

AZ  
ORVOSI HETILAP  
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI.

— KÜLÖNLENYOMAT. —

---

1910. LIV. ÉVFOLYAM 18—29. SZ.

---

**Jelentés a német sebésztársaság  
39. congressusáról.**

Ismerteti:

**Vidakovich Kamill dr.**



BUDAPEST,

A PESTI LLOYD-TÁRSULAT NYOMDÁJA.

1910.



A német sebészek munkás buzgalma az idei congressusra is oly hatalmas munkasorozatot teremtett, melynek elvégzésére a gyűlés négy napi tartama is kevésnek bizonyult. Három főkérdés mellett 70 előadás és számos hozzászólás volt a program tárgya. Mint főkérdés szerepelt: az epilepsiának, még pedig úgy a genuin, mint a traumás és nem traumás eredésű Jackson-epilepsiának sebészi kezelése; a mellkas felső nyílása szűkületének (Stenose der oberen Thorax-Apertur) és merev tágulásának (Starre Dilatation des Thorax) műtéti kezelése és végül a féregnyújtványgyulladás kérdése. Míg az első két kérdésben főleg a műtéti javalatok és a műtét technikájának pontos megállapítása körül folyt a vitatkozás, addig a féregnyújtványgyulladás kérdésében a congressus hivatalosan állást foglalt a korai operatio feltétel nélküli végrehajtása mellett, lévén a műtéti beavatkozás ezen módjának legkedvezőbb az eredménye.

Az epilepsia kérdésének referense *F. Krause* (Berlin) és *Tillmann* (Cöln) volt. Az előbbi a nem traumás eredésű, az utóbbi a trauma alapján fejlődő epilepsia kezelését tárgyalta.

*Krause* Jackson-epilepsia 50 és genuin epilepsia 31 esetében végzett műtétet a fejen illetve az agyon, mintegy 8 $\frac{1}{2}$  év óta. Az idetartozó eseteket alkotják a daganatok (cysták, aneurysmák, angiómák, duradaganatok stb.), az encephalitises alapon fejlődött késői epilepsia, valamint sok eset, melynek eredetéről mitsem tudunk. Nem műtéti beavatkozás tárgya a heveny fertőző betegségek, az intoxicatiók (ólommérgezés) és a hysteria alapján keletkezett Jackson-epilepsiák. A kifejlődött baj szerint három fokozatot különböztet meg; az elsőt érzési eltéréseket az izmok bizonyos csoportjában, a másodikon ugyanezeket és kifejezett görcsöket, a harmadikon görcsöket és eszméletlenséget észlelünk, a mi idővel súlyos psychés zavarokra is vezet; az utolsó sorozatnak ezen súlyosabb psychés zavarokkal járó esetei nem alkalmasak a műtéti kezelésre.

A műtéti beavatkozás alapját a sulcus praecentralisban lévő görcscentrúmok teszik. Itt találjuk — a mint *Hitzig* vizsgálatai

kimutatták — a mozgató kéregközpontokat az ismeretes elrendezésben. Az emberben úgy ezen agytekervény, mint a mozgató központok megtalálása igen nehéz, a majomban lényegesen könnyebb. Felkeresésükre ajánlja a villamos izgatást finom elektroddal, melynek izgató ereje csak oly intensiv, hogy a nyelven fibrillumos rángást még nem, csakis izérést kelt. Erősebb árammal bíró elektroddal történő izgatáskor a görcscentrumok különválasztása nem sikerül és súlyos shock is könnyen támad. Ezen módszerrel sikerült az elsődleges primaer görcsközpontokat a gyrus praecentralisban megállapítani, a mely kizárólagos székhelye a görcsös rohamok kiindulásának.

A műtét vagy az itt található kórboneczolástani ok eltávolításában, vagy pedig az elsődleges görcsközpontot alkotó agykéregrészt kimetszésében áll; ez utóbbi esetben a kimetszést kb.  $26 \times 30$  mm.-nyi területen kell végezni egészen a fehér állományig (Victor Horsley szerint). Ezen utóbbi beavatkozás következményeként sokszor észlelünk bénulásokat, aphasiát vagy agraphiát, melyek azonban mindannyiszor visszafejlődnek és hetek alatt nyom nélkül eltűnnek.

Kórboneczolástaniilag a műtétre került esetek az alábbiakban felsorolandó elváltozásokat mutatták: A kemény agyburok daganatai, tömlői és egy esetben a lágy agyburok érdaganata. Igen érdekes elváltozásokat talált az encephalitisés alapon fejlődött esetekben, még pedig: hegeket, megfeszült agyburkokat, sclerosisos agyrészleteket az esetek egy részében, ellágyult góczokat, liquor szaporulatot vagy vizenyős tömlőket mutató lágy agyburkokat az esetek más részében. Ez utóbbiak rendszeren az encephalitis lezajlása után 2—3 évtizeddel kerültek műtétre, számos esetben a kórboneczolástani lelet negatív volt és e miatt úgy ezen, mint az előbb említett esetekben a dispoziciónak is bizonyos fontosságot kell tulajdonítani. Krause tapasztalata szerint ez vagy öröklött, vagy pedig valamely psychés befolyásban bírja alapját. Az operative kezelt Jackson-epilepsiás esetek 50%-ában ért el teljes gyógyulást, lényeges számában javulást, míg sok esetben a műtét hatástalan maradt. Kiemelendőnek tartja, hogy a műtét sok esetben a súlyos állapotot lényegesen megjavítja; több esetet említ, a melyekben az addig munkaképtelen egyént rendes hivatása gyakorlására ismét képessé tette (egyetemi docens, gyárigazgató). A javulás vagy a rohamok megritkulásában, vagy intensitásuknak csökkenésében, vagy pedig a már fennálló psychés zavarok elmulásában nyilvánul.

Genuin epilepsia miatt 31 esetben végzett műtétet kevésbé kedvező eredménnyel (egy gyógyulás, több javulás). Eseteiben a Kocher-féle ventilkészítést végezte, bár Kocher-nek erre vonatkozó elméletével nem ért teljesen egyet, a mennyiben ő a liquor szaporodott voltát nem elsődlegesnek, hanem csak a görcsroham okozta másodlagos elváltozásnak tekinti. Hivatkozik Bier kísérleteire,

a melyek szerint az epilepsiás egyének nyakára alkalmazott gummi-pólyával rohamot kiyáltani nem lehet, ellenkezőleg, a rohamot néha gyöngíteni sikerül. A gyakorlatban azonban az eljárás beválik.

Végezetül az epilepsia operatív kezelésének nagy socialis fontosságáról beszélt Németországban, hol minden 1000 lakosra egy epilepsiás esik.

*Tillmann* (Cöln) a traumás eredetű epilepsia sebészi kezelését tárgyalja. A trauma vagy direkte a centrális agytekervényt érte, vagy pedig a koponya valamelyik más, távolabbi részét.

A rohamok a trauma után csak hónapokkal, évekkel, néha évtizedekkel jelentkeztek, sok esetben a traumás eredetet az anamnesisben meg sem lehet állapítani, csak a helybeli elváltozások utalnak ilyen eredetre. Az esetek nagy számában az epilepsia nem közvetlenül trauma után fejlődik, hanem agyrázódás után. A fejsérülések közül különösen azok alkotják a későbbi epilepsia okát, a melyek vagy hosszas genyedéssel gyógyultak csak, vagy sebészi ellátásban nem részesültek; így sikerült kimutatnia, hogy 300 eset közül 291-nek sérülése nem kezeltetett megfelelően, ide sorozandók azon esetek is, melyek koponyalékelés után keletkeztek. Az esetek  $\frac{1}{10}$  részében egyéb ok híján ismét csak a dispositio felvételére vagyunk utálva.

Az esetekben talált elváltozások különbözők voltak, így talált vizenyős lágy burkokat, összenövéseket, hegeket, bullákat a lágy agyburkon, melyeknek eltávolítása után az agykéreg néha belöveltnek látszott, csontszilánkokat, csonthártyaegyenetlenséget, melyek közvetlenül az agykérget izgatták. Az esetek legnagyobb számában megszaporodott liquort, erősen megfeszült durát látott, úgy hogy az agyvelő lüktetése ezek mellett alig, vagy egyáltalában nem volt észlelhető. Egy esetben a helybeli lelet negatív volt. A műteti beavatkozás a csontegyenetlenségek, exostosisok, cysták, hegek kimetszésében és az esetleg így keletkezett kemény agyburokhiány gondos pótlásában áll. Legkedvezőbb eredményt azon esetek nyújtanak, a melyekben kifejezett kórboneczolástani elváltozást találunk; a melyekben ilyen nincsen, a Kocher-féle ventilkészítés ad igen jó eredményt.

Az említett módon összesen 20 esetet operált a következő eredménnyel: 12 eset (60%) teljesen meggyógyult, 1 esetben lényeges javulást ért el, 1 eset halállal végződött, 2 eset felől ez idő szerint még nem tud nyilatkozni, a többiben eredményt nem ért el. Mindezek alapján a traumás eredetű epilepsiát operálandónak tartja.

*Federmann* (Berlin) 5 genuin epilepsiás esetet operált, melyek közül egyben teljes gyógyulást ért el.

*Friedrich* (Marburg) 25 esetben végzett koponyalékelést epilepsia miatt; legnagyobbbrészt genuin esetek voltak. 3 csoportban tárgyalva, az elsőbe a 11—7 év előtt, a másodikba a

7—3 év előtt, a harmadikba a 3 évnél rövidebb időn belül operáltak tartoznak. Az első csoportba 11 esetet soroz, köztük 1 teljes gyógyulás, 1 részleges gyógyulás (időnként gyöngye ködös állapot), 3 javulás van; a második csoportban találunk 2 gyógyulást, 1 javulást 6 eset közül; a harmadik csoport 8 esete közül 1 javult, a többi változatlan állapotban van.

Eleinte a Kocher-féle ventilkészítést végezte, az utóbbi időben a Horsley-féle kéregkimetszéstől látott jobb eredményt. Teljesen megegyezik Krause-val a görcscentrum megtalálhatóságának nehéz voltában, a mit néha még az a körülmény is súlyosbít, hogy a mozgató centrumok elhelyezése nem pontosan körülírt, hanem egymással többé-kevésbé összefolyó.

*Kümmel* (Hamburg) igen jó eljárásnak tartja a ventilkészítést; bár az eljárásnak azt lehetne gyöngéjéül felróni, hogy a készített szelep sok esetben hamarosan ismét bezáródik, a mint erről meggyőződhetett egy esetében, melyet kénytelen volt újból megoperálni. Összesen 22 esetben operált, ezek közül 2 tizenegy év után is teljesen rohammentes, 3 pedig lényegesen javult. Igen ajánlja az epilepsia minden fajtájának operatív kezelését, mert sok olyan esetben is akadunk korbonzolástani elváltozásokra, a melyben az anamnesisből ilyenekre nem következtethetünk. Ha a kedvező eredmény idővel ismét elveszne, ajánlja az újból való operálást.

*Garré* (Bonn) nagy óvatosságra int a műtéttel szemben, mert a nem helyesen megválogatott esetek a műtét hitelét nagyon ronthatják. Főleg ne operáljunk nagyon korán; előbb valamennyi belgyógyászati módszert meg kell kísérelnünk, s csak ezek sikertelensége esetén szabad a késhez nyúlnunk. A kéregexcióival egy esetben nemcsak hogy nem sikerült a rohamokat befolyásolni, hanem utána állandó bénulásokat észlelt.

Különös figyelmet érdemel egy esete, a melyben a lágy agyburok gyűjtőereinek tágulásozó állapota okozta az epilepsiát. Az erek körülöltése után beteget meggyógyult.

Végezetül a fejsisak vérzésének csillapítására szerkesztett fogót mutat be, melyet assistense, *Makkas* szerkesztett.

*Wendel* (Magdeburg) 1 esetet operált jó eredménnyel és pedig Braun-féle helybeli érzéstelenítésben. Dicséri a helybeli érzéstelenítés jó hatását, a mely lényegesen megkönnyebbiti a görcscentrum fölkeresését; ennek gyöngye mechanikai izgatásakor a megfelelő helyen először is érzésszünet jelentkezik, még mielőtt rángások mutatkoznak.

*Braun* (Göttingen) figyelmeztet az óvatosságra, melylyel a műtét útján elért eredményeket megítélnünk kell, mert bizonyos az, hogy az epilepsia magától is meggyógyulhat, mint a hogy jó eredményeket véltek annak idején a sympathicus nyaki dúczainak kiirtásától is látni.

Sikertelenség esetén ajánlja a többszörös operálást, miként azt egy esetben végezte, a hol csak a harmadizben végzett kéregkimetszés után következett be a gyógyulás.

*Kocher Th.* (Bern) Krause-nak válaszolva kijelenti, hogy sohasem tartotta az epilepsia egyedüli okának a liquor-szaporodást; mindenesetre izgalmi jelenségnek tartja, a melyet eseteinek legnagyobb részében positiv elváltozásként megtalált. Ezt a tensio-emelkedést a ventilkészítés meg tudja szüntetni és hogy ezzel együtt mily kedvező irányban tudja az epilepsiát is befolyásolni, azt a gyakorlat eléggé igazolja.

*Hesse* (Stettin) a Neisser-Pollak-féle agypunctio gyakorlati alkalmazásáról tárgyalva kiemeli az eljárás előnyeit úgy körjelzési, mint gyógykezelési szempontból. Diagnostikai szempontból különösen a többszörös agyvérzések megállapításakor bizonyult értékesnek és olyan esetekben, a melyekben (heveny sérülések) a beteg felette rossz állapota miatt a koponyalékelésre gondolni sem lehetett. Az agnyomásnak a szűrással történt megszüntetésével a beteg érőbeli állapota annyira javítható volt, hogy később a trepanatio végzésére alkalmassá vált. Gyógykezelési szempontból különösen a sérülések után később jelentkező vérzések ellen (agnyomás) alkalmazta sikerrel.

*Wendel* két esetben alkalmazta az agypunctiót, és pedig egy esetben a nagy agysarló cystáját tudta vele diagnoskálni, egy másik esetben pedig a homloklebenyből a kisagy felé csúszott löveget tudott vele lokalizálni.

*Franz* (Berlin), ki Krönlein-féle koponyalövési sérülés újabb három esetéről tesz említést, eseteinek magyarázatára a régi elméleteket elégteleneknek tartja. Szerinte két momentumnak kell jelen lennie; az egyik az agynak az alapjáról való leválasztása, a másik a koponyának felül való megnyitása. Az elsőt a lövedék directe okozza, az utóbbit indirecte; saját energiájának a koponyára való átruházása által. A többi esetben említett, péppé való morzsolás az agynak szerinte vagy a lövedék rendellenes haladásától, vaga a koponya szilánkos törésétől, vagy végre rothadásos folyamatoktól volt feltételezve.

