

Изъ факультетской терапевтической клиники проф. А. Н. Каземъ-Бекъ
въ Казанскомъ Университетѣ.

Два случая злокачественнаго малокровія *)

Н. К. Горяева.

Злокачественное малокровіе принадлежитъ къ числу заболѣваній, не часто встрѣчающихся въ Россіи, у насъ въ Казани въ частности. Почему я и позволяю себѣ занять вниманіе Общества сообщеніемъ двухъ случаевъ этого заболѣванія, которые мнѣ пришлось наблюдать въ концѣ 1910 и въ началѣ 1911 года.

1-й случай—наблюдался внѣ клиники въ концѣ ноября и началѣ декабря 1910 г. Больная Э., 47 л. Родилась въ Казани—очень слабымъ ребенкомъ; была на искусственномъ вскармливаніи. До 22-хъ лѣтъ жила въ Казани, въ лучшей части города. Затѣмъ, выйдя замужъ, переѣхала въ г. Симбирскъ, гдѣ прожила—съ небольшими перерывами—до 1906 г. Въ 1906 г. переѣхала опять въ Казань. До 1909 г. жила въ высокой части города; а съ 1909 г.—въ Плетеняхъ. Родители были, повидимому, здоровы. У мужа до брака былъ сифилисъ; а черезъ 10 лѣтъ послѣ женитьбы онъ былъ помѣщенъ въ психіатрическую лечебницу. Дѣтей у больной было двое; дѣвочка умерла на 1 или 2-мъ году жизни; сыну 22 года; онъ пользуется хорошимъ здоровьемъ; замѣчается только наклонность къ носовымъ кровотеченіямъ.

Больная всегда была блѣдной. Въ теченіе всей жизни у нея наблюдалась наклонность къ носовымъ кровотеченіямъ. Никакихъ опредѣленныхъ заболѣваній въ прошломъ не отмѣчается. Лѣтомъ 1909 г. былъ періодъ, когда Э. чувствовала значительную слабость. Затѣмъ снова появилась слабость лѣтомъ 1910 г.; осенью слабость усилилась; и особенно рѣзкій упадокъ силъ развился съ

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 31 марта 1911 г.

октября. Съ середины октября появилась рвота; рвало по нѣсколь-
ко разъ въ день, иногда тотчасъ послѣ принятія пищи. Аппетитъ
удовлетворительный. Стулъ-нормальный, только обращала на себя
вниманіе темная окраска. Количество мочи приблизительно нор-
мально; мочеиспусканіе затруднено. Послѣднія правильныя теп-
лота—въ мартѣ 1910 г.; затѣмъ 1 или 2 раза съ неправиль-
ными перерывами и, наконецъ, въ послѣдніе дни вновь появились
кровянистыя выдѣленія изъ половыхъ органовъ. Носовыя крове-
теченія за послѣднія недѣли 3 приняли постоянный характеръ;
кровотеченія не сильныя. Блѣдность за послѣднія нед. 4 стала
особенно рѣзко выраженной. Головныхъ болей нѣтъ и не было.
Головокруженія и шумъ въ ушахъ появились за послѣднія 4—5
недѣль.

