

# SEBÉSZET.

SEBÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI HETILAP.

MEGJELENIK MINDEN CSÜTÖRTÖKÖN.

KIADÓ-SZERKESZTŐ: Dr. KERTÉSZ JÓZSEF MŰTŐORVOS.

BUDAPEST, ZÖLDFA-UTCZA 9. SZ.

Előfizetési ár: egész évre 10 frt, félévre 5 frt, negyedévre 2 frt 50 kr.

I. ÉVFOLYAM.

1894. MÁRCZIUS 29.

13. SZÁM.

**TARTALOM:** Kossuth Lajos † 1802—1894. — I. Eredeti közlemények: Adat a hólyag és a húgyeső sértésekhez. Dr. Kertész József. (Vége.) — II. Referatumok, könyvismertetések: Krogius, Cocainanalgesia. Chaput, Gangraenás herniákról. Mikulicz, A Bier-féle gyógyító eljárásról. Béreskine, Gerincoszlop-lékelés. Sittmann és Barlow, Bact. coli a vérben. Jalaguier, Kryptorchismus. Kerr, Hólyag-repedés. Barlow, A cystitisről. Ziegler, Traumás gyomorfaltömlő. Veit, A complicált laparotomiákról. Dreydorff, Gyomorsebészet. Miles, Lövés okozta bélsértésekről.

## Waltersdorfer Pál

droguista Budapest VII, kerepesi út 8.

ajánlja dúsan felszerelt raktárát mindennemű

gyógyárak, vegyszerek és  
állatgyógyászati cikkekben.

Gyári raktár első minőségű

**sterilizált kötőszerekből.**

⇒ Tés, rum és cognak. ⇐

**Illatszerek, háztartási és pipere-cikkek.**

Nagy árjegyzék kívánatra ingyen és bérmentve.

## Mindennemű Vegyszerek, gyógyanyagok és kötszerek

megbízható minőségben kaphatók

**MOLNÁR ÉS MOSER**

droguistáknál Budapest IV, Koronaherceg-utca 9. a Haris Bazar átellenében.

## Dr. Pajor-féle vizgyógyintézet


Budapest VIII, Szentkirályi-utca 14. sz.

Massage, villamozás, izzasztó kúrák. Ugyanott berendezve szénsavas-  
aczélfürdők.  Nyitva egész éven át. 

Van szerencsénk a t. orvos urak becses figyelmébe ajánlani,  
hogy mindennemű oltási műszerek és eszközökkel szolgálhatunk.

### Dr. Bácskay-féle szabályozható oltó-tű

ára 1 frt 25 kr. Tömeges oltásnál igen ajánlatos.

 Nagy képes árjegyzék kívánatra portómentesen küldetik.

### **GARAY SAMU és TÁRSA**

sebészeti-, mű-, kötszer- és villamgép-gyártók.

Budapest, Ferencziek bazára.

Saxlehner  
András  
Budapest.



Cs. és kir.  
udvari  
szállító.

# Hunyadi János

*A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószert.*

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:

## Gyors, biztos, enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be.  
Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen.  
Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra.

— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

## „Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

A mult év utolsó hónapjában megjelent  
külföldi sebészeti és nőgyógyászati munkák  
jegyzéke:

- Auvard A.*, Rosenau. 100 illustr. Fälle aus der Frauen-Praxis. 6 mk.  
*Bähr F.*, Ueber Kompressionsbrüche des Fersenbeines.  
 (Samml. klin. Votr. 84.) 75 pf.  
*Barlow*, Casuistisches zur traumatischen Neurose. 1 mk.  
*Beiträge* zur klinischen Medicin u. Chirurgie. 4. u. 5. Hft. 4 mk.  
*Bonnet et Petit*, Traité pratique de gynécologie. 297 Fig. 15 fr.  
*Brandt T.*, Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten.  
 2. Aufl. 6 mk  
*Breus C.*, Ueber wahre Epithel führende Cystenbildung in  
 Uterusmyomen. 2 mk. 50 pf.  
*Charité-Annalen*. Red. v. Schaper. 18. Jahrg. 20 mk.  
*Chipault A.*, Etude de chirurgie médullaire. Historique —  
 chirurgie opérat. — traitemet. Av. 66 grav. et 2 pls. col. 15 fr.  
*Congrès*, septième, de Chirurgie (1893.) Publ. par Picqué.  
 Av. 38. Fig. 18 fr.  
*Fehling H.*, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. M. 240 Abb. 13 mk.  
*Gandolphe*, Maladies infectieuses et parasitaires des os.  
 Av. 99 Fig. 16 fr.  
*Gray H.*, Anatomy, descriptive and surgical. 13 ed. 36 sh.  
*Harrison R.*, Lectures on the surgical disorders of the  
 urinary organs. 4. ed. 6 mk.  
*Kirchenberger S.*, Aetiologie u. Histogenese der varicösen  
 Venen-Erkrankungen 3 mk. 20 pf.  
*Kopp K.*, Atlas der Geschlechtskrankheiten. M. 53 col. u.  
 4 schw. Abb. 7 mk.  
*Krehl L.*, Grundriss der allgem. klin. Pathologie. 6 mk.  
*Luther F.*, Ueber die Gonorrhoe beim Weibe. 75 pf.  
*Madden T. M.*, Clinical gynaecology. With 259 illustr. 12½ sh.  
*Massei F.*, Die Intubation des Kehlkopfes bei Kindern u.  
 bei Erwachsenen. 2 mk.  
*Metchnikoff E.*, Lectures on the comparative pathology  
 of inflammation. 12 sh.  
*Mittheilungen* aus Kliniken u. medicinischen Instituten  
 der Schweiz. I. Reihe.  
 1. Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Von Tavel u. Lanz. 6 mk.  
*Müller Kurt*, Der Milzbrand der Ratten. 2 mk.  
*Nicaise E.*, Chirurgie de Maître Henri de Mondeville,  
 chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, comp. de  
 1306—1320. 28 fr.  
*Pochmann E.*, Eine Theorie der Entzündung u. Eiterung  
 auf physiologischer, nicht bacteriologischer Grundlage. 50 p.  
*Wagner Paul*, Abriss der Nieren-Chirurgie. 5 m.

# SEBÉSZET.

SEBÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI HETILAP.

MEGJELENIK MINDEN CSÜTÖRTÖKÖN.

KIADÓ-SZERKESZTŐ: Dr. KERTÉSZ JÓZSEF MŰTŐORVOS.

BUDAPEST IV, ZÖLDFA-UTCZA 9. SZ.

Előfizetési ár: egész évre 10 frt, félévre 5 frt, negyedévre 2 frt 50 kr.

I. EVFOLYAM.

1894. MÁRCZIUS 29.

13. SZÁM.

## KOSSUTH LAJOS.

1802—1894.

