

A külső húgycsőmetszés.¹⁾

Brandt tanár sebészeti klinikáján Kolozsvártt.

Papp Gábor, tr. műtőtől.

A mostani külső húgycsőmetszéshez hasonló műtét már Celsusnál említve van, ki Vieu szerint retentio megszüntetése végett a húgycsővön nyílást készített. Magát a retentio okát s a szűkületet, (vagyis akkori s még azután is sokáig fennálló nézet szerint az ezt előidéző «carunculát»), a 16. században kezdték külső metszés útján orvosolni. Grégory szerint e téren Scaccho, Cardani, Séverin olasz orvosok voltak az elsők. Ők a szűkületig bougiet vezettek, ott a húgycsővet késsel vagy tüzes vassal megnyitották, s a carunculát utóbbival elpusztították. Sőt Scaccho a seb begyógyulásáig bougiet vagy cathetert alkalmazott.

A 17. században az angol Molins, a holland Soolingen, a francia Colot és Tolet említik s gyakorolják, különböző módokon.

A 18. században Palfyn, Devaux, főleg Petit és Ledran neveivel találkozunk. Petit oly szűkületet is átmetszett, melyet nem kísért visszatartás. La Faye fistula mellett is megnyitja a stricturát. Daran, Astruc, Goulard, Grainger azonban már visszaesést mutatnak, a húgycsőmetszést elítélik, mivel a hegedés úgysis újra szűkülethez vezet; Dose szerint mégis végeztek hasonló műtétet, a meny nyiben a húgycsővet oldalt megnyitva, «fekélyek és carunculák» ellen causticumot alkalmaztak. Col de Vilars a műtétet csak a retentio megszüntetésére engedi meg, Dionis, Heister, stb. egészen elvetik. Desault a 19. század elején szükségtelen és veszélyes eljárásnak nyilvánítja. S a műtét lassankint annyira feledésbe ment,

¹⁾ Előadatott az „E. Múzeum-Egylet” orvos-természettud. szakosztályának 1893. május 12-i orvosi szakülésén.

hogy Vannier 1825-ben egy külső metszést végezvén, feltalálójának tartotta magát.

A század közepén az angol Syme adott műtétünknek új és hatalmas lendületet, úgy hogy azt sokáig róla is nevezték. Tényleg azonban azon időkben másutt is előfordult szórványosan, így pl. Bécsben Schuh is végezte (1836.), s szerinte Symet csak az avatatlanok tarthatják feltalálónak. Hasonló értelemben szól Dittel is.

Syme minden szűkületet átjárhatónak vélt, s erre alapította eljárását. Vékony hegyű vajt kutatót vezetett át a szűkületen, s ezt a kutatóra irányzott bistourival hátulról előre felhasította. Sokan voltak ellene, de még többen melléje állottak, úgy hogy a műtét igen elterjedett, s lassankint azon alakját nyerte, minőben alább le fogjuk írni.

A külső húgycsőmetszés oly műtét, mely által a húgycsövet fedő lágy részek s maga a húgycső fala kívülről befelé késsel választatnak ketté. Célja különböző lehet. E helyen csupán a szűkületek megszüntetésére irányuló külső metszést tárgyaljuk.

A javalatok az irodalomban igen sokfélék :

A húgycső teljes elzáródása — Schuh, Heineke, Moseitg-Moorhof, Horteloup, Nicolaysen, Güterbock, Dittel, Lücke, Antal, stb.

Eszközzel átjárhatlan szűkület — Schuh, König.

Átjárható, de tágíthatlan szűkület — Schuh, König, Dittel Antal, stb.

Oly szűkület, mely tágitás után gyorsan újra előáll — Riedel.

Tulságos érzékeny, fájdalmas szűkület — Billroth.

Fistula a szűkülettel társulva — Schuh, König, Dittel, Antal, Thompson, Vieu, stb.

Álút szűkület mellett — Braun, Nicolaysen, stb.

Beszűrődés, tályog szűkületet kísérve — König, Antal, stb.

Fekélyedés a szűkület megett — Nicolaysen, stb.

Kő a szűkület megett — Nicolaysen, stb.

Nagy induratio — Horteloup.

Vastag, hosszú szűkület — Dittel.

Retentio, ha catheterezni nem lehet — Schuh, Linhart, stb.

Makacs hólyaghurut — Nicolaysen, más súlyos sürgető tünetek — Schuh, uraemia — Horteloup.

Heges, vagyis traumatikus eredetű szűkület — Nicolaysen, Güterbock.

A mint látjuk, a javallatok között a műtöknél első sorban és általánosan az átjárhatlanság szerepel, és pedig különböző változatokban. S csakugyan átjárhatlan lehet a húgycső eszközre vagy vizelletre, vagy mindkettőre nézve; lehet az átjárhatlanság abszolút, midőn állandó szervi elváltozáson alapszik, és lehet relativ, midőn már előbb fennállott kisebb fokú szűkülethez társult heveny lobos duzzanat okozza azt, még pedig rendszerint ideiglenesen. Mindez eshetőségek szövődve jönnek elő, s ha a külső metszésnek e téren való jogosultságát meg akarjuk állapítani: akkor a dolgot részleteznünk kell.

Az abszolút átjárhatlanság létezését illetőleg a műtők nézetei eltérők. Syme nem ismer eszközzel való átjárhatlanságot s e véleményére alapítja a róla elnevezett műtéti eljárást, melynél t. i. a szűkület a rajta átvezetett vájt kutatón hátulról előre-metszetik át. Heineke szerint az abszolút átjárhatlanság szintén ritka, főleg a függő részben, mivel itt a catheter jobban kezünk hatalmában van. Ellenben Linhart s általában a műtők legnagyobb része annak lehetősége mellett van, még pedig számosan nemcsak traumaticus, hanem kankós eredetűekre nézve is. (Leroy, Schuh).

Dittel szerint abszolút átjárhatlanságot a következő okok hozhatnak létre: teljes összenövés, egyik oldalra való hegyes szögű elhúzódása a húgycsőnek egyoldali callus által, újképlet; relativ átjárhatlanságot pedig: elhúzódás, duzzadás, főleg nagyobb fokú szűkületnél.

Vieu szerint sértések után teljes elzáródás jöhet létre, vagy a két csonknak külön gyógyulása. Lobos eredetű szűkület körülbelül mindenik átjárható, csak türelem és idő kell az áthatolás próbálgatására. A hol azonban a beteg állapota miatt idő nincs: ott azon időben átjárhatlanság van jelen. (Rétrécissement cliniquement infranchissable Ollier.)

Nagyon természetes, hogy trauma után, hol a húgycső, tehát a nyákhártya, a hámréteg folytonossága meg van szakítva: a seb gyógyulása oly irányban történhetik, hogy a húgycső mellső része záródik, s a hátsó részből fistula vezet ki a vizelletet. Traumaticus eredetű abszolút átjárhatlanság létezését kétségbe vonni nem lehet.

Kankós eredetű szűkületnél abszolút átjárhatlanság létrejötte már nem képzelhető el oly könnyen. Csupán valamely bevezetett eszköz által okozott sértésre gondolhatunk itt, továbbá fekélyedésre, mely egyfelől beszűrődéshez, fistula képződéshez vezet, másfelől lehetővé teszi, hogy a húgycső falai sarjadzzanak s a fistula nyílása előtt összenőve, átjárhatlanságot okozzanak. Mindamellett a legtöbb kankós eredetű stricturánál, hol a húgycső mind eszköz, mind vizelet számára átjárhatlan, valószínűleg nem ilyen elzáródással van dolgunk, hanem oly húgycsővel, mely igen megszűkült, irányt változtatott és különböző redők által impermeabilis lett.

Vegyük már most azon esetet, midőn a szűkületen eszköz áthatol, de vizelet nem. Megtörténhetik ez, ha a vizeletnek valamely billentyű útját állja, melyet a behatoló eszköz félre tol; vagy ha a nyákhártya duzzadt s az ez által elzárt csövön a vizelet nem képes átnyomulni, de az eszközt betolhatjuk. Elősegítheti ez állapot létrejöttét némileg a húgycső körkörös rostjainak összehúzódása is. Ilyen esetben először mindig tanácsos megkísérteni, hogy a csövet vizelet számára is átjárhatóvá tegyük. Duzzadás ellen hideg borogatások, göresős szűkület ellen meleg fürdők, cocain kúpok szolgálnak; billentyű ellen belső húgycsőmetszés. Heveny urethritis által okozott duzzadás esetén (relatív átjárhatlanság) hólyagcsapolás is szóba jöhet, midőn a vizeletnek catheteren való levezetése már azért sincs megengedve, mivel a lob az eszköz által könnyen átvitethetik a hólyagra.

Ilyen s hasonló eljárások legtöbbször megfognak szüntetni az átjárhatlanságot, illetőleg a vizeletnek útát nyitnak azon időre, míg a húgycső átjárhatlan, s külső metszésre, legalább a heveny retentio miatt, nem szorulunk.

Eszközzel átjárhatlan szűkületnél, hol a vizelet még áthatol, a sugár rendszeren vékony, a vizelet kiürülése igen nehezített, húgycsőlob, hólyaghurut, stranguria, hólyaghüdés állhatnak fenn, s még súlyosabb következmények kikerülése végett szintén a külső metszéshez tolyamodunk.

A külső húgycsőmetszésnek másik általános javallata az oly szűkület, mely beszűrődéssel, tályoggal, fistulával van szövődve. Itt már a szűkülettől eltekintve is vágni kell, miután a complicatiók másként nem szüntethetők meg. Ily esetben tehát, még akkor is,

ha nem nagyfokú a szűkület, kívülről késsel hatolunk be s vágjuk azt át, miáltal nemcsak a szövödmények ellen dolgozunk, hanem az ezeknek okául szolgáló szűkületet is gyógyítjuk.

Vannak aztán szűkületek, melyek esetleg nem is épen oly nagy fokúak, de hólyag- és vesebajjal stb. járnak s melyeknél már e bajok sikeres orvosolhatása okvetlenül megkívánja a szűkület gyógyítását is. Hasonlóképen azon körülmény, ha a szűkület mögött kő van megrekedve.

S most elérkeztünk azon határhoz, melynél tágitás, belső és külső metszés egymás között vitás területtel bírnak. Ha a hólyag- és vesebajok még kis fokúak, ha a strictura nem tulságos szűk és tágitásra enged: akkor megelégedhetünk rendszeres tágitással. A viszonyok szerint belső metszést is csinálhatunk. A francziák ily szűkületeknél általában kerülnek a külső metszést. Ha azonban a tünetek súlyosak, ha a szűkület oly hosszú és nagy fokú, hogy más úton sikert legalább egyhamar nem lehet remélni, akkor legtanácsosabb külső metszést végezni (Schuh).

Minden más szűkületnél, mely magában véve nem nagy fokú és habár nem súlyos, de mégis kellemetlen és súlyossá válható tüneteket okoz; ha a helyi viszonyok kedvezők, belső metszést végzünk, különben tágitással teszünk kísérletet. És itt főleg a kísérletre vagyunk utalva. Legfennebb, ha a callus igen tömeges, igen hosszú, ha a szűkület traumaticus eredetű, tehát heges, a mely esetben a tágitási gyógy mód sokkal kevesebb sikert ígér és így előre nyilvánvaló, hogy tágitással nem sokra megyünk; — vagy ha a callusból egy darabot ki is akarunk metszeni, akkor határozzuk el magunkat már eleve a külső metszésre. — Különben, a mint már említettük, megpróbáljuk a tágitást. Ha aztán ez nem sikeres; megint csak a külső metszéshez kell folyamodnunk.

Külső metszést ajánl Billroth igen érzékeny vagy fájdalmas szűkület esetében is

A mint látjuk, az indicatiok felállításában a szűkületnek traumatikus vagy kankós eredete, kör vagy félkör alakú volta nem épen nagy szerepet játszik. Antal sértési szűkületnél csak akkor ajánl külső metszést, ha a szűkület kiürítható s a húgycső csonkjai egyesíthetők; mert különben szerinte súlyos visszaesés következik. Guyon a nagy hegeket, hol igen nehéz megtalálni

a cső folytatását, kizárja a javallatok közül; de nem mondja meg, valamint Antal sem, hogy ilyenkor mit csináljunk? De meg nem is egészen világos, hogy sértési szűkületnél Antal miért vár külső metszés után inkább visszaesést, mint a kankós eredetűnél. Ha a szűkült rész kimetszése után a csonkokat nem egyesíthetjük, vagy ha azok nem gyógyulnak össze primär úton: egyformán fog ott heg-szövet képződni, akár sértési, akár kankós eredetű volt a szűkület, s egyformán fog zsugorodás által visszaesést okozni.

Végre, mint ellenjavallatot felvehetjük a nagyon előhaladott kort, hólyag-, ureter- és vesebajt, hol a műtét csak a beteg halálát siettetné (Billroth).

A húgycső mellső, barlangos részének sebei igen sokszor fistula-képződéssel gyógyulnak. Ezért itt lehetőleg tágitást, belső metszést alkalmazunk s csak tályog, fistula jelenlétében vágunk kívülről befelé.

Ez azon irány, mely a kolozsvári klinikán a javallatok felállításában érvényesül. Absolut átjárhatlan szűkületnél kizárólag külső metszés divik. Ha heveny húgycsőlob ideiglenes átjárhatlanságot okozott, fanív feletti csapolás helyes. Átjárható szűkületnél a szövödmények, hólyag, veselob, fistula, tályog, álút magatartása határoz. Ha nincs szövödmény, tágitás, esetleg belső metszés. Ennek sikertelensége esetén, épügy fistula, stb. jelenlétében külső metszés.

A javallatokat illetőleg még a belső metszésről irt dolgozatokra is útalok. (Értesítő. 1893. 1.)

A műtét végrehajtása.

Könnyebb tárgyalhatóság kedvéért a műtétet 4 mozzanatra osztjuk; előkészület, a húgycső megnyitása, a szűkületnek, illetve a húgycső folytatásának fölkeresése, a catheter bevezetése.

1. *Előkészület.* A betegnek gyomrát üresen tartjuk, a végbelet csőrével kiürítjük, a gát szőrét leborotváljuk, a műtét helyét és környékét szappannal, kefével, alkohollal sublimatvízzel megtisztítjuk, a szomszéd részeket nedves carbolos kendőkkel fedjük. Negyed órával a műtét előtt egy cgm. morhiumot fecskendünk bőr alá s az altatást chloroformmal eszközöljük. A beteg felhúzott és széttartott czombokkal hanyatt fekszik, fara fel van polczolva.

2. *A húgycső megnyitása.* A legtöbb szűkület a hártvás részben van, s azért ehhez tartjuk magunkat a műtét leírásában.

Az orificium externum felől a húgycsőnek megfelelő vastagságú itinerariumot vezetünk be, melynek váluja domború oldalán van. Az eszköz a szűkületig, s ha ez elég tág, azon át is tolatik. Célja, hogy a középvonalat s a húgycsövet mutassa. E végett egyik segéd annak fogantyuját a hasfelé nyomja, miáltal másik vége a gátat előre domborítja, s jobban lesz tapintható.

Syme ily célra külön vájt sondát készített (staff), melynek elvékonyodó hegye gombba ment át. Mások másképen jártak el. A kolozsvári klinikán az egyszerű catheter-görbületű vájt itinerarium általában megfelelt. Nehány esetben a húgycsőbe viaszbugie tolatott, hogy előbbi jelezze; párszor meg is tette e szolgálatot.

A műtő a rétegeket a gát középvonalaiban vágja át, a mi szükséges, egyfelől nagyobb edények elkerülése végett, másfelől, hogy a seb minél egyszerűbb legyen. Ügyelni kell arra is, nehogy a segédek a horgokkal valamelyik sebszélét igen oldalra húzzák.

