

A  
BUDAPESTI ORVOSI UJSÁG  
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI.

— KÜLÖNLENYOMAT. —

---

1909. BUDAPESTI ORVOSI UJSÁG 30—32. SZ.

---

**Jelentés a német sebésztársaság  
XXXVIII. congressusáról**

(Tartatott Berlinben 1909. április 14—17-ig.)

IRTA:

**Dr. VIDA KOVICH KAMILL**

MŰTÖNÖVENDEK KOLOZSVÁROTT



BUDAPEST, 1909

„PETŐFI” IRODALMI ÉS NYOMDAI VÁLLALAT (PESTI ALFRÉD)



A congressust, mely igen nagyszámú résztvevő jelenlétében folyt le, úgy a főthemák fontossága, mint az egyéb előadások sokasága és változatossága tette különösen érdekessé. A főthemák tárgyát az érzéketlenítési eljárások, az uretersebészet és a diffus genyes hashártyagyulladás kezelésének mai állása képezte, melyek mellett az ideg-, izület- és csontsetészetből vett számos kérdés adott élénkebb discussiókra alkalmat, A congressus előadásait kiegészítette egy vefített képekkel felette tanulságossá tett demonstratiós estély, mely a congressus első napján tartatott meg.

A referatumok sorozatát *Neubernek* (Kiel) a belégzési érzéketlenítésről szóló jelentése nyitotta meg. Összehasonlítva az utolsó tíz év anyagából egybegyűjtött, 70.000 esetről szóló statisztikáját, *Gurltnak* 1889—1897-ig terjedő, 240.806 esetet felőlelő kimutatásával a következő fontos eredményeket vonja le. Az altatószer megválasztásában ma is az aetheré az elsőség: míg ennek alkalmazása kb. 75%-ban szerepel az utóbbi időben, addig a chloroform használata csak mintegy 25%-ra reducálódott. A halálzási arányszám aetherre vonatkoztatva ezidőszertint 1:3000. Legeszményibb érzéketlenítési eljárásnak a scopolamin-morphinnal combinált narkosist tartja, mert általa a műtéttel járó előzetes kedélyizgalmakat teljesen ki tudjuk küszöbölni. Az adagolás és az altatás kivételének pontos ösmertetése után a narkosist megelőző, kísérő és részben követő számos oly körülményre figyelmeztet, melyek szerinte sok oldalról nem részesülnek kellő méltányolásban. Ilyenek: 1. Altatás előtt: az egész szervezet pontos megvizsgálása (szív, tüdők, szájür) és előzetes étrend. 2. Altatás alatt: a beteg elhelyezése, a hányás, az aspiratio. 3. Altatás után: tüdők és szív működés ellenőrzése (thrombosis, embolia).

Legjobbnek bizonyult az aethert csöpögtetve adagolni. Az aethert csak az érzéketlenség beálltáig és nem a reflexek teljes elmaradásáig szabad adagolni. Ezen rendszabályok figyelembe vétele mellett szív-, tüdő-, vesebajok, valamint senyves állapotok és diabetes előrehaladottabb szakában is altathatjuk betegeinket. Ne feledjük azonban, hogy az aether és chloroform egyszersmind mérgek, melyek az altatott betegek bizonyos százalékában áldozatokat épen úgy fognak követelni, mint a hogy tüdőbeli szövödmények és embolikus természetű következményes bántalmak az esetek egy bizonyos töredékében teljesen kiküszöbölhetők soha nem lesznek. Végül ama

utopistikus reményeinek ad kifejezést, hogy talán a viillamoság vagy hypnosis által fogunk valaha olyan eljárásokhoz jutni, melyek a szervezetre veszélylyel járni nem fognak.

*Bier* (Berlin) ösmerteti a gerinczagi érzéketlenítés és a helybeli érzéstelenítő eljárások mai állását. Azt hiszi, hogy utóbbi czélra legjobb eredménnyel használható a novocain-adrenalin, külön kiemelvén azt, hogy az adrenalin megfelelő concentrációban alkalmazva szövetelhalást sohasem okoz. A hol csak kivihető, ajánlja a *Schleich*-féle infiltrációs eljárást, melylyel még a legnagyobb nyaki műtéteket is (strumektomia, total-laryngectomia) teljes fájdalomatlanság mellett végezhetette; részletezi egyúttal az említett műtéteknél követendő érzéstelenítési technikát, melynek sarkalatos pontját az képezi, hogy úgy oldalról, a nagy erek felől, mint a daganat felett bőven injiciáltassék az alkalmazandó oldat a fascia alá. Ellenjavalltnak tartja az eljárás alkalmazását gangraena diabeticumnál.

Végtagokon igen jól beválík az *Oberst*-féle eljárás, ellenben az endoneuralis injectiók *Cushing* szerint kivitelük nehézségénél fogva nem örvendhetnek kiterjedtebb használatnak. Saját eljárásával (intravenosus injectiók a vértelenített végtagrészletbe) újabban is jó eredményeket ért el.

A gerinczagi érzéketlenítés kivitelére legjobbnak bizonyult a tropococain-adrenalin. Különös gond fordítandó arra, hogy minden vegyi és physikai ingert távolartsunk a gerinczvelőtől. Figyelnünk kell a liquor nyomási viszonyaira, valamint a beteg elhelyezésére is. Az eljárás megfelelő gyakorlatot igényel, hogy a terhére rótt súlyos következményektől megóvjuk betegeinket. Ő maga komoly bajt ez eljárásból nem látott; mint múlt jellegű kellemetlenségeket, az eseteknek mintegy 5%-ában jelentkező hányást és fejfájást említi fel. Alkalmazása akkor javalt, ha az altatás valamely okból ki nem vihető; nagyon félénk és izgatott betegeknél scopolamin-morphinnal kombinálva használható.

*Sudeck* (Hamburg) az aether-részegség gyakorlati értékéről számol be. Az aether-részegség általánosabb elterjedésének akadályát a gyakorló orvosok azon téves felfogásában látja, mintha az érzékenységet csak leszállítani, nem pedig teljesen megszüntetni volna képes. Használata akkor javalt, ha a helybeli érzéstelenítés kivitele nem lehetséges. A teljes érzéketlenség elérésére elegendő 20-25 cm<sup>3</sup> aether, ennél főbbit sohasem szükséges adagolni. Fontos a bódulat bevezetése, mely fokoként történik azáltal, hogy eleinte csak kis mennyiségeket szagoltatunk a beteggel. Az altató foglalkozék a beteggel; az érzéketlenség akkor következett be, ha a beteg feleletei zavarosakká lesznek, vagy teljesen elmaradnak. Az aether-részegség nagy előnyeit kivitele egyszerűségében és teljes veszélytelenségében látja.

*Rehn* (Frankfurt) a gerinczagi érzéketlenség létrejöttének mikéntjét és a használt anaestheticumok által a gerinczvelő szövetében létrehozott elváltozásokat állatkísérletekkel tanulmányozta. Az érzéketlenség magasabbra terjedésében a beteg elhelyezésén kívül szerepe van a cerebrospinalis folyadék önálló mozgásának is. Az utóbbi tényleg bizonyítható a gerinczvelő alsóbb segmentumaiba fecskendezett festék-szemcsékkel, melyek a gerinczoszlop függélyes helyzete mellett is egy bizonyos idő mulva az agygyomrocokban feltalál-

hatók. Az anaestheticumok magasabb adagai tipikus elváltóságokat idéznek elő úgy a központi dúczsejteknben, mint a vezető pályákban is (chromolysis, achromatosis); ezen alapon magyarázza a többször észlelt abducens-bénulást, mely szerint a nevezett idegmag sejtsejény volta miatt is könnyebben következnek be. A használatos anaestheticumok közül leggyorsabban választatik ki a tropacocain.

*Kader* (Krakkó) 1843 gerinczagi érzéketlenítés kapcsán szerzett tapasztalatairól számol be. Kizárólag a tropacocaint használja és pedig a következő adagokban az érzéketlenítés célzott kiterjedése szerint:

Alsó végtag-, gát- és végbéltájón végzendő műtéteknél 0.06–0.7 gr.; hasi műtéteknél 0.12 gr.; nyaki műtéteknél 0.14–0.16 gr. Oldatát minden műtét előtt frissen készíti és frissen sterilisálja egy külön e célra készített főzőüvegben (az üveget bemutatja). A gerinczagi punctióját mindig ülő helyzetben végzi, ha ez nem lehetséges, akkor a suspendált fekvő helyzetben levő beteget alulról pungálja. Eredményeivel igen meg van elégedve: 1843 esete közül 4 halálos kimenetelű volt, melyeknek halálát azonban más okra hajlandó visszavezetni: 8 esetben légzés hiány miatt mesterséges légzést kellett végeznie; hányást, főfájást 4%<sup>o</sup>-ban észlelt.

*Ehrhardt* (Königsberg) a sósavas készítmények helyett arabinsavas praeparatumokat használ. Kísérletei igen biztatók. 9 perc alatt az egész testre terjedő érzéketlenséget ért el, a nélkül, hogy a légzés- vagy szív működésben a legcsekélyebb rendellenesség mutatkozott volna, úgyszintén a vérnyomás csökkenését sem tapasztalta soha.

