

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kuzmik Pál: Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Réczey Imre dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a sebészeti gümőkórnak Spengler-oltással való gyógyításához. 385. lap.

Wein Manó: A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról. 387. lap.

Tárca. Törvényjavaslat a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. XIV. t.-cz. II. része I. fejezetének (közegészségügyi szolgálat a községeknél) módosításáról. 390. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. v. Bókay: Die Lehre von der Intubation. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Karlinski: Macskák terjesztette kis diphtheria-járvány. Fuld: A gyomoresővek fertőtlenítése. — Belorvostan. A. P. Ohlmacher: Súlyos serumreakciók. — Rosenfeld: Az urathkódiathesis gyógyítása. — Arisa: A gyomornedv sósavtartalmának magatartása a vesegyulladásban. —

Ortner: Az accretio és concretio cordis. — Idegkórtan. E. Meyer: Az epilepsia kezelése. — Sebészet. Csermák: Vizeletvizsgálatok a gerincvelő érzéstelenítése után. — Gurd és Weller: Typhusbacillus által okozott abscessus. — J. J. Summers: Gyenge és öreg egyének prostatahypertrophiája. — S. Robinson: Adatok az experimentális tüdősebeszethez. — Szülészet és nőorvostan. Veit: A gyermekágyi láz diagnosisa és terapiája. — Pittz: Méhüregöblítés útján okozott lysolmérgezés. — Közegészségügy. Feltick Ottó: A tejkereskedés ellenőrzése. — Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra. Sussmann: Escalin-suppositoriumok használata végbél-berepedés és aranyeres vérzés eseteiben. — Zeissl: Szer acné rosacea gyógyítására. — Mc Inerney: Szer alopecia areata ellen. 393-396. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 397. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 397. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 398-401. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Réczey Imre dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Adatok a sebészeti gümőkórnak Spengler-oltással való gyógyításához.¹

Irta: **Kuzmik Pál** dr. egyetemi tanár, kórházi főorvos.

A gümőkóros sebbántalmaknak Spengler-féle specifikus kezelésével a II. számú sebészeti klinikán az 1907. évben foglalkoztunk. A kérdés tanulmányozásával Réczey tanár engem bizott volt meg, miért is szíves engedelme folytán tapasztalatainkról a következőkben óhajtok beszámolni.

Oltásainkat, melyeket Parassin József klinikai műtő segédkezelésével végeztem, az 1907. év tavaszán kezdtük s körülbelül egy fél évig folytattuk. Oltásainkhoz az akkor ajánlott ATO, PTO, TBE és PE jelzéssel bíró anyagokat (bouillon és emulsio) használtuk. Az oltások mellett egy idő múlva a Spengler által ajánlott jodkezelést is igénybe vettük.

Eseteinket szándékosan nem válogattuk össze, s megfigyeléseinkkor a legtárgyilagossabbak igyekeztünk maradni, sohasem ragadtattuk el magunkat némely kedvező siker által.

Beszámolómban is igyekezni fogok tárgyilagossággal maradni, hogy tapasztalatainknak lehetőleg hű tükröt adjam.

Megfigyeléseink 21 esetre vonatkoznak, melyekből levonandó azonban öt eset, melyekben részint túlfertőzöttség, részint a betegek túlérzékenysége miatt, két esetben pedig mert a betegek idő előtt távoztak, az oltás végleges hatása nem volt tanulmányozható.

A fertőzés minőségére nézve úgy észleltük, hogy a 21 eset közül 8 human, 11 bovin és 2 vegyes fertőzéssel állunk szemben.

A kezelés alá vett betegeket az észlelt eredmények szerint

4 csoportba osztályoztuk, ú. m. 1. gyógyult, 2. javult, 3. nem javult, 4. kezelés alatt rosszabbodott.

Gyógyultnak tekintettük azon eseteket, a melyekben az oltással kapcsolatosan teljes eredményt tudtunk elérni, számításon kívül hagyva, mint azt például az 1-es számú esetben észleltük, hogy 2 hó múlva a beteg ízületkörüli tályoggal ismét jelentkezett. A gyógyultnak vett többi betegünk közül több tartós egészségről adott hírt, sőt a 12. számút 2 $\frac{1}{2}$ hó múlva újra láttuk teljesen működésképes végtaggal és 6 kiló súlygyarapodással. *Gyógyult esetünk van 7.*

Javultnak tekintettük azon eseteinket, a melyekben az oltás alatt határozottan kedvezőbb gyógyhajlam mutatkozott, de kezelésünk a beteg türelmetlenkedése miatt be nem fejezhetők. Ide soroltuk azon betegünket is (13. szám), ki a hosszadalmas kezelés ellenére sem remélvén hasznavehető végtaggal meggyógyulhatni, lábszárának csonkítását követelte. *Ezen esetek száma 5.*

A *nem javultak* csoportjába vettük a már előbb említett öt esetünket is, melyekben az oltás részint a betegnek súlyos állapota, túlérzékenysége miatt nem volt folytatható, részint a betegek már 3 oltás után távoztak. Ezek szerint az oltásoknak csak 2 esetben nem volt kimutatható hatása.

A negyedik csoportban találkozunk végül 2 olyan esettel, melyben az oltás után határozott rosszabbodást észleltünk. Az egyik beteg régi hegeinek feltörése s a kezelés kezdetén fennállott sipolyok megnagyobbodása és több váladékot termelése után távozott. További sorsa ismeretlen. A másik betegünknek állapota mindinkább rosszabbodott, úgy hogy az oltást abbahagytuk; 9 hónappal az oltások befejezése után ez a beteg általános gümőkórban és meningitis basilárisban meghalt. (18. sz.)

Az oltásoknak kellemetlen, sőt rossz hatását észleltük ezenfelül még egy harmadik esetünkben, melyben azonban végeredményben a gyógyulás mégis bekövetkezett. A beteg (6. szám) a 4. oltás utáni 4. napon hirtelen lázas lett (40 C°), csipőájékja erősen megduzzadt, a régi hegek szétestek s nagy tályogok fejlődtek. Erélyes beavatkozásunkkal s leg gondosabb kezelésünkkel azonban 3 hónapi kezelés után nemcsak megmenthettük betegünket, de a végleges gyógyulást is sikerült elérnünk, teljesen működésképes csipőízülettel. Betegünk 6 kiló súlygyarapodással hagyta el klinikánkat.

¹ Hozzászólás „A magyar sebésztársaság” 1908. évi II. nagygyűlésének tudományos ülésén, május 29.-én.

A kedvező gyógyulási eredmények mellett észlelt, ezen röviden vázolt három súlyos lefolyású esetünk miatt, valamint azon körülménynél fogva is, hogy *Spengler* oltóanyagát változtatta s betegeit fodkezelésnek is alávetette, ezen specifikus kezelést kiforrtnak nem tekinthettük, s ezért a további kezelést abbahagytuk.

Tekintve azonban, hogy a tuberculin-kezelésnek kedvező hatását is észleltük, a kezelés tanulmányozása érdekében ez év januárjában felkerestem *Spengler*-t. Utam fáradoimat nagyban kárpótolták ott szerzett tapasztalataim.

Mindenekelőtt meggyőződtem arról, hogy *Spengler* maga sincs még megelégedve eredményeivel, miért is még lázasan kutat tovább. Vizsgálatai alapján azon reményének adott kifejezést, hogy legközelebb talán sikerülni fog oly szer birtokába juttatnia a szenvedő emberiséget, melylyel a tuberculosishatásnak a szervezetre ható romboló tulajdonságait meg tudja akadályozni.

Meggyőződtem azonban arról is, hogy már most is igen szép eredményeket tud felmutatni, mert oly betegeit láttam javultan, kiket súlyos, reménytelen állapotuk miatt más sanatoriumban már nem vettek fel.

Spengler ez idő szerint az előbb használt human és bovin bouillon-filtrátumok és emulsiók helyett ezeknek bizonyos arányú keverékeit használja, melyeket *TBV* és *PV* jellel látott el s egy harmadik készítményt is használ, melyet „*Immunkörper*”-nek nevez. Ezen készítményeket bizonyos hígításban vagy a bőr alá fecskendezi, vagy a bőrre dörzsölteti s egyes esetekben külön e célra szerkesztett ragtapaszlemezkekre csepegtetve alkalmazza a felkarra s így engedi a szervezetre hatni. E mellett a legmelegebben ajánlja a jodfém- és jodvértészítmények (josanguin) adagolását.

Spengler eredményei igen jók, ne feledjük el azonban, hogy a kezelést a legkedvezőbb egészségügyi viszonyok mellett oly betegeken végzi, kik csakis egészségük helyreállítása végett vannak Davosban.

*Spengler*nél szerzett tapasztalataim alapján az oltásokat újból megkezdtem, újabb eseteim megfigyelése azonban még oly rövid keletű, hogy róluk még nem nyilatkozhatom.

Ezért csak az előbb említett 21 esetben szerzett tapasztalataim alapján vonhatjuk le következtetéseinket. A fontosabb adatokat a következő táblázatban állítottam össze, a rendelkezésemre álló rövid időt pedig csak conclusióim elmondására használok fel, a melyek a következők:

1. A tuberculosishatás specifikus kezelése ez idő szerint még nincs tisztázva s valószínű, hogy még huzamosabb tanulmányozásra szorul, miért is általánosítása túlkorai.
2. Próbaoltásokkal a kétféle fertőzés úgy látszik csakugyan kimutatható.
3. Az oltás csak a kezdődő, előre nem haladt esetekben kecséget kedvező eredménnyel.
4. Rendkívül óvatos s állandóan megfigyelt oltásokkal, esetleg kisebb sebészeti beavatkozásokkal támogatva, határozottan gyógyulás érhető el.
5. Az időközönkénti, illetve kihagyó (étappe-) kezeléssel szebb eredmények érhetők el.
6. Tekintettel arra, hogy a kezelés pontos megfigyelést igényel, s a mint láttuk, egyes esetekben súlyos szövődésekkel is járhat, csakis intézetben hajtható végre.
7. A bekövetkező szövődések miatt leggyűnk óvatosak a kórjólát felállításában.
8. A kezelés hosszadalmas, ennek következtében elég költséges s a beteg türelmét nagyon is igénybe vevő.
9. Mivel kezelés közben a latens góczoknak újra kitörése is észlelhető, az oltás nem mondható közömbösnek.
10. Az oltás időbeli kihatásáról, illetve a kiújulás eshetőségeiről ez idő szerint még nem számolhatunk be.
11. Végül, mivel a specifikus kezelések s így a *Spengler*-féle oltások is, ez idő szerint még mindig csak a kutatás, a tanulmányozás jellegével bírnak, határozottan elítélendő s meg nem engedhető, hogy ezen kezelésmód a napilapok hasábjain tárgyalassék, mert ezzel a szenvedők esetleg csak újabb csalódásoknak tétnek ki, s orvosi rendünk tekintélye csak újabb csorbát szenvedhet épen úgy, mint 1890-ben a *Koch*-féle tuberculin.

A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról.

Irta: *Wein Manó* dr. műtőorvos, a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

(Folytatás.)

A ki az eddig elmondottakat figyelemmel kísérte, be fogja látni, hogy a gyakorlatra mily jelentősége van annak, hogy az automatás reactio csak akkor jelentkezik, a mikor a szervezet már a gümőkórtoxinoktól méregtelenítve van. A gyakorlatban, ha gümőkóros betegünk lázas és az a *Marmorek*-serum adagolására láztalan lesz, biztosan mondhatjuk, hogy a lázokat gümőkóros és nem más toxinok okozzák. Folytathatjuk a *Marmorek*-serum adagolását, akár nagy adagokban is, helybeli reactiót csak akkor kapunk, a mikor a hőmérsék a normálist megközelíti. Ekkor a serummal igen elővigyázóan kell bánni, hogy túlságos lokális reactiót ne kapjunk, hogy szövethalált a reactioval ne provokáljunk. Ez az első feladat. Nem szabad szövethalált előidézni. Arra kell törekedni, hogy a gümőkóros laesio körül a szövetek bővérősége csak olyan fokot érjen el, a mely bővérőség a felszívódást elősegíti, a beteg szövetek kicserélődését lehetségessé teszi. Így elérhetjük, hogy súlyosabban fertőzött területek is meggyógyulnak, a melyek azonban, ha nagyfokú bővérőséget provokálunk, a nagyobb fokú lobgát okozta pangás áldozatává esnek.

Ha az első *Marmorek*-serumadag nem csökkenti, hanem fokozza a lázat és rögtön helybeli visszahatás is jelentkezik, biztosra vehetjük, hogy gümőkóros toxaemia nincsen, hanem más fajta fertőzés okozza a lázokat. A láz fokozódása és a helybeli reactio ekkor arra utal, hogy első sorban a betegség helybeli viszonyai határozzák meg a gyógyulás lehetőségét. Ilyenkor mindjárt a gyógyítás kezdetétől fogva igen elővigyázóan bándunk a *Marmorek*-serummal. Csak ha a láz visszasüllyedt, a helybeli reactio teljesen lezajlott, adhatunk újból *Marmorek*-féle serumot. Ha ezen eljárás mellett haladást nem látunk, a helybeli viszonyokat kell tanulmányozni; a laesio helyén kell a gyógyulás feltételeit megadnunk.

Ugyanígy kell feladatunkat felfognunk, ha láz egyáltalában nincsen és csak a *Marmorek*-serum adagolása teszi a beteget lázassá. Türelemmel és gondos ellenőrzés mellett haladhatunk célunk felé.

A hogy előadásom legelején mondtam, a *Marmorek*-serum ártalmas is lehet. A *Marmorek*-serumnak méregtelenítő hatása a toxaemiában feltétlenül hasznos hatás, a mely ártalmat sohasem okozhat, de a lokális, az automatás reactio csak feltételesen hasznos, ártalmas is lehet, ha túlságos, és még igen nagy elővigyázat és igen enyhe viszonyok mellett is agályos tünetekkel járhat, bár nem tagadható, hogy mindig a gyógyulás szolgálatában áll. Csak gondoljunk a *Baer*-féle kórtörténetre. Az agyalapi gümő körül támadó reactio minden körülmények között súlyosabb jelentőségű tünetekkel jár, mintha valamely ujjperc csontállományában vannak egyes eltokolt gümőkórbacillusok. A végleges gyógyulás szempontjából mégis az agyalapi laesio van kedvezőbb viszonyok között, mert szövettörmelekek felszívódása, szövetelemek kicserélése az agyban könnyebben történik mint a csontban. Szintúgy áll a dolog a tüdővel is. Alig van a szervezetnek még egy szövete, még egy szerve, a melynek a gyógyulás szempontjából oly kedvezők a viszonyai mint a tüdőnek. A tüdőben támadó automatás reactiora azonban már csak azért is rendkívül kell vigyázni, mert a tüdő-laesio az orvosi segítségnek nehezen hozzáférhető. Ha a tüdőben tályogképződést provokálunk, az így előállott helyzet már a beteg szerv jelentőségénél fogva is súlyosabb természetű, de a folyamat nehezen is befolyásolható. Kétségtelen azonban, hogy nagyobb-fokú tüdőelváltozások is szépen befolyásolhatók *Marmorek*-serummal és így, különösen helyes adagolás mellett, a jövőben még kedvezőbb eredmények is várhatók.

Eddigi eredményeim szerint a tüdősebészet fog nagy tért hódítani. A *Marmorek*-serummal méregtelenített szervezettel szemben a sebészeknek sokkal liberálisabb álláspontra kell helyezkedniük. Nevezetesen a mellkasfalhoz rögzített tüdő felszabadítását, a mellkas kibéltését fogják gyakrabban végezni, hogy zsugorodással nyílt cavernák gyógyulhassanak. És cavernákat is gyakrabban fognak feltárni, mert joggal várható, hogy ennek a magában véve is súlyos műtételnek a gyógyulási esélyei teljesen megváltoztak a

Marmorek-serum adagolása mellett. Erre utalnak legalább azok a tapasztalataim, a melyeket eddig másfajta gümös góczoknak sebészeti gyógyításával elértem.

Még sok vonatkozása van a kérdésnek, a melyet ezen alkalommal már csak azért sem érinthetek, mert túlságosan a részletek taglalására vezetne. De legalább érintenem kell az indiciók kérdését, már csak azért is, hogy félreértéseknek lehetőleg útját vágjam.

Könnyebb fertőzések gyönyörűen, simán, rövid idő alatt kifogástalanul meggyógyulnak. (12., 13., 16. 1904. 3., 4., 7., 8., 11. 1905. 1., 2., 3., 10., 11., 12., 17. 1906. 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 16. 1907. 2., 3., 4. 1908.)

Természetesen ilyen könnyű esetekben sem szabad lehetlent követelni. Szöveti átváltozásokkor hosszú idő kell, a míg azok létesülnek. Például a lupus elhalványul, behámosodik, ez gyorsan megy. Egyes göbcsék ellaposodnak, hámlani, mintegy száradni kezdenek. De ezzel még nem gyógyult meg a laesio. Csak ha a göbcsé teljesen elmúlt, várhatunk állandó gyógyulást. Ha más okunk nincs *Marmorek*-serumot adni, nagyon helytelen volna egy pár lupusgöbcsé miatt hónapokig gyógyítás alatt tartani egy különben már régóta fertőztelenített szervezetet, a melynek laesioja is már egészben meggyógyult. Ha azonban kihagyjuk a *Marmorek*-serumot, egyik-másik göbcsé mihamarabb igazolni fogja, hogy ott gümőkórbacillusok még mindig olyan viszonyok között maradtak meg, hogy a folyamat kiújulására vezethetnek. Az ilyen tömött kötőszövetben megtelepült, nagyrészt eltolt gümőkórbacillusok nagyon nehezen megközelíthetők. Megmaradnak, újra felélednek, mert abban a heges gümőben meglehetősen kedvező viszonyok között élnek. Ezért az ilyen szöveti elváltozásokat, különösen ha könnyen hozzáférhetők, idejében eltávolítani czélszerűnek tartom. Még inkább ilyen viszonylatokat észlelhetünk gümőkóros szemölcsök esetében. Ha a szervezet fertőztelenítve van, ne várjuk a *Marmorek*-serumtól azoknak a nagy szövettömegeknek a kicserélését és a bennük foglalt fertőző csíroknak az elpusztítását. Ilyen feladat teljesítésére évek kellenének. A mikor az ilyen szemölcsös képletek visszafejlődést mutatnak, éles kanállal eltávolítjuk azokat; *Marmorek*-serum adagolása mellett azután rohamosan és állandóan meggyógyul a sebzés.

A csonttuberculosisban is így vagyunk a sequesterekkel; nagyokkal-kicsinyekkel egyaránt. Nem a serum feladata azok eltávolítása. Szem előtt kell tartanunk, hogy minél jobban felszabadítjuk a szervezetet a reághámló feladatok teljesítése alól, annál jobban tud igazi feladatának, az építésnek élni és annál gyorsabban tud megerősödni. Minél jobban megadjuk a gyógyulás mechanikai feltételeit, annál kevesebb áldozattal pótolja a szervezet a hiányokat.

A gümőkóros laesio fertőztelenítése is annál könnyebben sikerül, mennél kevesebb fertőzött területből áll a laesio és mennél hozzáférhetőbbek a laesioiban élő fertőző csírok a szervezet részére. Mosolyogni való dolog, ha például *Hochmeier* Altonából azt írja (1908. 5. 3. eset), hogy egy igen kiterjedt térdizületi gümös megbetegedés körül a czombon és lábszáron képződött 9 sipoly közül 8 igen gyorsan begyógyult, a 9. nem, tehát a *Marmorek*-serum nem ér semmit. Ott a patella körül, arra az egy sipolyra vonatkozólag, a gyógyulás mechanikai feltételei nem voltak meg és ha, mint *Hochmeier* írja, a beteg műtételbe nem egyezett, erről a *Marmorek*-serum valóban nem tehet.

Én azt állítom, hogy a sebészet területének a *Marmorek*-serum befolyása mellett bővülnie kell. Az ilyen sipolyos betegeket azelőtt nem bántották, vagy bántották. Egyre ment. A beteg nem gyógyult meg. Végre a beteg türelme kimerült a sok operálás irányában. Ez rossz néven sem vehető, hiszen szenvedéseinek ellenértékét nem láthatta. Ha azonban tudom, hogy a gyógyulás egy nagy akadálytól, a fertőzés okozta kiújulástól most már mentesítve van a beteg, hogy a gyógyulásnak csak a mechanikai feltételeit kell megadnom, akkor a betegnek jobb esélyeket ígérhetek és a jobb esélyekre való kilátás mellett könnyebben is állíthatom fel a beavatkozás indicációját.

Első sorban a mirigysebesítések körül érvényesül ez a nézőpont legszembeszökőbben, mert ez a tuberculosos laesio a leggyakoribb; ez a sebészeti tuberculosis igazi tömegmegbetegedés és a sebesztorvosnak eddigelé valódi réme.

A ki már most azt hiszi, hogy csak *Marmorek*-serumot kell adni, és a gümös mirigy mind meggyógyul, nagyot téved.

Nem így változott meg a helyzet.

Eddig ilyen mirigyek a legtöbb sebészre nézve noli me tangere voltak és csak ha dissecatio fenyegetett, nagy fájdalmak, vagy lokális okból eredő lázak gyötörték a beteget, nyúlt a legtöbb sebész a késhez és palliative megoldotta a megbetegedésnek azt a részletkérdését, a mely épen túlságosan kellemetlenkedett. A betegség azért maradt a régi. Némely esetben így is évek nyomorúsága után gyógyulás volt az eredmény, különösen, ha a beteg különben kedvező viszonyok között élt. Legtöbbször azonban általános gümőkór fejlődött és elpusztult a beteg. Az ilyen mirigymegbetegedéseket, a melyekben megnagyobbodott és szétesésben lévő mirigyek, kiterjedt periadenitisek között elszórvva és összekapaszkodva, teljesen szétesett mirigyekkel vegyest fekszenek és minden anatómiai tagoltság megszűnik a sok hegtömegtől és sipolyos ürmenettől, a melyek felett a bőr is csak helyenként ép, más helyeken pedig igen kiterjedten serophulodermásan alávájt és hasznavehetetlen: az ilyen szövевényes viszonyokat késsel megtámadni bizony meggondolandó dolog. A legnagyobb sebészeti technikát igényli és nagy türelmet, és a mi szintén nyom a latban, igen háládatlan munka. Vásári statisztikára nem alkalmas, sokszor a leggondosabb munka után is recidivák fejlődnek. Hogy hasznos-e ilyen megbetegedéseket gyökeresen megtámadni: mindent kiítani a mi beteg? Olyan kérdés, a mely mostani fejtegetéseim keretén túl esik. Csak azt akarom mondani, hogy egyes lelkes sebészek eddig is operatív úton, radikálisan operáltak és fáradozásaikat az keserítette meg, hogy a leggondosabb munka ellenére számos esetben súlyosabb recidiva is fejlődött. *Marmorek*-serummal való gyógyítás mellett az ilyen megbetegedések gyógyulási esélyei óriásit nőttek. A megnagyobbodott és még szétesés nélkül fertőzteleníthető mirigyek rohamosan megkisebbednek, szétesésben lévő mirigyek rendkívül gyorsan szétesnek, periadenitisek felszívódnak, régi sipolyos ürmenetek elzáródnak, serophulodermák letapadnak, szóval a viszonyok egyszerűbbek, áttekinthetőbbek lesznek. A ki azután konzervatív sebész, csak azt oldja meg, a mi sebészeti megoldás után ordít; a ki liberális, olyan viszonyokat teremt, hogy a gyógyulás lehetőleg gyorsan, lehetőleg simán következhesse be. Ez a sebészeti belátás és tapasztalat kérdése; annyira egyéni, hogy statistikailag csak hamis feleletet kaphatni rá. Külön is kiemelem, hogy vannak sajtosan elfajult, jól eltolt mirigyek, a melyekre a specifikus szernek semmi befolyása sincsen. (12. 1906.) Ilyen mirigyeket eltávolítani könnyű is, czélszerű is; hiszen akárhogy eltokolódtak, a szervezetre állandó veszélyeket rejtenek magukban.

A gümőkór sebészeti alakjaiban tett tapasztalatainkat a tüdőgümőkór gyógyításában sem szabad szem elől tévesztenuink.

A hogy vannak mirigyek, a melyek csak úgy tudnak meggyógyulni, ha szétesnek, úgy vannak tüdőmegbetegedések, a melyekben egyes fertőzőes góczokban a szövetelváltozás másképp mint szövetelhalással nem reagálhat. Ilyen esetekben a *Marmorek*-serumot követő automatás reactio igen turbulens tünetekkel járhat. Szövetelhalás a tüdőben, a dissecatióra törekvő lobos tünetekkel kapcsolatban, a kórkép súlyosbodását is adhatja és adja is számos esetben. Kellő elővigyázat és az esetek gondos megválogatása mellett a sebészeti ténykedés fokozott igénybevételével itt is szép eredményeket fogunk elérni. Első sorban meg kell tanulnunk, hogy a *Marmorek*-serum közvetlen hatásának, a méregtelenítésnek a tüneteit, a közvetett hatásnak, az automatás reactionnak tüneteitől megkülönböztetni tudjuk, mert csak a ki ennyire jutott, adhatja a *Marmorek*-serumot úgy, hogy annak a hatása a betegre nézve minden esetben csakugyan haszonnal járjon. Súlyos és leg-súlyosabb esetekben is óriásit használhat a *Marmorek*-serum helyes adagolása. *Frey* (Davos) (8. 1907) erre vonatkozólag is szép tapasztalatokat tett. A gümőkóros toxemia megszüntetése az, a mit például súlyos esetekben elérhetünk. A beteg láztalan lesz, jobban alszik, jobban eszik és közérzete megjavul. Óriási előnyök, a melyeket eddig a betegnek megszerezni nem tudtunk. Ha azután a tüdőlaesio meggyógyítására törekszünk, kárt is okozhatunk. A *Marmorek*-serum közvetett hatását tevő automatás reactio a tüdő szétesését propagálhatja, a lobot fokozhatja, a halált sietetheti.

Súlyos tüdőlaesiókban tehát csakis a méregtelenítés czéljából adjunk egyes adagokat. Ha azonban az amúgy is súlyos tüdőállapot

rosszabbodik, szüneteljünk a *Marmorek*-serum adagolásával. Ezek az esetek subjective javíthatók, de meg nem gyógyíthatók. Ilyen ezézzattal adni a *Marmorek*-serumot ezekben az esetekben ellenjavalt is lehet.

Csak a *Marmorek*-serum hatását megmagyarázni törekedtem, betegeimről és az eredményekről más alkalommal fogok beszámolni. Most csak a fejtegetéseim megértése okából közlök egynehány kórtörténetet.

* * *

IV. 1907 december 27. S. Zs., 19 éves, férjezett. Atyja állítólag tüdőbajban halt el, anyja él; 6 testvére közül állítólag egy 15 éves mirigybajban szenved. Eddig egészséges volt.

Szeptember 23-án jobb belső bokáján zúzódást szenvedett; esés közben deszka sarkába ütötte. Az elkéült, majd elzöldülő duzzanaton a belső boka alatt, majd később a lábfej belső szélén fekélyesedések keletkeztek. Most e helyeken fillérnyi területű fekélyek vannak, a melyeket kiemelkedő, duzzadt, térsztapintatú udvar környez, a mely felett a bőr sötétpirosan elszínesedett. A nyak bal oldalán forintnyi területű scrophuloderma, a musc. sternocleidomast. két sternális iná között jobboldalt galambtojás nagyságú mirigy, a mely körül lobos tünetek hiányzanak. A mirigy könnyen mozgatható, de azért már szétesésre gyanús. A jobb hónaljban gyermekkölnagyságú, teljesen szétesett és így tisztán hullámzó mirigydagant. Az előrehaladott szétesés ellenére a mirigydagantot alkotó egyes mirigyek körvonalai felismerhetők. A mirigyek a felülettel összekapcsolva nincsenek, a pectoralistól is még elég jól elkülöníthetők. A bal sulcus bicipitalis medialisban kis tyúktőjásnyi, felpuhult, periadenitises részekkel körülvett, de a bőrrel még össze nem kapaszkodott gyuladt mirigy. A bal kisujj 2. phalanxa megdagadt. Az ízületek szabadok. Az orsószírién megdagadt részlet voláris oldalán hullámzó rész. A dorsális oldalon híg savót ürítő sipoly.

A lesóványodott, elég jól fejlődött csont- és izomrendszerrel bíró beteg sérülése óta köhög is. A jobb kulcsesont feletti árok besüppedt, a tüdő itt lélekzésekor visszamarad. Míg jobboldalt a kopogtatási hang a kulcsesont feletti árokban dobos árnyalatú, baloldalt tompa. Itt csekély száraz szöreszörejek; jobboldalt hörgi kilégzés.

December 27-én 5 cm³ serumot kap végelbe.

December 30. A bal sulcus bicipitalis medialisban leírt mirigy feltünő reactiót mutat; teljesen felpuhult, a bőrrel is összekapaszkodott, fájdalmas. 5 cm³ M. per rectum.

1908 január 3. A jobb hónalj alatti mirigy teljesen szétesett, lobos és fájdalmas. A bal sulc. bicipit. med.-ban levő mirigy felett a bőr haragosan piros, a daganattal egygyé olvadt. Kisujján is nagyobb fokú lett a duzzanat, igen fájdalmas. 5 cm³ M. p. r.

Január 13. Az összes lobos góczokat kinyitottuk és (insufficienter) kikapartuk. 5 cm³ M. p. r.

Január 15. Kevesebbet és könnyebben (nyálkásan) köhög. Sebei szépen gyógyulnak, fájdalmai nincsenek. 5 cm³ M. p. r.

Január 17. Sebei keveset genyednek, nem fájnak. Igen keveset köhög, étvágya is jobb. A jobb kulcsesont feletti árokban a kopogtatás még mindig dobos árnyalatú, míg baloldalt tompult, de jobboldalt a gyengült lélekzés sejtes; baloldalt a lélekzés még kissé érdekesebb, de szöreszörejek nincsenek. 5 cm³ M. p. r.

Január 29. Láza nincsenek, sebei szépen gyógyulnak. A nyaki mirigy szétesett, a nyakon levő scrophuloderma gyógyulásra hajlamos. A beteg sokkal jobban érzi magát annyira, hogy január 17.-étől január 29.-éig azért nem jelentkezett, „mert egészen jól érzi magát”. 5 cm³ M. p. r.

Február 5. Január 31.-étől február 3.-áig naponként kapott 5 cm³ *Marmorek*-serumot. (Eddig 10 × 5 cm³ *Marmorek*-serum.) Jól néz ki. A sebek szépen gyógyulnak. A st.-cleidomast. két szára között a jobb oldalon levő mirigy teljesen el van genyvedve, egy helyen a bőrrel kezd összekapaszkodni. A bal kisujj caries még fájdalmas. Az ujj igen duzzadt. A scrophuloderma leapadtak.

Február 14. Február 6.-a óta naponként kapott 5 cm³ M.-serumot p. r. (Összesen 17-szer.) Tegnapig változást nem érzett, de tegnap forrósága volt. A st.-cleidomast. két szára között szétesett mirigy kisebb, mintha visszafejlődne. A nyak bal oldalán levő scrophuloderma meggyógyult. A bőr helyenként igen vékony, de mindenhol hám fedi a laesiót. A jobb hónalj alatti mirigyek meggyógyultak.

A beteg csak ma jelenté, hogy mióta megoperáltuk (január 15), a jobb melle lassan duzzadni kezdett és fájdalmas lett. Kétszeri párákötésre kezd a lobosodás visszafejlődni.

Jobb melle most is felső részében beszűrődött, tömöttebb tapintatú, körülbelül kétszer akkora mint a bal melle.

Kisujja nem javul, mindinkább dagad és fájdalmas.

Február 18. Folytatólagosan 3 ízben kapott 5 cm³ *Marmorek*-serumot. Jobb melle mindinkább visszafejlődik. A jobb musc. sternocleidomast. két íntapadása közötti mirigy bár teljesen hullámzik, nem feszes, nem fáj, periadenitis nem látszik. Bal kisujja nem javul, sőt mindinkább duzzad és fájdalmas. A többi laesio szépen gyógyul. Syrup. ferri jodati-t kap, háromszor 35 cseppet napjában, a *Marmorek*-serumot kihagyja.

Február 22. Február 19.-én kisujját megoperáltuk. Két napig meg lehetős fájdalmai voltak. A mirigyszétesés a nyakon valamivel kisebb.

Március 2. Február 25.-én kirázta a hideg, azóta lázai voltak, nyilvánvalólag influenzás, legalább objectív ok ki nem mutatható.

Operált kisujja szépen gyógyul. Tüdejében hurutos jelenségek nincsenek. A jobb sternocleidomast. két iná közti mirigyszétesés feszebb és ámbátor fájdalomtalan, csekély lobos tüneteket mutat.

Március 3. A mai napon felvett Röntgen-photographia szerint a kisujj 2. perczén műtét okozta defectus látható. A csontok körvonalai élesek és a különben rarifikált csont structurája tökéletesen látható. A defectus proximális részén úgy látszik, mintha a határos ízület is meg volna nyitva, az ízület megbetegedése nélkül.

Március 28. 20-szor 5 cm³ *Marmorek*-serumot kapott. A mirigyszétesést a nyakon nem engedte felnyitni. Alig vehető valami belőle észre, annyira felszívódott. A scrophuloderma a lábon alig genyednek, tömöttebbek, kis helyet foglalnak el.

Férje elhagyta, magát fenntartani nem tudja, hazamegy.

VI. 1908 január 3. H. L. 32 éves, nős, betűszedő. Atyja előtte ismeretlen betegségben halt el, anyja él és egészséges, testvérei is egészségesek, egynek azonban mirigydagantai voltak és lábán is hosszadalmas lobbolyamata volt.

1907 július 13.-án vette először észre, hogy bal alkarján dagant fejlődött, mely felfakadt, majd genyedni kezdett. Egy hónappal később jobb alkarján ugyanilyen jelenségek fejlődtek; a bal felkar közepén ugyanez időtájt fejlődött egy dagant, a mely felfakadt, de meg is gyógyult. Novemberben (1907) bal könyöke felett kifekélyesedett a bőr. Jobb felkarján a sulcus bicipitalis medialis mögött a felkar közepén ugyanakkor lobbolyamat fejlődött, a mely kifakadt, de begyógyult. Négy-öt nap előtt jobb térdizülete fájdalmas lett, duzzadni kezdett.

Jelenállapot: A rosszul táplált, feltünően rosszul fejlődött izomzatú egyén állítólag csak keveset fogyott betegsége alatt. (Áz előtti állítólag mindig egészséges volt.) Tüdejé ép (?), mirigyrendszerében kóros elváltozás nincs. Vészegegy.

A jobb és a bal alkaron erősen aláaját szélű scrophuloderma látható. A bal könyök felett két igen szépen sarjadzó, behúzódot szélű, babnyi nagyságú seb. A jobb felkaron egy megnagyobbodott, periadenitises jelenségeket mutató mirigy, míg a bal felkaron csak egy csekély, behúzódot heg látható. A jobb térd 5 nap óta fájdalmas, megduzzadt. A térdizület kerülete 1 1/2-szer akkora, mint az egészséges oldalé.

A beteg január 3.-ától 11.-éig másodnaponként 5 cm³ *Marmorek*-serumot kapott.

Január 16. A térd erősen megdagadt, annyira fájdalmas, hogy képtelen rálépni. Azóta lázas is.

Január 22. Az első injectióra határozottan lázas lett. A térd duzzanata jelenleg csökkent, de a térd össze van zsugorodva és főleg ezért nem bír rálépni. A hőmérsék állandóan 38,2 C°.

Január 23. A befeckendés minden gümös sérülésben duzzadást és fájdalmat okozott. Újra kap 5 cm³ *Marmorek*-serumot. (Eddig 6-szor). A hőmérsék reggel 36,5, déln 36,7, este 37,9.

Január 24. A hőmérsék reggel 36,1, déln 36,7, este 37,2.

Január 25. A hőmérsék reggel 36,4, déln 36,8, este 37,8. 5 cm³ *Marmorek*-serum p. r.

Január 26. A hőmérsék reggel 36,9, este 37,4.

Január 27. A hőmérsék reggel 36,9, déln 37,5, este 38,2. 5 cm³ *Marmorek*-serum p. r.

Január 28. A hőmérsék reggel 37,4, déln 37,1, este 37,9.

Január 29. A hőmérsék reggel 36,4, déln 36,5, este 36,8. 5 cm³ *Marmorek*-serum p. r.

Január 30. A hőmérsék reggel 36,7, déln 36,9, este 38,1.

Január 31. A hőmérsék reggel 36,5, este 36,9. 5 cm³ *Marmorek*-serum p. r.

Február 1. A hőmérsék reggel 36,4, este 37,2.

Február 2. A hőmérsék reggel 36,7, este 37,7. 5 cm³ *Marmorek*-serum p. r.

Február 3. A hőmérsék reggel 36,5, este 38,4.

Február 4. A hőmérsék reggel 36,0. 5 cm³ *Marmorek*-serum p. r. Sebei tiszták, de az elvékonyodott bőrszélék aláajtak. A térd lelohadt, fájdalmassága csökkent. A beteg közérzete jó.

Február 18. A beteg nyolcz ízben naponként újra 5 cm³ *Marmorek*-serumot kapott végelbe (összesen 20 befeckendést). Igen jól érzi magát, jó étvágya van, nem köhög, nem izzad. Hébe-hóba a térd fáj, de némelyest a térd meglohadt. Egyes helyeken kezdenek a körvonalai kifejeződni. A scrophuloderma mindenhol megkisebbedtek, sarjadzó felületükön a bőr is gyógyulásra hajlamos; helyenként vannak még tasakok, melyekben a geny pang.

Február 24. A narcosisban végzett műtétkor a scrophuloderma-kat kikapartuk, a beteg bőrszéléket az épig lenyirjuk. Kiderült, hogy a bal scrophuloderma alatt az ulna proc. styloideusa szúvas, az ízület is meg van nyitva. A bal könyöksúcsos levő scrophuloderma a felkar közepéig terjedőleg aláajolt; drainage a felfelé és oldalt készített ellen-nyílásokon.

A térdizületre két gipszsinból készült kemény kötést teszünk.

Március 5. A bal felkaron és a könyök felett levő scrophuloderma tiszta sarjadzásokkal borított, részben tálsarjadzó. A bőr mindenhol egészséges kinézésű és az alaphoz letapadt. A bal alkaron levő scrophuloderma, a melyből az ulna defectusát is kikapartuk és az ízületet is megnyitottuk, mindenhol gyönyörűen sarjadzó felület. Az ulnához vezető írfáratból kevés véres savó nyomható ki. A jobb alkaron levő defectus már erősen hámosodik.

A jobb alkar hajlító felületén fillérnyi területen az elvékonyodott bőr aláaját, kölesnyi nyílással (scrophuloderma, mely a műtétkor kimaradt). A beteg elég jól érzi magát, tegnap sétát is tett, jól aludt, étvágya is jó.

A műtét utáni első nap hőmérséké elérte a 38,1-et és március

3-án este felszállott 38.0-ig, különben hőmérséke állandóan 37.0 alatt és normális határok között mozgott.

Márczius 16. A beteg márczius 9.-étől 13.-ig naponta 10—10 cm³ Marmorek-serumot (összesen 20 × 5 és 5 × 10 cm³) kapott. Hőmérsékei reggel 36.2—36.7, délelőtt 36.2—36.9, este 37.7—38.0 C° között váltakoztak. Ettől kezdve hőmérsékei 36.5—37.6 C° között ingadoznak. Laesioi mind gyönyörű sarjakkal borítottak. A jobb alkarnak ki nem kapart scrophulodermája 1½ cm-re alávált szélű, livid, csekély nyomásra sarjdetritus, majd vér ürül. A 3. kettős injectio után (márczius 12.-én) jobb térdé fájni kezdett, azonban már másnapra megbékült s jelenleg már alig fáj, gipszkötésben van.

Márczius 20. Újból 10 cm³ Marmorek-serum. A hőmérsék 38.4°-ra emelkedett este és térdé igen fájdalmas lett. Márczius 21.-étől 26.-ig naponta 5 cm³ Marmorek-serum. Lázai naponta elérték a 38.4°-ot. Térdé szerfelett megdagadt.

Márczius 30. A betegre néhány adag Marmorek-serumot bízunk, hogy az oltásokat folytassa. Természetesen kellőképp kitanítottuk. A márczius 20.-i 10 cm³-nyi beöntésre jelentkezett reakció ellenére tovább használta a szert, 5 cm³-nyi adagokban. A beteg jobb térdé egész kiterjedésében hullámszik. Szűrőcsappal a genyet kibocsátjuk. A lázak ellenére nem rosszabb kinézésű, sőt közérzete is elég jó. Scrophulodermái igen szépen gyógyulnak, de hogy térdé az óriási ischathros következtében mennyit szenvedett, még meg nem állapítható. (Összesen 32-szer, még pedig 26 × 5 és 6 × 10 cm³ Marmorek-serumot kapott.)

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Törvényjavaslat a közegészségügy rendezéséről szóló 1876: XIV. t.-cz. II. része I. fejezetének (közegészségügyi szolgálat a községeknél) módosításáról.

A mint mult számunkban, már jeleztük, a belügyminister május hó 25.-én terjesztette a képviselőház elé a czimben foglalt törvényjavaslatot, a mely hivatva van egyrészt hazánk közegészségügyén javítani, másrészt orvosaink jó nagy részének anyagi helyzetén is lendíteni.

A mint a törvényjavaslat indoklásában is olvassuk, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi törvény több irányban szorul gyökeres átalakításra. E tekintetben az előkészítő munkálatok folyamatban is vannak. Minthogy azonban ezek a munkálatok hosszabb időt vesznek igénybe, szükségesnek mutatkozott kiválasztani azt a részt, a melynek módosítása a megváltozott viszonyok miatt legsürgősebb.

A jelenlegi törvény a községek (városok), a községi (városi) egészségügyi személyzet s az intézkedésre hivatott hatóságok teendőit, jogait és kötelességeit inkább általános kijelentések alakjában írja elő, a mi gyakori surlódásoknak, a hatáskörök összezavarásának és az intézkedések megkésésének vált okozójává. Ezért az új törvényjavaslatban nagy súlyt vetettek a teendők pontos felsorolására, a hatóságok szabatos megjelölésére s a jogorvoslatok megállapítására. Az utóbbiak tekintetében figyelemmel van arra, hogy a javadalmazásnak s a vele kapcsolatos költségek fedezésének, továbbá az orvosok alkalmazásának kérdésében hozott határozatok ellen a közigazgatási bírósághoz panasszal lehessen fordulni.

A javaslat a bábáügyet is kellő figyelemre méltatja s minden legalább 1000 lakosú községet baba tartására kötelez.

A javaslatnak talán legfontosabb s az orvosokat leginkább érdeklő része az orvosok javadalmazására vonatkozik. Az erre vonatkozó pontokat alább közöljük. Előbb azonban az indokolásnak idetartozó következő részletét iktatjuk ide:

„Köztudomású tény, hogy a jelenlegi törvény sajátos hazai viszonyainkat és az élet változó követelményeit figyelmen kívül hagyva, nem gondoskodott arról, hogy a végrehajtás szempontjából szükséges orvosi személyzet megfelelő számban mindenütt rendelkezésre álljon. Nem számolt hazánk egyes — különösen határszéli — szegényebb vidékeinek értelmiségi, közlekedési és vagyoni viszonyaival akkor, mikor a közegészségügyi szolgálatot, tekintet nélkül ezekre a különböző viszonyokra, az ország minden vármegyéjére nézve egyöntetűen szabályozta; e mellett a községi (kör-) orvosok fizetésének még a minimumát sem határozta meg, hanem a fizetés megállapítását teljesen a vármegyei törvényhatóságokra bízta. Sőt a vármegyei közgyűlésnek a községi (kör-) orvosok fizetését megállapító határozata ellen felelősséget sem engedett meg. (1876: XIV. t.-cz. 159. §.)

Ennek az lett a természetes következménye, hogy a vár-

megyék — tekintettel a lakosság anyagi helyzetére — a szegényebb vidékeken az orvosok fizetését olyan csekély összegben állapították meg, hogy a legszerényebb megélhetést is alig biztosító állásra pályázó sok helyen nem volt, s ha esetleg akadt is egy-egy pályázó, ez — megismervén a helyi viszonyokat — vagy el sem foglalta az állást, vagy felhasználta az első alkalmat, mely, kedvezőbb anyagi helyzetet ígérve, távozását lehetővé tette.

A mai tarthatatlan helyzet megvilágítására szolgálnak a mellékelt táblázatos kimutatások is, a melyek alapján a következő, lényegesebb adatokat van szerencsém előterjeszteni.

Jelenleg összesen 484 községi orvosi állás van rendszeresítve. Az ezen állásokat betöltő orvosok összefizetése 570,202 korona. Egy községi orvos átlagos fizetése tehát 1178 korona.

Bár a fizetésnek most említett átlagos összege is elég csekély, de a visszás helyzet még feltűnőbb, ha figyelembe vesszük azt a két szélső határt, melyek között a községi orvosok fizetése változik, s a községi orvosoknak azt a nagy számát, melynek még 1000 korona évi fizetés sem jut.

A legkisebb községi orvosi fizetés 100 K, a legnagyobb 4800 K. A 484 községi orvos közül 111 orvosnak évi fizetése az 1000 koronán alul marad, sőt 10 olyan orvos is van, a kinek az évi fizetése a 200 koronát nem haladja meg.

A községi orvosokénál még kedvezőtlenebb a körorvosok helyzete, a kikenél — a kisközségi életviszonyokat tekintve — az ország nagy részében még a magánygyakorlat is alig vehető számításba.

Jelenleg 1169 körorvosi állás van rendszeresítve, összesen 1.289,133 korona fizetéssel. Az átlagos fizetés tehát 1102 korona. A legkisebb körorvosi fizetés 180 K, a legnagyobb 3200 korona.

400 körorvosi állásnál, tehát az összes körorvosi állások több mint 1/3-ánál, a rendszeresített évi fizetés az 1000 koronán alul marad, 54 állás évi fizetése pedig egyenként a 400 koronát nem haladja meg.

Ennek a rendszertelen és igazán szegényes fizetésnek tulajdonítható, hogy mintegy 190 körorvosi állás csaknem állandóan betöltetlen volt, még pedig rendszerint olyan helyeken, a hol a körorvosra leginkább szükség lett volna, mert ott sem más közhivatalban levő, sem magánorvos nem található.

Mint az alábbi példák mutatják, vannak vármegyek, melyekben az orvosi körök nagyobb része nincs betöltve, sőt van olyan vármegye is, melyben egy körorvosi állásra sem akadt pályázó.

Vármegye	Az összes	A betöltött	A betöltetlen	A körbe osztott községek száma	Azon községek száma, melyek körorvossal	
					el van látva	ellátva nincsenek
Máramaros	20	9	11	139	46	93
Torda-Aranyos	11	5	6	141	67	74
Árva	9	3	6	96	29	67
Fogaras	8	1	7	87	13	74
Zólyom	8	1	7	78	5	73
Scopes	11	1	10	193	21	172
Sáros	12	—	12	375	—	375

Ha a községi (kör-) orvosok javadalmazásával kapcsolatban figyelembe vesszük még, hogy a lakás, a fuvar (fuvardíj), a beteglátogatási és a rendelési díjak jelenleg egyezkedés tárgyai, s így azoknak minősége és mennyisége a véletlen esélyeitől függ; ha figyelembe vesszük továbbá azokat a nehézségeket, a melyekkel az orvosnak meg kell küzdenie, a míg javadalmazásához hozzájut: előttünk áll az a tarthatatlan állapot, melynek megszüntetése már magában véve is sürgős kötelességemmé tette, hogy ezt a törvényjavaslatot benyújtsam.

Bővebb indoklás nélkül csak rámutatok egyfelől arra a tényre, hogy a hivatását odaadással betöltő tisztviselőt nem hagyhatjuk a megélhetés elemi feltételei nélkül, az anyagi gondok nyomasztó terhe alatt görnyedni; másfelől utalok az igazságosságra azon parancsára, mely az ugyanazon hivatást teljesítő s azonos

állásban működő tisztviselők illetményeiben fennálló aránytalanságok lehető kiegyenlítését követeli.

Ezek a szempontok vezérlelnek akkor, a mikor a községi (kör-) orvosok törzsfizetését egységesen 1600 koronában kívánom megállapítani.

Kétségtelen, hogy a kezdő javadalmazás emelkedésének a tudata a munkakedvet fokozza. Ezért ajánlom a községi (kör-) orvosok javára az ötvenként 200 koronával emelkedő korpótlék engedélyezését.

Tudjuk, hogy a megélhetés feltételei nem mindenütt azonosak, s hogy az orvos jövedelmének egy részét magángyakorlat útján szerzi meg. Az e tekintetben fennálló egyenlőtlenségek lehető kiegyenlítésére fognak szolgálni a helyi pótlékok, a személyi pótlékok és a rendkívüli segélyek.

Az orvosi javadalmazás nagyobb részét, vagyis a törzsfizetéseket, a kör- és helyi pótlékokat illetőleg azt hozom javaslatba, hogy ezt a terhet az állam vállalja magára.

Tagadhatatlan ugyanis, hogy a közegészségügyi igazgatás, ha általában az önkormányzat körében történik is, eminens állami feladat. Már az 1876: XIV. t.-cz. 1. §-a is utalt arra, hogy „a közegészségügy vezetése az állami igazgatás köréhez tartozik”. Az államnak a költségekben való részesedése tehát ebből a szempontból is indokolt. De indokolja azt a községek anyagi helyzete is. A községek évről évre új meg új költséget kénytelenek magukra vállalni, úgy hogy sok helyütt már abnormális magasságra emelkedett a községi pótlék. Midőn a közegészségügyi szolgálat érdeke és az orvosi kar iránt szemmel tartandó méltányosság a községi (kör-) orvosok fizetésének emelését elkerülhetetlenné tette, azon kellett lennünk, hogy ne csak új terheket ne rójunk a községekre, hanem a létező nagy terheken is könnyítsünk, s ezzel is hozzájáruljunk ahhoz, hogy a községek ekkép felszabadult anyagi erejüket egyéb érdekeik intenzívebb ápolására és előmozdítására fordíthassák.

Az orvosok javadalmazásával kapcsolatban e helyütt sem hagyhatom megemlítes nélkül az orvosi lakáskérdést, mely sok és jogos panaszra ad okot, s melynek megfelelő megoldása talán egy közhivatali alkalmazottnál sem oly fontos, mint az orvosnál. Hogy az orvosnak megfelelő lakása legyen, ez nemcsak az orvosnak, hanem a hozzáfutató betegeknek s így a közönségnek is közvetlen érdeke. Ezért a törvényjavaslatban azt tervezem, hogy az orvos vagy lakáspénzt kapjon, vagy megfelelő lakás hiányában a községek ilyennek előállítására kötelezessenek.

A tervezett fontosabb rendelkezések során megemlítem még, hogy a fuvar (fuvardíjat, uti általányt), a távolsági díjat, a rendelési, beteglátogatási és a műtétekért járó díjakat — a törvényben meghatározott irányelvek alapján — szabályrendeletek fogják megállapítani; hogy a községi (kör-) orvosok illetményeiket ezután az illetékes adóhivaltól előzetes, egyenlő részletekben fogják megkapni; hogy egy éven belül országos orvosi nyugdíjintézet létesítéséről fogok gondoskodni; továbbá, hogy a törvényjavaslat a szabadságidőnek s a helyettesítésnek eddig teljesen rendezetlen kérdését is szabályozza.

Végül utalok arra a szoros kapcsolatra, mely az egészségügy s a népjólét között fennáll s ezzel rámutatok a törvényjavaslat szociális vonatkozására. E törvényjavaslat ugyanis egyfelől a községek terhein kíván lehetőleg könnyíteni, másfelől a községi (kör-) orvosok illetményeinek javítása és szolgálati viszonyainak szabályozása útján gondoskodik arról, hogy az egészségügy terén a megelőző intézkedések, az óvórendszabályok mindenütt csakugyan foganatosíthatók legyenek, s hogy az ország minden lakosának a szükséges orvosi segély csakugyan rendelkezésre álljon.

Mindezekben röviden összefoglaltam e törvényjavaslat azon főbb rendelkezéseit, melyek annak tartalmát s egyúttal egészségügyi politikám irányát is feltüntetik.

Mielőtt e törvényjavaslat pénzügyi hatásának ismertetésére áttérnék, megemlítem még az indokot, mely miatt a r. t. városi orvosok illetményeinek kérdését e javaslat teljesen mellőzi. Bár a r. t. városi orvosok épen oly fontos tényezői a közegészségügyi szolgálatnak, mint a községi (kör-) orvosok s bár az előbbieket illetménye több helyütt szintén meglehetősen szegényes: ezek javadalmazásának egyidejű szabályozása — a magánjövedelem nagyobb voltára való tekintettel — még sem olyan égető szükség, mint a többi községekben (körökben). Főként nem láttam helyén valónak,

hogy akkor, midőn az összes városi tisztviselők illetmény-kérdésének általános szabályozása elől többé nem térhetünk ki, egyik kategóriának: a városi orvosok javadalmazásának rendezése kiszakítva külön történjék meg.

A tervezett községi (kör-) orvosi illetményjavítások pénzügyi hatására nézve a következőket van szerencsém előterjeszteni.

A jelenleg rendszeresített községi orvosi állások fizetése 570,202 K.
A jelenleg rendszeresített körorvosi állások fizetése 1,289,133 „

Tehát összesen 1.859,335 K

tesz ki az az összeg, mely jelenleg az orvosok fizetése czímén a községeket terheli, s a melytől a községek egészen megszabadulnak. Az orvosok javadalmazásával kapcsolatban a lakáspénzt, a fuvardíjat, az uti általányt és az esetleges személyi pótlékot (az utóbbi a mellékelt kimutatás szerint 43,864 K) a községek fogják viselni. Ez a teher azonban mindenesetre csekélyebb lesz annál, a melyet a községek az orvosok javadalmazása czímén eddig viseltek és sokkal csekélyebb annál az összegnél, a melyet viselniök okvetlenül kellene, ha az állam nem jön segítségükre.

Az államkincstárt — a mostani beosztás alapulvételével — a következő összegek fogják terhelni:

I. Törzsfizetés czímén:

435 községi orvos fizetése á 1600 K	696,000 K
49 „ „ „ á 1400 „	68,600 „
1169 körorvos fizetése á 1600 „	1.870,400 „
Összesen	2.635,009 K

II. Korpótlék czímén:

a községi orvosoknál	173,200 K
a körorvosoknál	363,800 „
Összesen	537,000 K

III. Helyi pótlék czímén:

a községi (kör-) orvosok részére (megközelítő számítás szerint)	104,000 K
I., II., III. cím együtt	3.276,000 K

Ehhez járul még a törvényjavaslat 30. §-a értelmében a bábák részére engedélyezhető helyi pótlék (megközelítő számítás szerint) 100,000 K

Főösszeg 3.376,000 K

Tehát ide számítva még a 21. és 22. §-ok értelmében részen az állampénztárt terhelő fuvar- és távolsági díjakat is — az ez idő szerint rendelkezésre álló adatok eredményéhez képest — kerek számban 3.400,000 K-t tesz az a többkiadás, mely e törvényjavaslatban tervezett rendelkezések végrehajtása következtében az állampénztárra fog hárulni.

Az orvosok javadalmazására vonatkozó pontjai a javaslatnak a következők:

10. §. A községi orvosnak, a körorvosnak és a több orvossal bíró község ügyvezető orvosának törzsfizetése 1600 K, a nem ügyvezető többi orvosé 1400 K, a mennyiben az utóbbiak állását a belügyminister szükségesnek nyilvánította (4. §.)

11. §. A községi és körorvosok törzsfizetését (10. §.) az államkincstár viseli.

12. §. A hol a községi (kör-) orvosnak e törvény életbeléptekor élvezett rendes fizetése az 1600, illetőleg 1400 K-t meghaladja, ott az említett összegeket meghaladó fizetési többlet a nyugdíjba beszámítandó személyi pótléknak tekintendő, a melyet az orvos mindaddig élvez, a míg jelenlegi községi (kör-) orvosi állásában megmarad.

Azt, hogy a községi (kör-) orvos által e törvény életbeléptekor élvezett illetményekből mennyi tekintendő rendes fizetésnek, a vármegye törvényhatósági bizottsága állapítja meg.

A községi (kör-) orvos törzsfizetésén (10. §.) kívül a nyugdíjba beszámítandó személyi pótlékban jövőre is részesíthető. Ezt a községi orvosra nézve a község képviselőtestülete, a körorvosra nézve a főorvos, a főszolgabíró és a községek meghallgatásával a törvényhatósági bizottság állapítja meg akként, hogy a községek hozzájárulása nélkül nem állapíthat meg nagyobb személyi pótlékot, mint a mennyit az illető körorvos közvetlen elődje birt. új körben pedig és ott, a hol a körorvos addig személyi pótlékot nem élvezett, a mennyi ugyanazon törvényhatóságban a körorvosok által élvezett személyi pótlék átlaga.

13. §. A személyi pótlékot (12. §.) és a több orvost tartó község amaz orvosainak egész fizetését, a kiket a belügyminister nem nyilvánított a közegészségügyi szolgálat szempontjából szükségeseknek (4. §.), a község (kör) viseli.

14. §. Az orvosi kör egyes községeinek a körorvos személyi pótlékához való hozzájárulását a községekben kivett állami egyenes adó nagyságának arányában a közigazgatási bizottság állapítja meg.

15. §. A községi (kör-) orvosnak községi és körorvosi minőségben, akár különböző helyeken is, de megszakítás nélkül eltöltött szolgálata után az állam 5 évenként 200 K nyugdíjba beszámítandó korpótlékot ad, a mely 800 K-ig emelkedhetik.

A korpótlék összegének megállapításánál az e törvény életbeléptetését megelőző szolgálat is beszámítandó.

Korpótlékban nem részesülnek azok a községi (kör-) orvosok, a kiknek összes fizetése (törzsfizetés és személyi pótlék összesen) eléri vagy meghaladja a törzsfizetésnek (10. §.) és a megfelelő időre eső korpótléknak együttes összegét.

Azok a községi (kör-) orvosok, a kiknek összes fizetése a községi (kör-) orvosi törzsfizetést meghaladja ugyan, de nem éri el ennek és a megfelelő időre eső korpótléknak együttes összegét, korpótlékban a különbözet erejéig részesülnek.

A község terhére alkalmazott községi orvos állami korpótlékban nem részesül.

16. §. Felhatalmaztatik a belügyminister, hogy ott, a hol a községi (kör-) orvos törzsfizetéséből, esetleges korpótlékából (15. §.) és orvosi mellékjövedelméből megfelelően megélni nem képes, a közigazgatási bizottság előterjesztése alapján az államkincstár terhére az évi költségvetésbe e czímen felvett összeg keretén belül nyugdíjba be nem számítható helyi pótlékot engedélyezhessen, a mely mindaddig meg nem vonható, a míg az a helyzet, a mely a helyi pótlék megszabását szükségessé tette, az orvos előnyére meg nem változik.

A helyi pótlék 1200 K-nál több nem lehet.

A belügyminister azokról a községi (kör-) orvosi állásokról, a melyek részére helyi pótlékot engedélyezett, évenként a költségvetéssel kapcsolatban kimutatást terjeszt az országgyűlés elé.

Oly esetekben, midőn a mellékjövedelem hiánya miatt még a teljes helyi pótlékkal bővített fizetés mellett sincs az orvos megélhetése biztosítva, a törvényhatósági bizottság a főorvos és a főszolgabíró meghallgatása mellett kivételesen a szükséghez képest rendkívüli évi segélyt állapíthat meg a törvényhatóság, esetleg a vármegyei orvosi alap kamatainak terhére. Ezt a segélyt a törvényhatósági bizottság szintén csak a jelen szakasz első bekezdésében említett indokokból vonhatja meg.

17. §. Annak a községi orvosnak, a kinek törzsfizetését az államkincstár viseli (11. §.), s a körorvosnak lakáspénz jár. A lakáspénzt a községi képviselőtestületek meghallgatásával a vármegyei törvényhatósági bizottság állapítja meg.

Utt, a hol az alispán megállapítása szerint megfelelő lakás egyáltalán nem kapható, a törvényhatósági bizottság a községeket megfelelő lakás előállítására kötelezheti.

A lakáspénznek, illetőleg a lakás előállítási költségeinek felét a székhelyül szolgáló község, másik felét az orvosi kör többi községei a területükön kivett állami egyenes adó arányában együttesen viselik.

Azt, hogy a lakáspénz, illetőleg az említett költségek felerészéből az illető községeket egyenként mily összeg terheli, a közigazgatási bizottság állapítja meg.

18. §. Minden vármegyei törvényhatóság orvosi alapot létesít, a melyhez az egyes vármegyei törvényhatóságoknál már meglevő körorvosi alapok is csatolandók.

A községi és körorvosok törzsfizetéseire (11. §.), kor- és helyi pótlékaira (15. és 16. §.) szükséges összeg a helyi tárca költségvetésébe állítatik be s ezt a belügyminister egy összegben becsátja a vármegyei orvosi alap javadalmazásaként a vármegyék rendelkezésére.

A községi és körorvosok lakáspénzét (17. §.), személyi pótlékát (13. §.) és úti átalányát (21. §.) a községek kötelesek negyedévi előzetes részletekben, a vármegyei orvosi alap részére beszállítani. A mennyiben valamely község az esedékes negyedévi részleteket az illető év október hó 1. napjáig be nem szállítja, a hátralékos összeg után esedékességétől kezdve 5% késedelmi kamatot tartozik fizetni az orvosi alap javára.

A községek a községi és körorvosi fizetés czímén az 1908. évi költségvetéseikbe felvett összegnek az 1908. év szeptember-december hónapjaira eső részleteit kötelesek legkésőbb 1908. évi december hó 31.-éig az orvosi alap javára beszállítani.

19. §. A községi és körorvosok a 18. szakaszban említett járandóságait és pedig a törzsfizetést és az esetleges pótlékokat előzetes havi, a lakáspénzt és az úti átalányt pedig előzetes negyedévi részletekben, a vármegyei orvosi alap terhére, az orvos székhelyére nézve illetékes állampénztárból (adóhivatalból) nyerik.

Az orvosi alap esetleges tulajdonát képező értékpapiroknak és pénzügyi betéteknek az e törvényben megállapított terhek fedezése után fennmaradó kamatjövödelmét a vármegyei törvényhatóságok a közegészségügyi szolgálattal kapcsolatos kiadásokra fordíthatják.

Az orvosi alap kezelésére vonatkozó rendelkezéseket a belügyminister a pénzügyministerrel egyetértőleg állapítja meg.

20. §. A közigazgatási bizottság — tekintettel a helyi viszonyokra — megállapítja azt az időköz, a melyen belül a körorvos a kör községeiben és az azokhoz tartozó lakott külterületeken megjelenni köteles.

A szükséghez képest a közigazgatási bizottság meghatározza a község által rendelkezésre bocsátandó rendelőhelyiségeket, továbbá azokat a napokat is, a melyeken a körorvos a szomszédos községekből könnyen elérhető községekben rendelőt tartani köteles.

A rendelési napokról a községet megfelelően értesíteni kell.

A körben végzendő időszakos látogatásoknak ellenőrzése céljából az előjáróságoknál körorvosi működési napló nyitandó.

21. §. A községi (kör-) orvosokat az illető község vagy székhely belterületétől, a község által adott lakás esetében pedig ettől és a körben lakó helyettest saját lakásától két kilométernél távolabb fekvő helyeken fuvar, illetőleg fuvardíj illeti meg. Azt, hogy a körön kívül lakó körorvosnak, illetőleg helyettesnek honnan kezdve van igénye fuvarra, a közigazgatási bizottság állapítja meg.

A természetben kiszolgáltatandó vagy megváltandó fuvar a községeket terheli:

a) az időszakos látogatások és rendelések teljesítése (20. §.);

b) általános közegészségügyi szolgálat végzése (9. §.);

c) vagyontalan betegek látogatása (9. §. 1. pont);

d) védhimőltás és újraoltás végzése (9. §. 3. pont) alkalmával. Egyéb esetekben a fuvar az orvost igénybe vevő felet terheli.

A község az öt terhelő fuvar a községi (kör-) orvos kérelmére vagy beleegyezésével úti átalánnyal megválthatja.

A székhelyül szolgáló község azonban az úti átalányhoz való hozzájárulással meg nem terhelhető, kivéve, ha hozzá két kilométernél távolabb eső kültelek, illetőleg puszták is tartozik.

Ha a hatóság heveny fertőző betegségek elterjedésének megakadályozása s az övintézkedések ellenőrzése céljából a fertőző községek gyakoribb látogatását rendelte el, s a községek a fuvart e czélra természetben kiszolgáltatni képtelenek, az orvos fuvardíját a járásorvos és főszolgabíró által láttamozott úti számla és az ehhez mellékelte működési napló alapján a helyi tárca viseli.

A községeket terhelő fuvar természetben való szolgáltatásának módjait, a fuvardíjak, illetőleg az úti átalány mértékét a községi képviselőtestületek, a főszolgabíró és a főorvos meghallgatása mellett a vármegyei törvényhatósági bizottság szabályrendeletileg állapítja meg.

Az egyes községek hozzájárulásának arányát a közigazgatási bizottság állapítja meg.

22. §. A városi, községi (kör-) orvos, illetőleg helyettesének rendelési, beteglátogatási és műtétékért járó díjait a lakosság vagyoni viszonyaira való tekintettel a törvényhatósági joggal felruházott városokban a törvényhatósági bizottság, a r. t. városokban a képviselőtestület, nagy- és kisközségekben, orvosi körökben — a községi képviselőtestületek és a tiszt főorvos meghallgatásával — a vármegyei törvényhatósági bizottság szabályrendeletileg állapítja meg. A beteglátogatás díja nappal 1 K-nál, éjjel 2 K-nál kevesebb nem lehet.

A 7 éven alóli gyermekek gyógyításánál a rendelési és beteglátogatási díjnak csak fele jár.

Ha a rendelési és beteglátogatási díjak a kör minden községére nézve, tekintet nélkül a székhelytől való távolságra, azonos összegben állapítottak meg, az oda- és visszautazással járó idővesztésért kárpótlásul szolgáló távolsági díj kilométerenként fillérekben, vármegyei szabályrendelettel állapítandó meg.

Ha a hatóság heveny fertőző betegségek elterjedésének megakadályozása s az övintézkedések ellenőrzése céljából a fertőző községek gyakoribb látogatását rendelte el, a távolsági díjat a járásorvos és a főszolgabíró által láttamozott úti számla s ehhez mellékelte működési napló alapján mindenkor a helyi tárca viseli.

Ily esetekben azonban a fertőző betegségben szenvedők látogatásáért, a számukra való rendelésért és az övintézkedések ellenőrzéséért más díj fel nem számítható.

A távolsági díj fel nem számítható az időközi látogatások és rendelések (20. §.), az általános közegészségügyi szolgálat végzése, a vagyontalan betegek látogatása, a védhimőltás és újraoltás végzése (9. §.) alkalmával.

23. §. A községi (kör-) orvos a hivatali kötelesség sérelme nélkül magángyakorlatot a községen (körön) kívül is folytathat és hivatali területén fekvő uradalmi, ipartelepi, vasúti és betegsegélyzőpénztári orvosi állást viselhet. Fizetéssel járó más állást csak külön engedéllyel vállalhat. Az engedély megadása kérdésében községi orvosra nézve első fokban a községi képviselőtestület, körorvosra nézve első fokban a törvényhatósági bizottság határoz.

24. §. A községi (kör-) orvosnak évenként 3 heti szabadságra van igénye, a melyet a járási főszolgabíró és a vármegyei tiszt főorvos meghallgatásával az alispán engedélyez s ugyanő intézkedik, a főszolgabíró és a járásorvos meghallgatásával, úgy ez esetben, mint a községi (kör-) orvos betegsége esetén a helyettesítés iránt is.

A helyettesítéssel a helyben lakó másik községi orvost, ilyennek hiányában lehetőleg olyan magánorvost kell megbízni, a ki a helyettesítés ideje alatt a községben (körben) lakik. Ha ilyen sem volna található, vagy a helyettesítésnek ez az utóbbi módja nem mutatkozik szükségesnek, akkor az alispán a helyettesítéssel valamely szomszédos községben lakó községi (kör-) orvost, vagy magánorvost, esetleg az orvosi kör községeinek célszerű felosztásával két vagy több szomszédos község (kör) orvosát bízta meg.

A községi (kör-) orvosok kötelesek a megbízást elfogadni és a helyettesítést külön fizetés nélkül teljesíteni.

Ha magánorvos a helyettesítésre díjazás nélkül nem vállalkozik, tiszteletdíját az alispán állapítja meg. Ezt a tiszteletdíjat az orvosi alap viseli. Ha az orvosi alap (18. §.) e költséget fedezni nem képes, akkor a betegség esetén történő helyettesítés költségei a községet (községeket), az orvos szabadságolása esetén pedig magát az orvost terhelik.

A véglegesen, valamint a felfüggesztés következtében ideiglenesen megüresedett községi (kör-) orvosi állásoknak helyettesítés útján való betöltésére nézve az 1886: XXII. t.-czikk 84. §-ának határozmányai irány-

adók. Az ily módon alkalmazott helyettesek tiszteletdíját is az orvosi alap viseli.

A rendelési, beteglátogatási és a műtétekért járó díjak, a fuvardíjak, esetleg a fuvarátalány aránylagos része, valamint a tivolsági díjak a helyettesítés tartamára a helyettest illetik meg.

Arra az esetre, ha a véglegesen megüresedett községi vagy kör-orvosi állás három ízben kiírt pályázat után sem lenne betölthető, feljogosítatik az alispán, hogy egy évi időtartamra állandó helyettest nevezzen ki. Az ilyen helyettes az állással összekötött minden illetménynek élvezetében lép s helyettesi minőségben teljesített szolgálata rendes szolgálatként számít.

Végül még ideiktatjuk a 26. §-t, a mely a községi és kör-orvosok számára országos nyugdíjintézet létesítéséről szól:

26. §. A belügyminister utasítatik, hogy e törvény életbelépte után egy év alatt a községi (kör-) orvosok számára országos nyugdíjintézet létesítéséről gondoskodják s erről az országgyűlésnek jelentést tegyen.

Addig, a míg az országos nyugdíjintézet létesítettik, azoknak a községi (kör-) orvosoknak özvegyei és árvái, a kiknek férje, illetőleg atyja hivatásos eljárás közben szerzett fertőző betegség folytán életét veszítette, tekintet nélkül az elhunyt szolgálati éveire, olyan elbánásban részesülnek, mint azoknak az állami tisztviselőknek özvegyei és árvái, a kiknek férje, illetőleg atyja 2000 K fizetést élvezett. Ha azonban az elhalt községi (kör-) orvos beszámítható javadalmazása 2000 koronánál több volt, az özvegyi ellátás és a nevelési járulék megállapítása a tényleg élvezett beszámítható javadalmazás alapján történik. Az özvegyi ellátás és a nevelési járulék az államkincstárt terheli.

Magyarország orvosai mindenesetre nagy hála alá lehetnek kötelezve a nagy körültekintéssel és jóakarattal készült, régóta nélkülözött javaslatért, a mely törvényerőre emelkedve, sok visszasságot fog megszüntetni s az anyagiak tekintetében nagyon sokat segít a községi és kör-orvosoknak sok helyütt csaknem tűrhetetlen állapotán. Ennek azután kétségtelenül meglesz az üdvös visszahatása az ország közegészségi állapotának javulására is, a mit mindenki csak szívből óhajt.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. v. Bókay: Die Lehre von der Intubation. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1908.

Tíz éve már, hogy O'Dwyer József — kinek jól sikerült arcképe ezen emlékének ajánlott munka bevezetését díszíti — a tudomány nagy kárára, férfikora delén elhunyt; eljárását, mely lényegtelen módosításoktól eltekintve, ma is eredetileg ajánlott alakjában közkincsünk, huszonhárom év óta ismerjük és használjuk. Az intubatioval foglalkozó közlések száma az ezret jóval felülhaladja, köztük sok derék időszaki közlés és egy-két könyv is akad, de mégis azt kell mondanunk, hogy hiányát éreztük egy olyan nagyobb monographiai munkának, melyben nemcsak a gyakorló-orvos, hanem a szakember is könnyen megtalálhatja a választ minden azon kérdésekre, melyek a gyakorlatban vagy tudományos kutatás közben foglalkoztatják.

Ezt a hiányt pótolja Bókay János kitűnő munkája, melynek minden során meglátszik, hogy hivatott kéz tartotta a tollat, midőn gazdag tapasztalatait, melyeket tizenhét évi intubációs gyakorlat, csaknem 2000 intubált eset és tizenölecz, az egész világon ismert és becsült közlés által szerzett, most összegyűjtve és újból feldolgozva rendelkezésünkre bocsátja.

A munka előszava kegyeletes megemlékezés O'Dwyer József-ről. A tárgyalat anyag négy részre oszlik: az első részben az O'Dwyer-féle intubatio és annak alkalmazása diphtheriás gégeszűkület esetén, a második részben az intubatio értéke a felső légutaknak szűkülettel járó egyéb betegségeiben, a harmadik részben az intubatio egyéb javalatai tárgyaltnak, a negyedik részben pedig igen részletes irodalomjegyzék foglal helyet. A jelen ismertetés szűk keretei közt alig lehetséges a nagyszámú értékes részletekről megemlékezni, melyeket a kiváló alapossággal, gondnal és lelkiismeretességgel megírt, 250 lap terjedelmű, 113 rajzzal és táblával ellátott munka tartalmaz, de felesleges is a bennfoglalt tapasztalatok és nézetek részletes ismertetésével foglalkoznom, mert ez a könyv azon ritka művek egyike, melyeket minden a kérdéssel foglalkozó orvosnak el kell olvasnia.

Az első rész az intubatio történelmét és fejlődését ismerteti Desault-tól Bouchut szellemes kísérletein át, melyeknek értékét a francia akadémia vonakodott elismerni, O'Dwyer-ig, kinek kísérleteit és közléseit nagy részletességgel ismerteti a szerző és a fejezet függelékében a korán elhunyt feltaláló életrajzát is közlést teszi. A következő fejezetekben az O'Dwyer-féle műszerek, majd az operatív beavatkozás időpontjának megállapítása tárgyaltnak és a szerző igen helyesen hangsúlyozza, hogy az intubatio végzése gégediphtheriás betegen csak akkor válik szükségessé, ha a gégeszűkület már állandó jelleget öltött és oly fokot ért el, hogy a gyermek küzdeni látszik a kezdődő fuladással; a korai beavatkozást mindig ellenezte és ma, midőn a gyógyszer is rendelkezésre áll, még inkább ragaszkodik ezen indicatiohoz. Az intubatio technikája egyike a legszelbenn megírt fejezeteknek és oly világos, hogy belőle az eljárást autodidaktikus úton bárki elsajátíthatja, különösen akkor, ha megfogadja a szerző tanácsát és a tubus bevezetését nem hullán, hanem már tracheotomizált, tehát szabadon légző, aránylag nyugodtabb egyénen gyakorolja be. A műszereken idegen szerzők által tett módosítások több fejezetben vannak ismertetve, külön fejezet szól az extubatio időpontjáról és a tubus eltávolításának módjairól fonál, extubator, a Bayeux-féle „encléation digitale“ és a Cheatham-féle expulsiós eljárás segélyével.

Nagyon tanulságos módon ismerteti a szerző az intubatio segélyével diphtheria eseteiben elért eredményeket és az ily módon gyógyított betegek későbbi sorsát, mely czélból 14 évi beteganyagának 1905-ig terjedő részét dolgozta fel. Ezen idő alatt és azóta is feltétlen híve a primaer intubationnak croup esetén, primaer légcsőszűkületet alig egy-két kivételes esetben végzett és ezen álláspontját Sieberttel és másokkal szemben sikeresen védi meg. Ezen fejezet függelékében számol be a kanyarós betegek croupjának gyógyításáról intubatioval, azután tanulságos módon ismerteti az intubált betegek ápolását és táplálását, valamint az intubatio kivételét a magánygyakorlatban. A szerző figyelme minden részletre kiterjed, a tubuskiköthetőség lehetősége, az intubációs gyógyulás közben keletkező tüdőgyulladások összefüggése az eljárással, az alhártyaleletés lehetősége, a tubus eldugaszolása alhártyákkal külön-külön fejezetet foglal el, az utóbbi esetekben a szerzőnek nálunk elfogadott álláspontja az egyedül helyes, tudniillik a fonalat extubatio czéljából a tubuson kell hagyni, csak így van a beteg biztosítva fuladás ellen, mert veszély esetén a tubust akár ő maga, akár a környezete egy pillanat alatt eltávolíthatja.

A tárgy fontosságának megfelelően külön fejezet ismerteti az intubációs traumát. A szerzőnek nagyon igaza van, hogy ez a kérdés az eljárásnak legkényesebb pontja, a tárgyalás módját pedig oly sikerrel oldotta meg, hogy érte a sebészet és a laryngologia nagy hálijára tarthat igényt. A trauma egyes alakjait az intubációs eljárás azon időpontjai szerint ismerteti, a midőn a sérülés okoztatott: bevezetésekor nyálkahártyalehorzsolásokat és árutakat csinálhat a tubus, fekvés közben pedig elég gyakran keletkeznek nyomástól származó fekélyek és decubitusok, ezek száma átlag 16%-ban állapítható meg. A fekélyek előfordulási helye, száma, a tubus rögzítésének módja a gégeben, a tubusok bentmaradásának ideje, a tubusok alakja által feltételezett kóros elváltozások, a decubitusok tünettana és felismerésének módja részletesen és pontosan van itt megírva, a prophylaxisról szóló részben a szerző az écouvillonage-t és intermittens tubage-t nem igen ajánlja és legjobban izotóniának azt tartja, ha helyes alakú és jól graduált ebonit-tubusok használata mellett az intubatio tartamát serumtherapiával rövidítjük meg. A gyógyításról szóló fejezetben találjuk a szerző gyógytubusainak és a velük elért szép eredményeknek ismertetését, azután következik az extubációs trauma, a tubus végleges eltávolítása után visszamaradó rekedtség és végül az eljárás következtében keletkezett gégeszűkület és heges elzáródások kór- és gyógyítástanának leírása széles alapon, mesteri módon, a sebészi rész teljes közlésével. Ezen fejezet az irodalomban régen érzett hízagot pótol.

A könyv második része a felsőbb légutaknak szűkülettel járó egyéb természetű betegségeiről szól és a lueses gégebetegségek tárgyalásával kezdődik. Ezen fejezet függelékében van a felnőttek intubálásáról szóló rész, melynek csak egyetlen pontjával nem érthet egyet e sorok írója és pedig azon véleménynyel, mintha a gége-tükör ellenőrzése mellett végzett tubusbevezetés néha körülményesebb volna az ujj ellenőrzésével végzetténél. Kétségbe kell vonnunk

azt is, hogy a dolgon a rögzíthető gégetükör használatba vétele segíthet. Tagadhatatlan, hogy ilyen szájpeczkelő eszközök néha még felmerülnek, a legutolsót egy francia kartárs mutatta be teljes részvételi mellett a bécsi nemzetközi laryngologus-congressuson két hét előtt, de a kérdés úgy áll, hogy vizsgálat czéljából ügyes embernek nincs rá szüksége, az ügyetlen pedig nem tud vele bántani; jogosultsága az eljárásnak akkor volna, ha igazán lehetne mellettük két kézzel operálni a gégeben, de ennek bebizonyításával a feltalálók még adósak maradtak. A következő fejezetekben a heges gégeszűkületek, laryngitis subglottica chronica hypertrophica, gégescleroma és nehéz decanulement, valamint a felső légutakban levő idegen testek esetén alkalmazott intubatio tárgyalatik. Gégepapilloma eseteiben a szerző az intubatiót nagyon helyesen csak a hirtelen fuladási veszély pillanatnyi eltávolítására tartja megengedhetőnek. Ezen rész utolsó fejezete a garatszűkületek esetén alkalmazott nasalis intubatiót is ismerteti.

Nagyon fontos kérdéseket ölel fel a munka harmadik része és pedig első sorban az intubationak a légesömetzés közben játszott szerepéről; a szerző ezen eljárást már 1891 óta alkalmazza és rendszerré tette; ily módon körülbelül 150 légesömetzést végzett és azt tartja, hogy légesömetzés végzésekor az előzetes intubatio a legnagyobb gyakorlati fontossággal bír, mivel műtét közben a lélekzést szabaddá teszi. A munka többi fejezete az intubatio diagnostikai értékét, a tamponatusokat és végül a Kuhn-féle perorális intubatiót ismerteti.

A szerző szerencsés kézzel és nagy tudással uralkodik könyvében az intubatio tanának óriási anyagán és ezt könnyen áttekinthető, mindig érthető világos módon, tárgyat teljesen kimerítve, az érdeklődést végig lekötve ismerteti. A tan fejlesztése körül szerzett saját érdemei, ismert egyéni szerénységének megfelelőleg, csaknem el vannak rejtve ezen műben, de az elrejtőzés nem sikerülhet neki, mert Bókay János érdemeit az intubatiós trauma alapos ismertetése, az általa ajánlott gyógytubusok, a tracheotomia és más kérdésekben elfoglalt álláspontja révén az egész világon ismerik és méltányolják. A könyv áttanulmányozása után újra elolvassva az előszót, vétek volna szó nélkül hagyni azon kijelentést, hogy munkájától csak azt várja, hogy általa az intubatio tanának tökéletes kiépítése egy lépéssel előrevitessék és mint az elhunyt O'Dwyer igazi jó barátja, kegyeletteljes örömet érez, midőn mélyen érzett hálájának adóját, bár csak csekély mértékben, leróhatja a megboldogulttal szemben. Nekünk, a szerző honfitársainak jut az örömteljes feladat, megállapítani azt, hogy a szerző ezen munkájával sokkal többet tett, mint a mit magáról gondol, mert elismerést és becsületet szerzett vele az egész világon a magyar névnek és a magyar tudományosságnak.

A könyv elegáns kiállítása, a kitűnő nyomás és a rajzok tökéletes kivitele a kiadóczég elismert izlését dicséri. *Polyák.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Macskák terjesztette kis diphtheria-járványt ismertet *Karlinski*. Hogy a macska a diphtheriára hajlamos, Klein már 17 évvel ezelőtt kimutatta, sőt utalt rá, hogy a macska a diphtheria terjesztésében esetleg szerepet játszik. Olyan esetet azonban eddig még nem közöltek, a melyben biztosan megállapították a diphtheria áttérjedését a macskáról az emberre. Ilyen eseteket közül most a szerző, a ki érdekes megfigyeléseit pontos bakteriologiai vizsgálattal is kiegészítette. Minthogy tehát a macska diphtheriája veszedelmet hozhat az emberre, jó, ha ismerjük a macska-diphtheria tüneteit, a melyek röviden a következőkben foglalhatók össze: étvágytalanság, feltűnő nyugodtság, nyálfolys, a szembéjének genyes lepedékkel összetapasztott volta, szárhártyafekélyedés, vérzések és fehér lepedék a torok nyálkahártyáján; az állat gyorsan lesoványzik s 8—14 nap alatt elpusztul; boncoláskor bronchitist, a szív-izomzatnak zsíros elfajulását s a vesének parenchymás lobját találni; a kötőhártya és a torok lepedékéből könnyen kitenyészthető a diphtheriabacillus. (*Die Heilkunde*, 1908. 4. füzet.)

A gyomoresövek fertőtlenítését rendszerint nem végzik, noha nagyon szükséges volna. Nem végzik pedig azért, mert nincsen módszer, a melylyel a gyomoresöveket fertőtleníteni lehetne,

a nélkül, hogy tetemesen meg ne károsodnának. Ezen a hiánynon iparkodott segíteni *Fuld*, a mikor a berlini egyetem kórtani intézetében módszert dolgozott ki, a melylyel egyszerűen, biztosan és kiméletesen lehet fertőtleníteni a gyomoresöveket. A módszer lényege az, hogy a gyomoresöveket víznek és glicerinnek egyenlő mennyiségéből készült elegybe tesszük és körülbelül 70°-ra felmelegítve, 20 perczig ezen a hőmérséken tartjuk. A kísérletek kimutatták, hogy ily módon biztosan elpusztul valamennyi kórokozó csíra. A gyomoresövek az említett elegyben eltarthatók, s használat előtt nem kell őket leöblíteni. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1908. 20. szám.)

Belorvostan.

Súlyos serumreactiókat ismertet *A. P. Ohlmacher* (Detroit). Sokizületi csúszban szenvedő, legyengült, nőbetegben alkalmazott antistreptococcus-serumot, 10—10 cm³ mennyiségben több napos időközökben; a 7. befecskendezés után pár perczel a beteg hirtelen elhalványodott, légzésnehézségről panaszkodott, majd teljes apnoé állott be, csakhamar az egész köztakaró szederjes-vörös színű, erősen duzzadt lett, úgy hogy a beteg arcza eltorzult, kezei és lábai eredeti térfogatuknak kétszeresére dagadtak; az érverés szapora, kis hullámú volt. Felületes belégzés után a vizenyő és a cyanosis csökkent, helyébe halotthalványság lépett, néhány szapora lélekzés után a beteg visszanyerte eszméletét, utána 15 perczig tartó rázóhideg következett, miközben több ízben hányt, végre több órán keresztül tartó láz támadt (39.3 C°). Másnap a beteg jól érezte magát, sőt a kezelés eleje óta fennállott heves izületi fájdalmak is megszűntek.

A második esetben a tünetek nem voltak olyan súlyosak, az apnoé rövidebb ideig tartott, a beteg nem vesztette el eszméletét. A többi tünet: az általános vizenyő, a cyanosis, az azt követő halványság, a magas láz ezen erőteljes férfibetegben is észlelhető volt; ezen esetben is a súlyos reactio későn, a 10. befecskendezés után jelentkezett. (*The Journal of the Americ. Medic. Association*, 1908. 11. szám.) *Tóth S. dr.*

Az uratkódiathesis gyógyításáról ír *Rosenfeld* tanár (Breslau). Először is az ilyen betegeknek való diétáról mondja el véleményét, a mely röviden a következőkben foglalható össze. A hús tetemesen fokozza a húgysavképződést, használata azért erősen megszorítandó. Az az állítás, hogy a halhús bátran engedélyezhető, nem állhat meg, mert némelyik halnak a húsa épen olyan erősen fokozza a húgysavképződést. Purintartalmú koszt mellett a cukor fokozza a húgysavképződést, úgyszintén az alkohol is, mind a kettő tehát a lehetőség határain belül kerülendő. A mi a gyógyszeres anyagokat illeti, első sorban a húgyanyagot említi, a mely nem oldja ugyan a húgysavat, mint a hogyan Riedel állította, hanem a húgysavképződés csökkentése útján mégis kedvezően hat, azonfelül a vizeletben oldva tartja a húgysavat, nem engedi kicsapódni. Az adag naponként 10—15 gramm; kellemetlenséget nem okoz, a gyomrot és a vesét nem bántja, csak az a hibája, hogy nincs tartós hatása; használatának beszüntetése után a hatása is megszűnik. Másodsorban említendő a glicerin, a melyet Hermann, karlsbadi orvos ajánlott mint olyan szert, a mely vesekőhajtó sajátossággal rendelkezik. Erről azonban a szerzőnek sohasem volt még alkalma meggyőződhetni, de azért mégis ajánlja a használatát, mert a vesemedencében esetleg meggyűlemlő, de kővé még nem alakult húgysavat kiöblíti s azonfelül kitűnő szer a vesekövek okozta fájdalom ellen. Egy kiló testsúlyra 2 grammot vétet be (tehát például 75 kiló súlyú betegnek 150 grammot ad), még pedig 4 adagra elosztva 2 óras időközökben teában, Selters-vízben vagy tejben. Ezt a mennyiséget 4—6 hét múlva újból adja, közbe pedig húgyanyagot használtat napi 10—15 gramm mennyiségben. (*Medizinische Klinik*, 1908. 21. szám.)

A gyomornedv sósavtartalmának magatartásáról a vesegyulladásban ír *Axisa*. Már ismételtén utaltak arra, hogy veselob eseteiben a gyomor sósavválasztása tetemesen ingadozik. A szerző vizsgálatai szerint parvonalosság áll fenn a vese és a gyomor működése között. Uraemia eseteiben a tünetek intenzitásának foka szerint kisebb-nagyobb subaciditást találni, s a sósav értéke úgyszólván rögtön normálissá válik, mihelyt a vese működése rendbejön. A subaciditás ilyenkor az uraemia jele és nem a gyomornyálka-

hártya hurutja által feltételezett. Tehát — mint a hogy már Senator hangsúlyozta — nem a nephritisre, hanem az uraemiára jellemző. (Centralblatt für innere Medizin, 1908. 9. szám.)

Az accretio és concretio cordis felismerésében *Ortner* tanár szerint jó szolgálatot tehet a szívesücsölökés helyének megfigyelése. Ha ugyanis azt találjuk, hogy ámbár olyan okok vannak, a melyek miatt a szívesücsölökés helyének lejjebb kellene szállnia (például aortaelégelenség, hasúri folyadék kiürülése), a szívesücsölökés makacsul megmarad a volt helyén: a szívesücsnek tartós rögzítettségére következtethetünk, s a mennyiben más ok kizárható, a körjelzést *accretio et concretio cordis cum pericardio et cum pleurára* tehetjük. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 15. szám.)

Idegkórtan.

Az epilepsia kezeléséről irt cikkében *E. Meyjer* königsbergi professor reámutat arra, hogy ez a betegség általában ma nem tekinthető olyannyira baljósatúnak, mint évek előtt hitték. Kétségtelenül vannak jól felismert esetek, a melyek kezelés nélkül is évekre szünetelnek, sőt ugyancsak kezelés nélkül teljesen meggyógyulnak. Az epilepsia tudvalevőleg nem egységes megbetegedés és épen ezért rendkívül fontos, hogy ezen körjelzés keretében felosztást csináljunk. *Alzheimer* szerint a valódi epilepsia kóroktana ismeretlen, a második csoport mérgek (alkohol, ólom), a harmadik általános betegségek (lues, érelmeszesedés), a negyedik agyvelői góczok következtetése, az ötödik csoport az agyvelő fejlődésének megakasztásával függ össze. *Vogt* felosztása jobb. E szerint van epilepsia mint öröklött betegség és az agyvelő sérüléséből (mérgek, lues, tumor, encephalitis stb.) származó epilepsia. A kóroktan a gyógyítás módja miatt sem közömbös.

A valódi azaz *genuin epilepsia* kezelésében a brom mellett a szervezet erősítését célzó tényezőket kell rendelni, pl. Blaud-pilulát. Alkohol, kávé, tea tiltva van, a fűszer, húskételek, húsleves, savanyú dolgok korlátozást szenvedjenek. A tej, főzelék, tészta, kakao, hygiama bőven fogyasztandó. A vas troponnal, plasmonnal pótolható. Az epilepsiás egyszerre ne egyék túlsokat, mert a megterhelt gyomor kiválthatja a görcsöket. A nagyon meggyengült beteg legálább is a kúra kezdetén ágyba való. A langyos fürdők, leöntés, ledőrszülés ajánlásáról ne feledkezzünk meg, a zuhany ellenben nem alkalmas, ha csak nem igen rövid nyakleöntés alakjában. Ez a hydrotherapia frissít, de a bőrpolás szempontjából is fontos. A bromból 3—4 gm. adattal kell adnunk kezdetben, később 6—8 grammra, sőt szükség esetén nagyobb adagra is emelkedhetünk elővigyázattal. A szer sok folyadékban legyen oldva és ne forgácsolódjék szét apró dosisokra, elég két részre osztani. A bromismustól nem kell félni, a bromacne arsenkészítményekre és szappanos lemosások után elmúlik. Elbutulást a brom évek alatt sem okoz. Elég baj, hogy sok beteg, de sok orvos is e miatt fél tőle. A brom hatásos adata csak akkor esőkkenthető, ha már egy éven át nincs vagy alig van roham. Ha a gyermek epilepsiája elmúlik, 2—3 évre megkísérhetjük a brom abbanhagyását, de a serdülő korban, lányoknak a menstruatio idején, ha régebben epilepsiások voltak, okvetlen újból adjunk bromot. A brom a legtöbb esetben igen jól hat, különösen a heves és ritkább rohamokat szünteti, a kis rohamokra alig van hatása, a psychés zavarokra nyugtatóan hat. Deliriumok ellen és epilepsiás statusban 3—4-szer 0.5 gm. chloral esetleg klysmában jó hatású. Nagy hiba a bromot abba hagyni, ha egy-két hét alatt nem használ. Ilyenkor inkább az orvosság mennyiségét kell növelni.

A Flechsig-féle bromopiumkúra leginkább psychés zavarokban jó hatású; néha eredményes ott, a hol a brom magában nem használ. Ez a kúra tudvalevőleg abban áll, hogy az opiumból eleinte 3×0.05 grammot adunk és körülbelül 50 nap alatt 0.9 gramm napi adatra emelkedünk, azután ezt a szert hirtelen elhagyva, 6 gm. brommal pótoljuk.

Az epilepsiás gyermek járjon iskolába, ha elég erős és ha a rohamok nem túl gyakoriak, de a tanítónak ismerni kell a bajt és tornázni engedni az ilyen gyermeket nem szabad. A pályaválasztás elég nehéz; fárasztó, izgató, folytonos hajszolességgel járó foglalkozás nem való az ilyen betegnek. A beteg munkás az állványokon, létrán való mászkálással egybekötött foglalkozást nem folytathatja. Minden

foglalkozásban alkalmas pihenőknek kell közbeiktatva lenni. Sajnos, hogy az epilepsiások kórházi kezeléséről nem történik elég gondoskodás. Van köztük elég, a ki nem való állandóan elmeosztályra, de mégis időnként felügyeletre, elkülönítésre szorul. Ilyenek számára a rendes kórházi osztály sem megfelelő. Angolországban az ilyenek számára kolóniák állanak fenn iskolával, foglalkoztató műhelyekkel és jó felügyelettel.

Az *intoxicatiós epilepsia*ban a mérgek elhagyása a fontos. A *lueses vagy arteriosclerosisos epilepsiás* beteg joddal vegyes bromot kapjon.

A későbbi korban fejlődött göresroham ritkán epilepsiás, gondoljunk ilyenkor agylágyulásra vagy *mütéttel még gyógyítható* daganatra is. A *Jackson-epilepsia* sokszor cystán, daganaton, zsugorodó agybeli hegen alapszik, a melyek eltávolítása czélszerű, de nem szabad feledni, hogy a *genuin epilepsia* is utánzóhatja a féloldali Jackson-rohamokat. A hysteriás vagy psychastheniás rohamokra jellemző a brom hatástalan volta. (Therapeutische Monatshefte, 1908. január.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Vizeletvizsgálatok a gerinczvelő érzéstelenítése után.

Csermák (Kolozsvár) 60 esetben végzett pontosabb vizsgálatokat *Billon*-féle stovainnal eszközölt lumbalanaesthesiákban. Az esetek 65%-ában a vizelet teljesen normális maradt; 20%-ban fehérje jelentkezett; 10%-ban fehérje és vértetescskék voltak kimutathatók a vizeletben, míg az esetek összesen 5%-ában a fehérjén kívül még szemeses cylindereket is talált a vizeletben. Az albuminuria többnyire már a mütét napján, 5—6 órával a lumbalanaesthesia megajtése után volt kimutatható. Pathológiás vizeletet *Csermák* 7 napig is észlelt. A fehérje mennyisége többnyire $1/2000$ (Esbach) volt, esetleg ennél is kevesebb. Súlyosabb nephritist, vagy a szervezetnek egyéb állandó károsodását nem észlelte. Vizsgálatait *Csermák* a kolozsvári sebészeti klinikán *Makara* tanár kezdeményezésére végezte. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 7. szám.)

Gergő.

Typhusbacillus által okozott abscessust ír le *Gurd és Weller*. A 25 éves betegnek fejbeütés után daganat támadt a fején; egy hónappal utóbb heves fejfájás, álomosság, láz. *Vidal-reactio* +. Mivel a fejen tapintható daganat elpuhult, mütét. Az extracranialis tályog megnyitása alkalmával koponyarepedést és esontdepressiót találnak, ezért trepanatio, mely 150 cm³-nyi szét-esett haematomát derít ki. A mütét után szabályosan folyt le a typhus, de roseolák és lépmeagnagyobbodás nem jelentkeztek. A geny bakteriologiai vizsgálata typhusbacillus jelenlétét mutatta ki. Valószínű, hogy a sérülés alkalmával támadt haematoma, midőn a beteg typhust acquirált, a vérpálya útján lett inficiálva s ezért esett szét. (Annals of surgery, 1908 január.)

Pólya.

Gyenge és öreg egyének prostatahypertrophiája esetében

J. E. Summers lehetőleg konzervatív jár el. Először suprapubikus cystotomiát készít, melynek a perineális felett előnyt ad, részben azért, mert a hólyag alapos átvizsgálására alkalmat nyújt, részben mert kényelmesebben lehet a hólyagot ily módon drainezni és mert ily módon jól záró fistulát is lehet készíteni. Később, ha a beteg állapota megjavul, prostatectomiát végez. Általában a perineális prostatectomia híve, ha azonban régi suprapubikus seb vagy heg áll fenn, jobb a transvesicalis eljárás. Néhány között esete bizonyítja, hogy a jelzett kétszakaszos eljárással igen rossz esélyű esetekben is lehet sikert elérni. (Annals of surgery, 1908 január.)

Pólya.

Az experimentális tüdősebészethez szolgáltat adatokat

S. Robinson. Kísérleteit a *Brauer*-féle „Überdruck“ elvei alapján végezte, a tüdők mesterséges felfúvásával; 30 állata közül 21 megmaradt, pedig igen kiterjedt tüdőresectiókat végzett. Conclusióiban főleg a pozitív nyomással szemben *Sauerbruch* által felhozott érvekkel foglalkozik. Szerinte az állat légzőmódja nem változik meg, a mint azt *S.* állítja, hanem a légnyomásmnövekedés csak támogatja a normális légzést a tüdő összeesésének meggátlása által. Interstitiális emphysemát, a mitől *S.* fél, nem látott kifejlődni. A vérkeringés, mint az erre vonatkozólag tett vizsgálataiból kiderül, alig szenved zavart. Pneumothorax nem képződik, ha a pozitív nyomást a pleurális varrat teljes befejezéséig fenntartjuk. Nagy hővesztéség

mindenesetre fennáll, de a szoba temperaturájának felemelésével elkerülhető. A pleurális infectio lehetősége a *Sauerbruch*-féle kamara használata esetén ép úgy fennáll, mint a pozitív nyomásos módszer alkalmazásakor. A tracheotomia a *Robinson* által szerkesztett készülék használata alkalmával teljesen szükségtelen, a narcosis is ezen készülék alkalmazása esetén könnyen eszközölhető. Közvetlenül a fokozott légzési nyomásnak egyetlen haláleset sem volt betudható. (*Annals of surgery*, 1908 február.) *Pólya dr.*

Szüléset és nőorvostan.

A gyermekági láz diagnosizához és terapiájához szolgáltat adatot *Veit* tanár. Szerinte a gyermekági láz leggyakoribb kórokozója a véroldó streptococcus, melynek felismerése a *Schottmüller*-féle véres agarculturából igen egyszerű és könnyű. A szerző tapasztalatai szerint, ha a lochiából a streptococcus ezen fajtát kitenyésztették, semmiféle helyi kezelést sem szabad végeznünk, mert minden újabb sebzés vagy sérülés veszedelmes. Csak egy van ilyenkor megengedve: a vérvizsgálat. Ha a vérben is kimutatjuk a csírákat, a prognosis felette rossz. Adjunk ilyenkor azonnal és ismételve antistreptococcus-serumot intravenásan, fokozzuk a szervezet ellenállóképességét konyhasós infúsiókkal, alkoholnak bőséges nyújtásával. Ha lázas az asszony, véroldó streptococcus nincs, és a lázat méhüregbeli bomlás okozza, iparkodjunk a méhet összehúzóásra ingerelni secale-készítmények adagolásával, forró irrigatiókkal stb., ha pedig így nem érünk gyorsan célzt, erélyes helyi terapiához fordulhatunk. Puerperális pyaemia eseteiben, ha véroldó streptococcus is van a vérben, megfontolandó a sebészi beavatkozás. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1908. 12. sz.) *Bogdanovics dr.*

Méhüregöblítés útján okozott lysolmérgezés esetét írja le *Piltz*, Menge tanár assistense Erlangenben. 32 éves VIII.-parán vetélés miatt egy gyakorlóorvos a méhüreg kitakarítását kísérl meg; eredménytelen fáradozás után két izben kiöblíti a méh üregét 1%-os lysoldattal, majd a klinikára viteti betegét, hol az abortust befejezik. A gyermekági, egy 39 C°-os hőmérséktől eltekintve, láztalanul folyt le, azonban súlyos haemorrhagiás nephritissel szövődött. A második napon pár csepp zavaros, vörösesbarna vizelet ürül, a mi diureticumokra csak 65 cm³-re fokozódik. E vizeletben rengeteg vörösvérsejt, vesemedenczebeli hámsejt, szemes és hyalincylinder található 120/00 fehérjetartalommal Esbach szerint. Különböző diureticumok adagolása ellenére a vizeletelválasztás nem indul meg, az asszony areza vizenyös lesz, hányás, hasmenés jelentkezik, majd a VIII. napon uraemia tünetei; mivel az eddigi húgyhajtószereknek nem volt hatása, subcutan konyhasós infúsiót adnak. Ismételt infúsiókra a IX. napon megindul a diuresis, melynek fokozódásával az asszony állapota is javul és hat hét múlva gyógyultan hagyja el a klinikát. Ezen esetben acut lysolmérgezésről van szó. A lysolt a vese kiküszöbölte, a mit a zöldesbarna színű vizelet jelzett és ebben a tribromphenolt lehetett kimutatni. A lysol, mint minden kresol, izgatólag hat a vesére és az egyszerű albuminurián kezdve a súlyos haemorrhagiás alakig nephritist okoz. A teljesen egészséges vesét kevésbé támadja meg, míg a terhes nő veséjét intenzívebben. A szerző szerint észszerű a friss puerperális méhet hasonló desinfectiensekkel egyáltalán nem öblíteni. Erősen hig lysoldat semmit sem használ, erősebb concentratióban pedig súlyos elváltozásokat okozhat. Mérgezés esetén földolog a mérge gyors kiküszöbölése, a mire legjobbnak bizonyult a konyhasós infúsió. E mellett enyhe diureticumok adhatók és gond fordítandó a szívgyengeség leküzdésére. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1908. 18. szám.) *Bogdanovics dr.*

Közegészségstn.

A tejkereskedés ellenőrzése tárgyában a Magyar Országos Állatorvosegyesület május hó 9.-én értekezletet tartott, a melyen behatóan tárgyalták *Fettick Ottó* dr. előadó javaslatait. Az értekezleten a következő határozatokat fogadták el:

1. Az országos értekezlet szükségesnek tartja a tejtermelés és a tejkereskedés ellenőrzésének egyöntetű országos rendezését olyan általános érvényességű alapelveken, melyek egyfelől a tej hamisítását, másfelől az ember egészségére káros tej forgalomba hozását meggátolják.

2. E végből mindenekelőtt annak kimondása szükséges, hogy a közfogyasztásra kerülő tej termelése, valamint a tejjel való kereskedés csak hatósági felügyelet alatt és szakszerű egészségügyi ellenőrzés mellett legyen gyakorolható és hogy az ellenőrzés iránt a törvényhatóságok megfelelő szabályrendeletekkel intézkedjenek; hogy a gyermekei, gyógyteji, szóval kiváló minőségű tej (*Vorzugsmilch*) termelésével foglalkozó gazdaságok rendszeres és kötelező állatorvosi felügyelet alá helyezzessenek és mint kiváló minőségű tej csak az olyan tehének teje kerülhessen forgalomba, melyek az évenként megismétlendő és kötelező tuberculinpróba alkalmával is gümőkórtól mentesnek bizonyultak; hogy továbbá közönséges piaci tej is csak az olyan tehénaktól legyen forgalomba hozható, melyek a gümőkór kifejezett klinikai tüneteit nem mutatják és olyan istállóban állanak, melyek megfelelnek a hygiene követelményeinek.

3. Az emberi betegségeknek a tej útján való terjesztése tetemesen csökkenthető volna a tejelő állatok gondozásával, a fejéssel és a tej kezelésével megbízott egyéneknek, valamint ezek hozzátartozóinak rendszeres orvosi felügyelet alá való helyezése által. E végből szükséges, hogy a tejtermelés és a tejkereskedés egészségügyi ellenőrzésének rendezése alkalmával legalább a kiváló minőségű tejet termelő tejgazdaságok személyzete és azok háza-nepe kötelező, rendszeres orvosi felügyelet alá helyezzessék.

4. Szükséges, hogy az állatorvosoknak a tejhygienében való kiképzése fejlesztessék és tanfolyamok rendeztessenek, melyeken az állatorvosok a tejhygiene kérdéseivel s nevezetesen a vizsgálati módszerekkel behatóan foglalkozhassanak.

5. Kívánatos, hogy a tejtermelés és a tejkereskedés egészségügyi ellenőrzésének rendezése céljából fogantatandó általános intézkedések annak a szempontnak is megfeleljenek, hogy a gyakorlatban való alkalmazásuk legalább a közönséges piaci tej termelési költségeit ne emeljék lényegesen.

6. Az értekezlet szükségesnek tartja, hogy a mezőgazdasági termények, termékek és cikkek hamisításának tilalmazásáról szóló 1895. évi XLVI. t.-cz.-nek a tejtermelésre és a tejtermékek forgalomba hozatalára vonatkozó intézkedései hatékonyabban hajtsanak végre.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Escalin-suppositoriumok használata végbél-berepedés és aranyeres vérzés eseteiben. Az escalint, a melyet Klemperer ajánlott volt először a gyomorfekély gyógyítására vérzéscsillapító és fedő sajátsága miatt, újabban *Sussmann* végbél-berepedések ellen használja nagyon jó eredménnyel. Igaz ugyan, hogy az ichthyol szintén teljesen megbízható eredményt ad ebben a bajban, hátránya azonban, hogy az orvosnak kell alkalmaznia, míg az escalin-suppositoriumot (*Vereinigte chemische Werke, Charlottenburg*) a beteg maga is bevezetheti, még pedig egyet a székelés után, egyet pedig este a lefekvés előtt. Aranyeres vérzés ellen is nagyon jó az escalin-suppositorium. (*Therapie der Gegenwart*, 1908. 5. füzet.)

Acne rosacea gyógyítására *Zeissl* tanár a vashloridot ajánlja. Minden reggel és este hígítatlan vashlorid-oldattal beecsetelteti a kóros részt. 4—5 nap múlva meglehetősen vastag pörk képződik. Ekkor beszüntetjük az ecsetelést, és megvárjuk, míg a pörk magától leesik. Ha a beecsetelt terület nagyon erősen feszül, Wilson-kenőccsel vastagon bekent vászondarabbal befödi, erős gyuladás esetén pedig jégtömlőt alkalmaz. A mikor a pörk levált, újból megkezdjük az ecsetelést, feltéve, hogy a bőr nem nagyon izgatott. Ilyen módon 3—4 hónap alatt gyógyulást lehet elérni. Acne vulgaris és rosacea kombinálódása esetén a helyi kezelés mellett belsőleg sörélesztőt is ad, még pedig vagy cerolin-pilulák alakjában, vagy pedig levurinosét poralakban, naponként 3-szor evőkanálnyi ostyában, utána tejet itatva. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1908. 20. szám.)

Alopecia areata eseteiben *Mc Inerney* jó eredménnyel használja a formaldehydet, a melynek 20%-os oldatával naponként beecseteli a kopasz helyeket, a míg gyuladás tünetei jelentkeznek; ekkor valamilyen közömbös kenőcsöt használhat s a gyuladás tünetei-nek múltával ismét megkezdji a formaldehyd-ecsetelést. Ezt a kezelést hónapokon át kell folytatni. (*British med. journal*, 1908 január 25.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek. 1908. 5. füzet. *Juba Adolf:* Az erdei iskola. *Bauer Kálmán:* Megjegyzések a jod- és bromtartalmú konyhasós ásványvizekről, tekintettel az egri vízre.

Gyógyászat, 1908. 22. szám. *Buday Kálmán:* A gyomor verőereinek sclerosisáról. *Halász Henrik:* Objectiv hallható entotikus fülzörj esete.

Orvosok lapja, 1908. 22. szám. *Barabás József:* Adat az angina Ludwigi aetiologiájához.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 22. szám. *Gáhr Mihály:* A magaslati téli klíma therapeutikai értékéről. *Furka Sándor:* Az ostauxinról és parabismuthról. „Gyermeorvos” melléklet, 1. szám. *Grósz Gyula és Bán Ilona:* Pyocyanaseval tett klinikai tapasztalataink a diphtheria kezelésében. *Szécsi Ernő:* Differentiális kórisma a gyermekkori appendicitis és a gümőkóros hashártyalob némely alakja között. „Fürdő- és vízgyógyászat” melléklet, 2. szám. *Furka Márton:* A vízkúráról és az edzésről.

Vegyes hírek.

A budapesti kir. m. tudomány-egyetem orvostudományi karának dékánjává *Liebermann Lóó* dr. egyetemi tanárt, jegyzőjévé pedig *Preisz Hugó* dr. egyetemi tanárt választották meg az 1908/9. tanévre.

Jubiläum. Kassa város tisztii főorvosát, *Vandrács Jenő* dr.-t a napokban nagy ünnepségen részesítették abból az alkalomból, hogy harmincz éve áll közszolgálatban.

Kinevezés. *Róza Imre* dr.-t a belügyminiszter a budapesti államrendőrséghez rendőrkórházi orvosá nevezte ki. — A székesfőváros főpolgármestere *Werner Pál* dr.-t alorvossá, *Berger Marczel* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki. — *Rosenberg Alajos* dr.-t a székesfővárosi jobbparti kórházakhoz segédorvossá nevezték ki.

A szent margitszigeti vízgyógyintézet vezetését *Halka Lajos* dr. vette át.

Grünwald Mór dr., kir. tanácsos, *junius 15.-én* kezd meg orvosi gyakorlatát *Szliácson*.

Szörényi Tivadar dr. fürdőorvosi működését *Bártfafürdön* megkezdte.

A budapesti orvosi kör ez évi balneologiai tanulmányútján (*junius 20—28*) *Stoósz* Rt., *Ránk-Herlányt*, *Szobránczot*, *Visk-Várhegyet*, *Bikszád*ot, *Pável-fürdőt* és *Gyertyánligetet* látogatja meg. Az összes úti költségek mintegy 80—90 K-át fognak kitenni. Jelentkezni lehet *junius 10.-éig* *Ertl Géza* dr.-nél (*VIII., József-körút 55. sz.*) postautalványon, 20 K befizetése mellett. Kollegákat vendégül szívesen látnak.

Fürdők személyforgalma. *Lipik* (*junius 4*) 859; *Daruvár* (*május 28*) 175.

