

2. Длительность бациллоносительства у иммунизированных короче, чем у неиммунизированных. Среди последних значительно больше детей со сроком носительства, превышающим 15 дней и даже 1 месяц.

3. Из произведенной проверки вирулентности 211 дифтерийных культур следует, что привитые бациллоносители только в 18,3% являются носителями вирулентных штаммов, а в 81,7%—авирулентных. Носители же не привитые дают гораздо более высокие цифры вирулентных штаммов, выражающиеся в 32,5%, и авирулентных—в 67,5%.

Литература. 1. Башенин, Биргер, Браиловская и Трахтенберг, Гигиена и эпид., № 12, 1927.—2. Гартох, Казарновская и Беньяш, Микроб. ж., т. XII, в. 1, 1931.—3. Гартох и Муратов, там же т. XII, вып. II—III, 1931.—4. Герцева и Зиновьева, Труды Куйбышевского гос. мед. ин-та, сбор. 4, 1937.—5. Данилевич, „Проблемы дифтерии“.—6. Данилевич, Сов. вр. газ., № 17, 19 5.—7. Ильинский, Ж. ранн. дет. возр., т. XI, № 11—12, 19 1.—8. Иоффе, Доброхотова и Хрушева, Тр. Лен. ин-та им. Пастера, т. 1, 19 5.—9. Иоффе, Сов. вр. гза. № 12, 1935.—10. Лепехин, Морозов, Иоселевич, Ж. эпид. и микроб., № 3, 1934.—11. Минервин, Ж. экспер. биол. и мед., т. XIV, 38 серия, Б. 1930.—12. Орлов, Ж. микр., пат. инф. б-ней, т. IV, в. 4, 192.—13. Орлов и Ставровская, Ж. эпид. и микроб., № 4, 1931.—14. Орлов, Моск. мед. ж., № 3, 192.—15. Орлов, Ставровская и Браун, Ж. эпид. и микроб., № 4, 1934.—16. Рошковская и Коробицына, „Проблемы эпидемиологии и иммунологии“, книга II, 1936.—17. Фигатнер, Ж. микр., эпид., иммун., т. XVII, в. 5, 19 6.—18. Clauberg, Münch. med. Woch. 24, 1935.—19. Reineck.—Рсф. по Аши. Мечн. ин-та, т. 1, в. 1, 1935.

Из клинической больницы им. тов. Ворошилова (г. Сталино, Донбасс; главврач Н. И. Миронович).

К клинике retinitis albuminurica gravidarum.

М. М. Золотарева и Н. И. Медведев.

Осложнения со стороны глаз при беременности довольно многообразны. Встречаются как сравнительно безопасные осложнения—расширение лимфатических сосудов конъюнктивы, истерические расстройства двигательных мышц, гемэралопия беременных и др., так и серьезные страдания, подчас служащие грозными признаками общего тяжелого заболевания.

К последним относится и *neuro-retinitis albuminurica gravidarum*. К счастью г. а. г. встречается не так часто. Шютиц при массовом обследовании 8400 беременных обнаружил его в 35 случаях, в то время как токсикозом беременных страдало 680 из его больных. По данным Силекса на 3000 беременных приходится один случай г. а. г. Адам в 1911 году описал 92 случая эклампсии, из них в 2 случаях был г. а. г., между тем Эш (1910 г.) из 496 случаев видел г. а. г. один раз. По Шютицу среди женщин, страдающих эклампсией, у одной из шести наблюдается ретинит; Боссе среди 300 рожениц наблюдал 4 случая, а Ларибуазе на 12216—5 случаев и т. д.

Несмотря на то, что приведенные материалы неоднородны

(часть авторов проводила поголовное обследование беременных, а часть только экламптичек), они позволяют все же вывести заключение, что г. а. г. наблюдается не часто. Статистические данные различных авторов показывают, что приблизительно 2% беременных страдают осложнениями со стороны почек, но среди них сопутствующие заболевания сетчатки очень редки.

Альбуминурический ретинит беременных в статистике общего альбуминурического ретинита занимает также относительно скромное место. Так, Тутсуи на 110 случаев альбуминурического ретинита отмечает 8 случаев альбуминурического ретинита беременных.