Néha sok a callus, a mi nemesak útban áll, hanem abban levő egyes edény, mivel a merev szövetben vissza nem húzódhatik, makacsúl vérzik is. Ilyenkor a callust lehetőleg ki kell metszeni, miáltal a későbbi gyógyulást is megkönnyítjük. Voltak, kik a húgycső környékéből a callust lehetőleg kifejtve, tovább nem is haladtak, hanem a tágitásnak egyik lényeges akadályát ily módon elhárítván, rendszeres dilatatiót alkalmaztak tovább a szűkület ellen. (Urethrotomie collatérale, Bourget d'Aix). Világos, hogy az eljárás csak permeabilis szűkületnél jöhetett szóba.

Rétegenként bennebb hatolva, a seb felső zugában elérjük a fehéres gömbölyded bulbust, melynek megsértése vérzéssel járván, kerülendő. Majd a bulbns alatt előtűnik a fehéres húgycső, s azon át rendesen jól érzik az itinerarium. És most a húgycső megnyitása következik.

Átjárható szűkületnél az itinerarium ezen át van tolvá, s feleje a szűkület mögött szúrunk be. Átjárhatatlannál azonban, hol a vezető csak a szűkületig hatolt, ha a bulbns megsértése nélkül tehetjük, a szűkület előtt döfjük be a bistourit. Ha a vezető vége a bulbuson túl nem tolató, vagy ha vezetőt általában nem használhatunk (pl. mellsőbb részekben levő másik szűkület miatt), akkor a húgycső falát a szűkület előtt vagy többnyire mögött apránként, óvatosan metszük át. A mögötte levő húgycsőrészt, mely kevésbé

átjárható vagy átjárhatlan szűkület esetén rendszeren ki van tágulva, könnyebben feltalálhatjuk és megnyithatjuk. Megesik, hogy pl. a szűkület előtt készített nyíláson át előbbibe semmi eszközzel (sonda, lószőr) behatolni nem tudunk, ilyenkor a szűkület megett is felkeressük s megnyitjuk a húgycsövet; vagy megfordítva. Vérző edényt, ha elkülöníthető, bekötünk, különben Hueter tanácsát követve, körülöltünk. Utóbbi eljárás könnyebb és biztosabb, mint a bekötés, mely után a fonal az edényről könnyen lecsúszhatik. A míg a diaphragma urogenitale nincsen megsérteve, addig legfennebb az a. bulbi adhat dolgot, ezt azonban elég nagy sebben könnyen beköthetjük. Ha azonban a diaphragma bemetszetik, akkor az a. transversa perinei és a végbél erek ágai is ki vannak téve a késnek. E mellett út van nyitva a medencze sejtszövetébe. A diaphragma megsértését Sime tiltja is, Dittel szerint azonban azt igen sok esetben elkerülni nem lehet, mivel számos szűkület van a hárttyás rész hátsó felében.

Némelykor a bulbus is megsérül, mi által parenchymás vérzést kapunk, melyet hideg vízzel való irrigatio vagy tampon szüntet.

Az elmondottak a borék mögött levő szűkületekre, tehát a gáton ejtendő sebre vonatkoznak. Dittel külön tárgyalja a borék előtti külső metszéseket, vagyis a függő rész szűkületeinek mütétét. Itt emlékszem meg erről egészben, habár némely dolgokat anticiálva. Szerinte, ha e helyen átjárható szűkülettel van dolgunk, az ezen átvezetett vájt sondára egyszerre rámeteszünk vagy rétegenként hatolunk odáig, mi közben magát a szűkületet is átvágjuk. Sokszor csupán igen vékony kutató vagy szőrszál vezethető a szűkületen át, s ekkor ez szolgál vezetőül. Ügyelni kell, nehogy a szőrszálat szét daraboljuk, mert részeinek keresése sok dolgot adna. Ha teljes átjárhatlanság van jelen, akkor természetesen csak a szűkületig vezethetjük a sondát. A húgycsövet a szűkülettel együtt oly hosszban hasítjuk fel, hogy annak a szűkület mögött levő része is megnyitassék. Nem nagy baj, ha nem is jutunk e közben épen a húgycső szűkült részébe, mivel az itt még meglevő kevés nyákhártya úgyszem nagy szerepet játszik az új húgycső képzésében.

Dittel a borék tapadásának területén levő szűkületek mütétét is külön tárgyalja. Minden esetben a középvonalban történjék a metszés, mely irányt a raphe, vagy ha ez féloldalra van húzva, a

bevezetett sonda mutatja. A továbbiakban az eljárás olyan, mint fennebb. Nem tartja gyakorlatinak Schuh azon ajánlatát, hogy a borék mellső és hátsó részén a raphéban egy-egy likat, s ezek között a borékon át mintegy alagútát készítsünk, mivel így mind a szűkület megnyitása, mind a kötés-váltás nehéz.

3. *A szűkület s a central húgycsővég fölkeresése.* A húgycső megnyitásával egyidejűleg elégszer a szűkült részletet is átmet-szük, s ilyenkor csak a central húgycsővéget kell keresnünk. Máskor azonban magát a szűkült részt, annak lumenét is keresnünk kell.

Egyszerű esetben a húgycsőseb széleit csipeszszel, vagy finom horgokkal széttartjuk, a szűkületbe gombos sondát, s ennek nyomán vajt kutatót vezetünk, melyen gombos bistourival a szűkületet fel-hasítjuk.

Sokszor azonban a műtét a szűkület keresésében igen elnyúlik s a műtő türelme erős próbára tétetik. Így ha a szűkült húgycső-rész excentricus fekvésű, el van húzva, lobos változások, beszűrő-dések miatt fel nem ismerhető, véralvadékkal fedett, ha álútak, gurdélyok félre vezetnek (Gueterbock).

Ilyenkor erősebb világítás, irrigatio, szorgalmas törülgetés le-hetővé tehetik a szűkület felfedezését; máskor a heget ki kell ké-szítanunk, a has nyomása által a hólyag felől vizelletet kisajtolnunk (Koenig, Gayet), vagy az ébren levő, esetleg felébresztett (Wilms) beteget vizeltetnünk. Utóbbi azonban nem mindig sikerül. Így Vieu Tèdenat montpellieri klinikájáról egy esetet emlit, hol a beteg kő-fekvésben a műtő-asztalon egyszer sem tudott vizelni, bizonyára kedélyi behatás folytán, a mennyiben ágyban önként és rendszeren vizelt. Ha a hólyag igen kicsiny vagy üres, természetesen akkor sem találhatunk segítséget a kiömlő vizeletben. Ilyen esetekre Gueterbock ajánlja, hogy a végbélbe vezetett ujjal a prostatás rész felé nyom-junk; itt ugyanis rendszeren van genyes, nyákos váladék, melynek kiszorított egy cseppje elég lesz a szűkület elárulására. Antal ez eljárástól soha sem látott sikert.

Brandt tnr., több esetben, hol a húgycső folytatása, illetve a szűkület nem volt megtalálható, ujjal rendszeren jól tapintható heg-léczet vagy gyűrüt vágott át, mire a húgycső üre csakhamar elő-tűnt. Itt a heg átmetszése által a húgycsőnek épebb részéhez nyilt meg az út, s e körülmény magyarázza e fogás sikerét.

Ha a szűkületbe kutatót sikerült vezetni, azt bistourival átvágjuk. Dittel gyűrűs szűkületnél jónak tartja abba a húgycső felől még pár bemetszést is tenni, hogy ez által is táguljon a húgycső.

Elégszer, ha már át is van vágva maga a szűkület, a húgycső central végét mégis nehéz megtalálni. A keresésben itt is a fennebbi fogásokat alkalmazhatjuk. Néha egy ülésben czélt sem érünk, s később folytatnunk kell a munkát. Van eset, hogy a húgycső csak akkor található meg, ha a seb már granulál. Gueterbock nem is tartja helyesnek a szűkület s a húgycsővég hosszas keresését, mivel ezáltal a seb nagyon roncsolódik. Antal ezzel szemben főleg retentionál a húgycső ürének fölkeresését okvetlenül szükségesnek tartja, mivel csak így nyer útát a vizelet. S helyesen, mivel a műtét czélja itt első sorban a retentio megszüntetése.

4. *A catheter bevezetése.* A kolozsvári sebész klinikán külső húgycsőmetszés után általában catheter vezettetik be, rendszeren 12—16. számú angol ruganyos catheter a húgycső külső nyílásán át a sebig betolatik, s azon túl haladásában a seben át ujjal, vajt kutatóval, vagy a végbélben levő ujjal segítettik. Különösen czélszerű Brandt tnr. tapasztalata szerint a cathetert a sebben levő ujjal apránként, mintegy részletekben előbb-előbbre tolni. Hogy az eszköz csakugyan bejutott a hólyagba, azt szabad forgathatóságán kívül és bizonyosan az mutatja, hogy rajta át vizelet s bebocsátott folyadék ürül, még pedig egyszerre oly nagy mennyiségben, hogy valamely praevesicalis ürre nem lehet gondolni.

A catheter bevezetése több akadálylyal találkozhatik. Így az orificium externum szűk lehet, min ollócsapás segít; a vérzés a sebből rendszeren csekély és rövid ideig tart. Redő vagy kisebb fokú szűkület állja útját az eszköznek; ezen belső húgycsőmetszés segít, vagy Antal szerint a seb felől gombos kést tolnunk a szűk húgycsőrész felé, hogy azt tágítsuk. Némelykor maga a műtét tárgyául szolgáló szűkület nincsen eléggé átmetszve, a mi természetesen pótlást kíván. A catheter esetleg álltba jut, s már ezért sem szabad azt erőszakosan előre tolni; hanem ha feltűnő akadály gördül eléje, akkor visszahúzzuk és más útba igyekszünk terelni. A bevezetést néha igen elősegíti a cathetertnek erősebb görbülete, melynek folytán vége a húgycső felső falához szorúl. Igen jó a gáton s a végbelen át az eszközt ujjal kísélni, s haladását nyomás, stb. által tá-

mogatni; ily módon egyszersmind arra is ügyelni lehet, hogy az a középvonalban maradjon.

Ha a bevezetés nem sikerül, s a vizellet catheter nélkül is elég szabadon ürül, akkor újabb kísérlettel várhatunk, míg sebcsatorna képződik.

A catheter bevezetését Wheelhouse és Boeckel, a mint fennebb már említve is volt, gorgeret-szerű eszközzel könnyítik meg, a mely körülbelől ugyanazon szolgálatot teszi, mint a seben át betolt vajt kutató. Peán a sebből előre és hátra egy-egy mandrint vezet, a kettőt összeköti s ezeken végig tolja be a cathetert. Sédillot két cathetert használt, melyeket a sebből előre, illetve hátra vezetett s azután összekötött. Alquie három cathetert alkalmazott, melyek közül egyet a sebből előre tolt, egyet hátra, a harmadikkal pedig a kettőt összekapcsolta.

Néha ruganyos catheter bevezetése nem sikerül, de Nélaton-féleé igen; ez ugyanis jobban oda simul a cső görbületeihez. Poppert ilyen cathetert külső metszés után előre a hólyagba tolt üres vastag sondán át vezet be.

Volkmann egyfelől a tanív felett csapolást, másfelől külső húgycsőmetszést végzett, s a seben át a Nélaton cathetert mind a hólyag, mind az orific. ext. felé fémcatheterre erősítve húzta végig a húgycsővön.

Sokszor könnyebb a bevezetés, ha ezt a sebből kiindulva hajtjuk végre. Ez úgy történik, hogy Nélaton-cathetert a seben át a hólyagba tolnak, most az orificium externumon át vékony magfogóval (Löhker) vagy egyszerűen hosszú gombos kutatóval a sebig utána megyünk; ott a catheter végét megfogjuk, illetve a sondára kötjük, a húgycső külső nyílása felé kihúzzuk. Ilyen módon a kolozsvári sebész klinikán több esetben ruganyos angol cathetert is sikerült behelyezni. Ez ugyan nem igen hajlik magában eléggé, de a testtel érintkezve, felmelegszik s némileg hajlékonyabb lesz. A mi azonban ily úton való bevezetését főképen lehetővé teszi, az azon fogás, hogy az eszköz a nem üres hólyagba mélyen betolatik, ha lehet, egészen addig, míg külső hegye a húgycső mellső csomkjába illeszthető.

A catheter rögzítése fonállal történik, melyet annak végére hurkolunk, s a mony körül tekert ragtapasz-csikkel erősítünk meg. Néme-

lyek a fonalat flastrommal a fanszörökhöz kapcsolják, a mi utóbbiak kellemetlen vongálására adhat alkalmat. Másik módszer: ragtapasz-csík, melynek közepén a catheter számára lik van, illesztetik a makkrá, reá a catheteren átszúrt tű s erre megint olyan ragtapasz-csík következik; a csíkokat a monyhoz körjáratok szorítják. A catheter bedugására viaszbougie-darab szolgál, mely a vizelés tartamára természetesen kihúztatik.

Vége még pár szót a catheter-váltásról, mely némelykor igen nehéz. A logások az új catheter bevezetésénél általában ugyanazok, mint az elsőnél. A seb felől ujjal sokszor kell segédkezni, a mi bizony vérzés előidézésével és a sarjak roncsolásával jár. Az új cathetert a megelőzőnek kivétele után lehetőleg mindjárt be kell tolni, a míg t. i. redők, álútak helyzete stb. nem változott. Néha a bevezetés semmi módon nem sikerül, s a műtő kénytelen egy-két napra mellőzni a cathetert, főleg urethritis jelenlétében, mely már magában is a catheter kihagyását kívánja. Pár nap alatt a lobos duzzanat, az ingerlés szűnik, s az eszköz be lesz vezethető. Némelykor az egész húgycsövön végig nem tolhatunk cathetert; ilyenkor, ha pl. hólyagmosások szükségesek, meg kell elégednünk azzal, hogy drainnel vagy húgycsappal a seben át hatolunk be.

Linhart a régi catheterbe hosszú gombos drótot vezetett, melyen át azt kihúzta s melyen az újat könnyebben tolhatta be. Trendelenburg szintén hátsó catheterezésnél az új cathetert a régihez kötve huzza végig a húgycsövön, az orificium externumtól a hólyagig. Klinikánkon többször tapasztaltatott a meleg fürdők jó hatása; ez után az eszköz sokszor bevezethetővé lett.

Vége bizonyos, hogy igen sok esetben meg van a maga sajátlagos fogása, melyet csak próbálgatás, türelem árán fedez föl a műtő, de mely aztán a catheter bevezetését igen megkönnyíti. Egy hosszasabb kezelés alatt álló már operált beteg esetében a catheter a hártvás rész hátsó részében mindig fennakadt, s csupán úgy lehetett azt a hólyagig vezetni, ha a végbélbe vezetett ujjal az eszköz végét a fanív irányában billenttem.

Az állandó húgycsap kérdése.

Hogy külső metszés után alkalmazzunk-e állandó cathetert, s meddig? e kérdésre az irodalomban a feleletek igen eltérők. Ezek-

kel részletesen, bármennyire érdekes volna is, itt nem foglalkozhatunk; csupán pár megjegyzésre kell szorítkoznunk. Az állandó catheter alkalmazása abban áll, hogy műtét után megfelelő vastag catheter vezetetik végig a húgycsőn a hólyagba. Nehány, rendszeren 5—6 nap mulva ujjal cseréltetik fel. S mindez addig folytatatik, míg a seb záródott, s legfennebb teljes kitelődése és a bebőrdzés van hátra.

