

авторов указывает, что этиологическим моментом, вызывающим расширение и гипертрофию толстых кишек, являются анатомические изменения в положении данного отдела толстых кишек. Так, Marghan полагает, что расширение и гипертрофия толстых кишек, есть результат длительных запоров, которые в свою очередь обуславливаются удлинением и увеличением изгибов flexurae sigmoideae. Некоторые авторы придают большое значение завороту flexurae sigmoideae. Из приведенных данных можно видеть несколько разноречивых воззрений авторов на этиологию и патогенез болезни Гиршпрунга.

Консервативное лечение обычно не устраняет расширения, гипертрофии кишек, оно только поддерживает относительное благополучие без особого ущерба для развития и питания организма. Симптоматическое лечение сводится к тщательной заботе о кишечнике, вымыванию кала клизмами. Слабительные менее действительны и нередко даже вредны. Иногда массаж живота, белладона и другие. Смертность при консервативном лечении 88—93%. Хирургическое вмешательство действительнее, дает больше 50% выздоровления. Показания к хирургическому вмешательству имеются лишь в поздние годы. Наиболее целесообразная форма хирургического вмешательства—резекция пораженного отдела кишек. Однако и при хирургическом вмешательстве процент смертности высок, свыше 40%. Lapiz приписывает столь неутешительные оперативные результаты отчасти слабому состоянию больных вследствие хронической интоксикации от застоя кишечного содержимого, в котором они поступают к хирургу.

Из Тетюшской участковой больницы Татарской Республики (Зав. Н. Я. Соколов)

К вопросу об обработке рук по методу проф. Спасокукоцкого и д-ра Кочергина.

Врача Н. Я. Соколова.

Чрезвычайная простота способа предоперационной обработки рук, предложенного проф. Спасокукоцким и д-ром Кочергиным, все его подкупающие достоинства, прекрасно изложенные авторами способа в ст. „Углубленное обеззараживание рук с отказом от мыла“ (Новый хирургический архив, № 62 за 1928 год), невольно толкнули нас, работающих в условиях участковой больницы, применить этот способ в своей хирургической практике.

Техника обработки рук, как она практикуется у нас, следующая. Перед операцией в стеклянную чистую четвертную бутылку наливается непосредственно из самоварного крана горячая кипяченая вода в объеме 1—2—3 литров, в зависимости от количества участников операции. На наружной поверхности бутылки полосками липкого пластыря предварительно делаются отметки 1—2—3 литра. Из чистой мензурки в бутылку наливается нашатырный спирт по 5 куб. см. на 1 литр воды. Таким образом получается 1/2% раствор нашатырного спирта.

Раствор этот в количестве 150—200 куб. см. наливается в предварительно обожженные небольшие эмалированные тазики. Кусочком марли или ваты (стерильными) этой жидкостью обмываются и обтираются руки в течение 2—5 минут, после чего раствор в тазаках заменяется свежим и руки обрабатываются вновь еще 2—5 ми-

102

нуты. После этого руки вытираются стерильным полотенцем до суха и протираются спиртом 3—5 минут. Концы пальцев смазываются 5% иодной настойкой. Рекомендуется всегда пользоваться свежесделанным раствором.

За время с первого января 1930 года и по настоящее время все чистые операции проводились и проводятся нами по этому способу.

Ряд статей и сообщений в доступной для нас литературе за этот период единодушно подтверждают достоинства нового метода. Так, д-р П р и с е л к о в (Казанский медиц. журн. 1930 г. № 1) имеет процент нагноений 0,99%; Д-р Герш (Новый хирург. ар., № 75) очень хвалит метод С. и К., д-р Журавлев (Русский офтальм. журнал 1930 года № 4) не видел осложнений при применении этого способа при девятисто четырех глазных операциях.

Ведя наблюдения у себя в больнице и читая эти статьи, являющиеся подтверждением и наших наблюдений, мы не раз задавали себе вопрос, почему новый метод, несмотря на все свои достоинства, туго прокладывает себе дорогу.

