

ИЗЪ АКУШЕРСКОЙ КЛИНИКИ
ИМПЕРАТОРСКАГО МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА
(проф. А. М. Макъевъ и проф. Н. И. Побѣдинскій).

С. Я. Селицкій

ШТАТНЫЙ ОРДИНАТОРЪ _____
_____ АКУШЕРСКОЙ КЛИНИКИ.

ЭКЛЯМПСІЯ
БЕЗЪ СУДОРОГЪ.



МОСКВА,
Типографія В. ЗЕЛИКОВА и К^о, Арбатъ, д. 19.
1913.

Удостоена преміи д-ра В. А. Якубовскаго въ память
Алевтины Григорьевны Воскресенской, урожд. Крестовниковой.

С. Я. Селицкій.

Э К Л Я М П С І Я

Б Е З Ъ С У Д О Р О Г Ъ .



М О С К В А,
Типографія В. ЗЕДИКОВА и К^о, Арбатъ, д. 19.
1913.

Эклямпсія безъ судорогъ.

С. А. Селицнаго.

Ординатора Московской Акушерской Клиники.

Несмотря на многочисленныя работы, экспериментальныя изысканія, до сихъ поръ еще далеко не выяснена этиологія и сущность эклямпсіи.

Одно только предположительно вѣрно и что въ данный моментъ составляетъ взглядъ большинства современныхъ акушеровъ это то, что эклямпсія есть эндогенная интоксикація, интоксикація такъ или иначе приуроченная къ беременности.

Хотя беременность фактически и является актомъ физиологическимъ, но далеко не рѣдко даетъ отклоненіе, граничащее съ патологическимъ явленіемъ, иной разъ даже угрожающимъ жизни матери.

Чуть ли не съ самыхъ первыхъ дней, съ самаго момента зачатія съ прекращеніемъ мѣсячныхъ очищеній, въ организмѣ женщины происходитъ цѣлый рядъ измѣненій, приуроченныхъ къ выѣдренію посторонняго тѣла—зародыша.

Со стороны материнскаго организма, со стороны всѣхъ его органовъ, какъ выдѣлительныхъ, такъ и строительныхъ или лучше сказать отъ біо-химической жизни организма, требуется бѣльшій запросъ, бѣльшая интенсивность работы и чѣмъ дальше развивается плодное яйцо, тѣмъ эти запросы все болѣе и болѣе увеличиваются въ своемъ масштабѣ.

Не всегда однако организмъ находитъ въ самомъ себѣ въ достаточной степени защитительныхъ средствъ, въ особенноти, если эти требованія предъявляются къ организму ослабленному, менѣе способному къ самозащитѣ (какъ, на примѣръ, при какихъ-либо конституціональныхъ заболѣваніяхъ, тубер-

кулезѣ, сифилисѣ или при пораженіяхъ отдѣльныхъ органовъ, при болѣзняхъ почекъ, печени, заболѣваніяхъ сердца, разстройствахъ нервной системы, всевозможныхъ заболѣваніяхъ крови, какъ количественнаго, такъ и качественнаго характера, а также и послѣ перенесенныхъ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней).

Въ силу потери извѣстной устойчивости, равновѣсія и сопротивляемости организма беременной женщины происходитъ неполная, недостаточная нейтрализація, послѣдующее отравленіе, не всегда однако проявляющееся въ какой-либо определенной формѣ.

Если мы между прочимъ прослѣдимъ болѣзненные явленія, наблюдающіяся при беременности, то увидимъ, что въ этихъ отклоненіяхъ отъ физиологіи есть извѣстная постепенность, нарастаніе, находящееся въ непосредственной связи со стадіей беременности; съ другой стороны не только нельзя отрицать, но съ большою вѣроятностью можно предположить, что между тѣми или иными патологическими отклоненіями отъ правильнаго теченія беременности есть нѣкоторая, даже непосредственная связь.

Насколько часто встрѣчается рвота въ начальныхъ ступеняхъ беременности, иной разъ служа, наряду съ другими симптомами, однимъ изъ ея вѣроятныхъ признаковъ, настолько же рѣдко встрѣчается она во второй половинѣ беременности, точно также, какъ и появленіе эклампсіи въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ наблюдается въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности и ничтожный ея % (какъ это видно изъ многочисленныхъ, какъ нашихъ отечественныхъ, такъ и заграничныхъ статистикъ) относится къ ея первой половинѣ.

Мы далеко однако не исключаемъ возможности появленія рвоты и въ болѣе поздніе мѣсяцы, во второй половинѣ беременности, хотя въ это время, какъ показываютъ литературныя данныя и наши клиническія наблюденія, она встрѣчается довольно рѣдко (по Горвицу въ 2,6%—на 186 случаевъ—цитировано по Судакову).

Мы всецѣло раздѣляемъ мнѣніе Судакова, что необходимо выдѣленіе этого страданія въ особый видъ, а именно — „поздней рвоты беременных“, точно также, какъ и возникновеніе ея вѣроятнѣе всего нужно отнести на интоксикацію, исходящую со стороны плоднаго яйца.

Разстройства беременности.

Мѣсяцы = I. II. III. IV. V. VI. VII. VIII. IX. X.

Emesis,

Поздняя рвота (Судаковъ)
беременныхъ.

Hyperemesis,

Eclampsia

sub graviditate, sub
et post partum.

Prurigo autotoxique de la grossesse (Bar), Prurigo gestationis (Gaston), Herpes gestationis, Urticaria, Purpura (Zangemeister и др.), Rosacea (Jadassohn и др.), Exantheme, эксудативныя эритемы (Martin, Полотебновъ и др.), Экзема, Hypertrichosis.

Альбуминурия, почка беременныхъ, развитіе амблиопіи, амауроza, retinitis albuminurica.

Появленіе желчныхъ пигментовъ въ мочѣ, желтуха, острая желтая атрофія печени.

Повышеніе всѣхъ рефлексовъ, повышеніе нервной раздражимости, невроты, психозы, полиневриты, хорей.

Rtyalismus, набуханіе щитовидной железы, образованіе остеофитовъ, измѣненіе костной ткани.

Упорные запоры.

Судаковъ полагаетъ, что „поздняя рвота“ беременныхъ безусловно отвергаетъ теоріи рефлекторнаго или истерическаго происхожденія и служитъ доказательствомъ интоксикаціи того же происхожденія, какъ и эклампсія.

Большая часть вышеприведенныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ у беременныхъ женщинъ, начиная съ самыхъ незначительныхъ, въ настоящее время трактуется цѣлымъ рядомъ авторовъ, какъ возникающая на почвѣ интоксикаціи и объясняется явлениями повышеннаго образованія токсиновъ (Побѣдинскій, Fellner и мн др.) или какъ выражаются нѣкоторые повышеніемъ токсическаго коэффиціента.

Единичныя предположенія относительно того или другого заболѣванія во время беременности въ смыслѣ интоксикаціи высказывались сравнительно давно, съ теченіемъ же времени голоса въ защиту этого мнѣнія все прибавлялись и въ настоящее время при накопленіи цѣлага ряда клиническихъ наблюдений мы имѣемъ много данныхъ, подтверждающихъ этотъ взглядъ.

Разбирая въ отдѣльности ту или иную ненормальность беременности, остановимся на *Hyperemesis gravidarum*, на одной изъ наиболѣе тяжелыхъ, приуроченной по большей части къ ея первой половинѣ. Двадцать лѣтъ тому назадъ Линдемманъ на основаніи общей патолого-анатомической картины случая неукротимой рвоты изъ Московской Акушерской клиники (перерожденіе нервовъ, жировая инфильтрація, жировое перерожденіе, бѣлковая дегенерация печени, почекъ) однимъ изъ первыхъ высказалъ взглядъ объ *Hyperemesis gravidarum*, какъ объ аутоинтоксикаціи. Соловьевъ, описавшій тотъ же случай съ клинической стороны, считалъ полиневриты за явленіе вторичное, вызванное аутоинтоксикаціей.

Линдемманъ считаетъ, что неукротимая рвота имѣетъ глубокое патологическое значеніе, иной разъ можетъ пройти со всѣмъ безслѣдно, въ другомъ случаѣ вызвать глубокія измѣненія въ паренхимѣ.

Впослѣдствіи мы находимъ многочисленныя подтвержденія вышесказанному мнѣнію Линдеммана, цѣлый рядъ авторовъ на основаніи своихъ наблюдений высказывается въ томъ же смыслѣ (Hofbauer (значительныя дегенеративныя измѣненія въ печени, въ почкахъ), Charpentier, Bouffe-de St. Blaise, Taylor, Попялковскій, Постернакъ, Schickele и мн. др.).

Hofbauer считаетъ, что чрезмѣрная рвота беременныхъ есть слѣдствіе интоксикаціи, — никакой связи съ истеріей нѣтъ. Въ печени умершихъ отъ неукротимой рвоты наблюдалась жировая инфильтрація, острыя воспалительныя измѣненія въ паренхимѣ почекъ, главнымъ образомъ по периферіи.

Постернакъ на основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ наблюдений полагаетъ, что въ большинствѣ случаевъ неукротимая рвота возникаетъ на почвѣ интоксикаціи, иногда же этиологическимъ моментомъ можетъ служить истерія.

Pinard говоритъ, что „le vomissement est le cri d'alarme de l'organisme, qui commence à être intoxiqué“.

Schickele полагая, что во время беременности существуетъ цѣлый рядъ заболѣваній, возникающихъ на почвѣ интоксикаціи, рассматриваетъ ихъ подъ общимъ именемъ „эклампсія“ и классифицируетъ ихъ такимъ образомъ: эклампсія можетъ наступать типически съ судорогами, атипически безъ судорогъ, какъ тяжелая, иногда смертельная „Hyperemesis gravidarum“ или наконецъ въ видѣ единичныхъ симптомовъ — ptyalismus, Erythème, периферическихъ невритовъ, рвоты, расстройства зрѣнія и мн. др.

Если мы съ другой стороны возьмемъ довольно значительную группу кожныхъ заболѣваній при беременности, то увидимъ, что въ данное время есть много указаній, позволяющихъ намъ рассматривать ихъ, какъ возникающихъ, если не исключительно, то въ большинствѣ случаевъ на почвѣ интоксикаціи.

Scheuer, полагая, что измѣненія кожи при беременности могутъ быть вызваны различными факторами (какъ-то: качественнымъ измѣненіемъ крови, общимъ расстройствомъ питанія, измѣненіемъ кровообращенія, повышеніемъ кровяного давленія) преобладающее значеніе въ этиологіи этихъ заболѣваній придаетъ аутоинтоксикаціи.

Несмотря на различный характеръ измѣненій, говоритъ тотъ же авторъ, появляющихся послѣ зачатія во всемъ организмѣ — они всѣ имѣютъ одинаковое патологическое значеніе и всѣ одного происхожденія; измѣненія кожи — такой же признакъ беременности, какъ и неукротимая рвота и эклампсія.

Если въ настоящее время у насъ нѣтъ еще достаточно данныхъ, чтобы болѣе или менѣе категорически отнести то или другое кожное заболѣваніе беременной женщины къ явле-

ніямъ интоксикаціи, то въ будущемъ, конечно, какъ по мѣрѣ накопленія клиническаго матеріала, такъ и экспериментальной разработки вопроса у насъ будетъ для этого болѣе прочная и обоснованная почва.

Что касается, напримѣръ, вопроса объ этиологіи *impetigo herpetiformis*, то хотя она представляется далеко не выясненной и по сіе время, но наибольшаго вниманія заслуживаетъ теорія, предложенная Wechselmann'омъ и Scheuer'омъ, — теорія, которую и мы скорѣе всего склонны раздѣлять, а именно, — что исходнымъ пунктомъ заболѣванія служитъ плацента и что ядовитые ферменты или токсины, образующіяся въ ней, дѣйствуютъ на организмъ двояко, во-первыхъ на нервы, во-вторыхъ обладаютъ общетоксическимъ дѣйствіемъ.

Finger полагаетъ, что связь этого заболѣванія съ беременностью не подлежитъ сомнѣнію, хотя вскрытія и даютъ отрицательный результатъ; въ громадномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь поражаетъ беременныхъ. Идентичность *impetigo herpetiformis* съ случаями, наблюдавшимися у мужчинъ, сомнительна.

Rieske считаетъ, что *impetigo herpetiformis* Невга въ типической формѣ встрѣчается только у женщинъ, находится въ связи съ беременностью и въ большинствѣ случаевъ оканчивается смертельно. Немногіе случаи, описанные у мужчинъ (Karosi), не вполне соотвѣтствуютъ типической установленной формѣ.

Съ другой стороны Поспѣловъ, наблюдая совмѣстно съ Красноглазовымъ типическій случай болѣзни Невга у одной женщины (болѣзнь возобновлялась три раза — два раза во время беременности и разъ во время дисменорреи) думаетъ, что заболѣваніе это не зависитъ отъ болѣзней матки, а также и не находится исключительно въ зависимости отъ беременности.

Въ настоящее время наилучшей иллюстраціей интоксикаціоннаго происхожденія кожныхъ болѣзней (а также и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваній беременности) служатъ недавнія попытки нѣмецкихъ акушеровъ примѣнить серотерапію при вышесказанныхъ заболѣваніяхъ. Примѣненіе сыворотки было основано на томъ положеніи, что въ данныхъ случаяхъ имѣется дѣло съ отравленіемъ, что организмъ нуждается въ противоядіяхъ, въ антитоксинахъ и что въ виду ихъ недостаточности вспомогательнымъ средствомъ является сыворотка, пополняющая эти недочеты.

Намъ извѣстны теперь уже не единичные случаи этой удачно примѣненной терапіи при Prurigo, Urticaria, Herpes gestationis, Impetigo herpetiformis, (случай Mayer'a, Mayer'a и Linser'a, цѣлый рядъ удачныхъ случаевъ Freund'a и другихъ), при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ ней приступали послѣ длительного безрезультатнаго симптоматическаго лѣченія. Сывороткой служила или лошадиная кровь или кровь здоровой беременной женщины.

Въ прошломъ же году Franz, разсматривая на основаніи новѣйшихъ біологическихъ изслѣдованій токсикозы беременности на почвѣ плацентарной аутоинтоксикаціи, примѣнилъ съ успѣхомъ въ одномъ случаѣ Erythema multiforme exsudativum сыворотку, полученную изъ крови пуповины.

Кромѣ того мы знаемъ также случаи съ успѣшно проведенной серотерапіей и при эклямпсіи, при неукротимой рвотѣ, при Icterus и Nephritis gravidarum, при чемъ при эклямпсіи она примѣнялась не сейчасъ же послѣ начала заболѣванія, а послѣ 10—20 припадковъ.

Fieux, Le Lorier точно также описываютъ случаи удачно примѣненной сыворотки здоровой беременной женщины, при чемъ Fieux отмѣчаетъ, что наиболѣе дѣйствительной въ такихъ случаяхъ является сыворотка женщины первыхъ мѣсяцевъ беременности.

Вопросъ о примѣненіи сыворотки сравнительно недавняго происхожденія, возникъ благодаря наблюденіямъ Freund'a, показавшимъ, что свѣжая сыворотка (лошади, морской свинки, человѣка) способна парализовать ядовитое дѣйствіе свѣжевыжатого сока плаценты.

Всѣ накопившіяся данныя позволяютъ намъ заключить, что большинство разсматриваемыхъ нами отклоненій беременности происходитъ на почвѣ интоксикаціи организма, что между этими отклоненіями существуетъ извѣстная связь и что съ послѣдующимъ развитіемъ беременности, съ прогрессирующимъ ростомъ плоднаго яйца увеличиваются и эти разстройства.

Welch въ виду того, что постоянно дѣлаютъ различіе между эклямпсіей и токсеміей, предпринялъ рядъ изслѣдованій и на основаніи вскрытій приходитъ къ заключенію, что эклямпсія и токсемія беременныхъ только и различаются другъ отъ друга извѣстной постепенностью — это различныя стадіи одного и того же заболѣванія.

Мы вполне присоединяемся къ мнѣнію Михнова, высказанному еще въ 1899 году, что „эклампсія не есть какое-либо случайное заболѣваніе, — эклампсія есть лишь кульминаціонный пунктъ цѣлаго ряда другихъ аналогическихъ разстройствъ, вызываемыхъ беременностью“.

Разсматривая слѣдовательно эклампсію, какъ конечный продуктъ самоотравленія организма, мы тѣмъ самымъ полагаемъ, что встрѣчаемая въ томъ или другомъ случаѣ такъ называемая печеночная или почечная недостаточность не служитъ ея первопричиной, а является послѣдовательнымъ актомъ отравленія, такъ какъ пораженія этихъ, равно какъ и другихъ органовъ не обязательны въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ точно также, какъ и пораженія печени нельзя поставить въ прямую зависимость отъ пораженія почекъ, такъ какъ извѣстны далеко не единичные случаи, гдѣ при наличности заболѣванія печени при эклампсіи, функція почекъ оставалась нормальной.