A «sonde à demeure» javallatai az irodalomban ezek volnának: 1. régi kiterjedt fistulák műtete (Thompson), 2. nagy anyagvesztéség a húgycsőben, 3. progressiv húgybeszűródés műtét után, hol jó a cathetert a seb felől bevezetni, mert így kevésbbé történik mellette elszivárgás; 4. nyákhártya vérzése, 5. ha igen nehéz a bevezetés (Gueterbock), és ennek gyakori ismétlését kerülni akarjuk.

S most áttérünk saját álláspontunk ismertetésére.

Külső húgycsőmetszés után a catheter alkalmazásának célja levezetni a vizelletet, mely főleg kóros minőségében a sebre nem volna ártalmatlan. E célra törekednünk szükséges és legfennebb vizelletcsurgás esetén volna már eleve feladandó. Ezenkívül a catheter általános nézet szerint még arra is valc, hogy a húgycsőnek szűkült, most már a műtét által tág helyét tágan is tartsa, egészen a gyógyulásig. Mert így, a mint Antal kifejti, az interponált hegszövet szélesebb, s a gyógyulás teljesebb és tartósabb lesz.

E két szempont állandó cathetert kíván. Ha csak a vizellet lebocsátását és még a hólyag kimosását czéloznók, akkor elég volna csupán koronkint, a vizellési inger jelentkezése szerint, vezetni be a cathetert. Így természetesen csak akkor járhatunk el, ha az eszköz nem talál nagyobb akadályokat. Ellenkező esetben, a mint Gueterbock is kiemeli, ilyen czélzat mellett is állandó catheter volna kívánatos. Annál inkább szükséges ez a másik szempontból: a húgycső tágantartása s minél szélesebb interponált heg kedvéért.

A kolozsvári sebész klinikán ily okokból kiindulva, állandó cathetert használunk, még pedig vastag ruganyos angol cathetert, mely elég sima, a vizelletnek eléggé ellenáll és a húgycsőben felmelegedve, némileg hajlékony lesz. Utóbbi tulajdonsága lehetővé teszi, hogy a húgycső egyes sajátlagos irányváltozásaihoz alkalmazkodjék. De nem lesz annyira lágy, hogy erősebb hólyagösszehúzóadásoknál a hólyagból kifelé nyomatva, a gáton megtörjék,

mint Guyon a Nelaton-catheterről írja (Vieu). Nálunk mindamellett megtörtént, hogy az angol ruganyos catheter a gát sebe táján megtörve és összenyomva találatott, még pedig alig 1—2 napi bentlével után (XIV. XXI. eset). S éppen azért, hogy rövid idő alatt jött létre a húgycsapnak ez elváltozása, az okot a vizellet vagy geny hatásában nem kereshetem, hanem az eszköz rossz, vagy előzőleg megtörött voltában. Hátránya e catheternek azon úr, mely az oldalnyíláson túl a hegy felé fekszik, takarításnál nehezen hozzáférhető, s helyet ad a szennynek. E tekintetben az újabb catheterek némely faja jobb, a mennyiben az oldalnyíláson túl tömör.

A catheter 5—6 napjában felváltatik, hogy bomlása vagy vizelleltsók lerakódása ki legyen kerülve. Nagyobb fokú húgycsőlob, vagy hólyagizgatottság vagy catheter-láz esetén pár napra kihagyatik. Némelykor megesik, hogy felváltásnál az új húgycsap nem vezethető be azonnal. Ennek oka a húgycső duzzadt vagy érzékeny voltában, vagy pedig álútak jelenlétében rejlik. Ilyenkor erőszakolni a dolgot nem szabad. Gyakori meleg ülőfürdők, meleg borogatások, a végbélbe morphin-kúpok rendeltetnek, s a bevezetés pár nap mulva többnyire sikerül.

A húgycsőnek nagy anyaghiányainál vagy épen collateral urethránál az állandó catheter a legtöbb műtő nézete szerint okvetlenül szükséges.

Az állandó húgycsapnak több hátrányát említik: izgatja a húgycsövet, a hólyagot, mellette a vizellet a sebhez szivároghat, a csere sokszor igen nehéz.

Az izgatás kikerülése végett szükséges, hogy a catheter minél simább legyen s minél inkább ellenálljon a vizellet bontó hatásának. E szempontból kiindulva Löbker vulcanisált kautsuk cathetert (Jaques patent), Gueterbock vékony cín-cathetert ajánl. Tédenat Nélaton-félet használ, mely finom és így a nyákhártyát nem izgatja, hajlékony és így a húgycsőhöz illeszkedik, még a gáti hajlatban is (Vieu). A mint már említettük, Guyon szerint a hajlékonyság káros is lehet: az eszköz a gáton a sebnél megtörik, s végre a hólyagból kijön. Utóbbi műtő ez ellen a kérdéses catheter-résznek collodiummal való bekenését ajánlja. Ugyanily célra szolgálhat a sebürnek jodoform gazeval való kitömése is. Ha a seb már heged, nem kell annyira félni megtöréstől. Fém és más keményebb catheterek nem hajlanak,

de annál jobban izgatnak, mindamellettr rövidebb használat mellett hátránynyal nem járnak. Az eszköz ne érje a hólyag falát (lob, göröcsök). A mi a vastagságot illeti: Ollier vastagot, Phélip 18—20 Charriert, Terillon 17—18-at ajánl. Ezt azonban bizonyára minden egyes esetben a húgycső tágsági viszonyai határozzák meg. Igen vastag catheter összenyomja a nyákhártyát és izgat.

A húgycső lobosodásának továbbá koronkénti húgycső-mosásokkal igyekszünk elejét venni, mely célra 2%-os borsavas vizet használunk. Ez jó hatással van az urethral láz ellen is, melynek kizárására Koenig 1½%-os carbolvíz mosásokat ajánl.

A hólyag izgatásának lehető kikerülésére első sorban szintén síma, és a vizeletnek ellenálló catheter szükséges, a minő a ruganyos angol catheter, ha jó minőségű, de igen sok rossz készítmény van. Incrustationa való tekintetből koronként újjal felváltatik. Mastin s mások a cathetert nem tartják állandóan a hólyagban, hanem kissé visszahúzva, s csak vizelési inger esetén tolják megint előre.

A catheter alkalmazásának káros oldalai tehát nagy részt elkerülhetők, s ha nem is zárhatók ki teljesen, még sem szolgálhatnak elég okul arra, hogy az állandó húgycsap, s a vele együtt járó előnyök is mellőztessenek.

A seb további kezelése.

A külső húgycső-metszés sebének kezelésében annak főleg tisztántartása fontos, mit e helyen a végbél közelsége s a vizelet miatt nehezebb eszközölni, mint általában sebeknél. Mindamellettr ha egyszerű sebbel van dolgunk, ha a vizelet rendes, különösen ha ez nem jut a sebhez: elégséges úgy járni el, mint sebeknél általában szokás. A seb fertőtlenítő folyadékkal jól kimosatik, szárazra törülgetetik, jodoform porral behintetik, jodoform gazevel kitöltetik, vattával fedetik; a rögzítésre T kötés alkalmas. A sebet lehetőleg minden vizelés után kimossuk, főleg ott, hol nagyobb mennyiségű váladék, kóros vizelet vagy egyéb körülmény azt megkívánja. De napjában kétszeri kötés-váltás minden esetben jó hatású. A beteg egyszersmind langyos ülőfürdőket is kap, 1—2 izben naponta, a mi a sebnek és környékének tisztaságát igen előmozdítja.

Igen sokszor kóros vizelet jut a sebre, mely legkevésbé sem indifferens: a sebet piszkos lepedék vonja be, s sarjadzás renyhe,

felületes rétegeiben elhal, az új hám felmaratik, néha kisebb-nagyobb fokú szétesés támad. Ily esetekre állandó irrigatiót, prolongált fürdőt ajánltak. Gueterbock igen javasolja az állandó langyos sublimat irrigatiót (Lang. Archiv XXXIV); a vizelletet pedig szivornyával állandóan levezeti. Löbker főleg ha beszűrődés van, gyakori catheterizést és carbol irrigatiót tart jónak. Hueter az antisepticus sebbekezelést szintén igen hangsúlyozza, Lister-kötést, carbol irrigatiót ajánl, a sebet és a hólyagot carbolvízzel minden vizelés után ki-mossa. Stricker a seben át a hólyagba draint vezet, melyen át a vizelletet koronként lebecsátja. Braun a seben át vastag kathetertol a hólyagba, s ezen át néhány napig mosásokat eszközöl.

A seb annál tisztábban tartható, és annál kevésbé félhetünk szövődményektől, minél egyszerűbb az. S hogy ilyen legyen, arra a körülményekhez képest, már a műtétnél figyelni kell. Vágjunk szorosan a középvonalban, rétegről rétegre, a mint már a műtét leírásánál is kiemeltük, hogy egyszerű és egyenletes lapokkal bír a sebet kapjunk. Legyen a bőr sebe elég nagy, a mélyebb rétegek s főleg a húgycső sebe pedig lehetőleg kicsiny.

Részben a seb viszonyainak egyszerűsítésére, részben annak teljes zárására számosan a varrás különböző módjait használták és ajánlták. A húgycső felett a többi szövetek sebének egyesítése minden esetre igen megrövidíti a kezelést, ha t. i. per primam gyógyulás következik be; és azt kedvező körülmények között nem kell elmulasztani. Hogy varrhassunk, egyszerű tiszta seb és complicatiók hiánya szükséges. Ha a húgycső sérülési sebe egyszerű széllel bír, anyagihiány nincsen, vagy kicsiny; vagy ha a szélek kiegyenlíthetők; végre ha a callus vagy heg a húgycső kis anyagvesztése mellett kiürítható: akkor tanácsos annak sebet egyesíteni. Az elsőleges gyógyulás ugyan igen sok esetben nem állott be, de számos más esetben igen; s ez jogot ad újabb kísérletekre.

Mínt hogy a műtét eredményes voltában interponált heg létrejött a főtényező, kérdés, vajjon a sebnak egyesítése és elsőleges gyógyulása ezt nem zárja-e ki? Antal tükrökísérletei kimutatták, hogy a heg ily esetben sem lesz vonalszerű, hanem kellő nagyságú interponált heg képződik. Ezt bizonyára csak oly esetekre lehet elfogadni, melyekben maga a húgycső sebe egyesítetlen marad s csak a fölötte levő részek varratnak össze. Mert ha a húgycső sebe var-

rás után per primam egyesül, e gyógyulási mód minden nagyobb heg-szövetet a húgycső falában beláthatólag kizár. Magának a húgycsőnek sebét tehát csak oly esetekben volna tanácsos egyesíteni, s ez csakis oly esetekben volna nagyobb feszülés nélkül lehetséges, és ígérne sikert, hol voltaképen nem szűkült húgycső sebével állunk szemben. Ilyen volna egyszerű repedés, továbbá kő eltávolítása végett, vagy valamely más okból művileg készített ép szélű seb.

Ha ily esetben a húgycsővet már zártuk, akkor a továbbiakban a lágy részek egyszerű sebével van dolgunk, melyet szintén egyesítünk. S ha mindenütt elsősleges gyógyulás jön létre, minden rendben van. Ha azonban a húgycső sebe genyedésbe megy át, a többi részek sebe pedig elsősleges úton egyesül: akkor ebből korán heges szűkület kifejlődése következhetik, mert nem lesz meg azon heg-szövet mely a Roser magyarázata értelmében a húgycső ürterének megtartásában külső metszés után lényeges tényező. Azért oly esetekben, hol a húgycső elsősleges egyesülését biztosra várni nem lehet, tanácsosnak látszik a húgycsősebet zárása után pár napot várni s csakis kedvező eredmény beállta után folytatni a munkát a seb további varrásával. Legfentebb igen kedvező körülmények között tehetünk kísérletet a külső seb primär gyógyítására, ha ez a belsővel nem is sikerült: ez által ugyanis oly helyzetbe jutunk, a minőbe belső húgycsőmetszés által. A húgycsővet ugyanis a benne levő seb gyógyítása alatt catheterrel, később pedig bougiezással tágan tarthatjuk. Hasonlólag tartós tágitás fogja teljessé tenni az eredményt oly esetben is, hol sebzés, vagy kisebb szűkület teljes kiirtása által támadt húgycsősebet elsősleges úton gyógyítnunk sikerült. Ellenben hol a callus vagy heg egyszerűen átvágatik, de helyt marad: nem tanácsos a húgycsősebet összevarni, mivel siker esetében alig lennének jobb helyzetben, mint voltunk műtét előtt.

Az alábbi leírt esetek közül a XIII-ikban a szűkület callositásának teljes eltávolítása után a húgycsősebe catgutal, a többi pedig selyemmel záratott. A beteg azonban korábban meghalt, mintsem prima egyesülés constatálható lett volna.

Igen gyakori a kolozsvári klinikán a sebnek primär vagy secundär összevarrása, olyformán, mint azt Koenig is végezte; a sebnek csak felső része záratik, az alsó nyitva marad, s a rendes módon kezeltek. Több esetben elsősleges egyesülés is jött létre. Talán

ha sikerülne a sebet a vizelettől egészen menten tartani, jobbak volnának az eredmények, nemcsak egyszerű varrás, hanem plastica esetében is.

A hatás módja.

A külső húgycsőmetszés hatásának magyarázatát szűkületekre vonatkozólag Roser adta. Ugyan már előtte is általános nézet volt az, hogy a műteti seb helyét elfoglaló heg a húgycső falának szélességét, tehát ürterének tágasságát növeli. Antal ez interponált heg létezését tükör-vizsgálataival tényleg kimutatta, még azon esetre is, ha a seb összevarrás után elsölegeesen egyesült. Roser szerint már most, a gátot egészen áthatoló heg zsugorodva oly irányu húzást fejt ki, mely a húgycső alsó falát lefelé téríti, s ily értelemben a húgycsövet tágítja, illetőleg annak szűkülését jelentékenyen akadályozza. Tehát a cső nemcsak a heg közbeiktatása által tágul, hanem annak húzó, az alsó falat a felsőtől eltávolító hatása folytán is. Bron szerint ily irányú hatás akkor is érvényesül, ha a szűkületet okozó heg vagy callus a felső falon van, mely tehát műtétnél rendszerint sértetlen marad. A hegnek lefelé húzása néha oly erős, hogy a húgycső iránya azon helyen megtörik.

Tökéletlen gyógyulás és visszaesés.

Külső metszés után a gyógyulás néha nem teljes. Így az ép és heges rész határán lécz-szerű kiemelkedés maradhat fenn, a mit műtét alkalmával a callusnak teljes eltávolítása által lehet néha megelőzni; máskor utólagos tágítás vagy új műtét válik ezáltal szükségessé (Gueterbock), esetleg belső metszés.

Urethro-perineal fistula képződhetik, minek okai lehetnek: nem teljes utókezelés, szűkület kiújulása, igen nagy anyagvesztés, hol plastica jöhet szóba. Fistula képződése miatt többen az állandó katheternek igen hosszas alkalmazását okolják; Tedenat szerint ez egészen ki is van zárva, ha az állandó húgycsap műtét után 5—6 nap mulva elhagyatják; Dittel szerint makacs fistula állandó catheter félre tételére gyorsan megszűnik. — Roser szerint a fistulát a vizelet bántó hatása okozza; ellenben Antal állandó húgycsap alkalmazása mellett ritkának tartja a fistulát, mivel a vizelet nem érintkezik a sebbel. Nála 27 esetből 3, Koenignél 36-ból 4-ben maradt fenn fistula, nálunk 27-ből 8-ban, mely esetekben részint az egyén életkora magas volt (50—60 év),

részint a sebet a vizelettől nem lehetett megvédeni, sőt állandó cathetert mellőzni is kellett. A műtők nagyobb része megjegyzi, hogy a fistula rendszeren könnyen gyógyul s ellene többen pokolkö-
 étetést alkalmaztak. Ennek jó hatását a kolozsvári klinikán is több
 esetben észleltük. Pár napi érintgetés után a nyílás észrevehetően
 szűkült, a vizellet azon át mind gyérebbe cseppekben szivárgott s
 végre egészen elmaradt, erre nemsokára az egész sebűr megtelt s
 a sarjszövet hámmal vonódott be. Némely esetben azonban igen
 makacs volt a fistula s annak kezelését a beteg megúnva, azzal
 távozott a klinikáról.