*Hosemann* (Rostock). A gerinczagi érzéketlenítés mellett fellépő kellemetlenségeket (hányás, fejfájás) nagy részben a liquor cerebrospinalis nyomásának emelkedésére vagy csökkenésére vezeti vissza. Megszüntetésükre első esetben a liquor lecsapolását ajánlja, második esetben pedig nagymennyiségű folyadéknek a szervezetbe való bevitelét (infusio) tartja célszerűnek. A liquor cerebrospinalis nyomásviszonyairól hasonló körülmények közt külön punctióval szerez tudomást. Eredményei különös figyelmet érdemelnek.

A discussiót *Bauer* (Breslau) új altató készülék bemutatásával kezdi meg. *Pfannenstiel* (Kiel) felhívja a figyelmet az altatószer csöpögtetése mellett erősen lehülő levegőre, melynek a tüdőszövődmények létrehozásában fontos szerepet tulajdonít. *Mannel* (Hamburg) 6000 esetben végezte a scopolamin-morphinnal kombinált narkosist egyetlen haláleset nélkül; eredményei különösen figyelemreméltók: postoperatív pneumoniák fellépését csak 0.8%<sup>o</sup>-ban észlelte. Gerinczagi érzéketlenítései 4.7%<sup>o</sup>-ban eredménytelenek voltak.

*Sprengel* (Braunschweig) a scopolamin-morphinnal kombinált narkosist nem tartja egész vesélytelennek, mert az altatóst követő reflexnélküli időszakban könnyen léphetnek föl szövődmények; annál is inkább, mert ezen idő alatt a betegek felügyelete nem lehet mindig a legpontosabb (hányás, aspiratio). *Holländer* (Berlin) egy kellemetlen esete kapcsán a merev aczeltű helyett hajlékony, nem könnyen törő punctióst tűt ajánl. *Köhler* (Berlin) a gerinczagi érzéketlenítésben lényegesen veszedelmesebb eljárást lát, mint az altatósos eljárások. Ugy ezért, mint kivételnek egyéb nehézségei miatt

a hadi sebészetben ezidőszert alkalmazhatónak még nem tartja.

A discussiót *Bier* zárószava fejezi be. A gerinczagi érzéketlenítés ellen felhangzott kifogásokkal szemben rámutat az eljárás nagy előnyeire; szerinte enyhébben bírálendók még a kifogások, mert hiszen legnagyobb részben csak oly szervezetek képezik anyagát, melyeket egyéb súlyos okokból altatni nem lehet. Ha pontosan az általa vázolt technikával és gondossággal végezzük, jó eredménnyel használhatjuk még sok esetben ott is, hol semmiféle más eljárás nem áll rendelkezésünkre. Kiemeli, hogy nem szabad ott használni, hol a nála sokkal veszélytelenebb helybeli érzéstelenítési eljárások valamelyikét alkalmazhatjuk, továbbá arteriosklerotikus, igen fiatal és habituallyan főfájásban szenvedőknél sem.

A második főthemának referense *Garré* (Bonn) volt, referatuma tárgyát az uretersebészet mai állása képezte. Részletesen ismerteti a műteti indicatiókat strictura, ureterkő és fistulák esetén, mely bántalmak a műteti beavatkozások tárgyát képezik. A leggyakrabban alkalmazott műteti eljárás az uretervarrat. A számos módszer közül legmegbízhatóbbnak tartja az invaginációs módszert, kevesebb biztonságot nyújt a körkörös egyesítés; a varratot serosaborítékkal erősíthetjük, de nem ajánlatos az uretert a környező zsírszövetbe beágyazni, mert utóbbinak heges zsugorodása könnyen szűkülethez vezet. A varrat olyképpen végzendő, hogy a mucosát fel ne öltjük. Egy másik műtét az ureter plastikus varrása szűkület esetén. Csak nem nagyfokú szűkületeknél alkalmazható. Ritkább műtét a vesemedence közelében székelő szűkületeknél a pyelouretostomia. Gyakoribb beavatkozás tárgyát képezték a főleg a gynaekologiai műtétek után fenmaradt vaginalis uretersipolyok, melyeknek gyógyítását czélozza az uretereknek a hólyagba való beszájztatása: a műtét vagy vaginalis, vagy perinealis utón végezhető. Feltétele, hogy a hiányzó ureter-darab ne legyen hosszabb 4 cm.-nél. Az erre szolgáló különböző műtétek ismeretése után fölveti a kérdést: mi történjek a műtét sikertelensége esetén? A következő lehetőségeket sorolja fel: a) állapotok sikerült a sipolyos uretert az egészségesbe beszájztatni, azonban emberen ez az anatómiai viszonyok miatt kivihetetlen; b) szóba jöhet továbbá a nephrostomia, mi azonban végleges megoldásnak szintén nem tekinthető; c) harmadsorban végezhető volna az ureternek a bélbe való beszájztatása és d) a nephrektomia. Figyelmeztet arra, hogy ez utóbbit csak végső esetben végezzük. Az irodalomból mintegy 60 esetet gyűjtött össze, melyek közül 43 esetben a műtét jó eredménnyel végeztetett.

*Lichtenberg* (Strassburg) ismerteti a vesemedence nagyságának meghatározására szolgáló, *Völckerrel* egyetemben kidolgozott eljárását, mely abban áll, hogy az ureterkatheter segítségével 50%-os collargollal megtöltött vesemedenczéről Röntgenfelvételt készítenek. Az eljárás alkalmas az ureterek közelebbi viszonyainak (lefutás, vastagság, fejlődési rendellenességek) felismerésére is. Előadásával kapcsolatban ily módon készített igen tanulságos Röntgen-felvételeket mutat be, melyek közt különösen egy kettős uretert mutató képe keltett nagyobb figyelmet.

*Kotzenberg* (Hamburg) fontosnak tartja az ureter-

katheter alkalmazását uretervarratok esetén addig, míg a varrás consolidálódhatott; figyelmeztet arra, hogy a Röntgenképen sokszor kórismézett ureterkövek megítélésénél gondoljunk arra is, hogy az árnyékot esetleg egy retroperitonealisan fekvő elmeszesedett mirigy is okozhatja. Ureter-fistuláknál a nephrektomia híve, mely szerinte legbiztosabb eredményt ad.

*Franke* az ureternek hólyagba való beszájztatását úgy végzi, hogy az ureter végére erősített és a húgycsővön keresztül kivezetett selyemfonállal biztosítja varratát az ureter visszahúzódása ellen. Az ureter esetleges pótlására felhasználja a féregnyujtványt.

*Stieda* (Halle) és *Moskovicz* (Wien) az ureter vagy hólyag pótlására az ileum alsó részét használják fel; a bélsárt külön készített enteroentero-anastomosissal vezetik el az újonnan képezett hólyagtól.

*Izrael* (Berlin) 2 esetben draincsövekkel pótolta az uretereket; ezen már régebben ismertetett betegei további sorsáról számol be.

*Kader* (Krakkó) ureterszűkület egy esetében a szűkületet felülről tágitotta előrement nephrektomia útján; tágitásra egész 1 cm. vastag draincsöveket használt.

*Heyde* (Marburg) egyik esetben parabiotikus viszonyban élő patkányok egyikének mindkét ureterét lekötötte, másik esetben az egyik állat mindkét veséjét kiirtotta, utóbbi esetben az állatok sokkal hamarabb pusztultak el az uraemiához hasonló tünetekben, a miből arra a következtetésre jut, hogy a vesék belső secretio útján oly anyagokat termelnek, melyek a húgysav mérgező hatását bizonyos tekintetben ellensúlyozni képesek és melyek hiánya esetén a húgysav mérgező hatása gyorsabban jut érvényre.

\*

A hypospadiasis gyógyítására új eljárásokat mutatnak be *Schmieden*, *Stettiner* (Berlin) és *Becker* (Rostock). *Schmieden* és *Becker* erre a célra a vena saphenából frissen kiirtott darabot varrnak a hiányzó húgycsőrészlet helyébe. *Stettiner* három esetben részint hullából vett, részint hydronephrosis miatt kiirtott vese ureterét használta fel a plastika céljára. Az eredmények minden esetben kielégítőek voltak, bár néha az egyesítés helyén húgycső-fistula maradt vissza.

A varrat biztosítására *Fritz Koenig* (Altona) a vena saphena egy lemezkéjét használja fel, melylyel a varratot úgy borítja, mint a köldöksérveknél alkalmazott varratokat a tibiáról vett csontperiostlemezsel. *Bardenheuer* (Köln) a scrotumból vett hosszúkas bőrlebennyel igyekszik a húgycső hiányzó részét pótolni.

*Anschütz* (Kiel) vázolja új eljárását kryptorchismus műtévére, mely abban áll, hogy a canalis inguinalisban levő here funiculustát jó magasra felpraeparálja, ezáltal mobilissá igyekeztetve tenni a herét; a praeparálást egészen a nagy erekig kell folytatni, az ily módon mozgékonytá tett herét lehozza a herezacskóba és összevarrja a túloldalival, miután az utóbbi, medialis oldalát teljesen szabaddá tette (synorchidia). Az abdominalis herét nem bántja.