EGY ÁLTALAD SZABADDÁ LETT  
NEMZET ÁLDÁSA KISÉR VÉGSŐ  
NYUGVÓ HELYEDRE!

—•••—

A midőn a legnagyobb és legneme-  
sebb magyar halálakor az egész  
nemzet megrendült szívvel gyászba  
borul, mindennek ami magyar, e  
gyászban osztoznia kell.

## I. Eredeti közlemények.

### Adat a hólyag és a húgycső sértésekhez.

Casuistikus közlemény *Dr. Kertész József* műtőorvostól.

(Vége.)

Első esetünkben a felvételnél fennállott tünetekből hólyag-sértésre kellett diagnosisunkat felállítani, mert a véres vizelet és egyéb tünetek más magyarázatot nem engedtek meg. Kizártnak tekinthettük, hogy a vese részéről történék a véres vizelet kiürítése annak esetleges sértése következtében, mert nem volt semmiféle oly tünet, mely erre utalt volna. De ha fel vettük is a hólyag-sértést, csakis a nyálkahártyára terjedőleg vehettük fel a folytonosságának megszakítását, esetleges nagyobb foku contusióval a hólyagfalban. A sértés a has felől a medence csontok törése nélkül, mint jelen esetben, csakis úgy történhetik, ha a hólyag telt állapotban van. És pedig két okból, mert először is a hólyagnak bizonyos fokú teltségre van szüksége, hogy a symphysis fölé emelkedhessék és így a sértésnek ki lehessen téve. Másodsorban a telt hólyagnak feszültsége is szükséges ahhoz, hogy ezt a traumát el szenvedhesse. A hirtelen nagy nyomásra illetve ütésre hasonló mozzanat áll be, mint oly esetekben, midőn a hólyag túlságos mértékben megtöltetik, vagyis Guyon nézete szerint a megtöltés által összehúzódásra lesz ingerelve a hólyag izomzata és ez az összehúzódás oly erővel történik, hogy a hólyag megreped. Guyon ezen nézetét Antal is osztotta.

Az összehúzódó izomzat működését helyettesítette esetünkben az a hirtelen ütés, mely a hólyagot érte. Természetesen az ütésnek még más erőművi behatása is érvényesül ezenkívül (zúzódás).

Arról, hogy valjon a hólyag nyálkahártyájának sérülése a hólyagnak mely részén volt, az első napon, vagy napokban tudomásunk nem volt, de nem is lehetett. Azt kimutatni nem volt lehetséges. Cystoskopikus vizsgálatot nem végezhattunk, részben azért, mert a hólyagvérzés a látást a hólyagban lehetetlenné tette volna, másrészt pedig, mert nem is lett volna tanácsos a hólyagot megtölteni, benne sokat manipulálni, kitéve azt erősebb összehúzódásoknak, túlfeszültségnek, vagy esetleges infectiónak. Ezért csakis a szükséges pöcsapolásokra szoritkoztunk.

Dittel és Ullmann tettek ugyan kísérleteket arra nézve, hogy a hólyagnak melyik részén áll be a repedés, azonban kísérleteik eredményei nem adtak oly szabatos feleletet erre a kérdésre, hogysen esetünknel felhasználhattuk volna. Mindenesetre azonban közelebb állott annak a felvétele, hogy a hólyagfalnak a sértése az elülső hólyagfalon, tehát extraperitonealiter fekszik, közelebb ál-

lott annak a felvétele részben a trauma behatási irányából, részben azon körülményből, hogy a hólyagnak jobb oldala mellett tompult kopogtatási hangot adó területet találtunk, mely mindenesetre a vérömleny által okoztatott, a praevesicális szövetben. Nem vehető fel, hogy a hólyagfal sértése az inguinális táj zúzott sebén át behatoló idegen test, (faszilánk stb.) által okoztatott volna, mert a beteg hasára sima vastag gerenda esett.

Különben is észleltettek hasonló trauma után esetek, melyeknél pusztán a nyálkahártyára terjedt ki a sérülés. Továbbá Houel állítása szerint, mely nézetet Ullmann kísérletei alapján szintén oszt a hólyag megrepedésénél első sorban mindig a nyalka hártya szakad be.

A további lefolyásnál kiderült azután az, hogy a hólyag nyálkahártyája az elülső, extraperitoneális falon szenvedte el folytonosságának a megszakítását és hogy a hólyag fal többi részei ugyan ezen a helyen szintén erős zúzódást szenvedtek, mely zúzódás következtében a falnak egy részlete elhalt és így a vizeletnek szabad útja volt a praevesicális szövetbe.

Az inguinális tájon volt zúzott seb a betegre nézve előnyös volt, mert a vizeletnek így teljesen szabad lefolyása volt a hasfalakon át, kifelé.

Nem lehetetlen különben az sem, hogy a hólyagnak egy diverticuluma volt az elülső felső falon, a melynek elvékonyodott fala a traumának kevésbé volt képes ellenállni. Jelen esetről ily diverticulumot azonban positivitással nem vehetünk fel; mindenesetre a diverticulum képződés elég gyakran fordul elő e helyen.

Hogy mily therapeutikus beavatkozások, mily kezelést folytattunk ezen esetünkben, a kórtörténetben felemlítettük. Jelen sorokban csak néhány szóval kívánunk a hólyag sértések kezelésére reflectálni és pedig csakis a hólyagnak oly sértéseit véve tekintetbe, melyeknél a hasfalakon sebzés nincsen, mivel a hasfal sebzésekkal párosult sértéseknek a kezelése az elmondandókból önként folyik.

Megjegyezzük egyszersmind azt is, hogy a következőkben az Ullmann és Güterbock által ajánlott, de Antal által részben és lényegesen módosított eljárást fogjuk egészen röviden ismertetni, helyesebben reproducálni, miután a helyes beavatkozástól függ ily súlyos esetben a beteg életének megtarthatása.

Előrebocsátjuk, hogy a medián metszést drainezéssel összekötve, melyet szintén ajánlottak, nem tarthatjuk kielégítőnek.

A sérülés után, hólyag repedést constatálva, megnyitjuk a hasfalakat a symphysis fölött és feltárva a praevesicális tért, meggyőződünk arról, van-e sérülés a falnak praeperitoneális részén. Ha van, úgy a sebzésen keresztül ujjunkkal behatolunk a hólyagba és kitapintjuk annak belső felszínét. Ha a hólyag egyéb helyütt sérületlen, a praeperitoneális falnak repesztett sebjét felfrisítés után egyesítjük csomós varratokkal, a hasfal sebét nyitva hagyjuk, a praeperitoneális ürt jodoform gaze-al töltjük ki és az utókezelést úgy folytatjuk, mint sectio alta után.

