

II. VITAKÉRDÉS.

A VÉGBÉL SEBÉSZETI BÁNTALMAI.

Dr. VIDA KOVICH KAMILL:

A VÉGBÉL MECHANIKAI ÉS LOBOS EREDETŰ
MEGBETEGEDÉSEI.

Vidakovich Kamill:

A végbélkörüli bőrvizketés (pruritus ani) kezelése.

E fejezetben kizárólagosan a pruritus ani «sui generis» alakjával akarok foglalkozni, tehát azzal, mely mint külön, önálló betegség ismeretes. A más bajokhoz társuló bőrvizketést csak annyiban vonom a tárgyalásba, a mennyiben a bőr külső elváltozásai nélkül jelenik meg.

Egyes kezelési és műtéti eljárások lényegének megértése céljából legyen szabad a pruritus ani elhelyeződése és kóroktanára vonatkozólag a következőket előrebocsátanom.

BALL (1905) vizsgálatai szerint a vizketés a végbélnyílásnak csak laphámmal borított részére terjed ki, a hengerhámmal bélelt része a bántalomban nem vesz részt; tehát a végbélnek csak azon részén áll fenn, mely érző idegvégekkel bír. Addig míg a bőrön másodlagos elváltozások — a vakarás következményei — nem lépnek fel, a bőr rendes viszonyokat mutat.

A pruritus ani ismert kóroktani adatain kívül mint újabbakat a következőket említhetem: MURRAY a végbélnyílás környezetének bőréről végzett ojtások alapján a streptococust — melyet nyolcz esetben sikerült kitenyésztetni — tartja a pruritus okának. SHERWOOD-DUMM a külső és belső záróizom határan apró fekélyeket talált pruritusban szenvedőknél és ezeket tartja a vizketés okának. F. O. WALLIS pedig a sinus Morgagniból kiinduló járatokat észlelt pruritus aniban szenvedőknél és azt hiszi, hogy ezek ingere okozza a vizketést. Ilyen és hasonló leletek mindenesetre megmagyarázzák egyes alakjait a vizketésnek, de számos esetre nem találunk, mint a hogy egyáltalában nem vagyunk még tisztában a bőrvizketés számos alakjának ætiológiájával, melyeknek a pruritus ani néha csak =-ban részjelenségét képezi.

A pruritus ani terapiájával hármasszemponthoz követünk: a hol kimutatható ok forog fenn, ott az oki javalatnak teszünk eleget; hol ilyen nincs, ott a szervezetre általános eljárásokkal törekszünk hatni. Végül ha csak a végbélkörüli bőr székhelye a viszketésnek — látszólag ok nélkül — ezt kezeljük helybelileg. Természetes, hogy ezen eljárások szükség szerint kombinálódhatnak is egymással.

Az oki javalatnak tesz eleget a therápia, ha egyidejűleg a végbélnek más bántalmái is állanak fenn, ilyenek lehetnek, rhagades, apró fekélyek (SHERWOOD-DUMM), sipolyjáratok (WALLIS) fertőzései a bőrnek (MURRAY). Tapasztalati tény, hogy e bajokhoz néha kínzó viszketések társulnak, azt is tudjuk, hogy e bajok gyógyításával a viszketés, mely — csak másodlagos — is elmúlik. WALLIS az említett járatokat a végbél nyálkahártyájával együtt jó eredménnyel irtotta ki két olyan esetben, melyeknél sem az aranyerek eltávolítása, sem a farkcsikcsont resectiója nem szüntette meg a viszketést. Tudvalevő dolog, hogy a farkcsikcsont és keresztcsont alsó részének resectiójánál átvágjuk a nervi coccygeit (a plexus coccygeus ágai), melyek a végbélnyílás környezetét látják el érző idegekkel. MURRAY a bőrből kitenyésztett streptococcusokból készített vaccinával nyolcz esetben gyógyulást vagy legalább is feltűnő javulást ért el. Feltűnőnek említi az első ojtás utáni nagyfokú helybeli reactiót, mi az ojtás specifikus hatásának bizonyítéka. BANKS-nak sikerült a rhagadesek előzetes cocainozás és thermokauter v. tejsavval való érintése után a pruritust is megszüntetni. Hasonlóképp múlik a viszketés sokszor nodusok, fissurák, fistulák műtéte után is.

Ha helybeli ok nem mutatható ki, vagy ha a pruritus ani csak részjelensége egy általános prurigonak, akkor helyén valók az általános kezelési eljárások, ilyenek az arzén-, vas-, chinin-kurák, langyos fürdők.

Fontos az étrend, szabályozása, könnyű kevés széklet képező étrend; hashajtók alkalmazása végbélbeli bélsárpangás megszüntetésére és erőlködésekre, valamint a kemény bélsár sértéseinek elkerülése czéljából. Sokszor nem lehet elkerülni csillapító szerek alkalmazását, óvakodjunk azonban az ópiumtól, mert székrekedést okoz.

A helybeli kezelés. Ide tartoznak a lemosások, kenőcsök, pessarium viselése. Röntgensugarak alkalmazása és a műtéti eljárások. ROTTER dicséri a végbél körüli bőrnek oly formában való kezelését, mint azt műtétekhez való előkészítésnél végezni szoktuk, tehát alapos lemosás szappannal, majd ledörzsölés alkohollal és sublimátos oldattal. JADASSOHN rossz hatást látott a hideg alkalmazásától, ellenben dicséri a forró lemosásokat. A kenőcsök alkalmazásának sok híve van, és ma már szinte át sem lehet tekinteni a «biztos sikerrel» alkalmazható szerek hatalmas legióját. Egyéb eljárások mellett, mint enyhítő szerek bizonyosan jó szolgálatot tesznek. Mint a leginkább ajánlottakat említjük a következőket: 10%-os chloroformkenőcs, Ungt. Hebræ; Calomel-Vaselin aa.; a kátránykészítményekből készített kenőcsöket (ol. Rusci, ol. fagi, Lithantrol stb.); bensoë, perubalzsam, tumenol, anæsthesin, menthol, camphoros kenőcsök stb. stb.

HEIDENHAIN sulyzó alakú, kemény gummiból készített pessariumok viselését ajánlja éjszakára. Újabb időben igen kedvező eredményekről számolnak be, melyeket a végbélnyílás környékének Röntgensugárzásával értek el (NOIRE, RAVE, SCHMIDT H. E. és más szerzők). A besugarozást kb. 10 napi időközökben végzik, javulás vagy gyógyulás kb. 4—6 ülés után következik be. H. E. SCHMIDT $\frac{1}{2}$, illetve $\frac{1}{3}$ teljes adagot ad egyszerre (4—7 We. 0.7—0.9 félrétegérték). Egy esetben a minden évben kiújuló bajt több éven át (1905—1913-ig) kezelte évente egyszer; végül az anális bőr nagyfokú atrophíája volt észlelhető.

A művi beavatkozások közül különösen kettőt ajánlanak: a végbélnyílás erőszakos tágitását és a BALL-féle műtétet. A végbélnyílás tágitása mint RECAMIER-féle eljárás eléggé ismeretes; róla a fissura ani fejezetében részletesen lesz még szó. A BALL-féle műtétet, melynek lényege az anushoz vezető érző-idegek átmetszésében áll, szerzője következőkép írja le: ellipszisalakú metszéssel a végbélnyílást úgy vágjuk körül, hogy csak elül és hátul maradjon egy-egy 1 cm-nyi bőrhíd. A bőrt két lebeny alakjában egészen a nyálkahártyáig felpräparáljuk és ha ez megtörtént ismét visszavarrjuk eredeti helyére. Szerzőjén kívül MAY és MUMMERY számolnak be kedvező esetekről. A műtét hatása a viszketés azonnali megszűntetésében nyilvánul.

A pruritus ani mellett előforduló másodlagos elváltozások megfelelő ellátásban részesítendők.

Irodalom.

BALL. The treatment of inveterate pruritus ani. Brit. med. journal 1905, jan. — BANKS. An address on the neglect of the actual cautery in surgery etc. Brit. med. journal 1901. Nr 9. — MAY. Value of Ball's operation etc. Brit. med. journal 1910. Marc. — NUMMERY. Ball's operation for pruritus ani. Med. Press. okt. 1909. — MURRAY. Pruritus ani. The probable cause and an outline of treatment. Journal of the Amer. med. Assoc. 1912. Nr. 24. — NOIRE. The electrical treatment of pruritus ani. Ladinic. 1907. May. Ref. Brit. med. Press 1907. jun. 13. — RAVE. Behand. des Pruritus ani Zentralblat. für Chir 1912. — SCHERWOOD-DUMM. Some clinic. observat in rectal discases. The journal of. Amer. med. Associat. 1899. nov. — WALLIS. Obscure rectal pain. Lancet. 1999. — Sebészeti tan- és kézikönyvek.

A végbélrepedés (fissura ani) kezeléséről.

A fissura ani kezelésének divatos eljárásait két csoportba oszthatjuk: a nem véres és véres műtéti eljárások csoportjába. Mindkét eljárást használják világszerte, mint a hogy mi is mindkettőt gyakoroljuk. Elterjedtségükben azonban némileg nemzeti szempontok is szerepelnek, a mennyiben Franciaországban inkább a vértelen eljárás, a tágitás van szokásban, a melyet francia ember RECAMIER használt először, Angolországban viszont a mély bemetszésnek a BOYER-féle eljárásnak hódolnak inkább, melynek szerzője angol volt.

Hatásosság szempontjából megítélve a két eljárást, azt állíthatjuk, hogy a véres eljárás a radicalisabb eredményében biztosabb, a miért is régi, callosus-szélű fissuránál használjuk inkább. A frissebb, enyhébb esetekben a tágitás is elegendő.

Tény, hogy a repedések egy része magától is meggyógyul, ha a gyógyulás számára kedvező feltételeket teremtünk. Ezeket véljük a székrendezéssel elérni, a melyet helybeli kezeléssel kapcsolunk össze. Ha a kemény szék által okozott mechanikai sérelmeket hashajtók adagolásával megszüntetjük, és antiseptikus bevonó szerekkel arról gondoskodunk, hogy a seb minduntalan ne fertő-

zöldjék a bélsár által, a repedés meggyógyulhat. A nagy számmal ajánlott szereknak specificusnak dicsért hatása talán nagyrészt ezen alpra vezethető vissza. Azért ha nem is téves, legalább is túlzott az egy bizonyos szerbe vetett bizalom.

A hashajtók közül HOCHENEGG elveti azokat, a melyek roham-szerű széklet okoznak és ezáltal a sphincter nyugalmát nagy fokban zavarják (ilyenek az ásványi sók és vizek); ajánlja a táblaolajat (200—300 gm.) beöntés alakjában, mely ez esetben mint bevonó szer is szerepel. Bevonó és sebgyógyító szereket több helyről ajánlanak: BOYER már régen ajánlotta a kenőcsös befecskendéseket, ép így GUSSENBAUER is; ROSENBERG 6%-os zymoidinkenőcsből látott jó eredményt; ALTINGHAM a következő összetételű kenőcsöt alkalmazza szívesen: Calomel 0.25, Pulv. opii 0.10; Extract. bellad. 0.10 Ungt. sambuci 5.0. Mi több esetben jó eredményt láttunk a következő összetételű végbélkúpoktól (vagy bacillusoktól): Argent. nitric. 1.0, Anæsthesiai gta 2.0, Butir. cacao. 10 kúpra vagy pálczikára, mely keverékben az anæsthesin szünteti a záróizom reflectorikus görcsét az arg. nitric. pedig izgatólag hat a sebre. Hogy a pálczikák vagy kúpok érintkeznek a sebbel is, azt abból merem állítani, hogy a betegeknek mindig ügyelni kell a fehérenemű tisztán maradására (T pólya, kötés). Enyhe, friss esetekben alkalmazzuk, ha a beteg műtétbe nem egyezik.

Egyéb ajánlott szerek és eljárások a következők. NEGRESCU (1908) a hydrogen. hyperoxydatumtól látott jó hatást, borogatás alakjában használja, gyenge oldatokban. CONITZER (1898) ichthiol-cocain keverékét dicséri; LAQUETIÈRE és más francia szerzők a D'ARSONVAL-féle villamos áram alkalmazásától láttak jó eredményt (a vastag elektródot 4—6 percig hagyják a végbélben, feltűnő a záróizom görcsének gyors megszűnése). LEWIS (1903) kal. hypermang. és cocain oldatát használja utána anusol kúpot. Az oldatot wattapamacs segélyével helyezi a sebre. SIREDEY (1911) a collargot oldatától (1:6) látott jó eredményt. K. OGATA (1908) a Klapp-féle szívókat alkalmazta számos esetben és dicséri az eredményeket.

A gyógyszeres eljárások között mindenesetre leghatásosabb a fekély érintése pokolkőpálczikával, a mit ha úgy alkalmazunk, hogy a fekélyt előbb cocainnal megérzéstelenítjük, a betegre nézve

nem jár kellemetlenséggel. HOCHENEGG ugyan nem osztja e nézetünket, mert, barbár eljárásnak tartja, melynek azonkívül nincsen is sok haszna. Kijelentése ezen második része is ellentétben áll tapasztalatainkkal.

Mintegy átmenetet a leírt eljárások és a szóba kerülő beavatkozások között képezi a ROSENBACH (1900) ajánlotta digitalis tágitás, mely abban áll, hogy ujját óvatosan bevezeti a végbélbe és abban pár perczig megtartja. Állítólag pár nap alatt lényeges javulást ért el betegein ily módon.

Igen gyakran alkalmazott eljárás, melynek jó hatásáról mi is sokszor meggyőződünk, a záróizom erőszakos tágitása, mely mint RECAMIER-féle eljárás ismeretes. Hatása gyors és radikális, és a következő körülményekben keresendő: megbénítja pár napra a záróizmot, ez által megszünteti görcsét és nyugalmat biztosít a sebnek, mely ezen idő alatt meggyógyulhat. A gyors gyógyulás, mely a sphincter bénulására be szokott következni, igazat látszik adni ROSENBACH felfogásának a fissura ani keletkezéséről, mely szerint nem a repedés az elsődleges, hanem a sphinctergörcs; a a fekély csak mechanikailag előidézett következménye volna a görcsnek. Analogonját e felfogásnak látjuk a colospasmusban (SINGER), mely szintén fekélyképződésre vezethet a bélben.

A tágitást végezhetjük rövid bódulatban æther-, somnoform- vagy chloraethylrészezségben, azonban helybeli érzéstelenítéssel is teljesen fájdalomtalanul végezhető, úgy hogy utóbbi időben majdnem kizárólagosan azt alkalmazzuk. A tágitás fokára vonatkozólag azt tapasztaltuk, hogy a nem elég tapasztalt mütő kicsit féltéken szokta végezni, pedig annak erélyesen kell történnie, mert csak így érhetjük el az izom működésen kívül helyezését. A bódulatban az izom úgy is elveszti tonusát, a mit az előeső nyálkahártyájáról meg lehet ismerni, a mi tévedésbe ejtheti a mütőt a tágitás fokának megítélésében. A tágitásnak oly fokúnak kell lennie, hogy a reflexek visszatérésekor se záródjék ismét a végbélnyílás, a nyálkahártya akkor is domborodjék elő. Tehát erélyesen kell tágitani, ha nem tudjuk a fokot megítélni, inkább többet kövessünk el, mint keveset, mert különben beavatkozásunknak nem lesz meg az eredménye. Mi a tágitástól kellemetlenséget soha sem láttunk, főleg nem a más oldalról említett zárási elégtelenséget,

sem múló, sem pedig maradandó formában. A tágitásnál, mint azt HARTMANN és QUÉNU görcsövi készítményeken kimutatták az izomrostok nem szenvednek szakadást, csak nyújtást. Az utókezelést úgy végezzük, mint azt a végbél egyéb műtete után szoktuk fogantatosítani: opium mellett a fájdalom csillapítására borogatásokat alkalmazunk, esetleg az említett végbélkúpokat és ülőfürdőket. A repedést teljes meggyógyulásáig figyelemmel kísérjük, helyére Mikulicz-kenőccsel bekent vattatekeresztet vezetünk be a végbélbe. A gyógyulás rendszeren gyorsan 2—3 hét alatt szokott bekövetkezni.

A végbélrepedés műtéti úton való ellátása abban áll, hogy azt egy a végbélnyíláshoz radicalisan elhelyezett metszéssel ketté hasítjuk.

HOCHENEGG tekintettel arra, hogy az éles eszközzel ejtett seb a végbélben mégis könnyebben fertőződik, a kés helyett a thermokautert ajánlja, mely után pörkkel fedett, fertőzésre kevésbé hajlamos seb marad vissza. A behasítást jól a fekély alapjába végzi, de a záróizmot kiméli. Mi nem alkalmaztuk a thermokautert.

A véres műtéteknek kétféleségét gyakorolják, egyik abban áll, hogy a repedést csak jól az alapjába hasítják fel, a másik szerint a metszés a záróizmon is keresztül halad. Amazt ROTTER szerint főleg Németországban alkalmazzák, utóbbit inkább Angliában, melynek fia BOYER ajánlotta először 1826-ban. A záróizom átmetszhetőségéről a sipolyoknál elmondandók szerint ezen eljárásnak is megvan a jogosultsága, mi nem gyakoroljuk, mert tulságosan sértő beavatkozásnak tartjuk.

Mi a tágitás mellett a repedés bemetszését tehát csak első alakjában alkalmazzuk. A repedés hozzáférhetősége céljából úgy is szükségessé válván a végbélnyílás tágitása, különösen akkor, ha azt helybeli érzéstelenítéssel akarjuk végezni, nehéz megmondani, hogy az eljárás melyike nyújt több kilátást a gyógyulásra. A seb nyugalmát tágitás nélkül mindenesetre a záróizom teljes átmetszése biztosítja jobban.

A műtét kiviteléhez itt is czélszerűbbnek tartjuk a helybeli érzéstelenítő eljárásokat, mint a bódítókat.

WATSON, LEIGH (1913) kitünő hatásának mondják a következő érzéstelenítő keveréket: $\frac{1}{10}$ % cocain, 1 % chinin és huyagany;

előnye e keveréknek az volna, hogy hatása mintegy 5—7 napra hat ki, úgy hogy a beteg első rendesen igen fájdalmas székeléseit kínok nélkül végzi. Tapasztalatunk vele nincsen.

A felhasításra vonatkozólag csak azt kívánom megjegyezni, hogy elég terjedelemben végezzük azt, jól túl kell mennünk a fekély határain úgy előre, mint hátrafelé.

Az utókezelést a szokásos módon végezzük. Csövet az esetben teszünk a végbélnyílásba, ha a záróizmot teljesen átmetszettük, részleges bemetszés esetén kínos ingerként hat a végbélben (ROSTER). A sebet sarjadzás utjáni gyógyulásra bizzuk. A sebbe eleinte jodoformgázecsikot helyezünk: ennek bevezetése a legkíméletesebben a KELLY-féle tükörrel történik úgy, hogy a műszer tubusán keresztül gombos kutaszszal betoljuk a csikot a végbélbe és rajta át kihúzzuk a csövet. Ha a seb már kicsire zsugorodott, kis vattatekercs segélyével lapiskanőcsöt helyezünk reája vagy pedig pokolkővel érintjük.

Klinikánkon összesen 16 (7 férfi 9 nő) fekvőbeteget kezeltünk fissura anival. Kóroktanilag leginkább idült székrekedés és aranyeres csomók szerepelnek, három esetben szülés után támadt a repedés, egy esetben polypussal szövődött.

Leggyakrabban alkalmaztuk a RACAMIÉR-féle tágitást (9 esetben ezek közül kétszer a LANGENBECK-féle műtéttel együtt) 5-ször bemetszéssel (részleges sphincterotomiával): egyszer pokolkőpálczikát használtunk, egyszer pedig tágitást és a fekély kikaparását.

Tudomásunk van 11 beteg későbbi sorsáról, ezek közül

1 férfi (lapispálczával kezelve)	meggyógyult.
5 (3 nő 2 férfi) (Recamiér)	„
1 nő (Recamiér, Langenbeck)	„
2 férfi (bemetszés)	„
1 nő (Recamiér, kikaparás)	javult.
1 férfi („ bemetszés)	javult, távozott, meghalt (halálok?).

Nem jelentkezett 5 beteg, ezek közül

2 nő (Recamiér)	javultán távozott;
1 nő (" és bemetszés	" "
1 férfi (" és Langenbeck)	gyógyultán távozott;
1 nő (Sphincterotomia)	" "
<u>5</u>	

Javultaknak azokat vettük, kik fájdalom nélkül, de még nem teljesen gyógyult sebbel távoztak. A valódi gyulladások száma itt is bizonyosan nagyobb, ezekről azonban nem szerezhettünk tudomást.

Irodalom.

CONTIZER. Über die Behandl. der Afterschwunde mit Ichthyol. Münch. med. Wochenschr. 1899. Nr. 3. — CZERNY. Die Behandl. der Fissur etc. Es-marchs Festschrift. Bruns Beiträge Bd. Nr. 37. — GUTTENBAUER. Über die Behandl. der Fissura ani Wien. Klin. Wochenschr. 1902. Nr. 2. — LAQUE-RIÈRE. Traitement électrique de la fissure sphinctérialgique de l'anús. Le Progrés méd. Nr. 34. — LEWIS. The cure of anal fissura without operation, report of eight cases. Med. news. May 30. 1903. — NEGRESCU. Die Behandl. der Anal-fissuren etc. Revitz. stüntzel. med. 1908. Nr. 41 (románul). — PELLIZZARI. Cinque casi di ragade anale post partum. Riforma med. 1906 ápr. — PLATT. The pathology and treatment of fissure and ulcer of the anus. Med. chro-nicle. — ROSENBACH. Zur Pathologie und Therapie der sogenannten Fissura ani. Berl. Klin. Wochenschr. 1900. 10. és 11. sz. — SIREDEY. Fissures anales guéries par les pommades au collargol. Gas. des hôpit. 1911. 33. sz. — Se-bészeti tan- és kézikönyvek.

A végbélkörüli gyuladások és tályogok (abscessus perirectalis) gyógykezeléséről.

A végbélkörüli genyedéseket általában két nagy csoportra oszt-hatjuk, olyanokra, melyek ott helyben keletkeztek, tehát elsődlege-sekre és olyanokra, melyek a szomszéd szervek felől — appendix, genitáliák — kerültek a végbél közelébe: másodlagosakra.

A végbélkörüli tályogok a végbél egyik igen gyakori megbete-gedését képezik, és ebben rejlik egyik fontosságuk. További jelen-tőségüket megadja az a körülmény, hogy spontán áttörésük után

rendesen, de sokszor műtétileg megnyitva is sipolyképződésre vezetnek, melynek elhelyeződése az eredeti tályog helyétől függ.

A periproctalis tályogok, mint tudjuk, a végbelet körülvevő izmok és pólák által alkotott valamely szövetrésben foglalnak rendesen helyet. E szövetrések úgy egymással, mint a hashártya mögötti kötőszövettel többféle egyenes összeköttetésben vannak, a mi terjedésüket és a retroperitonealis phlegmonék fejlődését magyarázza. A tályog elhelyeződésének, valamint a végbélhez való viszonyának pontos ismerete elengedhetetlenül szükséges, ha a tályog műtéti megnyitására vállalkozunk. Csak ennek és a végbél alsó részének, illetve a medence kimenetének pontos topografiai-anatomiai viszonyainak ismerete alapján járhatunk el nagy tályogoknál úgy, hogy beavatkozásunkkal főleg a végbél működésében maradandó kárt ne ejtsünk. Azért legyen szabad néhány szóval a végbél alsó részének és környezetének azon topografiai-anatomiai vonatkozásaira reátérnem, melyek különös fontossággal bírnak a végbélkörüli gyuladások, főleg genyedések elhelyeződése és megnyitása szempontjából.

Végbélnek nevezzük a vastagbél azon részét, mely körülbelül a harmadik keresztcsonti csigolyától a végbélnyílásig terjed. Jellemző tulajdonsága, mely a bél többi részétől megkülönbözteti, hogy csak részleges hashártyaborítékkal bír vagy sem ilyennel, sem bélfodorral nem rendelkezik. A diaphragma pelvis által két részre van osztva, az a felett lévő részt *pars pelvina recti* vagy KOCHER szerint *pars ampullaris rectine* nevezzük, az az alatti rész a *pars perinealis seu analis seu sphincterica* nevet viseli. Rendes körülmények között a hashártya férfiakon a prostata felső határa felett 1—2 cm-ig követi a végbelet, hol mint *plica transversalis Douglasii* visszahajlik. A *pars pelvina recti* követi a farkcsikcsontkeresztcsont vájulatot és mintegy fel van akasztva a *musculus levator ani* által alkotott kacsba. Ezen izom részben a szeméremcsont, részben az *arcus tendineus m. levatoris ani-n* (*fascia obturatoria*) ered, tölséresen ereszkedik le és a végbél mögött a *ligamentum sacrococcygeum*ban egyesül. A végbél és *levator ani* között lévő tölséres ürt *cavum pelvirectalenak* nevezzük. Ez felfelé folytatódik a hashártya mögötti kötőszövetbe; belső határát képezi a végbelet körülvevő *fascia recti propria*, külső elhatárolódását a

musc. levator ani fedő fascia pelvis parietalis, illetve fascia diaphragmatica superior. Ezen fascia kétoldalt a fascia recti propria-val egyesül és képezi hátul a cavum retrorectale (keresztcsont és végbél között), elül pedig a cavum prærectale (a végbél és ondóhólyagok, illetve prostata között). Utóbbin át a két oldalról jövő *musc. levator ani* között jutunk a cavum pelvirectaleba.

A *musc. levator ani* külső oldalán a végbelet körkörösén körülvevő zsírszövettel kitöltött üreget *cavum ischiorectalenak* nevezük. Ez a végbél két oldalán háromoldalú, csúcsával felfelé néző gúla alakjával bír nagyjában, melynek külső oldalát az os ischii, részben a *musculus obturatorius internus*, belső oldalát a külső záróizom, belső felső oldalát pedig a *musc. levator ani* képezik. Előrefelé a szeméremcsontig érő tasakját recessus pubicusnak nevezük (WALDEYER). Lefelé ez üreg a bõralatti zsírszövetbe folytatódik. Felfelé az üreg a *musculus levator* tapadása által az *arcus tendineus musculi levatoris-on* van elzárva. A kétoldali üregeket elül és hátul finom kötőszövetes válaszfal választja el egymástól.

A végbélnyílást körülvevő zsírszövet felfelé összeköttetésben van a végbél nyálkahártya alatti kötőszövetével is. Ezen szöveti rés, mely a nyálkahártya és záróizom között foglal helyet, szintén nagy fontosságú sebészeti szempontból, mert számos sipolynak és a nyálkahártya alatti tályogok székhelye.

A végbél alsó része a pars analis vagy perinealis recti a diaphragma pelvistól halad lefelé meredeken vagy elülről kissé hátrafelé irányulva. Alsó részében körkörösén körülveszi a külső záróizom, ennek felső szélét felfelé kissé túlhaladja a tőle befelé — a bél lumene felé elhelyezett belső záróizom. A sphincter externust a nervi hæmorrhoidales inferiores látják el mozgató rostokkal és pedig több ággal, melyek hátulról oldalról, előre medianfelé haladnak a sphincterhez. A sphincter rostjai hátul a lig. anococcygeum elül a *musculus bulbocavernosus* raphejében találkoznak (nõkõn a *musc. constrictor cunni*-val találkoznak).