A „*Stefánia*” pesti szegénygyermek-kórházban 1907. évi január 1.-étől december 31.-éig kezelt 23,097 beteg közül 21,564 mint ambulans látogatta az intézetet; a kórházhoz csatolt védhimlőoltó-intézetben 519 oltás és 161 újraoltás, összesen 680 oltás végeztetett, s így az orvosi segélyt kórházunkba igénybe vett gyermekek száma az 1907. évben összesen 23,777 volt. Orvosi ápolásban részesült az intézet 148 ágyn, mint befekvő, 1533 gyermek. Nemre nézve volt: 10,789 fiú és 10,775 leány; korra nézve 5614 egy éven aluli, 5744 egy évtől 3-ig; 5518 3-tól 7-ig és 4688 7-től 14 évig. Az 1533 kórházi beteg 36,729 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egy betegre átlag 24 nap esik. Az 1533 kórházi beteg közt volt nemre nézve 840 fiú és 693 leány; korra nézve 108 egy éven aluli, 296 egy évtől 3-ig, 559 3-tól 7-ig és 570 7-től 14. életévig. Levonva a halálozva behozottakat, a halálozás 7.95%-ra rug. A 144 halálozás közül elhalt torokdiphtheritisben és állhártyás gégelebban (*croup*) 9, gümőkóros megbetegedésekben pedig 26. A diphtheria-ellenes savókezelés a lefolyt évben is zavartalanul folyt s minthogy 1907-ben összesen 177 gyógyszerrel kezelt beteg feküdt a kórházban, a serum-esetek száma a lefolyt tizenhárom év alatt, 1894 október havától 1908 január 1.-éig 2933-ra emelkedett. Az intubált esetek összes száma a lefolyt év végéig (1891-től) 1626-ot tett ki. A lefolyt 1907. évben kezelt 177 diphtheriás beteg közül tiszta torok- vagy orrdiphtheriában 80 szenvedett. Ronesoló torok- és állhártyás gégelebbal 75-en vétettek fel, tiszta állhártyás gégelebbal pedig 22-en. Ezen 177 beteg közül gyógyult 168 beteg, azaz 94.91%, meghalt 9 beteg, azaz 5.09%. 1 gyermek 24 óránál rövidebb ideig tartó kórházi tartózkodás alatt halt el; ha ezen 1 esetet leszámítjuk, úgy 95.48%-ot tesz ki a gyógyulási és csak 4.52%-ot a halálozási arányszám. A diphtheriás betegek 54.80%-ában (97 eset) az állhártyás folyamat a gégeire is kiterjedt volt; ezek közül 41, azaz 42.26%-ot intubáltatott, a kikből 34 beteg, azaz 82.93%-a meggyógyult, 7, azaz 17.07%-a pedig elhalt. Secundær tracheotomia 1 esetben végeztetett, gyógyult. A diphtheriás betegek közül nem kerültek műtetre 136-an; ezek közül felgyógyult 133, azaz 98.53%, meghalt 2, azaz 1.47%. A műtött betegek számából az 1 haldokolva hozottat levonva, az operáltak gyógyulási százaléka 85.00%-ot ad. Minden esetben a Preisz-féle (magyar) serumot alkalmazták. 177 betegnél elhasználtak összesen 778,000 antitoxin-egység értékű diphtheria-ellenes serumot, tehát egy beteg átlag 4400 antitoxinegységű serummal oltattott be. Az első beoltás átlag a megbetegedés 3. napján történt. A köresetek tekintélyes részét oly sebészeti esetek tették, melyek műtétit eljárás igényelték. A sebészeti

osztályon 1277 nagyobb műtétet végeztek; a szemészeti osztályon a műtétek száma 90, a fülészeti pedig 97 volt. A sebészeti osztály *Verebély László* dr. docens felügyelete alatt állott s a kórházi műtétek általa s *Winternitz Arnold* dr. docens főorvos által végeztettek. A szemészeti osztályt *Leitner Vilmos* dr. docens főorvos vezette s a szem-betegeknek mindennap d. e. 10-től 11-ig rendelt. A fülbetegeknek *Paumcz M.* dr. főorvos rendelt kétszer hetenként az intézetben. A gége- és orrbetegeket *Baumgarten Egmont* dr. docens, az ideggyógyászati rendelőt *Reusz Frigyes* dr. docens, az orthopaediai rendelőt *Kopits Jenő* dr. docens, a kórházi orvostani vizsgálatokat pedig *Preisz Kornél* dr. docens, laboratoriumi főnök teljesítette. A vizsgálatokat a kórház Röntgen-laboratoriumában *Péteri J.* dr. segédorvos végezte. Rendszeres gyermekorvostani előadások az intézetben hetenként ötször tartattak s az intézetet látogató orvosokat és orvostanhallgatókat az igazgató, *Bókay János* egyetemi tanár és a tanársegéd gyakorlatilag is oktatta. Az előadásokat 253 orvosnövendék látogatta, a nyilvános orvosi rendeléseken pedig 27 szigorló-orvos és orvos vett részt az év folyamán. A m. kir. bábaiskola növendékei az igazgató és *Leitner* főorvos által nyertek rendszeres oktatást a gyermekápolásból. A pénztári kimutatás szerint a kórházi kiadások 77,687 K 56 f.-t tesznek; ebből 20%, vagyis 15,537 K 51 f. a 21,564 ambulans betegre, 62,150 K 05 f. pedig a kórházban 36,729 napon ápolott 1533 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordított. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 40 K 57 f.-t igényelt, melyből egy ápolásnapra 1 K 69 1/2 f. esett. A kórház orvosi személyzetének tollából 1907-ben 10 tudományos dolgozat került ki.

Meghalt. *Kalcic Iván* dr. nyugalmazott I. oszt. főtörzsorvos, a *Ferencz József-rend lovagja*, május 28.-án 66 éves korában, *Zalamihályfán*. — *Fodor Armin* dr. székesfővárosi gyakorlóorvos e hó 1.-én 44 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *Zaufal E.* tanár, a prágai otologiai klinika igazgatója nyugalmába vonul; utódjául első helyen *Habermann* gráci tanárt, második helyen *Piffl* prágai tanárt és harmadik helyen *Bichl* bécsi magántanárt terjesztették fel. — A rostoki egyetem kórházi orvostani tanszékére *Schwalbe E.* heidelbergi rendkívüli tanárt nevezték ki.

Vízgyógyintézet

Rendelő orvos: *Dr. Jakab László*. Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus. — Telefon.

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében

Fényesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diatetikus konyha stb. Olcsó árak. Fürdőorvos: *Dr. Groó Béla* Budapestről.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

Orvosi laboratórium: Vezető: *Dr. VAS BERNÁT*, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet megnyílt.

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízlat és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kíváncsiak prospektus.

Orvosi laboratórium: *Dr. Mátrai Gábor* v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos *Salgó Jakab* dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. — Prospektus. — Sürgöny: Budapest. — Telefon 79-72. — Posta Rákospalota. 4895

Kopits Jenő dr. testgyógyintézetét VIII., Gyöngygyűtő-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

Arányi Gusztáv dr., mint gyakorló fürdőorvos rendel *Karlsbadban*, Sprudelstrasse, „Goldener Helm” házban, április 20.-ától október elejéig; nevezetnek **Budapesti orvosi laboratórium** október elejétől április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherczeg-utca 18. I. em.). A laboratóriumban vegyi, gőresői és bakteriologiai vizsgálatok végeztenek.

Dr. TAUSZ BÉLA fürdőorvosi rendeléseit megkezdte. Marktstrasse „3 Mohren” **KARLSBAD.**

Dr. Turán Bódog május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales”).

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel **KARLSBADBAN** Markt „Haus 3. Ringe”.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése. (Budapest, 1908. május 29—31.) 398. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVIII. rendes tudományos ülés 1908 május 23.-án.) 399. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 401. l.

A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése.

Budapest, 1908 május 29—31.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr. műtőorvos.

Első tudományos ülés május 29-én d. e. 10 órakor.

A Magyar Sebésztársaság második nagygyűlését **Réczey Imre** dr. udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár elnöke alatt és a társaság mind fővárosi mind vidéki tagjainak élénk részvétele mellett a Magyar Nemzeti Múzeum dísztermében tartotta meg.

Réczey Imre elnök a második nagygyűlést a következő szavakkal nyitotta meg:

Tisztelt Nagygyűlés! Egy éve annak, hogy a Magyar Sebésztársaság megalakult és első nagygyűlésünket ültük. Azon lelkes várakozás, azon remény, melyet e társaság működéséhez fűztünk, nem volt csalóka; fényesen megvalósult és már is teljesen beigazoltnak bizonyult. Az egyesülés, az együttműködés által olyan fórumot akartunk e társaság megalapítása által teremteni, mely hivatva legyen mindannyiunk szakszerű működését tudomásul venni, bírálni, helybenhagyni vagy elvetni, mely előtt tapasztalatainkat egymással közölve, a kölcsönös megvitatásban okulást, buzdítást merítsünk szakmánk nehéz munkájához.

És ime örömmel köszönhetjük a sebészetnek a fővárosból és vidékről egybegyűlt hivatásos képviselőinek százait, oly számot, mely a várakozást felülmúlja, kik annyi tudományos hozománnyal jelentek meg a nagygyűlésen, a mely minden irányban kielégít. A lelkes munkásság és komoly összműködés biztosítéka lesz a jövő fejlődésnek, és azon tudatban, hogy a társaság tagjainak ügyesretete, szakmájuk iránti lelkesedése és a hazai tudományosság iránti érzése lankadni nem fog, nyugodtan nézhetünk a jövő elé, melyben társaságunk megerősödve, nagyra fejlődve, fontos tényezője lesz a magyar sebészet, a magyar orvostudomány művelésének. Úgy legyen!

Van szerencsém a Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlését megnyitni.

* * *

Az első tudományos vita tárgya az általános és helybeli érzéstelenítés kérdése volt; előadóként **Borszék Károly** (II. sebészeti klinika) és **Chudovszky Mór** (Sátorlajújhely) szerepelt.

Mint első **Chudovszky Mór** részletezte mindazon érzéstelenítő eljárásokat, melyek rendelkezésünkre állanak. Foglalkozott a bódítás technikájával; a különböző bódítások veszedelmeit statisztikai adatokkal világította meg és végezetül oda konkludált, hogy a könnyebb bódító eljárásoknak összes alakjait használhatja a gyakorló orvos, míg a nehezebb bódító eljárások csak zárt orvosi intézetek falai között alkalmazandók.

A szorosabb értelemben vett helybeli érzéstelenítők a legtöbb érzéstelenítő eljárást minden utókövetkezmény nélkül pótolhatják. A nagyobb idegtörzseknek érzéstelenítését **Chudovszky** szintén az orvosi intézetek falai közé utalja.

Borszék Károly az újabban ajánlott és használt összes narkotizáló szereket és eljárásokat bírálat alá vette; rendkívül megbízhatónak tartja a legutóbbi időben ajánlott veronal-narcosist. A helybeli érzéstelenítés céljaira legezelszerűbb a novocain, mivel ez a cocainnál kevésbé mérgező és így nagyobb adagokban alkalmazható.

A gerinczagyérzéstelenítést azon 700-nál több eset alapján, a melyben **Réczey** tanár klinikáján alkalmazták, mint hézagpótló és veszélytelen eljárást ajánlja, ha a beteget valamilyen okból narkotizálni nem lehet. **Borszék** véleménye szerint a lumbális érzéstelenítés ez idő szerint az általános gyakorlat számára még nem érett meg.

Zimmermann Károly (I. sebészeti klinika) a gátörreg légdaganatáról (mediastinális emphysema) mint a kiterjedt nyaki műtétek veszedelmes szövödményéről értekezett.

A gátör légdaganata a középső nyaki pólya megnyitása, a légutak eltömülése és az erőltetett belégzési mozgások folytán keletkezik. A gátör légdaganatának elkerülésére czélszerű volna ily műtétek alkalmával a beteget túlnyomásos narcosisban operálni, vagy a negatív nyomás alatt történő altatás technikáját úgy módosítani, hogy a nyaki műtétek alkalmával is használható legyen.

A főtárgy körül fejlődött vitában többen vettek részt.

Makara Lajos (Kolozsvar) szerint a helyi érzéstelenítés a legkevésbé veszedelmes. A mai fejlett technika mellett sokszor alkalmazható, de csak addig menjünk vele, a míg a czélnak meg is felel. A rövid sebészi altatásra legalkalmasabb a Sudeck-féle aetherreszégység. A hosszabb narcosisra csak a chloroform és az aether használható; a **Witzel**-féle csepegtető aetherbódítás veszedelme minimális, a jó elhelyezés meggátolja a nyál aspirálását és ezzel a tüdőszövödményeket is. A chloroformot **Makara** szerint csak akkor használjuk, ha elkerülhetetlen. Általában iparkodjunk kisegítő, csillapító szerek segítségével a belélekzett narcoticum mennyiségét a minimumra redukálni; e czélra jó a skopolamin és morphin is.

A gerinczagi érzéstelenítés kiszámíthatatlan. A stovain alattomosan veszedelmes, 300—400 stovainérezéstelenítésre egy haláleset jut. Újabban **Makara** inkább a tropacocaint használja, ez nem okoz motorius hűdést. Ajánlja végül a narcosisok pontos feldolgozását és összeállítását, mivel a mai kombinált narcosisokat más szempontból kell bírálunk, mint azokat, a melyekről a régebbi statisztikai adatok szólnak.

Schiller Károly (Budapest) a Munkásbiztosító Pénztár I. sebészeti osztályán szerzett tapasztalatait ismertette.

Fischer Aladár (Budapest) hozzászólásában először is az ambulanter végzett narcosisokról szolt és megengedhetőségük mellett foglalt állást.

Hosszabb narcosisokra szintén az aethercsepegtető eljárást ajánlja. Rövid narcosisra a **Sudeck**-féle kábítást a **Schleich**-féle II. számú keverékkel tartja legalkalmasabbnak.

A helybeli érzéstelenítésre melegen ajánlja az adrenalin hozzáadását az érzéstelenítő oldathoz.

Manninger Vilmos (új sztr. János-kórház) az érzéstelenítéssel járó veszélyek javarészt az „egy” módszerhez való túlságos ragaszkodásban és a nagyon is csekély individualizálásban látja. Nagy örömmel tapasztalta, hogy mindkét referens szintén erre az álláspontra helyezkedett. **Manninger** ezután tisztán a gyakorlat igényeinek szempontjából részletezte az általános bódítás javait; egyúttal a vegyes (nem a keverék) bódítás előnyeit ismertette. Ő maga körülbelül 3000 eset alapján a **Witzel**-féle eljárásnak a híve; 3000 esetben syncope-t vagy zavart a szív működés részéről nem látott, négy asphyxia a nyelv előrehúzásával könnyen volt megoldható, két halálos pneumonia pedig nem a narcosis rovására volt irandó. Az altatáskor szívesen alkalmazta a **Roth-Draeger**-féle készüléket.

Góth Lajos (Kolozsvar) **Szabó** tanár női klinikájának álláspontját ismertette: a míg a gerinczvelő érzéstelenítése nem tökéletesedik annyira, hogy veszélyei az általános narcosisét meg nem haladják, addig csak kivételesen van helyén.

Hints Elek (Marosvásárhely) a végtagok érzéstelenítését altatás nélkül a fájdalommentesítő szernek a nagy idegtörzsekbe való befecskendezésével érte el. Ezen endoneurális injectiókhoz 2%-os novocain-adrenalinoldatot használt; a módszerrel a végtagokon még a legnagyobb műtéteket is 46 esetben teljesen fájdalommentesen végezte.

Boros József (Szeged) hozzászólása után **Chudovszky**, **Borszék** zárszava és **Fischer Aladár** felszólalása fejezte be az élénk vitát.

* * *

Következzék az általános sebészet körébe tartozó előadásoknak egy része.

Boros József (Szeged) a **Spengler**-féle öltásokkal a sebészeti gümőkórban szerzett tapasztalatait ismertette, 47 gümőkóros seb-

szeti beteg kórtörténetét mutatta be, kiket a szegedi kórházban a Spengler-féle oltásokkal kezelt. Az összes betegeknek 40%-a meggyógyult. Ennek folytán Spengler eljárását a sebészi eljárások értékes adjuvansának tekintik.

Boros végül bőr-, csont-, izület- és hashártya-gümőkór gyógyult eseteit mutatta be.

Kuzmik Pál (II. sebészeti klinika) 21 esetben végezte ezen oltásokat. Gyógyult 7 (33·33%), javult 5 (23·80%), nem javult 7 (33·33%) és rosszabbodott két esete (9·52%). Kezddő esetekben a gyógyulás mindig elérhető; étappe-szerű kezeléssel az eredmények szebbek.

Mivel a Spengler-oltások ez idő szerint még mindig a kutatás és tanulmányozás jellegével bírnak, Kuzmik szerint határozottan elítélendő, hogy ezen kezelésmódot a napilapok hasábjain tárgyalják; a szenvedőket ezzel újabb csalódásoknak tehetjük ki és tekintélyünk újból oly csorbat szenvedhetne, mint 1890-ben a Koch-féle tuberculin idejében.

Gellért Elemér (Rókus-kórház, Herczel tanár osztálya) 43 esetben végezte ezen oltásokat; javulást látott, de végleges gyógyulást nem. Az eljárást csak a gümőkór legkezdetibb szakában tartja sikerrel alkalmazhatónak.

Manninger Vilmos (új szent. János-kórház) 4½ év óta foglalkozik a tuberculinkezeléssel, de végleges ítéletet nem alkothat. Csak annyit állíthat, hogy az óvatosan, lelkiismeretesen végzett tuberculintherapia alkalmas esetekben páratlan fényes javulásokat eredményez.

Felszólalásának keretében azután a tuberculinhatás lényegével és a tuberculinkezelés javalataival, valamint technikájával foglalkozik.

Hollós József (Szeged) észlelései a Spengler-féle oltásokkal 47 sebészi eseten kívül a tüdőtuberculosisnak körülbelül 300 esetére vonatkoznak. A tuberculinoltásokat igen alkalmas ambuláns kezelési eljárásnak tartja; hangsúlyozza, hogy 7—8 éve fennálló gümös sipoly záródását is észlelte. A recidivák elkerülésére föltétlenül szükséges az étappekezelés. Hollós szerint még a legkétségbeesettebb esetekben is akárhányszor sikert érhetünk el.

Parassin József (II. sebészeti klinika) a gümösödés klinikai körjelzésének újabb módjait fejtegette.

Pirquet eljárását, majd a Wolff-Eisner-Calmette-reactiót méltatta; a Müller-Jochmann-féle eljárást saját vizsgálatai alapján teljesen megbízhatónak találta. Végezetül megbízható módszernek tartja a Millon-féle folyadékkal való vizsgálatot is, melyet szintén Müller ajánlott a proteolysises reactionnak pótlására.

Az első tudományos ülésnek egy előadása foglalkozott a részletes sebészettel. Dollinger Gyula (Budapest) előadta azon tapasztalatait, melyeket a szemüregben levő daganatok kiirtásakor tett. A szemüregbe az orbita külső falának mobilizálásával hatol be, de eltérőleg Krönlein eljárásától nem vágja át a facialis rostjait, a melyek a m. orbicularist látják el, hanem azokat megkíméli. Ezt úgy éri el, hogy az orbita fölött kezdett metszéssel nem ki- és lefelé kanyarodik, mint Krönlein, hanem ki- és hátrafelé a járomív fölött. Így nem sérti meg a szem záróizmáinak idegeit és a műtét után a beteg teljesen be tudja csukni a szemét, a mi Krönlein eljárásával nem volt elérhető.

Dollinger ezen műtétet dermoid tömlő, vértömlő és sarkoma eseteiben összesen tizszer végezte jó eredménnyel.

(Folytatása következik.)

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1908 május 23.-án.)

Elnök: Eröss Gyula. Jegyző: Kiss Gyula.

A magyar kerámiai iparban előforduló ipari és ólombetegségekről.

Chyzer Béla: A magyar kerámiai iparosok túlnyomó részét a háziiparos-fazekasok teszik, a kiknek száma az utolsó években egyre csökken. E régi iparág hanyatlását a kedvezőtlen gazdasági és egészségi viszonyok okozzák.

Már magában az agyag feldolgozásában egy veszélyes betegséggel találkozunk, mely a földdel kevert agyag megmunkálásakor támadja meg a szervezetet. Ez a tetanus. A betegséget az egyének az agyag tisztítása és gyúrása közben szerzik, mikor az agyagban fog-

lalt éles fa, gyökérrészek, éles kavics, csigahéjak felsebzik a munkálkodók kezét-lábát s alkalmat adnak a tetanusfertőzésre. Az edények alakítása, égetése közben újabb veszéllyel találkozunk. Ez a szénmonoxydmérgezés.

Hazai fazekasaink helyenként (Gömörmegyében, Mohácson, Szentesen) mázatlan, úgynevezett vészonkorsókat készítenek, s hogy ezeket vízállóvá tegyék, az edényeket bekormozzák. Az ily módon készült edényt füstös edénynek nevezik, s oly módon állítják elő, hogy a tüzelőkemencét vagy katlant erős tüzelés közben hirtelen befedik, betapasztják. A fűtés égéstermékének visszafajtásakor nagymennyiségű szénmonoxyd fejlődik, mely a betapasztással foglalkozó iparosokat elkábítja, lábaikról leveszi.

A kályha- és fazekasipar legveszélyesebb része az ólomházzal való foglalkozás.

Az agyagárukat, hogy sima felületűek legyenek, a kályhákat, hogy a füstöt, gázokat, s a fazekas- és korsóiparban, hogy a folyadékot át ne bocssák, bevonják üveggel. Az üveg előállítására az erre alkalmas szereink közül (kalium, natrium, ólom) oloságánál és egyéb technikai előnyeivel fogva az ólom lévén legalkalmasabb, ezen anyagot használják, illetve oxyd alakját, a gelétet. Miniumot, szénsavas ólmot csupán luxustárgyakhoz vesznek. A gelét (plumbumoxyd) a máznak 60—65%-a, szemben 35—40% quarz-csal.

Hogy a kiégetett agyagedény fala a mázat felvegye, ezt előzőleg meg kell őrölni, a mely műveletet gyárakban gőzerővel hajtott jól elzárt dobokban, a házi iparban kézzel hajtott kővel végezik. Iparosaink, sőt gyáraink is kész mázat nagyon keveset használnak. A mázórlás veszélyessége abban rejlik, hogy a finom lisztbe őrölt máz pora őrés közben a levegőbe száll s a lakószobát ellepi. A máz pora ólomtartalmán kívül quarz-tartalma miatt is veszélyes. A finom quarz-tűk belélekezve a légzőutakat sértik, izgatják, s ily módon bő alkalmat adnak a gümőkór kifejlődésére.

Az ólombetegségek között említést kell tenni az ólomneurosisokról, melyek statisztikai adataim szerint az ólombeteg 30%-ában észlelhetők. Közöttük a tetaniát kell kiemelni, mely a kéz és láb ujjain észlelhető. Trousseau- és Chvostek-tünetet tetaniában szenvedőkön ismételtelen volt alkalmam észlelni, még pedig kivétel nélkül 30—40 év között lévő férfiakon.

Az ólomvárság a látóideg sorvadása következtében tudomásom szerint 12 esetben fordult elő az utóbbi években.

Érdekes, kellőképpen még nem tisztázott kör csoportot alkot az encephalopathia saturnina. A körképen az epilepsia uralkodik a legkülönbözőbb alakjaiban. Az epilepsiának ritkábban észlelt fajtája, az úgynevezett futó epilepsia (e. procursiva), úgy látszik az ólom-mérgezésekkel kapcsolatosan többször előfordul. A bajt az jellegzi, hogy a beteg öntudatlan állapotban mintegy ösztön által hajtva bolyongani kezd.

Elmebajok ólom-mérgezés kapcsán ritkán bár, de előfordulnak. Állatokon szintén lehet hasonló tünetet észlelni.

Hogy az ólom ily súlyos következményeket okoz, magyarázatát azon nagy ólom-mennyiségben találja, mely a lakást ellepi.

Az ólom-mérgezések ellen esakis azzal védekezhettünk, ha a mérgező ólom helyett méregtelen ólomüveget, úgynevezett frittát bocssátunk az iparosok rendelkezésére.

Az egyedüli óvóintézkedés a méregtelen mázak (fritta-máz, borax-máz) előállításában rejlik. Mindaddig, míg ezen mázfaj előállítása és elterjedése lehetővé válik, a gelét (ólmoxyd) használatát bizonyos ellenőrzés alá kell venni. Az egészségre ártalmatlan őrölt dobok elterjedése is kívánatos.

Mindezekon kívül ebben a veszélyes iparágban is meg kell honosítani azokat a rendszabályokat, melyekkel az ólombetegségeket ha nem is sikerül teljesen kiirtani, de lehető alacsony számmra lehet korlátozni.

A fazekasipar az ólommal foglalkozó iparágak között a legveszedelmesebbnek tekinthető az egészség szempontjából s azért ellenőrzése indokolt. Vizsgálataimnak rövid statisztikai összefoglalása szerint hazai fazekas- és kályhasiparosaink között 900-nál több ólom-mérgezett van. Ebből 95 kézbenulás (orsó- és singideg), 7 lábbenulás (szárkapocs-ideg 6, sípideg 1), 10 arcbenulás. Ólom okozta nekrosist az állkapcsen 10-et észleltem. Az idegrendszer körében egyéb elváltozások (neurosisok, tetania, göresös tremor) a betegségek 30%-ában észlelhetők.

Az ólombetegség kedvező viszonyok között majdnem kivétel nélkül gyógyul. Kedvezőtlen, azaz hosszantartó súlyos esetekben

részben marasmus, részben hirtelen halál, a légzőizmok hűdése vet végett a betegségnek.

Minden művelet, mely a mázzal kapcsolatos, az ólommérgezés veszélyével jár. Festékanyagokkal is dolgoznak a szőben forgó iparban; közülük a rézoxíd, kobalt, üveg, mangán érdemel említést. Mérgezések a fazekasiparban festékekkel kapcsolatban előfordulnak, egyéb kerámiai gyárakban a chrom is használatos, mely mint maró mérge érdemel nagyobb figyelmet.

Az ólommérgezés különösen a férfiakban először is heveny alakjában jelentkezik. Tünetei: édes, undorító szájjal, nyálfolyás, émelygés, mely hányásig fokozódik, végül gyomorgöröcsök.

A heveny ólommérgezést rendszerint a mázzal beporozott edények berakása után $\frac{1}{2}$ –1 órára észleljük. A baj tartatma rövid, 2–3 óráig tartó. A heveny mérgezés tünetei közé kell a hirtelen beálló gyomor- és bélvérzéseket is számítanunk. Ezek azonban nagyon ritkák; két esetről van csak tudomásom.

Az iny- és foglepedék rendszerint az első tünete az ólommérgezésnek, ez azonban nem jellegzetes a bajra.

Az idült ólommérgezés első jele a vérszegénység, melynek hosszabb fennállása után fakó színűvé válik a bőr. Ez az ólomcachexia. Az ólomcachexia következményei közül első az ólomkólika.

A kólika az esetek többségében székrekedéssel jár, mely 3–12 napig eltarthat. Ritka esetekben bélhurut jelentkezik.

Nőkben az ólomcachexia a terhességre hat károsan. A nők abortálnak, a mi oly gyakorivá válik, hogy néhol a terhességek 40%-a végződik elvetéléssel, s a 3–4-szeri abortus mindennapos.

Férfiakon mint enyhébb ólommérgezés-tünet az ólomrheuma észlelhető.

Az ólommérgezésnek legszembetűnőbb s mondhatjuk súlyos jeleit a bénulások teszik.

A hazai kályhás- és fazekas-iparban 900-at meghaladó ólombeteg egyén közül 102-n kifejezett bénulást volt alkalmam tapasztalni. Leggyakoribb a n. radialis hűdése. Sokkal ritkább az ulnaris ideg hűdése. A két bénulás közti arány 1:11.

A lábizmokon nem ritkán észlelhető a szákapocsideg bénulása. Hét esetet volt alkalmam megfigyelni s ezekben kivétel nélkül egyéb bénulások — túlnyomó részben radialisbénulás — is voltak. Ritka kóralak a sipideg hűdése.

Tíz esetben észleltem facialis-hűdést, a mi azon meggyőződésre vezetett, hogy a bénulásnak ez a faja az ólommérgezésben gyakoriság tekintetében a radialisbénulás után következik.

Említést kell tennem az eseteimben mindenkor igazolt azon tényről, hogy a facialis-hűdés állandóan megmaradó kórtünet.

Vámosy Zoltán: Az előadó rendkívül hasznos munkát végzett, mikor ezen kérdéssel foglalkozott. Csak akkor jövőnk tudatára, hogy a mérgezés milyen óriási mértékben pusztít, ha a nép közé vegyülve és ajtóról ajtóra járva hangyaszorgalommal vizsgáljuk az eseteket. Az eredmény mindenkit megrendít.

Hat évről összeállítottam a magyarországi kórházi kimutatásokból a mérgezéseket. Ólommérgezés volt 150, Chyzer pedig néhány fazekas telepről 1000 esetet tudott összeszedni, tehát a kórházi kimutatásnak 10–20-szorosát kell felvenni. 500 eset közül 10 volt halálos, a mi azonban kicsiny szám, mert félig gyógyult eseteket is elbocsátanak, a melyek otthon pusztulnak el.

A mérgezés az ólomtól származik, mely a máz útján kerül a fazekasokhoz és mely ellen az egyedüli mód, hogy frittát boesássanak a forgalomba. Ez nehézségekbe nem ütközik, csak nehezebben lehet megőrizni, mint az ólomgelétt. A frittát megolvasztott ólomház, mely cseppekben folyik bele a hideg vízbe 5–6 cm. hosszúságban és, mint a bolognai csepp, kis sértésre is megreped. Ezért gyárilag dobban jól porlasztható.

A betegség tünetei közül fontos az ólomszegély kérdése. Úgy értettem, hogy az előadó a belélekzett ólomportól származtatja, míg a tankönyvek szerint a felszívódott és kiválasztott ólomtól származik. Magam is az előadó nézetét osztom, mert az ólom nehezen választatik ki a vizeletben és székben. A fogakon is szokott lenni ólomsulfid; a fognyakon azért van több, mert rágáskor feltolódik és ott marad. Az ólomkólikában az érverés néha szapora, néha lassú, némelyek 60-at sőt 50 és 40-et is találtak; feszes, peczelő, ez a típus.

A mi a hűdéseket illeti, kérdelem, nem észlelt-e az előadó supinatorbénulást? Ilyen bénulás t. i. ólommérgezésben még nincs közölve. A facialisbénulás elég gyakori. Schwartz Artúr is mutatott be ilyet.

Az arthralgiák, tulajdonképp myalgia, elég gyakoriak.

Csodálom, hogy ilyen nagyszámú eset mellett enkephalopathiáról nem tesz említést, csupán epilepsiát említ. A tankönyvek szerint izgatottsággal, depressióval járó enkephalopathiák előfordulnak.

Friedrich Vilmos: Az érdekes előadásért nagy hálával lehetünk, mert sok újat tartalmaz.

Ezen új dolgokat akarom kiemelni: Az első az, hogy a tetanus

az agyagiparral foglalkozókon oly nagy számmal fordul elő. Erre a külföldi irodalom kevés súlyt vet.

Az érverés néha szapora, néha ritka, ez az én észleléseimmel megegyezik; a fő, hogy mindig peczelő. Tehát a vérerek beidegzése a fontos. Tíz évvel ezelőtt figyelmeztettem már arra a tünetre, hogy csekély érintésre is van dermographismus, a mit szintén a hajszálerek körül lerakódott ólommal hoznék kapcsolatba.

Facialisbénulás az irodalomban ilyen nagy számmal felemlítve nincsen. Eddig ritkák voltak a közlések, az előadó érdeme, hogy a figyelmet erre felhívta.

Fontos kérdés volna, hogy ezen mérgezések utáni arczhűdés mikép gyógyul kezelésre, vagy a nélkül?

Allesontnekrosist eddig az irodalomban nem említettek. A Gubler-féle pontot az előadó csak egy esetben találta meg, én is csak egy esetben találtam, míg az angol szerzők, pl. Oliver azt állítja, hogy igen sok esetben megvan.

Hogyan van az, hogy az enkephalopathia olyan ritka?

Érdekes kérdés volna, hogy fehérje mily gyakran s mily mérvben jelenik meg a vizeletben és a megbetegedés okozta halálokok közt mily számban szerepel a nephritis?

Thorpe, Oliver, Arlidge és mások hívták fel a figyelmet arra, hogy ott, ahol ólommal foglalkoznak, a phthisis is gyakori.

Fontos kérdés volna még a vérérvizsgálatokra kiterjeszkedni; a Grawitz s iskolája által talált specifikus elváltozásokról igen sok vizsgáló azt állítja, hogy a vérben már olyankor vannak típusos elváltozások, a mikor egyéb tünet még nincs. Érdekes volna ezen eseteket haematologice végigvizsgálni; az ólommegbetegedések száma ezen vizsgálatok segítségével jóval emelkednék, mert az ólomszegélyből, ólomkólikából, hűdésből egymagából az ólommegbetegedést néha igen nehéz megállapítani.

Donath Gyula: Az előadó a nemzetgazdasági, hygienés, toxicológiai, pathológiai és különösen neuropathológiai érdekes tényeknek egész kincsházát tárta elénk. Szomorú viszonyokat mutatott be nekünk ezen házi ipar terén, melynek egészségi ártalmait lehetőleg leküzdeni okvetlenül állami kötelesség. Nem lehet azzal előhozakodni, hogy talán az államnak nincs joga az egyéni szabadságot korlátozni, mert mi látjuk, hogy ezen iparág üzése gyermektelenséget, illetőleg nagymérvű súlyos gyermekbetegséget és halandóságot okoz, tehát már a gyermekvédelem szempontjából is szükséges a sürgős beavatkozás. Hiszen a gazdasági fejlődés révén a nagy ipar, mely egészségesen tud berendezkedni, úgyis nemsokára el fogja tüntetni ezen primitív házi üzemeket, a mint ezek Nyugat-Európában többnyire már el is tűntek. Ha Angliában szükségesnek tartották a szabóiparnak „sweeting system”-je ellen közbelépni, hogy közegészségügyi közegek által a szegény szabók túleröltetése és kiaknázása zsfolt egészségtelen otthonukban megakadályoztassék, akkor még inkább meg kellene ennek történnie minálunk ezen összehasonlíthatatlan egészségtelenebb házi iparban. De végre az egészségükben korán tönkretett iparosok érdekében is fekszik az állam közbelépése. Átmenetileg ezen házi iparnak collectív berendezését olyképen lehetne létesíteni, hogy a község hozzájárulna ahhoz, hogy ezen iparosok részére távol a lakástól, külön álló közös műhely rendeztessék be, mely az állam egészségi felügyelete alatt állana.

A mi különösen a neurológiai észleleteket illeti, feltűnő sok a facialisbénulás.

Az említett számos egyéb kórforma, mely ólommérgezésre vezető vissza, mutatja, mily egészségtelen viszonyok közt dolgoznak nálunk ezen házi iparban és mily kevés ellenállást fejt ki ezen egyéneknek rosszul táplált szervezete. A nyomorult anyagi helyzetnek és a műveltség csekély fokának tudható be az is, hogy ezen súlyosan megbetegedett egyének oly kevéssé láthatók a klinikákon és kórintézetekben.

Jacobi József: A tetania tüneteit is látta az előadó. Két évvel ezelőtt 78 tetanias esetet közöltem, közülük 43 férfi és pedig 11 nyomdász; még 5 más esetben is ólommal való foglalkozást lehetett kimutatni, tehát 30%-ban ólommal való foglalkozás forgott fenn.

A tetaniáról nem írják, hogy ólom okozhatná, de az ólommérgezésnél a tetania fel van említve. Sokkal gyakrabban fordul elő, mint említik. Esetemben egyéb ólommérgezés-tünetet csak két esetben találtam, de azért azt hiszem, a tetania az ólommal való foglalkozással összefüggésben van.

Chyzer Béla: A fogak ólomszegélye tisztára az ajkak fertőzőségéből származik. Előálló fogakon valószínűleg ólomtükröt találtam. Védem ezen álláspontomat.

Pronatorbénulást láttam egy súlyos esetben, mely az észlelés után 3 nappal halállal végződött, alighanem phrenicusbénulás miatt. A vizelet-lelet negatív volt.

A „szemeim előtt fejlődött” bénulás-eset fiatal fazekasra vonatkozik, kinek ételkeverés közben hullott le bénultan a keze.

Az enkephalopathiák közül agyvérzés fordul elő, gyermekekben eklampsia. Mezőtúron kórsós betegségnek hívják. Temerinben egy családban 6 gyermek pusztult el eklampsiában, a 7. epilepsiás. Hydrocephalust is észleltek.

Tetaniát cachexiás egyénekben láttam; futó görösöt, Chvostek-tünetet ki tudtam váltani. 100 eset közül 1–2-ben fordul elő. A 102 bénulás-eset nem felel 8–900 ólommérgezésnek, hanem 2–3-szor annyinak kell előfordulni.

A mig magam a helyszínen nem vizsgáltam, értékelhető anyagot nem kaptam. Az embernek magának kell vizsgálnia. Gubler mindig pályáztam. Csak heveny esetben fordul elő, régiben nem.

Dermographiát figyelemmel fogom kísérni. A vérérvizsgálatokra is ki fogom terjeszteni a figyelmemet. A gümőkör a quarz-por miatt gyakori.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Sarkoma két esetét ismertette *Peiser* a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur“ orvosi osztályának február 14.-én tartott ülésén. Mindkét eset inoperabilis volt, s az egyikben (gömbsejtes sarkoma a vállon) Coley-féle anyag használatára és röntgenezésre, a másikban pedig csupán röntgenezésre tetemes javulás állott be, illetőleg operabilissá vált az eset. A Coley-féle anyagot maga az előadó állította elő olyan módon, hogy b. prodigiosus 36 órás agartenyészetét 6—7 órára a 70^o-os tenyésztőszekrénybe állította, azután 1 cm³ konyhasóoldattal eldörzsölte s nem nagyon virulens streptococcus pyogenes 36 órás húsleves-tenyészetének 1—5 cseppjével összekeverve, a daganat szélén a bőr alá fecskendezte. A részleteket illetőleg utal a szerző kimerítő közlésére, mely a Bruns-féle „Beiträge zur klinischen Chirurgie“-ben fog megjelenni.

PÁLYÁZATOK.

1434/908. sz.

Békés vármegyébe kebeleztet Endrőd nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött egyik **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon orvosokat, kik ezen havi előleges részletekben fizetendő évi 1200 korona készpénzfizetéssel, továbbá a beteg lakásán éjjel kétszeresen számítható 80 fillér, az orvos lakásán 60 fillér és halottkémelésért 20 fillér szedésével javadalmazott és a szegények ingyen gyógyításával egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi június hó 20.-áig** adják be.

Megválasztott az állás a választás napjától számított 15 nap alatt elfoglalni köteles.

Gyoma, 1908. évi május hó 28.-án.

2-1

Rohoska, főszolgabíró.

113/908. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: **1200 korona évi fizetés**, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezés. Magángyakorlat nincs megengedve. A kinevezési időtartam 3 év, a mely esetleg újabb 3 évre meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy zombori Lippay Géza, Győr vármegye és Győr szab. kir. város főispánjához ezimzett és szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb **f. évi június hó 18.-áig** nyújtják be.

Győr, 1908. évi május hó 30.-án.

2-1

A Szentháromság-közkórház igazgatósága Győről.

2320/908. sz.

A hevesvármegyei XVI. közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásnak** választás útján betöltésére pályázatot nyitok.

A választásra határidőül 1908. évi június hó 20. napjának délelőtti 10 óráját Pétervására községhezához, mint a kör székhelyére oly felhívással tűzöm ki, hogy a pályázni kívánók kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi június hó 18.-áig** nyújtják be.

A körorvos javadalmazása: **1200 korona évi fizetés**, 500 korona lakbér, 700 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. A körorvos tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni s azon alkalommal a községhezáhozál jelentkező betegeknek díj nélkül rendelni. Soronkívüli látogatásokért a természetbeni fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 korona látogatási díj illeti meg, a lakásán jelentkező betegektől pedig 80 fillér díjat szedhet.

A körorvos nyugdíjjogosultsággal bír, a körben a járási orvoson kívül más orvos nincsen, a javadalom országos rendezése külsőben áll és a természetbeni lakás adása is tervbe vétetett.

Pétervására, 1908. évi május hó 23.-án.

Drinyey Béla, főszolgabíró.

3506/908. ikt. sz.

Az Orosháza nagyközségben szervezett alábbi két **községi orvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek. A betöltendő II. orvosi állás javadalma **1200 korona fizetés** és a trachomás betegek kezeléseért 400 korona pótlék, a III. orvosi állás javadalma **1200 korona fizetés** és a halottkémelés végzéseért 400 korona pótlék. Az orvosokat vagyonnal bíró betegek kezeléseért a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak is megilletik.

A törvényszerű képesítést igazoló és eddigi alkalmaztatásról szóló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám **f. évi június hó 16.-áig** bezárólag benyújthatók. Az állások július hó 1.-én elfoglalandók.

Orosháza, 1908. évi május hó 29.-én.

Berthóty István dr., főszolgabíró.

3671/908. sz.

Zólyom sz. kir. városnál lemondás folytán megüresedett **városi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: **1400 korona alapfizetés**, 360 korona lakpénz, 20 köbm. kemény tűzifa házhoz szállítva s a megállapított látogatási díjak. Tíz évi szolgálat után a fizetés 1600 korona. Az állás nyugdíjképeséggel van egybekötve.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket legkésőbb **f. évi június hó 30.-áig** hozzám nyújtják be, mert később érkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A választás hatánapja a pályázat lejártá után fog kitzetni.

Besztercebánya, 1908. évi június hó 1.-én.

2-1

Répási Mátyás dr., alispán.

Gyári orvos kerestetik gyártelepre néhány évi gyakorlattal, gyárban lakással. Szláv nyelv ismerete kívánatos. A környéken mintegy 10 községben orvos nincs és az illető orvos ott magángyakorlatot űzhet. Ajánlatok „P. H.“ alatt a kiadóhivatalba.

2-2

A **budapesti poliklinikai egyesület kórházában a segédorvosi állás** megüresedvén, az ezen állásra pályázni kívánó orvostudorok kellőleg felszerelt folyamódványaikat **június hó 15.-éig** a poliklinika igazgatóságához nyújtják be.

A segédorvos javadalmazása az első évben 600 korona, továbbá bűtorozott lakás és teljes ellátás.

Erőss Gyula dr.,

egyet. tanár, a poliklinika igazgatója.

A kaláni bánya- és kohó-résztársaság kalántelevi társaság részére keres egy **okleveles szülész**et mielőbbi belépésre.

Az állás 70 korona fix havi fizetéssel, szabad természetbeni lakással, fűtési átalánnyal (5 köbm. fa és 40 mm. kőszén) és mellékletmennyivel van javadalmazva.

Pályázók, kik 35. életévüket még nem töltötték be, okmánymásokkal felszerelt kérvényüket legkésőbb **f. évi július hó 1.-éig** alulírt társaságnál Pusztakalánban annál is inkább terjeszték be, mert később érkező ajánlatok figyelembe nem fognak vétetni.

Pusztakalán, 1908. évi május hó 19.-én.

3-3

Kaláni bánya- és kohó-résztársaság.

2639/908. V. sz.

Torontálmegye törökkanizsai járásához tartozó és Gyála, Szerbkeresztur és Ószentiván községekből álló **gyálai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással **1600 korona évi fizetés**, Gyálán természetbeni lakás s a szabályrendeletileg megállapított látogatási, hússzemle és halottkém díjak élvezete van egybekötve.

A megválasztandó körorvos a megyei orvosi nyugdíjintézetbe belépni köteles.

Felhívom azokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevéllel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal ellátott kérvényüket **f. évi június hó 25.-éig** a törökkanizsai szolgabíróhoz benyújtják.

Törökkanizsa, 1908. évi május hó 21.-én.

2-2

Tallian Emil, főszolgabíró.

2203/908. kig. sz.

Hunyad vármegye hátszegi járásban lévő és 32 községből álló **hátszegi körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, fuvarátalánya 600 korona és a községi szervezési szabályrendeletekben megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik községeit évnegyedeként egyszer beutazni. Úgy lakásán, mint hivatalos körútjai alkalmával a szegényeket ingyen tartozik gyógykezelni.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket **f. évi június hó 20. napján d. u. 5 óráig** hozzám annál is inkább adják be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Hátszeg, 1908. évi május hó 27.-én.

2-2

Fekete Károly, főszolgabíró.

A Hernádvölgyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság korompi gyártelepi munkástársaságánál rendszeresített **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótarási átalány, szabad garcon lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik s kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamódványok **f. évi június hó 15.-éig** alulírt címre intézendők.

2-2

Hernádvölgyi Magyar Vasipar R.-T.

Budapest, V., Nádor-utca 36., II. em.

136/908. sz.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán egy **alorvosi**, esetleg egy **segédorvosi**, továbbá az elmebetegosztályon egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztály alorvosi állásánál évi 1200 korona, a segédorvosi állásánál évi 1000 korona, az elmebeteg osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona és mindhárom állásnál lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat Méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához ezimzeve, hozzám **f. évi június hó 13.-áig** küldjék be.

Gyula, 1908. május hó 26.-án.

2-2

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

2862/1908. sz.

A vezetésem alatti budapest m. kir. állami elmegyógyintézetben megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetés, egy szobából álló szabad lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhívom mindazon orvostudor urakat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a Belügy-minister Úrhoz ezimzett, egykoronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és esetleg az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványukat a pályázati hirdetésnek a Budapesti Közlönyben történt első közzétételétől számított **négy hét alatt** hozzám nyújtják be.

Később érkező folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1908. május hó 23.-án.

Oláh Gusztáv dr., igazgató.

1079/908. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásában Alvincz nagyközség székhelyével bíró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az alvinczi egészségügyi kör az alvinczi, karnai, esőrai, bozsamezői körjegyzőségekből és oláhdályai jegyzőségből, összesen 11 községből áll, melyeket a megválasztott körorvos havonta kétszer, előre megállapított napokon tartozik bentazni.

A körorvos évi jövedelme a következő:

a) fizetés 1700 korona,
b) fuvarátalány 300 korona, mit Alvincz község pénztára havi előleges részletekben folyósít;

c) vagyonos betegektől a szabályrendeletileg megállapított díjak járnak.

A megválasztott körorvos tartozik a kör szegényeit ingyen gyógykezeltetni. Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályáznak, hogy 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt okmányokkal felszerelt pályázati kérésüket legkésőbb **1. évi június hó 30.-áig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mert az elkesztett pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

A választást **1. évi július hó 2.-án d. e. 9 órakor** Alvinczen a községházában fogom megtartani.

Alvincz, 1908. évi május hó 20.-án.

3-2

A főszolgabíró.

1361/908. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött és 89 községgel szervezett **tótkeresztúri körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **hozzám 1. évi június hó 14.-éig** beadják, a később érkezett kérvények figyelembe vételét nem fogom.

A körorvos illetményei:

a) évi fizetése 1000 korona,

b) évi fuvarátalány 600 korona,

c) évi trachomakezelési tiszteletdíja 600 korona,

d) trachomakezelési fuvar 760 korona,

e) a kézi gyógytartási jog és kötelezettség,

f) az egyezségileg megállapítandó látogatási díjak.

A körorvosi székhely hasonló nevű vasúti állomással bír.

A választást Tótkeresztúrra, az iskolai helyiségbe 1908. évi június hó 25. napjának d. e. 10 órájára kitűzöm és arra a körorvosi körbe osztott községek bíráit és 2-2 képviselőtestületi küldöttjét ezennel meghívom.

Muraszombat, 1908. évi május hó 12.-én.

3-3

Pósfay Pongrácz, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS
SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és légzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!
Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

BOROSZNÓ - GYÓGYFÜRDŐ

Zólyom megyében, mértföldekre terjedő fenyvesektől körülvett völgyben. — Vasúti állomás, posta, távirda, telefon a fürdőtelepen. — Por- és szélmentes havasi levegő. — Gyógytényezői: **Glaubersós forrásai ivógyógymódra használhatók** mindazon betegségeknek, melyeknek a karlsbadi kúra van javalva (gyomor-, máj-, epe-, vesebajok, ezukorbetegség, elhízás). A források vegyi összetétele csaknem azonos a karlsbadiakéval. — Jól berendezett **vizgyógyintézet**; **Kneipp-kúrára** alkalmas rét és patak. Szénsavas és fenyőfürdők. Hízaló és fekvő gyógymódok. Diatetikus kúrák. — Száznál több tiszta, száraz szoba. Konyha házi kezelésben. Olcsó árak. Állandó fürdőorvos. — Képes prospektust szívesen küld a tulajdonos: — **ROSENAUER LAJOS** Besztercebányáról.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 93% Extr. Thym. és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönbén typhusos tüdőinfiltrációknál.

Antithermikus hatása.
Gyermekek is rendkívül jól tűrik.
Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője JENCS VILMOS gyógyszerész,
Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

VIZGYÓGYINTÉZET
VÖSLAU-GAINFARN.

Déli vasúttal 1 órányira Béستől. Egész éven át nyitva.
Vasúti, posta-, távirda- és telefon-állomás (Vöslau 12).
Valamennyi természetes diatetikus gyógymód. — Négy külön szakmára oktató segédorvos.

Prospektusokat küld az intézet vezetősége vagy a vezető-tulajdonos:
Dr. THEODOR FRIEDMANN, WIEN, I., Operngasse 16. — Telefon 7274.
Az intézetben egy magyar ajkú segédorvos is van.

Higany-Resorbin
szürke és vörös

Szagtalan. Nem piszkít.

Minták és irodalom ingyen és bérmentve.

ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.
PHARMACEUTISCHE ABTEILUNG.
BERLIN S. O. 36.

Legtisztább inunctiók gyógy-mód. Graduált üvegtubusban
à 15 és 30 gm.
33 1/3 %
à 25 és 50 gm.
50 %

Rohitsch-Sauerbrunn
Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

TELJESEN ÁTALAKÍTVA.
Karlsbad, modernül berendezett vizgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, ezukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szívbjaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások.
Diatetikai és telepkúrák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vas Jakab: Közlés a budapesti Stefánia-gyermekekórházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.) A geny proteolysises reactiojának értékéről. 403. lap.

Benczur Gyula: Közlés a kir. magy. tud.-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr. egyet. ny. r. tanár.) Adatok a bakterium typhi és bakterium coli azonosságának kérdéséhez. 404. lap.

Wein Manó: A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról. 406. lap.

Tárecza. Arany S. Zsigmond: Az angol orvosi viszonyokról. 409. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. O. Lassar: Dermatologischer Jahresbericht. — **W. Stekel:** Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. — **Lapszemle. Belorvostan. Schultze, Krehl és Martius:** A Basedow-kór gyógyítása. — **Singer:** Bélzavarok a klimakteriumban. — **Boston:** Delirium tremens-statistika. — **Ideg-**

kórtan. A. Knapp: Haladás az agyvelődaganatok kórjelzésében. — **Gyermek-orvostan. Pachioni:** A veleszületett szívbántalmakban észlelhető cyanosis oka. — **Bucailler és Apert:** Nagyfokú tejelválasztás újszülött leánygyermekben. — **Börkórtan. V. Maar:** A Finsen-Reyn-féle és a Kromayer-féle quarezlámpa áthatolóképesége. — **P. Sobotka:** A cutisnyomák. — **Venerés bántalmak. F. Zinsser:** A lágyfékelyeknek melegvízes irrigálása. — **Kisebb közlemények az orvosságkörtől. Gaucher:** Szer syphilis súlyos eseteiben. — **Sabouraud:** Az intertrigo kezelése. — **Schilling:** Galandféreg elhajtása. — **Zeissl:** A kénesevel gyógyítás támogatása kevésbé súlyos syphilisekben. 412—415. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 415. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 415. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 416—420. lap.

Melléklet. Urológiai szemle. 2. sz. Szerkesztő: Illyés Géza dr., egyet. magántanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekekórházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

A geny proteolysises reactiojának értékéről.

Irta: **Vas Jakab** dr., kórházi segédorvos.

A gümös folyamatoknak biztos kórjelzése csaknem három évtized óta a gümöbacillus kimutatásához kötött. A Koch-bacillus felfedezése óta nem elégszünk meg többé a különböző klinikai fizikai vizsgálómódszerek segítségével nyert leletekkel, hanem ezeknek keretében a lehetőségig a kórokozó kimutatását is beilleszteni igyekszünk. Azonban közismert dolog, hogy egyrészt biztos gümőkórban is akárhányszor a legbehatóbb vizsgálattal sem sikerül a kórokozót kimutatni, másrészt nem egy esetben kétség merül fel aziránt, hogy valóban gümöbacillussal s nem valamely más savállóval van-e dolgunk.

Ez okból csakhamar más eljárásokhoz is folyamadtak vitás esetekben s ezek közül a bacillus tenyésztése s az állatoltás a klinikákon ma már általánosan használatos. E módszerek azonban a mellett, hogy hosszabb időt vesznek igénybe, megfelelő laboratoriumi berendezést és külön jártasságot is igényelnek s e miatt nem igen mentek át az általános gyakorlatba. Nem esodálkozhatunk azért, ha idővel a gümőkóros folyamatok körtermékeinek más irányú vizsgálata is honossá vált. Ilyen első sorban az izzadmányok cytologiai vizsgálata. Friss, nem gümös folyamatok izzadmányaiban a polynucleáris leukocyták, tuberculosus folyamatokéban a mononucleáris elemek uralkodnak, a mi mellett az izzadmány steril volta a gümőkórt támogatja. Az ez irányú pontos vizsgálatok azonban kimutatták, hogy a mononucleáris elemek túlsúlya csak általánosságban a folyamat idült volta mellett szól s nem utal a specielisan gümös megbetegedésre.

Hasonló czélzattal végzett vizsgálatokat **Colombino** s utána **Moscou**, kiknek feltűnt, hogy a tuberculosus-genyes vizeletben a leukocyták határai elmosódnak, csipkézettek, plasmájuk vacuolás, a magot megkülönböztetni alig lehet, granulatiojuk homályosan

festődik, míg a nem tuberculosus genyben a leukocyták kerek, szabályos alakja megtartott, magvuk, granulatiojuk ép, jól látható. Kivételeket azonban mindkét fajtajú genyben észleltek s azért ezen vizsgálat sem dönti el biztosan a kérdéses genynek minőségét.

Más okból végzett vizsgálataik közben **Müller** és **Jochmann** a tuberculosus s nem tuberculosus genynek a proteolysis szempontjából fennálló különböző viselkedésére mutattak. Thermophil bakteriumok vizsgálatok feltűnt nekik, hogy a Löffler-lemezre helyezett köpetesöppek 50°—60°-on a táptalajon bemélyedéseket idéznek elő. A szerzők fermenthatásra gondolnak, mert egyrészt kórokozó bakteriumok ilyen hőmérséken már nem fejlődnek, másrészt teljesen steril geny használatok is előállottak a reactio; viszont előzetesen 100°-ra hevítés után elmaradt. A folyamat lényege fehérje-oldás (proteolysis) és a fermenthatás, mint azt a vizsgálatok kimutatták, a polynucleáris leukocytákhoz van kötve. Így a myelogen leukaemiából származó vér kifejezett proteolysist létesített, míg az ép vér, illetőleg a lymphoid leukaemiából vett vér negatív eredményt adott. A myelogen leukaemia vérénél sokkal kifejezettebben proteolysises hatású a coccusgeny már 37° mellett is. A vizsgálatokat azonban helyesebben 50—60°-on végezzük, mert ezzel egyrészt a fermenthatást fokozzuk, másrészt a peptonizáló bakteriumok (pyocyanus) hatását kizárjuk. Ha friss, vérmentes coccusgenynek néhány cseppjét Löffler-lemezre teszszük s 50° mellett thermostatban tartjuk, néhány óra múlva gyorsan mélyedő vájulatokat kapunk, úgy hogy 1—2 nap múlva a táptalaj likas sajthoz hasonló. Ezzel szemben a tuberculosus geny nem mutatja ezt a hatást.

Ezen eredmények vezették **Müller**-t egy másik eljárás kidolgozására. Ha ugyanis a kérdéses genynek néhány cseppjét Millon-reagensbe öntjük, akkor a szerint, a mint coccusgenynyel vagy tuberculosus genynyel végeztük a vizsgálatot, vagy szétfolyó hártya képződik, mely 5—10 perc múlva a folyadékba diffundál s téglavörösré festi, avagy szívós összeálló tömeget alkot a geny, mely borsó- vagy babalakban helyeződik el, nem diffundál, a folyadékot tehát nem festi meg. Maga a geny azonban mindkét esetben vörösré festődik. E módszer szintén proteolysises fermenthatáson alapszik. A coccusgeny ugyanis a polynucleáris leukocytákhoz kötött fermentgazdagságánál fogva nagyobb mennyiségű oldott fehérjét

tartalmaz, mely erősebb megalvadás híjában a folyadékban diffundál s aromás csoportoktól feltételezett vörös színt ad. Ezzel szemben a tuberculosus geny nagyobb mennyiségű nem oldott fehérjéből áll, melyet a reagens egyszerűen csapadékká változtat.

Müller-nek és Jochmann-nak a proteolysis körül szerzett ezen érdekes tapasztalatai birtak rá, hogy utánvizsgáljam, mennyiben használható fel a proteolysis a tuberculosus genynek a nem tuberculosustól való megkülönböztetésére. Célom elérésére legalkalmasabbnak találtam a proteolysisen alapuló, fentebb ismertetett két eljárást, tudniillik a Müller-Jochmann-félet (Löffler-lemezen, thermostatban) és a Müller-félet (Millon-reagenssel) ugyanazon esetekben párhuzamosan alkalmazni, hogy az így nyert megegyező, avagy eltérő eredményekből következtethessék a módszer megbízhatóságára. Vizsgálataimat majdnem teljesen Müller-Jochmann illetve Müller utasítása szerint végeztem. Főleg arra ügyeltem, hogy vérmentes genyet használjak, mert a friss vér antifermentjei gátolják a proteolysist, továbbá, hogy elegendő mennyiségű genynyel dolgozzam, mert csak így értem el a reagens esetleges megfestődését.

A Müller-Jochmann-féle proteolysist Petri-csészében vizsgáltam, melyben szőlőcukros bouillont tartalmazó elég vastag réteg megalvadt vérsavó volt. A vizsgálandó genyből több cseppet a táptalaj különböző, lehetőleg legvastagabb helyeire tettem s azután thermostatban tartottam 16—24 óráig.

A Müller-féle eljárást a szerző utasítása szerint készített Millon-reagenssel (1 r. Hg-t feloldunk 1 r. salétromsavban s hígítjuk 2 r. vízzel, az esetleg képződő csapadékról a folyadékot tisztán leöntjük) végeztem, melyből esetenként 2 porcelláncsészébe egyforma mennyiséget, körülbelül 4—5 cm³-t öntöttem. Az egyik csészébe cseppentettem a vizsgálandó genyből centrálisan több cseppet, a másik csészében levő reagens arra szolgált, hogy vele az előbbiben történő színváltozást ellenőrizsem.

Vizsgált eseteim röviden a következők:

	A Millon-reagens vöröses festődése:	A proteolysis a Löffler-lemezen:
1. Tüdőlob után támadt friss genymell	positív	positív
2. " " " " " " " "	"	"
3. Hörgőn áttört s kiköpött empyema genye	gyengén pozitív	gyengén pozitív
4. Csigolyaszúvasodás esetében képződött súlyedékes tályog	negatív	negatív
5. A háton levő friss tályog (bordacariesnek imponált)	positív	positív
6. Állítólag 3 hó óta fennálló genymell	gyengén pozitív	negatív
7. Elgenyedt nyaki mirigy	gyengén pozitív	negatív
8. Körülbelül 4 hó óta fennálló empyema	negatív	negatív
9. Friss genymell	positív	positív
10. Zavaros lumbal punctiós folyadék	gyengén pozitív	negatív
11. " " " " " " " "	negatív	gyengén pozitív
12. Friss metapneumoniás genymell	positív	positív
13. Furunculusból vett geny	"	"
14. Tüdőlob utáni friss genymell	"	"
15. Elgenyedt hónalmirigy	gyengén pozitív	gyengén pozitív
16. Ujszülött genyes emlőmirigylobja	positív	positív
17. Tarkótályog (10 napos)	negatív	gyengén pozitív
18. Czombtályog gümőkóros periostitis kapesán	negatív	negatív
19. Czombtályog, a műtét előtt gümös esipő-izületre gondoltunk	positív	positív
20. Caries costae, mely áttörő genymellnek imponált	negatív	negatív
21. Gümös térdizületi tályog	"	"
22. A háton levő hidegtályog	"	"

Röviden összefoglalva az eredményeket, látjuk, hogy a friss tályogok eseteiben és az öt friss genymell-esetben a Millon-reagens erősen vörösre színeződött s ugyanakkor a Löffler-lemezen legalább 3—4 mm.-nyi bemélyedés volt észlelhető. Három idültebb lefolyású

genymell, két elgenyedt mirigy és két lumbal punctiós folyadék esetében nem teljesen egybevágóan gyengén pozitív illetve negatív volt mindkét reactio. Végül négy csontgümőkör kapesán támadt hideg tályog esetében a Millon-reagens teljesen tiszta maradt s ugyan-ezen esetekben a proteolysis a Löffler-lemezen is teljesen negatív volt. Három ízben tisztán diagnostikai célból történt a vizsgálat (5., 19., 20. sz.), midőn is az 5. és 19. számú esetben acut s a 20. számú esetben tuberculosus folyamat mellett döntött a proteolysis. Az eredmény helyes voltát mindhárom esetben a később végzett műtét is igazolta.

A felsorolt párhuzamos eseteken kívül még több ízben tisztán csak a Müller-féle Millon-próbát használtam, midőn is az említett eredményekhez teljesen hasonlókat észleltem s ezért egyenként való felsorolásukat mellőzöm.

Mindezek után tapasztalataimat a következőkben foglalhatom össze:

1. Bár a proteolysis a tuberculosus genynek a nem tuberculosustól való megkülönböztetésére nem nyújt minden esetben teljesen biztos támpontot, mégis a klinikai tünetek figyelembevételével — a cytologiai vizsgálathoz hasonlóan — igen sok esetben legalább a kóros folyamat friss avagy idült voltára elég megbízható módon figyelmeztet.

2. Minthogy a Millon-reagens vörösre színeződése és a táptalajon való pozitív proteolysis nem tuberculosus geny fennforgásakor, illetve a Millon-reagens meg nem festődése és negatív proteolysis tuberculosus geny fennforgásakor az eseteknek túlnyomó számában párhuzamosan jelentkeznek, szükség esetén elegendőnek tartom a Müller-féle Millon-próba alkalmazását, annál is inkább, mert különösebb laboratoriumi berendezést vagy speciális jártasságot nem igényel s néhány perc alatt könnyen végezhető.

Irodalom. Moscon: Diagnostic de la tuberculose de l'appareil génito-urinaire d'après l'examen microscopique des urines. (Annal. des malad. des organ. génit.-urin. 1906.) — Müller-Jochmann: Über eine einfache Methode zum Nachweis proteolytischer Fermentwirkungen. (Münchener med. Wochenschrift, 1906.) — Müller Edv.: Das Millonsche Reagens, ein weiteres Hilfsmittel zur raschen Unterscheidung von tuberc. und anderen Eiterungen. — Müller-Kolaczek: Über ein einfaches Hilfsmittel zur Unterscheidung tuberc. und ander. Eiterungen. (Wiener med. Wochenschrift, 1907.)

Közlés a kir. magy. tud.-egyetem bakteriologiai intézetéből.
Igazgató: Preisz Hugó dr. egyet. ny. r. tanár.

Adatok a bakterium typhi és bakterium coli azonosságának kérdéséhez.

Írta: Benczur Gyula dr.

Kevés idővel reá, hogy Eberth és Gaffky a typhus kór okozóját felfedezte, felmerült ama kérdés, vajjon a typhusbacillus valóban önálló bacillusfaj, avagy pedig csak a bakterium coli egy válfaja. A kutatók legnagyobb része azon álláspontot foglalta el, hogy a typhuskórokozó a colival rokon, morfológiailag és biológiailag vele sok tekintetben megegyező, de mégis külön bacillusfaj. Mások azon nézetnek adtak kifejezést, hogy a kétféle bacillus lényegében azonos, csak némely tulajdonságuk, nevezetesen virulentiájuk, a külső körülményekhez való alkalmazkodás folytán különbözik. Ez utóbbi nézetnek főleg a francziák és olaszok között akadtak védői. Vailland, Rodet, Berend szerint a typhusbacillus a colinak csak válfaja. Martogglio, utána Valenti ezen állítást kísérletileg is bebizonyította, a mennyiben egy similitiphinek nevezett bakteriumot többszörös állatpassage által (rovarbélben tenyésztve), továbbá anaërob culturában, vagy pedig oly tápanyagon tenyésztve, mely a typhus- és colibacillus oldhatatlan productumait tartalmazta, colivá sikerült átalakítani. E szerzők azt állítják, hogy nemcsak környezetünkben, hanem szervezetünkben is vannak oly typhusszerű bacillusok, melyek ártalmatlanok ugyan, de bizonyos körülmények között oly tulajdonságokat vesznek fel, hogy lehetetlen őket a typhustól megkülönböztetni. Appel állítólag oly beteget kezelte, ki vizeletével hónapokon keresztül egy a typhus és coli között álló (nem paratyphus) bacillust ürített a nélkül, hogy egészsége legesekélyebb mértékben meg lett volna zavarva. De Haan és de Jonge pedig typhusszerű járványt írt le, melynek okozója a bakterium coli volt. Mjosnikow hang-

súlyozza, hogy a különböző colifajok tulajdonságai annyira eltérnek, hogy némely colifaj a másikhoz távolabb áll, mint a typhushoz. *Gaussen* egyenesen azt állítja, hogy typhusos beteg székéből ki-tenyésztett typhusbacillust hosszabb ideig 37.5 C°-on hagyott állni, mire a bacillus colivá változott, továbbá hogy ugorkán, répán és 15 C°-on bouillonban tenyésztett coli a typhusbacillus tulajdonságait vette fel, sőt typhussavó hozzáadására agglutinált és hogy e bakteriumok 37.5 C°-on tenyésztve ismét colivá változtak vissza.

Hogy a typhus- és colibacillus oly könnyen átváltozhatik egymással, a tudomány mai állása szerint nem valószínű. A paratyphus és a *Gärtner*-féle bakterium enteritidisen ugyan oly mikro-organismusként tanultunk megismerni, melyek a coli és az *Eberth*-féle bacillus között mintegy átmenetet alkotnak, de ennek ellenére nem sikerült kimutatni, hogy az említett bakteriumok bármelyike a külső körülmények hatása alatt a másikká átváltozna. A bacillusok alakjára, sőt némely biológiai tulajdonságára a táptalaj, melyen tenyésznek, avagy más körülmény befolyással bírhat ugyan, sőt agglutinációs képességük is csökkenhet illetőleg fokozódhatik, de mindez nem elegendő arra, hogy a bacillusok azonosságát bizonyítsa.

Újabban *Tarchetti* hangsúlyozta a typhus- és colibacillus azonosságát. Szerinte a typhus a coliból keletkezik azáltal, hogy a coli virulenciája feltűnően fokozódik, illetőleg a szervezet ellenállóképessége csökken. Azt állítja, hogy sikerült neki typhus- és colibacillust közönséges, de egyforma táptalajon hosszabb ideig tenyésztve, a két bacillus tulajdonságait egymáshoz közelíteni, valamint, hogy a kétféle bakterium előnytelen fény- vagy hőviszonyok között, avagy fejlődésükre gátlólag ható táptalajon tenyésztve egymáshoz hasonló tulajdonságokat vett fel.

Tekintettel azokra a nem ritkán lényeges módosulásokra, a melyeket mesterségesen továbbtenyésztett vagy szándékosan szelídített bakteriumok már aránylag rövid idő alatt is elszenvednek, *Preis* tanár azt ajánlotta, hogy néhány hasonló kísérletet végezzek. E kísérletek célja az volt, hogy megfigyeljük, vajjon megváltoznak-e a typhus- és colibacillusok tulajdonságai, ha számos generáción keresztül oly körülmények között tenyésztjük őket, melyek fejlődésüket ugyan nem akadályozzák teljesen, de mégis nagy mértékben gátolják.

Nevezetesen érdekelt, hogy az ekkép tenyésztett bacillusok tulajdonságai közelednek-e egymás felé.

E célból 2 typhus- és 2 colitörzset használtam. Mind a 4 törzs a typhus, illetőleg coli összes jellemző tulajdonságaival bírt. A 4 törzset thermostatban 43 C°-on tenyésztettem. Ennél magasabb hőben e bacillusok ugyanis hosszabb ideig igen nehezen tenyésztethetők, a mit az is bizonyít, hogy midőn a thermostat hője egy ízben 44—45 C°-ra emelkedett, egyik colitörzsem elpusztult, úgy hogy tenyésztését újból kellett kezdenem. A négy törzset naponta átoltva, e hőn 100 generáción át tenyésztettem. Ezenkívül mind a négy törzset annyira lúgos vegyhatású táptalajon tenyésztettem, hogy a bacillusok azon gyéren épen még fejlődtek. E táptalajt úgy nyertem, hogy a rendesen használatos lakmuspapírosra gyengén alkáliásan reagáló agar 20 cm³-éhez 8 csepp normal natronlúgot adtam. A két typhust e tápanyagon a 75., a colit a 65. generációig tenyésztettem.

Azáltal, hogy 20 cm³ agarhoz 5 csepp normál sósavat adtam, oly savanyúságú táptalajt nyertem, melyen a két bacillus gyéren még fejlődött. A két typhust e táptalajon a 60., a két colitörzset a 75. generációig tenyésztettem.

Az agarhoz 20/0-os chininoldatból néhány cseppet adtam (eleinte 5 cm³ agarra 1, majd 6 cseppet). E táptalajon az egyik typhus- és az egyik colitörzset tenyésztettem. A másik typhus-törzs e táptalajon 3—4 generáció után mindig elpusztult; a másik coli pedig a chinin ellen oly nagyfokú érzékenységet tanúsított, hogy a chininoldat 1 cseppjének hozzáadására sem tenyésztett. E talajon az említett typhustörzset a 70., a colit a 80. generációig tenyésztettem. Végül egy typhus- és egy colitörzset akképen tenyésztettem, hogy közönséges agarra oltván, a kémlőcsövet elzáró vattára 2—3 csepp 10/0-os formalint csöppenttem. Ily módon a bacillusok mindig csak gyéren, az agarfelület alsó részén fejlődtek. A typhus-törzs a 30. generáción túl nem tenyésztett, a colit a 90.-ig sikerült tenyésztenem.

Hogy kísérleteim befejeztéig némely táptalajon a 100., a másikon csak a 60. generációt értem el, annak oka az, hogy a

tenyésztésre lehetőleg előnytelen körülményeket teremtve, a bacillusok néha igen lassan, csak 48 óra alatt fejlődtek, máskor egyáltalán nem, úgy, hogy egy régebbi tenyésztetből újból és újból kellett oltanom, míg friss tenyésztet nyertem. Általában tapasztaltam, hogy a bacillusok a fejlődésüket gátló hatásokat némileg megszokták, a mit legjobban abból lehetett látni, hogy eleinte egy agarcsőhöz 20/0 chininből 1 cseppet adva alig fejlődött tenyésztet, utóbb pedig 6 csepp hozzáadására is elég bőven fejlődött.

Az említett, a fejlődésre gátlólag ható körülmények között tenyésztett bacillusok 60—100 generációjának morfológiai tulajdonságait, mozgékonyosságát, különböző táptalajokkal szemben való viselkedését, agglutinációs viszonyait és pathogenitását vizsgáltam és összehasonlítottam az eredeti törzsekkel, melyeket időközben kéthetenként közönséges agarra oltottam át. Ekkor azt találtam, hogy a coli alakját nagyobb mértékben változtatta, mint a typhus. Mint ismeretes, a bacillusok alakja különböző behatásokra sokszor megváltozik. Az általam tenyésztett colibacillusok is lúgos táptalajon hosszabb, vastagabb külsőt öltöttek, savanyú táptalajon pedig coccusszerű alakot vettek fel. A typhus e táptalajokon nem változtatta alakját. A chinines táptalajon úgy a coli, mint a typhus kissé megnyúlt és megvastagodott. Hasonló alakot vett fel a formalingőzben tenyésztett colibacillus is.

A nevezett módon tenyésztett összes bacillusok hasonló mozgékonytságot mutattak mint az eredeti törzsek bacillusai.

Vizsgáltam miképen viselkednek a bacillusok tejjel szemben, szőlőcukros agaron, *Conradi-Drigalski*-féle táptalajon, *Endo*-agaron, burgonyán, *Petruschky*-féle lakmussavóba oltva és adnak-e indolreactiót.

Azt találtam, hogy a fejlődésre gátló hatás alatt tenyésztett valamennyi typhuskultúra utolsó generációja teljesen úgy viselkedett, mint az eredeti: a tejet nem alvasztotta, szőlőcukron gázt nem fejlesztett, a *Conradi-Drigalski*-táptalajt nem vöröszítette, az *Endo*-agaron fehéres lepedéket alkotott, a *Petruschky*-féle lakmussavó alig zavarosította és csak kis fokban savanyította, indolreactiót nem adott, burgonyán finom lepedéket alkotott. Hasonlóképen valamennyi általam tenyésztett coli utolsó generációja teljesen úgy viselkedett, mint az alapkultúra bacillusai: a tejet alvasztották, szőlőcukros agaron gázt fejlesztettek, a *Conradi-Drigalski*-táptalajt elpirosították, *Endo*-agaron vörös telepek alakjában nőttek, a *Petruschky*-féle savót zavarosították és elsavanyították, indolreactiót adtak, a burgonyán barnás vastagabb lepedéket alkottak.

Az agglutinációs viszonyokat illetőleg az egyik typhustörzs bacillusait a typhussavó 1:8000—10,000 hígításban agglutinálta, a másikat 1:16,000—18,000 hígításban is. Körülbelül ugyanilyen hígításban következett be még a káros hatások alatt tenyésztett bacillusoknak agglutinációja is.

A colitörzsek agglutinációját akképen vizsgáltam, hogy a két törzsszel egy-egy házinyulat oltván, ezen állatoknak 7 nappal később vett serumával úgy az eredeti, mint a tenyésztett bacillusok agglutináló képességét vizsgáltam. Lényeges különbséget azonban itt sem találtam. Az egyik colitörzs úgy eredeti, mint továbbtenyésztett bacillusait a megfelelő serum 1:2000-szeres hígításig, a másik colitörzs úgy eredeti mint továbbtenyésztett bacillusait a megfelelő savó 1:1000-szeres hígításig agglutinálta.

Végül a két typhustörzs pathogenitását is vizsgáltam és azt találtam, hogy az egyik alapkultúrából 2 kacsnyi mennyiség megölt egy tengerimalacot, míg az említett táptalajokon tenyésztett kulturák egész kulturányi mennyiség sem ölte meg az állatot. Hasonlót találtam a másik typhustörzsre vonatkozólag is, csak hogy ott az eredeti kultúra hasonló mennyisége sem ölte meg a tengerimalacot. A pathogenitás e csökkenése tehát csak ama régen ismert tényt erősíti meg, hogy a hosszasan laboratóriumban tenyésztett typhus-kulturák pathogenitása csökken.

Kísérleteimből tehát kitűnik, hogy a fejlődésre gátló befolyások alatt számos (60—100) generáción át tenyésztett typhus- és colibacillusok tulajdonságai e káros befolyás alatt nem igen változnak meg.

Nem tartom megengedhetőnek, hogy e néhány kísérletről messzemenő következtetést vonjak. Hiszen lehetséges, hogy ugyanily körülmények között sokkal tovább tenyésztett bacillusok csakugyan megváltoznak; még inkább lehetséges, hogy más specifikus táptalajokon, vagy a szervezetben adott befolyások alatt a typhus- és

colibacillusok valóban átváltozhatnak. De kísérleteimből annyi mindenestre következik, hogy a két bacillus tulajdonságai nagyobb fokú állandóságot mutatnak és nem annyira változékonyak, mint azt *Turchetti* és mások feltüntetik. Pedig a míg kísérleti bizonyítékaink nincsenek, addig nem vagyunk feljogosítva a feltevésre, hogy a szabad természetben vagy az ember szervezetében a colibacillus typhusbacillussá átalakulhatna s hogy e szerint a némely francia szerző által emlegetett autotypisatio valóban léteznék.

Végül kedves kötelességem Preisz tanárnak, kinek szíves támogatásával e kísérleteket végeztem, hálás köszönetemet kifejezni.

A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról.

Irta: *Wein Manó* dr. műtőorvos, a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

(Vége.)

IX. 1908. január 18. A. L. 21 éves, nőtlen, vasesztérgályos, öröklöttten nem terhelt.

13 éves korában csontszúvasodása fejlődött bal térdében. A kórházból 18 havi gyógyítás után kiküldték, miután nyolcszor operáltak volt. Lába gyenyedt. Három évig dolgozott vele, míg 1906 márciusában amputálták a csomb közepén.

A kórházból egészségesen távozott. Hat hónap előtt állkaposa bal oldalt megdagadt és felvágta a masseter hátulsó szélének megfelelően; egy hónappal később a daganat a vízszintes ág közepén és annak szélén magától felfakadt. A bal első örlőfog szúvas. Az arczon ennek megfelelően 4×3 cm.-nyi scrophuloderma, a mely alatt kis diónyi zsákban hig csontev gyülemlik meg. Két nyíláson át az első örlőfog felé a csonthoz, hátul, a behúzódó heg közepén szintén a csonthoz, de hátrafelé vezet a kutató.

Hat hét előtt bal könyökizülete megdagadt (arthritis tuberculosa), a mely egy helyen kifakadt és gyenyed; most gypskötés van rajta.

A beteg izom- és csontrendszere jól fejlődött, mirigyei nincsenek. Nem köhög, tüdeje ép.

Január 25. 19.-étől naponként, összesen 6-szor, 5 cm^3 Marmorek-serum befecskendést kapott végelébbe. Hőmérséke reggel $36.0-37.2$, délnélben $36.4-37.4$, este $36.6-37.6$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozott. Gyengébbnek érzi magát és még mindig fokozottak a fájdalmak. Karja is még mindig dagadtabb. Az arczon levő seb is erősebben gyenyed.

Február 1. Január 28.-áig kapott folytonosan naponként 5 cm^3 Marmorek-serumot p. r. (Összesen 10-szer.) Hőmérséke reggel $36.3-36.7$, délnélben $36.0-36.9$, este $36.5-37.7$ $^{\circ}\text{C}$ között ingadozott. Az arczon az elülső scrophuloderma tömött, heges, majdnem teljesen meggyógyult. A hátulsó sipoly is pontszerű, alig gyenyed, környéke csak éjjel fáj. Egészen erősebbnek érzi magát.

Február 8. Hőmérsékei $36.2-37.7$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakoznak. Arczán az elülső scrophuloderma ráncos heggé alakult, begyógyult. A hátulsó sipoly alig gombostűfej nagyságú, épen csak hogy nedvedzik. Karja nem fáj. Jól érzi magát, jól néz ki.

Február 24. 9.-étől 19.-éig naponként kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot p. r. (Összesen 21-szer.) Hőmérséke reggel $36.1-36.9$, délnélben $36.1-36.7$, este $36.6-37.7$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozott. A bal könyöke nem fáj, ellenben a jobb könyökén a belső epicondylus humeri körül duzzanat van és az izület nyomásra fájdalmas, mozgásai korlátozottak. Arczán a scrophuloderma begyógyult, a hátulsó sipoly még gyenyed. Foga még nincsen eltávolítva.

Február 26. Status idem. A rossz fogát eltávolítottuk és a hátulsó sipolyt kikaptuk. A bal könyöksipolya begyógyult. Az izület megnyugodott, de két helyen hullámzó rész van jelen. (Röntgen-felvételek.)

Március 2. A Röntgen-photographiák közül különösen a 2. sz. mutatja világosan a viszonyokat. A porcfelületek körvonalai teljesen elmosódtak, az izületi véget mintegy fátyol borítja. A fossa coronoidea helyén áttörés. Az izületi tokzsaklag árnyéka mindenhol látható. Az ulna izületi felületei szintén súlyosan betegek; az ulnában rarificatio látható (határai elmosódtak).

A jobb könyök igen éles Röntgen-photographiája szerint a jobb ulna proc. coronoidea alatt az olecranonban mint periarticularis körülírt göcz erősen rarifikált csontszövet látható.

Az arczon az elülső, kelomás heggel gyógyult, scrophuloderma sipoly legfelsőbb pontján újból kimaródott, a hátulsó sipolyból geny ürül és kissé halovány, de nem taplós sarjakkal bélelt.

Március 6. 3.-a óta naponként kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot p. r. (Összesen 25-ször.) Hőmérséke reggel 36.5 , délnélben $36.1-36.4$, este $37.2-37.4$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozott. Március 3.-a (22. injectio) óta erős hasmenése van, úgy hogy már 4 órával az injectio után székelnie kell. Erősen izzad éjjelenként. Jobb könyökizülete nem oly érzékeny. Pontos vizsgálatra csakis az ulnának a radius felé tekintő széle fájdalmas a capitulum radii magasságában. A 4. sz. Röntgen-photographián látható fátyolszerű elborulás valószínűleg az izületi tokzsaklagot vastagító fungusra vonatkozik, a mely, a hogy ez most a különben lelohadtabb könyökön jobban kifejeződik, az epicondylus lateralis és az olecranon külső széle közötti téren nőtt vaskos tömeggé. Az izület ezen pontján hőemelkedés is észlelhető.

A bal könyöke némelyest lelohadt, érzéketlen, helyenként nagy

fluctuáló részletek az izületben és a felkar elülső és hátulsó részén. A külső könyökbütyök feletti rész felfakadt, hig gümös ev ürül ki.

Este narcosisban Langenbeck-féle metszéssel feltárjuk a bal könyökizületet. Az olecranonban és a humerusban egy-egy osteitis gócz. Az ulna egész izületi felületét az olecranonnal és a proc. coronoideussal eltávolítjuk. Az incisura radii ki kell takarítani, mert ez is beteg, fungussal kitelődött. A radiusról a fungosus sarjakat késsel eltávolítjuk. A humerus a fossa coronoideaából a fossa olecrani felé áttörött, jó kétfilleres defectus van rajta. A csontgócz kitakarításakor tapasztaljuk, hogy a fungosus sarjak a csont elülső felületén messze felterjednek és magas helyen előre felé áttörve, a biceps alatt gyermekenyrnyi fungusokkal bélelt tályog képződött. A triceps fölött szintén hatalmas tályog, a mely az izület külső oldalán, a könyökhajlat magasságában végződik, befelé a sulcus bicipitalis med. szélén draineizhető. Ezeket a bonyodalmas viszonyokat nem mertük meghagyni. A humerust az epiphysis határán resekáljuk, a tályogokat a fungusoknak éles kanállal való kitakarítása után az izület helyén visszamaradt üreg felé szélesen feltárjuk és kifelé is drainezzük. A sebüregeket lazán kitömököljük. Gypssin a feszítő oldalon 90° alatt behajlítva tartja a kart. A műtétilelet a Röntgen-felvétel leletét teljesen igazolta.

Március 14. Műtét után két napig fájdalmak. Legmagasabb hőmérsék 37.8 $^{\circ}\text{C}$. Március 10.-én már 37.0 $^{\circ}\text{C}$ alatti hőmérsékek. Azóta egyszer sem érte el a 37.0 $^{\circ}\text{C}$ -ot. A seb igen szépen sarjadzik. Jobb könyöke nem fáj, jól hajlik, de nyújtani csak $110-115^{\circ}$ -ig tudja. Ha tovább nyújtja, fájdalmakat érez. Arczán a sipolyonilás még nem gyógyult be, de igen keveset gyenyed.

A jobb könyök a könyökhajlatban mérve: ha a külső epicondylus legnagyobb domborulatán vezetem át a mérőszalagot 21.5 cm., ha a belső epicondylus legnagyobb domborulatán át mérek 24.5 cm. Testsúlya 44.3 kgm.

Március 17. 15.-étől naponként 10 cm^3 Marmorek-serumot kapott p. r. (Összesen 28-szor; 25-ször 5 cm^3 , 3-szor 10 cm^3 .)

Hőmérséke reggel $35.7-36.3$, délnélben $35.9-36.5$, este $36.4-37.2$ között váltakozott. A jobb könyöke a 2.10 cm^3 Marmorek-serum adása óta jobban fáj. A legnagyobb domborulat felett 24 cm., az epicondylus felett 21.5 cm. Nem olyan forró, mint eleinte, de a kinyújtás valamivel hiányosabb, ellenben behajlítani 85° -ig tudja.

Március 21. 17.-étől nem kapott injectiókat, s azóta fájdalmak fokozódtak.

Április 11. Március 22.-én kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot. Hőmérsékei $35.6-37.2$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakoznak. Jobb könyöke némelyest megnyugodott. Étvágya rossz, de jól alszik; éjjel izzad. A Marmorek-serumadagolást újból megkezdé.

X. 1908. január 19. N. J. 21 éves, nőtlen, asztalos. 15 éves kora óta mirigydaganatai fejlődnek, azelőtt mindig egészséges volt. Öröklöttten nem terhelt. Születését előzőleg anyja a VII. hónapban vetélt.

Öt év óta számtalan műtételen ment keresztül. Teli van hegekkel az arcza, a nyaka mindkét oldalt, sőt a sternum fölött is van egy nagy csillagos heg.

Három év előtt perichondritis externa laryngis radikális műtétellel végeztem rajta, a melynek a hegje egy ponton azóta is mindig folyik.

1906-ban szételésfélben levő mirigyei voltak és 5 cm^3 Marmorek-seruminjectiót kapott, de többé nem jelentkezett.

1907-ben Csizben volt. Fürdőkúrája után mirigyszétesései miatt megoperáltak.

Jelenállapot: A jobb oldalon az áll alatt mogyorónyi, szételésben levő, a bőrrel is összekapaszkodott mirigy van, a mely fölött a bőr is némelyest pirosan elszínesedett. A jobb nyakfélen, egy régi heg alatt beszűrődés, a mely igen érzékeny. Ezenkívül a legutóbbi operációs hegen is még egy sipoly, a mely gyenyed. A perichondritis laryngisból származó heg is mintha fel volna dörzsölve (a beteg azt állítja, hogy nincsen begyógyulva). A beteg rekedt, most dolgozik. Soványszik. 73.5 kilogramm a testsúlya.

Február 8. Február 4.-étől másodnaponként kap 5 cm^3 Marmorek-serumot a végelébbe. Hőmérséke reggel $36.8-37.1$, délnélben $36.8-37.4$, este $36.4-37$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozik. A hegen a nyak jobb oldalán a szételés mirigy megduzzadt, fölötté egy újabb mirigymegnagyobbodás, a mely fájdalmas. Baloldalt az áll alatt és az állkapocs szögletében egy-egy mogyorónyi mirigydaganat fejlődött.

Február 15. Február 9.-étől naponként kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot p. r. (Összesen 10-szer.) Hőmérséke reggel $36.9-37.4$, délnélben $36.8-37.8$, este $36.8-37.4$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozik. A mióta minden nap kap Marmorek-befecskendést, étvágyát alig bírja csillapítani és kedélye is megváltozott. „*Ötször kell ennem és mégis éhes vagyok.*“ Ereje is meggyarapodott. „*Most már nem izzadok, pedig azelőtt csavarni lehetett belőlem a vizet.*“ Az összes laesiók igen kifejezett reactiót mutatnak. A hegek megduzzadtak, több helyen felpattantak, gyenyednek. A jobb oldalon az állalatti mirigy felpattant, gyenyed. A jobboldali hegen levő érzékeny mirigydaganat megpuhult, semmit sem fájdalmas. Az alatta levő mirigyszétesés megpuhult, ellazult, alig található. A perichondritis sipolya erősebben gyenyed. *Hangja lényegesen javult.*

Eddig szakorvos véleménye alapján az aphonyát arra vezettük vissza, hogy valamelyik műtételnél idegsérülés történt és az így létesült hűdés okozza a hangtalanságot. A hang visszatérte figyelmünket a hangszalagok állapotára terelte, mert fel kellett tennünk, hogy a javulást a Marmorek-serum specifikus hatásának köszönhetjük.

Február 16. Lénárt dr. megvizsgálta a gégét. A jobb hangszalag erős tuberculosus infiltratioja van jelen, a mely előző javulás jeleit mutatja. Feltévésünk tehát beigazolódott.

Március 2. Hőmérséke reggel 36,5—37,2, délnél 36,8—37,4, este 36,6—37,5 C° között váltakozik, úgy hogy nem volt napja, a melyen a hőmérsék a 37,0 C°-fokot el ne érte volna legalább is egy ízben. Bal állszöglete mögött egy újabb mirigyduzzanat, mely mogoróny. A többi laesio nem fájdalmas, de még mindig a sipolyok környékén irritatio tüneteit mutatja. Február 28-án azzal a panaszszal mutatta be magát, hogy jobb oldalán szúrásai vannak. Vizsgálatkor a VIII—IX. borda magasságában kifejezett crepitatio, a környék nyomásra is fájdalmas volt. Akkor lélekzése az oldalszegezések miatt akadályozott volt. Most crepitatio nem hallható, de a környék nyomásra még érzékeny.

Március 8. Március 3-ától naponként (összesen 16-szor) kapott 5 cm³ Marmorek-serumot p. r. Hőmérséke reggel 36,7—37,2, délnél 36,4—37,4, este 36,9—37,3 C° között váltakozik, csak a 14. befecskendés után egyszer volt este 38,3 C° hőemelkedése. Jelenleg testsúlya 77,5 kgm., tehát karácsony óta 4 kgm.-ot hízott. A jobb oldali crepitatio helyén csak érdes lélekzés, nem fáj a hely nyomásra sem. A nyak jobb oldalán levő heg felfakadt, kevés sűrű, véres geny ürült. A jobb állszöglet alatti mirigy teljesen szétesett, a bőr fölötté piros. A többi képződött mirigy kisebb, laposabb, de mindannyi hullámszik és a melletti periadenitistől mentes, érzéketlen és csak a tokjuk megvastagodott. Egészen különös, hogy ezek a puha, szétesett mirigyek milyen mozgékonyak, szabadok. Az állalatti szétesett mirigy már meggyógyult. A jobboldali hegekben levő, az injectiók alatt fájdalmasan fejlődött mirigyek teljesen visszafejlődtek, nem találhatók. Hangja újból javult. Közérzete kitünő, jól eszik, alszik. Már csak elvéve egyszer-mászor köhög.

Március 15. Március 12-éig folytatólagosan naponként (összesen 20-szor) kapott 5 cm³ Marmorek-serumot.

Hőmérséke reggel 36,9—37,2, délnél 36,5—37,0, este 37,3—37,7 között váltakozik. A mióta Marmorek-serumot nem kap, gégéje jobban van. Az utolsó injectiók alatt nyelni is nehezen tudott, annyira fáj, (reactio a gége laesioján) most a nyelés is szabad. Jobb oldala még mindig fáj, szúr, annyira, hogy ezen az oldalon feküdni sem tud. Nem köhög. Különböző közérzete kitünő.

XIII. 1908 február 18. B. K. 33 éves, nős, asztalos. Atyja 44 éves korában tüdővészben halt meg, anyja egészséges. Testvérei közül egy 27 éves korában tüdővészben elhalt, többi testvére egészséges. Gyermekei egészségesek, de gyengék, számarhurutot állottak ki. 3 év előttig egészséges volt. Ekkor pinzehelyiségben dolgozott és a szegysont végétől jobbra daganata támadt, a melyet fel kellett vágni, kikaparták és begyógyult. Most mellette nagy tályog fejlődött; meg lett állapítva, hogy 3 bordája beteg. Tavaly a bal hónaljban számos mirigye szétesett, ezeket eltávolították (6-szor operálták). Túltengő kelomás hegei vannak itt, a melyek alatt a kötőszövet tegnap óta újból meglobosodott; lázasnak is érzi magát, feje is fáj, karját nem tudja felemelni.

A jobb oldalon scrophulodermás heg és behúzódtott sipoly; mindkettőből geny ürül.

Tüdeje ép, jobboldalt igen csekély hurutos tünetek és érdeesebb lélekzés; kopogtatási különbség nincsen. Esti hőmérséke 38,7 C°.

Február 25. Február 21-étől naponként kapott 5 cm³ Marmorek-serumot végelérébe. Hőmérséke reggel 36,1—36,6, délnél 36,8—37,4, este 36,6—37,4 C° között váltakozott, csak az 1. injectio delutánját, a mikor volt 38,2 C° hőemelkedése. Az első két injectio után bal hónalja még inkább megduzzadt és fájdalmasabb lett, azután lohadni kezdett; most a lobosodás teljesen elmúlt. Karját teljesen szabadon mozgatja. Az oltások megkezdése óta étvágya kitünő, közérzete jó. Jól alszik. A jobb sipoly változatlan. Testsúlya 72 kgm.

Február 29. Február 26-ától naponként 10 cm³ Marmorek-serumot kapott (összesen 5-ször 5, 4-szer 10 cm³). Hőmérséke reggel 36,7—36,9, délnél 37,2—37,6, este 36,7—37,3 C° között váltakozott. A kettős injectiókra a jobboldali sipoly reactiót mutat, a genyedés megindul, a geny higabb, véres. Az addig fájdalmas heg érzéstelené vált. Étvágya állandóan jó, jól alszik. Közérzete kifogástalan és testsúlyban feltünően gyarapszik.

Március 6. Folytatólagosan naponként 10 cm³ Marmorek-serum-befecskendést (összesen 5-ször 5, 10-szer 10 cm³) kapott. Hőmérséke reggel 37,0—37,2, délnél 37,1—37,6, este 37,0—37,4 C° között váltakozott, csak a 12. injectio utáni delutánján volt 38,0 C° hőemelkedése.

Testsúlya 71,85 kgm. (15 dgm.-ot fogyott). Étvágya igen jó, jól alszik, jól érzi magát. A bal hónalj hegjében mogoróny helyen hullámszik. A jobboldali sipoly gombostűfej nagyságú, nyomásra detritus, majd vér ürül. A scrophulodermás heg mintha letapadt volna, két helyen hámlik. A bal sulcus pectoralistól kissé hátrafelé az incisók alatt kis mogoróny daganatja valamely bőrmirigynek támadt.

Március 13. Március 7-étől nem kapott Marmorek-oltásokat. Hőmérséke reggel 36,6—36,9, délnél 36,9—37,7, este 36,9—37,9 C° között váltakozott. A jobboldali sipolyból, mely feltünően behúzódik, csekély detritus nyomható ki; a nyomás után élénk vérzés indul meg. A jobboldali scrophuloderma két helyen már alig hámlik; az egyik helyen az epidermis kimaródott. A bal hónaljban a hullámszik hely megkisebbedett, lobos tüneteket nem mutat, érzéstelen. A leirt kis bőrmirigy változatlan. A musc. pectoralisra merőleges régi hegben két helyen szétesés. Testsúlya 71,40 kgm.

Többet köhög, étvágya jó. Jobboldalt hátul hörgihez közelálló megnyúlt kilégzés a suprapinális árokban. Elöl a lélekzés gyengült. Baloldalt elöl és hátul is érdeesebb légzés. A szörtyzőrejek mindenhol hiányzanak. 5 cm³ Marmorek-serum.

Március 18. Március 13-ától naponként 5 cm³ Marmorek-serumot (összesen 5 × 5, 10 × 10 és most 5 × 5 cm³) kapott. Hőmérséke reggel 36,4—36,7, délnél 37,0—37,6, este 37,3—37,8 C° között ingadozott. A megkezdett injectiókra a sternum jobb szélén, az V. borda izesülésé-

nél kis dió egyik felének megfelelő domborodású, hullámszik, igen fájdalmas daganat fejlődött. A III. borda felső szélétől a májtompulatig, a sternum jobb szélétől a sternum jobb széle és a bimbó közötti távolság feléig tompulat van gyengült lélekzéssel. Nyilvánvalólag a tüdő előtt gyengyülem van, a mely a bőrön áttörni készül. A beteg a feltáráshoz való beleegyezését megtagadja, ezért csak kis bemetszést végzünk. A műtét asztalon a beteg megmondja a dolgot. Bőrmetszéssel távozik.

Március 21. A mellén keresztül szúrást érez, úgy látszik a tályog miatt, a mely határozottan hullámszik és feszes. A seben geny nem ürül.

Március 26. A beteg láztalan, 36,3—37,4 C° között ingadozik hőmérséke. A hullámszik terület a sternum mellett nagyobbodott, a régi szúrás csatorna (a mely nem nyitotta meg a tályogot) bezáródott. A pectoralis m. alatti barázdában kis mogoróny mirigynagyobbodás van.

Március 30. A sternum melletti sebbe az extrapleurális tályog befakad és rendkívül sok geny ürül belőle. A többi laesio közül a hónalji hegek szintén helyenként szétesést mutatnak.

Április 3. Március 31.-én és április 2.-án kapott 5—5 cm³ Marmorek-serumot (összesen 5 × 5, 10 × 10 és most újból 7 × 5 cm³), de a Marmorek-serumot kihagyjuk, mert a beteg erősen lázas lett (38,5—39 C°), néha borzongása és hidegrázása is van. Többet köhög. Hátul a suprapinális árokban rövidebb a kopogtatási hang és a hörgihez közel álló lélekzés van, egyebütt a tüdőlelet változatlan.

A megnyitott tályogból sok, kissé savós jellegű geny ürül. A többi laesio is kissé fájdalmas és pirosabb. Étvágya különben jó és jól is alszik.

Április 7. Hőmérsék 37,6—39,1 C° között változik. Status idem. A pleura előtti genyedés nyilvánvalólag nincs rendben és ez okozza a lázat. Bordaresectioa volna szükség, de nem egyezik bele.

XX. 1908 november 28. K. A., 32 éves, férjzett, mázoló segéd neje. Négy gyermeke van, egészségesek. Anyja 36 éves korában tüdővészben halt meg, testvérei egészségesek. Sárhaságon (11 év előtt) kívül egészséges volt, csak gyermekkorában voltak mirigyszétesései a nyakon (baloldalt rút csillagos heg). Négy év óta nyakán mirigyei szétesnek és megdagadnak.

1906 március 18.-áról jelenállapota: Jobboldalt nyakán scrophulodermás sipolyjárt, alatta megnagyobbodott mirigypamat. Baloldalt a csúnya régi hegtől hátrafelé gyermekköknyi, szétesőfélben levő mirigypamat. Nem köhög.

17 Marmorek-oltás.

Az oltásokra megfelelő reactio után a megnagyobbodott mirigyek szétesnek. Punctiók; a fókélyek feltisztulnak, a sipolyok elzáródnak.

1908 február 28.-áról jelenállapota: A gyenge esont- és izomrendszertől beteg elég jól néz ki, jól alszik, jól eszik és jól érzi magát; csak külön felszólításra, revisiora jött hozzám, hogy a két év előtti oltások eredményét ellenőrizsem.

1907 májusában a fossa jugularis felett, közvetlenül a gégeporcz alsó széle alatt mirigydaganat fejlődött, ugyanakkor a baloldali punctiók helyén (1. 1906 március 18.) kis daganat, a mely magától felfakadt és spontán el is záródott. Ezen a helyen lencsényi scrophuloderma, a melyen a hám nincs kimaródva, csak érzékeny, elszinesedett és a consistentia árulja el az elvékonyodott bőr alatt lévő gümös sarjakat.

A nyak közepén lévő mirigydaganatot 1907 májusában kiirtottam.

Az összes hegek kifogástalanok. A jobb oldalon az állszöglet alatt nagy franciamogoróny tömör mirigymegnagyobbodás van. A bal oldalon, a csúnya gyermekkori heg fölött, az állszöglet alatt, a jobb oldallal majdnem symmetriás helyen szintén olyan nagyságú és tömörségű mirigynagyobbodás. Periadenitis mindkét helyen teljesen hiányzik.

Jobboldalt a kulcsesont feletti és alatti árokban a kopogtatási hang kissé rövidebb, érdes belélekzés, megnyúlt kilélekzéssel.

Március 16. Március 7-étől 12-éig naponként 5 cm³ Marmorek-serumot kapott. Az első oltásra húzó fájdalmak, a melyek a bal állalatti mirigyből kiindulólag a bal vállba húzódtak. A bal oldalon levő scrophuloderma alatt a fungosus sarjak elvesztek, felette az elvékonyodott bőr halványabb és behúzódtott; ez a hely teljesen érzéketlen. A bal állalatti mirigy szétesésben van és fájdalmas. A többi helyeken reactio nincsen.

Március 28. Március 26.-áig 14 Marmorek-befecskendést kapott. A bal állszöglet alatti mirigye tömöttebb, csak elülső szélén hullámszik. A jobb mirigy lényegesen kisebb. A scrophuloderma kifogástalan behúzódtott heg. A tüdő felett mindenhol normális viszonyok, nem köhög. Hőmérséke normális.

Április 5. Március 31.-étől április 5.-éig naponként kapott 5 cm³ Marmorek-serumot (összesen 20-szor). Hőmérséke 36,0—36,5 C° között váltakozik. A bal állszöglet mögötti mirigy kis diónál is kisebb, tömött, elülső szélén hullámszik. Ez a mirigy a 17. oltás után fájdalmas lett és két napig fáj. Máshol mirigy nem tapintható. Scrophulodermája kifogástalan.

XXIII. 1908 március 4. Sch. L., 23 éves, hajadon szabónő, öröklött nem terhelt. Hat hó előtt jobb arca megdagadt, fájdalmas lett és kifakadt. Utána a jobb kulcsesont feletti táj dagadt meg, majd jobboldalt az álla alatt. Négy hét előtt a jobb kulcsesont feletti megoperálták.

Jelenállapota: A jobb arcfélen, a proc. zygomaticus alatt kissé behúzódtott heg látható. A jobb állszöglet alatt tyuktojás nagyságú, a bőrrel összekapaszkodott, mindenképpen hullámszik daganat, a mely az állsont mellett csak kis mértékben mozgatható. Ugy ehhez, mint az alap-hoz meglehetősen periadenitis beszűrődés rögzíti. A jobb kulcsesont feletti árokban galambtojás nagyságú, felső részében majdnem porcz-keményiségű, az alap felett jól elmozgatható megnagyobbodás, mely a

bőrrel részben összekapaszkodott. A bőr felette pirosan elszínesedett, középen lenesényi területen feketésen kimaródott. Az így kifehélyesedett serophulodermás terület alól mindenhol híg geny üríthető ki. A megbetegedett terület nyomásra igen érzékeny.

A rosszul táplált, gyenge csont- és izomrendszerű beteg meglehetősen vérszegény. A tüdő ép. Állítólag 6 év előtt appendicitist állott ki; a legnagyobbodott appendix tapintható, nem érzékeny.

Márczius 18. Eddig 10 ízben naponként 5 cm^3 Marmorek-serumot kapott.

Hőmérséke reggel $35.8-36.7$, délben $36.0-37.5$, este $36.0-37.1$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozik, de az 5. injectiótól kezdve állandó emelkedési tendencia mutatkozik reggel, míg az esti hőmérsék állandóan 36.7 $^{\circ}\text{C}$. Már a második injectio után régi sebe (serophuloderma) fájdalommal válik és a nyolcadik injectioig igen fáj. Az állszöglet alatti mirigyét márczius 14-én felszúrjuk. A mirigy csak helyenként szétesett.

A felszúrt mirigy punctiósa sebe majdnem teljesen meggyógyult, kendermagnagságú nyílás van belőle, a melyen át nyomásra igen sok mirigydetritus és később vér ürül. E helyen lobos tünetek nem észlelhetők.

Márczius 26. Márczius 21-étől naponként kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot. A 3. naptól kezdve hőmérsékek átlag 0.3 $^{\circ}\text{C}$ -kal magasabbak. A pungált mirigyen kis túlsarjadzás van, melyet lekaptunk. Negyedik napra a bal térd is fájdalommal válik. A lig. patellare propr. mindkét oldalán a tokszalag duzzadt. A bal térd (a patella közepén) kerülete $34\frac{1}{2}$ cm., a jobbé 34 cm. A daganat legnagyobb domborulatán mérve baloldalt 33 cm., míg jobboldalt azonos irányban 31 cm.

A bal sulcus bicipitalis med.-ban egy nyirokérmegegyagradottság tapintható ki, mely fájdalmas is. Attól felfelé jó zabsemnagságú és orsóalakú nyirokmirigyduzzanat van, a mely nem oly érzékeny.

Április 6. Hőmérséke eddig reggel $36.3-36.7$, délben $36.9-37.1$, este $36.5-36.6$ között ingadozott. A felső pungált mirigy nyílása túlságosan beszűkült, retentioja van. Az alsó serophulodermás rész annyira sinuosus, hogy a különben szép sarjadzási tendencia ellenére sem tud gyógyulni. Nyomással a detritust mintegy kisajtoljuk; a serophulodermát ki is kaparjuk.

Április 11. Április 6.-ától naponként kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot. (Összesen 26-szor.) A beteg teljesen láztalan, lényegesen jobb az étvágya, semmije sem fáj. A megpungált mirigy már nem genyed, tömör beszűkítés van a helyén.

XXVI. 1908 márczius 6. P. R. 14 éves, tanuló leány. Öröklötten nem terhelt; előző betegségei nem voltak.

Jelenállapot: Az elég jól fejlődött csont- és izomrendszerrel bíró leány areza kissé lymphatikus, orra és felső ajka duzzadt. Szemein conjunctivitis phlyctenosa most is van, vallja, hogy szeme gyakran fáj.

Két év óta mirigyduzzanatok a nyakon, a nyak jobb felének felső része erősen megdagadt úgy, hogy az areza is eltorzult. A fültő alatti és az állalatti mirigyek galambtojásnagságú conglomeratuma alkotja ezt a daganatot.

A nyak bal oldalán a megfelelő mirigyek szintén megnagyobbodtak, egyesek kis mogorónyiak, egy a musc. sternocleidomast. hátulsó szélén szintén ekkora.

Periadenitisis tünetek sehol sincsenek és a mirigyek tömöreknek látszanak. Mirigyrendszere különben teljesen normális. Belső szervei épek.

Márczius 6.-ától márczius 9.-éig teljesen láztalan. A jobboldali legfeljebb fekvő mirigy kétségtelenül szétesésben van.

Márczius 10. Ennek a mirigynek a punctióját végeztük. Törmelékes geny ürült.

Márczius 14. Hőmérséke $36.1-36.8$ $^{\circ}\text{C}$ között váltakozott. 5 cm^3 Marmorek-serumot kap.

Márczius 16. Eddig láztalan állapot mellett ma reggel 37.0 , délután 37.2 $^{\circ}\text{C}$ hőmérséke van; e mellett kifejezett reactio. Mindkét szem eddig halvány, alig látható egy-egy phlyctenája haragos piros, duzzadt, mindegyikük egy-egy ikraszerű hólyagcsában kulminál. Az orr duzzadt. A mirigyekben lokális reactio nincsen.

Márczius 18. Mindkét szem phlyctenás gyuladása megbékélt, csak az említett hólyagcsa körüli csekély belőveltség van még meg. A mirigyek absolute nem fájdalmasak, kifejezett reactio nincs. A beteg közérzete jó, jól alszik, étvágya kielégítő. 5 cm^3 Marmorek-serum p. r.

Márczius 19. Láztalan. A mirigyei kezdenek visszafejlődni. A pungált mirigy periadenitisis teljesen lelohadt, a mirigy is visszafejlődött. 5 cm^3 Marmorek-serum p. r.

Márczius 20. Láztalan. A phlyctenának mindkét szemén kifejezetten pirosabbak. 5 cm^3 Marmorek-serum p. r.

Márczius 24. Naponként 5 cm^3 Marmorek-serumot kapott márczius 20.-ától (összesen 8-szor) és teljesen láztalan volt. A jobb phlyctena még mindig lobos, a baloldali alig látható. A mirigyek meglehetősen lelohadtak, a pungált mirigy még genyed.

Április 2. Márczius 31.-én újra kapott 5 cm^3 Marmorek-serumot, de a további adagolást ki kellett hagyni, mert jobb szemé nagyfokú reactiót mutatott. Hőmérséke változatlanul 37.0 $^{\circ}\text{C}$ alatt.

Április 6. A phlyctena egészen elhalványult, épen csak legyezőalakú csekély erezettség vonul végig a sclerán. A pungált mirigy még genyed, miért is feltárjuk és kikaparjuk. A mirigy gyurmája teljesen fellazult. Két kanyarintás az éles kanállal a mirigyotkot is kiüríti. 5 cm^3 Marmorek-serum p. r.

Április 8. A Marmorek-serum injectiora a jobb szem phlyctenája újból meglóbosodott; a bal corneának pedig belső-felső quadransában kölesszemnagságú laesio keletkezett. A cornea e helyen megduzzadt, fellazult, megzavarodott, a laesio külső szélén pontszerű helyen kimaródott. Helybeli kezelés nem történt.

Végkövetkeztetésem: 1. A Marmorek-féle serum a gümőkór legkiválóbb specifikus orvossága.

2. Hatása azon alapszik, hogy a tuberculosisbacillusok termelte, a gümőkór jelenségeit okozó mérgeket ártalmatlanná teszi, a szervezetet méregteleníti.

3. A szervezet méregtelenítésének a szervezet védőerőinek felszabadulása folytán helybeli automatás reactio a következménye.

4. Ez az automatás reactio a gümőkóros laesiók speciális viszonyai folytán döntő szerephez juthat, túlnagyra nőhet és így ártalomná is fajulhat.

5. Ezért a Marmorek-féle serumot csak gondos individualizálással szabad alkalmazni, a mikor is különösen az a nézőpont vezéreljen, hogy a specifikus szer csak a szervezetnek és a sérülés helyének a méregtelenítését végezi, míg a gyógyulás többi feladata a szervezetet terheli.

6. Ha a gyógyulásnak akadályai vannak, azokat elhárítani az orvos további feladata. A Marmorek-serum hatása következtében a sebészeti területének újból bővülnie kell.

* * *

A Marmorek-serumra vonatkozó irodalom:

1903. Marmorek S. (Paris): Antituberculeserum und Vaccin. Berliner klin. Wochenschrift, 1903. 48. szám. Megjelent a Bulletin de l'Académie de Médec., 1903. 39-40. számában és az Arch. génér. de Médec., 1903. 47. számában is. — 2. Discussion à la Séance de l'Académie de Médecine du 1. Décembre 1903. Dieulafoy, Ch. Monod, Le Dentu, Hallopeau, Bulletin de l'Académie de Médecine, 1903. 465-470. l.) (Marmorek.)¹

1904. 1. Marmorek S. (Paris): On treatment with antituberculous serum, a paper read at St. George's Hospital on March 23th. Lancet, 4204. sz., March 26th 1904. — 2. Latham A., Oxon M. D.: On the use of Dr. Marmorek's antituberculous serum. The Lancet, 4206. szám. April 9th 1904. — 3. Klein et Jakobsohn és La Nécle et de Cormières: Cas de tuberculose chron. Traitement de la phthisie galopante. Bulletin de thérapeutique, 1904 február 29. — 4. De Rothschild H. et Brunier L.: Quatre cas de tuberculose traités par les injections suscutanées de serum de Marmorek. Progrès médical, 1904 április 23, 17. sz. — 5. Montalti (Epinal): Essais de traitement de la tuberculose pulmonaire par le serum antituberculeux de Marmorek. Progrès médical, 1904 április 30, 18. sz. — 6. Jacquero (Leysin): Traitement de la tuberculose pulmonaire par le serum Marmorek. Revue de Médecine, 1904 május 10. — 7. Klein et Jakobsohn: Le traitement de la tuberculose par le serum antituberculeux Marmorek. Bulletin de thérapeutique, 1904 július 30, augusztus 8, 15. — 8. Mannheim P. (Berlin): Sammelreferat über obige (1-7) Publikationen. Kurzer Bericht über eigene 50 Fälle von mit Marmorek's Serum behandelten Fällen. Berliner klin. Wochenschrift, 1904 november 14, 46. sz. — 9. Baer A. (Wien): Bericht in der „Gesellschaft für innere Medizin“ über mit Marmorek-Serum behandelte Fälle. Berliner klin. Wochenschrift, 1904. 20. szám, 605. l. — 10. Lemieux L. S. és Richter A. J. (Montréal): Tuberculose pulmonaire (apryitique) traitée au moyen des injections de serum antituberculeux Marmorek. L'union médicale, 1904 május, 5. sz. (Mannheim P.) — 11. Richter A. J. (Montréal): Marmorek's antituberculeux serum in the treatment of pulmonary tuberculosis. Montréal med. Journal, 1904 szeptember. (Mannheim P.) — 12. Frey H. (Davos): Meine Erfahrungen mit dem Antituberculeserum Marmorek. Münchener med. Wochenschrift, 1904. 44. sz. — 13. Schwartz (Gleiwitz): Heilung eines Falles von allgemeiner Tuberculose mit lokalen Erscheinungen am Larynx durch Marmorek's Antituberculeserum. Allgemeine med. Zentralzeitung, 1904. 41. sz. — 14. La Nécle et de Cormières (Lisieux) és Klein et Jakobsohn (Paris): Deux cas de tuberculose traités par le serum antituberculeux de Marmorek. Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique. Séance, 1904 február 10. (Mannheim P.) — 15. Zelony (Odessa): Un essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par le serum antituberculeux de Marmorek. Rousski Vratsch, 1904 október 16. 1397. lap. (Monod és Marmorek.) — 16. Schüler (Berlin): 1 cas de tuberculose pulmonaire. Ramolissement des deux sommets. (Guérison.) Bulletin de Thérap., 1904 augusztus, 32. sz., 30. l. (Monod.) — 17. Lemieux (Montréal): Essais de traitement de la tuberculose par le serum antituberculeux de Marmorek. Union medical du Canada, 1904 augusztus, 8. szám, 491. l. (Monod.) — 18. Hochhalt Károly (Budapest): A Marmorek-féle gümőkórellenes serum értékéről. Közkórházi Orvostársulat 1904 december 21-i ülése. (Budapesti orvosi ujság, 1905. 1. sz.)