Мы скорѣе склонны разсматривать такъ часто наблюдающуюся альбуминурію, „почку беременных“, какъ явленіе вторичное, какъ дѣйствіе того же экламптического яда, но явленіе эклампсіи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не обязательно, такъ какъ не значитъ, что ядъ, дѣйствуя на почечную паренхиму, долженъ дѣйствовать и на центральную нервную систему и вызывать судороги (Lentzmann).

Сравнительно продолжительное время полагали, что эклампсія есть уремиическая интоксикація, что эклампсія возникаетъ на почвѣ пониженной функціи почекъ и цѣлый рядъ авторовъ всевозможными теоріями старался подтвердить этотъ взглядъ (Frerichs, Spiegelberg, Traube, Rosenstein, Halberstma и многіе другіе).

Не касаясь вопроса и не вдаваясь въ критику давно уже не удовлетворяющихъ теорій, имѣющихъ въ данный моментъ лишь историческій характеръ, такъ какъ это очень бы отдалило насъ отъ намѣченной цѣли, упомянемъ только, что благодаря многимъ работамъ, главнымъ образомъ послѣдняго десятилѣтія, доказано, что эклампсія не есть уремиическая интоксикація.

Оставляя въ сторонѣ цѣлый рядъ экспериментальныхъ работъ, стремившихся доказать это, остановимся только на клинической картинѣ болѣзни, а также и на данныхъ аутопсії. Мы знаемъ, что существуютъ безбѣлковыя формы эклам-

пси, что больныя хроническимъ нефритомъ рѣдко заболѣвають эклимпсией, а затѣмъ и то, что припадки уремии не развиваются такъ быстро и бурно (Побѣдинскій, Guggisberg и др.).

Weinberger на основаніи изслѣдованій случаевъ эклимпсии, наблюдавшихся въ Страсбургской клиникѣ, приходитъ къ заключенію, что никакой идентичности между эклимпсией и уремией не существуетъ.

Аутопсія же намъ указываетъ, что иной разъ бываютъ случаи, гдѣ почки остаются незатронутыми, а также и то, что нерѣдко тѣ или инныя встрѣчаемыя въ нихъ пораженія относятся къ измѣненіямъ недавняго, свѣжаго характера.

Въ связи съ разборомъ вопроса объ этиологическомъ значеніи пораженія почекъ при эклимпсии, нѣкоторые авторы, основываясь отчасти на клиническомъ теченіи болѣзни, главнымъ же образомъ на данныхъ патолого-анатомической картины думали, что причиннымъ моментомъ возникновенія эклимпсии служитъ печень и все дѣло сводится къ печеночной недостаточности, благодаря которой въ материнскомъ организмѣ скопляются ядовитые продукты обратнаго обмѣна веществъ, которые служатъ причиной пораженія почекъ, а также и возникновенія судорогъ.

Взглядъ этотъ, какъ извѣстно, впервые высказанный Stumpf'омъ и разработанный впоследствии главнымъ образомъ французской школой, какъ теорія аутоинтоксикаціи (Bouchard, Rivière, Bouffe-de-St. Blaise, Pinard и мн. друг.), отчасти правда итальянской и американской школой,—раздѣляется многими и по настоящее время. Сторонники этого воззрѣнія полагаютъ, что на первый планъ выступаютъ заболѣванія печени, что больной органъ не можетъ обезвреживать продуктовъ обратнаго метаморфоза, иначе говоря все сводится къ печеночной токсемии.

Въ 1893 году, какъ извѣстно Массенъ полагалъ, что уменьшенная функція того или иного органа происходитъ благодаря вырабатываемымъ въ организмѣ беременной женщины токсинамъ, считалъ ихъ за лейкомаины и образованіе ихъ приписывалъ недостаточной окислительной дѣятельности печеночныхъ клѣтокъ; заболѣванія же печеночной ткани благопріятствуютъ накопленію лейкомаиновъ.

Что же служитъ причиной накопленія лейкомаиновъ, говоритъ тотъ же авторъ, сказать невозможно, можетъ быть отчасти причина заключается въ пониженной окислительной способности крови.

Что касается вопроса объ инфекціонномъ происхожденіи эклямпсіи, то взглядъ этотъ въ настоящее время раздѣляется немногими.

Точно также невелико число сторонниковъ теоріи Vassale, полагающаго, что причиной возникновенія эклямпсіи служитъ недостаточность щитовидной железы, такъ какъ большинство разсматриваетъ тѣ или другія измѣненія, встрѣчаемыя въ этой железѣ, какъ вторичнаго характера на почвѣ общаго отравленія.

Упомянемъ также, что нѣкоторые въ данное время усиленно отстаиваютъ гипотезу кишечнаго происхожденія эклямпсіи, полагая, что она возникаетъ на почвѣ всасыванія въ кровь токсиновъ кишечника и будто бы чаще встрѣчается у женщинъ, страдающихъ хроническимъ запоромъ (Fabre).

Вопросъ о томъ, что же дѣйствительно служитъ истинной первопричиной эклямпсіи, кишечная ли интоксикація, заболѣванія ли печени, пониженная ли и ослабленная дѣятельность почекъ или же пораженія этихъ органовъ являются вторичными,—хотя является вопросомъ еще спорнымъ и не совсѣмъ рѣшеннымъ, но работы послѣднихъ лѣтъ въ различномъ направленіи болѣе или менѣе опредѣленно говорятъ, что пораженія этихъ органовъ вторичныя на почвѣ циркулированія въ крови беременной женщины какихъ-то, пока еще неопредѣленныхъ ядовъ, идущихъ со стороны плоднаго яйца.

Главнымъ толчкомъ къ такому взгляду послужили клиническія наблюденія, а именно, что окончаніе родовъ благопріятно отзывается на теченіи болѣзни, быстрое исчезаніе (критическое паденіе) бѣлка въ мочѣ, отрицательныя данныя микроскопическаго изслѣдованія, а также и прекращеніе многихъ другихъ патологическихъ симптомовъ. Вопросъ оставался только въ томъ, что именно служитъ главнымъ агентомъ въ этомъ заболѣваніи — самъ ли плодъ, дѣтское ли мѣсто или же околоплодныя воды.

Первоначально высказанный взглядъ Van-der-Haeven'омъ и дополненный впослѣдствіи Fehling'омъ, что заболѣваніе это приурочивается къ плоду и находится такъ или иначе въ зависимости отъ него, потерялъ подъ собой почву послѣ того, какъ различными авторами были описаны случаи эклямпсіи какъ при мертвомъ, такъ и при мацерированномъ плодѣ, а также и при пузырьномъ заносѣ (Hitschmann, Liepmann, Meyer-Wirz и нѣк. др.).

Mathilde Brauser, Sitzenfrey точно также описали случаи эклямпсии при пузырьномъ заносѣ. Mathilde Brauser полагаетъ, что такіе случаи служатъ вѣской опорой плацентарной теоріи эклямпсии.

Намъ также не разъ приходилось наблюдать эклямпсію при мертвомъ и мацерированномъ плодѣ и мы съ своей стороны не можемъ отмѣтить того факта, чтобы смерть или мацерация плода вела къ ослабванію заболѣванія, къ прекращенію припадковъ.

Что касается вопроса относительно значенія околоплодныхъ водъ въ возникновеніи эклямпсии то, несмотря на то, что изслѣдованія Albeck'a и Lohse показали намъ, что околоплодная жидкость эклямптичекъ, вспрыснутая морскимъ свинкамъ, вызываетъ у нихъ въ печени измѣненія, аналогичныя измѣненіямъ при эклямпсии и что наоборотъ околоплодные воды не эклямптичекъ этого не вызываютъ — мы все-таки не можемъ считать ихъ первоисточникомъ происхожденія эклямпсии. Мы полагаемъ, что если въ материнскомъ организмѣ происходитъ цѣлый рядъ измѣненій, если организмъ отравляется, то это неизбѣжно должно сказаться какъ на плодѣ, такъ и на околоплодной жидкости.

Если вскрытія умершихъ дѣтей эклямптичекъ показываютъ намъ, что у нихъ нерѣдко встрѣчаются аналогичныя (характерныя вообще для эклямпсии) измѣненія въ органахъ, что слѣдовательно отравленіе простирается не только на материнскій, но и на дѣтскій организмъ, то при этомъ должны, конечно, отравляться и околоплодные воды и обладать извѣстной ядовитостью.

Въ виду того, что взглядъ Van der Naeven'a не могъ болѣе удовлетворять, вниманіе клиницистовъ, а также и изслѣдователей было обращено на плаценту.

Послѣдъ играетъ не только въ этиологіи эклямпсии, но и вообще гораздо болѣшую роль, чѣмъ ту, которая раньше приписывалась ему.

Еще изслѣдованія Schmorl'я, подтвержденныя впоследствии Lubarch'омъ и другими показали, что очень часто въ легкихъ и въ другихъ органахъ находятся плацентарныя клѣтки и что они играютъ не послѣднюю роль въ этиологіи эклямпсии.

Veit считаетъ, что различныя разстройства, осложненія беременности заключаются въ непрерывномъ поступленіи, не

только въ кровь матери, но и въ органы клѣточныхъ элементовъ послѣда, непосредственно связанныхъ съ венами матери.

Новѣйшія теоріи плацентарнаго происхожденія эклямпсіи базируются какъ на химическихъ, такъ и на біологическихъ изслѣдованіяхъ (Veit, Ascoli, Weichardt, Hofbauer и др.).

Veit считаетъ возникновеніе эклямпсіи на почвѣ проникновенія синтиціальныхъ клѣтокъ въ кровяное русло матери и что въ случаяхъ отсутствія противотѣла синтиціолизину бѣлокъ дѣйствуетъ, какъ ядъ.

Ascoli наоборотъ считаетъ синтиціолизинъ ядовитымъ веществомъ.

Weichardt же видитъ ядъ въ эндотоксинѣ, освобождающемся изъ плацентарныхъ клѣтокъ благодаря синтиціолизину и полагаетъ, что синтиціотоксинъ вызываетъ эклямпсію.

Freund полагаетъ, что плацента играетъ немаловажное значеніе въ обмѣнѣ веществъ, считаетъ плацентарныя клѣтки обладающими значительной энергіей и что въ нормѣ, поступая въ кровь, онѣ обыкновенно подвергаются процессу перевариванія. Въ случаяхъ какихъ-либо отклоненій получается накопленіе недостаточно расщепленныхъ бѣлковъ плазмы, вызывающихъ ту или другую интоксикацію. Разногласіе существуетъ лишь относительно того, способны ли клѣтки сами по себѣ проявлять ту или иную токсичность, накапливаясь въ чрезмѣрномъ количествѣ или же поступая въ кровь онѣ обладаютъ какимъ-либо специфическимъ ферментативнымъ дѣйствіемъ.

Hofbauer на основаніи многочисленныхъ экспериментальныхъ работъ о плацентѣ, о ея фізіологической роли, ея составныхъ частяхъ, разсматриваетъ плаценту, какъ железистый органъ, дѣятельность котораго приурочивается къ присутствію различнаго рода ферментовъ. На основаніи этого онъ разсматриваетъ эклямпсію, какъ интоксикацію, обусловленную ферментами, исходящими отъ послѣда.

Frankl и Handowsky на основаніи своихъ изслѣдованій приходятъ къ выводу, что въ виду богатства ферментовъ въ плацентѣ—возможно объясненіе возникновенія эклямпсіи дѣйствіемъ этихъ ферментовъ.

Zweifel, констатировавъ въ крови и въ мочѣ страдающихъ эклямпсіей большія количества мясо-молочной кислоты, разсматриваетъ это заболѣваніе, какъ кислотную интоксикацію, исходящую, по всей вѣроятности, отъ плода или послѣда.

Guggisberg на основании своихъ наблюдений высказывается, что плацента содержитъ вещества, которыя будучи впрыснуты интравенозно (собакамъ) вызываютъ тяжелое отравленіе (при подкожномъ или брюшномъ введеніи ядъ не дѣйствуетъ). Авторъ полагаетъ, что хотя природа ядовитыхъ веществъ еще не открыта, но, по всей вѣроятности, они ферментативнаго происхожденія и полагаетъ, что въ плацентарномъ токсинѣ есть два компонента, — одинъ, дѣйствуя на кровеносную систему, вызываетъ тромбозъ, другой—токсическій.

Что же касается количества содержамаго яда въ плацентѣ, то, по мнѣнію того же автора, есть плаценты совершенно лишеныя яда.

Dienst полагаетъ, что при эклямпсіи происходитъ усиленный гиперлейкоцитозъ, увеличенный распадъ лейкоцитовъ, а также и увеличеніе фибриногена и фибринъ-фермента и что на этой почвѣ возникаютъ тромбозы, которыя въ свою очередь производятъ тѣ или инныя измѣненія разныхъ органовъ.

Финкель на основании своихъ опытовъ съ плацентарной эмульсіей приходитъ къ заключенію, что въ человѣческой плацентѣ находится опредѣленное токсическое вещество, которое дѣйствуетъ не только при непосредственномъ попаданіи въ кровь, но и при внутрибрюшномъ. Плацентарный токсинъ, по мнѣнію того же автора, проявляетъ свое дѣйствіе двоякимъ образомъ, во-первыхъ, вызываетъ быстрое свертываніе крови и смерть отъ остановки дыханія, въ другихъ же случаяхъ на первый планъ (при медленномъ дѣйствіи яда) выступаетъ хроническое отравленіе организма, ведущее къ тѣмъ или другимъ измѣненіямъ тканей и органовъ.

Скробанскій, разрабатывая вопросъ о патогенезѣ эклямпсіи, находитъ, что въ плацентарной ткани есть извѣстная ядовитость, дѣйствующая не только на другой видъ животнаго, но и на тотъ же, даже на то животное, отъ котораго взята плацента.

Не вдаваясь въ детали и не перебирая всѣхъ многочисленныхъ работъ послѣдняго времени по этому вопросу можно на основании ихъ прійти къ выводу, что если въ настоящее время трудно съ точностью опредѣлить, что именно считать ядомъ въ плацентѣ, найденные ли тѣ или другіе ферменты (протеолитическіе, гликолитическіе, диастатическіе и мн. др.) или же принимать его за клѣточный ядъ, то, во всякомъ слу-

чаѣ, можно на основаніи тѣхъ же данныхъ прійти къ заключенію, что исходнымъ пунктомъ, первопричиной эклямпсіи служить плацента и что пораженія нѣкоторыхъ внутреннихъ органовъ, трактовавшіеся и еще теперь трактуемыя отдѣльными авторами, какъ первичныя, вслѣдствіе той или иной недостаточности, нужно разсматривать, какъ пораженія вторичныя, развивающіяся на почвѣ, пока еще неизвѣстныхъ, но далеко не всегда одинаково дѣйствующихъ ядовъ, идущихъ со стороны плаценты.

На ряду съ экспериментальными изслѣдованіями, направленными къ выясненію сущности эклямпсіи, на ряду съ клиническими наблюденіями теченія болѣзни, патолого-анатомы съ своей стороны обращали вниманіе на характеръ измѣненій того или другого органа и, въ настоящее время, мы имѣемъ благодаря, главнымъ образомъ, работамъ Lubarch'a, Schmorl'я и др. болѣе или менѣе опредѣленно выясненную патолого-анатомическую картину пораженія органовъ при эклямпсіи.

Эти авторы доказали на цѣломъ рядѣ вскрытій, что для эклямпсіи существуетъ особая, ей только свойственная картина, особый комплексъ пораженія органовъ, не встрѣчаемый при другихъ заболѣваніяхъ.

Еще въ сороковыхъ годахъ прошлаго столѣтія англійскій акушеръ Lever, впервые обратившій вниманіе на присутствіе бѣлка въ мочѣ эклямптичекъ, тѣмъ самымъ обратилъ вниманіе, какъ клиницистовъ, такъ и патолого-анатомовъ на встрѣчающіяся при этомъ заболѣваніи пораженія почекъ и въ большинствѣ случаевъ констатировались заболѣванія, которыя должны были разсматриваться, какъ дегенеративные процессы (мутное набуханіе, жировое перерожденіе, некрозъ эпителія).

Съ теченіемъ времени, по прошествіи многихъ лѣтъ, благодаря послѣдующимъ вскрытіямъ, отчасти и болѣе детальному разбору каждаго отдѣльнаго случая вниманіе патолого-анатомовъ было обращено на то, что на ряду съ измѣненіями почекъ при эклямпсіи, встрѣчаются пораженія и другихъ органовъ—пораженія типичныя и однородныя.

