

чева на сон невротиков, наблюдавшееся нами при обоих способах введения. При электрофорезе положительный результат в этом отношении оказывается ярче и быстрее. Так, нами наблюдались случаи, когда сон улучшался после 1—2 сеансов. Отнести получение такого быстрого эффекта за счет гальванического тока едва ли возможно, тем более, что контрольные наблюдения, с одной гальванизацией позвоночника через день, подобного результата не давали.

Несомненно положительное действие на состояние нервно-психического тонуса больных: в большинстве случаев наблюдается исчезновение или уменьшение головных болей, улучшение аппетита, увеличение работоспособности и активности. Необходимо отметить весьма положительное действие кислотного гидролиза фибрина при вегетативных неврозах типа гемикрании и акроцианоза.

На основании нашего материала можно прийти к выводу, что данный препарат является активным терапевтическим средством при невротическом состоянии типа неврастения и близкого к нему, а также при вегетативных неврозах в виде гемикрании и акроцианоза и некоторых других расстройств.

Если к этому прибавить отмеченный нами положительный эффект препарата на трофику при некоторых органических заболеваниях нервной системы, то необходимо сделать вывод о желательности дальнейшего, более глубокого изучения для выяснения его места в терапии нервных болезней.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского медицинского института (директор проф. П. В. Маненков) и из акушерско-гинекологической лаборатории Татарского научно-исследовательского института клинической и теоретической медицины (зав. заслуженный деятель науки проф. В. С. Груздев).

Опыт лечения расстройств овариально-менструального цикла мочей беременной женщины.

И. В. Данилов.

Вопрос о расстройствах овариально-менструального цикла давно привлекает к себе внимание исследователей. Клинически эти расстройства проявляются обычно или в виде маточных кровотечений, или, наоборот, в виде отсутствия месячных—аменорреи. Этиология и патогенез этих расстройств до сего времени остаются во многом неясными.

Согласно схеме Halban'a, по этиологическому принципу маточные кровотечения могут быть разделены на пять групп:

1) маточные кровотечения, зависящие от местных изменений матки и, главным образом, эндометрия ее; изменения эти находятся в связи с пороками развития, воспалительными процессами женских половых органов, новообразованиями, аномалиями положения, травматическими повреждениями и т. д.;

2) маточные кровотечения, возникающие на почве общих заболеваний женского организма;

3) маточные кровотечения, зависящие от влияния нервной системы;

4) маточные кровотечения, зависящие от застоя крови вследствие пороков сердца и опухолей в окружности матки;

5) наконец, пятую группу маточных кровотечений составляют случаи типа менорагий, зависящие от овариогенных причин. Последняя группа маточных кровотечений в свою очередь подразделяется на следующие три категории: а) кровотечения, зависящие от расстройств гормональной деятельности яичников; б) от дисфункции других органов внутренней секреции, что может вызвать вторичные расстройства гормональной деятельности яичников; в) функциональные расстройства яичников вследствие воспалительных раздражений и опухолей.

Созревающий фолликул выделяет гормон фолликулин, действующий на матку гиперемизирующим образом. В случаях нелопания фолликулов в яичнике скопляются в большом числе персистирующие фолликулы, выделяющие также в большом количестве гормон, вызывающий гиперемию и пролиферацию тканей матки, следствием чего бывают маточные кровотечения типа менорагии. Подобного рода заболеванию матки присвоено название *metropathia haemorrhagica*. Встречается оно сравнительно часто.

Маточные кровотечения при *metropathia haemorrhagica* часто не поддаются никаким средствам, и дело кончается иногда оперативным вмешательством в форме резекции яичников или полного их удаления. Имея в виду отсутствие вполне действительного и в то же время безопасного для здоровья женщины средства лечения кровотечений при *metropathia haemorrhagica*, мы решили испробовать для этой цели мочу беременной женщины.

