

К поражению центральной нервной системы при пуэрперальном сепсисе.

Ординатора С. В. Кисина.

Несмотря на успехи асептики, клиника дает нам все новые и новые случаи сепсиса—послеродового и после выкидыша. Процент его за последние годы продолжает расти, причем его росту способствует несколько моментов. Прежде всего, несмотря на успехи медицины вообще, постановка дела родовспоможения в нашей действительности, к сожалению, вряд-ли изменилась за последнее время, в особенности в деревне, к лучшему. С другой стороны пережитое время настолько должно было отразиться на состоянии организма, что вполне допустимо предположение, по которому теперь человечество труднее справляется с септическим заражением, чем, напр., в довоенное время. Наконец, есть еще момент, способствующий увеличению числа сепсисов,—это искусственное прерывание беременности, значительно участвовавшее за последнее время и особенно опасное в руках невежественных знахарок и повитух.

Параллельно с увеличением как абсолютного, так и относительно количества случаев сепсиса все чаще и чаще стали встречаться также осложнения последнего, которых в медицинской литературе описано мало. К таким редким осложнениям сепсиса должны быть отнесены поражения вторичного порядка центральной нервной системы. В доступной мне акушерско-гинекологической литературе я мог найти очень мало подобного рода сообщений. Так, в русской литературе я нашел лишь 1 случай, описанный д-ром Бондыревым в „Журнале Акуш. и Женских Болезней“ за 1901 год. Автор в статье „Несколько слов о родильной горячке по поводу одного случая meningitis purulenta“, описывая свой случай, высказывает предположение, что „здесь имел место быстро и остро протекавший септический процесс, давший оседание в мозгу“. Почему поражение произошло в такой отдаленной от места внедрения инфекции области, как в мозгу, автор сказать затрудняется. Из иностранной литературы я могу привести случай Schneider'a (Monatsschr. f. G. u. G., 1925), наблюдавшего менингит при тазовой флегмоне; случай окончился смертью больной. В недавно появившейся статье Зороховича (Врач. Дело, 1926), содержащей обзор иностранной литературы по вопросу о поражении центральной нервной системы при сепсисе (не только пуэрперальном), относящиеся сюда сообщения насчитываются лишь единицами. Вот почему мы и решаемся выступить с описанием наших 2 случаев.

Случай I. Больная 19 л., доставлена в клинику в 4 часа утра 7/II 1926 г. в бессознательном состоянии, с кровотечением на V месяце беременности. Т° 37,5°.

пульс удовлетворительного наполнения. По рассказу сопровождавшей ее матери больная 2 дня тому назад побывала у какой-то женщины, которая в целях прерывания беременности ей что-то сделала. В течение первых 2 суток после того М. чувствовала себя удовлетворительно, и только вечером накануне поступления у ней наступили сильные схватки, и она скоро впала в бессознательное состояние. Хотя т° дома не измерялась, но, по рассказу матери, сильных ознобов с жаром там не отмечалось.

Status praesens: больная среднего роста, нормального телосложения и питания, находится в бессознательном состоянии, не отвечает на вопросы, при легком дотрагивании не реагирует, при более сильном раздражении двигает руками и ногами. Зрачки широкие, несколько различные по величине на обоих глазах, не реагируют на свет. Небольшая ригидность мышц конечностей и шеи. Дыхание ровное, глубокое. Пульс нормальный. Симптом Кернига отсутствует. Т° 37,5°. При вливании жидкости в рот больная глотает. Осмотреть полость рта не удается из-за спазма сжатых челюстей. Больная беспокойна, часто мечется в постели. Исследование внутренних органов не открывает ничего ненормального. Гинекологическое исследование: умеренное кровотечение, цервикальный канал раскрыт, в зеве торчит головка плода, вод нет; дно матки стоит на середине расстояния между пупком и лоном. Во время исследования плод выпел из матки, и началось сильное кровотечение. В виду безрезультатности попыток выдавливания послода по *Credé* пришлось прибегнуть к инструментальному удалению его, после чего полость матки промыта горячим раствором йода. Удаленный послед был с гнилостным запахом.

Для консультации в день прибытия к больной были приглашены терапевт и невропатолог. Первый при исследовании внутренних органов ничего особенного не нашел, невропатолог более или менее определенного диагноза также не счел возможным поставить. Решено с дальнейшей терапией выжидать.