Ha a praeperitoneális hólyag falon kívül a hólyag más helyén is sérült, az eljárás olyan lesz, mint azt a következőkben leírjuk azon esetekre vonatkozólag, melyekben az elülső hólyag fal ép.

Ilyen esetekben az elülső hólyagfalat megnyitjuk, mint a sectio altánál és ujjunkkal behatolva meggyőződünk arról, hogy a hólyagfal sértése mily helyzetű. Ha subperitoneális, akkor a hólyagról a sérült helyig a hashártyát lepraeparáljuk és a repedést felfrissítve egyesítjük akként, mint az elülső falon sectio alta után (a nyálkahártya át nem szurásával). Ha intraperitoneális, akkor a hashártyát a hólyag felett a hasfalseben át hosszirányban megnyitjuk és a hólyag sebét, felette pedig a serosát egyesítjük a hasür kitakarítása után, ezt követőleg a hashártyát a megnyitás helyén is egyesítjük.

Akár subperitoneális, akár intraperitoneális a sértés, egyik esetben sem egyesítjük a hólyag elülső falán ejtett művi sebet, esetleg repedést teljesen. A hasfal sebét természetesen szintén nem egyesítjük.

A mi esetünkben a praevésicalis ür a sérülés által nyitvatott meg, így annak művi megnyitása fölöslegessé vált, a vizelet jól elfolyhatott. Ha fenyegető tünetek (húgy retentio, húgy beszűrődés, genyedés, láz stb.) léptek volna fel, nem késtünk volna a további feltárással. Ha pedig a hasfal-hólyagsipoly állandósodott volna, szintén feltárást végezhattünk volna felfrissítéssel, egyesítéssel összekötve.

Mindezekre, egyéb beavatkozásra, meg lévén adva a gyógyulás feltételei, nem szorultunk és esetünk simán gyógyult.

Második esetünkben a diagnózis megállapítása semmi nehézséggel sem járt.

Az előrement trauma, ha nem is a gyakoribb neme az ily sértések okozóinak, mindenesetre eléggé könnyen magyarázható módon hozza létre az ily sérüléseket.

Kaufmann 398 esete közül 9-szer = 4%-ban okoztatott a húgycső sértése elgázolás által.

Kezdetben, olykor az egész lefolyás alatt is a vizelés lehetséges, gyakran azonban, vagy rögtön a sérülés után, vagy csakhamar teljes retentio áll be. Közvetlen a sérülés utáni tünetek az esetek legnagyobb számában sokkal könnyebb, enyhébb sérülés képét nyújtják, mint a milyennel tényleg dolgunk van. A lágy képletek az esetek túlnyomó számában látható elváltozást nem mutatnak, legalább is a fedő bőr nagyobb fokú sérülés jeleit nem viseli. Ha azonban az ily esetek magukra hagyatnak, vagy ha az esetleges retentio ellen pusztán a pöcsapolásra szoritkozunk, rendszeren csakhamar beállanak a húgybeszűrődésnek, később az eves szétesésnek és gangránának tünetei.

És az ily fellépett complicációknak veszélyessége még csak fokoztatik azáltal, hogy a sérülés rendszeren a bulbus körül, tehát a diaphragma urogenitále szomszédságában van, honnan az eves processusok, húgybeszűrődések átterjedhetnek a medence felé is.

Tekintetbe veendő továbbá a követendő beavatkozás szem-

pontjából az is, hogy mily nagy fokban roszabbitja a húgybeszűrődés a prognosist; Kaufmann szerint a halálozás 4-szer annyi a húgybeszűrődéssel járó esetekben, vagyis 36%, mint az egyszerű retentioval complicáltaknál.

A mi már most a húgycső sértések kezelését illeti, felhasználhatjuk esetünket arra, hogy annak kapcsán a következőkben adjuk a legezlszerűbbnek látszó eljárás felemlítését, mely a könnyű esetektől eltekintve, a külső húgycsőmetszésben áll.

Szükségesnek látszik ez annál is inkább, mert a régiebb időkben végzett különféle módszerek helyébe helyesen megállapított külső húgycsőmetszés helyett ujabban ismét más eljárások ajánlottak, különösen a francziák részéről, melyek egyszerűbb beavatkozásuk lévén, sokak által elfogadtattak és követtetnek.

A külső húgycsőmetszés nagy fölénye ezek fölött az inkább palliativ eljárások fölött ugyan csakhamar ki fog derülni, mindazon által nem tartjuk teljesen fölöslegesnek, ha az egyöntetű, helyes irány betartása érdekében e néhány sorral szerény közleményünket meghosszabbítjuk.

A húgycső sértések könnyű eseteitől eltekintve, mindegyik esetben indikálnak tartjuk a külső húgycsőmetszés végzését. Könnyű eseteknek tartjuk azokat, melyekben a húgycső nyálkahártyájának csak fölületes zúzódásai, repedései, szakadásai vannak jelen, melyek a tünetekből elég pontosan diagnosztisálhatók.

Ily könnyű esetekben, ha retentio nincs jelen, elégséges a nyugalom a gyógyulás bekövetkezésére. Ha retentio van jelen, akkor ne alkalmazzunk állandó kathetert, melylyel az infectiot elősegíthetjük, hanem sterilisált, puha katheterrel végezzük szükség szerinti időközökben a csapolást a kellő desinfectio mellett.

Ha a sértés súlyosabb, csakis a külső húgycsőmetszéssel fel lehetünk meg a kezelés kívánalmainak, elkerülhetjük a húgybeszűrődést, megszüntethetjük a retentiót, csillapíthatjuk a vérzést és végre ezzel a műtéttel megkisebbíthetjük az esetleges szűkület képződés létrejöttének valószínűségét, miután sokkal szélesebb heg képződésének nyitunk teret.

Csak, ha a külső körülmények folytán nem végezhetnők rögtön a külső húgycsőmetszést, vagy ha a külső húgycsőmetszés közben a centrális húgycsővéget nem találjuk meg és a hólyag kiürítése rögtön szükséges, végezzük a hólyag szűrőcsapolást.

A műtetre nézve néhány megjegyzésünk van. A vérzés műtét közben rendszeren nem oly nagyfokú, hogy különös nehézséget okozna. Parenchymás vérzéseknél néhány percnyi tamponálás után rendszeren el áll a vérzés teljesen, esetleg néhány körülöltést végzünk ott, hol oly edényekből történik a vérzés, melyeket lekötni nem vagyunk képesek. A teljesen átszakadt húgycsőnek a központi végét feltalálni sok esetben igen fáradságos és csak hosszas keresgélés után sikerül. A vizeltetés, ha lehetséges is, nem ad biztos utmutást minden esetben, a mint ezt esetünknel láttuk. Ha a hólyag teltsége nem nagy fokú, akkor az ilyen esetekben a sebet tampon-

náljuk és később, esetleg másnap fejezzük be a műtétet, midőn a beteg már spontán vizelni képes. Ha kellő figyelemmel és kitartással végezzük a műtétet, csak ritkaság szamba fog az olyan eset menni, melynél erre a halasztásra, esetleg szűrőcsapolásra szorulunk.