A külső húgycsömetszés által gyógyult esetek utókezelése
 általános nézet szerint hosszabb bougiezából áll. Bron ezt mellöz-
 hetőnek tartja. Némelyek a catheter kihagyása után azonnal, mások
 csak néhány heti időköz elteltével kezdik. s e tekintetben az érzé-
 kenység határoz. Legjobb eleinte vékony bougiekat venni s csak
 később térni át vastagabbakra. Bardeleben e mellett hosszas fürdő-
 ket tart szükségesnek, a szövetek lobos feszülésének csökkentésére.

A seb gyógyulási módja, a heg alakja megnehezítheti a bougie
 bevezetését, a mi még nem visszaesés. Syme és Bron tapasztalatai
 szerint a külső metszés jobban biztosít recidiva ellen, mint más
 eljárás. Habár ez irányban statistica még nincsen. Phélip szerint
 Ollier 18 esetéből 5—25 év mulva 2 visszaesés mutatkozott, olyan
 egyéneknél, kik magukat nem sondázták. Nekünk is volt egy esetünk,
 hol műtét után 12 év mulva újabb műtét vált szükségessé (XXVII).
 Thompson egyáltalában nem fél a recidivától, Syme csak rossz
 utókezelés következményének mondja. Antal szerint (Orvosi hetilap.
 1887.) állandó eredményt csak a lobos szakban levő szűkületeknél
 lehet elérni; más esetekben a visszaesés rövidebb-hosszabb idő
 mulva bekövetkezik. Más helyen azt mondja, hogy a visszaesés
 kevés és kisértékű; csak traumatikus szűkületek tesznek kivételt, melyek-
 nél nem lehet egyesíteni a húgycső haránt sebéit. Mindamellett külső
 metszés után a visszaesés sokkal kisebb fokú és ritkább, mint belső
 metszésnél, mivel az interponált heg sosem lesz vonalszerű.

Ha meggondoljuk, hogy minden heg zsugorodik, akkor termé-
 szetesnek kell találnunk, hogy a húgycső operált része nem marad
 mindig oly tágan, minő a műtét után. Szűkülni fog az külső met-
 szés daczára is, esakhogy mivel a heg itt széles és oly irányú hú-

zást fejt ki a húgycsőre. mely a szűkülésnek némileg ellene működik (Roser): a visszaesés sokkal későbbre és kisebb fokban áll elő, mint belső metszésnél.

A recidiva kezelése főleg prophylacticus: műtétnél lehetőleg minden kórosat el kell távolítani, a körülmények szerint megkísérrendő a varrás, mert eredmény esetén kevesebb heg fejlődik a külső részekben, a bougiezással nem kell korán felhagyni. Már kifejlődött visszaesés ellen bougiezás, belső, esetleg külső metszés jöhet szóba.

Statistica.

Azon statisticáról, melyet a külső metszés eseteiről összeállíthatunk, körülbelül szintén azt mondhatjuk, mint a belső metszésnél: a műtéti eljárások, a seb gyógyítása, az utókezelés különböző voltán kívül megbízhatlanná teszi azt még főleg azon körülmény, hogy az operált betegek legnagyobb része többé nem kerül a műtő elé és így, hogy létre jött-e általában visszaesés, vagy nem, az megállapítatlan marad.

De másfelől a műtét utáni kezelés alatt beállott halál-esetek összeállítása sem szolgálhat a külső metszés hasznos voltának megítélésére kellő biztos alapul. Számos beteg már a műtét előtt fennállott okokból pusztul el, másoknál a halál oka műtét után keletkezik ugyan, de műtét előtti, vagy avval directe össze nem függő körülményekből. S igen nehéz ez esetektől elkülöníteni azokat, melyekben a halál tényleg a műtét számlájára volna írható. Mindamellet némi tájékozás kedvéért álljanak itt a következő statistikai adatok:

<i>Műtő</i>	<i>Esetek száma</i>	<i>Halál</i>	<i>Forrás</i>
Syme	105	2	Real. Encyclopaedie XX.
Thompson	219	11	» »
Henry Smith	13	3	» »
Bryant	19	1	Syme szerint. Lang. Arch. IV. Jahresber.
»	24	6	Sonda nélkül.
Watson és Makleod	13	3	Orvosi hetilap 1880.
Atkinson	39	7	Grégory Thése

<i>Műtő</i>	<i>Esetek száma</i>	<i>Halál</i>	<i>Forrás</i>
Thompson	13	0	Grégory Thése.
Más angolok	51	3	» »
Gueterbock	11	4	Real Encycl. XX.
Koenig	100	1	Tankönyve II. 551. l.
Billroth	4	3	Zürichből, 1860—1867.
Bonni klinika	5	0	Lang. Archiv, XV.
Billroth	2	1	» » X.
Langenbeck klinika	2	1	» » XXI. Supplem.
Krabbel	5	0	» » XXIII.
Aschenborn	1	0	» » XXV.
Körte	5	1	» » »
Leisrink és Alsberg	6	3	» » XXVIII.
Meyer	1	0	» » XVII.
Weigmann	1	0	» » XVIII.
Gärtner	2	0	Wiener med. Wochensch. 1888.
Heitzman (Schuh, Dumreicher és Düttel)	24	5	Heitzman Chirurgie.
Ultzmann	1	0	Centralbl. f. Chir. 1875.
Busch	21	3	Grégory Thése.
Neuber	2	0	Hátsó cath. Centralbl. f. Ch. 1881.
Löbker	9	0	Centralbl. f. Ch. 1882.
Prasse	22	1	» » 1884.
Kaufmann	125	14	» » » Sé- rülésnél.
Poppert	20	0	Centralbl. f. Ch. 1885.
Scharlam	25	0	» » 1889.
Hägler	5	0	» » »
Hensel	10	0	» » »
Bruns	6	0	Grégory Thése.
Más német	10	1	» »
Boeckel	35	8	Real Enc. XX. Francia és német esetek.
Doutrelepont	22	6	Langenb. Arch. VII.
De Brusseau	5	0	Centralbl. f. d. med. Wiss. 1872. Cath. post.
Péan	2	2	Péan Lecons 1881—1882.
Ferrier	2	0	Centralbl. f. Chir. 1887.
Socin	3	0	» » 1889.

<i>Műtő</i>	<i>Esetek száma</i>	<i>Halál</i>	<i>Forrás</i>
Tédenat	12	1	Vieu.
Vignard	15	0	Therap. Monatshefte 1892.
Dudon gyűjtése	31	8	Grégory Thése.
Bron	51	0	» »
Más francia	51	2	» »
Gross	30	0	» »
Gouley gyűjtése	345	41	» »
Novotny	3	0	Orvosi hetilap 1888.
Antal	24	0	» » 1887.
Poray-Koschitz	1	0	Centralbl. f. Chir. 1876.
Manuel Daguino	1	0	» » 1884.
Nicolaysen	9	0	» » 1886.
Tesjakov	1	0	» » 1889. K6.
Hashimoto	10	0	Archiv f. clin. Chir. 1885.
Olaszok	7	3	Grégory Thése.
Kovács	1	0	» »
Pyle örege	1	0	Lang. Arch. VIII.
Settegast	9	6	» » XXIV.
Boegehold	3	1	» » XXVI.
Dick és Adams	4	0	Orvosi hetilap 1864.
Parker	1	0	Centralbl. f. Ch. 1878.
Willard	1	0	» » 1875.
Kopp	1	0	» » 1876.
Mason	1	0	» » 1880.
Ollier	31	0	Vieu.
Bontecou	2	0	Centralbl. f. Ch. 1884.
Michael	7	0	» » 1888.
Michael	8	0	» » 1893. Ve- zető nélkül.
Thomas F. Chavasse	37	7	Centralbl. f. Ch. 1889.
Minich	1	0	» » 1889. K6.
Kirmisson	3	0	» » 1890.
Kolozsvári Brandt- klinika	27	3	Körtörténetek. 1887—1891.

Összesen 1719 eset, 162 halállal, a mi 9.4% mortalitásnak felel meg. E szám sokkal nagyobb, mint a belső metszésnél talált halálozási százalék (2%). Irányadó azonban a belső metszés javára nem lehet. A külső metszés, a mint Grégory is kiemeli, legtöbbször

sokkal súlyosabb körülmények között végeztetik, mint a belső; Löbker szerint már a hely, a gát is kedvezőtlenebb, mint a függő rész, a belső metszés gyakoribb tere. Ő azon csodálkozik, hogy a seb diphtheriás gyuladása, genyedése, hólyaghurut, stb. daczára a halálozási arány nem még nagyobb.

Végre is a külső metszésnek elsőseget a másikkal szemben nem egyéb biztosít, mint azon esetek nagy száma, melyekben tartósabb siker reményével kizárólag alkalmazható. Ha sikerülne oly statisticát összeállítani, mely mind a külső, mind a belső metszés után a gyógyult esetek számát, a gyógyítás időtartamát, az utókezelés módját és tartamát, a visszaesések idejét, fokát, számát kitüntetné, s mely számba venné az operált esetek könnyű vagy súlyos voltát is: akkor már biztosabb alapunk volna számokban is a két műtét összehasonlítására.

Tény az, hogy a húgycsőszűkületek különböző orvoslási módjai között mind a külső, mind a belső metszésnek megvan a maga saját területe.

Külső húgycsőmetszés esetei.

Brandt tnr. sebészeti klinikáján, Kolozsvárt. 1887—92.

I. Körtört. sz. 1887—6.

F. J. 51 éves, nős, hajdu, Kolozsvártt. Kezelés alatt jan. 11-től máj. 9-ig.

Többször szenvedett kankóban; 3 év óta sugár vékony; 3 hét óta borékon daganat. Húgycsőből geny ürül.

Hímtagon a hártvás rész felett 6 cm. hosszú, 2 cm. vastag, lefelé élesen határolt fájdalmas daganat. Borék mellső részén tyúktojásnyi tályog. Sugár középvastag, vizelet rendes. Bevezethető 14-es viaszbougie.

Jan. 12. A tályog-felmetszetik.

Jan. 17. 16-os viaszbougie.

Jan. 25. Rázó hideg (39.0°), a bal mellékhere meg van nagyobbva. Bougie kimarad; hideg borogatás.

Febr. 1. Here lelohadt.

Febr. 3. Fekély tágitása után a callosus-szövet kimetszetik.

Állandó catheter.

Márcz. 23. A hasfalón képződött tályog megnyitvatik, itt nyomásra pár csepp vizellet ürül, de a húgycső felé vezető menet nem tálatatik. A gát renyhe sebe lapissal érintetik

Márcz. 27. A hasfali sebtől a bal lágyék felé menet vezet, melybe lapis-bacillus.

Ápr. 19. A hártvás rész eszközzel nem járható át.

Ápr. 26. Külső metszés. Utána 12-ös catheter, antisepticus kötés: kellő mosás után jodoformpor és gaze, carbolgaze, vatta.

Ápr. 27. Utóvérzés, mely pár edény lekötése és thermocauter alkalmazása után megszűnik. Hő 38.5°

Máj. 2. Hasi seb élénken sarjadzik, rajta vizellet nem ürül. Ülő fürdő mindennap.

Máj. 9. Vizellet zavaros, catheter egyidőre kimarad. Sebek tiszták, élénken sarjadzanak, váladék kevés. — Beteg távozik.

II. Körtört. sz. 1887—70.

J. D. 53 éves, nős, napszámos, Erdő-Csinádról. Kezelés alatt márcz. 2-től ápr. 26-ig.

16 évvel ezelőtt kankója volt, mely nem gyógyult tökéletesen. 5 év óta vizellés és közösfülés alkalmával égető fájdalmak; sugár vékony, gyenge.

Urethritis purulenta. A scrotum mellső oldalán és a mony tövén egy urethral fistula. Bulbus táján diónyi kérges daganat. Vizellés fájdalmas, sokszor cseppekben; erős inger előzi meg. A sajkaárok mögött 1.5 cm.-re vékony eszközzel átjárható heges szűkület.

Márcz. 9. A fistulás menetek felhasíttatnak, kitakaríttatnak. A húgycső hagymai részéből egy mogyorónyi és egy kisebb kő kivéttetik (külső húgycsőmetszés). Catheter.

Márcz. 10. Láz, 38.7° hővel, hólyagtáji fájdalmak, vizellet meggyűlve. A catheter véralvadék által eltömve. Vizellet kiürítettik. Másnap beteg jól van.

Márcz. 16. A bulbusból pár új kő távolíttatik el.

Márcz. 18. A hólyagban kő találtatik.

Márcz. 22. Kőmetszés. Kő a prostatás részben levő öbölben van.

Állandó catheter. Este hő 39.1.

Márcz. 23—25. Vizellet a gát sebéen is foly. Renyhe sarjadzás ellen lapis. Ülőfürdők.

Márcz. 26. Gát sebé gyógyult. Vizellet a rendes úton, de a mony tövén fenmaradt fistulán is folyik. Beteg távozik.

III. Körtört. sz. 1887—154

B. J. 42 éves, vasúti pályaőr, Virágosvölgyről. Kezelés alatt máj. 4-től jun. 29-ig.

1883-ban kankója volt; vizellés azóta kissé fájdalmas. Később többször vizelletrekedés, mely miatt kórházban is volt.

Eszközzel átjárhatlan szűkület a hártvás rész kezdetén.

Máj. 12. Külső húgycsőmetszés, itinerarium segélyével; behatolás rétegenként. Catheter. Hő 38.0.

Máj. 13—14. Kisfokú hőemelkedés. Vizellet a catheteren át folyik, sebéen át kevés.

Máj. 15—19. Hő 38.0—39.0, pár rázó hideg. Erős köhögés, ipecacuana forrázat. Seb sarjadzik. Párszor hányt. A műtét utáni lázak és hányás uraemia tüneteinek tartatnak.

Máj. 20. Beteg jól van.

Máj. 21—22. Ujra rázó hideg. Chinin.

Máj. 23—28. Állandó javulás. Seb telik, vizellet rendes és a seben át nem folyik. Állandó catheter, koronként fölcserélve.

Máj. 29-től jun. 7-ig. Renyhe sarjak lapissal érintetnek.

Jun. 8. Catheter a hólyag izgatottsága miatt ideiglenesen kihagyatik. Seben át kevés vizellet szivárog.

Jun. 11. 12-ös angol catheter könnyen bemegey.

Jun. 25. Catheter kimarad. Seben át vizellet nem ürül.

Jun. 29. Vizellés vastag sugárban, fájdalom nélkül. Seb záródott és csaknem egészen be van bőrödve. Beteg távozik.

IV. Körtört. sz. 1887—222.

U. L. 45 éves, nős, hivatalszolga, Kolozsvártt. Kezelés alatt jun. 22-től jul. 30-ig.

Fiatal korában 5 évig kankója volt. Később sugár vékony, vizelés nehéz lett. 1884-ben s később párszor teljes húgyrekedés. 1886. őszén Thompson-féle tágtítóval jelentékeny javulás, de nemsokára új súlyosbodás. Nagy fájdalmak a gáttájon, miért maga a beteg több száz morphin-befecskendést végzett.

Beteg nagyon lesoványodott; erős gáttáji fájdalmak vannak. Vizelés gyakori, de cseppekben, stranguria. A hártás részben eszközzel átjárhatlan kerges szűkület. Vizellet rendes.