*Hildebrand* (Berlin) a gerinczagysebészet terén végzett műtéti eljárásokról és velük elért eredményekről számol be. Azt hiszi, hogy a gerinczagysebészetet kissé elhanyagoltuk. Műtéti beavatkozásokra szerinte eléggé hálás teret nyújtanak a heveny sérülések (vérzések), a gerinczacsatorna gümőkóros megbetegedései és végre a gerinczagydagatok. Sokszor okoz nehézséget az elváltozások helyének és kiterjedésének klinikai megállapítása, a miért is vérzés eseteiben korai operálást ajánl; azt hiszi, hogy a bénulások kifejlődése, elrendeződése, a reflexek viselkedése, valamint a disszociált érzés-zavarok e tekintetben némi felvilágosítást fognak adni. Számi-

tásba veendő még a gerinczesatorna feltárása által okozott meggyöngtülése a gerinczoszlopnak, mely a gerinczoszlop ágyéki részén alig, a háti részén már inkább, a nyaki részén pedig igen jelentékenyen észrevehető.

I. *Vérzések a gerinczvelőben vagy a gerinczesatornában* kedvezően befolyásoltatnak szerinte a vérzés helyének korai feltárása által. Ha tehát a sérülés után a bénulások rövid időn belül nem javulnak, akkor tárjuk fel a gerinczesatorna megfelelő részét laminektomia útján. Így sikerült neki az első három héten belül több esetben jó eredményt elérni, egy esetben azonban, a melyben végbél- és hólyagbénulás is volt már, a műtét csak ezeket szüntette meg, nem pedig az alsó végtag bénulását is.

II. A műtétre alkalmas esetek 2. csoportját a *gerinczoszlop gümőkóros megbetegedései* alkotják; ezek közül is azok, melyekben kiterjedt gümös sarjképződés vagy gümös daganat okozta a gerinczvelő összenyomását. A műtét sikerének titka itt is a korai operatio, vagyis az olyan időben végzett műtét, midőn a gerinczvelő összenyomása által okozott bénulások még nem javíthatatlan, állandó jellegűek; ajánlja tehát a műtét elvégzését, ha rendszer orthopaediai eljárásokkal nem észlelünk rövidesen javulást. Kilencz ide tartozó esete közül gyógyulást ért el kettőben, javulást háromban, míg négy esete változatlan maradt.

III. A harmadik csoportba a gerinczoszlop és gerinczesatorna képleteinek daganatai tartoznak. Pontos ideggyógyászati localisatio az operatiohoz feltétlenül szükséges. 13 idevágó esete közül meghalt három, a többinek eredménye részben kitünő, részben kielégítő volt.

A Förster ajánlotta hátulsó gyökkimetszés, mint azt az alábbiakban következő bemutatások sorozata igazolja, már igen széles elterjedésnek örvend. Legelőször Küttner (Breslau) számol be nyolcz Little-kóros gyermek sorsáról, kiken a Förster-féle műtétet végrehajtotta. A bemutatott gyermekek egynek kivételével bottal vagy a nélkül saját lábukon járnak, pedig mindannyi a legsúlyosabb állapotban minden akaratlagos mozgási képesség nélkül, tehetetlenül ágyban fekvő beteg volt.

Az operatio végzésekor ajánlja a beteg ágyéki részének magas felpolcolását és a gerinczoszlop széles megnyitását; e célból, ha szükséges, még az ívek izületi végei is eltávolítandók. Ha csak lehetséges, egy ülésben operál, a két ülésben való operatiót az asepsis veszélyeztetett volta miatt nem tartja célszerűnek, a mint erről két esetében meggyőződhetett. Különös gondot fordítunk arra, hogy a gyökök műtét közben meg ne csavartassanak, mert különben igen nehézé válnék a gyökök széjjelválasztása. Műtét után gipszágyban rögzíti a végtagokat abdukált, nyújtott és kifelé rotált helyzetben. Az utókezelést igen korán megkezdi. Nem



tudja eléggé hangsúlyozni annak következetes, kitartó keresztülvitelét. Az izomzatnak elfajulásán alapuló elváltozásai későbbi orthopaediai műtéti beavatkozást is tehetnek szükségessé. Az eredmény csak igen lassan válik tökéletessé, mert hiszen olyan egyéneknek talpraállításáról és járni tudóvá tételéről van szó, kik alsó végtagjaikat akaratlagosan sohasem tudták beidegezni. Mindeme nagy fáradságért jutalomképpen ama nagy örömeire hivatkozik, a melyet mindannyiszor érzett, valahányszor egy-egy ilyen tehetetlen kis betege saját lábán kezdett járkálni.

*Förster* (Breslau) ismerteti Gottstein öt, műtéttel kezelt esetét. Mind az öt esetben felnőttről volt szó. Köztük kettőt vesztett el. Gottstein szintén az egy ülésben való operálás híve, az izomzatot tompán választva le tapadási helyéről, a gerinczagyvéréseket adrenalinnal szünteti meg. Egyébként úgy jár el, mint Küttner; a végtagokat redresszált formában helyezi gipszágyba; azt hiszi, hogy ilyen módon sok tenotomiának tudja az élejét venni.

*Wendel* egy esetben végezte a hátulsó gyökök kimetszését egy betegén, kin gerinczvelő-szűrés után a spasmusos bénulások oly mértékben jelentkeztek, hogy alsó végtagjait használni nem tudta. A sérülés és műtét pontos leírása után bemutatja a beteget, kin ez idő szerint a görcsös bénulások helyett részleges petyhüdt bénulások állanak fenn s a ki botok segítségével ismét tud járni. A javulás szerinte még mindig folyamatban van.

*Klapp* (Berlin) hat esetet mutat be, a melyek a Bier-féle klinikán operáltak. Az egy ülésben való műtét híve, egyébként úgy jár el, mint azt Küttner előzőleg ismertette. Tapasztalatai alapján mondhatja, hogy az eredmény közvetlenül az operatio után a legjobb, a spasmusok később kisebb-nagyobb fokban ismét visszatérnek; azt hiszi, hogy erre a liquor-vesztésnek és a műtéti shok-nak van befolyása; nem híve az előzetes javító műtéteknek.

*Biesalsky* (Berlin) két esetben végezte a műtétet; egyik betege genyes jodeczema után támadt agyhártyagyulladásban pusztult el. A műtétet súlyosnak és veszélyesnek tartja, a miért is czélszerűbbnek mondja körülbelül egy évig az összes szóba jöhető orthopaediai műtétek végzését és csak ezek sikertelensége esetén tartja megengedhetőnek a Förster-operatiót.

*Göbell* (Kiel) két esetet operált Förster szerint; ő is azt tapasztalta, hogy a spasmusok egy része bizonyos idő múlva ismét visszatér, miért is azt a kérdést intézi Förster-hez, vajjon nem tartja-e lehetségesnek, hogy a gyökök végei közt regeneratio jó ismét létre, s ha igen, ennek elkerülésére ajánlaná a gyökök centrális végének visszavarrását a gyöktörzsbe.

*Brodnitz* (Frankfurt a. M.) öt esetben végezte a Förster-műtétet; eredményei jók. A két ülésben operálás híve, mert tart

a shoktól; az első ülésben csak skelettez. Az infectio ellen ajánlja a liquorfolyás elkerülését, a mit a kemény agyburok pontos varrásával lehet elérni.

*Franke* (Braunschweig) nem hive a Förster-műtétnek Little-kórban, inkább helyénvalónak tartja a javító műtéteket. Tabeses súlyos gyomorkrízis egy esetében kitépte a megfelelő intercostalis idegek gyökeit; az eredmény teljes volt.

*Tietze* (Breslau) két ülésben operál. Összesen kilencz esetben végezte a műtétet, még pedig hat Little-kóros betegen és egy-egy spondylitásban, myelitásban és sclerosus multiplexben szenvedő betegen; ez utóbbi három meghalt. Úgy látszik a gyermekek jobban tűrik a beavatkozást, mint a felnőttek.

*Moskowitz* (Wien) egy tabeses és egy Little-kóros betegén végezte a műtétet. Ez utóbbit 14 nappal a műtét után hasonlóképpen vesztette el, mint Biesalsky.

*Spitzky* (Grác) ajánlja a javító műtéteket, a melyeket egy esetében végzett (radialis-medianus-egyesítés).

*Küttner* zárószavában kiemeli, hogy a műtét eredményei felett véglegesen nem nyilatkozhatunk még; az bizonyos, hogy benne oly eljárást birunk, a melyikkel egy másik sem veheti fel a versenyt. A regenerációra nézve azt hiszi, hogy kellő kimetszés után a gyökök újból nem egyesülhetnek. A javító műtéteket csakis a Förster-féle operatio eredményének állandósulása után tartja jogosultnak. A kettőt nem szabad egymástól szigorúan elkülöníteni vagy egymással összehasonlítani, mert mást-mást czéloznak, a Förster-operatio csakis a göresös bénulásokat szünteti meg, az utóbbi pedig a deformitások korrigálja. A Förster-műtét anyagát csak a súlyos esetek kell, hogy szolgáltassák. Ő is azt tapasztalta, hogy gyermekek általában jobban tűrik a beavatkozást. Rosszúl tűrik a gerinczvelő-megbetegedésben szenvedő felnőttek, különösen a tabesések, mert ezek egyébként is súlyos betegeknek tekintendők. Ő maga is látott súlyos bélparalysiseket és bénulásokat ezeken a műtét után.

*Förster* az orthopaediai műtéteket illetőleg egy állásponton van Küttner-rel. A gyökregenerációt illetőleg azt hiszi, hogy az az emberen éppen úgy lehetetlen, mint a hogyan az a kutyára nézve kísérletileg be van bizonyítva.

*König* (Berlin): A rákos megbetegedésekben használatos eljárásokat bírálgatja, különösen a felső állcsont rákjára való tekintettel, és arra az eredményre jut, hogy ez idő szerint is még mindig a gyökeres operatio a legtöbbet ígérő eljárás. Ennek igazolására 8 gyógyult betegére hivatkozik, a kik közül hármat bemutat; ezek 24, 23 illetve 18 év óta recidivamentesek, pedig mindhárom úgyszólván inoperabilis állapotban került hozzá. A felső állcsont rákjának 48 esetében végzett műtétet 39% halálzással.

Ajánlja gyökeres módszerét ezen bajban, mely műtetre annál is alkalmasabb, mivel mirigyáttételeket aránylag csak későn okoz.

*Sticker* (Berlin) szerint a Bier-klinikán 26 esetben irtották ki a felső állcsontot rák miatt, 4 esetben végleges, 5-ben relatív gyógyulással.

*Aschner* (Bécs) fiatal kutyák *hypophysist*ét távolította el, megfigyelve az elváltozásokat, melyeket az egy ellésből származó testvéreikkel szemben mutattak. Cushing-gal szemben, ki a hypophysis eltávolítását halálosnak tartotta, azt igazolhatja, hogy ha a kivételkor a harmadik agykamara megsértését el tudjuk kerülni, az állatok nem pusztulnak el, de idővel igen jellegzetes elváltozásokat szenvednek. Legszembeötlőbb tünet a növekvésben való visszamaradás testvéreikkel szemben; csontrendszerük a rachitiséhez hasonló elváltozást mutat; a nemi szervek erősen hypoplasiásak maradnak; a szőrzet lanugoszerű; a teherben volt nőstény a műtét után elvetélt, a him kutya spermájában bizonyos idő múlva ondószálcsákat már nem lehetett találni. Ezen állapotot cachexia hypophyseoprivanak nevezi.

Összehasonlítva ezen állapotokat a hypophysis álképletes elváltozásaiban észlelhető túltengésekkel, arra a következtetésre jut, hogy utóbbiak a hypophysis fokozott működésének következményeképpen tekintendők, és azt hiszi, hogy az igazi emberi törpenövés is a hypophysis rendellenes fejlődésében vagy hiányában birja okát. Miért is ilyen esetekben hypophysis-tabletták adagolását ajánlja.

*Voelcker* (Magdeburg) Habs által operált hypophysis-daganat készítményét mutatja be, melylyel az eddig gyakorolt műtéti eljárások elégtelen voltát igazolja.

*Hirsch* (Wien) új műtéti eljárást közöl, melylyel egy esetben hypophysisdaganatot sikerült eltávolítani. Hosszasan kifejti eljárásának előnyeit az eddig használatos eljárásokkal szemben; ezek szerinte a több ülésben végzett műtét egyes szakaszainak rövid tartamában, a vérvesztés csökkentésében, valamint a narcosis elkerülésében állanak. Eljárása a következő: egy-egy ülésben helybeli érzéstelenítéssel eltávolítja a középső kagylót, majd a rosta-csontot, az iköböl elülső és végül a hypophysis-agy csontos falát is.

*Wullstein* (Halle a. S.) a használatos eljárásokat az asepsis szempontjából kifogásolja, mert útjukat az orrüregen keresztül veszik; azért oly eljárást dolgozott ki, melylyel ezt el tudja kerülni. Ő a homloköblök felett a homlokcsonton keresztülhatol az agy-alapra; ez elülről könnyen sikerül, mert a falx cerebrinek a crista gallival határos részében gyűjtőeres öble nincsen; ő a falxot itt átmetszi, miáltal az agy felemelésének mi sem állván már útjában, a hypophysist akadálytalanul elérheti. A Hirsch-féle operatio gyenge betekintést nyújt és legfeljebb a hypophysis tömlős daganatai tartalmának lebecsátására alkalmas.

Végül igen alkalmas eszközt mutat be a fejszak vérzésének megakadályozására (gummibéléssel bíró, összeszorítható fémkorong).

- *Rosner* Schloffer szerint szerencsésen eltávolított hypophysisdaganatot mutat be.

*Exner* (Wien) a Schloffer-féle műtét híve, melylyel két esetet szerencsésen megoperált. Az egyiknek felemlítését azért tartja érdemesnek, mert betegének mensesei, a melyek a daganat fennállása óta szüneteltek, a műtét után ismét visszatértek.

*Schloffer* (Innsbruck) azt hiszi, hogy *Hirsch* esetében tömlőről volt szó, melyek műtévése a *Hirsch*-féle eljárás alkalmas lehet. A *Wullstein*-féle műtét, mint arról hullán meggyőződhetett, veszélyes, mert egyrészt az agy felemelése könnyen okoz ér- és idegszakadást, másrészt, ha a homloköblök igen nagyok, megnyitásuk elkerülhetetlen s így a fertőzés veszélye ismét csak megvan.