1905. 1. Lewin E. (Stockholm): Marmorek's Antituberculeserum. Berl. klin. Wochenschrift, 1905. 21. sz. A Bulletin de Thérap. 1905. 22. számában is megjelent (Monod). — 2. Mannheim P.: Weitere Erfahrungen mit dem Antituberculeux-Serum Marmorek (Sammelreferat). Berl. klin. Wochenschrift, 1905. 48. sz. — 3. Klein A. Paris: Tuberculose subaiguë au debut traitée par le serum antituberculeux de Marmorek. Journal des Praticiens, 1905. 2. sz. 20. lap. — 4. Stephani Th. (Montana): Contribution

¹ A munka végén zárjelben látható név a gyűjtőmunkára vagy a kimutatásra vonatkozik, a honnét átvettem.

au traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum tuberculeux de Marmorek. Progrès Médical, 1905. 25. sz. (Mannheim P.) — 5. Schwartz (Gleiwitz): Heilung eines Falles von Augentuberkulose durch Marmorek's Serum. Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 34. sz. — 6. Bassano Harold F. (Ventnor): Five Cases of Tuberculosis treated with Marmorek's Serum. The Lancet, 1905 szeptember 9. — 7. Frey H. (Davos): Meine Erfahrungen mit dem Antituberculose-Serum Marmorek II. Serie. Wiener klin. therapeut. Wochenschrift, 1905. 42. sz. — 8. Dubard (Dijon): Une sumée de traitement de la tuberculose par le sérum antituberculeux. Bullet. général de thérapeut., 1905 október 23. 15. sz. — 9. Veillard I. (Lausanne): Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen du sérum antituberculeux. Thèse de Genève, 1905. (Monod). — 10. Richter A. I. (Montréal): The therapeutic value of Marmorek's antituberculous serum. New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 1905 június 10. (Monod). — 11. Kohler, Levy (Belfort) et Jacobsohn (Paris): Un cas de tuberculose aiguë. Période de ramollissement. Guérison. Journal des Praticiens, 1905 deczember 16. 807. lap. (Monod). — 12. Stephani Th. (Montana): Resultats statistiques de l'action du sérum antituberculeux de Marmorek. Progrès Médical, 1905. 46. sz. (Monod, Marmorek). — 13. Friedrich V. (Budapest): Congrès internat. de la tuberculose Paris, 1905, Comptes rendus, 1. köt. 848. lap. 15 esetről. — 14. Habersohn (London): Congrès intern. de la tuberculose. Paris, 1905, Comptes rendus, 1. köt. 875. lap. 21 esetről. — 15. Müller V. (Budapest): Zur Behandlung der Lungentuberculose mit dem Marmorek'schen Serum. Wiener mediz. Wochenschrift, 1905. 48. sz. 2297. lap. — 16. Marmorek S.: „Les resultats clinique et l'application du serum antituberculeux.“ (Bulletin général de Thérapeutique, 1905 deczember 30. 24. szám. La Revue internationale de la tuberculose, 1906 január.) Németül megjelent: „Klinische Resultate des Antituberculososerums und seine Anwendung. Medizinische Klinik, Berlin, 1906 január 21. 3. sz. (Marmorek.)

1906. 1. Sonnenburg, van Huellen (Berlin): Zur Behandlung der Tuberkulose mit Antituberculose-Serum Marmorek. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1906. 84. köt. 1. lap. — 2. Hoffa A. (Berlin): Das Antituberculose-serum Marmorek. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 8. sz. — 3. Hoffa A.: Über das Marmorek-Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 44. sz. — 4. Stadelmann E. és Benfey A. (Berlin): Erfahrungen über die Behandl. der Lungentuberculose mit Marmorek's Serum. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 4. sz. — 5. Lewin E. (Stockholm): Behandl. der Tuberkulose mit dem Antituberculososerum Marmorek. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 4. sz. — 6. Marmorek S.: Resorption totor Tuberkel-Bacillen. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 36. sz. — 7. Marmorek S.: Beitrag zur Kenntniss der Virulenz der Tuberkel-bazillen. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 11. sz. — 8. Krokiewicz és Engländer (Krakau): Erfahrungen mit Marmorek's Serum bei der Lungen-phthise. Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 11. sz. — 9. Mann Guido (Triest): Das Serum Marmorek bei Lungentuberculose. Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 42. sz. — 10. Ullmann E. (Znaim): Über meine Erfolge mit Marmorek's Antituberculososerum. Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 22. sz. — 11. Kohler (Belfort) és Jacobsohn (Paris): Un cas de tuberculose subaiguë traité par le sérum antituberculeux de Marmorek. Guérison. Bullet. général de Thérap., 1906 július 15. 37. lap. (Monod). — 12. Röwer F. (Bremen): Über 25 mit Marmorek's Serum behandelte Fälle von Tuberculose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1906 május 26. 5. köt. 3. füz. 299. lap. 17 tüdő-, 9 seb-esetről. — 13. Feldt A. (Szentpétervár): Über Marmorek's Antituberculososerum. Zeitschrift f. Tuberkulose, 1906. IX. köt. 231. lap. — Feldt A.: Marmorek's Antituberculososerum. Rousski Vratsch, 1906. 28. sz. (Marmorek). — 14. Petit G. (Paris): Le sérum antituberculeux de Marmorek. Rev. internat. de la tuberculose, 1906 június. 28 tüdőgümőkóreset észlelete. (Monod, Marmorek.) — 15. de Martigny Adelstan (Montreal): Tuberculose et sérum de Marmorek. Journal de médec. et de chir. Montréal, 1906. 11. sz. (Monod). — 16. Köhler F. (Holsterhausen): Das Tuberkulososerum Marmorek. Sammelreferat. Internat. Centralblatt f. die gesammte Tuberkulose-Literatur, 1906. 2. szám. (Monod). — 17. Ullmann E. (Znaim): Über meine Erfahrungen mit Marmorek's Antituberculososerum. Zeitschrift f. Tuberkulose, 1906. 10. köt. 2. füzet. — 18. Sievers R.: Om behandling i Finland of tuberkulos. med Marmorek's antituberculososerum. Finska Lakaresällskapets Handlingar, 1906. 255—259. lap. (Marmorek.) — 19. Holmström H.: Bidrag till kannedomen om Behandlingen i Finland of tuberculose med Marmorek's antituberculososerum. Ugyanott, 1906. 461—467. lap. (Marmorek.)

1907. 1. Marmorek S.: Beiträge zur Kenntniss der tuberculösen Septikämie. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 1. sz. — 2. Marmorek S.: Weitere Untersuchungen über den Tuberkelbacillus und das Antituberculososerum. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 20. sz. Az ehhez az előadáshoz füződött vitában résztvettek: Neumann A., v. Huellen, Landau T., Hoffa A., Meyer A., Stadelmann. Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 20. sz. 645. l. — 3. Wohlberg (Seehospiz Kaiserin Friedrich. Norderney): Über Versuche mit dem Antituberculososerum Marmorek. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 46. sz. — 4. Schenker G. (Aarau): Meine Beobachtungen in der Tuberkulose-therapie bei der Anwendung von Marmorek-Serum. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 41. sz. — 5. Hyams H. M. és Polak L. D. (s'Gravenhage): Über die Behandlung der Tuberkulose mit Marmorek'schen Serum. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 48. és 49. sz. Over handling van tuberculose met het serum van Marmorek. Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1907. 2. füzet, 13. sz. (Marmorek). — 6. Pfeiffer Th. és Trunk H. (Hörgas, Steiermark): Über die Behandlung Lungentuberkulöser mit Marmorek's Antituberculososerum. Zeitschrift f. Tuberkulose, 1907. XI. köt., 283. l. — Faraggi (Paris): Tuberculose subaiguë guérie par le serum antituber-

culeux de Marmorek. Le Progrès Medical, 1907. 14. sz. — 8. Frey H. (Davos): Meine Erfahrungen mit dem Antituberculososerum „Marmorek“. III. sorozat. Deutsche mediz. Presse, 1907. 21. sz. — 9. Baer G.: Heilerfolg, Giftwirkung und opsonischer Index bei Behandlung mit Marmorek's Antituberculososerum. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 34. sz. — 10. Ullmann E. (Znaim): Über meine Erfolge mit Marmorek's Antituberculososerum. Zeitschrift für Tuberkulose, 1907. 10. köt., 2. füz. — 11. Catz Alb. (Paris): Le traitement des tuberculoses chirurgicales par le sérum antituberculeux de Marmorek. La Clinique, 1907. 1. sz. — 12. Weill G. A. (Paris): Essais sur le traitement de la tuberculose laryngée par le sérum de Marmorek. Progrès Medical, 1907. 20. sz. — 13. Roblot A. (Paris): Sur le serum antituberculeux de Marmorek. La Revue internationale de la Tuberculose, 1907. január. (Marmorek.) — 14. Rubinstein G. R. (Kiew): Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Antituberculososerum Marmorek. Rousski Vratsch, 1907. 15. sz. (Marmorek). — 15. Bock E. (Laibach): Erfolgreiche Behandlung skroföser Augenkrankheiten mit Antituberculososerum Marmorek. Wiener med. Wochenschrift, 1907. 38. sz. — 16. Elsaesser F. A. (Hannover): Spezifische Behandlung der Tuberculose durch passive Immunisierung. Zeitschrift für Tuberkulose, 1907. XI. k., 4. f. — 17. Freiberg A. H. (Cincinnati): A preliminary statement regarding the treatment of joint tuberculosis with Marmorek's serum. American Journal of Orthopedic Surgery, 1907 július. (Marmorek.) — 18. Weill G. A. (Páris): Les effets du sérum antituberculeux de Marmorek dans la tuberculose laryngée. La Presse Médicale, 1907. 93. szám. (Marmorek.) — 19. Elsaesser M. (Mannheim): Über die Behandlung der Tuberkulose mit Marmorek-Serum und Neutuberculin (Bazillen-emulsion) neben einigen Ausblicken in die Zukunft der Tuberculosebekämpfung (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 51. sz. — 20. Monod Ch. (Paris): Sur la sérothérapie dans la tuberculose (Serum antituberculeux de Marmorek. Bull. de l'Académie de Médecine, 1907 január 15. 3. sz. — 21. Steinsberg L. (Wien-Ischl) Über 5 mit Marmorek's Antituberculososerum behandelte Fälle. Wien. med. Presse, 1907. 41. sz.

1908. 1. Weisz E. (Pöstyén): Néhány szó a Marmorek-féle gümőkórellenes serumról. Orvosi Hetilap, 1908. 1. sz. — 2. Uhry E.: Une année de traitement de la tuberculose par le sérum antituberculeux de Marmorek. Revue de Médecine, 1908. 2. sz. — 3. Clément V. és Jacobson D.: Un cas de cystite tuberculeux traité par le serum de Marmorek. Journal des Praticiens, 1908. február 8. — 4. Ullmann E. (Znaim): Über meine Erfolge mit Dr. Marmorek's Antituberculososerum. Zeitschrift für Tuberkulose, 1908. XII. k., 1. f. — 5. Hochmeier (Altona): Die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit dem Antituberculososerum von Marmorek. Münchener med. Wochenschrift, 1908. 15. sz.

TÁRCZA.

Az angol orvosi viszonyokról.¹

T. uraim! Felolvasásom célja, hogy röviden, főbb vonásaiban vázoljam az angol orvosi viszonyokat, és hogy kiemeljem azon különbséget, mely az angol és a magyar orvosi viszonyok közt észlelhető. Ezen célból szükségesnek látom, hogy előadásomat az orvosi nevelésen kezdjem.

Az orvosi nevelés Nagy-Britanniában nem oly egyöntetű, mint Magyarországon. Míg nálunk csupán az egyetemek jogosultak arra, hogy az orvosi qualificatiót megadják, addig Angolországban orvost kvalifikáló több testület létezik. Ezen testületek az egyetemek, a Royal College of Physicians, a Royal College of Surgeons és végül az Apothecaries Society. Vizsgáljuk tehát ezen qualificatiokat külön-külön és kezdjük ezt a legalacsonyabb qualificatióval, azon, melyet az Apothecaries Society ad. Ezen oklevélnek neve Licentiate of the Apothecaries Society és elnyeréséhez megkívántatik 1. hogy a jelölt egy elismert orvosi iskolában az öt évre terjedő curriculumot végighallgatta, 2. erkölcsi bizonyítvány, hogy a jelölt kifogástalan előéletű, 3. bizonyítvány, hogy a jelölt az oltásban jártas és végül három szigorlatnak a letétele. Ezen szigorlatok tárgyai nagyjában megegyeznek az itteni egyetemnek tárgyaival, csak hogy külön-külön három részre oszlanak, azaz: írásbeli, szóbeli és gyakorlati vizsgára. A L. A. S. oklevél a birtokosát feljogosítja ugyan mindennemű orvosi functio végzésére, de valójában ezen qualificatióval sem hivatalos, sem kórházi álláshoz, de még jobb fajta praxishoz sem juthat az ember. Az L. A. S. rendszert valami kisebb helyen telepszik le, vagy pedig egy nagyobb város külvárosában, a hol úgynevezett Surgery-t nyit. Ezen Surgery az esetek túlnyomó többségében az utczára nyíló bolthelyiség, melyben az orvos naponta 4—5 órán át rendel 2 shillingtől lefelé 6 penny-ig terjedő díjért. Ezen honorariumért a beteg gyógyszert is kap, miert is a surgeonnak berendezett gyógyszerházzal is kell rendelkeznie. A házon kívüli látogatások díjai 1 és 3 shilling közt vál-

¹ Felolvasás a Budapesti Orvosi Casinóban 1908 április 6-án.

takoznak és szintén magukban foglalják a gyógyszert. Magától értetődik, hogy ily körülmények közt a betegnek nincs kilátása, hogy drágább és modernebb orvosságban részesüljön, de az angol közönségben ez ős idők óta oly szokássá nőtt ki magát, hogy ellene a gyakorló orvosok hiába küzdenének. És a general practitioner (gyakorló orvos) nem is küzd ellene, mert alapjában jobban jár, mintha recept-systemával dolgoznék. Jobban jár azért, mert a beteg 1—2 napig tartó orvosságot kap, melynek elfogyta után újra kénytelen az orvost fölkeresni, mivel az orvosságot csakis tőle kaphatja. — A sebészi és szülészeti beavatkozások honorariuma 3 és 10 shilling közt váltakozik, s az utókezelés csak a rendes látogatások honorariumával lesz díjazva. Az ily természetű praxis néha oly nagy mérvet ölt, hogy a surgeon 1—2 segédet és a mellett egy gyógyszerészt is foglalkoztat. Legtöbb esetben 2—3 orvos társul egy ily üzlet vezetésére. Az üzlet kifejezést célzatosan használom, mert angol terminusa is business, és az üzletek rendje és módja szerint mint társulzat annak feltételeivel, jogaival és kötelességeivel együtt törvényesen van bejegyezve. A surgery mint olyan egészben, vagy pedig üzletrészképen (partnership) eladható és megvehető és az esetek többségében a fiatal L. A. S. nem kezd önálló praxist, hanem megvásárol egy surgery-t vagy partnership-et. Az eladó fél bizonyos ideig benn marad az üzletben, hogy utódját feleivel megismertesse és azonkívül arra kötelezi magát, hogy meghatározott távolságban és időn belül nem fog praxist folytatni.

A magasabb orvosi qualificatiót az egyetemeken kívül a Royal College of Physicians és a Royal College of Surgeons adja. Ezen qualificatiók sem egyöntetűek. Legalacsonyabb qualificatio az úgynevezett Conjoint Board Examination, melyet a fenti két intézet együttesen állít ki a jelöltnak. A diploma tulajdonképeni neve Licentiate of the Royal College of Physicians and Member of the Royal College of Surgeons. Ily Royal College-ok vannak Angol-, Skót- és Írországban. Az L. R. C. P. és M. R. C. S. elnyerésére ugyanazon előképzettség kívántatik meg, mint azt a L. A. S.-nél már megbeszéltük, de ezenkívül a jelöltnak a klasszikus tárgyakban való jártasságáról is bizonyosságot kell tennie. A szigorlatok száma itt is három és évenként kétszer tartatnak meg az állami Examination Hall-ban a R. C. P. és R. C. S. által kiküldött Fellow-k előtt. Noha a szigorlatok tárgyai azonosak az L. A. S. tárgyaival, a Conjoint Board Examination vizsgálatainak nívója sokkal magasabb. Érdekes a vizsgálatnak írásbeli része, a mikor 60—70 jelölt két rendőrrel együtt egész délelőtt be van csukva, hogy a feladott kérdéseket rendőri felügyelet mellett önállóan kidolgozza. A jelölteknek tilos egymással érintkezni, a rendőrök minden mozdulatukat szemmel kísérik. Az írásbeli dolgozatokat követi a viva voce vizsga és minden szigorlat záradéka a gyakorlati vizsgálat, mely az ezen célra kijelölt kórházakban történik.

Az L. R. C. P. és M. R. C. S. diploma már nemcsak az orvosi gyakorlatra, de a kórházi alorvosi állásra is kvalifikálja birtokosát és elég jó qualificationnak tekintetik az általános gyakorlatra. Az ezen oklevéllel bírók is nyitnak surgery-t, de rendszerint jobb helyen telepednek le és jobb közönséggel van dolguk.

A magasabb orvosi carrierhez megkívántatik a Membership of the Royal College of Physicians, melynek elérésére megköveteltetik: 1. hogy a jelölt a 25 éves kort elérte legyen; 2. egy Fellow vagy Member kiállította bizonyítvány, hogy a jelölt érdemes arra, hogy a R. C. P.-nak tagja legyen; 3. nyilatkozat, hogy a jelölt nem folytat társpraxist, nem szolgáltat ki gyógyszert és nem használ oly orvosságokat, melyeknek összetételét titkolja a R. C. P. előtt; 4. hogy a jelölt kötelezi magát a R. C. P. szabályainak alávetni; ezen szabályok többek közt azt is magukban foglalják, hogy a M. R. C. P. társadalmi állásával össze nem egyeztethető, hogy feleit tiszteletdíj meg nem fizetése miatt beperelje; 5. hogy az előírt vizsgákat sikeresen letegye. Ezen vizsgálatokra csupán a már előbb említett L. R. C. P. és M. R. C. S. diploma birtokosai jelentkezhetnek. A jelölt első sorban általános műveltségét bizonyító vizsgát tesz, a mi nem üres formalitás, mivel a Member-től megkövetelik, hogy nemcsak klasszikus, de magasfokú modern műveltséggel is rendelkezze. Csak ha ezen követelményeknek megfelelt, kezdheti meg a tulajdonképeni orvosi vizsgákat, melyek a már előbb említett tárgyak szigorított vizsgálatából állanak. A membership vizsgája 6 guinea-be, a membership diplomája pedig 40 guinea-be

kerül. Ha a member elérte a 40 éves kort és irodalmi vagy egyéb tevékenysége által kitüntette magát, a Fellow-k által megválasztható Fellow-vá. Ez a legmagasabb orvosi distinctio Angliában.

A ki a sebészi pályára adja magát, az a L. R. C. P. és M. R. C. S. elnyerése után a Fellow of the Royal College of Surgeons diplomát szerzi meg. A mint látjuk, a R. C. P. fellow-ságot csak választás útján, a R. C. S.-ét pedig bárki vizsgázás után nyerheti el. Még a korbéli feltétel is alacsonyabb az utóbbinál, mivel bárki, a ki a 25 éves kort elérte, jelentkezhetik a F. R. C. S. vizsgájára, melynek tárgyai anatomia és physiologia a vizsga első részében, és sebészet, sebészeti anatomia és pathologia a vizsga második részében.

A mostanig megbeszélt diplomákat ugyan hivatalos qualifikáló testületek szolgáltatják, de azoknak az egyetemmel semmi közöségük sincsen és a vizsgálatokhoz szükségelt készütséget a jelöltek a különböző orvosi iskolákban szerzik meg.

Lássuk már most a különböző egyetemek qualificatioit. Nagy-Britanniában és Írországban 26 egyetem van; ezeknek törvényei és szabályai csak kevésben különböznek és azért legezelszerűbbnek tartom, ha az oxfordi egyetem diplomáival foglalkozom, mint a mely egyetemet legjobban ismerem. Az Oxfordban elnyerhető diplomák: 1. Bachelor of Medicine, 2. Doctor of Medicine az orvosi szakban és 1. Bachelor of Surgery, 2. Master of Surgery a sebészi szakban. Minden hallgatónak felvétele előtt egy úgynevezett matriculációs vizsgálatot kell tennie és magát az ott divó benlakó rendszernek alávetnie. A benlakás az egyetemi tanács felügyelete alatt álló 23 collegiumban történik. Minden orvostanhallgató köteles a Bachelor of Arts philosophiai diplomát orvosi tanulmányai megkezdése előtt megszerezni. Az ezen diplomához szükséges tárgyak szabadon választhatók és lehetnek vagy Literae Humaniores, vagy mathematica, természettudományok, vagy angol irodalom. Ezután következik az öt éves orvosi tanfolyam, melynek elvégezte után a jelölt jelentkezhetik vagy a M. B. vagy a B. S. szigorlataira, melyeknek tárgyai mindenben megegyeznek a budapesti orvosi szigorlatok tárgyaival, csak hogy a M. B. vizsgánál a belgyógyászat vizsgája szigorubb, mint a B. S.-nél. — Ha az M. B. diplomával bírók a magasabb fokú M. D. diplomát kívánják elnyerni, újabb vizsgálatot tartoznak az orvosi tudományokból letenni és egy önálló dissertatiót írni. A ki M. S. akar lenni, annak az M. B. diploma birtokosának kell lennie és a sebészettől, sebészeti anatómiától és műtétől újra vizsgáznia kell. Az M. D. és M. S. diplomák az egyetemek legmagasabb qualificatioi és különös becsben a londoni, oxfordi és cambridgei egyetemek diplomái állanak. Úgy a kartársak, valamint a közönség is bizonyos elismeréssel viseltetik az egyetemi diplomával bíró orvossal szemben és vannak clubok, mint például az előkelő Athenaeum-Club, melyeknek tagjai csakis Oxfordban és Cambridgeben végzett emberek lehetnek. Meg kell még jegyeznem, hogy az egyetemi élet már a benlakás rendszere miatt is nagyon költséges, úgy hogy a kevésbé vagyos ember a fiát inkább egy orvosi iskolába küldi és valamely vizsgáló bizottság előtt vizsgáztatja.

Noha az egyetemi diplomák nagy tekintélynek örvendenek, mégis azok birtokosai, ha consulting physician vagy consulting surgeon akarnak lenni, azon erkölcsi kényszer alatt állanak, hogy az M. R. C. P. illetőleg az F. R. C. S. diplomát is megszerezzék. A valódi tekintélyt csak mind a két diploma adja meg és a közönség többet tart azon orvosról, a ki neve után egész légio betűt írhat. — Nem szokatlan Angolországban egyik-másik külföldi diplomának a megszerzése; különös kedveltségnek örvend a bruxellesi M. D., melynek megszerzése állítólag nem ütközik nagy nehézségbe; egyesek megszerzik a párisi M. D. címet, ez azonban az utóbbi időben az újonnan hozott francia törvények miatt majdnem lehetetlenné vált; van olyan angol orvos is, a ki német oklevéllel is bír. — Hogy valaki az orvosi diplomán kívül philosophiai vagy jogi oklevelet is szerez, az Angliában mindennapos.

Miután ezen különböző distinctiókat dióhéjban letárgyaltam, a jobbfejta gyakorló orvosokról kívánok néhány szóval megemlékezni. Ezek rendszerint L. R. C. P. és M. R. C. S., vagy pedig M. P. és M. D. diplomával rendelkeznek, rendelő helyiségük nem az utcára nyílik, hanem rendszerint egész házat foglalnak el és körülbelül $\frac{3}{4}$ részben gyógyszerek kiszolgáltatásával is foglalkoznak. Délelőtt betegek látogatásával foglalkoznak, többnyire kocsin

vagy automobilon járnak, délután pedig lakásukon fogadják betegeiket. A jobb gyakorló orvosok 2 shilling 6^d—5 shillinget kapnak egy rendelésért lakásukon és 3-tól 10 shillingbe kerül egy látogatás a beteg lakásán. Kisebb városokban a honorarium átlaga inkább az említett összegnek alsó határához, nagy városokban pedig a felső határához közeledik. Mindennemű orvosi beavatkozásért, mely a rendes orvosi vizsgálat határát túllépi, a rendes honorarium kétszerese, háromszorosa, sőt ötszöröse is jár. Házi orvosi állások oly értelemben, mint nálunk, Angliában nincsenek. Az orvos feljegyzi a látogatások számát és időközönként, mondjuk 2—3 hónapoként beküldi számláját. A tetszésszerű honorarium Angliában ismeretlen, úgyszintén a honorariumnak titokban kiszolgáltatása.

Mielőtt a consulting physician-re térnék át, meg akarok emlékeztetni az úgynevezett clasp-doktorokról, azaz a tripper-orvosokról. Ezek a nagyobb városok fizleti centrumában, Londonban a City-ben nyitnak rendelő helyiséget és leginkább nemi betegségek gyógyításával foglalkoznak. Így a City-orvosok ⁴/₅-e biztosan tripper-gyógyítással és zincum sulfuricum kiszolgáltatásával tartja fenn magát; ily rendelés gyógyszerrel együtt 3—6 shillingbe kerül.

Hogy valaki consulting physician vagy surgeon lehessen, megkíváncsi, hogy magasabb oklevéllel rendelkezék és kórházi főorvos legyen. A konzultáló orvosok speciális szaka a belgyógyászat, ideg- és elmegyógyászat, és sárgaréz-táblájukra egyszerűen a nevüket írják, minden hozzátétel nélkül. A konzultáló sebészek specialitásai: a sebészet, szemészet, fülészet, gégeészet, és ha van is doctori címük, egyszerűen Mr. X. Y.-nak nevezik magukat, úgy hogy már külsőleg is megvan a különbség az orvos és a sebész között. Az egyetemi oktatással foglalkozó orvosok és sebészek professori címmel vannak ugyan felruházva, de ezen címet a közéletben nem használják és szintén doctornak illetőleg misternek címkeztetik magukat. A professori cím különben nem kelt nagyobb respectust és nem involvál magában nagyobb tudást, mint a fellow-i cím és ez utóbbit szorgalommal, kitartással és az orvosi etiquette kellő szemmel tartásával majdnem minden tehetséges és önállóan kutató orvos elérheti.

Az egyes szakokban való specializálás 15—20 év előtt oly nagy mérvet öltött, hogy majdnem minden szervnek, sőt némely általánosabb betegségnek is akadt specialistája; így voltak szív-, tüdő-, gyomor-, bél-, köszvény-, diabetes-, vese-, epekő-, tripper- és syphilis-specialisták. Ezen specializálás nagyon hátrányos volt a konzultáló orvosokra nézve, mivel egyiknek sem akadt elegendő betege a saját körülírt szakából és más betegeket nem küldtek hozzá, mert elterjedt róla a hír, hogy ő csakis azt a bizonyos szakot érti. Ezen furesa helyzet arra bírta a konzultáló orvosokat, hogy nagysietve lemondtak a specialista címről. Élénken illusztrálja ezt következő tapasztalatom: Most egy éve történt, hogy egy nagyon jónevű és különösen a pediatriában hírneves konzultáló orvostól meghívást kaptam, hogy kísérjem el az esti gyorsvonattal Skóciába egy beteghez, a kit velem együtt akart megnézni. A vonaton a konzultáló orvos átadta nekem a skót gyakorló orvosnak hozzáintézett levelét, melyből azután értesültem, hogy mi egy 35 éves diabeteses beteghez rándulunk le. Ezen körülmény nagyon meglepett, mert szentül meg voltam győződve, hogy barátom tulajdonképpen gyermekorvos, és csodálkozásomnak kifejezést is adtam, mire így válaszolt: „Barátom, feljogosítom magát, hogy nevezzen meg nekem egyetlen specialistát Londonban. Nemrégiben találkoztam klubomban egy dermatologus barátommal és megkérdeztem, vajjon megkapta-e azon beteget, kit pár nap előtt hozzá küldtem, mert tudom, hogy ő egyike a legjobb dermatologusoknak Londonban. Barátom protestált a dermatologus kifejezés ellen és azt mondta: „Én csak értek a dermatológiához és szeretek vele foglalkozni, de ne híresztelje rólam, hogy csupán dermatologus vagyok, különben elvesztem praxisomnak felét. Ez ép oly dolog, mintha ráfognák önre, hogy ön csakis a diabetesrel foglalkozik, mivel a névéhez egyik-másik diabetesről szóló munka fűződik.“

Angolország leghíresebb konzultáló orvosai és sebészei Londonban vannak, a hol lefoglalták a maguk számára a Cavendish- és Grosvenor Square környékét. Ezen terek és a beléjük nyíló utcákat (Herley, Wimpole, Brook és Grosvenor Street) a konzultáló orvosok vidékének nevezik. Ezen utcákban minden házban egy, két, három, sőt négy orvos is lakik illetőleg rendel. Az orvosok rendelőhelyisége a földszinten van és nagyon gyakran 2—3

orvos közös várószobát és külön rendelőszobát bérel, a minek ára a Cavendish Square vidékén 250—300 font sterling, a Grosvenor Square vidékén pedig a 400 font sterlinget is meghaladja. A kinek praxisa vagy vagyoni viszonyai megengedik, egyedül rendel egy házban; hogy ez mily költségekkel jár, azt a fenti bérekből is láthatni. A konzultáló orvosok és sebészek rendelőőrája délelőtt van, rendszerint 10-től 1-ig, mivel a délután a kórházak látogatására van szánuva. A betegeket az előzetesen megbeszélte (by appointment) időben fogadják, hogy a kellemetlen várakozást elkerüljék. Így rendezték be azt a nagyon elfoglalt orvosok, és ugyanazt teszik azok is, a kiknek várószobájában egy lélek sincs. Ezen körülményt azonban a beteg sohasem tudja meg, mert a várószoba nem nyílik a rendelőszobába; ez utóbbiba egy folyosón keresztül vezet be a szolga a beteget; azért, ha beteg jelentkezik, annak ¹/₂—1 óráig kell várnia, már csak a bon ton kedvéért is. Kevésbé elfoglalt konzultáló orvosnál megcsúszhat az is, hogy a szolga csak akkor gyújtja meg a jégverem hőmérsékével bíró várószoba gázkályháját, a mikor a beteg oda lép. A konzultánsok díja 1 és 3 guinea közt változik lakásukon, és 3—6 guinea a beteg lakásán. Az operációk díja nagyon különböző; nem szokatlan 100, 150, sőt 300 guinea-t is elkérni egy komolyabb sebészi műtétért, de még egy polypus eltávolításáért is egyik-másik sebész 25—40 guineát számít.

A legtöbb konzultáns csakugyan megmarad az, a minek magát nevezi, tudniillik a gyakorlóorvosnak, a kinek jóakaratából él, tanácsadója és nem vállalja el a beteg kezelését; az ilyenek azután nagy konzultáló praxisnak is örvendenek; de akadnak olyanok is, a kik a betegnek guinea-ire gyakrabban szomjaznak és a beteget többször rendelik magukhoz; ezt azonban a gyakorlóorvos hamar észreveszi és leveszi kezét az ilyen konzultánsról.

A községi orvosi állásokat Nagybritanniában aránylag jól díjazák és rendszerint 15,000 lélekre esik egy orvos; fizetése 150—500 font sterling közt változik; ebben azonban nem foglaltnak a fáradságosabb orvosi functiók, így egy közönséges szüléskor segédkezésért és az utókezelésért 10—20 shillinget, fogó alkalmazásáért 2 guineát, komplikált törés kezeléseért, kizárt sérv operálásáért 5 guineát kap az orvos külön a községtől.

Nem akarom a türelmüket a különböző magasabb és alacsonyabb nyilvános orvosi állások részletes leírásával próbára tenni, csupán azt kívánom megjegyezni, hogy az állam illetve a községek által alkalmazott orvosok díjazása eléggé jónak nevezhető, de ezen állások elnyerésére csakis jobb qualificatioval bíró orvosok tarthatnak igényt és ezenkívül megkíváncsi a „Diploma in public health“ is, a mely az itteni tisztiorvosi vizsgának felel meg.

A gyárak, bányák és egyéb vállalatok orvosainak díjazása megállapított szerződés alapján történik és a munkások és a látogatások számától függ. Olynemű állások, mint az itteni pénztári és egyleti orvosi állások, Angliában nem léteznek.

Különösen kiemelendők az angol kórházak. Berendezés, modern hygiene, a betegek ellátása és kényelme tekintetében a világban az első helyet foglalják el; ezen nívaut megközelítik az Egyesült-Államok kórházai, de semmiesetre sem mulják felül. Az angol kórházak túlnyomó többsége önkéntes adományokból tartatik fenn (supported by voluntary contributions) és ezen célból a kórházak vezetősége a napilapok hirdetési rovatában szólítja fel a közönséget a támogatásra. Ily módon sok millió font gyűl össze évente és még több millióra rug azon hagyatékok összege, melyeket fennkölt lelkű emberek évente tesznek a kórházak számára. Minthogy a kórházak létezése jótékonyaságon alapszik, a főorvosi állások sem járnak tiszteletdíjjal. A főorvos (visiting physician vagy surgeon) hetenként 2-szer vagy 3-szor látogatja meg a kórházat és délután 2—4-ig végzi visitjeit illetőleg operatioit. A kórházban lakó al- és segédorvosok állásai díjazással járnak, mely díjazás teljes úri ellátáson kívül 40—120 font között változik. Az ápolónők élén áll a főápolónő (Matron), a ki az ápolónők és segédápolónők szolgálatát ellenőrzi. Az ápolási rendszer Angliában a túlképzett legmagasabb fokát érte el. Az ápolónők, a kik az esetek túlnyomó többségében hölgyek a szó legszorosabb értelmében, nemcsak kiváló képzettséggel, de nemes odaadással is töltik be hivatásukat. A modern ápolónői hivatás megalapítóját, Miss Nightingale-t, a krimi hősnőt, vagy az angyalok hadának vezérét, a mint ezen ütközet után elnevezték, a napokban azon ritka kitüntetés érte, hogy

87. születésnapja alkalmával megválasztották London diszpolgárának. Ezen megtiszteltetésben kivüle még csak egy nő részesült, a nem régen elhalt Burdet Coutts bárónő. Kiemelendők még a tuberculosis gyógyítását célzó sanatóriumok (Open air sanatoria), továbbá a rák, a tropusi és ragályos betegségek tanulmányozására szolgáló kórházak, melyek a reájuk hagyott nagy összegeket a humanitás érdekében és a tudomány fejlesztésére a lehető legnemesebben kezelik. Londonban több mint 320 közkórház van, a mely szám nem foglalja magába a különböző rendelőintézeteket járó betegek számára, az úgynevezett dispensery-ket.

A mi az orvosi etikette-et illeti, bátran állíthatom, hogy a legmagasabb nívleuon áll. Az angol orvos jól tudja, hogy a publicum csak az esetben becsül meg valamely rendet, ha annak tagjai egymást is megbecsülik és általánosságban mondható, hogy az orvos nagyon elismert társadalmi állásnak örvend. Nem tagadható ugyan, hogy a szegényebb külvárosokban gyakorlatot űző Apothecary alkalomadtán kicsinylőleg nyilatkozik nagyobb gyakorlattal bíró collegájáról, de az Apothecary alacsony qualificatioja és klientéája ezt is eltűri, noha valójában reá is hátrányos az ilyen nyilatkozat. Majdnem kizártnak tekinthető azonban, hogy egy jobb gyakorló-orvos vagy konzultáns tenne ilyenmő nyilatkozatot; első sorban mert az orvosi pályára csupán szellemi és anyagi tekintetben jobb emberanyag szánja magát, másodsorban mivel az angol közönségnek nagyfokú intelligentiája átlát az ilyenlen és mindig a gáncsoló-ban lát gáncsolni valót.

Épen úgy kizártnak tekinthető, hogy egy orvos más orvosnak betegét annak tudta nélkül kezelné; nem teszik ezt a gyakorló-orvosok maguk között és annál kevésbé teszi egy konzultáns a gyakorlóorvossal szemben, hanem értesíti, hogy X. Y. a mai napon felkereste őt és ő ezt meg ezt ajánlja betegsége érdekében.

Végül még csak egyet. Az Amerikából kiindult és ma már az egész kontinensen ismeretes hirdetési rendszer Angolországban nem létezik. Ennek oka nemcsak abban keresendő, hogy a Medical Council, az orvosok felettes hatósága, megfosztaná diplomájától a hirdető orvost, hanem abban is, hogy nincs újság Angolországban, mely egy orvosnak ilyenmő hirdetését közölné. *Arany S. Zsigmond dr.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

O. Lassar: Dermatologischer Jahresbericht. Erster Jahrgang:
Über das Jahr 1905. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.
1907. Åra 18 märka.

Jelen munka, mely vaskos, mintegy 43 ivre terjedő kötetet alkot, jelentékeny haladás a dermatologia terén. Mindeddig a bőrvérvostani disciplina önálló éves irodalmi jelentéssel nem rendelkezett. Ennek a hiányát a szerzők és vizsgálók már régen érezték, jöllehet a szaklapok irodalmi szemléi sokat segítettek e hiányon. *Lassar*-é az érdem, hogy helyes érzékkel, kiváló szervező képességével megvetette az alapját ily dermatologiai munkának és közkinésé bocsátotta az első évfolyamot. Fájdalmas érzést kelt azonban mindnyájunkban az a tudat, hogy a jelen munka a nagyon műveltségű, kiváló képességű tanítónak és terapeutának utolsó nagyobb szabású műve. Noha az első kötet — a mi természetes — helyenként még a kezdet nehézségeivel küzd, mégis magán viseli szerkesztője nagy szervező képességének a bélyegét. A munka a dermatológiának szorosan vett anyagán kívül felöleli a természetes határmegegyeit is, a melyekkel együtt 4 részből áll. Az első rész a szorosan vett dermatológiának 1905. évi haladását tárgyalja 34 fejezetben. A második rész 21 fejezetben a lueszt és a venereás fekélyt öleli fel. A nemi szervek bántalmait tárgyalja a III. rész összesen 13 fejezetben. Végül a IV. rész az általánosabb jellegű műveket ismerteti. Az óriási irodalmi anyag a „Jahresbericht“-ek rendszer beosztása nyomán van elosztva és feldolgozva. A referenseknek feltűnő nagy száma lehetővé tette, hogy az egyes kérdések különös gondnal és részletességgel vannak kidolgozva. A kidolgozás jóságát és megbízhatóságát nagyban növelte, hogy a referensek a dermatologia művelőinek javából kerültek ki. A vállalt jelentékeny feladat tehát kiválóan sikerült és csak kíváncs, hogy a többi évfolyam is olyan szellemben készüljön, a minőt az elhunyt szerkesztő inaugurált.

Guszmán.

Guszman.

W. Stekel: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung.
Wien-Berlin. Urban und Schwarzenberg. 1908. 312 l. Ára 9 kor.
60 fillér.

Stekel a Freud elmélete alapján mint a „psychotherapia szakorvosa“ működik Bécsben. Mesterének nézete alapján olvasható könyvében a félelmi neurosis, a félelmi hysteria kórképe és gyógyítása körülbelül 100 kórtörténettel. Mindegyikből ki van hámozva a psychoanalysis módszerével a nemi eredet. Ezek a kórtörténetek nagyon érdekes betekintést adnak az emberek nemi életébe, a melylyel mások nem foglalkoznak olyan bőven, mint Freud és tanítványai. Az álommagyarázásoknak bő tere jut. A magyarázatok erőszakossága azonban minden képzeletet felülmúl. Az álomban pénztáska, szatyor, szekrény, kályha, fiók = vagina, ellenben toll, torony, karfiol, esernyő = penis. Például az ideges asszony azt álmodja, hogy rongyos szatyorral vásárolni megy az anyjával a piacra. Egyet-mást már bevásárolt, de még karfiolt akar venni, mert kevés neki az, a mi a szatyorban van. Anyja azt mondja, hogy ne vásároljon többet. Magyarázat: a szülés után gátrepedés történt (rongyos a szatyor). Nincs megelégedve azzal a mit már bevásárolt, azaz a férjével nemi szempontból, ezért kívánczik még „karfiol“ után stb.

Kollarits Jenő dr.

Kollarits Jenő dr.

Üj könyvek. *Pollatschek und Nádor*: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1907. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 8.60 m. — *H. Sellheim*: Das Auge des Geburtshelfers. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1.60 m. — *H. Triepel*: Denkschrift über die anatomische Nomenclatur. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 0.80 m. — *L. Becker*: Die Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig, G. Thieme. 8 m. — *L. Aschoff*: Über die Wirkungen des Sonnenlichtes auf den Menschen. Freiburg, Speyer und Kaerner. 0.90 m. — *A. Meyer*: Angina ulcero-membranosa sive necrotica und ihre Erreger. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *B. Naunyn*: Die Berliner Schule vor 50 Jahren. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — *H. Mohr*: Diagnostische Schwierigkeiten und Differentialdiagnose bei Appendizitis. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *R. Imhofer*: Die Geschichte der Kehlkopftuberculose vor Erfindung des Kehlkopfspiegels. Halle, C. Marhold. 3.60 m. — *L. Baldenweck*: Étude anatomique et clinique sur les relations de l'oreille moyenne avec la pointe du rocher, le ganglion de Gasser et la IV^e paire crânienne. Paris, G. Steinheil. 5 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A Basedow-kór gyógyításáról három előkelő orvostanár véleményét ismerteti a „Medizinische Klinik“ ez évi 17. száma.

Schultze Fr. (Bonn) a betegségek kezdeti szakában több heti ágynyugalmat ajánl. Belsőleg első sorban bromnatriumot ad; a digitalistól és strophantustól nem látott eredményt, használatuk csak akkor javalt, ha egyidejűleg degeneratiós elváltozások vannak a szívizomzatban. A jód használatát általánosságban elítéli, noha vannak esetek, a melyekben eredményes. Sok orvos nyilván azért adott jodot, mert abban a véleményben volt, hogy közönséges golyvával áll szemben; ilyenkor többnyire rosszabbodott az állapot, főleg a tachycardia és a nyugtalanság fokozódott. A thyrojodin és thyreodin használatát teljesen elhibázott dolognak tartja. Eseteiben az anti-hyreoidserum és a rhodagen használata nem adott megbízhatóan jó eredményt; de lehetséges, hogy ez utóbbi szert nagy adagban hosszú időn át kell adni. Egyébként a suggestio is szerepelhet ilyenkor; ismer egy Basedow-kóros nőt, a ki akkor is tetemes javulást érzett, a mikor a Möbius-serum helyett destillált vizet fecskendeztek a bőre alá. Ha nyugalomra és nervinumokra (főleg chininre) nem áll be lényeges javulás, továbbá, ha hivatásuk vagy más okok miatt a betegek nem használhatnak hosszabb kúrát (ilyen kúra a hegyvidéken való huzamosabb és nyugodt tartózkodás), operatiót ajánl a szerző, még mielőtt tetemesebb szívgyengeség állana be. A műtét veszélyessége nagyon csekély, ha golyvaműtétekben jártos sebész végzi. A műtét után hosszabb ágynyugalom és további belorvosi kezelés szükséges. Hogy elérhető-e a teljes gyógyulás, nem tudja.

Krehl (Heidelberg) kifejezett esetekben, ha még nem nagyon súlyos az állapot, a pajzsmirigynek operatív megkisebbitését ajánlja. A nagyon súlyos esetekben, a melyekben tulajdonképen leginkább javult a műtét, tartózkodóbb a műtét ajánlásával, mert ilyenkor már veszedelmes. Igaz ugyan, hogy a középsúlyos esetekben nem ritkán operatio nélkül is az általános erősítő eljárás szintén célra

vezet; minthogy azonban a betegség lefolyása teljesen kiszámíthatatlan s a műtét ilyenkor még nem veszedelmes, mégis első sorban az operációt ajánlja. Könnyű esetekben akkor ajánlja az operációt, ha a pajzsmirigy nagyon nagy, vagy nyomástüneteket okoz.

Martius (Rostock) a fősúlyt azon ártalmak távoltartására helyezi, a melyek tapasztalás szerint kedvezőtlenül befolyásolják a betegséget; a beteget tehát eltávolítja otthonából, hosszabb időre kórházban helyezi el teljes testnyugalom és erősítő diéta mellett. Jó eredménnyel jár az arsen belső használata (1 milligramm natrium arsenicosumot tartalmazó granulomokat ad, eleinte 2-t naponként, s lassan emelkedik 10—15 darabig pro die). A meglevő izgatottság fokához képest meleg fürdőket és bromot is rendel; a villamozást rendszerint nem használja. A sebészeti beavatkozást akkor tartja javalltnak, ha az említett módon tetemesebb javulás nem áll be, illetve nagyon gyorsan következik be a recidiva; javallt a műtét akkor is, ha a pajzsmirigy megnagyobbodása olyan fokú, hogy már egymagában is szűkséggé teszi a megkisebbitését. Sok esetben látott nagyon jó eredményt a részleges strumektomiától.

A bélzavarokról a klimakteriumban ír *Singer* bécsi magántanár. Ezek a bélzavarok, a melyek egyrészt hasmenés, másrészt székzsorulás alakjában nyilvánulnak, sokszor első tünetei a klimakterium bekövetkezésének. Különösen a sokkal gyakrabban észlelhető makacs székzsorulás bír fontossággal, a mennyiben többnyire nagyfokú meteorismussal és véres székkel jár s azért a bélrák gyanúját kelti. Ettől azonban megkülönbözteti a bélnyálkahártya endoszkopos vizsgálatának eredménye (sima, tükröző nyálkahártya, gyakran egészen kiesiny elágazódó erek hálózata, hajszál-eres parenchymás vérzés), a táplálkozási zavar hiánya, a klimakteriumra utaló egyéb tünetek, sok esetben a hízás, a bőrerek részéről mutatkozó jelenségek (ardor fugax, rohamokban jelentkező izzadás). (Medizinische Klinik, 1908. 18. szám.)

Delirium tremens-statistikát közöl *Boston*. Az eseteknek többsége a 30—50. életévben fordult elő s ezen életkorban a halálozás meglehetősen egyforma (körülbelül 35%). Az 50. életéven túl határozottan rosszabb a prognózis, a halálozás 42—50%. A melegebb évszakban gyakoribbak az esetek. A mi a szövődmények befolyását illeti, legkedvezőtlenebb a vesebaj; a 15 eset mind halállal végződött. Már meglevő szívbj esetén a halálozás 84.6%, a deliriiummal kapcsolatban beállott szívsvödmény esetén pedig 80% volt a halálozás. Már meglevő tüdőbaj mellett a delirium 50%-ban végződött halálosan, a bekövetkezett tüdőszövődmények következtében pedig 66% volt halálos. (The Lancet, 1908 január 4.)

Idegkórtan.

A haladást az agyvelődaganatok kórjelzésében ismerteti *A. Knapp* (Göttingen), a ki *Cramer* klinikájának anyagára támaszkodva beszéli meg ezt a kérdést. *Nonne* hangoztatja, hogy milyen gyakran jut bonczoláskor elének olyan agydaganat, a mely elég felületesen fekszik és a műtő késének hozzáférhető lett volna, ha a helye az életben meg lett volna határozható. Legkönnyebb az elhelyezés felismerése, ha agyvelőközpontokról van szó, a melyekkel bizonyos körülírt tünetsoport jár. Legelső ezek között a Jackson-epilepsia féloldali terjedő görese és a kérgi monoplegia. Ezek kerültek legelőször operálásra, a mikor az egész agyvelősebzés csak a középponti tekervényekre szorítkozott. De a kés ilyenkor nemcsak a daganatot, hanem az illető középpontot is eltávolítja és így helyre nem hozható kárt tesz, ha meg is menti a beteg életét. Ezért a néma vagy közömbös agyvelőrészek daganatai csábítóbbak volnának a műtetre. E helyek megbetegedésének tüneteit tehát fontos megkeresni.

Erre a célra használni lehet a távolhatás tüneteit. Igaz, hogy épen ezek lehetnek leginkább hibaforrásai a kórjelzésnek, de hát ebben a nehéz kérdésben lehetetlen hiba nélkül dolgozni. Ilyen eset pl. az, a melyben *Liebermeister* előbb a bal arcban és kézben, később a bal lábban észlelt göresöket, azután ugyanazon oldalon monoplegiák támadtak, a melyekből később hemiplegia lett. Ez esetben elég biztosnak látszott az a következtetés, hogy daganat székel a jobb középponti gyrusban. A bonczoláskor pedig kiderült, hogy a daganat a bal oldalon feküdt, noha a pyramispálya keresztződése rendes volt. A daganat itt a mellette levő agyvelőrészt

nem bántotta, hanem az ellenkező oldali symmetriás hely szenvedett a koponyához nyomva sérüléseket. Minden agyvelői göcztünet lehet esetleg távolhatásból származó is. Például *Cramer* és *Weber* ismertették olyan eseteket, a melyben az ellenkező oldali kisagyvelődaganat okozott Jackson-rohamokat. Az anosmia homlokkaréjdaganatnak lehet a göcztünete, a mely az agyvelőalap felé nő, de kisagyvelődaganatokban sem ritka, ha hydrocephalus fejlődik stb. A távoli tünetek létrejöttének módjáról biztosat nem tudunk. Talán eltolás, húzódás, röncsolás, szűkvérűség, vizenyőesség bánthatja a daganat közelében levő részeket.

A távoli tünetek kórjelző hasznát látta *Knapp* 7 esetben, a mikor a halántékkaréjban ült a daganat. Ezekben a baj előhaladása közben múló zavar támadt az oculomotoriusban, nevezetesen ptosis és pupillatágulat alakjában. Alkalmasint a homlokkaréjban ült a daganat akkor is, ha több évig tartó fennállása után támadt oculomotorius-bénulás az ellenkező oldal hemiparesisével. Ha ezen tünetsoporthoz kisagyvelői tünetek is járulnak, ennek a kórjelzésnek a biztossága fokozódik. A nyakszirti karéjok csak ritkán okoznak oculomotorius-bénulást. Ilyen eset csak 4 van az irodalomban.

Használható a koponya hangvezetésének megváltozása is. Ezeket a viszonyokat *Phleps* derítette ki. Ha ugyanis hangvillát teszünk a koponya közepére, egészséges emberen a hangot a kétoldalt symmetriás helyeken egyenlően halljuk, ha *Phleps* két fülre való stetoskopjával hallgatózunk. Ha az egyik oldalon daganat van az agyvelőben, az kevésbé vezeti a hangot. Igaz, hogy ez a különbség nem elég nagy és, hogy részaránytalanságok is okozhatnak hasonló különbségeket. Nagyobb eltérést csak közvetlen a koponya alatt fekvő consistentebb daganatok adnak.

A Röntgen-vizsgálat ritkán ad felvilágosítást, mert a daganat gyakran nem változtatja meg a consistentiát. Leginkább akkor lehet eredményt elérni, ha a daganat kikezdi a koponyacsontot vagy esetleg eltolja. Például hypophysisdaganat nyomása alatt a töröknnyereg tágul. Meglátható a Röntgen-képen az osteosarkoma, a daganat, melyben mészlerakódás van. Jó nemcsak az egész koponyát lefotografálni, hanem diaphragmát alkalmazva az egyes részeit is.

Az agypunctio szintén adhat jó eredményeket. A 3—4 cm. mélyre szúrt tüvel daganatrészt aspirálhatunk, a mely szöveteileg vizsgálható. Az arteria sérülése kikerülhető, a vena kitér a tü elöl. Néha talán sérülhet valamely agyideg. Előfordul, hogy egyszerű megtekintéskor nem lehet a daganatot felismerni, mert összeállása semmiben sem különbözik a rendes agyszövetétől. Ajánlatos ezért, hogy műtét közben a daganatból egy részt ki lehessen metszeni és azt tanult ember rögtön szöveteileg megvizsgálja. Így lehet megtudni egyrészt azt, hogy valóban daganat-e a kérdéses szövet, vagy hogy esetleg hol van a daganatnak szemmel meg nem állapítható határa. (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 19—20. sz.)
Kollarits Jenő dr.

Gyermekeorvostan.

A veleszületett szívbántalmakban gyakran észlelhető cyanosist többféleképpen igyekeztek magyarázni. Egyesek a verőeres és a gyűjtőeres vér keverődésében, mások a venás pangásban, a hiányos tüdőszellőztetés folytán létrejövő haemoglobinhiányban, ismét mások a vérképzőszervek fokozott működése által feltételezett hyperglobuliában keresték a cyanosis okát. A vizsgálok legtöbbje, egyik theoria sem tudván tökéletesen s minden esetben megmagyarázni a cyanosist, a magyarázatok egyesítése és kombinálása által igyekezett célhoz jutni. Olasz és francia vizsgálok mutatták ki első ízben, hogy a veleszületett szívbántalomban szenvedők bőrhajszálerei erősen tágultak s a cyanosis első s főokául ezt tekintik, míg a pangást, hyperglobuliát csupán másodlagos fontosságú jelenségnek tartják. *Pachioni* feltételezi, hogy a veleszületett szívbetegségeknél méhenbelüli életében a rendellenes vérkeringési viszonyok folytán a bőr hajszálereinek fejlődése oly változásokat szenved, melyek súlyos esetekben korábban (esetleg veleszületetten), a könnyebbekben pedig később cyanosisra vezetnek. Alkalmas volt egy szövődményes veleszületett szívbeteg (pulmonális szűkület, a Botall-vezeték nyitvamaradása, septumdefectus) elhalt 6½ éves fiúgyermek bőrhajszálereit mikroskoppal tanulmányozni. A bőr papilláinak erei erősen tágultak, kanyargós lefutásúak, vérsjtekkel teltek voltak, falzatuk erősen megvastagodott, számos magvas sejtből áll, melyet helyenként fibrosus réteg bélel ki. Jól sikerült

mikrophotographiákkal értékíti eredményeit; különösen tanulságos a normális bőr hajszálereivel való összehasonlítás. Ezen pozitív lelet alapján a veleszületett szívbántalmakban észlelhető cyanosis alapokául a bőrhajszálereknek rendellenes fejlődését tekintti, melyet az ébrényi életben fennállott pangás hozott létre. A pangás, a vérnek gyűjtőerős volta és a hyperglobulia csupán másodrendű fontosságú. (Rivista di clinica pediatrica, 1908. sz.) *Faludi Géza dr.*

Nagyfokú tejelválasztás újszülött leánygyermekben.

Az emlők kisfokú duzzanata kevés tejelválasztással mindkét nemű újszülöttben a physiologiai jelenségek közé tartozik. *Bucailler* és *Apert* azonban oly újszülött leánygyermekről ír, a kiben ezen jelenség igen fokozott mértékben volt meg. Emlői nagyságra nézve megfelelnek egy nem régen szült nő emlőinek. Tapintáskor az emlőmirigyek lebenyei jól érezhetők. Egyszerre körülbelül 10 cm³ tej fejhető ki könnyen belőlük. E mellett a csecsemőn semmiféle más eltérés nem látható. A kémiai és mikroskopi analysis szerint a kifejt tej a női tejtől semmiben sem különbözik; mikroskoppal csak néhány leukocytát találtak, colostrum-testecskéket nem. A leányka 5 esztendősi fiútestvérénél születése után hasonló, de nem ilyen nagyfokú tejelválasztás volt. A családban különben felmenőleg ily eseteket nem észleltek.

Hasonló jelenséget észlelt *Garippi* egy újszülött fiúgyermeken, kinél szintén igen nagyfokú tejelválasztás volt. Ugyanott említve van, hogy a fiú két éves leánytestvérén születése után szintén igen erős tejelválasztást észleltek.

Állatokban hasonló esetek fordulnak elő csikókban, melyeknek emlői körülbelül ökölnagyságúak. Akárhányszor meg kell fejni az ilyen csikókat. Felnőtt korukban az ilyen anyaállatok nem jobb tejelők mint mások. Érdekes, hogy ezeknek csikái sokszor szintén bőven termelnek tejet. Ezt a tünetényt eddig csak nőstény állatokon észlelték. (La Clinique infantile, 1908.) *Szilassy dr.*

Börkórtan.

A Finsen-Reyn-féle és a Kromayer-féle quarezlámpa áthatolóképeségét vizsgálta kísérleti és összehasonlító úton *V. Maur* (Kopenhága). A Finsen-féle fénykezelés általános alkalmazása óta minduntalan tettek és tesznek kísérleteket a fényforrás javítására. Egyetlen egy módosítás sem tudta azonban a *Finsen-féle*, vagy a *Finsen-Reyn-féle* lámpát háttérbe szorítani. Kivételt e téren egyedül a *Kromayer-féle* quarezlámpa látszott alkotni, a melynek már is sok és lelkes dicsérője akadt. A szerző a nagynevű kopenhágai *Finsen*-intézetben oly összehasonlító állatkísérleteket végzett, a melyek arra irányultak, hogy minő az értéke a *Finsen-Reyn-lámpának*, illetőleg a *Kromayer-féle*nek a penetrációs képesség tekintetében. Több kísérleti sorozatban a következő módon járt el. Megvilágításra szolgált egyfelől egy *Finsen-Reyn-lámpa*, mely 20 Ampère-rel és 55 Volt-tal égett, másfelől egy *Kromayer-féle* lámpa, mely 3½ Ampère-rel és 140 Volt-tal működött. A sugarazás időtartama a legtöbb kísérletben ¼ óra volt. Kísérleti állatanyagul albinos házinyulak szolgáltak. Minden kísérlethez a szerző két állatot használt, I. és II. jelzéssel. Az I. sz. fiatal, kicsiny állat volt, a II. sz. pedig kifejlett. Az I. sz. állat volt az, a melynek füle szűrőképen szerepelt a fény számára, a II. sz. pedig az, a melynek fülére az I. sz. fülön áthatolt fény hatott. Az állatok úgy voltak elhelyezve, hogy jobb fülükre hatott a *Finsen-Reyn-lámpa* fénye, bal fülükre a *Kromayer-féle*é. A lámpákhoz közelebb tehát mindig az I. sz. állat feküdt. Ilyen elmés összeállításban a kísérletek teljesen objectív adatokat nyújtottak. A kísérletekből kiderült, hogy a *Finsen-Reyn-lámpa*, szemben a *Kromayer-féle*vel, az élő állati szövetben jóval mélyebb és állandóbb reactiót tud létrehozni. A *Kromayer-lámpának* mélyre való hatása nem fokozódik az által, hogy kék fényt alkalmazunk, sőt ellenkezőleg. Akkor azonban, a mikor erős felületet hatást óhajtunk elérni, a *Kromayer-féle* lámpa előnyösen használható. Tudnunk kell azonban, hogy a megvilágítás ilyenkor könnyen jár heves fájdalmakkal, s hogy gyakran származnak nekrosisok, a melyek torzító hegekre vezethetnek. Az állati fülön támadó reactiók között is jelentékeny különbségek voltak megállapíthatók. A *Finsen-Reyn-lámpással* világítás az I. sz. fülön az első órákban erős hyperaemiát és thrombusképződést okoz. Csakhamar jelentékeny savós beszűrődés is támad a fülön, a mi erős duzzadás alakjában nyilvánul. A II. sz. fülön ugyanazok a tüne-

tek észlelhetők, csak gyengébb fokban, s azonfelül hiányzik a savós beszűrődés. A *Kromayer-lámpával* történt megvilágítás után szintén beáll a hyperaemia és thrombusképződés az I. sz. fülön, de 1—3 nap után az infiltratio helyett nekrosis támad, a melynek peripheriáján később és másodlagosan beszűrődés keletkezik. A II. sz. fülön néha egyáltalán nem jelentkezik reactio; ha azonban mégis kifejlődik, akkor olyan, mint a *Finsen-Reyn-lámpával* elért reactio. Azt a körülményt, hogy a vizsgálok egy része a *Kromayer-féle* lámpa értékét a mélybe való hatás tekintetében a *Finsen-Reyn-lámpáé* fölé helyezte, a szerző úgy magyarázza, hogy az illetők a *Finsen-Reyn-lámpát* hibásan kezelték és használták. Ezért pontos használatmódját is részletesen ismerteti. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 90. k., 1—2. f.) *Guszman.*

A cutismyomákról nyújt klinikai, szövettani és összehasonlító adatokat *P. Sobotka* (Prága). Kimerítő nagy tanulmányában a szerző első sorban is determinálja az irodalomban szétszóró idevágó eseteket. Külön helyezi a szorosan vett coriumbeli myomákat, a melyeknek egészen különleges alakját, a multiplex arrectormyomát ő maga is észlelte egy esetben. A multiplex arrectormyoma már klinikailag is nagy valószínűséggel volt kórismézhető. Az eset klinikai szempontból igen jellemző tüneteket létesített. Számtalan néhány mm.-nyi átmérőjű vöröses daganatocska alakjában mutatkozott a jobb alsó végtag nagy részén, kisebb terjedelemben ezenkívül még a bal alsó végtagon és a jobb felkaron. A daganatos kiütés elrendeződése a bőr hasadási irányának felelt meg. E jelenség, bár rendszeren kissé burkoltan jelentkezik, gyakori a coriummyomák esetében s így talán diagnostikai értékkel is bír. Jellemzők voltak a fájdalmak is. Ezek rohamszerűen jelentkeztek az éjjeli órákban, továbbá hosszabb pihenés utáni mozgás alkalmával. Kiváltotta őket hirtelen lehülés is (pl. hideg fürdő). Jellemző volt továbbá a myomák gyakori színváltozása is. A szövettani vizsgálat kétségen kívül megállapította, hogy a daganatocskák az arrectorokból indultak ki. A myomáknak vörös színe nem függ a vérerekben való gazdagságtól, hanem a sima izomzat áttűnőségében találja az okát. (Archiv f. Derm. u. Syphilis, 89. k., 2—3. f.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A lágyfekélyeknek melegvizes irrigálását ajánlja *F. Zinsser* (Köln). A sankerek állandó meleg irrigálását már évekkel ezelőtt *Welder* ajánlotta, de ajánlata feledésbe ment. A szerző a melegvizes irrigálásokat 2—3 meter magasságból egyszerű irrigatorból végzi 45—50°-os vízzel. A víz mennyisége átlag 4—5 liter. A vízben kevés kalium permanganicum is oldható, főleg ha desodorálni is óhajtjuk a fekélyt. Az öblítés naponta 3—5-ször történjék. Egyszerű, kisebb és jóindulatú ulcusok kezeléséhez ez az eljárás nem szükséges, mert mégis kissé körülményes. Kiváló szolgálatot teljesít azonban a gangraenás fekélyek eseteiben. Ilyenkor a szövetek szétesése szinte óráról órára terjed s a ronesolás nagy pusztításokat végezhet. A melegvizes irrigálás ilyenkor varázszerű hatást fejtenek ki. A ronesolás már az első öblítések nyomán egy csapásra megáll s a fekély tisztulása rohamosan megindul. A szerző sokszor tapasztalta, hogy oly esetekben, melyekben a szövetek szétesését sem marószerekkel, sem pedig égetéssel vagy desinfienciákkal megállapítani nem lehetett, a meleg öblítések csakhamar meghozták az eredményt. Jól alkalmazhatók ily öblítések akkor is, ha a fekélyek például nők commissura post.-ján vannak, a hol a hely alkalmatlan volta miatt a jobbindulatú fekélyek is makacsul viselkednek. Ulcusok miatti phimosis eseteiben a szükséges bemetszést vagy circumcisiót könnyen követi a sebszélek elfekélyesedése. A meleg öblítések itt prophylactice alkalmazhatók. Fekélyképződéstől ilyenkor nem kell tartani. Az öblítések alkalmával ügyelni kell, hogy a rekeszek közé és a zugokba bőven jusson a vízszugár, mert különben nem érünk célra. Öblítés után a fekélyt le kell szárítani s vékonyan jodoformmal behinteni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 18. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Syphilis súlyos eseteiben *Gaucher* a következő oldatot feeskendezi a bőr alá: Rp. Hydrargyri benzoici 0.3; Ammonii benzoici 1.5; Cocaini benzoici 0.05—0.15; Aquae destill. sterilis.

30-0. M. D. S. Naponként 2 cm³-t befecskendezni. Nagyon finom platintú használata esetén a befecskendezés nem fájdalmas. (Journ. de méd. de Paris, 1907. 52. szám.)

Az intertrigót Sabouraud következő módon kezeli. Enyhe esetekben elegendő a mosogatás a következő szerek valamelyikével: Rp. Spir. Coloniensis 100-0; Tinet. jodi recenter paratae 100-0. — Rp. Piciis liquidae 20-0; Spir. Coloniensis 180-0. — Rp. Ammonii sulfo-ichthyolici 10-0; Aquae destillatae 100-0. — Súlyosabb esetekben argentum nitricummal (1:15) ecsetelés vagy kalium hypermanganicummal (1:5000—1:1000) mosogatás végzendő, kapcsolatban a következő zink-bismut-pasta használatával: Rp. Zinci oxydati 18-0; Bismuti carbonici 2-0; Lanolin., Vaseline. aa 10-0. M. f. pasta. S. Reggel és este alkalmazandó. Ez a pasta vízzel alig távolítható el s azért vaselin használandó a letörülésére. (Journ. de méd. de Paris, 1907. 52. szám.)

A galand-férget Schilling következő módon hajtja el: A kúra előtti estén csak levest eszik az illető és hashajtót kap. Reggel feketekávé és kétszersültet fogyaszt s utána 1/4 órával kapja két részletben a feregűző szert. (Extr. filicis maris aether. rec. parat. 8-0—10-0; Tuber. jalap. 0-5; Sir. simpl. ad 30-0.) A fereg 3—4 óra múlva szokott távozni; távozásáig a betegnek semmit sem szabad enni. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 4. f.)

A kénesevel gyógyítás támogatására kevésvérű syphiliseknek előszeretettel ad Zeissl jodvasat pilulában, vagy jodvas-sirupot: Rp. Ferri jodati 10-0; Extr. et pulv. gentian. aa qu. s. u. f. pil. No. 100. Legfeljebb 7 pilulát naponként; többet alig tűr meg a gyomor. A jodvas-sirupot (Rp. Sir. ferri jodati 2-0; Sir. mororum 20-0. M. D. S. 24 óra alatt elhasználandó) naponként frissen kell készíteni, mert 24 órán túl már bomlik, szabad jód válik ki, a mely gyomorfájást okoz. Jól tűri a szervezet a jodferratoset, a mely 0-3% vasat és ugyanannyi jodot tartalmaz fehérjéhez kötve; továbbá a jodferratin, a mely 0-6% vasat és ugyanannyi jodot tartalmaz, szintén fehérjéhez kötve; tabletták alakjában kaphatók; naponként 3—5-ször vétetünk be 1—2 tablettát. (Medizinische Klinik, 1908. 15. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 23. szám. Mohr Mihály: Útmutató szemészeti balesetekben. Buday Kálmán: A gyomor verőereinek sclerosisáról.

Orvosok lapja, 1908. 23. szám. Halász Henrik: Nyálköképződés ritkább esete.

Budapesti orvosi újság, 1908. 23. szám. Kéty László: Újabb mozzanatok az ulcus ventriculi kezelésében. Kaszper Károly: A fektorról.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Rácz Miksa dr. homonnai járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, Borha Jenő dr.-t Magyarországon járásorvossá, Müller Ferenc szigorlóorvost a hódmezővásárhelyi kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. Nemes Sándor dr.-t Fraknón körorvossá választották.

Megbízás. A belügyminister a debreczeni állami gyermekmenhely-nél a másodorvosi teendők ideiglenes ellátásával Gözöny Margit szigorlóorvost bízta meg.

Balás Dezső dr. műtősebész és orthopaed junius 1.-étől VIII., József-körút 50. sz. alatt lakik.

A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján május hóban a szülések száma 160 volt (először szülő 76, többször szülő 84). A született magzatoknak száma 162, még pedig élő 149, halott 8, maczerált 5; érett 134, kora 19, éretlen 9; fiú 87, leány 69, kérdéses nemű 6; törvénytelen 69, törvénytelen 91. A terhesek és szülők közül 1, a gyermek-ágyasok közül 2 halt meg. A nőbeteg-osztályon 83 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 103 esetben vették igénybe; a műtétek száma 74 volt.

Fürdők személyforgalma. Tátrafüred (junius 7.): 696; Pöstyén (junius 9.): 3321.

Meghalt. Bertleff Frigyes dr., Segesvár város nyugalmazott főorvosa 76 éves korában, e hó 4.-én.

Kisebb hírek külföldről. C. Lewin, a berlini rákintézet segéde a tanári címet kapta.

A francia belorvostani congressust az idén Genfben tartják meg szeptember 3.-ától 5.-éig. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. Az arteriosclerosis klinikai alakjai; referens Huchard és

Jaquet. 2. Az ideges állapotok pathogenesise; referens du Bois és Lépine. 3. Az epeköbetegség gyógyítása; referens Gilbert, Carnot és Mongou. A congressus elnöke Ad D'Espine, titkára A. Mayor genfi tanár.

A német közegészségi egyesület ez évi összejövetelét Wiesbadenben tartja szeptember 16.-ától 19.-éig. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A városi egészségügyi hivatalok. Referens: Esmarch tanár. 2. A vízzel ellátás falun. Referens: Schnick, titkos főépítőtanácsos. 3. Az idegesség okai és leküzdése. Referens: Cramer tanár. 4. A népiskolák építésének hygienés alapszabályai. Referens: Rehlen, müncheni építőtanácsos. 5. A városi vásárcsarnokok egészségügyi jelentősége. Referens: Küster, breslaui építőfelügyelő.

Az appendicitis Németországban hivatalos statisztikai adatok szerint növekedőben van. A kórházakban ápolt appendicitisesek száma Poroszországban 1903-ban 8412, 1906-ban pedig ennek körülbelül a kétszerese: 16,781 volt. Viszont a halálozási arány 9-46-ról 6-68%-ra csökkent. A feregnyúlványgyulladás mortalitása legnagyobb az ifjúkorban (10—25 év közt); e korban többen halnak meg appendicitisben mint minden egyéb betegségben összesen. 1906-ban az e bajban elhaltak 58-01%-a volt férfi, 41-99%-a nő. — Leprás 1907 végén a Németbirodalomban 28 volt: 21 Berlinben s 7 Hamburgban.

Melyik órában hal meg a legtöbb ember? A Progrès Medical szerint a statisztikai vizsgálatok azt tanúsítják, hogy a legtöbb ember éjjel s az éjszakának is a második felében hal meg. Finlayson Glasgowban 43,000 eset alapján a reggeli 5—6 óra közti időt jelöli meg a halál leggyakoribb időpontjával. Schneider Berlinben 57,000 eset átlagával a reggeli 4—7 óra közti időt találta, Berers Philadelphióban 1000 eset alapján a reggeli 6—7 óra közti időt. Beadles New-Yorkban megerősíti ezt az adatot a férfiakra nézve (reggeli 5—6 óra 3324 eset alapján), a nők ellenben — 1000 eset alapján állítja ezt — leginkább este 6—7 óra közt halnak meg.

Az orvos három ábrázata. Egy 1525-ből származó latin epigramm szerint, melynek szerzője Enricius Cordus vagy polgári nevén Solde Henrik nevű orvos, az orvosnak háromféle arca van: ha megjelenik a beteg ágyánál: angyal; ha kíséreti őt a bajából: Isten; s ha a sikeres kúra után a tiszteletdíjat kéri: ördög.

Tres medicus facies habet, unam quando rogatur
Angelicum; mox est, cum juvat, ipse Deus,
Post ubi curato poscit sua praemia morbo,
Horridus apparat terribilisque Satan.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnán épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes fizikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyűrűlések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógy módok.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében

fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diatetikus konyha stb. Olcsó árak. Fürdőorvos: Dr. Groó Béla Budapestről.

Orvosi laboratórium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Röntgenlaboratórium: Tulajdonos: Dr. HUBER ALFRÉD a szt. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. GRÜNWALD-SANATORIUM. Főbb javalkatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. Turán Bódog május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales“).

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése. (Budapest, 1908. május 29—31.) 416. l. — A német sebésztársaság XXXVII. congressusa. (Berlin, 1908. április 21—24.) 417. l. — Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató ülés 1908 február 26.-án.) 418. l. (IV. bemutató szakülés 1908 március 11.-én.) 418. l. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 419. l.

A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése.

Budapest, 1908 május 29—31.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

Második tudományos ülés május 29-én d. u. 3 órakor.

Ifj. Genersich Antal (Hódmezővásárhely) *gyermekfejnyi angioma cavernosum hepatis*-nak májresectional operált esetéről számolt be. A daganat 40 éves asszonyban 8 év előtt elszívott ütés következtében fejlődött. *Genersich* a daganatot kétszakaszos műtéttel távolította el, a seb per primam gyógyult.

Szigeti Gy. Sándor (Kaposvár) *kocsányesavarodott vándorlépet irtott ki nőbetegből*; az eset annyiban érdekes, hogy ámbár a lépkoecsány kétszer megcsavarodott, foudroyans tünetek nem voltak. A beteg pusztán hirtelen támadt heves fájdalmakról panaszkodott puha, petyhüdt hasában, a mellett hőemelkedés volt (38 °C). A lép a két csipőizület között teljesen harántul állott, homorulatával fölfelé tekintett; a duzzadás folytán a lép homorulatán 2 1/2 cm. hosszú repedés támadt. A gyógyulás teljesen zavartalan volt.

Fischer Ernő (Rókus-kórház, Herczel tanár osztálya) *subcutan léprepedést* állapított meg 36 éves nyomdászban, ki gyomortájával gerendába ütdődött. A kórjelzést az anaemiára, a hasfalak feszességére, valamint a szapora érverésre alapította. A műtétet 2 órával a sérülés után végezte; kitünt, hogy a lép distalis harmada egészen leszakadt és hogy a lép hilusában a parenchymaig berepedt. Léпкиirtás, lázmentes gyógyulás.

Gellért Elemér (Rókus-kórház, Herczel tanár osztálya) *lövés okozta sérülés miatt végzett léпкиirtást* 10 órával a sérülés után. A revolver-löveg a lép alsó sarkát roncsolta össze és a bal ágyék-tájon 4 harántujjnyira a crista ilei fölött a bőr alatt akadt meg. *Gellért* a lépét a pankreas farkának kimélésével kiirtotta s a löveget eltávolította. Jelenleg, 2 héttel a műtét után, a beteg zavartalanul gyógyult.

Róna Dezső (Baja) 32 éves nőbeteg mutat be, kinek lépét *Banti-féle kór* miatt 10 hónap előtt kiirtotta. Betege teljesen munkaképes. Vervizsgálat, sajnos, technikai okokból nem történt. A betegnek az első napokban a műtét után 39 fokig terjedő hőemelkedései voltak; tekintve, hogy a pankreas nem sérült, izzadásmány és haematoma pedig kizárható volt, *Róna* a lázat valamely toxikus anyagból magyarázza, a mely a vérben visszamaradt, míg egyébként a lép küszöbölí ki ezen toxikus anyagot.

Nagy Pál (Nagy-Szombat) *gyomorvák miatt gyomorkiirtást végzett*, noha a hashártyán már áttéti góczok is voltak. Jelenleg, 8 hónappal a műtét után, betege teljesen jól van.

Makara Lajos (Kolozsvár) a *felnőttek köldöksérveiről* értekezett. Fejtegette azon megváltozott bonezolóstanai viszonyokat, melyek miatt az eddig használatos műtéti eljárások nem adnak kielégítő eredményt. Úgy az irodalmi adatok, valamint *Makara* tapasztalatai szerint a legjobb eredményt a *Mayo-féle* műtét adja. Lényege az, hogy a sérvkapu kimetszése és a sérvtartalom ellátása után a sérv helyén támadt nyílást 2 oldalsó bemetszéssel haránt sebbé változtatjuk át; azután az inas izmos hasfalak alsó lebenyét erős matracz-varratokkal a felső lebeny alá húzzuk, miután előzőleg mögötte — a peritoneum leválasztásával — megfelelő tasakot létesítettünk. *Makara* 5 esetben a műtétet már több mint 1 év előtt végezte, személyes vizsgálattal győződött meg arról, hogy a köldöksérv nem recidivált. Ezek alapján a *Mayo-féle* köldöksérv-műtétet a nagyobb sérvek gyógyítására nagyon ajánlja.

Paunz Sándor (Budapest) 46 esetének kapesán a *haránt-metszéssel végzett hasmetszések előnyét hangoztatta*. Harántmetszés végzésekor a hasfal izmait ellátó idegek nem sérülnek; ezen mód-szerek alkotják a normál metszések ideálját.

Paunz végkövetkeztetései ezek: a műtét javulatának felállítása-akor állapítsuk meg, hogy minő bemetszésből végezhető a szükséges beavatkozás. Ha az eset a *Pfannenstiel-Menge-féle* haránt-metszésre alkalmas, föltétlenül ezt kell választanunk, mert a beteg érdekének úgy felelünk meg legjobban, ha nemcsak a műtétet végezzük el legjobb belátásunk szerint, hanem az utóbajoknak, tehát első sorban a sérvképződésnek veszélyét is a lehetőségig csökkentjük. *Pfannenstiel-Menge* eljárása nagy beavatkozás, de utána restitutio ad integrum, még a legnagyobb sérvknél is, bonezolóstanai értelemben és könnyebben, azonkívül recidiva veszélye nélkül jön létre.

Martiny Kálmán (Trencsén) *ileus* miatt részben a kórházban, részben a magángyakorlatban több esetben kedvezőtlen *viszonyok között operált*. Esetelte a műtét nehézségeit és bemutatta gyógyult betegeit.

Alapy Henrik (Bródy Adél-szegénygyermek-kórház) a *hydrocephalus állandó drainezésére szolgáló egyszerű eljárást* ismertet. Az eljárás abból áll, hogy egy 1/2 cm. hosszú és 1 mm. átmérőjű trokárt szúrunk az agykamarába és azon keresztül becsátjuk ki az agyvizet. Heteken keresztül egy-két napi szűnettel mindig más-más helyen szúrjuk be az eszközt és néhány óráig vagy egy-két napig a kamarában hagyjuk. Az eszköz kihúzása után a szűrt csatorna azonnal meggyógyul, sipoly nem képződik.

Alapy szerint eljárásával az oldalkamarák a fertőzés legkisebb veszélye nélkül hosszabb ideig állandóan drainezhetők.

Ifj. Genersich Antal (Hódmező-Vásárhely) 43 éves férfiból *tyúktöjásnyi húgyhólyagrákat gyökeresen irtott ki*. A daganat a trigonumot foglalta el és környezetével oly szorosan nőtt össze, hogy mindkét ureterből több cm. hosszú darabot kellett kiirtani. A két ureter-csonkot a hólyagseb megfelelő sebzugába csomós catgutöltésekkel odavarrta, a hólyag sebet catgut-szícsvarratokkal egyesítette, a hólyagba állandó kathetert helyezett és a hasfalat három étage-ban varrta össze. 5 hónappal a műtét után betege teljesen jól van.

Rihmer Béla (Margit-kórház) *hozzászólásában Genersich* esetéhez megemlíti, hogy hasonló nagyságú kocsányos hólyagcarcinomát irtott ki a jobb ureter tájáról. A resekált ureter interparietalis részét fölfelé felhasította és a nyálkahártyát a hólyag nyálkahártyájához kiszegte. Hólyagvarrat, hasfalvarrat, állandó katheter behelyezése fejezte be a műtétet; betege simán gyógyult.

Martiny Kálmán (Trencsén) *radikálisan operált és gyógyult peniscarcinomáról* számolt be; a műtétet 1 1/2 év előtt végezte.

Ráskai Dezső (sz. István-kórház) több esetet mutatott be. 1. *Veserák* miatt 54 éves férfi veséjét 5 hónap előtt kiirtotta, a beteg azóta 14 kilóval gyarapodott és teljesen egészséges. 2. 29 éves asszonyon *vesegümőkört észlelt köképződéssel együtt*. A vesekiirtás nagy nehézségekkel járt; a vese a májjal, a belekkel és a nagy hasi gyűjtőérrel többszörösen és szorosan összenőtt. A vese leválasztásakor a hasi gyűjtőér 4 cm. hosszúságban be is szakadt, úgy hogy érvarrat alkalmazása vált szükségessé. A beteg teljesen meggyógyult. 3. A *vesegümőkór korai tünete* volt egy 40 éves asszonyon a bő vérzés. A vese eltávolítása óta a beteg súlyban gyarapodott, teljesen munkaképes.

Ráskai előadásához hozzászólt *Weisz Ferencz* (Rókus-kórház, Haberern tanár osztálya) és *Haberern* egy esetét említette, mely némileg hasonlít *Ráskai* 2. esetéhez: 29 éves nőben 4 hónappal a gümös vese kiirtása után a hólyagban kisebb phosphat-követ találtak, melynek eltávolítása köfogóval sikerült.

Steiner Pál (Kolozsvár, sebészeti klinika) *Ráskai* 1. esetéhez szólt hozzá. Tekintve, hogy a beteg műtéti hege arra utal, hogy a behatolás transperitoneálisan történt, azon kérdést intézi *Ráskai*-hoz, miért hatoltak be per laparotomiam, midőn a diagnosis pontos volt és a daganat csak ökölnyi?

Ráskai zárszava fejezte be a vitát.

Hülll Hümér (sz. István-kórház) hangoztatta az *asepsis tanának* hatását a műtétek technikájára. *Hülll* szerint különösen az olyan

műteti eljárásokat kell tovább fejlesztenünk, a melyekhez rövidebb narcosis kell.

* * *

A nagygyűlés első napjának estéjén a Nemzeti Múzeum dísztermében Röntgen-képeket és vetített képeket mutattak be.

Dollinger Gyula (I. sebészeti klinika) „Csont és ízületi betegségek a Röntgen-fényben” czímen hosszabb előadást tartott közel 200 x-sugaras kép demonstrációjával. Felölelte a töréseknek, a ficamodásoknak mind ismertebb, mind pedig ritkább alakjait; utána a csontok és ízületek heveny és chronikus gyulladásának, valamint az ízületek zsugorodásának legfontosabb alakjait mutatta be és előadását ritkább csontdaganatok x-sugaras képeinek demonstrálásával fejezte be. A bemutatott x-sugaras képek kapcsán az I. sebészeti klinikán divó eljárásokat is méltatta.

Horváth Mihály (új sztr. János-kórház) „A csípőízület x-sugaras anatómiája” czímmel tartott előadást, melyet 33 diapositív kép vetítésével kísért. Utalt arra, hogy a medencecsont x-sugaras képéből a gyermek korára is következtethetünk; végezetül a világgrahozott csípőízületi ficamodásnak vértelen repositiójával elért szép eredményeit mutatta be.

Ónodi Adolf (Budapest) vetített képeken demonstrálta az orr üregeinek viszonyát a koponyajáreghez és az agyvelőhöz. Ezen képek, Ónodi igen tanulságos bonczolástani készítményeinek hű másai, világos magyarázatát adják egyrészt számos súlyos szövődmény keletkezésének, másrészt kitűnő tájékoztatásul szolgálhatnak a sebészeti beavatkozásokhoz.

(Folytatása következik.)

A német sebésztársaság XXXVII. congressusa.

Berlin, 1908 április 21—24.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

Harmadik nap.

Brauer (Marburg) különböző tüdőbántalmaknak kezelését mesterséges pneumothorax létesítésével kísérte meg. Ezen kezelésmódra legalkalmasabbnak tartja a rövidebb ideje fennálló bronhektasiákat, továbbá tüdővészben a vérzésre hajlamot. 60 idetartozó esetben 45-ször ért el javulást illetőleg gyógyulást. A hatásmód szerint az, hogy a mesterséges légmellel a tüdőt nyugalomba helyezzük, a nyirokkeringést lassítjuk, ezzel pedig a toxinfelszívódást csökkentjük; egyúttal maga a tüdő szövete sclerotizálásra hajlik. Alkalmatlanok a kezelésre a heveny tüdőfolyamatok (pl. bronchopneumoniák) és az idült bronhektasiák falzatuknak igen rigid volta miatt.

A mesterséges pneumothoraxot *Brauer* $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ évig tartja fenn.

Küttner (Breslau) újabb tapasztalatokról számol be a mellkas és a tüdők bántalmainak műtévesekor.

A műtétet kilencz esetben végezte a rendesen magasabb, kilenczben pedig alacsonyabb narcosis-nyomás mellett; a végzett műtétek ezek voltak: bordadaganat kiirtása, tüdősérülés műtéte, pneumolysis bronhektasiában, tüdősipoly és végül bárzsingrák műtéte.

Kérdésesen felül áll *Küttner* szerint, hogy a műtét megejtése előnyösebb a pneumás kamrában. De vajjon a narcosist a rendesen magasabb vagy alacsonyabb nyomás mellett végezzük-e, az szerinte részben pénzkérdés, részben izlés dolga.

Élettanilag mindkét eljárás egyenlő értékű, a collapsus veszélyét mindkettővel elkerüljük. *Küttner* személyes felfogása szerint a *Brauer*-féle eljárás annyiban előnyösebb, hogy a műtő nagyobb térrel rendelkezik, jobb világítás mellett dolgozik, az aseptisen biztosabban uralkodhatik, az altatóval közvetlenül érintkezik, a motor zaja a műtőt nem zavarja és végül a nyomásviszonyok könnyebben változtathatók, mint *Sauerbruch* eljárásánál.

Friedrich (Marburg) a tüdőgümőkór gyógyítását a beteg tüdőnek nyugalomba helyezésével kísérte meg három esetben. A folyamat mindig egyoldali és haladó volt. A *Friedrich* ajánlotta műtétnek főbb mozzanatai a következők: 1. Lehetőleg helyi érzéstelenítés, esetleg morphiummal kapcsolatban; az aspiratio veszélyét így elke-

rüljük. 2. Gyors dolgozás, lehetőleg fél órán belül. 3. A bordák kiterjedt eltávolítása a beteg tüdő felett; *Friedrich* a II—X. borda eltávolítását ajánlja az angulus costae-től egészen a bordaporezig. 4. Kifogástalan aseptis.

A műtét után 1—2 napig a szív működését erőlyes izgatókkal kell emelnünk; a nyomás változása a mellüregben igazi delirium cordis okoz, kellő izgatószerekkel azonban a beteget ezen zavarón átsegítjük. A mechanikai viszonyok magyarázzák meg azt is, hogy a jobboldali pneumothorax veszélyesebb mint a baloldali.

A műtét után a beteg testsúlya gyorsan növekszik, a köpet kevesbedik, napi mennyisége 150—200 cm³-ről 5—10 cm³-re süllyed. A nagy beavatkozás helyén ideális a gyógyulás.

Ezen előadással kapcsolatban *Friedrich* érdekes készítményeken demonstrálta a tüdő alkalmazkodóképességét.

Így pl. kutyán a bal tüdőnek teljes kiirtása után a szív a mellkas falához illeszkedik, kitölti a hiánynak legnagyobb részét, míg a fennmaradó részébe a compensatorius módon táguló jobb tüdő és a felszálló diaphragma illeszkedik.

Seidel (Dresden) sikerrel végezte tüdőcsücschurut két esetben az első és második bordaporc chondrotómiáját. Teljesen osztja *Freund* nézetét, hogy a csücszfolyamatok gyógyulását a bordaporc esontosodása akadályozza. Az első bordaporc resectiójával a gyógyulást elősegíthetjük.

Seidel szerint a műtét egyszerű és veszélytelen. Módszere: lebenyképzés az első és második bordaporc felett, alapjával kifelé, domborulatával a sternum közepe felé; magának a porcnak átvágására külön ollót szerkesztett. Eljárásával a belorvostani kezelést óhajtja hathatósan támogatni, de maga is elismeri, hogy a műtéteknek hosszú sora szükséges az eljárás értékének végleges eldöntéséhez.

Az említett előadások felett együttes vita indult meg.

Dreyer (Breslau) összehasonlító vizsgálatokat végzett *Brauer* és *Sauerbruch* eljárásával, a rendesen magasabb és alacsonyabb narcosis-nyomással a mellüreg műtéteiben. A két eljárás között élettani különbség nincs.

Schmieden (Berlin) ugyanezt állítja. Bemutatja egyúttal *Brat* altató készülékét, melylyel a narcosisban úgy túlnyomást, valamint mesterséges légzést is idézhetünk elő. *Schmieden* közli egyúttal *Bier* felfogását ezen a téren: a nyomáskülönbség nagyságának kérdése még további szorgalmas kutatásra és továbbfejlesztésre szorul és végeredményben sikerrel kecsegtet.

De Mayer (Brüssel) szintén újabb készüléket mutatott be a túlnyomás előidézésére.

Sauerbruch (Marburg) többszörös bordasérülés kapcsán kiterjedt bőremphysemát, súlyos pneumothoraxot és mediastinum-emphysema-t észlelt. A pneumás kamrájában végzett műtét alkalmával ritkított levegőben a nyomáskülönbség folytán néhány perc alatt sisteregve eltávozott a levegő a beteg testéből és a beteg állapota gyorsan javult.

Henle (Dortmund) és *Kausch* (Schöneberg) a levegő sűrítésének és ritkításának technikájához fűzött megjegyzéseket.

Brauer zárszámban élesen elítélte mindazon készülékeket, melyek szűk csövek és szűk kosarak felhasználásával akarnak nyomáskülönbséget létesíteni. *Sauerbruch* alapelvei vitán felül állnak.

Wullstein (Halle a/S.) érdekes implantációs kísérleteit ismertette. A leberetvált köztakarót savós hárttyák pótlására használta fel. Fertőzést nem észlelt; a szaruhártya eltűnt, szörök többé nem nőttek, a lemeztelenített cutis fölé a szélekről endothelréteg nőtt. A köztakaró ezen functionális alkalmazkodásának közelebbi szövettani vizsgálatát jelenleg végzi.

H. Braun (Göttingen) óriási, emberfejnyi sarkoma myxomatodes pleurae és a ductus omphalo-mesentericusból kiinduló nagy enterokystoma készítményét mutatta be.

Perthes (Leipzig) idült tüdőtályogot úgy gyógyított, hogy a tályogot daganat módjára kifejtette, a hiányt pedig bőr-izom-lebenynyel fedte. A műtétet két szakaszban végezte; betegét bemutatta, a gyógyulás ideális.

Fritz König (Altona) bordatörés után támadt subcutan emphysemában a thoracotómiát ajánlja helybeli érzéstelenítéssel. A tüdőt előhúzza, a tüdősebet összevarrja és tamponálja. Az eljárás eredményét nagyon dicséri.

Föderl (Bécs) *aktinomykosis* hat esetében *gyógyulást* észlelt *natrium kakodylicum* intraglutealis befecskendezése után. Maga a műtét csak punctióból vagy bemetszésből állott.

A discussioban *Schlange* (Hannover) óva int azon felfogástól, hogy a gyógyulást a befecskendezésnek tulajdonítsuk; az *actinomykosis* néha magától is meggyógyul.

Franz (Berlin) a délafrikai háborúban a *Krönlein-féle koponya-törés* hat *typusos* esetét látta. A sérülés feltétele: lövés közvetlen közelből az occiputra; a koponya ilyenkor hirtelen szétreped, az az agyvelő in toto ívben kiröppül és a sérült csak azután bukik el holtan. A discussioban *Krönlein* (Zürich) ezen különös lövési sérülések mechanizmusát még közelebbről ismertette.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1908 február 26.-án.)

Elnök: **Oláh Gusztáv.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Vége.)

Objective hallható fülhang.

Fleischmann László: Entotikus vagy periotikus zörejek, melyeket nemcsak a beteg, hanem a vizsgáló is hallhat, úgynevezett objective hallható hangok, igen ritkán fordulnak elő a hallószervben vagy annak környékén található vérkeringésbeli zavarokból (aneurysma, doromb-zörej) vagy a garatizmok clonusos összehúzódásából származnak. Ez a jelenség észlelhető a bemutatandó 35 éves nőbetegen is, a ki egy év óta érez kínzó zúgást bal fülében. Ezen kezdetben intermittáló, hat hónapja pedig folyton tartó, majd suhogáshoz, majd sipoláshoz hasonló zörejtől aludni sem tud és lefogyott. A zörejt fokozódik testmozgáskor, csökken, ha a beteg a fülkagyló előtt bizonyos pontra nyomást gyakorol. Közelebbi vizsgálatra a hallószerv teljesen épnek bizonyul, a szívhangok normálisak, otoskop segítségével a systolával isochron, állandóan egyforma erejű suhogás hallható a beteg bal fülén, mely megszűnik a carotisra vagy az arteria temporalisra gyakorolt nyomáskor. A két arteria temporalis összehasonlításakor kiderül, hogy baloldalt a pulsatio sokkal erősebb és nagyobb területen érezhető a tragus előtt, mint jobboldalt. Az otoskopot a külső hangvezeték helyett ezen területre helyezve, ugyanaz a zörejt hallható. A másik fülön sem objectív, sem subjectív zörejt nincsen. Ezek alapján a zörejt az arteria temporalis lefutásában levő verőértágulathoz kell származtatnunk és a beteg azért lokalizálja fülébe, mert a tágu-lattal határos külső hangvezető a zörejt igen jól vezeti. A therapia az aneurysma felkereséséből és kiirtásából fog állani.

A sinus transversus és vena jugularis thrombophlebitise genyes középfülgyulladás mellett.

Fleischmann László: A sinusthrombosisnak legsúlyosabb alakja, az elváltozások rendkívüli kiterjedése és a lefolyás tanulságos volta teszi bemutatásra érdemessé a 13 éves nőbeteg, a kinek csecsemőkora óta volt jobboldali fül-folyása, melyhez mult év június havában heves fül- és fejfájások társultak magas lázak és hidegrázás kíséretében. Pár nap alatt oly rosszul lett, hogy a szt. Rókus-kórház fülbeteg-osztályára vettette fel magát.

A felvételnél az elesett, somnolens beteg hőmérséke 39.5°, érverése 120, nyelve vastag fehér lepedékkel bevont, a koponya jobb felében rendkívül heves fejfájások kínozzák, a félkoponya, különösen a hátsó agygödör és tarkó tájéka nyomásra és kopogtatásra erősen érzékeny, kistokú tarkómerevség, Kernig-féle tünet, fokozott reflexek. A jobb fülből bűzös genyes folyás, a dobüregben széteső cholesteatoma, a dobhártya teljesen hiányzik, a csecsnüjtvány hátsó szélé és csücske igen fájdalmas és a fájdalomsság fokozott mértékben folytatódik lefelé a sternocleidomastoideus mentén és ugyanott mirigyek tapinthatók. A léptomputat meggyógyodott. Ezen tünetek alapján a középfül cholesteatomájához társult hátsó agygödörbeli szövődményt, nyilván a sinus transversus thrombophlebitist diagnosztizáltam és a beteget még aznap megoperáltam. A műtét alkalmával kiderült, hogy a cholesteatoma uzurálta a sulcus sigmoideust, extradurális tályogképződésre vezetett a hátsó agygödörben a sinus körül, mely lefelé a felső könyökön túl 5 cm.

terjedelemben volt ellágyult, szennyes thrombus-tömegekkel kitöltve. A thrombosis a bulbosba és a vena jugularis kezdeti részébe is folytatódott.

Az egész kóros venás tractus feltárása és a thrombus eltávolítása után (Grunert-féle műtét) a gyökeres csecsnüjtvány-műtétet befejeztem, és miután a vena jugularist már előzetesen leköttettem, az óriási tátongó sebet rögzítő varratokkal kisebbittem. Nyolcz nap alatt a beteg láztalan lett, de ezután mellkasában szűró fájdalmak jelentkeztek szabálytalan remittáló láz kíséretében, majd bűzös genyes köpet mutatkozott, a miből tüdőtályogra kellett következtetni. Tíz nap alatt a beteg ezen szövődményt is kiállotta és ezentúl láztalan és zavartalan volt a lefolyás, a mely noha sokáig tartott, de teljes gyógyulással végződött. Az óriási seb behegedt, a dobüreg behámosodott, a betegnek jó hallása van, hónapok óta teljesen jól érzi magát és meghízott.

(IV. bemutató szakülés 1908 márczius 11.-én.)

Elnök: **Oláh Gusztáv.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum (Kaposi) esetei.

Brezovszky Emil: Kaposi-féle sarkomát e helyen már ismételtén bemutattam, miért is a kóralak ismertetésére nem kell kitérnem.

A bemutatandó I. beteg 52 éves, nős, házimester. Állítólag csak 1907 augusztus havában betegedett meg első ízben, a mikor a májduzzanat és ascites miatt a belklinikán feküdt. Szeptember hóban minden előzmény nélkül észrevette, hogy bal lábszárán egy kis vöröses barna csomó támadt, mely lassan, de folytonosan nagyobbodott. Novemberben a másik lábszárán is hasonló folyamat keletkezett. A csomók környékén kisebb csomók fejlődtek, a melyek körülbelül december végén kifekélyedtek. Azóta a test többi részén is elszórtan lencsényi, majd diónyi csomócskák keletkeztek. A beteg, a ki alkoholista, állandó fájdalmakról, nyugtalanságról, álmatlanságról panaszkodik, étvágya jó. Egy hét óta hasmenése van.

Jelenállapot: Középtermű, igen lesoványodott, kevésvérű egyén. Hasa mérsékelten puffadt, a kereszt-tájék, a scrotum, a penis bőre, a felső és az alsó végtag vizenyős, térsztatipintatú. Mindkét lábszár középső harmadában, főleg az elülső és belső felületén nagy kiterjedésű, vörösesbarna alapon a bőr színéből kiemelkedő, egyenetlen szélű és felszínű, felületén kifekélyedő daganat. A daganatok körül lencsényi-mogyorónyi, livid-barna kicsiny daganatok ülnek. Egy körülbelül férfitenyérynnyi nagyságú, ilyen daganatokból álló csoportozat látható a bal lábszár felső harmadának belső felületén is. A jobb csomó felső harmadában elszórtan három csoportban, a bal térd felett egy csoportban s a bal láb belfelületén vannak hasonló elváltozások. A talpon a bőr férfitenyérynnyi területen livid és felette kölesnyi-lencsényi, a bőr színéből alig kiemelkedő daganatok tapinthatók. Egy mogyorónyi daganat van a bal tompor tájékán, majdnem symmetriásan a jobb oldalon egy hasonló, továbbá a jobb kar középső harmadának belfelületén, továbbá egy lencsényi a tarkón és egy borsónyi a jobb szemöldökön és a jobb állkapocs-szögletben, annak hajlatában, valamint a bal felső szemhéjon.

Ezen daganatok a bőrben vannak, velük összekapaszkodnak, mozgathatók. A látható nyálkahártyák halványak. Az alsó szemfogaknak megfelelő gingiva kifekélyesedett, a kemény szájpadráson a felső metszőfogak gingivájának megfelelőleg a nyálkahártyáról kiemelkedő, mogyorónyi kékes-barna daganat van, a lágy és kemény szájpadrás határán lencsényi livid elszíneződés, a lágy szájpadráson hasonló színű mogyorónyi daganat. A tonsilla és a garatív rendes.

A mirigyek csak a bal könyökhajlatban nagyobbak a rendesnél.

A belorvostani vizsgálat a máj megnagyobbodását mutatta ki. A lábszárról vett daganatnak szövettani képe megerősíti a diagnosist: sarcoma idiopathicum multiplex Kaposi.

Feltűnő ezen esetben 1. hogy a beteg állítása szerint az első betegségjel a máj megbetegedése volt és a bőr megbetegedése a későbbi, holott az eddigi tapasztalatok szerint a bőr látszott először megbetegedettnek és csak azután keletkeztek a belső szervekben metastasisok. És ezért lehet, hogy a májdaganat más természetű, vagy hogy ha sarkomás természetű, a beteg a bőr el-

változásait csak később vette észre. Ez különben később ki fog derülni.

2. Hogy a göbök ilyen nagy terjedelemben spontán kifekélyesedtek. Ugyanis a Kaposi-féle sarkomának kifekélyesedése a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

A II. eset 70 éves, igen lesoványodott egyén. A bal láb alsó harmada és a boka vizenyős, duzzadt, az ujjbenyomatokat jól megtartja. Hasonlóképpen, de kisebb fokban, a jobb lábhát is. Mindkét lábhát és talp piszkosbarna színű, a bőr merev, száraz, beszűrődött, repedezett, rajta apró csomócskák láthatók. A lábszáron, főleg a hajlító oldalon, számos egymás mellett ülő, részben a bőrből kiemelkedő, lividbarna csomócska látható. Hasonló csomócskák kisebb számmal a lábszárak feszítő oldalán is vannak. Egy babnyi csomó a jobb csond külső oldalán látható s egy körülbelül 5 cm. hosszú és 4 cm. széles, a bőr színéből kissé kiemelkedő lividkék, infiltratumszerű elváltozás a bal hüvelykujj metacarpal csontjának megfelelőleg.

Ezen esetben, a mely szintén Kaposi-féle sarcoma idiopathicum multiplex cutis, kiemelendő mindkét láb bőrének diffus beszűrődése, a spontán és teljes, részben pigment hátrahagyásával való visszafejlődés és a metastasis ki nem mutathatósága.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomorfekély gyógyulásáról tartott előadást Carnot a „Société de biologie” május 9-i ülésén. Állatkísérletei szerint a kimetszéssel készített gyomorfekély tüstént megkisebbedik a seb-széleknek retractionja után, a mi olyan fokú, hogy kisebb hiányok teljesen záródnak. Ha nagyobb a laesio, a szélek összehúzódása után még megmaradó hiány hegeképződéssel záródik. A seb felületére tett nyálkahártyadarabkák ott megtapadnak, tovább élnek, sarjadszanak s ezzel elősegítik a hegeseződést. Érdekes az a körülmény, hogy az ilyen nyálkahártyadarabkák a szájon át bevéve szintén megtapadnak — legalább részben — azon a helyen, a hol a gyomornyálkahártya hiányzik s elősegítik a regenerálódását.

PÁLYÁZATOK.

18256/908. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és ételmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtokat felhívom, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb **f. évi június hó 30. napjáig** méltóságos Ambrozovics Lajos dr. főispán úrhoz Baján nyújtsák be.

Baja, 1908. évi június hó 10.-én.

Hegedűs dr., kir. tanácsos, polgármester.

88/908. sz.

A brassói m. kir. állami szemgyógyintézetnél az 1600 korona évi fizetés, I. oszt. ételmezés, két szobából álló lakás, fűtéssel és világítással javadalmazott **másodorvosi állás** a m. kir. belügyminister úr f. évi 48.699. számú rendelete folytán betöltendő lévén, felhívom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyítványaiknak hitelesített másolatával felszerelt és egykoronás béléggel ellátott, a belügyminister úrhoz címzett folyamódványaikat **f. évi július hó 1.-éig** ezen intézet igazgatójánál nyújtsák be.

Brassó, 1908. évi június hó 5.-én.

Fabritius Ágost dr., igazgató-főorvos.

A Hernádvölgyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság korompai gyártelepi munkástársaságánál rendszeresített **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetett.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótarási átalány, szabad garcon lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik s a kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza. Kellően felszerelt folyamódványok **f. évi június hó 30.-áig** alulírt címre intézendők.

2-1

Hernádvölgyi Magyar Vasipar R.-T.

Budapest, V., Nádor-utca 36., II. em.

56/908. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi május hó 23.-án kelt 63.059/VII. 908. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarországi illetőségű orvos urakat, kik ezen **1200 korona fizetéssel**, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. ételmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamódványaikat **f. évi június hó 20.-áig** alulírottához nyújtsák be.

Pozsony, 1908. évi június hó 3.-án.

2-1

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága 22, a főváros területén és Újpesten évi 1200—2800 korona alapfizetéssel javadalmazott, egy évi kifogástalan működés után véglegesítéssel s ez esetben ötödéves 10 százalékos korpótlékkal, esetleg működési pótlékkal és nyugdíjigényével járó **kerületi kezelőorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az ezen állásokra pályázó orvos urak oklevélmásolatával s egyéb orvosi szolgálatot bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi június hó 23.-áig** fenti pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 26.) küldjék be, a hol ezen állásokra vonatkozólag hétköznap d. e. 10—1 óra közti időben bővebb felvilágosítást is nyerhetnek.

A kinevezett orvos köteles a kijelölt területen lakni s állását f. évi július hó 1.-én elfoglalni.

Budapest, 1908. évi június hó 6.-án.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár főorvosi hivatala.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága Pestmegye területén: Kis-Tarcsán, Pécelen, Aszódon, Szentmárton-Kátán, Nagy-Kátán, Maglódon, Ócsán, Budafok-Kistétényen, Nagy-Kovácsin, Torbágyon és Erden **400—1200 korona fizetéssel**, a melyhez idővel esetleg működési pótlék is járul, **kezelőorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az ezen állásokra pályázó orvos urak oklevélmásolatával s egyéb orvosi szolgálatot bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi június hó 23.-áig** fenti pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 26.) küldjék be, a hol ezen állásokra vonatkozólag hétköznap d. e. 10—1 óra közti időben bővebb felvilágosítást is nyerhetnek.

A kinevezett orvos köteles a kijelölt területen lakni s állását f. évi július hó 1.-én elfoglalni.

Budapest, 1908. évi június hó 6.-án.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár főorvosi hivatala.

1910/908. sz.

Az aradszentmártoni községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása: **2000 korona törzsfizetés** természetbeni lakással (4 szoba, konyha, kert stb.) A látogatási díjak nappal 40 és 60 fillér, éjjel 1 korona.

A megválasztandó orvos kézi gyógytáji jogot kaphat.

Pályázni szándékozik felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt és eddigi működésüket igazoló okmányokkal ellátott kérvényüket hozzám **f. hó 28.-áig** adják be.

Etelek, 1908. évi június hó 5.-én.

Mladin Miklós, fősztolgabíró.

2545/908. közg. sz.

A Kis- és Nemetpereg községekből álló **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi július hó 3. napjának délelőtti 9 óráját Kispereg községéhez kitzöm.

A körorvos javadalmazása ez idő szerint évi 1200 korona fizetés, 800 kor. személyes pótlék, 300 korona lakbér és 120 korona utazási átalány. Nappali látogatási díj 50 fillér, éjjel 2 korona. A körorvos folyamódás esetén kézi gyógyszerár tartására is fel lesz jogosítva.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a **választás napjáig** nyújtsák be.

Pécska, 1908. évi június hó 3.-án.

2-1

Boksán, t. fősztolgabíró.

9790/908. sz.

Zemplén vármegye sátorlajújhelyi „Erzsébet”-közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetés, valamint a kórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-aiban előírt képesítettséget igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához címezve, hozzám **f. évi június hó 26.-áig** adják be.

Az állás 1908. évi július hó 1.-én foglalandó el s a kinevezendő segédorvosnak az egyes osztályokra leendő beosztása az igazgató-főorvos jogát képezi.

Sátorlajújhely, 1908. évi június hó 5.-én.

2-1

Dókus, alispán.

3718/908. ikt. sz.

A Szentotnony nagyközségben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek azzal, hogy a képesítést és eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám **f. évi június hó 26.-áig** bezárólag adandók be.

Az állás javadalmazása: évi 1200 korona fizetés, 4 szobából és mellékhelyiségekből álló szabad lakás, 300 korona fuvarátalány és 300 korona halottkémlel díj, a melyért az orvos a halottkémlelést úgy a bel- mint a külterületen ellátni tartozik. Gyógykezelési díj az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel ezeknek kétszerese; műtéteikért a belügyministerileg megállapított díjak.

Az orvos a munkásbiztosító pénztártól a fennálló egyezség szerint nőtlen tagok után 3 korona, családos tagok után 5 korona díjazásra; a környékbeli uradalmaiktól mintegy 300 korona díjazásra számíthat, azonfelül kézi gyógyszerár tartására lesz jogosult.

A községi közegészségügyi szolgálatról szóló javaslat törvényre emelkedése után a községi orvos javadalmazása annak rendelkezési értelmében emelkedik.

Oroszáza, 1908. évi június hó 9.-én.

Berthóty István dr. fősztolgabíró.

664/1908. sz.

Zemplén vármegye sztrópkói járásához tartozó **sztrópkói körorvosi állás** megüresedett, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye: Sztrópkó.

Ehhez tartozó községek: Sztrópkó, Nagyberezsnye, Hoesa, Boksa, Sandal, Bodzás, Detre, Nagydomása, Kispetőfalva, Turány, Kisvaskó, Gliglóc, Holesik, Kisgyertyános, Kelce, Kisberezsnye, Nagybukóc, Kisbukóc, Velkő, Vojtvágása, Erfalu, Szálnok, Pusztaháza, Alsóvirányos, Felsővirányos, Gerlefalva, Gyapár, Kosárvágása, Sártó, Zemplénpálhegy, Királyhegy, Márikút, Barátlak, Alsóolsva, Borosnya, Dér, Felsőkrucsa, Felsőolsva, Felsőtokaj, Jakabvölgye, Kisvölgy, Köves, Lomna, Minyevágása, Mákos, Havaj, Hegyesbisztra, Kispolány, Mikó, Nagyderencs, Kisderecs, Felsőladács, Alsóladács, Nagytavas, Kistavas, Homonnaolyka, Sztrópkó-olyka, Gödrösolyka, Oroszvágás, Hegyvég, Hegyzávod, Oroszkánya, Repejő, Jobbos, Variháza.

A körorvosi állás: 800 korona fizetéssel, 200 korona fuvarátalánnyal van javadalmazva, ezenkívül a sztrópkói izraelita hitközség 300 korona pótlékkal, a sztrópkói politikai község pedig 300 korona lakbérrel járul a javadalomhoz. Ez utóbbi 300 korona lakbérpótlék ez idő szerint jóváhagyás alatt áll.

Az újonnan benyújtott törvényjavaslat szerint a kör községei beosztásában és a javadalomban előnyös változás fog beállni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. és az 1883. évi I. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi július hó 1.-éig annyiával is inkább beadják, mert a későbbi kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást f. évi július hó 3.-án d. e. 10 órakor fogom megejteni Sztrópkó községházánál.

Sztrópkó, 1908. évi június hó 1.-én.