A húgycsőnek nyálkahártyáját lehetőleg egyesítsük. Ha csak néhány *mm*-nyi területen lehetséges is az, mégis nagy előnyt biztosít a későbbi gyógyulásra nézve. Már a nyálkahártyának átszakadt részeinek egymáshoz közelítése is előnyös.

Műtét után minden esetben célszerű az állandó pöscsap bevezetése a húgycső hegnek helyesebb elhelyeződése miatt.

Az infectiótól ilyenkor, mikor a gát felől megnyitottuk a lágyrészeket, kevésbé kell tartani az állandó katheter alkalmazásánál.

Vitás még az a kérdés, hogy vajon egyesítsük-e a gát sebtét, vagy sem. Antal kezdetben (szükületek miatt végzett) húgycsőmetszéseinél csakis oly esetekben alkalmazta a varratot, melyeknél a húgycső részleteket a callus kiirtása után harántul egyesíthette, később egyéb esetekre is kiterjeztette azokat. Húgycső sértésnél a gát sebtét nem egyesítette. Szerény nézetünk szerint a gát sebtének egyesítése, mint azt Koenig, Lumniczer, Lucas-Championnière és mások is alkalmazták, csakis jó befolyással lehet a heges zsugorodás ellen, feltéve, hogy a varratok nem alkalmazhatnának túlságosan mélyen. Ha elég tág katheter fölött egyesítjük a gát sebtét, úgy nemcsak a lefolyást rövidíthetjük meg, hanem a húgycsőnek helyes elhegedését is elősegíthetjük.

Ezáltal nem akarjuk azt állítani, hogy teljesen elejét vehetjük a húgycső heges szűkülésének, mert különösen oly esetekben, hol mint a miénkben a húgycsőnek tetemes részlete tönkre ment, a későbbi megalakulás teljesen kiszámíthatatlan. A heges szűkület még évek múltával is beállhat, mint ezt sajnos, elég számos esetben vagyunk kénytelenek, még húgycsőmetszés után is constatalni.

Mindenesetre igen fontos a kellő utókezelés. A szondázást rendszeresen hónapokon, sőt éveken át kell folytatni, s a beteget ellenőrizni.

Nem fejezhetem be ezen igénytelen casuisticus közleményemet anélkül, hogy az eset átengedéseért Haberern barátomnak és az endoskopikus vizsgálatok végzéseért Róna, egyetemi magántanárnak köszönetemet e helyen is ki ne fejezzem.

## II. Referatumok, könyvismertetések.

### *Krogius. (Helsingfors.) A cocain analgesia kérdéséhez.*

Reclus párisi sebész, — ki nagyobb szabású tanulmányt közölt cocain analgesiaira vonatkozólag, sebészi műtéteknél az irodalomban talált 17 cocain halálesetnél a végzetes kimenetelt a túlságosan nagy cocain adagok alkalmazásának tulajdonítja (—1.5 grm). Egy 2% oldatnak 0.06–0.15 grmnyi mennyiségét óvatosan adagolva veszélytelennek tartja. Methodicus alkalmazásnál szerinte a cocain analgesia nagy műtéteknél is, mint laparotomiák, herniotomiáknál teljes sikerrel alkalmazható. Eddig 2250 esetben használta.

Az átmetszendő szöveteket a mély rétegek felé haladva successive 1–2% cocainnal átítatja. A Pravazfecskendő tűjét magába a dermisbe vezetve beszúrás közben fecskendí az oldatot a szövetekbe s ezután végzi a metszést. Erre a mélyebb szövetrétegekbe hatol — s miután az analgesia csaknem azonnal beállt, a műtét ideje a cocain alkalmazása által nem nyújtatik ki.

Krogius methodusát azon tényre alapítja, hogy ha az idegtörzs közelében a subcután szövetbe fecskendeztünk cocain oldatot, ezen ideg peripher területén analgikus zona jó létre.

Concrét példakon magyarázta methodusának alkalmazási módját. Panaritiumnál nem kell a lobos fájdalmas részen injiciálnunk, hanem magosabban az egészséges szövetekbe. Az ujj vagy lábujj bazisán végzett befecskendezésnél teljesen analgesia mellett végezhetünk phalanx amputatiót, exarticulatiót, benőtt köröm műtétet, stb.

A metacarpo-phalang. izületek exarticulatiójánál az injectiót a tenyéren és kézhati felületen kell végeznünk. 2–3 fecskendő harántúl a kéz tenyéri felületen alkalmazva a kéz egész palmar felületének analgesiaját hozza létre. A penis gyöke körül eszközölt befecskendezés után a praeputium analgicussá válik. Az incisurae supraorbitalale körül történt inject. után a homlok közép részletének analgesiaja jó létre. Az alkar s lábszáron a végtag hossztengelyével párhuzamosan végzett befecskendezésnél kiterjedt területeken eszközölhetjük az analgesia létrejöttét, stb. Czombon, felkaron, törzsön az eredmény nem mindig teljesen biztos.

A befecskendezések, — ha bizonyos idő múlva pld.: 5–10 percz múlva nem áll be az analgesia — esetleg ismétlendők. A cocain hatása intensivebb ha a befecskendezés helye felett elasticus leszoritást eszközölünk. Mindig 2% oldatot használ.

K. betegeit horizontális fekvésben operálja s műtét után kellemetlen utóhatás elkerülése czéljából még egy negyed óráig fekve hagyja.

K. methodusának a »peripher analgesia«-nak előnyeit röviden a következőkben foglalja össze:

1. A befecskendezést nem kell a műtét területén végezni, — hanem a centralisan fekvő testrészen eszközölhető.
2. Minimalis cocain dosissal kiterjedt analg. hozhatunk létre.
3. Alkalmos helyeken egyetlen injectio által nemcsak a bőr, hanem a mélyebb rétegek is analgeticussá tehetők.

(*Centralblatt für Chirurgie. 1894. 11.*)

Haberern.

### *Chaput. A gangraenas herniák kezelése.*

Chaput a párisi Société de Chirurgie-ben Martinet két észleletét közli. Az első a fehér vonal subumbilicalis, 5 nap óta kizárt sérve, collapsus tünetekkel. Az incarcerált cseplesz resecalása után az egyik bélkacson 9 cm hosszú, 2 cm széles sphacalus derül ki. Ez a részlet egy bélredőbe behajtva, a redő két széle catgutvarrattal egyesítetik. Megjegyzi, hogy étage varrat jobb lett volna, s hogy a módot Daviel és Boeckel 1869 és 1875-ben alkalmazták először, tehát a varratot tévesen nevezik Lindner (1891) után.

