

патогенеза эклампсін мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Существенныя патолого-анатомическія измѣненія органовъ при эклампсін находятся въ печени, нѣсколько слабѣе въ почкахъ и другихъ паренхиматозныхъ органахъ.

2) Причиной эклампсін слѣдуетъ, по всей вѣроятности, считать глубокія нарушенія окислительныхъ процессовъ организма. Появляющіяся при этомъ лейкомаиини можно было бы разсматривать, какъ одного изъ факторовъ экламптическихъ судорогъ.

II.

О ВЛІЯНІИ СЫПНАГО ТИФА НА ТЕЧЕНІЕ БЕРЕМЕННОСТИ И УТРОБНЫЙ ПЛОДЪ.

Привать-доцента И. М. Львова.

(Читано въ засѣданіи врачей Казанской губернской земской больницы 21 октября).

Наблюдавшаяся въ концѣ прошлаго и началѣ нынѣшняго года эпидемія сыпнаго тифа въ Казани дала и мнѣ довольно большой матеріалъ для изученія вліянія этой болѣзни на теченіе беременности и утробный плодъ. Еще въ 1867 году д-ръ *Каминскій*¹⁾ далъ намъ схему, какъ вести наблюденія при горячечныхъ болѣзняхъ матери, и вмѣстѣ съ тѣмъ точно установилъ вліяніе брюшнаго тифа на теченіе беременности и утробный плодъ. Именно онъ указалъ, что изъ 98 брюшно-тифозныхъ случаевъ въ 63 беременность была прервана, теченіе самой болѣзни во время беременности было обыкновенное, а послѣ родовъ легко слѣдуетъ кровотеченіе. Далѣе, *Каминскій* выяснилъ, что съ поднятіемъ температуры у матери до 40° появляется опасность и для жизни плода въ видѣ измѣненнаго сердцебіенія и движенія его, указывающихъ на

¹⁾ *Каминскій*, Условія и причины измѣненія сердцебіенія утробнаго дитя при горячечныхъ болѣзняхъ матери. „Московск. Медицинск. Газета“ 1867. № 13.

начало внутривутробной асфиксии плода. Опасность эта возрастала по мѣрѣ поднятія температуры или продолжительнаго ея status quo и дѣло въ этихъ случаяхъ разрѣшалось или перерывомъ беременности или смертью плода безъ окончанія беременности въ данное время.

Runge ¹⁾ провѣряя изслѣдованія *Каминскаго* опытами на кроликахъ, вполне подтвердилъ все выводы его, при чемъ указалъ, что опасность для жизни ихъ плодовъ скоро обнаруживается, когда температура становится выше 41,5 градуса.

Далѣе, по поводу вліянія тифа вообще на беременность мы имѣемъ наблюденія *Sacquin'a* ²⁾. Эти наблюденія обнимаютъ 324 случая тифа, изъ числа которыхъ въ 80 случаяхъ произошелъ выкидышъ и въ 33 случаяхъ преждевременные роды. Отсюда *Sacquin* заключаетъ, что перерывъ беременности происходитъ въ первые мѣсяцы беременности.

Zülzer ³⁾ также наблюдалъ не рѣдко перерывъ беременности при брюшномъ тифѣ, именно изъ 24 случаевъ 14 разъ. Точно также и *Scanzoni* ⁴⁾ говоритъ, что у него изъ 10 случаевъ брюшнаго тифа въ 6 последовалъ перерывъ беременности.

Что касается до другихъ формъ тифа, то относительно возвратной горячки (*typhus recurrens*) мы имѣемъ наблюденія *Weber'a* ⁵⁾, которыя гласятъ, что изъ 63 беременных последовали преждевременные роды у 23. Что же касается до сыпнаго тифа, то про него говорятъ, что при немъ склонность къ выкидышу или преждевременнымъ родамъ меньше всего ⁶⁾.

Что касается до причинъ перерыва беременности, то онѣ должны быть слѣдующія: 1) Самая высокая температура дѣйствуетъ на мѣшцы матки какъ раздражитель.

¹⁾ *Runge*, Untersuch. üb. d. Einfluss. d. gesst. mütterlich. Temperatur in d. Schwarz. auf d. Leben d. Frucht. Archiv f. Gynaekolog. 1877. XII, 16.

²⁾ *Sacquin*, De l'influenz recipr. de la f. thyph. et de la grossesse. Nancy. 1885 г.

