

Интерес данного случая перепончатой дисменорреи, заключается в том, что как тип больной, имеющий большое сходство с описанием Ашнера, так и успех примененной терапии вполне подтвердили высказанную выше точку зрения на основную причину дисменорреи вообще и перепончатой дисменорреи—в частности. Причину эту мы склонны видеть в дисфункции яичников, ведущей к слабости маточной мускулатуры, ее гипотонусу, к известной степени инфантилизма, к недостаточности выработки протеолитических ферментов, необходимых для расплавления слизывающейся слизистой и, наконец, к определенным изменениям в нервной психической деятельности организма.

Цель настоящей заметки я буду считать достигнутой, если предложенный мною метод лечения дисменорреи будет более широко проверен на подходящих случаях и результаты его применения будут опубликованы.

---

Из гинекологической клиники Киевского Института для усовершенствования врачей. (Директор—проф. В. Л. Лозинский).

## К вопросу о подкожном применении пилокарпина при послеоперационной задержке мочеиспускания.

Ассистента О. Белиц.

Послеоперационная, равно как и послеродовая ишурия представляет собою очень неприятное осложнение, так как все обычно применяемые при этом средства—тепло на мочевой пузырь, инстиляции 10% борного глицерина в пузырь (метод Corbineaux), liq. kalii acetici per os, инъекции 1,0—2,0 25% magnesiaе sulfur. под кожу (метод Войташевского), внутривенные инъекции 5,0—10,0 40% уротропина (по Vogt'y)—нередко дают отказ или же вызывают мочеиспускание через много часов и, таким образом, принуждают прибегать к катетеру. Что же касается катетеризации, то этот способ признается всеми чреватым осложнениями и должен быть применяем, по словам Дитерихса, лишь как ultimum refugium.

Вполне понятным является в последние годы стремление некоторых авторов найти новый путь в неблагоприятной борьбе с послеоперационной ишурией. В настоящее время имеется уже целый ряд сообщений о хороших результатах, полученных при ишурии от пилокарпина. Прежде чем перейти к дальнейшему изложению, в целях всестороннего освещения вопроса, следует несколько остановиться на физиологии акта мочеиспускания и на причинах, вызывающих послеоперационную задержку мочеиспускания.

Двигательные нервы мочевого пузыря подходят к нему тремя путями (P. Müller): 1) верхний путь—симпатические нервы—п.п. hypogastrici, являющиеся моторными нервами для сфинктера пузыря; 2) нижний путь—парасимпатические нервы—п.п. pelvici, которые являются моторными нервами для детрузора пузыря, и, наконец, 3) соматические п.п. pudendi, иннервирующие поперечно-полосатый m. sphincter externus,

который является как бы вспомогательным механизмом при акте мочеиспускания.

По закону перекрестной иннервации Б а ш а, в п.п. *pelvisi* заложены и двигательные волокна для детрузора и тормозящие — для его антагониста — сфинктера. Раздражение этих нервов, вызывая сокращение детрузора и расслабление сфинктера, приводит к мочеиспусканию. В симпатических же п.п. *hypogastrici*, наоборот, содержатся двигательные волокна для *sphincter'a* и тормозящие для *detrusor'a*; раздражение их вызывает закрытие пузыря и задержку мочеиспускания. В нормальном состоянии поддерживается определенный тонус обоих отделов вегетативной нервной системы (Müller). При послеоперационной ишурии имеется расстройство в гармоническом равновесии вегетативной нервной системы, причем причины, нарушающие это равновесие, по Гольдману, чрезвычайно разнообразны.

Механическая травма пузыря и его нервных сплетений (Штекель, Кватер), болевой рефлекс при операциях на соседних с мочевым пузырем областях (Дитерихс), наркоз и анестезирующие вещества и, наконец, сама операционная травма (Лямперт, Гольдман) и связанные с нею расстройства внутренней секреции — все перечисленные причины могут нарушить равновесие вегетативной нервной системы в сторону повышенной симпатикотонии и привести в результате к перераздражению п. *hypogastrici*, что влечет спазм сфинктера и расслабление детрузора, т. е. задержку мочеиспускания.

Из всего вышеизложенного является вполне понятным желание использовать ваготропное действие пилокарпина, как средства, возбуждающего парасимпатическую систему и, таким образом, выравнивающего то равновесие, которое было нарушено в результате операции.

Лямперт (из хирург. отделения Института неотложной помощи в Ленинграде), предложивший этот метод в 1926 году, Гольдман, Фейертаг, Генрихсен — ставят непременно условием для действия пилокарпина при ишурии внутривенное его применение, так как, по их мнению, подкожное введение его может не дать положительного результата. Это зависит от того, что при подкожных инъекциях пилокарпин всасывается исподволь (Лямперт), с разной интенсивностью у разных лиц, между тем в малых дозах пилокарпин обладает амфотропными свойствами.