В течение следующих суток состояние больной оставалось *in statu quo*. Вечером т° 38°. Анализ мочи особых отклонений от Н не дал. Больная мочится под себя. Стул после клизмы. Утром третьего дня т° 40°, уже с утра стали отмечаться новые мозговые явления: скопленность глазных яблок, искажение черт лица, ригидность затылка. Дыхание стало более тяжелым, пульс—более частым. Со стороны половых органов—по прежнему выделения с запахом. Невропатологом поставлен диагноз энцефалита, и, по его совету, пунктирован спинномозговой канал, выпущена часть liquor'a, и влит раствор уротропина. Одновременно сделан посев крови и спинномозговой жидкости на бульон. Полученная при пункции спинномозговая жидкость мутна, уже при непродолжительном стоянии дает значительный серовато-белый осадок, содержит белок, количество которого не определено за малым количеством жидкости. При микроскопическом исследовании капли жидкости оказалось, что весь препарат усеян лейкоцитами. В мазке, окрашенном по *Gram*'у, никаких бактерий не найдено; в окрашенном препарате по *Giemsa* обнаружены в большом количестве лимфоциты и две эндотелиальные клетки.

После пункции состояние больной продолжало ухудшаться, дыхание сделалось затрудненным, пульс начал падать, и через 20 ч. после пункции больная погибла при явлениях слабости сердечной деятельности и общего сепсиса. Посевы крови и спинномозговой жидкости дали стрептококка.

Вскрытие 12/II: *meningitis et encephalitis purulenta, oedema et cyanosis pulmonum, degeneratio parenchymatosa cordis, hepatitis et renum, ecchymoses subpleurales, stenosis v. mitralis, dilatatio vesicae urinae, lien septica, endometitis gangraenosa, sepsis*.

Случай II. Больная 22 лет, поступила в клинику на 3-и сутки после родов, бывших дома, с жалобами на повышенную т°, общую слабость, плохое самочувствие. Роды срочные, первые по счету. Послед через 12 час. после рождения ребенка удален рукой участковым врачом; однако уверенности у него в удалении всего послода нет. Исследование *per vaginam*: цервикальный канал раскрыт, и в нем прощупываются куски плацентарной ткани, матка плохо сокращена, своды свободны. Т° 38,5; пульс—120. В виду этого 22/II 26 г. произведено инструментальное удаление остатков плодного яйца с промыванием полости матки горячим раствором йода. Вечером того же дня, при т° 39,7°, сделан посев крови на бульон. Посев оказался стерильным. Лохияльные выделения дали негемолитического стрептококка. Сделанный во второй раз посев также оказался стерильным. В третий раз, за 2 суток до смерти, посев крови оказался загрязненным. Кроме тонизирующих сердечно-сосудистую систему средств—камфоры, кофеина под кожу, вливаний физи-

ологического раствора и пр., больная получала интравенозные вливания колларгола 1% по 10,0, и у нее методически проводилась местная иммунизация по Безредка. Несмотря на то, что повторные исследования лохимальных введений показывали чуть-ли не исчезновение стрептококковой флоры, клиническая картина свидетельствовала об ухудшающемся течении болезни: 1° все время держалась в пределах 39°—40°, пульс был малого наполнения, 130—140 ударов в 1', исследование внутренних органов отмечало расширение границ сердца и шумы, преимущественно на грудине. Накануне 5/III и с утра 6/III больная жаловалась на сильные головные боли. 6/III, после полудня, у нее наступило резкое падение сердечной деятельности, а затем отмечена была гемиплегия всей правой половины тела; потеряна была не только двигательная способность, но и чувствительная; больная перестала говорить, впала в бессознательное состояние. Развилось затруднение при глотании. Диагноз на консультации с невропатологом—септический тромб in capsula interna; прогноз—плохой. В 12 час. ночи с 7/III на 8/III больная скончалась. К сожалению, несмотря на настойчивое требование клиники, вскрытие трупа произведено не было.

7/III, за 8 ч. до смерти, был пунктирован спинномозговой канал, и сделан посев жидкости на бульон. Посев оказался загрязненным. Извлеченная спинномозговая жидкость оказалась бледно-желтого цвета, мутноватой, содержащей следы белка. Под микроскопом в ней найдено значительное содержание лейкоцитов; в препарате, окрашенном по Граму, бактерий не оказалось, в препарате, окрашенном по Giemsa, найдены лимфоциты в большом количестве, в небольшом—нейтрофилы.