³⁾ *Zülzer*, Monatsch. f. Geburt. B. XXXI.

⁴⁾ *Scanzoni*, Lehrbuch d. Geburt. 4 Aufl.

⁵⁾ *Weber*, in Berlin. klin. Wochens. 1870. № 2-йебр.

⁶⁾ *Zülzer*, l. c.

и вызываетъ усиленное ихъ сокращеніе съ послѣдующимъ изгнаніемъ плоднаго яйца. Что это такъ, я кромѣ ссылки на общезвѣстныя фізіологическія данныя, подтверждаю слѣдующими фактами: перерывъ беременности отъ этой причины происходитъ обыкновенно въ началѣ болѣзни. — день на 3-й при сыпномъ тифѣ и день на 7—8 при брюшномъ, когда еще не началось послѣдовательное ослабленіе и перерожденіе мышечной ткани. При томъ роды въ этихъ случаяхъ оканчиваются изгнаніемъ живаго плода. 2) Перерывъ беременности наступаетъ въслѣдствіе смерти плода. Плодъ не можетъ умереть отъ высокой температуры, которую онъ получаетъ при горячечныхъ болѣзняхъ матери; смерть его наступаетъ потому, что у плода нормально температура выше температуры матери, а при горячечныхъ болѣзняхъ съ температурой въ 40° температура плода дѣлается чрезмѣрно высокой и онъ умираетъ. При этомъ *Runge* ¹⁾ экспериментально доказалъ, что при медленномъ повышеніи температуры плоды переносятъ, не подвергаясь опасности, очень значительныя повышенія, между тѣмъ какъ при быстрыхъ поднятіяхъ температуры они погибаютъ относительно рано. Кромѣ того, плодъ можетъ погибнуть отъ внутриутробной асфиксіи, если материнская кровь, въслѣдствіе постепеннаго задущенія или въслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности, не доставляетъ болѣе достаточнаго количества кислорода, необходимаго для внутриутробной жизни плода. Тоже самое подтвердили и *Doleris* ²⁾ и *Doré* ³⁾.

3-й причиной перерыва беременности, въ ранніе сроки ея въ особенности, служитъ кровоизліяніе въ оболочки плода. Таковое явленіе наблюдалось проф. *Славяскимъ* ⁴⁾ при холерѣ и мной при influenza ⁵⁾.

Вотъ тѣ необходимыя литературныя данныя, которыя я считалъ нужнымъ привести для выясненія состоянія вопроса о влияніи горячечныхъ болѣзней матери на тече-

¹⁾ l. c.

²⁾ *Doleris*, Société de Biologie 1883, № 28 п 29.

³⁾ *Doré*, Archives de tocologie 1884, № 3—4.

⁴⁾ *Slavjansky*, Arch. f. Gynäkol. B. IV.

⁵⁾ *Львовъ*, „Медицинское Обозрѣніе“ 1890 г., № 2.

ніе беременности и утробный плодъ. Долженъ при этомъ только добавить, что вопросъ о зараженіи плода инфекціоннымъ началомъ болѣзни матери далеко еще не выясненъ въ настоящее время. Большинство данныхъ, впрочемъ, говоритъ за то, что при цѣлости послѣда и здоровомъ его состояніи микроорганизмы изъ крови матери не переходятъ въ кровь плода. Это подтверждается клинически тѣми фактами, что при перерывѣ беременности дѣти рождаются въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно здоровыми, а у мертворожденныхъ не находятъ признаковъ той болѣзни, которой страдаетъ мать. Опыты на животныхъ по этому вопросу тоже не дали положительныхъ опредѣленныхъ результатовъ.

Перехожу теперь къ собственнымъ наблюденіямъ, обнимающимъ 84 случая сыпного тифа у беременныхъ въ различные ея сроки. Большинство наблюдений сдѣлано въ частной практикѣ, часть только въ родильномъ Лихачевскомъ домѣ. Нѣкоторыя больныя тифомъ во время беременности были направлены мною въ нашу Земскую больницу и результатъ дѣйствія тифа мнѣ становился извѣстнымъ чрезъ г. врачей, завѣдывавшихъ тифознымъ отдѣленіемъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ обращавшихся ко мнѣ по поводу особенностей процесса родовъ или выкидышей въ таковыхъ случаяхъ.