3-1

Malonyay Tamás, főszolgabíró.

1079/908. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásában Alvincz nagyközség székhelyével bíró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az alvinczi egészségügyi kör az alvinczi, karnai, csórai, bozsamezői körjegyzőségekből és oláhdályai jegyzőségből, összesen 11 községből áll, melyeket a megválasztott körorvos havonta kétszer, előre megállapított napokon tartozik beutazni.

A körorvos évi jövedelme a következő:

a) fizetés 1700 korona,

b) fuvarátalány 300 korona, mit Alvincz község pénztára havi előleges részletekben folyósít;

c) vagyons betegetől a szabályrendeletileg megállapított díjak járnak.

A megválasztott körorvos tartozik a kör szegényeit ingyen gyógykezelnéi.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályáznak, hogy 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket legkésőbb f. évi július hó 30.-áig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mert az elkesztett érkezett pályázatok figyelembe venni nem fogom.

A választást f. évi július hó 2.-án d. e. 9 órakor Alvinczen a községházában fogom megtartani.

Alvincz, 1908. évi május hó 20.-án.

3-3

A főszolgabíró.

113/908. sz.

A vezetésem alatt álló közkörházban megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: **1200 korona évi fizetés**, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezés. Magánygyakorlat nincs megengedve. A kinevezési időtartam 3 év, a mely esetleg újabb 3 évre meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy zombori Lippay Géza, Győr vármegye és Győr szab. kir. város főispánjához címzett és szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb f. évi június hó 18.-áig nyújtják be.

Győr, 1908. évi május hó 30.-án.

2-2

A Szentháromság-közkórház igazgatósága Győrtől.

3671/908. sz.

Zólyom sz. kir. városnál lemondás folytán megüresedett **városi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: **1400 korona alapfizetés**, 360 korona lakpénz, 20 köbm. kemény tűzfű házhoz szállítva s a megállapított látogatási díjak. Tíz évi szolgálat után a fizetés 1600 korona. Az állás nyugdíjképeséggel van egybekötve.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket legkésőbb f. évi június hó 30.-áig hozzám nyújtják be, mert később érkezett kérvények figyelembe vételét nem fogom.

A választás határnapja a pályázat lejártá után fog kitűzteni.

Besztercebánya, 1908. évi június hó 1.-én.

2-2

Répási Mátyás dr., alispán.

1434/908. sz.

Békés vármegyébe kebelezett Endrőd nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött egyik **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon orvosokat, kik ezen havi előleges részletekben fizetendő évi 1200 korona készpénzfizetéssel, továbbá a beteg lakásán éjjel kétszeresen számítható 80 fillér, az orvos lakásán 60 fillér és halottkémelésért 20 fillér szedésével javadalmazott és a szegények ingyen gyógyításával egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi június hó 20.-áig adják be.

Megválasztott az állást a választás napjától számított 15 nap alatt elfoglalni köteles.

Gyoma, 1908. évi május hó 28.-án.

2-2

Rohoska, főszolgabíró.

2862/1908. sz.

A vezetésem alatt budapest m. kir. állami elmeegógyintézetben megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetés, egy szobából álló szabad lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhívom mindazon orvostudor urakat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a Belügy-minister Urhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és esetleg az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat a pályázati hirdetésnek a Budapesti Közlöny-ben történt első közzétételétől számított **négy hét alatt** hozzám nyújtják be.

Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1908. május hó 23.-án.

3-3

Oláh Gusztáv dr., igazgató.

2127/908. kig. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **balatonboglári körorvosi állás** választás útján való betöltése céljából pályázatot hirdetek, s felhívom mindazon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi június hó 30.-án déli 12 óráig benyújtják, mert a később érkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körhöz tartoznak: Boglár, Balatoncséhi, Faluszesemes, Látvány, Lelle, Orda, Öszöd, Szőlőkislak, Tur és Víz községek.

A körorvos székhelye: Balaton-Boglár.

Az évi fizetés 1200 korona, fuvarátalány 612 korona, mely összegek negyedévi utólagos részletekben a lengyeltóti m. kir. adóhivatal által fizettetnek ki.

A megválasztandó körorvosnak kötelessége leendő községeit havonként kétszer beutazni, a közegészségügyi szolgálatot az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírtakhoz képest ellátni, az igazolt szegényeket ingyen, a vagyonsokakat pedig ezen törvény 145. §-a szerint a díjazás iránt a községekkel előlegesen kötött egyezség szerint orvosolni.

A választást f. évi július hó 2.-án d. e. 10 órakor fogom Bogláron, a községházánál megejteni.

Lengyeltóti, 1908. évi május hó 27.-én.

2-1

A főszolgabíró.

2679/908. kig. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett havasmezői (Máramaros) **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okmányolt kérvényeiket hivatalomhoz f. évi július hó 5.-éig nyújtják be.

Ezen egészségügyi kör a székhelyt képező Havasmező és az ettől 3-8 kilométer távolságra eső Oroszkő községből áll.

A körorvos javadalmazása: **1600 korona fizetés**, 300 korona lakbér, 300 korona úti átalány, a látogatásokért nappal 1 korona, éjjel 2 korona díj, halottkémelési és hűszenvelési díjak.

A körorvos egyszersmind a gazdasági és cselédségjelző pénztár orvosa is. Ezenkívül a 10 kilométernyire eső visóoroszi-i botgyár orvosi teendőit is szabad egyezkedés alapján elláthatja.

Addig, a míg a gyógyszerár felállítására iránti engedély kieszközöltetik, a megválasztandó körorvos kézi gyógyszerár tartására fog felhatalmaztatni.

A választást folyó évi július hó 6.-án fogom Havasmező községházában megtartani.

Felsővisó, 1908. évi június hó 3.-án.

Papp Simon, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

**vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.**

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tisztá!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

TELJESEN ÁTALAKÍTVA.

Karlsbad, modernül berendezett vízgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szív- és tüdőbetegségek. Marienbadhoz hasonló gyógyforrások. Dietetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

Közlések a sebészet köréből.

Dollinger Gyula tanárnak ajánlják rendes tanárrá kinevezésének tizedik és magántanárságának huszonötödik évfordulója alkalmával mostani és volt tanítványai.

A folyó tanévvel zárult le tizedik esztendeje annak, hogy Dollinger tanár átvette a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájának vezetését, és huszonöt esztendeje van, hogy a magántanári képesítést elnyerte. Ezt az alkalmat óhajtjuk mi, Dollinger tanárnak volt és jelenlegi segédei és műtönövendékei megünnepelni, midőn az „Orvosi Hetilap” szerkesztőinek szíves előzékenységből együttesen jelenünk meg munkáinkkal a magyar orvosi közönség színe előtt.

Nem lehet e helyen — már térszűke miatt sem — behatóan méltányolnunk mindazon érdemeket, melyeket Dollinger tanár ezen tíz év alatt hármass minőségében: mint sebész, mint tanár és mint az orvosi tudomány haladásának törhetetlen munkása a klinikájára tóduló óriási beteganyag ellátása, az orvosi szakoktatás, a tudomány előbbrevitele és a magyar tudományosság tekintélyének emelése által szerzett. Csupán egész röviden szabadjon ezekre reámutatnunk.



Csak mi, a kiknek az a szerencse jutott osztályrészül, hogy az ő oldala mellett működhattunk, csak mi tudjuk kellően méltányolni azt a véghetetlen fáradtságot, melylyel a klinikát modern szellemben átalakította és mai színvonalára emelte, és az ő fényes sikerekben gazdag, áldásdús orvosi és műtői munkálkodását, melylyel ezreknek és ezreknek adta vissza életét és testi épségét.

Tanítói működésében is új csapáson haladt. Vezérelve, hogy a hallgató mindent lásson, a mi a klinikán történik, a szövödményeket és a balsikereket épügy, mint a sima gyógyulást és a szép eredményeket.

Azért gondoskodik róla, hogy a hallgatóság a beteget ne csak a műtét folyamán lássa, hanem előtte is, meg utána is, és ezért a bete-

geket többszörösen, a kórlefolyás különböző stadiumaiban bemutatja.

De még tovább megy! Hogy a hallgatóknak tartósan emlékükből maradjanak a klinikán észlelt esetek,

az ott követett gyógyeljárások és azok eredményei — ezeket összegyűjtve, eleinte 3 évenként, utóbb évenként kinyomatta és a hallgatóság közt kiosztotta, a minek folytán ezen évkönyvek nemesak a tudományos adatok gazdag tárházát alkotják (a közel jövőben megjelenő X. évfolyam 40 ívre terjed), hanem kiváló hasznára vannak a tanításnak is.

A hallgatóság érdekeit szolgálja a fekvőbeteg-anyag megválasztásával, melyben lehető változatosságra törekszik, s az ambulancia fejlesztésével is, melyben a hallgatóknak gyakorlati kiképzésükre bő alkalmat nyújt. De nemesak az orvostanhallgatók tanítására fektetett súlyt, hanem a műtőnövendéki intézmény reformja, a szünidei orvosi cursusok szervezésében és fenntartásában való tevékeny részvétel által az orvosok továbbképzésében is maradandó érdemeket szerzett.

Nagyszámú tudományos közlései közül, melyek az utóbbi években láttak napvilágot, különösen ki kell emelnünk a *gümös nyaki mirigyek subcutan eltávolításáról*, az *idült vállficzamódások operatív kezeléséről* és a *háromosztatú ideg gyökerének intracranialis eltávolításáról* szóló munkálatokat; ezen teljesen önálló tervek alapján végrehajtott műteti eljárásai, valamint egyéb műteti újításai is, pl. a *Krönlein-műtét* módosítása, az ondozsinórvarrat, a szájpadvarratok új módja stb., sebészeti technikáknak jelentékeny gazdagodását jelentik.

Hogy ezen és régebbi tudományos érdemeit külföldön is mennyire méltányolják, azt illusztrálja, hogy az *Association Française de Chirurgie* 1907-i congressusára vendéglőadónak hívták meg, hogy a párisi *Société de Chirurgie* levelező tagjául választotta, hogy felszólították a legelőkelőbb orthopaedek által szerkesztett *Joachimsthal-féle Handbuch der orthopädischen Chirurgie* megírásában való részvételre, a minek ő meg is felelt, megírván a csipőizületi gyulladásokról szóló fejezetet, a mely betegség kezelésében az általa ajánlott eljárások és gépek a külföldön is nagyon el vannak terjedve.

De *Dollinger* tanár tudományos működése nem merül ki irodalmi tevékenységében és új műteti eljárások kieszelésében, hanem tudományos életünk irányításában is vezető szerep jut neki; csak azon érdemekre utalunk, melyeket a magyar sebésztársaság és a

budapesti kir. Orvosegyesület sebészi szakosztályának megalapítása és vezetése körül szerzett; az előbbinek első elnöke, az utóbbinak első alelnöke volt és jelenleg is elnöke.

Igen nagy, e haza határain messze túlterjedő tevékenységet fejtett ki a rák kutatásában és a rák-mozgalom szervezésében. 1902-ben karolta fel ez ügyet, mint az Orvosegyesület rákbizottságának elnöke; 1906-ban szervezte a magyar rákcongressust és a statisztikai hivatal közreműködésével elkészítette a Magyar Szent Korona Országainak rákstatistikáját, mely most jelent meg magyar, német és franczia nyelven; egyszersmind összeállította a klinikáján végzett nagyszámú rákműtétek eredményeit, melyek úgy a közvetlen, mint a végleges gyógyulás szempontjából valóban fényesek.

1905-ben a *nemzetközi sebésztársaság*-nak Brüsszelben tartott első congressusa *Dollinger* tanár indítványára határozta el, hogy a folyó év őszén tartandó II. congressus főtárgya a rákbetegség gyógyítása legyen s hogy ezzel kapcsolatban rákkiállítás rendeztessék; egyszersmind őt bizta meg az e kérdést tárgyaló referatumok programjának megszerkesztésével is. A *nemzetközi rákbizottság* f. év májusában történt megalakulásában mint az Orvosegyesület delegáltja vett részt s a rendező bizottság felkérésére előadást tartott a magyar rákstatistika eredményeiről.

Már e futólagos áttekintésből is látszik, mily óriási, mily sokoldalú és mily sikerdús tevékenységet fejtett ki *Dollinger* tanár mint az I. sebészeti klinika igazgatója. És ez a legmagasabb helyen is méltánylásra talált, midőn az elmúlt esztendőben Ő Felsége a m. kir. udvari tanácsosi címmel tüntette ki. A vallás- és közoktatásügyi kormány elismerése pedig abban nyilatkozott meg, hogy intézetének nagyarányú fejlődésére való tekintettel új klinika építését határozta el.

A botanikai kertben már épül a tudomány új csarnoka, és jövőre már át is adják áldásos hivatásának. Szívünk mélyéből kívánjuk *Dollinger* tanárnak, hogy az új klinikán még sok-sok lustrumon át működjek erőben, egészségben, mostani fiatal munkakedvével és a tudományért való igaz, önzetlen lelkesedésével, betegei javára, tanítványai öröme, a tudomány hasznára, a magyar orvosi kar és a magyar nemzet dicsőségére!

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Közlések a sebészet köréből** Dollinger Gyula tanárnak ajánlják rendes tanárrá kinevezésének tizedik évfordulója alkalmával mostani és volt tanítványai. 421. l.
- Rihmer Béla:** Magas hólyagmetszés útján eltávolított bolyhos húgyhólyagrak esete. 423. lap.
- Illyés Géza:** A hypernephromáról. 424. lap.
- Bodon Károly:** Érdekesebb esetek a magángyakorlatból. 428. lap.
- Holzwarth Jenő:** Közlés Dollinger Gyula dr. ny. rendes tanár kir. m. tud.-egyetemi I. sz. sebészeti klinikájáról. Ki nem írható nagy húsdaganat elhalása és kiválása a Röntgen-kezelés alatt. 430. lap.
- Kopits Jenő:** A skoliosis functionális gyógykezeléséről. 431. lap.
- Winternitz Arnold:** Közlemény a budapesti Stefánia-szegénygyermekkorházból. A farkastorkok műtétéről. 434. lap.
- Manninger Vilmos:** Közlés az új szent János-kórház sebészeti osztályáról. Főorvos: Kuzmik Pál dr. egyet. tanár. A sérvhajlamosság bonczolástani alapja lágyéksérvekben. 441. lap.
- Pesthy István:** Az appendicitis balneoterápiája. 445. lap.
- Pólya Jenő:** Közlemény a szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról. A hernia epigastrica kapujának gyökeres zárásáról. 448. lap.
- Láng Sándor:** Sérvkizárádás képét mutató hasúri affectio esetei. Sérvet okozó peritonitis tuberculosa esete. 450. lap.
- Milkó Vilmos:** Közlemény a szt. Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályáról. A subcutan bélsértülésekről. 451. lap.
- Seligmann Hugó:** Adatok a Highmor-öböl genyedésének sebészeti kezeléséhez. 460. l.
- Navrátil Dezső:** Adatok az x-sugarak diagnostikai értékéhez a rhino-laryngológiában. 461. lap.
- Paunz Sándor:** Közlés a szt. István-kórház III. sebészeti főosztályáról. (Főorvos: Hültl Hümér dr. egyet. m. tanár.) Adatok a petefészekdaganatok kocsányosavardásának casuistikájához. 463. lap.
- Gergő Imre:** Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.

A proteolysis-reactio értéke sebészeti megbetegedésekben az elkülönítő körjelzés szempontjából. 467. lap.

Bakay Lajos: Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. Igazgató: Dollinger tanár. Az állkapocs központi hámdaganatjának származása. 473. lap.

Steiner Pál: Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilv. r. tanár.) A vesegümőkorról. 478. lap.

Dumitreanu Victor: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Neuroglioma nervi optici. 482. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. R. Grashey: Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder. — Hirsch: Der Aetherrausch. — Lapszemle. Sebészet. W. B. Lauffer: A heveny gyomordilatatio és arteriomesenterialis ileus. — Chevalier Jackson: A tracheobronchoskopia. — E. A. Babler: Trichinák alajkarcinomában. — G. Connel: A choledochus retroduodenális részében fekvő kövek eltávolítása. — R. G. le Conte: Borsasérülés nélkül létrejött tüdőruptura. — Moynihan: A jejunum irányú gastroenterostomia eseteiben. — R. H. M. Dawbarn: Az emlőrák kiirtásának technikája. — Textor: Az aethergázok meggyuladása aetherrel altatott betegen. — E. Müller és A. Peiser: Genyes folyamatok kezelése újabb szempontok szerint. — E. F. Beck: Gümös sipolyjáratok pontos lokalizálása és gyógykezelése. — B. Przewalski: A gyomorrák korai tünete. — Riedel: A cholecystitis műtévének javalatai. — Lanz: A prostata kétszakaszos kiirtása helybeli érzéstelenítéssel. — P. Ewald: Az ujjpercek törése. — J. Malis: A Pirquet-féle cutanreactio értéke sebészeti szempontból. — J. Schoemaker: Csípőbántalmakban a trochanter-spinavonal megszerkesztése. — Vaquez: Az ismétlődő mellüregbeli izzadmányok kezeléséről. — Doyen: A rák körjelzése a mikroococcus neoformans specifikus reakciójával. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Teller: A decubitus gyógyítása. — Veit: A gummikeztyűk fertőtlenítése. — Mac Arthur: Gáz-phlegmone. 483—485. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 486. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 486. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 487—492. lap.

Magas hólyagmetszés útján eltávolított bolyhos húgyhólyagrak esete.

Közli: **Rihmer Béla** dr., műtő, közkórházi rendelő orvos, az I. sebészeti klinika volt tanársegéde.

A czímben jelzett eset közlésével a kocsányos hólyagdaganatok kiirtásának technikájához óhajtanék hozzászólni.

A kocsányos daganatok túlnyomó része, legalább kezdetben, jóindulatú. A papilloma (Krämer), fibroma papillare (Virchow), Zottenpolyp (Küster) nevek alatt ismeretes újképződés tudvalevőleg kötőszöveti tengelyből és ezt burkoló epitheliumból áll; lassan fejlődik és csak fejlődése bizonyos fokán árulja el jelenlétét, megmegújuló vérzésekkel, ritkábban azzal, hogy retentiót okoz. Évekig állhat így fenn és ha karakterét meg nem változtatja, csupán a vérzés és az esetleg társuló infectio által lesz veszélyessé. Máskor a papilloma (különösen alapján) degenerál, rendellenes hámburjánzás áll be, infiltrálódik az alap, esetleg környéke is, beszűrődnek a környék mirigyei; szóval a papilloma carcinomává alakul.

Vannak azután esetek, a melyekben a kocsányos tumor már elsődlegesen rosszindulatú carcinoma papillare képében jelentkezik.

A klinikai diagnosis a jó- és rosszindulatú kocsányos daganat közti néha könnyű, máskor nehéz, sőt lehetetlen.

Épen ezért általánosan elfogadták azt az elvet, hogy a papillomát, még ha jóindulatúnak látszik is, a mint megállapítottuk, el kell távolítani. Minthogy egyes esetekben biztos diagnoszt a jó és rosszindulatú daganat közt még a kiirtás utáni makroszkopos vizsgálat sem nyújt, másrészt a jóindulatú papilloma tökéletlen kiirtása után többször észleltek recidívát *malignus* alakban, érthető, hogy szemben az endovesicális műtétekkel, a sebészek a magas hólyagmetszés mellett foglaltak állást.

Csak így szabadon feltárva, tudjuk meg sokszor, hogy hol tapad a kocsány és milyen az alapja? infiltrálja-e a hólyag falát?

A cystoskopos vizsgálat nem mindig tájékoztat előre, különösen nem akkor, ha a kocsányra terebélyes bolyhos korona borul, vagy ha súlyosabb cystitis is van.

Mindezen körülmények a magas hólyagmetszéssel való feltárára és eltávolításra utalnak. Ha a daganatot feltártuk, s jól átvizsgáltuk, különösen a kocsányát, határozhatjuk el a teendőket. Ezekre nézve azt gondolom, hogy minden kocsányos vagy kocsányosítható daganat esetében első sorban a gyökeres kiirtás javalt és

csak, ha a kocsányt az éppen gyökeresen eltávolítottuk, csillapítsuk a vérzést és nézzünk utána az ureternek, ha a tájékán operáltunk.

Ezen elv szerint jártam el az alább közlendő esetben is, a melynek leírásából kitűnnek a műteti eljárás részletei is.

O. H. 44 éves kocsigyártó a múlt év márciusában vette észre, hogy vizelés után erőltetése van és, hogy ilyenkor pár csepp vér megy el tőle. Pár hónapra rá már nemcsak az utolsó cseppek voltak véresek, de az egész vizelet is. A vérzések később mind gyakrabban jelentkeztek, majd vizelése a vérzések közti időben is gyakori lett, vizelete pedig megzavarosodott. A legutóbbi időben félóránként vizelt.

Ezen panaszai miatt 1908 január 28.-án az új szt. János-kórházba vétette fel magát. A sápadt vérszegény beteg felvételekor lázas volt, vizelete lúgos vegyhatású, 1013 fjs., vérzés közti időben sok genyet, 3⁰/₁₀₀ albumen tartalmazott. A vesék nem voltak tapinthatók, a hólyag kapacitása jó volt, a hólyag fala nem infiltrált. A cystitis enyhítése végett megkísérlett hólyagmosásokat rosszul tűrt, vérzéseket kapott, úgy hogy azokat el kellett hagyni.

Ez időben Manninger barátom szíves felszólítására cystoskop-pal megvizsgáltam.

A vizsgálatkor a hólyag falát piszkosszürke, vastag lepedék fedte, úgy hogy a tájékozódás lehetetlen volt. Csak annyit láthatam, hogy a fal a hólyagfű felé tumorszerűen prolábil, de nem lehetett eldönteni, hogy tumor van-e ott vagy csak a lepedékes laza nyálkahártya prolábil. Pár napi állandó katheterkezelésre a cystitis javult és az újbóli cystoskopos vizsgálatkor meg volt állapítható, hogy egy flottáló tumor van jelen; feltűnt, hogy kevésbé átlátszó, mint a flottáló papillomák szoktak lenni; nagysága miatt nem volt megállapítható, hogy kocsányos-e?

Pár nappal ezután Manninger barátom lekötelőző szíveségéből nála megoperáltam a beteget; tekintettel kivérzett voltára, lumbális analgesiában, mérsékelt Trendelenburg-helyzetben. A hólyagot kimosás után levegővel töltöttem meg és median metszéssel hatoltam be. Megnyitván a hólyagot, előtűnt a carfiolszerű, körülbelül citrom-nagyságú tumor. Első látásra rosszindulatúnak kellett tartani. Nem esett össze, mint a papillomák, tömött volt és kevésbé átlátszó. Kocsánya a jobb uretertájon volt. Bal kézzel kiemelve a tumort, ujnyi vastag, a nyálkahártyát infiltráló kocsányát úgy fogtam görbe csipőbe, hogy a csipő alatt kóros szövetet már nem éreztem.

Először eltávolítottam a csipő fölötti részt. Ezután a csont két oldalán mélyen felöltöttem egy-egy fonállal a hólyag falát és most a csipővel a kocsányt erősen kiemelve, a hólyagfalból,

ép szövetben, ollóval kimetszettem. Rögtön erre a két átöltő fonál segítségével felemeltem a hólyag fenekét, lefogtam a csontok lüktető főerét, a melyet catguttal éles körülöltéssel lekötöttem és most átvizsgáltam a sebet. Kitűnt, hogy az ureter kezdeti részét a metszés elvette, tátongó nyílása a sebész közepén volt látható. Erre a nyílásba dugott ollóval felfelé behasítottam az ureter intraparietális részét és az ureter nyálkahártyáját finom catgut esomós varratokkal a hólyagával egyesítettem, majd hasonló fonalakkal mély öltésekkel zártam mellette a sebet. Következett ezután Pezzer-katheter fölött a hólyagzárás és a felső izmos sebrész összeöltése.

Az első napra óvatosságból még a húgyvesébe is tettem állandó kathetert, a második naptól kezdve már csak felülről draineztük a hólyagot. Eltekintve attól, hogy a hasfalban tályog képződött, melynek megnyitása után azonban az izmos seb megint összetapadt, a gyógyulás simán folyt le, úgy, hogy a műtét utáni 18. napra a Pezzer el volt távolítható. Állandó katheterbehelyezésre azután rá egy hétre a hólyag sebe teljesen besarjadzott. Ettől kezdve a beteg csak lefelé vizelt. Vizelete (hólyagját mostuk) lassan feltisztult, vizeleése ritkább lett, úgy hogy a szt. Margit-kórházból való kibocsátásakor (hova később átvettük) $2\frac{1}{2}$ —3 óránként vizelt, vizeletében minimális geny volt. Kibocsátása előtt, április 4.-én, a műtét utáni 31. napon, cystoskopos vizsgálattal megvizsgáltam a beteget. A hólyag bevarrt sebe teljesen meggyógyult, incrustationak vagy recidivának semmi nyoma. Az újonnan készített ureternyílás $\frac{1}{2}$ cm. hosszú, kissé tátongó rés. A kimetszett daganatot Minich boncsoló főorvos úr szövettanilag megvizsgálta: bolyhos ráknak (carcinoma papillare) bizonyult.

Már bevezetésképen említettem, hogy főképp a műtét technika tekintetéből közlöm az esetet. Előre bocsátottam volt azt is, hogy azon elv szerint operáltam, a mely szerint kocsányos, vagy kocsányosítható hólyagdaganat esetében, különösen ha rosszindulatú, először a kocsány radikális kimetszésével gondolkunk, tekintet nélkül arra, hogy az ureter kezdeti része belekerül-e a metszésbe.

Mások még tovább mennek, *Pasteau* (IX. fr. urol. congr.) még utána sem ügyel rá. Szerinte tekintet nélkül arra, hogy az ureter tájon operáltunk-e vagy sem, varrjuk össze a csont sebet, ha az ureter nyílása bele is került, a vizelet a seben utat tör magának. Csak arra ügyeljünk, hogy túl mélyen ne öltünk, nehogy magát a vezetékét varrjuk be. Ennyire nem mennék. Különben is ez az eljárás csak akkor kerülhet szóba, ha egészen a nyálkahártya felületéről indult ki a kocsány, kiirtása után tehát az esetlegesen sérült ureternyílás felett csak a hólyagnyálkahártyát húznók össze. Ismételtem, még ezt sem merném megtenni, teljesen hibásnak vélném a methodus alkalmazását akkor, a midőn szélesebb, infiltráló kocsányt, mélyen a falból kell kiirtani, mert hiszen itt a jó sebesítésre mély varratok kellenek.

En tehát a fenti eljárást ajánlom. Biztosítsuk mély átöltő fonalakkal magunkat arról, hogy a kocsány radikális kimetszése után a fonalak segítségével a sebet felemelhesük; ekkor pontosan csillapíthatjuk a vérzést és szorgosan átnézhetjük a sebet, benne van-e az ureternyílás; ha benne van, interparietális része felhasításával és kiszegésével készítsünk új nyílást; egyébként azután mély varratokkal zárjuk a sebet. Varráshoz csak egészen vékony catgut használandó, ha nem elég erős így, inkább vegyük kétszeresen, de ne használjunk vastagabbat. A vastag fonál lassan szívódik fel vagy lökődik el és így könnyebben incrustálódhatik.

A hypernephromákról.

Irta: *Ulyés Géza* dr., egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Ezen daganatok fejlődési rendellenesség következményei, a mennyiben a vese ébrényi fejlődése idejében a mellékveséből lerepedt s a vesezövetbe beletévedt vesezövet által körülzárt mellékvesecsisírból indulnak ki. Bonezolásokkor elég gyakran láthatók a vese saját tokja alatt többnyire felületesen a kéregállományban mind kisebb-nagyobb kénysárga színű s a mellékvese szöveti szerkezetét mutató daganatok, melyek az életben semmiféle tünetet sem okoztak. Néha azonban a hypernephromák rosszindulatú alakjaival találkozunk, melyek főleg az előrehaladottabb életkorban ezen azelőtt indifferens mellékvesecsisírből látszólag minden ok nélkül fejlődnek, s melyeknek rosszindula-

tásága abban áll, hogy gyorsan kezdenek nőni s a vesezövetet növekvés közben összenyomják, tönkreteszik, azután profus vérzéseket okoznak, beletörnek a nagyobb venaágakba, azokat eltömeszezik s elhurezoltatnak a test legkülönbözőbb helyeire, a mellhártyára, tüdőbe, májba, de főleg a csontokba, a hol áttételi góczok fejlődnek ki s így súlyos cachexiát s végül halált okoznak. Természetes, hogy ezen végzetes kimenetelhez bizonyos rövidebb-hosszabb idő szükséges s természetes az is, hogy minél előbb tudjuk ezen súlyos megbetegedés természetét felismerni, annál jobbak a kilátások arra, hogy a beteget ezen betegség következményeitől megmenthetjük.

Nyolcz esetem rövid leírásával szerény adatokkal akarok ezen kórkép klinikai felismerésének s gyógyításának kérdéséhez hozzájárulni.

1. 44 éves férfi fél év óta észleli, hogy vizelete időnként véres. A vérzés minden ok nélkül jelentkezett s egy-két napi fennállás után hirtelen megszűnt. Utóbbi időben a jobb oldalában s a derék táján néha-néha fájdalokat érzett, melyek azonban nagyobb fokot sohasem értek el. Erejében fogyatkozást nem észlelt, étvágya nem csökkent s közérzete elég jó volt.

Mikor első ízben láttam, épen vérzése volt, s az akkor végzett cystoskopos vizsgálat kimutatta, hogy a hólyag teljesen normális s a vérzés a jobboldali ureterből származik. Ugyanakkor ureterkatheterezést is végeztem s a kathetert mindkét ureterben 4 óra hosszat bennhagytam. A jobb ureterből 15 cm^3 erősen véres vizelet ürült, melynek fagypontja $\Delta = 0.25$, míg a balból ugyanezen idő alatt 165 cm^3 tiszta, de híg vizelet ürült, melynek fagypontja $\Delta = 0.42$. A beteg a vizsgálat ideje alatt sok vizet ivott s innen van, hogy a vizelet annyira felhígított volt. Megvizsgáltuk azután a vizelettel kiürülő véres csafatokat is, melyekben daganatra emlékeztető, szétesésben levő sejtek s amyllumhoz hasonló, concentrikus rétegzettséget mutató szemcsék voltak láthatók. Két hét múlva az ureter-katheterezést megismétltem s mindkét oldali ureterbe kathetert vezettem. A jobb ureterből kevés véres vizelet ürült, a balból ellenben tiszta vizelet jött, melynek fagypontja $\Delta = 1.17$, melynek phloridzin-injectio utáni czukortartartalma 1% , s mely bőséges viz itatása után jól hígított. A vér fagypontja $\Delta = 0.59$. A jobb vese nem volt tapintható s a szérvekben semmiféle eltérés sem volt. Minthogy azonban a beteg utóbbi időben kezdett rosszul kinézni, a vérzései gyakran ismétlődtek, s a functionális vizsgálat azt mutatta, hogy a jobb vese rosszul működik, míg a bal vese működése kifogástalan, műtétre határoztuk el magunkat.

Műtét aether-narcosisban június 9.-én. Ferde lumbális metszéssel a veséhez behatolva, a környezetből való kiválasztás után kitűnt, hogy a vese felső polusa ökölnyire megnagyobbodott, egyenetlenül dudoros. A vesét zsíros tokjával együtt kifejtettük s a vérereket Guyon-féle csipőkkel leszorítva átvágtuk, majd az ureteren lógó vesét az ureter lekötése után eltávolítottuk. A vesét felmetszve láttuk, hogy a felső polusán ülő daganat ékalakúlag nyomult be a veseállományba s benne helyenként vérzések barnás-vörös góczok voltak. A daganat tipikus hypernephromának bizonyult. A vérereket erős catgutfonalakkal lekötve, a Guyon-csipőket eltávolítottuk s a seb egy részét bevarrtuk. A beteg két hétig feküdt s a harmadik hét végén sarjadzó sebbel távozott. Ezen betegről több tudomásomra jött, hogy fél év múlva lázas betegségben meghalt.

II. 50 éves férfi egy év óta időnként véreset vizel. Több orvosnál volt tanácsot kérni, kik a vérzést belső szerekkel igyekeztek csillapítani. Bal oldalában időnként fájdalokat érzett s utóbbi időben soványodni s gyengülni kezdett. Mikor én mult év áprilisában először láttam, a vérszegény és cachexiás külsejű betegben a bal vesének megfelelőleg egy igen nagy, körülbelül jókora gyermekfejnyi, sima felületű, tömött, két kéz között jól ballotálható daganatot találtam, mely mindenek szerint a bal vesének felelt meg. A többi szervben semmi eltérést sem lehetett kimutatni, csak igen nagyfokú baloldali varicocele volt jelen, mely a beteg bemondása szerint az utóbbi évben fejlődött. A cystoskopos vizsgálatkor a hólyag épnek bizonyult, a baloldali ureterből pedig véres vizelet jött ki. Ureterkatheterezést végezve mindkét oldalon egyidejűleg, a 4 órán át gyűjtött vizelet mennyisége a jobb oldalon 270 cm^3 , fagypontja $\Delta = 1.04$, benne kevés fehérjén kívül egyéb kóros alkotórész nem találtatott, a bal oldalon ugyanezen idő alatt

csak 12 cm³ vizelet ürült, melynek fagypontja $\Delta = 0.36$ s sok fehérjét s hyalin cylindereket tartalmazott. Phloridzininjectio után a jobb vese vizeletében kevés, a bal vese pár cseppnyi vizeletében semmi cukor sem volt kimutatható. A hígítási vizsgálatkor a jobb oldalon a fagypont $\Delta = 0.61$ -ig ment le. A bal oldalon ezen utóbbi 2 óra alatt alig pár cseppnyi véres vizelet ürült ki. A bal vese alig választott el vizeletet, a mi az előbbieken kívül még onnan is ki-tűnt, hogy a beteg egy napon 40 cm. hosszú, átlag 3 mm. vastag, hengerded alakú, két végén megvékonyodó, sima felületű, közepén pirosan, vége felé halványodó szürkésfehér, gelatinaszerű képletet ürített ki a vizelés alkalmával, mely vizsgálatkor vér fibrinnek bizonyult s a mely mindenek szerint a baloldali ureterből származott.

Műtét: Aethernarcosisban május 2.-án. Ferde lumbális metszéssel behatolva, rájutunk a fascia retrorenalusra, melyet bemetszve, a zsíros tokot látjuk. Már itt feltűntek a rendkívül kitágult s telt vérerek; a zsíros tok s a saját tok között a kocsány felé előre haladva, a hilus körül, de a gerincoszlop mentén is, tömött, beszűrődött nyirokmirigyeket tapintottunk, a véreket mint tömött, vastag köteget tapinthatuk, a mint a gerincoszlop felé húzódtak. Minden valószínűség szerint a vesében fejlődött daganat belétört a vena renalisba, azt kitöltötte s húzódtak a vena cava felé, ezért voltak a collaterális zsíros tokbeli erek annyira kitágulva s ezért fejlődött a baloldali nagyfokú varicocele. Ilyen körülmények között a vesedaganat kiirtásáról lemondtam, mert egyrészt az összes metastatikus mirigyek kiirthatók már nem voltak, másrészt a daganat a vérérbe volt betörve, a honnan eltávolítható nem volt s a thrombus megbolygatásával kitértük volna a beteget a leszakadó embolia által beálló rögtönös halál veszedelemének. A sebet bevarrtam. A beteg újabb vérzés csak az utóbbi időben jelentkezett, de a cachexia nagyon előrehaladt, vérpangás következtében hasvízkór támadt s ez év márciusában meghalt.

III. 47 éves férfi, 1905 novemberében jobb oldalában fájdalmakat kezdett érezni, majd vizelete véres lett; a vérzés pár napra megszűnt, majd újra jelentkezett. Felvételkor 1906 január 30.-án vizelete véres s a cystoskopiás vizsgálat kimutatta, hogy a vér a jobb ureterből folyik. Mindkét ureterbe kathetert vezettünk s a jobb ureterből sűrű egymásutáni cseppekben 20 cm³ véres vizelet ürült. A vizeleteket gyűjtve a következő adatokat kaptuk.

	Jobb	Bal
1/2 12—4	112 cm ³ , fagyp. $\Delta = 0.33$ Üledékben vér	203 cm ³ , $\Delta = 1.23$

Phloridzininjectio után bal oldalon 0.47% cukor jelentkezett, jobb oldalon semmi.

A betegben a jobb vese alsó polusa mély belégzéskor tapintható, rendes nagyságú s sima felületű volt. A beteg november óta 9 kilót fogyott. Tekintve a testsúlyfogyást, a vérzést, de főleg a jobb vesefunctioiban történt nagyfokú rosszabbodást, azt kellett felvennünk, hogy a vesében a veseszövetet nagy fokban roncsoló folyamatnak kell lennie, s habár tumort nem is tapinthatunk, mégis rosszindulatú vesedaganatot kellett felvennünk s ez alapján műtétet ajánlottunk. Minthogy azonban a beteg műtétről hallani sem akart, azon utasítással bocsátottuk el, hogy lehetőleg jól táplálkozzék, kimélje magát s betenként egyszer testsúlymérést végezzen. Ha hirtelen soványodna vagy daganatot észlelné jobb oldalában, vagy a vérzés bőséges volna, sürgősen jelentkezzen operatio végett. A beteg 1 hó múlva csakugyan jelentkezett s előadta, hogy 1 hó alatt 2 kilót hizott, vérzése csak egyszer volt, de jobb oldalában fájdalmat érez s a műtétbe beleegyezik.

A műtétet 1906 március 1.-én végeztem aethernarcosisban. A veséhez ferde lumbális metszéssel behatolva, annak alsó polusát normálisnak találtuk, láttuk azonban, hogy közepétől felfelé a vese erősen megvastagszik, a felső polus magasan felterjedt a bordaív alá, kiválasztása nagyon nehezen ment, s e közben bő vérzés indult meg, úgy hogy ezért a vesekocsányt szabaddá tettük, a vérereket Guyon-csípőkkel leszorítottuk s a kocsányt átvágtuk. Csak ezután választottuk ki a vese felső polusát, midőn a vese szöve több helyen beszakadt s a vese tokja rajta maradt, melyet később

távolítottunk el a vesetok bennmaradt részével együtt. Eltávolítottuk a kénsárga színű mellékvesét is, mely a diaphragma rostjaival gyengén össze volt növe. A vérereket catguttal lekötve, a sebüreget Mikulicz-tamponokkal kitöltve, a sebszéleket nagy részben bevarrtuk. Az eltávolított vese felső polusán jókora férfikölnyi daganat volt, melynek felülete gyengén dudoros, szürkés-fehéres színű s tetején 5 koronányi területen beszakadt; a vese tokja annyira hozzá van növe, hogy csak a beszakadt vese szövetével együtt húzható le róla. A vesét közepén kettémetszve látjuk, hogy a felső polust a daganat foglalja el, mely ék alakúlag hatol be a vesemedencze felé. A daganat helyenként sárgás-szürkésen elszínezedett s benne fehéres rostos kötegek láthatók. A szétnyomott veseszövetben diónyi és kisebb retentiós cysták láthatók. A vesemedencze a rendesnél valamivel tágabb s ugyancsak kitágultak a felső polus felé eső másodlagos kelyhek is. Az alsó polus normális kinézésű, a vese kéregállománya e helyen is sorvad, a rajzolat mindenütt elmosódott. A szövettani vizsgálat, melyet Krompecher tanár volt szíves végezni, következő volt: A góreső alatt a hypernephroma tipikus képe látható. A daganat jóformán egész terjedelmében kötegekből van összetéve, melyek az ismert hólyagszerű sejtekből állanak, egymás felé élesen elhatároltak és szűkebb-tágabb, részben vérrel telt hézagok által vannak elválasztva. Helyenként nekrosisos, máshol vérzések láthatók, a kötőszövet pedig itt-ott hyalin elfajulást mutat. A daganattal összefüggő veseszövet góreső alatt igen kifejezett parenchymás elváltozást mutat, mely főleg a kanyarulatok húgyesatornácskákát illeti. A glomerulusok itt-ott hyalin elfajulást mutatnak, máshol hyalin göbökké alakultak át. Némely aránylag ép glomerulusban kisebb fokú vérzés látható. A kötőszövetben helyenként gömbsejtes infiltratio konstatalható. Ezek szerint a nephritis parenchymatosa chronikának megfelelő elváltozások forognak fenn. A Mikulicz-tampon egy hét múlva eltávolítottuk, a sebüreget lassanként összehúzódtak. A beteg 2 hét múlva felkelt s újabb 2 hét múlva kis sarjadtó sebbel távozott s azóta sebe teljesen begyógyult. Kitűnően érezte magát, meghízott, erőben gyarapodott s rendes foglalkozását végezte.

Egy évvel a műtét után, vagyis 1907 március 6.-án, lázas állapotban jelentkezett kórházi felvételre. A beteg súlyos jobboldali tonsillagenedést találtunk, mely magas rázóhideg által megszakított lázakat okozott. Volt a betegnek a műtét heg felső részében egy ökölnyi recidivája is, mely kifehélyesedve még nem volt. A tonsillatályogot bemetszettük, de a beteg állapota folyton rosszabbodott s 10.-én pyaemia tünetei között meghalt. A boncolást Preisz Hugó egyetemi tanár volt szíves végezni s a lelet a következő volt: A hulla középszerűen táplált, bőre halvány, narancssárga színű. A jobboldali tonsilla kétszeresen megnagyobbodott, bel sejtében mogorónyi, egyenetlen, vérrel beszűrődött szövet által alkotott üreget tartalmaz, mely gombostűfejnyi nyíláson át a garat-fürről közlekedik. A jobb tüdő felső felében szalagosan oda-nőtt. A bal mellűrben körülbelül félliternyi, rostonyacsfatokkal kevert, véres folyadék; mindkét tüdő úgy a felületen, mint a mélyben számos borsó egész mogorónyi, részint sárga genyvel, részint szürke, szennyes vérrel telt hólyagokat tartalmaz, vér- és nedvdús metszölápján több habos véres nedvet ad. A jobb vese helyének megfelelőleg, de kissé magasabban fekvő, egy nagy vesenagyságú, a szomszédsággal, különösen a gerincoszloppal s a rekeszizommal erősen összefüggő tömött daganat, mely a metszölapokon kölesnyi egész babnyi tömlőket s kölesnyi vérömléseket mutat, s részint vérszegény, szürkés, áttetsző, részint sárgás opák részleteket tartalmaz. Hasonló összetételű, diónyi daganat van ezen tájék bőralatti zsírszövetében, az operálási heggel összefüggőleg. A bal vese majdnem kétszer nagyobb, barnavörös, mérsékelten tömött, kérgében lenesényi, savós tömlőt tartalmaz. Burka könnyen levonható.

Diagnosis: Abscessus metastatici pulmonum cum pleuritide serofibrinosa sinistra ex abscessu tonsillae dextrae. Neoplasma pugnum virile magnum aequans in loco renis dextri; tumor similis naceem jugland. subcutis regionis lumbalis eiusdem lateris. Pyosepticaemia. Icterus.

Ezen eset mutatja, hogy milyen fontos vérvezetés esetén azonnal megállapítani a vérzés székhelyét. Ha látjuk, hogy vesevérzéssel van dolgunk, ureterkatheterezést végezzünk s a vesefunctiót megállapító vizsgálati eljárásokat alkalmazzuk. Itt épen a veseműködés

nagymérvű esőkenése volt a legfontosabb adat az irányban, hogy a vesét erősen ronesoló, tehát rosszindulatú folyamatot vegyünk fel, olyan stadiumban, midőn vesedaganat még nem volt tapintható. Ez volt az oka annak, hogy műtétet végeztünk, dacára annak, hogy a beteg az utóbbi egy havi megfigyelés alatt testsúlyban 2 kilót gyarapodott, a mi a nyugodtabb életmódnak s azon szerencsés véletlennek köszönhető, hogy ez idő alatt csak kis vérzései voltak. Olyan korai stadiumban operáltunk tehát, hogy a műtét tulajdonképpen exploratív műtét számba ment, hiszen daganat még nem volt tapintható; a kiirtás nagyon radikális volt s mégis a recidiva 1 év alatt bekövetkezett, melyet még talán ki lehetett volna irtani, de a beteg a daganattal semmi összefüggésben nem álló s a tonsillából kiinduló vérmérgezés következtében hirtelen meghalt.

IV. A 42 éves nő egy év óta zavaros vizeletet ürít, néha jelentkező gyakori vizelési ingerekkel s jobb deréktáji fájdalmakkal. Utóbbi időben soványodott. Vizsgálatkor (1905 decz.) a jobb vesének megfelelő helyen egy elmosódott, nem éles határokkal bíró, kissé fájdalmas daganat volt tapintható. Cystoskopos vizsgálat útján ureterkatheterezést végezve, s mindkét ureterbe kathetert vezetve, a jobboldali ureterből sűrű bűzös geny ürült ki, a baloldali pedig tiszta vizelet esőpögött. A beteg műtét beavatkozásba nem akart beleegyezni s palliatív gyógykezelésben részesült. A gyakran jelentkező lázak s fájdalmak miatt azonban a beteg maga is belátta, hogy a műtétet el nem kerülheti s ebbe végre beleegyezett. Meggyőződve előbb újlag arról, hogy a bal vese jól functionál, a műtétet 1907 januárban végeztem. Ferde lumbális metszéssel a veséhez behatolva, annak helyén gyermekfejnyi daganatot találtam, mely a vese felső részéből indult ki, s a melyet hátulról kiválasztani a felső poluson levő összenövések miatt egyáltalában nem sikerült. Minthogy a helyzetet másképpen tisztázni nem lehetett, kénytelen voltam a jobboldali rectus külső szélén behatolva laparotomiát végezni s ekkor tűnt ki, hogy a vese felső polusán lévő daganat áttört a hashártyán s beletört a máj alsó részébe s vele nagy területen szorosan összeforrt. Könnyen belátható volt, hogy a daganat eltávolítását meg sem lehetett kísérelni, csak arra vigyáztam, nehogy a vesemedence bűzös inficiált tartalma, annak megnyitása útján a sebet befertőzze.

Miután azt sikerült elkerülnöm, a hasüreget teljesen bezártam, s a lumbális sebet szűkítve, belé drainsövet alkalmaztam. A beteg a műtét beavatkozást jól tűrte s fel is gyógyult, de azután a cachexia előrehaladt, s ez év augusztusában meghalt.

A kórképet zavarta ezen esetben az a genyedés, mely a vesemedencéből származott, s mely oka volt annak, hogy a vese megnagyobbodását lobos eredetűnek tartottuk. E mellett szóltak az időközben támadt lázak, melyek kétségtelenül úgy jöttek létre, létre, hogy a sűrű geny lefolyása az ureteren keresztül megakadt s genyretentio keletkezett a vesemedencében. Hiányzott továbbá a véresvizelés, úgy hogy a vesemegnagyobbodást, a szervezet leromlását a vesebeli genyedésből megmagyarázhattuk. Mikor azután a beteg hosszas unszolás után, miután maga is belátta, hogy ez az egyedüli lehetőség a gyógyulásra, a műtétbe beleegyezett, kiderült főleg a transperitoneális behatolásnál, hogy a vese felső polusából kiinduló daganattal volt dolgunk, mely már áttört a májba; többszörös próbapunctiót végezve a daganatból, mindenütt csak tiszta vért tudtunk kiszivattyúzni, a genyedés tehát csak a vesemedencében volt, azonban azt radikálisan kiirtani már nem lehetett. Genyedés a vesemedencében daganat eseteiben úgy is támadhat, hogy a daganat beletör a vesemedencébe, mely azután másodlagosan inficiálódik, azonban ilyenkor a vérvizelés nem szokott elmaradni. Ezen esetben a genyedés valószínűleg a hólyag felől ascendáló infectio következménye volt.

V. A 48 éves nő előadja, hogy utolsó gyermeke születe után, vagyis egy évvel ezelőtt, a has bal felében a vesének megfelelőleg daganatot vett észre, a mely folytonosan s rohamosan nagyobbodott s nagy fájdalmakat okozott. Eleinte havonként egyszer, később 2—3-szor is véreset vizelt. Vizelete állandóan zavaros s éjjel-nappal gyakori vizelési ingerek gyötrik.

A beteg középtermetű, elég jól fejlett, de sápadt, fakó arc-színe van s testsúlyban megfogyott. Szervei épek; a has bal fele szembetűnően elődomborodó. Tapintáskor baloldalt a bordaív alól nagy resistens daganat nyomul elő, mely gyermekfejnyi s alakja

és elhelyezése szerint megfelel a bal vesének; tapintata tömött, felületén helyenként egyenetlenségeket lehet érezni; alsó polusa a köldök magasságáig ér le; a légzési mozgásokat kissé követi, egyébként alig mozgatható. Cystoskopos vizsgálatot és ureterkatheterezést végeztem; mindkét ureterbe kathetert vezettem, midőn a jobb ureterkatheterből a rendes rhythmusban ürült ki a vizelet, a baloldali ellenben csak a bal vese erősebb megnyomásakor jött ki kevés véresen festett vizelet.

A vizeleteket 2 órán keresztül 2 részletben felfogtuk s meghatároztuk azoknak fagypontját:

I. jobb $\Delta = 1.64$	I. bal $\Delta = 0.45$
II. jobb $\Delta = 1.50$	II. bal $\Delta = 0.51$
gőreső alatt egy pár vörösvérsejt	gőreső alatt sok vér

Ezen lelet alapján a műtét beavatkozást — mint egyedül észlelő vezető gyógyítási methodust — megkísérelendőnek véltük.

Műtét veronal előzetes adagolása után chloroform- majd aether-narcosisban. Minthogy a tumor igen nagynak s főleg felső polusa tájékán odanőttnek látszik, transperitoneálisan hatolunk be a baloldali rectus külső szélén. A X. bordaszéltől 3 ujjnyira kezdődőleg a hasüreget megnyitottuk. A beteg dereka alá vánkost tettünk, úgy hogy a tumor ez által előre nyomult, a gerincoszlop lordosisba jutott. A hasüreg kitárása után láttuk, hogy a nagy vesetumor felett, a hátsó peritoneumon bőséges hálózati s igen tág gyűjtőerek vannak, azonban a tumor környezetéből elég könnyen elmozdíthatónak látszott. A colon külső szélén a hátulsó peritoneumot bemetszve, igyekeztünk azt a vesetumorral lehúzni, e közben azonban bő és diffus venosus vérzés indult meg, azután a beteg is collabált, pulsus szapora, kicsi, alig tapintható lett. Ilyen viszonyok között, miután a tumort a környékéből a bő vérzés miatt kiválasztani még annyira sem tudtuk, hogy a kocsányt jól elérjük volna, másrészt a vérerek tájékán egy a közép felé húzódó tömött köteget, valószínűleg egy vérérbe tört tumorrészt tapintottunk, azután a beteg gyengesége miatt is a műtét további folytatásától elállottunk, a hátulsó peritoneumot az elülsővel úgy varrtuk össze a központon felé, hogy ez által a hasüreget elzártuk, a puha tumor vérző erein pedig az éresípöket rajtahagyva, a vérző tumorfelületet tamponáltuk.

A beteg a beavatkozás után magához jött s 4 hét múlva sarjadzó sebbel elhagyta a kórházat.

VI. A 45 éves férfi előadja, hogy másfél évvel ezelőtt vette észre először, hogy vizelete véres, ez azóta kisebb-nagyobb megszakításokkal ismétlődött. Felvételnél a mérsékeltén táplált betegben egyik vese sem tapintható, szervei épek.

Cystoskopos vizsgálatkor látjuk, hogy a vérzés a jobboldali ureterből származik; mindkét ureterbe kathetert vezetve, vizeletet gyűjtöttünk a functionális vizsgálat céljaira.

Jobb $\Delta = 0.40$	Bal $\Delta = 1.57$
Phloridzininjectio utáni cukormennyiség:	
Jobb $= 0.0\%$	Bal $= 1.0\%$
gőreső alatt sok vörösvérsejt	gőreső alatt néhány hyalin cylinder

A betegnek műtétet ajánlottunk, mibe azonban ő nem egyezett bele s távozott a kórházból.

Három hónap múlva újra felvételre jelentkezett, midőn állítása szerint a lefolyt idő alatt gyakran voltak vérzései s testsúlyából is vesztett és erőben gyengült.

Ujra ureterkatheterezést végeztünk, de a jobb ureterkatheter nem vezetett s azért indigocarmint fecskendezve a beteg egyik glutaeusába, cystoskoppal néztük, hogyan jelenik az meg a két vese vizeletében; azt láttuk, hogy a bal ureterből már $\frac{1}{4}$ óra múlva kékre festett vizelet ürült, míg a jobboldali ureterből kis véralvadék lóg ki s belőle időnként véres, de alig észrevehetően kék vizelet ürült.

A jobb vese alsó polusa mely belégzések alatt homályosan tapintható volt.

Műtét veronal-aethernarcosisban. Ferde lumbális metszéssel a vesét feltárjuk; már a fascia retrorenalis megnyitása előtt kitűnik, hogy a vese körüli zsíros tokbeli erek kisujjnyira ki vannak tágulva, kanyargósak. A vese zsíros és saját tokjának bemetszése után intracapsulárisan igyekeztünk a vesét kiválasztani, ekkor azonban

olyan bő venosus vérzés indult meg, hogy a sebet többszörösen tamponálni kellett. A felső polust szélesen odanőve találtuk, úgy hogy felszabadítani egyáltalában nem lehetett s az egész vese a rendesnél, főleg a felső részében nagyobb volt. Minthogy itt nem tudtunk boldogulni, hogy a viszonyokról tájékozást nyerjünk, a jobb rectus szélén laparotomiát végeztünk. Ekkor derült ki, hogy a máj alsó felülete már a vese alsó polusán szálagosan, a felső polus táján pedig egész szélességében a veséhez, illetve az azt borító has-hártyához oda van nőve s onnan leválasztani nem sikerült; egyes leválasztási kísérletekkor erős vérzés indult meg. A vese véreireit kitapintva, azokat újjvastagságú tömött képletté alakulva találjuk. E közben a beteg cyanosisos lesz, pulsusa lassú, üres, úgy hogy a műtétet gyorsan be kellett fejeznünk. A hassebet bevarrtuk, a hátulso sebet pedig tamponálva nyitva hagytuk.

A beteg pulsusa másnap arhythmias, közérzete különben kielégítő. A tamponokat a következő napokon óvatosan eltávolítottuk, a beteg ereje lassan visszatért, a seb lassan összehúzódott, úgy hogy két hónappal a műtét után elhagyta a kórházat.

Ezen eset is azok közé tartozik, a hol daganat egyáltalában nem volt tapintható, de a nagy functionális kiesésből, a gyakran keletkező bő vérzésekből erre kellett első sorban gondolnunk. Az extraperitoneális úton behatolni a veséhez nem jól lehetett, s azért kellett a transperitoneális behatolást is végezni, hogy a viszonyokról jobban tájékozódhassunk, a mi sikerült is.

VII. Az 50 éves nő két év óta időnként pár napig véreset vizelt, melyet havi bajától származtatott, különben a vizelet tiszta. Néha jobb oldalában fájdalmakat érzett s utóbbi időben soványodott. Vizsgálatkor a jobb vesét megnagyobbodottnak, de mozgékonyak tapintottam. A pulsus arhythmias, kicsi, könnyen elnyomható; a beteg előadja, hogy gyors járáskor rövid a lélekzete, lépcsőjáráskor elfulad. (Myodegeneratio cordis.)

Mindkét vesébe ureterkathetert vezetve s a vizeleteket gyűjtve s megvizsgálva, azt találtuk, hogy a jobb vesevizelet fagypontja $A = 0.40$; benne középmentyiségű fehérje. A bal vese vizeletének fagypontja $A = 1.27$, normális. Minthogy tehát spontán haematuria mellett jobboldali vesetumort, ennek megfelelő nagy vesefunctio-csökkenést, szívizomzatelfajulást, a szervezet lassú leromlását észleltem, rosszindulatú hypernephromára gondoltam. A műtét ellen szolt a beteg cachexias kinézése s rossz szív működése, mindazonáltal, mint a gyógyulás egyedüli lehetőségét, a műtétet véltem megkísérlendőnek, a mihez azonban a beteg ez ideig még nem egyezett bele.

Mindenesetre áll az, hogy ha a nő a vérzést nem tartotta volna az épen kimaradni készülő rendetlenül keletkező menstruációjából származónak, talán korábban fordult volna orvoshoz s kedvezőbb viszonyok között s a gyógyulásra való nagyobb kilátással lehetett volna a műtétet ajánlani.

Volt olyan esetem is (VIII), a melyben az explorativ műtét indicatioja sem állott fenn s minden műtét beavatkozás lehetőségéről eleve le kellett mondanunk. 52 éves férfiról volt szó, kibén emberfejnyi baloldali vesedaganat mellett a szívben myocarditis s myodegeneratio volt, olyan mértékben, hogy nagyobb beavatkozásról szó sem lehetett. Ezen szívizomdegeneratiók rosszindulatú vesedaganat eseteiben elég gyakran észleltek. Ilyenkor a palliativ s symptomatikus gyógykezelésre szorítokozunk, mint az én esetemben is, a melyben főleg a rendkívül profus vérzések okoztak sok bajt, mert néha a hólyag megtelt véralvadékkal, a beteg nem tudott vizelni s csak a véralvadékoknak Bigelow-féle aspirátorral történt eltávolítása után állott helyre megint a spontán vizezés lehetősége. Ezen esetben néha minden látszólagos ok nélkül rázóhideg s magas lázak jelentkeztek, melyek a gyorsan nőő s gyorsan széteső sejtű daganatból szoktak keletkezni, s valószínűleg a széteső daganatszövetből származó toxikus anyagok felszívódásából erednek. Könnyen érthető, hogy az ismétlődő magas lázak a prognosist rendkívül kedvezőtlené teszik s a lefolyást nagyon siettetik.

A rosszindulatú hypernephroma renis gyakoribb férfiakban mint nőkben. Rosszindulatúságának egyik legfontosabb jele az, hogy tovább terjed s metastasisokat okoz. A tovaterjedés történhetik úgy, hogy a daganat beletörlik a vena renalisba, azt eltömeszeli s esetleg folytatódhatik a daganattömeg a vena cavába is. Ilyenkor a műtétnek rossz az eredménye, ha csak a vena renalist nem tudjuk oly helyen lekötöni, a hová a daganat még nem

jutott el; ha a vena renalis a vena caváig telve van daganattal, akkor a lekötése veszélyes, mert lekötéskor apró daganatrészek repedhetnek le, melyek embolia útján végzetesek lehetnek, vagy ha nem egészen ép ért kötünk le, később veszélyes utóvérzések keletkezhetnek; ha pedig már a vena cavában is van daganat, akkor legezészerűbb annak eltávolítását meg sem kísérelni.

Újabb időben ajánlják ugyan, hogy ilyen esetekben a megbetegedett gyűjtőérészletet irtsuk ki s a vena cavát harántul kössük alá, vagy pedig előzetes enyhe leszorítás után vágjuk fel a vívóeret s távolítsuk el belőle a belétört daganatrészletet s ezután varrjuk megint össze a gyűjtőér falát. Ilyen előrehaladott esetekben azonban azt gondolom, hogy ha a közvetlen műteti eredmény kedvező is lesz, a már fennálló metastasisok a prognosist mégis kedvezőtlené teszik s ezért ilyen nagy közvetlen veszéllyel járó beavatkozás végzetes következményeinek a beteget kitenni nem célszerű.

Szerencsésnek nevezhetők azon esetek, mint a II. esetem is, a hol ezen fennemlített körülményekről a műtétnek olyan stadiumában lehet meggyőződni, mikor még a műtét folytatásától el lehet állani, s e tekintetben az a tapasztalat, hogy a daganatnak ezen rosszindulatúsága, hogy beletörlik a venába, nem áll arányban a daganat nagyságával, mert néha kis daganatok is áttörnek már a vérérbe, máskor a daganat jelentékeny nagyságot érhet el, a nélkül, hogy a vérrel szorosabb viszonyba jutna. Annak megállapítása a műtét előtt, hogy vajjon a daganat belétört-e már a vena renalisba, vagy a vena cavába, nagyon nehéz s csak ritkán sikerül, mert a bő collaterális keringés által gondoskodva van arról, hogy még akkor is, ha a vena cava van eldugulva, jelentékenyebb keringési zavar ne jöjjön létre. Néha a hasfal, a serotum s az alsó végtagok bőrén látható nagyszámú kitágult gyűjtőér, a nagyfokú varicocele, esetleg altesti oedemák azon gyanút keltik, hogy a nagy gyűjtőér el van tömeszelve a belétört daganat által, a miről a műtétkor azután kétségtelenül meg lehet győződni.

A véráram útján a daganat elhurczoltatik a legkülönbözőbb szervekbe, főleg a csontokba, s ott metastasisokat okoz; ez a kisebb véresek, sőt azon vérűrok útján is megtörténhet, melyek, mint a III. esetemben is látható, a daganatban előfordulnak. Puha daganatoknál a műtét közben vigyázni kell arra, hogy ne nyomkodjuk össze a daganatot, mert daganatrészek juthatnának a véresekbe s ezért is célszerű volt a harmadik esetemben a műtétnek azon módosítása, hogy a vesekoecányt még a daganat puha részének kiválasztása előtt leszorítottam s ez által a vese vérkeringését a test vérkeringésétől elzártam, megakadályoztam esetleg leváló daganatrészeknek a veséből való elhurezolását.

Ha kedvező műteti eredményt akarunk elérni, lehetőleg korán kell beavatkozni, s ezért azon tüneteket kell leggondosabban mérlegelnünk, melyek útján korán diagnosist tehetünk. A korán jelentkező tünetek közül legfontosabb a véres vizezés, még pedig az ú. n. spontán haematuria, a mely tehát egyszerre magától, minden látszólagos ok nélkül, néha a legnagyobb jóllét közepette támad, s a milyen gyorsan jön, olyan hirtelen meg is szűnik. Néha hosszabb, néha rövidebb ideig tart, néha erősebb, néha gyengébb. A rosszindulatú daganatnak egyik rosszindulatúsága épen abban áll, hogy korán kezd vérezni, mert szétesik s a vérzések ilyenkor erősek s hosszantartók.

Spontán haematuria esetén tehát meg kell győződnünk mindenekelőtt arról, hogy a vérzésnek hol s milyen szervben van a forrása. Néha, midőn hosszú gilisztaszerű véralvadékok ürülnek ki a vizezéssel — mint a második esetemben —, a gyanú már ezen körülményből vesebeli eredésre irányul, biztosan meg tudjuk azonban állapítani a vérzés forrását akkor, ha cystoskopos vizsgálatot végeztünk a vérzés idején. Ezen egyszerű vizsgálatkor azonnal látjuk, hogy a vérzés a hólyagból származik-e vagy az ureterből s melyik oldali ureterből. Ha a vér az ureterből származik, legezészerűbb mindjárt a cystoskopos vizsgálat után mindkét ureterbe cathetert vezetni, pár óráig bennhagyni s a vesefunctiót meghatározó eljárásokat végrehajtani. Én ilyen esetekben is benn szoktam hagyni az ureterkathetereket 6—8 óráig s ebből 4 órán keresztül gyűjteni a vizeletet a fagypontmeghatározás és chemiai s görcsöi vizsgálat céljára, 1—2 órán keresztül a phloridzin-injectio utáni czukormeghatározás céljára s 2 órán át nagyobb mennyiségű víz itatása után a vesehigítóképesség megállapítása cél-

jából. Ezen három egymás után végzett vizsgálati módszerek közül, ha valamelyik nem is sikerül, eredményt ad a másik kettő, melyeknek egybevetéséből a veseműködést meg lehet állapítani. Épen a rosszindulatú vesedaganatokban, főleg a vese felső polusán fejlődőkben, a vese rejtett fekvése miatt néha nagyon hosszú idő telik el addig, a míg a növekedő daganat tapinthatóvá válik vagy a meddig a vérzések s a daganat szétesése folytán a cachexia ki-fejlődik. Sokszor elmulaszthatjuk addig azt a kedvező időpontot, midőn a műtét még sikerrel végezhető. Ezért spontán haematuria esetében mielőbb meg kell győződnünk a vesefunctionioról: ha a functionális vizsgálat azt mutatja, hogy a vérző vese functionja a másik vesefunctionhoz képest jelentékenyen rosszabbodott, akkor azon vesében súlyos, a veseszövetet roncsoló folyamatot kell felvennünk s akkor maga ezen tény elegendő arra, hogy más tünetek hiányában is műtét útján meggyőződjünk a vesefunctio csökkenésének okáról. Az ezen időben végzett műtétek kedvező eredményt fognak adni. A behatolás ilyenkor legcélszerűbben ferde lumbális metszés útján extraperitoneálisan történik; az izmok s a fascia retrorenalis átmetszése után a zsíros tokra jutunk, belőle a vesét kiválasztjuk s akkor daganat esetén jelenlétének megállapítása nem nehéz, midőn természetesen a vesét eltávolítjuk, hiszen azelőtt már meggyőződ-tünk arról, hogy ezen vese rosszul functionál, míg a másik vese egészséges.

Azt hiszem ez a módja annak, hogy a rosszindulatú vesedaganatot olyan korai stadiumában operálhassuk, midőn a tumor még egyáltalában nem tapintható s midőn érbetörések vagy metastasisok még nincsenek. Rosszabb esetek diagnostikai szempontból azok, a hol vérvizelés későn vagy egyáltalában nem jelentkezik. Itt is azonban, ha a vesetáji fájdalmakból, étvágytalanságból, emésztészavarokból, a testsúly csökkenéséből, szív működésbeli zavarokból csak a legkisebb gyanú merül fel az irányban, hogy ezen tüneteknek oka a vesében van, azonnal végezzük a vese functionjának meghatározását, mert vesedaganat esetén a kóros vese functionjában rendszerint korán nagy kiesés szokott mutatkozni. Ezen csökkent veseműködés oka az, hogy a fejlődő vesebeli daganat a vesében a vérerek s a húgycsatornák összenyomása által keringési zavarokat okoz. Maga a vesemedenceze összenyomása által a vizelet lefolyásában lesz akadályozott, vesemedencebeli retentio keletkezik, mint a harmadik esetben, hol a felvezetett ureterkatheteren keresztül 20 cm³ residuális vizelet ürült ki a vesemedencéből s nemesak a medenceze, de a másodlagos kelyhek is kitágultak, ezáltal a veseszövet összenyomatik, sorvad. Sokszor toxikus nephritis is keletkezik a vese nemesebb elemeinek tönkremenésével. Mindezen körülmények eléggé megmagyarázzák a veseműködésben korán beálló rosszabbodást.

Ha a beteg nagyra nőtt daganattal kerül élénk, akkor, ha csak más contraindicatio nincs, meg kell győződnünk arról, vajjon a daganat operálható-e még, nincsenek-e távolabbi esontmetastasisok, nincsenek-e a nagy erek mentén nagy nyirokmirigymetastasisok, nincse-e a daganat beletörve a nagy vénákba. Ezen utóbbi körülményről rendszerint nem győződhetünk meg másként, mint ha a beteg exploratív műtétet végezzük. Behatolhatunk vagy a ferde lumbális metszéssel a veséhez, vagy ha a daganat igen nagy, még célszerűbb a transperitoneális behatolás, a melynél tágabb betekintést kapunk s épen a vese hilusát jobban átnézhetjük, a nyirok-mirigyek és vérerek állapotáról jobban meggyőződhetünk.

Küster statistikája szerint a transperitoneális műtétek után nagyobb a mortalitás, mint az extraperitoneális módszer után, mert az előbbiben 29%, az utóbbiban 25% a műteti mortalitás; ugyanezt mutatja a többi statistika is. Műteti módnak e szerint a lumbális úton való extraperitoneális módot használjuk. Csak azon esetekben, a melyekben a nagy daganat össze van nőve a környezettel, a hol a vérerek, a vena renalis, a vena cava állapotáról gyorsan tájékozódni akarunk, szóval meg akarjuk állapítani az operatio lehetőségét, célszerű a transperitoneális behatolást használni s előzetes tájékozódás után a vesedaganat kiválasztásába belekezdeni, a melyet azután már néha nagyon nehéz abbahagyni.

A prognózis, ha a tumort ki nem irtjuk, általában kedvezőtlennek mondható, mert a daganat, ha a fent említett körülmények miatt inoperabilissá válik, rövid idő alatt feltétlenül elpusztítja a beteget vagy elvérzés által, vagy hirtelen keletkező embolia által, vagy lázak s vérvesztés által keletkező általános gyengeség következtében.

A műtétek utáni mortalitás újabb időben lényegesen lecsökkent, a betegek a kellő időben végzett műtét után meggyógyulnak, azonban a további eredmények megint kedvezőtlennek mondhatók, a mennyiben a helybeli recidivák pár hó vagy 1—2 év alatt be szoktak következni s csak kevés eset van az irodalomban, a melyben 4 éven túl recidivamentesek maradtak az operáltak. Ezért rendkívül fontos a korai diagnózis, a kezdeti tünetek kellő méltatása és a korai műteti beavatkozás, mert csakis ez által lehet a távolabbi eredményeket a közvetlen műteti eredményekhez hasonlóan megjavítani.

Érdekesebb esetek a magángyakorlatból.

Közl: Bodon Károly dr., műtőorvos.

Vannak, a kik csak az olyan orvosi közleményt tekintik tudományosnak, a mely klinikai vagy kórházi beteganyagon, avagy a laboratóriumban eszközölt megfigyelések illetve vizsgálódások alapján készült. Jelen közleményemet ilyen alapon nem illeti meg ama szép jelző, hogy „tudományos”. Igénytelenül akarok írni e helyütt: a gyakorlatból a gyakorlatnak.

Szándékom ismertetni egyes oly eseteket, különösen a sebészet és belgyógyászat határmesgyéjéről, a melyekkel több mint másfél évtizedes orvosi gyakorlatomban találkoztam és a melyekből kiviláglik, hogy az orvosi gyakorlat üzése közben sokszor mily rendkívül fontos a kóresetnek pontos megfigyelése és hogy sokszor egy-egy teljesen mellékesnek és jelentéktelennek látszó dolog adja meg a helyes körjelzést vagy jelöli meg ama utat, melyet a gyógyulás elősegítése érdekében követnünk kell.

A hely és az idő kimétele végett az egyes eseteket tömören fogom ismertetni és csak azon tüneteket és mellékkörülményeket bemutatni, a melyek az eset kellő megvilágításához feltétlenül szükségesek.

I. Helyi érzéstelenítés és hátgerincsorvadás.

48 éves kereskedő, évek óta zavartalan egészségű. 1905-ben az egyik lába hüvelykuján levő bőrkeményedés környéke fájdalmas lett. A vizsgálat kiderítette, hogy a keményedés alatt lobos nyálkatömlő fejlődött.

Kiirtás Schleich-féle érzéstelenítéssel fájdalommentesen. Megjósoltuk neki azonban, hogy a kiirtás után fél órával majd lesz némi fájdalma. E jóslat nem teljesedett. A beteg a helyi narcosis hatásának megszűntével nem mutatkozott a szokott módon a seb sajtása. Ez mindenképp oly dolog, mely könnyen elkerülheti az orvos figyelmét. Keresve az okát e tünetmenynek, megvizsgáltam a beteg vizeletét. Lelet: negatív. Az idegrendszer vizsgálatakor azonban nagy meglepetésemre azt látom, hogy az egyik pupilla fénymerev, a másik csak renyhén reagál fényre. A térdreflex mindkét oldalon csak nehezen és csak néha váltható ki.

Ez esetben a teljesen egészségesnek látszó egyénen a helyi érzéstelenítés után mutatkozott eme apró, jelentéktelennek látszó szabálytalanság figyelemre méltatása vezetett rá már korán a kezdődő hátgerincsorvadás diagnosztikára, melyet később, de csak egy évvel később, az alsó végtagokban támadt lancináló fájdalmak és a térdreflexek teljes kimaradása megerősítettek. Statikus vagy motorus ataxia eddig még nem jelentkezett.

Sőt tovább is van. Tavaly ősszel ugyanolyan műtétet végeztünk a beteg másik lábán és akkor már előre megjósoltuk, hogy a Schleich-oldat hatásának elmúltával semminemű sajtás sem fog jelentkezni a láb sebében.

II. Obstructio ductus Stenoniani.

A 10—11 éves fiúgyermek, ki előzőleg egészen jól volt, a reggelinél arról panaszkodott, hogy fájdalma van rágás közben. Az anya látva, hogy a gyermek bal füle tája dagadt, elhivatott azzal, hogy a gyermekének fültömirigylobja van. Csakugyan parotitisnek látszott. A fültömirigy nagyobbodása tisztán ki volt tapintható, feszes, kissé dudoros tumor képében. Nyomásra alig volt fájdalmas, csak rágómozgásoknál fájt. A beteg láztalan (37.1°), a másik oldali parotis rendes. Feltűnő csak az volt, hogy a ductus Stenonianus-

nak a pofa nyálkahártyáján látszó beszájadzási helye nem mutatta azt a csekély duzzanatot és élénkebb pirt, mint a hogy azt parotitisben mindig láttam.

A körjelzést parotitisre tettem ugyan, de minthogy voltak némi kételyeim, könyvtáramban utána néztem a dolognak. A könyv figyelmeztetett arra, a miről — bevallom őszintén — teljesen megfeledeztem volt, hogy a Stenon-féle vezeték eltömülése folytán bekövetkezett retentioról is lehet szó. Délután a beteghez visszatérve, erős nyomást gyakoroltam a megdagadt parotitisra, mire egy félregerő, jó másfél centimeter hosszú, szürkésfehér, sűrű nyálka-csap távozott a ductusból és utána vagy 1—2 évőkanálnyi, a fiú állítása szerint savanykás ízű, tiszta nyál. Sem a kiköpött folyadékban és nyálkatörmelékben, sem a vezeték kutaszolásakor követ nem találtam. A kinyomás után a rágási fájdalom megszűnt, a mirigy felénél kisebbre lelohadt. Néhány napig ismételve a mirigy kinyomását, a kis beteg teljesen rendbejött. Láza az egész idő alatt nem volt, a másik oldali fültömirigy bántatlan maradt és testvéreinek egyike sem kapott parotitist.

III. Influenza és gangraena diabetica, coma.

A beteg a hatvanas években levő vasúti felügyelő, ki vagy hat évvel korábban egy vasúti próbamenet alkalmával leesett a sebesen haladó mozdonyról és úgy látszik ezzel kapcsolatban cukorbeteggé lett. A nagyon intelligens és pedans beteg előírás szerint élt és így sohasem volt különösebb bajunk a diabetesével, melyet a szokásos osztályozás értelmében akönnnyebb esetek közé lehetett sorolni. Egy napon — influenzajárvány idején — megbetegedett influenzában (láz, a légzőutak hurutja, tagfájások stb.). A láz négy napig tartott. Hatodik nap a beteg felkelt és panaszkodott arról, hogy nagyon törődött és hogy az egyik lába zsibbadt. Az ujjakat jól mozgatja, de az ujjak érzéstelenek és a láb feszítő és hajlító oldalán is csökkent az érzés. A vizeletvizsgálat körülbelül 0.5% cukrot mutat, sem a Gerhardt-, sem a Legal-féle reactiót nem adja. Másnap a láb livid színeződést vesz fel, harmadnap tisztán áll előttem a nedves üszök. Még ugyanaz nap este a beteg comába esik (Gerhardt erősen positiv) és negyednapra exitus. Itt kétségtelennek látszik, hogy a — ha szabad úgy mondani — mindaddig jóindulatú diabetesben az influenza kapcsán szinte foudroyans módon jelentkezett úgy az üszök, mint a coma.

IV. Influenza és latens lues.

Ez az eset talán még szokatlanabb. A 40 éves aggregény banktisztviselő, ki évek óta esetről esetre hozzám fordult orvosi tanácsért, megbetegszik influenzában, mely néhány nap alatt ágybanfekvésre és aspirinkezelésre elmúlik. Az első láztalan napon apró roseolaszerű pettyek mutatkoznak a bőrén, különösen a homlokán, a mellén és hasán. Eleinte azt hittem, hogy aspirinkitűtés, noha a beteg csak háromszor 0.5 gm. aspirint kapott naponta. Feltűnt azonban, hogy a kiütés még sem volt oly színű, alakú és elosztódású, mint azt kétségtelen aspirinkitűtés esetén többször láttam.

Ámbár a betegnek hashajtót adtam és az aspirint beszünttettem, a kiütés terjedt és az egyes roseolák helyenként felhólyagosodtak és a hólyag felpattanása helyén fekély maradt vissza. A consiliumba hívott bőrorvos sem tudott eligazodni. Az intelligens beteg határozottan tagadta, hogy luese lett volna. Expectativ kezelés mellett az állapot súlyosbodott és csakhamar az egyik tibián periostális esomó támadt. Ekkor már nem használta a tagadás. A beteg végre restelkedve bevallotta, hogy 12 évvel ezelőtt egy szakorvos két éven át kezelte lues miatt. Azóta nem volt luesrecidívája.

Érdekes, hogy itt úgy látszik az influenza váltotta ki a késői syphilis-jelenségeket, analog módon, mint a hogy azt váltólázban már több szerző ismételtelen leírta. Antilueses gyógyeljárásra a beteg teljesen helyreállt.

V. Erythema enematogenes és scarlatina.

Egy 9 éves iskolásfiúhoz hívtak azzal, hogy lázas. Temperatura d. e. 10 órakor 38.1°. A torok kissé vörös, egyébként sehol semmi. A gyermeknek előző nap volt széke, de a szokottnál kevesebb. Gargarismát, felliteres szappanos beöntést rendeltem és

azt jósoltam, hogy alighanem toroklob van fejlődőben. Másnap reggel azzal hívtak, jöjjenek rögtön, mert a gyermeknek vörhenye van. Csakugyan a mellén, háton, nyakon, arcon és a végtagoknak különösen feszítő oldalán skarlátszerű, diffus exanthema. A testhő 37.5°, gyenge torokpir, a szemkötőhártya kissé belövelt, a nyelv bevont, de a pofa- és garatnyálkahártya halvány és más-különbben teljesen negatív lehet. Az előző napon adott beöntésre bő szék ürült volt. Az apa — ki maga is gyakorló orvos — határozottan vörhenynek tartotta az esetet és a többi gyermeket már odaérkezésem előtt el is küldötte hazulról. A hatósági bejelentést azonban nem tettük meg, mert én kételyeket támasztottam a körjelzés helyessége irányában. Elhatároztuk, hogy várunk másnapig. Csakugyan másnapra a kiütést mintha elfújták volna. Hámlásnak se akkor, se később nyoma sem mutatkozott; a vizelet állandóan fehérjementes maradt. Néhány hétre reá, mikor a gyermek alkalmi constipatio mutatkozott, kíváncságra próbakép ismét adtunk szappanos beöntést, mire másnap, bár nem oly mérvben, mint először, ismét feltűnt a skarlátszerű kiütés.

Utána néztem a dolognak és azt találtam, hogy G. F. Still (The Lancet, 1898. pag. 1062) 26 ilyfajta esetről számol be, melyeket ő maga észlelt és a melyekben 12—24 órával a beöntés után néha skarlátszerű, máskor rubeolaszerű, ismét máskor morbilliszerű kiütés jelentkezett, mely 1—2 napig tartott, sőt a melyet néha kisfokú hámlás is követett. Úgy magyarázza a dolgot, hogy vagy a szappanból, vagy a bélsárból szívódnak fel mérges anyagok, melyek reflex úton kiváltják a vasomotorius elváltozáson alapuló kiütést. Az ő nézete szerint a többször leírt úgynevezett „sebészi vörheny“ (surgical scarlet fever) a műtétet megelőző szappanos beöntés által idéztetett elő.

VI. Adenoid vegetatiók.

Az az impressióm, hogy ezeket még mindig nem méltatják eléggé figyelemre a gyakorló orvosok; bár tagadhatatlan, hogy ez irányban az utolsó években nagy haladás történt. Ama számtalan kóreset közül, a melyeknek oka látszólag másutt rejlett, de a melyek az orrgaratürege rendbeszedésére mintegy varázsütésre eltűntek, csak a következőket sorolom fel saját praxisomból, tudva, hogy ezzel az összes lehetőségeket nem merítem ki. De én csak a saját ilyfajta eseteimről beszélhetek. Ilyenek voltak: vérszegénység, általános gyengeség, értelmi visszamaradottság, bronchitis chronica, asthma (nasale), pertussis spuria, conjunctivitis chronica, otitis suppurativa, dyspepsia, enuresis nocturna, eklampsia, chorea minor és pavor nocturnus.

Itt csak egy esetet akarok vázolni, mely egy jónévű gyermek-orvost is tévedésbe ejtett. A múlt hetekben történt, hogy egy 3 éves hurutos gyermekbetegemhez — kinek már ismételtelen ajánlottam adenotomiát — hívtak, mert váratlanul súlyosnak látszó asthma lepte meg. Én hamarjában nem voltam található és a sietve előhívott gyermekorvos egy peribronchiális mirigynek hirtelen nagyfokú megduzzadását vette fel, a mely az egyik bronchust összenyomja. A szülőket e diagnózis kétségbeejtette. Én, tekintve, hogy a roham csak alig néhány óráig volt intenzív, reflex-asthmát vettem fel, melyet a choanákban kimutatható nagy adenoid-vegetatiók váltanak ki. A szakorvos azonban nem engedett diagnózisból, csinált Calmettet, bár negatív eredménnyel, kikopogtatott elől a mellkason egy forintosnyi nagyságú tompulatot stb. A gyermeket megoperáltattuk és a műtét alkalmával egy jó nagy diónyi adenoid távolítottat el. A műtétet követő első hét vége felé, ha jól tudom, az ötödik napon, volt még egy, bár összehasonlíthatatlanul enyhébb asthmás rohama és azóta teljes a nyugalom. A kis beteg a vidéken gyönyörűen gyarapszik és fejlődik, én pedig ez esetben nem tartom szükségesnek a lefolyt körkép megmagyarázására a hirtelen megdagadt és néhány óra alatt lelohadt peribronchiális mirigy kissé kalandos felvételét — nekem elég támpontot szolgáltat a körjelzéshez az eltávolított vegetatiók nagy tömege.

VII. Trigemini-neuralgia és orrbántalom.

A 27 éves, lesoványodott, elgyötört nőbeteg Tolnamegyéből jött rendelőmre. Már 3 éve szenved kínzó arczsámban, mely

ellen próbált hideget-meleget, végigpróbált számtalan kenőcsöt és belsőleg a fájdalomcsillapító szerek valamennyiét, volt része galvanisatióban, faradisatióban. Fájdalmi szabálytalan időközökben jelentkeztek. Néha az arc megérintése, egy szélfuvallat elég volt a leggyötrőbb fájdalmak kiváltására. Egy orvos tanácsára a kóros oldalon kihuzatta fent és lent mindkét fogát — semmi eredmény.

Feltettem magamban, hogy tetőtől-talpig tüzetesen végigvizsgálom minden egyes szervét, a melyhez csak hozzáférhetek. És íme, az orrtükrözéskor azt látom, hogy a fájdalmas oldalon a középső orrkagyló alsó széle szakadozott, nyálkahártyája egyenlőtlenül duzzadt, helyenként genyes. Szondával való megérintésére fájdalomrohamot váltok ki.

Elküldtem specialistához, a ki a beteg orrkagylót kiirtotta. A trigeminus-neuralgia azon naptól fogva, mondhatnók azon perectől fogva megszűnt.

A dolog megértése könnyű, csak gondolni kellett rá! Tudjuk, hogy a ganglion nasale szorosan összefügg a trigeminus második ágával és hogy innen számtalan idegszál indul ki az orr- és garatüreg minden részébe. A ganglion nasale adja a nervus nasalis superiort, a nervus palatinus anterior pedig a nervus nasalis inferiort.

Közlés Dollinger Gyula dr. ny. rendes tanár kir. m. tud. egyetemi I. sz. sebészeti klinikájáról.

Ki nem írtható nagy húsdaganat elhalása és kiválása a Röntgen-kezelés alatt.

Közli: *Holzwarth Jenő* dr. II. tanársegéd.

Az I. sz. sebészeti klinikán Dollinger tanár úr megbízásából az utóbbi években rossztermészetű daganatok Röntgen-terápiájával foglalkozva, inoperabilis sarkoma több esetében is megkíséreltük a gyógyítás e módját több-kevesebb eredménnyel. E közleménynek nem célja az ezen esetekben elért eredményekről és az észlelések kapcsán tett számos megfigyelésről beszámolni, hanem csak egyik betegünkön a Röntgen-sugarakkal kezelés alatt észlelt daganat-elhalás és kiválás lesz a megbeszélés tárgya.

54 éves férfibetegről van szó, kinek bal czombja felső részén egy év óta növekedő, gyermekfej nagyságú, a csontból kiinduló chondrosarkoma volt, oly magasan, hogy a kiirtás csakis csipőizületi enucleatioval lett volna lehetséges, a mibe a beteg semmi áron sem egyezett. Megjegyzendő azonban, hogy a daganat igen rövid idő alatt annyira megnövekedett, hogy utána csakhamar inoperabilissá vált. Ilyen körülmények közt megkezdtük betegünkön 1906 január 6-án a Röntgen-sugarakkal kezelést, még pedig ú. n. fractionált adagolással, gyakoribb kisebb dosisokkal sugározva be a daganat felületét. Mintegy három heti ily kezelés mellett a daganat észrevehetően kisebbedett s határozottan meg is lágyult, a mennyiben csaknem csontkemény consistentiájából engedett s rugalmasabb tapintású lett. Minthogy azonban a csontból kiinduló daganat mélyen az izmok alatt feküdt s a Röntgen-sugarak hatása a mélyben az eddigi észlelések szerint lényegesen gyengébb, január 29-én hosszú keresztmetszéssel a daganatot fedő lágyrészeket a daganat tokjába szétfejtettük s a sebszéleket erősen szíjelhúzával, a daganat tokjához kivarrtuk. Azon felfedezés vezérelt ez eljárásunkban, hogy így az x-sugarak közvetlenül a daganat felületét érve, a kóros szövetelemekre gyakorolt electiv pusztító hatásuk fokozottabb mértékben fog érvényesülni. A kezelést így folytatva, a beteg csakhamar lázas lett, a mi miatt az expositiókkal több ízben szünetelni kellett, minthogy a lázakat a gyorsan pusztuló daganatszövetből eredő toxinfelszívódásból kellett magyaráznunk. Három héttel azután, hogy a daganatot szabaddá tettük, tehát egészben hat héttel a Röntgen-kezelés után, egyszerre csak a daganat tokjának szabadon fekvő részletén két, egyenként koronagömb nagyságú nyílás keletkezett, melyeken át elhalt daganatszövet lett látható. A toknak egész felületén való felhasítása után kitűnt, hogy a daganat középső, férfükölnél jóval nagyobb része teljesen elhalva s demarkálódva szabadon fekszik egy 1/2 cm. vastag, heges kötőszövet benyomását keltő burokból, s ezen elhalt részletet a nyílás kellő tágitása után egyszerűen ki lehetett emelni. A beteg most néhány nap alatt láztalan lett, s minthogy a káros tok egy kímésített részletének

mikroskopi vizsgálatok e szövet sarkomásnak bizonyult, a Röntgen-kezelést folytattuk. Mintegy 3 hónapig folytatva a terapiát, a csont felső részén már csak kis almanagyságú resistentia volt tapintható. A beteg általános állapota ez idő alatt lényegesen javult. Miközben azonban az elsődleges daganat helyén a javulás ily biztatón haladt, az ugyanazon oldali térdhajlásban egy almanagyságú új daganat képződött, melyet ugyancsak a fentemlített módon kezeltünk. Nemsokára azonban a beteg kissé ismét soványodni, romlani kezdett. Hat hónapig a klinikán tartózkodás után a beteg saját kívánságára eltávozott. Későbbi sorsáról azt tudtuk meg, hogy távozása után vagy egy hónapig jól érezte magát, de akkor — hozzátartozói állítása szerint — testének különböző helyein keletkeztek daganatok — nyilván metastasisok — s a beteg rövid idővel ezután meghalt.

Egy nem mindennapi körülmény — a daganatnak in toto elhalása és kiválása — magaslik ki e körleírásból, mely egy újabb, ha ma már nem is mystikus, de hatását illetőleg még sok tekintetben homályos kezelésmód alkalmazása mellett észleltetett. Azt hiszem, nem fölösleges azon kérdés fölvetése, vajjon a daganat ezen elhalása és sequestrálódása Röntgen-hatásnak tekinthető-e, vagy pedig más egyéb körülményekből magyarázandó.

Nem tekintve azon regressív metamorphosisokat, melyek a daganatokat alkotó szövetelemekben physiologiai körülmények között is nyilvánulnak, mint pl. a laphámsejtek elszarusodása caneroidokban stb.: daganatokon észlelhetők ily regressív elváltozások, melyek szoros értelemben táplálkozásszavaroknak a következményei s a melyek kisebb-nagyobb területű elhalásokra vezetnek és pedig *Rindfleisch* szerint az által, hogy a daganat parenchymáját alkotó specifikus sejtelemekből álló szigetek túlságosan túltengenek s a velők lépést nem tartó sokkal hiányosabb vérképződés visszamaradása folytán e most rosszul táplált területeken elhalások támadnak. Némelyek a daganatokban észlelhető elhalásokat a vérereknek mechanikai összenyomására hajlandók visszavezetni, olyképen, hogy a daganat önmagát fosztja meg a táplálkozástól, úgy hogy a már meglevő daganattömegekbe mindig újabbak tolnak be s így végre a tápláló vérereket a túlságosan fejlődő daganatszövet összenyomja és obliteratiojukat okozza. Helyi táplálkozásszavarok, emboliák és thrombosisok folytán is keletkeznek ily regressív elváltozások s nem ritkán a vérerek falaiban jelentkező lobos folyamatok, melyek a vérér lumenjének nagyfokú szűkülésére, esetleg teljes elzáródására vezetnek — tehát endovasculitisek — okai a daganatokban észlelt elhalásoknak.

Mindezekből látható, hogy a daganatokban beálló regressív metamorphosisok általában véve táplálkozásszavarokra vezetendők vissza, melyeknek egyrészt a daganat túlságosan gyorsan szaporodó parenchymája és az újonnan képződő vérerek között fennálló növekedési aránytalanság, másrészt a vérerek összenyomása, illetve a falaikban lezajló productív folyamatok folytán mechanikai okokon alapuló lumenszűkülés lehet az oka.

Igaz, hogy esetünkben a daganat felett lévő lágyrészek átfejtése után az addig mondhatni e képletek állandó mechanikai nyomása folytán bizonyos korlátok közé szorított daganatnövekedés a nyomás megszűnése után fokozottabb mértékben mehetett végbe s így a daganat elhalása abból volna magyarázható, hogy a parenchyma igen rohamos szaporodásával a vérerek fejlődése nem tartva lépést, a daganat táplálkozása nagy fokban szenvedett s ennek folytán mintegy megéhezve elpusztult. E mellett szólna az a körülmény, hogy a daganat a kitérés után kissé növekedett is. Azonban, mint említettem, az elhalt daganatrész eltávolítása alkalmával e daganat széli részleteiből vettünk mikroskopi vizsgálatra ép, nem elhalt szövetet is, a melyből metszeteket készítve göreső alatt látható volt, hogy a daganaton áthaladó egész finom vérerekben az endothelsejtek sajátoszerűen meg vannak duzzadva s a vérérfalak megvastagodva, minek folytán a vérér lumenje megszűnik. *Gossmann*, *Bachmann* és *Linsler*, továbbá utánuk *Lion*, *Grouwen* és *Scholtz* a Röntgen-dermatitis szöveti vizsgálatakor a vérér-elváltozást állandóan találták, s azt az x-sugarak behatásának tulajdonítják, sőt az első helyen említett három szerző ez endovasculitist tekinti az elsődleges Röntgen-hatásnak, míg a többi elváltozást a vérrmegbetegedés folytán keletkező táplálkozásszavar okozza.

Ezen szerzők álláspontjára helyezkedve esetünkben a daganat elhalásának oka ezen, a Röntgen-sugarak hatásának tulajdonítandó,

endovasculitis folytán támadt táplálkozásváza lehetett, mely hatás-hoz még hozzájárult a Röntgen-sugaraknak mindenestre magukra a sejtekre gyakorolt károsító, pusztító hatása, melyet egyéb daganat-szöveteken tett, a Röntgen-kezelés különféle szakaiban történt mikroszkopos vizsgálatok már bebizonyítottak.

Esetünkben a Röntgen-kezelés gyógyulásra nem vezetett, hanem, mint a későbbi lefolyásból értesültünk, csak ideig-óráig tartó javulást eredményezett, a mennyiben a kezelés nélkül folyton növekedő daganat e therapia mellett kisebbedett, sőt elhalva, ki is vált s a beteg ez alatt erőben is javult, gyarapodott. Igaz ugyan, hogy ily elhalások leginkább sarkomákon, de egyéb daganatokon is (nagy myoma, osteoma stb.) Röntgen-kezelés nélkül is előfordulnak, mint a fent leírt teoriákból kiderül, táplálkozásuk megzavaratása folytán. Hogy nem a „post hoc ergo propter hoc” álláspontjára helyezkedve tekinthető ez esetben a daganat elhalása a Röntgen-sugarak befolyásának, azt bizonyítja, hogy a közölt esetben a mikroszkopi készítményen látható endovasculitis, mely *Gassmann*, *Bachmann* és *Linsler* szerint specifikus x-sugárhatásnak tekintendő, eléggé indokolja azt a feltevést, hogy itt Röntgen-hatás szerepel s a táplálkozásváza okozta elhalást minden körülmények között még siettetette a Röntgen-sugaraknak közvetlenül a daganatsejtekre gyakorolt electiv pusztító hatása is.

Legyen szabad e helyen köszönetet mondani főnökömnek, Dollinger tanár úrnak, hogy szíves volt ez eset feldolgozásával megbízni.

A skoliosis functionális gyógykezeléséről.

Közlő: **Kopits Jenő** dr., a Stefánia-gyermekkórház rendelő orvosa.

A skoliosis gyógyításában napjainkban újabb, észszerűbb nézetek kezdenek érvényesülni, melyek hivatva vannak az összes gyógyítást célzó eljárásokat helyesebb mederbe terelni. Nem is oly régmúltban nagy bizonytalanság és egyoldalúság uralkodott e kérdésben, azon hiányos ismereteknek megfelelően, melyek akkoriban a skoliosis pathológiája és aetiologiája terén rendelkezésre állottak. Sőt nemcsak a kóros viszonyok pontosabb feltárása, hanem az ép gerincz physiologiás mozgási mechanikájának az ismerete is az újabb idők pontos experimentáló kutatásának az eredménye. E homályos ismeretek a bántalom kóroktanában tág teret engedtek a múltban oly teoriák keletkezésének, melyeknek semmi pozitív alapja nem volt, csakis az egyes symptomák ötletszerű magyarázatának köszönhetőek létrejöttük. Ennek megfelelően könnyen érthető az a zavar, mely a gyógyítás terén is uralkodott. A passiv redresszáló kezelés versenyzett a gimnasztikával s mindezeket feleslegessé akarta tenni később a Sayre által propagált gipszpánczélt alkalmazása.

Mindezen eljárások között a legáltalánosabb elterjedésnek mégis a passiv redresszáló eljárás örvendett, melynek kivételére a készülékek egész arzenálját találták fel s alkalmazták azon rendeltetéssel, hogy a gerincz görbületét áthajlítva ellenkező irányba, új helyzetében ideig-óráig megtartsák, ez által remélve a deformitás gyógyítását. Természetesen az eszközök válogatás nélkül használatban voltak, úgy a kezdődő, teljesen hajlékony gerinczű skoliosisek, mint a merevgerinczű görbület gyógyításakor s annál nagyobb sikert vártak behatásuktól, minél hosszabb ideig tűrte alkalmazásukat a beteg. E kezelési módszer tehát csupán csak a csontbeli deformitás mechanikai leküzdésétől várta a sikert. Ezt akarták elérni a gerinczgörbület redresszálását célzó, legváltozatosabb szerkezetű fűzők és fekvőkészülékek alkalmazásával is, melyek használata mellett sokszor minden más gyógykezelési mód szünetelt s hát-térbe szorult.

Ezzel ellentétben mások viszont a törzsizomzat egyes csoportjainak a működésihiányában, sőt bénulásában látták a baj okát s minden törekvéseket a működésben elégtelennek vélt izomcsoport megerősítésére fordították, figyelmen kívül hagyva a kórosan megváltozott gerincz csontváza részéről mutatózó akadályokat.

A passiv redresszáló kezelésnek kedvezett, mert használatát látszólag indokoltá tette, *Hueter* és *Volkmann*, majd később *Wolf* anatómiai vizsgálatokon alapuló teoriája, melylyel a deformitások létrejöttét magyarázták. Ez említett szerzők a skoliosis okozójának a gerinczre ható statikai nyomást tartották, mely nyomás

az egyes csigolyákra hatásában, a gerincz ívalakú meggörbülése következtében egyenlőtlennek válik, a mennyiben a görbület homorulatának megfelelő oldalon fokozódik, míg a domború oldalon esőkken. E nyomásváltozás következménye a skoliosisos gerincz ívének legmagasabb részén fekvő csigolyák ékalakja, mely ék alapjával a gerincz ívének domborulata, csúcsával pedig a homorulata felé tekint. A passiv redresszáló módszert elfogadhatóvá tette a kórszármazás e magyarázata, mert áthajlítva a görbe gerinczet az ellenkező irányba, a nyomási viszonyok megváltozásával a csigolyának homorú oldalán fekvő felülete a nyomás alól felszabadul, a domború oldali csigolyarész ellenben nagyobb nyomás alá kerül. Ily módon ugyanazon statikai nyomás felhasználásával vélték átmodelálni a deformált gerinczszelvényeket. Minthogy e processushoz megfelelő idő szükséges, sokan áttértek az egyes ülésekben redresszá-lásról az állandó redresszá-lásra, midőn a gerinczet, illetve a törzset redresszált helyzetben huzamos időn át rögzítették gipszkötéssel. E theoria adta meg a népszerűséget a Sayre-féle eljárásnak, melynek még a kezelés egyszerűsége is hathatós szószólója volt.

Ilyféle törekvések vezetnek mai nap is az erőszakos redresszá-lás híveit (*Wullstein*, *Schanz*), a kik a redresszá-lás után, minden-esetre már tökéletesebb szerkezetű kötéssel, mint a Sayre-pánczélt, hónapokon át rögzítik a beteg törzsét a redresszált helyzetben, figyelmen kívül hagyva, hogy ez idő alatt a törzs egész izomzata, melyre a gerincz egyenes tartásakor oly nagy szükség van, teljesen leromlik és elpusztul.

A statikai nyomás óriási átalakító erejével kétségen kívül napjainkban is számolnunk kell, azonban nem tekinthetjük többé a skoliosis egyedüli létrehozójának. Későbbi vizsgálatok ugyanis kiderítették, hogy a normális gerinczre nem csupán statikai erők hatnak, hanem a mellett óriási mértékben érvényesülnek a gerincz functiojával járó *dynamikai* erők behatásai is. *Zschokke* vizsgálatai mutatják rá arra a nagy erőhatásra, mely a csontokat éri, midőn a működésben levő megfeszülő izomzat által erősen egymásra nyomtatnak. A normális gerinczre ható erők számbavételekor tehát nemcsak a testsúly nyomásával kell számolnunk, hanem egyúttal az izomműködés következtében létrejött azon nyomással is, melyet a csigolyák a gerinczcszel párhuzamosan futó mély hosszú hátizmok megfeszülése következtében szenvednek. E dynamikai erőbehatásokból származó nyomás a csigolyákon ugyanolyan alakváltozást tud létrehozni, mint a statikai nyomás. Természetesen e nyomás, ép úgy, mint a testsúly nyomása, lehet symmetriás vagy asymmetriás s annak megfelelően hatása is a csigolya egész tömegén érvényesül vagy csak annak egyik oldalán, a melyik oldalán az izomzat működésben van. A két nyomás természete abban különbözik egymástól, hogy míg a testsúly statikai nyomása mindig passiv terhet ró a gerinczre, addig az izomműködéssel járó dynamikai erők mindig mint activ erőbehatások érvényesülnek. E kétféle nyomás rendszeren egyidejűleg hat a gerinczre, azonban mindegyik külön-külön is érvényesülhet. Így a törzs bizonyos helyzetében az izomműködés teljesen szünetelhet s a gerincz tisztán passiv megterhelés alatt áll, viszont az izomműködés hatása fennállhat akkor is, ha a testsúly viselése alól felmentjük a gerinczet pl. felfüggesztéssel vagy az által, hogy a törzset vízszintes helyzetbe hozzuk.

Ez együttes erők hatásával kell a gerincz csontvázának megküzdeni s ezek együttes behatásának köszönheti a gerincz alakját. Ha ez erők nagysága és iránya physiologiás, a gerincz alakja is normális marad; az erők behatásának a megváltozásával szemben azonban a gerincz, illetve a csigolyák alakja is változást szenved, azaz, mint *Roux* mondja, a megváltozott functionak megfelelően átalakul. A normális functio tehát a csontváznak örökléssel nyert normális alakját fenntartja, a megváltozott, abnormális functio azonban változást tud létrehozni a csontváz alakjában is. Nagyon természetesen ez alakváltozás létrejöttét nagy mértékben elősegíti, ha a functio megváltozásával egyúttal a csontváz szilárdsága is esőkken valamely kóros folyamat következtében.

E viszonyok ismeretével tisztázódtak a felfogások a skoliosis létrejöttének a magyarázatában is. Megszűnt a kutatás a görbület létrehozó béna izomcsoportok után és a skoliosisos törzs alakváltozásaira világosságot vetett az ép gerincz mozgási mechanikájának az ismerete. Nem szenvedett többé kétséget, hogy a *normális működésű izomzat physiologiás működése is produkálni tudja a*

gerincz egészében azon alakváltozásokat, melyeket a skoliosisos gerincz kezdeti szakában észlelhetünk, a deformitás létrehozója pedig a gerincz csont-, szalag- és izomrendszerének az alkalmazkodása a gerincz megváltozott functiójához. Ez a skoliosis kifejlődésének a lényege. A törzs izomzatának a meggyengülése, működési energiájának a csökkenése, bizonyos hibás testtartást feltételező foglalkozások csak az alkalmat szolgáltatják a gerincz normális functiójának a megváltozására, míg a csontrendszer szilárdságának relativ vagy kóros csökkenése a csigolyák kisebb-nagyobb mérvű deformálódásának az előmozdítója.

A skoliosis létrejöttének első feltétele tehát mindig a hibás testtartás. Minthogy a gerincz egyenesen tartásához a hátizomzat megfelelő működése szükséges, legtöbbször ennek hiányában rejlik a hibás testtartás oka. Lehet az izomműködés hiányosságának az oka az izomzat általános gyengesége, a minek következtében az elégtelen erejű izomzat nem tudja a gerinczet egyenes állásában megtartani, hanem a gerincz physiologiás helyzetéből kitérve, ívalakban oldalra hajlik meg, a mennyire csak az iv domború oldala felőli egyenes hátizmok passív megfeszülése és a csigolyák izületes összeköttetése megengedi. Lehet azonban az izomzat insufficienciája kóros is, mint azt Hagenbach angol kóros betegeken kimutatta. Ez utóbbi esetben, ha a hibás testtartás párosul a csontváz szilárdságának a meggyengülésével, a csont deformálódása rohamosan következik be. Hibás testtartást okozhatnak még bizonyos foglalkozások is, az izomzat teljes épsége mellett. Mindezen esetekben a látható morphologiai elváltozásokon kívül a gerinczet mozgató izomzat functioja szenved változást: elveszti működésének a symmetriáját és asymmetriássá lesz, a gerincz helyzetének megfelelően. Ez az asymmetria abban nyilvánul, hogy a törzs mozgásait csak a gerincz ívének homorú oldalán fekvő izomzat működése tartja fenn, míg a domború oldali izomzat passív megnyújtott állapotában a működésben részben vagy teljesen szünetel. Az izomzat asymmetriás működése kezdetben csak addig tart, a meddig maga a gerincz hibás tartása; ha a rossz testtartást előidéző alkalmi ok megszűnik, az izomműködés symmetriája is visszatér, azaz a görbület domború oldalán fekvő erector trunci összehúzódnásával a gerincz íve kiegyenesedik s ezzel a törzs izomzatának a normális functioja ismét helyreáll. Hogy mikor lesz a skoliosisos testtartás állandóvá, arra nézve — eltekintve a csontváz fokozott plastibilitását előidéző kórfolyamatoktól — döntő, hogy mily soká áll fenn az alkalom a hibás testtartásra, illetve az izomzat abnormális functiójára. Ha ez az alkalom gyakran megújul, s e tartási s izomműködési változás huzamosabb időn át tart, csakhamar megindul a szervezet alkalmazkodása az adott viszonyokhoz. A domború oldali izomzat a működés hiánya következtében elsatnyul, csak alig pár percze tudja activ működésével a gerincz ívét kiegyenesíteni, majd arra később teljesen képtelenné válik, bár e stadiumban a gerincz görbület passive még teljesen korrigálható. A skoliosis e szakában az izomműködés asymmetriája állandóvá lesz. A homorú oldali izomzat működése végzi kizárólag a törzs mozgásait, összehúzódnásával egyúttal fokozva a gerincz görbületét, míg a görbület domború oldala felé a gerincz kibajlása hiányos lesz. Ez asymmetriás izomműködés maga után vonja a gerincz normális mechanizmusának a megzavarását is, asymmetriássá téve magának a gerincznek a mozgását. Minthogy a gerincz állandóan egyoldali bizonyos mozgási pályákat jár be, míg más, a normális működésben megszokott pályák teljesen kiesnek mozgásából, érthetően mozgási berendezéséből is, az abnormális viszonyoknak megfelelően megváltozik. A csigolyaközi porczokban s izületekben, mely képletekben a gerincz mozgásai lefolynak, a functiováltozás következményei nem is maradnak el. A kiterjedtebb használatnak megfelelő concav oldalon a túlhasználat, míg a convex oldalon, mely irányban a gerincz mozgása csökken vagy teljesen szünetel, az inaktivitás következményei észlelhetők. E viszonyoknak megfelelően változnak meg azután később a gerincz szalagjai, sőt izomzata is. A skoliosisos gerinczen észlelhető elváltozások tehát azon nyomási változásnak köszönhetők, mely a törzsizomzat asymmetriás működése következtében áll be, a mihez még hozzájárul a gerincz megváltozott helyzetével beálló statikai nyomási viszonyok változása is. Kissé részletesebben foglalkoztam a skoliosis kifejlődésének a mechanikájával, azon czélból, hogy rámutassak, mely úton lesz a gerincz elgörbülése állandóvá, mert ez mutatja meg a helyes utat, melyet követnünk kell a skoliosis meggyógyítására.

A mondottakból könnyen megérthetjük, micsoda mulasztást követtek el azok, a kik még oly skoliosisosokon is, a kiknek a gerince teljesen hajlékony volt, egyedül csak a passiv redresszáló eljárást alkalmazták, teljesen elhanyagolva a meggyengült, energia nélküli, elégtelen működésű izomzat gyakorlását. Dollinger tanár éles látása már abban az időben, midőn még a passiv redresszáló eljárást szelvében mint egyedül czélravezetőt tanították és alkalmazták, észrevette a módszer hibáját s cikkekben hangoztatva hirdette a törzs izomzata gyakorlásának a fontosságát, feladatul tűzve ki az izomzat fejlesztését oly irányban, hogy activ működésével javítani tudja a gerincz deformitását.

Ez mai álláspontunk is! Minthogy a skoliosis a gerincz normális functioja megváltozásának köszönheti létrejöttét, a gyógyítás legfőbb feladata a normális functio helyreállítása. Mivel pedig a normális functionak tagadhatatlanul legnagyobb akadálya a megváltozott megterhelési és functionális viszonyok következményeiben, magában a gerincz deformitásban rejlik, ennek legyőzése végett, az izomzat functiojának a begyakorlásával párhuzamosan, a gerincz mobilizálására is kell törekednünk. Minden egyes gyakorlatnak czél tudatosan kell a gyógykezelés czélját, a gerincz activ redresszálását szolgálnia. A mennyiben minden gyakorlat így a gerincz kiegyenlítésére törekszik, egyúttal mobilizálja is a gerinczet. Természetesen a mozgásában korlátolt gerincz tisztán aktiv szabadgyakorlatokkal csak az izomzat erejéhez mérten redresszálható, a miért is a gerincz mobilizálására szolgáló segédeszközök, a fixált skoliosisos gyógykezelésben nem nélkülözhetők teljesen. Nem szabad azonban az izomzat gyakorlását és a gerinczet redresszáló eljárásokat széjjelválasztva mint külön gyógyító tényezőket tekinteni. Azok a gyakorlatok a legjobbak, melyekkel úgy az izomzat gyakorlása, mint a gerincz mobilizálása együtt jár. Csak nagyon kivételes esetekben érünk czélz csupán az izomzat erősítésével massage segítségével és csak nagyfokú oly merev gerinczű skoliosisosokon érzük be egyedül a passiv redresszáló eljárások alkalmazásával, a kiken a kiterjedtebb activ gyakorlatok hosszabb időn át végzése contraindikált. E két végtel között úgy a massage-t, az izomerősítés passiv eszközét, mint egyenmely passiv redresszáló eljárást a beteg individuális szükségletének megfelelően alkalmazunk, az izomzat normális functiojának a begyakorlása mellett.

A hátizomzat masszálása különösen gyermekeken és vérszegény satnya izomzatú egyénekben szükséges; a passiv redresszáló eljárások pedig az activ gyakorlatok közben inkább az izomzat pihentetésére nélkülözhetetlenek. Ez eljárásokkal a hátizomzat nyugvására szánt időt is hasznosan tudjuk kitölteni, s úgy választva meg azokat, hogy különösen a homorú oldali megrövidült lágyrészek nyújtását czélozzák, mintegy előkészítjük a gerinczet a további activ gyakorlatok sikeres végzésére.

A passiv redresszáló eszközök közül csak kettőt használok: a fejnél fogva felfüggesztést és a Lorenz-féle redresszáló nyújtót az általam módosított szerkezetében.¹ Mindkét eszközt csakis merev gerinczű skoliosisosokon veszem igénybe, a kiknek gerince passive seni egyenesíthető ki teljesen. A függesztéskor a gerincz függélyes irányú megnyújtásával a gerincz szalagrendszere egyenlően nyújtás alá kerül a gerincz mindkét oldalán, mivel azonban függesztés közben a merevívű gerincz feszülése a homorú oldalon nagyobb, a megrövidült szalagok különösen erősebb nyújtásnak vannak kitéve. A függesztés előnye, hogy akkor is hasznosan vehető igénybe, ha két vagy három ellentétes irányú görbület van a gerinczen. A függesztéssel nyújtáskor a betegnek okvetlenül kell lábujjhegygyel érinteni a talajt, hogy a test súlyának csak egy része szolgáltsa a megterhelést.

A redresszáló nyújtóval azáltal, hogy a gerincz ívének az áthajlítását directe czélozzuk, a homorú oldal lágyrészei erősen megfeszülnek. Különös gondot igényel a beteg elhelyezése a nyújtón, mert a nyomásnak nem szabad fokozni az esetleg jelenlevő ellenkező irányú görbület ívét. E mellett ügyelnünk kell a nyomás irányára is, mert a nyomásnak csakis a mellkas azon diagonális átmérője irányában szabad hatnia, mely hátulról, a gerincz ívének a domború oldala felőli oldalról, előre, a mellkas elülső részének

¹ Kopits dr.: Módosított redresszáló nyújtó ismertetése. Orvosi Hetilap 1906. 107. l.

ellentétes oldalára húzódik. Direct oldalról jövő nyomás a gerincez rotatiojából származó bordapúpot növeli.

