

позволим себе напомнить его практическое применение. Каждый из принимающих участие в операции после механической обработки ножницами и ногтегисткой ногтей 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 (pergma) 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 желчн. пуз., внемат. 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.

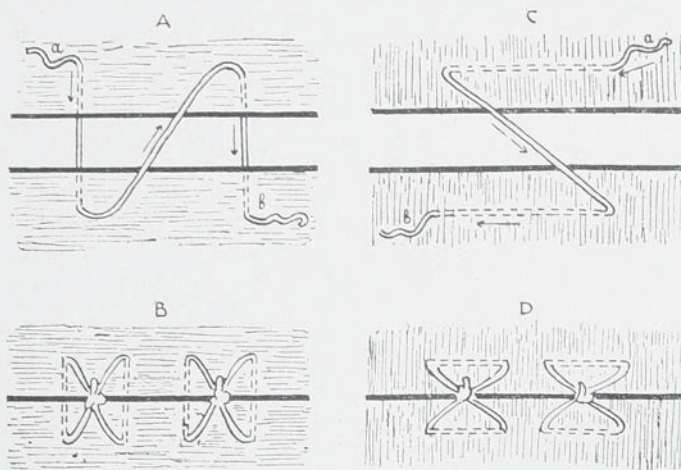
Ординатора Илецкой районной больницы

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 превосходен 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

краев апоневроза, несмотря на сильное натяжение. В этом заключается самое главное достоинство данного шва. Кроме того, при применении указанного шва достигается хорошее сближение соединяемых краев апоневроза, герметичность участков, где наложены швы, и, наконец последнее качество — это экономия во времени.



При зашивании апоневроза разрезанного по ходу волокон, крестообразный шов накладывается следующим образом (рис. А и В).

Производится вкол иглы сначала на одном краю сближаемого апоневроза с поверхности внутрь и нитка проводится поперечно ходу волокон сближаемого края, затем игла проводит нитку на другом краю сближаемого апоневроза также поперечно ходу волокон изнутри на поверхность; таким же образом проводим еще одну петлю, несколько отступя от первой, как это обычно делается, когда мы шьем непрерывным швом; сделав вторую петлю указанным образом, начало нитки (а) и ее конец (б) натягиваются и завязываются обычным хирургическим узлом.

В том случае, когда апоневроз был рассечен не по ходу волокон, а поперечно (рис. С и D), то, соблюдая тот же принцип шва, нитки проводятся также поперечно волокнам сближаемых краев апоневроза, т. е. вкол с поверхности внутрь и выкол изнутри к поверхности проводят на одном краю сшиваемого апоневроза, а потом тоже продевается и на другом крае.

После зашивания и завязывания узлов шов имеет вид как бы креста.

Из Парафиевской участковой больницы Нежинского округа. (Главн. врач С. Н. Жданович).

Случай первичной доношенной брюшной беременности.

Ординатора К. А. Променицкого.

Вопрос о возможности первичной имплантации плодного яйца в брюшной полости даже и в настоящее время является спорным. Несомненные случаи подобного рода чрезвычайно редки. Поэтому я позволю себе перейти к описанию одного наблюдавшегося мною случая, который, мне кажется, должен быть отнесен к категории первичной брюшной беременности.

25/XI—1927 года была доставлена в Парафиевскую больницу Наталия Г., 23-х лет, украинка, жительница с. Рубанки, Конотопского окр. Первые менструации появились на 15-м году, протекали правильно (через 4 недели по 3—4 дня).

¹⁾ Доложено в заседании Акуш.-Гинеколог. секции Киевского единого науч. медиц. о-ва 4 апреля 1928 г.