R. а. г. встречается преимущественно у первородящих, чаще во второй половине беременности, развиваясь медленно в течение недель, а иногда и месяцев. Бюрнесс, разбирая 168 случаев г. а. г. по срокам беременности, представил их в следующих цифрах: до 6 месяцев 35 случаев (21%); от 6 до 7 мес. 64 случ. (38%); от 8 до 9 мес. 56 случ. (33%) и после родов 8%.

Подавляющее большинство случаев г. а. г. (79%) встречается, следовательно, во второй половине беременности. В начале беременности наблюдаются явления интоксикации в виде рвоты, отсутствия аппетита, общего недомогания. С развитием г. а. г. больные отмечают прогрессивное падение зрения, туман, мерцание перед глазами. Затем появляются: головная боль, отеки, изменения мочи и повышение кровяного давления.

При объективном исследовании обнаруживается: значительное понижение остроты зрения, иногда—падение его до светоощущения; зрачки расширены, реакция на свет ослаблена. При офтальмоскопии часто отмечается гиперемия соска зрительного нерва, смывость его границ, расширение сосудов. В области *maculae luteae*, а также по периферии появляются характерные бляшки, часто образующие в области желтого пятна так называемую звезду. R. а. г. может осложняться часто кровоизлияниями в сетчатку, отеком ее (из-за повышенного давления и аутоинтоксикации), отслойкой сетчатки, иногда последующей атрофией зрительных нервов.

Изменения мочи (значительное количество белка, эритроциты как свежие, так и выщелоченные, цилиндры) в сочетании с повышенным кровяным давлением и увеличением границ сердца характерны для нефропатии беременных. Так, Вайсмэн находил во всех случаях нейроретинита беременных кровяное давление выше 180 мм Hg. Обычно нет воспалительных изменений со стороны клубочков, а лишь дегенеративные; поэтому можно представить себе это заболевание как сочетание нефроза с гипертонией. По Гренуву, Силексу чаще всего г. а. г. сопровождает почку беременных. Однако Тихомиров отмечает, что из работы Силекса не видно, было ли обращено внимание при последующих осмотрах на общее клиническое обследование, которое одно и могло показать, была ли то почка беременных или хронический нефрит. Есть указания и на острый нефрит, как этиологический фактор, но острый нефрит у беременных встречается редко.

На основании литературных данных следует считать, что чаще в основе имеющегося г. а. г. лежит хронический нефрит, обострившийся из-за наслоившейся интоксикации беременных. Исследованиями Вольфа, Цалде, Шютца установлено, что в подавляющем большинстве случаев г. а. г. встречается при хроническом нефрите, реже это заболевание является следствием нефропатии беременных. Вольф и Цалде в 106 случаях беременности, осложненной заболеванием почек, обнаружили г. а. г. в 13 случаях, из них в 10 несомненно имелся хронический нефрит. Вполне демонстративными являются данные Шютца, где из 40 больных г. а. г. 33 подверглись длительному наблюдению, и у 27 больных был обнаружен хронический нефрит. Закс из 210 случаев поражения почек при беременности имел 154 случая нефропатии беременных без г. а. г. и 56 больных с хроническим нефритом.

Несомненная клиническая связь между заболеваниями глаз и почек не имеет еще четкого теоретического обоснования. В 1855 году Ойтц объяснял г. а. г. альбуминурией. Грефе (1855 г.), Шмидт-Римплер (1900 г.) считали г. а. г. следствием хронической уремии.

Иного мнения придерживаются Теодор, Михель, Векс, Евевкий. Они считают заболевание почек и сетчатки самостоятельными, параллельно идущими заболеваниями, с избирательным поражением сосудистой системы. Отсюда и новое название *angiopathia retinae albuminurica* Дювиньо, Оппен, Лебер объясняют г. а. г. интоксикационными явлениями беременности.

Фишер и Цангенмейстер полагают, что продукты обмена в плаценте (syncytotoxin) токсичны для почек и сетчатки.

Елеонская, Фишер, Шоу предполагают, что заболевание сетчатки и почек развивается самостоятельно из-за ослабленной функциональной способности почек и действия ядовитых веществ.

Миллиус говорит о спазме сосудов сетчатки без поражения стенок их.

Ни одна из вышеперечисленных теорий патогенеза г. а. г. не может претендовать на законченность и ясность; патогенез заболевания, относительная редкость его даже при хроническом нефрите остаются до сих пор проблемой, не нашедшей еще своего полного разрешения.

Патолого-анатомические изменения при г. а. г. локализуются как в нервной, так и в сосудистой ткани.