*Katzenstein* (Berlin) veszedelmesnek tartja *Anschütz* előbbi vázolt eljárását, mert azt hiszi, hogy a lehozott here vongálása

következtében az egészséges oldali is könnyen szenvedhet atrophíát. Ő a lehozott herét a behajlított czombhoz erősíti, melynek lassu nyujtásával igyekezik a herét helyén megtartani.

*Lauenstein* (Hamburg) a nehezen lehozható herét inkább elsülyeszti a hasba. Két esetben ugyanis azt tapasztalta, hogy a hasba elsülyesztett herék functióképessége változást nem szenved.

*Berg* a hasi fascián kívül levő here burkait varrja csak a scrotumba; a descensus testis ezután magától következik be.

*Spitz* (Graz) szintén használja ez utóbbi eljárást és ajánlja különösen olyan esetekben, a mikor a kryptorchismus lágysérvvel van kombinálva.

\*

A legélelnekebb discussio tárgyát képezte a congressus harmadik főthemája, mely az általános genyes hashártyagyulladás kezeléséről szolt. A nagyszámú hozzászólás miatt czélszerűbbnek találtam ezt a vitát összefoglalóan tárgyalni. A referatumok elseje *Nötzel* (Völklingen) volt, referatumát a kórismézési szempontból fontos jelek kritizálásával kezdi meg és arra a következtetésre jut, hogy a hasizomzat feszes ellenállása egyéb jelek mellett ma is a legnagyobb fontossággal bír és egyszerűs mind differential-diagnostikai szempontból (extrauterin terhesség, medenczegegyedések) is értékesen fölhasználható tünet. Továbbiakban a műtéti beavatkozás helyének megválasztásáról értekezik; erre nézve fontos szabály nem állítható fel, a beavatkozásnak ott kell történnie, a hol az exsudatum constáltható; míg ő inkább az egy nagyobb metszés híve, addig *Roth* (Tübingen) több kisebb metszést ajánl. A beteg elhelyezésére nézve legjobbnak látszik azon fekvés, mely mellett a medencze a legmélyebb helyet foglalja el. *Nötzel* csak a medenczeür drainézését ajánlja, míg *Roth* mindkét ágyéktájon is kíván az exsudatum levezetéséről gondoskodni.

Igen eltérők a vélemények a felől, vajjon a has megnyitása után az exsudatumot bő mosásokkal kiöblítsük, vagy pedig egyszerűen szárazon kitorüljük-e. Az első eljárás hívei *Rehn*, *Nötzel*, *Kausch*, v. *Eiselsberg*, *Franke*, *Macher* a has septikus tartalmának eltávolítására egyetlen módnak a bő kimosást tekintik; az eljárás ellenzői: *Roth*, *Sprengel* azt hiszik, hogy a mosásra alkalmazott nagy folyadékmenyiségek az amúgy is súlyosan beteg serosát még jobban sértik. *Franke* az eljárást a beleken található fibrinlepedék eltávolításával is összekapcsolja, ezekben látván a felszívódásra kerülő mérgek főraktárát. A felszívódás meggátlása, valamint összenövéssek elkerülése czéljából glycerint önt a hashártyaürbe; *Kotzenberg* (Hamburg) hasonló czélből 50%-os vioform-emulsiót használ; *Borchardt* (Berlin) pedig 50—60 gr. olajnak a hasüregbe vitéltől látott jó eredményt.

*Nordmann* (Berlin) azt hiszi, hogy a legjobb eredményeket a korai műtéttől várhatjuk. A hasüreg drainézésére a használatos üveg és gummidrainek helyett egyszerű gaczesikot alkalmaz. Úgy ő, mint *Rotter* és *Franke* nagyon óvatosak a drainézésben, mert abban vélik a késői összenövésnek okát látni. *Franke* két napnál tovább nem drainez. *Noetzel* az enterostomiát nem tartja nagy értékűnek; szerinte, ha azt amúgy is benuit bélen végezzük, eredményt alig várhatunk, mert a benuit bél tartalmának kiürítésére már nem képes és így a bélsipoly



képzése csak felesleges és veszélyes beavatkozásnak tekintendő. Hasonló nézeten vannak *Nordmann*, *Hofmeister* és *Gunkel* is; utóbbi, ha végez is enterostomiát, azt a bél erélyes kimosása után ismét zárja. *Hofmeister* csak az esetben végzi, ha a laparotomia után 24 órával a bélműködés még mindig szünetel. Ezekkel szemben *Alapy* (Budapest) az enterostomiában általános hashártyagyulladás kezelésénél igen értékes eljárást lát; az általa követett technika ismertetése után eredményeiről referál; külön kiemeli azon körülményt, hogy a bélsipoly elkészítése után a paralytikus bél működése néha későbbben — 24 óra után — indul csak meg. Hasonló nézeten van *Heidenhein* is.

*Reinecke* (Leipzig) az adrenalin-könyhasós infúziók értékét ismerteti általános hashártyagyulladásoknál; nem tulajdonít nagy értéket az eljárásnak, mert a vele elért vérnyomás emelkedése csakhamar ismét elmúlik, sőt még mélyebbre is süllyed; hatása tisztán a peripheriás erek összehúzódása által jön létre; a vasomotorikus központra gyakorolt azon hatása, melyet *Heidenhein* állít, kísérleti úton nem bizonyítható; a nagyfokú intraabdominalis bénulásnál előbb említett összehúzó hatása nem érvényesülhet. Egyéb okokból fejlődött, múló jellegű collapsusoknál, minőket mérgezések eseteiben és műtétek után látunk, az adrenalin-infúziók hatása a vérnyomás emelése által életmentő lehet, miért is ilyen esetekben alkalmazását a legmelegebben ajánlja.

*Heidenhein* kísérleti úton bebizonyítottak látja, hogy az adrenalin-könyhasós infúziók egyetlen eljárásunkat képezik, melylyel diffusz peritonitiseknél a mélyen lesüllyedt vérnyomást még emelni tudjuk.

*Kotzenberg*, *Macher*, *Franke* és *Rehn* igen jó eredménnyel alkalmazzák a szóbanforgó infúziókat és igen értékes eljárást látnak bennök a peritonitissnél tapasztalható vérnyomás csökkenése ellen.

v. *Haberer* (Wien) körvonalozza az *Eiselsberg*-klinika állásfoglalását; csak az esetben alkalmazzák az adrenalin infúziókat, ha digalentól nem látnak eredményt.

*Sprengel* (Braunschweig) egyenesen károsnak tartja nagy mennyiségű folyadékknak a szervezetbe való bevitelét szívgyengeség mellett, mert azt hiszi, hogy ezáltal a szívre rótt nagyobb munka következtében az amúgy is gyöngye szív könnyen kimerülhet s azt ajánlja, hogy inkább kisebb folyadékmennyiségekkel dolgozzunk. Ezzel szemben az infúziók előbb említett hívei a nagyobb folyadékmennyiségeket éppen azért tartják czélszerűnek és szükségesnek, mert a szívgyengeség okát a vércső ürességében látják, a szívnek minthogy nincs mit hajtania, lévén a vér legnagyobb része a splanchnikus hűdése következtében a nagy hasi viszerekben főlhalmozva; ha már most vagy elegendő folyadékknak bejuttatása, vagy a splanchnikus vérterületének izgatása (adrenalin-hatás) által képesek vagyunk a vérnyomást emelni, úgy a szív működésének szükséges feltételeit ismét helyreállítottuk.

A szünetelő bélműködés megindítására *Kotzenberg* (Hamburg) a strychnintól vár jó hatást. *Heile* (Wiesbaden) külön e czélra szerkesztett fecskendővel ricinusolaj nagyobb mennyiségeit fecskendezi a bélbe a bélműködés újból való megindítása czéljából. *Kotzenberg* (Hamburg) és *Coenen* (Breslau)

diagnostikai szempontból jó eredménnyel alkalmazták a vérsavó opsonikus indexének meghatározását, mely azonban therapeutikus szempontból nem értékesíthető.

Prognostikai szempontból nagy fontossággal bír egyrészt a fertőzés minemősége, másrészt a hashártyagyulladás jellege. Utóbbi szempontból különösen súlyosaknak minősítendőek *Mikulicz* által leirt multiplex tályogképződéssel járó genyerosztonyás, valamint a bűzös, savós, zavaros exsudatumot termelő alakjai a hashártyagyulladásnak (*Noetzel*).

*Noetzel* és *Nordmann* a streptokokkus által okozott peritonitisek egy nagy számában látott gyógyulást. *Heide* peritonitises genyéből számos anaërob culturát tenyésztett ki és azt hiszi, hogy ezen bacteriumfajok nem részesülnek kellő méltánylásban a peritonitisek aetiologiájában és elbírálásában.

A közölt kimutatások oly eltérő adatokat szolgáltatnak, hogy még megközelítőleg is nehéz a halálozások és gyógyulások százalékszámát meghatározni. *Noetzel* szerint az említett eljárásokkal a *Körte* által 1892-ben ismertett mortalitási arányszámot felére sikerült leszállítani. *Borchart* csak 26% inortalitással dolgozik. A többek által közölt statisztikai adatok a hashártyagyulladás kórokát, kiterjedtségét és mineműségét illetőleg oly különböző alapokon készültek, hogy nem alkalmas az a kezelés értékének számokban való kifejezésére.

