

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 марсуниализации—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) Вакуленко. Каз. мед. журн., № 10, 1925.—10) Калязин А. П. Вестн. хир., кн. 50, 1929.—11) Deeterich H. A. f. kl. Chir. Bd. 147, N. 2, 1927.—12) Zulger E. D. Z. f. Ch. Bd. 201, N. 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.

позволим себе напомнить его практическое применение. Каждый из принимающих участие в операции после механической обработки ножницами и ногтечистой щеткой и подногтевых пространств, моет руки в стерильном, отдельном для каждого тазике или миске, куда налит горячий $1\frac{1}{2}\%$ раствор нашатырного спирта в течение $1\frac{1}{2}$ —2 мин., тщательно протирая кожу рук смоченной в растворе стерильной салфеткой.

По истечении указанного срока (2 м.) вода меняется и процедура повторяется снова. Следовательно всего на мытье рук уходит от 3 до 5-минут. Затем руки высушиваются стерильным полотенцем и обрабатываются в течение 5 минут спиртом, благодаря чему наступает устойчивое дубление кожи.

Клиникой проф. Спасокукоцкого способ был применен (при однородных операциях) в 1927/28 г. в 173 случаях при 100% заживлении р.р.; той же клиникой за время с 14/V по 25/XI-28 г. на 197 операций заживление наблюдалось в 193 случаях при 4 случ. нагноений. Наш материал с подготовкой рук по указанному способу обнимает 306 чистых операций (за время с 15/I по 15/XI-1929 г.), нагноение же произошло лишь в одном случае чрезвычайно большой пупочной грыжи (per magna) у больной с обильной жировой клетчаткой, в одном случае наблюдалась нагноившаяся гематома после операции аппендицита и такая же гематома наблюдалась после лапаротомии по поводу обширной эвентрации. Во всех остальных заживление per prim. int. Основные группы операций представлены на следующей сводной таблице:

Название операций.	Количество	Нагноение
1) Грыжесечений	120	1
2) Аппендэктомий	31	1
3) Лапаротомий (кисты, G-E.A., камни желчи, пуз., внепат. беремен.	25	1
4) Прочих чистых операций.	130	—
ВСЕГО	306	3

Таким образом процент нагноений чрезвычайно низок, он равен всего лишь 0,98%. Проверив исходы операций отделения за последние пять лет при обработке рук по способу (наиболее распространенному) Фюрбрингера, мы нашли его равным 1,5%, т. е. значительно превышающим предыдущий.

Полностью разделяя выводы, приведенные в указанной выше работе проф. Спасокукоцкого, мы после десяти-месячного применения его метода решаемся выставить следующие положения:

1) Способ проф. Спасокукоцкого сокращает время предоперационной подготовки рук (8—10 мин.).

2) Способ чрезвычайно экономичен, требуя лишь ничтожных затрат (вода, нашатырный спирт, денатурат), сокращая расходы на мыло и щетки, что при современном режиме экономии имеет немаловажное значение.

3) Процент нагноений при обработке рук по этому способу чрезвычайно мал и несколько не превышает таковой при других методах очистки.

4) Желательно, чтобы способ получил большее распространение среди товарищей хирургов с опубликованием в печати полученных результатов.

Крестообразный шов.

Ординатора Илецкой районной больницы

А. И. Баскакова.

Среди целого ряда швов, предложенных в свое время различными авторами для соединения тканей преобладают две разновидности: непрерывный и узловатый.

Уже несколько лет мною применяется для сшивания тканей крестообразный шов, соединяющий в себе положительные качества того и другого вместе. Особенно он превосходит при сшивании краев апоневроза, с большим усилием сближаемых друг с другом, как это бывает иногда при лапаротомиях; в последнем случае при применении крестообразного шва не бывает прорезывания нитками захваченных