*Borchardt* (Berlin) megerősíti *Schloffer* állítását; ő élön végezte a *Wullstein*-féle műtétet, de szerencsétlen eredménnyel. A *Hirsch*-féle műtétet ő is elégtelennek tartja solid daganatok eltávolítására.

*Sauerbruch* (Marburg) kiindulva azon tényből, hogy a mechanikai tényezők megváltoztatásával a különböző testrészek vérteltségét meg tudjuk másítani, a törzsnek nemleges nyomás alá helyezésével a fej vértartalmát igyekezett leszállítani, vértelenebb operálhatás céljából. Ezen elmélete, mint azt állatkísérletei bizonyították, a gyakorlatban is bevált: a törzs és végtagok a negatív nyomás alatt megteltek vérrel, míg a fej és nyak compensatoriusan vértelenné vált. A vér megkevesbedése csak a gyűjtőereken volt megállapítható, a vastag falú verőerek nem változtatták vértartalmukat. Állatokon veszély nélkül annyira fokozhatta a nemleges nyomást, hogy a fej szövetei majdnem egészen elhalaványultak. Az eljárást emberen is megkísérelte, de változó eredménnyel; úgy, hogy míg egyes esetekben már 20 mm.-Hg negatív nyomásnál majdnem vértelenül dolgozhatott, addig más esetekben magasabb nyomás mellett sem látott eredményt.

*Anschütz* (Kiel) azáltal igyekezett a fejen vértelenül operálni, hogy a végtagok tövén alkalmazott gumipólyával a vér nagy részét ezekbe gyűjtötte. Alkalmazta a *Sauerbruch*-féle eljárást is, melynél egy esetben a nemleges nyomást 40 mm.-ig emelte a nélkül, hogy kellemetlenséget tapasztalt volna. Eredményei ugyanolyanok mint *Sauerbruch*-éi.

*Klapp* (Berlin) éppen úgy járt el mint *Anschütz*. Az így végzett altatások alkalmával elfogyasztott altatószer mennyisége minimális; a narcosis nyugodt, az ébredés a pólyák levétele után majdnem azonnal bekövetkezik.

*Lotsch* (Berlin) új túlnyomásos altató-készülékét mutatja be, melynek előnye, hogy az altatószert nem kell csepegtetni.

*Kuhn* (Kassel) túlnyomásos altató-készülékét javított állapotban mutatja be.

A congressus második főthemája volt a *mellkas felső nyílásának szűkületé és a mellkas merev tágulásának sebészi kezelése*. Előadói: *Freund* (Berlin) és *Mohr* (Halle).

*Freund* az említett két körkép kóroktanát igyekszik megállapítani egyetemben azon káros befolyásokkal, melyeket a tüdőre gyakorolnak. Elsőben a két kóralak leírásával foglalkozik.

Keletkezésüket illetőleg az elsőt az első bordaporcz rendellenes fejlődésére vezeti vissza, mely a mellkas ezen részének összeszorításához s így a tüdő alakbeli és működésbeli elváltozásai révén a tüdőcsúcsok gümös megbetegedéséhez vezet. Az első bordaporcz a lélekző izmok működése folytán törést is szenvedhet, következményes álizületképződéssel a törés helyén. Az ezáltal feltételezett mozgóképessége a mellkasnak oka lehet a tüdőcsúcsgümőkór gyógyulásának, ha a baj még nem vitt véghez túlnagy pusztítást.

A mellkas merev tágulása hasonlóképpen elsődleges elváltozásnak tekintendő, melynek oka egy az összes bordaporczokban lefolyó és azok elcsontosodásához vezető folyamat. Kezdetben a porcok megduzzadnak, megsárgulnak, szövetük rostos lesz; később barlangok képződnek bennök és csontos góczok, melyek egybefolyva a porcot egyenetlen, göbös, csontos szövetté alakítják át. Végeredményben a megnyúlt és megkeményedett porcok a mellkast rideg, kitágult vázzá alakítják át. A tüdő kénytelen lévén a mellkas tágulását követni, szintén kitágul és emphysemássá válik.

Mindkét esetben műtéti beavatkozást ajánl, mely az első esetben az első bordaporcz, a másodikban a harmadik, negyedik és ötödik bordaporcz eltávolítása útján a mellkasnak újból mozgékonytá tételében áll.

Miként az első esetben csak akkor szabad végezni a műtétet, ha a tüdőfolyamat a csúcsra szorítkozik, a második bordán túl még nem terjed, úgy a merev mellkastágulás mobilisatiója is csak olyan esetekben javalt, a melyekben a tüdő, a szív és a rekeszizom elváltozásai még nem nagyon előrehaladtak.

*Mohr* a *Freund*-műtét javalatait tárgyalja. Elsőben pontos klinikai képét igyekszik adni a *Freund*-féle mellkasnak. Ezen megtapintásra is feltűnik a bordák egyenetlensége és merevsége, a miről tüvel való megszurkálással is meggyőződhetünk. A rendes bordaporcz engedékeny, ruganyos, míg a szóban levő bajban meszes, csontos, kemény. Pontos Röntgen-kép jól mutatja a porc elcsontosodását. A mellkas a legfokozottabb belégzési helyzetben van, be- és kilégzéskor alig változik. A rekesz ellapult, a tüdő alsó határai belégzéskor alig szállnak le. A mellkastágulás ezen fajtájától pontosan megkülönböztetendők a következő, műtetre alkalmatlan alakok: az izomműködés folytán létrejött tágult mellkas, a

paralysises mellkas és az aggkorban létrejövő tágult mellkas. Az ezen mellkasformát kísérő hörghurut és asthmás állapot nem ellenjaválja a műtétet. A tapasztalás azt mutatta, hogy a műtét mindkettőre kedvező befolyással van: Komolyabban itélendők még a vérkeringés részéről fennálló zavarok; ha nagyobb fokúak; akkor csak az esetben engedik meg a műtét végrehajtását, ha előző belgyógyászati kezelésre megjavulnak vagy megszűnnek. Nagyobb fokú myocarditis, arteriosclerosis, de főleg aneurysma feltétlenül ellenjaválja. Ez utóbbi azért, mert a műtéttel az érfal tágulásának a környező szövetek részéről fennálló akadályát megszüntetnök.

A műtétet tehát nagyon későn nem szabad végezni, de nagyon korán sem. Addig, míg a mellkas mozgékonyágát még nem veszette el teljesen, igyekezzünk mellkastornázi és spirometriás gyakorlatokkal a mellkas működéskéességét fokozni; de ha a merevség már bekövetkezett, ne várjuk meg a következmények kifejlődését, hanem nyúljunk a késhez.

Sokkal nehezebben állapíthatók meg a tüdőcsústuberculosis műtétének javalatai, már csak azért is, mert a mellkas felső nyílásának szűk voltát a betegágyon igen nehezen lehet kórjelezni. Eddigi megfigyelései és tapasztalatai — 7 eset — még oly hiányosak, hogy a műtét végleges értékéről nem mer nyilatkozni. Az tagadhatatlan, hogy igen jó eredmények is vannak. Többek között hivatkozik egy munkásra, ki daczára igen szegényes és hygiene-ellenes viszonyainak, a műtét után teljesen meggyógyult.

Végezetül összehasonlítást tesz az ő eljárása és a Brauer-Friedrich-féle módszer között, mely a tüdő teljes nyugalombahelyezésével igyekszik ugyanazon célt elérni.

*Hansemann* (Berlin) a Freund-féle műtét javalatainak kórbonczolástani alapjáról beszél. A tüdőcsústuberculosisist nem szabad szerinte — legalább kezdetben — tisztán bacilláris hajnak tekinteni; létrejöttéhez bizonyos praedisponáló momentumok szükségesek, ilyen többek között a mellkas aperturájának szűkülete. Ennek hátrányos következményeit a Schmorl-féle barázdán ismerjük fel; hasonló, a mellkas rendellenességeitől feltételezett, a tuberculosis okául szolgáló befolyásokat láthatunk a tüdőnek egyéb helyein is szerepelni (egy esetben törött borda).

Ezen diszpozícióként szereplő anatómiai elváltozások eltávolítása illetve megszüntetése alkotja a Freund-féle műtét alapját.

A továbbiakban a tüdőelváltozás azon fokait tárgyalja, melyek mellett a műtétől még várható eredmény. Ide számítja a harmadik bordáig terjedő gümökóros elváltozásokat, melyek még birnak gyógyulási hajlammal, tehát a sajtos folyamatokat, sőt a kemény falú kisebb cavernákat is.

A mellkas merev tágulásának kórbonczolástani alapját a tüdő-tágulás alkotja, a mely a Freund-féle esetekben másodlagos jelen-

ségnek tekintendő, szemben az elsődleges emphysemával, mely a tüdő veleszületett gyöngeségének következménye. Míg amott az alveolusok tágulása csak a mellkas vongálásának következménye, addig emitt a tüdőszövet, főleg a rugalmas rostok pusztulásából származik az emphysema: A Freund-féle emphysema tehát sui generis betegségnek tekintendő. A két kóralak közti különbség a bordaporcok állapotában is nyilvánul; míg az essentialis emphysemában normálisnak találjuk őket, addig a Freund-féle körképben megtaláljuk a Mohr által említett elváltozásokat. Eredményt a műtét csakis az utóbbi esetekben fog nyújtani. A hörgőhurut, az asthmás állapot és a vérkeringés kisebb fokú zavarai szerinte nem ellenjavallják a műtétet; nem ajánlja azonban szivizomtültengés mellett a műtét végrehajtását, mert a szivizomzat visszafejlődése a vérkeringési akadályok megszüntetésével, mint a többi szerveké is, csak az izomzat elfajulásával (hegképződéssel) járhatna együtt.

*Velden* (Düsseldorf) 10 operált eset kapcsán a műtét eredményét ismerteti. Ez szerinte is első sorban az esetek helyes megválasztásától függ és úgy subjectív, mint objectív következményekben nyilvánul. Az előbbiekhöz tartozik a légvétel megkönnyebbülése különösen az álom nyugodtabb volta a mellkasi légzés helyreállása folytán, a mi különösen férfiakon lesz szembetűnő, kik tudvalevőleg éber állapotban inkább hasi jelleggel, álomban pedig inkább mellkasi jelleggel légzének. Ide sorozzuk még az asthmás rohamok elmaradását és a köhögés könnyebbé válását a hörgőhurut megjavulása folytán. Az objectív következmények a mellkas laposabbá válásában, a ki- és belégzés alatti mozgáskilengés megnövekedett voltában, a vitális kapacitás megnövekedésében és a tüdő alsó határának légvétel alkalmával való erősebb leszállásában nyilvánulnak. A bordaporcok helye besüppedések alakjában kitapintható azon esetekben, a melyekben a porczzal a perichondrium is eltávolított; ha ez nem történt, a porcok helyén csontos egyesülés jön ismét létre. Készítményt mutat be, mely világosan mutatja a kiirtott porc helyén képződött alízületet, illetve rostos kötőszövetes egyesülést. Eseteiben a 2., 3., 4. és 5. borda porcát távolította el a fentemlített módon.

*Seidel* (Dresden) több esetben végezte a Freund-műtétet; két esetét  $2\frac{3}{4}$  illetve 2 év óta pontosan megfigyelhette. A műtét eredménye az operált mellkassfél lelapulásában és a mellkasi kilengések megnagyobbodásában nyilvánul. A porcvégek nem egyesültek, helyükön csak kötőszövet fejlődött. A műtétet illetőleg megjegyzi, hogy csak egyoldalt végzi; az említett bordaporcokon kívül még a hatodikat is eltávolítja 5 cm.-nyi hosszúságban.

*Friedrich* szerint a műtét hatása feltűnő és a mint azt a már 1908-ban bemutatott esetek továbbfigyelése igazolja, állandó is. Annál figyelemreméltóbb ezen javulás, mert eseteiben, daczára

a porcok pontos eltávolításának, közöttük ismét csontos egyesülés jött létre. A mellkas kitérései légzésekor sem változtak meg feltűnően, egészben véve az operált mellkasfél laposabb lett. Kiemelendőnek tartja a betegek momentan megkönnyebbülését már az első bordaporcz átmetszése után. A Freund-féle elmélet helyességét a műtét kedvező eredményei igazolják, bár a műtét utáni leletek nem világítják meg minden tekintetben az elmélet részleteit; bizik abban, hogy a műtét technikai kivitelének megjavításával az eredmények még kedvezőbbek lesznek.

*Stieda* (Halle) súlyos asthma miatt végezte kedvező eredménynyel egyik esetében (összesen három esete van) a műtétet. A porcoczal együtt a csontból is eltávolít egy darabot.

*Frangenheim* (Königsberg) hasonló kedvező eredménynyel végezte a műtétet, úgy járván el, hogy altatásban mindkét oldalt eltávolította az említett bordaporczokon kívül az elsőt is.

*Hirschberg* (Frankfurt a. M.) súlyos asthma bronchialeban szenvedő 12 éves leányon végezte a műtétet, mely után a rohamok három hónapig elmaradtak, de azután régi hevességükben ismét jelentkeztek. Ekkor álizületet csinált a szegycsonton, mire a rohamok véglegesen megszűntek. Ez utóbbi műtétet ezelőtt 1 $\frac{1}{2}$  évvel végezte.

*Harras* (Berlin) a mellkas felső nyílása és a tüdőtuberculosis közti összefüggést illetőleg hullákon végzett tanulmányokat, és azt találta, hogy míg 100 szűk ápturával bíró mellkasnál a tüdőcsúcsban 85 esetben talált gümös elváltozásokat, addig tágabb felső nyílású mellkas mellett 100 eset közül csak 25-ben voltak ilyenek észlelhetők. A műtét eredményét szerinte kedvezőtlen irányban befolyásolja az a körülmény, hogy az első bordán végzett álizület csakis a merevséget szünteti meg; nem hiszi, hogy a mellkas felső nyílásának szűkülete is megszűnik a műtét után.

*Körte* (Berlin) három hónappal a Freund-féle műtét végzése után meghalt betegének készítményét mutatja be, melynek tanúsága szerint a porc helyén ismét csontos egyesülés jött létre.

*Wullstein* (Halle) azt hiszi, hogy a Freund-műtét nem szünteti meg a mellkas merevségét; a mellkast ugyanis egészében rideg gyűrűnek kell tekintenünk, mely csak akkor szakad meg, ha egészében átmetszszük; egyes bordaporczok eltávolítása elégtelen e czél elérésére. Azért a porcok részleges eltávolítása helyett a szegycsont belsejéből hosszú darab eltávolítását ajánlja. Ezzel nemcsak az a kérdés nyerne végleges megoldást, vajjon egy-vagy kétoldalt operáljunk-e, hanem el volna kerülve a nehézség és veszély is, mely a porcok eltávolításakor a vékony pleura megsértése miatt mindig kísért.