Nagy fontossággal bír a végbél környezetének topografiai anatómiájának ismerete a trigonum urogenitale magasságában. Ez a diaphragma pelvis azon része, mely a végbél elõtt a szeméremcsont két ága között foglal helyet; melyet a végbél felé a *musculus transversus perinei superficialis* határol el. Alatta foglal helyet

a m. transversus perinei prof. Ha tehát a végbél elülső felületén felfelé hatolni akarunk a prostata alsó széle magasságában, első sorban ezt a két izmot kell erőteljesen előfelé húznunk. E közt és a végbél között foglal helyet a musculus rectourethralis (Roux), mely Proust és Gosset szerint a «retroprostaticus üreghez vezető kapú kulcsát képezi». Ezen út ismerése főleg a prostatából kiinduló genyedések megnyitása szempontjából bír fontossággal. Előtte a következő fontos anatómiai képletek fekszenek. Ha harántmetszéssel a végbélyilás előtt behatolunk, első sorban a m. sphincter externus tapadását kell a musc. bulbocavernosustól szétválasztani, két oldalt tőle találjuk a ferdén előfelé összefutó musculus ischio-cavernosust, az ezáltal és a musc. bulbocavernosus által alkotott háromszöget hátul a musc. transversus perinei superficialis határolja el. E mögött fekszik a cavum ischio-rectale. Feljebb hatolva a nervi hæmorrhoidales inferiores és arteria hæmorrhoidalis externát hátra, az arteria és nervi perineit pedig előfelé kell húznunk a musc. transversus perineivel együtt. Most megjelenik a musc. transversus perinei profundus hátsó széle (trigonum urogenitale), mögötte a bulbus urethræ, e közt és a végbél között még csak a Roux-féle izom a musc. bulborectalis takarja el a prostatát, melynek alsó széle magasságában találkozik a két oldalról jövő musc. levator ani elülső széle. A prostata mögötti részt képezi a cavum prærectale, a két levator között bejutunk a cavum pelvi-rectaleba.

Az elmondottak alapján könnyen megértjük a végbélkörüli genyedések kedvező elhelyeződését, mely szerint megkülönböztünk: submucosus, ischio-rectalis és pelvi-rectalis tályogokat.

A submucosus tályogok leginkább a pars sphincterica recti valamelyes sérüléséből indulnak ki, a fertőzés behatolási kapuja rendszeren valamelyik sinus Morgagni v. repedés. Megnyitásuk egyszerű és helybeli érzéstelenítéssel történhetik, még a magasra felnyúló tályogoknál is, mert felfelé a nyálkahártya már nem érzékeny. A bódulat rendszeren elkerülhető és csak igen érzékeny egyéneknél alkalmazandó. Fontosnak tartjuk a helybeli érzéstelenítést azért is, mert alkalmasabb a műtétnek ambuláns elvégzésére. Elvünk a megnyitásnál a széles feltárás, hogy sipoly ne képződhes-

sék. A megnyitás a végbél hossz tengelyébe eső metszéssel történik.

Az ischiorectalis tályogok helyes megnyitása kissé nehezebb feladat elé állítja a sebészt. Metszésünkre irányadó a tályog kiterjedése és elhelyeződése lesz. Más az eljárás csak egyoldali tályognál és más ha a hátsó commissurában összefolyó mindkétoldali tályoggal állunk szemben. Ilyenekkel találkozunk, daczára annak, hogy a kétoldali cavum ischiorectalet úgy elől, mint hátul kötőszövetes választófal különíti el egymástól. Végül tekintettel kell lennünk a nevezett gödörnek a symphysis alá nyúló egy tasakjára, a *recessus pubicusra* (WALDEYER), mely szintén székhelye lehet a genyedésnek.

Az egyoldali tályogok megnyitása oldalsó metszéssel történik a végbélnyíláshoz radialis irányban a bőrhez közel fekvő tályogok esetében. Mélyebben fekvők megnyitása egy a záróizom rostjaival párhuzamosan tehát elülről hátrafelé irányult metszéssel történik (ROTTER). KOCHER a gát paramedian metszéseit, a minőket Roux használ (az ondóhólyagok feltáráshoz) nem tartja physiologiasoknak, mert a kissé oldalról ferdén a középvonal felé haladó idegeket sérti. Talán az azok irányában vezetett metszés, — ha ugyan a tályog helyzeténél fogva megejthető — volna a legkíméletesebb a záróizom beidegzésére nézve. A sphincter átmetszése úgy sem kerülhető el legtöbb esetben, ennek az előbbi metszéstől az izom rostjaira merőlegesen kell történnie. A külső záróizom következményektől való félelem nélkül átmetszhető, a mi annyiban bír előnnyel, mert nagy valószínűséggel biztosít a sipolyképződés ellen. A végbélnyílás működését különösen veszélyeztetik a kétoldali tályogok esetén két oldalt ejtett metszések. HOCHENEGG fontosnak tartja a tályogür kitapintását ujjal, mert nem ritkán idegen test okozza a tályogot, mely benne feltalálható [ALBERT esetében epekő, máskor lenyelt csontdarab, fogpiszkáló (HIRSCH H.) stb.]; a *recessus pubicusra* is legyünk figyelemmel.

A commissuralis tályogokat — mindkét oldali tályogok, melyek a hátsó középvonalban összefolynak — ROTTER a hátsó középvonalban nyitja meg, oly metszéssel, mely az anustól a farkcsont végéig halad a külső záróizmon keresztül. E metszésből jobbra-balra hatol be a tályogba.

A pelvirectalis tályogok megnyitására kétféle út kínálkozik a szerint, a mint azok a végbéltől hátra vagy előfelé vannak elhelyezve. Amazok a féregnyulvány vagy a medenczeesontok gyuladásai folytán keletkeznek, utóbbiak rendszeren a prostata genyedeiseihez csatlakoznak (ZELLER).

ZELLER, FRANK, ROTTER az elülsők megnyitását a következőképen végzik: harántmetszés a végbél előtt; odaig, a hol a musculus levator ani két oldali portiójának elülső része a végbélhez tapad, a mi a dűlmirigy alsó széle magasságában van, élesen haladnak előre. A húgycsöbe fémkutaszt vezetnek, a végbélbe pedig a bal mutatóujjat, ezzel akadályozva meg a szervek sérülését; a m. levatort elérve annak két oldali feje köré tompán hatolnak a tályogba. ROTTER óva int attól, hogy e tályogokat a végbél felől nyissuk meg, mert a tályog üre a végbél felől állandóan fertőződven, nehezen gyógyulhat csak.

PIQUÉ (1907) a hátsó tályogok megnyitására U alakú metszést ajánl a végbél mögött (incision en U latéro- et retroanale). Ezen metszésnél is vigyáznunk kell, hogy szárai ne nyuljanak nagyon előre, mert különben átvágják a záróizomnak oldalról és hátulról jövő idegét. HOCHENEGG parasacralis metszésből hatol be a tályogürbe, a mint azt a féregnyulványtól sülyedő Douglasztályogok megnyitásánál is alkalmazni szokta.

A végbélkörüli tályogok egy része gümös eredetű, (gümös sipolyokból vagy a medence — esont-, csonthártya — gümös megbetegedései mellett). Tekintettel arra a körülményre, hogy e tályogok másodlagosan könnyen fertőződhetnek, rendszeren elvesztették már tisztán gümös jellegüket akkor, midőn szemünk elé kerülnek. Általában véve kissé complicáltabb viszonyokat mutatnak, mint az rendes genyesztők fertőzése útján létrejött tályogok, mert sokszor gümös sipolyokkal együtt fordulnak elő. A tályog gümös természetének kimutatása nem mindig könnyű, a hol ez a gümöbacillus alapján sikerül, ott rendszeren előrehaladt tüdőgümőkórral is állunk már szemben (C. F. MARTIN).

A gümös tályogoknál a beavatkozás mikéntjét a beteg általános állapota szabja meg. A míg ez kielégítő, addig művi beavatkozásunk miben sem különbözik az egyszerű tályogokétól, csak hogy a megnyitáson kívül a gümös sarjak alapos kitakarítása,

sipolyjáratok kimetszése kell, hogy kiegészítse a műtétet. Súlyosabb állapotnál a tályog egyszerű megnyitására szorítkozunk.

A mi a gümös egyéneknél követendő érzéstelenítési eljárást illeti, úgy C. F. MARTIN (1812) a gerinczvelő érzéstelenítés híve, KOCHER ellenzi alkalmazását, mert két esetben meningitis cerebrospinalis tuberculosát látott kifejlődni lumbal analgesia után.

Végezetül megemlítem a nem szorosan ide tartozó, *másodlagos*, leginkább feregnyulvány miatt keletkező és lesúlyedő Douglas-tályogokat is, melyeknek megnyitása a végbél felől történik. Ezen gyors gyógyulási hajlamot mutató genyedések feltárását a végbélből ROTTER sem ellenzi; úgy ő, mint REYNIER (1912) e célra külön műszert ajánlanak, mely lényegében széjjelnyíló kúpalakú hegyes véggel bíró fogóból áll, melynek két szára egyelőre a tályogba tolt trokárt körül fog és annak mentén tolható a tályogürbe.

A tályogok kimenetelének megítélésében HOCHENEGG óvatosságra int, sohsem mulasztjuk el vagy a beteget vagy hozzátartozóját arra figyelmeztetni, hogy a tályog meggyógyulása után vagy sipoly, vagy a zárókészülék valamelyes zavara — esetleg teljes incontinentia — fog visszamaradni. E két eshetőség minden mélyebben fekvő tályognál még a leggondosabb kezelés és eljárás mellett is előfordulhat. Ha az orvos elmulasztotta előre figyelmeztetni a beteg környezetét erre, később az ő — az orvos — hibájának vagy ügyetlenségének fogják betudni. A kontinentia zavara még akkor is beállhat, ha a záróizom, vagy annak idege közvetlenül nem is sérült meg, és pedig bekövetkezhetik a tályog nyomán kifejlődő hegedés által. A végbél zárókészülékének működése a végbél alsó részének szabad mozgathatóságától van feltételezve; ha már most a tályog gyógyulása után a végbél valamely irányban rögzítést vagy elhúzóást szenved, vagy ha a végbelet körülvevő tályog után a végbél körül gyűrűalakú heg fejlődik, a zárókészülék működésében is súlyos zavar léphet fel. Szerencsére ilyen kimenetelek ritkák. Sipolyok azonban elég gyakran észlelhetők tályogok után. Tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy a sipolyképződés elkerülésének legfőbb titka a *gondos* utókezelésben rejlik.

A kolozsvári sebészeti klinikán nyolcz év alatt összesen 45 fekvőbeteget kezeltünk végbélkörüli tályoggal. (Számuk azonban

sokkal nagyobb, csakhogy egy tekintélyes részük mint járóbeteg részesült ellátásban.) Köztük volt 34 férfi és 11 nőbeteg. Kóroktanilag legtöbbször szerepel aranyeresbántalom, idült székrekedés, kétszer ütés a végbéltájra, egyszer typhus, egyszer lueses papula, egyszer pruritus ani, kétszer kankó, egyszer diabetes. Ötször tüdőgümőkórban szenvedő egyéneken fejlődött az abscessus. A genitáliáról sülyedő tályog egyszer szerepel. Sok esetben a genyedés oka nem volt megállapítható.

A therapia a tályogok megnyitásában állott a vázolt elvek alapján kisebb tályogoknál helybeli érzéstelenítéssel, nagyobb és complicáltaknál pedig Sudeck-féle bódulatban.

Eredményeinkről a következő adatok tesznek tanúságot: 18 beteg későbbi sorsáról is van tudomásunk, ezek közül:

12 (9 férfi 3 nő)	egyszerű tályoggal	meggyógyult;
1 férfi	több	gyógyultan;
1 férfi	gümős	„
1 férfi	javulva távozott,	később meghalt (halálok ismeretlen);
3 férfi	gümős tályoggal	„ meghalt;

27 beteg későbbi sorsa előttünk ismeretlen, ezek közül

2 férfi	egyszerű tályoggal	gyógyultan távozott;
22 (16 férfi 6 nő)	„	„ javultan „
1 nő	„	„ meghalt;
1 férfi	gümős	„ javultan „
1 nő	genitalis eredésű tályoggal	javultan távozott.

Mint látható, anyagunk legnagyobb része olyan, mely a gyógyulást nem várja be a kórházban. A valóságban azért a gyógyultak száma bizonyára sokkal nagyobb.

A végbélsipolyok therapiája.

A végbélsipolyok véres úton való gyógyítása mellett csak szórványosan észlelhetők törekvések azokat nem a kés segítségével meggyógyítani. A legáltalánosabban gyakorolt eljárás a sipoly feltárása. Ez a legradikálisabb is. Már Hippokrates is felismerte azt, hogy a sipoly azért nem tud meggyógyulni, mert zárt genyedékes gócot képez, mert falainak a végbél és záróizom örökös mozgásai, összehúzódásai miatt nincsen meg a gyógyuláshoz szükséges nyugalma, és mert — ha a végbéllel közlekedik — a bélsárral örökösen fertőződik. Épen ezért törekedett a sipolyt nyílt sebbé átalakítani, mely sarjadzás útján gyógyulhasson. Ezt elérte az által, hogy fonalat húzott a sipolyba és azt erősen összecsomózta, miáltal a sipoly felett lévő lágyrészeket átmetszette. A mit ő fonállal végzett, azt teszszük mi a késsel.

Am ezen eljárással sokszor igen súlyosan sértjük a végbél-nyílás zárószerkezetét különösen akkor, ha a sipoly a sphincterek mögött van elhelyezve és magasra felterjed, vagy ha kétoldali sipoly esetén a záróizom többszörös átmetszése válik szükségessé. Ezt elkerülendő a műtétek egy másik csoportja a záró izmok kimelésével a sipolyt csak annyira tárja fel, hogy egész hosszában kezelhető legyen.

Ismét más az az eljárás, mely a sipolyjáratnak egészben való kimetszésével és az így kapott tiszta seb elsődleges bevarrásával reméli a gyógyulást rövid úton és utókövetkezmények nélkül elérhetni. Ez utóbbit nyálkahártyaképléssel is egyesítik, a mit különben mint önálló műtétet is alkalmaznak.

A conservatív, nem véres eljárásoknak ma alig van már híve. Elvértve találunk amerikai orvosok részéről jelentéseket, melyek a fistulatummal, a sipolyjáratok tágitásával és edző szerek alkalmazásával elért jó eredményekről szólnak (ROTTER). Elterjedtebb alkalmazásnak örvend úgylátszik Amerikában BECK eljárása, mely abban áll, hogy a sipolyjáratot az egyéb sipolyok kifeccskendésére is alkalmazni szokott bismuthpastájával kitölti. BECK (1912) szerint a feltárással csak 45% -ban (?) érhető el

teljes gyógyulás a végsipolynál, az ő eljárásával pedig 69 beteg közül 57-et végleg megszabadított bajától. Ajánlja eljárását főleg az elágazó, magasan a végbélbe felnyúló sipolyoknál, melyeknek műteti feltárása is már nagy nehézségekkel járhat, és melyek után sokszor a zárókészülék súlyos zavara marad vissza kellemetlen következménykép. CROOKALL (1913) szintén jó eredményyel alkalmazta az eljárást több esetben, minékünk róla tapasztalatunk nincsen.

A véres eljárások közül a leggyakoroltabbak a sipolyjárat feltárása a felette lévő lágyrészek átmetszésével. Kivitelénél főképen két körülményre kell tekintettel lennünk, először, hogy azt teljesen annak minden részét, mellékjáratát is feltárjuk és másodsor, hogy e műveletnél a végbél zárószerkezetét oly módon ne sértsük, hogy nyomában nagyobb fokú vagy teljes incontinentia maradjon vissza; a mi mindenesetre kinosabb állapot a betegre nézve, mint a sipoly maga.

Utóbbira való tekintettel szükségesnek látszik a két záróizom külön, valamint azoknak együttes működéséről, illetve működése kieséséről ismereteinket röviden összegezni.

A belső sima izomæjtekből álló záróizom akaratunktól függetlenül, automatikus úton zárja a végbelet. Bár ereje nem nagy, mégis a külső izom elégtelensége esetén a normalis alkatú bél-sárral szemben vissztartó ereje elegendő; híg szék és szelekkel szemben működése néha elégtelen. Isolált kiesése alig jó szóba, mert ha átmetszésre kerül, úgy rendesen a külső izommal együtt esik a metszésbe. A külső izom akaratlagosan befolyásolható és működésének köszönhető végbélünk azon erőteljes zárási képessége, melylyel a rohamszerűen jelentkező széket is vissza tudjuk tartani. Bénulása vagy működésének felfüggesztése esetén rendes viszonyok között a belső izom működése elég tűrhető állapotot tart fenn, mely csak akkor jár kellemetlenséggel, ha a székelési inger fokozottabb, vagy a szék híg (hasmenés). Egymagában működése az egyénre nézve igen kellemetlen, mert ha a belső izom kiesése folytán az automatás szabályozás megszűnt, az egyén csak állandó beidegzésével küzdhet a szék önkénytelen távozása ellen; már pedig ez állandó megeröltető munkával jár és igen kinos a betegre nézve. Ilyen állapot bekövetkezhetik a belső izom táján

székelő tályogok vagy incomplet belső sipolyok feltárása után. (JAKSON, RALPH W. (1912). Hogy mindkét izom teljes átmetszése, illetve az annak nyomán néha fellépni szokott működési kiesése teljes incontinentiát teremt, azt külön hangsúlyozni felesleges, erre minden e szakmában gyakoroltabb sebésznek, sajnos, volt alkalmá tapasztalatot szerezni. Azonban sokszor kerülünk abba a helyzetbe, hogy a műtét tökéletes kivitele céljából mindkét izmot át kell metszenünk. A műtét közvetlen következménye teljes incontinentia, mely azonban hála az izomgyűrűket ismét egyesítő hegedésnek vagy teljesen elmúlik ismét, vagy legalább is lényegesen megjavul újból. A figyelmeztetést a beteggel szemben esetleges zavarokra, mint azt a tályogoknál említettük (HOCHENEGG), különösen complicáltabb sipoly esetén nem szabad elmulasztanunk, de a műtét után jelentkező keserves állapottal szemben megvigasztalhatjuk betegeinket jobb zárási viszonyoknak kilátásba helyezésével, melyek a szerint fognak alakulni, a mint a sérülések a gyógyulás alatt ismét kijavíthatnak. A székelési viszonyok gondos rendezése és a gyakorlat (musculus levator, talán az internus is) sokszor súlyos sérülések esetén is kielégítő állapotot teremthetnek.

Talán e körülmények játszanak főleg szerepet a néha ellentétes vélemények kialakulásában, melyen különböző szerzők a két izom átmetszésével szemben vannak. Általánosan elfogadott vélemény, hogy a külső záróizmot radialis irányban *egyszer* minden káros következménytől való félelem nélkül át lehet metszeni. A ferde átmetszés részleges incontinentiát vonhat maga után (ALLINGHAM). Platt (1897) meggondolandónak véli nőknél a sphincter externus átmetszését az elülső középvonalban, mert nyomában részleges incontinentiát észlelt. H. DRUMMOND (1911) nem riad vissza az izom többszörös átmetszésétől sem, inkább fél a belső izom sérülésétől, melytől rossz következményeket látott; e véleménynyel a legtöbb sebész (ALLINGHAM, COOPER, QUÉNU, HARTMANN, ROTTER és mások) szembehelyezi magát. Ezen sokszor ellentétes, a műtétnél előre teljes biztossággal soha meg nem jósolható kimenetelek ébreszthették fel azon műtéti eljárás gondolatát, mely a sipolyjárat kimetszésében és a seb falainak — a záró izmoknak — azonnali egyesítésében áll.

A sipolyok egyes fajainál a záróizmok átmetszése különböző-

képen kerül szóba, a mi a követendő eljárás megválasztása szempontjából lehet fontos.

A bőr és nyálkahártya alatti sipolyok feltárása felett véleményeltérés nem lehet, ezeknél a sphincterek nem kerülnek szóba.

Az ischiorectalis sipolyok azon fajtájánál, melynél a belső sipoly nyílás a két záróizom között van a külső záróizom átmetszése válik szükségessé. Ha a járat azonban a belső izom fölé is hatol és azon keresztül vagy a felett nyílik a bélbe, úgy ezen izom átmetszése sem kerülhető el. ALLINGHAM ezt akkor is megteszi, ha a sipoly — mint az az ischiorectalis sipolyoknál elő szokott fordulni — egy vak tasakkal folytatódik még a belső nyílása fölé. Mások mint ROTTER, QUÉNU, HARTMANN, HELFERICH ezen sipolyféleségnél csak a belső nyílásig terjedő járatát tárják fel, a vaktásakot csak kikaparják. Szerintük ez sarjadzás útján úgyis megógyul.

A pelvirectalis sipolyok mind a belső izom felett nyílnak a végbélbe, feltárásuk mindkét izom átmetszése útján lehetséges csak. Ezeknél leginkább jogosultak a még említendő egyéb eljárások, melyeknek célja a záróizmok megkimélése.

Az úgynevezett *complicált sipolyok* mütétje ugyanezen elvek szerint történik, csakhogy ezeknél nemcsak egy járat feltárása válik szükségessé, hanem egy egész járatrendszeré. A mütét kivitele a sipolyok elhelyeződésétől függ és a következő főtypusok szerint hajtatik végre. Az egy oldalon lévő sipolyoknak főjázatát felhasítjuk a sphincterrel vagy sphincterekkel együtt, oldalsó, radialisan a végbélnyílásba vezetett metszéssel; a többi járatokat ezen metszésből tárjuk fel, új metszéseinkkel a végbélgyűrűt concentricusan övező vonalban haladva. A záróizmot csak egyszer szabad áthasítanunk. Az úgynevezett *commissuralis sipolyok* H. DRUMMOND (1911) szerint vagy az elülső vagy a hátsó központon nyíló egy főjáratral bíró rendszert alkotnak, melyeket egy a fekvő beteg végbélnyílásának közepén keresztül fektetett vízszintes sík választ el egymástól. Feltárásuk szerinte úgy történik, mint az előbbiekénél, azzal a különbséggel, hogy a sphincter-metszés a commissurák valamelyikébe esik. Ha a járat patkóalakban veszi körül a végbelet, úgy a patkót külön feltárjuk, a záróizmot pedig mint előbb, elül vagy hátul metszük át. A sipoly-

járatok könnyebb felkeresése céljából G. A. HUMPHREYS (1913) methylenkék oldatával fecskendezi ki azokat.

Az említett módon operált sipolyok gyógyulási viszonyait százalékokban kimutatni nem tudom, de annyi bizonyos, hogy az eljárások közkinccsé lettek és hogy az eredmények nagy fokban kielégítők. A gyógyulási százalékszám bizonynyal nagyobb mint azt BECK felveszi (45%). MELCHIOR (1902) a breslauer klinika tíz éves anyagát dolgozta fel és a teljesen meggyógyultak számát 75%-re teszi.

A gümös sipolyok feltárása miben sem különbözik az egyszerűektől. Már csak azért sem lehet a technikában nagy különbséget tenni, mert sokszor még a műtét alatt nem tudjuk biztosan megmondani, hogy a sipoly gümös-e vagy sem. A műtéthez való javallatot elsősorban a beteg általános állapota fogja megadni, épúgy mint a végbélkörüli tályogoknál is. Mindenesetre, ha a sipoly gümös volta szóba kerülhet, vagy meg van állapítva, a feltárás mellett minden gyanús szövet — sarj — eltávolítására nagy gondot kell fordítanunk.

A sipolyműtétek egy másik faja a sipolyjáratoknak egész terjedelmükben való kiirtása. Ezen eljárást számos válfajban ajánlják. Így ASMAN a vakon végződő analis és sacralis sipolyokat kiirtásuk után tamponálással kezeli a teljes gyógyulás bekövetkeztéig. Ha e sipolyjárat kimetszése után maradt seb nem fertőződik újból és újból, a végbél felől meggyógyul. A sipolyjáratoknak kimetszését és a sebnek etageszerű elvarrását SCHMIDT és LANGE (1886), SENDLER (1890), ROTTER és mások is ajánlják. Kétségtelen jogosultsága van azon esetekben, midőn hámbéléssel bíró sipolylyal van dolgunk (Diverticulum sinus Morgagni (Hermann), Chiari-féle járatok; lásd MEISSEL: Über Analfisten stb. Bruns Beiträge 1900. Br. 28. Nr. 2.). A műtét kimenete attól függ, hogy mikép sikerül a seb fertőzését elkerülni és a sebet úgy elvarrni, hogy üreg ne maradjon vissza. ROTTER négy esetben jó eredménnyel alkalmazta az eljárást, rectovaginalis sipolyoknál, melyek fel a spatium pelvirectaleba nyultak, egy esetben az eljárás nem vált be. ROTTER a belső nyílás helyét külön bevarrta még. KÖNIG (1906) olyképen módosította a technikát, hogy a finom ezüstsodrony körül kikészített sipolyt nivaginálta a bél felé. MACKENZIE J. és

KENNETH A. (1911) olyképen jártak el, hogy a sipoly belső nyílását chromkatguttal elvarrták; a sipolyt — vagy elágazó sipolynál az egész járatrendszert — kivágták és e sebüreget, a záróizmot is jodkatguttal varrták ismét össze. JEANNE (1907) három esetben jó eredménnyel alkalmazta ezen műtétet.

CHEVRIER (1910) complicált sipolyjáratok műtévesére a QUÉNU-féle eljárást ajánlja, mely abban áll, hogy a sipolyba kutaszt vezet és köréje sodronyvarrásokat helyez, melyeket a sipoly kimetszése után összecsomóz. KELLEY (1904) hasonlóan eljárva öt eset közül három esetben jó eredményt ért el. HOCHENEGG tekintettel arra, hogy a primára való egyesülés mindig kérdéses ily esetekben és mert nem egyesülés esetén a viszonyok rosszabbakká válhatnak — incontinentia bekövetkezése miatt — a kimetszést nem tartja követendő eljárásnak. GANT (1900) főleg gümös sipolyoknál ellenzi alkalmazását.

Külön meg kell említeni WRIGHT eljárását, mely abban áll, hogy a sphincterotomiát a nyálkahártya megsértése nélkül végzi, tehát submucosusan és a járatot kikaparja. PLATT (1897) kilenc esetben alkalmazta, hatszor jó, háromszor rossz eredménnyel. Sok követőre úgy látszik nem talált. MUMMERY (1909) elegendőnek tartja a sipolyjárat szélesebb feltárását és tamponálását a nélkül, hogy a záróizmot átmetsszené. Eljárását mások nem igen használták.

Végül a nyálkahártyaképléssel egybekapcsolt eljárásokról is kell még megemlékezniem. Lényege ezen eljárásoknak az, hogy a sipolyjáratok feltárása vagy tágítása után a végbél nyálkahártyájának a belső nyílása alatti részét eltávolítjuk és a nyálkahártya szélét a végbélnyíláshoz kivarrjuk. CASELLI 1897-ben alkalmazta már az eljárást úgy, hogy a hosszúkas nyálkahártyalebenyvel pótolta a teljesen kiirtott sipoly helyét. MAROHAND (1902) nyálkahártyaelöeséssel szövődött sipolyt úgy gyógyított meg, hogy a nyálkahártyát a belső nyílás felett 2 cmnyire körkörösén körülvágta, az attól lefelé eső részt eltávolította a bőr széleig, melyhez WHITEHEAD szerint kivarrta a nyálkahártyát. FIESCHI (1909) hatszor eredménytelenül mütett sipolynál úgy ért el gyógyulást, hogy a nyálkahártyát a sipolyok kimetszése után 12 cmnyire felszabadította és körül tamponálta, a végbélbe csövet helyezett.

