

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ЯНВАРЬ 1894, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Дальнѣйшія данныя къ вопросу о патогенезѣ
эклампсіи.

Приватъ-доцента В. Н. Массена.

Въ началѣ ноября 1892 года въ лекціи, прочитанной передъ конференціей Императорской Военно-Медицинской Академіи, я имѣлъ возможность изложить свой взглядъ на сущность происхожденія того, до сихъ непонятнаго для насъ, заболѣванія, которое называется эклампсіей ¹⁾. Основаніемъ для моего воззрѣнія послужили отчасти патолого-анатомическія изслѣдованія печени и др. паренхиматозныхъ органовъ экламптическихъ, произведенныя авторами послѣдняго времени, (*Pilliet* ²⁾, *Bouffe de St Blaise* ³⁾, *De Laradour* ⁴⁾, *Schmorl* ⁵⁾ и др.) равно какъ и мои личныя микроскопическія изслѣдованія, сдѣланныя въ 11 случаяхъ смерти въ принадкахъ эклампсіи. Результаты

¹⁾ В. Н. Массенъ. Къ патогенезу эклампсіи. Журналъ Ак. и Женск. б. № 1, 1893 г.

²⁾ *Pilliet*. Nouv. arch. d'obst. III, 1888. Ibidem. IV, 1889. Gaz. hébd. de méd. de Paris, 1890, XXVII, 349.

³⁾ *Bouffe de St Blaise*. Annales de gynécol. XXXV, стр. 48. *Опъ-жс*. Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puérperale. Paris. 1891.

⁴⁾ *De Laradour*. Contributions à l'étude des lésions de foie dans l'éclampsie puérperale. Thèse. Paris, 1890.

⁵⁾ *Schmorl*. Verhand. des 4. Gyn. Kongr. zu Bonn. 1891. См. также позже явившійся его трудъ. „Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Puerperal-Eklampsie“. Leipzig. 1893.

работы, которую профессора *Н. П. Павловъ*, *М. В. Неникйй*, д-ръ *Martin Hahn* и я ¹⁾ производили по вопросу о послѣдствіяхъ для организма ограниченія дѣятельности печени, самымъ краснорѣчивымъ образомъ подтвердили то громадное значеніе, которое принадлежитъ печени въ окислительныхъ процессахъ организма. Сопоставляя съ одной стороны глубокія нарушенія строенія печени, наблюдаемыя при эклампсіи, съ клинической картиной этого страданія, по всѣмъ даннымъ говорящей за отравленіе какимъ то неизвѣстнымъ ядомъ, я и позволилъ себѣ высказаться въ томъ смыслѣ, что интоксикація при эклампсіи несомнѣнна и что главный моментъ, способствующій развитію этого отравленія, надо искать въ печени. Уже а priori можно было сказать, что если печень подвергается при эклампсіи тяжелымъ нарушеніямъ своей цѣлости, то ея фізіологическая роль не можетъ остаться *statu quo*. И, дѣйствительно, химическое изслѣдованіе мочи показало, что въ характерѣ и напряженности окислительныхъ процессовъ въ организмѣ женщины, страдающей эклампсіей, существуетъ большое уклоненіе отъ нормы. Повышаются въ количествѣ недоокисленные продукты азотистыхъ веществъ, какова, напр., мочеваая кислота и др.; появляются въ большомъ количествѣ отбросы жизнедѣятельности кѣттокъ. И оставаясь безъ нейтрализаціи отбросы эти производятъ въ организмѣ цѣлый рядъ патологическихъ явленій, совокупность которыхъ мы называемъ *автоинтоксикаціею* организма.

Что при эклампсіи имѣетъ мѣсто самоотравленіе организма, — дѣло, конечно, не новое. Но до сихъ поръ всю причину развитія этого явленія старались искать въ патологическихъ уклоненіяхъ строенія и функціи почекъ, почему-то совершенно игнорируя печень. Между тѣмъ органъ этотъ играетъ столь выдающуюся роль въ дѣлѣ устраненія изъ организма ядовъ, какъ вторгшихся въ него извнѣ, такъ и выработанныхъ въ немъ самомъ. *Pilliet* и его ближайшимъ послѣдователямъ должно быть поставлено въ особую заслугу, что благодаря ихъ трудамъ авторы при изученіи вопроса объ эклампсіи вообще стали имѣть въ виду не только то или другое состояніе печеночной паренхимы, но было поставлено на очередь изученіе характера и разновид-

¹⁾ Архивъ Біологическихъ Наукъ. Т. I, Вып. 4.