Как известно, Aschheim'ом и Zondek'ом в моче беременной женщины открыты гормон яичника—фолликулин и гормон передней доли гипофиза—пролан. В моче беременной различают пролан А и В. Первый из них вызывает созревание фолликулов, второй—лютеинизацию их.

При *metropathia haemorrhagica* маточное кровотечение обуславливается тем, что фолликулы не совершают полного цикла развития и, вследствие отсутствия лопания их, в яичнике не имеет места образование желтых тел. Скопление в яичниках в большом количестве нелопнувших фолликулов вызывает стационарную гиперемию слизистой матки. При таком состоянии последней, разумеется, открывается кровотечение. Чтобы остановить это кровотечение, необходимо добиться образования желтого тела в яичнике. В моче беременной как раз имеется гормон—пролан А, стимулирующий созревание фолликулов и пролан В, способствующий лютеинизации их.

Во всех случаях маточных кровотечений, где нельзя было установить наличия грубых патологических изменений и где применение медикаментозных средств и даже выскабливание слизистой матки, не давали желаемых результатов, мы применяли мочу беременной в виде клизмы. Фолликулин, имеющийся в моче беременной, по нашему мнению, мог бы при введении в организм женщины, страдающей *metropathia haemorrhagica*, усилить имеющееся наличие кровотечения, а потому мы извлекали его из мочи, пользуясь его свойством растворяться в эфире. С целью удаления из мочи беременной фолликулина и оставления пролана, мы смешивали мочу женщины в ранних сроках беременности с эфиром в пропорции: одна часть мочи на три части эфира. Такая смесь взбалтывается непрерывно в течение 5—10 минут. Эфир, скапливающийся на поверхности при стоянии, осторожно сливается, и моча оставляется на открытом воздухе до исчезновения запаха эфира. Моча, приготовленная указанным

способом, с большим количеством пролана А и В, но лишенная гормона — фолликулина, вводится per rectum в количестве 50 куб. см 2 раза в день. Для остановки кровотечения при metropathia haemorrhagica обычно достаточно бывает от 5 до 10 клизм, но в каждом случае мы вводим не менее 10 клизм.

Мы имеем очень небольшой материал—15 случаев metropathia haemorrhagica. Характерным для всех наших случаев является то, что женщины, страдавшие маточным кровотечением, долгое время принимали кровоостанавливающие лекарства, но безрезультатно. Кроме того из 15 женщин 8 подвергались неоднократно операции выскабливания слизистой матки, а в одном случае были применены с целью остановки кровотечения внутриматочные впрыскивания йода по способу Грамматикати, но во всех случаях без желаемого результата. Гормональные клизмы с мочей беременной в 14 случаях дали: положительный эффект—в 10 случаях после 5-кратного введения по 50 куб. см, в 4—после 3-кратного введения мочи беременной. Кровотечения у этих больных имели затяжную форму: у 4—до 15 дней, у 9—от 20 до 25 дней, у 2—почти до месяца с кратковременной аменорреей.

По длительности заболевания случаи наши распределяются так: в 3 случаях—до 6 месяцев, в 5—до 1 года, в 2—до 8 месяцев, в 3—до 2 лет и 2—свыше 2 лет.

У выздоровевших больных установились менструации с нормальным циклом по 3—4 дня в умеренном количестве. В одном случае маточного кровотечения без каких-либо изменений со стороны женских половых органов ни медикаментозное лечение, ни 4-кратное выскабливание полости матки, ни даже 16-кратное йодное впрыскивание по способу Грамматикати не давали улучшения, и только 10-кратное введение мочи беременной по 50 куб. см остановило кровотечение. В одном случае, где имел место острый воспалительный процесс, в виде перипараметрита и двустороннего сальпинго-оофорита, гормональные клизмы не дали желаемого результата.