\*

*Bramann*(Halle) az agygyomrokot a kérgesten keresztül csapolja meg azon célból, hogy az agygyomor és a subduralis nyirokür között állandó közlekedést létesítsen. Az eljárás lényege a következő: trepannal a bregma mögött 1-1.5 cm.-nyire és a középvonaltól kb. 2 cm.-nyire eső ponton meglékeli a koponyát, s e nyíláson keresztül mintegy 15 cm. hosszú, kissé hajlott szúrccsapot igyekszik a corpus callosumon keresztül a III. agygyomrocba jutni; a szúrccsapot eleinte vízszintesen, medialis irányban, majd függőlegesen tolja előre. Eljárását minden baj nélkül végezte 22 esetben és pedig 13 esetben agydaganat, 8-szor hydrocephalus és 1-szer epilepsia miatt. A hányás, fejfájás, szédülés, pangásos papilla sokszor azonnal eltűntek; hasonlóképp a vakság is addig, míg a szemfenéken maradandó másodlagos elváltozások (atrophia) még ki nem fejlődtek. Az agygyomrocok és subduralis ür közötti közlekedést egy 5 hónappal a kérés test punctiója után boncolásra került esete igazolta. Előadását 3, részben gyógyult, részben lényegesen javult eset bemutatásával fejezi be.

*Heller*(Greifswald) a *Neusser*-féle fagyypunctiót alkalmazza, segítségével *cysticercus* által okozott agycystát volt képes kórismézni egy esetben.

*Krause*(Berlin) agydaganatok eltávolításánál azok megfogására szolgáló új készüléket mutat be, mely lényegében kb. 15 cm. hosszú üvegcsőből áll, egyik végén szívőkészülékkel kapcsolatban; a daganatot mintegy aspirálja az üvegcsőbe s azt hiszi, hogy segítségével a környező agyszövet sokkal nagyobb megkímélése mellett képes a tumort eltávolítani.

*Borchart*(Berlin) 2 beteget mutat be, kiket agyalapi cysták miatt operált meg. A cystákat nyiroktömlőknek tekintette, melyek szerinte a kisagy alatt levő nyirokcisternából fejlődtek. Hasonló esetet mutat be *Unger*(Berlin) is.

*Bardenheuer* (Köln) traumatikus eredésű plexusbénulásoknál véghezvitt műtéteiről számol be; a bénulások okaképpen gyökszakadások, vérzések, vagy ezek következményeképp hegesedések szerepeltek. 2 esetben varratot alkalmazott az elszakadt gyökökön, melyet úgy végez, hogy az idegvégek egyesítése után az egyesítés helyét catgut-lemezzel veszi körül. Eredményeivel egészben véve meg volt elégedve, a miért is traumatikus eredetű plexusbénulások esetén a műtéti beavatkozást indokoltnak látja.

*Tillmann* (Köln) facialis-hypoglossus egyesítéssel meggyógyított arczombénulás egy esetét mutatja be. Az idegtransplantatio ezen módját jobbnak tartja a facialis-accessorius egyesítésnél. Külön kiemeli, hogy az utókezelést hosszú ideig, esetleg évekig a legnagyobb következetességgel kell folytatni, mert a mimikai izmok új beidegzését a beteg csak igen kitartó és fáradtságos gyakorlás útján sajátítja el. Az arcizmok tonusa, azoknak használhatósága nélkül már hónapok alatt helyreáll.

*Spitz* (Graz) beteget mutat be, kinél teljes radialis bénulás miatt radialis-medianus transplantatiót végzett; a fiatal beteg a dorsalis flexiót és supinációt jól végzi, bár mozgása kissé vontatottak.

\*

*Czerny* (Heidelberg) a *Keating-Heart* által ajánlott fulguratiós eljárással elért eredményeiről referál, melyek nem felelnek meg az eljáráshoz fűzött reményeknek: recidivák a fulguratio után csak úgy lépnek föl, mint az egyszerű excochleatio után, úgy, hogy a rákos betegségek gyógyításának souverain módszerének ezidőszerint még mindig a radicalis operatio tekintendő. Alkalmazása csak olyan esetekben jogosult, mikor a beteg élénk tiltakozása miatt késhez nyúlunk nem lehet. A fulguratio hatása csak olyan fölületes, mint a Röntgensugaraké és ezért inkább csak palliativ értékű eljárásnak tekinthetjük. Ilyen értelemben vett jó eredményeket látott a kreuznachi „radiol“ készítményektől is.

*Czerny* tapasztalataival megegyezők *Hofmeister* és *Cohnéi* is; utóbbi a fulguratiónak specifikus behamosító képességet tulajdonít, mely alatt azonban a carcinoma néha élénken terjed.

*Sänger* az arsacetyl nevű készítmény jó tulajdonságait dicséri inoperabilis carcinomáknál. A discussiót *Sticker* és *Werner* bemutatásai fejezik be. Különös figyelmet érdemelnek előbbinek mutatiós daganat névvel illetett álképletei: mint ilyet egy kutya emlőjén képződött alveolaris szerkezetű carcinomát mutat be, melyet sarkomával történt átójtással nyert.

\*

*Heller* (Greifswald) a *Sauerbruch*-kamara alkalmazásának értékét bírálja a mellkasi sebészeten. Fontossága különösen szembetűnő akkor, mikor a mellkas tág megnyitásáról van szó és a mikor a tüdő és mellkasfal között összenövések hiányzanak. Empyemáknál, a hol csak kis nyílást ejtünk a mellkason, elegendő a jól záró kötés.

*Eiselsberg* (Wien) egy esetét említi, melyben jó eredménnyel alkalmazta a *Brauer*-féle magas nyomásos készüléket (Überdruckapparat). Esetében az arteria pulmonalis sérüléséről

volt szó, melynek ellátásánál, daczára a pleura szélesebb megnyitásának, pneumothorax nem fejlődött.

*Garré* (Bonn) *Sauerbruch*-kamrában végzett műtét útján eltávolított kb. két ökölnyi daganatot mutat be, mely a bal mellkas alsó felében a pleurából fejlődött és azzal vékony kocsány által függött össze; a daganat sarkomás természetű; kivétele után a tüdő, daczára a túlnyomásnak, nem tágult ki és csak hosszabb idő múlva a mellkas állandó drainezése mellett foglalta el ismét régi helyét.

\*

*Riedel* (Jena) jelentést tesz a congressusnak egy, az osztályán, assistense, dr. *Krüger* által operált tüdőembolia esetéről; a beteg ezidőszerint, a műtét utáni 2-ik napon jól érzi magát (az esetet dr. *Krüger* a *Centralblatt für Chirurgie* 1909. 21. számában ösmertette; meghalt a műtét utáni 4-ik napon genyes pleuritisben). A jelentést a congressus tagjai nagy lelkesedéssel és elismeréssel veszik tudomásul. Jelentése után előadása tárgyát képező két betegét mutatja be, kiknek egyikén gyomorfekély, másikán pedig álképlet miatt végezte a róla elnevezett haránt gyomorresectiót, mely abban áll, hogy a gyomor egy körkörös segmentumát távolítja el; részletesen ismerteti a műtét technikáját és ajánlja gyomorfekélyek mindazon eseteiben, midőn a fekély székhelye a gyomor középső része. A műtét kivételének feltétele, hogy a gyomor eléggé mobilisálható legyen. A recidivák ellen kevésbé biztos gastroenterostomiával szemben a kiújulás ellen ezen eljárásban látja a gyomorfekélyek kezelésének legbiztosabb módját.

*Payr* (Greifswald) meglehetősen nagy anyaga alapján hasonlítja össze a gastroenterostomia, resectio és excisióval elért eredményeket gyomorfekélyek esetén, utóbbit 17 esetben végezte. Következtetései a gastroenterostomiát illetőleg meg-egyeznek *Riedel* imént hangoztatott nézetével; ép úgy nem látja a fekély excisiójában azok radicalis kezelési módját; a legbiztosabb eljárásnak ő is a resectiót tartja, melyet olyan esetekben, midőn a fekély a pankreas vagy máj felé áttört, úgy végez, hogy a gyomorról az összenőtt és a fekélyt tartalmazó részt leválasztja, ezen részletet Paquelinnal történt égetés után jodoform-gazeval befödi, a gyomor tágongó nyílását pedig plastikusan bevarrja vagy pedig *Riedel* harántresectiója szerint egyesíti gastroenterostomia nélkül. Ha a fekély helyét biztosan megállapítani nem tudja, próba-incisiót végez. Ezen kérdés különben csak nagy anyagról készített statisztika alapján volna tisztázható, miért is egy ilyen pontos statisztika összeállításával foglalkozó bizottság kiküldését ajánlja.

*Rydygier* (Lemberg) a pylorushoz közelfekvő gyomorfekélyeknél pylorectomiát végez; kiemeli resectióknál a ferde-metszések nagy előnyét, melyekkel különböző nagyságú lumeneket egyesítésre alkalmassá lehet tenni.

*Brenner* (Linz) számos esetben végzett gyomorfekély miatt excisiót és resectiót, mely eljárások után is sokszor kapott recidivákat, ezen ki nem elégitő eredmények miatt ismét visszatért az egyszerű gastroenterostomiához, fontosnak tartja azonban kivételében, hogy az új gyomorszájadékot a fekélytől lehetőleg távol készítsük, hogy ezáltal a gyomorbennék izgató hatását a fekélytől távol tartsuk.

