S. W. Cutler. *Основы пневмолиза.* (Surg., gynecol. and Obstetr Vol. 64, № 4, стр. 820—825).

Внутриплевральный пневмолиз, введенный Якобеусом для разделения спаек, мешающих спадению туберкулезных каверн при искусственном пневмотораксе, значительно улучшает результаты лечения туберкулеза. Но оригинальная техника Якобеуса трудна и в некоторых отношениях опасна, что останавливало распространение этой операции. В настоящее время с улучшением техники и инструментария, эта операция значительно упростилась и сделалась относительно безопасной. Число осложнений во время самой операции и послеоперационном периоде намного уменьшилось. Поле применения этой операции настолько расширилось, что она может производиться даже в наиболее трудных случаях. Основными моментами, определяющими ценность этой операции, является укорочение срока лечения, уменьшение и исчезновение мокроты и меньший риск операции по сравнению с риском строго консервативного лечения.

Основываясь на этих положениях, можно считать, что внутриплевральный пневмолиз дает значительные преимущества у 20%—30% туберкулезных больных, которым можно наложить пневмоторакс. Больные не должны подвергаться этой операции в течение первых двух-трех месяцев по наложении пневмоторакса, но и откладываться операция не должна больше 4—6 месяцев. Если второе легкое является местом активного процесса, необходимо предпослать внутриплевральному пневмолизу операцию на n. phrenicus или наложение частичного пневмоторакса на другой стороне. Не нужно гнаться за разделением всех спаек или даже рассечением целиком одной спайки в соответствующих случаях. Автор работает инструментом своей конструкции с щипцами на конце. В бранши этих щипцов захватывается тяж и коагулируется. Если тяж очень широк, то его можно разделить на более мелкие куски.

В. Маят.

D. Kling. *Околосуставное болезненное ожирение.* (Archives of Surg. Vol. 34, № 4, 1937, стр. 594—630).

Автор приводит материал в 112 случаев гиперестезии жировых масс около суставов Это заболевание называется adipositas dolorosa juxta—articularis и имеет связь с общим болезненным ожирением. Встречается преимущественно у ожиревших женщин пожилого возраста, имевших несколько родов в анамнезе. Сопровождается часто повышением кровяного давления, варикозным расширением вен и плоскостопием. Субъективные симптомы состоят из болей, слабости, чувства одеревянелости в суставах, акропарестезии и нарушения кровообращения в конечностях. В 95% случае в процесс были вовлечены внутренние поверхности коленных суставов; в 8%—отмечалась гиперестезия только одного коленного сустава; во всех других случаях заболевание было двухсторонним. При клиническом и лабораторном исследовании в 60% случаев отмечалась легкая или умеренная степень остеоартрита, в 11%—изменение мягких тканей, гипертрофия жировых масс под надколенником, периостит выше подколенника или окостенение места прикрепления четырехглавого разгибателя бедра. Выпот в суставе отмечался в 2,6% случаев. Из заболеваний и операций в анамнезе отмечают кастрации, аппендектомии, холецистектомии. Часто были обнаружены гипофункция яичников, щитовидной железы, гипофиза. Основной обмен был понижен в 33% случаев. В 87% отмечена ясная гиперхолестеринемия. При биопсии жировых масс не обнаружено ясного патологического процесса „Околосуставное болезненное ожирение" нужно по автору, рассматривать как начальную и промежуточную стадию общего болевого ожирения. Околосуставное болевое ощущение представляет собой одно из поражений мягких тканей, приводящее к развитию остеоартрита. Иссечение жировых масс в одном случае привело к исчезновению гиперестезии и к уменьшению ожирения. Консервативные терапевтические мероприятия—назначения препаратов щитовидной железы, яичника, гистаминового катафореза и рентгенотерапии—имеет только частичный и переходящий эффект в отношении гиперестезии.

В. Маят.

Gutzeit. *Лечение капельным введением виноградного сахара* per os. (Ther. d. Gegenwart. 1937, 1, 1—7).

Введение 5—8% раствора виноградного сахара производится через дуоденальный зонд, введенный до отметки 50—60 см. При помощи окружающей ирригатор нагревательной подушки, температура раствора поддерживается на уровне 35°; посредством особого приспособления раствор медленно вводится по каплям. В первые 24 часа вводят 3, затем 5, а иногда и 8 литров раствора. Состояние