*Wilms* (Basel) új elméletet közöl a golyva kóroktanát illetőleg. A golyva elterjedtségét tanulmányozva, azt észlelte, hogy az Svájcznak főleg tertiaer képződményű vidékein feltűnő, míg a



Jura-korszak vidékein hiányzik, miért is azt hiszi, hogy a golyva a tertiaer kor őszálatainak maradványaiból a vízbe került toxinoktól vagy fermentektől van feltételezve. Elméletét megerősíti az, hogy tertiaer talajból származó vízzel patkányokon olyan pajzsmirigymegnagyobbodásokat sikerült előidézni, melyeknek szövettani képe az emberi golyvától miben sem különbözik. Hogy nem a vízben lévő valamely mikroba okozza a golyvát, azt azzal sikerült bebizonyítani, hogy a megszürt víz nem veszíti el golyvát okozó hatását. A ferment- vagy toxinelmélet mellett szól az a körülmény is, hogy a 70—80<sup>o</sup>-ra felmelegített víz a patkányok pajzsmirigyére hatástalanná vált. Magát a toxint mindezeideig nem sikerült kimutatni, a golyvát okozó víz legfeljebb annyiban rendellenes, hogy ammoniak-tartalma kissé megnövekedett. A golyvát okozó víznek jó hatását a Basedow-kórra észlelhette egy betegén, ki valahányszor golyvás vidékre került, mindig lényeges javulást észlelt.

*Kocher Th.* a jod szerepéről értekezik a Basedow-kór keletkezésében. Régi tapasztalat, hogy jod adagolására a golyva néha rohamosan visszafejlődik, sokszor azonban typosos Basedow-kór tünetei között; ez utóbbiak kifejlődését a jodnak egy a pajzsmirigy váladékával alkotott vegyülete okozná, a pajzsmirigy ugyanis nagy mennyiségű jodot tud magában felhalmozni, így sikerült sokszor benne 30—50 mgm.-ot is megállapítani. Mivelhogy nagyobb mennyiségű thyreoidinnek adagolásával szintén sikerült Basedow-kórt előidézni, Kocher azt hiszi, hogy a jodnak a pajzsmirigyre elválasztást fokozó hatása van. Hogy a jodnak milyen mennyisége tud Basedow-kórt előidézni és hogy miért fejlődik az ki az egyik esetben, a másikban pedig nem, azt csak a dispositióval lehet magyarázni. Ezen dispositio szerinte vagy veleszületett, vagy pedig bizonyos ideges állapotban vagy psychés behatásokban rejlik. A therapia szempontjából a jod előidézte Basedow-kórban a jodadagolás azonnali beszüntetése, phosphatok nyújtása, esetleg a golyva eltávolítása jön szóba.

*Kocher A.* (Bern) 160 Basedow-kóros egyéneken és eltávolított pajzsmirigyeiken végzett vegytani és szövettani vizsgálatokat és ezek eredményét ismerteti. Sikerült neki megállapítani az aránytalanságot, mely a pajzsmirigy jodtartalma és a jodkiválasztás között fennáll s mely igazolja a pajzsmirigy jodfelhalmozó képességét.

*Schlosser* (Innsbruck) azon körülményeket tanulmányozta, melyek a pajzsmirigy eltávolításakor a *n. recurrens* vagi zavarait okozzák. Ő ugyanis sokszor látott muló jellegű *recurrens-bénulásokat*, olyan esetekben is, a melyekben a *n. recurrens*nek közelében sem dolgozott, vagy mikor az *art. thyreoidea inferiort* a golyvatokon meghagyva kötötte le; pontos vizsgálatait 31 esetben végezte, ezekben kiderült, hogy a működés-zavart sokszor vérömlés vagy pedig vizenyő a hangszalagokon okozta.

*Lotheissen* (Wien) egy esetben a műtét alkalmával átmetsett *n. recurrens* ismét összevarrta. Az idegsérülés következtében beállott bénulások két heti fennállás után elmúltak.

*Klose* és *Vogt* (Frankfurt a. M.) a thymus szerepét tanulmányozták állatokon, melyeknek thymusát eltávolították. Hogy a mirigy életműködését és hiánya esetén a kiesési tüneteket tanulmányozhassuk, a mirigyét oly időben kell eltávolítanunk, a mikor működésének a tetőpontján van. A kutyán ez életének 10—14. napja körül van. Ha a mirigyét ebben az időben távolítjuk el, a következő elváltozások lesznek észlelhetők: Az állatok lomhák, bőruk megvastagszik, elhíznak, ezt a szakot *stadium adiposum*nak nevezik; a második időszakban főleg elfajulási jelenségek mutatkoznak a csontrendszer ellágyulásával, ez körülbelül három hónap alatt szokott bekövetkezni, ez a *stadium cachecticum*, mely végre a *stadium comatosum*ban az állat halálához vezet. Feltűnő ezen cachexia thymiprivában a csontrendszer elváltozása, mely kórbonezolás-tanilag a rhachitis, osteomalacia és osteoporosis változó képét mutatja, főleg csontellágyulással és tömlőképződéssel. A szervezetben feltűnő a mészszegénység.

*Vogt* az idegrendszer részéről a dúc- és gliasejtek plasmájának vizenyős megduzzadását észlelte; hasonló elváltozások vehetők észre a csontvelő sejtjeiben is. Ezen szövettani leletből magyarázza ő a súlyos idegrendszerbeli klinikai tüneteket. Nucleinsavnak következetes adagolásával sikerült ugyanezen kórképet és elváltozásokat előidézni, miért is azt hiszik, hogy a thymus szerepe a szervezetben ezen szerves savaknak (nuclein- és phosphorsav) synthesisében, illetve közömbösítésében (paralyzálás) áll, a mi ha nem történik, a vérbe jutva, a mézsók pusztulását okozzák. A thymusnedv maga is sok nucleinsavat tartalmaz és vele a cachexiát nem lehet megszüntetni. Mindezért azt hiszik, hogy a thymus nem tartozik a belső elválasztással bíró mirigyek közé, hanem hogy csak savközömbösítő hatást fejt ki. A thymuskiirtás a későbbi korban az állatra nézve nem jár veszélyvel.

Az hiszik végre, hogy a thymus és lép működése közt bizonyos összefüggés áll fenn, mely abban nyilvánul, hogy szerepükben egymást felváltják. Ugyanis, ha az említett körülmények között eltávolítjuk az állatok thymusát, a lép mintegy compensatoriusan megnagyobbodik. A lép kivétele előző thymuseltávolítás után az állat halálát okozza.

*Gebele* (München) a fennmaradt thymus mellett Basedow-kór miatt műtett és boncolásra került esetek halálukat kutatta és azt tapasztalta, hogy eseteiben sohasem kellett úgynevezett „thymushalált“ felvennie, a mennyiben a szívben mindig megtalálhatta a halál okát (5 esetet vizsgált 36 műtét után).

*Czerny* (Heidelberg) a heidelbergi „Samariterhaus“-ban hasz-

nálatós - *rákellenes eljárásokat* ismerteti. Mint újabbat említi a kreutznachi „Radiogenol“ alkalmazását, melyet viszonylagos jó eredménnyel használt a mellhártya rákos elfajulásának egy esetében. Kiemeli az izzadmányképződést apasztó és fájdalomcsökkentő hatását.

A Schmidt-féle antimerystem nem vált be; egy ízben az injectio helyén észlelt daganatképződést. Azt hiszi, hogy kis mennyiségben adva, diagnostikai értékkel bír.

Wendel ismét felveti az *oesophaguscarcinoma* műtéti kezelését, melyet a baj aránylagos jóindulatúsága (sokáig egy helyben marad, áttételeket csak igen későn okoz) és a mostani kezelés teljes eredménytelensége miatt elvetni nem szabad. A nyelőcső rákja vagy a nyelőcső mellkasbeli részén, vagy pedig a cardián van, s e szerint különböző beavatkozást igényel. Megközelíthetőség szempontjából az első sokkal kedvezőtlenebb mint az utóbbi; eddig minden kísérlet, mely amannak eltávolítását célozta, hiábavaló volt; úgy látszik arról teljesen le kell mondani, hogy a daganat kiirtása után az oesophagusvégeket ismét egyesíthessük. A cardia közelében ülő oesophagusrák kiirtása kedvezőbb kilátást nyújt; megközelítésére két út szolgál, és pedig vagy a hason keresztül, vagy pedig a mellkason át, az utóbbi könnyebb, de veszedelmesebb; azért Wendel új eljárást dolgozott ki, mely könnyebb és veszélytelenebb úton engedi meg a kérdéses daganatok eltávolítását. Ő a baloldali egyenes hasizmon keresztül hosszmetéssel nyitja meg a hasüreget, megtapintja a daganatot és ha kivételre alkalmásnak ígérkezik, meghosszabbítja a metszést felfelé és megnyitja a mellkast is az alsó bordaporezok eltávolításával.

Sauerbruch (Marburg) 17 esetben kísérlete meg az oesophagus mellkasi részének carcinomáját eltávolítani, fájdalom, teljes sikerrelenséggel. A cardia közelében ülő daganatok eltávolítására ajánlja a Wendel-féle eljárást, melylyel három esetben operált. Betegeit varratelégtelenség miatt veszítette el; azt hiszi, hogy a Payr-féle gomb az oesophagusvégek egyesítésére jobban fog beválni.

Kümmel (Hamburg) egy esetben úgy járt el; hogy a daganat eltávolítása után az oesophagus alsó végét kivarrtta és gastrostomiát végzett; a műtét sebét nyitva hagyta. Idővel a két nyílás a hegesedés következtében annyira közeledett egymáshoz, hogy egyesítésük nem látszik már nehézznek. Ajánlja a műtétnek két ülésben való végzését.

Küttner (Breslau) hosszas fáradozások után sem látott eredményt a mellkasrészi oesophagus-rákok műtéti kezelésétől, miért is a további kísérletezésről lemondott.

Girard (Genf) *mastoptyosis* egy esetében jó eredményt ért el az emlő felvarrásával. A *mastoptyosis* szerinte nemcsak szépséghiba, hanem igen kellemetlen baj is lehet; hypostasis útján kínzó fájdalmakat okozhat, melyek azáltal is létrejöhetnek, hogy a beteg álmában az

emlőjére reafekszik. Az ő esetében a baj még más szempontból is volt elbírálandó; betege ugyanis fiatal színésznő volt, kit a mamma pendula hivatása gyakorlásában majdnem teljesen megakadályozott; e mellett mastoptosis esetében sokszor intertrigót, euzemát is találunk. A műtétet *Michel*, *Pousson* és *Defner* szerint végezte, némi módosítással, következőképpen: az emlő alatt vezetett íves, metszéssel felszabadította az emlőt az alapjáról és erős catgut-varratokkal a második borda csonthártyájára erősítette. Ezen varratokat az alapnak a nagy mellkasizom bőnyéjéhez való rögzítésével erősítette. Az eredmény teljes volt.

*Lexer* (Königsberg) egész sorozat *plastikai műtétet* ismertet, melyeket sikerrel alkalmazott. A sok, referatumban körülményesen le nem írható eljárás közül utalunk eszményi orrplastikájára, kétoldali nagyfokú nyúlajak-műtétére és új szájképző eljárására. Az első esetben homloklebenyt használ csont-csonthártyalemezzel, vagy pedig a tibia éléről az orr alakjával bíró csontrésztletet, különös gondot fordítva az orr anatómiai alakulásának utánzására (orrgyök, orrhegy). Az utóbbi esetben az alsó ajakot használja fel a felső ajakpir képzésére, ennek consolidatiojáig a két ajkát egyesíti; a táplálkozás ez alatt az orron keresztül történik.

Jó eredményt ért el zsírszövet-átültetéssel is.

Végezetül ismét bemutatja teljes térdizületi átültetéseit is. Az eredmények eszményiek, sem a láb megterhelhetési képességében, sem pedig a térd mozgáskétségében változás nem észlelhető. Egyben bemutat egy térdizületet is, mely egy utólag csontkitott alsó végtagból származik és szépen mutatja az átültetett csontnak újjal való pótlódását.

A harmadik főthemának, a *vakbélgyulladás* kérdésének referense *Kümmel* (Hamburg) és *Sonnenburg* (Berlin) volt. *Kümmel* a meglevő statistikák alapján a vakbélgyulladás kezelésének azon módját kutatja, a mely a legkedvezőbb gyógyulási eredményeket adja; szerinte a vakbélgyulladás különböző szakaiban végzett műtéti beavatkozások a következő halálozási százalékszámokat eredményezik: a korai műtét 0.7%, a rohammentes időben végzett műtét 1%, a tályagos időszakban végzett műtét 12%, a genyes hashártyagyulladások műtétje pedig kb. 20% halálozással jár, ami átlag 6.8% halálozást jelent. Ezen számok tehát a korai műtét javára billentik a mérleget. A korai műtét souverain volta mellett szól még az a körülmény is, hogy a roham elején sem a klinikai tünetekből, sem pedig a vérből prognoszt állítani nem lehet. Azon körülmény sem szól a korai műtétnek minden esetben való végzése ellen, hogy az esetek egy bizonyos számában diagnosztikai tévedés alapján az ép feregnyúlvány esett áldozatul a beavatkozásnak; egy-egy ilyen eset nem jöhet számításba a korai műtét előnyös statistikája mellett; határozottan hibásnak tartja a

belgyógyászati kimutatások érvelő erejét két oknál fogva: először, mert ezen kimutatásokban ugyanaz a beteg többször is szerepel gyógyultán, és másodszer, mert a recidivák száma kb. az összes megbetegedések 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át teszi ki. A belgyógyászok szerinte nem gyógyítják, hanem csak kezelik az appendicitist.

Határozott ellensége a Sonnenburg által ajánlott ricinusolajkezelésnek, mert benne a ricinusolajnak a subjectiv érzésre való kedvező hatása miatt oly kétélű fegyvert lát, mely a gyakorló orvosnak helyes ítéletét könnyen megzavarhatja és alkalmat ad a korai operatio elmulasztására; veszélyes a ricinusolaj azért is, mert erőlyes bélmozgásokat idézván elő, könnyen vezethet régebbi, laza összenövések szétválasztására, esetleg perforatióra. Végül heves szavakkal itéli el a Lenhartz-féle punctiósz kezelést is. Mindezek alapján a korai műtét feltétlen hívének vallja magát.