ностей патолого-анатомических изменений печени. *Schmorl* ¹⁾, как известно, подвергъ строгому разграниченію другъ отъ друга оба вида некротическаго процесса печени экламптическихъ,—и указалъ на характерныя отличія анемическаго отъ гиперемическаго некроза. Это разграниченіе было, впрочемъ, уже ранѣе *Schmorl* я намѣчено весьма выразительно французскими изслѣдователями.

Возвращаясь теперь къ тѣмъ выводамъ, которые я позволилъ себѣ сдѣлать на основаніи чужихъ и своихъ наблюденій, я долженъ сказать, что они въ извѣстной своей части были подкрѣплены результатомъ двухъ анализовъ мочи, произведенныхъ въ одномъ лишь случаѣ эклампсіи. Это обстоятельство и заставляло меня въ моей лекціи высказываться съ осторожностью, говоря, «что мы хорошо понимаемъ, что наши заключенія въ извѣстномъ смыслѣ мало обоснованы», и что только «сопоставленіе результатовъ нашихъ первыхъ опытныхъ изслѣдованій съ общеизвѣстными клиническими данными при эклампсіи, говорить повидимому за то, что предположеніе наше (объ самоотравленіи вслѣдствіе страданій печени) имѣетъ свою долю вѣроятности». Съ тѣхъ поръ въ литературѣ появилось нѣсколько изслѣдованій крови и мочи экламптическихъ, результаты которыхъ говорятъ именно въ пользу третированія эклампсіи, какъ послѣдствія самоотравленія. Такъ на основаніи своихъ опытовъ *Tarnier* и *Chambrelet* ²⁾ сдѣлали выводъ, что ядовитость крови экламптическихъ значительно больше нормы, а именно, если животное (кроликъ) погибаетъ при введеніи въ ушную вену 10 гм. сыворотки нормальной крови на кило вѣса, то при введеніи кровяной сыворотки взятой отъ экламптической онъ погибаетъ отъ 4,3—3,5 куб. сант. этой сыворотки. Въ то же время ядовитость мочи экламптической оказывается наоборотъ пониженной. *Pliqué* ³⁾ однимъ изъ главныхъ факторовъ эклампсіи считаетъ отравленіе крови, какъ слѣдствіе недостаточнаго выведенія изъ организма элементовъ мочи, благодаря чему

¹⁾ *Schmorl* l c

²⁾ *Tarnier* et *Chambrelet*. Note relative à la recherche de la toxicité du sérum sanguin dans deux cas l'éclampsie puerpérale. Compt. rend. de soc. de biol. 1892, IV.

³⁾ *Pliqué* Le traitement de l'éclampsie puerpérale. Progrès méd., 1893, 25 Février, стр. 141, 142.

развивается состояніе такъ называемой «токсеміи». Этою токсеміею авторъ и объясняетъ все клиническіе признаки эклампсіи, равно какъ и повышенное состояніе раздражительности мозжечка. Степень интенсивности токсеміи находится, по мнѣнію *Guéniot*, приводимому *Pliqué*, въ прямой пропорціональности къ количеству бѣлка въ мочѣ. *Butte* ¹⁾ опредѣлялъ мочевины въ крови 12 экламптическихъ и пришелъ къ тому заключенію, что въ благопріятно протекающихъ случаяхъ количество мочевины равно 0,038% (вмѣсто нормального 0,016—0,020%); въ случаяхъ же окончившихся смертію количество мочевины повышается до 0,096%. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ тяжелой формѣ эклампсіи продуцированіе мочевины печенью продолжается, а выведение ея изъ организма вслѣдствіе страданія почекъ затруднено, — наступаетъ уремія. Такимъ образомъ авторъ допускаетъ: 1) старый взглядъ на эклампсію, какъ уремію, и 2) то, что даже и страдающая при эклампсіи печень, какою ее признаетъ и самъ *Butte*, можетъ производить большія количества мочевины. Последнее какъ то не вяжется съ тѣмъ, что мы знаемъ относительно мочевино-образовательной роли печени, по крайней мѣрѣ, при нарушеніи цѣлости печеночной паренхимы, какъ это выяснилось, напр., при вырѣзываніи большихъ или меньшихъ участковъ печени, мочевинообразовательная способность этого органа падаетъ съ тѣмъ, чтобы вновь подняться, когда путемъ регенераціи получается возмѣщеніе утраченной ткани ²⁾).

