

сильное раздражение дыхательного центра и глубокие и частые дыхания. Благодаря заметному усилению дыхательной деятельности вдохнутый наркотик быстрее выделяется из тела, легкие вентилируются вплоть до мельчайших бронхов, и выделяется секрет, наполняющий дыхательные пути. Автор брал 10-литровый резиновый мешок и надувал его из бомбы углекислотой; у мешка был кран с запором, на который надевался эластический катетер; последний вводился в полость носа, и кран открывался. Тотчас после этого дыхание, как убедились автор, становится глубже, лицо краснее, наркотизированные просыпаются, и у них быстро выделяется скопившийся во рту секрет. Показания для применения вдыхания CO₂ широки: кроме применения ее в конце наркоза, для быстрого пробуждения оперированных, очень важно применение ее у больных, задерживающих дыхание при пробуждении. Ингаляции CO₂ являются также профилактическим и лечебным средством при послеоперационных бронхитах и пневмониях. У стариков от них получался успех при общей слабости в первые дни после операции. Doppler рекомендует такие ингаляции при послеоперационной икоте. В акушерстве рекомендуется применение вдыханий углекислоты при asphyxia neonatorum. *П. Цимхес.*

386. *Послеоперационный лейкоцитоз.* Witter (Surg., gyn. u. obst., 1925, № 1) на основании изучения 30 случаев приходит к заключению, что 1) послеоперационный лейкоцитоз достигает своего maximum'a на 4-м часу после операции и возвращается к норме на 5-й день, 2) высота его прямо пропорциональна продолжительности операции и степени операционной травмы, остальные же факторы не имеют значения, 3) выражается он главным образом полиуклозом, 4) кривая его в общем соответствует температурной кривой, но не с полной точностью. *М. Чалусов.*

387. *Пилокарпин при послеоперационной задержке мочеиспускания,* как показывают клинические наблюдения Lamperta (Zentr. f. Chir., 1926, № 8), оказывает превосходные услуги: уже однократная инъекция в вену 1,0 1%-ного раствора пилокарпина (максимальная разовая доза 0,02, pro die 0,05 чистого пилокарпина) даже после 24-часовой задержки дает через 5—15 минут самостоятельное мочеиспускание. *М. Фриланд.*

388. *О послеоперационных рефлекторных расстройствах сердечной деятельности механического происхождения.* По мнению Sauegbrusch'a (Zentr. f. Chir., 1925, № 16) при операциях в грудной полости оперирующему необходимо быть точно осведомленным о рефлекторных путях, идущих из грудной полости, и о рефлекторных расстройствах, иногда сопровождающих интраторакальные вмешательства. В литературе этот вопрос совершенно не освещен, почему приведенные автором три случая своеобразного изменения сердечного ритма после операций в грудной полости представляют большой интерес. В первом из них была сделана операция удаления осколка из правого легкого, причем потребовались освобождение правого предсердия и перевязка верхней ветви легочной артерии. Так как инородное тело было покрыто гноем, то в рану был введен тампон. Уже на операционном столе, при хорошем общем состоянии больного и при глубоком правильном дыхании, пульс участился до 160—180 ударов в минуту и стал аритмичным; сердечные средства не оказали никакого действия, и только на 5-й день после операции, когда был вынут тампон, сердечная деятельность наладилась. При последующих перевязках каждое введение тампона в глубину вызывало такое же расстройство сердечной деятельности, а вынимание его регулярно ее восстанавливало. Этот случай с точностью эксперимента показывает, что механическое раздражение тампоном нервных проводников, заложенных в правое предсердие, может рефлекторно вызвать аритмию и тахикардию. Второй случай касался больной, благополучно перенесшей операцию экстраплевральной торакопластики с удалением ребер от II до IX. Квечеру в день операции пульс поднялся до 130 ударов, и появилась аритмия. При дальнейшем исследовании оказалось, что число пульсовых ударов на правой лучевой артерии равнялось 128, а на левой—78, и что справа пульс был сильнее, чем слева. Такое парадоксальное состояние известно в литературе под названием «порхания предсердий». Автор объясняет его возникновение в данном случае механическим давлением запавшего после операции легкого и грудной клетки на правую половину средостения и на правое предсердие. В третьем случае дело шло о больной, которая страдала застарелым плевритом после искусственного пневмоторакса, у которой Sauegbrusch сделал интраплевральную пластику с удалением большого числа ребер. Местный успех операции был пре-