Такъ еще въ 1888 году Jürgens'омъ было отмѣчено, что при наличности пораженія почекъ при эклямпсіи, также часто встрѣчаются измѣненія и въ печени и что измѣненія эти характерны для эклямпсіи.

Jürgens полагалъ, что благодаря поражению печени печеночныя клѣтки попадаютъ въ кровяное русло и разносятся кровянымъ токомъ.

Описанный имъ впервые „Hepatitis haemorrhagica“ былъ въ послѣдствіи подтвержденъ Klebs'омъ на двухъ случаяхъ, а также и другими.

Pilliet же первому принадлежитъ заслуга микроскопическаго изслѣдованія этихъ измѣненій.

Pilliet на основаніи двадцати двухъ случаевъ пришелъ къ заключенію, что печень играетъ немаловажную роль въ патогенезѣ эклямпсіи и разсматривалъ встрѣчаемыя въ ней измѣненія не какъ простыя геморрагіи, а какъ комбинированный процессъ, заключающійся въ пораженіяхъ печеночной паренхимы и печеночныхъ клѣтокъ.

Впослѣдствіи къ такимъ же результатамъ пришли Lubarch, Prutz на основаніи 21 случая.

На ряду съ указаніемъ на частоту пораженія почекъ и печени при эклямпсіи, нѣкоторые авторы указывали на болѣе или менѣе постоянныя измѣненія и другихъ органовъ. Такъ многими авторами отмѣчены пораженія легкихъ, мозга, мозговыхъ оболочекъ (Pels Leusden, Lundberg, Winkler, Lubarch, Schmorl и мн. др.). Lubarch на основаніи своихъ наблюденій высказалъ въ 1895 году предположеніе, что для эклямпсіи существуетъ характерное вскрытіе, Schmorl же въ 1901 году на съѣздѣ въ Giessen'ѣ, категорически заявилъ, что для эклямпсіи существуетъ опредѣленная, патогномоничная для нея картина вскрытія, какъ по совокупности, такъ и по характеру измѣненія органовъ. На основаніи произведенныхъ вскрытій Schmorl говоритъ, что у эклямптичекъ съ большою правильностью встрѣчаются измѣненія извѣстныхъ органовъ.

Измѣненія эти касаются печени, почекъ, мозга и его оболочекъ и сердца.

Въ почкахъ дегенеративныя процессы—жировое перерожденіе, мутное набуханіе, некрозъ эпителія извитыхъ и прямыхъ мочевыхъ канальцевъ, въ печени геморрагическіе и анемическіе некрозы, кровоизліянія и незначительныя размягченія въ мозговой корѣ, въ гангліяхъ, въ мозговыхъ оболочкахъ. Бѣлковое и жировое перерожденіе сердечной мышцы.

Что касается заноса въ кровь и въ органы плацентарныхъ

кльтокъ, то это не считается характернымъ для эклямпсіи, такъ какъ довольно часто встрѣчается безъ нея.

Относительно измѣненій плаценты при эклямпсіи, то какъ показываютъ наблюденія въ этомъ направленіи она обыкновенно не представляетъ какихъ-либо характерныхъ измѣненій.

Улезко-Строганова, Schmorl приходятъ къ заключенію, что найденныя тѣ или инныя измѣненія послѣдовъ не представляютъ изъ себя измѣненій, характерныхъ, исключительно принадлежащихъ эклямпсіи, такъ какъ встрѣчаются и въ другихъ случаяхъ.

Welch по большей части (въ четырнадцати случаяхъ) не находитъ какихъ-либо существенныхъ измѣненій, въ нѣкоторыхъ случаяхъ попадались геморрагическіе инфаркты, дегенерация эпителия, гіалиновое перерожденіе.

Разсматривая вопросъ объ измѣненіяхъ органовъ при эклямпсіи нельзя не коснуться вопроса объ измѣненіяхъ тѣхъ же органовъ у дѣтей эклямптичекъ. Хотя этотъ вопросъ сравнительно мало разработанъ и въ литературѣ встрѣчаются только отдѣльныя указанія на произведенныя у дѣтей вскрытія (Meyer-Wirz, Schmorl и др.)—можно все-таки сказать на основаніи данныхъ этихъ авторовъ, что и у дѣтей встрѣчались измѣненія въ почкахъ, въ печени, въ легкихъ, кровоизліянія въ плевру, въ перикардій, но есть также случаи и безъ всякихъ измѣненій.

Albeck въ 25 случаяхъ вскрытій эклямптичекъ (въ одномъ— безъ судорогъ) находилъ характерныя измѣненія, какъ въ печени, такъ и въ другихъ органахъ.

Взглядъ о совокупности измѣненій органовъ при эклямпсіи и характернымъ для нея вскрытіи былъ въ послѣдствіи подтвержденъ многими патолого-анатомами (Meyer-Wirz, Nitzche, Klein, Schmidt и мн. др.).

Meyer-Wirz на основаніи тридцати пяти вскрытій, произведенныхъ въ большинствѣ случаевъ Klebs'омъ или Lubarsch'омъ приходитъ къ тѣмъ же даннымъ.

Разбирая свои случаи, онъ отмѣчаетъ, что пораженіе почекъ было вездѣ, печень оставалась нормальной только два раза, въ семи случаяхъ сердце не представляло отклоненій отъ нормы; въ одной трети случаевъ были найдены пораженія эндокардія и эпикардія; въ двухъ третяхъ описанныхъ вскрытій пораженія мозга (геморрагіи въ мягкую и твердую мозго-

вую оболочку, отекъ мозга); часто констатировались кровоизліянія въ желудокъ, въ кишечникъ.

Nitzsche, основываясь на 19 случаяхъ, приходитъ къ тѣмъ же результатамъ и отмѣчаетъ на ряду съ болѣе или менѣе постоянно встрѣчающимися измѣненіями опредѣленныхъ органовъ—другія измѣненія въ видѣ кровоизліяній въ перикардій, въ плевру, въ околопочечную клѣтчатку. Между прочимъ въ его 19 случаяхъ въ 5 отсутствовали измѣненія въ почкахъ.

Никифоровъ въ описанныхъ имъ двухъ случаяхъ эклампсіи нашель аналогичныя измѣненія: въ обоихъ случаяхъ пораженія печени (мелкіе разсѣянные тромбозы, некрозъ печеночныхъ клѣтокъ, геморрагія), измѣненія въ легкихъ, очень рѣзко измѣненъ мозгъ (тромбозъ и размягченіе), въ почкахъ измѣненій не оказалось.

Ягодинскій въ 8 случаяхъ нашель бѣлковое и жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ—въ нѣкоторыхъ клѣткахъ полное омертвѣніе; въ мозговой корѣ, въ узлахъ мозга перерожденіе нервныхъ клѣтокъ.

Массенъ изслѣдовалъ органы отъ 11 женщинъ. Почки были нормальны только въ одномъ случаѣ (патологическія измѣненія носили острый характеръ). Печень (изъ 9 сл.) только въ одномъ случаѣ не представляла серьезныхъ измѣненій. Кромѣ того отмѣчались измѣненія и другихъ органовъ (сердца, мозга и др.).

Schmorl на основаніи 73 вскрытій (только въ одномъ случаѣ не имѣлъ пораженія почекъ (приходитъ къ заключенію, что во-первыхъ пораженія печени встрѣчаются также часто, какъ и пораженія почекъ, во-вторыхъ, что встрѣчаются случаи аналогичнаго пораженія печени безъ измѣненій почекъ и это служить лучшимъ доказательствомъ того, что заболѣванія печени при эклампсіи нельзя разсматривать, какъ заболѣванія, возникающія на почвѣ пораженія почекъ.

Какъ извѣстно раньше Winkler, а также и Pels Leusden трактовали встрѣчающіеся въ печени некрозы, какъ уремическаго происхожденія, что такъ называемый „Hepatitis haemorrhagica“ встрѣчается и при другихъ заболѣваніяхъ и что главную роль въ его возникновеніи играетъ нефритъ.

Въ виду того, что Schmorl'ю приходилось наблюдать такія же измѣненія въ печени при эклампсіи и безъ наличности

пораженія почекъ, онъ не могъ разсматривать ихъ, какъ уремического происхожденія.

Впослѣдствіи, какъ извѣстно, цѣлымъ рядомъ авторовъ описаны подобные же случаи съ незатронутыми почками.

Что же касается мнѣнія отдѣльныхъ авторовъ (Weber), что измѣненія эти встрѣчаются и при другихъ страданіяхъ и что появленіе ихъ обязано судорогамъ было также весьма доказательно опровергнуто Schmorl'емъ, показавшимъ, что при эпилепсіи ему ни разу не приходилось наблюдать подобныхъ измѣненій.

Schmorl, первый установившій и доказавшій характерную патолого-анатомическую картину при эклямпсіи полагаетъ, что эта совокупность измѣненія органовъ не встрѣчается ни при какомъ другомъ заболѣваніи, но однако не исключаетъ возможности, что въ томъ или другомъ случаѣ какой-либо изъ органовъ останется неповрежденнымъ; въ этомъ отношеніи онъ проводитъ очень интересную аналогію между другими заболѣваніями того или иного происхожденія, для которыхъ существуетъ характерная картина вскрытія и измѣненія органовъ, что отсутствіе пораженія какого-либо изъ органовъ не говоритъ противъ наличности даннаго заболѣванія.

Тотъ же авторъ приходитъ къ выводу на основаніи многочисленнаго матеріала въ Лейпцигѣ и Дрезденѣ, что ни при какомъ другомъ заболѣваніи не встрѣчается подобный симптомокомплексъ пораженія органовъ и замѣчаетъ при этомъ, что отдѣльныя подобныя измѣненія наблюдаются и при другихъ заболѣваніяхъ, но для эклямпсіи является характернымъ не пораженіе какого-либо органа въ отдѣльности, а совокупность измѣненій.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ Schmorl пришелъ къ заключенію, что могутъ быть такіе случаи эклямпсіи, гдѣ можетъ видоизмѣняться клиническая картина болѣзни, ея теченіе представлять извѣстную неясность и трудность діагноза, что можетъ отсутствовать какой-либо изъ симптомовъ заболѣванія, въ частности одинъ изъ главныхъ и самыхъ частыхъ, а именно судороги и что все-таки такіе случаи должны трактоваться, какъ атипическія формы эклямпсіи, какъ „эклямпсія безъ судорогъ“, такъ какъ аутопсія говоритъ за нее, несмотря на то, что больная попала на секціонный столъ съ другимъ клиническимъ діагнозомъ [Anaemia gravis post par-

tum, Uraemia, Sepsis (молніеносный)] и въ клиническомъ теченіи болѣзни преваривовали другіе симптомы.

Эти данныя патолого-анатомовъ поколебали основное понятіе эклямписіи, такъ какъ раньше подъ понятіемъ эклямписіи, а также однимъ изъ главныхъ ея симптомовъ считались судороги и безъ судорогъ не могло быть и рѣчи объ эклямписіи и такъ сказать все ея теченіе приурочивалось, какъ думали, именно къ припадкамъ, къ ихъ частотѣ, силѣ и на ряду съ другими побочными симптомами служило также однимъ изъ главныхъ признаковъ для прогноза.

Взглядъ объ „атипическомъ“ теченіи эклямписіи, о такъ называемой „эклямписіи безъ судорогъ“, высказанный впервые патолого-анатомами въ данный моментъ нисколько не противорѣчитъ понятію эклямписіи, какъ по клинической картинѣ, такъ и по даннымъ, полученнымъ многочисленными біологическими и химическими экспериментальными работами.

Какъ извѣстно, и, какъ нами уже указывалось раньше, исходнымъ пунктомъ возникновенія эклямписіи считается интоксикація. Принимая во вниманіе, что эклямписія есть аутоинтоксикація, мы тѣмъ самымъ нисколько не съуживая этого понятія, а понимая его въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, полагаемъ, что проявленіе ея въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не обязательно въ какой-либо опредѣленной, планомѣрной, строго-установленной формѣ, а что наоборотъ оно можетъ значительно варьировать и видоизмѣняться въ зависимости отъ различныхъ причинъ и клинически протекать безъ наличности тѣхъ или иныхъ общепринятыхъ симптомовъ, въ особенности, если принять во вниманіе извѣстную сопротивляемость организма, его индивидуальныя особенности, а также и *locus minoris resistentiae*.

Если основываться только на клиническихъ данныхъ — клиническомъ теченіи каждаго отдѣльнаго случая, то мы увидимъ, что дѣло не ограничивается только внѣшнимъ проявленіемъ болѣзни — припадками (на ряду съ другими видимыми и типичными для эклямписіи продормальными симптомами), которые не играютъ ужь такой доминирующей роли въ заболѣваніи, въ особенности, если разсматривать ихъ какъ реакцію нервной ткани на отравляющее дѣйствіе токсиновъ, а что въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ на лицо и пораженія цѣлой группы внутреннихъ органовъ, опять таки

не всегда проявляющіяся въ опредѣленной формѣ и масштабѣ. Всегда мы имѣемъ (по крайней мѣрѣ очень часто) преобладаніе того или другого симптома въ теченіе болѣзни: иной разъ отравленіе это сильнѣе сказывается на функціяхъ почекъ, печени, въ другихъ же случаяхъ главнымъ образомъ поражается сердце или нервная система.

Вопросъ о томъ, что же именно считать за эклямпсію безъ судорогъ, какіе случаи причислить къ этой категоріи, тѣ ли, гдѣ мы имѣемъ наивысшее отравленіе центральной нервной системы и вслѣдствіе ея паралича у насъ отсутствуютъ судороги (Schmorl) или же случаи, гдѣ отравляющее дѣйствіе токсиновъ, проявившее себя тѣмъ или инымъ образомъ, не оказало еще своего вреднаго дѣйствія на центральную нервную систему и не вызвало судорогъ.

Мы скорѣе склонны разсматривать случаи эклямпсіи безъ судорогъ съ точки зрѣнія Schmorl'я, а именно считаемъ ихъ, какъ возникающія на почвѣ наиболѣе тяжелаго (въ большинствѣ случаевъ гибельнаго) отравленія центральной нервной системы, послѣдующаго ея паралича, такъ какъ очень трудно предположить, чтобы имѣя на лицо общее рѣзкое отравленіе организма, центральная нервная система оставалась бы неповрежденной.

Этотъ взглядъ находитъ себѣ извѣстное подтвержденіе и въ клиническомъ теченіи болѣзни, такъ какъ каждому клиницисту у постели больной приходилось наблюдать, что внезапное прекращеніе припадковъ послѣ цѣлаго ряда ихъ слѣдованія съ извѣстной постепенностью, правильностью и интенсивностью при продолжающемся тяжеломъ коматозномъ состояніи, при значительномъ повышеніи кровяного давленія, начинающемся отекѣ легкихъ и нѣкоторыхъ другихъ симптомахъ служить плохимъ прогнозомъ, говорящимъ за переполненіе организма ядами, за потерю способности и за невозможность болѣе сопротивляться.

Съ другой стороны мы не можемъ не указать на мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ (Albeck), описавшихъ случаи эклямпсіи безъ судорогъ, что могутъ быть такіе случаи эклямпсіи, гдѣ на лицо существуетъ цѣлый рядъ продормальныхъ симптомовъ этого заболѣванія (отеки, альбуминурія, расстройство зрѣнія, головная боль, рвота, боли въ подложечной области и нѣк. др.), до судорогъ же дѣло еще не дошло и что эти случаи могутъ

трактоваться какъ эклямпсія, такъ какъ считаютъ, что только въ очень рѣдкихъ случаяхъ эклямпсія начинается безъ стадіи предвѣстниковъ и что эти продормальные симптомы есть уже начало заболѣванія.

Въ доказательство того, что эти случаи надо считать за эклямпсію безъ судорогъ, Albeck приводитъ не только наличность продормальныхъ симптомовъ, но и то, что всѣ они быстро и безслѣдно исчезали послѣ родовъ и что если бы онъ въ томъ или другомъ случаѣ не предпринялъ бы ускоренія родовъ, а представилъ бы ихъ силамъ природы — возможно было бы осложненіе ихъ припадками.