Ez eszközök mellett a manuális redresszálást is alkalmazom gyermekeken oly esetekben, a melyekben a gerincez hajlékonysága kis fokban szenvedett. A tornázó padon előre kinyújtott karokkal hasonfekvő gyermek törzsét, bal kezemmel a kulcsont táján a mellkas alá nyúlva, kissé felemelem, a redresszálás irányába hajlítom s jobb kezemmel a gerincezet az iv legnagyobb domborulatán benyomom. A gerincez ágyéki részének a redresszálása jobban sikerül, ha a hasonfekvő gyermek a padot két karjával átöleli, mely helyzetben a jobb kézzel felnyalaboljuk a kinyújtva tartott alsó végtagokat, a redresszálás irányába fordítjuk, miközben bal kezünkkel a gerincez ívét benyomjuk.

Ez említett eljárások a törzsizomzat activ működését egyáltalán nem veszik igénybe.

Az iskolában használatos tornaszerek egy része szintén jó szolgálatot tesz a skoliosis gyógykezelésében. E czélra különösen a gyűrűhinta, a párhuzamos árboezok, a függélyes és rézsutos létrák combinatioja alkalmas. Ez eszközök használatakor a gerincez redresszálására, a törzs izmainak az activ működésére is van szükség. Nem boesátkozhatom e gyakorlatok bővebb leírásába, legyen róluk csak az mondva, hogy ez eszközök segítségével, bizonyos állásokba helyezkedéssel és függeszkedésekkel, a skoliosisos gerincezet úgy sagittális, mint frontális síkjában redresszált helyzetbe hozzuk. Az által, hogy a gyakorlatokat többször egymásután ismételtjük, a gerincez mobilizálását elősegítjük.

Mindezen eljárások főhaszna abban nyilvánul, hogy a kóros állásban többé-kevésbé merev gerincezet hajlékonyabbá teszik, a mi által az activ redresszálo gyakorlatok jobban végezhetők.

A legnagyobb fontosságuk s kiválóan skoliosisgyógyító hatásuk mindazonáltal az activ izomgyakorlatoknak van. Az activ gyakorlatok kétféleképpen végezhetők: mint szabadgyakorlatok, midőn semmiféle eszközt nem veszünk igénybe, s erre szolgáló készülékek segítségével.

A szabadgyakorlatok lehetnek symmetriások, midőn a gerincezet mozgató, symmetriásan elhelyezett hátizmokat egyenlően gyakoroljuk, vagy asymmetriások, midőn a convex oldali izomzat működésével igyekszünk a gerincezbörgület tükörképét beállítani.

A symmetriás izomgyakorlatok közt főszerep jut a hosszú egyenes hátizmok gyakorlásának. E gyakorlatokat gerinceznyújtó gyakorlatoknak is nevezik, mert ez izmok beidegzésére a gerincez megfeszül, kiegyenesedik s így mintegy meghosszabbodik. A hosszú hátizmok álló és fekvő helyzetben gyakoroltatnak. Az utóbbi esetben a tornázó padon hasonfekve erősen hátrahajlik a beteg, miközben vállait hátrahúzza, a lapockáit erősen a törzhöz simítja. Gyakoroljuk ez izmokat ellentállással is, mint a felhajlításakor s a padon előrehajlásból egyenesen hátrahajlaskor. Ezekkel párhuzamosan gyakorlandók a hosszú egyenes hátizmok antagonistái, az egyenes hasizmok is. Bizonyos szabadgyakorlatok, mint a fejkörzés és törzskörzés végzésekor az összes nyak-, illetve törzsmozgató izmok együttesen vagy egymást felváltva gyakoroltatnak. Mind e gyakorlatok végzése nagy felügyeletet s ellenőrzést kíván, mert csak akkor jár haszonnal, ha ügyelünk, hogy az izomzat működése csakugyan symmetriás legyen, azaz a fej és törzs mozgása közben szigorúan a sagittális síkban maradjon vagy egyenlően térjen ki mindegyik oldalra.

Teljesen elvesztik az értéküket e gyakorlatok, ha az ellenőrzés hiányzik, mert ez esetben a törzs mozgása, a gerincez görbületének megfelelően, asymmetriás lesz s így még inkább fokozhatja a deformitást, a helyett, hogy javítaná. Különösen nélkülözhetetlen az ellenőrzés a kezelés első idejében, mert ekkor a skoliosisos maga nem is érzi, mikor áll gerinceze ferde helyzetben, sőt épen akkor érzi ferdének magát, mikor a gerinceze egyenesen áll.

Az asymmetriás szabadgyakorlatok kiválóan mint redresszálo gyakorlatok szerepelnek s a skoliosisos gerincez auto-redressement-ját czélozzák. E gyakorlatoknál a convex oldali izomzat működésével igyekszünk a gerincez ívét az ellenkező oldalra áthajlítani. E közben egyúttal, a redresszálás elősegítésére, a háti gerincezszakasz áthajlításakor a beteg a görbület convex oldalára helyezett ugyanazon oldali kezével nyomja a törzsét a redresszálás irányába, míg az ágyéki szakasz áthajlítását a görbület convex oldala felőli

térd behajlításával, illetve azon medenczefél súlyszítésével mozditja elő. Hosszas begyakorlással kettős ellenkező irányú görbület esetében is sikerül e gyakorlatok combinatiojával a görbület tükörképét beállítani.

Ujabban *Klapp* a szabadgyakorlatok új nemét, a négykézláb-mászást ajánlja, mint a merev gerincez mobilizálásának s áthajlításának hathatós eszközét. *Klapp* a négykézláb állatok gerincezmozgásának a megfigyelésekor leste el e gyakorlatokat. Négykézláb állatok gerincezének járás közben megfigyelésekor ugyanis azt látjuk, hogy a gerincez mozgása a végtagok mozgásaival függ össze, még pedig úgy, hogy az elülső egyik láb előrenyújtásával a gerincez felső részében ivben hajlik meg, mely iv domborulatával az előrenyújtott láb oldala felé tekint, míg a hátulsó egyik végtag előre emelésével a gerincez alsó része végzi az ivbe hajlást, még pedig ellenkező módon, mint fenn, mert itt a gerincez ive homorú oldalával tekint az előrenyújtott hátulsó láb oldala felé. Ugyanezen változás áll be az emberi gerincezen is, ha négykézlábra csereszkeve az állatok mászó mozgásait igyekszik utánozni. Ha egy gyermeket a macskák kúszó lassú mozgásával mászatunk, megfigyelhetjük, hogy pl. a jobb kar előre- és oldaltnyújtásával a gerincez felső háti részében erősen jobbra hajlik s ha most még a bal térdét is előre húzza, a mennyire csak tudja, a gerincez alsó része szintén jobbra hajlik, azaz a gerincez egészében domborulatával jobbra néző egyetlen erős ivben görbül meg. Feltűnő, hogy a gerincez vízszintes helyzetben sokkal szabadabban mozog s nagyobb ivben hajlik ki, mint álló helyzetben, a mi annak köszönhet, hogy e helyzetben a gerincez a test súlyát nem viseli. E mászás közben elfoglalt helyzet tehát a skoliosis redresszálására kiválóan alkalmas, a mire már *Lovet* is rámutatott. A vállöv és a medence mozgásainak e hatását a gerincez mozgásaira észlelhetjük a skoliosisos gerincezen is, mert az elgörbült gerincez mozgása is az ép gerincez mozgási mechanikájának szabályai szerint következik be, feltételezve, hogy a gerincez hajlékonysága teljes, ellenkező esetben korlátozottabban, csak oly mértékben, a mennyire fixált a skoliosis. A gerincez kitérése vízszintes helyzetben is, mozgás-mechanikájának megfelelően, nem csak tisztán oldalirányú mozgás, hanem egyúttal bekövetkezik a gerincez rotatioja is, az iv domború oldala felé. Ennek megfelelően tehát a skoliosisos gerincez torsiojából származó convex-oldali bordapúp, ha nem túlságos nagyfokú, a gerincez ellenkező irányú áthajlása közben elsimul s a homorú oldali mellkas besüppedése kidomborodik. Merevebb gerinceznél az által, hogy e korrigáló irányú mozgás mintegy belekényszeríti a gerincezet az ellenkező irányú helyzetbe, egyúttal erősen mobilizálja is. A mászás haszna tehát a redresszálo izomcsoportok erősítésében s a gerincez mobilizálásában nyilvánul. Hogy miként történjék a mászás, azt minden esetben a lemeztelenített hátú betegen kell megállapítani, begyakorolni s gyakorlás közben folyton ellenőrizni.

A négykézláb-mászásnak nagy előnye, hogy minden berendezés nélkül, a beteg lakásán is gyakorolható, ha a kellő ellenőrzés nem hiányzik. Különösen alkalmas gyermekek skoliosisának a gyógykezelésére. Nagyobb leányok azonban, különösen intézetben, közös órában, nem mászkálnak szívesen. Ez tehát akadály a mászás általánosításának. Van azonban még más hiányossága is, az t. i., hogy ha a gerincez hosszabb szakaszában merev, akkor az áthajlás nem következik be minden esetben a várt helyen, hanem a gerincez szabadabb mozgású szakaszában folyik le.

A mászás e hibáin segített *Schulthess* kitűnő szerkezetű, „inclinatiós készüléknek“ nevezett eszközével, melynek segítségével a beteg a vállöv és a törzs izomzatának működésével ugyanoly effectust produkál a gerincezen, mint a szabadon mászással. A készülék a mozgásokat helyes irányba vezeti s a mozgást létesítő három tengely egymásközt eltolásával lehetővé teszi a gerincez áthajlási helyének a pontos lokalizálását. A készülék szerkezete olyan, hogy a mozgás irányával szemben ellentállás is bekapcsolható s egyúttal megakadályozható a gerincez áthajlása a görbület homorú oldala felé. Az ily módon végzett mozgások természetesen sokkal szabatosabbak s a gerincez mobilizálását is tökéletesebben segítik elő, mint a szabadon mászás.

A szabadgyakorlatok tagadhatatlanul kiválóan csak oly skoliosisok számára alkalmasak, melyekben a gerincez merevsége csak oly kisfokú, hogy ellentállását a beteg saját izomerejével le tudja győzni. Nagyobbfokú gerincezmerevség, sőt néha még

hajlékony gerincez esetén is azonban az activ redresszálást nem bízhatjuk tisztán a szabadgyakorlatokra, mert a beteg nem tudja törzsét a kellő irányba elmozdítani. Ilyen esetekben kiváló szolgálatot tesznek *Schulthess* készülékei, melyek genialis szerkezetükkel minden mozdulatkor a törzset a redresszálás irányába terelik. E készülékek használatának a lényege abban áll, hogy a patiens törzsét a készülékben redresszált helyzetben fixáljuk, mely helyzetben azután a törzs a redresszálás irányában mozgást végez, miközben, a kívánt mozgással szemben, egyúttal a készülék tetszésünk szerinti ellenállást is nyújt. Így a skoliosisos törzs saját izomzatának a munkájával mintegy átalakítja a deformitást és a törzsét az ellenkező irányú skoliosisos állásba hozza, a mi által a merev gerinczet egyúttal hatalmasan mobilizálja. A készülékek kizárólag activ mozgásra szolgálnak, erős vasszerkezetekből állanak, pontosan alkalmazhatók minden skoliosisos törzs alakjához, állásuk minden helyzetben pontosan leolvasható az alkatrészeibe vésett számokon s így, a följegyzett számok segítségével, minden újabb beállítás alkalmával, ugyanazon állásba hozhatók. Az első beállításakor a beteget lemeztelenítve állítjuk a gépbe, hogy pontosan megállapíthassuk, a gerincez mely szakaszát érje a redresszálás, mely fokú legyen az áthajlás, mekkora ellenállást alkalmazunk s megfigyeljük, hogyan viselkednek esetleg meglevő, ellentétes irányú görbületek a főgörbület redresszálása közben. Mindazon készülékekben, a melyekben a patiens álló helyzetben foglal helyet, a gerincez fejnél fogva felfüggesztéssel, nyújtott helyzetben, egyúttal a testsúly hordozásától is fel van mentve.

Az egyes készülékek a skoliosisos törzs más-más irányú alakváltozásának a leküzdésére vannak szerkesztve s így használatukban nagy mértékben módot nyújtanak az individualizálásra. E készülékek szerkezetének és használatimódjának a részletezése e cikk keretén belül lehetetlen.

Intézetemben jelenleg három *Schulthess*-féle készüléket alkalmazok. A *törzsforgató készülék*, mely a gerincez áthajlítása mellett különösen a gerincez rotációjából származó bordapúp leküzdésére szolgál, a *törzshajlító készülék*, mely a gerincez sagittális görbületeinek a corrigálására van hivatva és a már említett *inclinációs készülék*, melyben a patiens vízszintes helyzetben a frontális síkban végez mozgásokat.

E készülékek a legtökéletesebben megfelelnek a functionális orthopaedia követelményeinek; szerkezetük *Schulthess* kiváló mechanikai képzettségét dicséri, használatukban jól működnek, nem fárasztják fölöslegesen a beteget, mert a segítségükkel végzett minden mozdulat a beteg hasznára válik.

Néhány szót kell még szólnom a skoliosis gyógyításának szerintem nélkülözhetetlen segédeszközéről, a testgyenesítő fűzőről. A fűző alkalmazásában még ma sem egyöntetű az eljárás, egyesek csak súlyosabb esetekben alkalmazzák, mások teljesen perhorreszkálják használatát, viszont akadnak olyanok is, a kik csupán csak a fűző alkalmazásával is beérik. Az elmondottak után fölösleges is mondanom, hogy ez utóbbiak többet ártanak betegüknek, mint használnak, mert a fűzőben a törzs mozgást alig végez, a minek következtében az izomzat, tértlenségre kárhoztatva, elgyengül. Nem lesz azonban teljes az eredmény csak gymnastikai kezeléssel sem, ha egyidejűleg nem gondoskodunk alkalmas készülékről, mely a gerincezet, a mennyire csak hajlékonysága megengedi, kinyújtott helyzetben megtartja. Többet a fűzőtől nem is várhatunk, mert a gerincez olyfokú torsioját, mely egyszerű kinyújtásra nem szűnik meg, semmiféle fűző sem tudja korrigálni. Elkerülhetetlennek tartom a fűzőt különösen kezdődő skoliosis eseteiben, midőn a csontokban nagyobb elváltozások még nincsenek s csupán csak skoliosisos testtartás észlelhető. Ily esetekben a fűzőnek prophylaxisos szerepe van, mert meg tudjuk vele a hibás testtartást akadályozni arra az időre, míg a functionális gyógykezeléssel a törzs izomzatát anyira begyakoroljuk, hogy támasztókészülék nélkül is egyenesen tartsa magát a beteg. Inkább tartom jogosultnak a várakozást a fűző alkalmazásával oly skoliotikusoknál, a kiknek a gerincez fixálva van. Ilyenkor várhatunk, míg a gerincez valamennyire hajlékonyabb lesz s akkor fűzővel igyekszünk rögzíteni a gyógykezelés eredményét.

A fűzőt a függesztéssel korrigált törzsről vett gipszlenomat után készítettem, a Dollinger tanár által szerkesztett alakban,

nagyobbfokú bordapúp jelenlétében pedig az általam végzett módosítással.¹

Az éjjeli használatra szánt fekvő készülékeknek nagyobb fontosságot nem tulajdonítok, mert hiszen alvás közben a skoliosis továbbfejlődésének mindkét fontos tényezője: a testsúly nyomása és a törzsisomzat hibás működése hiányzik. A detorsiós, azaz túlkorrigált alakra készült fekvőkészülékeknek lehet bizonyos esetekben javító hatása, mert ilyenkor a megrövidült homorú oldali szalagok és izmok, még alvás közben is, nyújtásnak vannak kitéve.

A skoliosis gyógykezelése ezen eljárásokkal is nagyon hosszú ideig, néha évekig tart, mert csak lassú, a deformált csontváz átalakulásával s a lágyrészeknek ismét az új viszonyokhoz alkalmazkodásával várható a deformitás meggyógyulása, illetve javulása. A teljes gyógyulás csak azon esetekben remélhető, melyek a baj kezdeti szakában vannak, midőn a csontvázbeli elváltozások még csekélyek, a lágyrészek nincsenek nagy fokban zsugorodva. Ott a hol a skoliosis már fixálva van, a gerincez nagyobb szakaszai merevek, magukban a csigolyák alakjában is nagyobbfokú kóros elváltozások vannak, meg kell elégednünk a deformatio javulásával.

Mielőtt befejezném cikkemet, el nem mulaszthatom, hogy hálás köszönetet ne mondjak nagyrabecsült mesteremnek, Dollinger tanár úr Ö méltóságának, a ki a skoliosis gyógykezelésébe bevezetett s szíves támogatásával és hasznos utasításaival lehetővé tette, hogy magamat a skoliosis gyógyításában kiképezsem.

Közlemény a budapesti Stefánia-szegénygyermekórházból.

A farkastorkok műtétéről.

Közlő: *Winternitz Arnold* dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

Farkastorok, szájpadasadék, palatoschisis, uranosphisma, uranocoloboma, faux lupina stb. jelzések alatt a szájpaddlás *veleszületett* defectusai értendők, melyeket — ha a therapia tekintetében nem is — aetiologiai szempontból szorosan el kell választanunk az extrauterin élet folyamán syphiliticus, tuberculosus, vagy traumás alapon keletkezett defectusoktól. Az utóbbiakat egyszerűen „*defectus palati*” (syphiliticus, tuberculosus, traumaticus) névvel jelöljük.

A szájpaddlás a maga teljes egészében (kemény- és lágy-szájpadd) rendkívül fontos szerv, melynek első sorban az a rendeltetése, hogy az orrüreget elválaszssa a szájtól és így a légzési actust függetleníse a rágás mechanizmusától. Ezen vegetatív functio mellett az emberben, az articulált beszéd későbbi kifejlődésével párhuzamosan, a szájpaddlás physiologiai jelentősége növekedett, mert az emberi beszédet felépítő hangok, de különösen a zörejek létesülésekor kiválóan fontos szerepet játszik. Az emberi beszéd ugyanis, a gégében keletkező hangok (*á, e, i, o, u*) és a szájúregben létesülő zörejek combinatioján épül föl. A gégében keletkező hangok változnak magasságuk szerint, ezenkívül azonban színezetet nyernek a száj- és garatüreg formatioihoz mérten. A *magánhangzók* képezésére tehát a garat- és szájúregnek csak annyiban van befolyása, hogy itt a hangok a resonantia törvénye szerint színeződnek. Másként áll a dolog a *mássalhangzókkal*, melyek nem egyebek mint a szájban illetve garatban keletkezett zörejek. Ezeknek képezésekor a szájpaddlásnak, nyelvnek, ajkaknak és fogaknak jut a fontosabb szerep, mint a melyek a gégében keletkezett bizonyos magasságú hangokhoz meghatározott zörejeket társítanak, helyesebben mondva a tüdők felől exprimált légáram elé akadályokat gördítve, létesítik az egyes mássalhangzóknak megfelelő zörejeket. A *mássalhangzók* keletkezése és helyes képezése tehát sokkal inkább függ a száj és garat képleteinek épségétől, mint a *magánhangzóké*. Innen van az, hogy a száj-garatüreg (nyelv, fogak, ajkak, szájpadd stb.) defectusa vagy újképlete esetén a *magánhangzók* képzése alig zavart, míg a *mássalhangzók* bizonyos csoportjainak kiejtése körül azonnal zavarok mutatkoznak. Az *m* és *n* mássalhangzók kivételével valamennyi többi mássalhangzó szorosan véve a szájúrben keletkező zörejek. Az *m* és *n*-nél az exprimált levegő az ajkak, illetve a nyelv által eszközölt zárás folytán az *orrgaratüreg* felé távozik, ezek képződésekor tehát

¹ *Kopits dr.*: Deformitást leplező támasztó fűző nagy bordapúpú skoliotikusok számára. Orvosi Hetilap 1905. 41. sz.

az orrüreg a szájjal közlekedésben marad, a légyszájpad nem zár, vagyis ezek képződéséhez a légyszájpad funkciója szükség nincsen. Innen van az, hogy az *m* és *n* betűt oly egyének is jól kiejtik, kiknek szájpaddeductusuk vagy farkastorkuk van.

Nem így áll a dolog a mi nyelvünkben használatos többi mássalhangzót illetően. Ezek mindenike a szájüregben keletkező zörejek lévén, képződésük alatt a légyszájpad emelkedése folytán az orrgaratür a szájüregtől el kell hogy záródjék. Képződésükhöz tehát jól működő, vagyis az orrgaratot a szájürtől hermetikusan elzární tudó szájpaddlásra van szükség. Ha a szájpaddláson defectus van, a mássalhangzók képezésének kísérlete alkalmával a nyomás alatt álló levegő a defectuson át az orrüreg felé távozik és a szájüreg megfelelő helyén a kívánt zörejek nem, vagy csak hiányosan jöhetnek létre. Pl. a *szakítási* vagy *zárási* zörejek közül a *p* és *b* a zárt ajkak gyors nyitása révén keletkezik, a *d*, *k*, *g* és *q*-nél pedig a nyelv eszközli a szájüregben nyomás alá helyezett levegő előtt a zárást, illetve a nyitást. Ha most már a szájpaddláson defectus van, a levegő azon át fog az orrgarat felé távozni és a kívánt zörejek nem, vagy csak gyöngye és megváltozott formában és erősséggel keletkezhetnek. Ugyanígy áll a dolog a *dörzsölési* zörejekkel (*sz*, *f*, *s*, *z*, *zs*, *cs*, *c*) is. Még aránylag legkevésbé zavart a *remegési* zörejek, vagyis az *r* képzése, mely a mi nyelvünkben a nyelv csúcsának rezgése folytán jön létre.

Ezen rövid physiologiai áttekintésből eléggé kiviláglik, mennyire zavart és nehezített a mássalhangzók és így az érthető beszéd képezése farkastorok fenforgásakor. Épen ez az oka annak, hogy a bántalom fontosságának súlypontja főleg a belőle származó beszédzavarokra esik. Tagadhatatlan, hogy a szájpaddlás defectusa folytán, különösen az első időben, az ilyen gyermekek nyelése is zavart, a mennyiben a lenyelendő folyadék egy része az orrüreg felé regurgitál; csakhamar azonban ösztönszerűleg megtanulnak az ilyen csecsemők a defectus ellenére is jól és helyesen nyelni. Nagyobb bajt okoz az, hogy a *szopás* művelete lehetetlen ilyenkor. A szopás ugyanis tulajdonképpen *szívás*, melyet a csecsemő úgy végez, hogy ajkaival, a proc. alveolares-szel és a nyelv csúcsával körülfogva a bimbót, a nyelv súlyestése révén a nyelvhat és szájpaddlás között légüres tért hoz létre. Ha már most a szájpaddláson defectus van, a szopómozgások alkalmával a bimbó előtt légüres tér nem képződhetik, mert a defectuson át a negatív nyomás azonnal kiegyenlítődik és a csecsemő levegőt nyel. Nem marad más hátra, mint az ilyen gyermekeket kezdetől fogva kanállal táplálni; néhány napi kísérletezés után a nyelést rendszerint jól megtanulják és szépen felnevelhetők, még azok is, kiknek kétoldali széles farkastorkuk egy- vagy kétoldali nyulajakkal van kombinálva. A további zavarok, melyek a farkastorokhoz az első időkben esatlakoznak, nem különösebb fontosságúak. Ezek közül megemlítendő a száj kiszáradása (különösen a nyulajkkal kombinált esetekben) és az ennek kapcsán keletkező stomatitis, pharyngitis, bronchitis. Gyakran látunk ez alapon keletkezett tonsilláris és adenoid hypertrophiákat, melyek azonban hátrányosnak nem tekinthetők, mert — insufficiens uvula esetén — a garatür zárását elősegíthetik. Kiemelendő még, hogy a későbbi években az ily gyermekek fogai cariosus folyamatokra hajlamosak, ezért operatív beavatkozások előtt fogazatuk cariesre szorgosan átvizsgálandó.

Mindezen következményes zavarok azonban elenyésznek azon társadalmi hátránnyal szemben, mely az ilyen szerencsétlenekre zagyva és érthetetlen beszédjük miatt nehezedik. A beszédzavar súlyossága, a beszéd érthetlenségének foka a szájpaddhasadék kiterjedése és szélessége szerint természetszerűleg változik. Csak az uvula, illetve csak a légyszájpadra lokalizálódó bántalom esetén (staphylosehisis, uranocoloboma posterius) nem annyira érthetetlen a beszéd, mint a mikor teljes hasadék (palatoschisis totalis) van jelen, mely azután ismét igen gyakran nyulajakkal szokott kombinálva lenni. Az ilyen totális szájpaddhasadék melletti beszéd teljesen érthetetlen, zűravaros zagyvalék szokott lenni, melyből az olyan ember, a ki a gyermeket hosszasan nem ismeri, egyetlen szót sem ért meg. A szülők és hozzátartozók, kik az ilyen gyermeket szokottabb figyelemmel környezik és beszédét, kifejezőmódjait quasi „megtanulják“, rendszerint elég jól érintkeznek vele, sőt csodálkoznak, ha mások érthetetlennek tartják a beszédjét. Az ilyen gyermekek sajátágosképen rendszerint igen intelligensek és beszédzavaruk kapcsán lépten-nyomon beálló félreér-

tések által ösztökélve, bámulatos energiával és kitartással igyekeznek a szavak érthető kiejtését elsajátítani, vagy mimikai mozgások segítségével megértésüket könnyíteni. Minthogy a beszédzavar főoka, mint láttuk, az, hogy a levegő a defectuson át az orrüreg felé távozik, ezt ösztönszerűleg úgy igyekeznek ellensúlyozni, hogy a felső ajak és az orrnyílások összehúzása segélyével orrlikaikat megsűkítik. A garatfalak és isthmus faucium összehúzódási képessége is feltűnően nagy az ily egyéneknél, kétségtelenül azon igyekezet eredménye gyanánt, hogy garatjuk összehúzódása révén törekszenek a száj- és orrüreg közötti közlekedést lehetőségig kisebbiteni. Több ízben igen kifejezett *Passavant*-féle haránt redőt láttam ilyen egyének garatjában, mely az orr-szájgarat közötti rés szűkítéséhez tetemes mértékben járult hozzá. Azonban mindezen ösztönszerű műveletek dacára a farkastorkos egyének beszéde zavart és kellemetlen nasalis csengésű marad. Ezen körülmény indította már a múlt század első felének kiváló sebészeit arra, hogy a defectus széleinek felfrissítése és egyszerű egyesítése révén a hiányt zární igyekezzenek. 1816-ban *Graefe*, 1824-ben pedig *Krimer* végezte először az uvula és légyszájpadra szorító hasadék egy-egy esetében sikerrel a műtétet. *Dieffenbach* (1834) azután az egyesítés megkönnyítése céljából a légyszájpad nyálkahártyájának mobilizálását ajánlotta, *Fergusson* (1843) és *Pollock* (1856) pedig a légyszájpad izomlemezének átmetszését hozta javaslatba. Az eredmények azonban a *Fergusson* és *Pollock* által ajánlott segédműtszések dacára sem voltak igen biztatók, jóllehet ezen szerzők csak a bántalom könnyebb alakjaiban — légyszájpadi defectusok — boesátkoztak az operatióba.

Határozott haladás a műteti technika terén csak *Langenbeck* (1861) felléptével kezdődött, ki az egyszerű nyálkahártya-mobilisatio helyett, az egész involuerumnak, vagyis a nyálkahártya és az alatta fekvő periostnak teljes vastagságában kiterjedt oldalmetszések révén történő felkészítést, tehát jól táplált *mucoperiostalis* lebenyek képezését, mobilisatióját és egyesítését hozta javaslatba. *Langenbeck* javaslata az uranoplastikák terén nagy haladásnak tekintendő, mert ezen eljárással az egyszerű és keskenyebb légyszájpadhasadékon kívül a súlyosabb, teljes szájpaddhasadékok sikeres zárása is lehetővé vált. Ezen műteti módot *Langenbeck* kortársai nagy lelkesedéssel karolták fel és a műtét csakhamar közkincesé lön. Egy évtized elteltével azonban, a 70-es évek körül, midőn a *Langenbeck*-műtét késői, úgynevezett *functionális eredményei* kezdtek ismeretese lenni, a műtét iránti enthusiasmus tetemesen megcsappant. Ennek oka az volt, hogy az operált egyének beszéde, kiejtése nem javult meg oly fokban és mértékben, mint a hogy azt a műtét rajongói várták. Ezen azontán ma nem csodálkozhatunk, a mennyiben úgy maga *Langenbeck*, mint követői fiatalabb korú betegek műtévéseire nem vállalkoztak, az operált egyének túlnyomó többségét a pubertáshoz közel álló, vagy felnőtt egyének tették, mert *Langenbeck* elve az volt, hogy a 12. életéven alól a műtét lehetőleg ne végeztessék. Ezen álláspontot ma határozottan hibásnak kell tekintenünk és úgy a *Langenbeck*, mint követői által elért nem kielégítő *functionális eredmények* oka éppen a műtétnek a későbbi évekre történő ezen halasztásában keresendő. Magyarázata ennek az, hogy a hasadékkal született gyermekek szájpaddlás-képletei, a hiányos *functio* folytán, növekedésükben nem tartanak lépést az arczkoponya és a száj-garatüreg későbbi növényi dimensioival, hanem az évek folyamán a rudimentær szájpaddlásfelek a száj és garatür méreteihez képest tetemesen visszamaradnak. A hasadt szájpaddlemezek ezen növésebeli visszamaradása nemcsak a harántátmérőben észlelhető, de — a mi még fontosabb — idővel a sagittális méretnben is kifejezett lesz, más szóval az évek folyamán az aránytalan növekedés következtében nemcsak a defectus lesz szélesebb, hanem a légyszájpad sagittális méretnben is meg-rövidül. A légyszájpad ezen relatív megrövidülése a növekedés folyamán adja a magyarázatát a *Langenbeck* és követői által elért rossz *functionális eredményeknek*. A légyszájpad ugyanis idővel annyira visszamarad, hogy a hátulsó garatfalig már el sem ér, vagyis *functionális tekintetben „insufficiens“* lesz. Bármilyen szépen sikerüljön most már a műtét, bármilyen szép „*bonczolástani reconstitutiót*“ nyerjen az egész szájpadd, az *functionális tekintetben* mégis „*insufficiens*“ lesz, mert az uvula nem érvén el a hátulsó garatfalig, nem tud zární az orrüreg felé. Ez a magyarázata annak, hogy a későbbi élet évekre halasztott műtétek után a

műtét „bonczolástani sikere daczára“ sem javul meg az esetek túlnyomó többségében a beszéd!

Billroth¹ (1862) volt az első, a ki a functionális eredmények javítása czéljából a műtét korán való végezését ajánlotta. Billroth úgy okoskodott, hogy a szájpád korán történt egyesítése után a functionális igénybevétel következtében a légyszájpád izomzata fejlődni, erősödni fog és ezzel arányban a beszéd is jobb lesz, mint a későbbi életévekben végzett műtétek után. Meg is kísérelte 7 esetben (csecsemők és 2 éven alóli gyermekek) a műtétet, de rossz eredménnyel, mert 4 gyermekben a varrat teljesen szétvált, egy gyermek meghalt, egyben részleges volt a siker és csak egy esetben sikerült teljesen reconstituálni a szájpádot, de azt is csak kétszeri beavatkozás révén. Ezen eredmények Billrothot elkedvetlenítették és ekkor mondotta azt a nevezetes mondást: „... somit sind wir durch diese Beobachtung um eine Erfahrung reicher und um eine Illusion ärmer“. Ezen kijelentésével Billroth a farkastorkok korai műtétét abbahagyta. Kivüle a korai műtéttel a német sebészek közül Rose, Simon, Otto Weber, Ebel és Passavant kíséreltezték, a francziák közül pedig Rouze és Trélat, de a sikerek bizonytalan és ki nem elégitő volta, továbbá a műtét veszélye miatt attól előbb-utóbb elállottak, sőt Trélat annak jogosultsága ellen később állandóan és erőiesen állást is foglalt. Ily módon a korai műtét is veszteni kezdett értékéből, sőt bizonyára teljesen feledésbe megy, ha két sebész, Ehrmann és Julius Wolff ernyedetlen szorgalommal ki nem tartanak mellette, és az idők folyamán be nem igazolják, hogy a korai műtét korántsem oly veszélyes, és hogy ez biztosítja functionális tekintetben a későbbi beszédet illetőleg a legjobb eredményt. Különösen Julius Wolff-ot illeti a kérdésben az érdem. 1901-ben bekövetkezett haláláig 300 farkastorokműtétnél többet végzett. Eredményei úgy a mortalitás, mint a functio tekintetében oly jók voltak, hogy a műtét jogosultsága felől a sebészek túlnyomó többségét csakhamar sikerült meggyőznie.

Midőn 1901-ben működésemet a Stefánia-kórházban megkezdtem, a farkastorkokat J. Wolff elvei és módszere szerint kezdem operálni. Wolff módszerének lényege az, hogy nem egy ülésben végezi a műtétet, hanem először felpraeparálja Langenbeck szerint a lebenyeket és csak 5—8 nap múlva, tehát egy későbbi alkalommal végzi az egyesítést. Ennek előnye Wolff szerint a műtét tartamának megosztásán kívül az volna, hogy a collaterális keringés kifejlődése folytán a lebenyek táplálata jobb, mint közvetlenül a felkészítés utáni időben, másrészt a lebenyek ekkor duzzadtak, vastagabbak, és így az összevarrásra és egyesülésre is alkalmasabbak. Wolff eme praemissái tagadhatatlanul plausibilisnek tetszenek és támaszkodva az ő nagy tapasztalatára és szép eredményeire, én is két szakaszban végeztem első műtéteimet. Eredményeim azonban elkeserítően rosszak voltak, a mennyiben Wolff szerint műtett 8 esetben 50%-ában a varrat teljesen szétvált és csak 12.5%-ban értem el teljes, sipoly nélküli kifogástalan egyesülést.

J. Wolff szerint két szakaszban műtött esetek:

Sorszám	Kor	A bántalom foka	Teljesen szétvált	Nagy defectus	Kis defectus	Teljes egyesülés
1.	2 hó	teljes szájpád-hasadék	1	—	—	—
2.	1½ év	fissura palati mollis	—	—	—	1
3.	1½ év	teljes hasadék	1	—	—	—
4.	2 év	fissura palati mollis	1	—	—	—
5.	4 év	fissura palati mollis	1	—	—	—
6.	7 év	fissura palati mollis	—	lencsényi	—	—
7.	7 év	teljes hasadék	—	lencsényi	—	—
8.	7 év	teljes hasadék	—	—	kis sipoly	—
			50%	37.5%		12.5%

¹ Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. II. 1862.

Ezen rossz tapasztalatok a Wolff-féle eljárás helyessége és jogosult volta felől gondolkodóba ejtettek.

Wolff praemissái közül az, hogy a kétszakaszos műtétkor az előzőleg felpraeparált lebenyek táplálata a collaterális erek kifejlődése folytán később jobb, elvitázhatatlan kórtani tény. Kérdés csak az: szükségünk van-e a műtét sikere szempontjából ezen, Wolff által annyira hangsúlyozott „collaterális kifejlődés“-re? Számtalan tapasztalat igazolja (az operateurök legnagyobb része ugyanis egy szakaszban operál), hogy az egy szakaszban jól felpraeparált és jól egyesített lebenyek — ha zavaró momentumok nem jönnek közbe — kifogástalanul összegyógyulnak, azok táplálata tehát már közvetlenül a felkészítés után is teljesen kielégítő. Sőt az alábbiakban alkalmam lesz beigazolni, hogy a lebenyekhez futó, az operatív technika által eddigelé kimérendőnek tartott palatinális erek rendszeres elszakítása sem zavarja a lebenyek ideális összegyógyulását és a műtét teljes sikerét! A lebenyek elülső és hátulsó szélök felől mindig kielégítő mértékben tápláltnak, a műtét kétszakaszos elosztására tehát a lebenyek táplálata szempontjából szükség nincs. A kétszakaszos beavatkozásnak azonban e mellett határozott hátrányai vannak, melyek a lebenyek zavartalan egyesülését directe veszélyeztetik és épen ez az, a miért én a Wolff-féle kétszakaszos operálást teljesen elhagytam.

A farkastorok-műtétekben főbenjáró postulatumnak tartom, hogy a defectus zárása az első műtét alkalmával teljesen sikerüljön! Oka ennek az, hogy a functionális eredmény szempontjából egyáltalán nem mindegy, vajjon az egyesülés egy vagy pedig több műtéti beavatkozás révén, úgynevezett „correctio műtétek“ segítségével jött-e létre! Azon esetekben ugyanis, melyekben az egész defectust egy beavatkozásra „per primam“, sipolyok nélkül egyesülésre birunk sikerült, a légyszájpád megtartja sagittális méreteit, nem zsugorodik, nem rövidül és ha a műtét előtt nem volt insufficiens (lásd az előbb a növényi viszonyokról mondottakat), a műtét után is sufficiens marad, a mi a functionális eredmény szempontjából cardinális fontosságú körülmény!

Nem így áll a dolog, ha az első beavatkozáskor a varrat teljesen, vagy egyes részleteiben szétvált. Ilyenkor a helyökre visszahúzódni igyekvő lebenyek a felkészítés és felfrissítések helyein meginduló sarjadzás folytán zsugorodnak. Ezen kötőszöveti zsugorodás természetesen a szájpádlebenyek azon részein fog leginkább érvényesülni, melyek legkevésbé fixáltak, leginkább elmozdíthatók, vagyis az uvula és légyszájpád részleteken. Ez az oka annak, hogy részleges vagy teljes varratlazulás után néhány héttel vagy hónappal újból vizsgálva az ily betegeket azt találjuk, hogy a légyszájpád-lemezek és az uvula sagittális méretekben feltűnően megváltoztak és a heges zsugorodás folytán a szájpád felé kunkorodottak néha oly fokban, hogy a heges uvula egész a keményszájpád hátulsó szélé tájáig húzódtott előre. A légyszájpádképletek eme zsugorodása következtében a hátulsó garatfal és uvula közötti távolság oly nagy lesz, hogy ha most sikerrel ismétljük is meg a műtétet, már nem tudunk elegendő hosszú, a hátulsó garatfalig érő, vagyis „sufficiens“ légyszájpádot construálni a betegnek.

Ezekből kivüláglik, hogy a functio szempontjából nem közömbös, vajjon egyszeri beavatkozásra, avagy correctio műtétek révén construáltuk-e meg a szájpádot, mert többszörös beavatkozások után a beállott heges zsugorodások folytán „insufficiens“ légyszájpádot nyerünk még olyan egyénekben is, kiknek szájpádja és uvulája az első műtét előtt „sufficiens“ volt, vagyis a hátulsó garatfalig ért!

Ezek azon momentumok, a melyek miatt én az első beavatkozás teljes sikerére, a szájpádlebenyek „per primam“ „sipoly nélkül“ történő egyesülésére oly nagy súlyt helyezek, és a mi miatt a Wolff-féle kétszakaszos eljárást elhagytam. Meggyőződésemmé vált, hogy a Wolff-féle eljárás oly viszonyokat teremt a szájpádban, melyek a lebenyek „per primam“ zavartalan egyesülésére nem alkalmasak, sőt direct hátrányosak. A mindennapi sebész tapasztalások igazolják, hogy a normális, nem duzzadt, nem lobos szövetek legalkalmasabbak a zavartalan „per primam“ egyesülésre. Tudjuk továbbá, hogy egy jó karban lévő, tiszta szájpád sebei, daczára az ott állandóan jelenlévő bacteriumoknak, rendszerint per primam egyesülnek, hacsak a közelben lobos virulens infectio gócz nincs. Ilyennek jelenléte részint a varratoknak és szűrtesatornáknak infectioja, részint a collaterális oedema folytán biztosan varratlazulásra, szétválásra vezet. Már pedig a Wolff-féle két-

szakaszos eljárásnál a lebenyek felkészítése után — épen az egyesítés idejére — a *szájüreg nincs kifogástalan állapotban*; a szájür viszonyai a lebenyek zavartalan egyesülésére mondhatnám direct alkalmatlanok. A lebenyek felkészítésével ugyanis a szájban két jókora sebtasakot létesítünk, a nyelv fájdalmas, nehezített lesz, a minnek folytán az ilyen operáltak a nyelést ad minimum redukálják. Ezzel pedig a szájür normális, legfontosabb tisztító factora elesik; ételrészecskék, nyál, továbbá a sebtasakokból kiszivárgó váladék visszamaradnak, erjednek a szájban, a nyelv bevont, lepedékes lesz, a száj bakteriáriumai a pangó ételben és sebváladékban tetemesen felszaporodnak. Ehhez járul még, hogy a helyökre visszafekvő lebenyek alatti résekben és tasakokban retentio folytán néha *genyedés* támad, miáltal épen az egyesítés idejére oly viszonyok vannak a szájban, melyek a „per primam” gyógyulás szempontjából directe hátrányosak, a mennyiben duzzadt, lobos oedemás lebenyeket infectious gócz szomszédságában kell egyesíteni. Hogy ilyen viszonyok között az ideális összegyógyulás sokszor elmarad, az az elmondottak alapján érthető. Wolff szerint operált betegek közül többen lázasak is voltak, a mit mostani eljárásom mellett csak kivételesen látok. Ezen észleletek és az elért rossz eredmények késztettek, hogy Wolff kétszakaszos módszerét teljesen elhagyjam. Említettem fentebb, hogy a szájürnek a műtét előtt kifogástalan állapotban kell lennie, a száj- és garatürben semmiféle hurtnak vagy infectious gócznak lennie nem szabad. A cariosus fogakat legalább 2—3 héttel előzőleg extrahálva legyenek. A száj-, garat-, orrüregnek és a felső légutaknak teljesen kifogástalan, hurut nélküli állapotban kell lenniök. A fül-folyásra is igen ügyelek és addig, míg az rendben nincs, semmi körülmények között sem bocsátkozom a műtétbe. Chronikus otitis media esetében előbb megcsinálom a radikális fülműtétet és csak a teljes gyógyulás után operálom a farkastorkot. Mivel gyermekek az őszi, téli és tavaszi nedves hónapokban a felső légutak hurutjaira hajlamosak, ezen okból csak a tavaszi és nyári verőfényes hónapokban csinálom farkastorkműtétet, mert egy közbejövő bronchitis, tonsillitis, rhinitis, pharyngitis megghiúsíthatja az egész műtét eredményt. Csakis ezen praeventiv intézkedések előrebocsátása után fogok műtétbe, rájuk nagy súlyt helyezek, mert legalább is oly fontosnak tartom őket, mint magát a műtétet. Meggyőződésem, hogy az exact varrat mellett a *száj asepsisétől* függ az eredmény! A ki rendetlen száj, cariosus fogak, fül-folyás, bronchitis stb. mellett operál, annak az eredményei is rosszak lesznek.

A műtét technikát illetőleg két pont cardinális fontosságú:

1. a lebenyek helyes felkészítése, kielégítő mobilizálása, hogy a legesekélyebb feszülés nélkül egyesíthetők legyenek;

2. az exact varrat.

ad 1. A műtétet mindig mély chloroform- vagy Billroth-keverék-narcosisban végezem, a műtőasztal szélén túl lelógó fejtartás mellett. A garatreflexek lehető teljes elnyomása céljából a garatképleteket 5%-os cocainantipyrin-oldattal szoktam a műtét előtt közvetlenül beecsetelni. A beteg száját egy Fränkel-Wolff-vagy Doyen-Eiselsberg-féle szájterpesztő tartja nyitva, mely a nyelvet jól hátrattartja és kényelmesen hozzáférhetővé teszi a szájpadlást. Az altatás a műtét menete alatt az egyik szájzug felől egy Richardson-fújtatóval felszerelt Mikulicz-féle altatócsővel történik. Ez kényelmes eszköz, mert kevés helyet foglal, a műtét nem zavarja, állandóan lehet chloroformot nyújtani a betegnek és nem kell a műtétet e miatt megszakítani.

A lebenyek felkészítésére szolgáló oldalmetszéseket a jól tapintható hamulustól kifelé, közte és a proc. alveolaris hátulsó széle közötti térben, hátul az intermaxillaris redőben kell kezdeni. A kielégítő mobilizálás szempontjából fontos, hogy a metszés messze hátul a hamulustól kifelé az intermaxillaris redőben kezdődjék. A hasadék hossza szerint húzódik a metszés előre; teljes hasadék esetében a II. incisivusig. Úgy a bemetszésnek, mint a lebenyek felkészítésének tartama alatt az ellenoldali kéz mutatóujjával a Wolff által ajánlott „digitalcompressiót” alkalmazom, melylyel a vérvesztést tetemesen csökkenteni és a műtét tér tisztaságát biztosítani lehet. Megfelelő görbületű elevatorokkal, a digitalcompressio állandó alkalmazása mellett, az involucreumot könnyen, gyorsan és aránylag kevés vérvesztés mellett lehet a kemény szájpadról felpreparálni. Ha a farkastorok csak egyoldali, azon oldalon, hol a szájpadlemez a vomerrel egyesülve van, a felkészítendő lebenyhez

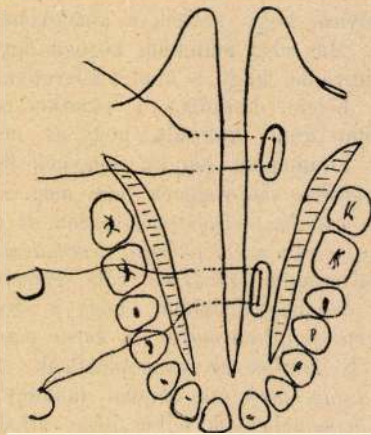
hozzáveszem a vomer ellenoldali felületének nyálkahártyáját is, miáltal a megfelelő lebeny szélességét tetemesen lehet növelni. Az involucreum a keményszájpad területén könnyen válik le és gyorsan felemelhető, nehézségek csak hátul, a keményszájpad hátulsó széle mentén vannak. Itt ugyanis át kell szakítanunk a *lágyszájpad orri felszínének nyálkahártyáját is* az egész hátulsó csontos szél mentén, különben nem tudjuk a lágyszájpadot kielégítő fokban mobilizálni. Ezen műveletet részben elevatoriumokkal, részben Cooper-ollóval szoktam végezni.

A keményszájpad hátulsó széle mentén és a hamulus körüli felpreparálás közben, ha a lebenyt kissé medián felé emeljük, egy vékony, körülbelül 1 mm. átmérőjű köteg válik láthatóvá, mely a hamulus tövénél kezdődik és be- és előfelé futva, a felpreparált lebeny alsó felületébe mélyed. Ezen köteg a lebenyek mobilisatioja és befelé luxálása közben megfeszül és a lebenyek alsó felületéről előfelé haladólag kissé leválik, úgy hogy körülbelül 1 1/2 cm. hosszúságban ki is praeparálható. Eme köteg megfeszülése folytán kissé gátolja a lebenyek teljes mobilizálását, úgy hogy azok csak ennek átmetszése vagy átszakítása után válnak teljesen akadálytalanul mozgathatóvá, annyira, hogy széleik a középvonalon túl az ellenoldalra áttolhatók. Már első műtétem közben figyelmessé lettem e kötegre. Feltűnt ugyanis, hogy e képlet közvetlenül a hamulus töve előtt, attól kissé befelé, látszólag a csontból ered. Közelebbről érdeklődve e képlet iránt, kiderült, hogy az nem csontfelszínről ered, hanem egy foramenből lép ki, melynek helyzete, fekvése a *canalis pterygo-palatinus* alsó végének felel meg, a köteg tehát nem lehet más, mint a *canalis pterygo-palatinus* át a szájpadhoz futó *arteria palatina major* és a *nervi palatini descendentes* együttes kötege. Hogy teljes bizonyosságot szerezzek róla, cadaverfejekre is vizsgáltam a kérdést és meggyőződtem, hogy a szóban forgó képlet csakugyan az *arteria palatina major* és *nervi palatini descendentes* együttes kötege. E kérdés az uranoplasticák szempontjából elvi fontosságú, mert Langenbeck óta minden tankönyv és szerző úgy tanítja, hogy a szájpadlebenyek felkészítése alkalmával az *arteria palatina*-k a lebenyekben maradnak és sérülniök nem szabad, hisz a Langenbeck által megadott metszések kifejezett célzata az, hogy a palatinális erek ne sérüljenek! Az én tapasztalataim ezen Langenbeck-féle postulatumnak szükséges voltát nem igazolják. Én a köteget és vele együtt a benne futó *arteria palatina major* minden egyes esetben átszakítom, ha a lebenyek kellő mobilisatioját akadályozzák. Soha ebből hátrányt a lebenyek táplálata szempontjából nem láttam, mert a lebenyek elülről az *arteria nosopalatina*-k felől, hátulról pedig az *arteriae palatinae minores* révén teljesen kielégítő fokban tápláltnak. A köteg tompa átszakítása mellett semmiféle vérzés nincs; utóvérzést sem láttam egy esetben sem. De ha valaki ezen szövödmények bármelyikétől tart, a szóban forgó és 1 1/2 cm.-nyire szabadon kipraeparálható köteget Dechamps-tűvel körüljárva, előzetesen alá is kötheti, mint azt kísérletképen én is megtettem, de — legalább gyermekekben — szükségesnek nem tartom. A köteg átszakítása után a hamulust keskeny elevator segítségével befelé szoktam törni, miáltal a lebenyek hátulsó lágyszájpadi részletei is annyira mobilisak lesznek, hogy a középvonalon túl feszülés nélkül áttolhatók. Az ilyképen felpreparált és mobilizált lebenyek alatti tasakokat törlekkel kitisztítva, az egyesítés előtt jodoformporral szoktam jól bedörzsölni. A tasakokban visszamaradó jodoform a váladék erjedését akadályozza és a gyógyulás tartamára biztosítja a száj asepsisét.

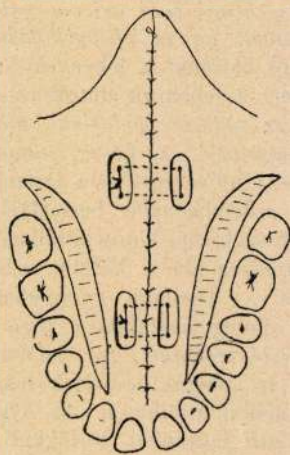
Csak most, a lebenyek teljes felkészítése és mobilisatioja után következik azok mediális széleinek felfrissítése. Sok szerző Langenbeck után ezen actussal kezdi a műtétet. Ezt nem tartom helyesnek, és pedig azért, mert túlságos anyagfecsérléssel jár. Ha ugyanis a mediális szélek felfrissítésével kezdjük a műtétet, a priori elesik a lehetősége annak, hogy a kemény szájpad mentén a hasadék széleit fedő és a septum nasi-ra és a vomer-re áthajló nyálkahártyarészeket is hozzávegyük a lebenyekhez. Ezek nem kicsinylendő nyálkahártyarészletek és ezeket mindig hozzá szoktam venni a lebenyhez. Ha a hasadék csak egyoldali és a vomer (mint rendesen) a szájpadnyúlványhoz van forrva, a lebenyhez mindig hozzáveszem a vomer ellenoldali felületének nyálkahártyáját, illetve mucoperiostális borítékát is fel a koponyaalap felé oly magasan, a mennyire csak lehet. Ez által a megfelelő lebeny keményszájpadi részletének harántmérete tetemesen növelhető,

mert a vomer-felületről 8—10 mm. széles lebenyt is könnyen le lehet fejteni. Ilyformán a lebenyhez vett ornyálkahártya igen jó anyagot szolgáltat, jól lehet varrni és kitűnően értékesíthető. Ha a lebenyek mediális szélei is fel vannak praeparálva, csak akkor következik a felfrissítés.

ad 2. A lebenyek egyesítése. A felfrissített mediális lebenyszélek összevarrására a legkülönbözőbb varrószerszámok és varróanyagok vannak javaslatban. Egyik szerző dróttal, másik silkwormmal, harmadik selyemmel, len-czérnával stb. varr. A varróanyag fajtája, véleményem szerint, közömbös; teljesen mindegy, hogy mivel varrunk, csak jól varrjunk! Nem tartom jónak a drót (ezüst vagy bronz) alkalmazását, mert az összekötött vagy összevarrott drótvégek — bármily jól rejtjük is el azokat — az érzékeny nyelv háti felületét irritálják, kis gyermekek ebből kifolyólag önkéntelenül is nyelvükkel folyton piszkálják a varratot, a mi varratlazulásra, szétválásra vezethet. Én évek óta selyem helyett celluloid-



1. ábra. A „esapos“-varratnak megfelelő fonalak és a jobboldali csap behelyezve.



2. ábra. Kész varrat.

dal impraegnált luczernát használok; ezt használok farkastorok-műtéteimben is.

A varráshoz nincs semmiféle különleges instrumentariumom. Erősen görbült, úgynevezett Schröder-tűkkel varrok, melyeket egy Roser-féle közönséges tűtartóba fogok. Ha az ember a beteg lelógó fejtartása mellett operál, a varratok alkalmazásához semmiféle komplikált fonálátvezető készülékre szükség nincs, a varrat bármilyen elegendő hosszú és karcsú tűtartó segítségével végezhető.

Mióta Wolff módszerét elhagytam és egy ülésben operálok, azóta nem elégszem meg a szokásos egyszerű csomós varrattal, hanem a varrat biztosítása céljából ezen felül még úgynevezett „esapos varratot“ (Plattennaht) is alkalmazok.

A csapok 10—12 mm. hosszú, 4—5 mm. széles, két lyukkal ellátott, alumínium- vagy ezüstlapból kivágott lemezek, melyek

bárki által ollóval könnyen elkészíthetők. Fémről álló csapok helyett kemény gummiból vagy duritból készültek is alkalmazhatók; ez a dolog lényegén nem változtat semmit. A csapok rendeltetése az, hogy egyrészt a lebenyek széleit széles felületen fektessék és tartsák össze, másrészt a lebenyek széleit egyesítő csomós öltéseket tehermentesítsék. Ezen feladatnak a csapos varratok igen jól megfelelnek és meggyőződésem, hogy kiválóan jó műteti eredményeimet, az energikus mobilizálás mellett ezen csapos varratok alkalmazásának köszönhetem.

A varrat a csapok behelyezésével kezdődik. (1. ábra.) A csapba behúzott fonál szabad végeit megfelelő görbületű tűkkel ellátva, először jobboldalt a lebeny szélétől 4—5 mm.-nyire, teljes vastagságában átszúrjuk a lebenyt, az ellenoldalon pedig hátulról előfelé öltve vezetjük át a fonalat a lebenyen. Az ilyképen behelyezett fonalakat egyelőre nem csomózzuk meg (1. ábra), hanem a bal szájzug felől egy segéd által tartatjuk. E fonálvégeknél fogva (enyhe húzás segélyével) az egyesítendő lebenyszéleket igen szépen össze lehet fektetni, a mi a csomós varratok behelyezését nagyon megkönnyíti.

Teljes szájpadhasadék esetében két pár csapot szoktam behelyezni, az első pár elől, a kemény szájpad elülső harmada tájára, a másik pár a lágyszájpadi részre jön. (L. az 1—2. ábrát.) Csak a lágyszájpadra szorítózkodó hasadék eseteiben egy csappár elegendő. A csapok behelyezése után (1. ábra) kezdődik a tulajdonképeni csomós varratok alkalmazása. A bal szájzug felől kilógó csapos öltések fonálvégeinek enyhe meghúzása segélyével a lebenyszélek szépen összefeksznek és a varratok behelyezése könnyen megy. A varrást és csomózást előről hátrafelé haladólag szoktam végezni. Ennek előnye az, hogy időközben a garatboltozatban felgyülemelő vért, nyálat, esetleg hányadékot a még nem egyesített hátulsó részen át könnyebb kitörölni, mint ha az uvula felől kezdjük az egyesítést. A csomós varratok göbözésekor rendkívül kell ügyelni arra, hogy a sebszélek pontosan összefeküdjenek, *be ne forduljanak*, nehogy hámfelszín hámfelszínrel kerüljön össze! A lebenyszéleknek ugyanis, különösen elől az incisívsok mögött, de gotikus, meredek szájpadokon az egész keményszájpad mentén, nagy hajlandóságuk van a befelé fordulásra. Hogy ez meg ne történhessék, egy segéd a csomózás alatt külön e célra szolgáló apró hegyes horgoskákkal rögzíti és kifelé fordítja a sebszéleket. A csomós varratokhoz igen vékony, az 1. sz. selyemnek megfelelő vékonyságú fonalat használok, de az öltéseket sűrűn, 3 mm. távolságban helyezem el.

A lágyszájpad táján 1—2 öltéshez vastagabb fonalat szoktam venni. Az uvulának nemesak az elülső, de — Wolff tanácsára — hátulsó felszínét is varrom, hátra egészen a choanák tájáig. Az elülső felületen behelyezett varratok meghúzása segélyével ugyanis az uvula hátulsó felszínéhez igen jól hozzá lehet férni.

Az összes csomós varratok behelyezése és megcsomóztatása után végül a csapos varratok csomóztatása fejezi be a műtet (lásd a 2. ábrát) és szolgáltat támasztékot az egész varratvonalnak.

Az oldaltasakoknak Billroth által ajánlott jodoformgáz-tamponadóját én hátrányos volta miatt nem alkalmazom. Az ilyen tamponok egyrészt igen erős salivatiót tartanak fenn, másrészt meglazulva öklendező vagy suffocatiós rohamokat válthatnak ki, végül pedig helyükön könnyen oldalsó sipolyok — úgynevezett „laterale Gaumenfisteln“ — maradhatnak vissza, különösen az úgynevezett „gotikus“ szájpadlással bíró egyénekben.

Az operáltak utókezelése a lehető legegyszerűbb. Az első napokban kizárólag folyékony táplálékon (tea, tej, kávé, leves) vannak és csak a 10. napon túl adunk pépes ételt. Az értelmesebb és nyugodtabb gyermekeket — ha csak lehet — rábírnuk, hogy szájukat hideg bőr- vagy hig liqnor aluminis acetici (1%) oldattal öblögtessék. Ha spontán öblögetésre nem hajlandók, nem alkalmazunk erőszakos öblögetést vagy kifecskendéseket. Egyáltalán minden activabb, a gyermekén sirást provokáló eljárástól tartózkodunk. A csapos varratokat rendszerint az 5. napon (ha kell, narcosisban) távolítjuk el. A többiek a 8—10. napon. A csomós varratokhoz használt vékony fonalnak az a nagy előnye, hogy a 8—10. napig nagyjából kilökődnek, úgy hogy csak néhány varrat eltávolítása válik szükségessé.

II. táblázat.

„Csapos-varrattal“ egyszeri beavatkozásra elért eredmények.

Sorszám	Név, kor	A bántalom foka	Lefolyás	E r e d m é n y				
				teljes egyesülés	kis defectus	nagy defectus	teljesen szétvált	
1.	R. G. 13 hó	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz-as	—	—	—	1	2 éven alól műtött esetek
2.	S. J. 13 hó	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	
3.	H. K. 19 hó	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	
4.	K. B. 19 hó	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz-as	—	—	a kemény- száj- padon	—	
5.	T. J. 2 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	—	—	—	1	
6.	B. K. 2 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
7.	Sz. J. 2 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
8.	J. M. 2 év	hasadék a kemény- és lágyszájpadon	láz- talan	1	—	—	—	
Összegezés				62·5%	12·5%	—	25%	
9.	S. E. 2½ év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	2—4 év között műtött esetek
10.	E. J. 3 év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz-as	—	—	—	1	
11.	Sch. A. 3 év	lágyszájpad- hasadék	láz-as	—	—	—	1	
12.	Sz. J. 3 év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz-as	—	—	lem.-nyi defect. a lágyszáj- padon	—	
13.	K. J. 4 év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	
14.	B. J. 4 év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz-as	—	—	babnyi defect. a lágyszáj- padon	—	
15.	E. J. 4 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
Összegezés				42·8%	28·7%	—	28·5%	
16.	M. E. 4½ év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	4 éven felüli korban műtött esetek
17.	B. E. 5 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
18.	A. M. 6 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
19.	W. Gy. 9 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
20.	N. L. 10 év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	
21.	R. J. 11 év	teljes szájpada- hasadék nyúl- ajkkal	láz- talan	1	—	—	—	
22.	B. Gy. 12 év	lágyszájpad- hasadék	láz- talan	1	—	—	—	
23.	Sch. S. 9 év	defectus a ke- ményszájpadon (egy ízben más helyen műtéve)	láz- talan	1	—	—	—	
24.	M. S. 11 év	defectus a ke- ményszájpadon (egy ízben más helyen műtéve)	láz- talan	1	—	—	—	
25.	T. J. 15 év	teljes szájpada- hasadék	láz- talan	—	—	—	1	
Összegezés				90%	—	—	10%	

Fenti táblázat a „csapos varrattal“ egyszeri beavatkozásra elért eredményeimet tünteti fel. Hangsúlyozom, hogy e táblázatban utóoperatiók, úgynevezett correctiós műtétek nem szerepelnek. Ciklkem elején említettem, hogy a functionális eredmény szempontjából nem közömbös, vajjon „egyszeri beavatkozásra“ avagy pedig „correctiós“, úgynevezett „utóoperatiók“ segítségével konstruáltuk-e meg a szájpada-
t. Utóbbi esetben a heges zsugorodások folytán könnyen „insufficiens“ lágyszájpadot nyerünk még oly egyénekben is, kiknek szájpada eredetileg a beavatkozások előtt „sufficiens“ volt, vagyis a hátulsó garatfalig ért. Ez az oka annak, a miért én az első beavatkozás teljes sikerére oly nagy súlyt helyezek és épen ezért az első beavatkozás eredményeit a correctiós utóműtétek eredményeitől szigorúan elkülöníteni kívánom. A legtöbb szerző ezt nem teszi, hanem úgy a bonezolóstan, mint a functionális eredmények elbírálásakor összeveti a primaer gyógyult eseteket a correctiós műtéteknek alávetett esetekkel és így számítja ki gyógyulási százalékaikat is. Az én táblázatom kizárólag az első, a primaer beavatkozás eredményeit tünteti fel.

Eseteimet életkorok szerint három csoportba osztottam és pedig: 2 éven alóli korban műtött esetek, 2—4 év között és 4 éven felüli korban operált esetek. Az elért bonezolóstan eredményt a táblázat jobb felén elhelyezett négy rubrika jelzi. „Teljes egyesülés“ alatt az egész hasadéknak minden pontján bekövetkezett teljes gyógyulását értem, a legesekélyebb sipoly nélkül. „Kis defectus“ alatt kendermag-lenesényi dehiscenciát, „nagy defectus“ alatt babnyi vagy ennél nagyobb defectust értek. „Teljesen szétvált“ jelzés a varrat teljes felbomlását jelenti.

Az első alcsoportban a 2 éven alól, illetve 1 és 2 év között műtött esetek vannak feltüntetve, szám szerint nyolcz. Ezek közül ötnek teljes szájpadahasadékja volt nyúlajkkal. A nyolcz eset közül teljesen, minden sipoly nélkül gyógyult öt, a mi 62·5% primaer gyógyulásnak felel meg.

A második alcsoportban (9—15. eset) 2—4 év között műtött esetek vannak feltüntetve, szám szerint hét. Ezek közül ötnek teljes szájpadahasadékja volt nyúlajkkal. A hét eset közül teljesen, minden sipoly nélkül gyógyult három, a mi 42·8% primaer gyógyulásnak felel meg.

Első pillanatra szembeötlő, hogy a 2 éven alóli korban operált esetek jobb gyógyulási százalékot (62·5%) szolgáltatnak, mint a 2—4 év közöttiek, tehát a magasabb életkorban műtött esetek (42·8%). Ezen látszólagos ellentmondásnak oka az, hogy a 2 éven alóli korban lévő gyermekek rendszerint nyugodtabban, csendesebben viselkednek, jobban eljászanak, többet alusznak és kevesebbet sírnak, az idegen környezetet könnyebben megszokják. A 2—4 év közöttiek élénkebbek, nyugtalanabbak, több szórakoztatást, velfoglalkozást igényelnek, az idegen környezetet nehezebben szokják meg, bizalmatlanok, morális tekintetben sokszor alig befolyásolhatók, akaratosak, makaesok és néha honvágyból vagy teljesen motiválatlanul is órák hosszant sírnak. Ez adja magyarázatát annak, hogy a 2 éven alóli korban (1—2 év között) végzett műtétem eredményeinek százaléka tetemesen jobb, mint a 2—4 év között végzeteké. Ha az e korban lévő gyermekek szülei, dajkái kisérőben lehetnek és szórakoztatásukról, megnyugtatóskodásukról gondoskodás történik, az eredmények is jobbak. Magánbetegeimen, kik szülei, dajkájuk, szóval megszokott környezetük kíséretében voltak, varratágulás vagy szétválás egy esetben sem történt, a mit csakis a gyermekek nyugodt viselkedésével tudok megmagyarázni.

Négy éven felüli korú gyermekeken a fent jelzett hátrányos körülmények nagyjából nincsenek meg. Ezek, kevés kivétellel, rendszerint már intelligensebbek, nyugodtak, morális tekintetben befolyásolhatók, szófogadók, a környezetet megszokják, csendesen viselkednek és a velük történő dolgok intentióját is jobbra megértik. A 3. alcsoportban a négy éven felül (4—15 év között) operált esetek vannak feltüntetve, szám szerint 10. Ezen 10 eset közül négynek teljes farkastorka, négynek lágyszájpadlás-hasadékja volt. Két esetet (23., 24. sz. eset) előzőleg már más sebész operált. E két esetet azért sorozom ide, mert a rajtuk végzett műtét nekem „primaer műtétem“ és így az én eljárásom és primaer műtéti eredményeim elbírálására joggal felhasználható. A négy éven felüli korban operált 10 eset közül csak egy nem sikerült (25. sz. eset). Itt a varrat „teljesen szétvált“. A több

kilencz eset teljesen, minden sipoly nélkül egyesült, a mi 90% primaer műteti gyógyulásnak felel meg.

Ha eredményeimet más szerzők statistikáival hasonlítom össze, megelégedéssel látom, hogy eredményeim e statistikák között elsőrangú helyet foglalnak el. Összehasonlításként csak azon szerzők statistikáit vehetem, kik épen úgy mint én, az „első beavatkozás” eredményeit az „utóműtétek” eredményeitől különválasztják. *Trendelenburg*, *Eiselsberg*, *Kappeler* és *J. Wolff* statistikai ezen szempontok szerint vannak osztályozva, míg pl. a *Mikulicz*-klinika (*Kassel*: Beiträge z. klin. Chirurgie, 35 kötet, 1902) egyszerűen csak az eredményekről számol be, tekintet nélkül arra, vajjon egy- vagy többszörös beavatkozások révén érték el. Az alábbi táblázatokban *Trendelenburg*, *Eiselsberg*, *Kappeler* és *J. Wolff* eredményei vannak az enyémmel szembeállítva.

	2—6 év közötti műtéte		7—14 év közötti műtéte	
	I-ső műtét	Utó-műtétek	I-ső műtét	Utó-műtétek
<i>Trendelenburg</i> (26 eset) (O. Henne. Inaug.-Dissert. 1904. Leipzig)	5.5%	—	14.2%	—

	2 éven alul műtéte		2—6 év közötti műtéte		7—14 év közötti műtéte	
	I-ső műtét	Utó-műtétek	I-ső műtét	Utó-műtétek	I-ső műtét	Utó-műtétek
<i>Eiselsberg</i> (105 eset) (Ranzi u. Sultan: Arch. f. klin. Chir. Bd. 72. 1904.)	7%	—	36.3%	39%	40.7%	55.5%
<i>Kappeler</i> (82 eset) D. Zeitschrift für Chirurgie 1901.	41.6%	58.3%	36.3%	81.8%	59%	92%

	2 éven alul műtéte		2—4 év közötti műtéte		7—15 év közötti műtéte	
	I-ső műtét	Utó-műtétek	I-ső műtét	Utó-műtétek	I-ső műtét	Utó-műtétek
<i>Winternitz</i> (25 eset)	62.5%	—	42.8%	—	90%	—

	1—3 év közötti műtéte		3 éven felül műtéte	
	I-ső műtét	Utó-műtétek	I-ső műtét	Utó-műtétek
<i>Julius Wolff</i> (160 eset) 1872—1894-ig műtéte	34.6%	63.4%	55.5%	?
<i>Julius Wolff</i> (151 eset) 1894—1900-ig műtéte	72.1%	84.2%	81.3%	96%

Trendelenburg egyszeri beavatkozásra teljes gyógyulást 2—6 év között csak 5.5%-ban, 7—14 év között: 14.2%-ban ért el.

Eiselsberg eredményei már jobbak. Nála egyszeri beavatkozásra a teljes gyógyulás 2 éven alóli korban: 7%; 2—6 életév között: 36.3%; 7—14 év között: 40.7%-ot tesz ki. *Kappeler*-nél egyszeri beavatkozásra teljes egyesülés 2 éven alóli korban: 41.6%; 2—6 év között: 36.3%; 7—14 életév között: 59%-kal van feltüntetve. Az én eredményeim ezen három szerző bármelyikének eredményeinél jobbak, amennyiben egy beavatkozásra elért eredményeim 2 éven alól 62.5%-ot; 2—4 év között 42.8%-ot; 4—15 év között pedig 90%-ot tesznek ki.

Julius Wolff,¹ a ki életében 300-nál több farkastorokműtétet végzett, eseteit két csoportba osztva publikálta. Az első csoportot az 1872-től 1894-ig műtett esetek (összesen 160) alkotják. Ezekben az egyszeri beavatkozásra teljes egyesülés 1—3 év közötti korban: 34.6%; 3 év fölötti korban: 55.5%-kal van feltüntetve, vagyis ezen eredmények az én eredményeim mögött állanak. 1894—1900-ig műtett

eseteiben azonban az alacsonyabb korban végzett műtéteket illetőleg az ő eredményei jobbak, mert 1—3 év között egyszeri beavatkozásra 72.1%-o primaer gyógyulást ért el. A magasabb korban végzett műtéteket illetőleg azonban az én eredményeim jobbak, a mennyiben a 3. életévet meghaladó korban a teljes gyógyulás nála 81.3%-ot, nálam pedig 90%-ot tesz ki.

Ezen statistikai összehasonlításokból kiviláglik, hogy eredményeim nem állanak az e téren elsőrangú operateurök (*Eiselsberg*, *Mikulicz*, *Kappeler*, *Trendelenburg*) eredményei mögött, hanem azokat túlszárnyalják, sőt *J. Wolff* első (1872—1894-ig) csoportjának eredményeinél is jobbak. Ennek oka a főntebb hangsúlyozott praeventiv intézkedések szigorú betartásán kívül a felpraeparált lebenyek kiterjedt mobilizálásában és a „csapos varrat” alkalmazásában keresendő. A mint utóbb *J. Wolff* egy cikkének (*Eulenburg*, *Realencyclopädie*, 25. kötet, 3. kiadás, 155. lap) a lábjegyzetében olvasom, ő is tett kísérletet a csapos varratok alkalmazásával, egy *Schmidt* dr. nevű ismerősének indítványára. Hogy hány esetben és milyen eredménnyel, azt cikkeiből kivenni nem lehet. Bármint álljon is a kérdés historikus háttere, tény az, hogy a „csapos varratok” nekem, az általam használt és jelzett módon alkalmazva, kitűnő szolgálatokat tettek, úgy, hogy azok alkalmazását a legmelegebben ajánlhatom.

A mi a farkastorok műtévesének időpontját illeti, nevezetesen azt a kérdést, hogy milyen korú gyermekeknek ajánlhatjuk és végezhetjük legtöbb sikerrel és legjobb eredménnyel, arra vonatkozólag statistikai táblázatomra utalok. E táblázatból kitűnik, hogy a 2—4 év között végzett műtétek nem adnak oly magas primaer gyógyulási eredményt (42.8%), mint a két éven alóli (62.5%), vagy a négy éven felüli (90%) korban végzett műtétek. Ebből az következik, hogy a műtét inkább a két éven alóli korban (1½—2 év között), mint a 2—4. életév között végeztessék. Én a magam részéről legszívesebben ezen időpontban operálok és a szülőknek mindig ezt az életkort (1½—2 év között) ajánlom. Ennél alacsonyabb életkorban nem vállalkozom a műtetre.

A *Wolff*-féle túlkorai műtét (az első élethónapokban végezve) véleményem szerint nem jogosult. Ezen életkorban a műtét, a csecsemők zsenge szervezetéhez mérten, túlságosan nagy beavatkozás, a mely *J. Wolff* kezében is tetemes (1872—1894 között 20%, 1894—1900 között pedig 10%) halálozással járt. Teljesen felesleges a gyermekeket az első hónapokban ezen nagy halálozásnak kitenni, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy e legzsengőbb korban végzett műtétek után mind a közvetlen műteti eredmények, mind a későbbi functionális eredmények nem jobbak, mint ha a 1½—2 év közötti korra halasztjuk a műtétet. Én feltétlen híve vagyok a korai műtétnek, de ama megszorítással, hogy az a 1½ éves koron alul ne végeztessék! Nem vagyok barátja a műtét elodázásának, a későbbi életévekre való kitolásnak. Mondtam fentebb, hogy a rudimentaer és nem egyesített szájjpadlemezek növekedésükben visszamaradnak és megrövidülnek, vagyis a lágyzájjpad idővel „insufficiens” lesz. Ezen insufficiencia már a 3—4. életévben jelentkezhetik, ezen felüli korban pedig úgy szólván csaknem mindig kifejlődött. A műtétnek tehát minden körülmények között az insufficiencia bekövetkezése előtt kell megtörténnie, ha biztosan jó functionális eredményt akarunk elérni. A farkastorokműtét értékét a késői években végzett műtétek discreditalják leginkább, holott a kellő korai időben végzett sikeres műtét után — mint a hogy arról többször meggyőződtem — a gyermekek tökéletesen, minden nasalis csengés nélkül beszélnek, úgy hogy normális fejlettségű gyermekektől meg sem különböztethetők.

Ha a farkastorok nyúlajakkal van kombinálva, a nyúlajk, ha csak lehet, a 6—8. hónapban operálandó. A nyúlajkműtét minden körülmények között előzze meg a farkastorokműtétet és ugyanekkor az esetleg előálló os intermaxillaret is vissza kell helyezni. Nyitott nyúlajk mellett nem ajánlatos uranoplastikát végezni, mert az el nem zárt nyúlajk mellett fennálló szájlégzés folytán a lebenyek elülső részletei könnyen beszáradnak, a varratonalon pörkök képződnek, a mi könnyen varratlazulásnak lehet az okozója.

A főntebb részletezett cautelák és életkorok betartása mellett a farkastorok-műtétet veszélytelen beavatkozásnak kell tartanom, a mennyiben eddigelé 33 operáltam közül egy beteget sem vesztettem el.

¹ *J. Wolff*: Über die frühzeitige Operation der Gaumenspalte. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 301.

Közlés az új szent János-kórház sebészeti osztályáról.
Főorvos: Kuzmik Pál dr. egyet. tanár.

A sérvhajlamosság bonezolástani alapja lágyéksérvekben.

Irta: *Manninger Vilmos* dr. rendelő orvos.

A munkásbiztosítás és baleseti igénypörök jegyében élünk. Mi sem természetesebb, minthogy a leggyakoribb sebészeti bajok egyike, a sérv, jóformán napról napra alkalmat ad a szakértőknek pörös, vitás kérdésekben való nyilatkozásra. A kérdés eldöntésének egyik sarkalatos pontja — talán a legfontosabb — a sérvhajlamosság kérdése. Ennek bonezolástani alapjához óhajtok e dolgozatban adatokat nyújtani.

Csodálatos, hogy a sebészek e fontos kérdést mindezideig annyira mellőzték. Alig van a sebészeti bonezolástannak fejezete, melylyel behatóbban foglalkoztak volna anatómusok, orvosok egyaránt, mint a sérvek bonezolástana. A minket ma érdeklő fejezet, mely a keletkezőfélben lévő sérv viszonyait mutatná, az egyetlen pont, mely ezigdig csak kevés méltánylásban részesült. Az eddigi dolgozatok javarésze a már kifejlődött sérv viszonyait tárgyalta. Másik részük a fejlődéstan segítségével igyekezett behatolni a sérvképződés mechanizmusának titkaiba. E két irány a tapasztalás rengeteg anyagát gyűjtötte halomra. Hiányzott azonban az áthidaló kapocs, mely a két végpontot összekötötte. Az erre vonatkozó anyag megszerzése a legújabb időkig sok nehézséggel járt. Hullákon való vizsgálat e célra nem alkalmas. A már teljesen kifejllett sérvben oly elváltozásokat találunk, melyek elfödik a kezdeti szakaszban fontos vonásait. A kőrbonezolástani és a bonezolástani elszakadása a klinikai tárgyaktól lehetetlenül teszi az élőben észlelt jelenségek ellenőrzését a holt anyagon.

Csak mióta a sérvbajosoknak évente ezreit operáljuk világszerte, jutottunk abba a helyzetbe, hogy klinikailag megfigyelt anyagon követhetjük a sérvalakulás minden szakaszát. A százszázalékos gyökeres sérvoperációk ellenére a mai napig csak igen gyér számban akadunk oly észlelésekre, melyek a sérvképződés megindulására világot vetnének. Ennek okát — azt hiszem — abban kell keresnünk, hogy a sebészek javarésze egész erejét az újonnan meghódított tartományok — agyvelő-, mellkas- és hassebészet — művelésére fordította, míg a sérvek operálása jobbra a kezdő orvosok gyakorló terévé vált. Az anyag ily elforgcsolódása mellett nem csodálható, hogy e fontos kérdés, a sérvek keletkezésének mechanizmusa, a háttérbe szorult. Elődeink kedves tárgyának háttérbe szorítását elősegíthette még a gyökeres sérvgyógyítás technikájának kérdése is, melyben jóformán kimerült az utolsó évtized herniológiája.

Osztályunk különleges viszonyain mulott, hogy sérvbeteg-anyagunk javarésze az én kezemen ment át. Kevés kivétellel jelen voltam — részint mint műtő, részint mint segéd — mindazokon a sérvoperációkon, melyeket az elmúlt 5 év folyamán az osztályon végeztünk. Alkalmam volt ennek folytán az esetek sorozatán végig észlelni a sérvek fejlődésének minden szakaszát. Minden esetben különös figyelmet fordítottam a sérv legkezdetlegesebb formáira, s így gyűjtöttem azt az anyagot, mely mai dolgozatom alapját teszi.

1902 szeptemberétől 1907 szeptemberéig 656 lágyéksérvet operáltunk 514 betegen. A féloldali sérv, mely mind teljesen kifejllett volt, mai kérdésünk megvilágítására alkalmatlan. 142 kétoldali sérvbajosunk közül kiválik 54, a kiknek mindkét oldalt teljesen kifejllett sérve volt. Mai vizsgálatunk anyaga ama 88 sérvbajos, a kinek féloldalt kifejlődött nagy sérve, a másik oldalon csak kezdődő sérve volt. Ehhez számítom még azokat az eseteket, a melyek első sorban felhívták figyelmemet a sérvalakulás kezdeti szakaszainak megfigyelésére. Azokon a betegeken, a kiken a funicululus valami más baja miatt (varicocele, hydrocele funiculi) végeztem a lágyékesatorna felhasítását, nem ritkán láttam apró, keskeny tömlöket, a melyek a lágyékesatorna külső nyílásáig, vagy azon túl is értek. Megjegyzem, hogy e lelet mind olyan betegre vonatkozik, a kin a legszorgosabb kutatás ellenére sem lehetett sérvet az operatio előtt kimutatni. Az említett tömlöket elhelyeződésük, formájuk és az alsó végük folytatásában lévő fehér köteg (a francziák cordon de Cloquet-je) alapján a processus vaginalis has felé nyitott végének lehetett felismerni.

A processus vaginalis részleges nyitvamaradása régtől fogva ismeretes dolog. Csak azért említem ezeket az eseteket, mert ezek hívták fel a figyelmemet arra, hogy minden esetben, a melyben alkalmam volt a funicululusnak a lágyékesatornában fekvő részét megvizsgálni, kettőzött gonddal keressék ilyen nyitva maradt tömlöket.

Alkalmom erre elég gyakran nyílt. Oly sérvbajosokon, a kik azért kívánták lágyéksérvük operálását, hogy valami állást (vasutaknál, gyárakban) elnyerhessenek, a féloldalt jól kifejlődött sérv mellett az ellenkező oldalon azt az állapotot találtuk, melyet sérvhajlamosságnak nevezhetünk: tág lágyékesatorna, csekély ütődés köhögéskor a belső lágyékgyűrű táján. Régebben ily esetekben a Kocher ajánlotta csatornaszakítást végeztük.

A mióta figyelmem a sérvképződés e legkezdetibb szaka felé fordult, minden esetben felhasítottam a külső ferde hasizom bonyóját és szorgosan vizsgáltam a funicululus lefutását. Ha a funiculust ágyából kiemeltük és lefelé húzva megfeszítettük, minden esetben szemünkbe tűnt a vasa epigastricától kifelé a peritoneumnak kúp alakban kinyúló folytatása. Ha e pókháló vékonyságú tömlőcskét a here felé követjük, az esetek túlnyomó számában hosszúkas keskeny tömlőre bukkanunk, melyet — a tunica communis felhasítása után — a funiculusból rövidebb-hosszabb darabon kifejthetünk. A tömlő vége néhány (1—3) mm. széles, fehér fénylő kötegbe folytatódik, melyet már Cloquet a processus vaginalis peritonei elzáródott részének ismert fel.

A most leírt hosszúkas, a funicululus hüvelyén belül fekvő és a Cloquet-féle kötegbe folytatódó tömlőfaj mellett van a kezdeti sérvalakulásnak egy másik formája, mely megfelel a Malgaigne leírta „hernie en pointe“-nek. Kocher¹ a sérvhajlamosság e formáját, melyet a francziák között ma használatos „pointe de hernie“ névvel jelöl, a következőképp írta le:

„Meggyőződtem arról, hogy a sérvhajlamosság nemcsak abban áll, a hogy azt még ma is sokan hiszik, hogy világra hozott sérv-tömlő van jelen kisebb-nagyobb kiterjedésben a fali hashártya zsák-szerű kitűrése alakjában az ondósinór mentén, hanem hogy gyakran nyeles tömlő alakulása nélkül a hashártya a hasprés erőltetésekor gömbalakú, tojásdad vagy kúpszerű kidomborodás alakjában kiszorul, egyesgyedül azért, mert a vékony fascia transversa és erősítő rostjai a belső lágyékgyűrűn meggyengültek és a (mélyebb) hasizmok széjjelszorultak. A belső lágyékgyűrű ilyenkor kitágult, a fascia transversának a vasa epigastrica inferiora-tól oldal felé eső és velük párhuzamos, felhágó rostjai (Henle ligamentum inguinale internum mediale) tágultak és közep felé eltolódtak az említett vérerekkel együtt. A belső lágyékgyűrűn (melyet az erekről könnyű felismerni) köhögéskor kidomborodik a fali hashártya, melyet nagyobb erő nélkül széles alapú, 1—2 cm. hosszú, vagy ennél is hosszabb kúp alakjában ki lehet húzni.

Hogy a hashártya ily tetemes módon a hátulsó lágyékgyűrűn kiszorulhasson, a lágyékesatorna elülső fala — azaz a fascia obliqui externi — ellentállásának is csökkennie kell. És valójában a sérvalakulásnak e kezdeti szakában szabályképen találhatjuk, hogy a lágyékgyűrű szárai, azaz a külső hasizom bonyójának ferde, kívülről-felülről lefelé-befelé húzódnak főrostjai többé-kevésbé széjjel váltak. Ebben rejlik a lágyékesatorna gyengült ellenálló képességének főoka, mert ezáltal a haránt, tehát részut közepűt fölfelé törekvő összekötő rostok (fibrae intercolumnares) megtágnak és kellő ellentállást gyakorolni nem tudnak.“

Kocher a sérvalakulás kezdeti szakai közül ezt a formát tartja a gyakoribbnak. Tiltakozik az ellen, hogy csak a processus vaginalis nyitvamaradását tegyük felelőssé a sérvalakulás legkezdetibb szakában.

A fentemlített 88 sérvbajos kezdődő sérvén e két typust tanulmányoztam. Ha csak az izomzat és a bonyók viszonyait tekintem, teljesen egyeznek Kocher és az én észleleteim. Feltűnő, hogy ezeken a betegeken, a kiknek még sérvük nincsen, csak nyitott tömlőjük van a lágyékesatornában, mennyire satnya, vékony a külső ferde hasizom bonyója. A rostok oly laza szövésűek, hogy az aponeurosis felhasítása után sokszor bajos varrásra alkalmas réteget kapni. Feltűnő azonban még egy körülmény, a mit Kocher nem említ. Ez a belső ferde és a haránt hasizom alsó szélének

¹ Kocher: Über Hernien-Disposition. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 28. Jhg. 1908. pag. 354.

magas állása. Ez által a Poupart-szalag és a belső hasizmok között széles hézag marad, melyben csak a fascia transversa hidalja át a Bogros-féle teret. Feltűnő végül, a mit számos esetben tettem szóvá és demonstráltam a műtét alkalmával jelenlevő orvosoknak, hogy a fasciának lazasága, az izmok diastasisa sokszor jóval kifejezettebb azon az oldalon, a melyiken még sérv nincsen, mint a túlsón, a melyen a sérv már teljesen kifejlett.

A mi a hashártya zsákjának viselkedését illeti, észleletem sokban eltérnek a Kocher-féle sémától. Igaz ugyan, hogy igen sok esetben látható a belső lágyékgyűrű táján a hashártyának kúpszerű kiboltosodása, azonban e kúp a funiculustól könnyen letolható, széles alapú, a funiculusba nem folytatódik. Alig néhány esetre emlékszem, a melyben csak ezt a kúpot találtam. (Pontos számokat azért nem adhatok, mert az első években nem figyeltem eléggé e differens viselkedésre.) A többi eset mindegyikében megtaláltam a fentebb leírt, többé-kevésbé hosszú, de mindig keskeny, karesú tömlőt, mely mindig a funiculus képletei között feküdt, mely a here és ondózsínör közös hüvelyében haladt, és a melynek folytatásában igen gyakran megjelent a Cloquet-féle köteget.

Az eltérő lelet nemcsak elméleti tekintetben érdekes, annak gyakorlati fontossága is van. De erről később. A kérdés elméleti oldalát tekintve össze kell gyűjtenem azokat a tapasztalati tényeket, melyek leletemmel vonatkozásba állítva, bebizonyíthatják abbéli

járatot elsőnek találta asszonyban, téved, mikor annak létezését férfiban tagadja.

Mindezek után *Renaulme* e járatot vitium conformationisnak tartja. Szerinte a gyermekek sérvének gyakoriságát első sorban ennek kell betudni, valamint a sérvképződés öröklékenysége is ez a főoka.

Haller,¹ a ki a processus vaginalis fejlődéstörténetét derítette ki, méltányolja fontosságát.

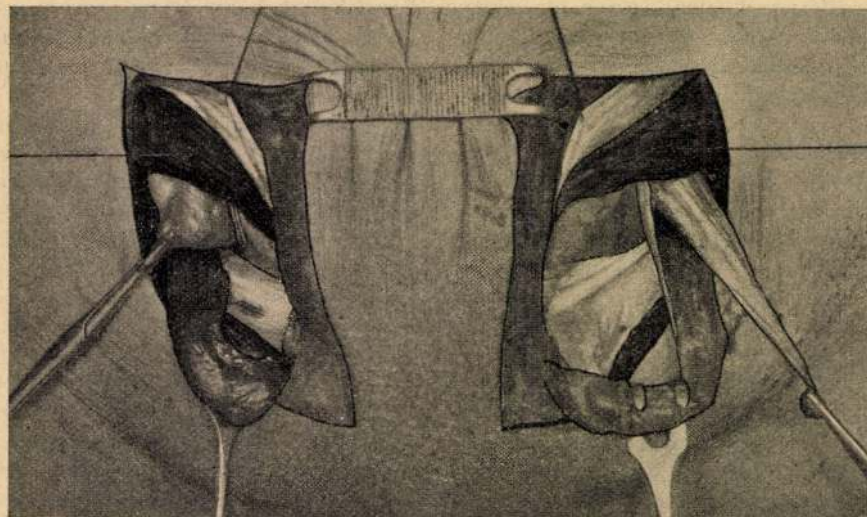
*Camper*² a processus vaginalis nyitvamaradásának gyakoriságát tanulmányozta gyermekekben. 70 fiúhullában csak hétszer találta teljesen elzárva mindkét oldalt, nyolcszor a jobb és tizenegyszer a bal oldalon; a többi esetben vagy teljesen vagy részben volt nyitva. *Camper* ebből arra következtet, hogy a gyermekek sérvének mindig a processus vaginalis tökéletlen elzáródása az okozója. A felnőttek lágyéksérvére elsőnek *Wrisberg*³ alkalmazta a fejlődéstan ez új felfedezésének tanát. Szerinte a proc. vaginalis hiányzó vagy tökéletlen elzáródása okozza nemcsak a gyermekek, hanem a felnőttek lágyéksérvét is. Nem tudja elképzelni, hogyan képződjék lágyéksérv teljesen elzáródott processus mellett.

Malgaigne-ig e tan kevés követőre talált. Ő volt az, a ki a hernia vaginalis testicularis mellett megkülönböztette a hernia vaginalis funicularist. Ez által sok ferde lágyéksérvet a nyitva maradó processus vaginalis következményének tulajdonított.

aponeurosis m. obl. ext.

m. obliquus internus

széles nyakú, szerzett sérvtömlő



m. obliquus internus

keskeny nyakú, világrahozott sérvtömlő

funiculus spermaticus

funiculus spermaticus

tételemet, hogy a ferde lágyéksérv dispositiojának leggyakoribb bonczolástani oka a processus vaginalis peritonei tökéletlen záródása.

Első bizonyítékot a herniologia történetéből veszem.¹

Az első, a ki férfiban a sérv keletkezését a processus vaginalis peritoneivel hozta kapcsolatba, *Mery* volt.² 20 évvel később *Renaulme de la Garanne* a sérv megelőző okai közül a sérvhajlamosság alapjaként három említ: 1. a hashártya eltolódó képességének fokozását (túlságos zsírfelhalmozódás következtében), 2. a folytonosság megszakítást és 3. az első alakulás hibáját (vitium primae formationis). Hogy ez utóbbi alatt a processus vaginalis nyitvamaradását értette, kiderül munkájának egy másik részéből, a melyben róla a következőket mondja:

„Azon a helyen, a hol a maglóvezeték a heréhez megy, gyermekekben elég gyakori egy üres járat (un conduit borgne, cul de sac), mely körülbelül 1 hüvelyknyi, oly vastag mint a tollszár és hasonlít ahhoz, a melyet némely anatómus, pl. *Regner de Graaf*, a kutyában talált. *Nuck*, a ki azzal dicsekszik, hogy e

Roser nevéhez fűződik az a tan, mely a külső ferde lágyéksérv legfontosabb okát a hashártyanyúlvány tökéletlen elzáródásában keresi. Első közleményében⁴ még tartózkodó: fontos oknak mondja a processus vaginalis nyitvamaradását, de mellette, vele egyenrangú tényezőként fölleveníti *Cloquet* elméletét, mely a praepitoneális lipomák vongáló hatását helyezi első sorba.

Miután *Engel*⁵ újszülöttek és felnőttek egész sorozatán kimutatta, mily gyakori a proc. vaginalis nyitvamaradása felnőttben is, *Roser* 1858-ban odamódosította sérvelméletét, hogy a külső ferde lágyéksérv az esetek túlnyomó részében világrahozott, a mennyiben a processus vaginalis nyitvamaradásán alapul. *Engel* eredményei elég fontosak, hogy számadatait ide mellékeljem:

A processus vaginalis újszülöttben csak 10%-ban záródott teljesen.

¹ Alb. de Haller: Herniae congenitae in Opus c. patholog. Lausanne 1868. obo. XXXIV. p. 68—76.

² Kleinere Schriften, Leipzig 1785—88. Bd. II. pag. 41—78.

³ Wrisberg: Observationes anatomicae de testicularum ex abdomine in scrotum descensu, ad illustrandam de herniis utriusque sexus doctrinam. Göttingae 1779.

⁴ Untersuchungen über die Formation der Brüche, Arch. für phys. Heilkunde, 1843.

⁵ Engel: Einige Bemerkungen über Lageverhältnisse der Baucheingeweide im gesunden Zustande. Wien, med. Woch. 1857.

¹ A történeti adatokat főleg Wernher klassikus munkájából: Geschichte und Theorie des Mechanismus der Bruchbildung. Arch. f. klin. Chir. 1872. 14. Bd. pag. 409., részben Sachs alantabb idézett dolgozatából meritem. A részletes ismertetéstől helyikímélés czéljából eltekintek.

² Mery: Mémoires de l'Académie des sciences. 1701.

14 napos korban baloldalt 30%-a záródott, 60% mindkét oldalt nyitott.

Felnőttben (20—64 évig) 31%-ban talált többé-kevésbé nyitott processust. (Mindkét oldalt 37.5%, jobboldalt 62.5%.)

Engel szerint azért nem képződik gyakrabban valódi lágyéksérv, mert a járat szűk, és ferde iránya miatt könnyen összenyomható. Mindenesetre külső lágyéksérv alakulása e fejlődési hiba nélkül nagy ritkaságnak mondható.

Engel után Zuckerkandl vizsgálta a processus vaginalis viszonyait nagyobb anyagon.¹

100 gyermekhulla közül 37-ben talált nyitott processust és pedig 20-ban kétoldalt, 12-ben csak jobboldalt, 5-ben csak baloldalt.

Idősebb gyermekhullákban 15 közül 3-ban talált nyitott nyulványt.

Féré 188 gyermekhullában (8 évig) 11-szer kétoldalt, 16-szor jobboldalt, 14-szer baloldalt találta félig nyitva, 8-szor kétoldalt, 5-ször baloldalt, 5-ször jobboldalt teljesen nyitva a processust.²

Ramonède 215 felnőtt férfiban 32-szer talált teljesen nyitott, 26-szor esőkevényes processust.³

Sachs⁴ két csoportba osztja anyagát (305 gyermekhulla).

1—4 hónapig:

felül nyitott	29%	4—12 hónapig:	29%
egészen nyitott	30%	egészen nyitott	4%

Még tanulságosabb az a táblázat, mely oldalak szerint mutatja a processus állapotát. 155 eset közül (fiúgyermek)

	Teljesen nyitott	Felül nyitott
kétoldalt	26	20
jobboldalt	25	29
baloldalt	11	19

E dolgozattal bezáródik (1887) a processus vaginalis nyitva-maradásával foglalkozó statisztikák sora. Ha tabellába állítjuk őket (Ramonède dolgozatát el kellett hagynom, mert a jobb és bal oldal nines forrásomban feltüntetve), a következő végeredményhez jutunk (egyöntetű módon százalékra számítva):

	Kétoldalt	Jobboldalt	Baloldalt	Tökéletlen záródás
Camper (újszülött)	48.5%	20%	11.3%	79.8%
Sachs (1—12 hónap)	29.6%	34.8%	19.2%	83.6%
Zuckerkandl (1—3 hó)	20%	12%	5%	37%
Féré (9 évig)	11.1%	11.1%	11.1%	33.3%
Átlag	27.3%	19.6%	11.65%	

	Tökéletlen záródás
Engel { újszülött	90%
{ 1—14 napig	60%
{ felnőttben	31%
Ramonède felnőttben	26.9%

Milyen következtetéseket enged meg e táblázat?

Tekintsük először az utolsó rovatot, mely mutatja, hogy a processus vaginalis peritonei hány százalékban marad nyitva az első életéven túl. Nem számítom be Camper, Sachs, Engel összeállítását, melyek csak az élet első hónapjaira vonatkoznak. Az eredmény az, hogy a processus vaginalis peritonei, legalább annak has felé eső része, férfiakban 32.2%-ban nyitva marad a csecsemőkoron túl. Hogy ez nem jelent annyit, mintha minden harmadik férfinak lágyéksérve is kell hogy keletkezzék, az természetes. Hogy a nyitott nyulványból sérvtömlő ne keletkezzék, abban ugyancsak anatómiai okok játszanak fontos szerepet. Mindenekelőtt szerepel e tekintetben a nyulványnak szűk volta. Pontosabb méréseket csak Zuckerkandl, Sachs és Engel eszközölt. Adataik nincsenek egyöntetűen csoportosítva. Hozzávetőleg annyit mondhatunk, hogy min-

den harmadik nyitott processus belső nyílása fogadta csak be a mutatóujjat.

A másik tényező, mely a bélnek, cseplesznek útját állja, a belső nyílást áthidaló, félholdalakú hashártyaréz. Mindhárom szerző, a kiket most említettem, leírja e redőt, mely a nyílást elfedi. A csatorna szája rendszeren csak akkor látható meg, ha a hashártyát befelé és felfelé megfeszítjük.

A harmadik tényező a csatornának tekervényes lefutása. A lágyékesatorna belső nyílásától iránya először kissé be- és lefelé, majd hegyes szögben kifelé irányul és újabb csavarulattal hajlik csak be- lefelé, a lágyékesatorna lefutása mentében. Ezen formájú lefutás mindenesetre fontos szerepet játszik akkor, ha a csatorna szűk. Tág belső nyílás és tág csatorna mellett alig akadályozhatja a cseplesznek leszállását a csatorna alsó részébe.

A hashártyanyulvány szerepe még a hetvenes években nagy vitáknak volt tárgya. Fontosságát mindazok hangsúlyozták, a kik anatómiai alapon tanulmányozták e kérdést. Az ellentábor, főleg elméleti okoskodások alapján, vagy teljesen tagadta szerepét a felnőtt ferde lágyéksérvenek keletkezésékor, vagy oly szűk határok közé szorította, a mely az igazságnak meg nem felel. Legfőbb érvük az volt, hogy a csatorna nagyon is szűk ahhoz, hogy abba bél szorulhatna. Erre vonatkozólag meg kell jegyeznem, hogy kezdődő sérv miatt az élon végzett operatioim fontos adatokat nyújtottak a sérvtömlő táglulásának mechanizmusához. Mindeddig ugyanis a kérdés tisztán elméleti okoskodásnak és tökéletlen kísérleteknek volt csupán tárgya. A kérdés mindig a körül forgott, alkalmas-e a hasprés okozta hydrostatikai nyomás fokozódása arra, hogy a peritoneumot tömlő alakjában kitolja vagy a tömlőt tágítsa. Sokan tagadták azt, hogy a hydrostatikai nyomás egy helyre összegezzék hatását. A mily világosnak látszik e kérdésre a felelet, annyi, sokszor keserű vitára adott alkalmat. Természetesnek tűnik fel, hogy azon a ponton fog hatása nyilvánulni, melyen legkisebb az ellenállás. Hogy ez csakugyan így van, azt a kezdődő sérvén gyakran láthattuk. Már oly kis nyomáskülönbség, mint a milyent háton fekvő, altatott beteg petyhüdt hasfala mellett a lélekzés gyakorol, elégséges arra, hogy vékony csepleszköteg minden belégzéskor 1/2—1 cm.-nyire a tömlőcskébe szoruljon. Hogy ez hányáskor mily erővel és vehementiával történik, arról mindenki meggyőződhetett, a ki valaha sérvet operált. Hogy a fentemlített csepleszkúpnak a meglévő sérvtömlő tágításában mily fontos szerep jut, azt ép azok a sérvök mutatják, melyeknek nyaka alig tágabb átmérőjű 7—10 mm.-nél és a melyekbe mégis akadály nélkül szorul bele minden belégzéskor a cseplesz. Erre mutat egyébként az a körülmény is, hogy a szabad, nem túlnagy lágyéksérvek operatiojkor rendszeren csak csepleszt találunk a tömlőben. A hasprésnek és a cseplesznek vitás szerepét a sérv pathogenesisének összefoglalásakor fogom kifejteni.

De térjünk vissza előbbeni tabellánk tanulságához.

Camper, Sachs, Zuckerkandl és Féré tabelláinak összegezése azt mutatja, hogy a processus vaginalis tökéletlenül záródik: kétoldalt 27.3%, jobboldalt 10.6%, baloldalt 11.65%-ban. A sérv alakulás abszolút gyakoriságához e számokat nem viszonyíthatjuk, mert az ismeretlen. Az eddigi statisztikák ugyanis oly tág határok között mozognak, hogy azokat e célra felhasználni nem szabad.

A lágyéksérv különböző fajainak gyakoriságára azonban van három nagy kimutatásunk. Ezek a következők:

	Kétoldali	Jobboldali	Baloldali sérv
Wernher ¹	15012	14888	8545
Macready ²	6860	6685	3884
Berger ³	4526	993	677
	26398	22566	13106

¹ Zuckerkandl: Über den Scheidenfortsatz des Bauchfelles. Arch. f. klin. Chir. XX. Bd. 1877. pag. 215.

² Féré Ch.: Études sur les orifices herniaires et sur les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Revue mens. de méd. et de chir. Paris 1879. I., III.

³ Ramonède: Le canal péritoné-vaginal et la hernie péritoné-vaginale étranglée chez l'adulte. Thèse. Paris 1883. Az eredeti dolgozatot nem tudtam megszerezni.

⁴ Sachs: Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei. Arch. f. kl. Chir. 35. Bd. 1887. pag. 321.

¹ Wernher: Zur Statistik der Hernien. Arch. f. klin. Chir. Bd. XI. 1869, pag. 555.

² Jonathan F. C. H. Macready: A treatise on ruptures. London 1893. Wernher és Macready a London Truss-Society nagy anyagát használták fel az 1860—67., illetve 1888—90. évekből.

³ Berger: Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies réceutées à la consultation des bandages au Bureau central, du 4. février 1881 au 11. août 1884. Neuvième congrès de chirurgie. Paris 1895. Procès-verbaux etc. pag. 264.

Ha ezek alapján kiszámítjuk a sérvfajoknak relativ gyakoriságát és ezzel szembe állítjuk a fentebbi számok viszonyát, arra az eredményre jutunk, hogy esodálatos az egyezés a két viszony-számsorozatban.

A processus nyitott: $D/J=1.43$; $D/B=2.34$; $D/JB=0.8$; $J/B=1.61$
Hernia viszonya: $D/J=1.17$; $D/B=2.0$; $D/JB=0.73$; $J/B=1.7$

Az eltérés, mely csak tévedésekre vonatkozik, megmagyarázható azzal, hogy a kétoldali sérveket Wernher és Macready, illetve Berger különbözőképpen vette be a statistikába. Mig amazok csak a kifejezett, nagy sérveket említik, addig Berger már sérvnek minősíti azt az állapotot, melyet mi a dispositio névvel jelölünk.

A mi e számokból kiderül, egyik legfontosabb bizonyítéka a processus vaginalis szerepének a sérv alakulása körül. Kiderül e számokból, hogy lágyéksérvek ugyanolyan viszonyszámokban keletkeznek, mint a mily viszonyszám mutatja a processus vaginalis nyitvamaradását.

A historiai és statistiai bizonyíték mellett felhozhatok néhány oly bonczolástani bizonyítékot, melyet a gyökeres sérv-operatiók során mindenki tapasztalhatott.

I. Az egyik az, hogy fiatal emberek lágyéksérvében a tömlő mindig a tunica communis testis et funiculin belül fekszik. A tömlő köröskörül — különösen pedig hátulsó oldalán — mindig szoros viszonyban van az ondósinór összes képleteivel. A Malgaigne és Kocher leírta hernie en pointe, illetve pointe de hernie a funiculustól függetlenül fekszik, tőle játszva izolálható.

II. Recidiva miatt végzett operatiókor sohasem találtam oly tömlőt, mely a fönt leírttal egyezett volna. A recidiv sérvtömlők, még ha egyébként igazi külső, ferde lágyéksérvet utánoznak is, mindig sokkalta szélesebb alapúak, nyakuk nincsen. Ha tisztán mechanikai ok szerepelne a tömlő kialakulásában, a gyökeres operatio okozta szűkebb canalisban szűk nyaknak kellene alakulnia.

III. Az újabban, különösen Oroszországban nagy feltűnést keltő mesterséges lágyéksérvek is fontos adatokat nyújtanak. Igen ügyes művészek foglalkoznak Oroszországban azzal, hogy — különösen zsidó lakta vidékeken — a katonaköteleseken sérveket készítenek. E sérvek mindig lágyéksérvek. Galin,² Steinberg³ és Jarowizky⁴ egybehangzó kimondása szerint e sérvek mind belső, direct herniák, soha nagyra nem nőnek, soha a serotumba le nem szállnak. Gyakran találtak sérüléseket a belső lágyékgyűrűtől kifelé is a fascia transversusban és a musc. transversusban, de soha ferde, külső sérv nem keletkezett.

IV. Tág lágyékesatorna, tág belső gyűrű még nem jelent dispositiót ferde lágyéksérv keletkezésére. Brandenburg⁵ 3810 olasz munkást figyelt meg több éven át. 80.2% -ukat — mert tág belső nyílást talált — sérvre hajlamosnak mondja. Közülök a sérvre leginkább disponáló nehéz földmunka mellett csak 10 kapott valóban sérvet. Ezekkel együtt az állítólag 80.2% -ban sérvre hajlamos munkás közül csak 3.43% -nak volt lágyék-, 0.025% -nak ezomb-, 0.05% -nak köldök- és 0.31% -nak hasfalsérve.

Könnyen szaporíthatnám az adatokat, melyek a processus vaginalis peritonei nyitvamaradásának fontosságát bizonyíthatnák a külső ferde lágyéksérvek pathogenesisében és a melyek viszont csak úgy magyarázhatók mesterkélés nélkül, ha e nyitva maradt hashártyanyúlványt feltételezzük. De beérem a nyújtott adatokkal. Ezek alapján — összevetve azokat ama 88 operatio közben észlelt eset tanulságaival — igyekszem a külső ferde lágyéksérv pathogenesisét vázolni.

A gyermekekben és fiatal emberekben keletkező külső ferde lágyéksérvek dispositióját az esetek túlnyomó számában a processus vaginalis peritoneinek nyitvamaradása adja meg. E fejlődési rendellenesség mellett ez egyéneken rendszeren megtaláljuk a fasciáknak — különösen a ferde külső hasizmoknak — satnya

fejlődését, a belső hasizmoknak (obl. int., trans.) magas tapadását. Ennek tulajdonítható a belső lágyékgyűrű tágasága, mely anatomicamente kifejeződik az itten bő zsírral fedett fascia transversa és peritoneum mobilis voltában. Ennek magasabb foka az az állapot, melyet Malgaigne és Kocher hernie en pointennek nevezett. A támasztó készülék e lazasága magyarázza, miért tágulhat — megfelelő alkalmi okok mellett — oly gyorsan a processus vaginalis szűk esatornája.

Az alkalmi okok, melyek e sérvdispositióból valódi sérvet alkotnak, első sorban azok a körülmények, melyek a hasprés gyakori igénybevételét, a hasüreg hydrostatikai nyomásának gyakori emelkedését előidéznek. E körülmények a gyermekkorban: erős, gyakori sírás, obstipatio, a lélekzöszervek bajai, phimosis stb. A későbbi korban ezek mellett első sorban a foglalkozás jó számba. Ezeknek bizonyítására hivatkozom Bergernek rendkívül pontos és lelkiismeretes statistikájára, a ki kimutatta, hogy a lágyéksérv — viszonyítva az egykorúak számához — leggyakoribb az első életévben (29.6%), majd hirtelen esik ($1-4$ évig 6.6%), hogy minimumát a $15-20$. évben érje el (1.62%). Ettől kezdve emelkedik újra és pedig lépcsőzetesen az 50 . évig. A hirtelen esés az első életév folyamán a relativ nagyobb halandóság mellett csak annak tudható be, hogy a herniák egy része magától vagy sérvkötő hordására gyógyul.

A foglalkozás befolyásáról ugyancsak Berger adataira hivatkozom, a ki foglalkozás szerint 61 csoportba osztotta sérvbetegeit. A részletes táblázattól eltekintek, csak a csoportosítást iktatom ide:

Sérvbajosok száma $\%$	Foglalkozás
20 vagy több	utczaseprő, kövező, útkészítő, molnár.
10 vagy több	fafaragó, asztalos, ács, czukorfőző, kőműves, kőfaragó, cserépfedő, pék, műasztalos, kertész, szőlőműves.
9 vagy több	lakatos, takács, mángorló.
8 vagy több	teherkocsis, targonezás.
7 vagy több	ólomöntő, padozat- vagy tetőzetkészítő, kádár, ládakészítő.
6 vagy több	kovács, üstkovács, szerkovács, bádogos, esztergályos, épületmázoló, varga, eszmadia, szíjgyártó, nyerges, patkolókovács, nyilvános járművek kocsisa és kalauza, nyomdász, könyvdamunkás, véső, szakács.
5 vagy több	cserző, timár, mechanikus, gépszerelő, ércöntő, rézöntő, bronzöntő, limonádéárus.
4 vagy több	kékfestő, kályhás, szabó, fodrász, kifutó szolga, árusító.
3 vagy több	takács, kötélverő, agyag- és üveg-munkás, márvány-munkás, kalapos, gombkötő, czukrász, aranyműves, ékszerész, órás, aranyozó, ércfényező.
2 vagy több	könyvkötő és kárpitos, illatszerkészítő, fagyaltos, betűöntő, papírmunkás, fűszeres, szállodapincér, házmester, mészáros, czukrász.
1 vagy több	vegyületipari munkás, szobafestő, kárpitos, szűcs, állathizláló.
1-nél kevesebb	fehérműtisztító, művirágkészítő, keztyűs, hangszerkészítő, borkereskedő, gyümölcs- és szárnyas-kereskedő.

A foglalkozások e tömkelegébe szabályszerűség kerül, ha oly szempontból osztályozzuk őket, a mint ülő- vagy állóhelyzetben végeztenek.

Kézműves állva dolgozó	4403 eset.
Kézműves ülve dolgozó	608 „
Nem kézzel dolgozó, álló foglalkozás	310 „
Nem kézzel dolgozó ülő foglalkozás	111 „
Be nem osztható mesterségek	174 „
	5678 eset.

Az állva dolgozó kézművesek közül különösen azok szerepelnek nagy számmal, a kiknek nagy súlyokat kell emelniök, czipelniök. Fontos mellékkörülmény az is, hogy főleg azok vannak az első rovatokban, a kik előre hajolt testtartásban, szétvetett lábakkal dolgoznak. Néhány ellentmondó adat magyarázatába nem

¹ D = kétoldali; J = jobboldali; B = baloldali; JB = jobb- és baloldali sérv, illetve nyitott processus.

² Über Brüche in der Leistengegend künstlich traumatischen Ursprungs. Langenbeck's Arch. Bd. 60, H. 1.

³ Zur Frage der künstlichen Hernien. Ljetopis russkoi chirurgii. 1900. Nr. 5. Ref. Hildebrand's Jahresh.

⁴ Zur Kasuistik der Radikaloperation von Leistenbrüchen verdächtigen Ursprungs. Wojenno-medicsinski Szurnal. 1900. Juni. Ref. ibidem.

⁵ Hernie und Unfall. Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte. 1899. pag. 74.

boesátkozhatom (kovács, vasmunkás, mészáros között kevés a sérv).