*Oberst* (Freiburg) a gastroenterostomia készítésének új módját ajánlja, mely szerinte a béltartalomnak a gyomorba való visszajutása ellen nagyobb biztosítékot nyújtana a jelenleg használt eljárásoknál és a mely abban áll, hogy a gyomor egy csücskét erősen kihúzva, a mesocolon nyílásába erősítjük és az elvezető bél felé néző részét szélesen varrjuk össze a bélel, ezáltal mintegy billentyűt alkotva.

*Gümbel* (Berlin) mesterséges gyomorfekélyeket idézett elő nyulakon, melyek létesítésére nem bizonyult elegendőnek a gyomor nyálkahártyájának egyszerű sérülése, hanem egy másik ártalom hozzájárulása is szükséges volt; ez utóbbit képezték a nyulaknak nyújtott coli-culturák.

Ezután *Kölliker*, *Stieda*, *Keller*, *Kausch* és *Glücksman*n mutatják be gastroszkopjaikat. Utóbbi a nyelőcsőben megakadt idegen testek eltávolítására szerkesztett új műszert demonstrál; lényege egy, a megfogott idegen testre alkalmazható és felfújható guminiballon, melynek védelme mellett az idegen test könnyen eltávolítható.

*Kotzenberg* (Hamburg) a korai felkeléssel elért kedvező eredményekről referál. Az eljárást *Kümmel* osztályán már mintegy három év óta alkalmazzák. Tüdőembóliát az utolsó esztendőben csak egy esetben észleltek; azt hiszi, hogy a tüdő részéről észlelhető egyéb szövödményeket (bronchitis, pneumonia) a korai felkeléssel lényegesebben befolyásolni nem lehet; sérvek keletkezését nem észlelte gyakrabban, mint hosszabb fektetés után. Műtét utáni második, harmadik napon a beteg akaratától teszük függővé, hogy kíván-e fölkelni, vagy sem. A reconvalescencia ideje korai felkelés után lényegesen rövidebb.

*Borchard* (Posen) a thrombosisok és emboliák keletkezését a műtét után azonnal fogatosított erélyes massázssal igyekszik megakadályozni.

*Müller* (Rostock) thrombusképződés esetén a thrombotisált, viszermagasan történő leköttést ajánlja. Ő maga e czéliből többször kötötte le a vena saphenát, egy ízben a vena iliaca externát is.

*Anschütz* (Kiel) *Müller*hez hasonlóan a thrombotisált vénák magas leköttését ajánlja; egy esetében, mikor a vena saphena thrombosisa miatt nem elég magasan kötötte le azt, annak egy hátsó ágából leszakadt thrombusrészlete a leköttetés fölé a viszeres véráramba jutván, halálos kimenetelű tüdőembóliát okozott.

*Küster* czombamputatio egy esetében a vena saphena thrombusát a vena saphena törzsének leköttése után, a vena kiöblítésével távolította el, így akadályozván meg a thrombosis esetleges tova terjedését és következményeit.

\*

*Martens* (Berlin) műtégi úton eltávolított rosszindulatú pankreasctyát mutat be; a mellett van, hogy a pankreas-tömlőket, ha csak lehet, radicalisan távolítsuk el, mert rosszindulatúságukat, mint az ő esetében is, sokszor csak görcsövi úton lehet megállapítani.

*Seidel* (Dresden) állatkísérletek útján nyert készítményeivel bizonyítja a pankreasbetegségek mellett fellépő zsrinekrosis fermenthatásos eredetét. A nekrosis első stadiumában

látható vérzések activ pankreasnedv hatása alatt képezik a további elhalások kezdetét. A pankreasnedv activálása a mirigyben magában is történhetik, ha a béltartalom bacteriumaival valami úton keveredik, vagy a vérzések útján vérsavóval érintkeznek. A *Cambridge*-féle reactiót nem tartja teljesen megbízhatónak pankreasbetegségek kóriszmézésében, mert sokszor ép pankreas mellett is positiv lehet, így pl. bélhurutoknál — 2 esetben — positivnek találta.

*Körte* (Berlin) megerősíti *Seidel*nek a *Cambridge*-féle reactióról mondott bírálatát és demonstrál egy műtégi úton eltávolított pankreaszystát, melynek eltávolítása után a hasat teljesen zárta, azonban pankreasnedvömlés miatt újból megnyitni kényszerült. A kiömlött pankreasnedv épen inactív volta miatt nekrosist nem okozott. Hasonló kellemetlenségek elkerülése végett pankreasstómlók eltávolítása után ajánlja a nyitva-kezelést; főleg óvakodjunk a pankreas sérülését serosával befödni, mert a serosa alatt könnyen terjedhet tova a pankreasnedv.

*Gunicke* mesterségesen activált pankreasnedvvel végzett érdekes kísérleteit ismerteti.

\*

*Ebner* (Königsberg) műtégi úton eltávolított choledochuszystát mutatott be.

*Bakes* (Trebitch) hasonló esetéről tesz említést, melyet choledochointerostomiával gyógyított meg.

*Hoffmann* (Greifswald) egy hasi contusio után észlelt nagyobb kiterjedésű serosarepedések kapcsán tanulmányozta a bél seromuscularis sérüléseit kutyákon; e czélból az állati belet nagyobb terjedelemben megfosztotta peritoneumától és izomzatától; letalis kimerítelt csak igen nagy kiterjedésű sérülések után látott, akkor is nem peritonitis, hanem ileus következtében.

*Rosenstein* (Berlin) két esetről tesz említést, melyekben *Senn* szerint szabad omentumtransplantatiót végzett, mindkét esetben nagyobb serosahiányok fedésére alkalmazta azt, melyek ileus miatti műtétek alkalmával a belek szétfejtése közben keletkeztek. Betegeit gyógyult állapotban mutatja be.

*Springer* (Prag) szintén alkalmazta az eljárást a *Lembert*-varrat biztosítására oly esetekben, a mikor az exact módon kivihető nem volt; egyben megemlékszik azon kísérleteiről, melyeket nagyobb serosahiányok pótlása czéljából paraffinlemezekkel végzett; kísérleteiből azonban csak az derült ki, hogy a paraffin igen erős összenövéseket okoz.

*Moskovicz* (Wien) magasan ülő végbéldaganatokat a combinált eljárással 16 esetben operált (4 haláleset). Jobb eredményeit (ezelőtt 50% mortalitás) az alább felsorolandó körülményekre vezeti vissza. Jó technika, gyors operálás; a hasat medianmetszéssel nyitjuk meg, a rectumot egészen a keresztcsontig szabaddá teszszük (*Kraske* és *Rotter*), az art. haemorrh. sup.-t lekötjük. Most perinealis metszéssel *Schuchardt* szerint az amputálandó végbélrészt eltávolítjuk; igen fontos a bél életképességének meghatározása, ezt *Mikulicz* szerint úgy végezzük, hogy a bél serosáját megsértve nézzük, vajjon vérzik-e. Ily módon akarja a néha későbbben fellépő bélelhalásoknak elejét venni; nagyon fontosnak tartja a hasüreg elzárá-

sát a medencze felé, ezt lehajtott omentumnak a medencze falához való erősítése által éri el, ezáltal mintegy diaphragmát képezve.

*Göbel* (Breslau) gyomorrák miatt végzett gyomorresectio után a haránt vastagbél nagyobb kiterjedésű elhalását észlelte, melynek keletkezését a mesocolon transversum ereinek thrombosisára vezeti vissza.

*Haberer* (Wien) arteriomesenterialis vékonybélzáródás egy esete kapcsán az elzáródás létrejöttének körülményeit ismerteti; esetében ezek az egyidejűleg fennálló nagy eventeratióban voltak megadva. Előadását az eventeratio műtéti ellátásának leírásával fejezi be.

*Rindfleisch* (Stendal) Röntgen-felvételek alapján arra a tapasztalatra jutott, hogy makacs székrekedések okát sok esetben a haránt vastagbél helyzetváltozása (súlyedése és megfőtérése) képezi. A vastagbél számos ilyen rendellenességéről készített Röntgen-felvételt mutat be és ajánlja operatív kezelését (entero-enteroanastomosis).

*Heile* (Wiesbaden) oponisálásra alkalmatlan bacterium-fajt fedezett fel, melyet több esetben appendicitiseknél talált.

*Boese* (Wien) a bélperistaltikát tanulmányozta kutyákon a következő módon: ólomseréteket varrt a bél falába és figyelte a helyzetváltozásokat Röntgen-képen; azt tapasztalta, hogy az emésztés alatt a bél alig változtatja helyét, hogy a hasnak kb. mindig ugyanazon részén található, csak az állat helyzetváltoztatásával mutat a bél is nagyobb kitérést helyéből.

*Ritter* (Greifswald) a hasi szervek érzékenységét tanulmányozta állatokon; a vizsgálatra legalkalmasabbnak tartja a rövid morphin-narkosisban a hasból kiemelt szerveket, kísérletei azt bizonyítják, hogy a hasi szerveknek igen is van saját érzékenységük, melyet cocain vagy egyéb helyi anaestheticum adagolásával jelentékenyen leszállítani vagy megszüntetni lehet.