Не раздѣляя вполнѣ мнѣнія Albeck'a, мы полагаемъ, что если и возможно разсматривать стадіи предвѣстниковъ эклямпсіи, какъ само заболѣваніе или, по крайней мѣрѣ, какъ начало его, то съ другой стороны такіе случаи не могутъ быть внесены въ рубрику типической эклямпсіи безъ судорогъ, такъ какъ ея исходнымъ пунктомъ является наивысшее дѣйствіе токсиновъ, наибольшее отравленіе организма, въ громадномъ большинствѣ случаевъ ведущее къ летальному исходу. Вопросъ о приемлемости подвида эклямпсіи, какъ такового, въ видѣ эклямпсіи безъ судорогъ, мы должны считать, несмотря на единичныя возраженія, рѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ.

Если мы отклонили послѣ многихъ лѣтъ понятіе объ эклямпсіи, какъ объ уреміи, то теперь у насъ есть данныя, на основаніи которыхъ мы можемъ прійти къ заключенію, что эклямпсія, возникающая на почвѣ аутоинтоксикаціи не есть заболѣваніе какого-нибудь отдѣльнаго органа, а есть заболѣваніе всего организма *in toto*, эклямпсія есть понятіе родовое, собирательное.

Мы вмѣстѣ съ тѣмъ должны признать, что бываютъ такіе случаи эклямпсіи, гдѣ судороги отсутствуютъ и что эти случаи должны трактоваться не какъ „атипическая“, „абортивная“, „рудиментарная“, не какъ „Eclampsia sine eclampsia“, а какъ вполнѣ самостоятельный, типическій подвидъ эклямпсіи, какъ эклямпсія безъ судорогъ.

Въ прошломъ году въ весеннемъ учебномъ полугодіи нами въ клиникѣ наблюдался случай, который мы не можемъ трактовать иначе, какъ случай эклямпсіи безъ судорогъ.

№ 306 приѣмнаго журнала.

25 марта 1912 года въ Акушерскую клинику, въ 7 часовъ вечера поступила больная А. З., 35 лѣтъ, 6-рага, сидѣлка Морозовской больницы.

При поступленіи жалобы на затрудненное дыханіе, головную боль и сильныя боли въ подложечной области.

Т° при поступленіи 37,1, пульсъ нормальный, средняго напряженія около 90.

Средняго тѣлосложенія, довольно полная особа.

Изъ разспросовъ удалось выяснитъ, что крови носить съ 15 лѣтъ, установились сразу, ходятъ по 6—7 дней, черезъ 3 недѣли, безъ боли, послѣ замужества стали ходить по 3—4 дня.

Послѣднія крови 15 іюля, въ срокъ, нормально.

Предыдущихъ беременностей 5, родовъ срочныхъ 5, дѣти всѣ мертвыя.

При первыхъ родахъ, бывшихъ въ деревнѣ fistula vesicovaginalis, впослѣдствіи операція въ Басманной больницѣ.

Вторые роды въ деревнѣ—мертвый ребенокъ.

3-е, 4-е и 5-е роды—щипцы, мертвыя дѣти (3-е въ больницѣ, 4-е въ клиникѣ, поступила изъ какого-то приюта, 5-е въ Воспитательномъ Домѣ).

При послѣднихъ родахъ, бывшихъ 6 лѣтъ тому назадъ, разрывъ промежности, зашитый впослѣдствіи черезъ 3 года.

Никакихъ заболѣваній нервной системы не отмѣчается, лues отрицается.

Размѣры таза—32, 27½, 29, 17, 9½, (на внутренней поверхности лобковой кости прощупывается наростъ, величиной въ большую горошину хрящевидной консистенціи).

При наружномъ изслѣдованіи обнаружено: предлежитъ головка, надъ входомъ въ тазъ, спинка плода влѣво, мелкія части справа, сердцебіеніе плода не прослушивается.

Дно матки на два поперечныхъ пальца выше пупка, объемъ живота на уровнѣ пупка 95 см,

Движенія плода съ 5 ноября, послѣдніе дни пересталь шевелиться.

Рѣдкія, слабыя схватки.

Незначительное кровотеченіе.

Поступила безъ водъ—прошли 25 марта въ 11 час. утра.

При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: шейки нѣтъ, вмѣсто тѣла шейки матки прощупывается съ лѣвой стороны

влагалища небольшое отверстие. На передней стѣнкѣ влагалища небольшой рубецъ, величиной около 3—4 см. Предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ.

При измѣреніи *conjugata diagonalis* обнаруженъ выше описанный наростъ на внутренней поверхности лобковой кости.

Съ 8 часовъ вечера схватки стали чаще и сильнѣе. Больная все время въ сознаниі, временами жалуется на сильную боль въ подложечной области. Видитъ хорошо. Небольшое кровотеченіе.

Въ 9 часовъ вечера открытіе $1\frac{1}{2}$ пальца, головка надъ входомъ, водъ нѣтъ.

Въ 10 час. 50 мин. веч. — полное открытіе, головка во входѣ въ тазъ.

Въ 11 час. вечера родился ребенокъ мертвый, вѣсомъ въ 2050 гр., вслѣдъ за которымъ вышло много сгустковъ, а за ними послѣдъ. Большая часть послѣда занята кровоизліяніями стараго происхожденія.

Послѣ родовъ матка хорошо сократилась, послѣдовательнаго кровотеченія не было; пульсъ 90, t° 37,1, общій видъ больной удовлетворительный, жалуется на боль въ подложечной области, видитъ хорошо.

26/III въ 2 часа ночи, черезъ три часа послѣ родовъ, общее состояніе безъ перемѣнъ и больная была переправлена изъ родильни въ палату.

26/III съ трехъ часовъ ночи, черезъ четыре часа послѣ родовъ, больная стала жаловаться на сильную головную боль, говорить, что сходитъ съума, плохо видитъ, временами незначительныя судорожныя подергиванія отдѣльныхъ лицевыхъ мускульныхъ группъ. Безспокойное состояніе.

1 26/III въ 6 часовъ утра (въ теченіе пяти минутъ) безсознательное коматозное состояніе, сопорозное дыханіе, зрачки кверху, Р. 108, напряженный, t° 36,6.

Morphium 0,015 подъ кожу.

Черезъ нѣкоторое время, хотя дыханіе и пульсъ улучшились, но въ сознаніе больная не пришла.

Общее состояніе больной напоминало состояніе послѣ эclamптического приступа.

2 Въ 7 час. 30 мин. утра вторичное коматозное состояніе въ теченіе пяти минутъ. Р. 140.

Черезъ нѣкоторое время пульсъ, дыханіе улучшились, но въ сознание больная не пришла.

Въ 7 час 55 мин. у. t° 38,0.

Въ 8 час. утра въ виду сильнаго безпокойнаго состоянія больной вторичная инъекція Morphii 0,015.

Въ 8 час. 23 мин утра Р. 100, ровное дыханіе, безъ сознанія.

Въ 9 час. утра желтушная окраска лица, склеры. Больная понемногу приходитъ въ себя, полнаго сознанія нѣтъ, при обращеніи къ ней открываетъ глаза, Р. 84, напряженный. Реакціи зрачковъ нѣтъ, ничего не видитъ.

Въ 9 ч. 45 м. у. полнаго сознанія нѣтъ.

3 Въ 10 час. 5 мин. у.—кома, сопорозное дыханіе, судорожныя сокращенія, подергиванія лицевыхъ мышцъ (такое состояніе продолжалось около шести минутъ) Р. 110.

Въ 10 ч. 15 м. у. дыханіе чище, безъ сознанія, t° 38,0.

Въ 11 ч. 45 м. клизма изъ желтковъ + ol. Ricini въ количествѣ 5 стакановъ въ 28° .

Въ 1 ч. 20 м. дня больная въ полусознаніи. Рѣзкая чувствительность въ подложечной области.

Рѣзко выраженная желтуха лица и всего тѣла.

Съ трудомъ и смутно отвѣчаетъ на предлагаемые ей вопросы. Ничего не видитъ.

Въ 2 часа 5 мин въ полузабытїи, въ полубезсознаніи. Р. 120.

26/ш въ 2 часа 35 мин. дня спущена моча (раньше пробовали, но мочи получить не удавалось) въ количествѣ 20 куб. цент., цвѣта кофейной гущи. Бѣлка по Esbach'у 18%.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: отдѣльные лейкоциты, небольшое количество выщелоченныхъ эритроцитовъ, эпителиальные, гіалиновые и зернистые цилиндры въ количествѣ около 6—8 въ препаратѣ, почечный эпителий (въ весьма незначительномъ количествѣ), клѣтки влагалищнаго эпителия.

26/ш въ 3 часа 45 мин. дня Р. 130, t° 38,7.

Весь день въ полное сознаніе больная не приходила.

Въ 8 час. 5 мин. веч. t° 37,6, почти въ сознаніи. Даны среднія соли. Р. 108. Жалуется на головную боль. Рѣзкая чувствительность и болѣзненность при незначительномъ, нѣж-

номъ надавливаніи на подложечную область. Печень значительно выступаетъ изъ-подъ края реберъ.

Зрѣніе лучше, хотя видитъ въ туманѣ, но различаетъ цвѣта.

Въ 9 час. 15 мин. веч.—общее состояніе безъ перемѣнъ, пульсъ немного чаще—124.

Въ 9 час. 30 мин. веч. въ виду полного отсутствія мочи Diuretini 0,3.

Въ 12 час. 42 мин. ночи больная сразу стала впадать въ безсознательное состояніе, говорить отдѣльныя отрывчатыя фразы, безсвязныя слова, пульсъ сразу сталъ слабѣе, временами совсѣмъ пропадалъ и не прощупывался и черезъ 33 минуты послѣ начала этого состоянія, несмотря на принимаемыя мѣры (Coffein., Ol. Camphor подъ кожу) сердечная дѣятельность прогрессивно падала и больная скончалась при явленіяхъ паралича сердца и отека легкихъ.

Клиническій діагнозъ—Эклямпсія безъ судорогъ.

Данныя аутопсіи.

Макроскопически найдено: Мозгъ малокровный, отечный, кровоизліянія въ мозговья оболочки нѣтъ, точечное кровоизліяніе въ Corpus striatum, въ nucleus lenticularis праваго полушарія.

Сердце—паренхиматозное перерожденіе, дряблость и мутность мускулатуры, въ полости много кровяныхъ сгустковъ.

Въ легкихъ застойныя явленія, небольшой отекъ.

Печень значительно увеличена (почти всѣ размѣры на 3 cm), на наружной поверхности некротическіе участки на разрѣзѣ—венозный застой, отекъ, некрозъ ткани.

Почки значительно увеличены, отечны, венозный застой, мѣстами некрозъ ткани, измѣнены въ цвѣтѣ (грязно-краснаго цвѣта).

Мочевой пузырь пустъ, кровоизліянія нѣтъ.

При вскрытіи обнаружено много кровянистой жидкости, какъ въ грудной, такъ и въ брюшной полости; значительное кровоизліяніе въ жировую околопочечную клѣтчатку, кровоизліяніе въ шейную клѣтчатку и небольшое кровоизліяніе въ широкую связку съ лѣвой стороны.

Разрывовъ нигдѣ нѣтъ.

Брюшина вездѣ гладкая, блестящая.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Мозгъ—отдѣльные некротическіе участки, нервная ткань въ общемъ плохо красится, нервныя клѣтки плохо контурируются, клѣтки гліи сравнительно сохранены. Въ общемъ ткань мозга мутна, мѣстами зерниста.

Кровоизліяніе трудно отмѣтить въ виду некроза ткани.

Сердце—обильное, диффузное кровоизліяніе въ сердечную мышцу, ткань некротизирована.

Почки—общій некрозъ ткани, распадъ эпителія прямыхъ и извитыхъ мочевыхъ канальцевъ.

Печень—некрозъ ткани.

Въ легкихъ—явленія рѣзкой эмфиземы, значительно выраженный Anthracosis, мѣстами (хроническій процессъ), некрозъ ткани.

Селезенка—сплошной некрозъ ткани.

Грудная железа, pancreas—idem. Glandula thyreoidea—нерѣзко выраженный коллоидъ, некрозъ ткани.

Въ маткѣ особыхъ измѣненій нѣтъ, некрозъ главнымъ образомъ межуточной ткани,

Анатомическій діагнозъ—Necrosis viscerum.

Позволю себѣ здѣсь выразить свою сердечную признательность д-ру И. В. Давыдовскому за разъясненіе нѣкоторыхъ неясныхъ мѣстъ въ препаратахъ.

Разбирая нашъ случай, мы прежде всего остановимся на клинической картинѣ, такъ какъ считаемъ, что для клинициста въ большинствѣ случаевъ имѣетъ значеніе именно клиническое теченіе болѣзни, послѣдующая же аутопсія является дополняющей, подтверждающей клинической діагнозу, правда нерѣдко и разъясняющей нѣкоторыя неясности прижизненныхъ патологическихъ явленій. Мы въ этомъ отношеніи принципиально не согласны съ нѣкоторыми авторами (Biekenbach и др.), что діагнозъ эклимпсіи безъ судорогъ можетъ быть поставленъ только на секціонномъ столѣ—мы лично придаемъ большое значеніе клиническому наблюденію болѣзни въ связи съ жалобами, общимъ видомъ больной и тѣми или иными симптомами.

И въ нашемъ случаѣ на основаніи клинической картины процесса нами и былъ поставленъ прижизненный діагнозъ эклимпсіи безъ судорогъ.

Хотя съ другой стороны мы не исключаемъ возможности, что въ тѣхъ или иныхъ случаяхъ при отсутствіи всякихъ симптомовъ діагностика можетъ быть поставлена только при аутопсіи.

Намъ извѣстно, что у заболѣвшихъ эклямпсіей бываетъ цѣлый рядъ предвѣстниковъ — продромальныхъ симптомовъ, довольно такихъ характерныхъ для этого страданія. У нашей больной были на лицо нѣкоторые изъ этихъ симптомовъ, наиболѣе часто встрѣчающихся и мы имѣли основаніе съ самого же начала, еще при ея поступленіи предположить возможность возникновенія эклямпсіи въ той или иной формѣ. За это говорилъ прежде всего общій видъ больной, производившій впечатлѣніе тяжело отравленной, затѣмъ жалобы на головную боль, боли въ подложечной области, затрудненное дыханіе.

Хотя мы въ послѣдствіи и не видѣли классическаго проявленія этой болѣзни, такъ какъ на лицо не было наиболѣе часто встрѣчающагося симптома — судорогъ, мы тѣмъ не менѣе по всему дальнѣйшему клиническому теченію болѣзни, съ прогрессирующимъ отравленіемъ организма, при усиливающейся желтухѣ, ануриі — пришли къ заключенію, что имѣемъ дѣло съ эклямпсіей, съ ея рѣдко встрѣчающейся формой, а именно съ эклямпсіей безъ судорогъ.

Конечно, по теченію болѣзни, возможно было, кромѣ эклямпсіи безъ судорогъ, предположить какой-нибудь другой остро протекающій процессъ, какъ-то уремію, молніеносный сепсисъ, какое-нибудь острое отравленіе или, наконецъ, болѣзнь Weil'я.

Что касается уреміи, то мы, полагаемъ, что ея не было въ нашемъ случаѣ, заболѣваніе же почекъ точно также, какъ и появленіе желтухи, равно какъ и пораженія другихъ органовъ — мы разсматриваемъ, какъ пораженія вторичныя и не считаемъ въ данномъ случаѣ ни заболѣваніе печени или почекъ въ отдѣльности первопричиной процесса.

Что касается совмѣстнаго пораженія почекъ и печени, то, если мы, по предложенію Wendt'a обратимся къ литературнымъ даннымъ, то дѣйствительно увидимъ, что оно, если не исключительно, то во всякомъ случаѣ наиболѣе часто встрѣчается при эклямпсіи. Какъ извѣстно давно уже находили связь между заболѣваніями печени, почкой беременныхъ и эклямпсіей. Какъ нами уже указывалось, сначала полагали, что тѣ или другія измѣненія въ печени при эклямпсіи на-

ходятся въ зависимости отъ заболѣванія почекъ, бываютъ при уреміи, по Schmorl доказаль, что бываютъ случаи аналогичнаго пораженія печени и безъ наличности болѣзни почекъ,— слѣдовательно тѣ или иные патологическіе процессы въ печени при эклямписіи не являются слѣдствіемъ пораженія почекъ.

Что касается вопроса о быстро протекающемъ сепсисѣ, то несмотря на первоначально кажущуюся возможность этого заболѣванія въ описанномъ случаѣ, впослѣдствіи при болѣе детальномъ обзорѣ процессъ этотъ безусловно исключается.

Съ клинической стороны мы не имѣли никакихъ указаній со стороны гениталій, не было явленій раздраженія брюшины.

Анатомически мы находимъ себѣ подтвержденіе. Брюшина вездѣ гладкая, блестящая, въ половыхъ органахъ никакихъ измѣненій.