Однако последний четвертый Всеукраинский съезд хирургов показал, что уже многие хирурги пользуются методом С. и К. На этом Съезде по вопросу о „нагноении после чистых операций“ ряд товарищей высказался за способ С. и К.

Так, Гербер и Деркачев (Труды 4-го Всеукраинского Съезда хирургов—Новый хирург. арх. № 89—90) на 205 случаев операций имеют процент нагноений равный 3; Берлин (там же) на 713 операций—5%, Скрылов, обрабатывая руки по методу С. и К. полтора года, имеет процент нагноений 2—3%, Перельман — 5,7%; Райхман — 3,2%.

По единодушному отзыву процент нагноений очень невысок и во всяком случае ниже, чем при обработке рук общепринятым методом Fürbringer'a или одним из его видоизменений.

Как бы то ни было, вопрос находится в периоде накопления фактов, что и побуждает нас опубликовать опыт участковой Тетюшской больницы, где мы, помимо чистой хирургии, мылись раствором нашатырного спирта при производстве акушерско-гинекологических и глазных операций.

За срок с первого января 1930 года по 1-е июня 1931 года произведено всего ляпаротомий 62, из коих 42 акушерско-гинекологических (вентрофиксации и суспензии, цистоэктомии, удаление придатков матки, удаления матки, внематочная беременность, большие и малые кесарские сечения и т. д.) и 20 чисто хирургических (непроходимость кишечника, гастроэнтеростомии, пробные ляпаротомии и др.). Если из числа этих операций отнять одну, закончившуюся после полной эвентерации по поводу ileus'a наложением anus preternaturalis и другую—гастростомию по K o d e r'у, прошедшую с техническими погрешностями, то случаев нагноения на все остальные мы имеем два, т. е. 3,3%.

Грыжесечений произведено 85; в эту группу относим также 3 аппендектомии. На 88 этого типа операций имеем 3 нагноения, одно из которых, вызванное наложением кишечного свища при ущемленной грыже, исключаем. Таким образом, процент нагноений по грыжесечениям и аппендектомиям выражается цифрой 2,29%.

На прочие чистые хирургические операции числом 152 имеем случаев нагноений—3, т. е. 1,9%. В число этих операций входят 6 ампутаций грудной железы с туалетом подмышечной впадины, 8 гидроцеле по Finkelmann'у и Bergmann'у, 2 исправления расхождений прямых мышц живота, 3 высоких сечения по поводу камней мочевого пузыря, 2 ампутации бедра, 2 ампутации плеча, 4 обширных иссечения варикозных вен голени, удаление нижней губы с последующей пластикой по Bruns'у, не давших ни одного случая нагноения, и остальные—более мелкие.

Гинекологических операций за истекший период времени, не считая полостных, проведено 55. Из этой цифры 20 падает на кольпоперинеорафии, 12 на кольпорафии по Martin'у, 2 пузырновлагалищных свища, 2 операции Alexander-Adams'a, 2 операции Goldspohn'a, и два удаления матки через влагалище, давших во всех случаях первичное натяжение, и остальные (операции Эммета, ампутации шейки матки и др.), прошедшие совершенно гладко, с особенностями, присущими заживлению во влажных полостях.

Сто девяносто искусственных абортгов с мытьем рук оператора и промежности оперируемых по методу С. и К. прошли также совершенно гладко, не дав ни одного осложнения. Нормально прошли 77 выскабливаний матки по поводу неполных абортгов.

При акушерских операциях, не считая кесарских сечений, отмеченных выше, способ С. и К. применялся в 27 случаях (ручные отделения последа, поворот на ножку, щипцы, эмбриотомии и т. д.) и дал превосходное течение послеоперационного периода без каких-либо неприятных осложнений.

35 антро-адено-и тонзиллотомий протекли обычно, гладко.

