

удастся. Весь эффект вправления зависит от удачной и надежной фиксации именно лопатки. Способ Джанелидзе тем и ценен, что в основе его лежит мысль о фиксации лопатки краем стола или скамейки. Я, с своей стороны, предлагаю испытанный мною во многих случаях в течение долголетней практики гораздо более простой и удачный способ, во всяком случае гораздо более удачный, чем фиксация при помощи полотенец, бинтов, помощников, даже позволяющий вовсе обходиться без помощников при вправлении свежих вывихов плеча. Мой способ крайне прост и доступен каждому врачу. Обыкновенно я поступаю так. Я удерживаю лопатку одной рукой за гребень ее (*spina scapulae*) и наружный край, в то время как другой рукой произвожу ротационные движения по способу Косчег'а. При этом я не употребляю ровно никакого насилия, все движения произвожу крайне осторожно и методично, все время успокаивая больного и уверяя его, что никакой боли я не причиню и грубой силы применять не буду. Благодаря успокоению больного наступает некоторое расслабление мышечного напряжения и ослабляется внимание пациента, сосредоточенное на манипуляциях, от которых он ждет грубого насилия и мгновенного усиления испытываемой им боли. Момент вправления наступает при этом незаметно, без всякого эффектного защекивания и т. п. В заключение я предлагаю больному попробовать осторожно, насколько удалось вправление, и он убеждается путем движений в суставе в правильности вправления. Затем я накладываю повязку по Пирогову. Предлагая вниманию товарищей испытанный мною способ фиксации лопатки, т. е. некоторое видоизменение техники вправления вывихов плеча, я хотел бы, главным образом, обратить внимание начинающих врачей на то обстоятельство, что в деле вправления вывихов вообще не столько важен самый способ вправления, сколько *надежная фиксация суставной впадины*. Плечевой пояс представляет собою незамкнутое кольцо. Поэтому приходится изобретать способ надежной фиксации лопатки, которой принадлежит суставная впадина плечевого сустава.

Из Хирургического отделения Ульяновской Окружной больницы. (Завед. д-р Д. М. Емельянов).

Два случая носоглоточных фибром, удаленных *per vias naturales*.

Д-ра Л. И. Якуб.

В виду большого интереса, который возбудили за последнее время носоглоточные фибромы из-за стремления найти среди предложенных многочисленных, часто сложных и кровавых способов удаления их, наиболее простые и „гуманные“ пути хирургического вмешательства, позволю себе опубликовать два случая указанных фибром, наблюдавшихся нами.

1-й случай. 28 августа 1927 г. в Хирургическое отделение больницы поступил юноша, 16 лет, крестьянин, с жалобой на затрудненное носовое дыхание, особенно левой половины носа. Болен несколько более полугода, течение которого болезнь развивалась постепенно. За это время три раза были довольно сильные кровотечения. Последние полтора месяца лечился в Ульяновске гальвано-каустическими прижиганиями без заметных улучшений. Больной худ и бледен. Видимые слизистые оболочки окрашены слабо. Со стороны внутренних органов уклонений от нормы не обнаружено. При осмотре зева видно, что позади мягкого неба из носоглотки спускается бледно-розовая опухоль, гладкая на вид, двумя языками в стороны от язычка доходя до середины задних дужек. При задней риноскопии—вся полость носоглотки заполнена этой опухолью. Ощупывание пальцем указывает на твердость ее и прикрепление к своду носоглотки. При передней риноскопии—правая половина носа свободна, слева—имеется отросток опухоли, который занимает заднюю часть полости, расположен вертикально между раковинами и перегородкой несколько сзади наперед, зондом удастся обойти его снизу и с боков. 1 сентября операция под общим наркозом (д-р Д. М. Емельянов). Предварительная трахеотомия. Положение по Rose. Пальцем по возможности разъединяются сращения опухоли с носоглоткой и затем попытка удалить опухоль целиком инструментом, наподобие скобеля Esca't, что, однако, не удается. Тогда опухоль удаляется по частям носоглоточными щипцами. В общем величина опухоли с куриное яйцо. Сильное кровотечение во время операции за-

ставляет несколько раз туго тампонировать носоглотку, выжидая уменьшения кровотечения, и затем уже продолжать операцию. По удалении опухоли задняя тампонада и полоски в обе половины носа. Через день все это удаляется. Кровотечения нет. Вынимается и трахеотомическая трубка. Еще через день под местной анестезией удален отросток опухоли из левой половины носа, а его основание прижжено каутером. 11/IX больной выписан. При осмотре носоглотки она совершенно свободна, также свободна и полость носа. Дыхание нормальное.

