

saltsyreproducerande delen av slemhinnan i så stor utsträckning som möjligt reduceras. Vidare bör genom operationen skapas möjligheter för att den alkaliska tarmsaften skall komma in i ventrikelresten och en inom rimliga gränser snabb tömning av ventrikeln underlättas.

Härav följer att den orala resektionslinjen bör ligga högt på corpus, eftersom de saltsyreproducerande körtlarna ligga i corpus och fundus. Vidare bör förbindelsen mellan tarmen och ventrikelresten göras tämligen vid i varje fall överstiga tarmens tvärsnitt. Någon enteroanastomos bör ej läggas, då härigenom den alkaliska saftströmmen i tarmen kortslutes och alltså tarmsaften ej kommer in i ventrikelresten.

Det måste här inskjutas, att det givetvis är motbjudande att avlägsna största delen av ventrikeln på grund av att ett litet recidiverande sår uppträder t.ex. i duodenum, men min egen obetydliga erfarenhet samt de publikationer, som på senare tid förekommit särskilt i den amerikanska litteraturen, tala dock mycket starkt för att resultaten bli bättre efter höga resektioner än efter den förut vanliga antrumresektionen.

Det synes mig klart, att man bör välja någon modifikation av Billroth II förfarandet, enär man i annat fall är benägen att spara alltför stor del av ventrikelns majorsida. Söker man utforma en rutinmässig teknik för ett dylikt förfarande, stöter man på en hel del svårigheter. Det är besvärligt att från ett medellinjessnitt nå högt upp på corpus. Det är svårt att anbringa klämmare högt upp på corpuspartiet. När man skall sy anastomosen har operationsområdet stor benägenhet att försvinna under vänster revbenskant. Vid anläggande av en bakre anastomos är det ofta mycket svårt att sy upp mesocolon mot den korta ventrikelresten. Man får stramningar och ibland t.o.m. angulering av colon.

För att bättre komma åt corpuspartiet har jag börjat gå ifrån medellinjessnittet och i stället lägga snittet under vänster revbenskant. Fripreparationen av duodenum försvåras möjligen något härigenom men om operatören står på pat:s vänstra sida, går det ganska bra. Fördelen med snittet är att man utan dragningar bättre exponerar corpuspartiet. Snittet är emellertid något besvärligare att sy än ett medellinjessnitt.

För att komma ifrån de skrymmande och stela klämmarna har jag använt Petz sypapparat, som alltså anbringas 2 rader av silverclips över ventrikeln, mellan vilka man sedan kan dela organet med diatermi. Med tillhjälp av snedsnittet kan man applicera Petz apparat högt upp på corpus utan dragningar.

I stället för en bakre anastomos kan man i de allra flesta fall med stor fördel göra en främre dylik för att undgå alla stramningar. Om man tar till den tillförande slyngan tillräckligt lång så att ingen spänning uppkommer, går tömningen utmärkt. Jag tror, att detta sista, att den tillförande slyngan tages till generöst, är av stor betydelse. I ett av de första fallen jag opererade, fick jag för kort slynga och genast efter operationen tömningssvårigheter. En enteroanastomos mellan till- och avförande slyngan lades ungefär en vecka efter operationen. Detta förbättrade tömningssvårigheterna och pat. kunde utskrivas. Han hade dock alltför besvär i form av kräkningar och försvårad tömning. Några månader senare reopererades han. Anastomosen löstes och omsyddes längre ned på tarmen så att tillförande slyngan blev längre. Sedan dess har han ej haft några besvär.

Någon enteroanastomos mellan slyngorna har jag i vanliga fall ej gjort och ej haft några olägenheter därav. Vid anläggandet av själva anastomosen mellan ventrikel och tarm har tarmen fixerats mot ventrikelresten med 2 rader suturer på baksidan. Därefter har jag med rak sax klippt igenom silverclipsen och lämnat dem in situ och därefter sytt framsidan med 2 suturrader. Någon olägenhet av att lämna kvar silverclipsen har ej förmärkts. Förfarandet är bekvämt och kan vara nära nog aseptiskt.

