

ее к плечевой и локтевой кости. Из латерального продольного разреза капсула обнажается от плечевой до лучевой кости, после чего с обеих сторон от нее осторожно, щадя лучевой нерв и кровеносные сосуды, отделяют все мелкие части локтевого сгиба. Капсула ушивается, причем под мягкими частями проводятся две полоски фасции, шириной около 3 см, таким образом, чтобы они перекрещивались на сгибательной стороне сустава; концы их, обойдя мышечки плеча через лучевую и локтевую кость, сливаются на задней поверхности плеча и обеих костей предплечья. Спустя 4 недели начинают активные движения.

Б. Иванов.

Stotzer E. Дифференциальный диагноз между *arthritis deformans coxae* (*Pseudocoxitis*) и ишиасом (*resp. ложным ишиасом*) (Schweiz. med. Wschr. 12, 286, 1936). Ишиас начинается большей частью внезапно, тогда как коксит дает вялые боли без типичной иррадиации на заднюю поверхность конечности; часто боль иррадирует в коленный сустав; при коксите больная конечность нередко не может быть положена на здоровую, пассивные движения затруднены и болезненны. При ишиасе пассивные движения, за исключением Ласега, свободны. Ослабление рефлекса Ахиллова сухожилия и расстройства чувствительности характерны для ишиаса. При коксите имеет место атрофия мышц ягодичной области и бедра, а при ишиасе—мышц голени. При ишиасе лечение состоит в покое, а при *talum coxae*—в активных и пассивных движениях. Б. Иванов.

Brunner A. Современное положение хирургического лечения туберкулеза легких (Schweiz. med. Wschr. 10, 237, 1936). На первом месте в деле активного лечения легочного туберкулеза стоит искусственный пневмоторакс. Последний показан при всяком кавернозном процессе, причем одностороннее поражение не является больше необходимым предварительным условием в деле установки показаний. Искусственный пневмоторакс может накладываться и с обеих сторон, либо одновременно, либо последовательно, сначала на одной, а затем на другой. Наложение его должно производиться возможно раньше, причем в первый раз его никогда не следует делать в амбулаторных условиях; двусторонний пневмоторакс требует более длительного пребывания в стационаре. Если наложение пневмоторакса затрудняется наличием сращений, последние рассекаются электрическим ножом; однако, это возможно только при тонких сращениях, толщиной не больше карандаша. Если наложение пневмоторакса при наличии каверн невозможно из-за сращений, могут применяться: 1) искусственный паралич диафрагмы, 2) внеплевральная торакопластика и 3) парафиновая пломба. Создание паралича диафрагмы, как самостоятельная операция, производится лишь в исключительных случаях; она показана, главным образом, при поражении нижней доли и является методом выбора при кавернах в ней; при заболеваниях верхней доли от нее следует воздержаться. При неясных показаниях *p. rhgenicus* только раздавливается с тем, чтобы впоследствии функция диафрагмы могла восстановиться. Пломбировка показана только при мелких кавернах; нередко после нее наблюдаются осложнения (прорыв в легкие, инфекция ложа пломбы), которые могут появиться даже спустя много лет. Поэтому она производится только в тех случаях, где частичная пластика противопоказана. При последней должно производиться по возможности полное сужение области верхушек. При больших кавернах резецируются обычно 6—7 ребер; этим лучше всего предотвращается опасность аспирации в нижние доли. Паравертёбральная торакопластика по Зауэрбруху показана лишь при обширных односторонних кавернозных заболеваниях. Лучшие результаты дает частичная своевременная резекция, точно соответствующая величине пораженной области.

Б. Иванов.