхъ уменьшено.

3). Число красныхъ кровяныхъ шариковъ въ большинствѣ случаевъ безъ существенной перемѣны въ сравненіи съ нормой.

4). При улучшеніи всѣхъ симптомовъ послѣ назначенія желѣза стойкость у больныхъ хлорозомъ измѣняется въ большинствѣ случаевъ въ ту или другую сторону.

5). Количество гемоглобина при леченіи желѣзомъ увеличивается и при томъ скорѣе, чѣмъ уменьшается стойкость.

6) Осложненіе какой либо инфекціей рѣзко вліяетъ на увеличеніе стойкости.

Въ концѣ работы авторъ помѣщаетъ таблицу и краткія исторіи болѣзни наблюдавшихся имъ больныхъ. Въ таблицахъ можно видѣть количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 1 куб. м. м., число стойкихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ по отношенію къ раствору 0,4% NaCl, стойкость въ % и количество гемоглобина, которое нашелъ авторъ у своихъ больныхъ.

*М. Глазовъ.*