Jun. 23-től jul. 2-ig. Nagy fájdalmak, álmatlanság, morphin-befecskendés.

Jul. 3. Külső metszés: a szűkületig itinerarium tolatik, lágy részek rétegenként metszetnek át; szűkület vájt kutató és bistouri segélyével tágtittatik. 11-es angol catheter állandóan. Antisepticus kötés.

Jul. 4—16. Borsavas hólyagmosások. Vizellet csaknem mind a catheteren át ürül. Seb tiszta, jól sarjadzik.

Jul. 17. Túltengő sarjak lapissal érintetnek.

Jul. 23. Seb záródott, catheter elhagyatik.

Jul. 30. 10-es angol catheter könnyen bevezethető. Beteg távozik.

V. Körtört. sz. 1889—41.*

Ápr. 8. Külső húgycsőmetszés. A gát közép vonalában ejtett metszés diónyi ürre akad, melynek fenekén a sarjszövettel bevont bulbos. A cső itinerariumon megnyittatik. Prostatában tályogőr érzik. 13-as catheter vezetetik be; hólyagmosás. A víz részben bennhagyatik, hogy a hólyagot tágan tartsa (a catheter hogy ne izgassa). Műtét után alhastáj kop. hangja dobos.

* Lásd be'ső húgycsőmetszés III. eset. Orv. term. ért. 1893.

Ápr. 9. Seb piszkos, rá salicyl sav. Prostata nagy.

Ápr. 10. Seb piszkos, lepedékes, vizellet dögbűzű, bokák tája duzzadt. Hólyagmosás kétszer.

Ápr. 11. Catheter felcseréltetik. Négy hólyagmosás.

Ápr. 12—15. Tünetek enyhültek. Naponta morphin-injectio a fájdalmak ellen

Ápr. 18. Destillált víz injectiora fájdalmak szintén szűnnek.

Ápr. 20. Catheter-váltás.

Ápr. 30. Catheter-váltás. Seb élénken sarjadzik. Jobb mellkasfélben fájdalmas szúrások, hólyagos zörejek; ipecacuanha-forrázatot kap.

Máj. 1. Tüdő tünetei megszűnnek.

Máj. 3. Seb szűk, belé jodoform-bacillus.

Máj. 21. Catheter kihagyatik.

Máj. 28. Vizellet 1500 grm., savi, fehérye nincs benne; hólyagmosások 19-es Nelaton catheterrel. Seb begyógyult.

Jun. 2. 24-es Nelaton.

Jun. 3. Vizellet elég tiszta, benne kevés nyák, laphám és hyalin henger.

Jun. 5. Beteg gyógyultán távozik.

VI. Körtört. sz. 1889—91.

H. J. 59 éves, nős, magánzó, Kolozsvártt. Kezelés alatt márcs. 10-től május 8-ig.

30 év előtt kankó, mely nem gyógyult teljesen. Jelen baját magától keletkezettnek tartja.

Hő 38³°. Fájdalmas a borék és gát táján. Borék ökölyi, bőre feszes, élénk piros. Mony töve köröskörül, deszkaszerűen beszűremkedve. Scrotum tövén a raphe jobb oldalán nyílás, melyből nyomásra léghólyagokkal kevert hig geny ürül, valamint a csőből. Végbelen át prostata meg van nagyobbodva, fájdalmas, ruganyos tésztatapintatú. Hólyag kitágulva, telve. Stranguria. Hő 38³, érverés 86.

Márcs. 10. Fistula tágítatik, kérges szövet a barlangos testig eltávolítottatik. Külső húgycsőmetszés itinerarium segélyével, mire diónyi ürből bűzös hig geny ürül. Kikaparás. A czafatok között a húgycső folytatása a kilövellő vizeletről felismertetik. Vastag angol catheter vezetettetik a csővön végig a hólyagba, melyből a beteg nagy megkönnyebbülésére sok zavaros vizellet ürül. A seb felső része 4 öltéssel egyesítettetik, az alsóba jodoform-gaze vezetettetik. Állandó catheter. Délután hő 39³°, érverés 92, feszes.

Márcs. 11—16. Láz nincs. Vizellet a catheteren átfolyik.

Márcs. 17. Vizellet alcalicus; urethritis. Seb még nem tiszta, vizellet ezen át is ürül 14-es angol catheter a régi helyett, mely érdes lett sók ráarakódásától. Hólyagmosás.

Márcs. 25. Angol helyett francia catheter.

Jun. 8. Beteg teljesen gyógyultán távozik.

VII. Körtört. sz. 1889—366.

K. D. 50 éves, nős, birtokos, Kis-Sármásról. Kezelés alatt okt. 9-től nov. 9-ig.

Fiatal korában kétszer kankója volt. Három évvel ezelőtt szűkület, mely bougieval tágíttatott. Négy nap óta húgyvisszatartás és csepegés.

Eszközzel átjárhatlan szűkület a hártvás részben.

Okt. 9. Minthogy a sok gurdély miatt itinerarium nem hatol eléggé be: a nélkül külső metszés a végbél előtt 3 cm.-rel, rétegenként. Sebből a hólyagba angol catheter; ennek mellső vége a húgycső mellső részébe a seb felől vezetetik, kutató segélyével. Seb néhány öltéssel egyesíttetik, kivéve alsó zügát, hova jodoform-gaze vezetetik. Vizelet gyengén savi, üledékében kevés geny. Alacsony hőemelkedés.

Okt. 16. catheter-csere (16-os angol). Beteg jól van. Seb egészen zárt, hámmal gyorsan fedődik

Okt. 28. Catheter elmarad; hólyagmosás végett Nelaton vezetetik be.

Nov. 9. Beteg gyógyultán távozik.

VIII. Körtört. sz. 1889—442.

L. Gy. 53 éves, özvegy, napszámos, Türeből (Kolozsm.). Kezelés alatt 1889. decz. 12-től 1890. máj. 5-ig.

36 év előtt kankója volt, mely akkor gyógyult. Pár év előtt megint kankóban és herelobban szenvedett s a gát bőre elhalt. Ez akkor gyógyult ugyan, de a gáton nemsokára nyílás támadott, melyen vizelet ürült.

Vizelet vegyhatása közömbös, fehérnyét nem tartalmaz. A gát duzzadt, kissé fájdalmas. Közepén nyílás, melybe a kutató 4 cm.-re halad; rajta vizelléskor szintén ürül vizelet. Minden két órában vizell. A hártvás rész hátsó felében szűkület van, melyen csak 3-as angol catheter megy át.

Decz. 13. Külső metszés itinerarium segélyével, a Fistula heges szövete kimetszetik. 16-os angol catheter. A gát sebe 8 öltéssel egyesíttetik, csak kis nyílás marad fenn, melybe jodoform-gaze vezetetik. Hő 36·7.

Decz. 15. Hő 38·6—39·0, hideg borzongatás; hólyagmosás; 1·5 grm. chinin.

Decz. 16. Hő 37·8—38·8. Kevés geny; seb záródása elmaradt, öltések kivételnek. Hólyagmosás mindennap.

Decz. 18. Catheter váltás. A seb hátsó részén kis szétesés. Creolin és jodoform gaze. Hő 37·6—38·4.

Decz. 19. Hő 38·5—39·0. Hólyagmosás.

Decz. 20. Hő 37·8—37·5. Seb tisztább.

Decz. 21. Hő 37·9. Vizelet zavaros, közömbös, górcső alatt geny van benne, fehérnyét nem tartalmaz.

Decz. 25. Catheter váltás. Hő rendes. Vizelet tisztább; vizelléskor állítólag a seben át is csepeg; ezt hólyagmosásnál nem lehet kimutatni.

Jan. 4. Catheter váltás.

Jan. 10. Catheter váltás.

Jan. 12. A fityma duzzadt; a cathetert tartó ragtapasz-csik felváltatik.

Jan. 16. Catheter váltás. A seb lapissal érintetik, a sarjadzas élénkítésére.

Jan. 23. Catheter váltás.

Jan. 26. Catheter váltás.

Febr. 4. Catheter váltás. Seb telik.

Febr. 9. Catheter váltás, 16-os számú.

Febr. 18. Catheter váltás. Lapis

Febr. 25. Catheter váltás.

Márcz. 4. Catheter váltás.

Márcz. 13. Catheter váltás.

Márcz. 14. Scrotumon eczema: amyllum-por.

Márcz. 22. Catheter váltás.

Márcz. 30. Catheter váltás.

apr. 8. Catheter váltás; kutató a seben át nem hatol a catheterig.

Apr. 12. Catheter váltás.

Apr. 21. Catheter váltás.

Apr. 30. Catheter váltás; Nelaton-félével (27-es).

Máj. 7. Catheter váltás.

Máj. 8. Fistula a lapis használata daczára fennmaradt. Beteg távozik.

IX. Kórtört. sz. 1890 - 393.

D. P. 28 éves, nőtlen, földész, Boiczáról (Hunyadm.). Kezelés alatt 1890. nov. 28-tól 1891. január 3-ig.

5 év óta idült kankó. 2 év óta incontinentia, sugár vékony. 3 hónap óta többször retentio. Vidéki kórházban catheterezéssel és vészívókkal kezeltetett.

Rosszúl táplált beteg. Hólyag felt, vizelni nem tud, csak cseppekben. A hártvás részben eszközzel átjárhatlan szűkület. Vizelet gyengén alcalicus, zavaros, káposztalészerű.

Nov. 30. Külső metszés. A hártvás rész hátsó végében gurdély. A cső folytatása úgy találtatik meg, hogy az alhas nyomása által vizelet sajtolatik ki; bistourival tágítás és 13-as ruganyos catheter. Erre vizelet bőven ömlik, először tiszta, azután zavaros, sűrű. A catheter bevezetése úgy történt, hogy a seben át a hólyagba tolatott, majd lehető betolás és görbítés mellett hosszú gombos kutató segélyével a cső mellső részén is végig húzatott. Hólyag kimosatik. Hő műtét előtt 39°0, utána pár órával 38°8. Beteg igen megkönnyebbült.

Nov. 30. Hő 37·1—37·4 Vizelet tiszta, gyengén savi.

- Decz. 1. Hő 36·9—37·7. Köhög, bronchitise van, Dower-port kap.
 Decz. 7. A catheter mellett a vizellet a sebhez szivárog.
 Decz. 9. Catheter-váltás, a bevezetésnél a seben át ujjal kell segíteni.
 Decz. 19. Új catheter, 16-os, könnyen bemegey.
 Decz. 20. Kisfokú urethritis.
 Decz. 21. Vizellet csak a catheteren át ürül.
 Jan. 1. Seb be van gyógyulva, catheter elmarad, sugár vastag.
 Jan. 3. Beteg gyógyultán távozik.

X. Kórtört. sz. 1891—42.

T. J. 51 éves, nő, napszamos. Győrfalváról. Kezelés alatt febr. 11-től apr. 2-ig.

4-szer szenvedett kankóban. Vizellési zavarai 5 év óta vannak. Inger gyakori, egyszerre keveset vizell. 1887-ben e klinikán kezeltetett (bougiekkal), 3 hét elteltével javultán távozott. 1890 tavasza óta incontinentia, mi mellett a hólyag nehezen ürül ki. Két hét előtt székelés közben csövéből pár véralvadékrög távozott.

Vizellet zavaros, közömbös; górcső alatt geny. A hártvás részben széles callositas; ennek két oldalán egy-egy tasak, melyekben a bevezetett eszköz fönnakad. Sugár vékony. Vizellet-csepegés. Hő rendes.

Febr. 17. Külső metszés. A szűkületig itinerarium tolatik, a lágyrészek rétegenként átvágnak, a bulbus is bemetszetik, vérzés nem nagy; húgycső folytatása nehezen, hosszas próbálgatás után találta meg, szűkület tompa bistourival tágíttatik, 13-as angol catheter hagyatik benn.

Febr. 18—19. Láz nincs. 16-os catheter vezetetik be. Ülőfürdő mindennap.

Febr. 20. Éjjel rázó hideg. 39·3—39·7—39·5 Vizellet savi. Székrekedés ellen Ol. Ricini. Hólyagmosás mindennap.

Febr. 21. Hő 38·5—38·1—38·0. Hidegrázás nem volt.

Febr. 23. Hő 36·5—37·4—37·8.

Febr. 25. Jobb here lobos. Felpolczolás, jeges borogatás.

Febr. 27. Here lelohadt. Seb szépen telik.

Febr. 28. Catheter váltás; ezután is, minden 6—8 napban.

Márcz. 21. Seben át a catheterig lehet hatolni.

Márcz. 26. Seb összevarratik.

Márcz. 30. Seb záródott, csak gombostűfejnyi sekély nyílás áll fenn.

Apr. 2. Sugár elég vastag, erőteljes. Seb nincs. Beteg gyógyultán távozik.

XI. Kórtört. sz. 1891—73.

F. J. 34 éves, nő, napszamos, Felső-Detrehemről (Torda-Aranyosm.) Kezelés alatt márcz. 12-től jul. 9-ig.

Nyolcz év előtt kankója volt. Jelen baját arra vezeti vissza, hogy 10 hét előtt farára esett. A gáton daganat támadott, mely 4 hét előtt felfakadt. Azóta vesz észre vizellési zavarokat is.

Hártyás részben szűkület, melyen 3-as angol catheter hatol át. A hártvás résznek megfelelően kívülről callosus tömeg tapintható, mely fájdalmas. Gáton két genyedő menet a húgycső felé. Incontinentia és retentio. A jobb glutaeus tájon nagy ürmenetek, melyek genyedő ürbe vezetnek. A végbél jobb oldalán sekély és élénken sarjadzó folytonossághiány. Prostata kissé nagy. Láz nincs.

Márcz. 13—24. Csőben 3—7. catheter, melyet jól tűr. Borsavas vízzel hólyagmosás. Far sebére syphilis gyanuja miatt Empl. Hydrarg. cin.

Márcz. 25. Cathetert a beteg kihúzza, bevezetni nem sikerül. Elég jól vizek, a sipolyokon át nem.

Ápr. 4. 9-es catheter.

Ápr. 9. Cathetert a beteg kihúzta, s újra bevezetni nem sikerült.

Ápr. 10—19. Álútak találatnak; cső fájdalmas. Vizelet zavaros.

Ápr. 20. Külső metszés. Fistulák felhasíttatnak, a cső folytatását nehéz megtalálni. 14-es ruganyos állandó catheter. Seb részben egesztetik. Hő 37.2. Délután hidegrázás 39.9° hővel.

Ápr. 21. Hő 37.8—40.0—39.7.

Ápr. 22. Hő 37.5—39.0—39.3. Seben át vizelet szivárog.

Ápr. 23—24. Kissé lázas, egy rázó hideg. Catheter-csere.

Ápr. 25—28. Láz nincs. Csekély uretheritis. Öltések kifoszlottak, seb nem záródott.

Ápr. 30. Catheter-csere.

Máj. 8. Catheter-csere. Bevezetés csak úgy sikerül, hogy a catheter a sebből a hólyagba tolatik, majd gombos kutatóra erősítve előre.

Máj. 18. Seb igen kisebbedik.

Máj. 21. Catheter bedugult, mandrin nem segít; catheter váltás.

Jun. 1. Seb 3 öltéssel záratik.

Jun. 5. Öltések lazák.

Jun. 7. Hő 37.8—39.5—38.4. Catheter csere; a régi cath. nincs megváltozva.

Jun. 8—30. Hő 36.0 és 39.0 között ingadozik. Gát sebében vizelet szivárog. Hólyaghurut.

Jul. 1—4. 35.3—39.4. Végtagok hidegek, érverés elég jó. Vizeletben sok geny. Gát sebe renyhe.

