

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 наполнял 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 убедился автор, становится глубже, лицо краснее, наркотизированные просыпаются, и у них быстро выделяется скопившийся во рту секрет. Показания для применения вдыхания CO_2 широки: кроме применения ее в конце наркоза, для быстрого пробуждения оперированных, очень важно применение ее у больных, задерживающих дыхание при пробуждении. Ингаляции CO_2 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*. *Н. Цимхес.*

386. *Послеоперационный лейкоцитоз.* Witter (Surg., gyn. a. 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 полинуклеозом, 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 Lampert'a (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. Фридланд.*

388. *О послеоперационных рефлекторных расстройствах сердечной деятельности механического происхождения.* По мнению Sauerbruch'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 истинного пневмоторакса, у которой Sauerbruch сделал интраплевральную пластику с удалением большого числа ребер. Местный успех операции был пре-

красный, причем обратило на себя внимание чрезвычайно быстрое образование послеоперационного сколиоза. На 16-й день появилась тахикардия, и число сердечных сокращений участилось, доходя до 160—180 в минуту. Эта тахикардия не могла быть объяснена ни температурой, ни раной, при общем сравнительно хорошем состоянии больной. Держалась она 2 недели и не сопровождалась аритмией. Вскоре после появления тахикардии было обнаружено изменение положения грудных внутренних в смысле сдвига вправо. Одновременно у больной появились явления пилороспазма и сильные кишечные колики. Описанный симптомокомплекс Sauerbruch объясняет тем, что быстро наступившее после операции искривление позвоночника повлекло за собой растяжение правых п. vagi и п. acceleratorantis (полного антагонизма. по современным воззрениям, между этими нервами не существует). За участие блуждающего нерва говорило одновременное с тахикардией изменение желудочно-кишечной перистальтики. Несмотря на тяжелое страдание во всех 3 случаях правого сердца и сердечных нервов, они окончились полным выздоровлением.

Л. Ратнер.

е) Офтальмология.

389. К патогенезу и лечению близорукости и ее последствий. L. Müller (Wien. kl. Woch., 1926, № 12) сообщает о своем новом методе оперативного лечения близорукости, который является результатом его изысканий относительно причин миопии. На основании своих обследований миопов-учащихся М. полагает, что дивергенция зрительных осей—не следствие миопии, а, напротив, причина ее, и что миопы рекрутируются именно из детей с расходящимися зрительными осями. При этом дивергенция последних вызывается косыми мышцами глаза, именно, их повышенным тонусом, а отнюдь не преобладанием действия наружной прямой мышцы над ослабленной внутренней прямой, как это принято думать. Отсюда М. приходит к заключению об уместности при миопии операции «obliquotomyae». Описание техники ее он обещает сообщить впоследствии, пока же утверждает, на основании личного опыта, что obliquotomya устраняет недостаточность конвергенции и астенопические явления, уменьшает экзофталмус, а главное—понижает степень миопии, улучшает зрение, а иногда ведет даже к обратному развитию хориоидальных и ретиальных изменений глазного дна, в чем автор убедился офтальмоскопически.

Проф. В. Адамюк.

390. Глазная форма опухоли гипофиза. Hirsch (Presse méd., 1926, № 37) основываясь на 100 прооперированных случаях опухолей гипофиза, выделяет, кроме обычно упоминаемых форм,—акромегалической и гипофизарного ожирения,—глазную форму (la forme oculaire). Этот синдром характеризуется расстройствами со стороны зрения без значительных изменений общего состояния. У больных находят понижение остроты зрения и сужение поля зрения. Последний симптом часто появляется в виде битемпоральной гемиянопии и должен рассматриваться почти как патогномонический признак опухоли гипофиза. В легких случаях компрессии битемпоральная гемиянопия наблюдается лишь для цветов, при нормальной остроте зрения и нормальных границах поля белого цвета. По данным автора битемпоральная гемиянопия встретилась в 84 сл. из 100; в остальных случаях имела место то центральная скотома, то гомонимная гемиянопия или назальная гемиянопия одного глаза и различные нехарактерные расстройства поля зрения. Простая атрофия зрительного нерва также характерна для опухоли гипофиза,—из 100 случаев она встретилась в 89. Застой соска и, в особенности, неврит встречаются, напротив, при опухолях гипофиза так редко, что они скорее говорят против диагноза такой опухоли. Со стороны внешнего вида больные данной формой не представляют характерных симптомов,—ноги и руки их нормальные, часто лишь наблюдается их бледность; ожирения нет. Почти всегда больные жалуются на расстройства со стороны половых желез (бессилие или аменорея), а при внимательном исследовании иногда открываются и другие симптомы опухоли гипофиза: потеря бороды, волос в подмышечной впадине и на лобке, бессонница, индифферентизм, низкая температура, расстройство потоотделения; у женщин часто при надавливании обнаруживается секрет в грудных железах.

С. Репников.

ж) Акушерство и гинекология.

391. Билирубин и индикан в крови беременных исследовал Eufinger (Arch. f. G., Bd. 125, H. 3). Билирубин образуется не только в клетках печени, но и во