*Bier* (Berlin) megerősíti *Ritter* állításait; a hasi szervek érzékenységét bizonyítja a bélen történő manipulációk, főleg érlefogások alkalmával észlelhető reactio. A hasi érzékenység megszüntetésére sikeresen adagolja az anaesthesint belsőleg.

*Bakes* (Trebitsch) a hasfal érzéketlenítésénél a peritoneum alá fecskendezett anaestheticum nagyobb mennyiségével igyekszik a hasi szervek érzékenységét megszüntetni.

*Coenen* (Breslau) vékonybél-diverticulumot mutat be. A betegnél jelentkezett ileust a diverticulum megtelődése által a bél lumenjére gyakorolt elzáró hatása okozta.

\*

*Madelung* (Strassburg) irreponibilis vállficzamoknál ajánlja a hátsó arthrotomiát; eljárása hasonlít a *Spenceré*hez, csak hogy a bőrmetszést oldal felé nyitott szög alakjában ejti. Szerinte az ízület ezen megnyitása után merevség nem áll be oly könnyen, mint az ízületnek elülről történő megnyitása után.

*Schlange* (Hannover) ezzel szemben ajánlja az ízületnek megnyitását elülről. Legjobb hozzáférhetést egy, a m. pectoralis major szélén ejtett metszés nyújt, ezen az úton minden a ficzam repositióját gátló akadály (letört csontrészek) a legkönnyebben távolítható el.

*Clairmont* (Wien) radicalis műtéti eljárást ismertet a habitualis vállficzam gyógyítására; eljárása abban áll, hogy a

m. deltoideus egy, hátsó lebenyét leválasztja és azt a felkarcsont medialis oldalán előrehozva, annak elülső felszínére erősíti; ezen izomlebeny működése a felkarcsontot erősen oda-szorítja az izvápához.

*Schlange* habitualis vállficzamnál a laza tokszalag duplicatiójától látott jó eredményt.

*Bier* (Berlin) szintén tokszalag-duplicatiót végez, csak hogy a musculus deltoideuson keresztül hatol be az ízülethez.

*Müller* (Rostock) a *Bier* által említett eljárást tőle függetlenül módon alkalmazta jó eredménnyel.

*Perthes* (Leipzig) habitualis vállficzamoknál különböző eljárásokat alkalmaz; így egy esetben a tokszalagba selyemfonalakat erősített, ily módon bírván a tokszalagot zsugorodásra; oly esetekben, melyekben izomelégtelenség képezi a luxatio okát, az izmok megrövidítésével igyekszik célhoz jutni. Tapasztalatai azt bizonyítják, hogy az izomelégtelenség oka sok esetben a tuberculum majus letörése által okozott izommegnyulásban keresendő, miért is ilyen esetekben a tuberculum visszavonását végzi és ajánlja.

*Samter* (Königsberg) idült vállficzamok repositiójánál a *Dollinger*-féle eljárást követi, különös gondot fordít a m. deltoideus kimélésére.

*Rehn* (Frankfurt) figyelmeztet a felkarcsont fejének hosszan fennálló vállficzamok mellett észlelhető typosos ék alakú atrophijára, mely azon a helyen keletkezik, hol a humerusfej az izvápa szélével érintkezik; ez oly nagyfokú is lehet, hogy a fejecs resectióját teszi szükségessé, mit egy ízben végzett is.

*Borchardt* (Berlin) a fejecsnek hasonló atrophiját szintén tapasztalta.

*Hildebrandt* (Berlin) ajánlja az idült vállficzamok műtéti úton történő repositiójánál az anatómiai viszonyok pontosabb figyelembe vételét. Habitualis vállficzamoknál bármelyik előbb említett eljárás használható; a tokszalag duplicaturája nem óv meg biztosan a recidivától.

*Willems* (Gent) traumatikus eredetű haemarthrosok és hydropsok esetében a *Rochard*-féle eljárást alkalmazta jó eredménnyel. Az eljárást, mely az ízület punctiójában és tartalmának kiürítése után a beteg azonnali járatásában áll, alkalmazta haemarthros genus 20 és hydrops genus 8 esetében. Szembetűnő volt a fájdalom gyors megszűnése és az ízület működésképeességének gyors helyreállása. Betegei 6 és 16 nap között felvehették ismét rendes munkájukat; az eredmény annál feltűnőbb volt, mennél nagyobb a folyadékgyülem az ízületben. Kellemetlen következményeket az ízület azonnali használatától soha nem látott, sőt az ízületi működés teljes és gyors helyreállítását éppen azonnali használatba vételének tulajdonítja.

*Lauenstein* (Hamburg) szintén alkalmazza a vázolt eljárást, csak annyiban tér el tőle, hogy betegeit az ízület punctiója után hosszabb ideig fekteti.

*Bier* (Berlin) az ízületek említett traumatikus sértései után fellépő merevségek okát nagyrészt éppen az ízület hosszabb nyugalomban, a beteg hosszabb fektetésében látja; ő a beteg korai felkelése mellett az ízületnek forró léggel való kezelését és masszageját ajánlja.



*Heusner* (Barmen) a bekövetkezett ízületi merevség kezelésére ruganyos sineket készített; ilyen különböző szerkezetű sineket mutat be.

*Klapp* (Berlin) ismerteti azon műtéti eljárásait, melyekkel a mozgékonyágukban veszélyeztetett ízületek működését megtartani, vagy a már merev ízületeket ismét mozgékonyná tenni igyekszik.

Gümös ízületi gyulladásokról kétségtelenül be van bizonyítva, hogy az ízület mozgékonyágának teljes megmaradása mellett meggyógyulhatnak. Ezen eredmény elérésére legcélszerűbbnek tartja, a hol ez kivihető, az ízület extenziós kezelése után alkalmazott gypskötés mellett a betegnek lehetőleg jó életviszonyok közé helyezését. A gonorrhoeás eredetű, phlegmonosus ízületi gyulladások kezelésére legalkalmasabbnak tartja a *Bier*-féle pangásos eljárást, mely annál szembetűnőbb eredményeket ad, mennél melegebb a folyamat. Incisiókat egyáltalán nem végez; egyéb ízületi merevségek kezelésére a pangásos vérbőség mellett a forró légkezelést és mechanikai szívókészülékek alkalmazását ajánlja.

Mozgékony ízületet célzó ízületi resectióknál a következő szempontok figyelembevételét hangoztatja: az összenövések szétválasztása, diastasis létesítése az ízületben és az ízületi felszinek összenövésének megakadályozása különböző anyagok közbehelyezése által. Ez utóbbi lehet izom, porc, zsírszövet, ín, periosteum, vagy fascia. Az újbóli mozgékonyág elérése szempontjából legkedvezőbbek a könyökizület viszonyai, mert az ízület mozgását igen hosszú izmok rövid emeltyűkarokkal végzik, éppen ellenkezőek a viszonyok a vállizületnél, rövidebb izmok hatnak be hosszú emeltyűkarokra. Ezen elvek szerint nyolc esetben végzett könyökizületi resectiókat, öt esetben jó functionalis eredménnyel. Előadását egynéhány érdekes ízületi műtétének ismertetésével fejezi be (humerus-fejecs transzplantatiója a resecált felkarcsont végébe; porcös felszín autoplastikája a resecált könyökizület új ízületi felszínére).

*Payr* (Greifswald) a merev ízületek mobilisatiójának legnagyobb akadályát, a tokszalag koncentrikus heges zsugorodásában látja, a mobilisatiót nem szabad erőszakos úton végrehajtani, mert az elszakított tokszalag csakhamar ismét zsugorodik és meghiúsítja a tartós eredményt. Állatokon végzett kísérletei és emberen nyert tapasztalatai alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy a zsugorodott tokszalag teljes kiirtása az ízület mozgékonyágára rossz befolyással nincsen, az csakhamar regenerálódik; az általa feltételezett ízületi fájdalmak pedig kiirtása után megszűnnek. A mobilisatio műtéti úton való megkísértésének főfeltétele a mozgató apparatus ép volta. Diarthrodialis izmokkal bíró ízületek, mint pl. a könyökizület, a mobilisatio szempontjából kedvezőbb kilátást nyújtanak.

*Schanz* (Dresden) nagy jelentőséget tulajdonít az ízületek mozgékonyná tételében az orthopaediai eljárásoknak. A mobilisatio fölve, hogy az lassan, a szövetek durvább sérítése nélkül történjék. Resectiók után az új ízületi végek közé helyezendő szövetek közül legalkalmasabbnak a zsírszövetet tartja, melynek zsíros voltában a synoviához hasonló sikamlós anyagot lát.

*Kredel* (Hannover) történeti visszapiantást vet a merev izületek mozgékonyságát célzó műtéti eljárások fejlődésére és tisztelettel emlékszik meg egykori mesteréről, *Volkmanntól*, mint elsőjéről azoknak, a kik az izületi sebészettel ily irányban foglalkoztak. Felemlíti egy esetét, melyben a merev állkapocs-izületet izomlebeny közbeiktatásával *Gluck* szerint sikerült ismét mozgékonyná tenni.

