

явлений (Begleiterscheinungen) указывает на известные дефекты в нервной системе, так как положительные результаты гипервентиляции получаются у больных чаще, чем у здоровых; 3) зависимости между частотой положительных результатов гипервентиляции и возрастом отметить не удалось.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургического отделения Наб.-Челнинской б-цы Татреспублики.

Случай эхинококка щитовидной железы.

Б. В. Огнева.

Эхинококк щитовидной железы, являясь редким заболеванием, представляет некоторый интерес как с точки зрения его распознавания, так и с точки зрения хирургического лечения. По статистике Алексинского, он встречается в 0,25% случаев всех эхинококковых заболеваний, а по статистике Тер-Нерсесова представляет 0,48% общего числа эхинококков. Несмотря на то, что в литературе описано 38 случаев указанного заболевания, только в одном из них, а именно в сл. Eiselsberg'a был поставлен правильный диагноз до операции. В настоящее время в русской литературе насчитывается тринадцать случаев эхинококка щитовидной железы: 1—Юзефовича (1886 г.), 1—Цеге-Фон-Мантейфеля (1881 г.), 1—Карначенко (1888 г.), 1—Бржозовского (1910 г.), 1—Тихова (1911 г.), 1—Парийского (1911 г.), 2—Газданова (1925 г.), 2—Тер-Нерсесова (1927 г.), 1—Валькера (1928 г.), 2—Калязина (1929 г.), и кроме перечисленных я встретил еще один случай у Вакуленко (1925 г.). Ввиду редкости указанного заболевания, я позволю себе привести случай, прооперированный мною в хирургическом отделении Наб.-Челнинской б-цы.

Больная М. М. 24 лет, крестьянка, поступила в хирургическое отделение 27/VI—29 г. Из анамнеза выяснилось, что год тому назад она заметила в области щитовидной железы незначительную опухоль, которая постепенно увеличиваясь мешала б-ной при глотании, а при разговоре появилась охриплость голоса. При осмотре оказалось, что в нижней трети шеи, в области правой доли щитовидной железы имеется опухоль, округлой формы, с небольшим придатком, расположенным как раз по средней линии. Величина опухоли была с кулак больной; при акте глотания опухоль смещалась в вертикальном направлении. При ощупывании ее констатировано резкое напряжение и отсутствие подвижности в стороны. При тщательном осмотре б-ной никаких заболеваний кроме указанного не обнаружено. Лимфатические железы не увеличены, пульс 80 в минуту, отклонений со стороны сердца нет. На основании анамнеза и осмотра больной был поставлен диагноз—щитовидный зоб, по поводу чего она и была оперирована 30/VI—29 г. под местной инфильтрационной анестезией 1/2% Sol. Novocaini. Через Кохеровский разрез обнаружена капсула и около нее слой нормальной щитовидной железы. Капсула при выделении была поранена, после чего вытекло небольшое количество прозрачной жидкости и показалась хитиновая оболочка. Несмотря на трудности при выделении капсулы, она все же была удалена целиком, в одном месте даже с весьма тонким слоем трахеального кольца, после чего по бокам рана зашита, а в средину вставлен небольшой тампон. Заживление per primam intentionem, а 14/VII больная была выписана в хорошем состоянии.

Через 3 1/2 месяца я видел больную. Голос у ней остался таким же хриплым, каким он был и до операции. На указанный факт следует обратить особенное внимание потому, что здесь чисто-механическим путем, повидимому, происходит сильное сдавление как трахеи, так и периферических ветвей нижнего гортанного нерва, в результате чего может появиться стойкая хрипота. Раннее распознавание данного заболевания является весьма важным, т. к. оперативное вмешательство при запущенных случаях может дать гораздо больше осложнений. Не исключена