Гренув различает четыре вида поражений:

1. Отек сетчатки. 2. Жировое перерождение нервной ткани. 3. Варикозные утолщения на нервных волокнах. 4. Изменения в сосудах.

Отек сетчатки наблюдается обычно на участке вокруг соска, в этом месте сетчатка представляется мутной, выстоит вперед, и сосуды производят впечатление темных полосок, как при обычных отслойках сетчатки.

Жировое перерождение особенно поражает оба слоя ядер и наружный ретикулярный слой.

Типичная альбуминурическая звезда по исследованиям Диммера представляет собой скопление кучек клеток с жировыми зернышками в радиально-расходящихся волокнах наружного волокнистого слоя Генле, р сплюсываясь в желтом пятне между наружным ретикулярным и наружным ядерным слоями.

„Как раз это место, лежащее далеко от капиллярных сосудов сетчатки и хориоидеи, наиболее подвержено перерождению“ говорит Шмидт-Римплер.

Маленькие белые пятна, покрывающие сосуды сетчатки, должны быть отнесены к жировому перерождению поддерживающей ткани, а большие глубже лежащие — к скоплению жировых зернышек в наружных слоях сетчатки.

По Леберу жировые клетки — это клетки странствующего пигментного эпителия, нагруженные жировыми зернами, полученными из серо-фибринозного эксудата. Построение жира идет в самой клетке. При воспалении почек Лаубер и Адамюк в 1909 г. находили в сетчатке липоиды, аналогичные имеющимся при этом в почках.

Кровеносные сосуды подвергаются склеротическому, гиалиновому, реже амилоидному перерождению, иногда с закупоркой просвета. Это особенно отра-

жается на сетчатке, т. к. сосуды последних являются конечными. Исследования стенки сосудов показало воспалительные изменения и перерождения их (Ямагуши, Михельс и др.).

Часть авторов (Теодор, Ямагуши, Копен) и др. считает заболевание сосудов причиной поражения сетчатки. Силекс, Олэн, Рошон, Дювиньо, Лаубер и др. рассматривают изменения в сосудах как вторичные, вследствие интоксикации.

По мнению Гренува, заболевание почек ведет к нарушению циркуляции крови и замедлению кровотока; отсюда—венозный застой, обуславливающий вторичные изменения.

Отек, воспаление зрительного нерва заканчиваются у *laminae cribrosae*.

Прогноз при г. а. г. зависит от времени проявления болезни, характера основного почечного заболевания и, следовательно, от того, как скоро после обнаружения г. а. г. разрешена или устранена будет беременность (самопроизвольные роды или оперативное вмешательство).

При почке беременных или остром нефрите *prognosis quo ad vitam* благоприятнее, чем при хроническом нефрите, осложненном г. а. г., когда прогноз оказывается очень печальным.

Что касается *prognosis quo ad visum*, то после родов в тех случаях, где была нефропатия беременных, острота зрения может восстановиться полностью, с постепенным исчезновением патологических явлений на глазном дне. Все это касается тех случаев, где не было осложнений г. а. г. (воспаления зрительного нерва, отслойки сетчатки, кровоизлияний и др.), которые значительно усложняют дальнейшее течение процесса. При хроническом нефрите изменения стойкие, мало обратимые.

Лечебные мероприятия при альбуминурическом ретините беременных представляют далеко не легкую задачу, так как приходится решать вопрос о двух жизнях. В этом одна из серьезных трудностей, даже если пред нами нефропатия беременных, как основная причина страдания. Если же дело касается старого, хронического процесса, обострившегося под влиянием токсикоза, положение оказывается особенно серьезным.

Если г. а. г. проявляется в первые месяцы беременности, то последняя должна быть немедленно прервана. Значительно чаще, однако, г. а. г. обнаруживается в последние недели или месяцы беременности. В этих случаях необходим тщательный индивидуальный подход, но жизнь и здоровье матери остаются определяющими при выборе лечебных мероприятий. Шютиц рекомендует прерывать беременность даже с последующей стерилизацией, если в результате наблюдения будут установлены признаки хронического нефрита. По этому вопросу нет полного единодушия во взглядах авторов. Одни (Силекс, Махамара, Кэббертсон и др.) настаивают на прерывании беременности независимо от срока ее, другие же (Аксенфельд, Снелл, Макко) рекомендуют прерывать беременность только в первые шесть месяцев или до срока жизнеспособности плода, после этого времени—лишь в исключительных случаях. Мы полагаем, что должны быть определенные данные, говорящие о безопасности или относительной безопасности выжидания, которые оправдывали бы отказ лечащего врача от срочного прерывания беременности.