A másik esetben a bélvégek Lambert varrattal egyesítették.

Jelentésében elítéli a taxis minden kísérletét, mert, mint egy esetben, már gangraenas lehet a bélkacs, midőn reponáltatik s ez végzetes következménnyel jár. A suturált bélkacs elsüllyesztése helyett azt tanácsolja, hogy az 48 óráig két réteg jodoformgaze között künn tartassék.

Hogy a gangraenas herniát resecálni, vagy csak anus praeternaturalist kell-e csinálni? mivel számos veszéllyel jár s nehéz utóműtétet igényel, s halalozási százaléka 76%, míg a resectionál 33%, bár ennek is vannak veszélyei, s kivitele nehezebb, utóbbi mellett nyilatkozik.

Kétes esetekben colotomiát végez reductió nélkül s csak ha a vitalitás 48 óra múlva bebizonyosodott, resecálja.

(*Semaine médicale 1894. 17. szám.*)

Bánóczy (Győr)

### *Mikulicz. A tuberculosis gyógyítása pangási vérbőség által Bier szerint.*

Mikulicz 12 esete kapcsán nyert eredményeiről számol be, s habár végleges ítéletet e kevés eset alapján a rövid megfigyelési idő után mondani nem lehet, mégis az egyes esetekben elért jó, sőt kitünő eredmények arra sarkaljak, hogy a Bier-féle methodusnak soraival propagandát csináljon és más sebészeket is felbuzdítsion a kísérletek végzésére. E mellett azt sem tagadja, hogy egyes esetekben javulást beállni nem látott, sőt határozott rosszabbulás következett be.

Tudvalavóleg a Bier-féle módszer abból áll, hogy elastikus

polyával a végtagrészlet a kóros rész felett annyira szorítottatik le, hogy pangási hyperaemia áll be.

Hogy valjon a Bier-féle pangási vérbőség egyszerüen a hyperaemia által hat-e, vagy talán gyógyítóserum, avagy az autotuberculin hatás egy neme által, ismeretlen. Mindenesetre a normális reaktív folyamatok fokozódása a fődolog.

A módszer technikájára nézve a következő észrevételeket teszi Mikulicz. A pangási vérbőség alkalmazásának fokára és tartamára nézve individualisálni kell a localis reactio és a beteg subjectiv érzése szerint. Kezdetben czélszerű a ruganyos pólyát csakis néhány órára lazábban alkalmazni. Fontos, hogy az alkalmazási helyet változtassuk. Ügyelni kell arra, hogy a pólya alkalmazása az izmokat ne sorvaszsa.

Miután egyes esetekben a lekötés káros hatása, ellenőrizni kell szorgosan a hatást, 8—14 nap alatt kitűnik, hogy nem ártalmas-e a módszer.

Minden objectiv tünetet rendszeren a fájdalmak csökkenésének korai (néha pár már nappal az alkalmazás után) fellépte szokta megelőzni.

Mikulicz e módszert a jodoform glycerin befecskendésekkel combinálja, azonban csak akkor, ha azt látja, hogy a Bier-féle módszer nincs az illető betegnél ártalmas hatással.

A közleményhez 8 kórtörténet van rövid vonásokban melékelve, melyekre nézve az eredetire kell utalnunk.

(*Centralblatt für Chirurgie 1894. 12. sz.*)

*Béreskine. A gerincoszlop lékelése lövés által okozott sérülés miatt.*

24 éves férfi revolverrel mellének bal oldalába lőtt.

Belövés a 6-ik borda magosságában, 3 cm-nyire a bal bimbó vonaltól befelé. A XI. háti csigolya nyomasra fájdalmas. Az alsó végtagok teljesen paraplegikusak, húgy retentió, székrekedés, a has alsó része és az alsó végtagok érzéketlenek.

E tünetekből a gerinczagy sérülését vagy a golyó általi nyomását vették fel, és a XI. XII. háti és 1. ágyék csigolyák haránt nyúlványait egy felettük vezetett hosszmetsszéssel feltárták, de eredménytelenül. Varrat.

Az állapot nem javulván, a 10. napon laminectomiát végeztek a nevezett csigolyák ivein. A gerinczvelőt a dura felmetszése után jobb oldalra húzva a XI. csigolya testében érezhetővé vált a löveg, melyet a gerinczvelő és a dura hosszirányú felmetszése után eltávolítottak.

A műtét utáni 4. napon a vizelés és defaecatio normalissá vált. Az anaesthesia szünőfélben van, a beteg alsó végtagjait térdben (120—150°-nyira) hajlítani képes, saját erejéből fel ül agyában.

(*Société chirurg. de Moscou 1893. decz. 15.*)

*Sittmann és Barlow. Bacterium coli commune lelet élő vérében.*

Szerzők ezen esetükkel bebizonyítják, hogy a bacterium coli commune mily súlyos sepsist képes előidézni. A bact. coli-t eddig még csak 2 esetben találtak élő vérében és pedig Hartmann és de Gennes (húgylaznál) és másodszer Albarran lithotripsia után 16 órával a halál előtt (streptococcusokkal).

Esetük röviden a következő: 38 éves férfi 3 év óta vizeelési nehézségekben szenved, daczara a folyton fenálló vizeelési ingernek csakis cseppekben képes vizelni. 1 $\frac{1}{2}$  év előtti esés után rövid ideig tartó aphasia és éjjeli incontinentia. Csakis a 2-es számú sondával átjárható strictura 17 cm nyire a húgycső külső nyílásától és egy tágabb a külső húgycsőnyílás mögött. Húgyszervek állapota folyton rosszabbodik, majd a húgyszervekből kiinduló sepsis teljes képe fejlődik ki, mely halállal végződik. Bonczlelet: genyes eves cystitis, pyelitis, genyes, parenchymás veselob, genyes perinephritis endocarditis verrucosa az aorta és mitralisban, mindkét tudó alsó lebenyének bőverüsgé, általános icterus, gastritis granulosa; sepsis.

Külső okokból csak a vesék vizsgálathattak meg kórszövet-tanilag. A vesében milliariis talyogok, melyekben a colibacillushoz hasonló palczikák találtak.

11 órával a halál előtt kellő cautelak mellett punctióval vettek vért a vena mediánából és agar és gelatin lemezeket készítettek.

Lemezeiken a bact. coli commune tiszta kulturáit nyerték, ép úgy, a mint a vizeletből vett próbával is.