Большинство моихъ наблюдений произведено надъ женщинами, бывшими во второй половинѣ беременности, именно сюда принадлежатъ 63 беременныя и только 21 женщина были беременны въ первой половинѣ. Изъ анамнестическихъ данныхъ считаю пужнымъ указать на то, что въ числѣ моихъ случаевъ нѣтъ ни одной женщины, ранѣе привычно выкидывавшей или преждевременно рожавшей вследствие какихъ-либо причинъ. Всѣ онѣ до заболѣванія сыпнымъ тифомъ были здоровы и беременность протекала исполнѣ правильно.

Разберу теперь больныхъ сыпнымъ тифомъ во вторую половину беременности. Изъ 63 больныхъ, тифъ съ температурой ниже 40° былъ въ 22 случаяхъ, и съ температурой выше 40° въ 41 случаѣ. Тифъ всегда протекалъ также правильно, какъ бы и въ небеременномъ состояніи. Вліяніе тифа на беременность было замѣчено только въ случаяхъ, протекавшихъ съ температурой выше 40° , въ

случаяхъ же съ температурой ниже 40° никакого вліянія тифа на теченіе беременности замѣчено не было, беременность шла правильно и по окончаніи тифа и родо-разрѣшеніе наступало въ свой нормальный срокъ и живымъ, жизнеспособнымъ и нормального вѣса плодомъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда тифъ протекалъ съ температурой выше 40° , замѣтно было вліяніе его на теченіе беременности и жизнь утробнаго плода, выразившееся то въ слабой степени, то въ сильной, смотря по тому, начинался ли тифъ сразу высокой температурой въ 40° , или же таковая температура получалась только для съ 3—5 болѣзни. Въ случаяхъ первой категоріи, когда температура сразу дѣлалась высокой, съ этого же времени нельзя было не обратить вниманія на появленіе схваткообразныхъ болей во всей маткѣ, чувствуемыхъ самой больной и видимыхъ для наблюдателя. При этомъ стѣнки матки дѣлаются легко воспріимчивыми ко всякому раздраженію и быстро отвѣчаютъ на него своимъ сокращеніемъ. Такъ, простое опущиваніе матки быстро вызывало ее сокращеніе; толчки плода тоже самое. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи въ это время нерѣдко можно констатировать подготовленіе къ родовому акту въ видѣ укороченія шейки, раскрытія цервикальнаго канала, формированія плоднаго пузыря и пр. Затѣмъ, при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни или таковая усиленная раздражительность матки стихала,—что совпадало съ безпамятствомъ больной, или же увеличивалось, переходя въ настоящіи родовыя боли: тутъ дѣло оканчивалось перерывомъ беременности. Такого рода перерывъ беременности я наблюдалъ 11 разъ изъ 63 случаевъ сыннаго тифа во 2-й половинѣ беременности, что составляетъ 17,5%. Самый родовой процессъ проходилъ совершенно нормально; осложненій при родахъ не было, за исключеніемъ одного случая довольно сильнаго кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ родовъ. Младенецъ родился живымъ и безъ всякихъ признаковъ болѣзни матери. Послѣродовой періодъ протекалъ правильно, равно и самый тифозный процессъ въ послѣродовомъ періодѣ имѣлъ свое правильное теченіе. Что касается до вліянія на внутривутробную жизнь плода, то оно въ случаяхъ тифа съ температурой въ 40° выражалось усиленіемъ движенія

плода и учащеніемъ его сердцебиеній, каковос состояніе продолжалось или до перерыва беременности, или до періода ослабленія маточныхъ сокращеній. Плацента не представляла видимыхъ измѣненій въ своемъ строеніи.

Въ случаяхъ второй категоріи, когда температура до 40° поднималась постепенно, рѣзкихъ вліяній на теченіе беременности и утробный плодъ не наблюдалось. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ была очевидно усиленная раздражительность мышцъ матки, были очевидны усиленные движенія плода, но они не были болѣзненны для больной и не беспокоили ея. Перерывъ беременности при этомъ былъ 1 разъ—на 9-й день болѣзни и въ концѣ 8-го мѣсяца беременности,—плодъ родился живымъ, но слабымъ, вялымъ и чрезъ 3 дня послѣ рожденія умеръ отъ истощенія; повышенія температуры, увеличенія селезенки, петехій у младенца не было. Послѣдъ представлялся въ этомъ случаѣ блѣднымъ, вялымъ, рыхлымъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи эндотелій ворсинокъ его былъ въ стадіи жироваго перерожденія.