Такие гарантирующие здоровье матери данные при этой грозной болезни крайне редки. Более того, женщина, имевшая беременность, осложнившуюся альбуминурическим ретинитом, должна быть категорически предупреждена об угрозе рецидива при новой беременности. Известны случаи, когда женщины, оправившиеся от нефропатии и альбуминурического ретинита, в дальнейшем совершенно благополучно переносили беременность и роды; однако наряду с этим мы наблюдаем женщин, которые при повторной беременности слепнут и гибнут. Можно считать, что сюда относятся больные с обострением хронических почечных страданий, а не с почкой беременных. Однако и точно установленный диагноз нефропатии беременных не решает поставленной проблемы. Не исключена возможность, что повторная беременность у лица, перенесшего ранее нефропатию, вызовет тяжелый процесс в дискредитированных почках.

За последние два с половиной года нам пришлось наблюдать 5 больных с альбуминурическим ретинитом беременных; большая часть из них продолжает оставаться под наблюдением и в настоящее время.

1. Больная Б., 27 лет, поступила в акушерскую клинику ДМИ 16/XI 1934 г. с 9-месячной беременностью и частыми схватками. Беременность вторичная. Первая беременность и роды нормальные. Жалобы на головные боли и плохое зрение на протяжении последних двух недель. Больная резко пастозна. Кровяное давление—220 mm Hg. Моча—удельный вес 1017; белка 3,17‰. Имеются единичные эритроциты и гиалиновые цилиндры.

16/XI родила живого ребенка; после родов кровяное давление—215 mm Hg.

19/IX исследование окулиста: Vis o. u. = 0,1. В области желтого пятна альбуминурические бляшки, кровоизлияния. Диагноз: Retinitis albuminurica gravidarum. Сделана венепункция, выпущено 30 см³ крови.

За время пребывания в клинике количество белка в моче уменьшилось до 1,85‰, удельный вес поднялся до 1022, кровяное давление держалось на высоких цифр х—170—180.

18/XII заключение терапевта: нефропатия беременных. Больная далее находилась под наблюдением глазного и терапевтического кабинетов поликлиники. До 21/I 1935 г. зрение поднялось до единицы, альбуминурические звезды исчезли, сосок в пределах нормы. Кровяное давление 120—100 mm Hg. В моче незначительное количество белка—0,25‰.

Больная была осмотрена ровно через год. Глазное дно—норм. Острота зрения в обоих глазах = 1,0. Кровяное давление 120—100 mm Hg. В моче—следы белка.

В данном случае г. а. г., несомненно, зависел от нефропатии беременных. За это говорит быстрое и полное восстановление функции почек и глаз, а также пришедшее к норме кровяное давление.

2. Больная П., 21 года, поступила в акушерскую клинику ДМИ 6/XII 1934 г. с 4-месячной беременностью. Жалобы на головокружение, ослабление зрения, рвоты и частые носовые кровотечения. Такое состояние продолжается в течение двух месяцев. Последнее время рвота участилась, зрение понизилось еще больше.

6/XII обильное носовое кровотечение; доставлена с тампоном в носу. Беременность вторая, первые роды нормальные. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Кровяное давление—185 mm Hg. Диагноз—преэклампсия.

9/XII осмотр окулиста: Vis oc. d. = 0,03; Vis oc. s. = 0,02. Зрачки максимально расширены, слабо реагируют на свет. Контуры сосков зрительного нерва не-

ясны, сосок слегка гиперемирован, альбинурические звезды в *maculae luteae* обоих глаз, большое количество бляшек по периферии. Диагноз — *retinitis albuminurica gravidarum*. Дано заключение о необходимости прерывания беременности.

11/XII после введения метрейринтера родился мацерированный плод.

17/XII *Vis. os. utr.* = 0,05; сосок почти нормальной окраски, начинает контурироваться немного ясней, бляшки уменьшились в количестве. Моча — удельный вес 1010, белка — 0,4%. Кровяное давление 14 — 110 mm Hg.

26/XII *Vis. os. utr.* = 0,1; соски хорошо контурируются, небольшая звезда в области желтого пятна, по периферии остатки бляшек. Через несколько дней больная по собственному желанию выписалась.