Впервые я увидѣлъ Э. 27/xi 910. При осмотрѣ прежде всего
бросается въ глаза поразительная блѣдность кожи—съ желтова-
тымъ оттѣнкомъ—и слизистыхъ оболочекъ; слизистая оболочка,
напр., губъ совершенно лишена свойственной ей красноватой
окраски и, если выдѣляется нѣсколько на общемъ желтовато-блѣд-
номъ фонѣ лица, то только по небольшой пигментации ея. Лицо
слегка отечно. Въ другихъ мѣстахъ отека подкожной кѣтчатки
нѣтъ. Кровеизліаній въ кожу нѣтъ. (Позднѣе наблюдались два не-
большихъ кровеизліанія въ кожу на щекѣ и на шеѣ). Подожно-
жирный слой развитъ обильно. Пульсъ правильный, низкій, около
100 уд. въ 1'. Со стороны легкихъ, кромѣ неопытныхъ сухихъ
хриповъ, ничего ненормального. Верхняя граница абсолютной сер-
дечной тупости на 3-мъ ребрѣ, правая—на 1 поп. палець правѣе
l. stern. dex. Тоны глухи. Систолическій шумъ—наиболѣе рѣзко
выраженный на мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи. Шума
волчка нѣтъ. Селезенка плотна, выступаетъ изъ-подъ реберъ на
2¹/₂ поп. пальца. Печень увеличена; край отчетливо не контури-
руется. Моча бѣлая, сахара, крови, индикана не содержитъ. Въ
испражненіяхъ яицъ глисть не найдено (изслѣдованіе было про-
изведено нѣсколько разъ). Кровь (изъ мякоти пальца) была изслѣ-
дована два раза. Содержаніе гемоглобина опредѣлялось посред-
ствомъ новаго гемометра Sahli; при этомъ вслѣдствіе малаго со-
держанія Нв-а крови набиралось 2 капилляра—40 смм. Крас-
ныя кров. тѣльца сосчитывались въ 50-ти большихъ квадратахъ
камеры Предтеченскаго; а 2/xii сверхъ того въ 75-ти большихъ
квадратахъ камеры конструкціи Bürker'a съ расширенной мною
сѣткой Предтеченскаго (результатъ счисленія по обѣимъ камерамъ
получился почти тождественный). Бѣлыя кров. тѣльца сосчитыва-
лись въ упомянутой сейчасъ камерѣ Bürker'a—въ одной сѣткѣ (9
кв. мм.) Разведеніе крови 1:10. (Разводящая жидкость—1⁰/₁₀₀-ный
растворъ уксусной кислоты, окрашенный генціана-віолетомъ) Кро-

мѣ общаго числа бѣл. кров. т., по камерѣ опредѣлялось содержаніе лимфоцитовъ *).

	Содерж Н-ва		Красн. кр. т. въ 1 мм ³ крови.	Цвѣтовой показатель**)	Бѣл. кр. т. въ 1 мм ³ крови.	Лимфоц. въ 1 мм ³ крови.	%ное содерж лимфоц. по сч. камерѣ.	Вязкость крови.
	по Sahli.	по Fl.-M.						
1-й случай.								
27/xi 910	15%	—	860,000	1,05	2522	1078	43%	—
2/xii	9%	—	470,000	1,45	4822	1422	29,5%	—
2-й случай.								
2/i 1911.	15%	—	733,590	1,23	1530	994	65%	—
4/i	17%	2,3g	753,390	1,35(1,07)	1533	919	60%	2,0
9/i	13%	2,14g	693,000	1,13(1,08)	1011	744	74%	2,0
11/i изъ вены	—	1,8g	600,000	(1,05)	—	—	—	—
15/i изъ пальца	13%	1,8g	685,000	1,14(0,92)	1739	1252	70%	2,0
22/i	11%	1,57g	483,120	1,37(1,13)	1656	994	60%	1,9
27/i	11,5%	1,58g	447,480	1,54(1,23)	1856	—	—	2,1

*) Такъ какъ мегалобласты не могутъ быть съ увѣренностью распознаны въ счетной камерѣ, то они сосчитывались, какъ лимфоциты. Происходящая отсюда ошибка ничтожна, такъ какъ содержаніе мегалобластовъ сравнительно не значительно.

Смѣсители для красныхъ и для бѣлыхъ кров. т. и камеры повѣрены.

**) Въ виду отсутствія строго опредѣленныхъ среднихъ нормъ для содержанія въ крови гемоглобина и для числа красныхъ кров. тѣлецъ я беру при вычисленіи цвѣтового показателя отношенія не къ среднимъ, а къ максимальнымъ нормальнымъ цифрамъ: для содержанія Нв-а 100 для гемометра Sahli и 17,2 (см. Nägeli 36 стр.) — для гемометра Fleischl-Miescher'a; для числа красныхъ кров. т.—6.000.000 (см. Sahli стр. 935). Въ скобкахъ—цвѣтовой показатель, вычисленный для содержанія Нв-а по гемометру Fleischl-Miescher'a. Цвѣтовые показатели, вычисленные по показаніямъ того и другого гемометра, сильно разнятся. Это объясняется отчасти тѣмъ, что для примѣнявшихся мной приборовъ 100% Sahli соответствуютъ (въ среднемъ изъ 16-ти сравнительныхъ наблюденій) не 17,2, а 16g Fleischl-Miescher'a. Въ виду недостаточно большого числа сравнительныхъ наблюденій я не считалъ возможнымъ при вычисленіи цвѣтового показателя принять для Fl.-M за

Мазки окрашивались по Pappenheim'у (последовательная окраска краской May-Grünwald'a и растворомъ Giemsa).