возможность поражения трахеальных колец от механического сдавления их опухолью. Последнему факту на основании экспериментальной работы Deeterich'a придается огромное значение, т. к. в результате давления может быть истончение внутреннего хрящевого слоя, нарушение правильного расположения хрящей и почти полное замещение наружного хрящевого слоя соединительной тканью. Кроме того автор отмечает образование в результате давления паратрахеитов и перихондритов. Zulger в своей экспериментальной работе указывает на расстройство сердечной деятельности и падение кровяного давления от механического сужения трахеи. Наконец, большие эхинококковые кисты могут нагнаиваться и давать гораздо больше осложнений, тем более что и при оперативном вмешательстве здесь приходится прибегать к марсупиализации—способу далеко не идеальному, так как является весьма желательным полное удаление фиброзной капсулы. Диагностика указанного заболевания по Валькеру характеризуется ростом опухоли скачками и образованием выпячиваний вследствие прорыва фиброзной капсулы, хорошей смещаемостью опухоли при глотательных движениях и весьма ограниченной боковой подвижностью, кроме того резким расстройством дыхания и изменением голоса. Признак дрожания гидатид считается весьма ненадежным. Все указанные явления, за исключением последнего, у нашей больной были резко выражены, а потому они являются весьма ценными и существенными признаками при распознавании эхинококка щитовидной железы.

Литература. 1) Бржозовский А. Т. Хирургия, т. XXVII, 1910 г.—2) Тихов и Левенсон. Ibid., т. XXIX, 1911 г.—3) Парийский Н. В. Ibid., т. XXX, 1911.—4) Алексинский. Дисс. Москва, 1899.—5) Валькер. Нов. хир. арх. № 64, 1928.—6) Он-же. Вестн. хир., кн. 48—49, 1929.—7) Газданов. I Съезд Хир. Северо-Кавк. края, 1925.—8) Dévé. Revue de Chir. 1926.—9) Вакулenco. Каз. мед. журн., № 10, 1925.—10) Калязин А. П. Вестн. хир., кн. 50, 1929.—11) Deeterich H. A. f. kl. Chir. Bd. 147, H. 2, 1927.—12) Zulger E. D. Z. f. Ch. Bd. 201, H. 1—2, 1927.

Из хирургического отд. Артемовской окр. больницы.

К вопросу о мытье рук $\frac{1}{2}\%$ раствором нашатырного спирта по способу проф. Спасокукоцкого.

П. В. Приселков.

Несмотря на обилие способов, предложенных для предоперационной очистки рук хирурга, ни один из них до настоящего времени не может считаться идеальным, ибо никакой из методов дезинфекции кожи не может сделать кожу рук абсолютно стерильной. Поэтому в практической жизни приходится довольствоваться тем, чтобы насколько возможно более ограничить содержание возбудителей и выделение их с кожной поверхности. Мы не будем останавливаться на разборе многочисленных способов очистки рук—они достаточно хорошо известны—укажем только, что именно это обилие методов служит доказательством того, что вопрос до настоящего момента не может считаться окончательно разрешенным и заставляет хирургический ум искать новые пути, новые более совершенные методы очистки, обеззараживания и дезинфекции рук. Одним из таких методов нужно считать способ, предложенный проф. Спасокукоцким еще в 1926 г., заключающийся в обеззараживании рук $\frac{1}{2}\%$ (в последнее время $\frac{1}{4}\%$) раствором нашатырного спирта. Теоретические обоснования способа со всей исчерпывающей полнотой изложены в работе автора (проф. Спасокукоцкий и Кочергин „Углубленное обеззараживание рук с отказом от мыла“, Н. х. а. № № 62 и 65) и разбирать их снова нет оснований. Целью настоящей заметки служит стремление поделиться с товарищами теми результатами, какие выявились после 10-месячного мытья рук по этому способу. К сожалению, кроме сообщений автора о своих результатах, о применении этого метода в других клиниках и лечебных учреждениях в доступной нам литературе до сего времени мы не нашли никаких указаний.¹⁾ Вкратце

¹⁾ Пред сдачей работы в печать мы познакомились с работой д-ра Герш (Н. х. а. № 75), в которой автор приходит к выводам близким к нашим, что еще более убеждает нас в правильности последних.