В большинстве случаев при применении пилокарпина получается характерная для него реакция: покраснение кожных покровов, усиление секреции потовых и слюнных желез, отделение мокроты, изредка кашель, тошнота. По наблюдениям Фрейдлина, эта реакция протекает более выражено у лиц, где при обследовании удалось выявить положительные симптомы ваготонии. Результаты интравенозного применения пилокарпина при ишурии, по сообщениям Лямперта, Гольдмана, Фрейдлина и друг., были очень утешительны: малый процент „отказов“ и никаких неприятных осложнений. Но в последнее время имеется сообщение К. Майера о трех случаях интравенозного применения пилокарпина при ишурии, сопровождавшихся очень неприятными для больных и в одном случае опасными для жизни осложнениями: непереносимые боли в животе вследствие сокращения всей гладкой мускулатуры, обильное пото- и слюноотделение, рвота, потрясающий озноб с последующим по-

вышением температуры; в одном из этих случаев—явления резко выраженной сердечной слабости. По мнению К. Майера, чрезвычайная чувствительность к пилокарпину у этих пациенток объясняется их психо-и вазолабильностью и вероятным повышенным тонусом вагуса. Подобное же опасное осложнение (падение пульса и остановку дыхания) наблюдал в одном случае Фрейдлин, причем у больного был выявлен туберкулез легких и резко выраженная ваготоническая конституция.

По мере накопления наблюдений вырабатывались и противопоказания для применения пилокарпина. К ним относятся: 1) перитонит; 2) операции на кишках и мочевом пузыре, когда надо дать покой оперированному органу (Лямперт); 3) общее истощение и старческий возраст (Кравков), когда пилокарпин может вызвать острый отек легких, 4) органические заболевания сердца; 5) далеко зашедшие формы ТВС легких (Фрейдлин), 6) грудная жаба, 7) беременность, 8) резко выраженная ваготония.

В виду вышеизложенных осложнений вполне понятны попытки использовать пилокарпин при ишурии в виде подкожных инъекций, так как при них значительно ослаблена общая реакция. Сообщений о подкожном применении пилокарпина при ишурии существует гораздо меньше, чем о внутривенном методе. Так, Кэн и Ури опубликовали в 1923 году сообщение о подкожном применении пилокарпина при задержке мочеиспускания преимущественно на почве *tabes dorsalis* и *paraplegia* с вполне удовлетворительными результатами. Мирер (из хирургич. клиники Белорусского унив.) сообщил о 12 случаях подкожного применения пилокарпина при ишурии, причем неудача получилась в двух случаях. В случаях „отказа“ он рекомендует повторить инъекцию через час. Реакция при подкожном применении была совсем незначительна. Фрейдлин, также перешедший на подкожный способ применения пилокарпина, сообщил о 6 случаях; отказа не наблюдал, мочеиспускание наступало через 5—10 минут. По мнению Фрейдлина, подкожное применение пилокарпина выгодно выделяет этот способ перед внутривенным, так как он почти не вызывает реакции и суживает круг противопоказаний.

Переходя к нашему материалу, следует отметить, что мы стали применять пилокарпин при послеоперационной ишурии только с конца 1929 года и исключительно в виде *подкожных* инъекций 1% раствора, при задержках мочеиспускания не менее 20 часов, после того как обычно применяемые у нас тепловые процедуры, препараты валерианы и *liq. Kalii acetici* не вели к успеху. Всего был применен пилокарпин у 21 больной, сделано 25 подкожных инъекций пилокарпина. „Отказ“ (мочеиспускание не наступило в течение часа) получился у 4 больных, т. е. 16%. У 5 больных до пилокарпина применялся катетер, у 2 больных катетеризация чередовалась с инъекциями пилокарпина, у 1 больной инъекции пилокарпина чередовались с инъекциями 1,0—2,0 *sol. magnesia sulfur. 25%*, кстати сказать, давшими в этом случае „отказ“.

Задержка мочеиспускания наблюдалась в наших случаях после следующих операций: 1) *perineorrhaphia*—1; 2) *abrasio et colpoperineorrhaphia*—1; 3) *vaginofixura profunda et colpoperineorrhaphia*—1; 4) *colporrhaphia ant., colpoperineorrhaphia et ventrosuspensio uteri m. Gilliom'a*—2; 5) *vaginofixura prof. et ventrofixatio uteri m. Delbet-Czerni*—1;

6) cystovarietomia et salpingoectomia—10; 7) amputatio uteri et extirpationis uteri per. laparot.—4; 8) Op. Wertheim'a (cancer colli)—1.

Из этого перечня видим, что ишурия наблюдалась преимущественно при полостных операциях на матке и ее придатках.