Красныя кров. тѣльца морфологически представляютъ слѣдующія отклоненія отъ нормы: 1. Рѣзко выраженный анизоцитозъ—значительное количество макроцитовъ, встрѣчаются нерѣдко и микроциты. 2. Значительный пойкилоцитозъ, зависящій главнымъ образомъ отъ присутствія микро-пойкилоцитовъ. 3. Много красныхъ кров. тѣлецъ съ полихроматофильной окраской; причемъ послѣдняя выражена въ различныхъ тѣльцахъ очень неодинаково: въ нѣкоторыхъ тѣльцахъ наблюдается лишь небольшая примѣсь синеватаго оттѣнка къ нормальному красному, что даетъ грязновато-красную окраску; въ другихъ, благодаря большому участию синьки въ окраскѣ тѣльца, получается фиолетовый оттѣнокъ; наконецъ, встрѣчаются красныя кров. тѣльца, окрашенные почти исключительно синькой. 4. Нерѣдко встрѣчаются пунктированные красныя кров. тѣльца. При чемъ наблюдающіяся картины и здѣсь представляютъ большое разнообразіе: то въ красномъ кров. тѣльцѣ мы видимъ неопыльную неравнобѣрную зернистость, окрашивающуюся, какъ хроматинъ ядеръ; то — болѣе густую мелкую равномерную зернистость, окрашивающуюся въ синій цвѣтъ. 5. Довольно много встрѣчается кольцевидныхъ тѣлецъ Cabot-Schleip'a; въ одномъ мазкѣ (на покровномъ стеклѣ) можно найти значительное число ихъ. Морфологическія особенности этихъ образований очень хорошо переданы на таблицѣ, приложенной къ работѣ Schleip'a, хотя и эта таблица не исчерпываетъ всего разнообразія формъ. На таблицѣ, приложенной къ работѣ Gabriell'a, передана довольно вѣрно только форма образований, но не окраска. Я въ описываемомъ случаѣ наблюдалъ картины, совершенно аналогичныя, почти тождественныя съ 4, 5, 6, 7, 9, 10, 20, 24, 25, 28-мъ рис. Schleip'a *). 6. Наконецъ, въ крови нашей больной имѣются ядро-содержащія красныя кров. тѣльца, какъ нормобласты, такъ и мегалобласты. Встрѣчаются ядро-содержащія кр. кр. т. въ не особенно большомъ количествѣ—1 тѣльце на 35—60 бѣлыхъ тѣлецъ. Изрѣдка попадаются тѣльца съ ядромъ, находящимся въ состояніи непрямого дѣленія (митозы).

максимальную нормальную цифру—16. Если же такія вычисленія сдѣлать, то получимъ слѣдующія цифры для цвѣтового показателя: 1,15; 1,16; 1,13; 0,99; 1,24; 1,34.

Если для показаній гемометра Sahli вычислить цвѣтовой показатель, принявъ за норму 90%. Нѣ для мужчинъ и 80% для женщинъ и 5,000,000 красн. кр. т. для мужчинъ и 4,500,000 для женщинъ (см. Sahli 938 стр) то получимъ: 1-й сл.—0,98 и 1,08; 2-й сл.—1,14; 1,25; 1,04; 1,05; 1,27; 1,43.

*) Въ руководствѣ Sahli приведены нѣкоторые рисунки изъ таблицы Schleip'a (на русск. яз. 1910 г. Т. IV, табл. III, рис. 30—35).

Опредѣленіе $\%$ -наго содержанія разныхъ формъ бѣлыхъ кров. тѣлецъ по мазкамъ на покровныхъ стеклахъ дало (27/xi) слѣдующіе результаты:

Нейтроф. полиморфнояд.	55,2%
Базоф. — — —	0,2
Эозиноф. — — —	0,2
Лимфоцитовъ — — —	31,5
Мононукл. и перех. формъ	4,6
Нейтроф. міелоцитовъ	1,8
Лимфоидныхъ кѣтокъ (міелобластовъ Nägeli)	1,5
Распадающихся одноядерныхъ	5,0.