20/XI 1935 г., т. е. почти через год, больная снова поступила в акушерскую клинику с беременностью в три с половиной месяца. По словам больной, до этой беременности чувствовала себя хорошо, видела хорошо. Последние дни появилась тошнота, рвота, головные боли. Больная полностью потеряла зрение в левом глазу, в правом же зрение значительно понизилось.

Исследование окулиста: *Vis. o. d.* = 0,4, *Vis. o. s.* = 0. Альбинурический ретинит обоих глаз. Предложено прерывание беременности. Ухудшение зрения продолжалось и, несмотря на аборт, больная потеряла зрение и в правом глазу. Она была переведена в терапевтическую клинику, где находилась с 22/XI 1935 г. по 11/IV 1936 г. Со стороны общего *status'a* при поступлении отмечается только систолический шум на верхушке и акцент на втором тоне. Кровяное давление 209/160 mm Hg. Моча: удельный вес 1009, белка 1,85%₁₀₀, эритроцитов 1—2 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

23/XI. Со стороны глаз: боли при движении глаз и при отдавлении глазного яблока кзади (ретробульбарный неврит интоксикационного происхождения). Соски зрительных нервов бледны, особенно справа, сосуды сужены. В области желтого пятна много альбинурических бляшек с отдельными кровоизлияниями. Все время пребывания в клинике кровяное давление держится на высоких цифрах. Максимальное 200—215 mm Hg. В моче — белок, кровь, цилиндры, низкий удельный вес. Диагноз: хронический нефрит, злокачественная гипертония, альбинурический ретинит.

Со стороны глаз — полная атрофия соска зрительного нерва, громадных размеров альбинурические звезды, кровоизлияния.

11/IV 1936 года при явлениях уремии — смерть.

При вскрытии (протокол № 709): резкая анемия всех органов брюшной, грудной и черепной полости. Жировая дегенерация мышцы сердца, амилоид селезенки, нефрозо-нефрит.

В этом случае повторная беременность дала рецидив альбинурического ретинита. Можно думать, что больная ранее страдала хроническим нефритом. Беременность ускорила печальный исход заболевания. Альбинурический ретинит осложнился атрофией зрительных нервов.

3. Больная В., 20 лет, поступила 12/I 1935 г. в родильный дом Донецкого института охраны с шестимесячной беременностью. Последние три недели заметила общие отеки, понижение зрения, судорожные подергивания верхней и нижней конечности. Жалобы на сильную головную боль. В анамнезе заболевание почек.

При осмотре обнаружены большие отеки, тоны сердца акцентированы, пульс напряжен, 104 удара в минуту. Кровяное давление 167 mm Hg, в моче 3,7%₁₀₀ белка, единичные гиалиновые цилиндры.

12/I осмотр окулиста: *Vis. o. u.* — счету пальцев у лица. Глазное дно в обоих глазах усеяно экссудативными очагами, границы сосков зрительных нервов сглажены, имеются свежие кровоизлияния. Диагноз: альбинурический ретинит беременных. Показано прерывание беременности. В этот же день было проделано кесарево сечение под общим эфирным наркозом.

14/I больная возбуждена, речь не имеет смысла, выпадают отдельные слоги. Ригидность нижних конечностей. Непроизвольное мочеиспускание, паралич нижних конечностей.

21/I *Vis. os. utr.* — счету пальцев у лица, по всему главному дну — экссудатив-

ные участки и остатки кровоизлияний. Соски зрительных нервов бледноваты. Диагноз: начальная атрофия сосков зрительных нервов. За время пребывания больной в клинике белок уменьшился до 0,31‰, эритроцитов свежих и выделенных 3—5 в препарате, кровяное давление упало до 130/110 mm Hg столба.

9/V 1935 г. больная поступила в стационар водолечебницы с диагнозом: множественные кровоизлияния в мозг после эклампсии, хронический нефрит, склеротическая почка. Кровяное давление—115 mm Hg, иногда доходит до 180 mm Hg. В моче имеется белок, цилиндры, эритроциты, удельный вес низкий. Зрение = 0,2—0,3, со стороны глазного дна—полная атрофия соска зрительного нерва. В области желтого пятна пигментные очаги. Поле зрения сужено.