*Sonnenburg* (Berlin) bármennyire elismeri a korai műtét jogosultságát, mégsem sorakozhatik azon radikális sebészek mellé, a kik a korai operatióknak feltétlen és megdondolás nélküli hívei. Egyrészt megvan győződve arról, hogy az úgynevezett catarrhalis esetek műtéti beavatkozás nélkül is meggyógyulnak és hogy ezekben a várakozás a betegre nézve nem jelent veszélyt, másrészt, hogy fehérvérsejtszámlálással és az Arneht-féle vérképelváltozás figyelembe vételével a prógnosis megtétele nem oly nehéz, mint a hogy azt hiszszük. Az utóbbira nézve két tényező megállapítása szükséges: az egyik a fertőzés erősségének, a másik a szervezet ellenálló képességének meghatározása. Sonnenburg azt hiszi, hogy e kettő a fenti eljárásokkal sikerül is. A ricinusolajra vonatkozólag megjegyzi, hogy azt nem therapiás czélból, hanem csak a fenti eljárásokkal megállapított, könnyű, úgynevezett catarrhalis esetekben, mintegy diagnostikai czélzattal nyújtja. A catarrhalis féregnyúlványlobról föllálitott elméletét a ricinusolaj 300 esetben (0<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mortalitás), melyekben a legkisebb baj nélkül adta, teljesen beigazolta. Ő a ricinus-olajban azt az eszközt látja, mely eljárásunkat a korai operatio feltétlen elfogadása esetén szükségszerűen mesterséggé való sülyedéstől meg tudja menteni.

Ezután *Bier* felszólítja a hozzászólókat, sziveskedjenek főleg aziránt nyilatkozni, vajjon mennyiben hívei a korai műtévesnek.

A hozzászólók sorozatát *Kocher* nyitja meg, ki a korai operatio lelkes hívének vallja magát. 50 művészi rajzzal — melyek műtét útján eltávolított féregnyúlványokról készültek — igyekszik Sonnenburg-nak a catarrhalis appendicitisről felállított elméletét megczáfolni és lándzsát törni a korai műtét feltétlen jogosultsága mellett. Szerinte catarrhalis appendicitis nem létezik, az legfeljebb mint másodlagos elváltozás fordulhat elő a féregnyúlvány megtöreése vagy szükülete mellett. A féregnyúlványlob fertőzőses alapon támadt emboliás betegségeknek tekintendő; ezt bizonyítja az embo-

lusok, illetve a pontszerű vérzések szelvényyszerű elrendeződése a feregnyúlványon; ezek következményeképpen fejlődhetik az afficiált helyek elhalása és átfürödése is. Semmiféle eszközünk sincsen, a melynek igénybevételével előre megmondhatnánk, hogy ez mikor következik be; az bizonyos, hogy az egész folyamat néha néhány óra alatt létrejöhet. Sonnenburg-nak a vér vizsgálata alapján készült táblái is csak olyan időben pozitívak, midőn a korai műtét ideje rendszeren már elmúlt és a folyamat nincsen már kizárólagosan csak a feregnyúlványra lokalizálva. A nemleges táblák pedig a prognózis szempontjából értéktelenek. Örömmel látja, hogy a rohammentes időben végzett műtét eredményét a korai műtét eredménye  $1/2^0/0$ -kal felülmulja.

*Ringel* (Hamburg) szerint nem szabad figyelmen kívül hagyni a mechanikai momentumokat sem a feregnyúlványlob kóroktanában. Egy esetét említi, melyben teljes,  $360^0$ -os csavarodás okozta a rohamot. Ez eset is a korai műtét fölénye mellett szól.

*Küttner* a korai műtét behozatalával az összhalálózást  $30^0/0$ -ról  $8^0/0$ -ra apasztotta le.

*Gunkel* (Fulda) hasonló jó eredményeket ért el a korai műtét általánosításával. A várakozás veszélyességének jellemzésére idézi Jordan szavait, ki szerint a késedelmeskedés sorsjáték, melynek nyeresi lehetőségei nem kicsinyek, de melynek betétje minden esetben egy ember élete.

*König* (Altona) a vér viscositását tanulmányozta appendicitis eseteiben. Az eredmények prognosztikai szempontból nem értékesíthetők, mert változások a leletben fél napon belül is lehetségesek.

*Sprengel* (Braunschweig) lelkes híve a korai műtétnek. A ricinusolaj szerinte nagyon is elterjedt már, saját gyakorlatára hivatkozik, melyben sok elkésett esetet lát, mert ricinus-olajjal voltak kezelve. Hevesen elítéli *Albu* belgyógyászati kimutatását; szerinte az ilyen csak akkor birna értékkel, ha olyan időben készült volna, mikor a feregnyúlványlobot még nem kezeltük késszel.

*Meisel* Kocher tapasztalatait erősíti meg saját észleleteivel. Az appendicitis idült jellege mellett szólnak a mesenteriolumban észlelhető éreldugulások.

*Sonnenburg* sajnálattal tapasztalja, hogy a ricinusolaj még jobban széjjelválasztotta a radikálisokat az opportunistáktól és a sébészeket a belgyógyászoktól. A míg más eljárások nem fognak jobb eredményt felmutatni, addig ő az általa kezdeményezett úton halad tovább.

A vita végén *Bier* kijelenti, hogy a német sebészársaság egyhangúlag a korai műtét mellett foglalt állást.

*Fabricius* (Bécs) figyelmeztet az appendicitis és a női nemi szervek zavarai közötti ennálló összefüggésre. Így mint a koraszülést megindító momentum is szerepel; fájdalmakat okozhat, melyeket hyste-

riásnak tekinthetnek; a gyermekágyban szövődményeket okoz, melyeket esetleg a nemi szervek felőli fertőzéssel magyaráznak hibásan; tályogokat okozhat, melyeknek okát a nemi szervekben keresik; az appendix gyuladásának a nemi szervekre való áttérjedésével a méh helyzetváltozását is okozhatja, esetleg méhen kívüli terhességre is adhat okot. Ajánlja, hogy a feregnyúlvány kivételekor mindig legyünk tekintettel a nemi szervekre is, és viszont figyelmezteti a nőgyógyászokat is, hogy különösen a jobb petefészek gyuladós állapotában gondoljanak az appendicitis lehetőségére is.

*Wohlgemuth* (Berlin) méhen kívüli terhességgel szövődött feregnyúlványlob igen tanulságos esetét említi, melyben appendicitis-roham, a terhes tömlő megszakadása és végül a vérömleny fertőződése következett be ismételt appendicitis-roham útján, a mi Douglas-tályoghoz vezetett.

*Brunn* (Tübingen) hastályogok megnyitása után a hasfalat ismét rétegesen egyesíti egy kis drainnyílás kivételével. Az eljárás előnyös volta főleg a hasfalsérvek elkérülésében nyilvánul. Számokban kifejezve, a nem varrt esetekben 75, a varrottakban csak 18—52<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban látta a műtét után hasfalsérv keletkezését. A hasfal-egyesítést ilyen módon körülbelül 100 esetben végezte és nem tartja veszélyesnek.

*Nordmann* (Berlin-Schöneberg) 38. esetben végezte Rehn szerint a feregnyúlvány eltávolítását tályogon keresztül, mióta azonban két esetben szomorú tapasztalatot tett, az eljárást elhagyta. Meg van győződve, hogy a két esetet konzervatívabb eljárás mellett nem kellett volna elvesztenie. Hasonlóképpen nem híve a tályog bevarrásának sem.

*Sprengel* a bevarrást veszélyes eljárásnak tartja; így járva el, két esetben súlyos hasfal-phlegmonét és hasfal-tályogok képződését észlelte, miért is csak a hashártya varrására szorítkozik, míg a hasfal többi rétegét egyesületlenül hagyja.

*Rehn* nem tartja veszélyesnek a tályogon keresztül való behatolást az appendixhez; mindenesetre individualizálni kell: vannak nagy tályogok, merev falakkal, nagy összenövésekkel, ezeket jobb nyugton hagyni.

*Meisel* (Constanz) az utólagos hasfalsérvképződésnek azzal gondolja elejét vehetni, hogy a tályogfalon keresztül ezüstodronyokat húz, melyekkel, miután a tályogürt öt napig tamponálta, a hasfal széleit újból egyesíti. Eljárása bevált.

*Langemak* (Erfurt) nem híve a hasfal azonnali varrásának; egy esetben súlyos hasfal-phlegmonét észlelt, halálos kimenetellel. Esete eléggé bizonyítja az eljárás veszélyes voltát, miért is gyakorlásától óva int. Ő a tamponade híve.

*Fabricius* szintén a konzervatívabb tamponálási eljárást gyakorolja, úgy járva el, hogy a tályogba nagy darab jodoformgáz

helyez; ez erős nyirokfolyást indít meg, mely a tampont 6—7 nap alatt majdnem magától kilöki. A hasfalszéleket ezután ragtapaszcsikkokkal hozza közel egymáshoz, illetve egyesíti egymással.

*Körte* szintén nem tartja oly veszélytelennek a Rehn-féle eljárást; az appendicitises genyet mégis csak respektálni tartozunk. A varrást illetőleg a Šprengel vázolta állásponton van.

*Brunn*' zárószavában óv a tamponálástól, mely kiszámíthatatlan összenövések előidézésével igen fájdalmas állapotoknak lehet okozója.

*Heile* (Wiesbaden) nagy kutyaanyaggon végzett vizsgálatokat aziránt, vajjon a kutyában is előfordul-e appendicitis. Vizsgálatai körülbelül 8<sup>o</sup>/o-ban állapítottak meg gyuladósos elváltozásokat az appendixen. Kísérleti úton csak úgy tudott állaton typosos rohamot illetve elváltozásokat a feregnyúlványon előidézni, ha a feregnyúlvány nyílását elzárta, miután az üregébe előzőleg bélsarat vitt be. Úgy az egyszerű elzárás, mint bakteriumoknak az appendixbe vitele nem bizonyult elegendőnek; ez utóbbi esetben legfeljebb empyema keletkezését észlelte. E kísérletei alapján azt hiszi, hogy az appendicitis létrejöttében a bélsár által megindított rothadásnak van nagy szerepe, melynek termékét, a kénhidrogént sikerült is úgy a szabad hasüregben, mint a vérben és vizeletben kimutatni. Nem lehetetlen, hogy kimutatását az emberben is fel lehet használni úgy körjelzési, mint prognostikai célra.

*Brunn*-nak csak erőművi úton sikerült kutyán appendicitist előidézni. Hogy mily ellentálló a kutya feregnyúlványa, bizonyítják kísérletei, melyeket e szerven chloraethyllel való fagyasztással végzett, s melyekből kiderült, hogy két percnyi megfagyást is következmények nélkül bír el.

*Neugebauer* (Márisch-Ostrau) több esetben talált, különösen a feregnyúlvány végén vagy ahhoz közel, apró álképleteket, melyek klinikailag jóindulatúságukkal tűnnek ki és metastasisokat nem okoznak. E daganatok rendesen gyuladt appendixen észlelhetők, mely körülményben új érvet lát a korai műtét mellett. Kórbonezolás-tani szempontból az endotheliomák sorozatába tartozó álképleteknek minősítendők.

*Milner* (Leipzig) saját tapasztalataival megerősíti Neugebauer észleteit. Ezen daganatok szerinte rendszerint az appendix falának mélyében ülnek és nincsenek vonatkozásban a nyálkahártya vagy a mirigyek hámelemeivel. Vizsgálatai annak felvételére készítetik, hogy talán bakteriumos alapon fejlődnek (spirochaeták); ajánlja a továbbvizsgálatot ez irányban.

*Noesske* (Kiel) azt tartja, hogy ezek hovátartozandóságának megállapítására egyedül a szövettani kép lehet mérvadó, e szerint pedig az igazi carcinomákhoz sorozandók a kérdéses appendix-tumorok.

*Propping* (Frankfurt a. M.) a hasüri nyomás fontosságát



ismerteti a *Rehn-féle Douglas-drainagenál*. Ezen nyomás függ rendes viszonyok között a belek teltségétől, az emésztőrendszer összehúzódásától és a hasír tartalmának a kettő által föltételezett térfogatkişebbedésétől. Pathologiai körülmények között ezen nyomás czélszerűen felhasználható a Douglas-úr drainezésére, a mely különösen akkor jut teljes érvényre, ha Rehn szerint a hasfalsebet egészen a drainnyílásig ismét egyesítjük. Félig ülő helyzetben ezen nyomás a Douglas-úrben körülbelül 20 mm. kénesőoszlop nyomásának felel meg. Gyakorlatilag a drainage hatása különösen az első 48 órában feltűnő, miért is melegen ajánlja.

*Hirschel* (Heidelberg) kiterjedt genyes hashártyagyulladás eseteiben jó eredménnyel használta a kámfor 1<sup>o</sup>/o-os olajos oldatát, melyet úgy alkalmaz, hogy a has megnyitása és a geny lebecsátása után körülbelül 100—200 gm.-nyi mennyiségben a hasüregbe önti és törölve annak lehetőleg minden zugába széjjelkeni; utána a hassebet kis drainnyílás kivételével ismét bevarrja. A kámfor-olaj hatása a beteg érőbeli állapotának, pulzusának és közérzetének gyors megjavulásában nyilvánul. E hatást az olajnak felszívódást gátló és a kámfornak direct bakteriumölő és a szívre való erősítő befolyásának tulajdonítja. Eljárását összesen kilenc esetben használta, ezek közül öt meggyógyult, négy pedig meghalt, utóbbiak bonczolásakor a hashártya mindenütt simának látszott, összenövéseket a hasüregben nem észlelt, hasonlóképpen nem lehetett zsir-emboliát sem kimutatni.

*Noesske* (Kiel) szintén jó eredménnyel használta a kámfor-olajat, melyből azonban 3—5<sup>o</sup>/o-os oldatot használ egész 300 cm<sup>3</sup> mennyiségben. Fontosnak tartja, hogy az oldat készítésére használt olajat esetleges avas szennyezéseitől, melyek erősen izgató hatásúak, alkohollal való kirázással megtisztítsuk. Az eljárás nagy előnyét a kiméletességben látja, mely a legyöngült betegekben nagyon is számbaveendő (öt eset).

*Pendl* (Troppan) 16 Douglas-tályogot kezelt új eljárásával, mely lényegében a farksonat eltávolításával a tályognak pararectális úton való megnyitásában áll. A Douglas-tályogok klinikai felismerésére jellemzőnek tartja a helybeli görcsös fájdalomnak rohamokban való jelentkezését. Rotter eljárását, mely a tályognak a végbélen keresztül való megnyitásából áll, elvetendőnek tartja egyrészt azért, mert összenövések esetén a tályog fölkeresése nemcsak nehéz, hanem veszélyes is, másrészt azért is, mert a megnyitás után támadó és gyakori vérzések kezelése a végbélen ejtett kis seben keresztül nincsen hatalmunkban.