Итакъ, со стороны бѣлыхъ кров. тѣлецъ мы имѣемъ: 1. измѣненіе содержанія— $\%$ -ное и абсолютное содержаніе полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ понижено, $\%$ -ное содержаніе лимфоцитовъ повышено, абсолютное близко къ нормѣ. 2. Присутствіе въ крови патологическихъ кѣтокъ—нейтроф. міелоцитовъ и лимфоидныхъ кѣтокъ. Кровяныхъ пластинокъ очень мало.

Температура 7/xi—17/xi колебалась: утрення между $36^{\circ},4$ и $37^{\circ},3$; вечерняя—между $37^{\circ},3$ и $37^{\circ},8$. 18/xi температура стала подниматься, 20-го вечеромъ достигла $39^{\circ},8$; 21-го утр. $39^{\circ},5$, веч. $39^{\circ},7$; 22-го утр. $38^{\circ},6$, веч. $39^{\circ},6$; 23—29-го утр. $37^{\circ},9$ — $38^{\circ},8$; веч. $38^{\circ},2$ — $38^{\circ},8$.

Были назначены (съ 27/xi) подкожныя впрыскиванія мышьяка. Но состояніе продолжало быстро ухудшаться, и 5/xii Э. скончалась. Въ теченіи болѣзни за послѣдніе дни нужно отмѣтить, что съ 27/xi значительныхъ кроветеченій не наблюдалось. Температура съ 3-го дек. стала падать и 5-го упала до $35^{\circ},5$.

Описанный случай представляетъ типичный случай злокачественнаго малокровія; мы имѣемъ здѣсь слѣдующія характерныя особенности: высокій цвѣтовой показатель, присутствіе въ крови макроцитовъ и мегалобластовъ, другія морфологическія особенности красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, пониженное содержаніе бѣлыхъ кров. тѣлецъ, при чемъ, главнымъ образомъ, понижено содержаніе полиморфноядерныхъ элементовъ, и, наконецъ, теченіе болѣзни—быстрое паденіе числа красныхъ кров. тѣлецъ и содержанія гемоглобина безъ видимыхъ причинъ: въ теченіе 5-ти дней составъ крови ухудшился почти вдвое, между тѣмъ значительныхъ кроветеченій за это время не было.

2-й случай. С—овъ, 38 л., рабочій со стеариноваго завода. Поступилъ въ фак. терап. клинику Каз. Унив. 2/1 1911 г. съ жалобой на сильнѣйшую слабость.

Больнымъ считаетъ себя съ сентября 1910 г., когда появились лихорадочные приступы—черезъ 1 день жаръ, общая разбитость, сильная общая слабость, потъ; выраженнаго зноба не было.

Свободный от приступа день чувствовалъ себя лучше; во время приступовъ принималъ хининъ, влиянію котораго и приписываетъ безлихорадочный день. Съ начала болѣзни долженъ былъ оставить работу. Аппетитъ все время былъ удовлетворительный. Стулъ— нормальный. Кровотеченій не было. Головной боли нѣтъ, только сильный шумъ въ головѣ. До настоящаго заболѣванія отличался хорошимъ здоровьемъ. Раньше никакихъ заболѣваній не помнить. Сифилисъ отрицаетъ. Со стороны наследственности не отмѣчаетъ ничего. Женатъ; 5 дѣтей—здоровы *). Воздухъ въ томъ отдѣленіи завода, въ которомъ работалъ С., хорошій, по отзыву заводскаго врача; угару рабочіе не подвергаются. Жилье С. очень бѣдно.

С—овъ лежалъ въ заводской больницѣ 1/xii—13/xii 910 г.; температура была нормальна; принималъ *t-rae chin. comp.*, *t-rae ferri acet. aeth. и sol. argenic. Fowleri*; выпиcался съ нѣкоторымъ улучшеніемъ самочувствія. Но 22/xii снова поступилъ въ больницу; принималъ мышьякъ и хининъ (по 0,3 2 раза въ день); затѣмъ былъ переведенъ въ елинику.