У этой больной альбуминурический ретинит осложнился атрофией зрительных нервов. Со стороны почек—явления хронического нефрита и склеротическая почка. Не исключена, по мнению невропатологов, возможность, что больная до беременности страдала диссеминированным склерозом.

4. Больная X., 25 лет, поступила в акушерскую клинику 22/IX 1936 г. для наблюдения по поводу преэкламптического состояния. Жалобы на головную боль и понижение зрения. Общее состояние удовлетворительное. Значительные отеки кожи живота и голеней. Беременность около 8 месяцев. Кровяное давление 190 mm Hg. В моче 3,7‰ белка.

22/IX внесекция—выпущено 400 см³ крови, кровяное давление упало до 180. 25/IX исследование окулиста: зрение правого глаза = 0,5, зрение левого глаза = 0,01. Контуры сосков зрительного нерва смазаны, сосуды узковаты. В левом глазу внизу и внутри от соска видны округлые проминирующие, эксудативные очаги, отдельные мелкие очаги по сосудам. На дис правого глаза—мелкие эксудативные очаги в области желтого пятна. Диагноз: альбуминурический ретинит беременных. Рекомендовано прервать беременность.

26/IX кровяное давление 180 mm Hg. Кесарево сечение.

28/IX Vis. os. d. = 0,03, Vis. o. s. = 0,2. Контуры сосков смазаны, эксудативные очаги уменьшились в размерах и нерезко контурируются. За время пребывания в клинике макс. кровяное давление колебалось в пределах между 140—115. Количество белка в моче уменьшилось до 1,59‰, имеются единичные эритроциты и гиалиновые цилиндры.

25/X зрение правого глаза—0,7, зрение левого глаза—0,8. Соски зрительных нервов бледны, особенно в височной половине. В области желтого пятна остатки альбуминурических бляшек. Кровяное давление 120 mm Hg. В моче 0,033‰ белка, единичные эритроциты.

25/V 37 г. Зрение обоих глаз 1,0. Соски зрительных нервов бледноваты, особенно с височной стороны, сосуды узки, бляшек нет.

Быстрое улучшение зрения после прекращения беременности, исчезновение альбуминурических звезд, улучшение общего состояния, нормальное кровяное давление и почти нормальная моча дают основание думать о нефропатии беременных. Но и здесь процесс оставил свой след в виде деколорации сосков зрительных нервов.

5. Больная Л., 30 лет, поступила в терапевтическую клинику ДМИ 24/IV 1937 г. с жалобами на сильную головную боль, отечность лица и ног и понижение зрения. У больной была первая 7-месячная беременность. 12/IV внезапно заметила ухудшение зрения в правом, а потом и в левом глазу. 19/IV родила мертвого ребенка. В детстве перенесла заболевание почек, в 1935 году наблюдалась дважды гематурия.

Общий статус—отеки на ногах, лицо одутловатое, граница сердца увеличена влево на 1/2 см. Акцент на аорте, ритм галопа. Кровяное давление 190—137 mm Hg. Моча—удельный вес—1,01, белка 0,26‰, имеются единичные выделенные эритроциты. Венепункция—150 см³ крови. За время наблюдения больной с 24/IV по 12/VI 1937 г. макс. кровяное давление понизилось до 150—135

тм Hg, головная боль уменьшилась. Моча: удельный вес в пределах 1010—1016, белка 0,74‰, 3—4 эритроцита в поле зрения.

8/IV после венепункции зрение правого глаза—1,0, зрение левого глаза—0,02. Дно обоих глаз: соски зрительных нервов гиперемированы, контуры их ступенчаты, вокруг сосков много экссудативных, проминирующих очагов, в правом глазу парамакулярных, в левом—в области желтого пятна. При дальнейшем наблюдении острота зрения левого глаза поднялась до 0,1.

На месте бывших экссудативных очагов альбуминурические звезды больших размеров. По ходу сосудов кровоизлияния. Сосок зрительного нерва правого глаза невритический, в левом—бледноват, с наклонностью к атрофии.

Длительность заболевания после родов, стойкость и прогрессирование глазных изменений в сочетании с анамнезом и объективными данными заставляют думать, что в данном случае также имеется хронический нефрит. Окончательный диагноз может быть поставлен после более длительного наблюдения.

Итак, из приведенных пяти случаев альбуминурического ретинита два явились следствием нефропатии беременных (1-й и 4-й), в остальных трех имелся хронический нефрит.