A genyedés megszűntével négy hét múlva a bőrt és nyálkahártyát újból egyesítette. GANGOLPHE (1909) a nyálkahártyát csak részben irtja ki, hogy a varrások elégtelensége esetén szűkületet ne kapjon. STEPHEN E. TRACY és A. W. ELTING (1912., 1913) szintén WHITEHEAD módjára járnak el, a sipoly-kimetszést tamponálással igyekeznek meggyógyítani a záróizmon kívül. ELTING eredményei igen biztatók 105 esetben (köztük kilencz gümös sipoly) egy balsikere sem volt; hét esetben szűkület fejlődött, mely azonban tágitással meggyógyult; egy esetben incontinentia maradt vissza.

Ha összehasonlítjuk a feltárással az egyéb eljárásokról szóló közléseket, úgy az tűnik ki, hogy utóbbiakat aránytalanul ritkábban alkalmazzák. A feltárást a legegyszerűbb és eredményeiben a legbiztosabb eljárás. A mellett nem tagadható, hogy a többi eljárásoknak is van jogosultsága, mely azonban inkább specialis esetekre vonatkozik. Az eredménynek a műtét mellett van egy azzal legalább is egyenrangú faktora még, ez az utókezelés, mely különösen complicált sipolyok műtete után nem mindig egyszerű, de minden esetben tapasztalatot és nagy gondosságot követel.

Klinikánkon nyolcz év alatt összesen 61 fekvő beteget operáltunk végbélsipoly miatt. Köztük volt 46 férfi és 15 nő. A sipoly okául legtöbb esetben tályog szerepel, melyet vagy felváltak, vagy mely magától kifakadt, a tályog kifejlődését sok esetben aranyeres panaszok előzték meg. Sok esetben a sipoly okát megállapítani nem sikerült, főleg a gümös természet csak egyetlen egy esetben van kimutatva.

Mint említettem, mi kizárólag a sipoly feltárást gyakoroljuk, ha szükséges a záróizom átmetszésével, melyet még complicáltabb sipolyoknál is, melyek esetében az összes járatokat egy főmetszésből tárjuk fel, csak egyszer végzünk.

Kórrajzainkban az egyes sipolyoknak nem találtam meg oly pontos leírását, hogy azokat a leírt szempontok alapján csoportosíthattam volna, a miért is csak nagyjában a következőket akarom megjegyezni.

A 61 beteg közül gyógyultan vagy javultan távozott a klinikáról 41 beteg, kinek egyszerű sipolya volt = kb. 65%.

11 beteg közül — complicált sipolylyal — meggyógyult 7, javult 4.

9 gümös egyén közül: kettő gyógyult, 5 javult, kettő meghalt.

A mit a javultan távozottakról a többi fejezetekben említettem, az itt is érvényes. Legtöbb betegünk a sipolyoperatio után távozott, mielőtt véglegesen meggyógyult volna.

Irodalom.

E. BECK. Die Bismuth-pasten behandl. der Mastdarmfisteln. Wien med. Wochenschr. 1912. Nr. 5. — CASELLI. Trattamento operat. delle fist. rettali. XII. Congr. à. Soc. ital. di Chirurg. 1897. — CHEVRIER, Extirpat. large des fistules à l'anus. Press. méd. 1910. 17. sz. — CROOKALL. A case of pelvirectal fistula treated with Bi-pasta. Internat journal of surgery. 1913. Nr. 26. — DAMAS. Fistules à l'anus. Gaz. hebdom. 1899. Nr. 94. — ELTING. The treatment of fistula in ano. Amv. of Surg. Nr. 1912. — FIESCHI. Isolamente del retto. La clinica chir. 1909. Ann. XVII. Nr. 3. — GANGOLPHE. Mobilisation anorectale dans la cure des fistules hant situées. Lyon. méd. Nr. 8. 1909. — GANT. Fistula in ano, its rélation to phthisis. Med. Press. 1900. sept. — HUMPHREYS. The blind external anal fistula. Internat. Journal of Surgery 1912. Nr. 26. — JEANNE. Sur une méthode de traitement des fistules anorectales etc. Revue de chir. 1907. Nr. 4. La semaine méd. 1907. Nr. 10. — KELLEY. The treatment of simple rectal fistula etc. The med. News 1904. Nr. 14. — MACKENZIE KENNETH. Surgical treatment of fistula in ano etc. Annal of surg 1911. sept. — MARCHAND. Traitement des fistules rectoperineales etc. La presse med. 1902. Nr. 22. — MARTIN. Fistule perirectale supérieure Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris 1902. Nr. 2. — MEISEL. Über Analfisteln mit epithelialer Auskleidung. Bruns Beiträge 1900. Bd. 28. — MELCHIOR. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Fistula ani. Beitr. zur Klin. Chir. Bd. LXX. 2—3. füzet. — MUMMERY. Ischiorectal abscess. and fistula, Practit. 1909. ápril. — PLATT. The treatment of fistula in ano. Medic chronicle 1897. okt. Sebészeti tan- és kézikönyvek.

A végbél egyszerű gyulladásai. (Proktitis acuta et chronica.)

A végbélnek nem specifikus kórokozók által feltételezett gyulladásának két alakja ismeretes: úgy mint a heveny gyulladás és az idült katarrhus. Oka gyanánt szerepelnek vegyi- és hőbehatások, traumás sérülések és fertőzés. Külön megemlítendők a más végbélbajokhoz társuló másodlagos gyulladások. Vegyi ingerként hatnak a végbél nyálkahártyáját izgató hashajtók: colocynthis, aloë, jalappa; be-

öntések, melyek differens szereket tartalmaznak. A mechanikusan ható okok közül főleg a végbélbe bevezetett vagy a bélsárhoz kevert idegen testek: irrigatorcső, vakarás szerepel. ROBSON szerint nagy vér- és folyadékvesztés, vagy tápcsőrök, melyek kevés folyadékot tartalmaznak, szintén okozhatnak bélsárrögösödést és gyuladást is. Mint ilyenek hatnak a végbélben sokáig időző bélsárrögök is. Másodlagos gyuladást okozhatnak a végbélnek, genitáliáknak és kismedenczének legkülönbözőbb gyuladással természetű bajai. SINGER elsődleges colospasmusa szintén okozhat gyuladást.

Az idült gyuladás éles határ nélkül fejlődik az előbbiből vagy pedig kezdettől fogva mint ilyen lép fel. Okát az előbb említett ártalmak képezik, ha huzamosabb ideig fejtik ki hatásukat.

Kórbonczatani szempontból meg kell említenünk az egyszerű heveny, az idült katarrhust, az utóbbihoz társuló proliferáló folyamatát a nyálkahártyának és végül egy sajátságos elváltozását a végbél nyálkahártyájának, a STIERLIN és HENOCHEK által észlelt hæmorrhagiás alakját a proktitisnek.

A proktitis legegyszerűbb alakjánál a nyálkahártya duzzanata tűnik szembe; ez a mucosa savós átívódásától és beszűrődésétől van feltételezve. A nyálkahártya piros, bársonyos, folliculusai meg: nagyobbodtak, helyenként apró lencseszerű hámfoszlásokat, felületes fekélyeket, erosiokat mutat. A gyuladt mucosát tiszta vagy véres nyák borítja.

Az idült gyuladásnál az elváltozások vagy ugyanezek vagy pedig a nyálkahártya egyes elemeinek hypertrophiájában és degenerációjában nyilvánulhatnak (RUGE: proktitis granulosa). A hengerhám elpusztulása után laphámmal biró heges helyek lépnek fel. A nyálkahártya és nyálkahártya alatti kötőszövet túlbujánzása folytán a mucosa ráncos dudorokat mutat. A folliculusok elgenyedhetnek és apró tályogokat képeznek; ugyanilyenek képződnek a submucosában, sőt súlyos esetekben a perirectalis kötőszövetben is. Az említett túlbujánzások, dudorok verrucosus vagy polypuszerű növedékeket képeznek, melyek tömörségük által különböznek a LIEBERKÜHN-féle krypták nyákos degenerációjával létrejött nyákpolypusoktól; sok helyütt ezen növedékek kifekélyesednek. Mindezen elváltozások mellett, különösen a fekélyek közelében a nyálkahártya-alatti kötőszövet kisebb-nagyobb

vérzéseket mutat. A folyamat igen előrehaladt szakában vagy ki-
meneteli stadiumában úgy a bél, mint annak fodra erős zsugoro-
dást (SCHUCHART), maga a bél ürtere pedig heges szűkületeket mu-
tat; ezen alakok azonban vagy átmenetet képeznek már a proktitis
ulcerosához, vagy pedig lényegileg is már odatartoznak.

A dysenterias alakját a végbélgyuladásnak jellemzi a nyálka-
hártya mélyreható nekrozisa, mely piszkosszennyes lepedék alakjá-
ban borítja azt; diffus gennyedés és elhalás folytán, vérzések, ki-
terjedt fekélyek és mélyebb tályogok keletkeznek, melyek gyógyu-
lás esetén — mint fent — zsugorodásra és szűkület képzésére ve-
zetnek. Ilyen nekrotizáló gyuladást észleltek higanykúra után is
(BONNET) és észleltem magam is bismuthmérgezésnél, a BECK-féle
sipoly-kezelés nyomán.

Tünetek: A heveny esetek a közérzet jelentékeny zavarával
járnak. A subjectiv érzések közül különösen az erős székelési
inger (tenesmus), égési érzés és a végbélnyílás és annak környé-
kére, sokszor távolabbra (keresztcsont) is kihelyezett fájdalom emlí-
tendők. E tünetek lehetnek kiefokúak, de fokozódhatnak a türhe-
tetlenségig. Legkinzóbbak a görcsös, hasmenéses rohamok. A szék
nyálkás véres, gennyes, sokszor büzös, sokszor nyálkahártyaczfato-
kat tartalmaz, súlyos esetekben ezek tekintélyes nagyságúak lehet-
nek. A gyakori székinger a végbélnyílás átongásához, a nyálka-
hártya előeséséhez vezethet; előbbit inkább idős egyéneknél tapasztaljuk,
utóbbi gyermekeknél fordul gyakran elő (RÖSER-féle elektro-
pium). Vizeleti inger és vizeletrekedés gyakori melléktünetek.

Külön megemlítendő SIMMONDS esete, melyet proktitis phleg-
monosa névvel illetett, mely súlyos sepsis képében folyt le és has-
hártyagyulladás útján halálra vezetett.

Az idült gyuladásnál a tünetek a folyamat súlyossága szerint
különbözők lehetnek. Mig néha a közérzet alig szenved változást,
addig más esetekben a kínos állapot, másrészt a gyuladás és fer-
tőzés termékeinek felszívódása által a szervezet súlyosan szenved-
het. A gyakori vérzések anæmiára, a septikus termékek felszívó-
dása kachektikus állapotra vezetnek; főfájás, rosszullét, lesóványo-
dás, álmatlanság, emésztési zavarok kísérhetik a bajt. A szervezet
bántalmazottsága különösen akkor lép előtérbe, ha az elváltozások
súlyosak és a végbélkörüli kötőszövetnek elváltozásai, tályogok

képződésével jár. A szék lehet nyákos, gennyes, véres vagy változó, néha bűzös, eves jellegű. Jellemző azonban, hogy hasmenés és székrekedés váltakozva lépnek fel, különösen az egyszerű katarhusnál. A súlyos esetekben inkább állandó hasmenés kínozza a beteget, a szék minemősége is inkább egyforma mindig (bűzös, eves, gennyes). A székinger rohamokban jelentkezik, úgy hogy a betegnek alig van ideje a closettet felkeresni vagy az ágytálat kérni. A prolapsus, sphincterellazulás gyakori jelenség. Elváltozások a végbélnyílás körül fissurák, sipolyok, ekzemák; pruritus ani majdnem állandó kísérői a bajnak.

Az egyszerű heveny végbélgyulladás kezelése.

Mint az ilyen sokféle ætiologiai alapon fennálló bajnál a therapia első feladata az ok megszüntetése (lásd a kórokokat). Gondoskodnunk kell továbbá a végbélnek lehetőleg nyugalomba helyezéséről; erre a célra vezet először a helyes diéta (könnyű ételek) és a narkoticumok akár per os, akár végbélkúpok alakjában adva (opium, cocain, morphin, belladonna). Nyugtatók a langyos ülőfürdők is. Váladék elvezetésére szolgálnak a végbélkiöblítések olajjal, langyos vízzel; lobellenesen hatnak és bevonószerként szerepelnek nyákos beöntések és összehúzószerek (salep, olaj, zabfőzet, stb., melyekhez opiumot adhatunk). Különös figyelmet kell arra fordítanunk, hogy a beöntések ne hassanak izgatólag a végbélnek amúgy is ingerlékeny nyálkahártyájára. POLLATSCHEK szerint a hosszabb bennmaradásra szánt beöntéstől megkivánják, hogy térfogata ne legyen több 150 cm³-nél, hőmérséke legyen 48—52° és ne izgasson vegyi összetétele által. A fent leírt beöntéseket tehát ezen elvek alapján kell adagolnunk. Könnyebb természetű hevenykatarrhusok e kezelés mellett 1—2 hét alatt lezajlanak.

Elhuzódó esetekben a kezelésnek, mely lényegében szintén helyi, erélyesebbnek kell lennie; addig, míg mélyreható elváltozások nincsenek jelen, elvben ugyanaz marad. A bél tulságos megteleődését kellő diétával érjük el és azáltal, hogy úgy a felgyülemelő bélsarat, mint a váladékot a bélből kimossuk; ahol ez nem

sikerül, ujjunkkal kell ROBSON szerint a bélsarat eltávolítani; utána alkalmazzuk a POLLATSCHER-féle maradó klysmákat. A ki-mosások történhetnek vagy meleg 50°-os vízzel (RECLUS, BEACH), vagy adstringens szerekekkel. Ilyenekül ajánlották az argentum nitricumot (1:2000 oldatban) és a H_2O_2 -t (1:6, 1:12), Protargolt (BEACH), zincum sulfuricumot (1:200), plumbum aceticumot (1:300), Itrolt (1:8000), a csersavat (1:200), kal. hypermang., mi főleg a natr. salicylic.-tól (3:1000) láttunk jó hatást. Tenesmus esetén kúpokat (mint fent), langyos ülőfürdőket. Per os főleg bism. subnitr.-ot. BEACH ajánlja a rectum nyálkahártyájának massage-át. Az insufflatiós eljárásnak nem sok híve akadt, ROSENHEIM nem látott tőle eredményt, ellenben ajánlja a bolust.

A beöntésekkel való kezelést kiegészíti szemünk ellenőrzése mellett a megtámadott helyek direct kezelése tükör és endoszkopok segítségével. A kezelés e módja szükségessé válik erósiók, nyálkahártya hiányoknál. Kivitele azonban néha a végbélnyílás és végbél érzékenysége miatt nagy nehézségekbe ütközik. Itt is nagy szerepe jut az arg. nitr.-nak vagy in substantia, vagy tömény oldatok alakjában; használatos továbbá az insufflatio, a jodtinctura és a galvanokaustika is. Polypusok, idegen testek a sebészet szabályai szerint távolítandók el.

Mindaddig, míg az elváltozások nem terjednek a mucosa és submucosán túl, ezen eljárásokkal teljes gyógyulást érhetünk meg el; felületes nyálkahártya zsugorodások és szűkületek még utókezelést igényelnek (tágítás, masszázs (BEACH) fibrolysin injectiókkal). Mindazon esetek, melyekben az elváltozások mélyebbre terjednek, esetleg a végbél körüli szövetekre is, nem tartoznak már a fejezetbe, ezek a fekélyes végbélgyulladások közé sorolandók.

A szűkületet okozó fekélyes végbélgyuladás.

A betegség fogalma és elnevezése.

A proktitis ulcerosa elnevezése alatt a végbél azon terjedési hajlammal bíró gyulladásos folyamatát értjük, melynek jellegzetes tulajdonságai: a végbél fekélyesedése és heges zsugorodása annak környezetével együtt; utóbbi főleg a bél megszűkülésében nyilvánul. A két tulajdonsága alapján RUGE a «*proktitis ulcerosa stricturisans*» elnevezést használja. Magyarul legjobban «a végbélszűkületet okozó fekélyes gyulladásának» lehetne nevezni. Ezen elnevezés nemcsak teljesen jellemzi lényegét, hanem megkönnyíti tárgyalását is együttesen a végbél gyulladásos szűkületeivel, mely két betegség egymástól el nem választható, együtt jelenik meg egymással, vagy egymást követik mint ok és okozat.

Legfontosabb két kérdése a betegségnek a kóroktan és therapia kérdése, miért is e kettővel kívánok főleg foglalkozni.

1. *Kóroktan.* Míg a betegség megjelenéséről és mibenlétéről úgy klinikai észleletek, mint bonczolástani tapasztalatok alapján elég tiszta fogalmakkal rendelkezünk, addig ismereteink annak kóroktanáról, kezdetéről, kifejlődéséről más alapbántalmakból még elég homályosak. Bár az utolsó husz esztendő fáradságos kutatásai, főleg kórszövettani alapon nem maradtak meddők egyes kóroktani kérdések tisztába hozatalában, mégis az esetek egy egész seregével kerülhetünk szembe, melyekről sem azt, hogy mi alapon, sem azt, hogy mint keletkeztek, megmondani nem vagyunk képesek.

A kérdés megoldhatóságának sok nehézsége van. Elsősorban az a körülmény, hogy a betegség kifejlődött szakában a gyulladásnak és fekélyesedésnek csak oly általános tüneteit mutatja, melyekből annak specificus eredetét már vagy egyáltalában nem, vagy csak ritka esetben tudjuk megállapítani. Kezdeti szakában pedig ritkán van alkalmunk észlelni a bajt. Némileg tisztázódtak fogalmaink azóta, amióta korábbi és radikálisabb sebészi beavatkozások révén oly vizsgálati anyaghoz jutottunk, melyen görcsövilleg bizonyos specificus kórokozók, vagy azok által feltételezett jellegzetes elváltozások voltak megállapíthatók.

A göröcsövi vizsgálat az esetek egy részéről kétséget nem tűrő módon megállapította az összefüggést bizonyos fertőző bántalmakkal, az esetek egy nagy részéről azonban felvilágosítást nem tudott nyújtani. És ha vizsgálati módszereink eme ma legtökéletesebb kutatási műszerrel egyetemben sem képesek egyes esetekben felvilágosítást adni, úgy bele kell nyugodnunk abba, hogy egyes esetek kóroktanának megállapítása ma épen lehetetlen még. Talán más vizsgálati módszerek itt is új ismeretek birtokába fognak juttatni.

Egy másik nehézsége e kérdés megoldhatóságának abban a körülményben rejlik, hogy nem minden esetben vagyunk képesek vizsgálati anyaghoz jutni. Az idült, igen előrehaladt esetek, vagy hullából nyert készítmények rendszeren semmi jellegzetes elváltozást nem mutatnak már; épen ezért voltak meddők a régi vizsgálatok, melyek ilyen késői anyag feldolgozásával foglalkoztak. Azért ma is a legtöbb esetben csakis az anamnezishez, a rendszeres gyakorlati vizsgálati módszereinkhez vagyunk kénytelenek folyamodni. Ez a kutatási eljárás azonban nem alkalmas arra, hogy az összefüggést — a szervezet egyéb általános vagy helyi bántalmi és a végbél fekélyesedése között — kifogástalan módon megállapítsa. Az ily vizsgálatok eredményei csak a valószínűség értékével bírnak. A biztos összefüggést csakis a göröcső állapíthatja meg. Mert abból, hogy valaki bujakóros, nem következik még, hogy proktitise is lueses alapon fejlődött, bár nagyon valószínű, de nem biztos. Az lehet gümőkóros és gonorrhöás eredésű is, sőt az utóbbi bajról tudjuk, hogy rendszeren az előbbivel együtt fordul elő (hol syphilis, ott gonorrhöa is). Másrészt, ha valaki vérének WASSERMANN-reakciója negatív, abból nem következik még, hogy proktitise nem bujakóros alapon indult meg. A baj ugyanis hosszú lefolyású és az illetőnek luese időközben meggyógyulhatott. Még sokkal kényesebb a gonorrhöás eredet megállapítása, mert azt megállapítani, hogy valakinek 20—30 évvel ezelőtt volt e kankója — genitális vagy végbélkankója — teljes lehetetlenség. Különösen, ha a beteg tagadja. De ha be is vallja, még akkor is lehet más eredésű a proktitis ulcerosája. Lehet, hogy valaki coitus per anum folytán (BASTINELLI, PONFICK) csak végbélkankót szerzett a nélkül, hogy genitális kankója lett volna, ilyenkor nincs is tudomása arról, hogy gonorrhöás fertőzésben szenvedett volna.

A baj gonorrhóás vagy lueses eredetére nézve tehát sem az anamnezis, sem pedig a vizsgálat és WASSERMANN-reactio biztos felvilágosítást nem tud nyújtani. Mindenesetre rögzítendő az a tény, hogy a syphilis legnagyobb arányban szerepel az esetek anamnezisében (lásd: a végbél syphilises megbetegedéseit). Olyan esetekben, melyekben idegen test okozta sérülés vagy műtét után kezdődtek a beteg panaszai, az összefüggés megállapítása ezekkel nem nehéz és a feltevés nagy valószínűséggel meg is áll. Hasonlóképen a dysenteria után fellépő proktitist is nagy bizonyossággal lehet az alapbántalommal oki összefüggésbe hozni. Nagyobb nehézséggel jár a tuberculosisos eredet megállapítása egyszerűen az anamnezis alapján, de ép a gümőkór az, melynek jellegzetes elváltozásai legtöbbször felismerhetők (górcsövileg) a fekélyedés szakában is. Az a remény, hogy a fekélyek minőségéből lehessen azok sajátlagos természetét megállapítani, épenséggel nem vált be, már csak azért sem, mert a fekélyeket szemünk számára hozzáférhetővé nem tudjuk tenni. Sem tükröt, sem pedig a rektoro-manoscopot részint a fájdalmasság, részint pedig a szűkület miatt a végbélbe helyezni nem vagyunk képesek. Ilyen manipulatio a bél nagyfokú szakadékosága miatt veszélyes is, átfuródások többször észleltettek, már pedig a fekélyek főleg a szűkület felett vannak elhelyezve, maga a szűkület a heges zsugorodás eredménye, mely jellegzetes fekélyeket nem mutat. Az afelettiék pedig a bél-sár állandó fertőzése folytán inkább az idült, heges környezettel bíró fekélyek tulajdonságait mutatják, melyek régen elvesztették jellegzetességüket.

A vizsgálatnál tehát célzott nem érünk, miképen nem nyilatkozhatunk a fekély természete felől akkor sem, midőn a végbél mint készítmény fekszik előttünk. A mily jellegző tulajdonságokat mutat a friss gümös fekély, ép annyira elveszi azokat, ha a baj előrehaladott szakában a másodlagos fertőzés és hegedés elváltoztatta küllemét. De még az egyszerű végbélfekély természetének megállapítása is nagy nehézségekbe ütközik, és sokszor csakis próbakimetszés és kórszövet-tani alapon lehetséges. Ezt minden gyakorló sebész tapasztalhatta; tévedések egyszerű vizsgálati alapon szintén előfordultak; a mint valamely rákosnak tartott fekélyről csak a végbél extirpációja után derült ki, hogy nem az. A vég-

bél fekélyeinek mind meg van a hajlandóságuk arra, hogy az állandó fertőzés befolyása alatt szélei és alapja megvastagodnak, megkeményednek, maga a fekély kráteryszerű lesz. Óvakodjunk tehát egyszerűen a fekély megtekintése és megtapintása után végleges kórismét felállítani. E tulajdonsága fokozott mértékben van meg a proktitis ulcerosa fekélyeinek, melyek évek hosszú sora óta érintkeznek állandóan a bélsárral. Végül voltak, a kik azt hitték, hogy a fekélyesedés és a szűkület helyéből meg lehet állapítani az alapbántalmat is. A nélkül, hogy hosszasan felémleltem mindazon tulajdonságokat, melyeket az egyes szűkületekre nézve jellegzeteseknek tartottak, és azon szempontokkal, melyek szerint az elhelyeződésből az alapbántalom természetére nézve következtetéseket igyekeztek vonni, röviden ki kell jelteni, hogy a kifejlődött folyamatnál semmiféle támpontunk erre nézve nincsen. Kezdődő esetekben maga a fekély adhat felvilágosítást, de az is rendszeren a pars perinealis és ampullaris határán van, kivétel nélkül majdnem minden esetben. Ide localisálódik rendszeren a gümös fekély, ide törnek át a genitáliák felől a tályogok, ide nyílik a legtöbb sipoly, itt látjuk legtöbbször a decubitalis fekélyt, itt sérül meg leginkább a bél bevezetett idegen testek által. Ha itt indul meg a folyamat, úgy itt fogja legelőször mutatni a legelőrehaladottabb elváltozásokat is. Itt képződik az első szűkület és innét terjed tova úgy fel mint lefelé is.

Kifejlődött esetekben a szűkület mindig többé-kevésbé hosszú merev cső alakjában észlelhető.

Mindezek alapján azt kell megállapítanunk, hogy a proktitis ulcerosa keletkezése felől fogalmaink sok tekintetben még hiányosak és hogy sem a fekélyek minőségéből, sem pedig elhelyeződésükből a folyamatot megindító alapbántalom természetére nézve következtetést vonni nem lehet; továbbá azt is, hogy az esetek legtöbbszörében, mint kórelőzményes adatot a luest találjuk.

A végbél azon gyuladós folyamatai, melyek a fekélyes és szűkületet okozó végbélgyulladás kóroktanában szerepet játszanak.

A kérdés mai megoldatlan szakában legcélszerűbbnek látszik mindazon betegségeket, melyek tapasztalat szerint a szűkületet okozó fekélyes végbélgyulladás kóroktanában szerepet játsza-

nak, egymás mellett úgy felsorolni, hogy abból szerepük fontossága, a mennyire ez lehető, számszerint is kitűnjék.

Nem kerülhetem el, hogy egyben mindegyikével kissé terjedelmesebben ne foglalkozzam, de ezáltal elkerülöm az ismétlést, mely elkerülhetetlenné válnék, ha két helyen foglalkoznék velük. A tárgyalás folyamán lehetőleg azt a sorrendet követem, a mely szerint gyakoriság szempontjából szerepük be van bizonyítva:

1. Az *egyszerű katarrhalis végbélgyulladás (és vastagbélgyulladás)* szerepe a proktitis ulcerosa kifejlődésében nincsen elegendőképen tisztázva. Tény, hogy idült esetekben nemcsak felületes, de mély fekélyképződésre is vezethet (Albu, Rosenheim 1912). A két baj közötti összefüggés megállapításának nehézsége abban rejlik, hogy a kettőt egyformán jellemző tünetcsoport meglehetősen azonosságot mutat, különösen a kezdeti szakban, akkor pedig, midőn a proktitis ulcerosa vagy szűkület képében jelenik meg előttünk a baj, az anamnezis is cserben hagy. Hogy miképen lehet az egyszerű hurutból fekély, azt a katarrhalis proktitisnél láttuk már:

2. A *decubitalis végbélfekély* szerepe hasonló elbírálásban részesítendő. Létezése gyakorlatilag eléggé ismeretes. GRAWITZ kísérletileg mutatta ki létrejövetelüket. Szerinte az ampullaris végbél hátsó falán találhatók, rendszeren ott, hol a végbél a musculus levator ani kacsában fel van akasztva, mert itt gyakorol az ampulla tartalma állandó nyomást a bélfalra; e helyen legnagyobb a bélsár surlódása is a bélfalhoz annak izomműködése folytán. A fekély székredezés és kezelés mellett aránylag jól gyógyul, de ép úgy vezethet a fekélyesedés tovaterjedéséhez és valamint szűkületképződéshez is.