Кожа чрезвычайно блѣдна съ зеленоватымъ оттѣнкомъ. Слизистыя оболочки совершенно утратили обычную красноватую окраску. Питаніе сильно подорвано. Отековъ нѣтъ; только лицо слегка одутловато. Кровеизліяній въ кожу и слиз. оболочки нѣтъ. Лимфатическія железы не увеличены. Костная система уклоненій отъ нормы не представляетъ. Кости не болѣзненны. Верхушки обоихъ легкихъ понижены. Разсѣянные сухіе хрипы. Пульсъ правильный, легко сжимаемый, нѣсколько учащенъ. Границы абсолютной тупости сердца: верхняя—верхній край 4-го реб., правая—*l. stern. sin.*, лѣвая—на $\frac{1}{2}$ п. кнутри отъ *l. mamm. sin.* Систолическій шумъ на всѣхъ отверстіяхъ, наиболѣе рѣзко выраженный на верхушкѣ. Стулъ задержанъ—съ клизмой; калъ сформированъ, свѣтложелтаго цвѣта, необычно сухой внутри комковъ. Яиць глисть не найдено—при повторномъ изслѣдованіи. *Varices haemorrhoidales et ulcera haemorrhoidalia*. Печень прощупывается, не болѣзненна, не очень плотная; поверхность гладкая; край—острый, выступаетъ при вдыханіи по *l. mamm. dex.* на 1 пал. изъ-подъ реберъ. Селезенка не прощупывается, перкуторно не увеличена. Моча бѣлка, сахара, индикана, желчныхъ пигментовъ не содержитъ; реакція на уробилинъ (*Schlesinger'a*) рѣзко положительная. Результаты изслѣдованія крови приведены выше, въ таблицѣ. При опредѣленіи содержанія гемоглобина гемометромъ *Fleischl-Miescher'a* крови отмѣривалось двойное количество (до $\frac{1}{1}$),

*) Больной настолько слабъ, что отъ него трудно добиться отвѣта; поэтому анамнестическія данныя не заслуживаютъ большого довѣрія.

какъ это рекомендуетъ дѣлать при очень маломъ содержаніи Hb-a Türk (42 стр.). Вязкость крови опредѣлялась приборомъ Hess'a. Морфологически кровь представляетъ гораздо болѣе однообразную картину, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ: 1. Анизоцитозъ, зависящій главнымъ образомъ отъ присутствія макроцитовъ; но послѣдніе не такъ часты и не достигаютъ тѣхъ размѣровъ, какъ въ 1-мъ случаѣ; діаметръ не превышаетъ 12 μ . 2. Пойкилоцитозъ слабо выраженъ. 3. Полихроматофиловъ мало и полихроматофилія ихъ слабо выражена (грязновато-красная окраска). 4. Скудные нормобласты. Базофильно-зернистыхъ эритроцитовъ и кольцевидныхъ тѣлецъ Sabot-Schleip'a не встрѣчено. Не встрѣчено и мегалобластовъ. Плазмодій нѣтъ. Нейтрофильные міелоциты въ небольшомъ числѣ. Кровяныхъ пластинокъ очень мало. Лейкоцитная формула, опредѣленная по мазкамъ на покровныхъ стеклахъ, слѣдующая ($\frac{4}{1}$):

Нейтроф. полиморфноядерныхъ	20,7%
Базоф.	— — — 0
Эозиноф.	— — — 0,3
Лимфоцитовъ	— — — 67,3
Распадающихся одноядерныхъ	5,0
Мононуклеаровъ и перех. формъ	6,7
Нейтроф. міелоцитовъ	— — 1 : 300 бѣл. т.
Plasmazelle	— — 1 : 300 — —

Содержаніе антитрипсина въ кров. сывороткѣ сильно повышено. Посѣвы изъ крови дали отрицательный результатъ.

Глазное дно было изслѣдовано прив.-доц. В. В. Чирковскимъ, который нашелъ рѣзкія измѣненія: общая блѣдность дна, обрываніе сосудовъ на сосѣхъ, геморрагія ретинальная вдоль сосудовъ и въ ихъ; мѣстами дно песстро (немного пигментировано).