Три случая осложнились атрофией соска зрительного нерва, последняя намечается и в пятом случае.

Что касается срока беременности, то только в одном, закончившемся летально, альбуминурический ретинит наступил в первой половине беременности, в остальных 4-х—во второй половине. Прервана беременность по глазным показаниям во 2-м, 3-м и 4-м случаях. В первом наступили своевременные, а в пятом—преждевременные роды.

Первый и второй случай альбуминурического ретинита наблюдаются у повторно-родящих, остальные—у первородящих.

Выводы: 1. Довольно распространенное представление об альбуминурическом ретините беременных как о болезни, протекающей благоприятно и с хорошим исходом, нуждается в серьезных коррективах.

2. Альбуминурический ретинит у беременных является лишь локальным проявлением в глазу общего тяжелого нарушения обмена.

3. Необходимо различать две группы этих страданий:

а) альбуминурический ретинит у женщин, не страдавших до беременности заболеваниями почек;

б) альбуминурический ретинит у женщин, страдавших заболеванием почек и до беременности.

4. У беременных и рожениц, страдающих токсикозом с нефропатией и альбуминурическим ретинитом, при своевременных лечебных мероприятиях процесс постепенно затихает и на протяжении $1\frac{1}{2}$ —1 $\frac{1}{2}$ лет совершенно ликвидируется.

5. У лиц с дискредитированной выделительной системой почек токсикозы беременности могут обострять старые хронические процессы в почках; у этих лиц альбуминурический ретинит в прогностическом отношении является не менее грозным признаком, чем у мужчин и небеременных женщин. Более того, токсикоз, роды, кормление лишь усложняют течение процесса.

6. При исследовании беременной с альбуминурическим ретинитом очень трудно точно выяснить патогенез и отнести забо-

ление к той или иной группе. Во многих случаях лишь дальнейшее наблюдение позволяет точно решить этот вопрос, между тем как нередко требуется срочное вмешательство.

7. При тяжелых общих и локальных (при г. а. г.) явлениях токсикоза показано безотлагательное прерывание беременности.

8. При медленном нарастании токсикоза, нефропатии и при удовлетворительной функции органа зрения у лиц с беременностью больше 7^{1/2} месяцев возможно осторожное выжидание и в отдельных случаях нормальное разрешение родов с последующей регрессией патологического процесса.

Из Омской дорожной станции переливания крови (зав. станцией П. И. Вахрамеев).

Лечение переливанием крови помутнения стекловидного тела.

П. И. Вахрамеев и Н. А. Борисов.

Помутнение стекловидного тела представляет собой далеко еще не выясненное заболевание. Этиологическим фактором считают туберкулез, сифилис, другие инфекционные заболевания, гемофилию и пр. Все это указывает на то, что патологический процесс в стекловидном теле есть результат заболевания всего организма, а не заболевание одного органа, и поэтому лечение должно иметь в виду общее воздействие на организм. Помутнение стекловидного тела характеризуется иногда внезапной потерей зрения, отсутствием болевых симптомов; офтальмоскопически обнаруживаются нитевидные или пылеобразные помутнения, которые закрывают глазное дно от исследования. Мы считаем целесообразным упомянуть отдельно о помутнении стекловидного тела на почве травмы. Эта форма развивается, в противоположность указанной, медленно и дает стойкие изменения, а при офтальмоскопии помутнение имеет вид гомогенной массы. При этом виде заболевания локальное воздействие на глаз, а также переливание крови не имеют успеха. Нам пришлось встретиться с 3 случаями подобного вида помутнений. Зрение у всех 3 больных было резко понижено, и дальнейшие наблюдения за ними не принесли нам положительных результатов. Всего через станцию переливания крови с 1933 по 1935 г. прошло 14 случаев и с 1935 по 1937 г. включительно 9 случаев (не считая трех упомянутых) помутнения стекловидного тела на почве травмы. Во всех 23 случаях заболевание развивалось в течение первых суток и приводило к частичной или полной потере зрения на второй глаз. Первой группе больных в 14 человек применялось следующее лечение: обще-укрепляющие, внутрь иод, ванны, аутогемотерапия, грязелечение и местное воздействие на глаз в виде атропина, дионина. Больные находились на лечении в стационаре от 2 до 4 месяцев. Помутнение стекловидного тела очень медленно шло на убыль, зрение с 0,06 увеличивалось до 0,3—0,5, и к концу выписки из отде-