Как видно из приведенных историй болезни, в наших случаях первичная локализация была в матке, а затем появлялся очаг в центральной нервной системе. Выше уже было указано, что в литературе подобного рода поражений описано мало. Подобная редкость их теоретически более или менее понятна: в громадном большинстве случаев инфекция, сделавшись общей, дает метастазы в сердце, легкие, откуда уже могут поражаться и другие органы и среди них довольно редко—центральная нервная система. Трудно себе, затем, представить, чтобы инфекция, исходящая из матки, прошла и сердце, и малый круг кровообращения, совершенно не затронув их, как в нашем первом случае, и дала септический метастаз в какой-нибудь орган. Вернее, здесь имело место другое—не метастаз, а бактериемия: кровь, наводненная микробами, прошла через все органы, в частности, через мозг и вызвала заболевание последнего. Почему микробы из крови осели в мозгу, вызвав здесь гнойное воспаление мозговых оболочек, почему как раз оказался пораженным именно мозг, а не что-нибудь другое,—сказать трудно. Вопрос об избирательном отношении микробов к тому или другому органу при нашем современном состоянии знаний не может считаться решенным, ибо он и сейчас дебатруется в новейшей медицинской литературе. Такой же взгляд проводит и Зорохович (Врач. Дело, 1926, № 1). Говоря о поражении центральной нервной системы при сепсисе, он указывает, что здесь бывают 2 симптомокомплекса: 1) симптомокомплекс, вызванный эмболическим процессом, и 2) изолированное заболевание мозговых оболочек. Для первого необходимым условием является эндокардит, для второго симптомокомплекса, встречающегося очень редко, поражения эндокарда не требуется. Наш I случай подходит, таким образом, под 2-й симптомокомплекс, ибо, как выяснилось на вскрытии, здесь наблюдалось исключительное поражение мозговых оболочек без локализации процесса в других органах. Второй же случай, хотя вскрытие произведено не было, подходит под 1-й симптомокомплекс, так как клиническая картина здесь уже с самого начала указывала на поражение сердца.

Исследование наших случаев возбуждает и другой, очень интересный в научном отношении, вопрос. Принято думать, что спинномозговая жидкость находится в организме за надежным барьером, и что инфекция в нее даже при общем сепсисе не проникает, она остается стерильной, если, конечно, нет местного поражения нервной системы. Посев на бульон liquor'a у первой нашей больной дал того же стрептококка, который оказался у нее и в крови; но здесь было гнойное воспаление мозговых оболочек, и в liquor'e возбудитель должен был быть. Посев второго случая оказался загрязненным. Но каково положение вещей в случаях общего сепсиса без локализации в нервной системе? Найдем-ли мы и тогда возбудителя в спинномозговой жидкости? На основании теоретических предположений некоторые авторы полагают, что последняя в таких случаях должна быть стерильна. Бубличенко в своем руководстве о послеродовых заболеваниях в качестве одного из симптомов при дифференциальной диагностике указывает, что при менингите мы возбудителя найдем, при сепсисе—нет. Нам думается, однако, что такое утверждение, построенное на основании одних лишь теоретических соображений, вряд-ли особенно доказательно. Если в начале септического заболевания и можно допустить стерильность liquor'a, то в случаях тяжелого сепсиса или в состоянии близком к агоническому, когда все преграды на пути инфекции уже преодолены, и все ткани и жидкости организма наводнены микробами, их, надо думать, можно найти и в спинномозговой жидкости. Соответствующие единичные наблюдения указаны в цитированной выше статье З о р о х о в и ч а. Приводимые им некоторые авторы выращивали из liquor'a стрептококка, именно, *streptococcus viridans*, специфичность которого, как возбудителя сепсиса, однако, многими оспаривается, так как он получался и из воздуха, и из крови людей, не болевших сепсисом. Единственно доказательным случаем представляется описанный Loewenhardt'ом случай менингита при *endocarditis lenta*, когда негемолитический стрептококк получился и из liquor'a. Он же был найден и в крови. Однако в случае этом не указано, когда и при каком состоянии больного была сделана пункция.

Для проверки нашего взгляда мы провели 2 следующих опыта. У двух поступивших из деревни септических родильниц, у которых и кровь, и мазки лохимальных выделений обнаружили наличность гемолитического стрептококка, и состояние которых с момента поступления было очень тяжелым, но у которых местного поражения центральной нервной системы не было, была сделана спинномозговая пункция. В обоих случаях liquor оказался совершенно прозрачным, а в одном случае даже после долгого центрифугирования осадка не получилось. У первой больной сделанный за 2 суток до смерти посев liquor'a оказался стерильным, у второй посев, сделанный за 20 часов, дал того же возбудителя, который был найден у нее и в крови. Обе больные очень быстро погибли,—одна на 7-й день после родов, другая—на 4-й.

Эти два случая подтверждают высказанную нами выше мысль. Правда, делать какие-либо решительные выводы всего из двух случаев не представляется возможным, но нам думается, что и на основании имеющегося в нашем распоряжении материала можно предполагать что liquor cerebri spinalis не находится в организме за таким надежным барьером, который предохраняет его всегда от проникновения микробов,

и что в случаях тяжелого сепсиса возбудитель последнего в спинномозговой жидкости может быть найден.

D-r S. Kissin. Zur Erkrankung des centralen Nervensystems bei Sepsis puerperalis.

Die Erkrankung des centralen Nervensystems als Complication bei Sepsis puerperalis ist eine seltene Erscheinung. Der Verfasser beschreibt seine 2 Fälle, von denen einer einen septischen Embolus im Mark, der andere eine isolierte Meningitis purulenta darstellte. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt der Autor zum Schlusse, dass in Fällen von schwerer Sepsis oder im agonischen Zustande der Kranken der Erreger im Liquor cerebro-spinalis anzutreffen ist.