И, наконец, мы должны отметить хорошие результаты применения способа в глазной хирургии. 25 старческих катаракт, 12 оптических и препараторных придектomий прошли при отсутствии каких-либо осложнений; 93 операции по поводу заворота век и 37 других операций (эвуклеации, экзентерации орбиты, экзентерации глаза, тенотомии и пересадки мышц, татуировки бельм роговицы, птеригиумы и др.) прошли прекрасно с обычными особенностями течения этих операций как на трахоматозном глазу, так и вообще на глазном яблоке как на операционном поле *sui generis*.

Если взять цифру 5 как законный процент нагноений после чистых операций (хотя обычно цифра эта бывает больше, больше она была и у нас при методе Furbringera), то наши цифры говорят о значительном снижении послеоперационных нагноений при обработке рук по С. и К. Мы вправе считать также вполне возможным оперировать руками, обработанными нашатырным спиртом, орган зрения и матку родящих женщин (введение руки до локтя в родовые пути).

Снижение процента нагноений—это, конечно, наиболее существенное достоинство нового способа. Но есть и целый ряд других достоинств, которые наряду с товарищами, испробовавшими новый метод, отмечаем и мы.

1) Способ этот дешевле обычного, так как на него не сводит расходы на приобретение щеток, мыла, кипячение больших количеств воды и

выписывание мазей для восстановления гладкости кожи рук. Стоимость же нашатырного спирта не велика.

2) Нет порчи рук, что всегда наблюдается при обработке рук щетками, горячей водой, мылом. Руки становятся бархатными независимо от количества операций за день.

3) Способ чрезвычайно прост, удобен и допускает точное его применение в любой обстановке. Особенно хорош в обстановке участковой больницы. Время предоперационной подготовки значительно сокращается.

4) Раствор нашатырного спирта, коим моются руки, слитый в чистое эмалированное ведро (таз), в дальнейшем является средой, где великолепно отмывается кровь с марлевых тампончиков и салфеток, накаплиющихся в обильном количестве после операций. В дальнейшем достаточно сполоснуть этот материал чуть мыльной, а то и простой водой, высушить, прогладить утюгом и он готов для стерилизации в автоклаве. За истекшие полтора года мы таким образом имели возможность значительно снизить расходы на марлю, используя ее до конца, что вовсе не безразлично для лечзаведений с бюджетом ниже среднего.

Почувствовать все преимущества способа Спасокукоцкого и Кочергина может лишь тот, кто сам его испробует. Отложив в сторону щетку и мыло, мы обрабатываем и будем обрабатывать руки нашатырным спиртом. Горячо советуем, особенно участковым товарищам, попробовать сделать то же, пока не появится метод еще более удовлетворяющий, чем метод Спасокукоцкого и Кочергина.

Считаю долгом отметить, что как операции, так и наблюдения за результатом применения нового способа обработки рук в Тетюшской больнице производились мной совместно с моими товарищами по работе врачами А. М. Боголюбовым и Н. С. Соколовой, и мысль поделиться своими наблюдениями—наша общая мысль.

Из Госпитал. хирургическ. клиники Днепропетровского мед. ин-та. (Дир.—проф. Я. О. Гальперн).

О первичной саркоме желудка.

Д-ра Д. С. Клебанова.

Единственно радикальным методом лечения злокачественных новообразований желудка на сегодняшний день является хирургическое, оперативное вмешательство. Результаты такого вмешательства стоят в тесной зависимости от того, насколько своевременно и радикально оно произведено. Понятно поэтому, что в отношении злокачественных опухолей желудка важно не распознавание заболевания вообще, а раннее распознавание, при котором радикальное вмешательство может дать удовлетворительный результат.

Если в отношении раковых опухолей желудка, вопрос о которых не сходит со страниц печати, ранняя диагностика ничтожна по сравнению с количеством больных, оперируемых уже фактически в расцвете заболевания, то в отношении саркомы желудка о ранней диагностике