Visszatérve a sérvdispositio és sérvalakulás menetéhez, ki kell emelnem, hogy a sérv két alakban szokott jelentkezni. A gyakoribb alak az, a mikor szinte észrevétlenül, sokszor viselőjének tudta nélkül képződik és nagyobbodik a sérv. Ezek azok az esetek, a melyekben a sérvtömlő nagyobbodását a hasprés folytonosan ismétlődő, meg-megújuló nyomása okozza. Ez a lassú, szinte észrevétlen nagyobbodás, melyben a tágitó szerepét, az útkészítés munkáját a cseplésnek fentebb leírt, kúpszerű részlete végezi, a hordozójának többnyire nem okoz fájdalmat. Rendesen csak akkor veszi észre sérvét, mikor az már a külső gyűrűt is meghaladta és mint bubonokele jelenik meg a bőr alatt. Innen van az, hogy a London Truss Society fentközlött számsorában oly ritka a kétoldali sérv, szemben a féloldalival. A rendelést műszerész végezte, a ki csak panaszra szerint vizsgálta a beteget. Az interstitiális herniák így maradtak ki az adatokból.

Máskor a sérv hirtelen jelenik meg. Valami erőlködés, nehéz tárgy emelése, ugrás, esés közben sérvtartalom szorul belé a tömlőbe. Ezek az esetek szoktak bíróság elé kerülni, a hol igénypörök tárgyat alkotják. Gyakoriságukra ugyancsak Berger adataiból következtethetünk. Szerinte 30-80%-ra tehető e sérvék száma (hernies de force). A föntiek szerint ferde lágyéksérv előzetes tömlőképződés nélkül el nem képzelhető és jogi tekintetben teljesen közömbös az, hogy e tömlő világra hozott nyitott processus-e, vagy Malgaigne-féle hernie en pointe. Ennek dacára a német bíróság arra az álláspontra helyezkedett, hogy a valódi hernie de force igénypörnek alapját teheti. A megfelelő intézkedés két legfontosabb pontja a következő:¹

„A károsodás, melyet a munkás keletkező lágyéksérv miatt elszenved, csak akkor vezethet kártérítéshez, ha az az üzem közben történő baleset következményének látszik.“

„Az üzemben történő baleset lényeges kritériuma, szemben az úgynevezett ipari betegséggel, annak lehetőségében rejlik, hogy a testi épség megzavarásának beállta idő szerint meghatározható eseményhez köthető, a mi amannál lehetséges, ennél nem található.“

E szerint az egyes esetekben minden azon mulik: annak bizonyosságát kideríteni, hogy a sérv keletkezése a most kifejtett értelemben balesetnek legyen minősíthető és természetesen oly balesetnek, mely „üzem közben“ keletkezett.²

Ez az álláspont tehát teljesen mellőzi a sérvdispositio kérdését, a mi jogi tekintetben igen kényelmes álláspont, a munkaadó szempontjából azonban nem mondható igazságosnak. Ennek tulajdonítható az a tartózkodó álláspont, melyet nagyobb üzemek vezetősége a sérvbajosokkal szemben elfoglal, az a bizalmatlanság, melylyel radikális sérvoperáltakat a felvételtől visszautasít. E körülmény viszont a munkás rovására esik. Igaza van Kocher-nek, a ki azt követeli, hogy a sérvbajától vagy dispositiójától radikális úton megszabadított munkás „egészségesnek“ minősítendő.

Más mechanizmus szerint képződnek az öreg ember sérvei. Ezekre teljesen áll az, a mit Kocher idézett munkájában mint sémát közöl. E sérvék anatómiája is különbözik a fiatal emberek sérvétől. Széles alapúak, nyakuk nincsen, laposan terülnek el a belső lágyékgyűrű magasságától lefelé. Mechanizmusuk egyezik a direct lágyéksérvekével és a czombsérvekével. Az asszonyok lágyéksérvének viszonyai valószínűleg hasonlóak a férfiakéihoz. 5 kétoldali sérv között csak egyben láttam egészen kezdeti viszonyokat. Ez egy eset alapján nem merek következtetéseket vonni.

A sérvdispositio vázolt körülményei gyakorlati tekintetben is fontosak. Célszerűnek látszik minden esetben, a melyben féloldalt kifejezett sérvet operálunk, kiváló figyelemmel vizsgálni a másik oldalt is. Ha a sérvdispositionnak jeleit találjuk: tág csatornát, tág belső gyűrűt, ütődés érzését köhögéskor, „puha lágyékok“, ajánlatos e második oldalt is megoperálni. Ez esetben azonban nem szabad meglegednünk azzal, hogy elvarrjuk az izomzatot, zárjuk a sérvkaput, kijelentve, hogy igazi sérvtömlő nincsen, csak tág kapu, széles alapú sérv van, mert én magam minden esetben (88) találtam és pedig keskeny, hosszúka, a funiculusból futó üres

tömlőt. Felkeresésére legalkalmasabb mód az, hogy az aponeurosis felhasítása után egészében kiemeljük és megfeszítjük az ondósinórt. A has felé eső részén felhasítjuk a fascia infundibuliformist, a mikor rendesen meglátjuk a funiculus felé keskenyedő tömlőcskét, mely pókháló vékonyságú, de tompán könnyen kikészíthető a funiculus képletei közül. Magasan a has felé követte reszekáljuk. A lágyékcsontra zárására ezután bármelyik bevált módszer használható.

Az appendicitis balneotherapiája.

Irta: *Pesthy István* dr. fürdőorvos Karlsbadban.

A modern orvostudomány egyik legkimagaslóbb fejezete az, mely a feregnyújtvány lobos megbetegedéseinek pathológiájával és therapiájával foglalkozik. Könyvtárat tölt meg az e tárgyról szóló s napvilágot látott irodalmi közlemények tömege. A vélemények, bár oly sok oldalról igyekeztek már a különböző kérdéseket megvilágítani, különösen a therapia tekintetében rendkívül eltérők: a sebész, kinek szeme elé rendesen a legsúlyosabb esetek a legveszedelmebb complicatiókkal kerülnek, hajlandó úgy nyilatkozni, hogy már maga az appendicitis-diagnosiz egyúttal indicatio is a műtetre; a belorvosok egy bizonyos gárdája viszont túlságosan optimista. Mindkét fél a statistikai adatoknak rájával küzd a maga igaza mellett, forgatják az adatokat jobbra-balra. Pontozatokba foglalják a műteti beavatkozásokra való indicatiokat, pedig csaknem minden kezünk alá kerülő eset más és más, az előirt szabályokhoz semmikép sem alkalmazható, egész külön megítélést igényel. Nagyon igaza van Székács főorvosnak, a mikor úgy nyilatkozik, hogy az appendicitis műtetre való indicatióját szabályhoz kötni nem lehet, az hogy operáltassunk-e vagy ne, leginkább az orvos subjectiv megítélésétől függ. „egyik beteg úgy imponál, olyan az összbemnyomás, a mit kelt, hogy azt sürgősen kell operálni, a másikonál viszont nem nagyon sürget az ember a műtétért“. Bizonyára azt a rengeteg, aprólékos és mellékesnek látszó körülményt óhajtja ezzel kifejezni, mely végre megadja az impulsust elhatározásunknak bizonyos irányban való nyilvánítására. Hogy azonban mégis könnyebb legyen egyrészt az egyes kóralakzatoknak megítélése, másrészt hogy therapeutikai beavatkozásaink főbb irányelveit megjelölhessük, a különböző appendicitiseket bizonyos rendszerbe igyekeztek szorítani. Bár ez a rendszer tökéletesnek nem mondható, mégis arra elég megfelelő, hogy elhatározásunkra esetleg irányítólag hasson.

A lefolyás tekintetében két főcsoportot különböztethetünk meg, ú. m. *acut* és *chronikus* feregnyújtványgyulladásokat. Hogy a két forma között hol van az elválasztó vonal, alig lehet megmondani, az acut tünetek lezajlása után átmegy az egész folyamat a chronikus formába, hogy egyszerre ismét a legacutabb színezetben okozzon egy hatalmas rohamot.

I. Az *acut* feregnyújtványgyulladások ismét kétféle klinikai képet tüntetnek fel:

1. Az egyszerű catarrhális feregnyújtványgyulladás, a mely általános, az emésztő szervek részéről mutakozó zavarokon kívül — étvágytalanság, émelygés, hányás, székelési zavarok — helybelileg kifejezett érzékenységekben a vakbél tájon (Mac Burney-pont, a feregnyújtvány kitapinthatóságában, esetleg még kimutatható exsudatumban is nyilvánul, alig kerül a sebész szeme elé, mert *Renvers*, *Sonnenburg*, *Sahli* stb. szerint műtét nélkül, pusztán belorvosi kezelésre mintegy 91—92%-ban gyógyul.

2. A *genyedő, átfuródó, üszkösödő* feregnyújtványgyulladás már az összes zajos, veszedelmes tüneteivel és szövödményeivel legtöbbször a műtőasztalra kerül, bár spontán gyógyulások ez esetekben is nagyon sokszor történnek és pedig vagy a geny letokolódása útján, a mikor az izzadmányok felszívódása, az összenövés és más anatómiai elváltozások révén felmerülő zavarok még hosszú ideig dolgot adnak a belorvosnak, vagy pedig a geny kiürülése útján, a mi vagy a felszínre, vagy a szomszédos szervekbe — bél, hólyag, hüvely — áttörés révén történhetik. Az ilyenkor visszamaradó anatómiai s klinikai elváltozások is belorvosi kezelésre várnak. *Sonnenburg* szerint ugyan minden ilyen spontán gyógyulás pusztán csak a rohamnak s nem magának az egész kóros folyamatnak a gyógyulása.

II. A *chronikus* feregnyújtványgyulladások között *Boas* két alakzatot különböztet meg és pedig:

¹ Idézve *Graser*: Die Lehre von den Hernien, Handbuch der Chirurgie 1900. szerint.

² Entscheidungen in Civilsachen. Bd. VI. S. 1.

1. *Residuális perityphlitis* (relapsing appendicitis az angoloknál és appendicite à rechutes a francziáknál), a midőn az acut roham után visszamaradó elváltozások adják a talajt a meg-megújuló rohamokra.

2. *Chronikus recidiváló perityphlitis* (recurrent appendicitis, illetőleg appendicite à recidives), a midőn a folyamat chronikusan, alattomosan kezdődik, állandóan tart s időnként rohamokká exacerbálódik. Ez a forma a legtöbbször a legkülönbözőbb természetű bélhurutokhoz, habituális obstipációkhoz, nőkben a különböző adnexmegbetegedésekhez esatlakozik. Mint atypusos formák ide sorolhatók Boas szerint a *colica appendicularis* (Talamon), a midőn rendszerint étrendi kihágás után heves kólikás fájdalom támadnak, melyeknek esücsontja az ileocecalis tájon van; a kólikák lezajlása után egy ideig még érzékeny marad a vakbél, hiányzik azonban minden lobos jelenség; és a *maskirozott* (Treves) vagy *larvált* (Ewald) perityphlitis, a midőn a számtalan, legkülönbözőbb symptomából csak nagy nehézségekkel lehet az appendicitis objectív jeleit kihamozni.

A chronikus esetek mindenikében, bár az eredmények közel sem olyan kecsesek, mint az acut esetekben, meg kell kísérelni a belorvostani kezelést, eredményt sokszor érhetünk el itt is, különösen a chronikus recidiváló formákban; valami imminens veszedelem pedig pontos és lelkiismeretes ellenőrzés mellett alig fog meglepni bennünket, hiszen *Karewski* szerint az egymást követő rohamok súlyosságukból, veszedelmességükből fokozatosan veszítenek.

Végül az appendicitisek kezelésében még egy területe nyílik a belorvosnak. Tudjuk, hogy a műtét után nem minden esetben következik be teljes gyógyulás, nagyon sokszor maradnak vissza különböző kellemetlenségek: székrekedés, bélhurut, kólikás fájdalom. *Haberer* szerint 96 operált eset után csak 56-ot mondhattak teljesen gyógyultnak, a többi 40 eset mind panaszkodott még különböző zavarokról. Egyre szaporodnak újabban azok az esetek is, melyekben műtét után még valóságos appendicitisrecidivát észleltek (*Fischl, Gerhardt*).

Az appendicitisek belorvostani kezelése a szerint, a mint a folyamat acut vagy chronikus, különböző. Míg az acut folyamatok kezelésében a főirányelv úgy általánosan, mint helybelileg is a nyugalom megteremtése, az előbbi ágyban fekvés, az utóbbi opiátok vagy belladonna adagolása révén (bár az opiátok adagolását az utóbbi időben különösen a sebészek elvetendőnek vélik, legutóbb azonban *Pel* ismét az opium mellett tör pálezt), azontúl a lokális anti-phlogistikus eljárások, hideg, jeges borogatások stb.; addig a chronikus perityphlitis, azoknak következményei oly tág teret nyújtanak a belorvostani tevékenységnek, hogy az előnyösen ható gyógytényezőknek egész sorát kell igénybe vennünk. A mint az acut jelenségek lezajlottak, élénk táru a feladat, hogy a chronikus lobos folyamatokat megszüntessük, hogy a vakbél tájon mutató exsudátumokat felszívódásra hozzuk, hogy a csatlakozó emésztőszervekbeli rendtelenségeket eltüntessük s hogy, ha a szükségesség fennforog, a súlyos betegség nyomán létrejött általános szervezetbeli decadenciát rendbehozzuk. Olyan feladat ez, mely azokat a tényezőket igényeli, melyeket a legezelszerűben, a legkételetesebben a természet által is megáldott gyógyhelyek csoportosítanak s épen ezért az appendicitisek belorvostani kezelésében, bár az a rengeteg irodalom meglehetősen mostohán bánik is vele, a legfontosabb szerep a balneoterapiának jut. Igaz ugyan, hogy a mai szociális viszonyok mellett ez a kezelésmód nem általánosítható, mert hiszen nem mindenkinek áll módjában az ilyen gyógyhelyek felkeresése, mint-hogy azonban otthon is, vagy bármely más, könnyebben hozzáférhető helyen a belorvostan, bár tökéletlenebbül, de mégis ugyanazokkal a faktorokkal dolgozik, nem lesz érdektelen talán e tényezőknek méltatása.

Az appendicitiseknek ilyen gyógyhelyeken történő kezelésekor szóba kerülő tényezők a diéta, az ivókúra, az esetleges bélbeli szövődmények lokális kezelése, a fürdők és borogatások és a mechanikai beavatkozások. Lássuk e tényezőket egyenként.

Diéta. Míg az acut rohamok alatt az étrendnek úgyszólván teljesen csak a folyékony tápanyagokra kell szorítkoznia, addig a későbbi stádiumokban már változatosabb diétát is írhatunk elő. Az egyszerű catarrhális appendicitisben kerülnünk kell minden olyan anyagot, mely lokálisan izgat. Ezen izgatás lehet mechanikai: aprómagvú gyümölcsök, bőséges cellulosét tartalmazó főzelékek, sok bél-

sárt adó ételnek, ú. m. barna vagy korpakenyér, tészták stb.; vagy kémiai, a mikor az ételnek rothadás vagy erjedés útján lehasadó gázok izgatják a bélnyálkahártyát, ilyenek a cukrot tartalmazó ételnek: gyümölcsök, befőttek vagy a szénsavas italok stb. A fűszerek, mint a melyek mindkét módon izgatnak, feltétlen kiküszöbölendők. Sok szerző általán mellőzendőnek tartja mind az olyan anyagot, mely a peristaltikát élénkíti. E tekintetben inkább *Ewald* véleményét osztom, a ki nem retten vissza a peristaltika mérsékes fokozásától, sőt sokkal előnyösebbnek tartja, ha a belet mérsékesen rendes kiürülésre izgatjuk, mint ha a bélben visszamaradó tartalom részint mechanikusan — nyomás —, részint a rothadási gázok kémiai izgatása által a lobos folyamatot csak növeli. A chronikus appendicitisformákban pedig, melyek rendszerint habituális obstipációval vannak szövődve, már egyenesen szükségesek olyan anyagok, melyek a bélbennéket higan tartják s a peristaltikát növelik, mint a milyenek a mustok, geléek, édes ételek, gyümölcsök, gyümölcsmártások, limonadeok, könnyű sör, gyümölcsborok. A diétának itt enyhén hashajtónak kell lenni, távoltartva természetesen minden durvább izgató anyagot. A táplálkozás minősége mellett nagy tekintet fordítandó annak mennyiségére is. Ha a beteg az acut roham alatt vagy azután is annyira „diétázott“, más szóval koplalt, hogy erejéből sokat veszített, lesóványodott, akkor óvatosan olyan kiadós diétát rendeljünk, mely a beteget ismét régi jó conditiojába hozhatja; nagy gondoskodást igényel ilyenkor azonban a legkiméletebbben eszközölt rendes kiürülés, nehogy az esetleg felhalmozódó béltartalom valami kellemetlenséget okozzon. Ha a beteg conditioja jó, megelégedhetünk az egyszerű karbantartással. Az egész szervezet jó tápláltsága feltétlen hatalmasan hozzá fog járulni a lokális elváltozások javulásához is.

Ivókúra. A belorvosoknak egy tekintélyes tagokból álló nagy sora úgy nyilatkozik, hogy az appendicitis kiinduló pontja legtöbbször a bélben, különösen a vastagbél felső szakaszában lejátszódó kóros folyamat: habituális obstipatio, chronikus hasmenés, a bélnyálkahártya catarrhális megbetegedése (*Quinke, Holm, Eichhorst* stb.). Az appendicitis e hurutos folyamat egyenes áttérjedése folytán áll elő. De ha nem is szerepelne e dolgok mint aetiologiai momentumok, akkor is a legtöbbször felmerülnek mint következmények, sőt mondjuk mint súlyosbító körülmények. Feltétlen oda kell tehát törekednünk, hogy ezektől a kísérő symptomáktól megszabadítsuk a beteget. Mint láttuk, *Ewald* még az acutabb formákban sem retten vissza a peristaltika mérsékes fokozásától, annál kevésbé a chronikus esetekben. Már pedig *Glax* szerint nincsen gyógyszerkönyvünkben a keserű és glaubersó-vizeken kívül olyan hashajtó, mely hosszú időn át használva, olyan csekély izgalommal lenne a bélnyálkahártyára. *Hay* állítja, hogy e sóoldatok még 5%-os concentratióban sem növelik sem a transsudatiót, sem a secretiót, csupán csak a peristaltikát élénkítik. Eme tulajdonságok miatt kimagasló előnye van ezen ásványos alkotórészeket tartalmazó vizeknek minden más, még a legenyhébbben ható hashajtó szerek felett is. A kiváló hatás ezen ásványvizek nagy endosmosis feszültségében rejlik, a felsőbb bélszakaszokból e miatt nem szívódnak fel, lekerülnek az alsóbb szakaszokba, ott a béltartalmat egyrészt higan tartják, másrészt a peristaltika élénkítése révén a bél kiürülését elősegítik. A peristaltika élénkítése, mely kiterjed az egész vastagbélre és annak függékére is, a sima izomelemek erősebb contractioja élénkíti egyúttal a bélfal vérkeringését is, másrészt az izomelemeket állandóan működésben tartva, fokozza azoknak s ezáltal az egész bélnek a tonusát. Így elősegíthetjük esetleg a féregnyújtványban stagnáló termék rendszeres kiürülését is, de elősegítjük az egész bélszakasz s így a beteg féregnyújtvány élénkebb vérkeringését is. Nincsen tehát egyéb hathatósabb és egyúttal ártalmatlanabb szerünk, mint a keserű- és glaubersó ásványvizek az appendicitisekhez csatlakozó bélémplicatiók kezelésében. Csak ha ezek alkalmazása bármilyen okból kivihetetlen volna, forduljunk mint másodrangú gyógyszerhez a savóhoz, melynek tejcukortartalma révén jutott ki enyhe hashajtó hatás, vagy egyéb enyhébb kathartikumokhoz. Az ivókúra elrendelésekor természetesen tekintetbe kell vennünk sok egyéni tulajdonságot, azt minden egyes esetben külön-külön kell beállítanunk úgy, hogy épen a kívánt hatást érjük el, annál sem többet, sem kevesebbet. A keserűvizekből *Glax* szerint már 100—200

gramm is elegendő, a glaubersós vizek a concentratio, a hőfok és egyéb mellékes alkotórészeik különbözőségei miatt sokkal nagyobb differentiákat fognak feltüntetni.

A bélbeli complicatiók, különösen a nyálkahártya hurutos megbetegedéseinek kezelésében igen fontos szerep juthat a *bélhurutok lokális kezelésének* is. Természetesen nem szabad egy acut genyedő üszkösödő roham alatt semmi erősebb beavatkozáshoz sem nyúlnunk, a melylyel ez esetben csak egy alárendelt jelentőségű complicatiót óhajtánánk megszüntetni. Feltétlenül indikált azonban a bélhurutok, a typhlitisek legintenzívebb kezelése akkor, midőn a bélhurut heves symptomái mellett érzékeny a *Mac Burney*-pont, mikor ott esetleg tapintható a duzzadt féregnyújtvány, a mikor tehát feltehető, hogy az elsődleges dolog a bélcatarrhus s az appendix alteratioja csak ezen hurutnak direct áttérjedése. Elébe kell vágnunk annak, hogy a most még talán csekély jelentőségű folyamat az appendix esetleges hurutos obliteratioja után, a fertőzött bennék felhalmozódása révén, egy legacutabb, legveszedelmesebb fertőzött, genyes appendicitis-rohamban végződjék. Tudjuk, hogy az ilyen rohamok épen ezen a módon szoktak a leggyakrabban előállni. Míg az appendix ürege nyiltan közlekedik a bélüreggel, míg retentio nincs, addig semmi imminens veszedelem nem fenyeget; a mint azonban a váladék a féregnyújtvány üregében, legtöbbször a nyálkahártya hurutos beduzzadása miatt megreked, ott a további secretio folytán szaporodik, nagy feszültség alá kerül, a benne levő fertőző csírák a jó táptalajon s egyéb körülmények folytán virulentiájukban is rohamosan növekednek, beáll az appendicitis legveszedelmesebb formájú rohama annál is inkább, mert a rendkívül nagy számban lévő nyiroktüszők és pályák útján épen a fokozott nyomás miatt rohamosan terjedhet át a fertőzés a peritoneumra. Feltétlenül szükséges tehát az említett esetekben a bélhurut lehető gyors és erőyes kezelése, a mire pedig a bélmosásokban, öblítésekben bírjuk a legmegbízhatóbb gyógyszerközünk. Ha valahol óvakodnunk kell minden olyan bélmosó folyadéktól, mely akár physikai, akár chemiai tulajdonságainál fogva izgatja a bélnyálkahártyát, azt duzzasztja, úgy első sorban épen az ilyen bélhurutokban, hiszen könnyen idézhetjük elő ilyen módon az appendix obliteratioját. Csak physiologiai töménységű sóoldatok s csak testhőmérséken és csekély mennyiségben alkalmazandók, mint a mely folyadékok minden tekintetben a legindifferensebbek. Ha az öblítő folyadékkal pusztán csak a peristaltikát élénkítjük, az az appendix élénkebb s erősebb contractioját is kiváltván, annak tökéletesebb kiürülését eredményezi. Egyéb chronikus appendicitis-esetekben is, ha a bélbeli szövődmények súlyosak, hatalmas segítő eszközünk lehet a kezelésben a kiméletesen eszközölt bélmosás, hasonlóan a műtét után visszamaradó bélalteratiókban is.

Megbecsülhetetlen és kiváló eszközeink rejlenek úgy a hurutos vakbél- és féregnyújtványgyulladások, mint a már meglevő exsudatumok gyógykezelésekor a különböző *fürdőkben és borogatásokban*. *Jaksch* kiemeli a moórfürdők erőyes befolyását a hurutos appendicitisek gyógyításában. Tudjuk *Loebel* vizsgálataiból, hogy a moórfürdők hatalmas vasomotoros hatása a hasüregben kezdetben a splanchnicus izgatása folytán vérnyomásosökkenésben, majd a reactioidő beköszöntésével a splanchnicus-ereknek újra telődése révén a vérnyomás emelkedésében nyilvánul, a vérnyomás ezen emelkedése az egymást követő fürdők után kimutathatólag cumulativ. A szív működésére a moórfürdőknek hasonló hatása mutatható ki: kezdetben a lökesszámot kevesbiti, növeli azonban hatalmasan a contractiók voluminositását, később a rhythmusra is élénkítőleg hat. Ha még hozzávesszük ehhez, hogy ugyanezen idő alatt tetemesen növeli a lélekző felületet kiadós, mély, szám szerint ugyan kevesebb lélekzetvétel előidézése által és hogy directe a sejt és szövet anyagcseréjét is erősen fokozza, beláthatjuk azt a rendkívül jó befolyást, a mit az ilyen fürdők a megbetegedett appendix falzatára, az ott lejátszódó lobos folyamatokra gyakorolnak, különösen ha szem előtt tartjuk *Van Cott* azon állítását, hogy sehol nem jön létre olyan könnyen a vérrendszer hiányossága folytán táplálkozási zavar, mint éppen az appendixben, melynek amúgy is gyér erezetét az arteria appendicularis látja el friss vérrrel, a mely arteria pedig már *Cohnheim*-féle végarteria, nélkülözve minden anastomosist. Milyen fontos itt, a midőn pusztán csak erre az egy pályára vagyunk szorulva, ha rajta tetemesen

nagyobb mennyiségű, bőségesebb tápanyagot tartalmazó, activabb vért tudunk élénkebb áramban áthajtani. A mucosa lobos termékei hamarosan eltávolodnak, az ép sejtes elemek élénkebb regenerációs tevékenységbe jönnek, az esetleges catarrhalis fekélyek gyorsan telődnek és fedődnek s így elzáródik az út, melyen a fertőző anyagok a mélyebb rétegekbe kerülhetnek s onnét veszélyeztetetik a környezetet, a peritoneumot s az egész szervezetet. A lobos duzzadság hamarosan lecsökken, megnyílik a passage a bélüreg felé, melyen át a jól táplált izomelemek erőyes összehúzódása kitakaríthatja az appendix üregében felgyülemlett bennéket. Hasonlóan élénkül a környezetben esetleg már mutatkozó exsudatum felszívódása is.

Ugyancsak kedvező befolyást tulajdonít még *Jaksch* az iszap- és *Glax* a tengeri fürdőknek.

Ha már az acutabb appendicitisekre olyan kedvező a moórfürdők hatása, mennyivel inkább megbecsülhetetlen ez a chronikus formákban, a melyekben a vakbél körüli kérges-heges exsudatumok felszívódása azoknak még renyhébb vérkeringési viszonyai miatt ütközik nehézségbe. Tudjuk, hogy ezek a kemény exsudatumok a szervezet védőbástyái a fertőző anyagokkal szemben. *Sahli*, *Krafft*, *Nothnagel* szerint az ilyen izzadmányok mélyén mindig megtalálhatjuk a genyes, fertőzött magvat. A geny innét vagy az ú. n. öndrainage (*Sahli*) útján magán a beteg féregnyújtványon keresztül a bélüregbe, vagy felszívódás útján távolodhatik. A felszívódás magáról a peritoneumról is történhet (*Rotter*), de *Nothnagel* szerint csak akkor, ha a fertőző anyagok virulentiája igen alacsony fokú. Az ilyen chronikus izzadmányok felszívódtatására is hatalmas befolyást tulajdonít *Jaksch* a moórfürdőknek, a mely hatásra analogia a női adnexákon jelentkező izzadmányoknak kitünő reactioja ugyancsak a moórfürdőkre. A hatásmód a fentebb vázolt vérkeringési viszonyok megváltozásából könnyen érthető. Véleményem szerint kitünő adjuvans az ilyen esetekben a moórfürdő mellett a lokális meleg applicatio, a mit legezelszerűbben, legkönnyebben az izzadmány fölé alkalmazott forró pépes borogatások alakjában eszközölhetünk (moór- és iszapborogatások). A fürdő-hőmérséklet tetemesen meghaladó borogatás igen nagy hődifferenciákat teremt s így az élénkebb általános vérkeringés mellett a helybeli nedvszegény izzadmány vérrrel való telődését, átáramoltatását még inkább növeli, mi által a rendellenes szövetrészek, exsudatumok eltávolítását hatalmasan elősegíti.

Igen sokszor kerül szemünk elé olyan beteg, ki akár a hosszas synylődés, hiányos táplálkozás miatt, akár a chronikus genyedések következtében tápláltságából sokat vesztett, gyenge, vérszegény s egyrészt ezen decadentiák, másrészt a sok lelki izgalom, félelem, aggodalom miatt kimerült idegrendszerű; az ilyen betegeken, ha már a vakbél körüli folyamatok valami különösebb beavatkozásokra nem szorulnak, vegyük alkalmazásba a roboráló, tonizáló, vért regeneráló fürdőket, ú. m. a szénsavas, vasas, tengeri fürdőket, a melyek megválasztásakor az esetleges klimás viszonyokat is szem előtt tarthatjuk. Az általános szervezeti tápláltság növelése feltétlen kedvező befolyással lesz a lokális elváltozásokra is.

Nagyon meggondolandónak tartom, még ha pusztán chronikus exsudatumok felszívódásáról volna is szó, az appendicitisek kezelésében a *mechanikai beavatkozásokat*, mint minő a massage, tornázás, egyéb sportok, mozgás, járás stb. Hallottuk *Sahli*, *Krafft* és *Nothnagel* véleményét, hogy minden egyes féregnyújtványlobos izzadmány mélyében ott fekszik a genyes mag, a sokat emlegetett bomba. Ilyen durva beavatkozásra e miatt a körülmény miatt ezek az izzadmányok noli me tangere-t alkotnak. Igaz ugyan, hogy az olyan leülepedett, megkérgesedett izzadmányok felszívódására ezen beavatkozások általános és lokális hatása oly kiváló előnyöket nyújt, hogy sokakat elcsábít e veszélyes lépésre, én azonban, különösen mikor a többi tényező kedvező behatását veszem igénybe, betegeimet még a felesleges mozgástól is eltiltom, azt csak a legszükségesebbre redukálom, mert ha veszedelmesek e beavatkozások egymagukban is, mennyivel inkább azok, a mikor a meleg moórfürdők, forró borogatások, ivókúra stb. révén az egész izzadmány bővérbűbb, érzékenyebb, mintegy fellazult és ez által sokkal sérülékenyebb lett. Azt hiszem nem tűnik fel kiesínységnek, ha minden ilyen alkalommal lelkére kötöm pasiensemnek, hogy minden lépést higgadtan, meggondoltan tegyen, hogy óvja

szervezetét minden megrázkódtatástól, hogy semmi körülmények között kocsira ne üljön, mert ezen a zökkenést, a rázást el nem kerülheti, hogy hegyre ne menjen, mert onnét lejövet érheti a legtöbb calamitás. Otthon az ilyen tilalom a rendes napi foglalkozásban természetesen csak annyit ér, mint a hogy *Erwald* jól jegyzi meg, ha valakinek eltöltjük, hogy ne ingerlődjék fel. Pontosan s lelkiismeretesen teljesíthető azonban ez a dolog is egy gyógyhelyen, a hol a betegnek épenséggel nincsen más dolga, mint saját enjével bibelődni. Az abszolút nyugalom, az ágyban tartózkodás, ha csak valami complicatio ezt szükségessé nem teszi, felesleges. Fontosabbnak tartom, hogy a beteg a szabadban tartózkodás, a jó levegő, a szórakozás s a kevés mozgás után jobban táplálkozassék, egészségesebb általános viszonyok közé helyeztessék.

Ezek volnának azok a tényezők, melyek az appendicitis balneotherapiájában tekintetbe jönnek. Már most néhány szóval arról kell szólnunk, hol volna az ilyen appendicitis-kezelés a legelőkeltebben keresztülvihető? Otthon, a hol minden egyes tényező beszerzése, megteremtése a legnagyobb nehézségekbe ütközik, a hol a beteg mindenesetre rendes napi foglalkozásait is teljesítené, eleve ki van zárva. Sanatoriumokban, kórházakban ritkán akadunk teljes és megfelelő berendezésekre. A legpontosabban és legelőkeltebben találunk meg minden egyes faktort a nagy fürdő- és gyógyhelyeken, a melyek az ivókúrára is alkalmas gyógyforrásokkal rendelkeznek, ilyenek a keserűsósvízi és glaubersósvízi gyógyhelyek. Hazánkban az ilyen ásványvizekkel rendelkező fürdőhelyek sajnos egyéb szempontokból tökéletlenek. Külföldön és egyúttal az egész földkerekségen is az első helyet foglalják el e tekintetben is a világhírű cseh fürdők: Karlsbad és Marienbad; hasonlóan Rohitsch és Tarasp (Svájc) is alkalmas volna. A gyógyhely megválasztásakor még egy körülményt kell az elősoroltakon kívül szemünk előtt tartani. Tudjuk, hogy az appendicitis lefolyása közben minden igyekeztünk ellenére és a legnagyobb körültekintés mellett is produkálhat minden időben friss rohamot vagy exacerbatiót, mely azután esetleg sürgős sebészi beavatkozást igényelhet; tudjuk, hogy milyen veszedelemmel járhat az ilyen beteg transportálása olyan helyre, a hol a műtetre alkalmas körülményeket nyerhetünk; ismerjük azokat a kellemetlenségeket, nehézségeket, melyeket a magánházban, plane idegen helyen való műtét gördít elénk. Mily előnyös a betegre, orvosra egyaránt, ha e tekintetben is tökéletes berendezés áll rendelkezésére az illető gyógyhelyen. Olyan körülmény ez, melyet a gyógyhely megválasztásakor figyelmen kívül hagynunk nem szabad.

A belorvostani kezelés, melynek keretében az appendicitis balneotherapiája áll a homloktérben a felsorolt gyógytényezők révén, igen sok esetben fog szép eredménnyel, végleges gyógyulással járni. Igaz ugyan, hogy annyira kedvezőnek, mint azt *Sahli* feltűnteti, ki 7213 észlelt appendicitis-esetben 91·2%-ot tekint belorvostani kezelésre gyógyultnak, nem tekinthetjük; viszont annyira sem szabad pessimistának lenni, mint a minő *Boas* és vele többen, kik különösen a chronikus residuális és recidiváló perityphlitisek után a teljes gyógyulást operatio nélkül a legnagyobb ritkaságnak tekintik. Minden egyes esetben meg kell kísérelni a belorvostani kezelést s csak, ha olyan jelenségek mutatkoznak, melyek a további belorvostani beavatkozást meddővé tennék, vagy a beteget a késedelmezés veszélybe döntené, a mire pedig az appendicitisek olyan kimerítő klinikai ismerete, mint a minővel ma már rendelkezünk, jó előre szolgál figyelmeztető symptomákkal, szabad az operatio szükségességét felvetnünk.

Közlemény a szt. Margit-kórház sebészeti osztályáról.

A hernia epigastrica kapujának gyökeres zárásáról.

Irta: *Pólya Jenő* dr. oszt. rendelőorvos.

Tekintve a hernia epigastrica gyakoriságát és azokat a súlyos subjectív tüneteket, melyeket okoz, valóban feltűnő, hogy gyökeres elzárásának módjáról a tan- és kézikönyvek, sőt a kizárólag csak e tárggyal foglalkozó közlemények javarésze is egyáltalán nem, vagy csak olyképen emlékezik meg, hogy a vele

szemben követendő eljárás a köldöksérvek radikális műtétével azonos.

Pedig a két sérvforma között, különösen nagyság szempontjából, de meg a sérvkapu anatómiai viszonyai szempontjából is olyan különbségek vannak, hogy e tétel így nem állhat meg. A műtetre kerülő köldökherniák diónyinál csak ritkán kisebbek, rendszerint azonban jóval nagyobbak, míg a hernia epigastrica nagysága csak ritka esetben haladja túl a borsó-mogyorónyi terjedelmet. A linea alba és a szomszédos aponeurosis pedig sokkal feszebb, merevebb az epigastrumsérvek nyílása körül, mint a köldökgyűrű táján. Mindenesetre a köldökgyűrű elzárására használatos rectushüvelyfelhasítás stb. epigastrumsérvek esetében csak akkor bir jogosultsággal, ha az epigastrumsérv kapuja nagy, a mi igen ritkán fordul elő.

Egy ilyen kivételes esetet volt alkalmam észlelni a múlt nyár folyamán egy igen elhízott 50 éves nőn, a kinek a közép vonalban a proc. xiphoides és köldök között körülbelül középen ülő emberfejnnyi sérve volt. A négy ujját kényelmesen befogadó sérvkaput a *Maydl*-műtétnek általam ajánlott módosításával¹ zártam. Az igen tág sérvkapu a rectushüvelyek felhasítása és galleralakban való felpraeparálása után dohányszacsóvarrattal a legnagyobb könnyűséggel volt teljesen zárható s ezen alkalommal újra láttam az általam ajánlott dohányszacsóvarrat nagy előnyét a *Maydl* és mások (pl. *Karevski*) által ajánlott csomós varratok felett. Eltekintve attól, a mit fent citált cikkekemben hangoztattam, hogy a mélybe sülyesztett fonálmaterialis ily módon ad minimum lesz redukálva, hogy az eljárás sokkal gyorsabban vihető ily módon ki: főleg azt akarom e helyt újból kiemelni, hogy dohányszacsóvarrattal a köldöksérvkapu sokkal könnyebben és sokkal kisebb feszülés alatt zárható el, mint csomós varratokkal. És ez igen könnyen érthető is, ha meggondoljuk, hogy míg a csomós varratok a nagyjában kör alakú defectust a kör átmérője, illetve húrjai irányában igyekeznek összehúzni, addig a dohányszacsóvarrat a sérvkaput koncentrikusan szűkíti. Míg tehát az utóbbi varrat alkalmazásakor a feszülés minden irányban egyenlően megoszlik, addig a csomós varratok alkalmazásakor a feszülés egészen egy irányban, a varratok irányában koncentrálódik.

Azt sem szabad felednünk, hogy ezen nagy sérvkapu a hasfal kis defectusainak fokozatos tágulása, tehát az eredeti defectust környező szövetek excentrikus szétterjedése által keletkeztek, vagyis a köldöksérv kapuját környező szövetek a periphéria irányában nyúltak volt meg. E kinyúlás megszüntetésének legtermészetesebb útját már most a kinyúlás irányával párhuzamos, tehát koncentrikus szűkítés képezi, mely mintegy visszafelé csinálja meg a sérv keletkezése és tágulása folyamán végbement folyamatot, a szétterjedt szöveteket eredeti helyzetükbe hozva vissza, míg az egyéb eljárások a körből egy haránt- vagy hosszirányban futó vonalat igyekeznek csinálni.

Mindezen theoriás okoskodásoknál pedig hathatósabban szól a dohányszacsó-varrat alkalmazása mellett az az empiriás tapasztalat, hogy a messzire széjjeltér rectusok, melyeket csomós varratokkal csak nagynehezen, sok fonál átvágása és szakadása után, vagy a rectusok előzetes alá- vagy széjjelpraeparálása után lehet csak összehúzni, a dohányszacsóvarrat alkalmazásakor minden további nélkül egészen prompt összejönnek.

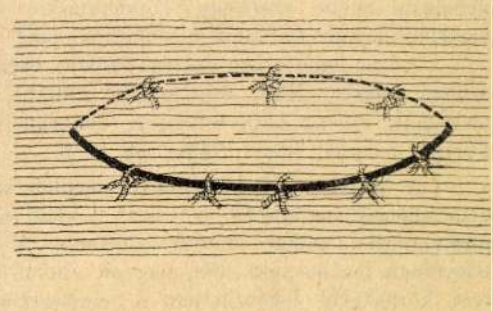
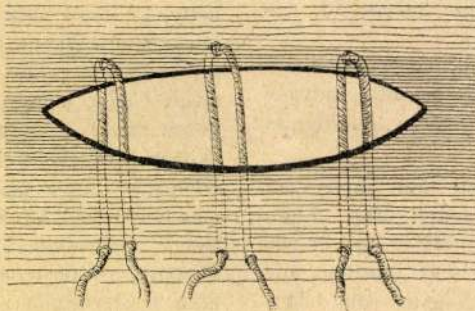
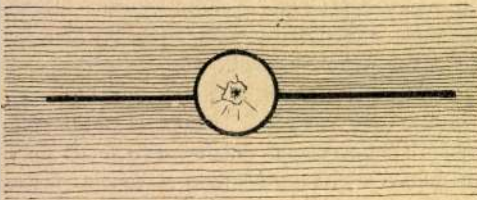
Mint azonban említém, ezen eljárás epigastrumsérvek műtétében csak igen kivételes alkalmakkor jöhet szóba, még kevésbé természetesen a *Biondi-Pfannenstiel*-féle beható műtét, melyet *Menge* epigastrumherniákra is ajánl² s melyet csak extrem nagy köldöksérvek vagy hasfali diastasisok esetében tartanék jogosultnak.

A legtöbb epigastrumsérv kapuja oly kicsiny, hogy a rectushüvely sérelmezése nélkül is jól elzárható és így a rectushüvely felhasítása annál kevésbé indokolt, mert a rectusok összehúzása az epigastrumban az izomnak a bordákhoz való tapadása miatt aránylag nehezebben és nagyobb feszüléssel eszközölhető, mint a köldöktájon, vagy épen alatta, ha csak a rectushüvelyek igen kiterjedten nem hasítottak fel, hogy a rectusokat szélesen mobilizálhassuk, a mit ezen apró sérvkapuk elzárása szempontjából megeselekedni igazán nem volna indokolt.

¹ L. Budapesti Orvosi Ujság. Sebészet 1905. 2. sz. és Zentralblatt für Chirurgie 1905. 42. sz.

² Centralblatt für Gynäkologie. 1903.

Másfelől pedig nem lehet tagadni, hogy ezen apró defectusok elzárása akár hossz-, akár harántirányban úgy, hogy a defectus szélei pontosan érintkezzenek, a linea alba szövetének merevsége, rigid volta miatt valóban nehezen megy. Azt sem szabad feledni, hogy épen a sérvkapu kiesiny volta miatt legtöbbször nem is lehet annak helyére több mint egy varratot alkalmazni, az eredmény tartóssága tehát egyetlen varraton múlik és ez az egy varrat is a kör alakú defectus átmérőjének irányába, tehát a legnagyobb feszülés helyére esik. Ha még hozzáveszünk ehhez azon körülményt, melyre *Girard*¹ tett figyelmessé, hogy az összevarrás helyén keletkező egyszerű kötőszöveti heg, mivel rugalmas rostokat nem tartalmaz, kitágulásra igen hajlamos, azon meggyőződésre jutunk, hogy a linea alba sebszéleinek egyszerű összevarrása nem tekinthető olyan exact és biztos eljárásnak, a minő a műtét gyökeressége szempontjából kívánatos volna. A sérvkapu gyökeres elzárásának legfőbb biztosítéka, a mint azt szintén *Girard* emelte ki, a fedőrétegek megszorítása és a varratvonalaknak egymás fölé való eltolódása. Már *Witzel*² ajánlotta, hogy epigastriumsérvek gyökeres elzárása alkalmával a linea alban levő seb széleit ne directe egymáshoz, hanem egymás fölé helyezzük s ezt technikailag úgy valósítja meg, hogy a tűvel az egyik sebajak szélén egyenesen hatol át elülről hátra, míg a másik sebajakon a szélétől valamivel távolabb szúr be s a varratot Lembert-szerűen vezeti, ennek folytán a sebszélek egymás fölé eltolódnak. Ugyanez az eljárás az, melyet legújabbban *Siek*³ ajánl fasciavarrásra, azonban szerinte a varrat e formája épen a linea alba felső két harmadában nem jól alkalmazható, mert igen könnyen támadnak erősebb beszakadások a középvonal szomszédságában s így a célnak ép ellenkezőjét érjük el. Szerinte a linea alba sebszélei jobban tapadnak, mint



egymásra húzott sebfelületei. E varratforma körül tapasztaltam niesen, azonban azt hiszem, hogy ilyen módon a linea albat lényegesen megdupláznai nem lehet és mindenestre csupán egy sor varratra van bízva a sérvkapu elzárása.

Azért czélszerűbbnek tartom a linea alba defectusát kiterjedtebben tágitani, a mi különben a sérvtartalom pontos revisioja, esetleg a gyomor állapotának megvizsgálása, valamint a sérvtömlő lehető magas lekötése szempontjából is hasznos, s azután a linea alba sebszéleit alápraeparálván, azokat egymás fölé szélesen eltolni s őket e helyzetben két sor varrattal, melyek egymást kölcsönösen feszítelenítik, rögzíteni, lap szerint „összestéppelni“. Ennek az az előnye is megvan, hogy ha az epigastriumsérv nyílásának szomszédságában más apróbb defectusok is vannak a linea alban, a mi elég gyakran előfordul, ezek is eltüntethetők.

A rétegek ilyen kiterjedt megduplázását különben köldöksérvek, medián hassebek hegeiből kiinduló nagy sérvek, hasfali diastasisok esetében több szerző ajánlja. *Mayo*⁴ a köldökgűrűt haránt irányban tágitva, a két aponeurosislebensyt haránt irányban tolja egymás fölé, az alsó lebeny szélét matracvarratokkal rögzíti a felsőhöz, a felső lebeny szélét pedig az alsó lebeny lapjához varrja. *Sapiejko*, *Piccoli*, *Hartmann* hosszirányban duplázzák meg az aponeurosis és a rectusizomzatot.

*Sapiejko*¹ esetében, melyben a köldöksérv nagy rectusdiastasisal kombinálódott, oly módon járt el, hogy a proc. xiphoidenstól a symphysisig megnyitotta a hasüreget, a sérvtömlőt kiirtotta, azután a sebszél két oldalát alkotó peritoneum-aponeurosislebensyket oly módon egyesítette lap szerint egymással, hogy a bal sebszél a jobb lebeny peritoneális felületéhez varrta, a jobb sebszél pedig a bal lebeny aponeurosis felületéhez, úgy hogy a két lebeny egymást a köldök táján mintegy 15 cm.-nyire fedte.

Piccoli-nak² a köldöksérvekre vonatkozó eljárása hasonló az előbbihez, csak hogy a peritoneumot külön egyesíti s csak azután duplázza meg az aponeurosislebensyket. Az egyik sor varrat sajátos matracvarrat, míg a másik sor csomós. Egy gyógyult esetéről referál és említi, hogy *Bonomo* is operált hasonló módon egy beteget.

*Hartmann*³ eljárását, melyet „suture par doublement“-nak nevez, nagy köldök- és hasfali sérvekre alkalmazza s előzőleg tanítványa, *Savariaud*⁴ által is leíratta. A sérvtömlő kimetszése és a sérvtartalom ellátása után a peritoneumból és aponeurosisból álló sebszéleket, „mint a redingót két szárnyát“ egymás fölé eltolja s őket ilyen helyzetben egy sor matrac- és egy sor tova futó catgutvarrattal rögzíti egymáshoz. Eljárását, melyet 1895 óta gyakorol, 12 esetben próbálta ki jó sikerrel.

Ezen műtétek elvét alkalmazva az epigastriumsérvekre, a rectushüvely megsértése s a beavatkozás súlyosságának fokozása nélkül a linea alba defectusát igen pontosan és megbízhatóan zárhatjuk el. A műtét ezen esetekben következőképen alakul:

1. Bőrmetszés a sérv fölött a medianvonalban.
2. A sérvtömlő s az előtte fekvő praeperitonealis lipoma kipraeparálása, a sérvkapu szabaddá tétele.

3. A sérvkapuból kiindulólag úgy fel- mint lefelé 2—3 cm.-nyire felhasítjuk a linea albat.

4. A sérvtömlőt megnyitjuk, esetleges tartalmát lege artis ellátjuk, feltűnően súlyos gyomorpanaszok jelenlétében meggyőződik direct inspectio révén a gyomor állapotáról és magasan előhúzáva a sérvtömlőt, alapján átöltjük, lekötjük, kiirtjuk a hozzá tapadt lipomával együtt.

5. A linea alba sebszéleit alápraeparálva, letoljuk a hashártyát s egyik sebszélén (kényelmesebb a balon) kettősen fegyverzett fonalat viszünk át, majd a fonál mindkét tűjét a túloldali sebajak alsó felszíne alatt vite, ezt 1½—2 cm.-nyire a szélétől átszúrjuk, midőn a fonál természetesen a rectus izomhúsnál is áthalad. 3—4 ilyen varratot elhelyezve, ezeket csomózzuk.

6. A még szabad sebszél csomós varratokkal az elülső rectushüvelyhez öltjük.

7. Tovafutó bőrvarrat.

Ezt az eljárást két ízben kísértettem meg (15 éves leány és 37 éves férfi) s mindkét esetben meggyőződtem arról, hogy a linea alba megduplázása és két sor varrattal való összetűzése ilyen módon igen egyszerűen és könnyen sikerül. Mindkét betegem teljesen simán gyógyult és prima sebbel hagyta el a kórházat. Mivel az eljárás a sérvkapu alapos elzárását biztosítja és asepsises lefolyás esetén legalább theoretice gyökeres gyógyulást látszik ígérni s e mellett igen egyszerűen és könnyen hajtható végre, bátorodom szaktársaim figyelmébe ajánlani.

¹ La cure radicale des hernies inguinales. Congr. internat. de Paris 1900.

² *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge* 10.

³ *Zentralblatt für Chirurgie*. 1908. Nr. 2.

⁴ *F. Baracz: Archiv für klin. Chirurgie*. 77.

¹ *Revue de chirurgie* 1900. Tome 21.

² *Zentralblatt für Chirurgie*. 1900. Nr. 2.

³ *Annales de gynécologie et d'obstetrique*. 1904.

⁴ *Congrès français de chir.* 1901. *Revue de chir.* 74. Nr. 11.

Sérvkizárodás képét mutató hasüri affectio esetei. Sérvet okozó peritonitis tuberculosa esete.

Irta: **Láng Sándor** dr. műtőorvos Debreczenben.

A gyakorlat nagy mester annak a megtanítására, hogy a mikor sérvet operálunk, ne induljunk úgy neki, hogy majd „közönséges, átlag” esettel lesz dolgunk. A legtöbb esetet csakugyan száraz homlokkal intézhetjük el. Sok esetben azonban verejtékes homlokunk elárulja, hogy bizony izgató fordulatok állottak elő, a hol jelen kell lenni a szemnek, a kéznek, meg a szívnek. Kórházban vagy klinikán hagyján. Itt kommandókkal dolgozunk, van elég alantas tiszt, meg közlegény is. De ott, a hol csaknem momentán kell körjelzést felállítani, mikor kisürgönyözik az embert falura vagy mikor futólagosan kórházban kell helyettesíteni, mikor izgatott kollégáktól s családtagoktól körülvéve becsületes körülzöményt sem kaphatni. Pedig hol kell inkább a diagnosisunkat téglánként felépíteni, mint az abdominális chirurgiában.

Eseim oly sérvműtétekről szólnak, a melyekben műtét közben tűnt ki, hogy a sérv csak mint complicatio szerepelt.

1. eset. Alig tettem a lábam Debreczenbe, sürgőnyt kapok H.-Szoboszlórról: kizárt sérvműtét azonnal. Rég ismert kartársam fogad s egyenesen visz a végek egyik szerény házikójába, a hol a beteg feküdt.

Annyit tudtam meg, hogy egy hét előtt erős hasfájást kapott, azóta széke nines, szelek sem távoznak, évekkel ezelőtt keletkezett bal lágyéksérve, a mely eddig visszajárt, nem helyezhető vissza, 5 nap óta folyton hány s hányadéka már bűzös is.

Megvizsgáltam a 46 éves sovány parasztembert.

A scrotum két ökölnyire megnagyobbodott, feszes, fényes, nyomásra felette érzékeny, kopogtatáskor tompa hangot ad, concentrikus nyomással nem kisebbíthető meg.

A has dobszerűen feszes, puffadt, csekély érintésre fájdalmas, szabad hasvíz. Máj-, léptompulat eltűnt. Arcz beesett, halvány, megnyúlt. Pulsus 160, felületen, könnyen elnyomható, de ütemes. Folyton csuklik, hány. Hőmérsék 38.6.

A hashártyalob kétségtelen jelenléte mellett több napos sérvkizárodásnak fogtam fel az esetet s kellő előkészítés után chloroformnarcosis mellett műtétet láttunk. A bőrmetszés, a scrotum bonyéinak leválasztása után nagyon vaskos képlethez jutottam, melyet köröskörül lekészítettem s bemetsztem. Nagyon sok, bűzös, szürkésbarna, bélsárszagú folyadék ömlött ki.

Tisztában voltam, hogy nagyon vastagfalú sérvtömlővel van dolgom, de hogy a kiömlött bűzös folyadék kizárodott bélkaes átfúródásából vagy a hasüregből jött, azt még nem tudtam.

A tömlő falának felhasítása után kitűnt, hogy a sérvtömlő nyakánál egy bélkaes lóg le, a mely azonban szabad s könnyen lehozható. A bélkaes savóshártyája belövelt, helyenként rostonyával borított. Kőhögéskor a bűzös folyadék sugáralakban ömlött ki.

Meggyőződve, hogy hasürbeli átfúródás s általános hashártyalob termékével van dolgom, másrészt meg az altató pulsusgyöngeséget jelzett, a sérvtömlőt bevarrtam, a bonyéket s bőrt külön étageban egyesítettem. A beteg kollabált, de a collapsusból aetherrel kihoztuk. A mint értesültem, másnap meghalt.

Ebben az esetben tehát az általános hashártyalob meglévő sérv mellett a sérvkizárodás képét hozta létre, nagy meteorismus hasüri exsudatumot hajtott a sérvtömlőbe s azt kifeszítve tartotta. Hogy concentrikus nyomás mellett miért nem tudtam megkisebíteni a sérvtömlőt szabad sérvnyak mellett, talán onnét volt, hogy a fájdalmas lobos sérvtömlő nyomásakor kiváltott rekeszizom-reflex növelte az abdominális nyomást s az ott lévő bélkaest, mely belógott a sérvbe, jobban odanyomta a sérvnyakhoz.

Még ugyanabban az évben Hajdú-Sámsonba vittek ki hasonló esethez.

Négy éves gyermekről volt szó, a ki már in ultimis volt. A műtéttől elállottam.

A gyermeknek baloldali lágyéksérve a nagy abdominális nyomás folytán feszes, fényes, fájdalmas volt, concentrikus nyomás mellett azonban egy harmadára volt megkisebíthető.

Fontos azonban, hogy a gyermekben alkalmazott concentrikus nyomás oly mérvű legyen, hogy reduction en bloc létre ne jöjjön.

2. eset. A kórházi sebész távolléte miatt engem hívtak meg a helybeli közkórházba egy esethez, a melyet kizárt sérvnek vettem fel, s magam is annak tartottam.

H. I., 42 éves parasztagazda Érabrányból, 14 év óta jobb-oldali szabad sérvre van, sérvkötőt is hordott.

A kórházba való felvétele előtt 4 nappal a mezőn munka közben erős hasfájás lepte meg. Összeesett s csak szekéren tudták hazavinni. Sérve, melyet addig vissza tudott helyezni, nem ment vissza. Székletét, flatust kimaradt. Sérve feszessé, keménynyé, fájdalmassá vált, hasfájdalmi semmire sem szűntek.

Én csak a műtőasztalon láttam először. A jobb scrotumfél két férfiökölnyire megnagyobbodott, feszes, rugalmas, fényes, tompult dobos hangot adó, tapintáskor fájdalmas, s vissza nem helyezhető volt. Az alhas puffadt, mély dobos hangot adó, nyomásra nagyon fájdalmas, kevés szabad hasvíz kimutatható. Arcz beesett, halvány, megnyúlt, pupillák feltűnően tágak, végtagok hűvösek. Állandó csuklás, naponta többször bűzös hányás. Pulsus szapora, 120 percenként, de elég telt, feszes.

Kellő előkészítés után chloroformnarcosisban operáltam. Metszés a sp. ant. sup.-tól lejjebb s beljebb valamivel, a sérv legnagyobb domborulatára. A bonyék leválasztása s a sérvtömlő felmetszése után zöldesfekete, helyenként serosájától fosztott, nagy mértékben tágult, nem contractilis, bűzös bélkaes fordult ki.

A stranguláló sérvkapu bemetszése után lehúzni próbáltam, hogy megtekintsem, de nem sikerült. Többszöri próba után a hasüregbe vezetett mutatóujjammal igyekeztem e lekötöttség okát megtalálni, s nagy meglepetésemre egy kisujnyi vastag, erősen feszülő szívós kötegre akadtam, melynek tapadási végeit ujjal elérni nem sikerült. A sérvkapunak az iránymetszés egész hosszában való feltárása után kitapinthatam s mutatóujjam a kötélt külső végét a coecumnál, belső végét a mesenterium tapadásánál érezhette. A kötélt alatt egy hatalmas, a scrotumba is folytatódó üszkös vékonybélkaes feküdt megesavarodva. A kötélt kettős lekötése s elmetszése után a bélkaes engedett s ama ritka érdekes kép tárult elénk, mikor négy strangulációs barázda mutatta a leszorítás helyét, kettő, a mely a sérvkapunál támadt, s kettő, melyet a kötélt okozott. Az elhalt bél hossza fél meternél valamivel több volt s elhúzás után a hasüregből haemorrhagiás bűzös savó ürült jókora mennyiségben. Az üszkös bélkaes eltávolítására s a végek egyesítésére határoztam el magam, melyet, kevés selyem lévén rendelkezésemre, részben catguttal 3 rétegben végeztem. Visszasüllyesztés után a sérvtömlőt s kaput láttam el Bassini szerint, a kapuzárást jól a Poupart-szalag alá húzó varratokkal eszközöltem. A metszés két végén azonban ujjnyi draint helyeztem be, a mi hasznosnak is bizonyult. Az elülső fal megalkotása után bőrvarrat. A táplálás öt napig per rectum. A sima lefolyást bélsársipoly zavarta, a mely azonban három hét alatt bezáródott. Hat hétre gyógyultan hagyta el a kórházat.

Ez esetben a kizárt sérv külső jelei teljesen megvoltak s minden egyéb általános tünet a sérvkizárodásból könnyen meg volt magyarázható.

Érdekességet kölesönöz az esetnek az a rendkívüli vastag, csaknem harántul húzódó kötélt, mely lehetett elvégre egy elongált vagy rendellenesen hosszú processus vermiformis, de lehetett egyszerű peritoneális kötélt is. Utólag kikérdeztem vakbélgyulladásra vonatkozólag, de semmiféle adatot sem kaphattam e felől.

3. eset. Sz. J. 4 éves, talyigás fia. Jobboldali lágyéksérvet állítólag fél éve kapta. Az utóbbi hetekben nagyon nőtt. Nyomásra visszamegy, de azonnal kijön. Sohasem hordott sérvkötőt a gyermek. Gyakran hasfájásai vannak.

Sérve vizsgálatkor férfiökölnyi, szabad, tompult dobos hangot adó, nyomáskor nem fájdalmas, két ujjat befogadó sérvkapuval. A gyermeknek egyéb kóros dolog nem tűnt fel. Műtétet ajánlottam. Ettől azonban vonakodtak. Két hónap múlva újra elhozták a fiút. Feltűnt, hogy hasa azóta mennyire megnagyobbodott s hogy sérve is hatalmasan nőtt. Megvizsgáltam s jókora szabad hasvizet találtam, tumort nem tapintottam, hőmérsék normális.

Műtétet ajánlottam újra, a mire csak akkor adták rá a fejüket, mikor megtudták, hogy „viz van a gyermek hasában”. Ettől nagyon megijedtek s beleegyeztek a műtétbe annál is inkább, mert kilátásba helyeztem, hogy esetleg a hasa is meggyógyul a gyermeknek, s ez a prognózis be is igazolódott.

A műtétet chloroformnarcosisban hajtottuk végre. A sérvtömlő felhasítása után mintegy három liter világos szalmasárga tiszta savó távozott, melyet lassan engedünk ki, visszatartva a minduntalan prolabálni akaró féregnyúlványt s vakbelet is. A sérvtömlőt lekészítettük, a hátulso falán futó funicularis képletek összeszedése után lekötés, visszasüllesztés. A sérvkaput Bassini szerint zártuk, gyógyulás per primam.

A has növekedését egy évig figyelemmel kísértem, de semmi változást sem láttam.

Ez esetben peritonitis tuberculosával volt dolgunk, melynek exsudatuma valószínűleg a processus vaginalist megnyitotta, s utat készített a belek számára. Innét volt a sérv enormis növekedése s innét volt, hogy a sérvtömlő megnyitása a peritonitis tuberculosát sokszor gyógyító laparotomia értékével birt.

Tekintettel arra, hogy peritonitis tuberculosában a sérvtömlő, mint a peritoneum folytatása, szintén inficiált szokott lenni, a sérvtömlőt gümöre megvizsgáltuk, de rajta ez irányban kórosat nem vettünk észre.

Azóta a gyermek két testvérét gümös affectio miatt kezeltem, az egyiket a térd, a másikat a lábízület gümös lobja miatt.

Közlemény a szt. Rókus kórház I. sz. sebészeti osztályáról.
(Főorvos: Herezel Manó egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

A subcutan bélsérülésekről.

Irta: **Milkó Vilmos** dr. operateur-alorvos.

A bélesatorna subcutan sérüléseit különös fontosság illeti meg azért, mivel ezen sérülések magukra hagyatva, operatív beavatkozás nélkül úgyszólván absolut kedvezőtlen prognosztis nyújtanak. Sokáig tartott, míg ezen tény a sebészek köztudatába ment át, hiszen még nem is olyan nagyon régen elsőrangú szaktekintélyek (Reclus stb.) törtek lándzsát a konzervatív kezelés érdekében, erősen hangoztatva a bélsérülések spontán gyógyulásának lehetőségét.

Az idők változtak; ma az általánosan elfogadott elv az, hogy a hassérülések, főleg a bélrúpturák kezelésében nem lehetünk eléggé radikálisak, előtérben áll a korai és legkorábbi beavatkozás kérdése s a spontán gyógyulások theoriája meghaladott álláspontnak tekinthető.

Nem mintha spontán gyógyulás hébe-hóba nem fordulna elő, hanem mert tudjuk azt, hogy az ilyen gyógyulás mindig csak olyan kivétel, mely a szabályt megerősíti. A híres „bouton muqueux” vajmi ritkán védi meg a hasürt a béltartalommal való fertőzés veszélyétől s ha a peritonitis itt-ott lokalizálva is marad, azért a beteg még nem szabadult meg a bélsértályog, másodlagos bélperforatio vagy később várható complicatiók (bélszűkület stb.) veszedelmétől.

Más kérdés az, vajjon az eddigi eredmények igazolták-e azon várakozásokat, melyeket a subcutan bélsérülések operatív terapiájához fűztek.

E kérdésre megtaláljuk a választ az eddig publikált, immár nagyszámú közleményekben, illetőleg a bennük felhalmozott statisztikai adatokban.

Petry¹ 1895-ig 42 operált esetet gyűjtött össze. Ebből gyógyult 14, vagyis 33·3%, meghalt 28, vagyis 66·6%.

A másik nagy gyűjtőstatistika szerzője *Tawaststjerna*.² 1905-ben megjelent munkájában újabb 125 operált esetről referál. A mortalitás 67·2%, vagyis a 125-ből gyógyult 41, meghalt 84.

Egy és ugyanazon sebészeti osztályon operált eseteket ismertettek:

*Kirstein*³ (18 esete közül 6 gyógyult).

*Angerer*⁴ (9 eset, 2 gyógyulás).

¹ Petry: Beiträge z. klin. Chir. 1896. Bd. 16.

² Hertle legújabb 106 operált esetre vonatkozó összeállításában a mortalitás 73·7%. Hertle: Ueber stumpfe Verletzungen des Darmes etc. Beiträge z. klin. Chir. 1907. Bd. 53.

³ Kirstein: Zur Casustik d. subcut. Darmverletzungen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1900. Bd. 57.

⁴ Angerer: Ueber subkut. Darmrupturen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 61.

*Thommen*¹ (17 eset, 2 gyógyulás).

*Riegner*² (15 eset közül gyógyult 2).

*Vosswinckel*³ (Körte) (15 eset, 2 gyógyulás).

*Rubritius*⁴-nak (Wölfler) 15 esetéből 5 gyógyult.

Neumann-nak⁵ 21 eset közül csupán egyet sikerült a műtéttel megmenteni.

Folytathatnók még ezen statisztikai adatok felsorolását, de az eddigiekből is világosan kitűnik az, hogy a válasz a felvetett kérdésre csak tagadó lehet. A mortalitás még mindig átlag 70—95% még a legkiválóbb szerzőknél is, s az eredmények a sebészet haladásával párhuzamos javulást nem mutatnak. Ha még azt is tekintetbe vesszük, hogy a letális kimenetelű esetek jó része a közleményekből kimaradt, az eredmények még rosszabbak. In summa: a subcutan bélsérülésekben az eddig elért műtéti eredmények nemcsak hogy nem kielégítőek, hanem viszonyítva a nyílt hassérülésekben elért fényes eredményekhez, határozottan rossz-nak nevezhetők.

Talán épen ezen rossz eredmények, melyek okaira később fogok kitérni s az ezek javítására irányuló törekvés adta meg az impulsust arra, hogy sebészeink a subcutan bélsérülésekkel mind intenzívebben foglalkoznak. A pathogenesis kérdésére vetnek világot Moty, Sauerbruch és Bunge közleményei, míg Trendelenburg, Angerer és Thommen kiváló dolgozataikban a symptomatológiához és diagnostikához szolgáltatnak sok becses adatot. Az utóbbi években ezenfelül számos olyan közlemény jelent meg, melyek az egy klinikáról származó esetekenk nagyobb sorozatán alapuló tapasztalatokat és a műtéttel elért eredményeket ismertetik. Bizonyos gyakorlati értéket az ily közleményektől elvitatni nem lehet s ez indított engem is arra, hogy főnököm Herezel tanár szíves engedelmével beszámoljak a subcutan bélsérülések mindazon eseteiről, melyeket szt. Rókus-kórházi működésem 4 esztendeje alatt észlelni és legnagyobb részben operálni is alkalmam volt. Közleményembe felvettem az egyszerű, bélsérüléssel nem komplikált hasi contusioakat is, ellenben kihagytam belőle a többi hasüri szervnek subcutan sérüléseit. Időrendben először az eseteinkből levont pathologiai és klinikai tapasztalatokról fogok beszámolni, ezt követik majd az egyes esetek történetei.

Azon tompa erőművi behatás, mely a hasfalakra gyakorolt behatása által subcutan bélsérülést hoz létre, a hasat vagy circumscripte, körülírt helyen vagy széles felülettel támadja meg. Az előbbi eshetőség a szerzők egybehangzó véleménye és saját tapasztalataink szerint is gyakoribb. 18 esetünkben a bélsérülést előidéző traumák a következők voltak:

6 esetben	haszúzóadás	lórúgás által,
2	"	" fagerenda ráesése által,
2	"	" kiálló karóra való esés által,
1	"	" vasúti sín ráesése által,
1	"	" lokomotív általi elütés által,
1	"	" pufferek közé jutás által,
1	"	" fékfogantyú ütése által,
1	"	" gőzkalapácsból kiugró vas által,
1	"	" centrifugából kiugró vas által,
1	"	" körfűrészről kiugró deszka által.

Egy esetben a ruptura sérvkizárádással kapcsolatosan jött létre.

A bélrúpturák keletkezésének mechanizmusával számos jeles szerző foglalkozott. 1875-ben *Longuet*,⁶ majd 1895-ben *Moty*,⁷ experimentális alapon tette tanulmány tárgyává a kérdést. *Moty*-nak ma is érvényben levő és *Sauerbruch* legújabb vizsgálatai által megerősített nézetei szerint subcutan bélsérülés háromféle úton jöhet létre ú. m. a) a bél összezúzása (ecrasement), b) megpukkadása (éclatement) és c) leszakadása (déchirure) útján. Leggyakoribb mód az ecrasement vagy a bél összemorzsolása, mit különösen elősegít

¹ Thommen: Langenbecks Arch. 1902. Bd. 66.

² Riegner: Berl. klin. Wochenschrift. 1893. Nr. 8.

³ Vosswinckel: Arch. f. klin. Chir. 1906. Bd. 79.

⁴ Rubritius: Ueber subkutane Darmrupturen. Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 27.

⁵ Neumann: Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 64. — Zentralblatt f. Chir. 1902. S. 395.

⁶ Longuet: Remarques sur la rupture de l'intestin etc. Bull. de la soc. anat. de Paris 1875. T. X. S. 799.

⁷ Moty: Étude sur les contusions etc. Revue de chir. 1890. p. 878.

az, ha a külső erőbehatás a belet a hasfal és valamely csontos alap (gerincoszlop, keresztcsont, medence) közé szorítja.

Ritkább a szoros értelemben vett bélrepedés vagy pukkadás. Ez, mint *Moty* és *Sauerbruch*¹ szép kísérletei kimutatták, csak úgy jöhet létre, ha a sérülés pillanatában a folyadékkal vagy gázzal telt bélből a tartalom lefolyása akadályozott, ha úgy az oda-, mint az elvezető kacs el van záródva, pl. megtörés folytán. Ilyenkor a bélfal ruganyossági határán túlfeszítettén, a leggyengébb ponton megreped. Érdekes, hogy *Sauerbruch*-nak nem sikerült kísérletileg bélrepedést létrehozni olyankor, midőn a bél gázokkal erősen telve volt, míg a gázok kibocsátása után már jóval kisebb erő alkalmazására beállott a ruptura. A folyadékkal telt bél jóval könnyebben reped meg, mint a gázzal telt, mert a folyadék csekély összenyomhatóságánál fogva a bélfalra már kisebb trauma alkalmazására is igen erős nyomást gyakorol.

A harmadik mechanizmus, a bél leszakadása húzó erő hatásának eredménye, mely a bél hossz tengelye irányában működve, a belet valamely physiologice fixált pontjáról leszakítja. A sérülés ilyen magyarázata elfogadható azokban az esetekben, melyekben a sérült bélkacs egyik végén rögzítve volt, pl. ha a bélruptura helye a plica duodeno-jejunalis vagy az ileumnak a coecumba való belépési helye. Húzó-szakító erőhatással magyarázzák azon bélrupturákat is, melyek a bél teljes haránt átszakadásával járnak, sőt egyesek (*Hertle*) kizárólag ezen mechanizmust hajlandók a totális bélrupturákra vonatkozólag elfogadni. Véleményem szerint a sérülés ezen fajtájában egységes mechanizmusról nem lehet szó. Tiszta húzó hatás útján csak azok a rupturák jöhetnek létre, melyekben a jejunum a flexura duodeno-jejunalisról vagy az ileumnak a coecumba való beszájadásából mintegy kiszakított. Azok a totális leszakadások ellenben — s ezek gyakrabban fordulnak elő —, melyek a jejunum vagy ileum közepén vagy egybeült valamely mobilis bélrészleten találhatók (l. a 14. sz. kórtörténetet), tisztán húzó mechanizmus felvételével nehezen képzelhetők el. Valószínű, hogy sok esetben az ilyen totális bélrupturák is összezúzás útján jönnek létre, a mit *Sauerbruch*-nak kísérletileg is sikerült beigazolnia. Egyes esetekben pedig a kétféle mechanizmus kombinált működése vehető fel (l. a 15. sz. esetünket).

Egy újabb mechanikai momentumra hívta fel a figyelmet nemrégiben *Bunge*,² midőn rámutatott arra a fontos szerepre, melyet nyitott sérvkapuk játszhatnak a bélrupturák létrejöttében. Már fent említettük azt, hogy a bél megpukkadása (éclatement) a ritkább mechanizmusok közé tartozik, mert csak úgy jöhet létre, ha a trauma pillanatában a bélkacs belsejében uralkodó nyomás nagyobb, mint az intraabdominális nyomás. Erre különösen meg van adva az alkalom akkor, ha a sérültnek nyitott sérvkapuja van, mely jóval kisebb külső nyomás alatt áll. Ha már most a trauma következtében fokozott intraabdominális nyomás a belet ilyen nyitott sérvkapuba szorítja, könnyen megéssük, hogy a bél külső ellennyomás hiányában megpukkad. *Bunge* közlése óta ezen mechanizmusnak mind nagyobb jelentőséget tulajdonítanak és szaporodnak azon casuistikai közlések, melyekben a bélruptura ily módon jött létre. Nagyon valószínű, hogy a 10. sz. esetünkben is a mechanizmus ezen módja szerepelt.

Áttérve már most saját eseteinkre, konstatálnunk kell azt, hogy 18 esetünk közül 11-ben (l. a 2., 3., 5., 6., 7., 8., 10., 12., 13., 16. és 18. sz. kórtörténetet) a bél átfűródása zúzás (écrasement) következtében jött létre. Erre utal a sérülés helyén kívül (a sérülések túlnyomó része az ileum alsó szakaszában feküdt) az a körülmény is, hogy a sérült hely közvetlen környezetében a bélben magán, valamint annak mesenteriumán kisebb-nagyob vérömlések voltak, jelölve annak, hogy a bél sérülése nagyobb fokú szövetzúzódással járt.

A bél teljes összemorzsolásának igen súlyos példáját látjuk a 17. sz. esetben, a bélfal négy egymás mellett fekvő ruptura által úgyszólván teljesen szét volt rongyolva.

Typusos leszakadást 1 esetben (l. az 1. sz. kórtörténetet) láttunk. A leszakadás helye ezen esetben az ileumnak a coecumba való beszájadása volt.

¹ *Sauerbruch*: Über die Pathogenese der subkutan. Darmrupturen: Mittheil. aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. 1903. XII. S. 93.
² *Bunge*: Zur Pathogenese subkutaner Darmrupturen, Beiträge z. klin. Chir. 1905. Bd. 47. 771. oldal.

A bél totális leszakadásának és a többszörös haránt bélrupturának különösen súlyos és érdekes példájával találkozunk a 14. sz. esetünkben. Itt egy 8 cm. hosszú vékony bélkacs a bélcsatornával való összefüggéséből kiszakítva teljesen szabadon hevert a hasüregben s a mesenteriummal is csak vékony kötőszöveti zsinor útján függött össze. Kérdéses marad, hogy ez a borzasztó sérülés mily módon (húzás általi leszakítás vagy összezúzás útján) jött-e létre. Magam részéről az utóbbit tartom valószínűnek. Erre utal a sérülés módján (pufferek közé jutás) kívül az a körülmény is, hogy a leszakadt bélkacst a jejunum felső, már nem fixált részletein találtuk.

Lehetséges különben az is, hogy a kétféle mechanizmus, t. i. szakítás és zúzás, kombinálva működött.

Ezt látszik bizonyítani a 15. sz. esetünk is, melyben a bélperforatio mindenesetre zúzás által jött létre, míg a húzó-szakító erő működésére vallott a mesenterium hosszanti szakadása, valamint az a ritka sérülés, hogy a colon transversum mellső taeniája 12 cm. hosszúságban a bél faláról a szó szoros értelmében le volt hámozva.

Sensu strictiori bélrupturát, vagyis a bél megpukkadását csupán egy esetben észleltünk. Az eset ritka aetiologiájánál fogva is említést érdemel. 33 éves férfi villamos kocsirol legrás után hirtelen igen heves fájdalmakat érez hasában. Sérvét, mely a legrás alkalmával kizáródott, sajátkezűleg reponálja, de az állapot gyorsan rosszabbodik. A néhány órával később végzett laparotomia alkalmával a sérvkapuban fekvő vastagbélben typusos rupturát találunk. Kérdés, mi módon jött létre ez esetben a ruptura? Erőltetett repositio következtében-e, vagy pedig a Bunge-féle theoria szerint az által, hogy az ugrás pillanatában fokozott hasüri nyomás a belet a nyitott sérvtömlőbe szorította.

A sérülés helyét illetőleg: 18 esetünk közül a repedést 9 esetben az ileumon, 7 esetben a jejunumon, 1 esetben a felhágó vastagbélben, 1 esetben a lehágó vastagbélben találtuk.

A subcutan bélsérülések symptomatológiája ma már sokkal ismertebb, semhogy jogosultnak tarthatnók az általánosan ismert jellegzetes tüneteket újra felsorolni.

Trendelenburg,¹ *Angerer*, *Thommen*, *Tawaststjerna* stb. közleményeikben ezen sérülések tünettárával oly kimerítően foglalkoztak, hogy fejtegetéseikhez semmi hozzátenni valónk nincsen.

Itt csupán ama gyakorlati szempontból fontos kérdéssel óhajtok foglalkozni, hogy mennyiben tudjuk a sérülés után közvetlenül észlelhető tünetekből a bélsérülés diagnózisát felállítani, illetőleg a bélsérülést kizárni.

Valamennyi szerző megegyezik abban, hogy a subcutan bélsérülés korai diagnózisának megállapítása a nehéz, sokszor lehetetlen feladatok közé tartozik. Ez bizonyos fokig így is van. Mindenki látott oly eseteket, a melyekben a sérülés utáni állapot egyelőre semmi biztos következtetést sem enged meg arra nézve, vajjon bélrupturával, vagy csak egyszerű hasi zúzódással van-e dolgunk. De ezek igen nagy kivételek. Meggyőződésünk az, hogy ott, a hol a bél penetráló sérülése forog fenn, az esetek túlnyomó többségében már közvetlenül a sérülés után olyan tünetesoportot fogunk találni, mely helyes értelmezés mellett a tévedést kizárja. Természetes, hogy ehhez igen pontos vizsgálat, észlelés és nagyobb tapasztalat kell, mely csak néhány tévedés árán szerezhető meg.

Első sorban szigorúan distingválunk kell a bélsérülés mint olyan és a következményes peritonitis által okozott tünetek között. Ez utóbbiakat persze könnyű felismerni.

A puffadt has, facies hippocratica, csillapíthatatlan hányás, esuklás, szék- és szélrekedés már szinte a laikus előtt is ismeretes tünetei a hashártyagyulladásnak, de jelentkezésüket bevárni nagy hiba, mert akkor már többnyire elkéstünk a műtéttel. De ne számítsunk a bélrupturának a tankönyvekben leírt teljes tünetesoportjára sem, a melyben bennfoglaltatik: a shock, az érzékeny, feszes has, eltűnt májtompulat, hányás, a szopora, costalis légzés, frequens pulsus stb.

Ezen symptomák közül egyik-másik, sokszor épen azok fognak hiányozni, melyeket a legjellegzetesebbnek szoktunk tartani. Egyetlen-egy olyan tünet sincs, melyre a bántalom kezdeti stadiumában

¹ *Trendelenburg*: Über Milzexstirpation etc. Deutsche medizin. Wochenschrift, 1899. Nr. 40.

biztosan lehet számítani és mégis ritkán jövünk zavarba, ha nem ragaszkodunk mereven egyes tünetekhez, hanem a körképet a maga összességében mérlegeljük.

Milyen tehát az a körkép, melyet subcutan bélsérüléskor észlelhetünk, ha alkalmunk van a beteget közvetlenül a sérülés után látni?

Bélrupturás betegen ezen stadiumban csak a legritkább esetben hiányzik az abdominalis shock, a melynek fő tünetei: a beteg elesett, néha eszméletlen állapota, halvány, néha cyanosisos arc és nyálkahártyák, hűvös végtagok, kishullámú, de nem mindig szapor pulsus. Magából a shockból még nem szabad bélsérülésre következtetni, mert egyszerű hasi contusiókban is előfordul, de a collapsus magasabb fok ceteris paribus súlyosabb sérülés jele és így gyanút kelt bélsérülés iránt.

A körkép második fontos tünetcsoportját a has lokális vizsgálatára adja. Bélrupturás betegek hasa mindig igen érzékeny, már felületes érintést is intenzív fájdalommal jeleznek, a has deszkakeményen contrahált, néha behúzódott.

Mind a két tünet, tudniillik a has nyomási érzékenysége és a défense musculaire, kezdetben körülírt helyre szorítkozik és csak később terjed ki a has egész felületére. Egyszerű hasi zúzódásokban is találhatunk nagyfokú nyomási érzékenységet, de hiányzik a hasizomzat tonusos, görcsös összehúzódása (reflektorische Bauchdeckenspannung). Viszont a reflectorius hasizom-contractio egymagában, ha nem jár nyomási érzékenységgel, nem feltétlen biztos jele a bélsérülésnek. *Hildebrand* nemrég mutatott rá azon érdekes tapasztalatára, hogy mellkasi sérülések gyakran défense musculaire-rel járnak. Hasonló tapasztalatokat tettem én is transpleurális és újabban néhány medenczesérülési esetünkben. Kétségtelen azonban az, hogy a bélruptura összes korai tünetei között legállandóbb a défense musculaire. *Tawaststjerna* nagy statistikájában az esetek 80%-ában volt meg; magam 18 subcutan bélsérülési eset közül 16-ban tudtam kifejezetten konstatálni.

Minthogy ezen tünet par excellence a bélsérülések után támad, míg a has egyszerű zúzódásakor úgyszólván mindig, hasfűri vérzésekben pedig sokszor hiányzik, hajlandók vagyunk felvenni azt, hogy oka a hashártyának a kiömlött beltartalom által okozott nagyfokú irritatioja, a mit már *Trendelenburg* is hangsúlyoz. A hashártyának más okból származó mechanikai izgalma, mint például az egyszerű hasi contusiókban, ritkán ér el oly fokot, hogy reflectorice hasizomcontractiót váltson ki. Magam az egyszerű, bélsérüléssel nem komplikált zúzódások egyetlen egy esetében sem tudtam ezen tünet jelenlétét konstatálni.

Ha a leírt három cardinális tünethez tartjuk magunkat, nem lesz nehéz a bélruptura diagnózisát azonnal a sérülés után megállapítani. Kifejezett, körülírt helyre szorítkozó hasi érzékenység és izomcontractio erősen elesett egyéneknél egyéb tünetek hiányában is teljesen elegendő a bélsérülés megállapításához.

Fontos tünet még a korai diagnosis szempontjából a hányás, de csakis a fent említett tünetcsoporttal kapcsolatosan, mert egyszerű hasi zúzódásokban sem épen ritka. Rövid időközön belül többször ismétlődő hányás csaknem pathognomoniás a bélsérülésre, de jobb ezt be nem várni, mert időt veszíthetünk vele. (L. a 3. sz. kórtörténetet.)

Egyike a legelterjedtebb és a sebész szempontjából eléggé nem kifogásolható tévedéseknek az a nézet, hogy a pulsus minőségéből biztos következtetést vonhatunk a sérülés súlyosságára. Tapasztalataim szerint a pulsusnak diagnostikai jelentősége csak annyiban van, a mennyiben a frequentiájában fokozatosan emelkedő pulsus peritonitist jelez és nem a bélsérülés mint olyan által van feltételezve, tehát csak ilyen értelemben osztom *Borchardt* és *Hagen* felfogását, kik szerint a lassan emelkedő pulsus és hőmérsék elsőrendű diagnostikai fontossággal bír. A pulsus épen a korai diagnosis szempontjából nem értékesíthető, mert magatartása a sérülés utáni első órákban teljesen megbízhatatlan.

Kórtörténeteink átvizsgálása azt mutatja, hogy nem tekintve a súlyosabb hasfűri vérzéssel komplikált eseteket, melyekben a pulsus kezdetől fogva szapora, debilis, az esetek túlnyomó számában a sérülést követő időben normális, erőteljes pulsust, több esetben pedig bradycardiát találtunk. Ez a bradycardia (52–60 pulsus) néha 8–10 óráig is eltartott és főleg azon esetekben észleltem, melyek-

ben a shock-tünetek különösen kifejezetten voltak. *Gluzinsky*¹ szerint a pulsusnak ez a lassubbodása a felszivódott bélgazok szivgátló hatásából magyarázható. Valószínűbbnek tartom, hogy itt a szivgátló centrumnak a trauma által okozott reflexizgalma szerepel oly értelemben, mint a *Goltz*-féle kísérletben.

A pulsushoz hasonlóan kevés értéke van a hőmérsék vizsgálataának. Emelkedő hőmérsék kezdődő hashártyalob biztos jele. Sérülés után közvetlenül a hőmérsék legtöbbször normális vagy subnormális.

Fontos diagnostikai jel volna még a májtompulat eltűnése, melyet azonban a sérülés után rövid idővel csak ritkán sikerül kimutatni.

A többi symptoma (szék-, szélrekedés, vizeleti zavarok, rendellenes tompulatok stb.) mind olyan, mely a korai diagnosis megállapítására fel nem használható.

A bélrupturák symptomatológiájáról némi áttekintést nyújthat a következő táblázat, melyben minden egyes esetről összeállítottam azon tünetek sorozatát, melyet közvetlenül felvétele után észlelni lehetett.

Összefoglalva a diagnostikáról elmondottakat, végkövetkeztetésképen azt mondhatjuk, hogy a subcutan bélrupturák korai diagnosis nem olyan nehéz, mint azt szerzőink általában felveszik. *Reclus* azon mondása, hogy „rien n'est plus difficile, que le diagnostic de ces lésions“ csak kivételes esetekre vonatkozhatik. Igaz, hogy nincsen egyetlen olyan symptoma sem, melynek alapján a bélsérülést abszolút biztossággal kórismézhetjük, de az általam fent leírt tünetcsoportot annyira állandónak találtam, hogy figyelembe vétele mellett kétség csak ritka esetben fog támadni. Ily esetben a beteg pontos észlelése csakhamar felvilágosítást nyújt a sérülés természetéről.

Különösen az általános állapot gyors rosszabbodása az, mely a bélrupturára jellegzetes és sürgős műtéti beavatkozást indikál.

Már a bevezetésben is említettem, hogy a subcutan bélsérülések prognosisa operatív beavatkozás nélkül abszolút rossznak tekinthető. Volt alkalmam erről saját tapasztalataim alapján is meggyőződni. Hogy mily kevésbé lehet spontán gyógyulásra számítani, arra legjobb példa a 16. sz. esetünk. A harmadnapos peritonitissal beszállított betegen a műtét alkalmával alig gombostűfejnyi perforációt találtunk. Spontan elzáródás tehát még az ilyen kis átfúródásokon sem igen fordul elő.

A műtéti eredmények megítélése tekintetében a különböző szerzők által közölt statistikákra vagyunk utalva. *Petry* óta, a ki 1895-ben 42 operált esetről referált, egészen *Tawaststjerna*-ig, kinek 1905-ben megjelent monographiája 125 esetet ölel fel, a műtéti eredményekben semmi javulás sem mutatkozik. Mindkét szerző 32–33% gyógyulásról számol be. A valóságban még ennél is kisebb a gyógyulási arányszám, mert tekintetbe veendő az, hogy az ilyen nagyobb gyűjtőstatistikák az eredményeket kedvezőbb világításba helyezik azáltal, hogy sok letális kimenetelű eset a statistikából kimarad, mert egyáltalában nem publikáltak. Valamivel megbízhatóbbak ez irányban azok a közlemények, melyek az egy klinikán bizonyos idő alatt operált összes esetek alapján csinálnak statistikát. Ilyenek az *Angerer*, *Demons*, *Brehm*, *Neumann*, *Rubritius*, *Khautz* stb. közleményei.

Ezekből pedig az világlik ki, hogy az operatív mortalitás még mindig 80–85%.

Áttérve már most saját casuistikánkra, eredményeinket a következőkben összegezhetjük. Az 1904 febr. havától 1907 októberéig terjedő időben a szt. Rókus-kórház I. sebészeti osztályán subcutan bélsérülés 18 esete került felvételre. Ezek közül műtéti beavatkozás tárgya volt 16. Egy beteg a műtétbe ismételt figyelmeztetésünk dacára sem egyezett bele, egy pedig moribund állapotban szállítván be, műtétről szó már nem lehetett. A 16 operált beteg közül életben maradt 5, meghalt 11.

Mortalitásunk tehát százalékokban kifejezve 68.75% volt. Kutatva ezen rossz eredmények okát, főleg két körülményben véljük megtalálni. Az egyik magának a sérülésnek súlyos volta. Subcutan bélsérüléseket rendszerint igen erős, néha kolosszális erőművi behatások hoznak létre. A shockhatás igen erős, a beltartalom gyorsan előnti a hasüreget és foudroyans gyorsasággal fejlődik ki

¹ *Gluzinsky*: Zentralblatt f. Chir. 1896, p. 364.

Kórtörténet száma	Sérülés óta eltelt idő óra	Arc- kifejezés, shock, anaemia	Hőmérsék	Pulsus száma és minősége	Légzés száma és minősége	Spontan fájdalmak	Nyomási érzékenység	Hasfalak állapota	Hányás	Máj- tompulat	Egyéb tompulatok vagy hasúri folyadék	Sérülés neme
1.	1 1/2	erős anaemia és shock, hűvös vég- tagok	36.2	110 kicsiny	40 costalis	igen erősek	nagyfokú	bal hypogas- trium erősen elődomborodó, itt erős défense	—	nagyrészt eltűnt	alul és két- oldalt tom- pulat	2 totalis bél- ruptura az alsó ileumon
2.	1 1/2	kisfokú shock	36.5	80 erőtéljes	26 normalis	erősek	nagyfokú	köldöktől le- felé erős izom- contractio	beszállítás után egyszer	normális	—	20 cm.-rel a Bauhin-billentyű felett koronányi bélperforatio
3.	1 1/2	csaknem normális	36.3	84 normális	24 normalis	mérsé- keltek	kifejezett	bal rectus alsó felén défense	sérülés óta egyszer hányt	normális	—	alsó ileumon krajcárnyi ruptura
4.	6	beesett arc, shock	36	56 feszes	36 felületes costalis	erősek	erős, diffus	has behúzódt, deszkekemény	kétszer hányt	kisebb	—	a vékonybélben egy 5 és egy 2 cm. hosszú harántrepedés
5.	1	csekély shock	36	96 középtelt	30 costalis	erősek	köldöktől le- felé erős	hasfalak puhák, könnyen be- nyomhatók	beszállítás után kétszer hányt	normális	—	fillérnyi perfo- ratio a colon descendens alsó harmadában
6.	20	facies abdominalis	37.8	110 kicsiny	30 costalis	mérsékelt	erős diffus érzékenység	az egész has izomzata contrahált	sérülés óta sokszor hányt	normális	alul és oldalt tompulat, fluctuatio	két koronányi perforatio az ileum alsó harmadában
7.	12	kisfokú shock	37.6	90 középtelt	29 costalis	erős, gör- csös fáj- dalmak	diffus érzé- kenység	deszkekemény has	sérülés óta több ízben hányt	1 harántújjnyi	—	babnyi perforatio a jejunum alsó részén
8.	2	erős elesettség	36	74 telt	32 costo- abdomi- nalis	erős hasfájás	már érintésre is erős érzé- kenység	has teknőszerű- en behúzódt, deszkekemény	kétszer hányt	normális	—	koronányi lyuk a jejunum alsó harmadában
9.	2	halvány, be- esett arc, hűvös vég- tagok	35.9	66 kis- hullámú	40 felületes	igen erősek	maximális	az egész hasra kiterjedő défense musculaire	egyszer hányt	normális	—	fillérnyi lyuk a colon ascenden- sen
10.	12	csekély elesettség	37	76 középtelt	24 costo- abdom.	mérsé- keltek	j. o. alul igen élénk fájda- masság	has mérsékelt- ten puffadt, a jobb hypo- gastrium feszes	egyszer hányt, a sérülés óta csuklik	eltűnt	—	alsó ileumon 4 cm. hosszú longitudinalis repedés
11.	24	facies hippo- cratica, hűvös végtagok, cyanosis	36	filiformis	60 felületes	—	mérsékelt	nagyfokú meteorismus	állandó	eltűnt	sok szabad peritoneális izzadmány	7 cm. hosszú 3 cm. széles repedés az ileumon
12.	10	mérsékelt shock	37	96 erőtéljes	30 costalis	feltűnő erős has- fájás	nagyfokú diffus	behúzódt, deszkekemény hasfalak	sérülés után fél órával hányt	kisebb	kétoldalt és alul tompulat, fluctuatio	krajcárnyi bél- perforatio a jejunumon
13.	28	nagyfokú collapsus	35.7	140 alig tapint- ható	30 felületes	mérsé- keltek	diffus, már érintésre is erős	puffadt, feszes has	állandó	eltűnt	szabad has- úri izzad- mány	2 nagy perfo- ratio az alsó ileumon
14.	3	nagyfokú anaemia, erős shock, hűvös arc és végtagok	35.8	56 szabályos feszes	36 felületes	igen hevesek	diffus érzé- kenység	kiterjedt défense mus- culaire	nem hányt, keveset csuklik	csaknem teljesen eltűnt	has alsó és oldalsó részein tompulat	kétszeres totalis haránt bél- ruptura a jejunumon
15.	1 1/4	erős anaemia és shock	36.2	90 telt	30 costalis	heves hasfájás	főleg a jobb epigastrium- ban erős	jobb rectus felső részlete erősen contra- hált	kétszer hányt	1 haránt- újjnyi	tompulat az ileocecalis tájon	kétszeres per- foratio a jeju- mon, a mesocolon erősen zúzott, mesenterium- repedés
16.	58	facies abdo- minalis, cse- kély shock	37	120 könnyen elnyom- ható	40 mellkasi	erős has- görcsök	diffus, az egész hasfelületre terjedő	puffadt, feszes has	gyakran ismétlődő	eltűnt	szabad exsudatum	borsónyi lyuk az ileumon
17.	2 1/2	erős shock, hűvös vég- tagok	36.8	70 telt	26 erőteltett	igen erősek	nagyfokú diffus	behúzódt deszkekemény	kétszer hányt	normális	—	ötszörös jeju- numperforatio, mesenterialis vérzés
18.	1	erős shock	36	90 középtelt	30 erőteltett	hevesek görcs- szerűek	maximális diffus	has teknőszerű, izomzat kemé- nyen contrahált	egyszer hányt	normális	—	kétfillérnyi jejunum- perforatio

a peritonitis. Néha irreparabilis laesiók vannak melyekről csak a műtét alkalmával győződhetünk meg.

A második, még fontosabb körülmény az, hogy ezen sérüléseket, dacára a korai beavatkozást sürgető közlemények egész sorának, még mindig nem operálják elég korán. A hibás részben a gyakorló orvos, ki a sérültet akárhányszor interne kezeli mindaddig, míg a peritonitis félreismerhetetlen tünetei nem jelentkeznek, de hibás a sebész is, a ki a beavatkozás idejét kitolja azáltal, hogy túlságosan sok időt szentel a diagnózis biztos megállapításának.

Összintén bevallhatjuk, hogy ebbe a hibába nehányszor magunk is beleestünk s ezen vallomással annyival is inkább tartozunk, mert a legjelesebb külföldi szerzők közleményeiben is elég gyakran akadunk nyomára annak, hogy a beavatkozás egyes esetekben a kelteténél később történt. Véleményünk szerint az eredmények lényegesebb javulást csak akkor fognak mutatni, ha a korai diagnózis felállításában nagyobb gyakorlatra teszünk szert s ha sebészeinknek vérebe megy át az, hogy bélsérülés gyanúja esetén a beavatkozással egy pillanatig sem szabad habozni. Kétes esetekben mindig operálni „kell”, mondja *Lejars* teljes joggal, mert ha valahol, úgy itt áll az, hogy csakis a legkorábbi beavatkozástól remélhető siker.

A mi 16 operált esetünk közül korai beavatkozás történt 8 esetben:

a 18. sz.	esetben, melyben	1 $\frac{1}{4}$
az 15. „	„	1 $\frac{1}{2}$
az 1. „	„	2 $\frac{1}{2}$
a 14. és 17. sz.	„	3
a 8. sz.	„	4
a 9. „	„	5
az 5. „	„	6

órával a sérülés után operáltunk.

4 esetben (l. a 2., 3., 7. és 12. sz. kórtörténetet) a műtétet 12 órával a megtörtént sérülés után végeztük. A késedelem oka a 7. és 12. sz. esetben a beteg kései beszállítása, a 2. és 3. esetben az volt, hogy nem lévén bizonyosak a diagnózisban, a műtét inditációjának felállításával haboztunk. Utólagosan vizsgálva ezen eseteket, mondhatjuk, hogy a jellegzetes tünetcsoport mindkét esetben megvolt oly mértékben, hogy nagyobb tapasztalat mellett a műtét inditációját korábban felállíthattuk volna.

További 4 esetben 14, 21, 28 és 60 órával a ruptura beállta után kellett operálnunk a beteget késői beszállítása miatt. (L. 6., 11., 13. és 16. sz. kórtörténetünket.)

Operatív eredményeink elbírálásakor tehát nem szabad figyelmen kívül hagyni azt, hogy 15 esetünk közül 8-ban operáltunk az első 12 órán túl, a mikor pedig tudvalevőleg a prognózis sokkal rosszabb.

A korai beavatkozás szükségessége ma már nem lehet vita tárgya. Túlhaladott álláspont *Michaux*¹ felfogása, a ki 1895-ben oda nyilatkozott, hogy a siker legbiztosabb kriteriuma az, ha a beavatkozás nem történik túlkorán, sem túlkésőn, tehát átlag a sérülés után 15–20 órával.

10 esetben nagyfokú általános peritonitis mellett operáltunk.

A sérülést követő shock maga sohasem contraindikálja a beavatkozást, a mint ezt újabban *Vossweinkel* hangoztatta, mert a shocknál jobban kell félnünk a peritonitistól, melynek veszélye percről percre fokozódik.

A shock egyik kiváltó oka különben is a peritoneumnak béltartalommal való elárasztása. A műtét tehát, a mennyiben a hasürt rendellenes tartalmától megszabadítjuk, a shockot nemhogy fokozná, hanem csökkenteni fogja.

A shockhatást leküzdi a szervezet, ha csak a műtét után érelyesen excitáljuk a beteget. A kinek csak egyszer nyílt alkalma látni azt, mily rohamosan terjed és generalizálódik a peritonitis már a sérülés utáni első órákban, az nem fog visszariadni a korai műtétől, még annak veszélye árán sem, hogy a diagnózisban csalódhatik és egyszer felesleges, de veszélytelen próbálaparatiát végez.

A korai beavatkozás értékének elbírálásakor még egy körülmény veendő tekintetbe, és ez az, hogy súlyosabb esetekben könnyebb a diagnózis, gyorsabban határozzuk el magunkat a mű-

tétre, de viszont ezekben a sérülés nagysága lehet olyan, hogy már a korai műtét sem segít. Innen magyarázhatjuk meg azt a paradox jelenséget, hogy egyes szerzők statistikájában a korán operáltak mortalitása egyenlő vagy nem lényegesen kisebb a később operáltakéval.

Általában azonban minden nagyobb statistikából kiolvasható a korai beavatkozás feltétlen előnye a kései műtétekkel szemben. Legyen szabad ennek igazolására idéznem a 127 esetre támaszkodó *Tawaststjerna*-féle összeállítást.

		Gyógyult	Meghalt
0—6 órával a trauma után operált	33 esetből	51·5 %	48·5 %
6—12 „	22 „	50 „	50 „
12—24 „	32 „	37·5 „	62·5 „
24—48 „	22 „	4·55 „	95·45 „
48—72 „	9 „	0 „	100 „
72—96 „	3 „	0 „	100 „
még később „	6 „	0 „	100 „

Eredmény az, hogy míg az első 12 órában operáltak közül 50% meggyógyult, addig a második naptól kezdve a mortalitás 95·55%, a 3. napon pedig 100%.

A műtét kivételét illetőleg egy fontos szabályt állíthatunk fel s ez az, hogy azt minél gyorsabban kell végrehajtani. Ha valahol, úgy itt indokolt a gyors dolgozás, a minek persze sohasem szabad a szabatosság rovására esnie. Különösen azon esetekben, a melyekben a beteg erős shockban kerül a műtőasztalra, iparkodnunk kell, hogy a peritoneális üreg megnyitása s a belekkel való manipulatio által okozott collapsust a minimumra redukáljuk. Ritkán kerülhető el a belek jelentékeny részének eventeratioja, főleg az oly esetekben, a melyekben a sérülés helye kicsiny és nehezen található meg, azonkívül szükséges a belek átvizsgálása azért is, mert elég gyakran többszörös a perforatio. Egyébiránt olyankor, ha a bél több helyen van átfürödve, a sérült helyek egymástól nem messze, 20—30—50 cm. távolságban szoktak lenni. A míg a sérült helyet meg nem találtuk, az eventerált beleket meleg konyhasóoldatba mártott compresssekkel védjük a lehűléstől és a kiszáradástól. Mihelyt a sérült hely kezünkben van, a felesleges bélkaecokat vissza kell helyezni. Ha a repositio nehézségekre ütközik, pl. már előrehaladott peritonitis esetén, ha a belek erősen puffadtak, ne erőltessük a repositiót, hanem csináljunk inkább mindjárt bélpunctiót. Ezzel megkiméljük a belet a sok nyomkodás okozta laesióktól, serosarepedésektől stb. s egyúttal a pangó béltartalom lebocsátása, a stercoraemia csökkentése által elősegíthetjük a gyógyulást.

Ritkán fordul elő, hogy a sérülés nagysága miatt bélresectiót kell végezni. Még az olyan rupturákban is, melyek a bél circumferenciájának felére vagy annál valamivel nagyobb részére terjednek ki, jó eredményeket lehet elérni az egyszerű bélvarrattal, a mit természetesen mindig a bél hossz tengelyére merőleges irányban kell alkalmazni, nehogy utólagosan szűkület jöjjön létre. Ha ugyanazon bélkaec többszörösen átfürödött vagy a mesenterium a sérült bélrészletről nagyobb kiterjedésben le van szakítva, úgy hogy a belet a gangraena veszélye fenyegeti, akkor természetesen bélresectiót kell végezni. (L. a 17. sz. kórtörténetet.) A mesenterium egyszerű hosszanti beszakadása, még ha a bél tapadási helyétől a belfodor gyökeréig terjed is, még nem teszi szükségessé a megfelelő bélrészlet eltávolítását, ha csak a bélen való tapadás helye sértetlen maradt. (L. a 16. sz. kórtörténetet.)

Fontos és sokat vitatott kérdése a therapiának a hasür toilettje bélsérülések után. Dolgozatom keretét messze túlhaladná, ha ki akarnék terjeszkedni ama számtalan egymásnak ellentmondó nézet és tapasztalat ismertetésére, melyet e kérdésben a különböző szerzők hangoztattak.

A legáltalánosabban elfogadott nézet az, hogy általános peritonitisben a hasür kiöblítése van helyén, míg ha peritonitis még nincs vagy csak a sérülés helyére szorítkozik, megelégedhetünk a hasürnek száraz vagy nedves compresssekkel való egyszerű kitörlésével.

A magunk részéről a hasür öblítésében nem látunk olyan nagy veszélyt, még akkor sem, ha a peritonitis még körülírt. Csak 3 követelménynek feleljen meg az öblítés: a) az öblítő folyadék legyen teljesen megbízható steril physiologiai konyhasóoldat, b) hőfoka ne legyen 40°-nál alacsonyabb és c) az öblítést minél

¹ *Michaux*: Traitement des contusions graves de l'abdomen. Gazette méd. de Paris, 1895. Nr. 12.

nagyobb mennyiségű, 30—40 liter folyadékkal kell végezni, úgy mint azt Rehn¹ ajánlotta.

Ily eljárás mellett mi az öblítés káros hatását nem tapasztaltuk. Egyik megbecsülhetetlen előnye az öblítésnek a szívre gyakorolt stimuláló hatása, minek főleg nagy intraabdominális vérzések vagy a nagy shockkal járó bélrupturák eseteiben látjuk kiváló hasznát.

Azon eseteinkben, melyekben a leírt módon végeztük az öblítést, a műtét utáni collapsus jóval csekélyebb volt.

A hasűrt egy eset kivételével mindig részlegesen zártuk (l. a 9. sz. kórtörténetet), a váladék levezetésének biztosítására a belek közé és a kismedenczébe steril gazeecsikokat vezettünk, melyeket kedvező lefolyás esetén 5—6 nap múlva meglazítottunk, s véglegesen csak a 10—12. napon távolítottunk el.

Vajjon a hasűr Rehn által gyakorolt radikális és minden irányban való drainézése mennyiben mozdítja elő a peritonitisek kedvezőbb gyógyulását, azt eldönteni még csak a jövő feladata. Mi ezen bő drainézést 1 esetben (l. a 17. sz. kórtörténetet) alkalmaztuk. A peritonitis tünetei csakugyan visszafélődtek, azonban a beteg pneumoniának esett áldozatul.

Végül még hangsúlyozni kívánom azt, hogy az utókezelésben legfontosabbnak tartjuk a bélperistaltika mielőbbi helyreállítását, a mit a műtét után már néhány órával adott beöntésekkel iparkodunk elérni. Néhány esetben jó hatást láttunk az atropin (1 mgm. atropin 1—2-szer napjában) alkalmazásától.

Feltétlenül elvetendőnek tartjuk az opiátoknak rendszeres adagolását a műtét után a bél nyugalomba helyezése céljából. A műtét utáni első napokban azonban aligha fogjuk nélkülözhetni a subcutan morphiuminjeksiókat, melyek úgy a fájdalmak csillapítása, mint a többnyire igen nyugtalan betegek megnyugtatása által egyaránt jótékony hatást gyakorolnak.

(A subcutan bélsérülésekre vonatkozó egész irodalom kiemerítő összeállítását lásd Hertle: Über stumpfe Verletzungen des Darmes und des Mesenteriums, Beiträge z. klin. Chir. 1907. Bd. 53, p. 402 cz. közleményében.)

Kórtörténetek.

a) Bél- és mesenteriumsérülések.

1904.

1. P. S., 28 éves napszámos. 1904 február 25.-én pályarendezés alkalmával lokomotív ütötte el. A mentők által azonnal osztályunkra szállították. Status a felvétel alkalmával: Erőteljes férfi, sensoriuma ép, beesett anaemiás arcú, száraz nyelv, hűvös végtagok. Hőmérsék 36.2; pulsus 110, kicsiny, könnyen elnyomható. Erős spontán hasfájdalmak, a has mérsékelten puffadt, a hypogastrium bal oldala erősebben elődomborodik és itt igen erős az izomellenállás. A has különben nyomásra mindenütt igen érzékeny. A has alsó és oldalsó részein tompulat. A májtompulat nagyrészt eltűnt. Az alhason és czombokon kiterjedt suffusiók. Beszállítása óta nem hányt, nem csuklott. Spontan vizelni nem tud. A diagnosist bélrupturára téve, a sérülés után 2 1/2 órával laparotomia Sudeck-féle bódításban (opérateur: Koch dr.).

Median behatolás. A hasfal összes rétegei véresen beszűrődtek, a két egyenes hasizom a köldök alatt két ujjnyival haránt irányban teljesen át van szakítva, az elszakított art. epigastrica ágából erős vérzés. A hasűrben körülbelül 500 gm., bélsárral kevert vér és sok levegő. Az összes beleken nagyfokú belöveltség, helyenként fibrinlerakódás. Az ileum a coecumba való belépési helyétől 8 cm. távolságban haránt irányban teljesen átszakadt, a repedés a megfelelő bélfodorrészletre is folytatódik mintegy 12 cm. hosszúságban; 50 cm.-rel magasabban egy második, az előbbihez hasonló, teljes haránt bélruptura. Az átszakadt bélesonkok felfrísítése után a két-két bélvég egyesítése Murphy-gombokkal, mesenterialis varrat. Has kitörlése konyhasóoldatba mártott törlekkel. Egyrétegű hasfalvarrat. Mikulicz-tampon.

A műtét végén (tartama 1 3/4 óra) nagyfokú collapsus, hypodermoklysis, excitantiák. A lefolyás első két napján látszólagos javulás,

¹ Rehn-Nötzel: Die Prinzipien der Peritonitisbehandlung. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 46. p. 514.

majd előtérbe lépnek a diffus peritonitis tünetei: szék- és szélrekedés, csillapíthatatlan hányás, nagyfokú meteorismus. A pulsus fokozatos rosszabbodása közben a műtét utáni negyedik napon beáll a halál.

Sectio (törvényszéki): Genyes, rostonyás hashártyagyulladás. Az összetapadt belek között kisebb-nagyobb tályogok. Az összes varratok jól tartanak.

2. T. I., 36 éves kocsis. Április 20.-án reggel lova hasba rugta. Esméletlen állapotban azonnal beszállították.

Status a felvételnél: Erőteljes eszt- és izomrendszerrel bíró egyén. Hőmérsék 36.5; pulsus 80. Esméletét visszanyerve, erős spontán hasfájdalmakról panaszkodik. A has nyomásra, különösen a hypogastriumban igen érzékeny, behűződött, a rectusok köldök alatti részén reflectorius izomcontractio. A májtompulat megtartott. Beszállítása óta egy ízben hányt. A bélsérülés diagnosist nem tartván bizonyosnak, egyelőre expectativ magatartást követünk. Morphiuminjectio, a hasra jégtömlő, mit a tünetek 7—8 óráig tartó látszólagos enyhülése követ. A délutáni órákban a beteg igen nyugtalan, több ízben csuklik és hányt, elviselhetetlen hasfájásról panaszkodik; a has érzékenysége és feszessége fokozódik, szék, szelek beöntésre nem mennek, a májtompulat eltűnt. Este 6 órakor hőmérsék 36.8; pulsus 120, kevésbé telt, mint reggel. A bélruptura diagnosisa most már bizonyos lévén, laparotomia 12 órával a sérülés után (opérateur: Milkó dr.). Peritonitis purulenta universalis. A hasűr tele van bűzös, zavaros genyes exsudatummal, a belek serosája ad maximum belövelt, fénytelen, kiterjedt vastag fibrinhártyákkal bevont. A perforatio helye a Bauhin-billentyűtől 20 cm. távolságban az ileumon fekszik, koronáyi, éles szélű, a bélfodorral átellenben fekvő lik alakjában, melyből a bél véresen beivódott nyálkahártyája prolábil. Vertikális bélvarrat két étageban. A hasűr kitörlése száraz törlekkel. A hasat egy rétegben varrjuk. Az alsó sebzugból több steril gazeecsikot vezetünk be a hasűrbe. A műtét végén erős collapsus: hypodermoklysis.

A lefolyás minden tekintetben kedvező. A peritonitises tünetek a műtét után egy csapásra megszűntek. A hőmérsék és pulsus már a következő naptól kezdve normális, hányás egyszer sem jelentkezett. A has érzékenysége és feszessége csökkent. A lefolyás harmadik napján beöntésre szék, szél bőven ürül.

A beteg állapota oly rohamosan javul, hogy a műtétet követő 10. napon saját kívánságára hazabocsátjuk. Kezelő orvosától nyertük az értesítést, hogy a sérült, daczára a hasseb utólagosan támadt erős genyedésének, négy hét alatt teljesen gyógyult. Fél évvel később ép erőben-egészségben jelentkezik. Hasfali herniája nincs. (A közkórházi orvostársulat ülésén bemutatattott.)

3. K. P., 29 éves kocistolót december 2.-án este kocistolás közben a fék fogantyúja hasba lökte. Beszállítás a sérülés után 1/2 órával. Felvételnél az erőteljes, kis fokban elesett férfi hőmérséke, pulsusa normális, egyszer hányt, hasa erősen fájdalmas, defense musculaire csak a bal rectus alsó harmadában mutatható ki. Állapota az éj folyamán rosszabbodott. A hányás több ízben ismétlődött, az érzékenység, izomcontractio kiterjed a has egész felületére, az érverés lassan felszökik 120-ra. Reggel 7 órakor (a sérülés után 12 órával) általános peritonitisre valló tünetek miatt laparotomia (opérateur: Milkó dr.). A hasűr tele van körülbelül 3/4 liternyi bűzös, bélsárral kevert genyennel. Az összes belek eventeratoja után megtaláljuk az ileum alsó végéhez közel fekvő, sugillált szélű, krajczármekkoraságú átfűrődést. Haránt bélvarrat két étageban. A hasűr kitörlése konyhasóoldatba mártott tamponokkal. A belek közé és a kismedenczébe összesen öt gazeecikkal drainezünk. Áthatoló részleges hasfalvarrat. A beteg a műtétet követő ötödik napon általános peritonitis tünetei között meghalt.

Sectio (rendőri): Peritonitis diffusa. A vékonybélben a pylorustól 270 cm.-nyire szabályszerű sebészi varratokkal egyesített repedés, melynek szélei zúzottak, környezete véresen beszűrődött.

1905.