Слѣдуетъ признать, что приведенные труды авторовъ по анализу мочи и крови не могутъ представлять какого-либо важнаго приобрѣтенія въ дѣлѣ знакомства нашего съ сущностью патогенеза эклампсіи, но они имѣютъ цѣну какъ попытка разрѣшить старую проблему путемъ не умозрительныхъ догадокъ, а научнымъ химическимъ анализомъ. Несомнѣнно, что это есть одинъ изъ вѣрныхъ путей для отысканія отвѣта на старый и вѣчно новый вопросъ, — въ чемъ заключается тайна эклампсіи. Съ этой точки зрѣнія, равно какъ въ видахъ под-

¹⁾ *Butte*. *Urin bei der Eklampsie* (*Gaz. méd. de Paris*. 1893, № 10). Реф. въ *Central. f. Gynäk.*, 1893, № 35.

²⁾ *В. А. Фоль-Мейстеръ*. Мочевино-образовательная функція печени. Докладъ секціи фізіологіи 28 декабря 1893 г. на V Съѣздѣ Общества Русскихъ Врачей въ Спб. (*Русская Медицина*, № 2, 1894 г.)

крѣпленія сдѣланнаго мною предположенія о сущности эклампсіи, я позволю себѣ привести результаты химическаго изслѣдованія мочи шести экламптическихъ. Такимъ образомъ съ тѣми двумя анализами, которые были уже опубликованы ранѣе ¹⁾ и которые, какъ я уже упомянулъ, послужили подтвержденіемъ (хотя и осторожнымъ) высказаннаго мною взгляда на эклампсію, получается всего одиннадцать подробныхъ качественныхъ и количественныхъ изслѣдованій, которыми я всецѣло обязанъ любезности проф. *А. В. Пеля*. Данныя этихъ анализовъ представляются, какъ мнѣ кажется, на столько интересными, что я позволю себѣ изложить ихъ въ таблицѣ in extenso. Но предварительно считаю необходимымъ сдѣлать нѣсколько указаній.

Наблюдавшіяся мною случаи эклампсіи произошли частью (4) въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго* ²⁾, частью въ Гаваньскомъ Родильномъ Пріютѣ. Изъ заболѣвшихъ эклампсіей была одна родильница и пять рожениць (четыре I—parae и одна V—para). Въ трехъ случаяхъ тазъ былъ узкій, въ одномъ—была беременность двойнями. Въ четырехъ случаяхъ во время перваго же припадка констатировано повышеніе температуры. Для химическаго изслѣдованія мы собирали мочу въ двухъ порціяхъ: въ первый разъ по возможности во время перваго припадка судорогъ, происшедшихъ въ заведеніи, и второй разъ въ то время, когда припадковъ уже не было и больная по всей видимости находилась на пути къ полному выздоровленію отъ эклампсіи. Моча собиралась прямо изъ мочеваго пузыря при помощи совершенно чистаго катетера и по возможности вскорѣ вслѣдъ за тѣмъ отсылалась въ лабораторію.

Разматривая таблицу анализовъ мочи мы видимъ, что во всѣхъ случаяхъ въ мочѣ взятой sub eclampsia наблюдался бѣлокъ въ бѣльшемъ или меньшемъ количествѣ (maximum въ одномъ случаѣ 22,64‰), лейкоциты и почечные цилиндры самыхъ разнообразныхъ видовъ. Такимъ образомъ было несомнѣнное страданіе почекъ. *Мочевина* въ двухъ случаяхъ *s. e.* ³⁾

¹⁾ *В. Н. Массенъ*. Журналъ Акушерства. 1893. № 1.

²⁾ Здѣсь я считаю долгомъ отъ души поблагодарить за товарищеское содѣйствіе ординатора клиники, д-ра *Д. А. Рузи*.

³⁾ Для сокращенія мѣста мы обозначаемъ буквами *s. e.*—sub eclampsia, а *p. e.*—post eclampsiam.