По конституции больные распределялись следующим образом:

Табл. 1.	Пикнички	Астенички	Не указано	В том числе резко выраж. невропатички
	3	13	5	5

У наших больных ишурия наблюдалась после следующего наркоза:

Табл. 2.	Общий	Лумбалн.	Местный инфилтр.	Инъекция морфия	
				до операц.	после операц.
12	6	3	7	8	

Как видим, довольно значительный процент ишурии наблюдался после спинномозговой анестезии, что отмечает также Лямперт и Мейер, объясняющий ее парезом n. pelvisi.

Число инъекций и доза:

Табл. 3.	1 инъекц.	2 инъекц.	1,0	0,9	0,8
	17 б.	4 б.	20 инъекц.	3 ин.	2 ин.

У 12 больных после одной инъекции пилокарпина установилась правильная функция мочевого пузыря, на что особенно указывает Лямперт, говоря, что пилокарпин имеет еще и дальнейшее терапевтическое значение в смысле установления нормального тонуса иннервации мочевого пузыря. Как видим из третьей таблицы, пять раз при подкожных инъекциях пилокарпина были применены дозы меньше обычной дозы в 1 грамм, причем только в одном случае в течение часа не наступило мочеиспускание и пришлось прибегнуть к катетеру. В этих 5 случаях дозы были уменьшены (0,9 и 0,8) ввиду резко выраженной психо- и вазолябильности больных.

Мочеиспускание наступало через:

Табл. 4.	5—15 минут	15—30 минут	30 мин.—1 час	Отказ (через час не наступ.).
	11 раз	6 раз	4 раза	4 раза

У большинства больных реакция после подкожного применения появлялась через 5—10 минут и была очень незначительна (небольшое пото- и слюноотделение, незначительное покраснение лица). У 3 больных реакция была несколько более выражена. Приводим историю болезни одной из них.

История болезни № 446 (1930 г.). Больная С., резко выраженная астеничка с повышенной психической и вазомоторной возбудимостью. Опер. cystovarietomia. Послеоперационная ишурия. На следующее утро после операции подкожная инъекция 2,0 sol. magnes. sulfur., которая успеха не имела. Сделана подкожная инъекция пилокарпина 0,9, после чего мочеиспускание наступило через 15 минут. Вскоре после этой инъекции обильное пото- и слюноотделение, рвота несколько раз в течение дня, боли в кишечнике и мочевом пузыре. Пульс вполне хороший. Спустя 12 часов инъекция sol. magnes. sulfur. снова безо всякого результата. На следующее утро вторая подкожная инъекция 0,8 пилокарпина (1% раствора). Мочеиспускание через 17 минут, обильный пот, болезненные сокращения мочевого пузыря и кишечника, но общее состояние лучше, чем в первый раз. После второй инъекции установилось правильное мочеиспускание.

Итак, на все 25 случаев подкожной инъекции пилокарпина не было ни одного серьезного осложнения подобно осложнениям при внутривенном способе, полученным К. Майером и Фрейдлиным. Последние авторы, как мы видели выше, объясняют такие осложнения резко выраженным тонусом вагуса на основании чего Фрейдлин рекомендует у больных до операции исследовать состояние вегетативной нервной системы, собрав в этом отношении краткий анамнез и исследовав обычные симптомы (Ашнера, Чермака, Эрбена, Ортнера).

В заключение, на основании своего материала, хотя и небольшого, мы можем сделать следующие выводы:

1) Пилокарпин, применяемый подкожно, дает положительный результат при послеоперационной ишурии (вопреки мнению Лямперта, Гольдмана и др.).

2) При подкожном применении пилокарпина не наблюдается серьезных осложнений, как это случалось при внутривенном способе.

3) Круг противопоказаний при подкожном применении пилокарпина может быть сужен.

4) Число „отказов“ при подкожном применении пилокарпина невелико и, возможно, зависит от слишком малой дозы пилокарпина. При неудаче следует через час повторить инъекцию.

5) Для правильной дозировки пилокарпина, во избежание „отказов“ или неприятной побочной реакции, следует перед операцией выяснить (самым элементарным исследованием) состояние вегетативной нервной системы.

---

Из лаборатории высшей нервной деятельности Института ОЗДиП.  
Заведывающий проф. Н. И. Красногорский (Ленинград).

## О безусловной и условной секреторной деятельности во время гипноза у детей.

И. М. Невского и С. Л. Левина

В настоящее время сущность так называемого гипноза достаточно вскрыта блестящими работами акад. Павлова и его сотрудников, и в частности школой проф. Красногорского, изучавшего эти явления на детях. Гипноз есть по своей сущности корковое тормозное состояние, за-

\*) Доложено в Психиатрическом об-ве в декабре 1930 г.