*Lotsch* új mosókészüléket mutat be a hasüreg kiöblítésére; lényegében két csőből áll, melyek szivórendszer szerint működnek.

*Rotter* (Berlin) Pendl eljárását nagyon körülményesnek és igen nagy beavatkozásnak tartja, mely úgy tűnik fel, mintha valaki

szobába akarván jutni, bejáratul nem az ajtót választja, hanem a falban tör magának rést. Előbb vázolt eljárását 100 esetben alkalmazta jó eredménnyel és minden kellemetlenség nélkül.

A hasüri nyomás létezését Rehn értelmében nem fogadja el, a Douglas-ür-drainázásnak pedig a hasban gyorsan létrejövő összenövések miatt nem tulajdonítja a Propping vázolta fontosságot.

*Rehn* a Douglas-drainaget 62 esetben alkalmazta és sohasem észlelte, hogy a hasban másutt is fejlődtek volna tályogok, miért is ez utóbbiak kifejlődésének megakadályozására eljárásában igen hathatós eszközt lát.

*Borchard* (Posen) a tavaly már ismertetett olajos eljárásával elért újabb kedvező eredményekről számol be; a tiszta olajnak a szívre és a beteg erőbeli állapotára való jótékony befolyásáról általános genyes hashártyagyulladás eseteiben több ízben meggyőződhetett. Nem tudja biztosan eldönteni, hogy a Hirschel és Noesske által dícsért kámfornak milyen része van a hatásban.

*Adler* (Pankow) pankreatitis után keletkezett *rekeszalatti tályogot* nyitott meg. Az eset kapcsán ismerteti eljárásának lényegét.

*Tietze* hét esetben végzett műtétet pankreas-zsírnekrosis miatt. Nem tartja észszerűnek a pankreas direct feltárását a lig. gastrocolicumon keresztül, hanem ajánlja a nekrosis nyitva kezelését, úgy mint azt hasbéli genyedés eseteiben tenni szoktuk. Tapasztalatai alapján a zsírnekrosis kóroktanát illetőleg a ferment-elmélet híve.

*Pólya* (Budapest) kísérletező úton tanulmányozta a pankreasnedv activvá válásának körülményeit magában a mirigyben. Az activáláshoz szerinte egyrészt epe, másrészt valamely fertőző anyag szükséges; a míg tiszta epének 5 cm<sup>3</sup>-ével sikerült csak pankreasnekrosist előidézni, addig fertőzött epének 2 cm<sup>3</sup>-e már intensiv zsírelhalást okozott.

*Seidel* (Dresden) kiemeli azon nehézségeket, melyek a haemorrhagiás zsírnekrosisos kísérleti úton való előállításakor fennállanak; szerinte ezek csak az ő általa megjelölt úton idézhetők elő (haematogen úton). *Pólya* kísérletei ellen szól az a körülmény, hogy hullában sok esetben tágnak és epével kitöltöttnek találjuk a pankreas kivezető csöveit a nélkül, hogy a pankreas bárminemű elváltozást is mutatna. A pankreasnedv activálásához szerinte két tényező szükséges; egyrészt a mirigyszövet bántalmazottsága, másrészt pedig fertőzés.

*Rosenbach* (Berlin) szerint a pankreasnekrosis létrejöttéhez egy activáló anyag és a pankreasnak valamely irányban való laesioja (crömüvi vagy fertőzéses) szükségeltetik.

*Seidel* évek óta (5 és 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> év) epesipolyban szenvedő 2 betegén észlelhette a csontrendszer azon elváltozásait, melyeket Pawlow kísérleti úton, az epe állandó elvonásával kutyákon tudott előidézni. Ezen elváltozások a csontok föllazulásában, törékenysé válásában állanak. *Seidel* azt hiszi, hogy az epesipoly elzárása által ezen

következményes elváltozásokat az emberen éppen úgy sikerülni fog megszüntetni, mint a hogy azt Pawlow kutyákon elérte. Az epe huzamosabb nélkülözése a szervezetnek egy alkati megbetegedéséhez vezet, melynek az epesipoly hamaros zárása által kell elejét venni.

*Noetzel* (Volklingen) kísérleti úton tanulmányozta az epe jelenlétének szerepét hasüri genyedés eseteiben; e célból a következő kísérleteket végezte. Kutyái egy részén epesipolyt létesített, a melyen keresztül az epe a hasürbe ömlött; egy másik részének bakteriumokat fecskendezett a hasüregébe; végül egy harmadik részén a két eljárást kombinálta egymással. Míg az első két esetben állatai vagy egyáltalán nem, vagy csak későn pusztultak el, addig az utóbbi esetben a kátyák fondroyans hashártyagyulladás tünetei közt multak ki. Az epe tehát lényegesen befolyásolja a hasüri genyedéseket.

*Sprengel* (Braunschweig) a hasfalvarrás szokásos módját, valamint a hasmetszés fajtáit bírálgatja. A szokásos réteges varratot módosítja a Madelung ajánlotta ezüstsodronyvarrattal, melynek végzésekor a sodronyok meghúzásához két fémhengert használ. A szokásos hosszmetzések csak a test hossz tengelyében való lefutásnak miatt tekintendők „hosszmetzés“-eknek, lényegükben harántmetzések, melyek bőnyéket, izmokat és idegeket keresztben találnak. A középvonalban ejtett heget az összes hasizmok összehúzódásukkal széjjeltépni igyekeznek. Physiologiainak azért csak a haránt vagy a ferde metzések tekintendők. A has különböző szervein ejtendő műtétekhez a következő metzéseket ajánlja: gyomor-, pankreamműtétekhez harántmetzést a gyomortájon; májműtétekhez a Kocher-féle ferde vagy a hullámmetszést; alhasi műtétekhez a Mackenrodt-féle metzést; appendicitis-műtétekhez a rostély- vagy Lennander-féle metzést; végre a lép szabaddá tételére a ferde metzést a lép felett az egyenes hasizom bemetszésével. E metzések előnyei, hogy physiologiaiak, hogy kevésbé adnak alkalmat sérvképződésre és hogy a műtét utáni közvetlen időben köhögéskor nem okoznak fájdalmat a betegnek.

*Heusner* (Barmen) már régebben használja a harántmetzéseket, előnyüket a sebtátongásban és physiologiai voltukban látja; hátrányuk, hogy a rendszeren erősebben visszahúzódtott egyenes hasizmok nehézkes varrása igen megnyújtja a műtétet.

*Rehn jun.* (Königsberg) homocoplastikai úton az *inátültetés* terén elért újabb eredményeit ismerteti. Az eredmény sikeres volta függ szerinte a physiologiai viszonyok visszaállításától, a korai működéstől és a peritendineum épenhagyásától, melynek a periosteumhoz és a perichondriumhoz hasonló szerepet tulajdonít. Ilyen módon sikerült egy esetben a musc. quadriceps femoris inának és a kéz hajlító inainak pótlása. Jó eredménnyel alkalmazta eljárását köldök-

és hassérvek elzárására is. Hasonlóképpen sikeresen végzett zsirszövetátültetést főleg kozmetikai célból.

*Läwen* (Leipzig) két ízben mütett és kiújult hassérvet zárt el tartós eredménnyel a sipesontról vett ötmárkányi csonthártyalemezzel.

*Kirschmer* (Greifswald) szabad bőnyeátültetést végzett a következő esetekben jó eredménnyel: hashártya-, szívburok-, hasfalhiányok, a rekesz, a kemény agyburok és különböző inak pótlására; használta érvarratok megerősítésére, sebek befedésére, parenchymás szervek (máj, lép) és a hólyag varrásakor erősítő anyagul. A has középvonalában lévő hiány esetén kettős lemezt használ, egyet a rectusok alá, egyet pedig föléjük helyezve. A fascialebcnyeket a széles czombbőnyéből veszi.

*Körte* jó sikerrel alkalmazta a szabad fasciatransplantatiót keményagyburok-hiányok pótlására.

*Saar* (Grác) keményagyburok-hiányok pótlására különböző anyagokat alkalmazott, melyeket három csoportba soroz; alloplastikus anyagok: condom, gummilemezek, tojáshártya; heteroplastikus anyag: peritoneum (sérvtömlő); autoplastikus anyag: perióst a fejről. Ezek közül a legjobb eredményt nyújtották az utolsó két csoportba tartozó anyagok.

*Bauer* (Breslau) átültetésre alkalmas csontok konzerválására legjobbnak találta a Ringer-féle oldatot. Ez oldatban (mely isotoniás a vérsavóval)  $0^0$ — $1^0$  mellett egészen három hétig tarthatta el a csontot oly állapotban, hogy az átültetésre alkalmas maradt.

*Kraus* (Charlottenburg) hashártyahiányok pótlására bőrlebcnyeket varrt a hasüregbe és tanulmányozta ezek sorsát. Vizsgálatai azt mutatták, hogy a bőr e célra alkalmatlan, még pedig azért, mert fertőzött, és mert metaplasziára nem képes. Mirigyes elemeiből epithel- és dermoid-tömlők fejlődését észlelte.

*Goebell* (Kiel) nagyfokú epispadiasis és incontinentia urinae esetében a musc. pyramidalisokat fordította le és alkalmazta a hólyagzáróizom pótlására. Az eredmény mindkét esetben kitünő volt. Míg mütét előtt kis betegek a vizeletet egyáltalában nem tudták visszatartani, addig most a hólyagjuk befogadóképessége megnövekedett 75—100 köbcentiméterre. A vizeletvisszatartóképesség oly teljes, hogy csak excessivebb mozgások (ugrás) alkalmával jelentkeznek akaratlanul egy-két csepp vizelet.

*Ritter* (Posen) és *Hacker* (Grác) jó eredménnyel végzett inátültetéseket ujjakon.

*Küttner* 11 órával a halál után kivett és 25 óráig konzervált felső czombcsontvéget (az izfelszinnel együtt) transzplantált sarcomakiirtás után hasonló hiányban szenvedő betegébe. Az említett csontizületrészlet reactio nélkül gyógyult be új helyére; a csipőizület mozgása semminemű korlátoltságot sem mutat.

*Neuber* zsirszövetátültetéssel foglalkozott nyeregorrok javítása céljából, de eredménytelenül.

*Bier* ellenben jó sikerrel alkalmazta benőtt hegek felszabadítására.

*Guleke* (Strassburg) Sauerbruch-féle kamrában és az általa szerkesztett fogó segítségével — melynek alkalmazása mellett a véráram nem szakad meg teljesen — hét esetben sikerrel varrta kutyán az aorta felhágó ágát. A viszonyok az érfal nagyfokú törékenysége miatt különös nehézséget támasztanak az aorta ezen részén. Eredményei a következők: 2 esetben finom felrakódás, egy esetben thrombus, egy esetben aneurysma; 3 esetben a varrás helyén rendellenességet nem lehetett észlelni.

*Unger* (Berlin) eddigi vesetransplantációs kísérletei és azon tapasztalata alapján, hogy a majom vére az emberi érben nem álvad meg, majomnak frissen kivett veséjét ültette át súlyos vesebajban szenvedő egyik betege czombereibe azon módon, mint azt teljes vese- és hólyagátültetés alkalmával kutyákon gyakorolta. Betege a műtét után 36 órával meghalt; addig is látszott valami elváltás az újonnan átültetett veséből, melyről azonban nem tudta eldönteni, hogy vizelet-e? Egyben új eljárást mutat be a kivett vesével összefüggésben hagyott aortarészletnek új gazdája aortájával való egyesítésére.

*Franke* (Braunschweig) súlyos kiesési tünetekben szenvedő asszony sipesontjába (Kocher szerint) petefészket ültetett át jó eredménnyel.

*Enderlen* (Würzburg) két esetben végzett pajzsmirigytransplantációt, de teljesen eredménytelenül. Nem hisz a szervek átültetésének eredményében, még akkor sem, ha azok erei egyenesen bekapcsoltnak a vérpályába.

*Wilms* azon tényből kiindulól, hogy a zsirembolia nem a vérpálya, hanem a nyirokpályák útján terjed, megkísérelte annak operatív kezelését a ductus thoracicus drainezésével. Az eljárást egy ízben sikerrel használta; ez alkalommal nagy zsirtömegek távozását észlelte. Némi nehézséget okoz az embolia körjelzése.

*Clairmont* (Bécs) kísérleteket végzett a levegőembolia gyógyítása céljából a szív megszurásával és a benne foglalt levegő kiszivattyúzásával. Ilyen módon sikerült a már megállott szívet újból lüktetésre bírnia, de megmenteni nem tudta az állatot.

*Ehrlich kétoldali peroneusínficzamodás* esetét mutatja be, melynek okául a retinaculum hiányos fejlődését vagy hiányát veszi fel. Az inak helybentartását periostesontlemezből készített új retinaculummal gondolja elérhetni.

*Dollinger* (Budapest) új véres módszerét ajánlja idült *vállizületi ficzamodások helyretevésére*; e ficzamodásoknak klinikailag két alakját kell megkülönböztetni: a luxatio subcoracoideát és a l. prae-

coracoideát. Eljárásához az eszmét egy esete szolgáltatta, melyben véres repositiót óhajtott végezni, s melyben azt észlelte, hogy az ellentállás a musc. subscapularis inának leszakadása következtében hirtelenül megszűnt. Ezen véletlen tapasztalatból módszert csinált, mely a nevezett in átmetszéséből áll. A visszatevés egy másik akadály a tuberculum majus leszakadása és a fejecs és izvápszél közé való beékelődése lehet. Ez esetben szükségessé válik a leszakadt tuberculum felkeresése, kiemelése és újból rögzítése a régi helyén. A továbbiakban pontos leírását nyújtja eljárásának, melyet 36 közül 31 esetben jó sikerrel végzett.

*Fink* (Karlsbad) *luxatio pedis posterior* és *luxatio maxillae inferioris bilateralis* egy-egy esetét operálta sikeresen; részletesen ismerteti a követett eljárást.

*Schlange* (Hannover) és *Landow* (Wiesbaden) hasonló módon járt el idült vállfeszamodások helyretevésekor, mint Dollinger. Mindkettő dicséri az eljárást. Schlange kérdésére, hogy Dollinger mily végleges eredményeket ért el, utóbbi a Küttner által tavaly közölt kimutatásra utal (25% teljes functionális eredmény), melylyel az ő statistikája körülbelül azonos.