Jul. 5—9. Hő 36.4—39.1. A gát sebe 3 mm. széles, rajta vizelet szivárog, mi 15-ös Nelaton-catheter mellett nem történik. Beteg saját akaratóból távozik.

XII. Körtört. sz. 1891—83.

Sz. F. 57 éves, nős, egyetemi szolga Kolozsvártt. Kezelés alatt márcz. 22—márcz. 24.

1855. óta idült kankóban szenved. 1871-ben rövid ideig bougie-kezelés. Retentio löbbször. 1872. óta 4-es ruganyos cathetert használt,

melyet darabig mandrinnal, azután anélkül szokott bevezetni. A felvétel napján reggel visszahúzáskor a catheter vége a csőben maradt.

Álútak és szűkület a hártás részben.

Márcz. 22. Catheter külső metszés által távolíttatik el. 13-as catheter vezetetik be a seben át hátra és előre. Pár vérző edény beköttetik. Sebszélék egyesíttetnek.

Márcz. 23. Öltések nem tartanak.

Márcz. 24. Seb tiszta, vérzés nincs. Beteg kikérezdik. Ajánltatik neki, hogy a további kezelést künn orvosra bízza.

XIII. Körtört. sz. 1891—111.

K. S. 62 éves, nős, napszámos. Kolozsvártt. Kezelés alatt ápril-7—ápr. 9.

Háromszor szenvedett kankóban. Vizelési zavarai 3 év óta vannak. 5 hónap előtt gátján tályog keletkezett, mely kifakadt; ezáltal 3 nyílás támadott, melyekből vizellet folyik. 3 hónap óta a zavarok fokozódtak: gyakori inger, melyet kielégíteni nem képes. Vizellet-csepegés.

Emphysema pulmonum, a radialis pulsus kemény, kicsiny, szívhangok tompák, tápláltság rossz. Húgycső hártás részében kemény heg, mely az 1-es cathetert se bocsátja be. A gát baloldalán kemény heg-csoportozat van. A raphetól balra két nyílás, melyeken át kutatóval nem lehet a húgycsőbe jutni. Vizelletet vizsgálni nem lehet, mivel elég nagy mennyiség nem kapható. Néha a fistulákon is ürül. Hólyag nem tel. Incontinentia alvi. Hőemelkedés nincs.

Ápr. 8. Külső metszés, a heges szövet egészen eltávolíttatik. 14-es angol catheter. A húgycső a catheter felett catguttal, a bőr selyemmel összevarratik. Hő műtét után 34.4, este 34.6. Cognacot és aether-befecskendést kap.

Ápr. 9. Hő 37.2. Beteg nyugtalan, végtagok hűvösek, radialis alig érezhető. Reggel 28^o-os fürdőt kap, aztán cognacot. Délben igen kimerült, aethert kap bőr alá, és camphort. Légzése felületes lesz, d. u. 2¹/₂ óraker megal.

Bonczlelet: Cystitis chronica, cum hypertrophia vesicae, Pyelonephritis, Marasmus senilis.

XIV. Körtört. sz. 1891—280.

(Lásd belső húgycsőmetszés, IV. eset. Orv. term. ért. 1893.)

Okt. 16. Külső húgycsőmetszés. Sok kérges szövet ki-metszetik. 10-es catheter bevezetése nem sikerül, ezért a mellékszűkület Ivánchichféle urethrotommal több irányban bemetszetik, sőt maga a gyűrűszerű szűkület vájt kutaton mandula-metszővel pár helyen át-vágatik. Erre a catheter bemegy. Hólyagmosás. Parenchymás vérzés catheterre megszűnik.

Okt. 18. Vizellet csak a catheteren át folyik.

Okt. 20. Seb felső része egy öltéssel egyesíttetik.

Okt. 22. Öltés nem tart, kivétetik. 12-es catheter.
 Okt. 28. 14-es catheter.
 Nov. 10. Új 14-es catheter.
 Nov. 14. Sarjszövet túltengése ellen lapis étetés.
 Nov. 20. 15-ös catheter.
 Nov. 21. Catheter a szűkületnek megfelelően összenyomva. 16-os catheter.

Nov. 23. Seb telik, rajta át még a catheterig lehet jutni. Beteg 16-os catheterrel távozik, azon meghagyás mellett, hogy 10 nap mulva jelentkezék.

Decz. 13. Jelentkezik. Seben át vizellet szivárog. Felfrissített sebszélek 4 csomós öltéssel egyesítettnek.

Decz. 17. Seb felső részéből kevés geny nyomható ki.

Decz. 23. Catheter kihagyatik. Sugár elég jó.

Decz. 27. Seb nincsen egészen hebrödve, de rajta vizellet nem ürül. Beteg távozik.

XV. Körtört. sz. 1891—322.

N. M 55 éves, nős, kereskedő, Illyefalváról (Háromszékm.)

30 év előtt két ízben kankója volt. 15 évre rá vizellése fájdalmas és nehéz lett. 4 és 3 évvel ezelőtt a scrotum baloldalán tályog támadott, mely kifakadt és gyógyult. Egy év előtt megint tályog azon tájon, mely kifakadt, s a nyílás most is fennáll.

Noduli haemorrhoidales. Orificium externum urethrae szűk. A hártás részben szűkület. Vizellet zavaros, közömbös hatású. A scrotum baloldalán galambtojásnyi keményedés, melynek felső részén folyton csepegő, 1 cm. mély nyílás van.

Nov. 2. A bélhuzam előzetes kiürítése után külső metszés. A callositas kimetszetik, a cső itinerariumon megnyittatik, 2 cm. hosszban. 13-as catheter. A seb felső része 5 csomós öltéssel egyesítettik. Alsó részébe jodoform-gaze Ülőfürdők rendeltetnek.

Nov. 3—4. Borsavas hólyagmosás, vizellet catheteren át és tisztán jó. Sebszélek nem egyesültek, öltések eltávolíttatnak. Sarjszövet apró szemcséjű, nem nagyon élénk.

Nov. 9. Jodoform helyett dermatol-kötés.

Nov. 10. Sarjszövet igen élénk, nagy szemcséjű; seben át vizellet nem ürül.

Nov. 11. Catheter-csere (13-as.) A csőbe bocsátott víz a seben át csak vékonyan folyik. Régi catheter nincs incrustálva.

Nov. 13. Seb felső része, a szélek kiegyenlítése után 4 selyemöltéssel egyesítettik és az alpra nyomatik.

Nov. 14. Catheterből mosás közben pár rostonya-darab távozik.

Nov. 16. Öltések nem tartanak, kivétetnek.

Nov. 18. Vizelletben fehérrye, kis számban vörös és fehér vérsejtek, hám- és szemcsés hengerek, fajs. 1024, savi, napi mennyisége

500 grm. Szívtompulat 2 cm.-rel a bimbóvonalon kívül terjed, csúcs-lökés nem érezhető. Ülőfürdők.

Nov. 19. Seb felső fele 4 öltéssel újra egyesítettik.

Nov. 23. Borék baloldalán a mélyben fájdalmas beszűrődés, melyre jodtinctura és hideg borogatás rendeltetik.

Nov. 25. Öltések nem tartanak kivételnek. Hő 38·3—39·0.

Nov. 26. Hő 38·1—38·1. Lábak puffadtak.

Nov. 27. Hő 38·2—39·3. A scrotum beszűrődött helyén hullámzás van, felmetszésre sok geny ürül.

Nov. 28. A bemetszés mélyítettik, mire új véres geny ürül ki. Vizellet savi, benne geny, hám- és hyalin-hengerek. Hő 38·1—39·1.

Nov. 29. Hő 38·0 37·9.

Decz. 1. Luhi víz; láz nincs.

Decz. 2—29. 13-as catheter, többször fölváltva. Hólyagmosások, ülőfürdők. Sebre a renyhe sarjadzás ellen párszor lapis-érintés. Sebből húgycsőmosásnál víz szivárog.

Jan. 4. Seb csaknem egészen begyógyult.

Jan. 8. Éjjel hidegrázás, rosszüllét, Influenza-tünetek. Phenacetint kap.

Jan. 10. Jobboldali pneumonia, hátul és oldalt a 4-ik bordától lefelé. Ipecacuanha forrázat.

Jan. 13. Lázak, étvágy nincs, délben oedema pulmonum, eszméletlenség, 12 óraker meghal. Nem boncoltatik.

XVI. Körtört. sz. 1892—7.

T. R. 28 éves, nőtlen. pénzügyőri szemlész. Kezelés alatt jan. 7. máj. 23.

2 év óta kankóban szenved. 1891. elején a gáton fistula támadt, melyen át vizellet folyik. Ugyanekkor a végbél mellett balfelől diónyi tályog keletkezett, mely műtét után gyógyult. A múlt őszön a végbél jobb oldalán jött létre tályog, mely kifakadott s a most is fennálló végbélsipolyt okozta.

A húgycsőből geny folyik, a hártás részben középfokú szűkület, s e mögött, a prostata előtt, a cső tágabb a rendesnél. Innen a gátra genyedő sipoly vezet. Cystitis. Végbél jobb oldalán fistula.

Jan. 8—25. Húgycsőbe Zn. sulph. befecskendés. Ülőfürdők, scrotum felpolczzoltatik.

Jan. 26. 6 os angol catheter vezettedik be.

Jan. 31. 7-es catheter nem halad át a szűkületen.

Febr. 3. A végbélsipoly felmetszetik és kikapartatik. Külső metszés a húgycsősipoly tágításával, a szűkület megszüntetése végett. Prostatás részben diónyi ür. 13-as angol catheter. Jodoform-kötés.

Febr. 5. Catheter kicsúszik és nehezen helyezhető vissza.

Febr. 6. Catheter újra kiesik s visszahelyezése nem sikerül, mert a praevesicas ürben fennakad.

Febr. 7—19. Catheterrel szünet. Hólyag a seben át bevezetett drain segélyével mosatik.

Febr. 20. Nelaton-catheter vezetetik a seben át a hólyagba, s hosszú kutatóra kötve előre. Ez koronként felváltatik.

Márcz. 7. Catheter néhány napra elhagyatik, hogy a praevosicás úr annál inkább összehúzódjék.

Márcz. 10. 11-es angol catheter bevezethető. Éjjeli erectiók ellen Lupulin, Na brom., Morphin és Camphora keveréke adatik.

Márcz. 24. Reggel rázó hideg, 39.5° hővel. Hólyagtájon fájdalom, melyek a bal vesetáig sugárzanak. Hő d. u. 39.2, este 40.1. Catheter kivéttetik, s a hólyag időnként a seben át női catheter segélyével ürítettetik ki. Vizellési inger nagy. Vizellet rendes mennyiségű, zavaros, savi, benne fehérsége, sok geny.

Márcz. 25—28. Hő 38.0—39.1. Inger gyakori. Beteg gyenge, borszéki vizet kap.

Márcz. 29.—Ápr. 2. Láztalan; vizellési inger csökkent, vizellet a seben át ürül.

Ápr. 3. Reggel a catheterezés után rázó hideg. Hő 39.0—40.1. Fél grm. chinint kap.

Ápr. 4—6. Láznak.

Ápr. 7—12. Beteg láztalan. A sebszélek légenysavval érintetnek; a következő napokon is.

Ápr. 16. Sebszélek egymáshoz közelednek. Seben kevesebb vizellet foly, húgycsövön több.

Máj. 3. Sarjszövet jó. A seb mellső részén benőtt bőr késsel eltávolítottatik.

Máj. 9. Seb 3 selyem-öltéssel részben záratik.

Máj. 11. Öltések bevágtak, kivéttetnek. Sebűr babnyi, rajta át kevés vizellet ürül.

Máj. 18. Beteg rendelet szerint ritkán vizell. D. u. rázó hideg, hő 39.2, este 39.3. Fejfájás.

Máj. 19. Láz nincs.

Máj. 23. Csövön át vizellet elég jól ürül, de kis mennyiségben a kicsiny seben át is. Ülő fürdők ajánlatával saját kérésére kibocsátatik.

XVII. Körtört. sz. 1892—30.

V. G. 34 éves, nőflen, kalapossegéd, Tordáról. Kezelés alatt jan. 31-től máj. 1-ig.

12 év óta kankója van, vizellet vékony sugárban, csavarosan távozik. Vizellési nehézségeitől származtatja 4 év óta fennálló jobb oldali lágyék-sérvét.

Hernia ing. lib. dextra. Csőből geny foly, melyben gonococcusok vannak. Hártás részben eszközzel átjárhatlan szűkület.

Febr. 3. Húgycsőbe Zn. sulph. oldat befecskendése. Ülő-fürdők

Febr. 8. Külső húgycsőmetszés. 15-ös angol állandó catheter. Dermatol-kötés. D. u. egy vérző edényke bekötötték. Láz nincs.

Febr. 11. Három öltéssel seb részben egyesítették. Kis láza van, köhög, Ipecacuanhát kap.

Febr. 16. Öltések nem tartanak, eltávolíttatnak.

Febr. 19. 15-ös új catheter. Naponként hólyagmosás borsavas vízzel.

Febr. 20. Erectiok ellen lupulin, 1 grm. pro dosi.

Febr. 25. Hólyagtáji fájdalmak, szorgalmas, gondos hólyagmosások.

Febr. 28. és márcz. 9. Catheter-csere.

Márcz. 20. és 25. Kiemelkedő sarjszövet lapissal érintetik. A seb igen megszűkült, beléje dermatol-bacillus dugatik. Seben át még vizellet szivárog.

Ápr. 4. Sebbe lapis-bacillus.

Ápr. 7. Herniotomia radicalis.

Ápr. 28. Sérvmetszés sebe gyógyult. Gáton még pár csepp vizellet szivárog. Beteg távozik.

XVIII. Körtört. sz. 1892—31.

Sz. J. 44 éves, nőtlen, bányász, Balázsfalváról. Kezelés alatt febr. 1-től márcz. 6-ig.

1873 óta idült kankója van. Vizellése 2 év óta nehezített; kezdetben sugárban ömlik, később csepeg és fájdalmat okoz.

Rosszúl táplált férfi beteg. Sugár gyenge, vékony, kacskaringós és csepegésbe megy át. A hártvás részben eszközzel átjárhatlan szűkület. Vizellet rendes.

Febr. 10. Külső metszés, 14 es angol állandó catheter dermatol-kötés, naponként hólyagmosás borsavas vízzel.

Febr. 11—16. Hő esténként 38⁰-ra felmegy.

Febr. 17. 15-ös catheter.

Febr. 19. Catheter kicsúszik, visszahelyezése nem sikerül, két napra a nélkül marad a beteg. Vizellet a csövön átfolyik s csak kis mennyiségben a seben.

Febr. 21. 15-ös catheter.

Febr. 25. Catheter kiesik; újra be sem vezettedik, mivel vizellet egészen a csövön át ürül.

Márcz. 6. Seb zárva van, élénken sarjadzik. Sugár vastag. Beteg távozik.

XIX. Körtört. sz. 1892—37.

B. M. 29 éves, földmives, nős, D.Szt.-Mártonból (Kis-Küküllőm.) Kezelés alatt febr. 3-tól márcz. 14-ig.

3 évvel ezelőtt kankóban szenvedett. Azóta vizellete többször megrekedt, s orvosi kezelésre indult meg. Ugyazon időtájt a gát jobb oldalán nyílás támadott, mely genyed most is.

A jobb herezacskóban tyúktojásnyi ruganyos csomó, mely felett a bőr rögzített, vörös és hullámzik. Hártvás részben szűkület, melyen 6-os viaszbugie megy át. A raphe mellett jobbfelől nyílás, melyből genyes váladék ürül.

Febr. 5 Külső húgycsőmetszés hajtatik végre. 15-ös ruganyos catheter. Mindennap ülőfürdő és hólyagmosás. A seben át is folyik vizelet.