Biztosan megállapították a bacterium coli commune Escherich identitását más tapláló talajakra való átoltás által, control kultúrákkal összehasonlítva. Az allatkísérleteiknél mutatkozó enyhébb hatás szerintük ezen bacterium igen változó virulentiájából magyarázható.

(*Deutsches Archiv für klinische Medizin.* 52. kötet. 3. és 4. füzet. 1894. febrár 6.)

*Jalaguier. Sebészeti beavatkozások 15 esete a here abnormális fekvéseinél.*

13 betegnél, kik műtét alá kerültek 10-szer volt egy oldalon, 2-szer mindkét oldalon az inguinalis csatornában a here, egyszer perinealis ectopium volt jelen. Kastratiot csakis egy esetben végezett, melynél a here teljesen atrophicus volt. Érdekes a perinealis ectopium esete, melynél a here az ülőgumóhoz volt egy erős szalagos, véredénydús köteggel rögzítve (Gubernaculum testis aberrans). 12 esetben a műtétet úgy vegezte, hogy a herét lehúzta és a scrotumban varratokkal rögzítette. A lehúzás mindig elég könnyen ment, azonban csakis úgy volt lehetséges, ha a fascia transversa-

lelet

m coli  
eddig  
nn és  
tan 16

izelési  
ernek  
rövid  
szamu  
vilasa-  
ek ál-  
se-  
ge-  
enyés  
mind-  
tritis

övet-  
shoz

vet-  
észi-

ték,

rich  
altu-  
ébb  
gya-

fü-

re

on,  
zer  
ég-  
lis  
la-  
s).  
ro-  
en  
sa-

nak a lágyék gyűrűhöz menő rostjai, melyek épen a herét e helyzetben fixálva tartottak előzőleg óvatosan felszabadítottak, felpraeparáltattak. A scrotumban való rögzítés catgut fonál varrattal történt, az öltések a here és a mellékhere fark részlete között vezetettek. A scrotum különben mindig kicsi és rudimentär volt, 4 esetben rostos kötőszövet által volt teljesen elzárva. Egy eset kivételével valamennyiben az eredmény jó volt; a here a scrotumban mozgékony maradt és nem atrophisálódott. Csak egy esetben lett a jobboldali here két oldali műtét után atrophikus. Oly esetekben hol a here az inguinális csatornában volt rögzítve, 3 esettől eltekintve, mindig volt sérv is jelen.

Hét éven aluli gyermekeknél a műtétet későbbi korra halasztja és csak akkor operál, ha sérv is van jelen. Idősebb gyermekeknél is kezdetben bandage és a herének methodikus mozgatását kísérli meg, mielőtt műtétet végezne.

(*Annales des maladies Genito-urinaires. 1893. VIII.*)

*Kerr. A húgyhólyag intraperitonealis repedésének egy esete.*

33 éves férfi magasból leesve medencecsont törést szenvedett. A törés a bal oldali szeméremcsontnak testén és a leszálló szárán volt. A törés mellett a beteg húgyhólyagja intraperitonealis repedést szenvedett. Kerr a betegnél a sérülés után 8 órával laparotomiát végzett, a repedést nem volt képes megtalálni. (Subperitonealis? Ref.) A hólyagot megnyitotta és Trendelenburg féle csövet vezetett bele. A peritonealis ürt kimosta és drainezte. Betegje meggyógyult. 29 intra peritonealis hólyagrepedést gyűjtött az irodalomból, melyeknél laparotomia végeztetett. A 29 sérült és műtett közül 11 gyógyult meg, 18 meghalt.

(*Annals of Surgery. XVIII. kötet. 12. füzet.*)

*Barlow. Adatok a cystitis kóroktanához. prophylaxiájához és therapiájához.*

Barlow beható tanulmányokat végzett, mint Neisser segédje a cystitis fölött. Terjedelmes munkájából röviden összefoglalva csakis eredményeinek a velejét adjuk a következőkben:

1. A cystitis okozói eltekintve a cantharidák által okozottaktól, bakteriumok.

a) Bacillogén cystitisek okoztatnak a következő fajok által: gümő bacillus, bacterium coli commune, urobacillus liquefaciens septicus, seu proteus Hauseri, coccobacillus ureae.

é) Coccogen cystitisek okozói: gonococcus, staphylococcus, (pyogenes albus és aureus) streptococcus, diplococcus pyogenes.

2. Ily bacteriumok teljesen virulens tiszta kulturai képesek ép hólyagban intact epithelnél cystitist előidézni. A cystitis felléptét elősegítik: retentio, passiv vagy activ hyperaemia és trauma.

3. a) A retentio hatása abban áll, hogy a húgy residuum, mint tápláló talaj stagnál a hólyagban.

b) A hyperaemia által a hólyagfal fellazul.

c) A trauma által a nyálkahártya folytonossága megszakad, a behatolás könnyítették meg.

4. Az ammoniakális erjedés mellékes és csak másodsorban jön szóba, nem direkt oka a cystitisnek, hanem csak elősegíti azt, azáltal, hogy

a) az epithelt macerálja, továbbá

b) mert az erjedő vizelet is lobot okozó lehet és a már fennálló lobot fokozza.

5. Az infectio létre jön:

a) nem kellően desinfectiált eszköz által,

b) ritkábban, a normalis húgycsőben is előjövő bakteriumok bevándorlása, vagy bevitele által.

6. A húgycső praktikus desinfectiója, annak izgatása nélkül nem lehetséges, óvatos irrigálása bórsav, vagy gyenge argenticum nitricum oldattal hasznos, de csak feltételesen engedhető meg.

7. Selyem póscsapok desinfectiója leghelyesebben

a) áramló vízgőzzel,

b) 1 : 1000 argenticum nitricum oldattal,

c) 1 : 1000 sublimat oldattal történik.

Az antiseptikumot erősen át kell fecskendezni; a póscsap beszírozása vagy olajozása helytelen. E célra steril glycerint kell használni.

8. Belső szerelés csakis az ammoniakális erjedésnél, mint a vizelet reactióját megváltoztató factor ajánlatos, de nem desinfectáló, nem antiseptikus hatású.

9. Eszserü therapiának csakis az instillációkat tartja argenticum nitricum, vagy sublimat oldattal. Hólyagmosások csakis másodsorban jöhetnek szóba.

(Archiv f. Dermatologie und Syphilis. XXV. köt. 3., 4. és 5. füz.)