*Neuber* (Kiel) a *gümös csípőizület műtéti kezelésére* a következő eljárást ajánlja: hosszmetzés a spina anterior sup.-tól a musc. sartorius mentén; ennek, az egyenes czombizom és a musc. tensor fasciae latae inának leválasztása a tövisről; végül a limbus cartilagineus eltávolítása. Az izület kitakarítása után körülbelül 30 cm<sup>3</sup> 5% formalinszappannal kitörli az izületet, melyet jodoform-glycerinnel való kitöltése után rendszeren ismét elzár. Fontos, hogy a fejecsből (ha csak lehet) valamit meghagyjunk, ez — alkalmazkodva az új viszonyokhoz — biztosítja legjobban az izület mozgékonyágát. Műtét után gipszágyat vagy gipszkötést alkalmaz. Eljárásának előnyei, hogy jó betekintést nyújt, hogy az izmokat kiméli és hogy a váladékképzést megszünteti, illetve annak beszáradását megkönnyíti.

*Fränkel* (Berlin) kezdődő gümőkórú izületi gyuladás eseteiben a legnagyobb conservativismussal jár el. Nyugalom, rögzítés, Bierféle pangás. Csípőizületi gyuladás eseteiben Dollinger szerint jár el, a legnagyobb gonddal mozgó izület létesítésére törekszik.

*Alapy* (Budapest) szintén a conservativismus híve. Álláspontjának megerősítésére nagy anyaga alapján készült statistikáját közli. Coxitis tuberculosa eseteiben csak a fertőzött sipoly javáljára a műtétet.

*Spitzky* (Grác) hasonló állásponton van; csak vitális indicatióból operál. Vállizületi gümőkór eseteiben ajánlja az abductióban való rögzítést, a mely izületmoverevedés esetén a legjobb functiót biztosítja.

*Müller* (Rostock) mindannyiszor operál, valahányszor csontgóc mutatható ki.

*Perthes* (Leipzig) az *Esmarch-féle vértelenség* fájdalomtalan úton való előidézésére szolgáló új készülékét mutatja be. A készülék lényege üres gummigyűrű, mely gummicső útján egy vastag falú labdával van összefüggésben, ez utóbbi csavarral összszorítható két deszkalemez közé van elhelyezve. A nyomás nagyságát manometer jelzi. A működés lényege, hogy akkora nyomást fejt csak ki, a mekkora a verőerek összenyomására szükséges.

A Bier-féle pangás egyenletes alkalmazásához hasonló gummigyűrűt használ, mely irrigátorral van kapcsolatban.

*Gocht* (Halle a. S.) párnát ajánl a Momburg-féle vértelenítés alkalmazásakor a belső szervek megvédésére.

*Röpke* (Jena) a gacsos térd műtéti kezelésére ajánlja a jenai klinikán használatos eljárást, mely abban áll, hogy a femur alsó végéből két éket vágunk ki, melyek mindegyikének alapja befelé néz, egymás között pedig lefelé álló szöveget alkot. Előnye ezen eljárásnak a csontvégeknek szoros egymáshoz való fekvésében áll a javított helyzetben.

*Muskat* (Berlin) hasonló esetek vértelen úton való kezelésére fekvő ágyat ajánl.

*Klapp* (Berlin) egy régebbi tapasztalata alapján, hogy t. i. a gyuladás folytán merevvé vált térdizület hátulsó felszínén rendszeren található még ép porcfeület, az által ért el egy esetben ismét mozgó térdizületet, hogy a condylusok felett végzett ék-kimetszés után (az alap előre) a femur alkotta izfelszint fel- és előre fordította a sípcsont felszínére, ez által ismét porcos izfelszínnek találkoztak egymással. Az eredmény igen jó volt. Mivel az utókezelés (korai felkelés, erélyes mozgásgyakorlat) igen sok fáradságot igényel, csak olyan esetekben ajánlja az eljárást, a melyekben a beteg erre előreláthatólag elegendő erélylyel bír. Nők ezért nem alkalmasak rá.

*Steinmann* (Bern) 25 *meniscussérülés* esetében 17-szer végzett műtétet. A meniscusoknak egy típusos sérülését észlelhette 12 esetben. E sérülés, melyet *meniscus bipartitus*nak nevez, a meniscusok hosszanti kettéválásában áll külső és belső részre, melyek csak elül és hátul maradnak vékony összefüggésben egymással. A belső rész az ízületbe csúszik, a külső a tokszalaggal marad összefüggésben. A klinikai tünetek fájdalomban és az ízületi felszínnek incongruentiájában nyilvánulnak. Mivel a baj egyrészt kisfokú trauma után észlelhető, másrészt pedig öröklött módon és többnyire kétoldalt szokott előfordulni, létrejöttének okául Steinmann gyuladással járó folyamatot tételez föl, melyet „*meniscitis dissecans*“-nak nevezett el az osteochondritis dissecanssal való hasonlatossága miatt. Ezen gyuladással járó folyamat létezését a kiirtott meniscusok szövettani vizsgálata csakugyan igazolta.

*Katzenstein* (Berlin) azt hiszi, hogy a meniscuson talált elváltozás csak következménye, nem pedig oka a leírt sérülésnek. Nem ajánlja a meniscusok teljes eltávolítását, mert nagy kellemetlenségekre adhat okot; helyette inkább a meglazult rész visszavarrásával remél jobb eredményt elérni.

*Ludloff* (Breslau) súlyos fájdalmak kíséretében támadó megmerevedését észlelte a térdizületnek a nélkül, hogy az ízület külső alakulásában változás lett volna észrevehető. A fájdalmak tartós és makacs volta műtéti beavatkozásra kényszerítette, a mikor is kiderült, hogy a térdkalács hátulsó porczos felülete teljesen levált.

*Deutschländer* (Hamburg) veleszületett csípőficzamosodások véres úton való helyretevésének új módját ismerteti. Az ízületbe hatolás útja hasonlít a Franke által leírthoz. A véres eljárás szerinte csak akkor ad jó eredményt, ha a csontok megkímélésével jár.

*Bade* (Hannover) azt hiszi, hogy a véres repositio sem ígér sikert olyan esetekben, a melyekben a vértelen eljárás nem vezetett célhoz; azért ne erőszakoljuk az előbbit, ha az utóbbi nem sikerült; főleg óvakodjunk a mindkétoldali véres beavatkozástól.

*Gocht* (Halle) esetét említi, melyben éppen ezen utóbbi eljárással igen jó eredményt ért el. Azt hiszi, mint *Deutschländer*, hogy a csontok megkímélésében rejlik a siker titka; ha a csontot erősebben bántalmazzuk, könnyen jön létre az ízület merevsége.

*Anschütz* (Kiel) *végtagcsontok meghosszabbítására* ajánlja a csontok lépcsőzetes átvésését több helyen; a helybenmaradást nyújtó eljárással biztosítja. Esetet mutat be, melyben minden kellemetlenség nélkül 12 cm.-rel sikerült az alsó végtagot meghosszabbítani.

*Steinmann* javított nyújtó készülékét (szeget) mutatja be, melynek előnye, hogy a szeg helyzetváltozását vagy elhajlását nem engedi meg.

*Ludloff* (Breslau) kedvezőtlen tapasztalatokat szerzett az alkar mindkét csontjának, valamint a czombcsont alsó harmadának törése eseteiben, akár nyújtással, akár Zuppinger-féle géppel kezelte őket, miért is ezen esetekben a *csontvarrást* ajánlja. Maga 3 femur- és 7 alkartörés esetében alkalmazta a varrást jó eredménnyel. Az összeforradás lassabban következik ugyan be, de a végleges eredmény jobb.

*Wilms* (Basel) szintén hive az alkaresonttörések csontvarrással való kezelésének. A ferdén tört csontvégek egyesítésére a sodronygyűrűt, a haránttörések egyesítésére pedig a csontesapot ajánlja. Ez utóbbit úgy alkalmazza, hogy a csontesap közepén lévő vájulatba erős selyemfonalat köt, s azt teljesen elhelyesztí az egyik csont velőüregébe; most összeillesztí a csontvégeket, a selyemfonál segítségével félig behúzza a csontesapot a másik csontba és végül eltávolítja a selyemfonalat.



*Fabricius* (Bécs) exostosisból fejlődött csontdaganatot mutat be, mely szövettani szempontból érdekes szerkezettel bír; a daganatot műtéttel távolította el a czombesontról.

*Beryel* (Hohensalza) azon tapasztalati tényből indulva ki, hogy a fibrinnek nagy kötőszövetképző (fibroblasttermelő) és fehérvérsejt-vonzó sajátága van, megkísérelte alkalmazását renyhe callusképződéssel járó csonttörés és álizületképződés eseteiben a megszilárdulás gyorsítására. Eredményei kielégítőek. A fibrint vizes konyhasós oldatban használja és tü segélyével a csonthártya alá, illetve a törtvégek közé feckendezi.

*Rehn* azt ajánlja, hogy mielőtt a csontvégek varrására határozniok el magunkat, kíséreljük meg az egyszerű véres helyretevést; a csontvégeken lévő egyenetlenségek rendszeren elegendők arra, hogy egymásba kapaszkodva, a törtvégeket rögzítsék. Azt tapasztalta, hogy ily eljárással a csontos egyesülés gyorsabban következik be.

*König* (Altona) szerint a csontvelő callusa csak másodrendű jelentőségű, a főszerepet a csontos egyesülésben a csonthártya játszsza, miért is fontosnak tartja az elszakadt csonthártya részeinek pontos egyesítését.

*Dreyer* (Breslau) új *invarratot* mutat be, a mely oly erős, hogy megengedi az innak azonnali működését. A varrat alkalmazására a régi varratok elégtelensége miatt szükségessé vált hosszabb nyugalom után bekövetkezett merevsége az inaknak és az a tapasztalat készítette, hogy a gyenyedéssel gyógyuló insérülések a gyakori kötözés szüksége miatt nemi lévén állandó nyugalomban, jobb functionális eredménnyel gyógyultak.

*Muskat* (Berlin) *lúdtalp* esetén a következő mastixkötést használja jó eredménnyel: a pólya feltevését kezdi a lábháton, vele kifelé halad; a lábat erős varus-állásba hozza és ebben az állásban rögzíti az által, hogy a pólyát a talpon át a lábszár belső oldalára magasan felvezeti.

*Levy* (Breslau) azt tapasztalta, hogy a *malum perforans pedisnek* elnevezett baj alapja mindig vagy a csontban, vagy az izületben keresendő. Műtéti kezelése csakis ezen elsődleges gócz gyökeres eltávolítása útján lehet sikeres. A recidivák vagy a beavatkozás elégtelensége, vagy pedig új góczok keletkezése miatt következnek be.

*Sonnenburg* a *malum perforans pedis* kóroktana szerint kívánja elnevezni (ulcus lueticum vagy neuroparalyticum).

*Noesske* (Kiel) nagyfokú *gyűjtőeres pangás miatt életbenmaradásukban veszélyeztetett ujjak megmentésére* (sérülések után vagy Raynaud-féle betegségben) harántmetszést ajánl a köröm mögött, mely a csonthártyáig hatol. Ez eljárástól több ízben jó eredményt látott.

*Hosemann* (Rostock) az *állalatti nyálmirigy elszigetelt actinomycosisának* műtét útján nyert készítményét mutatja be.

*Nehrkorn* (Elberfeld) súlyos fájdalommal járó *osteosclerosis* esetében jó eredménnyel végzett hosszanti csontfalkivéséseket, melyekkel a velőt részben szabaddá tette. A műtét alkalmával meggyőződhetett a csont corticális részének nagyfokú megvastagodásáról; a vérvizsgálat negatív eredményt adott.

*Friedrich* (Marburg) a savós, összenövéseket nem okozó gümős hashártyagyulladások gyógyulékonyosságát ismerve, kísérletileg azon körülmények tanulmányozásával foglalkozott, melyek a *hashártya felszívódását* még inkább fokozni tudják. E célból különböző anyagokat fecskendezett kutyák hasüregebe, többek között glicerint is és azt tapasztalta, hogy ez utóbbi, előzetes exsudatio után, igen rohamos felszívódást okoz. Emberen úgy alkalmazta, hogy punctiós tüvel lebecsátván a hasúri izzadmányt, 20—40 cm<sup>3</sup>-t fecskendez a hasürbe. Eredményei elég biztatók arra, hogy ezen egyszerű eljárást ajánlhassa. A száraz esetekben a forró levegőtől látott jó eredményeket.

*Euler* (Treptow) *gümős hashártyagyulladás* egy esetében a linea albában hashártyával bélelt csatornát létesített a hasür és a has kötőszöve között, mely nyolcz hétig működött. Azt hiszi, az eset meggyógyulásában nagy szerepe volt az állandó levezetésnek és az autoserumtherapiának.

*Alápy* (Budapest) a *tuberculin-kezeléstől* látott jó eredményeket a gümős hashártyagyulladás kezelésében. Így sikerült a savós esetekben 7 közül 5-öt, a száraz esetekben pedig 7 közül 3-at meggyógyítani, 3-nak állapotát pedig lényegesen javítani.

*Borchgrevink* (Christiania) az által ért el jó eredményt, hogy betegeit az ágyban elhelyezett homokzsákokkal teljes nyugalomba hozta. Azt hiszi, hogy a műtét után javult esetek nagy számában a gyógyulás, illetve javulás oka éppen a műtétet követő nyugalomban keresendő.

*Brunner* (Münsterlingen) a műtėti és accidentális *sebek kezelésének különböző módszereit* állította össze 127 sebész eljárása alapján. A műtėti sebkezelés fejezetében tárgyalja mai asepsisünket: a kézmosásnak, a műtėti terület előkészítésének, a maszk viselésének, a varróanyagok (catgut, selyem) készítésének és csiramentessé tételének kérdéseit. Úgy látszik, hogy a száraz sebkezelés egyre nagyobb teret hódít.

Az erömvi úton keletkezett accidentális, tehát nem műtėti úton ejtett sebek kezelésében már csak 13 sebész követi az általa 12 évvel előlött ajánlott atoxikus sebkezelést, legtöbbször az anti-septikus eljárás hívei. Nagy elterjedtségnek örvend a perubalzsam és jodtinctura; sokan gyakorolják a Friedrich-féle kimetszést; sebközlítésre a perhydrol van széleskörű alkalmazásban; ellenben a pangásos vérbőséget sokan elhagyták. A prophylaxis szempontjából az antitetanusserum adagolása játszik nagy szerepet (különösen a roncsolt, földdel szennyezett sebek kezelésében).