3. Az *idegen testek* szerepét a fekélyképződésben RUGE úgy magyarázza, mint a pessariumokét, melyek viselésétől hasonló folyamatokat látunk a hüvelyben fejlődni. Ép így megtaláljuk a hasonlatosságot az oesophagusban vagy a húgycsőben létrejövő fekélyekkel is, mely idegen testek otlétéről van feltételezve. Mindenesetre igen ritkán szerepelnek mint kórokozók (lásd: idegen testek a végbélben című fejezetet).

4. A *proktitis follicularis* szerepe alig bebizonyított még.

FURNO (1913) írta le a kórképet; vérszegény, lymphaticus egyéneken fordul elő és nagy hasonlatosságot mutat hasonló constitútióju egyének follicularis garatgyulladásával. A betegségről fogalmaink még nagyon hiányosak; DORSEMAGEN szerint szerepe a proktitis ulcerosa létrejövésében nem tagadható.

5. A medencze és a Douglas-ür idült zsugorodásra vezető gyulladásai szintén okozhatják a végbél kifekélyesedését. Valószínűleg elsődlegesen szűkületet okoznak, melyet a végbél ulcerosus folyamata csak másodlagosan követ. Máskor talán az áttört tályog maga képezi az elsődleges fekélyt,

6. Több esetben nőgyógyászati műtétek után észlelték a végbél súlyos fekélyesedését és szűkület fejlődését. HILDEBRAND (Reber) két esetet ismertet, a melyben valószínűleg az art. hæmorrhoid. super. thrombosisa folytán következett be a végbél elhalása és kifekélyesedése. A thrombosis kifejlődését valószínűleg az okozta, hogy a hashártya bevarrása alkalmával a hátsó lemezt igen erősen előre kellett húzni, a mi a végbél és az ér megtörtését okozta. GOEBEL esetében a baloldali adnexek eltávolítása után a végbélben szűkítő heges harántlécz keletkezett.

7. A veleszületett szűkületek és billentyűk szintén okozhatnak fekélyesedést (RUGE), ép úgy mint a gyulladásos eredésű szűkület felett is a fekélyesedés terjedő jellegét mutat.

8. A dysenteria szerepe kétségtelenül be van bizonyítva. Minálunk alig észleljük, de oly államok alattvalói kik a tropikus gyarmatokban dolgoznak vagy katonáskodnak, sokszor esnek e betegségbe, hozzák azt magukkal haza az anyaországba. Rajtuk többször látták a proktitis ulcerosát kifejlődni dysenteria kapcsán. Így (RUGE) egy esetben, FURNO (1913), POELCHEN (7 eset kórbonczolástani lelet 1892), hasonlókép WAGNER (KÖNIG) 1902, KÜMMELE 1887, ROSE és mások közölnek klinikai eseteket. Amerikai orvosok elég gyakorinak tartják az összefüggést a két baj között. Más részről az összefüggést ha nem is tagadják, de legalább is ritkaságnak tartják, így QUÉNU és HARTMANN klinikai észleletek, WOODWARD és MATTEW bonczolásai alapján; szerintük a dysenteria csak a nyálkahártya sorvadására vezet, a legritkábban okoz maradandó fekélyt. A nehézség az összefüggés megállapításában itt is főleg abban rejlik, hogy a proktitis ulcerosa kifejlődött szakában sem a

kórokozót kimutatni, KRUSE—SHIGA-féle, sem pedig az ezen szerzők után elnevezett reactiót eredményesen végezni már nem lehet. SINGER (1911) szerint utóbbi sokáig positiv marad. (RUGE.)

9. Az *actinomyces* szerepét a proktitis ulcerosa létrejövetelében MELCHIOR (1910) bizonyította be. MELCHIOR régebbi statisztikák alapján (GRILL 1895, 12 eset, ILLICH 1892), továbbá HESSE 1892, DELACROIX 1898, PONCET, THÉVENOT 1902 és KÖNIG 1903, valamint saját két megfigyelése alapján írta meg a végbél és az a körül észlelhető sugárgomba-fertőzés kórképét (1910). Szerinte kétféle alakja van a végbéla^{ctinomyces}nak, egyikénél a folyamat elsődlegesen a végbél vagy végbélkörüli szövetekben fejlődik, másikanál a folyamat szomszéd szervekről terjed reá a végbélre. A nyálkahártyán magán csak CHIARI (1884) esetében kezdődött a fertőzés. A rendes alakja az, midőn a genyedés a vakbél vagy féregnyulvány felől a hashártya mögötti kötőszövetben terjed le a végbélre. E terjedésnek megfelelően hátul a keresztcsont mellett található a legtöbb sipoly és járat. A geny a foramen ischiadicum majuson át szokott kifelé áttörni. Kapuja a fertőzésnek a nyálkahártya valamely sérülése (MOOSBRUGGER 1886, decubitalis fekély (BÉRARD, PONCET), PONCET egy esetében valószínűleg a hólyag. MELCHIOR csak egy gyógyult esetet ismer (saját esete a breslauer klinikán észlelve). A gyógyulás 5 cm nyire az anustól kezdődő 4 cm hosszú, mutatóujj számára átjárható szűkülettel történt. A szűkület csak az actinomyces-lezajlása után fejlődött. PONCET esetében carcinoma fejlődött az actinomycoticus fekélyekből. THÉVENOT másutt fellepett actinomycesisnél szintén észlelt rosszindulatú elfajulást. MELCHIOR szerint valószínűleg úgy jó létre a carcinoma actinomycesis után mint lupusos hegben (vagy bilharziasis nyomán) többször észlelték.

A vita, hogy melyik alaphántalom játssza a legnagyobb szerepet a proktitis ulcerosa létrejövetelében, legfőképpen a lues, tuberculosis és gonorrhöa körül folyt le és folyik részben ma is még.

10. A *végbél gonorrhöája*. A végbél kankós fertőzése leginkább nőknél észlelhető; ennek okai: hogy nőknél a coitus per anum gyakoribb mint férfiaknál (BASTINELLI, PONFICK); mert a váladék könnyen juthat a hüvelyből a végbélnyílásba; továbbá mert a végbél ujj és irrigator (MURRAY 1897) segítségével könnyebben fertőződik; mert a fertőzés a plexus vulvovaginalis útján könnyen

terjedhet a hüvelyből a vele szoros összefüggésben lévő plexus hæmorrhoidalusra át (ily összefüggés férfiakon nincsen); végre kankós Bartholinitis áttörése a végbélbe nem nagy ritkaság RUGE szerint. MUCHA 18%, FLÜGEL 20%, DEMETER 17.2%, HUBER 24.5%-ban, NEUBERGER, BAER, BORZECZKI, JULLIEN és EICHHORN pedig kb. 33%-ban talált kankós nőknél a végbélben is gonococcust. A végbél izolált gonorrhöája ritkább, EICHHORN 235 eset közül csak 17-szer észlelte.

A végbélgonorrhöa székhelye a bél legalsó része. A nyálkahártyán észlelhető elváltozások rendszeren nem nagyfokúak, ilyenek a nyálkahártya duzzadása, apró vérzések, erosiók és csak ritkán lapos felületű fekélyek. EICHHORN 72 eset közül kétszer látott vérzéseket, 8-szor erosiókat és csak négyszer fekélyesedést. HUBER szerint is nagy ritkaság a fekélyképződés, ép úgy, mint a húgycső-kankónál. Periproktalis tályogképződés körülbelül 1.1%-ban fordul elő (HUBER szerint), bár ezek létrejövetelében más fertőzésnek is lehet része. A tályogok egy része azonosak a JADASSOHN által leírt pseudoabscessusokkal (húgycső, prostata, Bartholini-féle mirigyben). A fekély- és szűkületképződésben valószínűleg a folliculusok elgenyedése vesz leginkább részt. Rendszeren azonban csak felületű jellegű a folyamat, mely a submucosán túl ritkán terjed. EXNER (1911) a későbbi szakban fejlődő végbélkörüli tályogoknak gonorrhöára valló jellegzetességét a plasmasejtek nagy halmazataiban látja.

Más szerzők, mint SCHRIDDE és AMERSBACH ily sejtömegeket szintén specificusoknak tartanak és mint ilyeneket írták le oszphoritis és salpyngitis gonorrhöicánál. RUGE szerint ily plasmasejthalmazok más fertőzéseknél is észlelhetők.

A kifejlődött proktitis ulcerosánál a gonococcust többé kimutatni nem sikerült; miért is igen sok szerző tagadja azt, hogy a gonorrhöa egyáltalában szerepelne a baj kifejlődésében. RUGE csak ott tartja megengedhetőnek a gonorrhöával való összefüggés felvételét, a hol kimutatható, hogy valamely kankós tályog (Bartholinitis) egyenesen betört a végbélbe. Ugyanezen nézetten van POELCHEN és EICHHORN is. GANT szerint az összefüggést proktitis ulcerosa és gonorrhöás fertőzés között egyetlen egy esetben sem sikerült kifogástalanul megállapítani. RUGE kétségbe vonja DORSE-

MAGÉN (Albu) eseteinek gonorrhoeás eredetét is, mert ezekben a végbél környezete teljesen épnek találtatott. EICHORN 72 végbél-gonorrhoeás esete közül egyszer sem észlelt szűkületet vagy mélyebb fekélyt. BAER 700 eset közül csak egy szűkületet, BICK 42 eset közül két szűkületet talált. RUGE szerint ezek egyikénél sem lehet a lueses eredetet tagadni.

Mindezek alapján a gonorrhoeás fertőzés szerepét a proktitis ulcerosa és végbélszűkületek keletkezésében igen alárendelt fontosságúnak kell tekintenünk, és annak kell tartanunk mindaddig, míg valamely más uton a kifejlődött bajnál is képesek leszünk a gonorrhoeás eredetet biztosan kimutatni. Ma ezt nem tehetjük még egy eljárással sem, sem bacterologice, sem pedig kórszövettanilag és azért egyelőre teljesen jogos azok álláspontja is, a kik szerepét kétségbe vonják.

11. *A végbél gümőkórja* három alakban ismeretes: és pedig mint lupusos folyamat a végbélnyílás körül, mint verrucosus vagy papillaris alak és mint gümös fekély.

A lupusos alak igen ritka, rendszeren sipolyok körül fejlődik. Therapiája a lupus általános kezelésével esik össze.

Ép olyan útján észlelhető a verrucosus és papillaris alak, mely sokszor a nyálkahártya alá is folytatódik.

A gümös fekély rendszeren csak súlyos gümőkóros egyéneken észlelhető. Kiindulása valamely anyaghiány a nyálkahártyán (fissura, erosio, fekély stb.), mely másodlagosan fertőződik a tuberculosis bacillusával. Máskor hideg tályogok áttörése helyén vagy sipolynyílások körül képződik. A fekély hajlamosságot mutat a tovaterjedésre, és sokszor körkörösén helyeződik el a végbél nyílása körül vagy a felett a bélben. Az elsődleges fekély ritkaságok közé tartozik.

A gümös fekélyesedés gyorsan vezet a szervezet kimerüléséhez (fájdalmasság, hasmenések, álmatlanság stb. útján) és azért ritkán van idő arra, hogy proktitis ulcerosa és szűkület kifejlődhessék.

A végbélgümőkór ép úgy mint az analis tuberculosis CHARDON (1913) szerint leginkább az epithel betegsége, melyben a tápcsatorna felől jövő gümöbaczillus (lenyelt köpet, áttört garatmögötti hideg tályog genyje stb.) indítja meg a folyamatot azáltal,

hogy annak anyagiányait fertőzi. Ritkábban a szomszédságban fejlődött gümös tályogok áttörése útján jő létre (prostata és genitáliák tuberculosisis folytán CHEYNE 1898.). Előbbi esetben a folliculusokban jelentkeznek az első elváltozások, melyek apró gümők képződésében állanak. Ezeknek összefolyása és elhalása folytán keletkeznek a gümös fekélyek, annak minden jellegzetes tulajdonságával. A folyamat nagy hajlandóságot mutat a terjedésre, főleg a végbél melletti és mögötti nyirokutakban, miért is a fekélyek alakja hosszúkás és a végbél hossz tengelyével esik össze.

GAUDIANI (1898) szerint jellemző ezen gümők egy részére, hogy bennök óriás sejtek, melyek különben a Langhans-féle typust mutatják, nem nagy számmal találhatók.

Egy részük nagy hajlandóságot mutat a kötőszövetes elváltozásra, másoknál a szétesés van túlsúlyban. Amazok szűkületképzésre vezetnek inkább, utóbbiaknál a fekélyképződés, nagyfokú roncsolás a mélységbe ép úgy, mint lap szerint, végbélkörüli tályogok képződése lép inkább előtérbe. RUGE (1913) szerint a két folyamat gyakran egymás mellett észlelhető, fekélyek mellett nagyfokú zsugorodás is észlelhető. A solitár fekély ritkán tapasztalható (FREUND 1905, BRECK 1897); hol a végbélnyílásban, hol pedig magasabban. A mi a gümös fekélyek és szűkület elhelyeződését illeti, úgy itt is hasonlóan mint a bél más helyein (flexura, ileocoecalis billentyű) ott találjuk, hol a bél leginkább van kitéve a bélsár általi sérülésnek, tehát a pars perinealisban vagy pedig ott, a hol a nyálkahártya amúgy is gyakran mutat repedéseket, fekélyeket: az anusban vagy afelett közvetlenül.

A végbélgümőkör is a proktitis ulcerosa és végbélszűkület közti összefüggést DELBET szerint SOURDILLE mutatta ki először kórszövetteni alapon (8 eset kapcsán). Azóta a szerzők nagy része megerősítette SOURDILLE leleteit (RUGE 907, BERARD 912, WOLFSONH 1909, REYNIER 1909, RIEDER 1896, KÜMMEI 1887 stb. magunk is gümösnek találtunk egy amputált végbelet). QUÉNU (1909) ritkának tartja a proktitis ulcerosa kifejlődését gümös alapon, ellenben DELBET az esetek $\frac{1}{3}$ -át gümösöknek találja.

Mindezek alapján tehát azt látjuk, hogy a tuberculosis szerepe az esetek egy részében kétségtelenül be van bizonyítva.

12. A végbél bujakóros megbetegedésének három alakját

ismerjük: az elsődleges fekélyt (primär sclerosis), a másodlagos tünetképen jelentkező condyloma latumot és a tertiär szakban fel-lépő gummát vagy annak széteséséből keletkező fekélyt. Az első két alak a syphilidologus hatáskörébe tartozik, ellenben az utolsó majdnem kizárólag a sebészt érdekli. Ezen érdeklődés meg van adva az által, hogy a bujakór e szakának elváltozásai a végbélben a specifikus gyógyszereléssel (jod, higany, arsen) egyáltalában nem befolyásolhatók és csakis a kés segítségével orvosolhatók még némiképen. A szűkületet okozó fekélyes végbélgyulladás összefüg-gését az anamnesisben szereplő syphillises fertőzéssel már régen valószínűnek tartották, azonban nem olyan régen bírjuk még a górcső nyújtotta kétségtelen bizonyítékát. Ennek birtokában csak azóta vagyunk, mióta nem a hullából vett anyagon keressük a specifikus elváltozásokat, hanem a műtét uton eltávolított vég-bélben. Amaz ugyanis a betegségnek csak oly késői szakában került vizsgálat alá, midőn másodlagos fertőzés folytán a luesre jellemző kórszövettani képződmények már teljesen el voltak pusztulva; utóbbi aránylag fiatalabb elváltozásokat mutat, melyeken a gümma és érköri lueses elváltozások még jól felismerhetők. Luesesnek azért csak azon fekélyesedést szabad tartanunk, melynél ezen specifikus elváltozásokat megtaláljuk, mert az anamnesis ép úgy csalhat, mint a WASSERMANN-reactio, mert, mint ezt már egyszer hangsúlyoztuk, abból, hogy valakinek luese volt, nem szabad még azt felvenni, hogy proktitise is az, viszont előfordulhat az is, hogy valakinek lueses alapon indult meg a proktitis ulcerosája, de idő-közben vérbajából kigyógyult és vére, WASSERMANN-reactiója nega-tív; azonkívül fennforoghatnak más lehetőségek is, melyekről szin-tén már más helyen volt szó.

A végbél tertiär lueses megbetegedésének alapja a kis gümma, mely rendesen kiterjedten lép fel a bél submucosájában. A gum-mából lesz szétesés folytán az apró fekély, többek összefolyásából pedig nagyobb fekélyek képződnek. Nagyobb gummákat a végbél-ben nem észlelték. A nyálkahártya gummás megbetegedését ritkán van alkalmunk látni, SCHUCHARDT 1898-ban írt le ilyen kórképet, melynél a végbél nyálkahártyája apró bársonyoskékes csomókkal volt telezsórva, melyek górcsövileg teleangiectasiás gummáknak bizonyultak. A gummák, főleg az erek mentén helyeződnek el,

idővel vagy fekélyeket képeznek, vagy pedig (a mélyben) ellágyulnak és tályogokká válnak; későbbi szakban hegesen zsugorodnak. A kifejldött proktitis ulcerosa (luetica)-nál a fekélyképződés és hegesedés egymás mellett található a legkülönbözőbb változatokban; hatásuk alatt a végbél egészen másfél cm vastag, merev, belül fekélyes csővé alakulhat át (elephantiasis recti ROSER), ugyancsak ezek eredményét képezik a végbél környezetében található genyes járatok és tályogok is.

E folyamat rendszeren a végbél alsó szakaszában kezdődik és halad felfelé néha a flexurába, sőt azon túl is. A szűkület kifejlődésével specifikus jellegéből mindinkább veszt, helyébe a másodlagos fertőzés által feltételezett elváltozások lépnek.

Górcső alatt azonban még ilyenkor is felismerhetők a lueses képződmények. SCHUCHARDT már 1894 és 98-ban mutatott rá az elpusztult erek mentén észlelhető sejtbeszűrődésre és gummákra ilyen végbelekben. RIEDER főleg a visszereken észlelt kiterjedt elváltozásokat, melyek endo-, meso- és periphlebitis alakjában jelentkeznek, ezek mellett gömbsejtes beszűrődésből epitheloid és óriás sejtekből álló typusos gummákat is észlelt a bél egész falzatában. RUGE (1907) 18 exstirpált végbélben állapította meg ezen elváltozásokat, melyek szerinte megegyezően RIEDER észlelteivel főleg a visszereken, de a verőereken is, azok mentén is szembetűnők voltak. Typusos endarteriitis néha polypszerű burjánzásával a belhártyának máskor teljes elzárásával az ér ürterének; vastag heges mediana, és köpenyegszerűen az ér körül sorakozó mono- és polynuclearis vérsejtekből álló beszűrődés majdnem minden kisebb eret jellemzett. Sőt egy esetben oly óriás sejtekben gazdag paraarterialis gummákat is észlelt, a minőket csak lueses aorta-aneurysma falában volt alkalma látni. Ezen képződmények lueses eredete ma ellenvetés nélkül el van fogadva.

Azon kérdés elbírálása, hogy a fekélyes szűkületet okozó végbélgyulladás keletkezésében mily arányban vesz részt a syphilis, tisztán a górcsőileg megvizsgált esetek alapján nem lehetséges. A nem vizsgált esetek igen magas százalékában az egyén biztosan bujakórosnak találtatott. RUGE szerint

ALLINGHAM	100	eset	közül	52	esetben
CRIPPS	70	«	«	13	«
GANT	25	«	«	13	«
SCHEDE	54	«	«	16	«
WAGNER	32	«	«	14	«
RUGE	75	«	«	59	«

DEL BET, HARTMANN, QUÉNN kb 40%-ban és mások is hasonló arányban találtak luest betegeiken. DÖRSEMAGEN (1911) 13 eset közül 9 esetben találta a WASSERMANN-reactiót pozitívnek, ép így mások is. GOEBEL és GANT öröklött luest találtak gyermekbetegeküknél.

E számok összevetéséből és az előbb említett betegségeknel felsorolt adatokkal való összehasonlításból az tűnik ki, hogy a lueses fertőzés szerepel legnagyobb arányban a fekélyes szűkületet okozó végbélgyuladás kóroktanában.

Előfordulásának gyakorisága nem szerint.

A mi a nemet illeti, úgy azt állapíthatjuk meg, hogy majdnem kizárólag a női nem betegsége. Így RUGE 75 esete közül csak hat férfi szerepel (kettő gümös, kettő genyes, egy dysenteriás, egy ismeretlen eredésű); E. FRÄNKEL kilencz esete közül egyetlen férfi sincsen; POELCHEN 219 esete közül csak 25 férfi; SCHEDE 56 betege mind nők; a mi 20 szorosán idevágó esetünk között 18 nő, egy férfi és egy gyermek szerepel. E tényt magyarázzák RIEDER, QUÉNN és HARTMANN vizsgálatai, melyeknek kiindulási alapja az a feltevés, hogy a proktitisek legnagyobb része a genitális fertőzéssel függ össze. Ők kimutatták azt, hogy nőknél a plexus vulvovaginalis és plexus haemorrhoidalis között szoros összefüggés van; de nemcsak a vérpályák között állapítható meg az összeköttetés, hanem a nyirokutak alapján is a hüvely és végbél között. Férfiakon az összefüggés nincsen meg, a férfi nemi szerveinek nyirokútjai részben a lágyéki, részben pedig az iliacalis mirigycomókba vezetnek. Nőknél a genitális fertőzése részint lymphangoitises, részben pedig phlebitises alapon a végbél közvetlen környezetére terjed át. Ennek alapján magyarázható az a tény, hogy nőknél a

bujakór és *kankó*, férfiaknál inkább a gümőkór szerepel a körülözményben (CHARDON), utóbbi nemcsak relativ értelemben, hanem absolute — szám szerint is. — Egyéb körülményekről, melyek miatt a női nem nagyobb arányban szerepel a megbetegedésben, a végbél-gonorrhœánál lesz szó.

Előfordulásának gyakorisága kor szerint.

A mi a kort illeti, úgy azt találjuk, hogy a proktitis ulcerosa leginkább 20 és 40 év közötti egyéneken észlelhető, legalább e korban jelentkeznek először a betegség tünetei, 20 éven alól ritka, 40 éven feletti betegeknél a panaszok rendszeren sok évre nyulnak vissza. Ennek megerősítésére szolgáljanak a következő adatok: FRÄNKEL nyolcz betege közül hat 30—50 év között van; RUGE 75 betege közül van

20 éven alóli :	3
20—30 év közötti :	27
30—40 " " :	28
40—50 " " :	8

A mi anyagunk szolgáltatatta adatok nagyban hasonlók ezekhez: vagyis 20 beteg közül szerepel 15 20—40 év közötti egyén.

A fekélyes szűkületet okozó végbélgyulladás therapiája.

Ha végigtekintünk az utolsó évtizedek alatt a proktitis ulcerosa és a szűkület elleni therapia történetén, azt látjuk, hogy az mind inkább radikálisabb lett. A helybeli kezelést felváltotta a tágitás, ennek különbözőféleségeit alkalmazták tisztán vagy egybekapcsolva anus præternaturalis készítésével vagy a szűkület átmetszésével belülről; majd megkísérelték a beteg bél szabadabbá tételét a szűkület felmetszésével annak egész hosszában (rectotomia externa); még későbben a beteg bél kirekesztése által gondoltak célhoz jutni, legvégül pedig a beteg bél eltávolításában látták a leghatásosabban célravezető eljárást.

Mindezen eljárások ma is használatban vannak még és hogy adott esetben melyiket választjuk, azt az eset súlyossága, a beteg állapota és a műtéti javalattal szemben tanusított viselkedése alapján kell megállapítanunk. Az előbb mondottak alapján a következő eljárásokat ismerjük:

- A) Gyógyszeres eljárások.
- B) A tágitás, ez lehet vagy
 - a) egyszerű tágitás vagy
 - b) tágitás végnélkül
- C) Anus præternaturalis készítése.
- D) A rectotomia externa.
- E) Az enteroanastomosis (sygmoidorectostomia) és végül
- F) A végbél resectiója.

A tárgyalásban ezt a beosztást követjük.

A) *A gyógyszeres eljárással* röviden végezhetünk. Ez csak a könnyű, nem nagyfokú szűkületet mutató eseteknél van helyén. A hol szűkület már kifejlődött, ott vajmi keveset várhatunk csak már tőle és inkább kényszerüsből használjuk akkor, midőn a beteg műtétbe nem egyezik. Az eljárás a bélben felszaporodott bélsártömegek kiöblítése (olajos beöntések) után gyógyszeres folyadékok vagy gyógyszerek bevitelében áll. E célra ajánlják mindazon szereket, melyekről a hurutos proktitissnél már megemlékezünk. Bevitelük a szűkület fölé sokszor nehézségekbe ütközik.

KÖRTE (RUGE) bismuth. subnitric. vizes keverékétől láttak jó eredményt, a bismutot napokon keresztül helyben találták. Mi jó eredménynyel használjuk natr. salicylic. 3^o/_{oo} vizes oldatát. (PURJESZ.) A fekélyek helybeli kezelésére különböző műszereket ajánlottak, melyeknek hátránya azonban az, hogy szűkületknél nem alkalmazhatók. Így ÁLDOR (1912) polyendoskop segítségével visz be a végbélbe renoform, xeroform, tannin és magnesiából álló porkeveréket. MÜNZER (1910) sygmoidoskop segítségével bolus alba és anæsthesinből készített keveréket juttat a bél beteg helyére. NASSAUER siccator nevű készülékével fuvat tiszta bolust a sebes bélbe és szárítás útján gondol a fekélyekre hatni. WERKMEISTER (1897) üres bougie segítségével bórsavoldatos mosásoktól látott javulást.

Sok egyéb eljárást is alkalmaztak, melyek mindegyikének értéke legalább is kétséges, így ROSENHEIM (1912) az „insufflatiot” teljesen elveti. Az eljárások a bél tisztántartása céljából igen üdvös szolgálatot teljesítenek: elvezetik vagy felszívják a genyes, fertőző váladékot ez által egyrészt a sebgyógyulás számára kedvezőbb viszonyokat teremtenek, másrészt a beteg általános állapotát kedvezően befolyásolják. Más eljárások mellett, így a tágitás és bélki-
rekesztés mellett alkalmazásuk nélkülözhetetlen. Másik fajtája a bélmosásnak az, a melyet POWER (1900) ajánl: t. i. appendicostomia útján felülről. Tapasztalás szerint szintén csak könnyebb esetekben bír értékkel, mert a bélsárnak a sebekkel való érintkezését nem akadályozza meg.

B) A tágitás kétféle alakban nyer alkalmazást, vagy a végbél felől vagy pedig egy a beteg bél felett készített anus præternaturalis nyílása felől. A végbél felőli tágitásra ajánlott bougiek száma igen tekintélyes, alakjuk és az anyag, melyből készültek, igen változatosak. Leghasználatosabbak a hengeralakú HEGAR-féle, melynek azonban az a hátránya van, hogy erőszakosan tágitja a sphinctert is; a CREDÉ-félével a záróizom nem szenved bántódást. ALLINGHAM higánnyal kitöltött rugalmas tágitókat használ, melyek lassú nyomással hatnak; KÖRTE kúpalakú tágitóival a betegek fennjárhatnak, a kicsúszás ellen a farpofákhoz erősített karika biztosítja őket.

A kezelés kivételének elve, hogy ne erőszakosan, azaz fokozatosan lassan történjék. Hátrányai az eljárásnak először, hogy néha igen fájdalmas, miért is RECLUS cocainos vattát vezet be előzetesen a végbélbe; másodszer, hogy nyomában lázak, septicus állapotok léphetnek fel; tályogok képződhetnek; és végül, hogy a bél átfürödését okozhatja, melyenkről RUGE, CLAIRMONT és mások tesznek említést. A lázas állapotok elkerülése céljából WERKMEISTER szükségesnek tartja, hogy a tágitást mindig kövesse a bél alapos kimosása összehúzó, antiseptikus folyadékokkal.