### Ziegler. Traumatikus, nagy gyomorfaltömlő ritka esete.

Egy 23 éves napszámos hasának felső része bal oldalt a gyomortájon »pufferek« közzé került. Rövid ideig tartó eszméletlenség. Fajdalmak a hasban. 10—12 óráig tartó haemoptoe, az egész bal tüdőn kis hólyagu szőröcszörejek, baloldalt hátul alul 2 ujjnyi tom-pulat. Bordatörés nem volt biztosan diagnosztisálható. Fajdalmas vizelet. Vizelet rövid ideig véres. Széklete soha sem volt véres. Állapota 5—6 nap alatt csaknem teljesen jóra fordult. A 3-ik héten újra fájdalmak a has bal felső részén és a bal bordaív alatt alma mekkoraságu, határolt, lüktető, elastikus daganat érezhető, mely par nap alatt a középvonal felé nagyobbodott. Időnként, különösen este hányás, sőt olykor hányás, meteorismus, székrekedés, collapsus. Beöntésekre mindenkor elmúltak e tünetek. A daganat

nagysága változó volt, sőt egy punctio után, melynél csakis vér ürült, rövid időre eltűnt. Láztalan. Étvágy jó, de evés után nyomás érzése és hányas gyakran állt be. 3 hónap múlva (felvétel a müncheni klinikára) a köldök és hypochondrium között bal oldalt volt érezhető a leirt tulajdonságokat mutató tumor, mely aláfelé a vízszintes köldök vonalon alul két ujjnyira végződik ledomborodva, befelé a középvonalig terjed, itt a maj szélétől jól elkülöníthető, a lép felé és bal oldalt a májtól az elhatárolás nem lehetséges. Nem mozgatható, respirációnál is mozdulatlan, fölötte a kopogtatási hang tompult. A colon alatta van, vele nincs összenőve.

Biztos diagnosist nem voltak képesek megejteni, dacára, hogy legnagyobb szorgossággal 4 héten át észlelték az esetet és mint az eredetiben leírva is találjuk, az irodalmat is átkutatták. Felvilágosítást a műtét nyújtott, melynél kiderült, hogy a gyomor egész mellső fala a cardiától a pylorusig, felső szélétől le az omentum tapadásáig egy lapos, fluctuáló, feszült, ép peritoneummal fődött tumor által van beborítva. Trokárral megpungálva a tumort, az 3 liternyi barnás-vörös folyadék kiürülése után összeesett. Ekkor érezhető, hogy a cysta 2–3 cm vastag fala a mellső gyomorfallal eltolható, egyenletes, sehol sem dudoros. A hasfalsebet egyesítették. Reactió nélküli gyógyulás. Az első időben a gyomortájon még resistentia volt érezhető. Fájdalmak megszűntek, csak, ha az egyén nagyobb mennyiségű táplálékot fogyaszt el, érez felpuffadást, hányási ingert. Félév múlva sem rosszabbodott állapota.

Nem tartja a daganatot haematomának, hanem az által gondolja az elváltozást létrejöttek, hogy a gyomorfallak egyes rétegei az erőbehatásra szétválasztattak — *decollement traumatique* — és pedig a mucosa vált volna le a muscularisról és közöttük gyűlt volna meg a lymphából és vérből álló bennék.

(*Münchner medizinische Wochenschrift. 1894. 6. szám.*)

### *Veit. Komplikált laparotomiák technikájához.*

Egyszerű laparotomiáknál a steril sebkezelés teljesen megfelelő. Kérdés, hogy áll a dolog complicáltaknál? Complicáltaknak tartja azokat, melyeknél véletlenül, vagy szándékosan megnyitott organumokból infectiosus anyag jut, vagy juthat még a műtét befejezése után is a hasürbe. A tuba infectiosus bántalmait veszi első sorban szemügyre, melyek a gynaekologust kiválóan érdeklik. Nem minden pyosalpinx egyformán veszélyes. Az bizonyos, hogy pathogen organizmusok néhány esetben kimutathatók a genyben, de úgy látszik, hogy főleg a mikroorganizmusok virulentiájától függ a rosszindulatuság. Ezzel részben összevágóan Klinice két különösen rossz alakot ismer: lázas folyamatokat, melyek a pyosalpinx-el függnek össze és kifelé áttört pyosalpinx alakokat.

A lázas alakoknál azonban szükségtelennek tartja az egyszerű asepsistól eltérni, mert a műtét által minden mi inficiálhat, eltávo-

litható. Eredményei asepsis mellett is jók és ebben Zweifel eredményeivel, kinek nézeteihez csatlakozik, egyezik. Eltér Zweifeltől abban, hogy nem törli ki oly minütiosusan a mütét terét. E módszer a mellett, hogy ép oly eredményeket ad, kényelmesebb. Előnyös továbbá az, az ily műtevés mellett, hogy nem keni szét az infectiosus anyagot és hogy gyorsabban elkészül. Veith tehát csak a kifelé áttört pyosalpinxet tartja complicálnak, de Pozzi-val itt sem tartja a drainezést szükségesnek.

Ezután áttér a genítalis környezetében fellépő tályogokra. Complicálnak tartja ezeknél a laparotomiát azért, mert a megnyitás helyéről mindig új infectiosus anyag kerülhet a has-hártyára.

Magának a genítalis csatornának megnyitását csak oly esetekben tartja complicálnak, midőn az kimutathatólag inficiált (pl. ha ovarialis tumorok, pyosalpinx törnek a hüvelybe). Belső tartományban complicálnak tart, hólyagsértést csak, ha annak tartalma infectiosus (lobos). Ep úgy nem számítja az asepsis szempontjából ide a peritonitis mellett végzett laparotomiákat.

A mi a mütét végzését illeti, csak akkor desinficiálja a genítalis csatornát, ha az inficiált (alkalikus hatás Doederlein). Szükségesnek tartja a medence felemelését a mütétnél, mi a mütét gyorsabb végzését teszi lehetővé dacára egyes helyt nem álló ellenvetéseknek.

A complicált eseteknél a következő mütéti modorok alkalmazhatók:

1. A kétszakaszos mütétet általában nem ajánlja, mert az a veszélyt csak kitolja. Csak három esetben tartja alkalmazhatónak, u. m. a) ha a beteg igen rossz erőbeli állapotban van; b) elvessedett extrauterin graviditásnál a magzat elhalása után; c) ha egy vélt tumor mütétének kiderül, hogy nem tumor, de exsudatum van jelen, tehát hibás diagnózisnál.

Utóbbi esetben inkább

2. a Mikulicz-féle tamponade-ot ajánlja, valamint egyes átfürödött pyosalpinx esetekben is.