Больной чрезвычайно слабъ; переѣздъ въ клинику такъ утомилъ его, что первые дни пребыванія въ клиникѣ онъ все время находился какъ-бы въ забытіи, лежалъ съ закрытыми глазами, жаловался на одышку, напряженно глубоко дышалъ, мало ѣлъ. На 5-й день появился аппетитъ—съѣдалъ всю порцію (1 кружка молока, молочная лапша, манная или рисовая каша, немного бѣлаго хлѣба). Хотя выглядѣлъ теперь нѣсколько бодрѣе, все же былъ настолько слабъ, что не могъ сидѣть: какъ только посадятъ больного, появляются клоническія судороги въ мышцахъ туловища и конечностей; очевидно, мышцы были настолько слабы, что не въ состояніи были поддерживать равновѣсіе частей тѣла. Такъ какъ произвольнаго стула не было, приходилось прибѣгать къ клизмамъ, а затѣмъ—вслѣдствіе болѣзненности клизмъ—и къ слабительнымъ. Температура колебалась утренняя между 37° и 38° 1, вечерняя 37° 3—39° 4; только послѣдніе два дня температура по-

низилась 36,0°—36,6°. Пульсъ 80—104. Дых. 24—32. Лечение: мышьякъ подъ кожу (1% р. natr. arsenicici 0,1—1,0—1,5 ссм.); кромѣ того съ $\frac{12}{1}$ больной получалъ ежедневно 3 стол. ложки *glycerini puri*. Съ 13/1 больной сталъ жаловаться на головныя боли. Проба на уробилинъ 21/1 слабо положительная, 25/1—отрицательная. 25/1—слѣды бѣлка въ мочѣ и скудные гіалиновые и мелкозернистые цилиндры. Съ 23-го аппетитъ пропалъ; слабость нарастаетъ, особенно рѣзко съ 26-го. 26/1—геморроидальное кровотечение, не особенно значительное. Границы тупости сердца въ послѣдніе дни расширились—вправо до l. stern. dex. 28/1—смерть.

Вскрытіе было произведено д-ромъ И. П. Васильевымъ; микроскопическое изслѣдованіе органовъ студентомъ И. А. Леонтьевымъ. Приношу имъ благодарность за сообщеніе результатовъ. Изъ послѣднихъ отмѣчу: рубцовое втягиваніе верхушекъ обоихъ легкихъ. Рѣзкое жировое перерожденіе сердца и другихъ паренхиматозныхъ органовъ. Клапаны сердца нормальны. Сидерозъ печени и селезенки. Мозгъ діафиза *tibiae* желтый, жировой. Частичное превращеніе желтаго мозга діафиза бедра въ красный; но въ мазкахъ изъ участковъ, гдѣ такое превращеніе имѣло мѣсто, форменныхъ элементовъ чрезвычайно мало, почти одинъ жиръ. Нерѣзко выраженное міелоидное превращеніе селезенки: въ мазкахъ изъ селезенки нормобласты и нейтрофильные міелоциты встрѣчаются въ значительно большемъ количествѣ, чѣмъ въ мазкахъ крови; встрѣчаются въ селезенкѣ и эозинофильные міелоциты. Мегалобластовъ не найдено ни въ селезенкѣ ни въ костномъ мозгу.

Высокій цвѣтовой показатель, теченіе болѣзни, сидерозъ внутреннихъ органовъ—все это заставляетъ разсматривать описанный сейчасъ случай, какъ случай перниціозной анеміи. Такъ какъ реактивныя явленія со стороны костнаго мозга выражены очень слабо, случай этотъ долженъ быть отнесенъ къ случаямъ такъ назыв. апластической перниціозной анеміи. Картину крови при апластической перниціозной анеміи Nageli характеризуетъ такъ: „эритробласты отсутствуют; лейкоциты—скудны, особенно нейтрофильные клѣтки. Базофильнозернистыя красныя кров. тѣльца до сихъ поръ всегда не были находимы. Полихромазія отсутствуетъ или очень умѣренна. Vaquez и Aubertin не могли констатировать пойкилоцитоза и почти не находили кровяныхъ пластинокъ. Выраженные мегалоциты обыкновенно отсутствуют“. (272 стр.). Картина крови въ нашемъ случаѣ очень близка къ только что описанной. Правда, нормобласты встрѣчаются, но въ очень небольшомъ количествѣ. Количество нейтрофильныхъ лейкоцитовъ уменьшено въ нашемъ случаѣ разъ въ 10—15 сравнительно съ нормой: вмѣсто 4500—5500 мы имѣемъ въ 1 mm³ лишь не больше 250—600 нейтрофиловъ.