A tágitás hatásosabb kivitele céljából ajánlják a szükület bemetszését radiális irányban. LINDNER szerint KÜSTER ajánlotta és gyakorolta az eljárást methodikusan. Jogosultsága csak billentyűszerű szükületeknél van, egyéb szükület eseteiben alkalmazása nem veszélytelen. Így RICHE 1887, LINDNER 1894, L. BAUER halálos ki-

menetelű átfúródásokról tesznek említést, SONNENBURG 1897 is igen veszedelmes eljárásnak tartja. Egyesek (RICHE, LINDNER, HOCHENEGO, EXNER) kedvező eredményekről számolnak be.

Itt említjük még azon kísérleteket is, melyek elektrolitikus tágitókkal történtek. ZIMMERN 1909, QUÉNU 1904, és REYNIER 1909 magas feszültségű áramokat alkalmaztak és értek el jó eredményt dysenteriás és gümös szűkületeknél. NEWMANN 1889, továbbá BENTON, WHITMOORE, STEPHENSON és EARLE úgy jártak el, hogy a kathodot a bélbe helyezve, 5—15 perczen keresztül 5—10 m. a. erejű áramot vezettek a fémtágitón keresztül. Nagyobb elterjedésnek az eljárás nem örvend.

Sokkal hatásosabb a tágitás, ha anus praeternaturalis készítésével együtt végeztetik (erről később lesz még szó).

A tágitás másik alakja az úgynevezett végnélküli tágitás (Bugierung ohne Ende). Az eljárás tudvalevőleg abban áll, hogy közel a szűkült bélrész felett anus praeternaturalist készítünk, melyen keresztül SOCIN szerint seréttel ellátott selyemfonalat bocsátunk a bélben át és ennek segítségével huzzuk a tágitót be a szűkületbe. EISELSBERG kúpalakú tágitókat használ e célra. A műveletet nagyon megkönnyíti az a körülmény, hogy a beteg bél — még a flexura is — rendszeren egyenes csövé zsugorodik. (SCHUCHARDT szerint a 45 cm hosszú bél 15—20 cm-nyire rövidül meg a zsugorodás következtében.) Az eljárást LIEBLEIN ösmertette először 1901-ben, SCHLOFFER 1901 és EISELSBERG (CLAIRMONT 1907) leglelkesebb szószólói. CLAIRMONT jelentése szerint az eljárással elért eredmények a következők: hat esete közül egyetlen egy tökéletes gyógyulást nem észlelt. Három esetben a beteg állapota annyira javult, hogy az anus praeternaturalist ismét el lehetett zárni (ezek közül kettő javult maradt, egy meghalt gümőkórban).

Az eredmények tehát nem sokkal jobbak, mint az egyszerű tágitással elérték, sőt THIEM szerint utóbbiak jobbak is, ha az egyszerű tágitást anus praeternaturalis készítésével kapcsoljuk egybe és a kikapcsolt béllal kellően törődünk. Tekintetbe kell azonban vennünk, hogy a felsorolt eredmények mind igen súlyos esetekre vonatkoznak. Az eljárás erőszakosan keresztülvive ugyanazon veszedelmekkel fenyeget, mint az egyszerű tágitás, sőt fokozottabb mértékben: lázak, hidegrázások, sepsis, átfúródások nem ritkán

észlelhetők. A mellett igen fájdalmas is. A tágitási eljárások értékéről végleges véleményt csak a betegek későbbi sorsának tekintetbe vétele alapján alkothatunk. Ez pedig nem valami kedvező. Maga a szűkület a tágitás által csak ideiglenesen befolyásolható, a legtöbb esetben újból előállott, úgy hogy az elért eredmény csakis állandó tágitás által tartható fenn. Az esetek egy nagy számában — 50%-ban az anus praeternaturalis újból nem volt elzárható, a mi arra enged következtetni, hogy a folyamat és a szűkület sem javult a kezelés által.

A végnélküli tágitás tehát szintén nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket.

C) További eljárás az *anus praeternaturalis* készítése. Célja, hogy a szűkület feletti bélsárpangást megszüntesse, a bélsarat innen elvezesse, a beteg belet nyugalomba helyezze és lehetővé tegye a beteg bél helybeli kezelését. Mindezt az anus praeternaturalissal sokkal tökéletesebb módon érjük el, mint az egyszerű tágitással és ebben rejlik ezen eljárás czélszerűsége és jogosultsága. Természetes, hogy ezt a czélt csak az által érhetjük el, hogyha a bél folytonosságát a szűkület felett teljesen megszakítjuk úgy, hogy a legcsekélyebb bélsár se fertőzhesse a beteg bélrészt, vagyis, hogy ha az anus praeternaturalist úgy készítjük, hogy a bél két végét külön kivarrjuk a hasfalba és nem colostomiát készítünk. Tapasztalat szerint ugyanis a pangó bélsár az képezi azt az ártalmat, mely a fekélyek gyógyulását leginkább megakadályozza és újabbak keletkezését okozza. Ezt bizonyítja az a tény, hogy a fekélyes folyamat a szűkület feletti bélrészben van mindig legnagyobb fokban kifejlődve. Másrészt az ileus tüneteit okozó nagyfokú szűkületek is hozzájárultak ahhoz, hogy az anus praeternaturalis készítését a szűkületet okozó fekélyes végbélgyulladás gyógyító műtétei közé avatták. Hogy ezen vérmes reményekkel felkarolt eljárás mit eredményezett, azt a következő adatok mutatják.

Az anus praeternaturalist RUGE szerint CURLING már 1865-ben végezte e czélből. HAHN 1883-ban, tehát akkor, midőn KÜSTER és ISRAEL már a szűkületek kiirtásával foglalkoztak, ajánlja mint egyszerű eljárást oly esetekben, midőn egyéb eljárások czélra nem vezettek. Azóta a szerzők egész serege kedvező eredményekről tesznek jelentést. (WOLF 1900, BRAULT 1901, SOULIGOUX és

LOPOINT, POTHERAT és WALTER 1901) MONSARRAT 1908, DÉMONS 1907 két eset, HOCHENEGG 1911, MAUCLAIRE 1912 és mások.) BRAUTL esete azért érdekes, mert nála a colostomia nyílása magától záródott. BEACH 1908-ban úgy nyilatkozik, hogy egyéb eljárások egyike sem képes ezen eljárással versenyezni. Kedvező jelentések mellett azonban számos oly jelentéssel is birunk, melyek az eljárás siker telenségéről adnak számot. Így ROTTER, SCHEDE, SONNENBURG, WOLFF és mások. Ha a közölt eseteket egybevetve tekintjük, úgy azt látjuk, hogy kielégítő eredményeket a bajnak csak egyszerűbb, könnyebb eseteiben tudtak elérni, úgy hogy CLAIRMONT egyedül THIEM esetét tartja teljesen meggyógyultnak. Ha azonban az anus præternaturalis nem is gyógyítja ki a betegséget, úgy mégis a beteg állapotára igen kedvező befolyással van, mert egyrészt megszünteti a szükülettel járó kellemetlenségeket, fájdalmakat, másrészt pedig az emésztési viszonyok megjavítása folytán a beteg közérzetét lényegesen megjavítja. Fájdalom, ezekkel szemben a beteg az anus præternaturalis kellemetlenségeit sokszor örökre kénytelen cserébe venni. Kedvező esetekben az anus præternaturalis elzárását enteroanastomosissal is meg lehet kísérelni. Ép ezért KÖNIG 1902 és mások csak olyan esetekben óhajtják az anus præternaturalist végeztetni, midőn más eljárások a beteg állapotának súlyossága és a folyamat nagyfokú kiterjedtsége miatt nem végezhetők. Az eljárással elért végeredményekről a következő számok adnak felvilágosítást. KNECHT 69 eset közül csak hét esetben (10%) talált egy éven túl tartó gyógyulást, mind a hét eset könnyebb természetű volt, 25 beteg sorsáról, kik állítólag gyógyultan távoztak, tudomást nem szerezhett, 37 súlyos eset állapotán a műtét alig változtatott, ezek rövidebb-hosszabb időn belül meghaltak. RUGE 1907, 75 esete között 17 eset szerepel, melynél a colostomiát, és nyolcz, melynél anus præternaturalist végeztek. Utóbbiak közül két esetben az anus præternaturalist a folyamat kigyógyulásai után ismét elzárhatta (egyik könnyű, másik súlyos eset volt, melynél végbél felőli tágitás is szükségessé vált).

Egyik esetben a folyamat a végbél teljes obliterációja mellett kigyógyult (hat év alatt). Egyik esetben lényeges javulás mutatkozott, egy betege pedig műtét után meghalt.

Mi egy esetben végeztük az anus præternaturalist, avval az

eredménynyel, hogy a beteg általános állapota is, úgy mint a fekélyes folyamat, két év alatt lényeges javulást mutatott, utóbbi főleg a váladék és fájdalmak csökkenésében nyilvánul.

Egészen véve tehát azt látjuk, hogy a betegek legnagyobb része szemmel látható javulást mutat és e tekintetben az anus praeternaturalissal elért eredmények felülmúlják a tágitással elérteket. További előnye az eljárásnak az, hogy a beteg légsúlyosabb állapota mellett is helyi érzéstelenítésben végezhető, hátránya pedig, hogy az anus praeternaturalis súlyos esetekben rendszeren újból el nem zárható.

Az anus praeternaturalis készítésének helyére vonatkozólag mérvadó az a szempont, hogy van-e kilátás annak újbóli elzárhatóságára avagy pedig a folyamat oly kiterjedt, hogy annak elzárásától már előre is le kell mondanunk. Első esetben távol a szűkülettől, második esetben pedig ahhoz közel készítjük azt.

D) További eljárás, melyet a szűkületet okozó fekélyes végbélgyulladás kezelésére alkalmaznak, a *rectotomia externa*. Az eljárás célja a beteg bélrész szabaddá tétele, a szűkület hosszanti átmetszése útján, mi a bél direkt kezelését teszi lehetővé. A műtét igen különbözőképen végezték, FOCHIER végezte először szűkületnél 1876-ban, VERNEUIL ecraseurrel végezte olyformán, hogy a sodronyt a végbél és szűkületen keresztül vezetve a bőrön át kiszúrta és a közbe eső lágyrészek egész tömegét vele áthasította. FOCHIER eljárását «rectotomie triangulaire et en étage»-nak nevezte, ez abban állott, hogy a szűkületet részletekben hasította fel. PEAN a záróizmot hosszirányban hasította fel és a sebet harántirányban varrta ismét össze (sphincterotomia posterior). Ezen eljárások, valamint DIEFFENBACH rectoplastikája, csak a végbél legalsó szélének körülírt szűkületeinél voltak alkalmazhatók és a mellett a záróizmok is nagy fokban sérültek. Sokkal tökéletesebb és magasabbra terjedő szűkületeknél is alkalmazható az az eljárás, melyet SONNENBURG 1897-ben ajánl. Ő a végbél mögött hatolt be és a végbélet KRASKE szerint a szűkületet egész terjedelmében szabaddá tette és felhasította, magát a záróizmot nem bántotta, a bél széleit, ha ez lehetséges, a bőrhöz varrja. Ily módon a beteg bélrészt egész hosszában szabaddá teszi, a mi lehetővé teszi annak direkt kezelését. SONNENBURG hat esetről számol be, melyeket

ezen eljárással sikeresen operált. Az eljárást KÖRTE 1897 oda módosította, hogy a záróizmot is átmettszi; szerinte ez utóbbi a későbbi continentiára nagy befolyással nincsen, mert a gyógyulás alatt a bélben ejtett nyílás ugyis igen szűkre összehúzódik, ezt a nyílást pedig a záróizom megmaradt elemei veszik körül. Az eljárásnak a mellett, hogy a continentiát nem zavarja súlyosabban, mint SONNENBURG műtétje, az a nagy előnye van, hogy a szűkületet és végbelet sokkal tökéletesebb módon tárja fel mint amaz. SOKOLOFF 1898 oda módosította a SONNENBURG féle műtétet, hogy a hosszanti metszést HEINECKE-MIKULICZ szerint haránt irányban varrta ismét össze. Hasonló módon járt el HILDEBRANDT (két eset REBER 1901) és HOROCKS (1899) is. HORSLEY és MEANS olyképen változtatták az eljárást, hogy a metszést ferde irányban ejtették. Az ezen műtétekkel elért eredményekről a következő kimutatások számolnak be. RUGE 75 eset közül kétszer végezte a műtétet a SOKOLOFF-féle módosításban, egyik esetben végleg meggyógyult, másik esetében a szűkület már három hó múlva ismét előállott. A KÖRTE-féle módosításban 13-szor végezte, ezek közül négy teljesen meggyógyult (egyik esetben hét év múlva könnyű visszaesés mutatkozott); három beteg állapota lényegesen javult; egy pedig később előrehaladó recidivát kapott, őt a végleges eredmény megítélésében nem szerepel (ezek közül négy meghalt, egy pedig gyógyulatlanul távozott a kezelés alatt).

Mindezekből az tűnik ki, hogy a rectotomia externával a végbél legalsó részében székelő szűkületeknél és fekélyes folyamatoknál aránylag jobb eredményeket érünk el, mint az előbb leírt eljárások bármelyikével, a mi abból következik, hogy ezen eljárás segélyével a beteg bélrészt igen tökéletes módon vagyunk képesek feltárni és közvetlenül kezelni is. Hátránya, hogy a végbél zárókészülékét néha súlyosan sérti. Alkalmazása korlátolt, mert csak a végbél alsó részére szorítkozó esetekben végezhető. A közvetlen eredmények kielégítőek, azonban visszaesések elég nagy számmal fordulnak elő esztendőök múlva is, miért is állandó felügyeletet és utókezelést igényelnek.

E helyen meg kell emlékezni azon képlési eljárásokról is, melyek vagy a rectotomia által ejtett bélnyílás közvetlen elzárására vagy pedig annak utólagos eltüntetésére szolgál-

nak. Ide sorolandók a már említett PÉAN, SOKOLOFF és HILDEBRANDT által gyakorolt műtétek. Kiterjedtebb hiányok pótlására szolgálnak a következő eljárások; BIRCHER 1893 úgy járt el eredményesen egy esetben, hogy a hosszant felhasított végbél nyálkahártyáját és felette a bőrt külön-külön felpreparálta és a közép-vonalban ismét egyesítette. MONARI, 1902 a záróizmok tágitása és a szűkület egy téglányalakú részének kimetszése után a nyálkahártya hasonló alakú lebenyeit a végbél egészséges részéből a hiány helyébe vonta. Eljárását két esetben alkalmazta, melyek három, illetve négy év után is gyógyultak maradtak. WOLFF 1899 a bőr két lebenyét varrta eredményesen a kiirtott szűkület helyébe. BRAQUEHAYE (Tunis 1907) pedig a végbél körüli bőr helyett férfiaknál a herezacskóból, nőknél a hüvely bőréből felszabadított nyeles lebenyt helyezett a végbélnek a szűkület kiirtása után támadt hiányába. LENK 1905-ben úgy jár el, hogy a szűkületről egyszerre csak egy kisebb részt metsz ki, melynek gyógyulása után az eljárást többször megismétli. Legújabban POLYA (1913) úgy járt el, hogy a végbél hiányát a far tájáról vett bőrlebenynyel úgy zárta el, mint azt pofarokok eltávolítása utáni arcchiányok pótlására IZRAEL szerint szoktuk végezni.

Ezen képlesek, ha itt-ott sipolylyal végződő gyógyulásra vezetnek is csak, a continencia újbóli helyreállításával a betegeknek igen nagy hasznára vannak. A rectotomiának sokszor elkerülhetetlen kiegészítő műtéteit képezik és a rectotomiával elért eredmények tökéletesítéséhez nagyban hozzá járulnak.

E) További eljárás, mely azonban csak meglehetősen korlátozott módon nyert alkalmazást a szűkületet okozó fekélyes végbélgyulladásoknál, az *enteroanastomosis*, melynek czélja az, hogy a beteg bélrészt a bél folytonosságából kikapcsolja és ezáltal a fekélyedést gyógyulásra bírja. Kivételének feltétele, hogy közvetlenül a végbélnyílás felett legyen legalább is akkora ép bélrészlet, melylyel a szűkület feletti béllal az összeszájadzást lehessen létesíteni.

Először BACON (Chicago) végezte a következő módon: minek utána egyrészt rectoskopia útján meggyőződött arról, hogy a végbél megfelelő része ép, másrészt hasmetszés útján sygmoidorektostomia végzéséhez a kellő feltételeket (nem túlságos nagyfokú hegesedések és tályogok a végbél körül) megtalálta a szűkület feletti

ép belet, rendszeren a flexurát MURPHY-gomb segítségével a végbéllel egyesítette úgy, hogy a gomb egyik felét a végbélnyílás felől helyezte a végbél falába. 10—14 nap mulva a gomb eltávozása után DUPUYTREN-féle bélszorítóval a szájadék nyílását kellő fokban megtágitotta. 1896-ban 12 eredményesen kezelt esetről tesz említést, melyek közül több, évek óta is teljes egészségben van. KELLY 1895 és ROTTER 1898 a műtétet oly módon módosították, hogy a vastag belet a szűkület felett átmetszették, a beteg bélrészt elzárták, az ép bél végét pedig a pars perinealis recti és hüvely között a gát felől készített nyíláson keresztül lehozták és beültették a végbél legalsó részébe. Ők szemben BACON-nal a bél-egyesítést nem MURPHY-gombbal, hanem varrás útján végezték. A bélszáj felett a hasüreget elzárták, a sebüreget pedig lefelé jodoform gazéval kitömték. Az eljárás akkor is alkalmazható, ha a szűkület igen mélyre (2—3 cm-re) terjed a végbélnyílás fölé és akkor is, ha fölfelé a colon transversumra is ráterjedt. RIES 1905 hasonló módon végezte az operációt egy betegén, kin azonban öt évvel későbbben recidiva miatt anus præternaturalist volt kénytelen végezni. GOYANES 1907 a műtétet oda módosította, hogy az egészséges belet a végbél mögött hozta le és ültette be a szűkület alatti végbélrészbe. FEDOROW 1911-ben úgy járt el, hogy az egészséges belet a végbél nyálkahártya és izomrétege között hozta le és így képezett anastomosist a colon pelvinum és pars perinealis recti között; később a két bél közötti válaszfalat átmetszette, miáltal tág, új ampullát alkotott; betege teljesen meggyógyult. HACKER (1911) anus præternaturalis készítése után a ROTTER szerint lehozott belet a végbélbe helyezte a nélkül, hogy a bélfalakat külön egyesítette volna. Később az anus præternaturalist elzárta; betege gyógyult maradt és jó continentiával rendelkezett. Az eljárással elért végleges eredmények nem a legjobbak. ROTTER és a legtöbb szerző egybehangzó véleménye alapján a váladéképzés a műtét után továbbra is fennáll. ROTTERnek csak egy esetében következett be a beteg bélrész teljes obliteratiója. Másrészről recidivák nem ritkák és a folyamat néha reáterjedt az egészséges bélre is, a mi könnyen magyarázható abból, hogy a beteg bélből jövő váladék állandóan elborítja az új bélszájat és az egészséges bélbe is bejut. Az eljárásnak tehát az a hátránya, hogy a beteg bélrészt a

szervezetben meghagyja. A műtét kivitelének igen nagy nehézségei lehetnek a bél körüli összenövések folytán és veszedelmességei a hasür egyidejű megnyitása miatt, ha a bél körül tályogok vannak. Alkalmazásának határai e szerint meglehetősen szűkek, mert a végbél legalsó része a legkevesebb esetben található oly terjedelemben épnek, hogy e helyen bélszáj képzése lehetséges volna.

F) *A beteg bél resectiója.* A beteg bél eltávolítása és a bélcsontra újbóli helyreállítása a bélsontok egyesítésével a legtökéletesebb eljárás, melyet ez idő szerint a proctitis ulcerosa gyógyításában ismerünk. Lényegileg a műtét azonos a végbél rosszindulatú daganatainak eltávolításánál követni szokott eljárással, de kivitelében, a bél körüli összenövések miatt sokkal nehezebb annál, mert míg daganatoknál főleg csak olyankor avatkozunk be, midőn az a bél környékere még reá nem terjedt, addig a szűkületeknél éppen a bél körül találunk igen kiterjedt zsugorodást és hegesedést.

Az első végbélkiírtást fekélyes végbélgyulladás miatt GLÄSER végezte 1864 (SCHULTZ és WOLFF szerint), mely sikeresen műtött esetben azonban egy év múlva visszaesés következett be, 1883-ban IZRAEL és KÜSTER egy-egy sikeresen operált esetről adnak számot. Ugyancsak 1883-ban közli eseteit RIEGNER; 1891-ben QUÉNU számol be hátsó hosszmetéssel és a keresztcsont részleges eltávolításával végzett szűkület kiirtásáról. Hasonlóképen SIEK (1889) KÖRTE, KNECHT, WOLFF (1894), HERCZEL (1892) végzett KRASKE szerint sikeresen egy esetben szűkület miatt végbélkiírtást. FRÄNKEL 1895-ben kilencz sikeresen megoperált eset készítményét mutatja be, SCHEDE 1895-ben 15 resectióval operált esetről számol be. Az elsőt KRASKE szerint 1889-ben végezte. A műtéttel kapcsolatban egy betege sem halt meg, csak egy esetben látott maradandó incontinentiát a műtét után.

A műtétet nehezen kivihetőnek tartja, anus præternaturalis készítése szerinte felesleges. E kimutatást kiegészíti RIEDER jelentése 1897-ből, mely 17 esetről szól. E szerint 30%-a az eseteknek több évig terjedő recidivamentességet mutat. LIERMANN 1898—99-ben három gyógyult esetről tesz említést, melyek RÉHN szerint vaginalis úton lettek operálva. LEJARS 1904 hasonló módon operált egy esetről számol be. SCHLANGE egy szerencsésen operált esetet közöl, melynél daczára annak, hogy a kimetszést az ép

bélben végezte, másfél év mulva mégis visszaesés következett be. WAGNER 1902 KÖNIG anyagát ismerteti, mely 32 esetet ölel fel, köztük hét resectio, egy halálessel. Öt eset közül, melyek a későbbi eredmény megítélésénél szóba jöhettek, teljes gyógyulás egy esetben sem volt megállapítható; ép úgy nagyon sok kívánni valót hagyott hátra a záróizom működése, mely csak egy esetben volt kifogástalan. Úgy, hogy KÖNIG még 1902-ben is az anus præternaturalis készítését jobb eljárásnak tartja, mint a technikai-
lag igen nehéz és veszedelmes resectiót. Hasonlóképen nyilatkozik HÄRTWELL 1906-ban. KAMMERER 1908-ban HOCHENEGG szerint végezte egy esetben sikeresen a resectiót. A szűkült bélrésznek kombinált (abdomino perinealis) úton való eltávolítását SONNENBURG (1897) ajánlása óta elég kiterjedten alkalmazzák. NOVARRO 1901 három igen kiterjedt szűkületet mutató nehéz esetben alkalmazta jó sikerrel. W. BERNDT (1898) hat resectióval kezelt esetet említ MIKULICZ klinikájáról. MIKULICZ a resectiót mindig anus præternaturalis készítésével együtt végezte, egy beteget, a kin ezen óvintézkedést nem tették meg, meghalt a műtét kapcsán.

A combinált methodus kivételére nézve BASTINELLI (1909) a következő elveket állítja fel: anus præternaturalisa coecumon; a hasmetszéstől megítéljük a folyamat kiterjedtséget; ha a folyamat a végbélnek csak alsó részére terjed ki, úgy a resectiót WITZEL szerint végzi a gát felől (nem követi sem KRASKE eljárását, sem pedig REHN vaginalis eljárását). Ha az egészséges bél könnyen lehozható, úgy a bél szokásos kivarrásával befejezi a műtétet. Ha ez csak nehezen sikerülne, minek majdnem rendes következménye a bél kisebb vagy nagyobb fokú elhalása, akkor a következőképen jár el:

1. vagy nem erőlteti a lehozatalt és az amputált bélvéget ott varrja a bőrhöz, a hol épen lehetséges;

2. vagy a has felől (hasmetszéssel) szabadítja fel a belet és pedig vagy azonnal, vagy pedig újabb műtéttel, melyet a következőképen végez. Laparotomia útján fölszabadítja a végbél és colon mesenteriumát, melyet nem szabad közel a bélhez végezni; így járva el, az arteria mesenteria inferior törzsének lekötése után is, a bél az arteria colica felől még elegendőképen táplálthatik. Ugyancsak felülről szabadítja fel környezetéből a végbél alsó részét is, a sebüregbe tampon helyez. Most a gát felől (WITZEL szerint) a

végbél gáti részét és a meg nem nyitott és lehozott belet a végbélnyílásba kivarrrja.

A műtétet egy vagy két ülésben lehet végezni, szerinte az előbbeni a kevésbé veszedelmes. Öt esetben végezte a műtétet, két esetben egy ülésben, ezek meggyógyultak, három esetben két ülésben: ezek meghaltak. BASTINELLI azt tartja, hogy tekintve a bajnak visszaesésre mutató nagy hajlamát, minden esetben ilyen radikálisan kellene eljárni. RUGE KÖRTE-nek 19 esetét közli, melyek közül 17 a műtét után gyógyultan lett elbocsátva (kettő meghalt a műtét után, egyik hashártyagyulladásban, a másik tüdőgümőkórban). A 17 gyógyult eset közül kilencz véglegesen gyógyult maradt, 12 teljes continentiával rendelkezett és csak egy esetben maradt vissza teljes zárási képtelenség. Egy esetben nagyfokú visszaesés állott be, a többieknél kisebbfokú szűkület lépett fel a varrás helyén. A mi a műtéti eljárásokat illeti, úgy 11 esetben alkalmazták a vaginoperinealis eljárást KÖRTE szerint, melynek kivitele nagyjából a következő:

Medialis metszés a végbél és keresztcsont között, annak szűkség szerinti resectiójával; hosszmetzés a hüvely hátsó falán, mely oldalt pararectalis metszésben folytatódik. A bél fölszabadítása és lehozatala rendes módon történik, a bélcsonkot vagy HOCHENEGG szerint varrja a végbélnyílásba, vagy pedig a záróizom felett kettős varrattal egyesíti a környéki bélrésszel. A műtét végén a hüvely sebét ismét egyesíti, a belet kétoldal drainezi. A műtétet sokszor colostomiával együtt végezték (négy esetben).

A többi esetekben hol hátsó raphe-metszésből (2 eset), hol harántgátmetszésből (1 eset) végezték a bél csonkolását. Egy esetben a záróizmon belül volt a beteg bél kifejtető, egy esetben pedig a combinált eljárást alkalmazták. Végeredményben 69%-ban érték el teljes gyógyulást. — A mint az adatokból kiderül, a beteg bél eltávolítása céljából a csonkolás és csonkítás mindenféle-sége alkalmaztatott. A javalatot hogy mely esetben milyen eljárás követendő, a folyamat kiterjedtsége állapítja meg. A közlésekből kiderül az is, hogy a resectio az esetek nagy számában kivihető, bár néha csak nehezen, és ebben rejlik a resectio nagy előnye a többi eljárás felett; csak ott nem végezhető, hol a beteg állapotá-

nak súlyos volta ilyen nagyobb beavatkozást már nem enged meg, vagy ott, hol a bél körüli összenövések leküzdhetetlen akadályokat gördítenek a bél kifejtése elé. Ily esetekben nem marad más hátra, mint anus præternaturalis készíteni, mely után a folyamat vagy a beteg állapota esetleg annyira megjavulhat, hogy a resectio kivitele később lehetővé válik. A resectio kivitele olyformán, hogy a végbél záróizma ne szenvedjen, ma a legtökéletesebb eljárás, melyet a szűkületet okozó fekélyes végbélgyuladás kezelésében ismerünk.

