

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,

пока, он в наркозе, опасна, так как с расслаблением рефлекторно сокращенных мышц позвоночник лишается естественной своей фиксации и может травмировать спинной мозг и туберкулезные очаги, ведя таким образом к шоку или к общей диссеминации инфекции. Противопоказанием к операции являются: наличие тяжелого туберкулеза в других органах и близкое соседство с местом операции абсцессов и свищей.

М. Ф.

Фиксация туберкулезного позвоночника естественными силами организма. Очень часто оседание вышележащих отделов позвоночника над туберкулезно разрушенными телами позвонков совершается крайне медленно и незначительно, так что иногда, при разрушении 4-х и даже большего количества позвонков подряд, кифоз почти или даже совершенно не развивается. Причина заключается в оживленных трансформационных процессах, приспособляющих костную систему к измененным механическим условиям. Эти защитительные приспособления, как показал Турнер (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1922), заключаются в прочном срастании отростков и дужек соседних позвонков, в анкилозе уцелевших суставных поверхностей, в окостенении связок, в разрастании костных бугров и в искривлении остистых и поперечных отростков, упирающихся в соседние позвонки, в образовании костных ободов, скользящих пораженные позвонки по их периферии, и т. п. процессах. Благодаря всему этому, оседание здоровых частей позвоночника совершается как-бы на тормозах, спасающих организм от катастрофы. В описанных естественных защитительных приспособлениях находит свое оправдание идея оперативных методов фиксации позвоночника. Однако Т. полагает, что и черезчур увлекаться оперативной фиксацией позвоночника также не следует; бескровные методы лечения должны считаться и в настоящее время основными. В особенности малое применение должны находить костно-пластические операции на позвоночнике у детей; у взрослых же можно ожидать успеха преимущественно при операции в поясничной части. М. Ф.

г) *Обталмология.*

Экспериментальная трахома у кроликов. Не удававшиеся до последнего времени попытки вызвать трахому у наших лабораторных животных увенчались успехом в опытах Nicolle'я, Снепод и Blanc'a (Seifert, Centrbl. f. Bacter., Bd 72). Названным авторам удалось путем заражения трахоматозным вирусом, взятым как от обезьяны, так и от человека, вызвать у кролика гранулезный конъюнктивит. Пассажи удаются от кролика к кролику, а также от кролика к обезьяне. Инкубация равна 11—13 дням, грануляции держатся по меньшей мере 60 дней. Исход—спонтанное выздоровление.

В. Аристовский.

К этиологии закупорки центральной вены сетчатки. Saare (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, LXIII) во время минувшей войны наблюдал развитие этого страдания в зависимости от отравления военными газами. Для объяснения этого автор ссылается на установленный Aschoff'ом факт повышения свертываемости крови при отравлении газами, а также на подмеченные Szily и Pagenstecher'ом повреждения эндотелия у отравленных. Н. Эрландц.