*Schulthess* (Zürich) azt hiszi, hogy a gümös izületi gyulladások kezelésében nem fordítunk elég figyelmet a beteg egész szervezetére; sok gümös izületi gyulladás spontán is meggyógyul, ha a szervezet kedvező viszonyok közé kerül, vagy ha annak egyébként fennálló gümőkórját kezeljük. Nagy értéket tulajdonít a *Bier*-féle pangásos vérbőséggel való kezelésnek a gonorrhoeás eredetű izületi gyulladásoknál különösen azok phlegmonosus alakjainál, melyeknél azonban, mint *Klapp* állítja, teljesen incisiók nélkül sem ért el mindig eredményt.

*Rehn* (Frankfurt) szintén nagy híve a *Bier*-féle kezelésnek gonorrhoeás eredetű izületi gyulladásoknál; incisiókat ő is sokszor volt kénytelen végezni.

\*

*Kausch* (Schöneberg) egy 3 évvel ezelőtt bemutatott esetének kórbonczatani készítménye alapján fejtegeti az implantált csont kórszöveti elváltozását. Az akkor átültetett 8 cm. hosszú kifözött tibiadarabot időközben teljesen körülnötte a csonthártya. A csontdarab közepét most is holt csontszövet alkotja, végei azonban teljesen új csontszövettel pótlódtak, úgy, hogy a kétféle csont határát többé megállapítani nem lehet; a régi csontból kiburjánzott osteoblastok az új csontot egészen átjárták, csak az összeforrasztáshoz használt elefántcsontcsapban nem mutatkozik új csontképződés, az részben felszívódva, az elefántcsont szöveti szerkezetét mutatja. Ebből látható, hogy a : implantált holt csont ugyanazon elváltozáson megy keresztül, mint az élő.

*Steissler* (Graz) csontátültetéseknél az autoplastika híve és beszámol 23 betegén végzett műtéteiről. Eredményei egyetlen egy esetét kivéve, hol secundaer infectio az átültetett csont eltávolítását tette szükségessé, igen jók voltak. Hosszabb időn keresztül figyelve az átültetett csontot, arra a tapasztalatra jutott, hogy úgy alakbeli, mint nagyságbeli elváltozásokat szenved.

*Hoffmann* (Greifswald) új patella-varratot mutat be, mely lényegében hasonlít a peripatellaris varrathoz. Ösmerteti a *Payr*-féle klinikán a csapos csontösszeforrasztással elért kedvező eredményeket.

*Wrede* (Königsberg) számos állaton végzett izületi átültetéseket *Lexer* szerint az izületeken idővel észrevehető elváltozások tanulmányozása céljából, melyek a következő eredményekre vezettek: a csonthártya a csontképző velő sérületlen állapotban maradnak meg. A csontszövet elpusztul, felszívódik és új által pótolatik; az izületi porcz egészben véve jól megmarad, a rajta helyenként észrevehető elváltozásokat az összeillesztés céljából alkalmazott csontcsapoktól származó sérülésekkel magyarázza. Az ilyképpen operált és bemutatott 4 házi nyúl végtagjait kitünően használja.

*Drehmann* (Breslau) csontok összeillesztése céljából 2 darabból álló egymásba illeszthető csontcsapot mutat be.

*Barth* a heteroplastika híve, melyet azonban csak kisebb csonthiányok pótlására tart alkalmasnak, nagy defectusok pótlásánál az eljárástól nem látott jó eredményt.

*Reiner* (Wien) nagyfokú lúdtalp gyógyítására csontperiostos csapot alkalmaz két irányban a lábboltozatba, velők mechanikai értelemben igyekezvén azt megerősíteni. Az eljárást csak egyéb úton nem kezelhető súlyos lúdtalpak gyógyítására ajánlja.

*Rehn* (Königsberg) szabad inak átültetésével végzett állatkísérleteket; jó eredménnyel ültette át egy esetben az állat Achilles-inát az egyik hátsó végtagján hiányzó in helyébe. Nagy fontosságot tulajdonít az eljárásnak izületi transzplantációknál.

Egyéb szervek transzplantációi közül *Unger* (Berlin), *Stich* (Bonn) kísérletei érdemelnek figyelmet. Előbbeninek sikerült *Carrel* eljárása szerint egyik kutyának az aortával, vena cavával, ureterekkel és a hólyaggal összefüggésben hagyott mindkét veséjét másik állatba átültetni; a kutya 18 napig élt, a vesék az átültetés után azonnal megkezdték működésüket, az általuk kiválasztott vizelet fajsúlya igen magas volt. A veséknek, az állat elpusztulása után végzett kórszövettani vizsgálata kiterjedt elváltozásokat mutatott a veseparenchymában.

*Stich* érzésvégzők átültetésével ért el különböző irányban figyelemreméltó eredményeket. Szervek átültetésénél igen fontosnak tartja azt, hogy a szervezetben az átültetendő szerv utáni kiváncsóság (az illető szerv előzetes eltávolítása által) meglegyen.

*Clairmont* és *Salzer* megerősítik kísérleteik alapján *Stich* nézetét. *Clairmont* thyreoidetranszplantációi után a lépben talált hámszöveteket eleinte megtapadt pajzsmirigyrészeknek gondolta, kiderült azonban, hogy az átültetett pajzsmirigy teljesen felszívódott s az említett mirigyrészek a lépben elszórt pankreascsíroknak bizonyultak.

*Kirchner* részint inak, részint fasciák átültetésével végzett érdekes kísérleteket; különösen kiemeli nagyobb hasfali hiányok pótlása céljából átültetett fasciákkal elért jó eredményeit; hasfali sérvek a transzplantatio helyén nem fejlődtek. Különösen alkalmas átültetési célból a tractus ileo-tibialis erős, rostos szövete.

\*

*Steinmann* (Bern) a róla elnevezett szeges extensió eljárásával elért eredményeit ösmerteti. Technikai szempontból az eljárást annyiban módosította, hogy a csont egész vastagságán át furandó egy szeg helyett a csont két ellentétes oldalán csak felületesen bevett két szeges készüléket használ. Az eszköz bemutatásával kapcsolatosan kiemeli az eljárás nagy előnyeit, melyek egyszerűségében és a nyújtás gyors és erőyes kivitelében állanak. Az eljárás mellett sokkal kisebb nyújtósúlyokra van szükségünk, mint a ragtapaszos nyújtó eljárásnál.

*Anschütz* (Kiel) ajánlja a *Steinmann*-féle eljárást oly esetekben, midőn a ragtapaszos nyújtással célhoz jutni nem tudunk, vagy a mikor az valamely okból keresztül nem vihető. Jó eredményeket ért el idősebb esetekben is, miért is melegen

ajánlja a hadisebészek figyelmébe, háború esetén a helyszínén radicalisan el nem látható törések későbbi kezelésére.

*Wilms* (Basel) figyelmeztet a szegkek alkalmazási helyeinek pontos megválasztására; ez különösen a femur condylusainál a distalis törvég mozgékonyasága miatt bir fontossággal, mert ettől függ a tört vég helyes elhelyezkedése. Az infectio veszélye szerinte nagyon csekély; szintén csak kisebb súlyokat alkalmaz.

*Becker* (Hildesheim) széjjelszedhető szegget mutat be, melyet *Spitz* (Graz) a *Codivilla* által már régen használttal azonosnak talál.

\*

*Momburg* (Spandau) a test alsó felét vértelenítő eljárását ösmerteti; az eljárás abban áll, hogy a bordáiv alatt a test körül rugalmas gummicsovét több tourban az *Esmarch*-pólya elvei szerint körülcsavarunk. Vele a gát és végbél táján, az alsó végtagokon és medenczében végzendő operációkat szinte vértelenül végezhetjük. Eddig 34 esetben nyert alkalmazást, egy esetben jó eredménnyel atonia uterinél is, mely alkalommal azt a megfigyelést tehettem, hogy az uterus a pólya feltételénél, mint levételénél is erősen összehúzódott. A pólya alkalmazása meglehetősen fájdalmas, miért is nem narkotizált beteg alig képes eltűrni, mit egy esetben alkalmam volt tapasztalni. Feltűnő, hogy a törzs ily leszorítása mellett mily kevés altatószer kívántatik a narkosishoz: egyben feltűnő a beteg gyors ébredése is a pólya megoldása után. Komolyabb zavarokat aszív részéről nem látott, egyéb kellemetlenségek közül az alsó végtagokban egy ízben föllépett fájdalmak említendők. Complicatiók a hasi szervek részéről soha elő nem fordultak. olyanokat még azon eset bonczolásánál sem látott, melynél az eljárást 2 és  $\frac{1}{2}$  órán keresztül alkalmazták.

*Pagenstecher* (Wiesbaden) az exarticulatio interileo-abdominalis műtétét végezte egy esetben *Momburg*-féle vértelenítés mellett, majdnem minden vérzés nélkül. Betegénél a műtét után teljes hólyag- és részleges végbélbérulás lépett föl, melyről nem tudja teljes bizonyossággal eldönteni, vajjon a leszorításnak a conus terminalisra gyakorolt vértelenítő hatása, avagy pedig a végbél és hólyag idegplexusainak műtét közben történt direct sértése következtében jött-e létre.