содержалась въ повышенномъ противъ нормы количествѣ, а *p. e.* содержаніе ея пало значительно ниже нормы. Въ остальныхъ четырехъ случаяхъ содержаніе мочевины какъ *s. e.*, такъ и *p. e.* было значительно ниже нормы, при чемъ обращаютъ на себя вниманіе случаи III и VI, гдѣ содержаніе мочевины было особенно ничтожно, а именно $7,5^0/00$ и $5,19^0/00$ вмѣсто $29,3^0/00$ нормальнаго количества. *Мочевая кислота* въ первыхъ двухъ случаяхъ (I и II) была *s. e.* значительно выше нормы, а *p. e.* количество ея спустилось до величинъ приблизительно нормальныхъ; въ случаѣ IV содержаніе мочевой кислоты также было повышено противъ нормы, но уже не въ такой мѣрѣ какъ въ случаяхъ I и II; но и въ этомъ случаѣ замѣчалось паденіе количества мочевой кислоты послѣ прекращенія судорогъ. Въ остальныхъ трехъ случаяхъ (III, V и VI) содержаніе мочевой кислоты было лишь нѣсколько меньше нормы и это тѣмъ болѣе интересно, что въ случаяхъ III и VI одновременно наблюдалось и незначительное количество мочевины. Выдѣляемость мочевой кислоты (что опредѣлялось по *Zerner's* отношеніемъ мочевой кислоты къ количеству фосфорной кислоты въ видѣ фосфорнодвунатріевой соли) во всѣхъ четырехъ изслѣдованныхъ въ этомъ направленіи случаяхъ была больше нормы; лишь только въ 6 случаяхъ *s. e.* эта выдѣляемость не переходила норму ($0,42 : 1,46 = 0,29$).

Хлористый натрій въ трехъ случаяхъ содержался въ количествѣ ниже нормальнаго *s.*—и *p. e.* (случаи I, III и IV) и въ трехъ случаяхъ (случай II, V и VI) количество его было почти нормальное. Впрочемъ въ случаѣ VI *p. e.* содержаніе его рѣзко упало ниже нормы. *Фосфорная кислота* лишь въ одномъ анализѣ на 11-ть (№ I) оказалась содержащейся въ нѣсколько болѣшемъ противъ нормы количествѣ, въ двухъ—въ нормальномъ количествѣ, а въ восьми—въ значительно ниже нормы количествѣ. Содержаніе *сѣрной кислоты* въ общемъ держалась въ предѣлахъ нормы.

Что касается до ненормальныхъ составныхъ частей мочи, то бѣлокъ, какъ мы уже говорили выше, содержался во всѣхъ случаяхъ *s.*—и *p. e.* Изъ таблицы мы видимъ, какъ рѣзко падаетъ его количество когда припадки эклампсіи окончились. Мы видимъ кромѣ того, что и почечные цилиндры послѣ

эклампсіи либо совершенно исчезаютъ, либо представляютъ рѣзкія отличія въ качественномъ отношеніи. Не говоритъ ли все это, что токсической агентъ эклампсіи имѣетъ весьма преходящее вліяніе на почки и что съ устраненіемъ его онѣ начинаютъ быстро возвращаться къ нормѣ? Напомнимъ, что наши микроскопическія изслѣдованія показали между прочимъ, что патолого-анатомическая картина почечной ткани при эклампсіи выражается главнымъ образомъ измѣненіемъ эпителія коркового слоя (эпителія мочевыхъ канальцевъ и капсулы *Wohltman's*) и грануляціоннымъ воспаленіемъ коркового и мякотнаго слоевъ и что тѣхъ некротическихъ измѣненій самой паренхимы (инфарктовъ съ фокуснымъ распаденіемъ стромы), которыя такъ характерны для печени экламптической, въ почкахъ мы не видѣли.