Правда въ брюшной полости были найдены какія-то палочки, но, во всякомъ случаѣ мы не можемъ считать ихъ первопричиной заболѣванія, такъ какъ полагаемъ, что обладая колоссальной вирулентностью, чтобы вызвать такой острый процессъ, онѣ неминуемо должны были поразить брюшину—клиническая же картина болѣзни указываетъ намъ на отсутствіе перитонита, да и при аутопсіи не удалось отмѣтить какихъ-либо измѣненій въ брюшинѣ.

Что же касается нахождения мѣстами микроорганизмовъ въ нѣкоторыхъ тканяхъ организма, то мы вполне присоединяемся къ мнѣнію Гусакова (Schmauss), что явленіе это по-смертное. Клинически опять таки это у насъ ничѣмъ не проявилось — не было не только ознобовъ, но и небольшихъ „познабливаній“, объяснить же незначительную субфебрильную температуру внѣдреніемъ этихъ палочекъ мы опять таки не можемъ.

Съ другой стороны мы вполне согласны съ Скробанскимъ, что, „хотя можно смѣшать эклямписію съ сепсисомъ, но все-таки при эклямписіи на первый планъ выступаютъ явленія мозгового характера, чего обычно не бываетъ при сепсисѣ“.

Предположить какое-либо острое отравленіе въ данномъ заболѣваніи у насъ не было достаточныхъ основаній, что же касается болѣзни Weil'я, то въ клинической картинѣ нашего случая есть данныя, говорящія противъ нея.

Прійдя клинически къ убѣжденію, что мы имѣли дѣло съ эклямписіей безъ судорогъ, мы не встрѣтимъ себѣ противо-

рѣчія, если обратимся къ микроскопической картинѣ нашего случая. Въ описываемомъ нами случаѣ всѣ измѣненія органовъ были настолько рѣзко выражены, что вездѣ почти дѣло дошло до полного некроза ткани.

Случай эклямпсіи безъ судорогъ описываются сравнительно недавно, въ заграничной литературѣ насчитываются единицами, въ нашей же русской, насколько намъ извѣстно, существуютъ только 2 случая д-ра Гусакова, сообщенные имъ въ его статьѣ „къ симптоматологіи и діагностикѣ эклямпсіи“, случай Федорова, Кацнельсона, 2 случая Строганова (1 случай, наблюдавшійся д-ромъ Гофманомъ) и случай Лиховецера.

Но если принять во вниманіе, что само понятіе эклямпсіи безъ судорогъ сравнительно недавно введено въ общую терминологию и что не такъ давно установлена патогномоничная для эклямпсіи патолого-анатомическая картина, то станетъ понятно, что этотъ видъ эклямпсіи встрѣчался и раньше, но въ виду отсутствія болѣе или менѣе положительныхъ знаній просматривался и летальный исходъ объяснялся другой причиною, какъ съ клинической, такъ и съ анатомической стороны.

Мы вполне присоединяемся къ мнѣнію Bickenbach'a что правильное клиническое наблюденіе, всестороннее освѣщеніе cadaго случая эклямпсіи безъ судорогъ существуетъ не болѣе двухъ лѣтъ.

Seitz въ 1909 году собралъ 17 случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ, съ сообщеніемъ собственнаго случая, причемъ на 147 эклямпсій только разъ была эклямпсія безъ судорогъ. Seitz, отмѣчая, что въ послѣднее время описаны случаи съ прижизненнымъ діагнозомъ, придаетъ этимъ случаямъ большое значеніе.

Гусаковъ въ своей статьѣ приводитъ 16 случаевъ изъ литературы съ общимъ % смертности 77. Гусаковъ полагаетъ, что у насъ до новѣйшаго времени нѣтъ еще ни одного вѣрнаго, какъ патолого-анатомическаго, такъ и клиническаго симптома въ эклямпсіи, на основаніи отсутствія котораго можно было бы опровергнуть и отсутствіе этого заболѣванія.

Schmidt въ 1911 году приводитъ 24 случая эклямпсіи безъ судорогъ, но авторъ бралъ исключительно случаи, провѣренные вскрытіемъ и полагаетъ, что выздоровѣвшіе — не доказательны.

Разбирая довольно подробно приводимые случаи, авторъ отмѣчаетъ, что во всѣхъ случаяхъ такъ или иначе сказывалось тяжелое отравленіе и въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ за это говорили клиническіе симптомы (отеки, альбуминурія, тошнота, рвота, расстройство зрѣнія, боли въ Epigastrium и т. д.).

Schmidt на основаніи собранныхъ ими случаевъ отмѣчаетъ встрѣчающіяся нерѣдко при этомъ заболѣваніи аномалии со стороны послѣда—не разъ встрѣчалось и преждевременное отдѣленіе послѣда, удаление по Credé и ручное отдѣленіе его.

Что касается прижизненнаго клиническаго діагноза, то въ большинствѣ случаевъ онъ не ставился и только вскрытіе открывало данное заболѣваніе. Schmidt полагаетъ, что можно быть сторонникомъ быстрого родоразрѣшенія или же ждать лучшихъ результатовъ отъ выжидательнаго метода, но самое важное это быстро поставить діагнозъ.

Schickele полагаетъ, что въ случаяхъ эклямпсіи безъ судорогъ мы имѣемъ тѣ же симптомы, что и при эклямпсіи съ судорогами; одними изъ первыхъ симптомовъ „атипической“ эклямпсіи авторъ считаетъ церебральные—кома, головная боль, общее безпокойство.

Кромѣ того по мнѣнію Schickele въ большинствѣ случаевъ наблюдается повышенная температура и что въ случаяхъ, молніеносно протекшихъ органы бывають мало поражены.

Albeck, описывая 12 случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ (на 161 случай), имѣлъ въ 11 случаяхъ выздоровленіе. Онъ отмѣчаетъ на основаніи своихъ случаевъ, что вообще эклямпсія рѣдко возникаетъ безъ продромальныхъ симптомовъ, рассматриваетъ эти симптомы какъ начало заболѣванія, а кромѣ того подтверждаетъ взглядъ большинства авторовъ, описавшихъ случай эклямпсіи безъ судорогъ (за исключеніемъ, правда, единичныхъ случаевъ—Schmidt'a и нѣкот. др.), что главнымъ симптомомъ ея является кома и что тамъ, гдѣ секціей была опредѣлена эклямпсія—всѣ больныя передъ смертью были въ безсознательномъ коматозномъ состояніи.

Ваг полагаетъ, что явленія, наблюдаемыя при эклямпсіи безъ судорогъ—есть настоящіе эклямптические припадки съ той только разницей, что они не сопровождаются обычными судорогами.

Таблица 1-ая.

А в т о р ы.	Общее число случаевъ.	Выздоро- вѣло.	Умерло.
1. Albeck	12	11	1
2. Bauer	1	1	0
3. Bickenbach	1	0	1
4. Binder	1	1	0
5. Bouffe de St. Blaise	1	0	1
6. Brunet	4	1	3
7. Wenus	1	0	1
8. Wendt	1	0	1
9. Heinrisdorff	1	0	1
10. Гусаковъ	2	0	2
11. Esch	4	0	4
12. Jardine	2	1	1
13. Кацнельсонъ	1	0	1
14. Лиховецерь	1	0	1
15. Macé u-Gaillard	1	1	0
16. Meyer-Wirz	1	0	1
17. Poten	1	0	1
18. Raubitschek	1	0	1
19. Reinecke	1	0	1
20. Seitz	1	0	1
21. Селицкий	1	0	1
22. Строгановъ	2	0	2
23. Федоровъ	1	0	1
24. Fälländer	2	0	2
25. Chirie u Stern	1	0	1
26. Schlutius	1	1	0
27. Schmidt	1	0	1
28. Schmorl	3	0	3
Общій % см. = 66,6% .	51	17	34

Съ другой стороны есть авторы (Poten, Brunet), полагающіе, что нельзя считать за эклямписію случаи, гдѣ отсутствуетъ одинъ изъ главныхъ ея симптомовъ—судороги.

Poten описывая свои случаи (случай, который трактуется большинствомъ авторовъ на основаніи вскрытія, какъ эклямписіа безъ судорогъ) подъ именемъ смертельнаго нефрита, полагаетъ, что разъ отсутствуютъ характерныя судороги—это есть нефритъ—пораженіе почекъ, а не эклямписіа и что такой нефритъ можетъ вести къ дальнѣйшимъ измѣненіямъ въ другихъ органахъ.

Точно также и Brunet полагаетъ, что разница между эклямписіей и нефритомъ беременныхъ и заключается въ томъ, что въ послѣднемъ отсутствуютъ судороги.

Намъ удалось собрать въ доступной намъ литературѣ 51 случай эклямписіи безъ судорогъ съ общимъ % смертности 66,6 приче́мъ мы включили въ это число, какъ случаи не провѣренные вскрытіемъ, такъ и выздоровѣвшіе случаи.

Разсматривая вышеприведенную таблицу, констатируя значительный общій % смертности (66,6%) при этой формѣ эклямписіи, мы невольно встрѣтимъ нѣкоторое противорѣчіе въ случаяхъ, описанныхъ Albeck'омъ, который на 12 случаевъ эклямписіи безъ судорогъ имѣлъ только одинъ летальный исходъ, иначе говоря только 8,3% смертности противъ общаго 66,6%.

Albeck, какъ мы уже указывали, считаетъ продромальную стадію эклямписіи уже за само заболѣваніе и полагаетъ, что если въ дальнѣйшемъ теченіи не появляются судороги, то такіе случаи могутъ трактоваться, какъ эклямписіа безъ судорогъ.

Вполнѣ соглашаясь съ Albeck'омъ, что эклямписіа только въ рѣдкихъ случаяхъ возникаетъ безъ наличности продромальныхъ симптомовъ, мы въ то же время не можемъ считать одну только стадію предвѣстниковъ самымъ заболѣваніемъ, даже его началомъ, такъ какъ намъ, также какъ и многимъ другимъ, приходилось въ клинической жизни не разъ наблюдать случаи съ рѣзко выраженными продромальными симптомами, съ интенсивными явленіями отравленія организма, тѣмъ не менѣе въ такихъ случаяхъ мы далеко не всегда видѣли впослѣдствіи эклямписію.

Считая эту стадію предвѣстниковъ уже извѣстнымъ отравленіемъ организма, придавая имъ существенное значеніе, мы въ то же время не можемъ признать ихъ за эклямписію, полагая, что эта стадія при дальнѣйшемъ прогрессирующемъ

отравленіи организма можетъ перейти въ зависимости отъ тѣхъ или иныхъ причинъ, какъ особенностей материнскаго организма, такъ и отъ силы и концентрации ядовитыхъ веществъ, въ эклямписію съ судорогами или безъ таковыхъ.

Иначе говоря, мы скорѣе склонны разсматривать продромальную стадію эклямписіи, какъ явленія „эклямписизма“ (Bag), которыя могутъ пройти безслѣдно или же перейти въ ту или иную форму эклямписіи.

Точно также выздоровѣвшіе случаи Albeck'a, а также и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, мы скорѣе всего склонны отнести именно къ явленіямъ эклямписизма.

Если на общее число вышеприведенныхъ авторовъ (28), мы исключимъ только одного Albeck'a съ его 11 выздоровѣвшими случаями, то сразу получимъ рѣзко повышеніе % смертности, а именно не 66,6%, а 90%.

Мы съ своей стороны можемъ для иллюстраціи привести нѣсколько наблюдавшихся нами случаевъ, которые мы могли бы по клиническому теченію отнести къ случаямъ эклямписіи безъ судорогъ, такъ какъ въ нихъ было на лицо рѣзкое отравленіе организма, были ясно выраженные продромальные симптомы эклямписіи, но только не было судорогъ. Больныя производили такое впечатлѣніе, что каждую минуту можно было ожидать появленія припадковъ. Мы эти случаи разсматриваемъ не какъ эклямписію безъ судорогъ, а какъ явленія эклямписизма.

Случай 1-ый. 1912 г. № 50, приѣмнаго журнала, 35 л., 8—рага, 10-ый мѣсяць беременности. Сильные отеки ногъ, большихъ губъ, отечное лицо, (отеки появились 4 недѣли тому назадъ), головная боль, ослаблѣніе зрѣнія — въ глазахъ появлялись круги разныхъ цвѣтовъ, наканунѣ поступленія сильно трясло, сводило руки. Нормальные роды, живой ребенокъ, послѣ родовъ всѣ явленія безслѣдно прошли.

Случай 2-ой. 1912 г. № 658 приѣмнаго журнала, 18 л., 1—рага, 10-ый мѣсяць беременности, поступила со схватками; при поступленіи боль въ подложечной области, головная боль, ослаблѣніе зрѣнія, ціанозъ лица, безпокойное состояніе, сильные отеки ногъ, живота, лица, въ мочѣ бѣлокъ (по Esbach, у 4‰).

Нормальные роды, частичное приращеніе послѣда (Placenta marginata), ручное его отдѣленіе, живой ребенокъ. Послѣ родовъ всѣ явленія быстро прошли.

Мы присоединяемся къ мнѣнію большинства авторовъ, что эклямпсія безъ судорогъ есть наиболѣе тяжелая форма этого заболѣванія, форма, ведущая въ громадномъ большинствѣ случаевъ къ летальному исходу. Приведенные выше нами случаи эклямпсіи безъ судорогъ показываютъ намъ, что какъ по клиническому теченію болѣзни, такъ и по другимъ даннымъ отнюдь нельзя отнести это заболѣваніе, какъ думаютъ нѣкоторые (Albeck, Кипарскій) къ легкимъ формамъ.

Т а б л и ц а 2 - а я.

Случаи съ высокой t°.

А в т о р ы.	Какая t°.	Исходъ.
1. Venus	Выстрое повыш. t°.	Mors.
2. Esch	39,7	Mors.
3. Esch	39,2	Mors.
4. Esch	39,9	Mors.
5. Гусаковъ	39,0	Mors.
6. Raubitschek	Субфебрильная t°.	Mors.
7. Seitz	38,5	Mors.
8. Селицкий	38,7	Mors.
9. Chirie и Stern	38,4	Mors.
10. Schlutius	38,8	Выздоровленіе.

Съ другой стороны въ таблицѣ 2-ой нами выбраны случаи съ повышенной температурой и мы можемъ на основаніи собранныхъ нами случаевъ прийти къ заключенію, что повышение t° при этомъ заболѣваніи не является уже такой рѣдкостью (19,6%) (Строгановъ считаетъ, что обычно эклямпсія безъ судорогъ не сопровождается высокой t°), а затѣмъ не можемъ не отмѣтить того факта, что при наличности повышенной температуры значительно увеличивается % смертности. (90%), что

Таблица 3-ья.

Симптомы, наблюдавшіеся у больныхъ.

Какіе симптомы.	Число разъ.
Бѣлокъ	29
Головная боль	28
Бессознательное состояніе, кома	25
Отеки	21
Разстройство зрѣнія (амблюпія, амаурозъ—4 раза, нетіапорзіа).	21
Безпокойное состояніе, Общее возбужденіе }	15
Тошнота и рвота	14
Отдѣльные подергиванія, судороги нѣкото- рыхъ мускульныхъ группъ	11
Высокая t°	10
Боли въ Epigastrium	6
Ціанозъ	6
Желтуха	4
Сонливость	4
Боли въ печени	2
Болевья ощущенія, боли во всѣмъ тѣлѣ . .	2

въ свою очередь нисколько не противорѣчитъ клиническому наблюденію другой формы эклямпсіи, такъ какъ мы знаемъ, что значительное повышеніе t° наряду съ нѣкоторыми другими симптомами служитъ плохимъ прогнозомъ въ заболѣваніи.

Обращаясь къ 3-ей таблицѣ, въ которой приведены тѣ или иныя явленія, наблюдавшіяся у больныхъ, мы констатируемъ разнообразіе симптомовъ, указывавшихъ на отравленіе и на основаніи разбираемыхъ ниже изъ литературы случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ можемъ прійти къ заключенію, что не было случая, какъ выздоровѣвшаго, такъ и окончившагося летально, гдѣ это отравленіе такъ или иначе не сказалось.

Мы придаемъ этому факту большое значеніе, такъ какъ полагаемъ, что на основаніи указанныхъ симптомовъ возможно своевременно поставить діагностику, какъ явленій эклямпсіа, такъ и эклямпсіи безъ судорогъ, предпринять въ томъ или другомъ случаѣ соотвѣтствующую терапію и способствовать скорѣйшему окончанію родовъ.