3. A drainaget kifelé alkalmazza a bél átfürödő sebzéseinek a varrat után, genyrtartalmu tumor megnyitása után, pyosalpinx extirpatio után, melyek bélbe vagy hólyagba áttörtek (varrat után). A hüvelybe áttört pyosalpinxnél a hüvely felé drainez. A drain hatását nem a váladék levezetésében, de adhaesiok képzésében látja. Drainezéshez a legegyszerűbb methodust használja, jodoform vagy steril gazet vezetve a megfelelő helyre, melyhez ha mélyen fekszik, catguttal odavarrja. Miután a drain az egész hasürt nem, csak annak egy helyét drainezi, azért aseptikus mütétnél nézete szerint fölösleges, csak ha egy inficiált hely van, szükséges az alkalmazása. Ha az inficiált terület kicsi, szintén nem drainez. Tehát complicált esetekben első sorban draint alkalmaz, ritkábban a Mikulicz féle tamponadeot és igen elvétve a kétszakaszos mütétet.

(Berliner Klinik 56. füzet)

*Dreydorff. Gyomorsebészeti casuistikus közlemény.*

Dreydorff a Czerny klinikájáról 1892-ben kikerült közlemény kiegészítéséül 7, azóta operált újabb esetet közöl.

E 7 eset kórtörténetét in extenso közli.

Ez esetek a következők:

1. Pylorus stenosis ulcus után. Pyloroplastika. Gyógyulás.
2. Scirrhus pylori. Gastrektasia. Pylorektomia. Gyógyulás.
3. Ulcus curvaturae minoris. Perigastritis, stenosis pylori, gastrektasia. Pyloroplastika. Gyógyulás.
4. Rakos pylorusstenosis. Gastrektasia. Gastroenterostomia. Gyógyulás.
5. Sarcoma pylori, stenosisal, gastrektasia. Gastroenterostomia. Halal a műtét után 6 órával.  
(NB. Ez az első leirt tiszta pylorus sarcoma eset.)
6. Pylorus rák. Gastrektasia. Gastroenterostomia. A 6-ik héten marasmusban meghalt.
7. Pylorus szűkület ulcus után. Gastrektasia. Pyloroplastika. Javult.

E 7 esetet hozzá számítva, eddig 24 férfin és 21 nőn csináltak gyomorműtéteket: 35·6% a halálozással. És pedig pylorektomia: carcinoma miatt 6 fi, 6 nő, jó indulatu stenosis miatt 1 fi, 4 nő, 41·2% halalozás; 2 finél sarcoma miatt ovalis gyomorfall kimetszés jó eredménnyel. Gastroenterostomiát 23 esetben végeztek 39·1% mortalitással és pedig 20-szor (12 fi, 8 nő) carcinoma miatt, 3-szor (2 fi, 1 nő) jó indulatu stenosisnál. Pyloroplastikát 3 esetben (1 fi, 2 nő) jó eredménnyel.

Dreydorff ezek után az irodalomból 128 sebész által végzett 442 gyomorműtétet allit össze, és pedig: 188 pylorektomia, 215 gastroenterostomia, 10 egyesített pylorektomia és gastroenterostomia, 29 pyloroplastika.

Statistikai adatait természetesen a referatum szűk keretében nem ismertethetjük egész terjedelmében, csakis egyes érdekesebb adatait soroljuk fel.

A közép életkor pyloroplastikánál 35·35, pylorektomia vagy gastroenterostomia utjan gyógykezelt heges stenosisok eseteinél 38·32, rossz indulatú daganatoknál 45·14 év.

Érdekesek a nemi viszonyok. 167 pylorektomiára 56 fi, 111 nő esik, gastroenterostomianál 90 fire 68 nő. Ennek oka Hacker szerint az, hogy a nők hamarabb elhatározzák magukat műtétre, továbbá, hogy a férfi thorax alkata folytán a pylorus jobban el van fődve, tehát tumorai nehezebben, későbbben fedezhetők fel.

Ennek következménye, hogy az eredmény a férfiaknál rosszabb, 53·05% a férfiaknál a halálozás, 44·32% a nőknél.

Idősebb korú betegek mortalitása is nagyobb: 334 beteg közül 163 meghalt éveinek középső kora volt 44·72, míg 171 gyógyulté 42·16 év volt.

Az egyes műtétek eredményei a következők.

Pyloroplastika (29 eset) 20.7% halálozás, gastroenterostomiánál (215 eset) 43.3%, pyloroktomianál (188 eset) 57.4%, pyloroktomiaival egyesített gastroenterostomiánál 60%. E rossz eredmények oka abban van, hogy az összes esetek felvételnek a statistikába. Mások az eredmények és javulást mutatnak, ha chronologikus sorrendben csoportokra osztjuk.

Pyloroktomia az 50 első eseténél 78%, a második 50-nél 58%, az utolsó 49 esetenél 47% halálozást adott.

Gastroenterostomia első 50 eseténél 56%, a másodiknál 48%, az utolsó 51-nél 31% volt a halálozás.

Annyival feltűnőbb a gastroenterostomiások jó eredménye, mert a betegek a műtéthez már gyöngültebben jutnak. Pontosabb adatok tekintetében az eredetire utalunk, melyhez a 442 eset rövid adatai táblázatos összeállításban mellékelvük.

(*Beiträge zur klinischen Chirurgie, XI. kötet, 2. füzet. 1894.*)

#### *Miles. Lövés által okozott bélsértésekről.*

13 esetben végzett laparotomiát a hasba hatoló lőtt sebek miatt. E 13 eset közül 5-ben gyógyulást ért el, 8 eset halállal végződött. A halálozások okai vagy a sérülés igen súlyos voltában, vagy abban rejlettek, hogy a beavatkozás igen későn történt.

Igy két esetben, egyikben 40, a másikban 24 órával a műtét után már peritonitis állott fenn a műtét végzésekor. Érdekes egy esete, melyben egy órával a sérülés után végezte a laparotomiát és 7 bélátfúródást egyesített. A beteg egy öreg iszákos férfi, folytonos gyengülés közben a 15. napon meghalt Bonczolásnál kiderült, hogy valamennyi egyesített seb jól tartott. Lokális halálokot nem találva, az alkoholismusnak tulajdonítja a beteg elhalását.

Öt gyógyult esete műtét nélkül mindenestre elhalt volna. Egy esetben 16 átfúródás volt a vékony bélen és 3 sebzés a mesenteriumon, egy második esetben a colon transversum volt átfúrva rendkívüli nagy fokú vérzéssel a mesenteriumban, egy harmadik esetenél (3 órával a sérülés után) 3 bélsértés, 1 mesenterium sebzés, a 4. esetben (10 órával a sérülés után) 14 átfúródás volt a vékony bélen, az 5-ikben 10 nagy perforáció.

Szerző minden hasba hatoló lőtt sebzésnél indikálnak tartja és végzi a próba laparotomiát, kigördítve a beleket. Szivacsokat, törlóket nem használ, csak meleg vízzel irrigál. Az első 24 óra alatt csak tápláló csőréket adat.

(*Annals of Surgery XVIII. kötet, 12. füzet*)