

ройства чувствительности срамного сплетения не удастся установить никакой связи.

Лечение непроизвольного мочеиспускания при *spina bifida* легко наладить в зависимости от типа пузырных расстройств, найденных при цистометрии; при правильном регулировании сокращения сфинктера и расслабления пузырной стенки происходит произвольное опорожнение мочевого пузыря с регулярными интервалами при повышении внутрибрюшного давления. Если присоединяется спазм *detrusor'a*, то временное растяжение пузыря уменьшает этот спазм, создавая вполне удовлетворительную емкость. В большинстве случаев недостаточность мочеиспускания при *spina bifida* улучшается от применения простых консервативных мероприятий. Очень хорошие результаты можно ожидать в большинстве тех случаев, в которых и пузырная стенка и внутренний сфинктер спастически сокращены. Вместе с временным расширением пузыря емкость его повышается, а спазм *detrusor'a* уменьшается. Если регулирование сфинктера невозможно, то устранить недостаточность мочеиспускания путем консервативных мероприятий тоже невозможно. Единой операции, одинаково удовлетворяющей все случаи, не существует. До периода полового созревания операции для устранения недостаточности мочеиспускания при *spina bifida* почти никогда не оправдываются. В случаях расстройства акта дефекации, регулярным применением больших клизм можно устранить во всех случаях даже недержание кала.

В. Майт.

M. F. Gemmil. *Рак толстой кишки*. (Surg., gynecol. a. obstetr. Vol. 64 № 4, стр. 738—746, 1937). Автор сообщает о 38 случаях рака толстой кишки среди 7370 больных. 37% больных жаловались на запоры. В 5% случаев запор являлся первым симптомом. Средний возраст больных раком толстой кишки—56,6 л. Чаще поражаются опухолью сигмовидная кишка (23 случ.), далее идут слепая и восходящая кишки (5 сл.), нисходящая кишка (3 сл.), печеночный перегиб (2 сл.) и т. д. Больные этого рода, поступающие в больницу обычно для установления диагноза, часто находятся в состоянии крайнего истощения. Для дифференциального диагноза между опухолями слепой кишки и опухолями прямой и сигмовидной кишок, автор дает следующую таблицу:

Для слепой кишки:	Для прямой и сигмовидной кишок:
1. Опухоль в виде цветной капусты, распространяющаяся на значительное расстояние.	Кольцевидная опухоль.
2. Медленное образование метастазов.	Относительно быстрое образование метастазов.
3. Жидкий стул.	Запор.
4. Явления поздней обтурации.	Ранняя обтурация.
5. Отсутствие крови в стуле.	В стуле часто кровь и слизь.
6. Рано наступающая стойкая анемия.	Поздно наступающая анемия.

Наиболее частой операцией явилась колостомия (10 случ.), далее идут цекостомия (5), операция Микулича (4), двухмоментная резекция (3), пробное чревосечение (3), хирургическая диатермия по Штраусу (1), резекция по Реннику (2), радий (1).

Для получения лучших результатов после операции, необходимо особенное внимание обращать на предоперационную подготовку и послеоперационный уход, в котором главное значение имеет быстрого восстановления жидкости в организме. С улучшением выписано 31,5%, без улучшения 18,4%. Опухоль была удалена в 30%. Послеоперационная смертность 40,6%.

В. Майт.

O. Bjerrum. *Комбинация перелома и вывиха нижней челюсти*. (Acta chirurg. Scandinav. Vol. LXXIX, Fasc. III, 1937, стр. 209—218). До недавнего времени способ лечения при комбинации перелома и вывиха нижней челюсти состоял большей частью в удалении переломанного суставного отростка, смещенного из своей суставной впадины. Своими наблюдениями а. доказывает, что во многих случаях возможно избежать оперативного лечения при этих переломах, довольствуясь применением внутрирановой шины и междучелюстных резиновых тяжей. Этим достигается полное соприкосновение жевательных поверхностей зубов. Жевательная функция при этом лечении полностью сохраняется, т. к. подвижность нижней челюсти может быть восстановлена. Смещение суставных отростков нижней челюсти никаких неприятностей больному впоследствии не причиняет.

В. Майт.