Если въ данное время мы имѣемъ незначительное число случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ съ прижизненнымъ діагнозомъ, если бѣольшая часть ихъ констатирована на секціонномъ столѣ, то въ будущемъ на основаніи клиническаго наблюденія каждаго отдѣльнаго случая число прижизненной діагностики будетъ, конечно, преобладающимъ и если иной разъ патолого-анатомическая картина и не дастъ намъ вскрытія, характернаго для эклямпсіи, мы все же по клиническому теченію болѣзни будемъ считать эти случаи за эклямпсію, такъ какъ полагаемъ, что типическая, для нея картина не всегда обязательна и можетъ иной разъ и не встрѣтиться.

Признавая, что для эклямпсіи существуетъ особая характерная картина вскрытія, особый комплекс дегенеративныхъ измѣненій органовъ, не встрѣчаемый при другихъ заболѣваніяхъ, мы въ то же время полагаемъ, что могутъ быть случаи, гдѣ тотъ или другой органъ останется неповрежденнымъ, случай безъ всякихъ анатомическихъ измѣненій, а также не исключаемъ возможности, что въ томъ или иномъ случаѣ эта картина, характерная для эклямпсіи можетъ совершенно отсутствовать вслѣдствіе быстрого дѣйствія токсиновъ и послѣдующаго отравленія тканей организма.

Мы считали бы нашу статью не вполне оконченной, если бы не коснулись вкратцѣ вопроса о терапіи данной формы эклямпсіи.

Съ другой стороны говоря о терапіи эклямпсіи безъ судорогъ, невольно придется коснуться о терапіи вообще эклямпсіи, такъ какъ въ сущности это двѣ разновидности одного и того же заболѣванія.

Мы не будемъ разбирать всевозможныхъ терапевтическихъ средствъ, мѣропріятій, предложенныхъ отдѣльными авторами, иной разъ даже однократно примѣнявшихся, такъ какъ невозможно судить поскольку эти методы оказывали пользу и были дѣйствительны, остановимся только на терапіи эклямпсіи въ данный моментъ.

Въ терапіи эклямпсіи въ настоящее время наблюдается два теченія: съ одной стороны мы видимъ тенденцію быстроаго родоразрѣшенія, даже немедленнаго послѣ перваго припадка, черезъ четверть часа по поступленіи больной въ учрежденіе, съ другой стороны консервативное веденіе лѣченія, какъ выжидательное, такъ и по схемѣ—по профилактическому методу, предложенному Строгановымъ.

Что касается потогоннаго лѣченія, (горячія ванны), влажныя обертыванія и др., то большинство отказалось отъ его примѣненія, такъ какъ полагаютъ, что если иной разъ судороги и наступаютъ менѣе часто, но съ другой стороны замѣчается ухудшеніе въ общемъ состояніи больной, главнымъ образомъ, сказывающемся въ ослабленной дѣятельности сердца.

Оба эти теченія исходя какъ изъ теоретическихъ соображеній, такъ и практическихъ клиническихъ наблюденій, имѣютъ своихъ сторонниковъ и послѣдователей.

Большая часть современныхъ акушеровъ, исходя изъ того соображенія, что ближайшей причиной эклямпсіи является беременность, что эклямпсія есть аутоинтоксикація, возникающая на почвѣ какихъ-то токсиновъ, продуцируемыхъ при беременности, принципиально стоитъ за ея прерываніе, иначе говоря придерживается быстроаго ранняго родоразрѣшенія.

Съ другой стороны опредѣленная группа авторовъ, основываясь на теоретическихъ обоснованіяхъ, а также и на статистическомъ матеріалѣ, стоитъ за консерватизмъ при лѣченіи эклямпсіи (главнымъ образомъ лѣченіе наркотическими, въ томъ числѣ и способъ, предложенный Строгановымъ) и принципиально высказывается противъ быстроаго ранняго родоразрѣшенія, хотя считаетъ при извѣстныхъ показаніяхъ на

ряду съ упомянутымъ лѣченіемъ умѣстнымъ и родоразрѣшеніе наиболѣе бережнымъ способомъ.

Являясь принципиальнымъ сторонникомъ быстрого родоразрѣшенія, мы въ то же время полагаемъ, что это не есть радикальная мѣра излѣченія эклампсіи, а есть такъ сказать своего рода профилактика уже развившагося заболѣванія, заключающаяся въ прерываніи беременности, въ исключеніи главнаго агента болѣзни, въ огражденіи ослабленнаго организма отъ новаго поступленія токсиновъ.

Разрѣшая экламптичку, мы этимъ самымъ способствуемъ организму въ борьбѣ съ заболѣваніемъ, предохраняемъ отъ переполненія токсинами, но мы по большей части не знаемъ сколько уже накопилось въ организмѣ ядовитыхъ веществъ, какой они силы, а также зачастую и не можемъ выяснитъ наличности индивидуальной защитительной способности даннаго организма.

Признавая быстрое родоразрѣшеніе при эклампсіи, мы въ то же время полагаемъ, что могутъ быть такіе случаи, гдѣ оно не произведетъ извѣстнаго эффекта, какъ въ смыслѣ прекращенія припадковъ, увеличенія мочеотдѣленія, урегулированія дѣятельности кровеносной системы и вообще улучшенія общаго состоянія больной; мы разсматриваемъ такіе случаи какъ обусловленные переполненіемъ организма токсинами, а также и считаемся съ фактомъ недостаточной способности его къ сопротивленію.

Въ такихъ случаяхъ на помощь ослабленному въ изнурительной борьбѣ организму приходятъ введенныя внутрь противоядія, которыя являются подспорьемъ, вспомогательнымъ средствомъ. Мы говоримъ о серотерапіи.

Какъ нами выше указывалось вопросъ о примѣненіи серотерапіи на живомъ организмѣ возникъ послѣ того, какъ наблюденія Freund'a показали, что свѣжая сыворотка способна парализовать ядовитое дѣйствіе плацентарнаго сока.

Дальнѣйшія клиническія наблюденія въ этомъ направленіи, удачно проведенные случаи показали весь смыслъ, всю рациональность и пользу примѣненія серотерапіи, какъ при эклампсіи, такъ и при другихъ токсикозахъ беременности и въ данный моментъ потребность ея не подлежитъ сомнѣнію—выработка же болѣе рациональной сыворотки вопросъ недалекаго будущаго.

Вопросъ же о томъ, какая изъ предложенныхъ сыворотокъ является наиболее подходящей, дѣйствительной, рѣшить въ данный моментъ трудно, несмотря на имѣющіяся, правда еще незначительныя, литературныя данныя.

У насъ въ этомъ отношеніи пока нѣтъ личнаго опыта, но въ будущемъ въ подходящихъ случаяхъ, какъ при эклампсіи, такъ и при другихъ интоксикаціяхъ, индивидуализируя каждый отдѣльный случай, мы примѣнимъ ее въ томъ или иномъ видѣ или въ видѣ лошадиной сыворотки, сыворотки, полученной отъ здоровой женщины въ различныхъ стадіяхъ беременности или же наконецъ въ видѣ сыворотки, взятой изъ пуповины.

Мы также собираемся примѣнить и сыворотку здороваго человѣка, такъ какъ полагаемъ, что при извѣстныхъ данныхъ она будетъ обладать въ достаточной степени нужными анти-токсинами.

Помимо полученія для этого отрицательныхъ результатовъ отъ реакціи Wassermann'a, отъ изслѣдованія мокроты и мочи, мы придаемъ также большое значеніе анализу крови, какъ въ смыслѣ процентнаго содержанія гемоглобина, такъ и форменныхъ элементовъ и ихъ количественнаго и качественного состава и соотношенія другъ къ другу.

Быстрое родоразрѣшеніе и серотерапія—вотъ, по нашему мнѣнію, путь веденія эклампсіи въ данный моментъ.—два фактора взаимно помогающіе и дополняющіе другъ друга; съ одной стороны удаленіе очага, первоисточника токсиновъ, съ другой—ослабленіе вирулентности наличныхъ токсиновъ въ организмъ.

Исходной точкой нашего воззрѣнія, исходнымъ пунктомъ совмѣстнаго дѣйствія быстрого родоразрѣшенія и серотерапіи является то, что эклампсія, развивающаяся на почвѣ беременности не есть заболѣваніе какого-нибудь органа въ отдѣльности, а есть заболѣваніе организма in toto.

Имѣя на лицо общее отравленіе, нужно лѣчить не отдѣльные его симптомы и проявленія, не одинъ какой-нибудь органъ, подвергшійся заболѣванію, а весь организмъ и по возможности устранить причину, вызвавшую эту интоксикацію.

Придерживаясь такого взгляда, мы тѣмъ самымъ, понятно, относимся отрицательно къ выжидательной терапіи, главнымъ

образомъ къ примѣненію наркотическихъ при эклямпсіи въ видѣ ли беспорядочнаго лѣченія или же въ видѣ строго опредѣленнаго метода.

Мы вполне присоединяемся къ мнѣнію далеко не малаго числа авторовъ полагающихъ, что примѣненіе наркотическихъ, являющихся почечными и сердечными ядами далеко не безразлично. Наркотики, кромѣ того ослабляютъ окислительные процессы въ организмѣ, уменьшаютъ жизнедѣятельность клѣтокъ, расслабляюще дѣйствуютъ на дыхательные центры.

Мы не впадемъ въ противорѣчіе, если при тѣхъ или иныхъ показаніяхъ, при общемъ безпокойствѣ, возбужденіи больной сдѣлаемъ однократную инъекцію морфія или поставимъ клизму изъ хлораль-гидрата, точно также какъ и примѣненіе хлороформа (или какъ рекомендуютъ нѣкоторые смѣсь Bileroth'a въ виду вреднаго дѣйствія хлороформа на паренхиматозные органы), мы считаемъ обязательнымъ при каждомъ нашемъ акушерскомъ мѣропріятіи у эклямптичекъ.

Что касается кровопусканія, которое въ послѣднее время опять горячо рекомендуется въ особенности французскими авторами, то, намъ кажется оно должно имѣть свои показанія, оказываетъ въ извѣстныхъ случаяхъ несомнѣнную пользу болѣе примѣнимо въ случаяхъ послѣродовой эклямпсіи, но естественно возводитъ его, какъ въ правило, во всѣхъ случаяхъ заболѣванія нельзя.

Переходя къ вопросу о терапіи эклямпсіи безъ судорогъ можно сказать одно, что принципы лѣченія тѣ же, что и при обыкновенной ея формѣ.

Наиболѣе важнымъ является возможно скорая постановка діагноза, а затѣмъ и соответствующія мѣропріятія въ зависимости отъ того, когда разовьется эклямпсія во время беременности, родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ; заранѣе хотя нужно добавить, что рассчитывать на какой-либо успѣхъ трудно, принимая во вниманіе, что это наиболѣе тяжелые случаи, случаи съ наивысшимъ отравленіемъ организма. И въ этихъ случаяхъ мы наиболѣе правильнымъ считаемъ возможно скорѣе произвести родоразрѣшеніе. Чѣмъ ранѣе поставлена діагностика заболѣванія, тѣмъ болѣе шансовъ у насъ на благополучный исходъ на спасеніе жизни заболѣвшей.

Можно сказать, что на основаніи имѣющихся описанныхъ случаевъ, терапіи эклямпсіи безъ судорогъ въ данный моментъ

фактически не существует; это последнее объясняется тѣмъ, что диагностика заболѣванія въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ ставилась только на секціонномъ столѣ, при жизни же не было и рѣчи объ эклампсіи, въ другихъ же случаяхъ при прижизненной диагностикѣ картина болѣзни настолько быстро развертывалась, что терапия носила какой-то беспорядочный, спутанный, хаотическій характеръ.

Въ заключеніе позволимъ себѣ выразить нашу искреннюю и сердечную благодарность глубокоуважаемымъ профессору Николаю Ивановичу Побѣдинскому и ассистенту Геннадію Федоровичу Матвѣеву, за то живое участіе, которое они проявляли въ задуманной нами работѣ, а также и за многіе цѣнные совѣты.

Случаи эклампсіи безъ судорогъ.

Случаи Albeck'a.

1. 31 г., 1—рага, до родовъ отеки, во время родовъ головная боль, расстройство зрѣнія, немного бѣлка.—Выздоровленіе.

2. 21 г., 1—рага, до родовъ отеки, во время родовъ рвота, бѣлка 27‰.—Выздоровленіе.

3. 21 г., 1.—рага, до родовъ отеки, боли въ Epigastrium, головная боль, расстройство зрѣнія,—во время родовъ тѣ же симптомы, бѣлка 3‰.—Выздоровленіе.

4. 19 л., 1—рага, отеки, головная боль, расстройство зрѣнія, бѣлка 8‰.—Выздоровленіе.

5. 24 г., 1—рага, до родовъ отеки, рвота, во время родовъ головная боль, головокруженіе, расстройство зрѣнія, бѣлка 30‰.—Выздоровленіе.

6. 42 г., 8—рага, до родовъ отеки, головная боль, расстройство зрѣнія, сонливость, бѣлка 12‰.—Exitus.

7. 23 г., 1—рага, отеки, расстройство зрѣнія, сонливость, цианозъ, бѣлка 6‰.—Выздоровленіе,

8. 23 г., 1—рага, отеки, головная боль, расстройство зрѣнія, бѣлокъ, двойни.—Выздоровленіе.

9. 28 л., 1—рага, отеки, головная боль, расстройство зрѣнія, затрудненное дыханіе, бѣлка 17‰.—Выздоровленіе.

10. 22 г., 1—рага, отеки, головная боль, расстройство зрѣнія, бѣлка 18‰.—Выздоровленіе.

11. 22 г., 1—рага, отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, сонливость, бѣлка 25‰.—Выздоровленіе.

12. 22 г., 1—рага, отеки, разстройство зрѣнія, боли въ Epigastrium, бѣлка 30‰.—Выздоровленіе.

Случай Вауер'а.

1. 7—рага, 3 года страдаетъ головными болями, за послѣднія три недѣли усилились, появилась тошнота, рвота. За день до родовъ боли въ подложечной области. Много бѣлка (послѣ родовъ черезъ три дня слѣды.) Послѣ родовъ Nephropsis.

На 2-ой день послѣ родовъ высокая t° , церебральные симптомы.

Случай, комбинированный съ септическимъ процессомъ (эндометритъ и лѣвосторонній параметритъ).

Случай Vickenbach'а.

1. 35 л., 1—рага, сильная головная боль, безпокойство, тошнота, рвота, ціанозъ, безсознательное состояніе.

Щипцы для спасенія ребенка, exitus черезъ 5 минутъ послѣ операци.

Вскрытіе—эклампсія.

Вскрытіе ребенка.—Многочисленные экхимозы въ сердечную сорочку, въ діафрагму, гиперемія мозговыхъ оболочекъ.

Случай Binder'а.

1. „Абортивная“ эклампсія —Выздоровленіе. Послѣ головныхъ болей, затемнѣніе въ глазахъ, послѣ нормальныхъ родовъ потеря сознанія, безпокойное состояніе. Въ мочѣ бѣлокъ (скоро исчезъ).

Случай Bouffe-de St. Blaise (цитированъ по Schmorl'ю).

1. Сильная головная боль, боли въ Epigastrium, безпокойство.

Вскрытіе, характерное для эклампсіи. Авторъ также считаетъ, что судороги только одинъ изъ симптомовъ заболѣванія.

Случай Brunet.

1. 1—рага, 6 мѣсяцевъ беременности, прерываніе ея по поводу тяжелого нефрита; post partum—анурія, головная боль, возбужденное состояніе, кома—Exitus.

Вскрытіе.—Кровоизліянія въ плевру, въ печень, паренхиматозное перерожденіе почекъ, печени, сердца, старый интерстиціальныи нефритъ, многочисленные тромбы въ сосудахъ печени.

2. 2—рага, 6 мѣсяцевъ беременности, внезапная потеря сознания, смерть черезъ 24 часа.

3. 1—рага, въ концѣ беременности, рвота, безпокойство, внезапная потеря сознания, въ нѣсколько часовъ смерть.

Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ кровоизліянія въ мозгъ, въ легкія, въ печень; паренхиматозное перерожденіе сердца, некрозы въ печени и въ почкахъ, много тромбовъ въ сосудахъ.

4. 2—рага, 6 мѣсяцевъ беременности. Атрофія зрительнаго нерва на почвѣ нефрита. Бѣлка 10‰, цилиндры въ большомъ количествѣ.

Послѣ выскабливанія амаурозъ, неправильный пульсъ 116, кома (бѣлокъ поднялся до 15‰).—Выздоровленіе.

Случай Venus'a.

1. 38 л., 6 — рага, быстрое повышеніе температуры, небольшія судороги въ теченіе двухъ — трехъ секундъ въ лицевыхъ мышцахъ, тошнота, рвота, вдругъ сдѣлалась блѣдной, впала въ безсознательное состояніе, ухудшился пульсъ, черезъ полчаса—Exitus.