Вторую группу больных, подвергавшихся лечению гормональными клизмами, составляли женщины, страдавшие аменорреей и олигоменорреей. Эти формы нарушения менструальной функции являются следствием недостаточной функции яичников. Для восстановления нормальной функции их требуется вещество, усиливающее рост и тургор гениталии. Таким гормоном считается фолликулин. Tachezy для лечения вторичной аменорреи и олигоменорреи употреблял мочу беременной женщины в виде клизм по 100 куб. см в день в 2 приема в течение 26 дней. Свое лечение автор обосновывает следующими научными данными: согласно исследованию Aschheim'a и Zondek'a 1 литр мочи женщины в последние месяцы беременности содержит приблизительно до 20.000 М. Е. фолликулина, так что в 100 куб. см мочи, вводимой ежедневно, содержится до 2.000 М. Е. этого гормона. За 26 дней вводится, следовательно, 52.000 М. Е. Эта доза, по наблюдению Tachezy, является достаточной для стимулирования развития фолликулов. Автор применял лечение этим способом в 8 сл. олигоменорреи с положительным результатом, в 7, и в 4 случаях вторичной аменорреи с положительным результатом во всех случаях. Такие же почти результаты от лечения фолликулином аменорреи получили Benthin, Kaufmann, Гуревич и др.

Эти данные послужили нам достаточным основанием для терапевтического применения мочи беременной при аменорреях и олигоменорреях. С этой целью мы брали мочу беременной женщины во 2-й половине беременности и подвергали ее кипячению в продолжение 5 минут. По остывании эта моча вводилась в теплом виде *per rectum* по 50 куб. см два раза в день, утром и вечером. Как известно, гормон передней доли гипофиза—пролан, имеющийся в моче беременной, разрушается уже при температуре 60°, тогда как фолликулин переносит нагревание выше 200°. Таким образом после кипячения в моче остается лишь фолликулин, обуславливающий прилив крови к половым органам, в частности к матке.

Мы наблюдали лишь 5 женщин, страдавших в различные сроки аменорреей и олигоменорреей, леченных мочей беременных женщин. В одном случае, с 3-летней вторичной аменорреей, кровь показалась из половых органов после 38 клизм, в 1 сл., с 2-летней, тоже вторичной аменорреей менструация пришла после 50 клизм, и в 2 случаях олигоменорреи после 40 клизм менструация стала более обильной, чем она была до заболевания. Во всех случаях в дальнейшем менструация приходила в срок и в нормальном количестве. Интересно отметить, что явления выпадения ослабевали после 20—25 клизм, и к концу лечения все больные отмечали усиление сексуального чувства. Две женщины, страдавшие до лечения состоянием гипестезии, к концу лечения отмечали появление полового влечения.

В нашем случае первичной аменорреи лечение мочей беременной не дало никаких результатов; то же самое отмечают Tachezy, Гуревич.

Итак, мы имеем в моче беременных, вводимой *per rectum*, простое и довольно мощное средство для лечения расстройств овариально-менструального цикла. Введение мочи беременной после 5-минутного кипячения совершенно безвредно, если моча взята у совершенно здоровой женщины, не имеющей венерических заболеваний. В случае неполучения эффекта в смысле устранения аменорреи после 52 клизм по 50 куб. см мочи беременной—рекомендуется повторить курс лечения через 1 месяц.

Введение мочи беременной, обработанной эфиром, должно продолжаться до 10 клизм и после получения гемостатического успеха.

Из акушерско-гинекологической клиники Харьк. мед. института
(директор проф. А. Э. Мандельштам).

О ректальном применении мочи беременных при некоторых расстройствах регул.

Доц. Ф. А. Варшавский.

С тех пор, как удалось выделить самостоятельные женские половые гормоны, мы находим в литературе, особенно в последние годы, многочисленные указания о более или менее успешном применении фолликулина, пролана и лютина—самостоятельно или же в комбинированном виде.

Но лишь в 1930 г. гормонотерапия может считаться научно-обоснованной, т. к. до экспериментальных работ Цондека относительно гипо- и гипергормонального состояния женщины, каждая аменоррея рассматрива-