Въ результатахъ анализа на ненормальныя составныя части особенно вниманіе обращаетъ на себя содержаніе *лейкомаиновъ*. Таблица показываетъ, что во всѣхъ случаяхъ содержаніе этого вещества представлялось выше приблизительной нормы (0,54‰), причемъ минимальное ихъ количество *s. e.* было 1,22‰, т. е. почти въ 2½ раза больше нормы, высшее же 6,54‰, т. е. въ 13 разъ больше нормального. Далѣе въ случаяхъ I, II и V мы видимъ рѣзкое паденіе количества лейкомаиновъ *p. e.*, указывающее и съ своей стороны на зависимость приступовъ эклампсіи отъ энергіи клеточковаго окисленія. Лишь въ одномъ случаѣ (VI) количество лейкомаиновъ *p. e.* было больше, чѣмъ *s. e.* Но этотъ случай относится къ больной, которая поступила въ клинику 16 декабря, съ рѣзкими явленіями автоинтоксикаціи и страданіемъ почекъ, непрерывно лихорадитъ и въ настоящее время (27 января) представляется въ безнадежномъ состояніи.

Вышеизложенныя данныя анализа говорятъ намъ, что предположеніе наше относительно глубокихъ нарушеній въ окислительныхъ процессахъ организма при эклампсіи нашло себѣ доказательное подтвержденіе. Пониженное количество мочевины наряду съ усиленнымъ противъ нормы выдѣленіемъ мочевой кислоты говоритъ за то, что бѣлковыя вещества въ силу какихъ то причинъ не могутъ доходить до крайнихъ предѣловъ окисленія и въ видѣ мочевины удаляться мочою. И дѣйстви-

тельно, интенсивность окисленія азотистыхъ веществъ, какъ это слѣдуетъ изъ данныхъ анализа (см. таблицу), во всѣхъ случаяхъ была значительно ниже нормы. За ненормальное состояніе процессовъ окисленія говорить намъ и изслѣдованіе на лейкомаины. Мы видимъ, какъ громадно повышается ихъ количественное содержаніе въ мочѣ. Выдѣленіе ихъ въ такомъ видѣ говоритъ, что они не встрѣтили въ организмѣ благоприятныхъ условій для своего превращенія въ простѣйшія составныя части (полное стораніе лейкомаиновъ) или въ подвижную форму, допускающую легкое выведеніе ихъ изъ организма почками или потомъ (*Gautier*). И такъ какъ лейкомаины имѣютъ, разумѣется все шансы развиваться въ различнѣйшихъ частяхъ организма и, будучи неокисленными, благодаря своей натурѣ отравлять организмъ, то значеніе ихъ становится весьма серьезнымъ.

Гдѣ же лежитъ причина столь рѣзкаго нарушенія химизма? Благодаря чему получаютъ столь глубокія отклоненія въ процессахъ окисленія? Несомнѣнно, что согласно со всеми данными, накопившимися за послѣднее время въ наукѣ, согласно съ современными воззрѣніями на печень, какъ на органъ, гдѣ совершается выработка мочевины, гдѣ стораютъ различные яды вообще и лейкомаины (по *Bouchard'у*) въ частности, слѣдуетъ допустить, что причина указанныхъ аномалій окислительной дѣятельности организма *должна лежать* въ печени. И это всего естественнѣе допустить на томъ основаніи, что этотъ органъ представляетъ при эклампсїи, какъ мы имѣли возможность упомянуть неоднократно, тяжелыя нарушенія своего анатомическаго строенія. Что въ печени, а не въ какомъ либо другомъ органѣ слѣдуетъ искать исходную точку для клиническихъ явленій эклампсїи, доказывается между прочимъ и тѣмъ еще обстоятельствомъ, что гнилостное броженіе въ кишкахъ (см. таблицу) почти во всѣхъ случаяхъ оказалось значительно больше нормы (что опредѣлялось отношеніемъ общаго количества сѣрной кислоты къ количеству парныхъ сѣрныхъ кислотъ) вслѣдствіе несомнѣнно нарушеннаго процесса пищеваренія. Что заболѣваніе печени влечетъ за собой пониженіе способности нейтрализовать поступающіе въ нее по системѣ воротной венѣ продукты ненормальнаго процесса пищеваренія говорятъ между прочимъ