Въ обоихъ нашихъ случаяхъ причина заболѣванія осталась не выясненной, т. е. случаи эти относятся къ такъ назыв. криптогеннымъ. Въ послѣднее время по вопросу о патогенезѣ этого рода анэміи получено не мало новыхъ важныхъ фактовъ, высказаны интересныя гипотезы. Но въ мою задачу не входитъ сейчасъ останавливаться на этомъ подробно. Между прочимъ, нѣкоторые авторы ставятъ развитіе пернициозной анэміи въ связь съ хроническими воспалительными процессами желудка-кишечнаго канала (Tallqvist, Berger и Tsuchiya и др.). Въ воспаленной слизистой оболочкѣ образуется въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ нормальной, липоидное вещество, обладающее гемолитическимъ дѣйствіемъ. По изслѣдованіямъ Faust'a и Tallqvist'a гемолитическое дѣйствіе экстрактовъ изъ слизистой оболочки пищеварительнаго тракта, изъ pancreas, изъ раковыхъ массъ, изъ *bothrioseph. latus*—должно быть приписано олеиновой кислотѣ. Для того, чтобы перевести олеиновую кислоту въ кишечникъ прежде, чѣмъ наступитъ ея всасываніе, въ менѣе дѣйствительное или недѣйствительное соединеніе, Faust и Tallqvist предлагаютъ назначать или глицеринъ, который даль бы гемолитически недѣятельный триолеинъ, или соли извести, которыя дали бы нерастворимыя известковыя мыла.

Блестящій эффектъ получилъ при примѣненіи глицерина (3 стол. л. въ день) въ одномъ случаѣ пернициозной анэміи Vetlesen. Reicher въ 3-хъ случаяхъ *an. pern.* и одномъ *an. gravis* примѣнилъ съ лечебной цѣлью холестеринъ; по мнѣнію автора, въ двухъ случаяхъ *an. pern.* и въ случаѣ *an. gravis* холестеринъ оказалъ хорошее дѣйствіе, въ третьемъ же случаѣ *an. pern.* остался недѣйствительнымъ. Меня вообще случаи Reicher'a не убѣдили въ полезности холестерина при *an. pern.* Назначая холестеринъ, какъ лечебное средство, Reicher исходилъ изъ наблюденій, сдѣланныхъ имъ совмѣстно съ Morgenroth'омъ, надъ вліяніемъ холестерина на гемолизирующее и анэмизирующее дѣйствіе токсолецитида яда кобры. Въ нашемъ второмъ случаѣ примѣненіе глицерина одновременно съ впрыскиваніями мышьяка подъ кожу осталось безъ эффекта.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Schleip K. Über Ringkörper im Blute Anämischer. Deut. Archiv f. klin. Med. Bd. 91. 1907 г. Стр. 449.
2. Gabriel. Über Ringkörper im Blute Anämischer. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 92. 1908 г. Стр. 602.
3. Sahli H. Учебникъ клиническихъ методовъ изслѣдованія. 1910. Изд. журнала „Практическая Медицина“.

4. Naegeli O. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1908. Leipzig.
5. Tallqvist. Zur Pathogenese der perniziösen Anämie, mit besonderer Berücksichtigung der Bothriocephalusanämie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. 1907. Стр. 427.
6. Berger u. Tsuchiya. Beiträge zur Pathogenese der perniziösen Anämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 96. 1909. Стр. 252.
7. Faust u. Tallqvist. Über die Ursachen der Bothriocephalusanämie. Arch. f. experim. Pathol. und Pharmakol. Bd. 57. 1907 г. Стр. 367.
8. Vetlesen. Eine kasuistische Mitteilung zur Beleuchtung der neueren Untersuchungen über perniziöse Anämie. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1909. № 9. Стр. 462.
9. Reicher. Aetiologie und therapeutische Versuche bei perniziöser Anämie. Berlin. klin. Wochenschr. 1908. № 41 и 42.
10. Morgenroth u. Beicher. Zur Kenntniss der durch Toxolecithide erzeugten Anämie und deren medikamentöser Beeinflussung. Berlin. klin. Wochenschr. 1907. № 38. Стр. 1200.
11. Türk W. Vorlesungen über klinische Hämatologie. Erster Teil. 1904 г.

Над. журналъ "Иркутская Медицина".
 3. Сабл Н. Удобенная минеральная вода на Кавказе. 1910.
 2. Габриелъ. Über Ringkörper im Blute Anämischer. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 92. 1908 г. Стр. 602.
 1. Schlipf K. Über Ringkörper im Blute Anämischer. Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 91. 1907 г. Стр. 449.