*Bürgers* (Königsberg) a *streptococcusfertőzések* erősségének megállapításakor nem az egy fehérvérsejt által elnyelt coccusok számát veszi alapul, hanem az összes fehérvérsejteket, melyek egyáltalában részt vesznek a phagocytosisban. Ezen számot „Virulenzahl“-nak nevezi. Azt hiszi, hogy e számból előre ítéletet fog mondhatni a fertőzés sorsára vonatkozólag.

*Fromme* (Halle) azt hiszi, hogy nem minden haemolysises streptococcus egyszersmind virulens is. A fertőzők meghatározására új eljárást ajánl, melyet *lecithineljárásnak* nevez. Ezen eljárásnak hátránya, hogy kissé hosszadalmas (egy vizsgálat kb. 36 órát igényel).

*Hagemann* (Greifswald) számos esetben alkalmazta a legkülönbözőbb *antistreptococcus-savókat*, de eredmény nélkül. Azt hiszi, hogy e serumok legfeljebb fehérvérsejtszaporító tulajdonságukkal tudnak némi kedvező hatást kifejteni.

*Lotheissen* (Bécs) ellenben jó sikerrel alkalmazta a Paltauf-féle hasonló készítményt.

*Ritter* (Posen) orbáncz számos esetében (90) igen jó hatást látott a *forró levegő-kezeléstől*, melyet a piros helyekre naponta háromszor alkalmaz egy-egy órán át. A forró levegő sokszor abortív módon hat.

*Noesske* (Kiel) szerint a kar nyirokútjai hatalmas törzsszé egyesülnek, mely a sulcus deltoideusban fut. *Súlyos karfertőzés* eseteiben ajánlja ennek megnyitását a fertőző anyag kifelé vezetése, és így az általános fertőzés meggátlása céljából. Egy esetben jó sikerrel alkalmazta.

*Schöne* (Marburg) azon tapasztalat alapján, hogy a heveny fertőző és anyagcserebántalmak, valamint az intoxicatiós betegségek a daganatok növéseire és a sebgyógyulásra bizonyos befolyással vannak, kísérleteket végzett ezen befolyások minemiségének megállapítására; ismerteti eredményeit.

*Hohmeyer* (Altona) 2400 esetről szóló kimutatás alapján ismerteti a *gerinczvelőérintés* mai álláspontját. Tapasztalatai nem a legkedvezőbbek. A fenti számú esetekben 12 haláleset fordult elő; tehát már csak ezért is 15-ször oly veszedelmesnek tekintendő, mint a chloroform. A halál oka 4 esetben asphyxia, 3 esetben genyes agyhártyalob, a többiben collapsus vagy apoplexia volt. Kilencz százalékban az eljárás hatástalannak bizonyult. Az esetek nagy százalékában észlelték a következő jelenségeket: fejfájás, hányás, reszketés és maradandó fájdalmasság vagy gyöngeség az alsó végtagokban; továbbá bénulások (ritkán), epilepsziás görcsök, a külső szemideg bénulása (5 esetben, ezek közül 3-szor állandó jelleggel). Tüdőszövődmények mintegy 0·7%-ban voltak. A vese bántalmazását sohasem látták. E számok alapján a gerinczvelőérintést az altatás határozott ellenjavalata esetén akkor ajánlja csak, a midőn a helybeli érintés vagy a Sudeck-féle bódulat elégtelennek ígérkezik.

*König* (Altona) már ismertetett szerencsétlen esetén kívül (alsó végtag-, hólyag- és végbélbénulás) még észlelt egy újabb, halálos kimenetelű esetet. Nem ellensége az eljárásnak, de nagyon ajánlja az esetek megválogatását. Úgy látszik a diabetes miatt az alsó végtagokon végzendő műtétek teszik alkalmazásának főjavalatát. A kellemetlenségek egyik oka szerinte az adrenalin, ajánlja tehát a kiküszöbölését az anaestheticumból. A *Hohmeyer* leirta tünetek azt bizonyítják, hogy az eljárás mindazon kellemetlenségekkel bir, melyekkel a bódítások járnak, de azonfelül súlyosan sérti a gerinczvelőt is, melyet pedig azok bántatlanul hagytak.

*Dönitz* (Berlin) szerint a gerinczvelőérzéstelenítésnek háromféle ártalmát kell tekintetbe venni, mely a következményes kellemetlenségek kifejlődéséhez hozzájárul: ez lehet vegyi, erőművi, vagy hőbeli. A vegyit az érzéstelenítő szerek alkotják, főleg az adrenalin (bomlott állapotban); az erőművit a tű, különösen akkor, ha mélyen beszűrva a gyökök direct sértését, vagy vizenyős beszűrődését (Oedemisierung) okozza. A hőártalmakat az oldatnak túlhideg vagy meleg volta okozza. Mindezek majdnem biztosan elkerülhetők a legkevésbé izgató anaestheticumnak (tropacocain) választása, a tűnek nem túlságosan mélyre való szúrása és az oldatoknak a testhőmérsékre való felmelegítése által. Ily eljárással *Bier* klinikáján 1800 esetben csak egy halálesetet észleltek, és múltó jellegű kellemetlenségeket is mind ritkábban látnak.

*Müller* (Rostock) 2000 esetben alkalmazta az eljárást; halláselete nem volt. A többször tapasztalható fejfájások okát a felszaporodott liquor nyomásában vagy a megapadt liquorban véli megtalálni. Hogy ezek melyike forog fenn az adott esetben, arról a gerinczvelőszúrás ad felvilágosítást. Megszüntetésükre az első esetben a liquor egy részének lecsapolását, a második esetben pedig bőr-alatti infúsiót ajánl; eljárásától majdnem minden esetben prompt hatást látott. Érzéstelenítő szernek még mindig a stovaint használja. Az oldatot minden esetben frissen készíti.

*Ascoli* (Pavia) *Izar*-ral együtt *rosszindulatú alképletek korai körjelzésére való eljárást* dolgozott ki. Az alkalmazása a páviai klinikán kb. 93 százalékban positiv eredményt adott, ellenben a *Sticker*-laboratoriumban az eljárás bemutatása czéljából végzett kísérletek sikertelenek voltak, a mit

*Sticker* a német és olasz antigen közti különbségből magyaráz, hasonlóképpen, mint a hogy idegen országból behozott egereken is csak bizonyos idő mulva sikerül daganatok megfogantatása.

*Brodnitz* (Frankfurt a. M.) a *mellékvese vérzésén* alapuló, hasi görcsök között lefolyó, súlyos kórképet ír le, melyet egy esetben észlelt. Betegén rövid perczeken belül collapsusszerű, rendkívül éles fájdalmaktól kísért hasgörcsrohamok jelentkeztek; a görcstől mentes időben a has megtapintásakor semminemű rendellenesség

nem volt megállapítható. Ezen állapot tartós volta műtetre kényszerítette, de mást, mint csak igen erősen összehúzódott vékony beleket nem talált a hasban. Betege a műtét utáni ötödik napon, a göresök további fennállása mellett meghalt. A boncolás nagyfokú vérzést állapított meg mindkét mellékvesében; azt hiszi, hogy a mellékvese működése és a sympathicus-idegrendszer (bélműködés) között szoros összefüggés van és hogy a hasi műtétek után észlelhető bélzavarok egy részét a mellékvese emboliája vagy thrombosisa okozza.

*Coenen* (Breslau) egy esete kapcsán, melyben nagyfokú vérzés történt a *vesetokba*, a hasonló esetekről kimutatást készített. Az irodalomban összesen kilencz idetartozó esetet talált. Wunderlich már 15 évvel ezelőtt leírta a körképet, melynek kóroktanában a tuberculosus, az aneurysma, a haemophilia, az arteriosclerosis, a vesebaj és a daganatképződés szerepel. Klinikailag a vérzés a belső vérzés képe alatt jelentkező rohamokban nyilvánul a vesetájon, erős fájdalmak mellett képződő daganat kíséretében. Élőben egyetlen esetben *Doll*-nak sikerült a kórjelzést megállapítani. Prognosis szempontjából a vérzések igen súlyos elbírálás alá esnek, a közölt 9 eset közül 5 végződött halálosan. A baj kezelésére ajánlja a műtéti beavatkozást.

*Payr* (Greifswald) a gyomorfekély kísérleti előállításával foglalkozott, a mi sikerült is neki, 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os formalinnak kétfelől gondosan előre lefogott gyomorérbe történt befeeszkendezésével; az így keletkezett gyomorfekélyek semmiben sem különböztek az úgynevezett kerek gyomorfekélytől, miért is e kísérletekkel utóbbinak emboliás eredetét bebizonyítottnak látja. A therapia szempontjából élesen elválasztandó az egyszerű kerek fekély a callosus, széles és beszűrődött udvarral bíró gyomorfekélytől. Ez utóbbi műtéti kezelésében mindeztideig egységesség nem volt. Ő, tekintettel arra, hogy ezen fekélyek igen nagy része idővel rákosan elfajul, továbbá arra, hogy a műtét alkalmával megítélni azt, vajjon a fekély nincs-e máris elfajulva, nem lehet, a callosus gyomorfekélynek minden esetben való eltávolítását gyakorolja és ajánlja. Az erre való legjobb műtéti eljárásnak a Riedel-féle szelvényes gyomorresectiót tartja; benne látja a gyomorráknak mintegy a korai műtétét, annyival inkább, mert a rákos elfajulás szerinte az eseteknek körülbelül 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ában következik be. (402 észlelt eset közül 39-ben.) A Riedel-féle operatiónál a gastroenterostomiát fölöslegesnek tartja, minthogy a vagusátmetszés a pylorusgörcsöt úgysis megszünteti.

*Küttner* teljesen *Payr* álláspontján van, melynek megerősítésére a következő érveket említi: a csak gastroenterostomiával kezelt esetek közül később 41<sup>o</sup>/<sub>o</sub> pusztult el gyomorrákbán; a gyomorresectióval kezeltetek közül, a kiken a kórszövetteni vizsgálat máris kimutatta a rákos elfajulást, 57<sup>o</sup>/<sub>o</sub> véglegesen meggyógyult

s végre az esetek 43<sup>o</sup>/o-ában a műtét alkalmával képtelen volt a fekélynek rákos vagy nem rákos volta felett dönteni.

*Meisel* (Konstanz) a gyomorresectio helyett inkább a gastroenterostomia híve, melyet Kraske eljárása szerint jó eredménnyel végzett 18 esetben. Eseteiben eperegurgitációt csak egyszer észlelt.

*Goebell* gombbal végzett gastroenterostomia után az esetek 10<sup>o</sup>/o-ában az új szájadék megszükülését észlelte, miért is a gomb helyett a varrást és nagy szájadék képzését ajánlja. A gyomorfekély helyének megállapítására jó eredménnyel alkalmazta a Rovsing-féle gastrodiaphanoskopot.

*Hahn* (Nürnberg) a reszekált gyomorvégek egyesítésére ügyesen szerkesztett varrógépet mutat be.

*Ewald* (Berlin) azt hiszi, hogy a gyomorfekély rákos elfajulása még sokkal magasabb százalékban következik be, mint a milyenben Payr föltételezi. Szerinte a gyomornedv vegyi vizsgálata az elfajulás korai szakában nem nyújt biztos támpontot.

*Haberer* (Bécs) kísérleteket végzett *leszakadt mesenterium pótlására* egy csepleszdarabnak a bél köré varrásával; kísérletei azonban nem vezettek sikerre.

*Shoemaker* (Haag) a *gyomorműködést* tanulmányozta kutyákon végzett kísérletekkel. Így megállapíthatta, hogy a pylorus a táplálék felvétele után körülbelül 8 percczel 7—8 másodpercznyi időközökben nyílik meg és bocsátja az ételpépet (chymus) a duodenumba, még pedig fokozatosan először az egészen híg, majd később a tömöttebb gyomortartalmat. Ha a megfigyelés céljából készített duodenumsipolyon keresztül sósavat fecskendezett be, a pylorus beszüntette működését. Olyan esetben, midőn duodenumsipoly mellett gastroenterostomiát is végzett, azt észlelhette, hogy a gyomortartalom legnagyobb része mégis csak a pyloruson keresztül távozik és csak az esetben vette útját az új nyíláson át, ha mint előbb, sósavat vitt a duodenumba.

Ha a pylorus záróizmát eltávolította, a kiürülés sorrendjében nem állott be változás, csupán annak gyakoriságában, még pedig a gyorsulás értelmében. A sósavnak a duodenumba való fecskendezése ilyen körülmények között is meglátsította a gyomor kiürülését. Mindezekből következteti, hogy a chymusrészeknek említett módon való különválasztása nem a pylorus működésének eredménye; szükséges azonban a pylorus jelenléte arra, hogy a duodenumban kiváltódó sósavreflex érvényre jusson, melynek egyébiránt az epe és pankreasnedv elválasztására nézve is nagy fontosságot tulajdonít.

*Reichel* (Chemnitz) a *flexura sigmoideát pótolta* egy esetben vékonybélkacscsal. Esete a következő volt: súlyos sérülése miatt a flexura sigmoideát majdnem egész hosszában kénytelen volt eltávolítani, ezen beavatkozást anus praeternaturalis készítésével fejezte be, egy másik műtéttel eltüntette az utóbbit egy, az eltávolított

flexura sigmoideának megfelelő vékonybélrésznek az elpusztult bél helyébe való iktatása által; e bélrész működése ez idő szerint kifogástalan.

*Meisel* (Konstanz) a gastroenteroptosis eseteiben előforduló *rendellenesen hosszú colonnak* háromféle alakját ismerteti, a melyek súlyos bélzavarok okozói lehetnek. Megrövidítésükre és a colonnak rendes helyzetében való rögzítésére új varratot mutat be, melyet hullámvonal szerűen a vastagbél hosszában alkalmaz a taeniák mentén.

A congressussal kapcsolatban megtartott vetítő-estélyen *Katzenstein* (Berlin) mutatta be *kryptorchismus-műtétét*, mely lényegében abban áll, hogy a felszabadított és lehozott herét a czomb belső felületéhez rögzíti, így akarván a here lennmaradásának legnagyobb akadályát tevő vas deferens lassú megnyúlását elérni. Kísérletei, melyeket úgy végzett, hogy az egy és ugyanazon ondózsínorból vett ereket és vas deferenst külön megterhelte súlyokkal, azt eredményezték, hogy a here visszahúzódásának oka csupán a sokkal nagyobb ellenállással és rugalmassággal bíró vas deferens lehet. Ennek leküzdésére a here egyszerű lehozatala nem bizonyult elegendőnek, miért is annak kinyújtására a czomb feszítésével együtt járó állandó húzást vette igénybe.