Sectio caesarea in mortua.

На основаніи аутопсіи авторъ разсматриваетъ случай, какъ быстро протекшую эклямпсію.

Случай Wendt'a.

1. 21 г., 2—рага, поступила съ сильной желтухой, бѣлокъ въ мочѣ (1/8‰). t° 34,6 (?) P. 64.

N—роды, мертвый ребенокъ, атоническое кровотеченіе, несмотря на принятія мѣры exitus при усиливающемся безпокойствѣ черезъ 4 часа 45 мин. послѣ родовъ.

Два раза влагалищное спринцеваніе, два шприца эрготи-на, небольшой разрывъ шейки—4 шва, тампонація матки, 400,0 к. ц. Nacl, горячій чай, кровотеченіе черезъ тампонъ.

За 45 мин. до смерти возрастающее безпокойство, учащенное дыханіе, рвота, безсознательное состояніе.

Клиническіе симптомы—желтуха (появилась три дня тому назадъ), альбуминурія, сильныя отеки (съ мѣсяць), головная боль, потеря сознания.

Протоколъ вскрытія: сильно выраженная желтуха. Гиперемія мозга. Жировое перерожденіе печени, почекъ.

Вскрытіе ребенка: Отекъ легкиихъ. Многочисленныя кровоизліянія въ эпикардій и эндокардій праваго желудочка, кровоизліянія въ печень, въ плевру.

Случай Heinrichsdorff'a.

1. 22 г., 1—рага, вполне здоровая женщина, въ полномъ сознаниі, бѣлка и форменныхъ элементовъ нѣтъ, черезъ полчаса послѣ наложенія щипцовъ exitus (умѣренное кровотеченіе).

Эклямпитическая печень (мускатная).

Случай Гусакова.

1. 36 л., 7—рага, t° при поступленіи 37,0. Больная прислана изъ деревни по поводу кровотеченія (5—6 мѣсяцевъ беременности). Къ вечеру слѣдующаго дня схватки усилились. Въ 12 час. ночи полное открытіе. Больная стонетъ и мечется по постели. Частый пульсъ, t° 39,0. Внезапно потеря сознаниія, (послѣ окончанія родовъ—плодъ по Cristeller,у, послѣдъ по Credé) кома, отдѣльныя сокращенія мышечныхъ группъ, периодически судороги глазныхъ мышцъ, ухудшеніе пульса отекомъ легкихъ.

Вскорѣ смерть при явленіяхъ паралича сердца, глубокаго коматознаго состоянія и отека легкихъ.

Въ спущенной катетеромъ мочѣ въ количествѣ 15, 0, к. ц., цвѣта кофейной гущи—немного бѣлка, единичные цилиндры, сахара нѣтъ.

Патолого-анатомическое вскрытіе не дало характерныхъ измѣненій для эклямпси. Глубокія паренхиматозныя измѣненія въ печени, въ почкахъ и въ сердцѣ. Найдены въ органахъ крупныя палочки, красящіяся по Gramm'у (повидимому, сапрофиты).

Авторъ разсматриваетъ случай, какъ эклямпсію безъ судороги главнымъ образомъ по клиническимъ симптомамъ.

Вскрытіе—*Oedema meningum, Pleuritis adhaesiva chron. partialis bilateralis, Oedema et hyperaemia pulmonum; Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum.*

2. 24 г., 1—рага, все время была здорова, при поступленіи t 36, 5, P. 70.

N—роды (общая продолжительность 7 час. 40 мин.), мертвый ребенокъ.

Черезъ 1 ч. 50 м. послѣ родовъ больная безъ сознаниія съ явленіями начала отека легкихъ, P 80. Поставлено 18 кровососныхъ банокъ. Пульсъ падаетъ, кровь изъ горла и черезъ 3 часа смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Вскрытіе — *Hyperaemia et Oedema pulmonum; degeneratio parenchymatosa myocardii, renum; hepatitis haemorrhagica acuta, hydrops, ascites, Eclampsia.*

Случаи Esch'a.

1. 25 л., 1—рага, накануне поступления искры въ глазахъ, слабость, рвота, головная боль, большое возбужденіе, амблиопія, бѣлокъ, мышечныя сокращенія въ лицѣ, t° 39, 0, 39. 7—Mors.

2. 23 г., 1—рага поступила въ полномъ безсознательномъ состояніи, съ хриплымъ дыханіемъ, ціанозъ лица, *Anasarca*. Наканунѣ головная боль, вдругъ потеря сознанія, затѣмъ сознаніе вернулось, но вскорѣ опять впала въ безсознательное состояніе.

Sectio caesarea vaginalis—черезъ 1 $\frac{1}{4}$ часа послѣ операціи—Mors. *Ol. Camphoratum, Coffein* подѣ кожу.

Печень — жировое перерожденіе, почки частью жировое перерожденіе, частью свѣжее паренхиматозное.

3. 22 г., 2—рага найдена мужемъ въ безсознательномъ состояніи и доставлена на слѣдующій день въ такомъ же состояніи. Небольшія подергиванія въ лицѣ. Неправильное, хриплое, учащенное дыханіе (48 въ минуту), реакціи зрачковъ нѣтъ, t° 39, 2, P. 128. Смерть черезъ восемь часовъ.

Въ печени геморрагіи, селезенка нормальна, въ почкахъ сосуды сильно инъецированы, паренхима мутна.

4. 20 л., 1—рага. Въ теченіе нѣкотораго времени головная боль, отекъ лица, внезапно очутилась на полу въ комнатѣ, безъ сознанія.

При поступленіи отекъ (только) лица, безъ сознанія, t° 37, 4 P. 96, въ мочѣ бѣлка 48‰.

Параличъ лѣвой стороны.

t° 39, 9. Mors на 9-ый день.

Вскрытіе.—Въ печени и въ почкахъ многочисленныя кровоизліянія. Селезенка септична, геморрагическія размягченія въ мозгу.

Авторъ полагаетъ, что сепсисъ присоединился въ послѣ-родовомъ періодѣ.

(Ускоренное родоразрѣшеніе—кольпейринтеръ, затѣмъ насѣчки на шейку, поворотъ, извлеченіе — ребенокъ мацерированный).

Случай Jardine.

1. 37 л., 1—para. Головная боль, рвота, отеки ногъ, лица, ослабленіе зрѣнія, при поступленіи въ клинику послѣ сильнаго возбужденія, потеря сознания, бредъ, слѣпоты. Placenta praevia lateralis. Безпокойное состояніе продолжалось часа три, кровопусканіе, влив. солев. раствора, бѣлка 12‰. Ускоренное родоразрѣшеніе (Bossi, Versio) — выздоровленіе.

2. 22 г., 1—para. Семь мѣсяцевъ беременности, четыре мѣсяца отеки ногъ, послѣднее время головныя боли. При поступленіи помраченное сознание, отекъ легкихъ, общее возбужденіе, отдѣльныя подергиванія въ лицѣ, много бѣлка. Черезъ десять часовъ смерть при явленіяхъ отека легкихъ и упадка сердечной дѣятельности. Вскрытіе—abs.

Случай Кацнельсона.

1. 2—para, беременность протекала нормально, утромъ почувствовала себя плохо, впала въ безсознательное состояніе, перешедшее вскорѣ въ коматозное. Зрачки сужены, пульсъ слабый, частый. Общая блѣдность покрововъ. Дыханіе частое. Мочи мало, темнобураго цвѣта, при кипяченіи сразу сворачивается. Припадковъ не было. Смерть черезъ 9 часовъ отъ начала заболѣванія.

Случай Лиховецера.

1. 24 г., жена врача, 21/IX доставлена въ клинику въ безсознательномъ состояніи. Изъ разспросовъ мужа удалось выяснитъ, что больная всегда была здорова и только 2 часа тому назадъ внезапно появилась сильная головная боль, рвота и тотчасъ же она впала въ безсознательное состояніе.

Беременность 6 мѣсяцевъ; въ мочѣ бѣлокъ, гіалиновые цилиндры, форменные элементы крови.

Терапія—морфій подъ кожу, солевая клизма, влажное обертываніе безрезультатны.

Больная все время безъ сознания, изрѣдка небольшія подергиванія лицевыхъ мышцъ.

На слѣдующій день въ 6 часовъ утра остановка дыханія; искусственное дыханіе, которое производилось около 6 час. Въ 12 часовъ дня не приходя въ сознание погс при явленіяхъ паралича дыхательнаго центра.

Была ли произведена аутопсія или нѣтъ — указанія не имѣется.

Случай Масé и Gaillard.

1. До того здоровая женщина, внезапная потеря сознания, при поступлении въ мочъ много бѣлка, очень напряженный пульсъ, правосторонняя гемиплегія, глубокая кома.

Поясничный проколь—выпущено 30 к. ц. На 4-ый день вернулось сознание.

На 6-ой день родился мацерированный плодь. На 14-ый день прошелъ параличь, бѣлокъ быстро исчезъ.

Случай Meyer-Wirz'a.

1. 38 л., 1—рага, раньше была здорова. Альбуминурия—5‰. Черезъ 2 часа послѣ нормальныхъ родовъ пожаловалась на тошноту, головную боль и скоро впала въ полное безсознательное состояніе, затѣмъ глубокая кома, Р. 100, t° 37, 5.

Вдыханіе кислорода, Chloral—Hydrat 2, 0 въ клизмѣ, Ol. Camphoratum, ледъ на голову. Пульсъ и t° все время поднималась и черезъ семь часовъ смерть при t° 40,6.

Анатомическій діагнозъ—кровоизліянія въ правое corpus striatum, кровоизліянія въ мозговья оболочки. Pleuritis adhesiva dextra. Haemopericardium Гипертрофія и расширеніе праваго желудочка. Паренхиматозный нефритъ. Геморрагіи въ капсулу и паренхиму печени.

Случай Poten'a.

1. 26 л., 1—рага, t° 36, 8, Р. 92, въ полномъ сознаніи отековъ нѣтъ. Мочевой пузырь пустъ. Послѣднее время частая рвота. Послѣ родовъ сильная рвота. t° 37, 0 Р. 98. Мочевой пузырь пустъ.

Въ полномъ сознаніи. Въ послѣдующіе дни мочи мало (бѣлокъ въ большомъ количествѣ, форменные элементы), на 2-ой день временами сильныя боли въ области желудка, на 3-ій день жаловалась на разстройство зрѣнія. Пульсъ и t° постепенно поднимались и на 5-ый день внезапная смерть сильная рвота, дыханіе вдругъ сдѣлалось неправильнымъ, затрудненнымъ, пульсъ неощутимымъ. Въ день смерти впервые появились отеки на ногахъ.

Терапія—потогонныя ванны, клистиры изъ поваренной соли, Coffein, 1 разъ Morphinum 0,015 по поводу сильныхъ болей въ подложечной области. Вскрытіе, характерное для эклямписіи.

Авторъ, какъ мы уже указывали раньше, не считаетъ этотъ случай за эклямписію, такъ какъ не было характерныхъ судорогъ.

Случай Raubitschekà.

1. 29 л.—Multipara, жалобы на боли въ области печени. N—роды, черезъ 48 часовъ послѣ нихъ смерть при быстро развивающейся желтухѣ, безпокойствѣ, субфебрильной t°, припадковъ не было.

Аутопсія—Нефритъ, увеличенная селезенка, субплевральныя кровоизліянія, сильно измѣненная печень.

Микроскопическое изслѣдованіе: диффузные некрозы паренхимы, тромбозъ, кровоизліянія. Кромѣ того стрептококки.

По мнѣнію автора случай эклямписи безъ судорогъ, комбинированный съ сепсисомъ.

Случай Reineske.

1. 19 л., 1—рага, до этого была всегда здорова, въ концѣ беременности рвота, плохой пульсъ, боли въ подложечной области, t° 36,8, мало мочи.

Черезъ три часа рвота, большое безпокойство, частый пульсъ (120), боли во всемъ тѣлѣ, учащенное дыханіе, полное сознаніе. Производитъ впечатлѣніе отравленной. Черезъ два часа помраченное сознаніе, затѣмъ кома и Exitus.

Вскрытіе—перерожденіе сердечной мышцы, кровоизліянія въ эндокардій и перикардій, острый паренхиматозный нефритъ, жировое перерожденіе печени.

На основаніи клинической картины и вскрытія авторъ разсматриваетъ свой случай, какъ эклямписію безъ судорогъ.

Случай Seitz'a.

1. 43 г., 1—рага, отеки ногъ, поступила въ сопорозномъ состояніи, припадковъ нѣтъ, сильный ціанозъ, глубокая кома, олигурия, много бѣлка, желтуха, отдѣльныя, незначительныя судороги въ лицевыхъ мышцахъ, t° 38,5, P 140. Все время кома,—exitus черезъ 76 часовъ.

Кровоизліянія и некрозы въ печени. Нефритъ. Незначительныя кровоизліянія въ мозгу, паренхиматозное перерожденіе сердца, отекъ легкихъ.

Случай Селицкаго.

1. Случай описанъ выше.

Случай Строганова.

1. (Случай, наблюдавшійся д-ромъ Гофманомъ)—2—рага, нормальные роды, черезъ часъ послѣ родовъ стала жаловаться на головную боль, затѣмъ вскрикнувъ, впала въ безсоз-

натальное состояніе, пульсъ сталъ плохо прощупываться, одышка, ціанозъ, рвота. Часа черезъ четыре судорожный припадокъ, напоминавшій эклямписю. На слѣдующій день смерть. Вскрытіе—эклямпися.

Терапія—камфора, эфиръ, кислородъ, солевья клизмы.

2. Послѣ нормальныхъ родовъ—кома, рвота, легкія судороги, прогрессивное паденіе пульса—на слѣдующій день смерть.

Случай Федорова.

1. 22 г., 1—рага, вскорѣ по поступленіи внезапно впала въ безсознательное состояніе, конвульсивныя подергиванія въ правой половинѣ тѣла, trismus, сведеніе затылка, контрактура лѣвыхъ конечностей, сознаніе не возвращалось, общее состояніе ухудшалось и черезъ 9 часовъ отъ начала заболѣванія наступила смерть.

Morphium 0,015, вливаніе солевого раствора, Ol. Camphorat., Coffein.

Случай Felländer'a.

1. Gravidā на 7-омъ мѣсяцѣ, безъ продромальныхъ симптомовъ, сразу кома—Exitus.

2. Gravidā на 8-омъ мѣсяцѣ,—отеки, головная боль, амаурозъ, сильное безпокойство—Exitus.

Вскрытіе: 1) кровоизліяніе въ мозгъ, гипертрофія лѣваго желудочка, 2) Nephritis subacuta, кровоизліянія въ печень, въ мочевоу пузырь.

Случай Chirie и Stern'a.

1. 35 л., 1—рага, болевья ощущенія, бессонница, t° нормальная, вскорѣ 38,4 (моча не изслѣдована), ознобы. Щипцы, ручное отдѣленіе послѣда, вскорѣ смерть при явленіяхъ внутренняго кровотеченія.

Аутопсія—печень, почки характерныя для эклямписи, кровъ того скопленіе бактерій, похожихъ на кишечную палочку.

Авторъ считаетъ случай скрытой формой эклямписи (на основаніи вскрытія)—ознобы объясняетъ внѣдреніемъ микробовъ.

Случай Schlutius'a.

1. 28 л. 1—рага, t° 38, 8., головная боль, отеки, альбуминурія, амаурозъ. Авторъ зналъ свою пациентку и предвидѣлъ возможность появленія эклямписи.

Послѣ нормальныхъ родовъ безпокойное состояніе, отдѣльныя подергиванія нѣкоторыхъ мышцъ, т. *supraspinatus*, *infraspinatus*, *cucullaris*, *deltoides* лѣвой стороны, затѣмъ впадаетъ въ коматозное состояніе, черезъ нѣкоторое время общее состояніе улучшилось, больная говоритъ, что чувствуетъ себя лучше, затѣмъ снова коматозное состояніе. Такое состояніе продолжалось 2—3 дня, затѣмъ больная постепенно поправилась.

Случай Schmidt'a.

1. 29 л., здоровая женщина, въ полномъ сознаниі, небольшіе отеки, t° не измѣрена, Р 132. 5 $\frac{1}{2}$ часовъ тому назадъ родила живого ребенка, послѣдъ еще въ маткѣ (при поступленіи).

Мочи спущено, 200,0—много бѣлка. Способъ Credé безрезультатно. Ручное отдѣленіе (отдѣльныя сращения chorion'a). Матка атонична—горячія спринцеванія, Ergotin, кровотеченіе остановилось. Р 120, слабый.

