

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. Фридланд.

*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,