Febr. 9. 16-os catheter.

Febr. 11. Seben át vizelet nem jön, hólyag kevés vizet fogad be. Jobb scrotum tályogja felmetszetik, belőle bőven ürül geny.

Febr. 13. Sebek tiszták. Scrotum sebe 3 selyemöltéssel egyessítettetik.

Febr. 15. Öltések nem tartanak, kivétnek, alattuk geny.

Febr. 17. Febr. 24. Uj catheter.

Febr. 25. A sipolyon a kutató 3 cm.-re hatol, de nem jut a catheterhez: felmetszetik.

Febr. 29. Sebekben vizelet nem jó.

Márcz. 3. Urethritis miatt catheter kihagyatik. Seben át a vizelet szivárog. Lapis a kiemelkedő sarjakra. Ülő-fürdők.

Márcz. 14. Gyógyultan távozik.

XX. Körtört. sz. 1892—139.

N. T. 25 éves nőtlen, napszámos, Kodrágyról (Hunyadm.) Klinikán 1892. május 7-től május 18-ig.

Hét évvel ezelőtt medenczejére földtömeg zuhant, mire a nevezett testrészt, erős megdagadása és darab ideig tartó vizelet rekedés állott be. Azóta később is voltak vizelelési nehézségei. Pár hó előtt kankót szerzett; a genyes kifolyás néhány hét alatt különféle szerek alkalmazása mellett elmúlt, de három hét előtt vizelet-rekedés, majd csepegés, húgyeső- és herefájdalmak léptek fel.

Húgyesőből kevés genyes váladék fejhető. Vizelet nagy erőlködéssel és csak cseppenként távozik, alcalicus. 3-as bougie vagy catheter a pars membranaceában fennakad. Bal here megnagyobbodott, fájdalmas, érzékeny, alsó része felett hullámzás. Lehangeltség. Meleg fürdők, hashajtók.

Máj. 16. Külső húgycsőmetszés. Bal here tályogja felnyitattik és kikapartatik. Nyelv feltűnően száraz, hőemelkedés nincs.

Máj. 17. Kötés-váltás. Nyelv igen száraz, sopor. Beteg semmit nem vesz magához.

Máj. 18. Állapot ugyanaz. Bc.; cognac, Hozzátartozói kívánságára elbocsáttatik.

XXI. Körtört. sz. 1892—163.

M. Gy. 40 éves, nőtlen, tanító, Naszódról. Kezelés alatt 1892. máj. 23-tól jul. 25-ig.

15 év előtt kankója volt. 3 év óta húgycsövi fájdalmak, nehéz vizelés, vizeletcsepegés, melyek utóbbi időben gyakoriak lettek.

Vizellet rendes. A hártvás rész elején 10-es bougieval átjárhatlan kérges szűkület.

Máj. 24-től jun. 2-ig. Naponként pár órán át 10-es bougie, mely többször nehezen, párszor általában nem vezethető be.

Jun. 3. Külső metszés. Utána 14-es catheter és jodoform-kötés.

Jun. 4—20. Naponként kötés-váltás és borsavas vízzel hólyagmosás. Állandó ruganyos catheter, kétszer fölváltva. Seb sarjadzása jó.

Jun. 21. Kis foku urethritis és a mony függő részének közepén balfelől 4 kr.-os nagy kemény beszűrődés, mely felett a bőr mozgatható.

Jun. 22. A tegnapi beszűrődés helyén hullámlás találtatik. E helyről bemetszés után geny ürül. Gát sebéen vizellet folyik.

Jun. 25. Hőmérsék mindennap 37.0—38.0 között ingadozik. Vizelletben kevés geny. Hólyagmosás, ülőfürdők naponta.

Jun. 27. Gát sebe renyhén sarjadzik: lapissal érintetik.

Jul. 1. Catheter felváltatik.

Jul. 10. Uj catheter.

Jul. 18. A catheter hólyagban volt vége érdes. Kihagyatik.

Jul. 20. Uj catheter könnyen bevezethető. Mony sebe gyógyul.

Jul. 22. Urethritis. Catheter a gát sebe táján meg van törve, vége incrustált. Uj catheter helyeztetik be.

Jul. 25. A gát sebe igen kicsiny, rajta vékony sugárban ürül. ki a húgycsőbe bocsátott víz. Beteg saját kívánatára 14-es catheterrel kibocsátatik.

XXII. Körtört. sz. 1892—187.

J. D. 58 éves, özvegy, napszámos. Erdő-Csanádról (Torda-Aranyosm.) Klinikán 1892. jun. 5.—aug. 15.

Húsz évvel ezelőtt már vizelési nehézségei voltak, melyek orvoslás daczára azóta többször ismétlődtek. Négy év előtt vizellet-csepegés miatt a kolozsvári klinikára jött, hol nála hólyagkő állapotított meg és lithotomia perinealis lateralis, húgycsőkö eltávolítása végett pedig a pars bulbosa előtt urethrotomia externa végeztetett (lásd II. esetet.). Beteg akkor mony tövi fistulával távozott, melyen át azóta vizell. Két hét előtt monya megduzzadt, fájdalmas lett, s vizelése azóta nehezített.

Vizellet közömbös vegyhatású, kóros alkatrészeket nem tartalmaz. Mony duzzadt, alsó oldalán hullámlzik s itt kis nyíláson geny ürül. A mony tövén fistula vezet a húgycsőbe s ezen át 6-os angol catheter a hólyag felé tolvá, a hártvás részben szűkültre akad, melyen nehezen hatol át.

Jun. 6. A mony alsó oldalán levő tályog felnyitvatik. Ülőfürdők.

Jul. 8. Külső húgycsőmetszés a gáton, utána 13-as állandó catheter.

Jul. 9. Véres vizzel, hólyagfájdalmak. Mérsékelt láz. A hólyag esténként hideg vizzel kimosatik, s tájékára jeges borogatás alkalmaztatik.

Jul. 10. Véres vizzelés és láz megszűnt.

Jul. 11. Seb sarjadzik. Ülőfürdők, hólyagmosás, jodoform-kötés. Állandó catheter.

Jul. 22. Újabb hólyaghurut.

Jul. 26. Ez megszűnt. A csömetszés sebe két csomós varrattal egyesítettik.

Aug. 6. Angol ruganyos catheter Nelatonnal cseréltetik fel.

Aug. 15. Elég jól vizzel, távozik.

XXIII. Kórtört. sz. 1892—355.

Zs. V. 39 éves, özvegy, napszámos, O.-Gyerő-Monostorról (Kolozs-megye.) Klinikán 1892. okt. 3.—okt. 21. és nov. 16.—decz. 8.

Két év előtt a gát közepén tályog képződött, melyet a beteg túvel felszűrt. Belőle savós-genyés folyadék ürült. Később hosszabb-rövidebb időközökben a gáton más hasonló folyamatok támadtak. A nyílások megmaradtak s rajtuk a hólyag kiürítésekör vizzel is csepegett. Kankója állítólag nem volt.

Húgycsőbe 20-as Charrière-számú catheter akadály nélkül bevezethető. Sugár elég jó. Vizzel savi, kevés genyet tartalmaz. Perineum bőre általában vöröses, feszes, kemény, rögzített. Gát közepe táján diónyi kiemelkedés, lencsenagyságú nyílással. Hasonló kiemelkedés a gáton elszórtan, egészen a glutaesusok alsó mellső széléig még 7—8 van E kiemelkedések puha tapintatúak, belőlük önként s még inkább nyomásra sárgás savós genyes váladék ürül. Beléjük 1—4 cm-re behatoló kutató a húgycsőbe vezetett catheterrel nem találkozik. A herezacskó hátsó részén át a bulbus táján porczkemény képlet tapintható, melynek nyomására fájdalom keletkezik s a nyilatokon geny ürül. A hólyag kiürítésekör a fistulákon át a vizzel cseppekben foly.

Okt. 7. Külső húgycsőmetszés. A menetek felhasíttatnak, kocsonyás sarjszövetük kikapartatik. Kiténik, hogy az egész perineum heglécekéből s ezek között levő mogyoró-dió nagyságú genyürökből áll. A léczek kimetszetnek. Számos edény vérzése épen a hegyszövet gyors eltávolítása által szűnik meg, midőn ugyanis visszahúzódásuk lehetővé vált. A húgycső hártvás részébe nyílás vezet, s egyszersmind a húgycső e része is tágíttatik és 16-os angol ruganyos catheter alkalmaztatik. A hólyag 2%-os borsavas vizzel kimosatik. Jodoform-kötés.

Okt. 8. Vizzel tiszta, beteg jól van. A sebürből a jodoform-gaze nem vétetik ki, csupán a felette levő kötőanyag nyittatik meg.

Okt. 9. Kötés-váltás. Gazén kevés geny. Vizzelében pár geny-czafat.

Okt. 15. Naponként kötés-váltás. Seb felülete sarjadzik, genytermelés kevés. Borsavas vizzel hólyagmosások.

Okt. 19. Catheter-csere jól sikerül. Sarjak élénk pirosak, sebűr telik.

Okt. 20. Némi hólyagfájdalmak. Vizellet kissé zavaros, savi.

Okt. 21. Vizelési ingerek, vizelletben igen kevés geny. Beteg tanács ellenére távozik.

Nov. 16. Visszatér. A gáton hegek. Jobb és balfelől egy-egy babnyi genyedő lik. Ezeket át a kutató 2—3 cm.-re hatol a húgycső felé, melyben levő catheterrel azonban nem találkozik. Az alap mindennütt deszkakemény. A hólyag kiürítésekor a vizellet nagy része e nyílásokon át távozik. 12-ös angol catheter a prostatában akadályra talál, melyet a végbélbe vezetett ujj nyomása legyőz. Vizellet savi, benne kevés geny. Naponként jodoform-kötés.

Nov. 24. 14-es catheter vezetettik be, mint az előbbi.

Nov. 26. A fistulákba arg. nitricum bacillusok.

Nov. 30. A fistulák szűkültek, de vizellet rajtuk szivárog.

Decz. 3. Vizellet gyengén savi, kevés genysejtet tartalmaz, fehérszínűt (szűrés után) nem. Fistulákon vizellet szivárog.

Decz. 4. A kivett catheter nincs elváltozva. Új catheter.

Decz. 6. Vizellet csak a jobboldali sebjáraton szivárog.

Decz. 8. A beteg saját kérésére elbocsáttatik.

XXIV. Körtört. sz. 1892—393.

J. K. 65 éves, nőtlen, szakács, Kolozsvárt. Klinikán 1892. okt. 21-től nov. 4-ig és nov. 27-től még 1893. január elején is.

15 éves korában kankója volt. Vizelési nehézségei 5 évvel ezelőtt kezdődtek és akkor fájdalmas vizelésben, néha csepegésben állottak. Ősszel és télen mintegy 30 év óta köhög s a múlt hetekben is bronchitis és emphysema pulmonum körjelzéssel a belklinikán feküdt. Két hét óta vizellete legtöbbször 5-ös catheter bevezetése után távozhatik.

Gyengén fejlett, elsoványodott, halvány férfi beteg. Látása igen korlátolt. Emphysema pulm., catarrhus bronchialis, a lábszárakon hegek. Hólyag mérsékelten telt, önként nem tud vizelni. 5-ös, 2-ös catheter és viaszbougie a hártás részben fennakad.

Okt. 22. Hólyag telt. Nem vizell.

Okt. 23. Nagy fájdalmak között kevés vizellet ürül, mely gyengén savi, fehérszínűt, genyet tartalmaz. Semmiféle eszközzel behatolni nem lehet, ülőfürdők eredménytelenek. Hólyag csaknem a köldökig terjed, fájdalom, vizelési inger nagy. Délután külső húgycső metszés végeztetik, mely 15 perczig tart. A behatolás rétegről-rétegre történik, a szűkület vájt kutatón tompa bistourival tágítatik. 13-as állandó angol catheter. Hólyagmosás. A seb nagyobb része záratik. Jodoform-kötés.

Okt. 26. Naponként hólyagmosás.

Okt. 28. Vizellet zavaros, ali, fehérszínűt tartalmaz, üledéke nagy

mennyiségű, takonyszerű, benne nyák és geny. Sarjszövet halvány, seben vizellet nem ürül. Bronchitis nagy fokú.

Okt. 29. Sarjszövet lapissal érintetik. Ipecacuanha főzet.

Okt. 30. Széke híg.

Nov. 1. Beteg a széket maga alá bocsátja.

Nov. 2. Catheter csere. Vizellet mint volt, hólyagmosások. A hasmenés ellen 1%-os Natrium salicylicum beöntés. Hő 37.6—39.8.

Nov. 3. Hő 37.0—39.0. A széket minduntalan maga alá bocsátja. Opium-bismuth porokat kap. Vizellet alcaliás, sarjadzás renyhe.

Nov. 4. Bronchitis és hasmenések miatt a belosztályra tétetik át.

Nov. 27. Visszavéteik. Öntudat zavart, néha delirium. Vizellet ali, fehérynét tartalmaz. Gát sebe genyvel fedett. Keresztájön tenyéryni decubitus. Hasmenése nincs. 12-ös angol catheter vezettedik be, decubitusra borsavas kenőcs. Jodoform-kötés, hólyagmosás.

Nov. 28. Beteg éjjel a cathetert kihúzta; visszahelyeztedik.

Decz. 1. Catheter-csere a sebbe dugott ujj segélyével. Délután kis hőemelkedés.

Decz. 2. Beteg sokat köhög, bőrszíne halvány, bokák tája vizenyős.

Decz. 3. Vizellet alig savi, szaga kénhydrogenre emlékeztet. Szűrve fehérynét nem mutat; üledékben sok fehérvérsejt, de veseelem nincs. Ipecacuanha főzet. Étvágy jó, szék formált. Borsavas hólyagmosások.

Decz. 4. Seb nem felik, hám benő.

Decz. 6. Este 38.7 C° hő. Vizellet, mint volt.

Decz. 7. Többször híg szék. Hő délután 40 C°. Decubitus gyógyul.

Decz. 8. Hasmenés, tenesmus. Ricinus olajra több bő szék. Aztán opium-bismuth porok.

Decz. 9. Széke ma nem volt. Egyéb, mint előbb. Hő rendes.

Decz. 14. Hő 38.2° este.

Decz. 15. Több híg bűzös szék, mit a beteg rendszeren maga alá bocsát. Opium+bismuth+tannin porok. Vizellet bűzös.

Decz. 16. Hasmenés megszűnt.

Decz. 17. Vizellet tisztul, oedema szűnt.

Decz. 19. Catheter kimarad. Pár napon át ő magára nem képes vizellni: catheterrel segítünk.

1893. Jan. 1—30. Folytonos bronchitise van, étvágya rossz, bokák vizenyősek. Gát sebe gyógyult, fistula maradt fenn. Vizellet meg lehetős tiszta. A belgyógyászati osztályra helyeztedik át.

XXV. Körtört. sz. 1892—425.

P. P. 42 éves, nős, tanító, Petrilláról (Hunyadmegye). Klinikán 1892. nov. 11-től decz. 8-ig.

1881-ben kankója volt. 1884-ben húgycsövén át tengery szem nagyságú kő távozott. 1885-ben nála kőzúzás végeztetett; nem sokkal azután húgycsövéből egy ott fennakadt nagyobb kő húgycsőmetszés

segélyével távolíttatott el. 1886-ban nála korodánonk közúzás végeztetett, az említett húgycsőmetszés helyén fenmaradt fistulán át, mivel a húgycsőnek ettől előre eső része nem volt elég tág. E fistula az eszköz bevezethetése végett tágíttatott. A szélek sarjadzása által később igen megkisebbedett, de teljesen nem záródott. A következő években többször távozott húgycsővén át kisebb-nagyobb kő. 1888-ban egy megakadt kő a kolozsvári klinikán húzatott ki. Ugyanekkor a fistula felfrissített szélei össze varrattak, de nem egyesültek. Kövek csövén át ez idő óta is távoztak. Nehány nappal ezelőtt csövébe kő szorult, s evvel jött a klinikára.