*Trendelenburg* (Leipzig) az eljárást 3 esetben jó, 2 esetben pedig (arteriosklerosis és insuff. valv. mitralis egy-egy esetében) kevésbé jó eredménnyel használta; előbbi 2 esetben az eljárást közbejött collapsus miatt abba kellett hagyni, utóbbi eseteiből kifolyólag állatkísérleteket végzett annak megállapítására, hogy a vérkör egy ilyen nagyobb területének kiiktatása mily hatással van a szív működésre; kísérletei azt bizonyították, hogy az aorta leszorítása fokozott igényeket támaszt a szívvel szemben, melyeket a *Momburg*-féle eljárás alkalmazásánál az egészséges szív még leküzdhet, de melyekkel a beteg szív esetleg már megbirkózni nem tud.

\*

*Draudt* (Königsberg) *Handley* eljárása szerint operált, súlyos elephantiasist mutat be; a műtétet, mely lényegében új nyirokutak képezésében áll, következőképpen végezte: 12

darab hosszú selyemszalát akként erősített a végtag bőre alá, hogy azok a lábfejtől a *Poupart*-szalag felé összefutottak, végighaladva az egész végtagon. A bemutatott beteg végtagja, összehasonlítva a műtét előtt készített fényképpel, lényeges javulást mutat, dacára a végtag több helyén ejtett haránt-metszéseknek, a nyirok a fonalak mentén új csatornákon keresztül kedvezőbb lefolyási viszonyok közé került.

*Thöle* (Hannover) felső állkapocstörések kezelésére szerkesztett eszközt mutat be, melyet egy esetben volt alkalma használni; az eszköz bemutatása kapcsán a felső állkapocstörések tüneteit ismerteti (főtünet az arcz megfelelő részének rendellenes mozgékonytsága).

*Schloffer* (Innsbruck) az ujfeszítő-in középső nyalábjának elszakadása által létrejött gomblyukszerű ficzámot észlelt a kéz ötödik ujján, olyanformán, hogy a II. ujjperc basisa a két szélső nyaláb között mintegy a háti oldalra átbujt.

*Hoffmann* (Greifswald) az inak meghosszabbítására ajánl egy az ín és izom határán ejtendő ferde metszést.

*Helbing* (Berlin) igen nagyfokú farkastorok szűkítését géppel czélozza olyan esetekben, a mikor szélek egyesítése műtéti úton előre is lehetetlennek látszik. A gép csavarral egyesített két léczből áll, melyek kétfelől a fogsor külső oldalára helyeztetnek, a csavar lassú szorítása által a fogsorokat és vele a rés széleit is közelebb hozni igyekszik; az eljárást, melyet műtét után fenmaradt szájpaddás-sipolyok gyógyítására is ajánl, több esetben sikerrel alkalmazta.

*Fraenkel* (Berlin) a pes equinovarus kezelésére szerkesztett mechanikai szívókészülékét mutatja be, melyel majdnem minden esetben olyan jó eredményeket ért el, hogy azt hiszi, miszerint az eljárás az egyéb complicáltabb kezelési módokat idővel teljesen ki fogja szorítani.

*Krukenberg* (Elberfeld) új elméleti alapokon igyekszik a genu valgum, genu varum és pes planust kezelni és ezen theoretikus okoskodásai alapján szerkesztett gépekkel igyekszik az azok kezelése körül felmerült új problémáknak megfelelni. Ezek részletes ismertetésével kapcsolatban az alsó végtagok automatikus nyújtására és a skoliosisok redressálására szerkesztett új gépeit is bemutatja.

*Kolaczek* (Tübingen) meleg tályogoknak punctió és antifermentes kezelése körül szerzett tapasztalatait ismerteti 17 eredményesen kezelt esete kapcsán. A kezelés feltételei: sima falú tályogúr, ép bőr; ha ezek közül valamelyik hiányzik, úgy inkább az incisiót és a tályognak egyszerű kiöblítését antifermentes serummal ajánlja. Az eljárást, mely a tályog megpungálásában, konyhasós vízzel való kiöblítésében és antifermentes serum bevitelében áll, *Peiser* és *Müller* szerint végezte. Antifermentes savónak rendszeren hydrokele-folyadékot használt, melynek antifermentes erejét vacuumdestillatióval fokozta. Ajánlja az eljárást mellkasi empyemák kezelésére is. Nagy előnyeit kivitele egyszerűségében, hatása gyorsaságában és a kosmetikus szép eredményben látja.

*Denk* (Wien) egy nagy vérzéssel complicált appendektomia kapcsán a vér alvadási idejének meghatározásával és eredményeinek sebészeti értékesítésével foglalkozott. Pipettával pár csöpp vért felsziva, figyelte a fibrinképződést oly

módon, hogy a kicsöpptett vérben mikor jelentkezik az első fibrinszál. Így találta, hogy egészséges ember vérében 2 p. 15 mp. egész 2 p. 50 mp., vérezékeny emberekében 3 p. 40 mp., egész 5 p.; kachektikusokéban pedig 1 p. 50 mp. egész 1 percz alatt képződik alvadék. Calciumkészítmények gyorsítják, citromsavas készítmények pedig késleltetik az alvadást. Ezek alapján ajánlja vérezékeny egyéneknek operatio előtt calciumkészítmények adagolását; gyorsan alvadó vérrel bíró egyéneknél pedig (thrombosisok elkerülése végett) ugyan-csak már műtét előtt citromsavas készítmények nyújtását.

*Burckhardt* (Königsberg) helybeli gümőkóros folyamatok 34 esetét vizsgálta arra nézve, vajjon a fertőzés human vagy bovin típusú eredettel bír-e. Utóbbit csak két esetben találta gyermekeknél, melyek lefolyása klinikailag igen enyhének látszott.

*Shoemaker* ('s Gravenhage) incontinentia alvi új műtéti eljárását ismerteti, melyet egy fiatal 25 éves nőnél sikeresen alkalmazott; a műtét abban állott, hogy mindkétoldali m. glutaeus maximus alsó szélének egy lebenyét idegével összefüggésben lepraeparálta és azokat a végbélnyílás körül gyűrűalakban egymásba varrta. Betege eleinte csak a kemény széket tudta tartani, ezidőszertint állapota annyira javult, hogy új anusa híg székekkel szemben is teljesen jól zár.

*Borchard* (Posen) fiatal egyének czombnyaktöréseinek kezeléséről értekezik. Tapasztalatait, melyek több esetre terjednek ki, a következőkben foglalja össze: ha a törés nagyon közel van a fehez, ajánlja a fejecs eltávolítását, mert az táplálkozási hiány folytán úgysis elhal; trochanterikus töréseknél pedig, ha egyéb eljárások czélhoz nem vezettek, az ékkimetszéstől látott jó eredményt; utóbbi esetben fontosnak tartja a hosszú nyugalmat gypskötésben.

*Lauper* (Interlaken) ski-futóknál három esetben intertrochanterikus törést észlelt. Ösmerteti ezen típusos sérülés létrejöttének mechanizmusát (a végtag csavarodása, és oldalra) és kezelésére ajánlja az extenziót, melytől mindhárom esetben jó eredményt látott.

*Pochhammer* (Berlin) a trochanter minor leszakadását észlelte egy esetben, melynek kapcsán a sérülés tünettanáról értekezik.

*Lengfeller* három új műtéti eljárását ismerteti a csipőizület szabaddá tételére. Ezek lényege: a) behatolás a tractus ileo-tibialison keresztül oldalról a trochanter major levésésével, b) a csipőtaraj mentén a m. tensor fasciae latae átmetszésével és c) a m. pectineuson keresztül. Az a) alatt leirt műtétet egy ízben végezte; betege a műtét utáni 6-ik napon már sétálhatott.

*Muskat* (Berlin) betét nélküli lúdtalpas lábra való cipőt mutat be, melynek lényege a talp erős felhajtásában áll, hozzáalkalmazva a lábboltozathoz. A cipő máris erős elterjedésnek örvend katonai alkalmazásban.

*Colmers* (Heidelberg) a messinai földrengés alkalmával észlelt sérüléseket minémiségük szerint csoportosítva ismerteti; különösen feltűnt a nagy kiterjedésű decubitusok magas száma, melyeknek létrejöttét a törmelékek közt hosszú időn keresztül szenvedett tartós nyomásból magyarázza. Phlegmonék, csonttörések, idegsérülések és ezek nyomán fejlődött bénulások képezték a változatos sérülések anyagát. Mint egészen különös

sérülést említi a több esetben tapasztalt kopaszodást, melyet alopecia traumaticának hajlandó elnevezni.

*Bockenheimer* (Berlin) ázsiai utazásai alkalmával a betegellátás körül szerzett tapasztalatairól számol be; különösen kiemeli az angol fenhatóság alá tartozó területek orvosi intézményeinek tökéletes voltát, szemben a kínaiak primitív és évszázados tradíciókon alapuló közegészségügyével. Japánban mindenütt európai minták után épült kórházakat és igen képzett orvosokat talált.

*Zur Verth* (sorhajóorvos) a német gyarmatcsapatok közt fellépő egynehány jellegzetes betegségről értekezik, ősmertetvén a tropikus bubót, a makacs tropikus alszárfekélyt, a tengeri sün tüskéi által okozott talpphlegmonékat és egy igen kellemetlen gyulladáson alapuló bőrbajt, melyet előtte ismeretlen falevél érintésétől látott.