

Успехи оперативного лечения илеуса. Doz. D-r I. Philipowicz (Zentralbl. f. Chir., 1933, г. № 39) разбирает 14-летний материал оперативного лечения непроходимости кишек. На 119 операций по поводу острой непроходимости автор имел смертность 27,7%. За последние же 5 лет на 45 случаев—лишь 15,5% смертности. Успехи в оперативном лечении илеуса автор видит в более раннем оперировании, спинномозговой анестезии и применении гипертонических растворов поваренной соли.

И. Димассе.

д) Ушные, носовые и горловые болезни.

О путях распространения инфекции при стрых воспалениях придаточных пазух носа, полости среднего уха и сосцевидного отростка. Д-р V. Voorthuizen (Acta Oto-Laryngologica. Vol. XVIII, Fasc. 1—2, 1932 г. Stockholm) делает обзор имеющейся литературы и считает, что господствовавшая до сих пор теория о воздушных путях инфекции—является недоказанной и терпит сильные возражения со стороны клиники. Только исключительные случаи очень большой разницы в давлении воздушной струи в эпифаринксе и придаточных полостях допускают занесение инфекции этим путем. Автор также подвергает сомнению учение Ostmann'a о том, что большее или меньшее удлинение Евстахиевой трубы (у детей), а также патологические растяжения отверстий труб могут обусловить вдувание инфекции в среднее ухо. Совершенно неприемлемы положения Siebenmann'a, Nagk'a, Fraepkel'я о самостоятельном возникновении воспаления полостей, независимо от воспалительных процессов в полостях носа и носоглотки. Наиболее вероятными, по мнению автора, причинами возникновения воспалений среднего уха и придаточных пазух служат метастазы по кровеносной и лимфатической системе с одной стороны и передача инфекции по слизистой per continuitatem, с другой стороны. Указанными положениями можно объяснить напр. 1) переход инфекции из носоглотки в клетки сосцевидного отростка, минуя среднее ухо (мастоидит без среднего отита) и 2) туберкулезное поражение среднего уха через кровеносную и лимфатическую системы.

Б. Соколов.

Легочные осложнения в связи с тонзиллэктомией. Д-р Gerlings (Acta Oto-laryngologica. Vol. XVIII, Fasc. 1—2, 1932 г. Stockholm) указывает, что послеоперационные пневмонии после произведенных тонзиллэктомий, встречаются гораздо чаще, чем это принято думать, т. к.: 1) амбулаторное проведение операции лишает возможности дальнейшего наблюдения больных, 2) иногда эти пневмонии проходят под видом послеоперационной ρ -ной реакции, 3) причинную взаимосвязь между пневмонией и предшествовавшей тонзиллэктомией трудно установить. Автор на 2000 проведенных операций тонзиллэктомий имел 6 случаев послеоперационных пневмоний и 2 случая после аденотомий. Истории болезни автором вкратце приводятся. Подъем температуры автор отмечает на 2-ой, 4-ый, 6-ой и даже 13-ый день после произведенной операции. Течение осложнения обычное: вначале лихорадка, потоотделение, затем поверхностное дыхание и колотья в боку, инфильтрат в легком, б. ч. локализирующийся в одной доле. Мокрота, как при крупозной пневмонии. На 5—19 день кризис и разрешение процесса. Аналогичные явления наблюдались и др. авторами как при операциях под хлороформным наркозом, так и при местной анестезии. Singers установил, что кровь и слизь при операции могут из глотки проникнуть в трахею и обусловить в дальнейшем развитие инфекции.

Наблюдения автора лишней раз подтверждают необходимость стационарного, более ответственного проведения этой операции и последующего наблюдения за больным, при малейших сомнениях прибегая к тщательным физикальным и Röntгеновским исследованиям и консультации терапевта.

Б. Соколов.