A hímtag csüngő részének közepe táján az alsó oldalon 12 mm. hosszú, 6 mm.-re tátongó nyílás van, hámmal fedve; kraterszerűleg halad a húgycsőbe. Rajta a hólyag kiürülésekor vizellet távozik s belőle kevés geny nyomható ki. Környéke kemény, heges. A fistula előtt a húgycső szűkült s az orificium externum felől bevezetett catheter tasakban fennakad. Vizellet zavaros, közömbös vegyhatású, fehérszínű, genyet tartalmaz. Hólyagnyakban kő.

Nov. 15. Sectio perinealis lateralis.

Nov. 16. Vizellet a seben át ürül.

Nov. 25. Vizellet részben a nagyon megkisebbedett seben, részben a fistulán át ürül. Külső húgycsőmetszés és plastica a fistula megszüntetésére. A fennebb említett diverticulumot képező redő kétfelé metszetik, s nyákhártyarétegei a húgycső falának képzésére használatnak fel, egyik lebben jobb, a másik bal felől; a kettő közötti szegletbe a proximal felé eső nyákhártyaszél csúcsa varratik, miután a szélek az alapról kellő fokban felfejtettek. A húgycső a fistulából kiindulva lefelé a szűkület alatti részig s darabig felfelé is felhasíttatik. A nyákhártya felfejtetik s catheter felett összevarratik. Végre a bőrszélek is egyesíttetnek.

Nov. 26. Vizellet pár cseppje a catheter mellett az elzárt fistulán ürül. Délután rázó hideg. Esti hő 37.6 C°.

Nov. 27. Hő reggel 39.7 C°. Catheter kivétetik. Varratok tartanak.

Nov. 28. Vizellet és geny a volt fistula helyén is ürül. Hőemelkedés nincs.

Nov. 29. A fistulán sok geny ürül.

Decz. 3. A kőmetszés sebe gyógyult; fistula szélei nem egyesültek. Varratok kivétetnek.

Decz. 8. Beteg ily állapotban távozik.

XXVI. Kórtört. sz. 1892—459.

G. J. 66 éves, nőtlen, kocsis, Gyaluból (Kolozsm.) Klinikán 1892. okt. 10-től nov. 21-ig és decz. 6-tól 1893. január 2-ig.

1891. tavaszán kankóban szenvedett, melynek megszűnte után vékony sugár, gyakori vizelési inger maradt fenn. Hat hét előtt a gáton tályog fejlődött, mely felfakadt és sok genyes folyadékot ürített ki. Két hét óta megint genyes kifolyása van.

A gát baloldalan 3 nyílás, melyek genyet és a hólyag kiürülésekor vizelletet bocsátanak. Gát keményen infiltrált, bőre feszes, síma, vöröses. Sugár vékony.

Okt. 24. Húgycső genyében gonococcusok nagy számmal. Ülőfürdők.

Okt. 26. Vizellet kissé ali, zavaros, fehérynét, genyet tartalmaz.

Nov. 7. Kutató a húgycsőben körülbelül a fistulának megfelelő helyig jut. Fistulán bevezetett kutató evvel nem találkozik.

Nov. 8. Kankó ellen Zn. sulph. befecskendéseket kap. A folyadék egy része ilyenkor a fistulákon át ürül.

Nov. 21. Genyes kifolyás igen csökkent. Műtétbe nem egyezik a beteg, távozik.

Decz. 6. Visszajön. Külső húgycsőmetszés. A fistulák tárgittatnak, a callosus tömeg részben kimetszetik, itinerariumon a húgycső felhasíttatik, a strictura mögött levő mogorónyi genyüreg kikapartatik, 14-es állandó catheter alkalmaztatik, s végre a még hátralevő callus lehetőleg teljesen eltávolíttatik. Koronként fellépő vérzés a callosus tömeg kiirtására szűnik. A hártvás részben valószínűleg nem maradt ép. nyákhártya. Jodoform-kötés.

Decz. 8. 15-ös catheter. Hő 38.8 C°, nagy fájdalmak. Catheter a végbél bal oldalán hosszú álútba könnyen téved.

Decz. 10. Catheter egyelőre kihagyatik. Seb sarjadzik.

Decz. 15. Ujra 14-es catheter.

Decz. 16. 15-ös catheter.

Decz. 23. A seben át a végbél irányából nagy elhalt szövet-czafat távolíttatik el, melyet sok bűzös geny követ. Az ennek útjául szolgáló nyílás végbéllel, hólyaggal nem közlekedik.

Decz. 27. Catheter mindig kiesik, s ezért pár napra mellőztetik. Bevezetésekor igen könnyen téved egy hosszú álútba, melyben az eszköz végbélen át ettől balra tapintható, olyanformán, mint mindjárt műtét után való napon. Beteg gyenge. Jobb alsó végtagja fájdalmas és kissé duzzadt.

Decz. 31. Seb halvány, 14-es catheter vezetetik be. Beteg igen gyenge, környezettel nem igen törődik. Hőemelkedés nincs. Vizellet a seben át folyton csurog, s megvizsgálásra nem nyerhető.

1893. jan. 1. Hő 36, sőt 35.7 C°. Beteg aluszékony, kérdésre nem felel, táplálékot csak erővel lehet vele bevétetni.

Jan. 2. Reggel a beteg meghalt.

A kórbonczolat periproctitis purulentát, ide vezető régiebb keletű álutat, a jobb vena cruralis thrombosisát és cystitist mutatott ki.

XXVII. Körtört. sz. 1892—473.

M. F. 62 éves, nőtlen, kereskedő, K.-Küküllő megyéből. Klinikán 1892. decz. 14 től 1893. jan. elején is.

Fiatal korában többször volt kankója. 1880-ban külső húgycsőmetszést, 1888-ban húgykőmetszést állott ki.

Vizelés fájdalmas és cseppenként történik. 5-ös catheter a hártvás részben szűkületet talál. Vizelet alcaliás. Hőemelkedés nincs.

Decz. 16. Hólyagmosások, 5-ös catheteren át.

Decz. 20. Külső húgycsőmetszés itinerarium segélyével, minden baleset nélkül. A húgycső folytatása kissé sok keresést kívánt. 16-os állandó angol catheter.

Decz. 21. Kötés-váltás. Vizelet ali, bűzös. Hőemelkedés nincs.

Decz. 22. Vizelet kissé véres.

Decz. 23. Paraphimosis, mely miatt a catheter nem erősíthető meg. Fájdalmas erectio ellen morphin+camphor porok.

1893. jan. 1. A paraphimosis megszűnt; újra catheter vezetetik be.

Jan. 6. Catheter-váltás.

Jan. 7. Vizelet alcaliás, benne sok trippel-phosphat.

Jan. 14. Catheter kihagyatik, seb hegyógyult; hólyagmosások Nelaton-catheteren át. Bougiezás.

Jan. 23. Vizeletét a beteg önként nem képes kibocsátani: Nelaton-catheter segít. Beteg távozik.

A kolozsvári sebészi klinikán tehát az 1887—1892. években összesen 27 külső húgycsőmetszés fordult elő.

A műtét javallata 10 esetben a hártvás részben székelő és eszközzel átjárhatlan szűkületen alapult. Ez esetek közül egyik beszűrődéssel (I) pár eset cystitissel, egy pedig (XIII) fistulákkal és incontinentia alvi-val volt szövődve. Az átjárhatlanság okát a XI. esetben a kórtörténet szerint tasak képezte.

15 esetben a hártvás résznek eszközzel átjárható szűkülete állott fenn. Ezek közül 9-ben egyéb szövödmények mellett még egy vagy több fistula, egy esetben (V.) hólyag- és prostata-lob, 3-ban hólyaglob volt jelen; egyben (XII.) pedig beletört catheter-véget kellett eltávolítani. Szövödmény nélkül volt egy (XXI.) eset. Egy szűkület a függő rész közepén székel (XXV.), fistulával együtt; a II. esetben pedig a bulbusban levő kő és e tájról kivezető fistula kívánta a műtétet. A szűkület a legtöbb esetben kankós eredetű volt; csupán a XX.-ban gondolhatunk traumára. Végre a XXVII. esetben 12 évvel azelőtt végzett külső metszés után recidiva volt jelen.

A műtét a legtöbb esetben itinerarium segélyével végeztetett, mely a szűkületen vagy áthatolt, vagy nem. Vezető a VII. esetben nem használtatott, mivel az nem volt még a szűkületig sem betolható. Saját megfigyeléseim után tudom, hogy a húgycső hollétének

jelölésére igen nagyfokú szűkületeknél vékony viasz bougie tolatott be, azon számítással, hogy ez a szűkületen áthatolva, utóbbinak s majd a húgycső hátsó csomójának föltalálását megkönnyítheti. Pár esetben tett is némi szolgálatot.

A XIV. esetben egy mellékszűkület átmetésére Ivánchich-féle urethrotom használtatott. A húgycső proximal folytatása pár esetben a kifolyó vizelletről, egy esetben (IX.) pedig a hasfal nyomása által kiszorított vizelletről ismertetett fel. Némely esetben, hol a húgycső folytatása hosszas keresés daczára sem volt megtalálható, könnyen sikerült az ujjal jól érezhető hegygyűrűnek átmetésze után.

A callus a legtöbb esetben eltávolított; többnyire a catheter bevezetése előtt, a XXVI. esetben azonban nagyobb részt azután.

Az angol ruganyos catheter többnyire a húgycső külső nyílása felől vezetett be, mi mellett a seben túl való haladásában nagy segítségre volt a seben lévő ujj, mely az eszközt apránként előbbre-előbbre tolt. Volt azonban néhány esetünk (VII. IX. XII.), hol a catheter a seben át először a hólyagba, azután pedig erősen betolva, meggörbítve és a húgycső külső nyílásán át betolt hosszú gombos kutatóra kötve, a húgycső mellső részébe vezetett.

A megerősítés fonal segítségével történt, melyet a monyra ragtapasz-járatokkal rögzítettünk. A catheter külső végét viaszbougie darab zárta el, mely a vizellet kibocsátása végett koronként eltávolított.

A seb catheter felett mélyre ható öltésekkel 7 esetben varratott össze, oly formán, hogy az alsó rész nyitva maradt és jodoform-gaze-nek vagy drain-csőnek adott helyet. Egyesülés azonban körül-belől csak a VII. esetben jött létre.

Műtét közben baleset csak a XIV-nél adott dolgot, hol makacs parenchymás vérzés lépett fel: catheter bevezetésére megszűnt.

A kezelés alatti szövődmények közül húgycső- és hólyaglob legtöbbszor csak a műtét előttinek voltak folytatásai, mi mellett műtét után az állandó catheter miatt nem egyszer fokozódtak. Herelob, a herezacskón eczema, ugyanott és a monyon beszűrődés, végbél közötti genyedés 1—1 esetben lépett fel. A fityma a cathetert rögzítő ragtapasz-csik szorítása miatt két esetben megduzzadt; ez ok megszüntetésével azonban csakhamar lelohadt.

Utóvérzés az I. és XVII. esetben állott be s apró edénykék felkeresését, és lekötését tette szükségessé.

Hügycső- és hólyagfájdalmak pár esetben szintén jelentkeztek s a catheter kihagyását kívánták. Láz elég sokszor lépett fel, többnyire valamely lobos folyamatnak, nehányszor pedig a catheter hatásának eredményeképen. Uraemia a III. esetben fejlődött ki hányásban, rendetlen lázakban nyilvánult, de nemsokára engedett.

Igen fájdalmas erectiók a XVII. esetben jelentkeztek; ellenük lupulin adatott, kétes sikerrel.

Itt lehet felemlíteni, hogy a catheter vigyázatlanság vagy rozsgázás miatt többször kiesett, s hogy a seb táján párszor megtört és összenyomult (XIV. XXI.)

A kezelésből még kiemeljük, hogy a sebszélek részint másodlagosan, részint pedig fel is frissítve, több esetenél összevarrattak, némelynél kétszer is (XV.); egyesülés is jött létre kétszer (XIV. XV.)

Cathetert felcseréléskor is vezettünk be úgy, hogy előbb a seben át toltuk a hólyagba, s azután húztuk előre (XI.); némelykor az eszközt a sebbe tolt ujjal kellett behatolásában segíteni (IX.). Egy esetben a seben át a hólyagba tolt drain segélyével végeztetett a hólyagmosás (XVI.). A hólyagban a mosóvíznek némi része többször behagyatott, hogy a falat a catheter vége ne érje (V.).

A kezelés időtartama igen különböző volt, átlag 1—2 hónap; de pl. a II. esetben csak 17 nap, habár itt kómetszés is végeztetett, ellenben a VIII. esetben több mint 4 hónap. Persze ez nagyon függött a szövődményektől.

A mi a végeredményt illeti: teljesen gyógyult 13 eset; gyógyult, de fistula maradt fenn 8 esetben, 3 a kezelés közben távozott, végre meghalt 3. Ezek közül a kórbonczolat a XIII. esetben idült hólyaglobot, vesemédenche-lobot és marasmus senilist, a XXVI. esetben végbél körötti tályogot, a jobb czombviasszér thrombosisát és öregkori senyvet állapított meg. A XV. esetben, mely nem volt bonczolás tárgya, előben tüdőlob volt jelen. A XIII. esetben talált elváltozások mind régibb keletűek voltak, s a műtét, melyet a halál pár nappal követett, utóbbinak okául fel nem vehető. A XV. esetben a műtét előtt már hólyaglob állott fenn, s a halál talán nem septikus de önálló tüdőlob következményeként fogható fel, melynek fellépte után pár nappal következett be. Maradt tehát a XXVI. eset

a végbél körötti genyedéssel. A tályogba vezető alút ugyan már a műtét előtt fennállott (a bonczoló véleménye), mégis a genyedést, a tályogképződést műtét utáni keletűnek kell tartanunk. Van tehát 27 külső húgycsőmetszésre 3, illetőleg 1 halálesetünk.

Források.

- Antal A húgyszervi bántalmak sebészi kór- és gyógytana. 1888.
 Billroth. Chirurgische Klinik. Zürich 1860—1867.
 Schuh. Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie und Operationslehre. 1856.
 Dittel. Die Stricturen der Harnröhre. 1880.
 Haeser. Geschichte der Chirurgie. 1879.
 Neumayer. Über den äusseren Harnröhrenschnitt. 1879.
 Frischen. Über die Urethrotomia externa. 1870.
 Appel. Über die Behandlung von Harnröhrenstricturen. 1892.
 Gueterbock. Urethrotomie, etc. Real-Encyclopaedie der ges. Heilkunde. 1. kiadás, IX. XX. kötet.
 Thomas. Traité des opérations d'urgence. 1880.
 Rochard. Histoire de la Chirurgie française au XIX. Siècle. 1875.
 Péan. Leçons de clinique chirurgicale 1881—1882
 Azéma. Quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre. 1890.
 Grégory. De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre. 1879.
 Vieu, De l'urèthrotomie externe 1891.
 Dose. Historia urethrotomiae externae. 1867.
 Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie.
 Centralblatt für Chirurgie.
 Wiener med. Wochenschrift.
 Centralblatt für die med. Wissenschaft.
 Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
 Neue med. chir. Zeitung.
 Wiener med. Blätter.
 Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.
 Orvosi hetilap.
 Gyógyászat.
 Koenig, Linhart, Heineke, Bardeleben, Albert, Mosetig, Chelius, Navratil stb. tankönyvei.