послѣднія работы *Гонадзе* ¹⁾ и *Эймера* ²⁾). Та и другая работа подтверждаютъ предположеніе о присущей печени роли разрушать ароматическіе продукты гніенія въ кишкахъ. «Если принять въ соображеніе», говоритъ *Гонадзе*, «что печень—самая большая желѣза нашего тѣла, очень богатая кровью и клѣточными элементами и притомъ образующая преграду на пути, по которому идутъ заимствуемыя извнѣ и перерабатываемыя въ кишечникѣ вещества,—кромѣ своей пищеварительной роли, перерабатываетъ измѣненные въ кишечникѣ вещества, которыя, по мѣрѣ надобности, потомъ поступаютъ въ потокъ кровообращенія, и обладаетъ способностью захватывать и перерабатывать многія ядовитыя вещества, образующіяся, какъ при пищевареніи, такъ и при обмѣнѣ веществъ, то станетъ яснымъ, что нарушеніе отправленій такого органа должно вести къ глубокимъ разстройствомъ питанія и даже къ смерти».

Сущность статьи моей исчерпана. Цѣль ея была еще разъ напомнить о специфическомъ страданіи печени при эклампсїи и указать на связанныя съ этимъ страданіемъ глубокія нарушенія въ процессахъ окисленія. Думаемъ, что наступаетъ время, когда, говоря о происхожденіи эклампсїи, авторы будутъ все тѣснѣе и тѣснѣе суживать зависимость этого страданія отъ заболѣванія почечной ткани. Впрочемъ, обычное изслѣдованіе мочи на бѣлокъ и микроскопированіе мочевого осадка въ рукахъ врача-практика и впредь не потеряетъ своей діагностической цѣнности. Присутствіе бѣлка въ мочѣ укажетъ намъ на то, что почка страдаетъ, что почка находится въ ненормальныхъ условіяхъ своей дѣятельности, а изслѣдованіе мочевого осадка подъ микроскопомъ дастъ извѣстное понятіе и о размѣрѣ страданія (цилиндры). Вслѣдъ затѣмъ роль, какъ клиницистовъ, такъ и простыхъ практиковъ, заключается въ томъ, чтобы разобрать, представляется ли это страданіе почки первичнымъ, какъ при чистомъ нефритѣ, или вторичнымъ, какъ роковое слѣдствіе интоксикаціи организма благодаря пониженію окислительной роли печени. И разъ на основаніи анализа мочи и

¹⁾ *Гонадзе, И. З.* О количествѣ эфирно-сѣрныхъ кислотъ въ мочѣ при болѣзняхъ печени. „Врачъ“, 1893, № № 49 и 50

²⁾ *Эймеръ, Я.* О содержаніи эфирно-сѣрныхъ кислотъ въ мочѣ и пр. Дисс. СПб., 1893.

клиническихъ данныхъ мы рѣшаемся допустить, что въ известномъ случаѣ страдаетъ печень, то должны немедленно принять рядъ мѣръ для того, чтобы нейтрализовать надвигающуюся бѣду — эклампсію. Здѣсь будутъ умѣстны всѣ средства способствующія повышенію общаго уровня окислительныхъ процессовъ организма (большую услугу, вѣроятно, могъ бы оказать, между прочимъ, и сперминъ *Иеля*), будутъ у мѣста всѣ приемы, способствующія большому введенію въ организмъ кислорода, далѣе будетъ показано назначеніе строгой (всего лучше молочной) діеты съ полнымъ исключеніемъ мяса (такъ какъ известно ¹⁾), что мясная пища при ограниченной дѣятельности печени легко можетъ стать отравой для организма) и, наконецъ, представится настоятельно необходимымъ устраненіе отъ больной беременной, роженицы и родильницы всѣхъ физическихъ и психическихъ раздраженій и утомленій путемъ широкаго примѣненія наркотическихъ, *antipervina* и тщательнаго ухода. Веденіе родовъ подъ хлороформомъ или вообще наркозомъ у роженицы, у которой есть возможность опасаться развитія эклампсіи, — слѣдуетъ считать во всѣхъ случаяхъ обязательнымъ. Всѣ эти мѣры будутъ тѣми профилактическими приемами, которыми мы окружимъ нашу больную. И, смѣемъ думать, все это, разумно и настойчиво примѣненное, поведетъ къ пониженію все еще большаго процента смертности въ припадкахъ эклампсіи, этого ужаснаго страданія, уносящаго въ преждевременную могилу тысячи женщинъ, въ самую лучшую пору ихъ жизни.

¹⁾ „Архивъ Біологическихъ Наукъ“. Т. I, Вып. 4.