2-й случай. Больной, крестьянин 19 лет, поступил 27/XI 1927 г. Жалобы — почти полное отсутствие носового дыхания. Болен около года. Месяцев 8 тому назад два раза было сильное кровотечение. Больной хорошего питания, правильного телосложения. Со стороны внутренних органов норма. Риноскопически с обеих сторон слабо выраженный гипертрофический ринит. Перегородка носа стоит прямо. В правой половине носа у заднего конца раковин между ними и перегородкой видна ярко-красного цвета опухоль, гладкая, твердая при зондировании, выпоняющая весь промежуток между раковинами и перегородкой, доходя до самого дна носа. Зондом удается обойти ее только снизу и сбоков. Левая половина носа свободна. Зеркальное исследование носоглотки показывает присутствие там красного цвета гладкой опухоли, величиной с большой грецкий орех, расположенной строго по середине. При ощупывании пальцем — она очень тверда. 9/XII, под общим наркозом операция (оперирован мною). Трахеотомия. Затем положение по Rose. Носоглоточными щипцами опухоль из носоглотки выкусывается частями, а носовой отросток удаляется через нос обычными носовыми щипцами. По удалении опухоли носоглотка для уменьшения кровотечения на 2—3 минуты туго тампонируется. Затем тампоны удаляются. Задняя тампонада и тампонада правой половины носа. 10/XII. Тампоны из носа и носоглотки удаляются. Кровотечения нет. Вынимается трахеотомическая трубка. Дыхание свободно. 12/XII. Дыхание свободно. 17/XII. В носу и носоглотке никаких остатков опухоли нет. Выписан.

В заключение позволю себе на основании наших случаев сделать следующие замечания: 1) Так как предложено очень много способов подхода к носоглотке при удалении носоглоточных фибром, необходимо каждый случай строго индивидуализировать, выбирая, по возможности, наиболее простые пути, помня, что иногда по удалении корня опухоли, ее отростки могут или омертветь или быть удалены повторными, сравнительно простыми вмешательствами. 2) Считаясь с возможностью сильного кровотечения, целесообразно оперировать с предварительной трахеотомией и в положении по Rose, так как это предохраняет от попадания крови в дыхательные пути, дает возможность свободно бороться с кровотечением, поддерживать наркоз через трахеотомическое отверстие и спокойно продолжать операцию.

Из Красноярской окружной больницы.

Случай отравления scopolamin'ом в глазной практике¹⁾

Врача И. С. Чепуриной.

30 августа 1929 г. больная Ф-ова, 28 лет, обратилась на амбулаторный прием по поводу Leucoma corneae adh. os. utr. Помутнения занимали по $\frac{3}{4}$ роговиц обоих глаз, v. os. d. 0,03, v. os. s. 0,01. С целью выявить могущие быть результаты после производства оптической иридэктомии больной было введено в оба глаза sol. scopolamini hydrobromici 1% по одной капле три раза. Через 10—15 минут у больной появилось головокружение, слабость, при попытке встать больная повалилась на пол. Дальше — сухость во рту, сильное беспокойство, бред с галлюцинациями в области зрения. Больная делала руками движения, как бы ловя что-то в воздухе, голос сделался хриплым, а затем наступила афония. Дыхание, ускоренное вначале, через $\frac{1}{2}$ часа стало затрудненным, пульс участился до 110 ударов в минуту. С такими явлениями отравления больная была доставлена на Станцию скорой помощи. Больная продолжала долго бредить. Заснула не сразу. Часов через восемь все явления отравления прошли, и больная была выписана. В данном случае больной было введено не менее 6—8 капель 1% р-ра, или, что тоже, около 0,005 scopolamin'a, т. е. доза, достаточная для отравления.

¹⁾ Доложено в кружке глазных врачей в гор. Красноярске 19/IX 1929 г.