Что касается до срока, въ которомъ наступилъ перерывъ беременности, то въ 5 случаяхъ перерывъ произошелъ въ началѣ 9-го мѣсяца беременности; въ 4—въ половинѣ 8-го мѣсяца и въ 2 случаяхъ—на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Больныя женщины все были въ возрастѣ отъ 25 до 35 лѣтъ.

Переходя къ разсмотрѣнію вліянія сыпнаго тифа на теченіе беременности въ первой ея половинѣ, долженъ замѣтить, что признаки, коими мы можемъ пользоваться для рѣшенія даннаго вопроса, не такъ рѣзки и очевидны. Во первыхъ нельзя наблюдать тѣхъ рѣзкихъ и сильныхъ сокращеній матки, которыя рельефны для второй половины; во 2-хъ отсутствуютъ движенія плода. Но съ другой стороны тутъ выступаетъ новый признакъ—именно появленіе кровянистыхъ выдѣленій изъ матки. Такого рода выдѣленія, появляющіяся во время болѣзни безъ всякихъ причинъ, и сопровождающіяся болями въ спинѣ и внизу живота при оплотнѣннй матки, считаются мною вѣрнымъ признакомъ рѣзкаго вліянія сыпнаго тифа на теченіе беременности. Я наблюдаю 21 женщину съ сыпнымъ тифомъ въ первой половинѣ беременности и въ большинствѣ этихъ случаевъ, именно въ 17 былъ при-

глашенъ именно по поводу появленія кровянистыхъ выдѣленій изъ матки. Беременность была срока 2 мѣсяцевъ въ 3 случаяхъ, срока 3 мѣсяцевъ 7 случаевъ и срока около 4 мѣсяцевъ 11 случаевъ. Сыпной тифъ во всѣхъ случаяхъ былъ рѣзко выраженъ и температура во время моихъ посѣщеній стояла на 40°. Изъ 21 случая въ 14 случаяхъ, т. е. въ 66% послѣдоваль перерывъ болѣзни. Я долженъ при этомъ оговориться, что, быть можетъ, процентъ перерыва беременности въ 1-й и 2-й половинѣ ея не такъ рѣзко различенъ, какъ это видно изъ моихъ данныхъ, но у насъ—акушеровъ должны получаться эти цифры потому, что въ первую половину беременности врачъ-акушеръ приглашается только тогда, когда выступаютъ на видъ рѣзкія уклоненія въ ходѣ болѣзни или появленіи осложненій въ видѣ маточнаго кровотечения, тогда какъ во 2 половину беременности многія женщины съ самаго начала обращаются за помощію врачей-акушеровъ, боясь лечиться безъ вѣдома, чтобы не повредить ходу беременности.

Выкидышъ наступалъ на 5—7 дни сыпнаго тифа и какъ исключеніе только въ одномъ случаѣ на 11 день. Обыкновенно разъ появился день на 3—4 болѣзни. Кровотеченіе не прекращалось, а постепенно усиливалось и оканчивалось изгнаніемъ плоднаго яйца. Въ случаяхъ бурнаго теченія сыпнаго тифа и выкидышъ протекалъ болѣе или менѣе быстро, въ сутки или двое отъ появленія первыхъ кровяныхъ пятенъ, — въ случаяхъ же, гдѣ температура при сыпномъ тифѣ не сразу сильно повышалась, тамъ и теченіе выкидыша было болѣе медленное.

Что касается до причинъ выкидыша, то въ моихъ случаяхъ причиной было кровоизліяніе въ отпадающія оболочки въ 10 случаяхъ и кровоизліяніе въ ткань послѣда въ 11 случаяхъ, при чемъ въ первыхъ случаяхъ абортъ происходилъ на 3 или 4-мъ мѣсяцахъ, а въ послѣднемъ—около 4 мѣсяцевъ беременности. Что касается до характера кровоизліянія въ отпадающія оболочки, то оно было или массовымъ, или разлитымъ точечнымъ. При массовомъ кровоизліяніи въ оболочки происходило значительное утолщеніе въ этомъ мѣстѣ, отдѣленіе отъ матки съ нарушеніемъ питанія зародыша и съ послѣдующимъ изгнаніемъ всего плоднаго яйца цѣлкомъ, не рѣдко

