

Д-р М. Клеменс и д-р Ш. Надь:

О РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО МЕТОДИКЕ САХАРОВА

Возвратившиеся из образовательной экскурсии на клинке профессора Е. И. Сахарова, авторы излагают метод по Сахарову резекции желудка. Техника операции заключается в том, что с целью устранения „dumping” синдрома и улучшения условий для пищеварения и всасывания медленное опорожнение желудка обеспечивается при помощи петли тонкой кишки, вставленной между культию желудка и двенадцатиперстной кишкой. Клинические наблюдения указывают на то, что у больных, оперированных такой методикой, обычные поздние послеоперационные жалобы на ускоренное опорожнение не появляются.

Dr. M. Clemens, Dr. S. Nagy:

BERICHT ÜBER DAS SACHAROWSCHEN MAGENAMPUTATIONSVERFAHREN

Nach einer Studienreise zur Klinik des Professors E. I. Sacharow berichten Verfasser über das Sacharowschen Magenamputationsverfahren. Dessen Wesentliche besteht darin, dass zwecks Behebung eines Dumping-Syndroms, sowie Verbesserung der Verdauungs- und Absorptionsverhältnisse wird die langsame Magenentleerung durch eine zwischen dem Magenstumpfe und Duodenum eingeschaltete Dünndarmschlinge gesichert. Die klinischen Erfahrungen weisen darauf hin, dass bei mit diesem Verfahren operierten Patienten treten die sonst gewöhnlichen und mit beschleunigter Entleerung zusammenhängenden späteren Nachbeschwerden nicht auf.

Budapesti Orvostudományi Egyetem Orthopédiai Klinikája (igazgató: dr. Glauber Andor egyet. doc.) közleménye

A tuberositas tibiae szakításos törése

Írta: Szilágyi Pál dr., Sillár Pál dr.

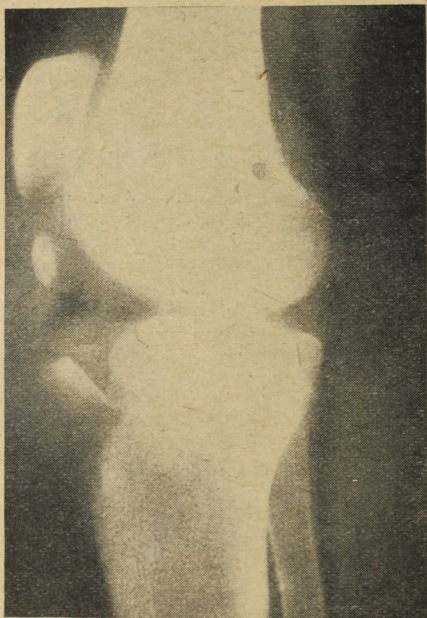
A térdízület extensor-apparátusának sérülései közül leggyakrabban a patella törésével, ritkábban a m. quadriceps és ligamentum patellae proprium szakadásával találkozunk. A tuberositas tibiae szakításos törése igen ritkán fordul elő. Ezt a kórképet először Key írta le (1827), majd Morgan (1853), Malgaigne és Pitha (6) közölték néhány esetüket. Janssenek (3) az irodalomból összegyűjtött 50 esetben steril nekrosisok is szerepelnek, rajta kívül Linkenheld hasonlóan összegyűjtött esetei tekinthetők számottevőeknek.

A törés fiatal korban jön létre, az esetek többségét 14—20 életév között találjuk. Ez a tény minden kétséget kizáróan a tuberositas tibiae csontosodási viszonyaival áll kapcsolatban.

A tuberositas tibiae helyén 10 éves korban egy csőrszerű dudort találunk, mely a tibia proximalis epiphysisével synchondrosist képez és csak aránylag későn jön létre a csontos összeköttetés kialakulása.

A törés hirtelen jelentkező, indirekt erőbehatásra jön létre, amikor a térdízület hajlított helyzetében a musculus quadriceps igen erős contractioba kerül. A térdhajlításkor fokozott feszülés alatt levő extensor-apparatus tehát a hirtelen görcszerűen fellépő izomösszehúzódás következtében egy újabb megterhelés alá kerül, mely erő a tuberositas tibiae synchondrosisán érvényesülve annak leszakadását, vagy esetleges elmozdulását eredményezi. Zetkin (7) véleménye szerint a sérülés létrejöttében nagy jelentősége van az oldal-szalagsérülés következtében fennálló lötyögő térdízületnek.

A tünetek a térdkalács törésénél észleltekhöz hasonlóak. Az ízület működése súlyosan károsodik, a sérült állni és járni képtelen, térdét nyújtani nem tudja. Az ízület körvonalai a keletkező vérömlenytől elmosódnak. Crepitatiót csak ritkán észlelünk, mivel részleges törésnél a tub. tibiae elég szorosan rögzül az alapjához és így annak oldalirányú elmozdulása nem lehetséges. A tuberositas tibiae helyének megfelelően nyomásérzékeny elődomborodást tapint-



1. ábra



2. ábra

hatunk, mely oldalirányból is látható. A klinikai kórisme csak a balesetet követő rövid időn belül állítható fel biztonsággal, mivel a később kialakuló vérömleny a palpációt akadályozza. Ekkor már csak a rtg-vizsgálat derítheti fel a sérülést.