4. B. J., 47 éves kocist április 19.-én itatás közben a lova hasba rugta. Kórházba szállítás a sérülés után 6 órával.

Beesett, szenvedő arcú beteg, légzése szapora, felületlen. A spontán hasfájdalmak igen erősek. A hőmérsék 36, a pulsus 56, erőteljes, szabályos, a végtagok hűvösek.

Gyakori csuklás, felbőgés, sérülése óta kétszer hányt nagy-

mennyiségű ételmaradékot. A has erősen behúzódtott, deszkakemény, diffuse érzékeny. A májtompulat megkisebbedett.

Diagnosis: Bélruptura. Rögtöni műtétet ajánlunk, a sérült azonban ezt, daczára állapotja gyors rosszabbodásának, következetesen visszautasítja. Az exitus a sérülés után 36 órával következett be általános hashártyalob tünetei között.

Sectio (rendőri): Peritonitis diffusa purulenta. A vékonybélben egy 5 cm. hosszú és egy 2 cm. hosszú, haránt, czafatos, vérzéses beszűrődést mutató repedés.

5. M. J., 22 éves kocsis december 2.-án este sötétben megbotlott és hasával egy kiálló karóra esett. Egy órával később beszállítják. A beteg kislókú collapsusban van, igen nyugtalan, nagy hasfájásról panaszkodik, egyszer hányt. Hőmérséke subnormális, pulsusa 96, erőteljes. A has nem puffadt, mindenütt elég könnyen benyomható, tompulat nem mutatható ki, de a köldöktől lefelé mindenütt erős érzékenység, a májtompulat normális. Egy órával később a hányás ismétlődött. Minthogy a has érzékenysége és feszessége is fokozódott s a pulsus 100-on felüli, a diagnosit bélrupturára állítva, műtétet ajánlunk. Ismételt rábeszélésünk daczára a beteg csak éjjel 2 órakor, a sérülés után 6 órával adja a beleegyezését a műtétbe. Állapota ekkor már igen rossz. Arca beesett, a pulsus 130, kicsiny, a nyelv száraz, a has erősebben puffadt, érzékeny, a májtompulat eltűnőfélben. Laparotomia morphin-aetherbódításban (opérateur: *Milkó* dr.). Peritonitis purulenta universalis. A hasürben 2 liter bűzös bélsárral kevert zavaros savó, az összes belek igen puffadtak; a hashártya erősen belövelt, fénytelen, rostonyalepedékekkel borított.

A perforatio a colon descendens és az S romanum határán ül, fillérnyi zúzott szélű lik, mely a mesenterialis oldallal szemközt fekszik. Környezetében a bél serosája krajczárnyi területen hiányzik. Bélvarrat hét rétegben a bél haránt tengelye irányában. Öblítés 4 liter meleg konyhasóoldattal. Mikuliez-tampon. Részleges hasfalvarrat.

Beteg a shockból nem szedi össze magát; a műtétet követő napon délután 4 órakor exitus.

Sectio: Peritonitis purulenta universalis.

Az S romanum és colon descendens határán tenyérszerű véresen infiltrált terület, melynek közepén 1 cm. hosszú, a bélfal összes rétegein áthatoló, szabályszerűen egyesített repedés van. Tenyérszerű vérzéses beszűrődés a hasfali hashártya alatt a bal lágyéktájon.

1906.

6. G. J., 39 éves, napszámos. Építkezéskor 6 meter hosszú és 40 cm. vastag fagerenda esett a hasára. Azonnal összeesett, heves hasfájdalmak támadtak; a nap folyamán több ízben hányt, csuklott.

Beszállítás 20 órával a sérülés után.

Status a beszállítás alkalmával: A kissé elesett férfi bőre halvány, a végtagok hűvösek, a nyelv száraz. Hőmérsék 37.8. Légzés 30, felületes, costalis. Pulsus 110. A tüdők felett diffuse száraz és nedves szörtyözöregyek. A májtompulat megvan. A hasfalak igen feszesek, kemények, már csekély érintésre, főleg jobboldalt és alul igen érzékenyek. Az alsó és oldalsó részletekben tompulat és fluctuatio. Absolut szék- és szélrekedés.

Diagnosis: Ruptura intestini.

Laparotomia a sérülés után 21 órával morphin-chloroform-bódításban (opérateur: *Milkó* dr.). A hasat a köldök és symphysis között megnyitva, bő sugárban ömlik elő a sok zavaros, emésztetlen ételmaradványokkal és bélsárral kevert savó. Az erősen felpuffadt, belövelt beleken mindenütt szívósan tapadó szürkés-sárga fibrinfelrakódások, melyek az ileum alsó vége felé mind kiterjedtebb, egész tenyérszerű lemezeket alkotnak. A cseplesz is kocsosyszerű, genyes lepedékekkel borított. Az utolsó ileumkacsok egymással és a fali hashártyával erősebben összetapadtak, szétválasztásuk után látjuk, hogy a Bauhin-billentyűtől 12 cm.-nyire a bélben egy koronányi, éles szélű perforatio van, melyből még mindig bőven ömlik az emésztetlen ételmaradványokkal (zöldbab héja és babszemek) kevert bélsár. Egy második, a leirthez mindenben hasonló perforatiót az ileumnak 20 cm.-rel magasabban fekvő részletén találunk. Bélvarrat lege artis két

étageban. A has kitörése konyhasós tuferekkel. Bőséges drainage gazeecikkokkal. Hasfalvarrat egy rétegben.

A lefolyás ezen esetben rendkívül kedvező volt, a mennyiben, daczára a már igen előrehaladott peritonitisnek és a sérülés óta eltelt hosszabb időnek, a műtét után gyors javulás állott be. A peritoneális symptomák két nap alatt teljesen visszafejlődtek s a beteget, ki időközben súlyos bronchopneumoniát is állott ki, márczius 10.-én gyógyultan bocsáthattuk ki. (A Közkórházi Orvostársulat és a sebészeti szakosztály 1906. évi ülésén bemutatott.)

7. K. J., 56 éves háziszolgát június 24.-én lova hasba rugta. A sérülés után csak 12 órával szállították kórházba, a közbeeső időben sokat hányt, csuklott, szelek nem távoztak. Az elesett beteg nyelve száraz, 37.6 hőmérsék, 90 pulsus, légzésszám 28, costalis, sokat csuklik, erős görcsszerű fájdalmai vannak. A has diffuse érzékeny, nagyfokú defence musculaire. Kétoldalt és alul tompulat, mely helyzetváltozáskor feltisztul. A májtompulat alig egy haránt-ujjnyi.

Diagnosis: Ruptura intestini, peritonitis diffusa.

Laparotomia azonnal aetherbódításban. (Opérateur: *Fischer* dr.) A hasürben sok vörhenyes sárga zavaros savó, a belek erősen belöveltek és lepedékesek. A perforatio egy mélyebb jejunumkacsban ül, babnyi, a nyíláson át szagtalan hig béltartalom ürül. Kétsoros haránt bélvarrat. Drainage gazeecikkokkal. Részleges hasfalvarrat.

A beteg a műtét után pneumoniát kap; a peritonitis tünetei 3—4 nap múlva nagyrészt visszafejlődnek, a hányás megszűnik, spontán szék- és szélürülés áll be; ennek daczára nem tudja magát összeszedni s a műtétet követő 14. napon fokozódó szívgyengeség tünetei között beáll a halál.

Sectio (rendőri): 2 1/2 cm. hosszú, 6 csomós varrattal egyesített, rostonyos váladéktól fedett repedés a vékonybélben. Peritonitis diffusa fibrinoso-purulenta. Bronchopneumonia.

8. R. J., 36 éves napszámos május 29.-én vasúti sín emelése közben elcsúszott s a sín a hasára esett, 2 órával később osztályunkra szállítják. Az elesett beteg hőmérséke 36, pulsusa 74, telt. Igen erős hasfájás. A has teknőszerűleg behúzódtott, deszkakemény, csekély érintésre is mindenütt fájdalmas. A májtompulat megvan. A sérülés óta kétszer hányt.

Két órával később a pulsus 90, a has még feszesebb és érzékenyebb.

Bélsérülés diagnosissal laparotomia a sérülés után 4 órával. (Opérateur: *Milkó* dr.)

Behatolás a köldök alatt a középvonalban.

A hasürben sok zavaros, de nem bélsárszagú savó, a belek erősen injiciáltak, helyenként fibrinfelrakódásokkal borítva. A jejunum alsó részén koronányi, zúzott szélű perforatio. Kétsoros bélvarrat. A hasür öblítése 6 liter meleg konyhasóoldattal. Teljes hasfalvarrat.

A műtétet követő napon a diffúz peritonitis tünetei lépnek előtérbe, fokozódó meteorismus, szék-szélrekedés, csillapíthatatlan hányás. Gyomormosás, a hasseb kinyitása és drainezés ellenére a 4. napon beáll a halál.

Sectio (törvényszéki): 2 cm. bélrepedés a jejunum convex szélén a duodenumtól 150 cm.-nyire, szabályszerű sebészi varratokkal egyesítve. Peritonitis diffusa purulenta.

9. L. M., 33 éves timár augusztus 5.-én villamos kocsiról leugrott, mikor is évek óta fennálló jobboldali lágyéksérve kizáródott. Már a kizáródás pillanatában rendkívül heves fájdalmakat érzett az alhasban, melyek még fokozódtak, midőn a sérvet — mint azt már más alkalommal is tenni szokta — sajátkezűleg reponálta. A fájdalmak a sérvkapu tájékáról a hasba és a gyomortáj felé sugároztak ki. Két órával később beszállítván a beteg, igen elesett, végtagjai hűvösek, arca beesett, halvány. Hőmérsék 35.9, pulsus 66, kishullámú. A has igen érzékeny és feszes, főleg a jobb hypogastriumban, a májtompulat megtartott.

A tág sérvkapuban és lágyékesatornában semmi rendellenes resistencia nem tapintható. Minthogy magas beöntés javulást nem idéz elő s a beteg beszállítása óta két ízben hányt, bélrupturára teszszük a diagnosit s a sérülés után 5 órával műtétet végzünk (opérateur: *Milkó* dr.). Herniolaparotomia. A sérvtömlő kipraeparálása és megnyitása után a hasürből 1/2 liternyi, faeculens szagú, piszkosbarnás színű savó ömlik. A fénytelen belövelt belek serosája fibrin-czafatokkal borított. A sérvkapu közelében fekszik a colon ascendens,

melyet előhúzáva, rajta éles szélű perforációt találunk. Szabályszerű bélvarrat és a hasúr toiletteje után drainage gaze-csíkokkal. A beteg a műtét után is erősen collabált. A következő napon állapota még rosszabbodott. Nagyfokú nyugtalanság, meteorismus, pulsus filiformis. Anguszus 6.-án déli 12 órakor beáll az exitus.

Sectio: Peritonitis diffusa. A colon ascendensen a Bauhin-billentyűtől 20 cm.-nyire 3 cm. hosszú, varrattal egyesített repedés. A varratok teljesen jól tartanak.

10. N. B., 31 éves kocsist szeptember 9.-én ló hasba rugta, azóta erős hasfájás, egyszer hányt, csuklik. A sérülés után 12 órával szállítják be, ekkor a beteg végtagjai hűvösek, az eszmélet ép. Hőmérsék 37. Pulsus 76, középtelt, légzés 22; a mérsékelt puffadt has főleg a jobb hypogastriumban igen érzékeny, itt férfitenyényi területen erős izomellenállás. A májtompulat ki nem kopogtatható, szabad folyadékot a hasban kimutatni nem lehet.

Diagnosis: bélsérülés. Laparotomia a sérülés után 14 órával. (Operateur: Fischer dr.) A peritoneum megnyitása után sok zavaros, vörhenyes barna savó ürül, a belek erősen hyperaemiásak kiterjedt fibrinlerakódással. A valvula Bauhinitől 150 cm.-nyire az ileumon 4 cm. hosszú longitudinális repedés, melyen át béltartalom ürül. Haránt bélvarrat két étagéban. Öblítés 6 liter konyhasóoldattal, réteges hasfalvarrat, Mikulicz-tampon. Műtét után a beteg igen nyugtalan, nagy szomjúság gyötri, sokat hány, csuklik. Fokozódó collapsus közben szeptember 10.-én délután 1/2 3 órakor beáll az exitus.

Sectio (rendőri): 4 cm. hosszú, szabálytalan, zúzott szélű, selyemcsomós varratokkal egyesített bélrepedés a vékonybélben a vakbél felett 1 1/2 meternyire. Általános hashártyagyulladás.

11. B. J., 32 éves, kocsis. Szeptember 19.-én este 8 órakor ló hasba rugta. Összeesett, de eszméletét megtartotta. Már a szállítás közben többször hányt és csuklott. Orvosa 24 óráig interne kezelte. A mentők szeptember 20.-án este szállítják osztályunkra. A beteg a peritonitis utolsó stadiumában van. Filiformis pulsus, facies hippocratica, száraz nyelv, szapora légzés, nagyfokú tympanites. A műtétől eltekintünk. 4 órával később beáll az exitus.

Sectio (rendőri): A harántremese és a jobb vesekörüli táj véresen infiltrált. A vékonybélben 7 cm. hosszú, 3 cm.-nyire tátongó repedés. Általános hashártyagyulladás.

12. M. V., 18 éves, gyári munkás. Szeptember 22.-én délelőtt vastag falécz esett a hasára. A sérülés után fél órával hányt s azóta állandóan igen erős hasfájása van. Kezelő orvosa opiumot rendel, csak 10 órával a sérülés után szállítatja be osztályunkra. Ekkor a status következő: kis fokban elesett beteg, a hőmérsék 37, a pulsus 96, erőteljes, a nyelv nedves. A has behúzódott, deszkakemény, érzékeny. A májtompulat kicsiny. A has két oldalán és alul tompulat és fluctuatio. Hányás, csuklás nincs.

Diagnosis: ruptura intestini.

Laparotomia a sérülés után 12 órával. (Operateur: Milkó dr.) Előrehaladott peritonitis fibrinoso-purulenta, mely legnagyobb fokú a jejunumon, míg az ileum alsó részén már kevésbé kifejezett. A plica duodenojejunalis alatt 20 cm.-rel krajezányi, kerek bélperforatio. Kétsoros Lembert-varrat. Kitérítés konyhasós törlőkkel. Drainage.

A műtétet követő napon a közérzet némileg javul, beöntésre kevés szék megy, nem hányt. Szeptember 24.-étől kezdve a pulsus ismét rosszabbodik, fokozódó meteorismus, peritoneális hányás. Absolut obstructio, rossz facies. A bevezetett gaze-csíkok meglazítása eredménytelen nem jár. Exitus szeptember 25.-én délelőtt 1/2 8 órakor.

Sectio (rendőri): Általános bélsárkilépéses hashártyagyulladás; 3 cm. hosszú, czafatos, véresen beivódott szélű, szabályos sebészi varatokkal egyesített vékonybélrepedés.

13. M. J. 47 éves kocsis. Lórugás december 1.-én este 5 órakor. Rögtön összeesett. Lakására vitték, hol az orvos poroktat, borogatást rendelt. 1 órával sérülése után hányt, csuklott, az éj folyamán még sokszor hányt. Szék, szelek beöntésre sem mentek.

A sérülés után 28 órával beszállított beteg igen collabált. Subnormális temperatura, 140 üres pulsus, 30 légzés. A has erősen felpuffadt, a érzékeny, májtompulat eltűnt. Szabad hasúri izzadmány mutatható ki.

Diagnosis: Peritonitis diffusa ex ruptura intestini.

Laparotomia azonnal (operateur: Fischer dr.); a köldök alatt 10 cm. hosszú incisio; a hasúrban 2 liter éves geny és bélsár.

Az összes belek maximálisan puffadtak, belöveltek és paretikusak. Két bélperforatio. Az egyik az alsó ileumon 40 cm.-rel a cecum felett haránt irányban csaknem az egész bélkerületre kiterjedő, kifordult és előesett nyákhártyaszélekkel; a másik 20 cm.-rel magasabban ül, koronányi. Mindkét rupturát kétrétegű Lembert-varratokkal zárjuk. Öblítés 6 liter konyhasóoldattal. Drainage sterilgaze-csíkokkal. Hypodermoklysis. A beteg a narcosisból nem tér magához, a műtét után 5 órával meghal.

Sectio (rendőri): Peritonitis diffusa. Mindkét bélrepedés szabályszerű sebészi varratokkal egyesített.

1907.

14. F. Gy., 40 éves napszámos február 19.-én d. u. 4 órakor tolatás közben két vasúti koci közé került és a pufferek összenyomták. Beszállítás 3 órával a sérülés után. A hatalmasan tejtelt, erőteljes férfi erős shockban van, nagyfokú anaemia, hűvös végtagok. A hőmérsék subnormális, a pulsus 56, szabályos. A légzés felületes, szapora. A has diffuse érzékeny. Az egész has felett erős défense musculaire. Kétoldalt és alul kiterjedt tompulat, a májtompulat csaknem eltűnt. A beteg nem hányt, itt-ott csuklik.

Laparotomia azonnal morphium aether-bódításban. (Operateur: Milkó dr.) A műtét tartama: 1 1/4 óra.

A hasúrban kb. két liter vér, véralvadék és folyékony szagtalan béltartalom. A jejunum felső harmadában a következő sérülések találtak: egy 8 cm. hosszú vékonybél darab a hozzátartozó mesenteriummal együtt a béltractussal való összefüggéséből kiszakítva teljesen szabadon hever a hasúrban s a mesenteriummal is csak néhány mm. vastag foszlány útján függ össze.

A mesenterium elszakadt ereiből erős arterio-venosus vérzés. A harántul átszakadt vékonybélesonkok egymástól 20 cm.-nyire visszahúzódtak, mucosájuk erősen prolábil. A esonkokat felfrissítésük után circuláris kétrétegű bélvarrattal egyesítjük. A leszakadt vékonybél darabot eltávolítjuk s a mesenterium ereinek vérzését körülölteésekkel csillapítjuk.

Továbbhaladva a leírt sérüléstől 30 cm.-nyire proximal felé újabb teljes haránt bélrupturát találunk. A bélesonkok egymástól 10 cm.-nyire visszahúzódtak tátonganak. A esonkokat most időkimelés céljából Murphy-gyűrűvel egyesítjük. A hasat 20 liter 40%-os konyhasóoldattal kimossuk és Mikulicz-kötény behelyezése után teljesen nyitva hagyjuk.

A beteg az óriási sérülés, vérvesztés és műtét okozta shockból nem tér magához, s február 20.-án reggel 9 órakor beáll az exitus.

Sectio (rendőri): A pylorus alatt 40 cm.-rel a vékonybélben egy körkörös, Murphy-gombbal egyesített, áthatoló bélrepedés. A pylorus alatt 75 cm.-nyire egy második körkörös selyemvarratokkal egyesített bélrepedés, általános peritonitis.

15. K. J., 27 éves kovácsnak május 15.-én d. u. fél 4-kor gőzkalapácsból kiugró téglanagyságú vasdarab vágódott a hasához. A negyed órával később beszállított beteg feltűnően anaemiás, igen elesett, közvetlenül a beszállítás után hányt. Rendkívül heves hasfájás. A pulsus 90, elég telt és feszes, a légzés felületes, szapora. A has kissé behúzódott. Az epigastriumban, főleg annak jobb oldalán már érintésre is nagyfokú érzékenység. A jobb reetus epigastrikus részletén erős défense. A has többi részén is van kisebb fokú érzékenység és izomellenállás. Az ileo-cecalis táj tompult. A májtompulat alig egy harántujnyi. Félórával a beszállítás után újra hányt nagyobb mennyiségű ételmaradékot.

Diagnosis: Súlyos haszúródás, valószínűleg bélruptura. Műtét a sérülés után 1 1/2 órával. (Operateur: Milkó dr.) Medián metszés, mely a proc. xiphoidestól a köldök alá terjed. A hasúrban igen sok folyékony vér, véralvadék és levegő. A belek kissé belöveltek. A colon transversum és a mesocolon transversum erősen zúzott, haematomás, az elülső taeniának megfelelőleg a colon transversumról egy 12 cm. hosszú, 1 cm. széles sero-muscularis lebeny, mint egy forgács, le van hasítva. A jejunum közepe felé egy forint-nagyságú, a bél circumferenciájának kb. a felére kiterjedő, zúzott szélű repedés, melyből a nyálkahártya erősen prolábil. 25 cm.-rel feljebb egy második fillérnyi bélperforatio. Az előbbi perforatio helyének megfelelő mesenterium a bélben való tapadási helyétől egészen a bélfodor gyökeréig egész vastagságában kettészakadt és a repedés széleiből erős arterio-venosus vérzés áll fenn. Első sorban a mesenterium sebtét egyesítjük mely átöltő selyemcsomós

varratokkal, miáltal a vérzés is legnagyobb részben csillapodik, a még fennálló vérzést körülöltésekkel sikerül csillapítani. Mindkét bélperforációt két étage Lambert-varrattal egyesítjük. Irrigatio 30 liter meleg konyhasós vízzel. Drainage gazeccsikkokkal. A műtét után a collapsus igen nagy; melegítés és hypodermoklysis.

Status: május 16. Hő 37.8. Pulsus 120. Légzés 40. A fájdalom mérsékeltek, keveset csuklik, szék és szél nem megy.

Éjjel kétszer hányt.

Május 17. Hő 37.2. Pulsus 120. Beöntésre bőven ment szék és szél. Még csuklik keveset. A has érzékenysége csökkent.

Május 18.-ától kezdve a lefolyás teljesen sima. A beteg június 11.-én teljesen gyógyultan bocsáttatott el. (A közpörházi Orvostársulat egyik ülésén bemutatott.)

16. P. J., 65 éves földmives, április 30.-án este keréket karóban megbotlott és hasával a karóra esett. Gyalog ment haza, de otthon már erős hasfájása volt, az éj folyamán többször hányt, csuklott. Reggelre jobban érezvén magát, dolgozni is kezdett, de délután ismét jelentkeztek az előbb jelzett fájdalmak, szék- és szélrekedés kíséretében, a mi beöntésre sem engedett. A sérülést követő harmadik napon állapotának folytonos rosszabbodása miatt osztályunkra szállították. A beteg a saját lábán jött fel a lépcsőn, de hasát mindkét kezével fogta és erősen fájalta. Hőmérsék 37. Pulsus 120, arhythmikus. Kissé hűvös végtagok, száraz nyelv, szapora légzés. A puffadt, feszes hason diffus érzékenység, a májtompulat eltűnt, szabad hasúri exsudatum. Szóval a diffus peritonitis minden tünete megvan.

Laparotomia 60 órával a sérülés után. (Operateur: Milkó dr.) A hasürből megnyitása után sok bélsárral kevert bűzös geny és gáz tör elő. A cseplesz genyes fibrinosus lepedékkel bevont, a kismenedezébe le van tapadva. Felvágása után a sokszorosan összetapadt, vastag genyes, fibrinosus álhártyákkal borított vékonybeleket eventeráljuk. A kihelyezett, puffadt beleket állandóan 40°-os sóoldattal irrigáljuk. A perforatio helyét nehéz volt megtalálni, mert igen kicsiny, borsónyi és a fibrinhártya csaknem teljesen elborította. Réteges bélvarrat. Bő hasúri mosás 25 liter steril konyhasóoldattal. Ellennyilásokat készítünk, kétoldalt a lumbáltájon és a Poupart-szalag felett. A középső hassebet egészen nyitva hagyjuk és Mikulicz-kötényt teszünk be.

A műtét végén erősen collabált beteg másnapra összeszedi magát, a hányás, csuklás megszűnt, közérzete javul, beöntésre folyékony szék és szelek távoznak. Naponként kötésváltás és a drain-csőveken keresztül bő irrigatio. A beteg állapotának javulása csak a 4. napig tart, ekkor broncho-pneumonia támadt, melynek az előhaladott korú, nagyfokú endarteritisben szenvedő beteg május 6.-án áldozatul esett.

Sectio: Mellőztetett.

17. M. P. 20 éves gépmunkás. Június 10.-én reggel 9 óra-kor egy centrifugáló gépből kiugrott vasdarab nekivágódott a hasának. A sérülés után azonnal nagy hasgöresök, ismétlődő hányás. 2 1/2 órával később osztályunkra szállították.

A sérült igen nyugtalan, ide-oda hanykolódik, végtagjai kissé hűvösek, nyelve száraz, légzése costalis, pulsusa 70, erőteljes, hasa deszkakemény, behúzódott, excessive érzékeny, a májtompulat a VII. borda alsó szélén kezdődik, s a bordáig ér.

Diagnosis: bélruptura. Laparotomia a beszállítás után rögtön, a sérülés után 3 órával (operateur: Milkó dr.). A hasüriben 1/2 liter folyékony vér és béltartalom. A belek erősen belöveltek, itt-ott már rostonyacsfatokkal borítottak. A szabad hasüriben egy 20 cm. hosszú vastag ascaris találtatott. A mesenterium sok helyen véromlányos. A jejunum közepe felé egy bélcaeson, mely a mesenteriumáról nagy részben leszakadt, egymástól 2-4 cm. távolságban összesen négy krajczár egész korona nagyságú, rongyolt szélű perforatio. 50 cm.-rel magasabban még egy 5. az előbbieken hasonló perforatio.

A négyszeresen átfúródott béldarabot 15 cm. hosszúságban reszekáljuk. A bélesonkokat end-to-end varrattal három rétegben egyesítjük. Az ötödik perforációt Lambert-varrattal két rétegben zárjuk. Hasúri mosás. Drainage. A műtét végén a pulsus 120, könnyen elnyomható.

A lefolyás 2. és 3. napján igen sokat csuklik és hány, beöntésre szék egyáltalán nem, csak kevés szél távozott. 2 ízben gyomormosás, a szivgyengeség ellen digalen. A 4. naptól kezdve

a hányás megszűnt, spontan széke volt. Ezentúl a lefolyás kedvező. Hassebe per primam egyesült.

18. K. B., 29 éves napszámos. Szeptember 21.-én egy favágó gépből kiugró 1 meter hosszú, 6 cm. vastag fadarab hasba vágta. Azonnal nagy hasgöresöket kapott, összeesett, hányt. Sérülése után 1 órával osztályunkra szállították.

Status: Az elesett, halvány beteg végtagjai hűvösek. Fel-tünő erős hasgöresök. A sérült alsó végtagjait felhúzáva, a fájdalomtól összehúzórova fekszik, légzése felületes, costalis, az egész hasfelület deszkakemény contractioban, diffus nyomási érzékenység, a májtompulat megvan. Pulsus 90, erőteljes.

Diagnosis: bélruptura. Laparotomia a beszállítás után azonnal, a sérülés után 1 1/4 órával (operateur: Milkó dr.). A hasüri megnyitása a köldök alatt a középvonalban. Meglehetősen sok zavaros savó ürül. A vékonybeleket erősebben belöveltek itt-ott kezdődő fibrinlerakódások. A jejunum közepének megfelelőleg egymástól 50 cm. távolságban egy-egy fillérnyi, igen éles szélű, mintegy likasztó vassal ejtett perforatiós nyílás. Szabályszerű étage-bélvarrat. Öblítés 15 liter konyhasós vízzel. A hasüriben csak egy vékony gazeccsik marad drainage czéljából. A lefolyás teljesen láztalan és sima. A beteg per primam gyógyult hassebbel október 24.-én hagyja el osztályunkat.

II. Egyszerű hasi contusiók.

1904.

1. Sz. A. 20 é. napszámost márczius 11.-én megverték és hasát összerugdosták. 2 óra múlva a mentők osztályunkra szállítják.

Az erőteljes, kissé elesett beteg hőmérséke 36.8. Pulsus 96. A has bal felén bőrhorzsolás, ugyanitt erős nyomási érzékenység defense musculaire nélkül. Hányás, csuklás nincs. Therapia: jégtömlő, beöntés. Állapota gyorsan javul, úgy hogy márczius 19.-én gyógyultan elbocsáthatjuk.

2. P. M. 19 é. czukrárszegéd márczius 25.-én hintáról leesve hasát megütötte. Beszállítás 1 órával a sérülés után.

Status: jó facies, costalis típusú légzés. A gyomortáj mérsékelt puffadt, nyomásra érzékeny. Beöntésre szék, szelek mennek, nem hányt. Therapia: nyugalom. Priessnitz. Április 1.-én gyógyultan távozik.

3. F. M. 14 é. borfiut június 28.-án gazdája hasbarúgta. Saját lábán jött a sérülés után fél órával osztályunkra. Az alhas mérsékelt érzékenységen kívül semmi objectív tünet. Július 6.-án gyógyultan kimegy.

4. K. L. 34 é. gyári munkást július 13.-án tolókecsi elütötte. A mentők azonnal osztályunkra szállítják.

Elesett, halvány beteg; pulsusa 110, hasa, valamint a thorax alsó része spontan és nyomásra igen fájdalmas. Egyébként semmi peritoneális tünet. Beöntésre szelek mentek.

Gyógyultan kimegy július 18.-án.

5. R. R. 30 é. gyümölcsárust július 24.-én háziasszonya hasba rugta. A mentők azonnal a sérülés után beszállítják. A hypogastrium nyomásra erősen érzékeny. A légzés akadályozott, costalis.

Nyugalomra, jégtömlőre gyors javulás, július 26.-án gyógyultan távozik.

6. G. I. 27 é. ablakost augusztus 13.-án kocsii elütötte. Beszállítás azonnal. A czombokon és has alsó részletén kiterjedt suffusiok, erős nyomási érzékenység. Egyébként jó külső, normális hőmérsék és pulsus, nem hányt. Gyógyult augusztus 20.-án.

7. M. I. 20 é. ujságárust október 3.-án ló hasba rugta. Beszállítás a sérülés után 4 órával. A beteg kissé anaemiás. A has mérsékelt puffadt, érzékeny. A hőmérsék és pulsus normális, a májtompulat megvan. Therapia: jégtömlő. Október 5.-én gyógyultan kimegy.

8. B. I. 21 é. kocsist, november 13.-án lova hasba rugta. Állítólag ugyanaz nap este vizelete erősen véres volt. A fájdalmak nem szűnése miatt november 15.-én osztályunkra szállítják. Status: jó facies, normális hő és pulsus. A has diffuse kissé, a bal hypogastrium és lumbáltáj erősebben érzékeny. Semmi peritoneális tünet. Gyógyult november 21.-én.

1905.

9. F. E. 7 é. tanuló, márczius 22.-én kocsii ment rajta keresztül. A sérülés után állítólag hányt, azóta erős hasfájás; márczius

24.-én felvétel. A halvány fiú hőmérséke 37, pulsusa 90. A has alsó részlete nyomásra erős érzékenységet mutat, de könnyen benyomható. Széke beöntésre volt.

Priessnitz-borogatás, nyugalom. Gyógyulás március 29.-én. 10. M. D. 30 é. kocsist április 25.-én reggel ló hasba rugta. Este 8 órakor beszállítják.

Kisfokú anaemia, elesettség. A hőmérsék, pulsus, májtompulat rendes. Az egigastriumban csekély nyomási érzékenység.

2 napi fekvés után gyógyult.

11. H. I. 54 é. napszámos, április 26.-án ablak esett a hátsára, a mentők azonnal beszállítják.

Az elesett beteg pulsusa 80, erőteljes, a has elődomborodó, a gyo-morgódor nyomásra erősen érzékeny, izomellenállás nélkül. Beszállítás után 2 izben hányt kevés emésztetlen ételmaradékot. A májtompulat normális, szelek mennek.

Therapia: jégtömlő, abszolút nyugalom. Junius 29.-én jelen-
tekenyen javulva távozott.

12. D. L. 21 é. kocsirendező, szeptember 4.-én vonat két
ütközője közé került, a mentők rögtön beszállítják.

Az elesett, anaemiás beteg hőmérséke 36,0, pulsusa 60, kicsiny. A hason több hámlorzsolás, kevésbé puffadt, diffus nyomási érzé-
kenység, nem hányt, nem csuklott, a défense musculaire nem kife-
jezett. Therapia: jégtömlő. Szeptember 16.-án gyógyult.

Adatok a Highmor-öböl genyedésének sebészeti kezeléséhez.

Irta: *Seligmann Hugó* dr.

Az állsonti öböl genyedése ellen számos sebészeti eljárás áll rendelkezésünkre. A legrégebb módszer a Meibom-Cowper-féle (1718 óta), mely a Highmor-üregnek a fogmedren át való megnyitásban áll. Azóta számos és különböző módszer gazdagította a sebészet eme fejezetét. A különböző módszerek leírásával itt nem akarok foglalkozni, csupán röviden az állsonti öböl megnyitásának egyik eljárásáról akarok megemlékezni, melyet különösen a rhinológusok sok esetben sikeresen alkalmaznak.

Tapasztalták ugyanis, hogy a speciális orvosok által gyakran alkalmazott, az állsonti öbölnek a processus alveolarison át való megnyitása a legtöbb esetben eredményre nem vezet és hogy a radikálisabb módszert (Caldwell-Luc), a fossa caninán át való megnyitását az állsonti öbölnek, mert nagyobb sebészeti beavatkozás, a betegek nem fogadják el; ezért arra gondoltak, hogy vajon nem volna-e lehetséges a fenti — Caldwell-Luc-féle — műtét első aktusától, azaz a fossa canina feltárásától eltekintve, csupán a sinust az orrüreggel tág közlekedésbe hozni. (Krause-Mikulicz.)

Ezen eljárás, mely néhány technikai módosítást is szenvedett (Claoué, Escat, Hajek stb.), sok esetben jó eredményt adott.

Hajek eljárása a következő: Műtét előtt a beteg oldali sinusnak megfelelő orrüregre a váladéktól gyapottal megtisztítjuk, az alsó orrkagylón és az orr oldalsó falán Schleich-féle infiltrációs anaesthesiát alkalmazunk és a felette lévő nyálkahártyát még ezenkívül néhányszor 10⁰/o-os cocain-oldattal, melyhez néhány csepp 1⁰/o-s adrenalin-oldatot teszünk, beecseteljük. Majd erősebb olló segítségével az alsó orrkagyló elülső harmadát a tapadási helyéről leemeltük, a mi a legtöbb esetben egy csapással lehetséges, közvetlen a tapadási vonal alatt egy vastagabb szűresappal behatolunk a sinusba, a trocartot ezután kihúzva, különböző nagyságú és formájú vágó csipetőkkel (pince coupante) megnagyobbítjuk az orr oldalsó falában ejtett nyílást körülbelül két fillérnyi nagyságúig, miáltal az állsonti öböl tágan fog közlekedni az orrüreggel. Az orr oldalsó falában ejtett nyílás széleit gondosan kikerekítjük, majd 1¹/₂ cm. széles, mindkét szélén szövött (Chiari-féle) jodoformos mullal betömjük a sinust, mely kötést két napig hagyjuk a genyes állsonti öbölben; ezután naponta kiöblítjük steril vízzel vagy physiologiai konyhasó-oldattal és csupán a megfelelő orrnyílást dugjuk be vattával. Eme kiöblítéseket a beteg maga is könnyen végezheti, ha erre betanítjuk. A gyógyulás körülbelül 3—4 hetet vesz igénybe.

Hajek módszere szerint ez évben az alábbi öt esetet operáltam sikeresen; az első két esetet a bukaresti sebészeti társaság 1907.

évi április hó 4.-i ülésén mutattam be. (Lásd: Revista de Chirurgie XI. évf. 5. sz. 227. lap.)

1. J. M. 26 éves nő egy év előtt erős náthával párosult influenzában feküdt; ugyanezen időben vette észre, hogy jobb orrnyílásán sárga, bűzös geny ürül, mely rothadt halszaghoz hasonlít. Orrmosásokat végzett hosszabb ideig eredmény nélkül. Felvételt 1907 február 28.-án a jobb arczfél ebgedri tájéka nyomáskor fájdalmas; a jobb középső orrkagyló alatt geny látható; a diaphanoszkopia negatív, a punctio és mosás alkalmával genyes váladék ürül. Az állsonti öböl átöblítését naponta 14 napon át végzem eredmény nélkül; műtét Hajek szerint 1907. március 14.-én; a beteg 16 nap alatt gyógyul teljesen. Ez év augusztus hó 30.-án a beteget újra láttam; a gyógyulás állandó.

2. M. S. 22 éves nő 2¹/₂ év óta veszi észre, hogy jobb orrnyílásán geny ürül, azóta naponta 4—5 zsebkendőre van szüksége. Kakosmia. Orrmosás és orrcsetelés eredményre nem vezetett. Felvételt 1907 március 25.-én — a jobb középső orrkagyló alatt genyes váladék látható; a jobb felső I. molaris cariosus. Átvilágítása és átöblítése a jobb sinusnak pozitív eredménnyel. A cariosus molarist extraháltatjuk, majd március hó 28.-án a sinus feltárását Hajek szerint eszközölöm. A beteg, ki mellesleg említve kórházi bába, kellő utasítással hazabocsáttatik, a hol naponta sinusmosást végez; ez év július elején újra a fővárosba jön, a midőn teljes gyógyulásáról meggyőződhettem.

3. G. G. 27 éves férfi egy év előtt náthát kapott, mely jelenleg is fennáll; a jobb orrnyílásból időnként geny távozik. Felvételt 1907 március 15.-én a jobb II. felső praemolaris cariosus; a jobb fossa canina tájéka nyomásra érzékeny. Punctio alkalmával az állsonti öböl természetes nyílásából genyes váladék ürül. Március 18.-án a jobb felső II. praemolaris extraháltatása után behatolás ugyane fogmedren át (Cowper-féle eljárás). Két naponként sinusmosás és jodoformos mullal való kitömesztelés 8 héten át eredményre vezetett. A jodoformos mull helyett a fogmeder nyílását guttaperchából készült provisorius csappal elzárom.

Az alveolust elzáró csapocskát egy alkalommal beletörök; e miatt feltárom az állsonti öböl Hajek szerint f. é. május 22.-én; a sinusba beletört guttaperchacsap részletét megtalálom és eltávolítom. Gyógyulás zavartalanul 26 nap alatt. A beteget e hónap 10.-én láttam utoljára; gyógyulása állandó.

4. Özv. R. J. 36 éves nő, Bukarest. 3 hét óta kakosmia. Felvétel 1907 május 10.-én. A fogak épek, az arczfél nyomásra nem fájdalmas, a diaphanoszkopia negatív. Punctio alkalmával a jobb sinus maxillarisból genyes váladék ürül. A középső orrkagylót bélelő nyálkahártyát 10⁰/o-os cocain-oldattal naponta beecsetelem és menthol-alkohol-inhalatiót végeztetek, mire állapota javul, az ambulancián nem jelentkezik. Egy hónap múlva ismét látom a beteget, ki most heves fejfájásról és kakosmiáról panaszkodik. Punctio alkalmával sok sárgás bűzös geny ürül. Műtét Hajek szerint Schleich-érzéstelenítésben. Ezen esetet Stanculeanu dr. egyetemi m.-tanár, kivel együtt a bukaresti „Regina Elisabeta” poliklinika orr-, gége- és fülbetegosztályát vezetem, operálta. Gyógyulás három hét alatt. A beteget azóta nem láttuk újra.

5. P. G. 36 éves férfi. Konstantinápoly. 1¹/₂ év óta állandó náthája van. Bal orrnyílásán sárga bűzös geny ürül, mely rothadt halszaghoz hasonlít. Felvétel 1907 augusztus 25.-én. A bal arczfélén a fossa canina tájéka nyomásra fájdalmas; a II. bal felső praemolarisnak, az 1., 2. és 3. molarisnak csak gyökerei vannak meg. A középső orrjáratban geny látható. A punctio és diaphanoszkopia pozitív. A szúvas gyökerek extraháltatnak. Punctioval összekötött sinusmosások, majd ezekkel kombinált oxigenátáramoltatások a Draeger-Roth-féle apparatusból (kis nyomás mellett körülbelül 40 liter oxygent áramoltatunk finom punctiók tükön át a sinusba); már a negyedik mosáskor lényeges javulás vehető észre; ezen kombinált sinusátöblítéseket 24-szer ismételjük, és mert az állapot nem javul gyorsan, sinusfeltárást végzünk az orrüregen keresztül Hajek szerint szeptember 18.-án. A beteg a műtét utáni negyedik napon kellő utasítással hazautazik. Eddigélé tőle semmiféle hirt sem kaptunk.

A fenti 5 esetből következtetést vonni nem lehet. Bizonyos az, hogy a műtét Schleich-anaesthesia mellett alig okoz fájdalmat, hogy az utóvérzés nem nagyfokú, a gyógyulási idő aránylag rövid,

és kozmetikai szempontból is előnyösebb a Caldwell-Luc eljárásánál.

Nézetem szerint a Hajek módszere két fontos momentumból indult ki:

a) hogy a sinusban már meglevő genyedség tág lefolyása biztosítva van;

b) a tág közlekedés miatt a levegő könnyen és nagy mértékben hatol be a sinusba, a hol a többnyire *anaërob bakteriumok* számára rosszra válik a talaj, a miért is a genyképzés megszűnik,

Adatok az x-sugarak diagnostikai értékéhez a rhino-laryngológiában.

Navratil Dezső dr. műtőorvostól.

Az orvostudományok haladásával haladnak az őket kiegészítő segédeszközök mind száma, mind egyúttal használhatósága nézve is. Manapság vívmányaink legnagyobbjának mondhatjuk a segédeszközök közt az x-sugarakat, mint a melyek nélkül gyakorlati szakmáink sok esetben úgyszólván már nem is boldogulhatnak. Az x-sugarak használhatósága a therapiában, de főleg a diagnostikában ma már minden kétségen felül áll.

Nem akarok e rövid közleményemben az x-sugaraknak gyógyító értékére kitérni, ezt talán máskorra hagyom, hiszen az erre vonatkozó kísérleteknek nagy tömkelegébe kellene belekeverednem. Bizony nem egy helyen hosszabb időt is kellene töltenem, hogy bíráljam a kísérleteket s mérlegeljem, vajjon jogos-e az x-sugártól, mint gyógyító tényezőtől, annyit kívánni, mikor már úgyis e téren oly sok hasznát vesszük. Közleményem inkább az x-sugarak körjelző értékével akar foglalkozni, azoknak fontos diagnostikai szerepével a rhino-laryngológiában. Mert való, bebizonyított dolog, hogy az x-sugarak segítségével e szakmában is sok esetben biztos, vagy legalább is megközelítőleg helyes diagnoszt szinte lehetetlenség megállapítanunk.

Vegyük először az orr melléküregeit.

Hogy az orr melléküregeiben mily fontos diagnostikai segédeszközként szerepelnek az x-sugarak, kiviláglik Scheier, Cornelius G. Coakley, M. A. Cryer, Winkler, Harris Peyton Mosher, Destot, majd E. Goldmann és G. Killian erre vonatkozó igen érdekes munkáiból, de különösen ez utóbbiból, a mely munka e téren az x-sugarakkal végzett vizsgálatok összes eredményeit a legutóbbi napokig ismerteti. Goldmann és Killian munkájából világosan kitűnik, hogy mennyire fontos és lényegpótló az x-sugarak igénybevétele diagnostikai szempontból, ha az orr melléküregeinek esetleges kóros elváltozásait minden beavatkozás nélkül már előre diagnosztizálni akarjuk. Ha empyemánál x-sugaras felvételt végzünk, a radiogramm kimutatja az illető üreg kóros elváltozását, a mennyiben sötétebbnek tünteti fel az éppel szemben. Ez áll minden melléküregre. Egyúttal megmutatja az illető üregnek pontos nagyságát, esetlegesen hiányát is. Megmutatja továbbá, hogy kétes esetekben a fémkutató benne van-e az üregben. Az üreg nagyságának megállapítása különösen fontos a homloköbölnél, ha műtét alá kerül. Igaz ugyan, hogy a diaphanoskop is némiképp segítségünkre lehet, de csakis az elülső melléküregek (sinus frontalis, cellulæ ethmoidales anteriores, sinus maxillaris) diagnostikájában. A diaphanoskop azonban ezen üregeknél is csak akkor értékesíthető, ha kifejezett ellentét van a megfelelő túloldali és a keresett kóros üreg között; ha mindkét üreg egyformán kóros, a diagnosis megállapítása lehetetlen, hasonlóképpen akkor is, ha az üregek kicsinyek s faluk erősen megvastagodott, a diaphanoskop cserben hagy minket. Igaz ugyan, hogy a sinus frontalis nagyságát megmutatja az ép oldalon, de nem a kóroson és így a műtét alkalmával bizony nem sok támpontot nyújt annak nagyságára nézve. Szóval a diaphanoskop inkább csak sejtet, de nem ad a valószínűséghez közeledő diagnoszt; szemben az x-sugarakkal, a melyek élesen irnak és csak valót rajzolnak: így tehát az a mit nyujtanak, individuális, más, mint igaz, nem lehet.

Három évvel ezelőtt egy fiatal ember keresett fel szinte türehetetlen fejfájásokkal, a melyek pár nap óta állottak fenn. A fej-

fájások az egész bal fejfélre kiterjedtek. A betegnek látászavarai is voltak ezen az oldalon és magas lázai. A diaphanoskoppal átvilágítva a fejet s összehasonlítva a parallel melléküregeket, még csak a valószínűségét sem állíthattam fel az esetleg fennálló empyemának. Az elülső melléküregek egyformán sötétek voltak (a hátulsókat a diaphanoskop nem mutatja). Nem maradt más hátra, mivel az orrban geny nem volt kimutatható sem rhinoskopia anteriorral, sem rhinoskopia posteriorral, mint hogy megkísértem az aspirin, trigemin alkalmazását és miután mindemellett az állapot napról napra rosszabbodott, fel kellett vennem egy talán eltökölt empyema fennállását. A nyakon alkalmazott Bier-pólya is teljesen eredménytelen maradt, kénytelen voltam így először a sinus maxillaris átöblíteni, de genyet nem kaptam. A középső kagyló eltávolítása alkalmával a beteg oly gyöngé lett, hogy a geny keresését másnapra halasztottam. Másnap a sinus frontalis szondázása és átöblítése után az illető annyira elesett lett, hogy szinte állandó ájulásban kellett a rostasejteket átnézni és miután ezek átnézése is genyre negatív eredményű volt, az iköböl nyílását kellett keresni, a mely található nem volt és így e helynek megfelelőleg az iköblöt megnyitni, a melyből körülbelül kávéskanálnyi sűrű geny lüktetve ürült. Az üreget tágan megnyitottam s a kóros nyálkahártyát eltávolítottam. A beteg a rendes mindennapos utókezelés mellett szépen javult, a fennálló látászavarok és fejfájások teljesen elmúltak, szóval meggyógyult. Mennyivel könnyebb lett volna a diagnoszt megállapítani akkor az x-sugarak segítségével! Ma a betegem e tájékról radiogrammot készítve, még az is kitűnt, hogy az iköböl teteje az agy felé uzorálva van és így a radiogramm a geny pulzálását is teljesen megmagyarázza.

A melléküregekben keletkező daganatok diagnostikájában, egyúttal megállapításakor annak, hogy a daganat áttörte-e az üreg csontos falát, az x-sugarak nagyban segítségünkre lehetnek. Legutóbb klinikánkon egy retrobulbáris daganat a sinus frontalisból látszott kiindulni és így azt vettük fel, hogy a daganat a sinus frontalis alsó falát áttörte, vagy legalább is vele szoros összefüggésben áll. A radiogramm kimutatta, hogy a daganat semmiféle összefüggésben sem áll a sinussal, annak alsó falát sem uzorálta, vele összekapaszkodva sincsen. A műtét a radiogramm helyességét teljesen igazolta.

Magától értetődik, ha lövegek kerülnek a melléküregekbe, azok is könnyen diagnosztizálhatók és így ha az x-sugarakat igénybe vesszük, bizony esetleg a löveg által fenntartott, hosszantartó, gyógyulni nem akaró empyema okát is megtudhatjuk. Egy esetben egy nőben, a ki homlokra lötte magát s gyógyulni nem akaró empyemája miatt az x-sugarakat vették segítségül, a radiogramm a löveget tisztán mutatta a sinus frontálisban. Különösen állhat ez az arezot közlelő ért sörétlövés eseteiben, a melyek leggyakrabban a sinus maxillarisra érik. Vannak ugyan leírva ritka esetek, a melyen Hennebert esete is, a melyekben a löveg nem tartott fenn empyemát; esetében a beteg öt évig hordott az iköbölben revolvergolyót a nélkül, hogy ez tünetekkel járt volna.

Eijkmann közleményéből kitűnik és saját gégelegeső-radiogramjaimból is világosan láttam, hogy puha lámpával végzett felvételeken a gége porcjai (még serdülőknél is) teljesen jól láthatók; s így mi sem természetesebb, hogy a gége- és légeső-porcok esetleges kóros elváltozásainak fennforgása esetén is az ügyesen végzett felvételek szintén bírhatnak diagnostikailag fontos értékkel. Ilyen volna a gégeporc törésének diagnosztizálása; esetlegesen ha valamelyes kóros folyamat (lues, tbc., typhus stb.) a pajzs- és gyűrűporcon elváltozást idéz elő és tart fenn. Így könnyű lehet egy ilyen sequester okozta légeső-gégeszűkületnek okára rájönni és eltávolításával a lassan lezajló kórkép gyógyulását siettetni, egyben a betegét esetleg a fulladás veszélyét is elhárítani. Ranzi vizsgálataiból tudjuk, hogy golyva eseteiben, ha a légeső összenyomása vagy eltolódása keletkezik, az x-sugarak szabatosan megmutatják, hogy hol van a szűkület és így azok az esetlegesen megnagyobbodott pajzsmirigy eltávolításakor a tracheoskop mellett mint fontos érv szerepelhetnek. Egyben teljesen biztos képét nyujthatják a struma substernalis voltának. Nyakdaganat eseteiben hasonlóan áll a dolog, azzal a különbséggel, hogy az x-sugarak kimutathatják azt is, hogy a daganat mennyire van összekapaszkodva a gége-légesővel, illetőleg esetleg uzorálja-e?

Fontos még a trachea dislocatioja is inoperabilis daganat eseteiben, a mikor a tracheát kitapintani nem lehet és vitális indicatio áll fenn a tracheotomiára összenyomatása folytán; ilyenkor rendkívül megkönnyíti a műtő dolgát, ha a trachea dislocatioját előre tudja. Nemrég a klinikánkon egy inoperabilis struma-sarkoma esetében szabadon lehetett látni a trachea dislocatioját és egyben azt is, hogy a daganat a gerincoszlop structurájába nem ment be, bár laryngosopice és ujjal való vizsgálatra vele összekapaszkodottnak látszott; a radiogramm helyességét a később megejtett boncsolás teljesen beigazolta. A hörgőkbe került és ott elakadt idegen testek, fém tárgyak helyzetét, az általuk előidézett, még kezdődő mediastinist is megmutathatják az x-sugarak. Nemrég egy esetről értesültem, a melyben egy kanüldarab, a melynek csőve letörött és a tracheában a bifurcationál, részben a bronchusba beékelődve, megakadt, az ez által előidézett kezdődő mediastinisre az x-sugarak következtét vonni engedtek.

A mediastinum daganatai és a nagy aneurysmák annyiban érdekelnek minket, a mennyiben recurrens-hűdést okozhatnak, vagy esetleg a légeső összeszorítását idézhetik elő, de ezek tárgyalására nem óhajtók kitérni, mivel tulajdonképpen a belorvostan körébe tartozik. Ezen esetek mind régebbi fizikai vizsgáló módszereinkkel is kimutathatók, ezekben az x-sugarak tulajdonképpen csak megerősítésül szolgálnak a már előre felállított, többé-kevésbé biztos diagnózisnak.

Az aneurysmák közül azok érdekelnek bennünket különösen, a melyekben, mint alább látni fogjuk, sem a tapintás, sem a kopogtatás, sem a hallgatódzás nem utal jelenlétükre; a radiogrammok olvasásában járatos azonban fel tudja fedezni az aortának kisfokú aneurysmáját is.

Ez évben klinikánk gége-ambulantiaját rövid egy hét alatt két egyén kereste fel, kiken a gége-tükri vizsgálat baloldalt a teljes recurrens-hűdésnek típusos képét mutatta. Mindkét beteget a lehető leggondosabban átvizsgáltattuk belorvostanilag és mindkét esetben sem percussioval, sem auscultatioval az esetleg fennálló aneurysmának nyomát sem tudtuk kimutatni. Mindkét esetben az x-sugaras átvilágítás és x-sugaras felvétel mutatta csak ki, hogy az aorta felhágó ágán baloldalt a második és harmadik bordaközben kisfokú aneurysma állott fenn, a mely elég nagy volt arra, hogy a gégelelet baloldalt a recurrens-hűdésnek típusos képét mutassa. (Mint hogy mindkét radiogramm teljesen egyforma, csak az élesebbet mutatom be.)

Egyik betegünk 65 esztendőös férfi volt, a ki 45 év előtt luest szerzett. A beteg testén és garatjában lueses hegek, az utóbbi helyen egy kis átlíkadás volt látható. A betegnek baloldali hangszalagja a recurrens-hűdés teljes képét mutatta, a jobb oldali hangszalag mozgásaiban kissé korlátozott volt. Te-

kintve a betegnek luesre positiv anamnesisét, fennálló arteriosclerosisát (a tabes ki volt zárható), a valószínűségi diagnosist aneurysmára tettük.

A másik egyén 28 éves fiatal, erőteljes férfi volt, nem alkoholista, nem dohányos, anamnesisében a lues ki volt zárva, hasonlóképpen a tabes is. Nyolcz év előtt székérrel felborult, ekkor bal kulesesontját eltörte, a mely domborulattal gyógyult. Két év óta rekedt. A diagnosist némi valószínűséggel a kulesesonttöréssel hozhattuk volna összefüggésbe. Ezen feltevésünket megdönti azonban az, hogy a rekedtség csak két éve tart és így egy esetlegesen lepattant kulesesontdarab ennyi idővel a törés után nem sérthette a recurrenst.

A radiogramm kimutatta, hogy baloldalt az aorta felhágó ágán a második és harmadik bordaközben kis aneurysma van.

E két eset közül az elsőben némi gyanunk volt az x-sugarak igénybevétele előtt is már aneurysmára. A második esetben egyedül az x-sugarak derítették ki a kórképet.

Az x-sugarak alkalmazása nélkül az egyik esetben a valószínűségi diagnosissal kellett volna megelégednünk, a másik esetben pedig a diagnosist még valószínűséggel sem állíthattuk volna fel.

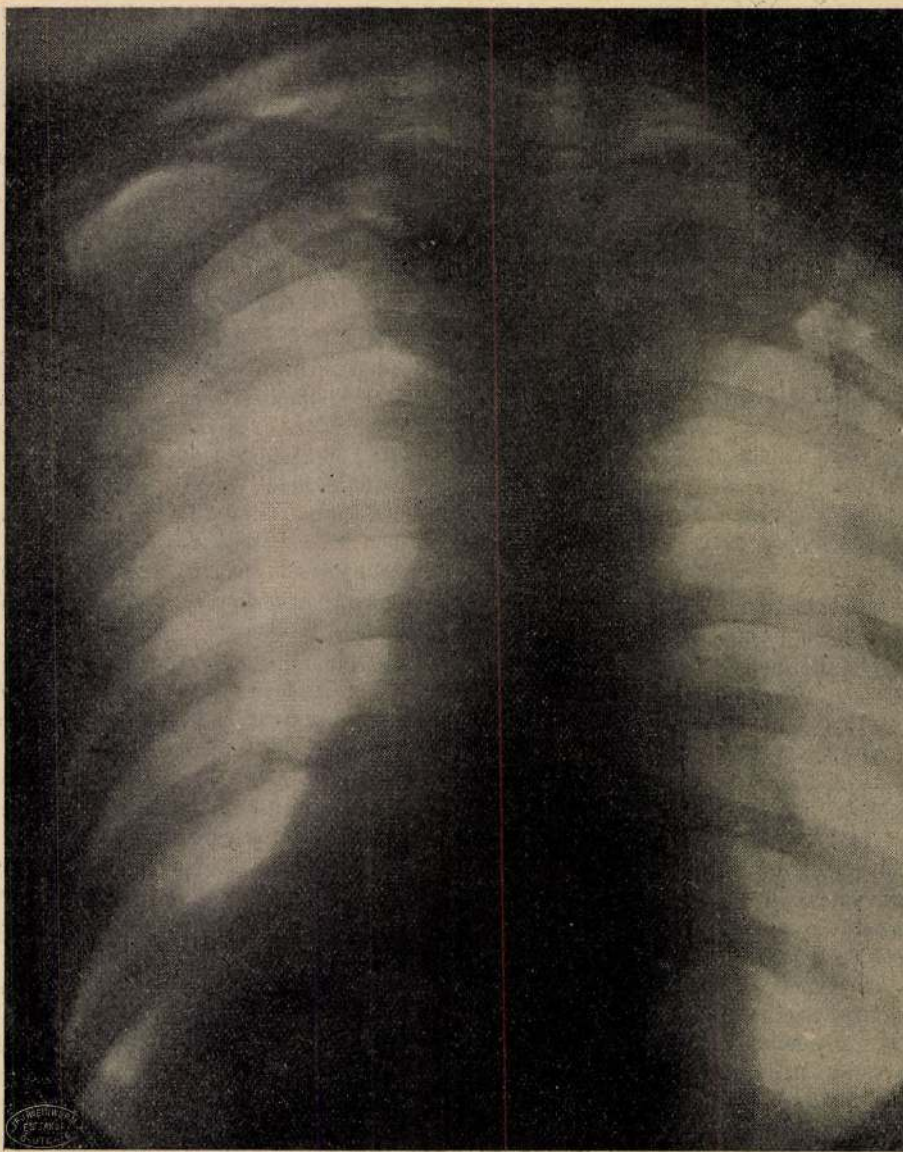
E két esetből, de különösen az utóbbiból is világosan kitűnik, hogy mennyire fontos a rhinolaryngológiában az x-sugarak alkalmazása. Szerény nézetem szerint alkalmazásuk e téren oly értékes, hogy használatuk nélkül bizony sok esetben manapság még diagnosist sem állíthattunk fel. A fentemlített esetek teljesen igazolják, hogy tulajdonképpen az x-sugarak nem egyszerű segédeszközei a rhinolaryngológiának, hanem fontos kiegészítő részei.

*

Mielőtt értekezésemet zárnam, legyen szabad Gergő Imre dr.-nak köszönetet mondani azon baráti szolgálataért, hogy az eseteket az átvilágításkor velem együtt tanulmányozni és az x-sugaras felvételeket készíteni szíves volt.

Irodalom.

- Scheier: Wiener med. Presse, 1898., 10. szám.
 Cornelius G. Coakley: Annales of Otology-Rhinology-Laryngologie. Vol. XIV., 1905.
 M. A. Cryer: Amer. Journ. Med. Soc. 1905. febr.
 Winkler: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 5. és 6. kötet.
 Harris Peyton Mosher: The Laryngoscope. St. Louis, 1906.
 Destot: Société de Chirurgie de Lyon. 1906. márcz. 29.
 E. Goldmann, G. Killian: Beitr. zur klin. Chir. 54. kötet, I. füzet, 1907.
 Hennebert: La Clinique. 1905. 52. szám.
 L. P. Eijkman (Amsterdam): Fortschritte auf dem Geb. der Röntg. 7. kötet, 6. füzet. 1904.
 Ranzi: Wiener klin. Wochenschr., 1906. 4. szám.



Közlés a szt. István-kórház III. sebészeti fiókosztályáról.
(Főorvos: Hüttl Hümér dr. egyet. m. tanár.)

Adatok a petefészekdaganatok kocsánycsavarodásának casuistikájához.

Irta: **Paunz Sándor** dr. operateur-nőorvos.

A petefészekdaganatok leggyakoribb és gyakorlati szempontból legfontosabb complicatioja a kocsánycsavarodás.

A petefészekdaganatok kocsánya a daganatok növekedése és a kismedenczéből a szabad hasüregbe való kiemelkedése közben, tehát már a növekedéssel járó physiologiai helyzetváltozás folytán csavarodik; ezen kocsánycsavarodást azonban csak akkor tekintethetjük pathológiásnak, ha a csavarodás folytán létrejött vérkeringési zavar a daganat táplálkozási zavarát idézi elő.

A torsio létrejöttének és jelentőségének helyes megismerését *H. W. Freund*-nak köszönjük, aki a kocsánycsavarodás létrejöttétet következésképpen magyarázza: a petefészekdaganat fejlődésének kezdetén (I. stadium) a medenczében, a méh mögött és tőle kifelé fekszik, a méhet tehát előre s az ellenkező oldal felé tolja el; a kocsány a daganat elülső felületén van.

Ha a daganat növekedése közben a hasüregbe jut (II. stadium), előrebukik, az elülső hasfal felé tart s kocsánya 90°-nyira csavarodik. A méhet a daganat le- és hátranyomja s a méh típusos helyzete ezen II. stadiumban mindig a retroflexio.

Ezen kocsánycsavarodás *Küstner* szerint mindig határozott irányban történik és pedig a jobboldali daganatok balra, a baloldaliak pedig jobbra csavarodnak. *Küstner*-től függetlenül hasonló eredményre jutott vizsgálatai közben *Cario* is; *Küstner* törvényét *Schauta*, *Pfannenstiel*, *Martin* stb. megerősítették.

Hogy a kocsánycsavarodás milyen foka vezet a daganat táplálkozási zavarára, erre nézve szabály nem állítható: *Martin* pl. már $\frac{1}{3}$ csavarodásnál a legsúlyosabb elváltozásokat észlelte, míg más-
kor egyszeres teljes, sőt többszörös csavarodást látunk a nélkül, hogy ez a daganat vitalitását befolyásolná.

A kocsánycsavarodás gyakoriságát tekintve az egyes szerzők adatai feltűnő ingadozást mutatnak: *Spencer Wells* és *Johnson* eseteik 2%, *Olshausen* és *Terillon* 5%, *Martin* 6%, *Thornton* 9-5%, *Demakis* 17%, *Schauta* 20%, *Fehling* az utolsó 100 ovariectomia között 20 esetben, *Hofmeier* 23%, *Péan* és *Hovitz* 27%, *Küstner* 38-8%, *Thorn* 35%, *Freund* 76-5%-ban észleltek kocsánycsavarodást.

Storer saját és mások anyagának összehasonlításából azon következtetésre jut, hogy az összes petefészekdaganatok 25%-
35%-ában van kocsánycsavarodás, de pathológiás torsio csak 8%-
11%-ban.

Hogy az egyes szerzők adatai ilyen feltűnő ingadozást mutatnak, annak bizonyára az az oka, hogy egyesek a physiologiai és pathológiás torsiókat összevették, mások pedig csak a pathológiás elváltozásokkal komplikált kocsánycsavarodást tekintették igazi torsionak.

A kocsánycsavarodás tehát a daganat növekedésének és vándorlásának szükségképeni következménye, a pathológiás torsio pedig a physiologiai és típusos kocsánycsavarodás egy későbbi fejlődési stadiuma.

A pathológiás torsionak több oka van; ezek részben a daganat alakjától és nagyságától s a kocsány minőségétől függenek, részben a hasüreg térbeli viszonyára s a hasfalak tonusára vonatkoznak, részben pedig egyéb körülményekben s behatásokban nyilvánulnak meg.

E szerint a sima falú, gömbszerű, közepes nagyságú daganatok, még inkább az egyenetlenül növekedő többrekeszű cysták, melyek a hasüregt nem töltik ki s mozgékonyak, praedisponálnak a torsiora, a mint *Olshausen*, *Cario*, *Schauta*, *Fritsch* és *Freund* hangoztatják.

Ha a kocsány vékony és hosszú, könnyebben jön létre pathológiás torsio, mint ha széles és rövid a kocsány; viszont azonban subserosus tumorokat is találunk csavarodva.

Természetes, hogy többször szültek laza hasfala és kitágult hasürege, a genitáliák általános relaxatioja is elősegíti a daganat mozgékonyágát és így a csavarodást; viszont azonban igen nagy

és a hasüreget feszüléssé kitöltő daganatok is megcsavarodnak és a nem szültek feszes hasfala sem biztosít a torsio ellen.

Mint a torsiót elősegítő alkalmi körülmény feltétlenül befolyással van: a terhesség, szülés és gyermekágy, épen a hasüreg tartalmi és nyomási viszonyainak s a kocsányviszonyoknak megváltozása által.

Thornton eseteinek 10%-ában terhesség volt jelen; *Martin* 46 esete közül 9-ben látott terhességet; *Williams* szerint 3-szor oly gyakori a torsio terhességnél, mint a nélkül. A növekedő méh a daganatnak a kocsányhoz való viszonyát változtatja meg: a kocsány megnyúlik s a daganat mozgékonyabbá válik. Ezzel ellenében *Löhlein* és legújabbban *Pürkhauer* szerint a terhesség ez irányú befolyását túlbecsüljük.

Hasonlóképpen, mint a terhes méh, egyéb alhasi daganatok is torsiora vezetnek; ilyen eseteket *Spencer-Wells*, *Köberle*, *Thornton*, *Herteaux* s *Bachmann* írt le.

A méhnek lefelé való súlyedése is ominosus lehet a daganat kocsányára, így *E. Fränkel*, *Swain*, *Martin* méhelőréssel kapcsolatosan észlelt kocsánycsavarodást. Ide volna sorolandó a gyermekágyban létrejövő kocsánycsavarodás is: a hasüreg tartalmának megkisebbedése, a hasfalak ellazulása, a méh involutioja s a medenczébe való visszakerülése, a nyél szabadabbá válása mind olyan körülmény, mely a kocsánycsavarodást csak elősegíti.

Aronson és *Thorn* a hólyag megtelődése és kiürülése alkal-
mával beálló hasüregi nyomásingadozásoknak tulajdonít fontosságot.

Malins, *Fränkel*, *Thornton* multiloculáris kystomáknak punctio által való részleges kiürítése után észleltek torsiót.

Tait, *Cario*, *Mickwitz*, *Fritsch* szerint a belek élénkebb peristaltikája s a hasprés hirtelen beálló intenzív működése, *Küstner* szerint maga a motus peristalticus van befolyással a torsio létrejöttére. Hasonló véleményen van *Mundé*, *Thornton* és *Olshausen*. *Storer* szerint a bélmozgások inkább csak akkor végzetesek, ha a daganat a béllel összenőtt.

Egyéb alkalmi okokként szerepelnek: külső erőművi behatások, pl. kombinált genitális vizsgálat (*Pfannenstiel*, *Olshausen* esetei); az intraabdominális nyomás nagyobb ingadozásai: mély belégzés, köhögés, hányás; hirtelen bekövetkező helyzetváltozások: ágyban való megfordulás, lehajolás, lépcsőről, kocsiról való hirtelen lelépés, rázkódás, leesés, stb.

A petefészekdaganatok összes válfajai szenvedhetnek torsiót, leggyakoribb azonban az embriomák torsioja. *Storer* adatai szerint a kocsánycsavarodások 17-5 százaléka az embriomákra, 9-2%-a pedig a solid daganatokra esik. Mindkét oldali daganat kocsánycsavarodása ritka. *Tait*, *Hart*, *Barbour*, *Terillon* szerint a jobboldali petefészekdaganatok gyakrabban szenvednek torsiót, mint a baloldaliak; *Martin*, *Olshausen*, *Thornton* tapasztalatai szerint ez beigazolván nincsen.

A torsióban rendszerint a daganat kocsánya vesz részt, de csavarodhatik vele együtt a méhkürt, sőt maga a méh is, különösen akkor, ha a növekedő daganat kocsányszerűen kinyújtja.

Rége az volt az általános felfogás, hogy a kocsánycsavarodás hirtelen jön létre és így acut tünetekkel is jár; úgy látszik azonban, hogy az acut tüneteket kiváltó pathológiás torsio csak lassan és fokozatosan fejlődik ki a physiologiai torsióból. E mellett szól különben azon tapasztalat is, hogy ovariális daganatok kocsányukról teljesen lefüződhetnek (*Baumgartner*, *Hofmeier*, *Spencer-Wells*, *Péan*, *Pfannenstiel*, *Pozzi* esetei) és a hasüreg összes képleteivel összenöve, újonnan képződött vérerek által tovább táplálthatnak és növekedhetnek (*Hofmeier*, *Sippel*, *Bogdanovics* esetei; *Quervain* egy esetben egy baloldali dermoidot talált a vastagbél flexura hepaticájához odanőve, a méh bal sarkán ült még a tuba esonkja), ehhez pedig idő kell.

A kocsánycsavarodás fokától s a torsio fennállásának időtartamától függ az anatómiai elváltozás is: ha a kocsánycsavarodás olyan kisértékű, hogy még a gyűjtőerek sem nyomtatnak össze, a hiányos tápláltság folytán feltűnően ellazul a tömlő fala; nagyobb fokú csavarodás alkalmával első sorban a kocsányban futó vékonyfalú gyűjtőerek nyomtatnak össze, a minek következtében passiv hyperaemia áll be: a daganat fala oedemás, lividkék lesz; a passiv hyperaemia rhexisre s így a daganat falába és üregébe történő vérzésre vezet.

Ezen vérzés olyan arányokat ölthet, hogy acut anaemiát, sőt elvérzési halált is idézhet elő. (*Spencer-Wells, Paturban, Boldt* esetei.) A daganat ilyenkor hirtelen megnövekedik, pl. *Anderson* esetében egy narancsmekkoraságú daganat 5 óra leforgása alatt a köldökig megnőtt; *Robinson* esetében a szülés végén kétszer akkora volt a daganat, mint a szülés kezdetén.

A bevérzés folytán az intracystosus nyomás annyira fokozódhatik, hogy a daganat megreped s tartalma a hasüregbe ömlik. (*Löhlein, Warbasse, Matlakowsky, Beckmann* esetei.)

Maga a kocsány is megduzzad, oedemássá válik, bevérzés jöhet létre a lig. latum lemezei közé s a spermaticában thrombosis támadhat.

Ha a torsio oly fokú, hogy a verőerek átjárhatatlanná válnak s secundaer infectio nem járul hozzá, a daganat nekrobiosis következik be (solid tumorokban lágyulási góczok képződnek), asepsises s relative jóindulatú peritonitis (Fremdkörperperitonitis — *Pfannenstiel*) s ileus paralyticus kíséretében, mely a daganat kiirtása után megszűnik.

A daganat felszínét borító epithel ezen esetben elpusztul s a peritoneum fényét veszti, szürkésbarna, májszínű (*Olshausen*) lesz és szakadékonnyá válik; a vérkeringésből kiiktatva, mint idegen test izgatónak hat a peritoneumra, reactiv peritonitis indul meg körülötte, mely kezdetben fibrinosus összetapadást, később fibrosus összenövést hoz létre a hasfallal, belekkel, csepleszszel s az összes hasüregi képletekkel. Újdonszerűvé válnak a vérerek hatolnak be a tumorba, mely így ismét életképesse válik és tovább nőhet. Esetleg — mint fentebb már említettük — teljesen le is fűződhetik s a genitáliákkal való összefüggése megszűnik. Ha újdonszerűvé válnak a vérerek kifejlődésére nincs idő, a daganatot a peritoneális összenövések teljesen betokolhatják, s mint élettelen idegen test megmaradhat a hasüregben; később zsugorodik s elmeszesedik.

A belekkel való összetapadás révén azonban a cystabennék fertőződhetik s el is genyedhet a bélbakteriumok bevándorlása folytán; így pl. *Murphy*-nak egy typhusos nőbetegé torsió daganatában typhusbacillusokat sikerült kimutatnia.

Köztudomású, hogy a kocsánycsavarodás és ennek következményei rendszerint oly lassan jönnek létre, hogy acut tüneteket egyáltalában nem okoznak.

Acut tünetekkel csakis a hirtelen létrejött torsio jár és ilyenkor a tünetek az acut peritonitis és a vele járó ileus paralyticus kórképéből adódnak össze: hirtelen keletkező fájdalom a legjobb közérzet közepette, a has érzékenysége, csuklás, hányás; kicsiny, szapora pulsus, beesett szemek; kezdetben hőemelkedés nincsen, később azonban egész 40·5°-ig emelkedő lázak; a kifejlődő peritonitis bélhűdéssel jár s ennek megfelelően szék nincs, szelek nem mennek.

A daganat a passiv hyperaemia folytán megduzzad, a bevérzés folytán hirtelen megnövekedik, feszesebbé, igen érzékenynyé válik; a bevérzés acut anaemiás tüneteket vált ki; esetleg a hirtelen megnövekedő daganat meg is reped s a hasüreg elöntése a cystabennékkal és vérrel (inundatio peritonei) újabb shockot idéz elő. Az uterus részéről gyakran jár a torsio consecutiv vérzéssel (*Schauta, Martin*); sőt *Braun* egy esetében egy egész évig fennálló vérzés a csavarodott tömlő kiirtására szűnt csak meg.

A kocsánycsavarodás diagnosisa az acut esetekben igen könnyű; lassan lefolyó esetekben az anamnesisben biztosan találunk reá utaló körülményeket.

A hirtelen létrejött torsio súlyos splanchnicusreflexet, peritoneális shockot vált ki; kimutatható ovarialis tumor esetén hirtelen támadó peritoneális tünetek: fájdalom, meteorismus, csuklás, hányás, szapora pulsus, esetleg hőemelkedés is, a már előzőleg ismert nagyságú daganat hirtelen megnövekedése, torsio mellett szólnak.

A prognosisa az idők folyamán, mint az összes hasüregi műtétek prognosisa általában, lényegesen megjavult. Míg *Aronson* statisztikája szerint az operált betegek mortalitása 16·9%-ot tett ki, a nem operáltaknak pedig 80·7%-a halt meg, addig ma korai diagnosisa és operatio esetén a műtét veszélye az egyszerű ovariectomia kockázatára zsugorodik össze s a mortalitás csak 1·3%-ra becsülhető.

Az bizonyos, hogy minél súlyosabb az intoxicatio a daganat részéről (pl. elgenyedés), minél cachexiásabb a beteg a régen

fennálló csavarodás nyomorúságai folytán, minél nagyobb a bevérzés, esetleg az ennek folytán létrejövő felrobbanása a daganatnak, tehát minél legyengültebb a beteg, annál súlyosabb a prognosisa. Másrészt minél régebbiek és szívósabbak az összenövések, minél előrehaladottabb a nekrosis, egyszóval minél komplikáltabb, nehezebb s így minél tovább tart a műtét, annál rosszabb a kórjóslat.

Természetes, hogy a jelenlegi tökéletesebb asepsis és fejlettebb operatív technika még a nehéz esetek prognosist is lényegesen javítja; magától értetődik, hogy legjobb a prognosisa akkor, ha a torsiót rögtön felismerjük s azonnal, vagy legalább is olyan hamar operálunk, hogy se peritoneális összenövések létrejöttére, se nekrosis vagy elgenyedés bekövetkezésére ne jusson idő.

Ezen esetekben joggal tehetjük fel, hogy a műtét mortalitása csakugyan nem lesz nagyobb, mint az egyszerű ovariectomiáé.

Az utóbbi két év alatt részben a szt. István-kórház III. sebészeti fiókosztályán, részint *Hüll* tanár s a magam gyakorlatában a következő hat esetet volt alkalmam észlelni.

1. D. E., 57 éves apáca 1905 májusától október közepéig gyakran panaszkodott heves alhasi fájdalmakról, orvosnak azonban nem mutatta magát. Három nappal a heveny megbetegedése után, október 15.-én hívták hozzá *Hüll* tanárt, a ki a betegnek bal hypochondriumában gyermekfejnyi, sima felületű, gömbölyű, nyomásra fájdalmas, kifejezetten hullámzó, fölfelé a köldökig s jobbra a bimbóvonalig kilendíthető, a kismedencébe követhető cystosus daganatot talált.

Tekintettel a daganat cystosus voltára, a 38·5 C° lázra, a 3 nap előtt hevenyen támadt alhasi fájdalmakra, melyeket mérsékelt meteorismus, csuklás, hányás követett, továbbá a tumor nagyfokú érzékenysége, torsió cistára tette a diagnosist.

Másnapra teljes bélhűdés állott be, a meteorismus fokozódott, a szemek beesettek, a csuklás, hányás tűrhetetlenné vált; a még tegnap elég telt és erőteljes pulsus 132 lett, e mellett üres s könnyen elnyomható, a daganat pedig feltűnően emberfejnyire növekedett meg. A *Müller* tanárral folytatott consilium eredményeképpen október 17.-én műtét a klastromnak egy külön e célra műtőteremmé átalakított szobájában.

A meteorismus az elmúlt kétszer 24 óra alatt annyira fokozódott s a has annyira fájdalmassá vált, hogy a daganat már ki sem tapintható, csupán mély narcosisban lehet homályos körvonalait érezni.

Median laparotomia a köldöktől a symphysisig, chloroform-narcosisban, Trendelenburg-féle helyzetben. A hasüreg megnyitása után előtűnik fekszik a szilvakék tumor; troicarton keresztül mintegy 5—6 liternyi sűrű, sötét véres bennékét leeresztve, előhúzzuk; a hassebet *Fritsch*-féle hasfaltartókkal széthúzza s az előtűnő puffadt és erősen belövelt beleket széles törülkövel visszatartva, a medenczét s a kocsányt szabadabbá tesszük s ekkor látjuk, hogy egy baloldali ovarialis cystával van dolgunk, melynek kocsánya egyszer jobbra teljesen megcsavarodott s a csavarodás helyén a kocsány csaknem teljesen lefűződött.

A lefűződési barázdában egyszerűen lekötve a kocsányt, a tumort eltávolítjuk.

Hasfalvarrat. Collodium-esik. A beteg még aznap láztalan, másnap a meteorismus eszik, harmadnap a bélműködés helyreáll.

Október 24.-én varratkiszedés, per primam gyógyulás.

Október 31.-én felkel.

2. Sz. J.-né, 21 éves, napszámos neje; felvétel 1906 június 16.-án. IIP. Mindkettő rendes szülés; a gyermekágyban első szülése után 7 hétig feküdt; hányt, csuklott, lázas volt. Orvosa már ekkor — 3 év előtt — állapította meg, hogy hasában daganat van. Második szülése ezelőtt két hónappal, rendes időre és normálisan folyt le; gyermekét maga szoptatja. Minthogy fájdalmai tűrhetetlenné váltak, műtét végett osztályunkra vettette fel magát.

Jelenállapot: Mérsékelt fejelet és táplált nőbeteg ép mellkasi szervekkel. A vizelet napi mennyisége és minősége normális.

Tárgult hasür igen vékony, petyhűt falakkal. A jobb hypochondrium emberfejnyire domborodik elő. Ezen elődomborodást egy a lumbális tájon teljesen átbájlható, emberfejnyi, sima felületű, kifejezetten hullámzó, tehát folyadékbennekű, cystosus képlet okozza, mely helyzeténél fogva a hydronephrosis gyanúját kelti. A daganat azonban úgy a bal oldalra, mint fel az epigastriumba s a

bordaívek alá és le a medenczebemenetre teljesen áttolható s a hasüregben így minden irányban szabadon mozgatható, a mi retroperitoneális elhelyeződést — tehát hydronephrosist — kizár, noha hanyattfekvésben a daganat mindenünnen eredeti helyzetébe tér vissza.

Genitális vizsgálat: Tág hüvely, portio baloldalt, elül a symphysis mögött; a méh retroversio-flexioban, jobbra áthúzott fundussal helyezkedik el; a méh jobb sarkától, különösen akkor, ha anteflexioba előrehozzuk s egyúttal a daganatot az epigastriumba feltolatjuk, egy a tumorhoz vezető köteg indul ki, mely igen vékony s csak ilyen megfeszítés mellett válik érezhetővé. A hasüregben teljesen szabadon mozgatható daganat bármilyen helyzetből a jobb hypochondriumba tér vissza s az uterust azonnal jobbra és hátrahúzza. A medenczebemenetre nyomva a daganatot, annak gömbölyű s áthullámzó alsó polusa jól tapintható.

Tekintettel a daganat gömbszerű s cystosus voltára és a hasüregben való szabad mozgathatóságára, továbbá a méh jobb sarkával való kimutatható kocsányos összefüggésére, a diagnosist jobboldali ovariális cystára tesszük.

Junius 2. Műtét chloroformnarcosisban. A Trendelenburg-féle helyzet a műtetre egyáltalában nem alkalmas, mert a daganat ilyenkor az epigastriumba süllyed és a bordaívek alatt teljesen eltűnik; e miatt rendes hosszfekvésben végezzük a műtétet s hogy a medenczét mégis jobban hozzáférhetővé tegyük, néhány összehajtott lepedővel felpolcoljuk.

Pfannenstiel-féle harántmetszés. A hasüreget megnyitva, előtűnk feküsznek a medenczét teljesen kitöltő belek; a daganat így is a jobb bordaív alá felecsúszott, úgy, hogy első pillanatban kétséssé válik, vajjon valóban ovariális cystával van-e dolgunk. A beleket a medenczéből kiemelve és félretolva, a méhet a látótérbe hozzuk; a méh jobboldalt, hátul, retroflexioban fekszik; jobb sarkától és a lig. ovarico-pelvicumtól egy kisujnyi, vékony, balról jobbra kétszer teljesen csavarodott kocsány indul, mely a vékonybelek között elvész. Minthogy ekként a diagnosis helyes volta bizonyossá vált, a daganatot a látótérbe iparkodunk hozni, a mi csak úgy sikerül, hogy érte a bordaív alá felnyúlunk s külső kezünk támogatása mellett, ilyen kombinált műfogásokkal a Fritsch-féle hasfaltartókkal széthúzott sebbe nyomjuk. Elülső felületét egész terjedelmében a reánőtt cseplesz borítja; akként forgatjuk, hogy szabad felülete kerüljön elő, hogy megcsapolva és így megkisebbitve, a kis seben át kihozzuk. Csokoládészerű tartalmát leeresztve, kihúzzuk; a csepleszt több részletben alakítjuk, a béladhaesiokat leválasztjuk s végül kocsányát lekötve, eltávolítjuk. A bal petefészek a rendesnél nagyobb, de épnek látszik; a tuba hasonlóképen: pavillonja szabad.

A műtét a kis seben keresztül a legnagyobb könnyedséggel és pontossággal volt keresztülvihető.

Hasfalvarrat. Collodium-esik. Homokzsák. Az eltávolított daganat egy régebben — alkalmasint az első szülés után — torsiót szenvedett közösleges ovariális cystának bizonyult.

Láztalan lefolyás. Junius 9. Varratkiszedés, per primam gyógyulás. Junius 14.-én távozik.

3. H. V.-né, 30 éves, kereskedő neje. 1906 szeptember 23.-án szállították fel a Grünwald-féle sanatoriumba appendicitis, más oldalról puerperális megbetegedés diagnózisával.

Az anamnesis szerint az asszony 14 nap előtt szült negyedszer; valamennyi szülés rendes volt, úgyszintén az előző gyermekégyek is. Jelen gyermekégy nyolczadik napján a legjobb közérzet közepette hirtelen rosszul lett: hasában rendkívül heves fájdalmak jelentkeztek, újból vérezni kezdett, hasa megpuffadt, hányt, csuklott; másnap már lázas volt s a napokon át tartó lázas állapot mellett a bélműködés teljesen szünetelt, széke nem volt, szelek nem mentek. Orvosa több kartárral konzultált. Ezeknek egyike appendicitisre, másika valami ismeretlen puerperális megbetegedésre tette a diagnosist. Minthogy állapota nem javult, hozzátartozói a gyermekégy 14. betegségének 6. napján a Grünwald-féle sanatoriumba szállították fel, a hol Hüll magántanár az anamnesis s a következő jelenállapot alapján torsiós cystára tette a diagnosist s mielőbbi műtétet ajánlott.

A jól fejlett és táplált nőbeteg szemei beesettek, facies peritonealis; hőmérséke 38.5, pulsusa 120; sokat csuklik és hány; széke niesen, szelek nem mennek. Mellkasi szervei épek.

Hasa puffadt s gömbszerűen elődomborodik; már pusztá

érintésre rendkívül fájdalmas. Ezen elődomborodást — a mennyiben a beteg állapota a kitapintást egyáltalában lehetővé teszi — egy gömbszerű, felfelé a köldök fölé 4 harántujjnyira, balra az elülső hónaljvonalig, jobbra a bimbóvonalig érő, lefelé a kis-medenczébe folytatódó, kifejezetten hullámzó, rugalmas, sima felületű, nyomásra igen érzékeny daganat okozza, a mely fölött mindegyik abszolút tompa, egyebütt és legfőképen a lumbális tájakon dobos a kopogtatási hang.

Genitális vizsgálat: tág, succulens hüvely, puha portio ujjnyi méhszájjal hátul, mélyen; a méh fundusa felülről nem contourirozható, de alsó felülete az elülső hüvelyfalán át érezhető; ezen anteflectált helyzetéből azonban ki nem mozdítható, mert reánehezedik s vele összefolyik a fent leírt tumor.

A daganat tehát egy ovariális cystának összes tulajdonságait mutatja s a gyermekégy 8. napján támadt peritonitis s paraly-sises ileus a mellett szól, hogy a cysta kocsányosavarodást szenvedett.

A másnap megejtett műtét a diagnosis helyes voltát igazolta. Median laparotomia chloroformnarcosisban, Trendelenburg-féle helyzetben, a köldöktől a symphysisig. A hasüreg megnyitása után előtűnk fekszik a barnásszürke, fényét vesztett tumor; punctiora mintegy 8—10 liter sötét, véres folyadék ürül ki belőle. Az előrehaladott nekrobiosis folytán a daganat fala annyira törékeny és szakadékonny, hogy a hasfallal s belekkel való laza összetapadásából kifejtése közben csafatokra szakad. A bal petefészekből indult ki s azt teljesen magába olvasztotta; kocsánya egyszer volt jobbra teljesen megcsavarodva. A keskeny kocsányt visszacsavarva, átöltjük, Lawson-Tait-féle csomóval lekötjük s a tumort eltávolítjuk. A jobboldali adnexumok épek.

Hasfalvarrat. Collodium-esik.

A beteg még aznap este láztalan, másnap a bélpassage helyreáll s október 9.-én per primam gyógyultan hagyja el sanatoriumot.

4. D. A.-né, 52 éves, kereskedő neje, felvétetett 1907 április 22.-én. Négyyszer rendesen szült, utoljára 20 év előtt; a menopausa mindig rendes menstruációk után 1½ év előtt állott be. Hat hónap óta tudja, hogy hasában daganata van, a midőn ugyanis hirtelen rosszul lett, heves alhasi fájdalmakat kapott, majd csuklott és hányt; ezen heveny megbetegedése idején széke sem volt s szelek sem mentek; ágyban csak néhány napig fektött, alhasi fájdalmi és göresei azóta gyakran ismétlődtek s csak morphium-injectiókra szűntek meg.

Jelen állapot: elhízott, az anaemiás nőbeteg mellkasi szervei épek; kis almányi köldöksérv, irreponibilis; accret csepleszt tartalmaz. A bal hypochondriumban gyermekfejnyi, sima felületű, alig mozgatható, feltűnően érzékeny, kifejezetten hullámzó, gömbölyű, cystosus tumor foglal helyet, mely a kis-medenczébe folytatódik s a mely fölött tompa, egyebütt mindenütt dobos a kopogtatási hang.

Genitális vizsgálat: tág hüvely, a méh mélyen hátul, jobboldalt, retroflexioban; úgy az elülső, mint a bal hüvelyboltozatot a fent leírt daganat egy gömbszerű segmentuma domborítja le és tölti ki.

Diagnosis: Herna umbilicalis irreponibilis; cysta ovarialis orqu. l. sin.

Április 25. Műtét chloroformnarcosisban, Trendelenburg-féle helyzetben. Bemetszés a középvonalban a symphysistől a köldöksérv megkerülésével a fölé három harántujjnyira. A köldöksérvet a fedőbőrrel együtt mint egy hasfali daganatot kivágjuk, a sérvkapun betérő csepleszt lekötve, átvágjuk s eltávolítjuk. A cysta a belekkel és csepleszszel oly szívosán összenőtt, hogy az összenövéséből csak ollóval és késsel szabadítható ki. Megcsapolva, rozsdabarna tartalmát leeresztjük s a hasfal sebé elé húzva, látjuk, hogy a bal petefészekből indult ki és kocsánya másfélszeresen jobbra csavarodott. A kocsányt Zweifel-féle zúzóval bezúzzuk, s a zúzóási barázdában Lawson-Tait-féle csomóval lekötve, a daganatot eltávolítjuk.

Hasfalvarrat. Collodium-esik.

Május 2. Varratkiszedés, per primam gyógyulás.

Május 10. Távozik.

5. S. S.-né, 49 éves, szabó neje. Felvétetett 1907 augusztus 29.-én. Hat hónap óta négyhetenként, rendesen a menstruatio idején, erős göresöket szokott érezni hasában, melyek 1—2 napi

nyugalom után megszűnnek. Tegnap délelőtt rendes időre ismét megkapta havi baját, midőn hirtelen olyan heves fájalmak támadtak hasában, hogy összeesett, hányt, csuklott, szék, szelek nem mentek. Ma reggel kissé jobban érzi magát.

Jelenállapot: A jól fejlett és táplált nőbeteg mellkasi szervei épek. Hasa puffadt, asymmetriás, a mennyiben a jobb hypochondrium jobban elődomborodik. A has felett mindenütt dobos a kopogtatási hang, kivéve a jobb Poupart-szálag fölött, a hol tompult-dobos. Tapintás alkalmával — a mennyiben a puffadt és igen érzékeny has ezt egyáltalában megengedi — a jobb csipőtanter fölé egy csecsemőfejnyi, éles határú, gömbszerű, sima felületű, hullámozó resistencia érezhető.

Genitális vizsgálat: középtág hüvely, egyenesen álló rendes nagyságú uterus, szabad parametriumokkal; a méh jobb sarkától kiindulólág homályos köteg érezhető, mely a fent leírt daganathoz megy át. A baloldali adnexumok nem tapinthatók ki.

Diagnosis: cysta ovarialis torqu. l. d.

Műtét azonnal, chloroformnarcosisban, Trendelenburg-féle helyzetben. Bemetszés a középvonalban a symphysistól a köldökig. A sigma fedti a látótér, melynek félretolása után az igen hosszú kocsányú lividkék cystafal tűnik elő. Punctioval vagy két liter tiszta, hig bennéket leeresztve, előhúzzuk. A jobb petefészekből indult ki s kocsánya egyszerű teljesen típusosan volt megcsavarodva. Kocsányát lezúzzuk, a zúzódási barázdában Lawson-Tait szerint lekötjük s a tumort eltávolítjuk. A baloldali adnexumok épek.

Hasfalreconstructio. Collodium-esik.

Szeptember 4. Varratkiszedés, per primam gyógyulás.

A jodbenzinnel való mosástól kapott súlyos hasfali eczema miatt csak szeptember 29.-én hagyhatta el a kórházat.

6. M. I.-né, 34 éves, özvegy. Felvételt 1907 szeptember 6.-án. Augusztus 20.-án éjjel fél 1 órakor látom; óriásian kidomborodó, mintegy 160 cm. kerületű has, bőre oedemás, feszes, fénylő; alsó részlete csaknem térdig lóg.

A köldökig érő uterus a középvonalban foglal helyet, feltűnően promineáló contourokat mutat. A méh két oldalán s fölött mindenütt tompa a kopogtatási hang, nagy ellenállással s igen erős fluctuációval. A tüdőhatárok átlag két bordaközzel magasabbak, diffúz hurut mindenütt; a szív eleválva, hangjai tiszták. A beteg feküdni nem tud, mert rögtön elfullad; légzése szapora, percenként 32; pulsusa erőteljes, percenként 64; hőmérséklet 36.4; a vizelet tiszta, idegen alakelemeket nem tartalmaz, azonban kevés.

Bár a méh magassága a terhesség végének nem felel meg, mégis azt kell felvennünk, mert az utolsó havi baj 1906 november 12.-én volt.

A beteg a férjével, ki genitális tuberculosisban halt meg, csak néhány hónapig élt együtt.

Azon körülménynél fogva, hogy állítólag mindig egészséges volt s hasa csakis jelen terhessége alatt pött meg ennyire s mivel önálló falú és folyadéktartalmú tumort kimutatni nem tudtam, ascitesre tettem a diagnosist s ezt vagy portális eredetűnek, vagy esetleg — tekintettel az elhalt férj genitális tuberculosisára — peritonitis tuberculosából származottnak vettem fel.

A magzatviz két nap előtt folyt el s az állandó, sűrű, jó fájások dacára a szülés nem halad. A köldökig érő méh különösen fájások alatt erősen promineál; I. koponyafekvés, jó magzati szívhangok baloldalt a Poupart-szálag fölött.

A medenczéméreték felvétele az enormisan nagy has miatt lehetetlen.

Belső vizsgálat: a nagyajkakon és hüvelybemenetben erős varicositások, a clitoris felé húzódó kisujnyi venákkal; középtág hüvely; az elülső hüvelyboltozat üres, nincs ledomborítva; a megtartott portio ujjnyi méhszájjal magasan hátul a promontorium felé tekint. A burok nem áll, a fej a bemenet fölött mozog, beilleszkedve nincsen.

A bemenet a rendesnél szűkebb, mert a linea terminalis végig kitapintható; a promontorium azonban nem érhető el. A kimenet az által, hogy a szeméremesont két lehágó szára egymással csaknem párhuzamosan fut, arcus pubis nincsen s a két tuber ischii egymáshoz igen közel áll, feltűnően szűkebb.

A fej be nem illeszkedésének egyik főoka, hogy az erősen kitágult és lógó hasban a méh nagyon előredőlt s azért mindenekelőtt a hasat lepedővel jól felkötöm, mire a méhszáj előrébb jut

s a medencze tengelyébe kerül, a fej pedig a medenczebemenetre jobban reászorul.

Tekintettel arra, hogy a magzatviz már két nap előtt elfolyt s a méhszáj a sűrű és erőteljes fájások dacára csak jó ujjnyira tágult, Champetier-ballont vezeték be a méhürbe s húzás alá helyezem.

A ballon igen erős contractiókat vált ki s d. e. fél ötre, tehát három óra múlva megszületik, a fej pedig azonnal az üreg fenekére nyomul. Ettől kezdve a szülés nem halad, mert az erősen kitágult s folyadékkal kitöltött has folytán a hasprés működése insufficiens. Miután a fej 1 1/2 óráig mutatkozott, fogóval fejezem be a szülést. Már a kanalak bevezetése a szűk kimenet miatt nehezen ment; a magzat kihúzása pedig csak úgy sikerült, hogy a tarkót a két tuber ischii alá húztam le s ezen megtámasztva, gördítettem ki a fejet.

A jól fejlett leánymagzat élve született meg, fejkerülete 34.5 cm., hossza 52 cm., súlya 3450 gm.

A gáton II. fokú repedés, melyet néhány silkworm-öltéssel egyesíték. A méh jól húzódik össze, a lepény mintegy 30 perc múlva spontan távozik az ép burkokkal együtt. Semmi vérzés.

A has alakja és nagysága a magzat megszületése után semmit sem változott meg; mindenütt egyenletesen hullámozik s tompa kopogtatási hangot ad, kivéve a gyomorgödörben.

Másnap belgyógyászsal folytatott consultatio sem derített ki többet a hasürben levő folyadék eredetéről nézve. A beteget diuretinre s tejdietaára fogtuk; azonban sem a vizelet mennyisége meg nem szaporodott, sem a has meg nem kisebbedett.

A gyermekágy ideálisan folyt le, a varratokat a per primam gyógyult gátsebből a kilencedik napon szedtem ki.

Szeptember 3.-án, tehát 14 nappal a szülés után, váratlan fordulat állott be a gyermekágyas nő állapotában: este az ágyban, a legjobb közérzet közepette, hirtelen rosszul lett s iszonyú fájalmakat kapott hasa jobb felében. A beteget nyolcz nap óta nem láttam — mert kezelését házi orvosa vette át — s ekkor feltűnő volt a 36.4° hőmérsék és 72 pulsus mellett a beteg elesettsége; a has lényegesen kisebb lett, de annál erősebben elődomborodott, feszes és nyomásra igen fájdalmas lett. Midőn kopogtatáskor a bal lumbális tájon dobos kopogtatási hangot kaptam, a mely ez oldalra való fektetésekor is megmaradt, rögtön felébredt bennem az a gyanú, hogy a hasban levő folyadék egy önálló falú cystában van, mely most kocsányosavarodást szenvedett.

Még valószínűbbé tette ezen felvételt a megejtett genitális vizsgálat, melynél feltűnő volt az újból megindult vérzés, de még inkább azon körülmény, hogy a méhet mintegy in toto a medenczébe hyperanteflexioban benyomva találtam s e helyzetéből kimozdítani nem tudtam. Szabad ascites mellett ez el nem képzelhető, hanem csakis egy az uteruson rajtafekvő ovariális cysta mellett, mely azt súlyánál fogva lenyomja.

Kétszer 24 órai megfigyelés a diagnosist minden kétségen felül helyezte. Morphiumra a fájalmak teljesen megszűntek, másnap este a hőmérsék 37.8, a pulsus 84; szeptember 5.-én a hőmérsék 37.8, a pulsus 112; szeptember 6.-án a hőmérsék 38.2, a pulsus 132, szék nincs, szelek nem mennek, a meteorismus fokozódott; a szt. István-kórház III. sebészeti fiókosztályára szállítatom, a hol szeptember 7.-én megoperálom.

Chloroformnarcosis, Trendelenburg-féle helyzet. Bemetszés a középvonalban a symphysistól a köldökig. A hasüreget megnyitása után előttem fekszik a lividkék cysta fala; a cysta oly nagy, hogy felső polusa a diaphragmáig ér. Punctioval mintegy 10—12 liternyi véres tartalmat lebocsátva, a daganatszákot előhúzzom s ekkor kiderül, hogy egy jobboldali, kocsánya körül kétszeresen bal felé csavarodott egyrekesű kystoma simplex van dolgunk. A parametrium és a spermaticus köteg oedemáson beivódott. A kocsányt Zweifel-féle zúzóval alapján lezúzva s lekötve, a daganatot eltávolítom. A csontot peritoneummal fedem.

A méh nagy ökölnyi, anteflexioban, a bal ovarium ép, benne corpus luteum verum, a tuba normális, pavillonja szabad.

Hasfalvarrat. Collodium-esik.

A beteg már délután láztalan; gyorsan szedi össze magát; másnapra a bélműködés is helyreáll, harmadnap felkel.

A varratokat a hetedik napon szedjük ki s a kilencedik napon, szeptember 16.-án per primam gyógyultán hagyja el a kórházat.

Ha már most eseteinket a bevezetésben részletesen kifejtett szempontok, mint aetiológia, anatómiai elváltozások, tünetek, diagnózis és prognózis szerint bíráljuk el; tapasztalatainkat általánosságban röviden a következőkben foglalhatjuk össze.

I. Aetiológia: 3 esetben (1., 4. és 5. esetek) a torsio közvetlen oka kideríthető nem volt; ezen esetek éppen azt látszanak megerősíteni, hogy a kocsányesavarodás tényleg fokozatosan következik be s physiologiai folyamat, mely heveny tüneteket csak akkor okoz, midőn olyan fokot ér el, hogy a daganatban pathológiás elváltozásokra vezet a beállott táplálkozási zavar folytán.

A másik 3 esetben a kocsányesavarodás a gyermekágyban következett be, és pedig pontosan meg nem határozható napon a 2., a 8. napon a 3. s a 14. napon a 6. esetben. Ha tudjuk, hogy *Fehling* 17,832 szülés között csak 20, *Löhlein* pedig 13,000 szülés között csak 2 esetben észlelt egyáltalában petefészkdaganattal való complicatiót s általános vélemény szerint a gyermekágy különösen praedisponál a torsiora, már ezen körülmény indokolja eseteink közlését, és pedig annál is inkább, mert újabb adatokat szolgáltatnak az aetiológiának ezen szempontból való tisztázásához.

II. A mi a daganatok válfaját illeti: mind a hat esetben kystoma simplex-szel és pedig 3 esetben (2., 5., 6. eset) jobb- és 3 esetben (1., 3., 4. eset) baloldali daganattal volt dolgunk. Különösebb dispositiót a torsiora tehát a jobb- vagy baloldali daganatoknál mi sem találtunk.

III. Typusos, tehát *Küstner* törvényének megfelelő, volt a csavarodás öt, atypusos csak egy (2. eset) esetben. A mások által észlelt törvényszerűség tehát a csavarodás irányát illetőleg fennáll. A 3 baloldali daganat jobbra, 2 jobboldali balra csavarodott; atypusosan jobbra csak egy jobboldali daganat csavarodott el.

IV. A mi a torsio fokát illeti: egyszeres teljes csavarodást észleltünk 3 (1., 3., 5. eset), egy és félszeres csavarodást 1 (a 4. eset), kétszeres teljes csavarodást 2 (2. és 6. eset) esetben; csaknem teljesen lefűződött a daganat az 1. esetben egyszeres teljes torsio mellett.

V. A csavarodás fokának s a bekövetkezett torsiotól eltelt időtartamnak megfelelő anatómiai elváltozások az egyes esetekben következők voltak:

- a) Passiv hyperaemia s ebből kifolyólag a daganattal oedemája s szederjes elszíneződése 4 esetben (3., 4., 5. és 6. eset);
- b) előrehaladottabb nekrobiosis 2 esetben (1. és 3. eset);
- c) intracystosus vérzés, és pedig friss bevérzés 3 (1., 3. és 6.), régi 2 esetben (2. és 4.);
- d) semmi összetapadás sem volt 2 (1. és 5.), laza fibrinosus összetapadás 2 (3. és 6.) esetben; szívós régi összenövések a csepleszszel s belekkel 2 (2. és 4.) esetben állottak fenn.

VI. A mi a tüneteket illeti: acut peritonitist (fájdalom, esuklás, beesett szemek, szapora pulsus, hőemelkedés) s ileus paralyticust észleltünk a hevenyen fellépett csavarodás 4 (1., 3., 5. és 6. esetében). Különösen kiemelendőnek tartom az újabb vérzés keletkezését a 6. esetben a gyermekágy 14. napján; továbbá a daganatnak az intracystosus vérzés folytán gyermekfejről emberfejnyire való rohamos megnövekedését az 1. esetben; az acutan támadt, de a torsio elszívódása után a 3. (1.), 4. (3.) s 6. (6. eset) napon operált esetekben az egész 38.5°C-ig emelkedő lázat, míg a csavarodás után másnap operált 5. esetben semmi hőemelkedés sem volt; s végül a daganatnak rendkívüli érzékenységét.

A chronikus esetekben (2. és 4.) a torsio 2, illetőleg 6 hónappal előbb történt s annak ideje a tünetek révén az anamnesisben pontosan megállapítható volt.

VII. A diagnózis megállapítása a fent vázolt tünetek alapján sem az acut, sem a chronikus esetekben nehézséget nem okozott; megemlítendőnek tartom azonban, hogy 2 esetben (3. és 5.) más oldalról appendicitissel történt összetévesztés, a mit azonban a legnagyobb könnyedséggel kizárhattunk.

VIII. A prognózis szempontjából láttuk, hogy a lázas esetekben a hőemelkedés még a műtét napján megszűnt, az asepsis peritonitis az azt okozó daganat eltávolításával megállapodott, az ileus paralyticus másod- illetőleg harmadnapra a műtét után oldódott s mind a 6 beteg láztalanul, per primam gyógyult.

A betegek közül az 1. a 14., a 2. a 12., a 3. a 16., a 4. köldöksérves a 15., az 5. a 31. (eczema miatt) s a 6. a 9. napon hagyta el a kórházat; s jellemző, hogy éppen ez távozott a legrövidebb idő alatt, a ki a műtétet követő harmadik napon már fent is járt.

Mindezekből végezettel azon következtetést vonhatjuk le, hogy minél hamarabb állapítjuk meg a fent vázolt jellegzetes tünetekből a kocsányesavarodás diagnózisát s minél hamarabb operáljuk meg a beteget, annál egyszerűbbek a viszonyok, annál könnyebb a műtét s így annál jobb a prognózis.

Irodalom.

Döderlein-Krönig: Operative Gynäkologie, 1905. — *Fehling*: Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1906. — *Hofmeier*: Grundriss der gynäk. Operationen, 1905. — *Küstner*: Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie, 1904. — *Martin*: Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke, 1899. — *Martin*: Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 1907. — *Martin*: Diagnostik der Bauchgeschwülste, 1903. — *de Quervain*: Spezielle chirurgische Diagnostik, 1907. — *Veit*: Handbuch der Gynäkologie, III. 1, 1908. — *v. Winckel*: Handbuch der Geburtshilfe, II. 1, 1904.

Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.

A proteolysis-reactio értéke sebészeti megbetegedésekben az elkülönítő kórjelzés szempontjából.¹

Irta: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

Örömmel szoktuk üdvözölni a diagnostika minden újabb segédeszközét, főleg ha az új módszer az elkülönítő kórjelzés célját szolgálja. Ez azonban nem old fel bennünket azon kötelezettség alól, hogy míg egy vizsgálati módszer értéke véglegesen el nem dőlt, azt csak bizonyos fenntartással alkalmazzuk és resignatioval bíráljuk.

Ezen szempontok vezették főnökömet, *Dollinger* tanár ő méltóságát, midőn a múlt év őszén — azon discussiók nyomán, melyek a budapesti kir. orvosegyesületben az elkülönítő tuberculin-reactiók értékéről folytak — figyelmemet *H. Kolaczek* és *E. Müller* genyvizsgálataira irányította és felszólított a közölt eredmények kiterjedtebb utánvizsgálatára oly célból, hogy ezen módszer gyakorlati használhatóságáról sebészeti téren tiszta képet nyerjünk.

Mivel ezirányú vizsgálataimnak úgy hiszem volt is némi gyakorlati eredménye, főnököm kegyes megbízásából ismertetem úgy ezen módszert, valamint a gyakorlat számára fontosabb következtetéseimet.

1. Történelmi rész.

A tárgyamra vonatkozó irodalmi közlésekkel rövidesen végezhetek, szorosan idevonatkozó közleményt csak három találtam.

Eduard Müller és *Georg Jochmann* (Breslau) a Münchener medizinische Wochenschrift 1906. 29. számában egy tapasztalatról számolnak be, melyet thermophil-bakteriumok tanulmányozásakor genyes sputumban tettek; *Loeffler*-féle táptalajon ugyanis 50—60°C mellett a köpet proteolysises tulajdonságokat mutatott, a megemésztett fehérje helyén a táptalajon tányéralakú behúzódnások képződtek.

A két szerző már ezen lelet alapján is helyesen gyanította, hogy ezen proteolysises hatást fermentumok okozzák, melyek a sputum leukocytáihoz kötöttek. Feltevésük akkor nyert beigazolást, midőn kimutatták, hogy myelogen leukaemiában szenvedő betegek vére is mutat proteolysist, lymphatikus leukaemiában megbetegedettek vére ellenben nem. Szóval nem a lymphocyták, hanem a myelocyták és polynucleáris leukocyták okozói a fermentatív folyamatoknak.

Müller és *Jochmann* vizsgálataikat ezután a genyedésekre is kiterjesztették; korán feltűnt nekik a proteolysis hiánya gümös genyedésekben, míg egyéb genyedésekben, melyeket vizsgáltak (pl. cystitis purulenta, gonorrhoea, phlegmone) mindig pozitív volt a proteolysis-reactio.

¹ A dolgozat kivonatát a szerző a Magyar Sebész Társaság idei, II. nagygyűlésének harmadik tudományos ülésén (1908 május 30.-án) ismertette.

Röviddel ezután a Münchener medizinische Wochenschrift 1906. évi 31. számában E. Müller és G. Jochmann egy folytatódó közlésben kiegészítették első közleményüket és behatódóbban tárgyalták az észlelt proteolysis jelenségeit.

Müller és Jochmann a proteolysist gátló kísérleteikről tesznek itt említést. Tapasztalatuk szerint a vérsavó egészen 50—55 C⁰-ig a proteolysist gátolja; a vörösvérsejteknek a polynucleáris leukocyták, illetőleg myelocyták fermentumára gátló hatásuk nincsen; a lymphocyták is fejthetnek ki gátló hatást, de ez sokkalta kisebb mint a vérsavóé.

Anorganikus testek hig oldata (3⁰/₀-os ecetsav, 0.1⁰/₀-os sósav, 0.1⁰/₀-os natronlúg, 1⁰/₀₀-es natron carbonicum-oldat stb.) a proteolysisre látszólag sem kedvezően, sem gátlólag nem hat. Lugoldat a proteolysisre szintén nincsen befolyással.

Gyengén alkalikus vagy neutrális táptalajon a proteolysis valamivel kifejezettebb, mint gyengén savanyú táptalajon. A leukocyták emésztő hatásának oka e szerint tehát tryptikus fermentum.

Külön kiemelik a szerzők a jodoformmal kezelt tályogok genyjének erős proteolysises hatását. Szerintük ez nem a jodoformnak közvetlen vegyi hatása, hanem ezen jelenség közvetett; a jodoform chemotaxisos hat a polynucleáris leukocytákra, ezek tömegesen vándorolnak be a hideg tályogba, ezzel pedig a tályog tartalma fermentdússá lesz.

Kimutatták még Müller és Jochmann azt is, hogy a tengerimalaczok és házinyulak polynucleáris leukocytáinak nincsen proteolysises hatása; ezen tény éles biológiai határt von az említett állatok fehérvérsejtjei és az ember hasonló vérsejtjei között. Érdekessé továbbá, hogy a tengerimalaczok és házinyulak leukocytái sem emberi, sem marhavérsavóra, de még az illető állati fajnak (tengerimalacz és házinyúl) serumára sincsenek proteolysises hatással; ezzel ellentétben az ember leukocytái nemcsak az emberi vérsavót, hanem a szarvasmarha, továbbá a házinyúl vérsavóját is megemésztik.

Sejtbiológiai szempontból is fontos lelet volt az emberi vér lymphocytáinak és myelocytáinak eltérő viselkedése a Loeffler-serumon; ebből értékes histogenesises következtetések voltak vonhatók a fehérvérsejtek ezen két alakjára; felfogásunk e tekintetben az Ehrlich-féle elmélet javára alakul ki.

A következő közlemény közös szerzői Hans Kolaczek és Eduard Müller (Breslau) voltak. Együttessen vizsgálták a proteolysis-reacitio gyakorlati értékét és tapasztalataikat a Deutsche med. Wochenschrift 1907. 7. számában közzölték. Kolaczek és Müller főbb eredményei a következők:

5 esetben kezeletlen, zárt hideg tályogból vett genynél ferment-hatást nem találtak.

10 esetben a fermentum hatása gyenge volt és csak későn, 48 óra múlva vált észlelhetővé. Ezen esetekben a genypróbát jodoforminjectionnal kezelt hideg tályogból vették, vagy pedig oly gümös tályogból, melyet vegyes fertőzés, illetve sipolyképzés complikált.

10 esetben végül erős és kifejezett volt a fermenthatás; a genyet részben gümös sipolyból, részben jodoformglycerinnel kezelt tályogból nyerték, összejátszott esetleg mind a két körülmény is.

Heveny genyedésekben, pl. furunculus, panaritium, phlegmone, mastitis abscedens stb. eseteiben Kolaczek és Müller mindig kifejezett proteolysist talált.

Kolaczek és Müller eredményeiket a következőkben foglalták össze:

1. A Müller-Jochmann-féle genypróbánál a hiányzó proteolysis kizár minden heveny genyes folyamatot; ily negatív eredmény gümös megbetegedés mellett szól.

2. Gyors és kiterjedt proteolysis ellenben heveny lobos megbetegedés illetőleg genyedés mellett bizonyít; erősen pozitív reactio azonban gümös folyamatot sem zár ki, olyankor, midőn a genypróbát jodoformglycerinnel kezelt tályogból, gümös sipolyból, vagy gümös nyaki mirigyekből vették.

2. A vizsgálathoz szükséges eszközök.

A proteolysisreactio megejtéséhez szükséges segédeszközeink a következők:

1. Platinkacs, esetleg ennek hiányában vékony üvegpálcza vagy pipetta.

2. Valamilyen égő (gázégő vagy spirituszlámpa) a platinkacsnak, illetőleg üvegpálczának kiizzítására.

3. Loeffler-féle táptalaj; és

4. thermostat.

