

ния раков этого органа. Из 644 случаев резекции желудка последовательного образования пептических язв не наблюдалось ни разу, несмотря на длительность наблюдения. тогда как после одностороннего выключения pylori по Edelsberg'у язвы развились в 14 случаях из 71, а после чистых гастро-энтеростомий—в 3 из 262. Наиболее частым местом локализации язв является слизистая тощей кишки против кольца гастро-энтеростомии. Исходя из приведенных данных, Haberger рекомендует даже и при доброкачественных заболеваниях желудка прибегать к резекции последнего, или, по крайней мере, выполнять гастро-энтеростомию без выключения pylori. В. Г.

Jejunostomia. По Alkan'y (Deut. med. Woch., 1921, № 51) операция эта является наилучшим видом оперативного вмешательства при св-жих ожогах пищевода и желудка. При более старых мозолистых, перфорирующих язвах желудка, особенно лежащих ближе к cardia, а также при множественных язвах и сильных кровотечениях она, по своему лечебному значению, является равною резекции, в особенности у сильно ослаблен. больн. Наконец, при общем скирре желудка, сопряженном со стенозом pylori, ее следует считать единственно возможною формою паллиативного вмешательства. В. Г.

Новая операция для устранения гастроптоза. Rust (Münch. m. Woch., 1923), исходя из мысли, что гастроптоз есть результат расслабления и перерастяжения мускулатуры желудка, а не расслабления подвешивающих желудок связок, предлагает новую операцию для устранения этой аномалии,—операцию, которая сводится к образованию продольной складки на желудке. С этой целью, по вскрытию брюшины, проводятся по передней стенке желудка 2 черты иодом: верхняя параллельно малой кривизне и нижняя—параллельно большой кривизне; обе черты в области дна и в области pylorus'a сходятся друг с другом. Затем serosa желудочной стенки сшивается непрерывным шелковым швом по линии водных штрихов; образуемая при этом складка втягивается вглубь, в направлении желудочной полости. В случае надобности, ниже 1-го шва накладывается подобным же образом 2-й шов. Операция эта разработана автором экспериментально на кроликах и дала хорошие, прослеженные до 1 $\frac{1}{2}$ лет, результаты у больных. Достоинства своей операции Rust видит в ее физиологичности, простоте техники, доступной даже малоопытному хирургу, в быстрой восстановлении здоровья больного, делающегося работоспособным уже через 3—3 $\frac{1}{2}$ недели после операции, и, наконец, в ее безопасности, что дает возможность значительно расширить показания к операции при гастроптозе. М. Ф.

Анастомоз желчного пузыря с различными отделами желудочно-кишечного тракта. Gatewood и Porrens (Surg., Gyn. and Obst., 1922) произвели на собаках 42 анастомоза желчного пузыря: 20 с желудком, 17 с duodenum и 5 с толстой кишкой. Разрез по прав. краю m. recti. До производства анастомоза делались бактериол. посевы из желчн. пузыря, печени и желудочно-кишечной трубки. Анастомоз обшивался непрерывным Lembert'овским швом; кожа зашивалась наглухо. Общий желчный проток в 6 сл. оставлялся непролутым,—в этих случаях анастомоз впоследствии

облитерировал; в 1 сл. проток был просто перевязан лигатурой, — его проходимость впоследствии отчасти восстановилась; в остальных 35 сл. общий желчный проток резецировался между 2 лигатурами. Животные оставались на выживание на сроки от 1 до 300 дней, после чего убивались, и бактериологич. посевы из желчного пузыря и печени делались вторично. В результате оба эти органа оказались инфицированными во всех 42 сл. Непосредственная опасность перитонита и быстрота наступления инфекции пузыря и печени были наибольшими при анастомозе с толстой кишкой. Авторы приходят к заключению, что операция анастомоза желчного пузыря с желудочно-кишечным трактом не может быть рекомендована, за исключением разве лишь безнадежных случаев, где эта операция может принести временное облегчение страданий больного (при раке pancreatis и в случаях невосстановимых нарушений проходимости общего желчного протока).

М. Ф.

Пересадка сухожилий. Разработав экспериментально на животных и технически на трупах вопрос о пересадке сухожилий, — каковая операция с успехом может быть применяема при оперативном лечении polomyelitidis anterioris, — *Bernstein* (Surg., Gynec. and Obst., XXIX) рекомендует непременно пересаживать сухожилия с их влагалищем и peritenonium'ом, чтобы жизненная связь их не была нарушена. Техника операции ясна из следующего примера: положим, в данном случае имеется паралич m. tibialis antici; хирург длинным разрезом по голени и стопе вскрывает здоровый m. peroneus longus, пересекает его у места прикрепления к стопе вместе с сухожильным влагалищем, которое вскрывается по длине кверху до нижних мышечных пучков, обшивает конец сухожилия специально предложенным автором „колосовидным швом“, зашивает катгуттом вскрытое влагалище и проводит сухожилие под кожей к месту прикрепления m. tibialis antici, в расщелине которого конец сухожилия и фиксируется швом.

М. Фрийдланд.

Оперативные методы фиксации позвоночника при туберкул. спондилите в настоящее время довольно многочисленны. Делая им оценку на основании обзора литературного материала и 50 собственных клинических случаев, *Шамов* (Нов. Хир. Архив, 1922) считает среди них наиболее целесообразными: 1) операцию *Albee* (пересадка пластинки из tibia или fibula в расщеп остистых отростков) у взрослых больных и в случаях без особо заметного кифоза; 2) операцию *Halsted'a* (пересадка костной пластинки на основание подрубленных и отогнутых в сторону остистых отростков, после чего последние пригибаются на свое место обратно и прижимают трансплантат) для случаев небольшого кифоза; 3) оп. *Henle-Whitman'a* (укладывание двух костных пластинок из tibia или ребра по бокам основания остистых отростков) у детей и в случаях сильно выраженного кифоза и 4) операцию *Rugh-Tuffier* (фиксация костной пластинки верхним концом в искусств. щель затылочной кости и нижним — в расщеп остистых отростков 3—7 шейных позвонков) специально для случаев спондилита шеи в ее верхнем и среднем отделе. Во всех случаях оперировать лучше всего в положении больного на животе. Всякая перемена положения больного,