Elkülönítő kórisme szempontjából térdkalács-törés, a lig. patellae szakadása és *Schlatter—Osgood*-féle megbetegedés jön szóba, mely utóbbit néhány szerző, mint *Ollerenshaw* és *Watson—Jones* (2) szintén traumás elváltozásnak tartja, hasonlóan a calcaneus apophysisének leválásához, mely az Achilles-ín húzóhatására jön létre.

A sérülés prognosisa kedvező, megfelelő kezelés alkalmazása után teljes térdízületi funkció érhető el.

A duzzanat megszüntetése céljából a végtagot felpolcoljuk és felszívó kezelést alkalmazunk. A végleges therápiát a törési forma határozza meg. Ha a tört darab elmozdulása kis fokú, úgy megkísérelhető ragtapaszrögzítés alkalmazása a patella és a kiszakított tört darab distalis irányban való nyomásával. A végtag 6—8 hétre való nyugalombahelyezését gipszsínnel, vagy gipszkötéssel biztosítjuk a térdízület nyújtott helyzetében, majd aktív és passzív tornakezelést végzünk. Nagyobb dislocatio esetén a fenti eljárás általában nem vezet biztos eredményre, ezért ilyenkor a műtéti megoldás mellett kell dönteni.

A műtét a leszakadt tub. tibiae rozsdamentes szeggel, v. csavarral és öltésekkel való rögzítéséből áll, mely után 6—8 hétig tartó gipszrögzítést alkalmazunk, extendált térdízület mellett, majd az ízület működését tornáztatás útján állítjuk helyre. Ha a letört darab visszahelyezése könnyűszerrel lehetséges, úgy elegendőnek látszik a periost varratokkal való rögzítés.

A Budapesti Orvostudományi Egyetem Orthopaediai Klinikájára 17 éves férfitbeteg került felvételre, aki elmondotta, hogy magasugrás után földre érve a jobb térd tájon nagy fájdalom lépett fel, nem tudott lábra állni. térdízülete rohamosan duzzadni kezdett

Status praesens: A jobb tub. tibiae felett cseresznyenagyságú elődomborodó terimenagyobbodás észlelhető, mely nyomásra fájdalmas. A térdízület 150 fokos flexiós helyzetben, active nem extendálható, fluctuatio és ballottement tapasztalható.

Rtg.-vizsgálat: A térdízület oldalirányú felvételén a tub. tibiae darabos törése látható, a tört darab distalis vége felfelé dislocálódott és a tibiafejjel 135 fokos szöveg zár be. Egy kisebb fragmentum az epiphysis-vonal felett 3 harántujjnyira látható (1. ábra). A másik térdízületről készült rtg-felvételen semmi törésváltozás nem észlelhető.

A végtagot gipszsínnel rögzítjük, Braun-szánkóra helyezük és jégtömlő alkalmazása után 1 héttel aether narcosisban műtétet végzünk. A tub. tibiae a röntgenképen látottaknak megfelelően helyezkedik el és könnyen visszahelyezhető eredeti helyére. A letört részt periosteum-varratokkal rögzítjük, majd sebzáras után az extendált végtagot gipszsínnel helyezük. Ellenőrző rtg-felvételen a tub. tibiae jó helyzetben látható (2. ábra).

Műtét után 2 héttel nyújtott térdízület mellett gipsztkot helyeztünk fel, melyet a műtétet követő 6. hét után távolítottunk el. Három hétig tartó torna- és fürdőkezelés után a beteg tökéletes térd-functioval, panaszmentesen hagyta el klinikánkat.

Összefoglalás: Klinikánk anyagából az igen ritkán előforduló tub. tibiae szakításos törés egy esetét ismertettük, melynek kapcsán hivatkozunk az irodalom kis számú eseteire. Hangsúlyozzuk a műtéti megoldás fontosságát, mellyel teljes functionális eredmény érhető el.

IRODALOM

1. *Böhler:* Die Technik der Knochenbruchbehandlung. (Wien, VII., Aufl., 1941.)
- 2. *Cohen—Wilkinson:* Am. Journ. Surg., 1958. 95. 731. — 3. *Jensen:* Arch. klin. Chir., 1907., 30. 83. — 4. *Lange—Rosellech:* Zentrbl. Chir., 1958., 3. 83. — 5. *Venable:* Am. Journ. Surg., 1934., 24. 478. — 6. *Will:* Zentrbl. Chir. 1952., 77. 1793. — 7. *Zetkin:* Die Chirurgie des Traumas. (Veb Verlag, Volk und Gesundheit, Berlin, 1956., 843.)

Д-р П. Силадьи, д-р П. Шиллар:

ОТРЫВНЫЙ ПЕРЕЛОМ БУГРИСТОСТИ БОЛЬШОЙ БЕРЦОВОЙ КОСТИ

Авторами описывается редкий случай отрывного перелома tuberositas tibiae из собственного материала, касаясь малочисленных случаев литературы. Подчеркивается важность оперативного вмешательства, при помощи которого достигается полное функциональное восстановление.

Dr. P. Szilágyi, Dr. P. Sillár:

DIE RISSFRAKTUR DER TUBEROSITAS TIBIAE

Verfasser beschreiben aus ihrem klinischen Material einen Fall der sehr seltenen Rissfraktur der Tuberositas tibiae und führen die diesbezüglich sehr spärlichen Literatur an. Sie betonen die Wichtigkeit der operativen Lösung, die einen vollen funktionellen Erfolg erzielen lässt.