

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 kautером. 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.

Обычно в глазной практике употребляется $\frac{1}{4}\%$, даже $\frac{1}{5}\%$, самое большое $\frac{1}{2}\%$ раствор. Данный случай отравления является как результат употребления 1% раствора и относится к числу так называемых врачебных ошибок.

Из Воскресенской районной больницы Нижегородского округа и края.

Случай преждевременных родов тройнями при двойной матке.

Врача Миллера.

26/1 с/г. в 5 ч. вечера в родильное отделение нашей больницы поступила в родах гр-ка Б. По словам поступившей, у нее дома сошли воды. Она себя считает беременной около 6 м-цев. По прибытии больной в отделение очень быстро родился плод (девочка), соответствующий указанному выше сроку беременности, и умер через $\frac{1}{2}$ часа. В виду открывшегося кровотечения, роженица обследована врачом. Данные наружного исследования: через брюшную стенку определяются две больших опухоли, исходящие из области малого таза, доходящие до I. билиаса. Опухоли округлы, разделены и подвижны в своих верхних отделах. При исследовании per vaginam по направлению пуповины первого плода найдена в правой части таза шейка матки, в которой определены ножки второго плода. Пальцы обследующего перенесены влево и здесь обнаружена новая шейка матки, в просвете которой находился напрягающийся при каждой схватке плодный пузырь. Таким образом, прощупываемые у гр. Б. через брюшные стенки опухоли представляли собою две беременные матки. За ножки выведен второй плод из правой матки (девочка) и вслед за тем третий плод из левой матки (мальчик). Оба плода мертвые. Последовый период сопровождался полным приращением второго последа в правой матке и таким же приращением последа в левой матке. В виду невозможности ручного отделения (проникнуть даже двумя пальцами в полости обеих маток не удалось) оба последа из той и другой матки выскоблены тупой ложкой. Температура при поступлении $37,4$, в течение 3-х дней давала подъемы до $38,6$, с 4-го дня стала нормальной.

Перед выпиской домой гр-ка В. вновь тщательно обследована с зеркалами. На передней, а еще более отчетливо на задней стенке влагалища по средней линии выступают тяжёлые, идущие к месту соприкосновения шеек об. маток. Тяж от задней стенки влагалища кпереди кончается мясистым толстым выступом, свисающим наружу (бывш. перегородка влаг.?).

Краткий анамнез гр-ки В.: менструации появились с 14 лет, были обильными и продолжительными („до потери сознания“); с 16 лет приняты, как будто, нормальный характер. Замужем 19 лет. Беременностей до описанной было 7, из них первая окончилась родами недоношенным (две недели!) мертвым плодом и 7-ая—5-месячным выкидышем. Остальные 5 беременностей кончились срочными родами. Живых детей к настоящему времени—4. Все роды проходили дома. Об аномалии в своей половой сфере гр-ка В. до поступления в род. отд. не знала. В остальном никаких отклонений от нормы не найдено.

Из Кожно-венерической клиники Государственного института для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Врид. заведующий— приват-доц. С. Я. Голосовкер).

Случай сифилитической реинфекции ¹⁾.

А. М. Лейзеровского.

Как известно, для установления сифилитической реинфекции выставлен ряд «жестких» требований, которые не всегда выполнимы в условиях нашей практической работы. Особенно это касается таких требований, как наблюдение первого и повторного заражения больного одним и тем же врачом и конфронтация. Поневоле приходится зачастую не соблюдать некоторые из вышеуказанных требований и, встречаясь с подобными случаями, трактовать их все же как реинфек-

¹⁾ Случай демонстрировался в Секции венерологов и дерматологов при Казанском об-ве врачей 13/XI 29 г.