Ha már most végig tekintjük az egyes eljárásokkal elért eredményeket, úgy az egyes eseteknél követendő eljárás megválasztásánál következő szempontok lesznek irányadók:

1. A gyógyszeres és a tágitási eljárásokat csak könnyebb esetekben alkalmazhatjuk sikeresen. A velük kezelt esetek rendszeren csak javulást mutatnak és nem teljes gyógyulást, recidivára való hajlamosságuk nagyfokú, miért is állandóan kell őket alkalmazni. Kényszerűségből fordulunk hozzájuk olyan esetekben, midőn a beteg a műtétet ellenzi.

2. Körülírt szűkületeknél, melyek a bél alsó részében foglalnak helyet, a rectotomia externa végzése jogosult. Minden nagyobb kiterjedésű szűkületeknél a resectio kivitele javult, föltéve, hogy a beteg állapota a beavatkozást megengedi.

3. Azon súlyos esetekben, melyekben a beteg állapota nagyobb beavatkozást nem enged meg, vagy melyeknél a resectio kivitele technikai okokból nem sikerült, vagy végül, ha a heveny bélelzáródás tünetei fenyegetnek, az anus præternaturalis készítése van helyén. Épen úgy akkor, hogyha már megejtett resectio után recidiva lépett fel.

Az enteroanastomosis és végnélküli tágitás javallatai ezek szerint nagyon megszorítottak. Mindkét eljárás alkalmazása, részint az eredmény bizonytalansága, részint kivitelének nehézsége miatt meggondolandó és különösen az első csak arra különösen alkalmas esetekben (ép alsó végbél) végezendő. A végnélküli tágitást esetleg akkor alkalmazzuk, ha a betegen anus præternaturalis már amúgyis végeztek.

Szűkület képzéssel járó kiterjedt fekélyes folyamat.

Sorsz.	Kórelőzmény	Lelet	Műtét	Kórszövevt. vizsg.	Kimenetel
1.	J. Z. 1 1/2 éves fi fél év előtt megégett a végbél körül.	Szűkületet okozó heg. genyes kifolyás a végbélből.	Resectio.	—	Incontinent. Fekélyedés meggyógyult.
2.	K. J.-né 33 éves. 2 év óta fájdalmak a végbélben, méhkörűli gyulladás.	Bűzös genyes kifolyás. Szűkület a sphincter felett. Ott üreg a keresztcsont oldala felé. (Abscess. pararecti?)	Sphincterectomia tályognyitás. (Később fistulotomia.)	—	Genyes folyás lényegesen javult.
3.	V. Róza 34 éves száll. szobalány. Lues Lymphadenitis ingn. (luetica). Több éve véres, genyes szék.	W + Kiterjedt szűkület és fekélyek a végbélben.	Resectio. (1911.) (Mirigyeltáv. 1912.)	Proctitis et lymphadenitis luetica. (Buday prof.)	Incontinentia fekélyek gyógyultak. Későbbi sorsa ismeretlen.
4.	M. V.-né 36 éves. Lues, kankót tagad.	W + Kiterjedt szűkület a belső zárizom táján kezdődik. Fekélyesedés.	Resectiv sec Kraske (zárizom megtartva).	Proctitis syphilitica. (Buday prof.)	Ismeretlen.
5.	B. I.-né 34 éves. 4 év óta szűkület tünetei. Lues. Súlyos pyaemiával szállítják be.	Kiterjedt fekélyesedés. Szűkület. Végbélkörűli sipolyok (és tályogok).	—	—	Meghalt (pyaemiában.)
6.	T. U.-né 36 éves. Férjétől lues szerzett. 6 év óta szűkület tünetei.	W + Kiterjedt szűkület.	Rectotomia externa.	Proctitis tuberculosa. (Buday prof.)	Jav. táv.

Sorsz.	Kórelőzmény	Lelet	Műtét	Kórszövevt. vizsg.	Kimenetel
7.	G. Anna 20 éves. 1 évelőtt gravid. extrauterina, a nőgyógyászok szerint a végbélbe tört át?	Bűzös üreg a végbél körül, mely avval közlekedik. Kisfokú szűkület.	Tályognyitás.	Proctitis luetica? (Buday prof.)	Jav. táv.
8.	B. F.-né 1/2 év óta véres szék, nemi betegséget tagad.	W + 5 cm magasságban kezdődő szűkület genyes kifolyás.	—	—	Gyógyulatlan.
9.	G. E. 11 éves leány. A kórelőzményben tbc. 5 év óta genyes, fájdalmas székelés.	Szűkület kiterjedt, ujjal épen átjárható csipkés szélű fekély a végbélnyílásban igen fájdalmas.	Jodof. glycer. kifecskenések. Tágítás.	—	Javult. Tágítással állapota mindinkább javul.
10.	G.V.-né 48 éves. Luest, kankót tagad. 1 év óta genyes széke van.	W — Kiterjedt szűkület. Genyes kifolyás. Tüdők épek.	—	—	Gyógyulatlanul táv.
11.	O. K. 21 éves hajadon kéjő. Luest tagad. 1 1/2 év óta genyes, véres szék.	Kiterjedt szűkület a záróizom felett. Sipolyok.	Resectio sec. Kraske.	Stricture tuberculosa. (Buday prof.)	Incontinencia? kifolyás gyógyult.
12.	S. Gy.-né 35 év. 1 év óta szűkület tünetei, nemi betegség, tbc. nem szerepel a kórelőzményben.	Kutasz számára alig átjárható szűkület. Genyes kifolyás. Diffus bronchitis.	Végbélöblítések.	—	Javult közérzettel táv. Későbbi sorsa ismeretlen.

Sorsz.	Kórelőzmény	Lelet	Műtét	Kórszövett. vizsg.	Kimenetel
13.	B. S.-né 31 éves. Lipiken volt 6 hétig. Gyermek agyhártyagyulladásban halt meg. Haemoptoe 3 év óta szűkület tünetei..	W — Nagyfokú és kiterjedt végbél szűkület.	Anus praeter-naturalis.	—	Javult.
14.	S. T.-né 48 éves. 9 év óta szenved hasmenésben, széke genyes, véres. Lues kizárható, nem köhög (tbc.-je nincsen)	Nagyfokú szűkület, mely a záróizomnál kezdődik.	1911 Rectotomia interna (A Kraske szerint feltárt végbelet felszabadítjuk.) 1912 Sipoly operatio. 1913 Rectotomia externa.	—	Változatlan.
15.	I. K.-né 48 éves. 6 év óta véres, genyes széke van. Nemi infectiókat tagad. Tüdeje ép.	Kiterjedt fekélyesedés és növedékek a végbélben.	—	—	Gyógyulatlan.
16.	A. B. 22 éves haj. szobaleány. Egy év előtt pattanása volt a végbél mellett, mely kifakadt. Nemi infectiora tbc.-re nincsen adat.	Belső záróizom felett tölcészerű szűkület. Tüdőcsúcsok felett érdes légzés. Hasban vastag köteg tapintható.	—	—	Gyógyulatlan.
17.	B. I. 23 éves varrónő. Lymphomás egyén, családban gümőkór. Két év óta véres széke van.	4 cm-nyire a végbélnyílástól fekélyes szűkület kezdődik.	—	—	Gyógyulatlan.

Sorsz.	Kórelőzmény	Lelet	Műtét	Kórszövett. vizsg.	Kimenetel
18.	Özv. L. I.-né 61 éves. Nemi fertőzések, tbc. nem szerepel a kórelőzményben, 2 év óta véres genyes szék.	3 cm-nyire a végbélnyílástól szűkület.	—	—	Gyógyulatlan (később meghalt) halálok ismeretlen.
19.	B. A. 40 éves hajadon. 2 év óta genyes, véres székletét. Nemi fertőzésben nem szenvedett. Gümőkórra nincs adat.	W— Kiterjedt fekélyesedés és szűkület.	—	—	Gyógyulatlan.
20.	A. A. 30 éves kereskedősegéd. 4 hó előtt tályog a végbél körül, mely kifakadt. Nemi betegségekben sohasem szenvedett.	Kiterjedt fekélyes szűkület. Tüdőcsúchurut.	—	—	Gyógyulatlan.

A tábla szerint tehát összesen 20 beteget észlelhetünk fekélyes végbélglyuladással és pedig két férfi- és 18 nőbeteget; előbbieik közül egy 1½ éves gyermek. Kor szerint kivéve az 1., 10., 14., 15 és 18. sz. esetet a betegek 20 és 40 év közöttiek.

Syphilis szerepel hat esetben és pedig négy esetben a positiv WASSERMANN reactióval bizonyítva, három esetben kórszövettani vizsgálat útján (egyik esetben a lelet csak valószínűségi értékkel bír). Egészen tehát 30%-ban találtunk lueses bizonyítékot beteginknél.

A húsz beteg közül öt mutatott gümős elváltozásokat. Kórszövettanilag csak egy esetben van bebizonyítva (6. sz. eset) a

fekélyek gümös volta. A körelőzményben tehát kb. 25 %-ban szerepel a gümőkór.

A gonorrhoea szerepét egyáltalában nem vagyunk képesek megállapítani (talán a 2. sz. eset):

A többi beteg közül az 1. sz. beteg szükülete heges eredésű (égés); a 2. sz.-é valószínűleg parametrikus tályog áttöréséből eredt, ép így a 20. sz. beteg is végbélkörüli tályogot említ baja eredéséül.

A többi hét beteg proktitisének kiindulása teljesen homályos.

Beavatkozás történt 9. esetben, és pedig: 4 esetben resectio (1., 3., 4. és 11. sz. eseteknél):

1 esetben rectotomia interna és externa (14. sz. eset);

1 „ rectotomia externa (a 6. sz. esetben);

2 „ tályognyitás (a 2. és 7. sz. esetben);

1 „ anus præternaturalis (13. sz. eset).

Az esetek legnagyobb számában a betegek elleneztek a műtétet, így anyagunk azon célra, hogy a műtéttel elért eredményekből messzebbmenő következtetést merjünk vonni, nagyon kicsi, miért is az eredményeket illetőleg egyszerűen ráutalok a táblákban feltüntetett kimenetelre. Ezek értéke azáltal szenved némileg, hogy a betegeknek csak igen kis részéről szerezhettem tudomást a kimutatás elkészítésekor, úgy hogy végleges eredmény szempontjából a táblák még további változást is szenvednének.

Végeredményképen azt látjuk, hogy kor, nem szerinti elosztás, valamint a körelőzményben szereplő alapbántalmak százalék szerinti megállapíthatósága tekintetében számaink nagyjában hasonlóak a RUGE kimutatásában szereplőkkel, vagyis mi is konstatálhatjuk azt, hogy a proctitis ulcerosa stricturisans főleg a közepes kornak betegsége (20—45 év között), hogy főleg a női nemnél észlelhető és hogy az anamnesisben leginkább a syphilis szerepel kóroktani mozzanatként, kevésbé a gümőkór; a kankós fertőzést egy esetben sem tudják biztosan kimutatni, sok eset eredete pedig teljesen homályos.

Irodalom.

- ABADIE. Rétrécissement du rect. Arch. prov. de Chir. 1910. Nr. 10. —
 ALBU. Colitis ulcerosa. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 38. — ÁLDOR.
 Technik und Indic. der Rectoromanoskopie etc. Med. Klinik. 1912. —
 ARNAUD. Les rétréciss. blennorrhagiques [du rectum. Gaz. des. hôp. 1906. Nr.
 14. — AUDRY. Traitement de la syphilis etc. Annales de dermat. et syphil.
 1906. Nr. 3. — BACON. Non malign. strictur of the rect. The journal of the
 Amer. med. Assoc. 1899. sept. — BASTINELLI. Sulle Stenosi de retto etc. Atti
 della R. Acad. med. dei Roma 1909. (Annals of Surg. Dec. 1909.) — BAUER
 L. Membranous stricture of the rectum etc. St Louis clinic. Record 1878. —
 BEACH. Rectocolitis. Med. news 1901. Dec. — BÉRARD. Rétréciss. tbc. du rec.
 tum etc. Soc. de Chir. Lyon. 1912. jun. 6. Lyon méd. 1912. 38 pag. 484. —
 BERNDL. Über 18 Fälle von gonorrhöischer Rectalstrict. und ihre Behand-
 lung. Inaug. Diss. Breslau 1898. — BIRCHER. Über Mastdarmplastik Zentral-
 blatt für chir. 1913. 24. sz. — BONNET. Syphilis cachexie progressive ulcera-
 tiv-nekrotique du rectum. Lyon méd. 1899. Nr. 12. — BRAU-TAPIE. Rétré-
 cissement de rectum etc. Journal de méd. 1910. Nr. 37. — BRAULT. Note sur
 le traitement des rétrécissements du rectum etc. Bull. et mém. de la sociét.
 de Chir. de Paris 1901. Nr. 34. — BEACH. The treatment of choice of strict.
 of the rectum. Pacific. med. journal 1908. — BRUNSWICK-LE BIHAN. La blennor-
 rhagie rectale et ses complications. Bull. de l'acad. de méd. 1907. — BRAQUE-
 HAYE (Tunis) franczia sebészcongressus 1907. — BROSCHE. Zur inneren
 Behandlung der Dickdarmsstenosen. — CHARDON. La tuberculose ano-rectale.
 Rev. internat. de la tubercul. 1913. Nr. 23. — CHEYNE. A case of tbc. abscess
 in the abdom. etc. The Lancet 1898 may. — CLAIRMONT. Zur Behandl. der
 entzündl. Mastdarmstricturen. Deutscher Chir. Congress 1907. — CREDÉ.
 Die Behandlung der narbigen Mastdarmstricturen. Archiv für klinische Chi-
 rurgie 48. köt. 3—4. füz. — DELORME. Actinomycose anale, perirectale et
 perivesicale. Lyon méd. 1898. Nr. 28. — DEMONS. Traitement chir. du retre-
 cissement dits syphilit. etc. Revue de chir. 1910. Nr. 12. — DORSEMAGEN.
 Tiefsitzende Mastdarmstricturen. Med. Klinik. 1911. — DANIELSEN. Chronische
 Colitis. Allg. med. Zentralzeit. 1908. Nr. 39. EICHHORN. Rektalgonorrhœa.
 Dermat. Zeitschrift 16. kötet. EXNER. Zur Kenntniss der Ätiologie
 der entzündl. Mastdarmsstenosen. Deutsche Zeitschr. für Chir. 1912.
 109. kötet. — FEDOROW. Methode zur Beseitigung niedrigsitzender Nar-
 benstricturen des Rectum etc. Langenbecks Archiv f. klin. Chir. 93. kö-
 tet. — FLÜGEL. Über Rectalgonorrhœa etc. Berlin. Klin. Wochenschrift 1905
 Nr. 12. — FOCHIER. Sur l'application de la rectotomie lin. etc. Lyon méd.
 1876. — FREUND. Tuberculose des Rectum. Allg. med. Zentralzeitung 1905.
 34. sz. — FRISCH. Über Gonorrhœa rectalis. Vers. der phys. med. Gesellschaft.
 Würzburg, 1891. 25. kötet. — FURNO. Contributo alla conoscenza delle procto-
 sygmoiditi ulcerative croniche. Riv. critic. di clin. med. 1913. 20—21. sz. —
 GEVÁRD-MARSCHAND. Rétréciss. du rectum et du colon desc. Discuss. Bull. et
 mém. de la Soc. de chir. de Paris 1898. Nr. 6. — GOEBEL. Rectalstricturen.
 Med. Klinik. 1908. — GAUDIANI. Beitrag zur Behandl. Ätiologie der entzündl.
 Mastdarmsstenose. Deutsche Zeitschr. für Chir. 1908. Nr. 96. — GOYANES

Revue de med. y. etc. 1907. Nr. 933. — GUIBÉ. Gangræne du rectum etc. Revue de chir. 1908. Nr. 9. — v. HACKER. Behndl. entzündl. Mastdarmstricturen. Wien. Med. Wochenschr. 1911. Nr. 18. — HARTMANN. Rétrécissement du rectum secondaire etc. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 910. Nr. 6. — HARTWELL. Resection of the rectum for syphilitic stricture etc. Annal. of surgery 1906. jan. — HOWARD. Stricture of the rectum. Brit. med. Journal 1910. — HARROKS. Fibrous stricture of the rectum. Brit. med. Journal. 1899. jun. — HERCZEL. Über die Behndl. hochsitzender luet. Mastdarmstricturen etc. Wien. Med. Wochenschrift. 1892. 27. sz. — HOCHENEGG. Entzündliche Mastdarmstricturen, heilende Karzinome vortäuschend. Wien. Klin. Wochenschr. 1911. 18. — HOWARD. Strictures of the rectum, treated by Fibrolysin. Brit. Med. Journal 1910. jan. — HUBER. Über periproktitische gonorrhœa. Arch. f. Dermat. u. Syphilis 1897. XI. kötet. — HUBER. Über gonorrhœa recti. Wien. med. Wochenschrift. 1899. 24—28. sz. (Orvosi hetilap 1898. 38—44. sz. — HAHN. Deutscher Chir. Kongress 1883. — HAHN. Über syphilitische Mastdarmstricturen etc. Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 4. — KÖNIG. Über Rectumstricturen durch Gonorrhœa etc. Berl. Klin. Wochenschr. 1897. Nr. 10. — KÖNIG. Die Erkrankungen des Mastdarmes infolge Infection durch Gonorrhœa u. Syphilis. Berl. Klin. Wochenschr. 1902. — KARO. Zwei Fälle von Mastdarmgonorrhœa etc. Berl. Klin. Wochenschr. 1901. — JACOULET. Fistule de l'anus par corps étranger. Arch. gén. de méd. 1908. Nr. 9. — KÜMMEL. Über hochgelegene Mastdarmstricturen Sammlung Klin. Vorträge 1887. Nr. 985. — KÜSTLER. Deutscher Chir. Kongress. 1883. — KÖRTE. Freie Vereinigung der Chir. Berlins 1894. márc. — LEJARS. A propos. de l'exstirpation d'un rétrécissement du rectum par la voie vaginal. Bull. et mém. de la Soc. chir. 1904. Nr. 26. — LENK. Eine neue Pallitivoperation bei benignen Mastdarmstricturen. Berlin. Klin. Wochenschr. 1905. — LIERMANN. Über die vaginale Methode der Mastdarmstricturenoperation. Beitr. zur Klin. Chir. 1897. XIX. kötet. — LIELLEIN. Zur retrograden Bougirung der entzündlichen Mastdarmverengerung. Bruns. Beiträge 1901. Bd. 31. — LANGE. Es-marchés Festschrift. 1893. — LANGENBUCH. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 1894. márcz. — MUMMERY. Non malignant stricture of the Rectum. Prætit Vol. LXXXVIII. 1912. — MATHIEU. Diagnostic differ. des colites dysenteriformes et hæmorrhagiques etc. Gan. des hôp. Nr. 86. — MONARI. Nuovi processi curativi delle stenosi rettali benigne. Bologn. Reg. Tipografia 1902. — MAUCLAIRE. Traitement chir. de la tubercul. abdom. en général et des tuberculoses gastrointestin. etc. Archiv gén. Chir. 1912. 4. — MELCHIOR. Über Actinomybose des Mastdarmes. Beitr. zur Klin. Chirurgie 70 köt. 2—3 füzet. — MORESTIN. Rétrécissements syphilit du rectum etc. Bull. et mém. de la Societ. chir. de Paris 1912. Nr. 27. — MONSARAT. A clinical lecture on the simulation of malignant des cases etc. The Brit. med. Journal 1907. July. — MUMMERY. A new rectal dilatator. Lancet 1905. — MÜNZER. Sigmoidoscopische Mitteilungen. Prag. med. Wochenschr. 1910. Nr. 31. — MAUKOVSKY. 1902. — NEWMANN. Electrolysis in the treatment of strictures of the rectum. Times and Register 1887. jul. — NICKEL P. Zur Pathogenese der sogenannten syphil. Mastdarmgeschwüre. Inaug. Diss. 1891. Greifswald. — NOVARRO. Traitement des rectites stenosantes. Revue de Chirurgie 1901. — OGATA. Saugbehandl. als schmerzstillendes Mittel etc. Zentr. für Chirurgie 1908. — POCSET.

De l' actinomycose anorectal. Bull. de l'acad. de med. 1898. Nr. 37. Gaz hebdom. Nr. 75. Gaz. des hôp. 107. — POPOW. Paraproctitis actinomycosa. Wratsch. Gaz. 1909. Nr. 17. — POTHERAT. A propos des rétrécissements rectans dus a' des inflamm. rectales. Bull. et mémorir. de la Soc. chir. de Paris 1909. Nr. 24. — PÓLYA. 1913. Bpesti orvosegylet. — POELCHEN. Über die Aetiologie der stricturirenden Mastdarmgeschwüre. Wirch. Archiv. 1892. — PROCHOWNICK. Über tubercul. Mastdarmpolypen. Münchener med. Wochenschrift. 1896. Nr. 49. — POWER. Some cases of chronic ulceration of the rectum. The Practitioner Aug. 1910. — QUÉNU-HARTMANN. Chirurgie du rectum. Paris Steinheil 1895. — QUÉNU. Etude sur les lymphangoit d'origine anorectale. Bull. et mém. de la Soc. 20. köt. 1895. — ROSENHEIM. Über colitis chronica gravis. Deutsche Med. Wochenschr. 1913. Ig. 39. Nr. 21. — REBER. Über eine nicht beschriebene Form von Rectalstrictur etc. Bruns Beiträge 1901. 31. kötet. — RICHEL. Rétrécissement tubercul. et rétréciss. syphilit. Gaz. des hôp. 1897. Nr. 17—20. — RIES. Extensive rectal strictures. Annales of surgery 905. July. — RUGE. Die operative Behandl. der Proctitis ulcerosa. Archiv für klin. chir. 89. kötet Zentralb. f. Chir. 1907. Freie Vereinigung der Chir. Berlin. 1907. März. — RUGE. Zur Pathogenese Klinik u. Therapie der erworbenen Mastdarmstrict. Sammlung zwanglosen Abhandl. a. d. Gebiete der Verdauung u. Stoffwechsellkrankh. 1913. Bd. 4. — RIEDER. Ein Mischfall von Syphilis und Tuberculose des Mastdarmes. Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten. Bd. III. 467. — SAWICZKY. Durch Mastdarmulceration bedingte Peritonitis Gaz. lekarska 1896. 3. füz. — SINGER. Erkrankungen des unteren Darmabschnittes Med. Klinik. 1911. — SCHUCHARDT. Über die bei Carcinom, Lues und Tuberculose auftretende Schrumpfung des Mastdarmes etc. Langenbecks. Archiv Bd. 61. Hft 2. — SCHEDE. Über die Resection des Mastdarmes bei den strictur. Geschwüren desselben. Deutsch. Chir. Kongress 1895. — SCHUCHARDT. Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilit. Mastdarmgeschwüre. Virchow's Archiv CLIX. köt. — SONNENBURG. Deutsche Chir. Congress. 1897. Zentralblatt f. Chir. 1897. Nr. X. — SOKOLOFF. Deutsche Chir. Congress. 1897. — SOULIGOUT et LAPOINTE. Traitement des rétrécissement du rectum etc. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1901. — THÉVENOT. De l'actinomycose anorectale. Rev. de Chir. 902. — TAYLOR. Four cases of late syphil. lesions of the rectum. Journal of cutan and ven. diseases 1887. Vol. IV. Nr. 8. — THIEM. Deutsche Chir. Kongress. 1892. — WAGNER. Zur Ätiologie u. Therapie der durch Infection entstand. Rectumsstricturen. o. Langenbecks. Archiv 66. kötet. — WALLIS. Anorectal ulceration. The Practitioner 1905. — WALLIS. The causes and treatment of non malignant stricture of the rectum. Brit. med. Journal. 1899. — WOLFF. Zur Behandlung der stricturier. Mastdarmgeschwürung. Deutsche med. Wochenschrift. 1899. Nr. 6—7. — WATSON C. GORDON. Surgical tuberculosis of the colon, rectum. etc. Practitioner 1913. 90. kötet. — WARTHON. Gangræna of the rectum. Ann. of Surgery. 1898. — WOLFSOHN. Hochgradige circ. tubercul. Mastdarmstrictur. Zentralbl. für Chir. 1909. Nr. 35. — ZIMMERN. Rétrécissement dysentérique du rectum. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1909. Sebészeti tan- és kézikönyvek.

A végbélelőesésről (prolapsus recti).

A végbélelőesés elnevezését bíró bántalomnak két kérdésért választottam elreferálás végett, és pedig kóroktanának és sebészeti ellátásának — therapiájának — kérdéseit. Választásom azért esett e két kérdésre, mert egyrészt a kóroktan pontos ismerése nélkül nem vagyunk képesek az egyes műtétek lényegét megérteni, másrészt azért is, mert alig ismerünk betegséget, melynek kóroktanának kifürkészése és therapiája között hasonló érdekes összefüggés állana fenn. Utóbbi tisztán történelmi szempontból is sok tanulságot nyújt arra nézve, hogy valamely kérdés tisztázásában mint egészíti ki egymást elmélet és gyakorlat. A pathogenesis elméleti szülték a különböző műtéteket, melyeknek szinte se szeri se száma és viszont a műtéttel járó sikertelenség buzdítólag hatott a baj újabb okainak kutatására. E kölcsönös munka eredményezte jelenlegi ismereteinket, melyekről azonban még most sem mondhatjuk, hogy minden tekintetben kielégítően tisztázottak volnának. A kóroktan ma is sok kérdésre csak elméleti magyarázatot képes adni, ép így műtési eredményeink is sok kívánni valót hagynak még hátra. Visszaesések műtét után nem kis számmal fordulnak elő és nem egyszer olvashatjuk egyik és másik szerzőtől, hogy valamely beteget többször operált meg különböző eljárásokkal, míg végre eredményt ért el.

Ám lássuk a két kérdést a mai megvilágításban.

1. A végbélelőesés kóroktana.

Az Orvosi Hetilap 1913. évi 5. és 6. számában megjelent egyik dolgozatomban: «A végbélelőesés okairól és a húgyhólyag és hasprés befolyásáról a végbélelőesés létrejövésére» történelmi sorrendben vázoltam a prolapsus recti pathogenesisének legfontosabb elméleteit. Midőn itt e kérdés elreferálására vállalkozom, legyen szabad e dolgozatomat, melyben minden elméletet és minden kóroktani leletet összegyűjtöttem, kivonatolva visszaadnom. E kivonatban az egyes elméletek összehasonlításával és egymás kiegészítésével

sztítésével rövid vonásokban teljes képét igyekszem adni mai felfogásunknak.

A végbélelőesés keletkezéséről szóló felfogást ESMARCH foglalta össze egységes elméletté. Szerinte az előesésnek két főoka van: egyrészt bonczolástani elváltozások a végbélben, másrészt a hasprés fokozott működése. Az előbbseniek gyuladás folytán jönnek létre és a végbél egyes rétegeinek fellazulásában állanak; a meg-lazulás eredménye, hogy a hasprés hatása alatt egymásról leválnak és lassankint egymás után — először a nyálkahártya, később az izomzat is a végbélnyílás elé nyomulnak. E szerint az előesés állhat csak a nyálkahártya előbolsosulásában, vagy pedig mint a bél minden rétegét magában foglaló kitüzemkedés jelenik meg.