даже безъ разрыва амниа'льнаго мѣшка; зародышъ былъ свѣжъ. Обыкновенно плодное яйцо выдѣлялось само. Въ случаяхъ разлитыхъ, мелкихъ кровоизліяній въ ткань мембраннае deciduae verae, мы встрѣчались съ утолченіемъ всей этой оболочки болѣе или менѣе равномерно; абортъ протекалъ всегда съ сильнымъ кровотеченіемъ, плодное яйцо изгонялось медленно. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ такой мембраннае deciduae мы рядомъ съ точечными геморрагіями встрѣчались съ пропитываніемъ сосѣдней ткани лимфондными тѣлами и съ чрезмѣрнымъ кровенаполненіемъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ. Словомъ, мы встрѣчаемся съ картиной Endometritidis haemorrhagicae decidualis, описаннаго при холерѣ проф. *Славинскимъ* и мною при influenza. Особенно интересно было одинъ препаратъ 2-лѣтняго аборта, въ которомъ вся мембрана decidua была усеяна точечными кровоизліяніями, чрезъ что получался очень красивый видъ плоднаго яйца. Препаратъ этотъ я не могу продемонстрировать вамъ потому, что онъ отъ долгаго лежанія въ спиртѣ потерялъ свой характерный макроскопическій видъ. Въ случаяхъ кровоизліянія въ послѣдъ, мы имѣли его ткань пропитанною свѣжею кровянистою массой.

Итакъ, заканчивая свое сообщеніе, я выставляю на видъ, что и сыпной тифъ также, какъ и другія горячечныя болѣзни матери, не рѣдко ведетъ къ перерыву беременности, при чемъ перерывъ этотъ чаще мною наблюдался въ первой половинѣ беременности. Причиной перерыва въ первой половинѣ беременности служитъ кровоизліяніе въ оболочки или Endometritis decidualis haemorrhagica, а во второй половинѣ перерывъ беременности зависитъ всецѣло отъ вліянія высокой температуры на мышцы матки. Смерть утробнаго плода ни разу не была причиной перерыва беременности, ибо или плодъ родился живымъ, или же, если онъ былъ не жизнеспособенъ или мы имѣли дѣло съ абортomъ, мы встрѣчались съ совершенно свѣжимъ плоднымъ яйцомъ и зародышемъ. Равнымъ образомъ нельзя допустить причину перерыва беременности нарушеніе маточно-плацентарнаго кровообращенія, ибо и въ этихъ случаяхъ мы бы должны встрѣчаться съ внутриутробной смертью плода.—Сыпной тифъ на утробный плодъ вліялъ только своей высокой темпе-

ратурой, вызывая въ немъ извѣстныя измѣненія, характеризующіяся учащеніемъ сердцебіеній и усиленіемъ движеній его. Ни разу не было случая, въ которомъ можно бы было заподозрить переходъ инфекціоннаго начала отъ матери утробному плоду, — слѣдовательно и по отношенію къ сыпному тифу мы должны держаться правила, что микроорганизмы изъ крови матери не переходятъ въ кровь плода, если плацента здорова. Самое теченіе сыпнаго тифа послѣ выкидыша или родовъ продолжается тѣмъ же правильнымъ путемъ, — увеличеніе процента смертности отъ тифа въ послѣродовомъ періодѣ мною не замѣчено. Изъ моихъ наблюденій я знаю, что умерло двѣ женщины въ послѣродовомъ періодѣ отъ сыпнаго тифа, но въ обоихъ этихъ случаяхъ форма сыпнаго тифа съ самаго начала была крайне тяжелой.

III.

КЪ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ ПРИ ХОЛЕРѢ.

(Предварительное сообщеніе).

Д. А. Рузи,

Ординатора Клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф.
К. Ф. Славянскаго.

Воспользовавшись эпидеміей чингуннаго лѣта, мы, по предложенію проф. *К. Ф. Славянскаго*, занялись изслѣдованіемъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ женскихъ половыхъ органахъ при холерѣ. Наблюденія эти представляются тѣмъ болѣе заслуживающими вниманія, что авторы, работавшіе до сихъ поръ въ этомъ направленіи, приходили къ почти противоположнымъ выводамъ.

Въ 1872 году въ Arch. f. Gynaek. Bd. IV помѣщена работа *К. Ф. Славянскаго*, гдѣ онъ на основаніи, какъ макро-, такъ и микроскопическихъ изслѣдованій почти во всѣхъ наблюдаемыхъ имъ случаяхъ, какъ беременныхъ