Jag kan ej yttra mig om senresultatet av dessa ingrepp. Det har emellertid frapperat mig, att det primära efterförloppet av dessa höga resektioner är påfallande mycket lugnare än efter de låga antrumresektioner, jag förut gjort och sett. Kräkningar och symtom av s.k. gastric ileus äro mycket sparsamma. Detta lyckliga förhållande beror enligt min uppfattning på att så mycket secernerande slemhinna är avlägsnad, så att några stora vätskeanhopningar i övre digestionskanalen ej uppstå. Första månaden efter operationen har pat. ofta besvär av hastigt påkommande mättnadskänsla efter måltid

och måste äta många små måltider varje dag. Dessa obehag gå dock hastigt över.

Ventrikelns sekretionsförhållanden efter operation äro rätt mycket studerade med högst motsägande resultat. LANDELIOUS och BRUN ha vid en synnerligen stor undersökning funnit achyli efter resektion. PERMAN har funnit växlande förhållanden, ofta med relativt höga syrevärden nära operationen och sedermera minskade syrevärden och achyli. STRÖMBECK har även vid höga resektioner funnit rätt så höga syrevärden. Självt har jag följt 16 st. fall efter operationen och då i motsats till PERMAN funnit achyli under de första månaderna samt sedermera återkommande saltsyrevärden. Jag har dock ej kunnat konstatera så höga syrevärden som före operation.

Det är klart, att dessa motsatta uppgifter till stor del bero på olika undersökningsteknik, vilket framhållits såväl av PERMAN som STRÖMBECK. Såsom rutinmässigt magsaftsprov har jag använt fraktionerad provfrukost med sprit- och histaminstimulering. Fördelen med detta prov är att det ger en fyllig bild av sekretionen spec. av sekretionen på tom mage. Jämförelse med olika prov tagna vid olika tillfällen är rätt svår på grund av de olika värden man får i de olika portionerna.

E. MICHAELSSON: Opererat fall av pneumocephalus traumaticus.

A. SOIVIO: Om behandlingen av skottskador på underkäken.

R. GRANIT: Demonstration av elektrisk splittersökare.

PROFESSOR RAGNAR GRANIT meddelade, att *Neurofysiologiska institutionen* vid Karolinska institutet i samarbete med *Svenska Radioaktiebolaget* konstruerat en elektrisk splittersökare. Konstruktionen har utförts av institutionens fysikaliska assistent, mag. K. T. HELME. En smal sond med ovalt tvärsnitt, avsedd att införas i sårkanaler, är kopplad genom slang till en elektrisk svängningskrets.

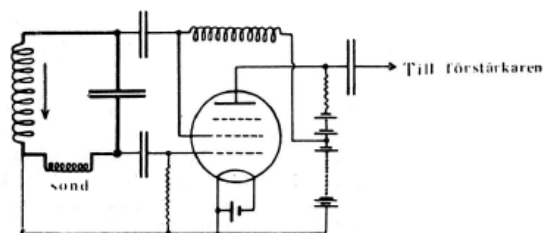


Bild 1.

Splittersökarens funktion (bild 1) baseras på att ett metallföremål, som föres i närheten av spolen i den högfrekventa svängningskretsen, verkar dämpande på den elektriska svängningen. I apparaten bildas sondens spole, en hjälpspole samt en kondensator tillsammans denna svängningskrets. Denna är över ett par kondensatorer kopplad till ett radiator som bl.a. har till uppgift att leverera den energi som behöves för att upprätthålla en svag högfrekvent svängning i kretsen. Svängningens amplitud påverkar å sin sida anodströmförbrukningen hos röret sålunda att anodströmmen växer då en dämpande metallmassa råkar komma i sondspolens fält. Denna förändring förstärkes medelst ett pentodrör samt göres därefter synlig med ett indikatorrör och hörbar medelst en till summer och högtalare kopplad slutpentod. Apparaten drives med torrelement, vilket är möjligt emedan rörens strömförbrukning är synnerligen ringa. För kontroll av batteriernas kondition och apparatens funktion i övrigt är apparaten försedd med ett litet mätinstrument.

Demonstration av apparaten ägde rum, varvid den visade sig reagera på små metallföremål inneslutna i sårkanaler hos kanin. Vid prov med fritt på ett bord liggande synål visade sig apparaten reagera på denna på ett avstånd av c:a 1 1/2 cm. Därpå prövades med 1/4 av nålen (spetsen) för vilken utslag erhöles på 3/4—1 cm:s avstånd.

Apparaten kunde beställas på *Svenska Radioaktiebolaget*. Dess pris beräknades till i runt tal 1,100 kronor.

G. NYSTRÖM: Erfarenheter från Finlands krig. Thoraxkirurgiska erfarenheter.