Az elmélet tehát csak fokozatbeli különbséget tesz a prolapsusnak má különbözöképen felfogott egyes alakjai között is csak önmagában a bélben keresi a baj okát, a végbél erősítő, függesztő és támasztó készülékeit figyelmen kívül hagyva. Az elmélet klinikai megfigyelésekből épült fel és nélküli úgy a kórbonczolástani, mint a fejlődéstani alapot.

Határozott haladást jelentett JEANNEL és VERNEUIL felfogása; ők nem a végbél legalsó részeinek lenyomulásában látják az előesést megindító első mozzanatot, hanem azt hitték, hogy a végbél függesztő készülékének gyengeségében, elégtelenségében rejlik a prolapsus oka, mely mellett mint segítő körülmény szerepel a fokozott hasnyomás, a mely különösen az obstipationál érvényesül káros módon a végbélen. Ők már lényegileg is tesznek különbséget a prolapsus mucosæ ani és prolapsus recti között.

A két elmélet közti különbség megnyilatkozott, mint látni fogjuk, a reájuk alapított műtétekben is. ESMARCH elmélete teremtette a végbél alsó részének szűkítését célzó műtéteket, JEANNEL és VERNEUIL felfogásán a colopexia épült fel.

WALDEYER (1899) bonczolásai alkalmával azt találta, hogy a plica transversalis peritonei (DOUGLASH) némely egyéneken rendellenesen mélyen nyúlik le, épen úgy, mint az a prolapsusban szenvedőknél látható. E lelet fontosságát úgy magyarázta, hogy ily mély DOUGLAS-féle redővel bíró egyéneknél ez a rendellenesség veleszületett módon áll fenn, a vékonybelek a kismedenczébe süllyednek és közvetlen nyomást gyakorolnak a végbél elülső fa-

lára, mely a nyomás következtében könnyen boltosodik be a bélbe, sőt kinyomulhat az anuson keresztül is (hernia perinealis medialis, hydrocele).

NAPALKOW és BERESNEGOWSKY (1910) kísérleti alapon bizonyították be a felfogás helyességét olyképen, hogy gipszszel kiöntötték gyermekek hullájának mellkasát; hasüregét pedig erős nyomás alá helyezték; ha a plica transversalis az anus közelébe jutott, rögtön előállott az előesés is.

E felfogáson épültek fel a cavum DOUGLASHI elzárásában álló műtétek.

LUDLOFF (1900) szerint az előesést a végbelet környezetében erősítő függelékeinek elváltozása okozza. Mint ilyenek szerepelnek a hólyag és végbéltől a promontoriumhoz vonuló erős hashártya kötegek, a végbelet körülvevő kötő- és zsírszövet és végül magának a végbélnek az izomzata is. Ha ezek gyengén vannak kifejlődve, vagy a hasprés túlságos és hosszantartó igénybevétele által megnyúlnak vagy meggyöngülnek, úgy a végbél a belső nyomással szemben nem tud helyben maradni, hanem lefelé süllyed, esetleg a végbélnyílás elé is kerül. A nevezett képletek gyöngeségét, megfogyását okozhatja hosszantartó betegség, megfogyás is.

LUDLOFF magyarázata képezi alapját azon műtéteknek, melyeknek célja a végbél rögzítése környezetében (rectopexia).

HOFMANN (1905) a medence fenekének gyöngeségében látja az előesés bonczolástani alapját; szerinte a medence azon része, mely a végbél alatt és mögött van elhelyezve; bír legnagyobb fontossággal a végbél helybentartásában. Physiologiailag a végbél úgy van elhelyezve, hogy befekszik a keresztcsont-farkcsikcsont által alkotott vájulatba, majd erősen előregörbül, vízszintes irányt vesz fel és aztán hirtelenül megtöretést szenved, úgy hogy a pars perinealis le és inkább kissé hátrafelé irányul. A felülről ható nyomással szemben a végbél tehát — majdnem — kétrét fekszik össze, ha alulról kellő támással bír. Ellenkező esetben, vagy ha a keresztcsont-farkcsikcsont nem vájulatot, hanem egyenes lejtőt képez, a végbél is egyenes csővé húzódik ki és tolatik ki a hasprés minden egyes alkalmazásánál.

Az igen pontos anatómiai megfigyeléseken felépült elmélete

szerint dolgozta ki HOFMANN a «medence fenekének képlése» néven szerzett műtéti eljárását.

HARTMANN az angolkórral járó izom és általános gyengeségben, főleg a musculus levator ani satnya voltában keresi a végbélelőésés okát. Ugyancsak hasonló módon bizonyos infantilizmus: meredek végbél, a végbélnyílás közelesése a farkcsikcsont végéhez — képezi SONNENSCHNEIN (FREUND) szerint a pathogenesis legfontosabb mozzanatát. Az infantilizmus egyik tünete a plica DOUGLASH mély állása is, a mint azt ZUCKERKANDL, TRAEGER észleletei igazolják. MISEROCCHI, WEBER, HOCHENEGG szerint főleg a musculus levator ani gyengesége szerepel az előésés oka gyanánt, a mi viszont az obstipatio miatt állandóan telt ampulla tartalmának vongálása folytán jó létre. Hogy ezen izom tényleg nagyfokú degeneratiót mutat, azt igazolják LUDLOFF és NAPALKOW görcsövi vizsgálatai.

Ezen bonczolástani elváltozások mellett a hasprés nyomásának is fontos szerepe jut a prolapsus létrejövetelében, valamint — mint azt említett dolgozatomban is kimutattam — a szomszéd szervek közül főleg a hólyagnak, melynek teltségi viszonyai szerint érvényesül a hasprés ereje a végbél legalsó része felett. Itt csak annyit említek vizsgálataimból, hogy a telt hólyag mint egy pelotta zárja el a medence bemenetét és fogja fel a hasürbéli nyomás lefelé érvényesülő erejét.

A prolapsus recti létrejövésének fő tényezői tehát kétfélek: bonczolástani elváltozások és a hasprés káros hatása. — Az előbbiek három csoportba sorozhatók: úgymint

- a végbél függesztőinek gyengesége,
- a végbél alsó támaszának (medence fenekének) elégtelensége és a DOUGLAS redő mély állása.

Ezekhez társulnak mint melléktényezők:

- a végbél gyuladással elváltozásai,
- a hasprés rendellenesen fokozott igénybevétele és
- a szomszéd szervek (hólyag) befolyása.

A végbél gyuladással elváltozásainak A. BAUER újabban ismét nagyobb szerepet juttat.

2. A végbélelőésés therapiája.

A therapiát illetőleg élesen meg kell különböztetnünk a gyermekeknek hasmenések alkalmával fellépő heveny előesését az idült, és felnőtteknél előforduló prolapsusoktól. Amazok spontán gyógyulásra nagy hajlandóságot mutatnak, utóbbiak sokszor a legradikálisabbnak látszó beavatkozásokkal szemben is nagy makacsságot tanusítanak. A therapia e szerint főleg két irányban mozog: amazoknál elsősorban hasmenésellenes: gyógyszeres, nehezebb esetekben diätetikus és orthopediai rendszabályok (kötők) foganatosításában áll, utóbbi esetekben kizárólag mütéti.

A tárgyalásban e szerint a következő beosztást fogom követni:

I. Gyógyszeres, diätetikus, orthopediai eljárások, massage.

II. Mütéti eljárások:

- a) a prolapsus mucosæ ani mütétei,
- b) a végbelet és végbélnyilást szűkítő mütétek,
- c) a végbél felfüggesztését czélzó mütétek,
- d) a medence fenekének képlései (erősítő eljárások),
- e) a DOUGLAS-redő felemelésének mütéte,
- f) resectiós eljárások (a bélfal részleges kimetszése és a prolapsus csonkolása).

I. Gyógyszeres, diätetikus, orthopediai eljárások, massage.

A gyógyszeres eljárás hatáskörébe tartozik a hasmenés megszüntetése és a végbél görcsének csillapítása. Az étel- és életrend szabályozását elérjük a következő intézkedésekkel: A betegnek nyugalmat rendelünk, fekvést; a székelést fekvé végezze ágytalon. Gyermekeket csak addig hagyjuk utóbbin, a míg a székelést épen elvégezte. MUMMERY (1907) guggoló helyzetben, БОКАУ lógó lábakkal, VIDAKOVICH nyitott szájjal végezteti a székelést; mások ajánlják, hogy a gyermeket két, egymás mellé helyezett deszkára ültessük, melyek között végzi szükségét.

Az előesett végbelet rögtön vissza kell helyezni. Ha mindig újból előesik, úgy egyszeri esetekben a farpofák egymáshoz szori-

tásával cserépfedélszerűen egymásra rakott ragtapaszcsikkokkal tartjuk azt vissza (BASSEWI, 1878). Nehezebb esetekben a BAUER (1911)-féle korzett vagy az ugyanazon elven alapuló VIDA KOVICH (1912)-féle kötést alkalmazhatjuk. BAUER korzettjét 11 esetben, VIDA KOVICH kötését három idült, többhónapos esetben alkalmazta prompt sikerrel. E kötések elve, hogy pelota segítségével a farkcsikcsont és végbélmögötti tájra nyomást gyakoroljunk, mely az előesést meggátolja és a keresztcsont-farkcsikcsont vajúlatát növelje.

Meg kell továbbá emlékeznünk a THURE BRANDT (KUMPF, 1889) ajánlotta massageról is, melyet számosan jó eredménnyel használtak (CSILLAG 1891, WEBER, WENGLOWSZKY, EISELSBERG, MIKULICZ, stb.).

Inkább történelmi jelentőségük azon különböző készülékek, melyek az előesés megakadályozására szolgáltak (disznóhólyag, pulykabegye, gummilapda [ESMARCH], kemény gummicső [VOGT], méhdilatator [ELVY], ólomlemez [A. BAUER után idézve]).

II. Műtéti eljárások.

a) A prolapsus ani (mucosae) műtétei.

Ezen műtéteket, melyek kisszámúak és sokban különböznek a prolapsus recti műtéteitől, külön megemlítjük. Ide tartoznak elsősorban a nyálkahártya több redőjének *kiégetése* úgy, mint a LANGENBECK-féle aranyérműtétnél történik; jó eredményt ad, bár veszélyei is vannak (DITTEL, főleg szűkületképzés). DUDLEY (1908) az előesett nyálkahártyát két fogóval lefogja, felhasítja és körületegi (leégeti az előesett részt); a megégett sebszéléket varrással egyesíti. WHITEHEAD a nyálkahártyát felszabadítja, körkörösén kivágja és szélét kivarraja az anushoz; szintén okozhat szűkületet, ha a nyálkahártya visszahúzódik, azért fontos közbe selyem- vagy silkworm-öltéseket tenni.

b) A végbélnyílást és a végbelet szűkítő eljárások.

Az ide tartozó eljárások typusa a THIERSCH (1891) ajánlotta ezüstgyűrű. Lényege az eljárásnak, hogy a végbélnyílás köré sub-muscularisan ezüst sodronygyűrűt helyezünk el. A gyűrű eleinte

mint olyan, később pedig a körülötte képződött heges gyűrű által szűkíti a végbélnyílást és ad alkalmat az elgyöngült és működés-képtelen záróizomnak arra, hogy újból megerősödjék. A műtétet helybeli érzéstelenítésben úgy végezzük, hogy kis bemetszéssel a végbélnyílás előtt erős görbületű tüvel a drótot ujjunk ellenőrzése mellett az analis nyálkahártya alatt félkörben vezetve a hátsó középvonalban ismét kiszúrjuk, majd ugyane nyílásba visszavezetve a tűt a végbélnyílás másik fele köré vezetve az első beszűrés helyére visszatérünk. A sodrony két végét összezsavarva annyira szűkítjük a végbélnyílást, hogy mutatóujjunktat éppen jól befogadja. Végezetül a sodronyvégeket elsülyesztjük és a nyílást bevarrjuk. A sodronyt hónapokig, egészen másfél évig bennhagyjuk és csak akkor távolítjuk el, ha jó heg képződött és a sphincter ereje újból visszatért.

Az eljárást számosan alkalmazták jó eredménnyel. LENORMANT (1903) 31 esetet gyűjtött össze, köztük 27 gyógyulás, négy visszaesés. Mi két esetben alkalmaztuk; az egyik esetet öt évig, a másikat három évig követhettük. Mindkettő idős asszony volt, ökölnyi előeséssel. A gyűrűt nem távolítottuk el; egyik esetben semmi bajt nem okozott, a másik esetben székrekedést, úgy hogy a beteg csupán beöntéssel szabadul meg az ampulla tartalmától; visszaesés egyikben sem következett be.

Az eljárás kellemetlenségei: néha tűrhetetlen fájdalmakat okoz: BAUER (1912) két esetében, POPPERT esetében, utóbbiban erős vérzéseket is okozott; székrekedést többször okozott; HOHLFELD (1896), LÜCKE és a mi egyik esetünkben a beszáradt bélsártömegektől a beteg csak beöntésekkel vagy ujjá segítségével tudott megszabadulni, PRUÉ ileust látott a nyomában kifejlődni. Mások gennyedéseknek volt fenntartója (ROTTER, LUDLOFF, BECKER). BAUER szerint a műtét a merev heges gyűrűképződéssel természetellenes állapotot teremt. BENISSOVIC (1899) a felszabadított ampullát hasonlóképen dohányzacskóvarrat módjára veszi körül ezüstdróttal és megismételi e varrást a sphincteren is.

HAY már 1788-ban úgy járt el, hogy a végbélnyílás körüli bőrből radialis redőket vágott ki, ezzel igyekeztén szűkíteni a végbélnyílást. DUPUYTREN és VELPEAU, majd DIEFFENBACH éket met-

szettek ki a végbélnyílásból (annak egész vastagságából sphincterrel együtt) szűkítési czélből.

Farkas László (Kovács József emlékkönyve 1894.) 26 esetben alkalmazta — valamennyiben visszaesés nélkül — a következő eljárást. Az előhúzott bélen 7 cm-nyire a végbélnyílástól körkörösén 4—5 ércsüptetőbe felfogja a nyálkahártya egy csücskét. 2 cm-nyire ezalatt újból becsipi a nyálkahártyát, de úgy hogy ezen csüptetők mindegyike két-két felső péán közé essék, végül közvetlenül a végbélnyílás felett egy harmadik sorozatot helyez el, úgy mint az elsőket. — A végbélszűkítést az által éri el, hogy mindegyik csipőbe befogott nyálkahártyából egy hosszanti, kb. 2—3 cm-nyi részt kiéget. Az így etageszerűen elhelyezett hegek kiszorítják a bél helybenmaradását.

Ide tartoznak azon eljárások is, melyek a sphincter megrövidítésével vélték e czélt elérni. LEE kivágott egy darabot a sphincterből, KEHRER (1880) olyképen járt el, hogy háromszöget vágott ki az analis nyálkahártya hátsó részéből, a záróizmot kampóval hátrahúzta és két szárát annyira összevarrta, hogy a végbélnyílás éppen ujjnyi szűk legyen. HELFERICH (BILFINGER 1903) hátsó medián bőrmetszésből (nem nyálkahártya) végezte az izomkettőzést (egy esete 1½ evig mutatott visszaesést); ily módon igyekezett a seb fertőzését elkerülni.

Ide tartozik ROBERTS (1890) «posterior Proctatomy»-ja is.

Ezen eljárásokat (kivéve THIERSCHÉT) ma legnagyobbbrészt csak leírásukban ismerjük már; a gyakorlatból kiveszték. Ezen mai ismereteinkkel a prolapsusról, nem lehet csodálkozni. Eredményeik igen megbizhatatlanok voltak és legtöbbje, ha fertőzés társult a műtéthez, teljes incontinentiához is vezetett. Másrészt, különösen az égetési eljárások, kellemetlen szűkületekre is vezettek.

Hasonlóképen igen kevés hive akadt GERSUNY eljárásának, mely abban áll, hogy a felszabadított végbelet 180°—270°-ra megcsavarja hossz tengelye körül és ily helyzetben erősíti végét a végbélnyíláshoz. Eltekintve attól, hogy az így megcsavart bél táplálkozásában is súlyosan szenved, az új helyzet épen nem mondható physiologikusnak. BAUER azon csodálkozik, hogy a sphincter ezen eljárás mellett nem veszíti el végleg működéskéességét.

WREDEN (1906), LIERMANN és BERDJAEFF jó eredményeket értek vele. A belet ujjnyira lehet vele megszűkíteni.

Mint átmeneti eljárást, mely egyrészt a bél szűkítését célozza, másrészt a végbél alsó részének merevvé tételével igyekszik azt helyben tartani, emlitem e helyen a paraffin-injekciókat. Ezeket részint úgy alkalmazták (KAREWSKY, 1902) hogy a végbélnyílás közé és közvetlenül a fölé gyűrűalakban fecskendezték be a magas olvadásponttal bíró (56° — 58° C) paraffint, részben úgy, hogy (PAGET, 1905) a végbél-falait erősítették és közelítették vele egymáshoz. Újabban másképen is alkalmazzák és pedig úgy, hogy a végbél minden oldalán, annak fala mentén 10 cm hosszúságban egy-egy injectiót adnak (KEPHALINOS, 1908). 32 esetből. (gyermekek) csak egy esetben látott visszaesést. SPIRZY (Handbuch, 1910) az injectiók helyett kész paraffinpálczikákat helyez troicar segítségével a végbél mellé 6—8 cm. hosszúságban. Eljárása egyszerűbb és a 92 esetben, melyekben alkalmazta, semminemű kellemetlenségeket nem észlelt. Az injectiók alkalmazása nagy gondot és tisztaságot igényel. (Pontos leírását a kivitelnek lásd KEPHALINOS, 1908.)

Legközelebb állanak ezen műtétekhez és velük sokszor együttesen alkalmazzák a következő fejezetben tárgyalandó eljárások, melyeknek főtükröse a medencze fenekének erősítésével a végbél alsó része számára oly alapot biztosítani, mely helyváltozását lehetetlenné teszi. Ezt — t. i. az ellentálló alap megteremtését — célozzák többé-kevésbé az előbb tárgyalt eljárások is a sphincter erősítésével.

c) A medencze fenekének megerősítése.

HOFMANN (1905) a végbélelőesésről felállított elmélete értelmében, mely szerint a végbél helyhagyását legfőképen a meggyöngült medencze feneké okozza, oly műtéti eljárást gondolt ki, mely a rectum alsó, elégtelenné vált támaszának újbóli megerősítésére törekszik. A műtét kivitelének fő mozzanatai a következők: H alakú metszéből — melynek két szára a végbél két oldalán, harántvonása az anus mögött van elhelyezve — felszabadítja a végbél hátsó alsó részét; elülső és hátsó szögletének meghúzásával a sebet hosszirányúvá alakítja, melyet a végbél, sphincter és levator ani

bevonásával harántirányban varr össze. Ez által a végbél e része vízszintesebb irányt kap, az alatta levő lágyrészek pedig az összevarrás által tetemesen nyerne vastagságukban és támasztó erejükben. Műtét után három hétig fekteti a beteget.

Maga a szerző 5 gyógyult esetről számol be (gyermekek, 3—18 hó óta egészségesek).

Az eljárást többféleképen módosították, így HOFFMANN (1909) a lágyrészeket egyszerű hosszmetéssel a végbélnyílástól a farkcsikcsontig tárta fel. HACKENBRUCH (1911) HOFFMANN eljárását azzal egészítette ki, hogy a végbelet harántvarrásokkal hosszredőkbe szedte, a végbélnyílás felett 4 cm.-nyire pedig a hátsó falat úgy varrta el, hogy ez felfelé tekintő domborulattal megtöretést szenvedett. A. BAUER szerint a végbélhosszanti ránczokba szedését már előbb alkalmazta MUTACH és LANGE (New-York 1887). HACKENBRUCH 3 esetben teljes gyógyulás ért el eljárásával. Újabb időben kedvező eredményekről számoltak be: POPPERT (1909) 2 eset, A. BAUER (KÜTTNER klinikájáról, 1912), FRITSCH (1908, ugyanonnan), végre HEILE (ROTTER szerint) 1 esete.

Kapcsolatosan a HOFFMANN-féle medencze-képléssel, mely mint láttuk, a végbél mögötti medenczerész erősítésére törekszik, meg kell emlékeznünk azon kísérletekről is, melyek a gát felől, tehát a végbél előtti lágyrészeken végzett műtétekkel igyekeztek támaszt teremteni a rectum számára. HOFFMANN az efajta eljárások jogosultságát tagadja, mert e lágyrészeknek a végbél helybenmaradására physiologiás körülmények között is alig van szerepük és mert a gátképlésnél a végbél inkább függélyes, mint a rá nézve előnyösebb hajtott vízszintes helyzetbe kerül. E felfogását megerősíti az a tény, hogy még a legnagyobbfokú gátrepedések sem vezetnek előesésre.

Daczára e felfogásnak, a kísérletnek — bár kis számban — mégis volt sikere. A műtét lényege: perineoraphia és a musculus levator ani rövidítése OTT (1909) és NAPALKOW (BERESNEGOWSKY szerint) végezték a műtétet; BALASCHEW (Fortschr. d. Chir. 1910. 916) szerint 13 esetben végezték Oroszországban. A. BAUER szerint a műtétet DURET olyképen végezte, hogy kombinálta a postanalís képlést a præanalís medenczeképléssel. A jó eredmény valószínűleg a levator megrövidítésének tudható be.

További eljárás, mely bár az előesett végbél nyálkahártyájának resectiójával jár, mégis csak arra törekszik, hogy új sphincter teremtesével a medence támasztóerejét növelje az a genálsan kigondolt műtét, melynek szerzőiként REHN és DELORME ismeretesek. REHN 1896-ban végezte először a műtétet, de csak 1904-ben közölte (BECKER), DELORME ellenben már 1900-ban és 1901-ben hozta nyilvánosságra első eredményeit:

A műtét kivitele röviden a következő: A beteg kellő előkészítése után a végbélnyílást körülvágjuk és úgy szabadjutunk fel a nyálkahártyát, mint a WHITEHEAD-féle műtétnél; kellő rétegbe jutva a nyálkahártya letolása az izomzatról könnyen sikerül. Ily módon REHN szerint 10—15, DELORME szerint 15—20 cm. hosszúságban végezzük a leválasztást. A lehuzott nyálkahártya mellett levő gyűrűkben összeredőzött izomzatot 5—6—7 selyem- vagy catgut-öltéssel úgy egyesítjük körkörös tömeggé, hogy nagy görbe tüvel a nyálkahártya mellett beöltünk és radialis irányban a redőket több ízben felszedve, végül a végbélnyílás bőre mellett szurjuk ki a tűt, a fonál csomózásánál az első beszúrás és az utolsó kiszúrás helye egymás mellé kerül. Ezen körkörös izomköteget viaszosuljesztjük a végbélnyílásba és a nyálkahártyát a felesleg lemetzése után az analis bőrrel pontosan egyesítjük.

A műtét által a sphinctert a bél izomzatából alkotott, hozzá hasonló képlettel erősítjük és vele a végbél számára jó támaszt teremünk, szűkítjük a végbélnyílást, felemeljük a Douglas-redőt, melynek táján a hashártyán — a beavatkozás okozta inger folytán-összenövések jönnek létre. Nagy előnye az eljárásnak, hogy a varrás helye a végbélnyílás elé esik, tehát nincsen elsülyesztve, a mi esetleges fertőzés esetén nagy fontossággal bír és hogy a hashártya a műtét alatt nem lesz megnyitva. Ezen előnyök mellett a műtétnek csak egy veszedelmessége van és pedig az, hogy igen hosszú nyálkahártyacső leválasztása esetén — mint DELORME egyik esetében, melyben 80 cm.-nyire irtotta azt ki — hashártyagyuladást okozhat. E szövődménynek esett áldozatul POIRIER betege is. (Magamnak is volt alkalmam egy ily szomorú kimenetelt észlelni MANNINGER egy betegénél, kinél polyposis recti miatt végeztünk ilyen nagyfokú nyálkahártya-kiirtást.) Az irodalmi jelentések szerint az eredmények igen kedvezőek. Így REHN (BECKER jelentése)

11 esete (7 gyermek, 4 férfi) mind meggyógyult. DELORME 9 eset-ről tesz említést; 2 meghalt fertőzés következtében, 7 pedig meggyógyult. BIER 3 esetben alkalmazta jó eredménnyel. A. BAUER szerint: POENARO, POIRIER, LOUBET, JUVARRA és UTHMÖLLER is gyakorolták, ép úgy mi is 1906-ban és 1912-ben; a két esetben betegünk gyógyultan távozott, további sorsukról nem voltam képes tudomást szerezni. Külön meg kell emlékezni DELORME egyik esetéről, melyben a műtét előtt fennállott záróelégtelesség a műtéttel teljesen meggyógyult.

Ide sorozzuk továbbá azon eljárásokat, melyek ugyanazon czélt a végbél környékéből vett izomlebenyeknek a végbémyilás köré varrásával törekszenek elérni. SHOEMAKER (1909) a sphincter pótlására két lebenyt vett a nagy farizom medialis széléből, úgy hogy ezeknek összefüggését a csonttal (os ilei) egyrészt, másrészt az őket ellátó ideggel (nerv. glut. inf.) meghagyta. Szabad végüket a végbél köré — egyiket elül, a másikat hátul — vezette és a lebenyeket, melyek most gyűrű alakjában veszik körül a végbelet, egymással egyesítette. Jó eredményt ért el KATHOLICKY (1909) is ezen eljárással. BERESNEGOWSKY (1910) az izomképlést a trigonum rectourethrale megfogyott zsírszövetének pótlására használta fel. Végbélelőesésben szenvedőknél ugyanis e gödör zsírja ép úgy szenved atrophíát, mint a cavum ischiorectale zsírja is. Tudvalevő dolog pedig, hogy épen a medence lágyrészeinek épségében rejlik a végbél egyik főtámasza. Ezeket pótlendő, BERESNEGOWSKY szintén a musc. glutæus maiorból hasított ki lebenyeket, melyeket a végbél előtt egyesített. Esete meggyógyult. A kissé nehezen kivihető műtéteknek az említettekén kívül nem igen akadt követője.

d) Eljárások, melyeknek czélja a leesett bél felfüggesztése.

Ezeket a szerint, a mint csak a leesett végbél felfüggesztésére törekszenek vagy magasabban fekvő bélrész rögzítését célozzák, két csoportba sorozzuk; amazokat a *rectopexia*, emezeket a *colopexia* elnevezéssel illetjük. A kettő között lényeges különbség van, mely abban is nyilvánul, hogy a *rectopexiát* a végbél mögötti táj felől, a *colopexiát* pedig per laparotomiam végezzük.

A *rectopectia* kivitelére számos eljárás alakult ki és egy időben — 90-es években — uralkodó szerepe volt. Ma legnagyobb-részt elhagyták már, mert a végbélelőésésnek ma uralkodó fel-fogása szerint csak részben tesz eleget azon követelményeknek, melyeket különösen ætiologiai szempontból a műtéttől kívánunk. A végbél újbóli felfüggesztése csak az alsó részben bekövetkezett meglazulás ellen irányul, már pedig tudjuk, hogy számos más oki tényező is szerepel az előésésnél.