Влило 1000,0 раствора NaCl.

Больная проснулась отъ наркоза, безпокойна, въ полномъ сознаниі, реагируетъ при обращеніи къ ней. Радіальный пульсъ временами не ощущимъ. Никакого кровотеченія.

Трансфузія крови отъ матери больной (по способу Carrel—Stich), но состояніе больной все ухудшалось и несмотря на принятія мѣры больная черезъ полчаса умерла.

Клиническій діагнозъ: *Anaemia gravis post partum*.

Анатомическій діагнозъ: кровоизліянія въ печень, въ Эндокардіи, въ легкія и мозгъ. *Status lymphaticus*. *Etat mame-lonné*. Старый туберкулезъ легкихъ и бронхіальныхъ железъ. Общая анемія. (Эклямпсія).

Случай Schmorl'a.

1. 22 г., 6 мѣсяцевъ беременности, кашель, въ мочѣ бѣлокъ. Черезъ нѣсколько времени приступъ одышки, головная боль, общее безпокойство. Желтуха, быстро усилившаяся. Сонливое состояніе, перешедшее вскорѣ въ коматозное. Кровоизліянія въ конъюнктиву, въ кожу ногъ и груди. Вскорѣ смерть при явленіяхъ отека легкихъ и упадка сердечной дѣятельности. Клиническій діагнозъ: *Nephritis gravidarum*, *Sepsis* (?).

Вскрытіе, характерное для эклямпсіи.

2. 23 г.—3—рага, 6 мѣсяцевъ беременности, головная боль, небольшое головокруженіе, разстройство зрѣнія (нараличъ лѣвого oculomotorii). Вскорѣ по поступленіи сонливое состояніе, скоро перешедшее въ полное безсознательное. Въ спущенной мочѣ-бѣлка, сахара, форменныхъ элементовъ не оказалось. Отековъ нѣтъ. На слѣдующее утро (въ мочѣ бѣлокъ, цилиндры) при явленіяхъ отека легкихъ и упадка сердечной дѣятельности—смерть.

Вскрытіе, характерное для эклампси.

3. 37 л., 10—рага (въ дѣтствѣ остеомиелитъ, при одной беременности припадки), 7 мѣсяцевъ беременности. Въ теченіе трехъ мѣсяцевъ головныя боли, отсутствіе аппетита, рвота. Съ утра сильная головная боль, большое возбужденіе и безпокойство, скоро впала въ безсознательное состояніе, отдѣльныя подергиванія въ правой рукѣ и ногѣ, настоящихъ экламптическихъ припадковъ не было.

При поступленіи полное безсознательное состояніе, слабый пульсъ, начинающійся отекъ легкихъ, въ мочѣ много бѣлка.

Черезъ 6 часовъ по поступленіи смерть при явленіяхъ сердечной слабости и отека легкихъ.

Клиническій діагнозъ—уремія.

Вскрытіе, характерное для эклампси.

Литература.

- 1. Albeck—Beiträge zur klinik und Therapie der Eklampsie.
Zeitschr. f. Geb u Gyn. B. 67. H. I.
- 2. Albeck u Lohse—Ein Versuch, das Eklampsiegift auf experimen-
tellem Wege nachzuweisen.
Zeitsch f. Geb. u Gyn. B. 62. 1908.
- 3. Bar—Eklampsismus und Eklampsie ohne Krämpfe.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908, № 43.
- 4. Bauer—Über Sehstörung bei der Geburt.
Monat. f. Geb. u Gyn. 1906.
- 5. Bickenbach—Ein kasuistischer Beitrag zur Eklampsie ohne Krämpfe.
Centr. f. Gyn. 1911, № 47.
- 6. Binder—Eklampsie ohne Krämpfe. Mitteilung aus der Praxis.
Centr. f. Gyn. 1906, № 37.
- 7. Brauser—Eklampsie bei Blasenmole.
- 8. Brunet—Über die sogenannte Eklampsie ohne Krämpfe.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908, № 35.
- 9. Bouffe de St-Blaise—Les Auto-Intoxications de la Grossesse.
Paris—1899.
- ~~10.~~ Burnier—Albuminurie gravidique et troubles oculaires.
Ref. Centr. f. Gyn. № 41.
- ~~11.~~ Weichardt, Mosbacher, Engelhorn — Experimentel. Studien mit
menschlichen Syncytiotoxin.
Arch. f. Gyn. B. 94.
- ~~12.~~ Weinberger—Die pathologische Anatomie der Puerperal Eklampsie
und Urämie.
Ref. Centr. f Gyn. 1905, № 4.
- 13. Welch—Die Pathologie der Eklampsie u. Toxämie der Schwanger-
schaft.
Ref. Monats. f. Geb. u Gyn. 1911.
- 14. Wendt—Ein Beitrag zur lehre vom Icterus gravis in der Schwan-
gerschaft und zur Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 56.
- 15. Venus—Zur kasuistik der plötzlichen Todesfälle während der Ge-
burt. Sectio caesarea in mortua.
Centr. f. Gyn. 1911, № 2.

16. Heinze—Ein Beitrag zur Therapie der Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 93.
- 17. Heinrichsdorf—Die anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft.
Zeit. f. Geb. u Gyn. B. 70.
- 18. Heinrichsdorf—Eklampsie Leber unter dem Bilde der Muskatnussleber bei Fehlen allen klinischen Symptome.
Centr. f. Gyn. 1912, № 4.
- 19. Heynemann—Zur Frage der Leberinsuffizienz und des Kreatininstoffwechsels während der Schwangerschaft und bei den Schwangerschaftstoxikosen.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 71.
- 20. Hofbauer—Schwangerschafts toxämie.
Deut. Medic. Woch. 1910, № 36.
21. Hofbauer—Zur Klärung des Begriffs „Schwangerschafts leber“.
Arch. f. Gyn. B. 93.
- 22. Hofbauer—Beiträge zur Aetiologie und zur klinik der Graviditätstoxikosen (Cholämie, Eklampsie, Hyperemese).
Zeitschr. Geb. u Gyn. B. 61.
- 23. Gessner—Über das Verhalten des Menschen bei pargenitaler Zufuhr artgleichen Spermas.
Centr. f. Gyn. 1906, № 28.
- 24. Guggisberg—Experimentel. Untersuchungen über die Toxikologie der Placenta.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 67. H. I.
- 25. Gussakow—Zur Syptomatologie und Diagnostic der Eklampsie (Eklampsie ohne Krämpfe).
Centr. f. Gyn. 1911, № 21.
- 26. Гусаковъ—Къ симптоматологии и диагностикаѣ Эклѣмпси.
Врачебная Газета 1911, № 5 и № 6.
- 27. Esch—Zur Eklampsie ohne Anfälle.
Centr. f. Gyn. 1906, № 10.
- 28. Esch—Ueber Eklampsie.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 58.
- 29. Jardine—Zwei Fälle von Urämie in der Schwangerschaft; komplette Supression von Urin in einem (letal) und partielle in dem anderen Falle von Eklampsie ohne Anfall (?).
Ref. Centr. f. Gyn. 1907, № 7.
- 30. Kleinschmidt—Ein Beitrag zur Kenntnis von den Leberveränderungen bei den puerper. Eklampsie.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908, № 7.
- 31. Krösing—Das Fibrinogen im Blute von normalen Graviden.
Arch. f. Gyn. B. 94.
- 32. Labhardt—Bemerkungen zu den Biologischen Theorien der Eklampsie.
Zeits. f. Geb. u Gyn. B. 54.

- 33. Le Lorier—Traitement des vomissements graves de la grossesse par les injections de serum de femme enceinte normale.
Ref. Jahresber. f. Geb. u Gyn. 1911.
- 34. Liepmann—Zur Biologie der Placenta.
Zeitsch. f. Geb. u Gyn. B. 56.
- 35. Линдеманъ—О рвотѣ беременныхъ.
М.К.В. 1893.
- 36. Mayer—Normales Schwangerenserum als Heilmittel gegen Schwangerschaftsdermatosen im besonderen und Schwangerschaftstoxikosen überhaupt.
Centr. f. Gyn. 1911, № 9.
- 37. Mayer—Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Schwangerschaftstoxikosen mit normalem Schwangerenserum.
Centr. f. Gyn. 1911, № 37.
- 38. Mayer u Linser—Ein Versuch Schwangerschaftstoxikosen durch Einspritzung von Schwangerschaftserum zu heilen.
Centr. f. Gyn. 1911, № 15.
- 39. Михновъ—Объ эклампси въ клиническомъ отношеніи.
С.-П.-Б. 1898.
- 40. Mosbacher—Schwangerschaftsserum bei Pruritus. Gravidarum.
Ref. Jahresber. f. Geb u Gyn.
- 41. Meyer—Wirz—Klinische Studien über Eklampsie.
Arch. f. Gyn. С 71.
- 42. Никифоровъ—Къ вопросу о пuerper. эклампси.
Мед. Обозр. 1893. № 16.
- 43. Nitzche—16 Sections befunde bei puerperaler Eklampsie.
Ref. Centr. f. Gyn. 1905. № 4.
- 44. Побѣдинскій—Учебникъ Акушерства.
Мкв. 1909.
- 45. PoIano—Ueber Pseudoeklampsie.
Zeitsch. f. Geb. u Gyn. B. 70.
- 46. Постернакъ—Къ вопросу о Hyperemesis gravid.
Дисс. Симферополь 1902.
- 47. Posen—Tödliche Nephritis bei Gebärenden ohne Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 77.
- 48. Prutz—Ueber das anatomische Verhalten den Nieren bei puerperalen Eklampsie.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 23.
- 49. Протоколы засѣданій Акуш.-Гинек. О-ва въ Петербургѣ.
Ж. А. и Ж. Б. 1911. 1912.
- 50. Поспѣловъ—Кожныя болѣзни.
Мкв.—1905.
- 51. Raubitschek—Über eigentümliche lebernekrosen nach einer Geburt.
Centr. f. Gyn. 1911. № 6.
- 52. Reineche—Über Eclampsie ohne Krämpfe.
Centr. f. Gyn. 1908. № 8.

- 53. Seitz—Eklampsie und Parathyreoidea.
Arch. f. Gyn. B. 89.
- 54. Seitz—Zur Klinik, Statistik u. Therapie der Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 87.
- 55. Sitzenfrei—Eklampsie bei Blasenmole ohne Fötus.
Centr. f. Gyn. 1911. № 9.
- 56. Скробанскій—Опытъ экспериментальной разработки вопроса о патогенезѣ эклямпси.
Ж. А. и Ж. Б. 1910. № 1.
- 57. Соловьевъ—Случай неукротимой рвоты беременныхъ со множественнымъ невритомъ.
Отчетъ Акуш. Клин. И. М. У. 1890.
- 58. Судаковъ—Поздняя рвота беременныхъ.
Ж. А. и Ж. Б. 1910. № 1.
- 59. Улезко-Строганова—Патолого-анатомическія измѣненія послѣда при эклямпси.
Ж. А. и Ж. Б. 1900. № 5.
- 60. Федоровъ—Отчетъ дѣятельн. родильнаго отдѣленія при Петропав.
Гор. б-цѣ за 1906 г.
Ж. А. и Ж. Б. 1907.
- 61. Fellner—Über Schwangerschaftstoxikosen.
Mon. f. Geb. u. Gyn. B. 29. 1.
- 62. Felländer—Über Eklampsie ohne Konvulsion.
- 63. Финкель—О вліяніи нормальной и имунной сыворотокъ на ядовитыя вещества плацентарной ткани.
Ж. А. и Ж. Б. 1910. № 1.
- 64. Fieux—La Serotherapie, appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation.
Annal. de Gyn. et d'Obst 1912 Dec.
- 65. Fieux—Патогенезъ и лѣчение неукротимой рвоты беременныхъ.
Ref. Ж. А. и Ж. Б. 1911.
- 66. Franz—Mit Nabelschnur blutserum geheilte Schwangerschafts dermatos.
Centr. f. Gyn. 1912. № 28.
- 67. Finger—Волѣзни кожи.
СПБ. Соврем. Мед. и Гиг.—1908.
- 68. Freund—Serumtherapie bei Schwangerschaftstoxikosen.
Centr. f. Gyn. 1911.
- 69. Freund—Drei Fälle von Eklampsia puerperalis durch injec. von Gravidenserum geheilt.
Ref. Centr. f. Gyn. 1911. № 43.
- 70. Freund—Mit Pferdeserum geheilte Schwangerschaftstoxikose.
Deut. Med. Wochen. 1911. № 52.
- 71. Freund—Drei Fälle von Schwangerschaftstoxikosen.
Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 68.
- 72. Scheuer—Hautkrankheiten Sexuellen Ursprungs bei Frauen.
Рус. переводъ. Медич. Соврем. 1912.

- 73. Chirie und Stern—Über einen Fall von Eklampsie ohne Anfälle.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908. № 35.
- 74. Schickelé—Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft.
Arch. f. Gyn. B. 92.
- 75. Schlutius—Zur Eklampsie ohne Krämpfe.
Cent. f. Gyn. 1907. № 4.
- 76. Schmidt—Eklampsie ohne Krämpfe und ohne Bewusstlosigkeit.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. 69.
- 77. Schmorl—Zur Lehre der Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 65.
- 78. Schmorl—Patholog.-anatom. Untersuchungen über Peurperaleklampsie.
Zeipzig.—1893.
- 79. Zinsser—Ueber die Nierenfunction Eklamptischer.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 70.
- 80. Riecke—Учебникъ кожныхъ и половыхъ болѣзней.
СПБ.—Практ. Мед. 1910.
- 81. Chirie—Les Capsules surrénales dans l'eclampsie puerpérale et la nephrite gravidique. L'obstetrique Avril 1908.
Ref. Ж. А. и Ж. Б. 1908.
- 82. Массенъ—Къ патогенезу эклимпсiи.
Ж. А. и Ж. Б. 1893. № 1.
- 83. Массенъ—Дальнѣйшія данныя къ вопросу о патогенезѣ эклимпсiи.
Ж. А. и Ж. Б. 1894. № 1.
- 84. Ягодинскій—Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при послѣродовой эклимпсiи.
Реф. Ж. А. и Ж. Б.
- 85. Blumreich—Эклимпсiя.
Соврем. клин. и терапия 1906 г.
- 86. Лиховецерь—Эклимпсiя и ея лѣченіе по даннымъ Одесскаго Городскаго Родильнаго Дома и Акушерско-Гинекологической Клиники.
Терапевтич. Обзорѣніе 1912. № 3.
- 87. Побѣдинскій—Къ учению о родоразрѣшеніи при эклимпсiи.
Ж. А. и Ж. Б. 1909.
- 88. Строгановъ—О патогенезѣ и лѣченіи эклимпсiи.
Рус. Врач. 1902. № 31.
- 89. Строгановъ—Профилактический методъ лѣченія эклимпсiи и его результаты.
Докладъ на 2-омъ съѣздѣ Росск. Ак. и Гин.
- 90. Скробанскій—Современное состояніе вопроса о лѣченіи эклимпсiи.
Русск. Врач. 1909. № 27.
- 91. Селипкій—Влагалищное кесарское сѣченіе при эклимпсiи.
Ж. А. и Ж. Б. 1912. № 2.
- 92. Selitzky—Sectio caesarea vaginalis bei Eklampsie (590 Fälle) Moskau 1911. Druck von Selikow.
- 93. Ostreil—Beitrag zur Therapie der Eklampsie.

Arch. f. Gyn. V. 67. N. 3.

—94. Готлибъ—Объ эклямпси.

Медиц. Обзор. 1912.

—95. Строгановъ—Лѣченіе по профилактическ. методу въ Вѣнскихъ клиникахъ.

Докладъ на 3-мъ съѣздѣ Рос. Акуш. и Гинек.

—96. Строгановъ—Къ лѣченію эклямпсиі по профилактическому способу въ Berlin'скихъ клиникахъ.

Рус. Врач. 1911. № 48.

—97. Zyskowitz — Kritisch-statistische Betrachtungen über die in der geb. klinik der kgl. Charite von 1904 bis 1909 beobachteten Eklampsiefälle.

Berlin 1909 Inaug. Diss.

ЗАМЪЧЕНИЯ ОПЕЧАТКИ:

	НАПЕЧАТАНО:	СЛѢДУЕТЪ ЧИТАТЬ:
Страница 50		
строка 8 снизу	Bieckenbach	Bieckenbach
страница 54		
строка 13 снизу	Posen	Poten
страница 57		
строка 14 сверху	рѣзко	рѣзкое
страница 59	Неміанорзіа	Неміанорсія
страница 60		
строка 7 снизу	случай	случаи
страница 64		
строка 14 сверху	Bilerotha	Billrothà