Az első idevágó műtétet VERNEUIL végezte 1889-ben. Lényege eljárásának, hogy a végbelet, kellő szűkítése után a bőrhöz füg-gesztette fel. A műtétet úgy végezte, hogy a végbél mögötti bőr-ből olyan egyenszárú háromszöget vágott ki, melynek alapja a végbélnyílásnál, csúcsa a farkcsikcsontnál volt. Az alapnál a tágult záróizom egy részét is kimetszette. Az így alkotott sebet úgy egye-sítette ismét, hogy a végbél falába vezetett öltésekkel redőzte annak falát, a fonalak végeit pedig a bőr felett csomózta. A záró-izmot külön egyesítette ismét. A végbél felfüggesztése ily alakban a bőrhöz nem nyújthatott elegendő biztosítékot annak újbóli le-szállása ellen. Az eredmények, a melyeket ily módon értek el, leg-kevésbé sem voltak kielégítők, bár egyes kedvező lefolyású eset-ről is tesznek említést.

GÉRARD-MARCHAND 1891-ben két irányban módosította az el-járást és pedig megváltoztatta a börmetszést, a háromszögű ki-metszés helyett hosszszűkítést használt a hátsó rapheban; továbbá a végbélbe öltött függesztő fonalakat a farkcsikcsont és kereszt-csont csonthártyájába erősítette. Eljárását *rectococcygopexiának* nevezte el. (A. BAUER szerint LEFÈVRE már előbb alkalmazta ezen el-járást prolapsusban szenvedő kutyán.) Szerzője 3 esetben jó ered-ményt ért el e műtéttel.

Sok hasonlatosságot mutat ezen eljárással GHEDINI (1898) el-járása, mely a végbél felfüggesztését a bélnek a ligamenta sacro-tuberosához öltése útján véli elérni. A végbél szabadátétele cél-jából két ferde kifutóval bíró harántszűkítést használ a farkcsik-csont és a végbél között (a kifutó metszések a farkcsikcsont mel-lett széttérőleg haladnak hátrafelé). Követője nem igen akadt.

Ugyancsak sok hasonlatosságot mutat ezekkel CZERNY (1903) el-járása is. Lényege: a végbél odaerősítése a ligg. sacrotuberosa

és sacrospinosához; e mellett több öltéssel ujnyi redőt fordít a végbél hátsó falából annak ürterébe, ezekkel szándékozik megszükiteni a belet. Az utat a végbélhez parasacralis bőrmetszésből keresi.

KÖNIG eljárását 1899-ben FRANKE közölte. Az eljárás lényege: a végbél rögzítése a farkcsikcsonthoz a csonton keresztül vezetett öltésekkel és a végbélnyílás, illetve sphincter szükítése. DIEFFENBACH szerint kivitelének fontosabb mozzanatai: Bőrmetszés az os coccygis alapjáig, a csontot és végebet szabaddá teszi, a falába helyezett fonalakat a csontba fúrt lyukakon átvezetve megköti. Az eljárás veszedelmessége a DIEFFENBACH-féle operatio hozzáfűzésében áll, mely a fertőzésnek kedvező kapujául szolgál. A mint FRANKE közlése mutatja, az eredmények nem voltak kielégítőek; 6 közül egy elgennyedt, de később meggyógyult, kettőben 3, illetve 9-hó múlva visszaesés következett be, kettő — egy idősebb férfi és egy gyermek — még 2, illetve 1 évvel a műtét után is meg volt gyógyulva. Később — 1907-ben — WARSCHAWSKY közölte az eseteket újból; 16 eset közül 11-nek tudták meg későbbi sorsát, ezek közül 6 (köztük 5 gyermek) később sem mutatott visszaesést, ellenben 5 esetben (mind felnőttek 33—70 év között) recidiva következett be, tehát 45%-ban.

Újabb eljárásokat közöltek BIRCHER és EKEHORN, mindkettő 1909-ben látott napvilágot. BIRCHER úgy járt el, hogy a végbélnyílástól a farkcsikcsontig vezetett metszésből szabaddá tette a végebet, felfelé a keresztcsont alá is. A belet a lig. sacrococcygeumhoz varrja és a mindkét oldalról a végbél falába helyezett fonalakat a megfelelő oldali lig. sacroposticumhoz öltve csomózza; ezáltal a varrások concentricusan futnak össze és ránczolják, szükítik is a végebet. Esete egy félév után recidivamentes volt. EKEHORN más elv alapján végzi a végbél felfüggesztését; úgy járt el, hogy a végbélbe vezetett ujj ellenőrzése mellett beszúr a keresztcsont egyik oldalán a lágyrészeken át a végbélbe, melyben a tűt a végbélnyílásig vezeti előre, e felett közvetlenül ismét kiszúr a bőrön keresztül. A másik oldalra megismétli ezt az öltést, végül a tonalak szabad végét keresztezve köti össze. A fonalakat körülbelül 14 nap múlva távolítja el. Célja e varrásnak, hogy a végbél jobban fekdjék a keresztcsonthoz, melyhez a fonal mentén képződő heg

rögzítve tartja. 4 gyermeknél gyógyulást ért el, HOHMEYER (1909) szintén jó eredménnyel alkalmazta az eljárást 1 esetben. A BAUER kétségesnek tartja a rögzítés elérhetését ezen egyszerű módon és meggondolandónak véli a műtét végrehajtását a bél felől a fonalak mentén könnyen bekövetkező fertőzés miatt.

Talán leginkább e fejezetben kell említenünk SICK (1909) műtétjét is, mely tisztán hegeképződés útján igyekszik a végbelet rögzíteni. A hegeket a végbél mögött ejtett kis metszésből a végbél mentén jó magasra — a promontoriumig — felvezetett jodoform-gazecsikok behelyezésével éri el, úgy mint azt KOCHER a nephropexiánál végzi. A börmetszést collodiummal vagy tapaszszal zárja el a végbél felé. A gazecsikokat 8—14 nap mulva távolítja el. Arról, hogy hány esetben és minő eredménnyel alkalmazta az eljárást, SICK nem tesz említést. Olyan esetekben ajánlja, melyekben sem a REHN-DELORME-féle műtétet, sem a resectiót nem választjuk követendő beavatkozásul.

A *colopexiánál* a végbél előesését a hasfalhoz varrt colon pelvinum akadályozza meg. A hasüreg felől a colon meghuzása által a lesúlyedt végbél könnyen felemelhető, közelfekvő volt tehát az a gondolat is, hogy e bélrész rögzítésével meg lehet akadályozni a végbélnek újbóli leszállását is. Az e gondolatra alapított műtéti eljárásoknak tehát van jogosultságuk és a francia JEANNEL-é az érdem, hogy a flexura rögzítésének műtétjével gazdagította műtéti kincsünket. JEANNEL 1889-ben ismertette eljárását, minekelőtte A. BAUER szerint már HUTCHINSON (1872) megkísérelte egy előesés visszahelyezését a has felől és UHDE (1868) is hasonló módon járt már el.

JEANNEL a bal hypogastriumban ejtett ferde metszésből felkereste a flexura sigmoideát, azt meghuzta oly erővel, hogy a végbél jól visszahuzódott és e helyzetben úgy rögzítette a hasfalban, mint azt az anus præternaturalisnál szoktuk végezni. Sőt, kiindulva azon feltevésből, hogy a prolapsus létrejövetelehez nagy részben a proktitis is hozzájárul, a belet kezelés céljából tényleg meg is nyitotta. Utóbb azonban maga is elállt az anus præternaturalis készítésétől.

A műtét technikailag többféle változást szenvedett, melyeknek mind az volt a céljuk, hogy a bél- és hasfal között szorosabb,

tartósabb, nem engedékeny összenövést létesítsenek. EISELSBERG (1902) a flexura 6—12 cm. hosszú részét laposan, több sorban elhelyezett varratokkal hozta érintkezésbe a hasfallal, belevéve a varrásba a bél izomrétegét is. WEBER (1904) a hasfalban mélyen az izomba is beleölt. EISELSBERG 12 sikeres esetről tesz említést, melyekhez 1904-ben WEISS még 2 két esetet sorol; ez utóbbiak recidiváltak. ROTTER (1903) és LENORMANT (1907) a hashártya egy részét eltávolították és a szabaddá tett musc. transversus abdominishez varrták a bélfodorral szemben levő bélfalat.

További változatai a műtétnek: TUFFIER (A. BAUER után) az ágyéktáj felől hatol be és annak mély pályájához erősíti a bélfalat, EWALD pedig a linea albaba varrja a belet (sérvképződés elkerülése céljából). SERFERET 1895 és BAKES (1900) a bélfalon kívül a bélfodor egy részét is rögzítik a hasfalhoz és kiegészítették a műtétet a méh ventrofixációjával. CADDY (1895) a bélfodrot külön matraczvarrattal erősítette meg. FRIEDRICH (1910, WAGNER) igen hosszú flexura sigmoidea esetén a kacs két talppontja között bélszájat létesítettek és a kacsot egész terjedelmében levarrta a hasfalhoz. Esete 2 $\frac{1}{2}$ évvel a műtét után is még egészséges volt. EISELSBERG 2 esetben teljesen kiirtotta a flexurát és a csonkokat a hasfalhoz erősítette; egyik esete meggyógyult, a másik elpusztult bélvérzésben (duodenalis ulcus).

QUÉNU és DUVAL (1910) kombinálják, mint azt A. BAUER esetében is említettük, a colopexiát a Douglas-ür elvarrásával és pedig nőkön: a colon pelvinumot a vagina mögött részben ehhez, részben a két ligamentum latumhoz; férfiakon: a hólyag mögötti hashártyához, oldalt pedig mindkét nemű betegeken a musculus. psoashoz.

Mint tisztán történelmi jelentőséggel bíró eljárást említem Mc. LEOD közlését (LANCET 1890-ből), melyre A. BAUER munkájában lettem figyelmes. Nevezett szerző a végbél felől vezette be kezét és ennek ellenőrzése mellett öltötte a rögzítő fonalakat a hasfalon keresztül a bélalba, később a varrások között behatolt a bélíg és az összetapadt serosafelületeket még jobban egyesítette varrásokkal. A rövid leírásból is megítélhető, hogy az eljárás nem minden veszély nélküli és ép ezért nem is talált követőre.

A colopexia értékéről PACHNIO (1905) összeállítása nyújt töké-

letes felvilágosítást. 57 összegyűjtött esetében — legrövidebb megfigyelési idő 1 év — 54%-ban volt recidiva megállapítható. E szám kiegészíti LENORMANT kimutatásának adatait, melyben 103 eset sorát közli a következő kimenetellel:

	14 nap alatt kiujult	4 eset		
3 hét— 6 hó	«	«	9	«
6 hó— 12 «	«	«	4	«
1 év — 5 év	«	«	13	«

A. BAUER 1 esetében (breslauer klinika) a visszaesés 4 héttel a műtét után következett be, de újbóli colopexia és a Douglas-féle ür elvarrása után gyógyulás következett be.

A colopexia értékét e számok minden magyarázatnál is jobban bizonyítják. A műtét elégtelenségének oka két körülményben keresendő; egyik ok az, hogy a műtét csak a bél felfüggesztésére törekszik és teljesen figyelmen kívül hagyja mindazon fontos tényezőket, melyek a végbél alsó részében nagy szereppel bírnak a prolapsus létrejövetelében (medenceze feneke, alsó függesztők, stb.), másik oka pedig, hogy a bél vongálás és kihuzódása következtében még akkor is mozgékonyvá válik újból, ha a rögzítés elég erős és tartós is volna, de a legtöbb újból műtetre került esetben a felfüggesztés elégtelenségéről lehetett meggyőződni.

e) A cavum Douglasii eltüntetését célzó műtétek.

Az ide tartozó eljárások célja a plica Douglasii feljebb emelése a Douglas-féle ür elvarrásával. A műtét bonczolástani alapját WALDEYER felfedezése képezi, mely szerint nevezett redő mély állása jelentős szerepet játszik a prolapsus létrejövetelének pathogenesisében.

Az eljárás megteremtője BARDENHEUER, ki 1902-ben ismertette eljárását, melyet 17 éves lányon alkalmazott. A műtét főbb mozzanatai: a méhnek a hasfalhoz varrása (ventrofixatio) után a Douglas két lemezét laposan összevarrja egymással. A méh és végbél közé fekteti a flexura sigmoidea elvezető szarát, melyet jobboldalt a keresztcsont csonthártyájához erősít; az odavezető szarát

több öltéssel az előbbihez varrja. SAMTER hasonlóan járt el. WITZEL (WENZEL 1905) annyiban változtatta meg az eljárást, hogy a végbél és uterus hashártyaburkát eltávolította és e felsebzett felületeket egymással egyesítette. Nem sok változtatással végezte a műtétet PAUNZ is 1908-ban jó eredménnyel. Ugyanő említi DOLLINGER két, ÁDÁM egy hasonlóképen operált esetét (PAUNZ 1910). NAPALKOW a gát felől végezte a műtétet, úgy hogy a Douglas-ür elvarrását a végbél hosszredőzésével egészítette ki. Eredményei nem biztatók: 7 eset közül 3-ban beszakadt a végbél, egyszer elszakadt az ureter. NAPALKOW műtétjének eszméjét DUVAL és LENORMANT már 1904-ben vetették fel, ők a műtétet csak hullán végezték.

Itt említendő HEILE műtétje is, mely RORTER szerint különös figyelmet érdemel. Ő a hüvely hátsó falán megnyitja a Douglas-ürt, lefejtja a hashártyalemezeket és összevarrja a hosszirányban redőzött végbélet a méh alsó részével, majd megnyitja a hüvelyboltozatot elől is, kibuktatja az uterust és annak fundusát bevarrja a sebbe. Ily módon az uterus vízszintes helyzetbe kerül és reáfekszik a medence fenekének végbél és symphysis közötti részébe. A műtétet elülső és hátsó kolporraphiával fejezi be. Fiatal egyéneken még a tubák lekötése is szükséges (esetleges terhesség elkerülése céljából). Két esetben végezte a műtétet, mindkettőben végleges gyógyulás következett be.

A műtét értékéről végleges ítéletét még nem tudunk mondani, ezt csak nagyobb számú esetek késői sorsa döntené el. Kivitelénél mindenesetre szem előtt kell tartani azt a tényt, hogy a beavatkozás nem tartozik a könnyűek és kicsinyek közé.

f) Az előesett végbél resectiója.

A műtétet azon alakjában, aminőben ma ismerjük és gyakoroljuk, MIKULICZ írta le és végezte először 1889-ben. Hosszadalmas volna és nem egy referatum keretébe való mindazon szerzőket felsorolni, akik e műtétet vagy módosították vagy egymástól függetlenül leírták. Miért is megelégszünk azzal, hogy MIKULICZ után a műtét főbb mozzanatait ismertetjük.

Kellő előkészítés után kőmetszési helyzetben a prolapsust fixálva a végbél elülső falán az analis gyűrű alatt közvetlenül a

külső bélen egész terjedelmében megnyitjuk a hashártyát, melyet az intussusceptum megfelelő hashártyaburkolatával azonnal egyesítünk is. A metszést most tovább folytatjuk a belső bél falának egész vastagságán át és köröskörül a bélen. A muscularist és mucosát külön egyesítjük.

A műtétnek két hátránya van: egyszer az, hogy a peritoneumot a nyálkahártyán át kell megnyitnunk, másodsor, hogy a peritoneum a műtét után egészen leér a végbélnyílásig. Az első körülmény könnyen vezet a hasür fertőzéséhez, a második miatt a hasprés nyomása zavartalanul érvényesül az analis rész felett, ami a recidiva kifejlődésének kedvez. Épp úgy észlelték azt is, hogy az analis részbe helyezett körkörös varrat nyomán szűkület fejlődött. Végzetes következménnyel járt némely esetben a varrás elégtelensége és a bél visszahuzódása. Ez utolsó kellemetlenség elkerülése céljából HEULE (1902) úgy resekálta a prolapsust, mint egy rosszindulatú daganatot, a Douglas-redőt magasan elzárta és a belet levarrta a végbélnyílásba ezüstsodronnyal úgy, hogy a végbélnyílásba vastag üvegsövet kötött.

A műtét értékéről a következő statisztikai adatok adnak felvilágosítást. LUDLOFF 47 eset közül közvetlenül a műtét rovasára irandó 6 halálesetet említ. LENORMANT (1907) 110 eset közül 10·9% halálesetről tesz említést. EISELSBERG (1902) 3 eset (7 közül) sorását követhette; köztük egy recidiva, egy szűkülettel gyógyult, egy pedig teljesen megszabadult a bajától. LENORMANT 8%-ban talált visszaesést.

Az eredmények tehát aránylag elég rosszak. Maga a műtét kényes, sokszor igen véres beavatkozást képez és azért csak jól indikált esetekben alkalmazandó.

Hasonló eljárás, mely azonban nem véres úton törekszik a prolapsus eltávolítására a WEINLECHNER-féle ligatura. Eljárását 1883-ban közölte, miután számos hasonló kísérlet történt már. Az eljárás lényege abban áll, hogy a prolapsusba vastag, kemény gummicsövet vezetünk be, melyet benne megrögzítünk erős gummigyűrűvel, mely az előesett részt közvetlenül a végbélnyílás alatt leszorítja. 6—10 nap alatt a gummigyűrű összetapasztja a két belet és nyomása helyén, nekrosist okozva leválasztja az egész prolapsust. A mint a rövid leírásból is látszik, az eljárás nem

felel már meg a modern sebészi felfogásnak. A beavatkozás ki-
menetele mindig kétes, egyrészt mert sohasem vagyunk biztosak
abban, vajjon nem került-e a gyűrű és cső közé bél is és mert a
gummigyűrű esetleg már akkor választja le a prolapsust, még
mielőtt a belek jól összetapadtak volna. Követője nem sok akadt;
elvetnünk azonban nem szabad teljesen az eljárást, mert igen el-
gyengült egyéneknél és oly helyzetben, ha segítség rendelkezé-
sünkre nem áll és a műtét sürgős, esetleg jó eredménnyel alkal-
mazható.

BAKES (1900) 9 esetet gyűjtött össze, két halálesettel (egyik
hashártyagyuladásban, másik gyengeségben pusztult el.)

Adott esetben melyik műtétet választjuk?

E hosszadalmas leírásból, mely inkább a nagyszámú eljárásoka-
kat egymás mellett tárgyalja, nehéz a kérdés mai állásáról tiszta
képet alkotni, miért is összehasonlításképpen legyen szabad pár
szóval az egyes eljárások értékét tárgyalnom, főleg azon szempont-
ból, hogy adott esetben melyiket választjuk. Bírálatunkban vezető
szempontok lesznek: az eset minősége, a beteg állapota és a be-
avatkozás minősége mellett főleg annak megítélése, hogy a műtét
mennyiben felel meg leginkább a prolapsus aetiologiájáról szóló
elméletek követelményeinek.

A beteg kora és az eset minősége szempontjából a következő
körülményekre kell különös tekintettel lennünk: vajjon heveny
esetnél kell-e beavatkoznunk, esetleg gyermeknél, kin hasmenés
mellett állott elő a prolapsus, avagy idült előesés képezi beavat-
kozásunk tárgyát, felnőtt egyénen.

Gyermekek hevenyen előállott végbélelőesése rendszeren meg-
szűnik megfelelő gyógyszeres és diätetikus eljárásokkal. A has-
menés elmúltával rendszeren visszafejlődik a prolapsus is. Ha utóbbi
már hosszabb idő óta állott fenn, úgy az orthopædiás eljárások,
massage és kötések viselésétől várható eredmény (VIDAKOVICH,
BAUER-féle kötés). E mellett más bajok ellen (húgykő, számár-
hurut, angolkór stb.) is kell irányulnia a kezelésnek, ha ilyen
fennforogna.

Idült esetekben csak a műtéttől várhatunk eredményt. Ennek

megválasztása függ a beteg korától és állapotától, az eset súlyosságától — gyenge kis csecsemőknél, vézna angolkóros gyermekeknél más eljárást fogunk választani, mint erőteljes, jó karban lévő felnőtteknél; viszont a magas kor — magam is operáltam 80 éves asszonyt — megint egyszerűbb eljárás alkalmazását követeli. Tekintetbe jő felnőtteknél is az erőbeli és egészségi állapot (tüdőelváltozás, kivérzettség, stb.) és az a körülmény, vajjon a beteg volt-e már hasonló czélból, de sikertelenül, mütét tárgya. Végül, hogy maga az eset milyen természetű; vajjon egyszerű nyálkahártya előeséssel állunk-e szemben, vagy a végbél egész falát magában foglaló prolapsusnál kell-e beavatkoznunk. Az utóbbinál ismét döntő lesz az előesett bél minősége, vajjon könnyen visszahelyezhető-e, avagy visszatevése egyáltalában lehetetlen-e, kiszorult-e olyformán, hogy táplálkozásában veszélyeztetve van, avagy már elhalás jeleit is mutatja-e? Különös figyelmet érdemel a hedrocele tartalma is, vajjon a kiszorulás okozott-e a benne foglalt belekben is zavart, a bél csatornázásának megszüntét vagy a bél elhalását. Fontos szerepet játszik az előesett bél nyálkahártyájának állapota is, nem szenvedett-e már igen nagyfokú elváltozásokat, fekélyesedést, elephantiasist, hegesedést, összenövéseket, stb.

A megítélés második tárgyát maga a mütét képezi. Ha eltekintünk attól, hogy bizonyos előeséseknek csak bizonyos eljárások felelnek meg — incarcerált, gangrænás, irreponibilis eseteknek — úgy párhuzamosan az előbbi mérlegelésekkel, a mütét részéről figyelembeveendő annak nagysága, súlyossága, mint beavatkozás és mint technikai művelet, továbbá mily mértékben felel meg a prolapsus ætiologiai követelményeinek és végül tapasztalás szerint mik az egyes mütéti fajok gyakorlati végeredményei.

Végezetül figyelembe veendők a körülmények, a környezet is, melyben a mütétet végrehajtani kénytelen vagyunk (kellő segédlettel, kórházban vagy mostohább viszonyok között).

Mindezek alapján a megfelelő mütét megválasztásánál a következőképen járunk el:

Az egyszerű nyálkahártya-előesésnél két eljárás jön szóba: a LANGENBECK-féle égetés és a WHITEHEAD-féle nyálkahártyacsonkítás. Amaz egyszerűbb, utóbbi kivitele nehezebb és néha szükület kényszerítéséhez vezet.

Az egyszerű visszahelyezhető előesésnél, melynek nyálkahártyája elég ép és mely elég jó karban levő egyénen fejlődött, a legtöbb szerző megegyező véleménye szerint a REHN-DELORME-féle műtét nyújtja a legtöbb kilátást maradandó gyógyulásra. E műtét adja, mint látjuk, a legtökéletesebb eredményt: nyomán legkevesebb a visszaesés, javítja a zárókészüléket, eltávolítja a nyálkahártyafelesleget, hatalmas izomgyűrűvel növeli a medenceze fenekének ellenállóerejét és felemeli a pars ampullarist is. Másodszorban említendők a medenceze fenekét erősítő eljárások, ezek között első helyen a HOFFMANN-féle eljárás (a HOFFMANN-féle módosításban). Kivitele egyszerű, a közlések visszaesésről nem tesznek említést; kevésbé használják KEHRER és HELFERICH eljárását, teljesen elhagyták DIEFFENBACH, KÖNIG, VERNEUIL stb. régebbi eljárását. A rectopexiás eljárások nem képeznek nagy beavatkozást, kivitelük technikailag nem nehéz, de eredményeik kedvezőtlenek: 54—59% visszaesést mutatnak. Eredményesebben alkalmazták a végbélnyílás egyidejű szűkítésével együtt, kérdés azonban, hogy ezen esetekben mennyi és mi irandó a felfüggesztés és mi a szűkítés javára; ép ezért nem ajánlatosak. Ép oly kevés maradandó haszonnal járnak a rectopexiák és a posterior rectotomy ROBERTS is; legnagyobbbrészt el vannak hagyva. ECKEHORN műtétje veszedelmes a fertőzés szempontjából; SICK műtétje gyermekeken megkísérélhető; a paraffin-injectiók vagy annak módosítása SPITZY szerint igen jó eredményeket adnak gyermekeknél. GERSUNY bélesavarását teljesen elhagyták, nem physiologias volta miatt nem ajánlható.

A felfüggesztő eljárások hosszadalmas, nagy beavatkozást képviselnek, csak jókarban levő egyéneken végezhetők. ROTTER nagyon ajánlja a HEILE-féle eljárást. Teljesen elvetendő NAPALKOW eljárása (behatolás a gát felől). Megkísérélhetőek oly esetekben, midőn más esetek célra nem vezettek, esetleg más eljárásokkal (a medenceze fenekének erősítése, végbélszűkítése) együtt.

A szűkítő eljárások között a THIERSCH-féle gyűrű alkalmazása sokszor jó szolgálatot tesz. Ajánlatos gyenge, kivérzett vagy igen idős egyéneknél, továbbá gyenge gyermekeknél, vagy ha szűkes viszonyok között kell beavatkoznunk. A SCHOEMAKER és BERESNEGOWSKY-féle eljárás inkább más okból sphincter vesztességben vagy

gyengességben szenvedő egyéneknél kísérrelhető meg (legtöbb esetben jobb lesz a REHN-DELORME-féle műtét).

Végül maradnak a resectiós eljárások. Javallatuk ma elég pontosan van megállapítva. Alkalmazandók a vissza nem helyezhető, kizárt, esetleg gangrénás és oly esetekben, midőn az előesett bél nyálkahártyája súlyos elváltozásokat (fekélyeket, hegeket, stb.) mutat. Ha az egyén elég erős, úgy a MIKULICZ-féle resectiót, esetleg a HEULE-féle kivitelben, ha nagyon legyöngült, úgy a WEINLECHNER-féle lekötést végezzük. Ha ez utóbbi kiviteléhez módunk nincsen, esetleg meg kell elégedni egyelőre az előeses visszahelyezésével, a mi, ha egyszerűen nem sikerül, a sphincter bemetszését teheti szükségessé.

Végezetül azon incarcerationatiókról is meg kell még emlékezni, melyeknél a hydroceleben elhalt vékonybelek foglaltatnak. Ezek esetében hasmetszés, az elhalt bél csonkolása egészíti ki az előeses eltávolítását, olyankor, a midőn a beteg állapota még ilyen nagyobb beavatkozást megenged; ellenkező esetben anus præternaturalis készítésével kell megelégednünk és a sebészet általános szabályai szerint eljárunk.

Végbélelőeséssel 8 év leforgása alatt összesen 11 fekvő beteget gyógykezeltünk. Köztük van 5 gyermek-, 4 férfi- és 2 nőbeteg.

A gyermekek közül, a hasmenés megszüntetése és kötéssel meggyógyult: 3; egy meggyógyult polypusának eltávolítása után; egy pedig meghalt. Utóbbi nagy gangrénás incarcerationált előeséssel jelentkezett.

A 6 felnőtt közül:

1 férfi meggyógyult ékkimetszés és LANGENBECK-féle aranyérműtéttel.

2 férfi meggyógyult WHITEHEAD-féle műtéttel (e kettő nagyfokú nyálkahártya-előesés volt csak).

1 nő (60 éves) THIERSCH-féle műtéttel gyógyult.

2 férfi REHN-DELORME szerint lett operálva, mindkettő gyógyultán távozott.

Nincsenek itt felsorolva a járóbetegként kezelt gyermekek. Ezeknél rendszeren a szokásos diätetikus rendszabályok mellett az én kötésemet alkalmazzuk, melynek jó hatásáról 10 esetben volt

alkalmam meggyőződni. Alkalmaztam jó eredménnyel 2 és 3 hónap óta fennálló előeséseknél is.

A prolapsus recti irodalmát illetőleg utalok ALBERT BAUER: «*Der heutige Stand der Behandlung des Rektalprolapses*» című monographiájára, mely E. PAYR és H. KÜTTNER: «*Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie*» IV. kötetében jelent meg (1912). Benne az irodalom 1913-ig a legtökéletesebb módon van felemlítve.