A két utolsó segédeszközhez kell csak némi megjegyzést fűznöm.

A Loeffler-féle táptalaj úgy készül, hogy marha vagy ló vena jugularisából sterilen vért fogunk fel; a vért steril üveghengerben 24 órára jégsekreénybe tesszük, mire a vérsavó kiválik és steril pipettával leemelhetjük; az így nyert vérsavót azután 3:1 arányban szőlőcukorbouillonnal elegyítjük.

A szőlőcukorbouillon összetétele: 1⁰/₀ szőlőcukor, 1⁰/₀ pepton és 1/2⁰/₀ konyhasó.

A szőlőcukorbouillonnal összevegyített serumot alacsonyabb vagy magasabb Petri-féle csészékbe öntjük ki, meglehetősen vastag, néhány milliméternyi rétegben. Most a csészéket sterilizáljuk, leghevesebben fractionált úton. E célból a Petri-féle csészéket 8 napon keresztül naponként 4—4 óra hosszat 58 C⁰-ú thermostatba helyezzük; a sterilizálást esetleg három nap alatt is végezhetjük, ilyenkor 95—98⁰-os thermostatba tesszük naponként 1/2 órára a csészéket.

A sterilizáláskor a táptalaj megolvad.

Megkísérlettem a táptalajoknak elkészítését úgy is, hogy Petri-féle csészék helyett kémlőcsöveket vagy Erlenmeyer-féle lombikokat használtam. A kémlőcsövekben tartott táptalajon a reactio felismerése némi nehézséggel jár; az oltás eredményét ugyanis oldalról, egy vastag táptalajrétegen keresztül kell néznünk, a mi alkalmat szolgáltat a tévedésre. Az Erlenmeyer-féle lombikban kiöntött táptalajnál pedig maga a táptalaj kellő kihasználása ütközik nehézségbe; a lombiknak keskeny nyakán keresztül vitt platinkacsral ugyanis a lombik alapjának szélső területein bajosan dolgozhatunk.

Ezzel szemben a Petri-féle csészékbe öntött táptalajon, csak némi bakteriológiai technika mellett is, igen könnyen és tisztán végezhetjük a reactiót. Ha nagyon óvatosak akarunk lenni, a Petri-csésze szélét még gummiszalaggal is védhetjük, bár erre — hacsak a beoltott csészéket nem szállítjuk — nincsen szükség.

A thermostatot illetőleg fontos annak a tudása, hogy tiszta és megbízható dolgozás céljából a thermostatot a rendesnél magasabb hőfokra, 50—60 C⁰-ra kell beállítanunk.

Nem mintha a thermostat alacsonyabb hőfoka mellett, 30—40 C⁰ között nem sikerülne a kémlés! Végeztem kísérleteimet a thermostat különböző beállítása mellett, de mivel 37—40 C⁰ körül van a legtöbb pathogen bakterium tenyészetének optimuma, a keletkező kolóniák a reactio tiszta képét zavarhatják; ezért az utolsó időben kivétel nélkül csak magas hő, 55—60 C⁰ mellett végeztem a genypróbákat. Ilyenkor a magas hőfok a genykeltőknek kolónia-képződését meggátolja, magának a proteolysis-reactionnak minden hátránya nélkül.

A magasabb hőfokú thermostatnak még az is előnye, hogy a reactio idejét nagyon megrövidíti. A leukocyták gyorsabban halnak el, fermentumuk ennek folytán gyorsabban szabadul fel; viszont az antifermentumok gátló hatása, pl. a vérsavóé is, magasabb hőfokon elesik.

3. A vizsgálat technikája.

A vizsgálat rendkívül egyszerű, néhány pillanat alatt meg-ejthető. Az egész eljárás annyiból áll, hogy a kérdéses genyből a lángban kiizzított platinkacsral vagy az üvegpálczával, a platinkacs illetőleg üvegpálcza lehűlése után, egy kis cseppet veszünk és óvatosan az előkészített táptalajra viszünk át. Az átoltáskor a Petri-csészék fedelét csak féloldalt emeljük fel és különben is követjük az oltások technikájánál előírt kautelákat. Özelszerű és az ellenőrzés céljából ajánlatos, ha egy és ugyanazon genyforrásból több, három-négy próbacsöppet veszünk. Figyelniünk kell továbbá arra, hogy a próbához használt geny véres ne legyen, a vérsavó ugyanis — antifermentativ hatásánál fogva — gátolja a proteolysist.

Olyankor, midőn több genyet vizsgáltam, anyagkimelés végett 3—5 különböző eredésű genyből is oltottam ugyanazon Petri-csészébe. E célból a csésze fedelét sectorokra vagy mezőkre osztottam, megszámoztam és a csésze alapjának és fedelének helyzetét egymáshoz pontosan megjelöltem. Ily módon a többes oltás ugyanazon csészében zavart nem okozott.

Oltás után a csészéket thermostatba helyezzük és másnap meggyőződünk a kémlés eredményéről.

4. A proteolysis-reactio felismerése.

Ez igen könnyű. *Positiv eredmény esetén* a táptalajban az áttoltott genyesepek helyén nagyságuknak megfelelő kisebb-nagyobb, tányeralakú, élesszélű vájulatot látunk; a vájulatok közepe a legmélyebb.

Negativ eredmény esetén pedig az áttolás helyén a genyesepek egyszerűen beszáradnak, vájulat nem képződik.

A reactio felismeréséhez nem szükséges, hogy leemeljük a Petri-csésze fedelét; felismerhetjük azt egyszerűen és legkönnyebben úgy is, hogy áteső fényen, akár napfényen, akár mesterséges fényen nézzük a ferdén vagy merőlegesen tartott csészének az alapját.

A kémzés eredményéről — mint említettem — legezésszerűbben 20—24 óra múlva győződünk meg.

A legkorábbi eredményt erősen positiv reactio mellett 5—6 óra múlva észleltem; nagyon gyenge proteolysissal összesen három esetben (lásd a 2. táblázaton a 3., 5. és 6. számú esetet) 24 óra múlva láttam ugyan némi elváltozást, azonban az eredmény csak 48 óra múlva lett oly kifejezetté, hogy a reactio positiv voltára bízton vonhattam következtetést. A hol 48 óra múlva kifejezett proteolysist nem észleltem, ott később, a harmadik napon és azon túl sem láttam elváltozást a táptalajon.

Ebből azon gyakorlati szabály következik, hogy *positiv reactio másnap már döntő; negativ eredményről pedig végleges döntés végett célszerű, hogy 48 órát várjunk.*

5. A proteolysis-reactionak az oka.

Azon proteolysises hatást, melyet kísérleteinkben a Loeffler-féle táptalajon látunk (mint azt a történelmi részben is kiemeltem), fermentumok okozzák, melyek a polynucleáris fehérvérszövetekhez és a myelocytákhoz kötöttek; ezen fermentum a fehérvérszövetek ezen alakjainak elhalásakor és szétesésekor szabadul fel.

Bakteriumok nem okozhatják a táptalaj megemésztését, mivel a leggyakoribb genykeltők — a színével is feltűnő pyocyanestól eltekintve — a Loeffler-féle táptalajt nem peptonizálják. Egyéb peptonizáló mikroorganizmusok, mint p. o. bac. anthracis, bac. prodigiosus, vibrio cholerae, vibrio Finkler-Prior stb., azért sem jöhetnek szóba, mivel ezeknek fermenthatását egyrészt a Loeffler-táptalaj czukortartalma akadályozza (lásd V. Kolle és A. Wassermann: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, I. köt. 107. lapján), másrészt ezen bakteriumok közül egyeseknek fermentje, mint p. o. a prodigiosusé is, már 55 C°-on elpusztul (lásd C. Flüge: Die Mikroorganismen mit besonderer Berücksichtigung der Infektionskrankheiten, I. köt. 208. lapján); végül alig jutunk azon helyzetbe, hogy a felsorolt bakteriumok egyikét vagy másikat a vizsgált genyben ki kelljen zárunk.

A bakteriumok okozta rothadási jelenségekként sem foghatjuk fel a reactiót: gázhollyagok képzését (többnyire H₂ és CO₂-ből) a táptalajban nem látjuk és szaglásunk révén sem észlelhetjük azon bűzös rothadási termékek keletkezését, melyek egyébként a nitrogéntartalmú táptalaj bomlását kísérik (ammoniak, aethylamin, trimethylamin, cholin, betain és egyéb, qualitásuknál fogva is feltűnő bűzös rothadási termékek).

A mi pedig leghatásosabban szól a bakteriumok hatása ellen, az, hogy a reactio 55—60 C°-on a legélesebb, annak ellenére, hogy steril marad a táptalaj.

Vizsgált a polynucleáris leukocyták és myelocyták positiv szerepe mellett sok körülmény szól. Így Müller és Jochmann eredeti kísérlete leukaemiások vérével, melyet dolgozatomban irodalmi részében is felhoztam; a myelogen leukaemiások vére proteolysist mutat, míg a lymphatikus leukaemiában szenvedő betegek vére nem.

A centrifugálás által egészséges ember véréből nyert polynucleáris leukocyták is, ép úgy az oly geny, melyben túlnyomók a polynucleáris leukocytalemelek, megemésztik a Loeffler-serumot. Ezen emésztés foka mindig egyenesen arányos a polynucleáris fehérvérszövetek quantitásával.

A lymphocytákban ilyen proteolysises fermentum nincsen. Bizonyítja ezt a lymphatikus leukaemiában szenvedő egyének vére, mely — a mint azt már említettem — Loeffler-talajon proteolysist nem okoz és bizonyítja ezt a gümös genynek negativ viselkedése is.

A cytologiás vizsgálat szerint tiszta gümös genyben bő

detrituson kívül főleg egymagvú fehérvérszövetlecek vannak. Ha azonban gümös geny secundaer módon fertőződött, a táptalajra oltott geny már proteolysist okoz; secundaer infectionál ugyanis a bevándorolt polynucleáris leukocytáknak fermentuma már peptonizálja a Loeffler-serumot.

Müller és Jochmann szerint ez a jodoformglycerinnel kezelt tályogokra is áll, mivel jodoform-glycerin szerintük leukotaxisosan hat a polynucleáris fehérvérszövetekre. Saját vizsgálataimnak eredménye e tekintetben Müller és Jochmann vizsgálataitól némileg eltér (lásd a következő fejezetben a gümös folyamatokról szóló kimutatások második csoportját).

6. Vizsgálataim eredménye.

Kísérleteimet a proteolysis-reactioval eddig 180 esetben végeztem.¹

A tájékoztatás megkönnyítése czéljából az eseteket mindegyikét két nagy főcsoportba osztottam: I. a gümös és II. a nem gümös folyamatok csoportjába.

Az I. számú főcsoportban a gümös genyedéseket ismét külön három csoportba osztottam, a szerint, mint 1. kezeletlen tiszta gümös folyamattal állottam szemben (lásd az I. számú táblázatot), avagy 2. kezelt (lásd a II. számú táblázatot), vagy 3. secundaer módon fertőzött gümös folyamatokból (lásd III. táblázatot) vettem a genypróbát.

A II. számú főcsoportba az összes heveny keletkezésű genyedéseket soroltam (lásd a IV. számú táblázatot).

Eredményeimet ezen csoportok szerint tárgyalom.

I. Gümös folyamatok.

1. csoport. (I. az I. sz. táblázat.)

A vizsgált gümös folyamatok első csoportjába azon eseteimet soroltam, a melyekben a genypróbát zárt, kezeletlen és secundaer módon be nem fertőzött gümös tályogból, izületből vagy testüregből (mellhártyaüreg) vettem.

Ezen csoport kimutatásában, a mint azt a klinikai körjelzés 3. számú rovata is feltűnteti, elgenyedt gümös nyakmirigyek, különböző csont- és izületi gümös folyamatok, továbbá gümös mellhártyagyulladás esetei szerepelnek.

Mindezen esetekben, mint ez a 4. számú rovatban is látható, az oltás eredménye negativ volt.

2. csoport. (II. a II. sz. táblázat.)

A gümös folyamatok ezen második csoportjába azon esetek tartoznak, a melyekben a genypróbát 10%-os jodoform-glycerinnel már kezelt, azonban zárt és secundaer módon be nem fertőzött gümös tályogból, izületből vagy testüregből (mellhártyaüreg) vettem.

Az alábbi II. számú táblázat a klinikai körjelzést a 3. rovatban jelzi; a mint látható, vizsgálataim alapjául a legkülönbözőbb csont- és izületi folyamatoknak, továbbá a gümös empyemáknak rövidebb-hosszabb idő előtt kezelt esetei szolgáltak. A jodoform-glycerines punctio óta eltelt időt a 4. rovat tünteti fel, ezen időtartam három nap és másfél év között váltakozott. Az 5. rovatban végül az oltás eredményét találjuk.

Ezen 2. csoportba sorolt gümös folyamatoknál az oltás eredménye vegyes: az esetek túlnyomó számában — 19 eset közül 15-ben — negativ volt a reactio és csak négyszer találtam az eredményt positivnek. Itt is háromszor oly gyengén jelentkezett a proteolysis, hogy azt csak 48 óra múlva mertem megállapítani.

Ezen adataim tehát elütnek Kolaczek és Müller eredményeitől, mivel szerintük a jodoform-glycerinnel kezelt tályogokból vett geny majdnem mindig positiv és még hozzá erősen kifejezett proteolysises reactiót ad.

Még megjegyzem, hogy ezen II. számú táblázatban feltüntetett eseteimben a genypróba vételekor a tályogok lobosodás jelét nem mutatták és hogy positiv reactiót adó eseteimben is a bakteriologiai oltás negativ maradt. A cytologiai leletre még visszatérek.

3. csoport. (III. a III. sz. táblázat.)

A gümös folyamatok 3. csoportjába végeztem azon eseteket, a melyekben a genypróbát secundaer módon fertőzött

¹ Az egyöntetű eredményt tekintve, az alábbi táblázatok szerkesztésekor csak az első 120 esetet vettem tekintetbe.

I. táblázat.

Gümös folyamatok

1. csoportja.

Azon eseteknek kimutatása, melyekben a genypróbát zárt, kezeletlen és secundaer módon be nem fertőzött gümös tályogból, izületből vagy test-üregből (mellhártyaüreg) vettem.

1	2	3	4	5
Sorszám	Jegyző-könyvi szám a vizsgálati naplóban	Klinikai körjelzés	Az oltás eredménye	Megjegyzés
1.	46.	Lymphomata colli tbc. absced.	—	
2.	152.	Lymphomata colli tbc. absced.	—	
3.	30.	Lymphomata axillae tbc. absced.	—	
4.	77.	Caries claviculae, abscess. frigidus thoracis	—	Tályogja kb. 10 hó óta fejlődik; jodoform-punctio. I. a II. táblázaton a 4. sorszám alatt
5.	56.	Caries costarum, abscess. frigidus thoracis	—	3 hete fejlődő tályog
6.	147.	Caries costarum, abscess. frigidus thoracis	—	
7.	37.	Spondylitis tbc., abscess. frigidus reg. lumbalis	—	
8.	78.	Spondylitis tbc., abscess. frigidus reg. lumbalis	—	
9.	74.	Spondylitis tbc., abscess. frigidus psoicus	—	
10.	112.	Spondylitis tbc., abscess. frigidus psoicus	—	2 hó óta fejlődő tályog
11.	85.	Arthritis tbc. artic. sacroiliacae, abscess. frigidus regionis sacralis	—	Kb. 3 hó óta fejlődő tályog; jodoform-punctio. I. a II. táblázaton az 5. sorszám alatt
12.	155.	Omarthritis tuberculosa	—	Tisztán izületi folyamat
13.	55.	Arthritis tuberculosa cubiti	—	Tisztán izületi folyamat
14.	7.	Arthritis tbc. cubiti, abscessus paraarticularis	—	
15.	67.	Caries radii, abscessus antebrachii	—	
16.	47.	Caries manus, abscessus frigidus dorsi manus	—	
17.	60.	Caries manus, abscessus frigidus dorsi manus	—	
18.	63.	Caries manus, abscessus frigidus dorsi manus	—	6 hete fejlődő tályog
19.	95.	Coxitis tbc., abscess. regionis glutaalis	—	
20.	108.	Coxitis tbc., abscess. regionis glutaalis	—	
21.	116.	Coxitis tbc., abscess. regionis femoralis	—	6 hete fejlődő tályog
22.	68.	Gonitis tuberculosa	—	Tisztán izületi folyamat
23.	83.	Gonitis tuberculosa	—	Tisztán izületi folyamat
24.	17.	Gonitis tbc., abscess. para-articul.	—	
25.	32.	Gonitis tbc., abscess. para-articul.	—	
26.	140.	Caries tibiae, abscessus frigidus regionis condyli ext. tibiae	—	

1	2	3	4	5
Sorszám	Jegyző-könyvi szám a vizsgálati naplóban	Klinikai körjelzés	Az oltás eredménye	Megjegyzés
27.	79.	Caries malleoli, abscessus frigidus regionis malleoli	—	
28.	94.	Caries malleoli, abscessus frigidus regionis malleoli	—	
29.	101.	Caries malleoli, abscessus frigidus regionis malleoli	—	Kb. 1 hó óta fejlődő tályog; jodoform-punctio. I. a II. táblázaton az 1. sorszám alatt
30.	139.	Caries malleoli, abscessus frigidus regionis malleoli	—	
31.	4.	Caries pedis, abscessus frigidus dorsi pedis	—	
32.	33.	Caries pedis, abscessus frigidus dorsi pedis	—	
33.	114.	Exsudatum pleuriticum tbc. seroso-purulentum	—	A többi empyema tbc., mely a klinikán az utolsó időben megfordult, előzőleg már — vagy másfelé, vagy nálunk — jodoform-glycerinnel kezeltetett
34.	104.	Empyema thoracis tbc.	—	

lobos vagy sipolyos, gümös tályogból vagy testüregből (mellhártyaüreg) vettem.

Eseteimet itt ismét három alcsoportba osztottam. Megkülönböztettem

- a lobos, gümös tályogokat,
- a secundaer módon fertőzött, gümös empyemákat és
- a sipolyos, gümös tályogok csoportját.

Az esetek klinikai körjelzését itt ismét a 3. számú rovat adja; a fontosabb klinikai észrevételeket az 5. számú rovatban, a megjegyzések rovatában találjuk, míg a 4. számú rovat az oltás eredményét tünteti fel.

Mint a III. sz. táblázaton is látjuk, mind a három alcsoportnak valamennyi esete positiv proteolysis-reactiót adott.

* * *

Ha áttekintjük a kísérletek eredményét a gümös megbetegedések mind a három csoportjában, szóval az összes gümös bántalmakban, következtetéseink ezek:

A vizsgált gümös eseteknek említett csoportosítása mellett látjuk 1. az eseteknek olyan csoportját, midőn a reactio mindig negativ (I. számú táblázat); 2. midőn a reactio hol negativ, hol positiv (lásd a II. számú táblázatot) és 3. az eseteknek oly csoportját, a midőn a reactio mindig positiv (lásd III. számú táblázatot).

Absolute negativék a zárt, kezeletlen és secundaer módon be nem fertőzött gümös tályogok, a szó szoros értelmében vett kezeletlen idült gümös tályogok genye.

Absolut positiv viselkedésű a secundaer módon fertőzött gümös geny.

A kettő között áll viselkedésével a proteolysis-reactioval szemben a kezelt gümös tályog genye, a mennyiben ez hol positiv, hol negativ eredményt ad.

Érdemileg ebből az következik, hogy a gümös tályogok genye, ha a II. és III. táblázatban feltüntetett kivételes esetek (10⁰/o-os jodoform-glycerinnel történt kezelés, lobosodás, sipolyképzés és secundaer infectio) fenn nem forognak, mindig negativ reactiót ad.

Megjegyzem még, hogy ezen kivételes esetekben a jelzett elváltozások vagy az anamnesisből önként adódnak (előző jodoform-glycerin-kezelés) vagy pedig olyanok, hogy a betegnek csak némi-
leg is gondos megtekintésekor a klinikus szemét el nem kerülhetik. (Pl. heg a punetiók helyén; a tályog lobosodása; sipolyképzés stb.)

II. Nem gümös eredetű genyes folyamatok.

Áttérek ezennel azon eseteimre, a melyekben vizsgálataimhoz a genyet nem gümös eredetű folyamatokból nyertem.

II. táblázat.

Gümös folyamatok

2. csoportja.

Azon eseteknek kimutatása, melyekben a genypróbát 10%-os jodoform-glycerinnel már kezelt, azonban zárt és *secundaer* módon be nem fertőzött gümös tályogból, izületből vagy testüregből (mellhártyaüreg) vettem.

1	2	3	4	5	6
Sorszám	Jegyző-könyvi szám a vizsgálati naplóban	Klinikai körjelzés	A jodoform-glycerines punctio óta eltelt idő	Az oltás eredménye	Megjegyzés
1.	109.	Caries malleoli, abscessus frigidus regionis malleoli	3 nap	—	L. az I. táblázaton a 29. sorszám alatt
2.	111.	Caries pelvis (ossis ischii), abscess. regionis glutaecalis	6 nap	—	L. a III. táblázaton a 2. sorszám alatt
3.	131.	Exsudatum pleuritic. tbc. seroso-purulentum	6 nap	gyengén +	6 nap előtt 1½ liter genyes savó kibocsátása és 30 cm³ jodoform-glycerin befecskendezése. Bakteriolog. oltás napok mulva is negatív
4.	113.	Caries claviculae, abscessus frigidus thoracis	8 nap	—	L. az I. táblázaton a 4. sorszám alatt
5.	115.	Arthritis tbc. artic. sacroiliacae, abscess. frigidus reg. sacralis	8 nap	gyengén +	L. az I. táblázaton a 11. sorszám alatt. Bakteriolog. oltás negatív eredménnyel
6.	129.	Caries pelvis (ossis ischii), abscess. regionis sacralis	13 nap	igen gyengén +	L. ezen táblázaton a 2. sorszám alatt
7.	5.	Caries femoris, abscess. frigidus femoris	14 nap	—	
8.	96.	Caries costarum, abscessus frigidus thoracis	15 nap	—	
9.	103.	Caries claviculae, abscessus frigidus thoracis	17 nap	—	L. ezen táblázaton fent a 4. sorszám alatt. Akkor is, mint most, pusztán próbapunctiót végeztünk
10.	64.	Caries manus, abscess. frigidus dorsi manus	3 hét	—	
11.	8.	Gonitis tbc., abscessus paraartic. regionis femoris	3 hét	—	
12.	48.	Spondylitis tbc., abscessus frigid. dorsi	3 hét	—	
13.	31.	Omarthritis tbc. purulenta	1½ hónap	—	
14.	20.	Empyema thoracis tbc.	2 hónap	—	
15.	54.	Empyema thoracis tbc.	2 hónap	erősen +	Bakter. oltás steril még napok mulva is
16.	10.	Empyema thoracis tbc.	3 hónap	—	
17.	105.	Spondylitis tbc., abscessus psoicus	1½ év	—	
18.	53.	Spondylitis tbc., abscessus psoicus	1 év	—	
19.	18.	Empyema tbc. thoracis	1½ év	—	

III. táblázat.

Gümös folyamatok

3. csoportja.

Azon eseteknek csoportos kimutatása, melyekben a genypróbát *secundaer* módon fertőzött — lobos vagy sipolyos — gümös tályogból vagy testüregből (mellhártyaüreg) vettem.

1	2	3	4	5
Sorszám	Jegyző-könyvi szám a vizsgálati naplóban	Klinikai körjelzés	Az oltás eredménye	Megjegyzés
a) Lobos gümös tályogok:				
1.	75.	Arthritis tbc. cubiti, abscessus paraarticularis	+	Lobos tályog, mely át-törőben volt. Sipolya nincs
2.	106.	Caries pelvis (ossis ischii), abscessus regionis glutaecalis	+	Állítólag 2 hó óta fejlődő tályog; környezete lobos. Punctionál érdes csont érezhető. 6 nap mulva a lobosodás teljesen eltűnt, a most megejtett proteolyt. vizsgálat eredménye negatív. L. II. tábla 2. sorszám alatt
3.	151.	Caries radii, abscessus regionis carpi volaris	gyengén +	Lobos tályog, mely át-törni készült. Sipolya nincs
b) Secundaer módon fertőzött gümös empyemák:				
4.	35.	Empyema thoracis tbc.	+	Tbc.-s egyén; másutt punctiókkal kezelték. Piszkos geny, benne staphylococcusokat is találtunk
5.	97.	Empyema thoracis tbc.	+	3 hét előtt, másutt történt punctionál secundaer módon fertőződött; bűzös, piszkos geny, különböző genykeltő coccusokkal
c) Sipolyos gümös tályogok:				
6.	118.	Lymphomata colli tbc. abscedentia cum fistulis	+	
7.	123.	Lymphomata colli tbc. abscedentia cum fistulis	+	
8.	153.	Lymphomata colli tbc. abscedentia cum fistulis	+	
9.	15.	Caries costarum c. fistulis	erősen +	
10.	141.	Caries manus cum fistulis	gyengén +	
11.	15.	Caries manus cum fistulis	+	
12.	124.	Caries pedis c. fistulis	+	
13.	132.	Caries pedis c. fistulis	+	
14.	146.	Caries pedis c. fistulis	+	
15.	73.	Caries pedis c. fistulis	+	A gümös sipolyokból erysipelas indult ki, oltás a húslészerű genyes váladékból
16.	170.	Caries pedis c. fistulis	+	

IV. táblázat.

Vegyes, de nem gümös eredetű genyedések.

1	2	3	4	5
Sorszám	Jegyző-könyvi szám a vizsgálati naplóban	Klinikai körjelzés	Az oltás eredménye	Megjegyzés
1.	148.	Furunculus antebrachii	+	
2.	25.	Furunculus axillae	+	
3.	50.	Furunculus axillae, abscessus axillae	+	
4.	9.	Furunculus nuchae	—	Oltás szövetszafatokkal (dugasszal)!
5.	90.	Furunculus nuchae, abscessus colli	+	
6.	1.	Carbunculus nuchae; pyaemia, synovitis genu metastat.	—	Oltás a térdből negatív eredménnyel, mivel a Pravaz-feeskendőben lysoform-maradék volt
7.	11.	Panaritium	+	
8.	66.	Panaritium	+	
9.	93.	Panaritium	+	
10.	51.	Phlegmone manus	+	
11.	126.	Phlegmone manus	+	
12.	149.	Phlegmone manus	+	
13.	92.	Phlegmone antebrachii	+	
14.	57.	Phlegmone cubiti	+	
15.	87.	Phlegmone regionis cubiti	+	
16.	43.	Phlegmone genus	+	
17.	49.	Phlegmone genus	+	
18.	52.	Phlegmone parietis abdominis	+	
19.	2.	Fonálgenyedés	+	
20.	41.	Fonálgenyedés	+	
21.	98.	Fonálgenyedés	+	
22.	122.	Fonálgenyedés	+	
23.	125.	Ezüstsodrony okozta genyedés	+	
24.	16.	Abscessus praeauricularis postoperativus	+	Cca. buccae műtete után
25.	65.	Abscessus linguae	+	Szájfért fertőzés
26.	82.	Abscessus colli	+	Carc. labii inf. műtete után
27.	82.	Abscessus colli	—	U. az mint az előbbi, a genypróbaéhoz azonban sok vér vegyült!
28.	3.	Abscessus hepatis metastaticus	+	Genyes salpyngitis nyomán

1	2	3	4	5
Sorszám	Jegyző-könyvi szám a vizsgálati naplóban	Klinikai körjelzés	Az oltás eredménye	Megjegyzés
29.	91.	Abscessus periproctalis	+	
30.	14.	Abscessus periappendicularis	+	
31.	22.	Abscessus periappendicularis	+	
32.	34.	Osteomyelitis acuta inf. femoris	+	
33.	45.	Osteomyelitis acuta inf. femoris	+	Sipolyos eset
34.	120.	Osteomyelitis acuta inf. femoris	+	
35.	150.	Osteomyelitis acuta inf. femoris	+	Sipolyos eset
36.	44.	Osteomyelitis acuta inf. genu	+	
37.	127.	Osteomyelitis acuta inf. genu	+	Sipolyos eset
38.	28.	Bulla combustionis serosopurulenta	+	
39.	133.	Necrosis cutis	+	Genyes demarcatio helyéről vett geny
40.	142.	Necrosis cutis	+	Genyes demarcatio helyéről vett geny
41.	42.	Necrosis cutis (decubitus)	+	
42.	81.	Erysipelas	+	Cca. buccae után
43.	6.	Pyaemiás gonitis	—	Oltás az alig zavaros synovialis folyadékkal
44.	72.	Pyaemiás válltályog	+	
45.	26.	Vuln. sclopet. femoris, abscessus consec.	+	
46.	12.	Empyema thoracis post vuln. sclopet.	+	
47.	13.	Empyema thoracis infectios.	+	Anamnesisben angina szerepelt. Bakteriologice vegyes fertőzés diplo- és streptococcusokkal
48.	29.	Meningitis purulenta incipiens	—	Oltáshoz lumbalpunctioval nyert tiszta liquor cerebrospin. szolgált, mely bakteriolog. vizsgálattal is sterilnek bizonyult
49.	84.	Blennorrhoea urethrae	+	
50.	59.	Bubo inguinalis	+	
51.	88.	Bubo inguinalis	+	

A mellékelt IV. számú táblázat 51 idevágó esetet tüntet fel, vizsgálataim azóta még körülbelül 30 esettel szaporodtak.

A klinikai körjelzést a 3. számú rovat jelzi, a körjelzés értelmében *genypróbáimat a gyakorlatilag fontosabb heveny genyedéseknek majdnem összes fajtáiból vettem.*

A reactio eredményét a 4. számú rovat tünteti fel; néhány kivételes esettől eltekintve, mindig pozitív volt.

Ezen kivételes esetek — ösztönösen megvallo — még azon időből valók, midőn kísérleteimet megkezdttem és midőn a dolog természetéből folyólag még hiányos volt technikai jártasságom. A mint azt a jegyzőkönyv adataival igazolhatom (lásd 5 alatt a megjegyzések rovatát), a hiba oka mindig abban rejlett, hogy nem tiszta genyet használtam az oltáshoz. Így oltottam a 4. számú esetben szövetzafattal, a 6. számú esetben lysoformmal kevert genyvel és a 27. számú esetben erősen véres genyvel (a vérserum antifermentatív hatása!); a 43. számú esetben zavaros, kifejezetten nem is genyes synoviával, egyszer pedig, a 48. számú esetben, tiszta liquor cerebrospinalissal eszközöltem meningitis betegtől az oltást. A proteolysis-reactio negatív volta tehát mindig technikai hibákban rejlett; a mióta a reactiót gátló körülmények kiiktatására figyelni tanultam, ily negatív eredményeket heveny genyes folyamatokban többé nem láttam.

Végeredményben tehát oda konkludálhatok, hogy a heveny genyes folyamatokban kifogástalan technika mellett a proteolysis-reactio mindig pozitív.

7. Cytologiai és bakteriologiai lelet.

A proteolysis-reactioval kapcsolatban cytologiai és bakteriologiai vizsgálatot is végeztem. Ide iktatom ennek eredményét.

a) A cytologiai vizsgálatkor úgy jártam el, hogy a megszáritott fedőlemez-készítményt savmentes methylalkoholban 10 percig fixáltam; a készítményt ezután 10%-os Giemsa-oldatban (Grübler-készítmény, Leipzig) 20 percig festettem.

Tiszta gümös genyedésekben ez a cytologiai kép: túlnyomók a mononucleáris fehérvérsejtek, a melyeknek teste granulatiót nem mutat (főleg lymphocyták, gyéresebb számban nagy egymagvúak); elvétve polynucleáris (polymorph magvú neutrophil) leukocyták is találhatók. Az összes sejtelemelek a degeneratio különböző szakaiban vannak. Sok szemeses detritus.

Kezelt gümös tályogokból vett genyvel a kép hasonló, csak a polymorph magvú sejtek száma szaporodott. Legnagyobb volt ezen sejtek száma azon esetekben, a melyekben a proteolysis-reactio is pozitív eredményt adott.

Secundær módon inficiált gümös folyamatokban és az összes nem gümös eredésű genyedésekben a geny általában sejtűsabb. Itt azonban előtérbe tolnak a polymorph magvú neutrophil leukocyták, míg az egymagvú fehérvérsejtelemelek csak gyéren találhatók. Itt is felleljük a sejtdegeneratio szokott alakjait.

A proteolysis-reactio eredményét tehát a cytologiai lelet teljesen fedi.

b) A mi a vizsgálatkor kapott bakteriologiai leletet illeti, a pozitív reactiót adó esetekben majdnem az összes genykeltő csírákat megtaláltam. Kitenyészett: staphylococcus pyogenes aureus, — albus, — citreus; streptococcus pyogenes; streptococcus erysipelatis; bacterium coli; bac. pyocyaneus stb.

8. A proteolysis-reactio alkalmazása a gyakorlatban.

Vizsgálati eredményeim ismertetése után néhány szóval még az eljárás értékesítésének kérdéséről kell érintenem.

A sebészeti gyakorlatban nagy azon esetek száma, midőn genyedéskor a követendő eljárás szempontjából igen fontos annak gyors és biztos eldöntése, vajjon gümös eredésű genyedéssel állunk-e szemben vagy nem.

A leggyakoribb idevágó példákat említem csak: esontok és izületek genyedésének, vagy chronikusan fejlődő empyemának esetét hozom fel oly egyénben, ki egyéb gümös folyamat jelét szervezeten nem mutatja. A kezelést ezen esetekben a biztos körjelzés dönti el, e szerint végzünk vagy jodoform-glycerin-injectiókat gümös folyamatokban, vagy tág feltárást és kiterjedtebb esontműtétet osteomyelitis infectiosában, illetve mellkasdrainézist vagy bordaresectiót pyothoraxban.

A geny képéből szabad szemmel a genyedés természetére

absolut biztos következtetést nem vonhatunk (lásd Garré, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1886. 34. szám.)

Ha a próbapunctioval nyert geny festésével és oltásával sem kaptunk pozitív eredményt, akkor sem állíthatjuk fel absolut biztonsággal és azonnal a gümös folyamat körjelzését.

A genyedés gümös voltának megállapítására specifikus bakteriologiai eljárások állnak még rendelkezésünkre, de ezek igen hosszadalmasak: nagy idő, 5—6 hét telik el, míg a táptalajra vagy a peritoneális üregbe történt oltásnál biztos eredményt kapunk. Ennek folytán ezen módszer klinikai használhatósága bizonyos esetekben (empyemák, melyek gyors beavatkozást igényelnek) lehetetlenné vált.

Bloch eljárása (oltások gümös anyaggal az összezárt lágyékmirigyek környékén) (lásd Berliner klinische Wochenschrift 1907. 17. szám) állítólag 9—10 nap alatt vezet eredményre; ezen eljárás megbízhatóságához azonban sok szó fér.

A Pirquet-féle oltások, a mint azt kiterjedtebb utánvizsgálatok mutatják, még a gyermekkorban sem adnak a körjelzés szempontjából biztosan értékesíthető eredményeket; annál kevésbé állítható ez a felnőtteken végzett oltásokról. Az elkülönítő körjelzés megejtésére tehát Pirquet módszerét nem vehetjük igénybe.

Hátra volna még a cytologiai vizsgálat! Ezen vizsgálati eljárás, melyet fentebb részleteztem, eléggé megbízható, de feltétele első sorban a külön jártasság a cytologiai módszerekben, másodsor pedig szükséges, hogy a vizsgált genyben a sejtek differenciálásra eléggé konzerváltak legyenek.

Akárhányszor juthatunk ugyanis azon helyzetbe, hogy egyetlen ép sejtet sem találunk a cytologiai vizsgálatkor, pl. régi gümös tályogban; ugyanez eshetik meg velünk heveny genyedésekben is, ha a bacterium (pl. staphylococcus) toxinja erősen cytolytikus.

Ilyen esetekben — szerény nézetem szerint — a proteolysis-reactiót jól értékesíthetjük, mivel ez a cytologiai leletet fedi és azonkívül azon előnnyel is jár, hogy külön cytologiai ismereteket nem igényel.

Ezért végkövetkeztetésem, hogy a proteolysis-reactionak — diagnostikai tudásunk jelen állapota mellett — feltétlenül megvan a maga praktikus értéke. A vizsgálat praktikus értékét az adja meg, hogy 1. a vizsgálat megejtése aránylag egyszerű felszerelést igényel; 2. hogy a vizsgálatához minimális genymennyiség, egy-két csepp elegendő; 3. hogy a próba könnyen kivihető, külön jártasság nélkül is a cytologiaiban és bakteriologiaiban; 4. hogy gyors és megbízható eredményt nyújt; és végül 5. hogy a vizsgálat eredménye — a klinikai tünetek figyelembevételével és bizonyos kivételes, imént említett esetek ismerete mellett — az elkülönítő körjelzés szempontjából értékesíthető.

* * *

Mélyen tisztelt főnökömnek, Dollinger Gyula egyetemi ny. r. tanár Ó Méltóságának az ezen dolgozattal való megbízásért, nagybecsű tanácsaiért, valamint azért, hogy a klinika nagyszámú idevágó betegét vizsgálat céljából rendelkezésemre bocsátotta, leghálásabb köszönettel tartozom.

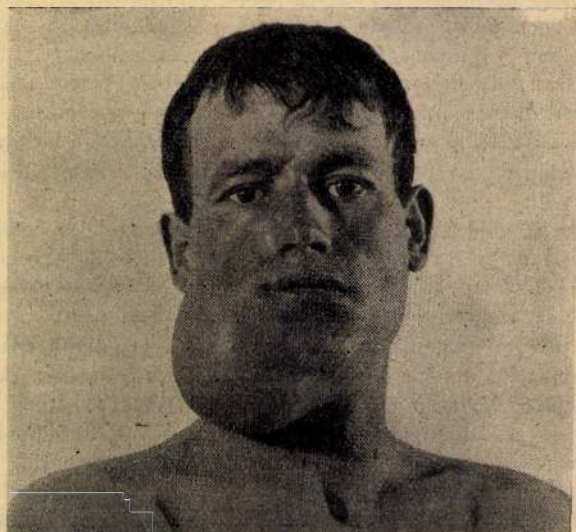
Közlés az I. számú sebészeti klinikáról. Igazgató:
Dollinger Gyula tanár.

Az állkapocs központi hámdaganatának származása.

Írta: Bakay Lajos dr., műtőorvos.

Az I. sz. sebészeti klinikán 1¹/₂ év leforgása alatt három olyan hámeredetű állkapocsdaganatot észleltünk, mely szöveti szerkezeténél és klinikai viselkedésénél fogva a legnagyobb mértékben magára vonja az érdeklődést. Azok közé a különleges képződmények közé tartozik ez a három daganat, melyek az alsó és felső állcsontnak egész sajátos daganatai közt is a legkritikábbak. Ezek közt ugyanis sok van olyan, mely elűt a csontrendszerben másutt előforduló daganatoktól. Az irodalomban általában az a felfogás uralkodik, hogy a külső és középső csíralevél egymással kapcsolatban történő sokszoros átalakulása, mely a legmagasabb fokát a fogrendszer képzésében éri el, okozza az innen kiinduló kóros képződmények sokféleségét is. Az irodalom tanulmányozása közben

végig megtaláljuk azt a törekvést, mely a szerzőket arra ösztönözte, hogy az állkapocsban előforduló legkülönfélébb képződményeket, legyen az foggyökértömlő, fogcsíratömlő, többrekeszes tömlő, avagy

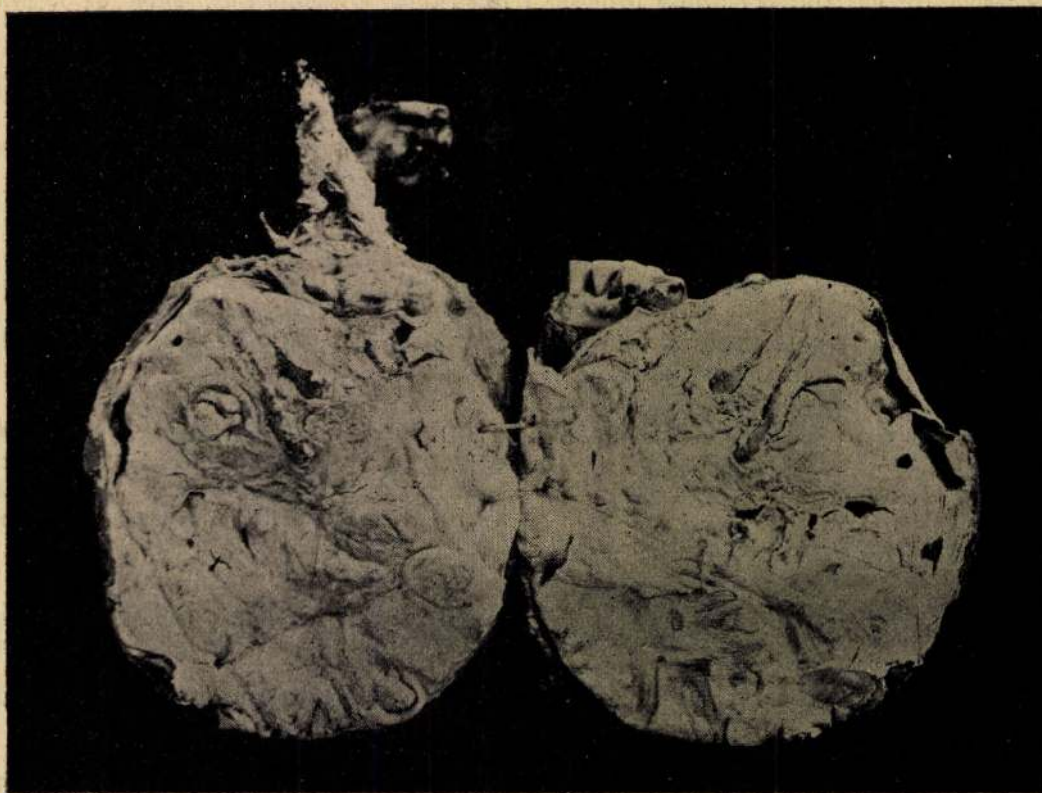


1. ábra.

tömött központi hámdaganat, egységes kiindulási pontra vezesse vissza. Az volt az egyik fő kérdés, hogyan kerül az állkapocs belsejébe az a hámtelep, mely elfajulás útján a tömlőnek (cysta), túlbujánzás útján a „centrális epitheliomának” képezi a kiinduló

sarkomának gondoltuk s Dollinger tanár az állkapocs jobb felét eltávolította, miután a külső fejverőeret előre lekötötte. A kivett állkapocsdarabot megvizsgálva azt látjuk, hogy a férfikölnagyságú daganat az állkapocs testében ül s annak úgy külső, mint belső felszínét kidomborítja, csak elől a szemfognak s hátul a felhágó ág ízületi részének megfelelő részlete ép. A fogak épek a második pofafog kivételével, a melynek csak a gyökérrészlete van meg. A daganat környéki, különösen a külső, pofafelől részén, a rostos tok alatt, néhány véres savóval telt tömlő foglal helyet, úgyszintén a daganat állományában is van néhány sokkal kisebb rés. A daganat metszéslapja (lásd a 2. ábrát) igen jellemző: fénylő, rostos kötegek közt szürkésfehér, itt-ott vörhenyes „girland”-szerűleg elhelyezett daganattömeg látható. Sajnos, a betegről x-sugaras felvételt nem készítettünk. A daganatról készített x-sugaras képen (lásd a 3. ábrát) látjuk, hogy a fogakat a körülöttük levő csekély csontállomány tartja meg a helyükön, ettől lefelé azonban már fellazult a csontállomány s széjjelnyomatva átmegy abba a sugárirányú vázba, mely a daganat támasztó szerkezetét alkotja. Műtét után a kiirtott állkapocs helyére az előre megformált Sauerbruch-féle sint helyeztük; a beteg gyógyultan távozott.

Szövetleírás.¹ A daganat legnagyobb tömegét kötőszövet alkotja, melyen itt-ott húzódnak végig hámesapok. A kötőszövet sejtűs embrió jellegű; a nyúlványos sejtek közt igen kevés rostozat. Némely helyen a hyalin elfajulás, máshol a nyálkás elfajulás a túlnyomó. Az egész daganatot rostos tok veszi körül, a melyből kiindulva rostos válaszfalak osztják rekeszekre az egész daganatot. A daganat elhatárolása azonban felfelé a nyálkahártya felé nem teljes, itt a nyálkahártya háma egészen benyúlik a daganatba, sőt a nyálkahártya hámjának alsó rétege lefelé burjánzóva éppen olyan hámesapokat alkot, mint a melyből a daganat áll. A há-



2. ábra.

pontját; a másik, hogyan kerülnek bele ezekbe a képződményekbe fogak és szöveti szerkezetük mennyiben hasonlít a fogfejlődés ismert képeire. Három esetünk ebben a tekintetben is felvilágosítást nyújt.

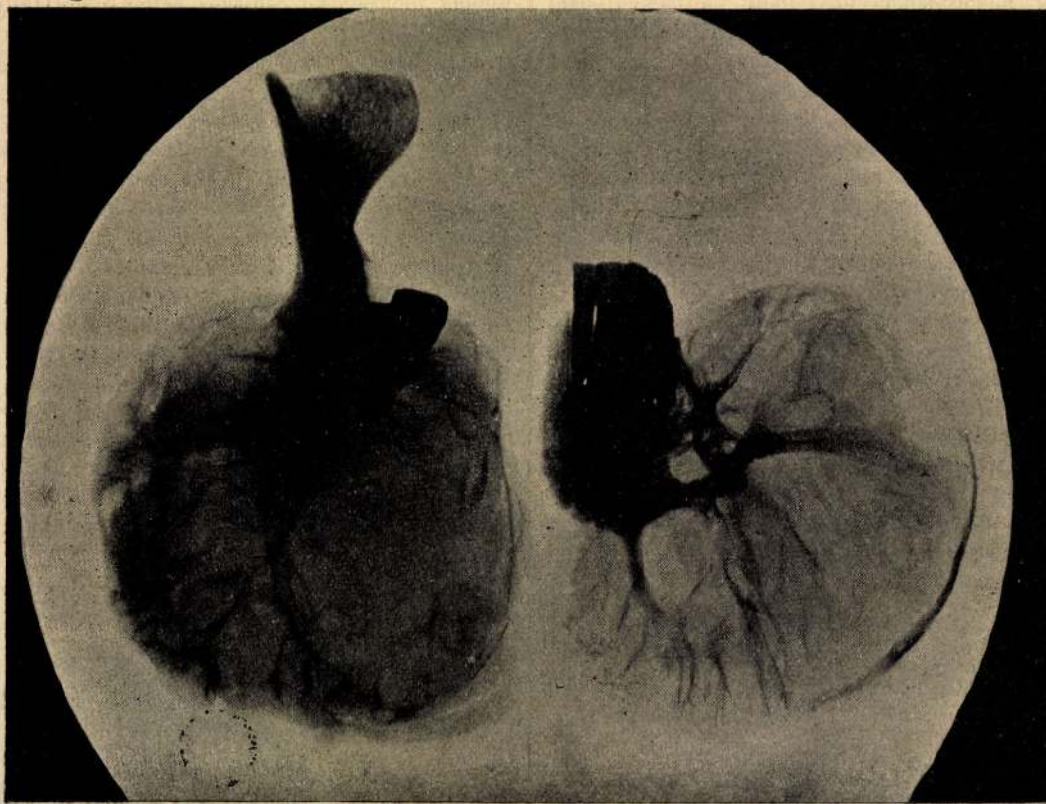
Első esetünkben (l. 1. ábra) a 27 éves férfibeteg kilencz hónappal a klinikán való jelentkezés előtt vette észre, hogy állkaposán, jobboldalt, kis, mogyorónagyságú daganat támadt. Fájdalmat sohasem érzett, most is csak azért jelentkezett, mert három hónap óta a daganat gyorsan nő. Felvételtkor az állkapocs jobb felén körülbelül ököl nagyságú, kemény, tömött, itt-ott csontos daganatot találtunk, körülötte megnagyobbodott nyirokesomókkal. Osteo-

esővecskék kétféle alakulást mutatnak. A nyálkahártyához közelebb esők igen vékonyak s faagszerűen oszlanak; külső határoló sejtrétegük valamivel magasabb hámból áll, olyan mint a nyálkahártya basalsejtű rétege, középső sejteik sokoldalúak, alacsonyok. A

¹ Mind a három esetben a daganat nyálkahártyafelől, környéki és középső részletéből vágtam ki darabokat s azokat részben alkoholban, részben Tellyesniczky-folyadékban való rögzítés s mészkivonás után paraffinba ágyaztam be és sorozatos metszetekre bontottam. A metszeteket van Giesonnal, haematoxylin-eosinnal, vashaematoxylinnal, chromalaunnal és thioninnal festettem meg.

daganat közepe felé eső részekben a hámesapok vastagabbak, bunkószerűen végződnek s e helyen a külső hámréteg hengerhámból áll, a magok visszahúzódtak a sejt alapja felé; az egész a körülötte lévő nagyfokú hyalin degeneratioval úgy néz ki, mint valami zománczhámréteg a fejlődő dentinnel.

melyek rekeszekre osztják a daganatot. A II. molaris a fogmederszél alatt foglal helyet; a bölcsességfog az ép részben. A határ tehát az ép és kóros rész közt, a még fejletlen II. és III. molaris közt van. A caninus mögött az I. tejmolaris van, melynek gyökerei közé már egészen benőtt az I. praemolaris, ez alatt fekszik, egészen



3. ábra.

Némely helyen a hámesapok középső polygonális sejtjei közt az összefüggés meglazul, egy-egy sejt tönkremegy s kicsiny cysta keletkezik. Olyan jellegző „csillagos sejt” képződést, mint a másik két esetben, itt nem találunk. A tömlőképződés tehát nem annyira a hámesapok középső polygonális sejtjeinek elfajulása által jön létre, hanem akképen, hogy a dendritikusan elágazódó s egymással többszörös összeköttetésbe jövő hámesapok körülkerítik s bezárják a nyálkásan elfajuló kötőszövetet, melynek elfajulása azután továbbfolyik a tömlőképződésig. Az így közrefogott kötőszövet sejtjei szintén „csillagszerűek”, nyúlványokkal bírók, de az első pillanatra elkülöníthetők az elfajult hámsejtektől. A nagyobb tömlők tehát kötőszövetredetűek. A hámesapokban gyakran fordul elő „hámgyöngy”, a mely egymás körül kör alakban elhelyezett s összelapult hámsejtekből áll, igen hasonló az elszarusodó laphámrákban található szarugyöngyökhöz. A kötőszöveti vázban előforduló csontlemezek a felszívódásban lévő csont képét adják lacunaképződéssel, osteoklast sejtekkel.

Második esetünkben (l. a 4. ábrát) egy 11 éves fiúnak pár hónap előtt a jobb arcza feldagadt. Először diónagyságú volt a daganat, de később nőtt. Fogai sohasem fájtak. Jelenleg az állkapocs jobb fele a szemfogtól az állkapocsszögletig duzzadt, tömött tapintású, a daganat nagyobb része inkább kifelé, a pofa felé terjed. Az állkapocs jobb felében rendes fejlődésű a két állandó incisívus, a caninus és az I. molaris, e két utóbbi közt a sorvadó I. tejmolaris foglal helyet, több fog itt nincs, a túlsó oldalon a II. praemolaris is megvan már. Tekintve a gyermek korát, a daganat elhelyezését és keletkezése módját, mindjárt epitheliomára gondoltunk. Az x-sugaras képet úgy készítettem, hogy a jobb arczával az érzékeny lemezen fekvő beteg nyaka alá vastag vattahengert tettem, a minek folytán az egész fej jobbra, a lemez felé fordult s így a képen a bal állkapocsrészt alsó szélének az árnyéka jóval feljebb esett s nem zavarta a daganat árnyékát. Az így készült képen azt látjuk, hogy a szemfog tájékától az állkapocsszögletig a csont tönkrement, vékony csontlemezek maradtak meg csupán,

az állkapocs alsó szélében, a II. praemolaris. Még jobban lehet mindezt látni a műtét után az eltávolított daganatról készített x-sugaras képen (l. 5. ábra). Mindkét praemolarisnak azonban még csak a koronája teljesen fejlett, a gyökérrésze nem, a gyökéresatorna lefelé tágulva végződik. Ugy az egymás felett fekvő két praemolaris, mint az I. és még fejletlen II. molaris ferdén fekszik az állkapocsban, a két első tengelye az állcsúcs felé, a két utóbbié

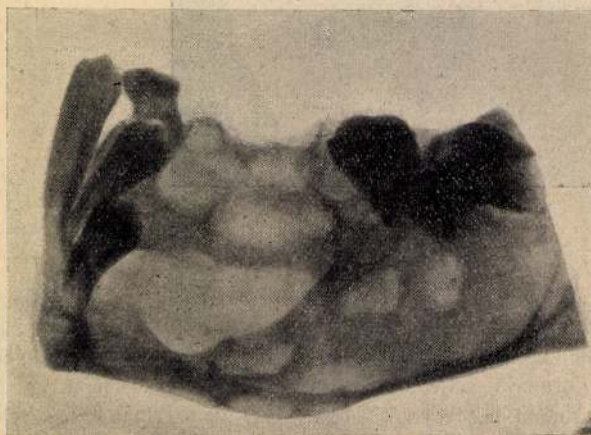


4. ábra.

az állkapocsszöglet felé irányul; szépen mutatja, hogy a felülről lefelé terjeszkedő daganat hogyan nyomja szét az állkapocscsonttal együtt az ott fekvő fogakat is.

Mivel a csont egészen elpusztult, reszekálni kellett a daganatnak megfelelő részt s drótsinnel pótolni. Az operációt Holzwarth dr. tanársegéd végezte. A beteg nyálkahártyasipolylyal távozott.

Szövetleírás. Az egész daganat hámesapokból s az ezek közt helyet foglaló kötőszövetből áll; a túlnyomó alkotórész azonban a hámelem. Szöveti vizsgálat céljából első sorban az I. tejmolaris és I. molaris közötti nyálkahártyával fedett foghúsrészt vágtam ki az alatta fekvő daganatrészlettel együtt. A nyálkahártya hámjának alsó sejtrétege burjánzásnak indult s a daganatot alkotó vastag hámesapokba folytatódik. A hámesapokat körülvevő magasabb hám közvetlen folytatása a nyálkahártya alsó hámrétegének. A nyálkahártya hámjának nyúlványai dendritikusan oszlanak, egymással sokszoros összeköttetésbe jutnak s mennél inkább lefelé terjednek, annál magasabb lesz a külső hámréteg. A kötőszövet bár sejtdús, mégis több rostot tartalmaz, mint az előbbi daganatban. A hámesőveken, különösen a daganat központi részében háromféle sejtet lehet megkülönböztetni, úgymint külső hengeres, középső polygonális s belső ú. n. csillagalakú sejteket, ez utóbbiak a polygonális sejtekből vacuolák képződése folytán jönnek létre. A csillagos sejteket tartalmazó hámesapok száma azonban nem nagy, a legtöbb a vacuola-képződés még csak kezdeti stádiumban van. A mikroszkopi kicsinységű tömlők legnagyobb része a hámesapok által bezárt kötőszövetnek nyálkás elfajulásából származott. A kötőszövet hyalin elfajulása olyan nagyfokú, hogy némelyik hámesap egészen hyalin tömegbe van beágyazva. Épen olyan vékony, hosszan elhúzódozó hámesővek, mint a melyből az előbbi daganat áll, találhatók a környéki részeken. A rostos kötőszöveti sűrűségeken itt-ott csontlemezek vannak. A hámesővecskében itt is az előbbihez hasonló hámgyöngyöket találunk.



5. ábra.

Harmadik esetünkben a 36 éves nőbeteg már 7 év előtt érzett fájdalmat arca jobb felében. Ez időnként feldagadt, majd ismét lelappadt, egy év óta azonban már állandó lett a daganat. Fél éve kifakadt s genyedt, ekkor két fogat huzatott ki azon a helyen, de a genyedés nem szűnt meg. Felvételkor a jobb állkapocsszöglete felett kb. diónagyságú, körülhatárolható, kemény, az állkapoccsal összefüggő daganatot találunk (lásd 6. ábra), mely a szájüreg felé a nyálkahártyát bedomborítja, a melyen e helyen lencsényi sipolynylás van. Mikor először megvizsgáltuk a beteget, csontvelőgyulladásra gondoltunk s a sipolynyláson keresztül kutatóval megvizsgáltuk. Csontlemezeket éreztünk, melyek már gyenge nyomás alatt betörték. A vizsgálat után a beteg lázas lett, arca még jobban felduzzadt s három napig tartó szájzár keletkezett, utána a sipolynyláson át sok sárga geny ürült. Ekkor x-sugaras képet készítettem, még pedig olyan helyzetben, hogy a daganatos rész a lemezen feküdt, a beteg, a mennyre birta, hátrahajlította a fejét s jobbra fordult a lemez felé, a rekesz az állkapocsszögletre volt irányítva. Így a jobb állkapocsszöglet képét nem fedte a balnak az árnyéka. Az x-sugaras képből kitűnt, hogy a jobb állkapocsszögletben nagy diónyi, több rekeszre osztott daganat van, melynek a falába van beágyazva a bölcsességfog is. Műtét alkalmával (Grossich dr. végezte) sikerült az állkapocs külső lemezének a levétele után az egész daganatot a megfelelő nyálkahártyarészlettel együtt eltávolítani s ezután a nyálkahártyát összehúzza, a sebet elzárni. Gyógyultan távozott. A daganat 8—10 rekeszből áll, melyek falát részben a szétnyomott állkapoccsont, részben rostos tok alkotja.

A kifelé eső rekeszek fehéres daganattal vannak megtöltve, a belsők, a sipolyjárattal összefüggők üregesek, bennük szemölcszerű szövetburjánzás van.

Szöveti vizsgálat. Az egész képen a tömlőképződés uralkodik. Mindenütt cysta-átmetszeteket látunk. A cysta-fal külső rétege hengerhámsejtekből áll, a középső polygonális sejtekből, a belső réteget tönkremenő csillagos sejtek alkotják, ezek helyén képződött tehát az üreg is. Sok cysta fala tisztán csak hengeres hámból áll, a mely tehát a legellenállóbb. Bármennyire elüt is ez a szöveti kép az előbbiektől, mégis rögtön szembeötlő, hogy csak azokból a kezdeti állapotokból fejlődhetett. Ha rajzban rekonstruáljuk sorozatos metszetek segítségével ezeknek a cystáknak az alakját és egymáshoz való viszonyát, akkor az alaprajz teljesen meg fog felelni az előbbi készítményekben a tömör hámesapok alakjának és dendritikus oszlásának. Eltérés csak ott van, a hol több cysta összefolyva nagyobb cystát alkot. Többször találunk a metszeteken hengerhámából álló kettős kört, az egyik körülveszi a másikat s teljesen hasonló képet nyújt, mint a fejlődő fog harántmetszetén a külső és belső zománczhámréteg. Ennek a képnek a létrejövését három esetünkön át igen jól lehet követni s kiderül, hogy tisztán a dendritikusan oszló s egymással sokszoros összeköttetésbe jutó hámesapok cystikus elfajulásának az eredménye, továbbá a már fennebb említett ténynek, hogy a hengerhámsejtréteg legellentőbb s legtovább fennmarad (Bennecke is megemlíti). A hámesapokban az előbbi két daganatban előfordulóhoz hasonló hámgyöngyök vannak. A da-



6. ábra.

ganatnak az a két rekesze, a mely a nyálkahártya alatt közvetlenül feküdt, elüt szöveti szerkezetét illetőleg a többitől. A cysta faláról ugyanis papillosus növedékek nyúlnak le annak üregébe, ennek a kötőszöveti burjánzásnak a felületét alacsony hám borítja, mely csak itt-ott alkot az előbbiekhöz hasonló hámesapokat. A nyálkahártya háma itt is beburjánzik, de összefüggése a daganattal nem mutatható ki oly világosan, mint az előbbi két esetben, a mennyiben a nyálkahártya azon a helyen, a hol a daganattal összefügg, ki van fekélyesedve és sipolyos.

Hogy a tárgyunkra vonatkozó irodalmat áttekinthessük, vissza kell mennünk a kis foggyökértömlőkig, mert ezeknek a vizsgálata közben támadt az a kérdés, *hogyan kerül hámtelep az állcsont középebe?* Az első lépés az volt, hogy a foggyökérrel összefüggésben levő kis *granulomákat*, tömlőcskéket tartalmazó képződményeket elkülönítették a fog és gyökérhártya egyéb lobos megbetegedéseitől, tehát a tömlő- (cysta-) képződést a tályogképződéstől. A tömlő szöveti vizsgálata kiderítette, hogy fala három rétegből áll: külső rostos, középső érdús és belső hámrétegből (Magilot, Witzel, Partsch, Haasler); így szöveti szerkezete elütő a többi csontban előforduló tömlőtől. Előfordult még az is, hogy a belső hámréteg magas zománczhám jellegű volt (Grosse).

A foggyökértömlő¹ fő alkotórésze tehát a hám, annak ellenére hogy nem mindig találhatjuk meg. A tömlő tartalma ugyanis

¹ Wurzelcysta Partsch, retention cysts from occlusion Jay kyste radiculodentaires Magilot.

nagyobbára elgenyed a szúvasodó fogtól s a hám tönkremegy. Witzel szerint 53 gyökértömlő közül negyvennek genyes a tartalma. Az ilyen tömlő felett a legtöbbször szúvas a fog, mert épen ez a folyamat váltja ki azt az izgató hatást, mely tömlőképződéshez vezet. Az volt a kérdés, hogyan kerül a hám a tömlő falába? Magitot szerint másodlagos átalakulás folytán a kötőszövetből származik, később a beteg fogból savós kiizzadásának juttat szerepet, mely burjánzásra bírja a lig. alveolodentalen levő hámcsírákat. Malassez kideríti, hogy az elemi fogléczről nem annyi zománcsára válik le, mint a mennyire szükség van, hogy a tej- és maradófogok kifejlődjenek, hanem sokkal több; ezek a feles zománcsírak, „débris epitheliaux parodontaires“, megmaradnak a fogmedrek közt s három rétegben fekszenek egymás felett. Malassez szerint ezek azok a hámcsírák, melyek a megfelelő körülmények közt burjánzásnak indulnak. Witzel ellenben a tömlő hámját a Brunn-féle hámrétegből származtatja. Brunn mutatta ki, hogy a zománcsára hámja az egész fejlődő fogat körülveszi s így a gyökérrészt is, mintegy jelzi a későbbi dentinlerakódás helyét; később a fejlődés előrehaladásakor a cémentképződés folytán darabokra szakad. Witzel a Brunn-féle hártyát egyenértékűnek mondja Malassez „débris epitheliaux“-jával.

Sok tekintetben hasonlít a foggyökértömlőhöz az ú. n. fog-tömlő vagy fogcsíratömlő (kystes dentifères Malassez, dentigerous cysts, folliculáris cysta), melyben rendszerint egy visszatartott fog van. Ilyeneket irtak le részletesen Bennecke, Nové Jossérand-Bérard, Grosse, Prochnow stb. Annyiban érdekes ez ránk nézve, mert Malassez után ezeket is azokból a zománcbimbókból magyarázzák, melyek fogképződésre nem vezetnek. Grosse ehhez annyit ad hozzá, hogy alkalmasint a visszatartott fog izgató hatást gyakorol a legközelebb fekvő zománcbimbóra s ez tömlősen elfajul. Partsch és Mikulicz ellenben zománczham eredetűnek tartja, úgyszintén Haasler is, a ki azt hiszi, hogy a rendes zománczszerű burjánzása folytán keletkezik.

Végre a harmadik nagy csoportot sokrekeszes tömlők és a tömött hámesapokból álló központi állkapocsdaganatok alkotják.¹ Ezek eredetét is összefűzték a fentiekével s legáltalánosabb az a vélemény, hogy a Malassez-féle zománcbimbókból származnak. Ezek a daganatok igen ritkán fordulnak elő, főleg azok, a melyekben a tömlőképződés kisfokú vagy még alig indult meg, ilyeneket irt le Derujinsky, Bennecke, Kruse, Becker, Bayer s ilyen a mi két első esetünk is. A daganatokban zománc- és dentinképződést látott Bernay (Becker idézi) és Chibret. Goebel szerint Chibret leírásából minden kétséget kizárólag kitűnik, hogy határozott hajlam volt a fogképződésre. A különbség a rendes fog és e közt az, hogy a dentin a zománczot teljesen körülveszi. Goebel szerint tehát a Chibret-től leirt daganat egyenes átmenetet alkot az epithelioma adamantinum és azok közt a daganatok közt, a melyekben óriási mennyiségű, részben kifejlett, részben fejlődő fogat találtak. (Tapie, Hildebrand, Nové Jossérand-Bérard, Grosse.)

Röviden összefoglalva, így fejlődött e kérdés irodalma, a mely tehát mindig a körül a pont körül forgott, hogy honnan ered az a központi fekvésű hámtelep, a melynek a burjánzása folytán daganat támad, s így került egy csoportba az alakilag elütő foggyökértömlő, fogtömlő, többrekeszes daganat és fogconglomeratum.

A régebbi szerzők közül Büchtemann, Trzibicky, Eve és Heath az állkapocs központi hám-daganatának kiindulása pontját a szájnálkahártyában keresték. Az ő véleményük felett azonban az újabb kutatók napirendre tértek. Büchtemann a nyálkahártya szerepét úgy írja le, hogy az nyúlványokat bocsát a mélybe, ezek a nyúlványok ismét újabbakat küldenek szét, melyek lefűződve tovább burjánzanak. Az általa vizsgált daganat fogmedri részén a nyálkahártya nyúlványokat bocsátott a mélybe, a hol azok tömlökké alakultak. Eve azt találta, hogy azon a helyen, a hol a fogak kiestek s fekélyes nyálkahártyarészlet volt jelen, számos nyálkahártyaszemölcs megszakítás nélkül folytatódott azokba a hámkötegekbe, a melyekből a daganat maga állt. Büchtemann és Eve-szel szemben Becker nem tartja valószínűnek, hogy a nyálkahártya többretegű laphámja olyan bonyolult szerkezetű daganatot tudna

létrehozni, mint a milyen a „polykystoma“. Becker a nyálkahártya burjánzását Büchtemann és Eve eseteiben annak az izgató folyamatnak tulajdonítja, a mely a fekélyes helyeken a sipolyjáratok mentén fennáll.

A mint eseteink szövettani ismertetéséből kitűnik, mind a háromban összefüggést találtunk a szájnálkahártya és a daganat között. Mivel azonban az utolsó esetben a daganattal összefüggő nyálkahártyarészlet sipolyos volt s a műtét folytán ennek is nagy része összeronesolódott, ezt tekintettel Becker indokaira kihagyhatjuk a bizonyító értékek közül. Azonban a másik két daganatból készült sorozatos metszeteken nyomon követhetjük a nyálkahártya viselkedését s azt látjuk, hogy belőle dentritikusan oszló sejtkötegek indulnak ki s folytatódnak lefelé a daganatba. A daganat tehát ezekből a sejtkötegekből épült fel; a mélyebben fekvő részekben ugyan némileg átváltoznak ezek, a mennyiben külső határoló hámrétegük hengeressé lesz, s belső sejteik vacuolások lesznek, másodrendűeknek azonban ezeket már azért sem gondolhatjuk, mert a sorozatok gondos átvizsgálásakor kitűnik, hogy ezek az elváltozások némely helyen már közvetlenül a nyálkahártyából kiinduló kötegekben is megvannak.

Engem a nyálkahártya ezen viselkedésére, még mielőtt a daganatok részletes szövettani vizsgálatához fogtam volna, Krompecher tanár figyelmeztetett, a ki szintén most foglalkozik ezekkel a daganatokkal.

A daganat hámkötegeinek a nyálkahártya sejtsíkjaihoz való hasonlatosságát több szerző megemlíti, nem azzal a czélzattal azonban, hogy a daganat eredésére ebből következtetést vonjon. Így Kruse azt írja, hogy a Malassez-féle „débris epitheliaux“, „különböző magasságban különböző hámfajokat mutat; ugyanis a felületes rész hámsejtjei inkább polygonálisak és laposak, „a nyálkahártyához hasonló“, a zománcszervhez közelebb esők a zománczhamhoz hasonló, a kettő közt még átmeneti alakok is vannak. Az általa észlelt három daganat ezt a három féleséget képviseli; Massin esetében (véleszületett epithelioma) a szájnálkahártya nyúlványokat küldött a daganatba.

Ha három esetünk szövettani képét összehasonlítjuk, látjuk, hogy azok a degenerációs folyamatok foka szerint egymásután következnek. Első esetünkben vékony, elágazódó hámesővecskékkel van dolgunk, melyek közül a felsők épen olyanok, mint a nyálkahártya nyúlványai, az alsók magasabb hámval körülvettek. A kevés cysta, mely benne van, kötőszöveti eredetű. A második daganatban sokkal terjedelmesebbek a hámkötegek s közéjükön vacuoláképződést látunk és csillagalakú sejteket. A harmadikban a cystaképződés uralkodik a képen. Ez az előrehaladó degenerációs folyamat Becker és Kruse mellett szól, a kiknek a véleménye szerint a cystosus daganatok kiindulási alakja a tömött hámesapokból álló daganat.

Azokban a daganatokban, a hol a tömlőképződés már megindult s a hámesapok közepén a vacuoláképződés folytán csillagalakú hámsejtek keletkeztek, igen sokszor látunk olyan képet, mely meglepően hasonlít a fogfejlődés, illetve zománcszervfejlődés különböző alakulásaihoz. Így a szerzők legnagyobb része összehasonlítja a daganat hámesapjainak külső hámrétegét a zománczhammal, a polygonális hámot a stratum intermediummal (Waldeyer), a csillagos sejteket a zománczpulpa szövetével. Ezen az alapon azután Kruse első daganatának szövetképét 3—4 hónapos, a másodikét 6 hónapos embryo fogcsírájához hasonlította. (Így Bennecke, Leefhelm, Matsuoka.) A fentiek alapján mondhatjuk, hogy ez csak hasonlóság, de nem azonosság, mert ezeknek a daganatoknak a zománcszervből való származása megdőlt, mikélt a szájnálkahártyával való világos összefüggésüket kimutattuk. Épen ilyen családka szövetképet kap az ember sokszor, ha a kívül hengerhámval fedett, belül csillagossejtű hámköteget s a hengerhámra szorosan ráfekvő hyalinos kötőszövetnyalábokat nézi, mert tagadhatatlan a hasonlóság a dentinképződéshez.

Harmadik esetünkben a daganat egyik része hasonló képet nyújtott, mint Becker egyik esete, a mely daganatféleséget ő centrális papillomának nevezett el. Bennecke és Goebel nem tartja másfajta daganatnak. Az én esetemben kimutatható, hogy a kötőszövet szemölcszerű duzzadását és a hám alteratioját az a genyedő folyamat okozta, mely a nyálkahártya alatti tömlőcskében lefolyt, mivel azok a szájj felől a sipolynyláson át befertőztettek. A hova ez a folyamat nem hatolt el s a cysták tartalma el nem genyedt,

¹ Cysta multilocularis; polykystoma; multilocular cystic tumours of the jaw; kystes multiloculaires; cystoma proliferum folliculare (Falkson); epithelioma adamantinum (francia szerzők); epithelioma adamantinum cysticum (Goebel).

ott nincs más különbség e közt és a másik két szájnyálkahártyából kiinduló daganat közt, csak a degenerációs folyamatok foka szerint való.

Ha második esetünk fentebb közölt x-sugaras képét megnézzük, mindjárt azt a benyomást kapjuk, hogy az állkapocs és a fogak rendellenes helyzetét egy felülről lefelé növekedő daganat okozta. Az I. molaris erősen van beilleszkedve a fogmederbe, de tengelyének irányát a daganat nyomása megváltoztatta, az I. praemolaris a kihasadás-tól nem messze áll, de felette még ott van a sorvadó I. tejmoláris. A míg az I. molaris tengelye az állkapocsszöglet felé néz, az I. praemolarisé ellentett irányban az állésűcs felé. A II. praemolaris az I. alá van nyomva ugyanazon helyzetben. A II. molaris pedig szintén még ki nem fejlődött állapotban az I. molarissal egy irányban van eltolva. Számbavéve, hogy a beteg 11 éves, az I. praemolaris, mely a 10. év körül szokott kihasadni, már megkésett, a II. praemolaris, melynek 11—14 év közt kell kijönnie, ettől végleg elesett az által, hogy az I. p. alá nyomtatott. Az I. molaris kihasadási ideje 5—7 év, ennek megfelelőleg jól fejlett az a jelen esetben is és a II. molaris helyzete is a fogmederben — eltekintve a tengely félrenyomásától — kb. időszerű.

A fentiek alapján valószínűség szerint következtethetünk a daganat keletkezési idejére. Ezek a daganatok ugyanis igen lassan nőnek. Esetünkben a fiúnak, illetve szüleinek az elbeszélése, hogy az állkapocs egy pár hónap óta dagadt, igaz lehet, de hogy a daganat keletkezése előbbre esik, azt abból láthatjuk, mert az I. praemolaris fog már annyira zavarva volt fejlődésében, hogy egy év előtt ki kellett volna hasadnia s még most sínes, viszont az I. molaris jól fejlett. Így a daganatnak a keletkezési ideje a 7. és 10. év közé esik.

Mind a három esetben a daganat körül, az állkapocs szöglete alatt megnagyobbodott nyirokesomók voltak; áttételt azonban a szövétvizsgálat sem tudott kimutatni.

Ezek a daganatok, eltekintve rohamos növekedésüktől, jóindulatúnak mondhatók. Az irodalomban két rosszindulatú adamantinoma van leírva, az egyik a *Tapie*, a másik a *Pertik* esete.

Az irodalomban közölt legtöbb ilyen daganat 10—30 év közötti egyénekben fordult elő. Kivételek is vannak, pl. *Coote* hat hónapos gyermekben írt le ilyen daganatot. Mint előidéző ok: fogfájás, rosszul sikerült foghúzás, ütés, lórúgás, fogszúvasodás, csont-hártyagyulladás szerepel a legtöbb esetben. Gyakrabban fordulnak elő az alsó, mint a felső állcsontban. *Becker* ennek okát abban keresi, hogy a felső állcsont más betegségeivel, mint idült öböl-genyedés, dermoid stb. könnyen össze lehet tévesztetni. Az állkapocsban gyakrabban fordulnak elő a szögletben és a praemolaris fogak táján, mint a metszőfogakén. Néha óriás nagyságot érnek el: *Falkson* esetében a daganat három fontot nyomott, a *Bryk* által leírt daganat körfogata 50 cm. volt, a *Chibret* daganata gyermekfejnyi.

Eseteink közül egyik sem járt fájdalommal. Néha azonban, míg kezdődő állapotban van, valószínűleg a trigeminus ágak nyomása folytán nagyon kellemetlen fogfájásszerű fájdalmat okoz, ezért huzat fogat a legtöbb ilyen beteg.

A daganat diagnosztizálása a legnehezebb feladatok közé tartozik. Különösen az osteomyelitissal, osteosarkomával, follicularis cystával és állcsontöböl-genyedéssel téveszthetjük össze. Igen nehéz a körjelzés ha számbaveszünk, hogy a daganat tömlői is elgenyedhetnek és sipolyokon át kifelé törhetnek. Nagy segítségünkre lehet azonban a helyes diagnosisban a Röntgen-kép. Ennek a segélyével s a próbakimetszés szöveti vizsgálatával állapítottuk meg két esetben a daganat jelenlétét. Röntgen segélyével diagnosztizálta *Schumann* az általa vizsgált odontomát; a Röntgent először *Martens* használta. Kitünően beváltak a *Sjögren*-féle filmeljárás, melynek segélyével második esetünkben szépen ki tudtuk mutatni a fogmeder pusztulását.

Az x-sugaras kép készítésekor főleg arra kell ügyelnünk, hogy az ép állkapocsfél ne zavarja a képet (a felvétel módját lásd az esetek közlésénél).

Irodalom. *Bayer*: Die Zahnysten der Kiefer. Inaug.-Dissert. Tübingen 1875. — *Bayer*: Zur Casuistik der Kiefergeschwülste. Prager med. Wochenschrift. 1884. 39—41. l. — *Becker*: Zur Lehre von den gutartigen centralen Epithelialgeschwülsten der Kieferknochen. Arch. f. klin. Chirurgie. XLVII. k. 1894. — *Bennecke*: Beitrag zur Kenntnis der centralen epithelialen Kiefergeschwülste. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.

XLII. k. 1896. — *Brumm*: Ueber die Ausdehnung des Schmelzorgans und seine Bedeutung für die Zahnbildung. Arch. f. mikr. Anatomie. XXIX. k. 1887. — *Bryk*: Zur Kasuistik der Geschwülste. Arch. f. klin. Chirurgie. XXV. k. 1880. — *Büchtemann*: Cystom des Unterkiefers, bei dem die Cysten aus Wucherungen des Mundepithels hervorgegangen sind. Arch. f. klin. Chirurgie. XXVI. k. 249. l. — *Chibret*: Contribution à l'étude anatomo-pathologique des épithéliomes adamantins. Thèse de Paris 1894. — *Derujinsky*: Ueber einen epithelialen Tumor im Unterkiefer. Wiener klin. Wochenschrift. 1890. — *Eve*: Lectures on cystic tumours of the jaw. Brit. med. Journal. 1883. — *Falkson*: Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Zahnanlage und der Kiefercysten. Königsberg. 1878. — *Goebel*: Ueber Kiefertumoren, deren Entstehung auf das Zahnsystem zurückzuführen ist. C. f. allg. Path. u. path. Anat. VIII. 97. — *Grosse*: Zur Casuistik der Zahnysten. Langenbecks Archiv. 1895. LI. k. — *Haasler*: Die Histogenese der Kiefergeschwülste. Arch. f. klin. Chirurgie. LIII. k. — *Heath*: Lectures on certain diseases of the jaws. Brit. med. Journal. 1887. — *Hildebrand*: Beitrag zur Lehre von den durch abnorme Zahnentwicklung bedingten Kiefertumoren. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. XXXI. k. — *Kruse*: Ueber die Entwicklung cystischer Geschwülste im Unterkiefer. Virchows Archiv. CXXIV. k. — *Leeffhelm*: Ein Fall von Epitheliom des Unterkiefers etc. Kiel. 1902. — *Magitot*: Mémoire sur les kystes de la mâchoire. Arch. générales de méd. 1872. XX. Sur l'origine des kystes des mâchoires dits périostiques. Comptes rendus de la société de biologie de Paris. 1884. II. — *Malassez*: Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires. Archives des physiologie. 1885. — *Martens*: Ueber einen Fall von Odontom und über Knochentumoren im Röntgenbild. Centralbl. f. Chir. 1903. — *Massin*: Ein Fall von angeborenem Epitheliom, entstanden aus dem Schmelzorgan. Virch. Archiv. CXXXVI. k. — *Matsuoka*: Beitrag zur Lehre vom Adamantinom. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1904. — *v. Mikulicz*: Beitrag zur Genese der Dermoid am Kopf. Wiener med. W. 1876. — *Nové Jossierand et Bérard*: Sur une variété de tumeur solide des maxillaires d'origine paradentaire. Revue de chirurgie. 1894. — *Partsch*: Ueber Kiefercysten. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. 1892. — *Pertik*: Adamantinoma malignum. Jubiläris füzet (Navratil). — *Schumann*: Ueber einen Fall von Odontom am Unterkiefer etc. Inaug.-Dissert. 1905. Leipzig. — *Tapie*: Kyste dermoide dentifère du maxillaire inférieur. Gaz. hebdomadaire. 1890. — *Trzebiecky*: Zeitschrift f. Heilkunde. 1885. — *Witzel*: Ueber Zahnwurzelcysten, ihre Entstehung und Behandlung. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. 1896.

Közlés a budapesti kir. magyar tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilv. r. tanár.)

A vesegümőkórrol.¹

Irta: **Steiner Pál** dr., első tanársegéd a kolozsvári sebészeti klinikán.

Korányi Sándor tanár a XI. szüneti orvosi cursuson „Néhány belső betegség sebészi kezelésének indicatioiról“ tartott előadásában kiemelte, hogy „kimondhatatlan sok mulasztás történik a vesetuberculosis terén, részben az orvosok, részben a betegek hibájából, egyedül abból az okból, hogy a vesetuberculosisnak aránylag nagy gyakorisága még mindig nem jutott bele a köztudatba“. De nemcsak a baj elterjedésének nagy mérvét ismerik általában kevéssé, hanem még a bántalom pathológiájáról is általánosságban tévedésben vannak, a mennyiben a vesegümőkört vagy általános gümőkóros dispositio részjelenségének tartják, vagy pedig mint a húgyutakból felszálló fertőzést fogják fel. Pedig ma már beigazolást nyert, hogy a *Guyon*-féle felfogás, a mely az urogen eredet mellett szól, csak kivételes esetekben jogosult, ellenben a vesegümőkört úgy kell tekintenünk, mint a mely haematogen úton keletkezik, a mely descendáló kórfolyamat, és elsődlegesen a vesében jelentkezik. *Albarran* ama kísérletei, a melyek a *Guyon*-féle tuberculose urinaire megerősítésére irányultak, nem felelnek meg a normális viszonyoknak; kísérleteiben az ureterbe fecskendett gümöktulak csak akkor okoztak a megfelelő vesében elváltozást, ha az uretert perifer lekötötte és retentiós állapotot létesített. Annál bizonyítóbbak *Baumgarten* ismert kísérletei: a húgycsőbe fecskendett virulens gümöbacillusok a prostata és a hólyag gümős megbetegedésére vezettek, de a vese vagy a here bántalmazva sohasem lett. Viszont a herébe injiciált kultura az ondóvezeték és a prostata gümőjét okozta. Ezek a megfigyelések jogosították fel annak a kijelentésére, hogy „gegen den Strom gibt es keine Tuberculose“ s a mit *Baumgarten* kísérleteiből vezetett le, azt a klinikai megfigyelések is megerősítették. A primaer descendáló vese-

¹ Kivonatban előadva a „Magyar Sebésztársaság“ első nagygyűlésén, 1907. június 2-án.

gümőkór mellett szól *Israel* szerint: 1. hogy bonczoláskor kizárólag a vesében találunk gümőt az urogenitális apparatus épsége mellett, 2. hogy a gümős vese kiirtása után teljes gyógyulást észlelhetünk, 3. hogy a gümős hólyagelváltozás igen gyakran a megfelelő ureternyílás környékére lokalizálódik a descendáló jellegnek megfelelőleg, 4. hogy régi vesebeli gümős elváltozások mellett az ureterben vagy a hólyagban új gümők voltak találhatók. Az a kérdés támadt, hogyan bírálható el az eset, midőn mellékhere- és vesegümő egy időben észlelhető, vajjon a fertőzést a húgyutakon vagy a genitális apparátuson létrejöttek tekintjük-e. Két esetben volt alkalmam észlelni, hogy mellékheretuberculosis és egyidejű vesegümő mellett a hólyag teljesen ép volt; egy esetben pedig 9 év előtt végzett kétoldali castratio után jelentkezett vesegümő a hólyag teljes épsége mellett. Tehát ez esetek igazolják, hogy a gümő nem in continuitate terjedt, hanem különböző helyeken s időben haematogen úton jött létre.

Nem óhajtók e helyen a vesegümő kórbonczolástanával behatóbban foglalkozni, eléggé ismeretes ama három forma, a melyben a gümő meg szokott jelenni s így csak felemlitem, hogy a sajtos-cavernosus alak, a papilla gümős fekélyesedése, az idült disseminált tuberosus forma tünettana és prognosisa nem teljesen fedi egymást. Természetes, hogy ama 3 megjelenési alak közt számos átmenet van, s hogy tünettánában szövödményei szerint, a mint a folyamat a perinephronra, a vesemedenczére, ureterre, hólyagra áttérjed, nagyon is különböző képet nyújt. Minél korábbi szakban kerül a beteg megfigyelésünk körébe, annál több nehézségbe ütközik a kórjelzés helyes felállítása s már itt legyen szabad hangsúlyoznom, annál kedvezőbbek a gyógyulás chanceai. Egyfelől a vesegümő sokáig latens marad s csak akkor veszi észre a beteg a baját, midőn akár egy vesecaverna áttörése a kehelybe, akár egy papillaris fekélyből eredő vérzés vizeletének elváltozására figyelmessé teszi. Egy másik csoportjában az eseteknek a vizeleti zavarokat hólyaghurut által létesítettnek tekintik és a szokásos kezeléssel elodázzák a műteti beavatkozás kedvező időpontját. Épen a vesegümő korai felismerésétől remélhetjük az operációs eredmény javulását, azért röviden felemlitem azon tüneteket, a melyek a vesegümő gyanuját kell hogy felkeltse. Ide tartoznak:

1. *A vizeleti zavarok.* A betegek gyakrabban vizeznek, főleg éjjel; a pollakuria nem nagyfokú, ha a vesemedence még ép. Természetes, hogy különösen kifejezett ezen tünet, ha már a hólyag is gümős, midőn is a hólyag kapacitása jelentékenyen csökkent. *Israel* az esetek 55.7%-ában tapasztalta a dysuriát és a pollakuriát mint bevezető tünetet; *Dollinger* tanár klinikáján az esetek 53.5%-ában volt alkalmam észlelni ezen symptomát. Épen aránylag nagy százalékszám mutat arra, hogy ha valamely betegen mintegy spontan, minden művi beavatkozás, kankós fertőzés nélkül gyakori, főleg éjjeli mictiozavar, dysuria jelentkezik, teljes joggal gondolhatunk gümős megbetegedésre. Vannak esetek, a melyekben ezen zavarok nem állandók, hanem paroxysmák; a kólikaszerű göresös vizeleti inger az első tünet; egy esetben észlelhettem ezen nagyfokú kisugárzó fájdalommasságot mint korai symptomát.

2. *A vizelet elváltozása.* Gyakran a beteg első panasza az, hogy a vizelete zavaros, ilyenkor a vizeletben rendszeren csekély mennyiségű fehéjjet, változó mennyiségben leukocytát, néhány erythrocytát, ritkán cylindert mutathatunk ki. A vizelet vegyhatása rendszeren savi. Mäskor a beteg azzal jön, hogy hirtelen alarmszerűen erős vérzés lepte meg, e vérzés oly nagyfokú lehet, hogy gyors műteti beavatkozást igényel, mäsör pedig időközönként ürül a vér s lassan súlyos anaemiára vezethet. E vérzés rendszeren egy-egy papilla gümös fekélye által van feltételezve s analogiába hozható a tüdőgümőkórban észlelhető initális haemoptoéval. E vérzést mint a vesegümőkór initális jelét egyik esetünkben észlelhetjük, a melyben a klinikán való jelentkezés előtt 21 nappal egyszer, 10 nap óta pedig naponként s állandóan vörízelés állott fenn. A megejtett műtét az egyik papillán fillérnyi szemcsés gümös fekélyt mutatott ki a vérzés okául. Nem hangsúlyozhatjuk eléggé, hogy vesevérzés esetén ne elégedjünk meg a renális haemophilia vagy essentialis idiopathiás vérzés felvételével, hanem mindig gondoljunk gümőre, daganatra s vesekőre és az összes elkülönítő kórjelző eszközeinket vegyük igénybe, mielőtt a vérzést homályos eredetűnek véleményezzük. Természetesen könnyű a diagnosis helyes felállítása, ha a vizeletben gümöpálczikákat mutathatunk ki, ezen célra mindig steril kathe-

terrel vett vizeletet vizsgáljunk. *Küster* az esetek 10.5%-ában, *König* 27.7%-ban, mi 20%-ban mutathattuk ki a vizeletben a gümöbaccilust. Ha a vizelet bakteriologiai vizsgálata negatív volt, folyamodjunk az állatoltáshoz, a mely gyakran a helyes útra terel. De megtörténhetik, hogy úgy a bakteriologiai vizsgálat, mint az állatoltás negatív, ezt tapasztaljuk azokban az esetekben, a melyekben a gümő kizárólag a vese parenchymájára szorítkozik és még sem a kehelyvel, sem a vesemedenczével nem közlekedik. Ilyen elzárt esetekben gyakran előfordul *Buday* szerint, hogy a gümös göcz különben is csak nagyon csekély számban, vagy egyáltalában nem tartalmaz gümöpálczikákat, a melyek nagyobb mennyiségben akkor fordulnak elő, ha a göcz a vesekehely felé áttört és a szomszédos, ép vesekehelyekből származó vizelettel érintkezésbe jutott. Olyan itt az eset mint a tüdőcavernában, a hol is a levegővel való érintkezés a bacillusok életfeltételére és szaporodására kedvező hatású, itt viszont a vizeletnek a bacillustartalmú szövetekhez való oda-jutása kedvező. Ezen esetekben tehát, midőn negatív volt a bakteriologiai lelet s az állatoltás is, folyamodjunk a *tuberculin-reactio*hoz, a mely ha nemcsak általános, hanem lokális reactio képében jelentkezik, a folyamat gümös jellege mellett szól. Az általános lázas hőemelkedés, mely csak azt mutatja, hogy a szervezetben valahol van gümös göcz, még nem bizonyít a vese gümös megbetegedése mellett; de ha vesetáji fájdalom, gyakori, esetleg fájdalmas vizeleti inger, a vizelet mennyiségének változása, esetleg haematuria vagy gümöpálczikák megjelenése mint lokális reactio konstatalható, ebből joggal következtethetünk a vese gümös megbetegedésére. Két esetünkben, melyet alább részletesebben közlünk, a tuberculinreactio positiv volta volt az egyedüli jel, a mely a vesebaj gümös jellegére utalt s a megejtett műtét mindkét vesében a vesegümő disseminált miliaris alakját mutatta.

3. *Vesetáji fájdalom.* Ez gyakran mint nyomási fájdalommasság, mäsör mint kólikaszerű heves göres jelentkezik s az első jele a vese gümös megbetegedésének; a fájdalmat rendszeren a vesetok megfeszülése a vese congestioja következtében váltja ki. *Tuffier* „forme douloureuse“ alatt állandóan, kólikaszerűen ismétlődő fájdalommasságot észlelt azon esetekben, melyekben az uretert sajtos törmelék tömeszeli el. Mäsör viszont oly jelentéktelen fokú a fájdalom, hogy a beteg csak akkor lesz reá figyelmessé, ha a létezése iránt tudakozódunk; eseteink 40%-ában a vesetáji fájdalommasság utalt a megfelelő oldali vese megbetegedésére. Legújában *Israel* figyelmeztet egy újabb tünetre, a melyet eseteiben észlelt, t. i. hogy a kóros oldálnak megfelelő hólyag-, húgycső-, penis-, szemérem-ajk- vagy hüvelyfélen a vizeleskor vagy attól függetlenül jellegző egyoldali fájdalommasság lehet jelen, mäsör meg hirtelen beálló, nagyon fájdalmas hólyagtenesmus folytonos vizeleti ingerrel s cseppenkénti ürítéssel utal a vese, illetve az ureter gümös megbetegedésére. Ezen utóbbi jelenséget egy esetben volt alkalmunk tapasztalni előrehaladott gümő esetén. Vannak esetek, melyekben a fájdalom jelentéktelen, de a vesetáj vagy az ureter érzékenysége nyomásra fokozottabban váltható ki; gyakran nem épen a vesetáj, hanem az ureter lefutása mentén székel a fájdalommasság, leginkább a vesemedenczéből való kilépésének vagy a hólyagba való belépésének helyén.

4. *A vese megnagyobbodása* a kezdeti szakban ritkábban tapintható és e volumennagyobbodás vagy a vesemedence tágulása vagy paranephritis lob által van feltételezve; de gyakran a térfogatnagyobbodás félre is vezethet, mert lehetséges, hogy a másik vese kóros elváltozása által előidézett compensatorius túltengés következménye. Ha a kitapintható megnagyobbodott vesének felületén egyenetlenséget, göröngyösséget érzünk, valószínűvé válik ezen oldal megbetegedése.

5. *Az általános tünetek* rendszeren mint láz, a haemoglobintartalom csökkenése és az emésztőrendszerben létrejövő zavarok jelentkeznek. A láz rendszeren intermittáló jellegű, mäsör állandóan subfebrilis a hőfok, időnként rázóhideggel váltakozva. Eseteinkben leginkább az intermittáló typust észleltük, két korai esetünkben rázóhideg többször jelentkezett. A haemoglobintartalom csökkenése a specifikus gümös mérég felszívódására vezethető vissza. Az emésztőrendszer zavarai közül étvágytalanság, gyomortáji nyomási fájdalommasság, végbéltenesmus észlelhető. Nem csatlakozhatunk *Garré* ama megfigyeléséhez, hogy a betegek mindinkább lesaványodnak, rövid időn belül jelentékeny súlyvesztéséget szenvednek, sőt épen

azt tapasztaltuk, hogy a betegek gyakran jó színben vannak, nem fogytak le és ép ezen jó erőbeli állapot nehezíti meg a baj körüljelzését és leplezi a mélyben rejlő súlyos elváltozást.

A leírt tünetek figyelembevételével több-kevesebb határozottsággal megállapíthatjuk, hogy az urogenitális tractusban gümős kórfolyamat székel, sőt, hogy a tuberculosis legnagyobb valószínűséggel a vesében ül; de az eddig ismertetett symptomák még nem igazítanak útba a felől, hogy a folyamat bizonyosan a supponált oldalon székel-e, hogy a kóros elváltozás egyoldali-e. Pedig ettől függ sebészi ténykedésünk. A functionális vesediagnostika újabb haladása, melynek fellendülésében *Korányi Sándor*-nak oly nagy az érdeme, a sebészeti beavatkozást biztos alapokra fektette.

Tekintsük röviden azon eljárásokat, a melyek segítségével megállapíthatjuk, hogy melyik vese beteg?

1. *Cystoskopia*. Ez magában gyakran kellő útbaigazítást nyújt, a mennyiben látjuk, hogy két ureternyílás van, hogy ezek functionálnak, hogy tiszta, zavaros vagy véres vizelet ürül. Gyakran az ureterostium elváltozása, tátongása utal a megfelelő vese megbetegedésére. Általában legjellegzőbb a megfelelő ureternyílás körül levő apró fekélyesedés vagy lobos jelenség a gümöre; de ez mégsem olyan általános, mint azt *Israel* észlelte, mert eseteink nagy részében súlyos diffus cystitist találtunk még egyoldali vesemegbetegedésben is, másfelől a legkezdetibb szakban észlelés alá került eseteinkben a hólyagot, az ureternyílást teljesen épnek találtuk. Továbbá az ureterpapilla intenzív belőveltsége, duzzadása nemcsak vesegümő esetében észlelhető, hanem egyéb jellegű súlyos vesemedence- vagy vesebeli genyvedésekben is. Tehát ezen nem állandó és subjektív megfigyelésen alapuló jeltől nem következtethetünk minden esetben határozottan a megbetegedés székhelyére.

2. *Ureterkatheterezés*. Ezen módszerrel mindkét vese vizeletét külön fogjuk fel, mielőtt még a két vizelet a hólyagban egymással elegyedett volna. A húgysegregátorok nem egyenértékűek az ureterkatheterezéssel s csak azon esetekben alkalmazandók, ha a catheterezés ki nem vihető, mert a separatoroknál a vese vizeletéhez a lobos hólyag nyálkahártyájáról egyéb zavaró secretumok keverednek s így nem adnak igazi képet. Az ureterkatheterezés ellenzői azon ellenvetéssel élnek, hogy így a hólyagból az ureterbe, vesemedencébe fertőző csírákat vezethetünk fel; úgy vélem, ez inkább elméleti jelentőségű, mert a gyakorlat azt igazolja, hogy ezen eljárás nem rejt magában nagyobb veszélyeket. A kóros ureter catheterezése egymagában nem igazít útba; arra, hogy az ép vese működését ismerjük, az ép vese vizelete kell, ezt pedig csak catheterezés útján nyerhetjük. Vannak esetek, melyekben a nagyfokú tenesmus és zsugorodás miatt még a cystoskopia is alig vihető keresztül, még kevésbé az ureterkatheterezés, ilyen esetekben végezték a hólyag suprapubikus megnyitását, az ureterostium felkeresését s az uretereknek e módon való catheterezését. Legújabbán *Israel* a hosszan fennálló hólyagsipoly elkerülése végett úgy jár el, hogy az uretert keresi fel és az ezen készített kis résen át catheterezi meg az uretert.

Az ureterkatheterezés útján nyert vizelet vizsgálata alapján állapítjuk meg a vese functióképességét. Minő vizsgálatokat szoktunk végezni? Azt hiszem, sok meddő vita elejét lehet venni, ha a vese működési képességére nem egy jeltől akarunk következtetni, hanem számos vizsgáló eljárás által nyert értékek összehasonlításából vonunk ítéletet. Gyakran a vizelet vegyi, gőcsövi és bakteriologiai vizsgálata már útbaigazít, máskor a kiválasztott konyhasó vagy húgyany mennyiségének összehasonlításából jutunk a helyes útra, máskor ismét a phloridzin-glykosuria áll segítségünkre. Egyik eljárás sem souverain s míg számos esetben a phloridzinpróba értékességéről győződhetünk meg, addig éppen a korai esetekben azt tapasztaltuk, hogy a kóros vese is éppen oly prompt s ép oly mennyiségben választott ki cukrot, mint az ép.

A *Voelcker-Joseph*-féle indigokarmínpróba értékét egy esetben volt alkalmam észlelni, midőn csak 30—35 perc után jelentkezett az indigo kiválasztása s a megejtett összehasonlító ureterkatheterezés is megállapította a vese beteg voltát. Bár újabban *Suter* körülbelül 40 eset kapcsán mint megbízható eljárást ajánlja ezen próbát, mégis ez az ureterkatheterezés jelentőségéből nem von le semmit, mert az objectív vizsgálaton alapuló lelet mindig fölényben van a subjectív megfigyelésből eredő észlelésen. A *kryoskopía*, melyet *Korányi Sándor* vezetett be, a functionális vesediagnostika egyik értékes eszköze. A külön felfogott vizeletek fagyás-

pontjának meghatározása, ezen értékek relativ összehasonlítása útbaigazíthat bennünket már akkor, midőn a vizeletben semmi kóros alkotórészt sem találunk, midőn a phloridzin-próba nem utal a megbetegedés helyére, s éppen azért nem csatlakozhatunk *Israel*-hez, a ki ezen vizsgáló eljárás értékét nem ismeri el. Mint alább a kórtörténetekben látjuk, korai vesegümőkór két esetében éppen a vizelet fagyáspontjának összehasonlítása vezetett a helyes diagnózisra. A mi a vér fagyáspontjának meghatározását illeti, ennek értékéről még nem záródtak le az akták. *Kümmell* nagy jelentőséget tulajdonít neki és —0.60 ° értéken alul már nem végez nephrektomiát. Egy esetben mi is kizárólag a ° értékére voltunk utalva, midőn a nagyfokú tenesmus és hólyagzsugorodás miatt ureterkatheterezést nem végezhetünk. Ezen esetben a klinikai jelekből a kóros oldali vesére következtethetünk, ° értéke pedig —0.55 °C volt; a vér normális concentratioja mellett végzett nephrektomia a beteg gyógyulására vezetett. Az *Ilyés-Kövesi*-féle hígítási próba szintén jó útbaigazítással szolgálhat a többi jellel egybevetve, csak gyakran nem vihető keresztül, mert a betegek a nagymennyiségű folyadékot kihányják. A catheter hosszas fekvéshagyásából sem fertőzést, sem reflectorius anuriát jelentkezőt nem észleltem.

Ha így a vizsgáló eljárások alkalmazása és kritikai összehasonlítása mellett megállapítottuk, hogy a vesemegbetegedés egyoldali, mi lesz a teendőnk? Különösen ha a bajt kezdeti szakban kapjuk, midőn a folyamat kizárólag a veseparenchymára szorítkozik, midőn a vesekehely, medence, ureter még ép. Helyese ezen esetekben a spontán gyógyulás lehetőségére támaszkodni s az ilyen kedvező szakban végezhető műtétet elodáztatni? Minél bizonyosabb a diagnózis, annál rosszabb a prognózis, mondja joggal *Garré* s csak csatlakozhatunk azokhoz, a kik vesegümő esetén a korai műtét jogosultságát hangoztatják. Ezzel rövid idő alatt teljes gyógyulást érhetünk el, elkerüljük a gümős gőcz eltávolításával ama sok veszedelmet, a mely az ilyen beteget állandóan fenyegeti, a miliáris tuberculosis, a gümős és genyes perinephritist, a hólyagtuberculosis. A kistokú hólyagtuberculosis a gümős vese eltávolítása után spontán is meggyógyulhat. Mert, hogy a késői szakban végzett nephrektomia szomorú prognoszt nyújt, mutatja ama tapasztalatunk, hogy a *Dollinger*-klinikán az elhalt esetek 71%-ában a gümőkór tovaterjedése okozta a halált. Két esetben a boncsolás mutatta ki, hogy a gümő általánossá válása vezetett halálra meningitis basillaris tuberculosa (6 évvel a nephrektomia után) és cystitis tuberculosa és tüdőgümőkór (2³/₄ évvel a vese kiirtás után) képében. Még az a radikális irányzat, a mely vesegümő esetén az egyedül jogosult, a melyet *Dollinger* tanár állandóan követett, s a mely a kóros vese teljes kiirtásában áll, sem vezet kedvező eredményre azon esetekben, melyekben a gümős folyamat már propagált. Ezen eseteknek 1/4 része él egészségben s igazán fordított viszonyban áll az operatív eredmény a távolabbi eredménynyel, mert míg *Dollinger* tanár operatív halála vesegümő miatt végzett nephrektomiában = 0, addig a távolabbi halálozás 53.5%.

Éppen ezért nem tartottam érdektelennek ezen alább közlendő három *iniciális vesegümőkór*-eset kapcsán a fenti adatokkal a figyelmet a vesegümőkór korai diagnostikájára és műtétére felhívni. Mind a három eset akkor került megfigyelésünk körébe, midőn, mint a végzett műtét mutatta, a gümős folyamat kizárólag a veseparenchymára szorítkozott; egy esetben a papillaris fekély okozta iniciális vérzés, két esetben a nephralgia indította a betegeket a klinika felkeresésére. Ezért hangsúlyozom még egyszer, hogy ne érzjük be sem az essentialis haematuria, sem a nephralgia körjelzésével, mert e jelenségek igen gyakran nem a diagnoszt, hanem a kórképnek csak egy tünetét alkotják, hanem minden ilyen esetben lelkiismeretesen alkalmazzuk a functionális vesediagnostika immár megbízhatónak bizonyult módszereit. Ily módon alkalmunk lesz korai eseteket operálni s ezen esetekre határozottsággal ráillik *Krönlein* ama állítása, hogy a gümős vese eltávolítása a legáldásosabb műtétek közé tartozik!

Kórtörténetek.

1. L. A., 40 éves férfi, felvétel 1907 március 21-én. Három hét előtt vette észre, hogy vizelete véres; a vérvezetés 10 napig szünetelt, ekkor újból megindult s azóta állandóan véres a vizelete; jobb oldali vesetáji fájdalmak. 1898. októberben az I. sz. sebészeti klinikán kétoldali heretuberculosis miatt castratio és a gümős lágyékmirigyek eltávolítása. Felvételkor jobb vesetáji fájdalommal. Cystoskopiás vizs-

gálat (Steiner dr.): a hólyag normális kapacitása, nyálkahártyája halvány, ép. A jobb ureternyílásból a rendes contractiokor vér ömlik ki, a bal ureternyílásból tiszta vizelet ürül. A beteg legyengült, anaemiás. Műtét: március 22.-én aethernarcosisban. (Zimmermann dr.) Ferde lumbális metszésből a jobb vese eltávolítása, az ureter teljes kiirtása. Elsődleges izom- és bőrvarrat. Az eltávolított vese 12 cm. hosszú, 6 cm. széles, 3 cm. vastag, állománya szívós, behúzódtott hegekkel. A felső poluson babnyi, sajtos, szürkés-sárga gócz; a gócz melletti papillán fillérnyi, szemcsés felületű, véralvadékkal fedett gümös fekély. Zavartalan lefolyás. A közvetlenül a műtét után ürített vizelet véres volt; ezután mindig tiszta vizelet ürült; a napi mennyiség körülbelül 1 liter, idegen alkotó elemek nincsenek. Április 8.-án gyógyultan távozik.

2. Sz. J.-né, 45 éves nő, felvétel 1907 január 16.-án. A beteg a klinikán feküdt 1901 szeptemberben azon panaszszal, hogy vizelete 8 hó előtt véres volt. Akkor a vérzés okát a cystoskopiás vizsgálat sem derítette fel. Felvételkor jobboldali vesetáji göresös fájdalom. Az utolsó 6 évben állítólag egyszer véres volt a vizelete. Felvételkor a jobb vesetáji rendellenes resistentia nem tapintható. Cystoskopia (Steiner dr.): a hólyagnyálkahártya halvány, az ureternyílások résalakúak, egyik sem duzzadt; belőlük tiszta vizelet ürül. Röntgen-felvétel nem mutat kö-árnyékot. Családi okokból távozik január 30.-án. Újból felvétel 1907 február 9.-én. Távozása óta újból voltak a jobb vesetáji lokalizált fájdalmak, göressei hidegrázással. Felvételkor a jobb vesetáji erősen érzékeny. Tuberculin (1 millim.) reactio positiv: a láztalan beteg 38.1 C°-ig emelkedő hő és erős jobb vesetáji fájdalom jelentkezik. Ureterkatheterezéskor: a jobb vese vizeletében kevés fehérje, fagy-pontja $\Delta = -0.40$ C°; hígítási próbánál rosszul hígít ($\Delta = -0.39$ C°); a bal vese vizelete tiszta, idegen alkotórészeket nem tartalmaz; $\Delta = -1.04$; hígítási próbánál $\Delta = -0.60$. Műtét március 12.-én morphin-chloroformnarcosisban (Dollinger tanár). Jobboldali lumbális nephrectomia a szokott módon. Elsődleges izom- és bőrvarrat.

A kiirtott vese (Entz dr. vizsgálata) kicsi. Felülete durva dudoros, rajta mindenütt kisebb-nagyobb, de akár fillérnyi, rendetlen alakú, mély süppedékek vannak. Felmetszett állapotban a vese $8.9 \times 2.9 \times 3$ cm. A kéregállomány a süppedékeknek megfelelőleg néhány mm.-nyire megvékonyodott. Különben a vese állománya elég szívós, a kéregállományban a glomerulusok jól láthatók. A vesemedenczét mindenütt elég vastag zsírréteg veszi körül. A vesemedencze kissé kitágult, rajta a nyiroktüszők áttünő csomócskák alakjában láthatók. A vesemedencze háma az egyik zugban berszerűen átalakult s az egyik vesekehelyben sajtságos szürkés, látszólag hártályból álló tömeg van. Egy más kitágult vesekehely nyálkahártyáján néhány kölesnyi fakósárga szemese látható a bővérti nyálkahártyán.

Az ureter fala megvastagodott, nyálkahártyája is berszerűen átalakult, szürkésfehéres és állhártyához hasonlóan összefüggő réteg alakjában leemelhető. Sajtos anyagot sem a vesemedenczébe, sem a kelyhekben, sem a vese metszéspontján nem találunk.

Diagnosis: *Pyelonephritis chronica cum xerosi mucosae pelvis renalis et ureteris. Atrophia renis majoris gradus.*

Szünetelteti vizsgálat. A vesének azon részéből készült metszeten, a hol a hám elszarusodása észlelhető, a vese felületét meglehetősen vastag, rostos kötőszövetből álló burok vonja be, mely azonban a vese kéregállományától mindenütt élesen elkülöníthető, nem burjánzik be a vese állományába. A megvékonyodott kéregállományban a mirigycsővek elég szabályos szerkezetűek. A mirigycsöveket bélelő hámsejtek sokszögletűek, magvaik szabályosak, a protoplasmájuk finoman szemcsézett, a kanyarulatok csatornákat finoman szemcsézett anyag tölti ki. Néhol a vesecsatornák erősen kitágultak, máshol szűkek s egymástól áttünő colloidszerű anyagot tartalmaznak, mely sárgára vagy sárgásbarnára festődött. Helyenként a kéregállomány gyűjtőcsövei egészen tömörnek látszanak. A glomerulusok a legtöbb helyen szabályos szerkezetűek, másutt aprók, töpörödöttek s a kéregállomány sorvadásának megfelelőleg sokhelyt sűrűbben vannak egymás mellett s itt ott egészen egymásba, élénkpirosra festődnek, hyalinosak. Az erek körüli kötőszövet megsaporodott, sejtszegény.

A velőállományban elhaladó gyűjtőcsöveken semmi számbavehető eltérés nincs, legfeljebb annyiban, hogy a csövek itt-ott colloid gyöngyöket tartalmaznak és meg is szűkültek. A gyűjtőcsövek körüli kötőszövet kissé megsaporodott.

Ugy a kéreg, mint a velőállományban is itt-ott rendetlenül elszórtan kisebb-nagyobb, szabálytalan alakú gömbsejthalmazokat találunk, melyek azonban tisztán gömbsejtekből állanak, a sejtfészekben az összezsongorodott mirigycsővecskék még fellelhetők.

A vesemedenczét körülvevő kötőszövet megsaporodott s mindenütt meglehetősen sejtszegény rostos kötőszövetből áll, mely a veseállomány körül laza zsírszövetnek ad helyet. A hámréteg felé a kötőszövet sejt-dúsabb. Elbén a kötőszövetben, főleg ott, hol a veseállományba átmegy, szintén kerekded gömbsejthalmazok vannak, a melyek részint lymphocytákból, részint epitheloid sejtekből állanak, némelyik ilyen szemese belsejében egy-egy rendetlen alakú, tromba testű, nyúlványos, sokmagvú óriás-sejt ül, melynek magvai koszorúalakban rendeződtek el.

A vesemedencze háma ott, a hol rajta szabad szemmel a sajátos szürkés állhártyaszerű réteg volt látható, többretegű laphám, melynek legmélyebb rétegében a hámsejtek köb alakúak, ezután a bőr hámsejtjeire emlékeztető tüskés sejtek rétege következik, majd lapos hámsejtek vékony rétegben. A legfelületesebb réteg lapos sejteinek protoplasmájában sötétkékre festődő (v. Gieson) apró keratohyalin szemcsék vannak,

a felületen végül vékony, lemezes szerkezetű, élénksárgára festődő elszarusodott réteg van.

A makroszkopos lelethez fűzött kórjelzést a görösi vizsgálat után azzal kell kiegészítenünk, hogy a vesében **miliaris gümös szemcsék** vannak.

A műtét után a beteg jól van, láztalan. A vizelet napi mennyisége 1–2 liter, idegen alkotórészeket nem tartalmaz. Március 21. Fonalkiszedés. Drainseltávolítás. Elsődleges egyesülés. Április 5. Gyógyultan távozik.

3. K. M.-né, 28 éves nő, felvétel 1907 április 25.-én. Húsz éves korában ment férjhez, gyermeke nem volt. Fluorja nincs. 8 hó előtt állítólag véres vizelete volt, ezóta a bal vesetáji szaggató fájdalmak vannak. 4 hó óta gyakran hidegrázása van 39–40 C°-ig emelkedő lázzal. Felvételkor a bal vesetáji nagy nyomási fájdalommal találunk; a vese nem tapintható. Az öszvizeletben csekély mennyiségű fehérje és geny. Görösi alatt vesealakelem nincs; sok genyest. Ureterkatheterezés (Steiner dr.): a bal vese vizeletében kevés fehérje, közepes mennyiségű geny található. $\Delta = 1.29$; hígítási eljárásnál $\Delta = -0.27$. A jobb vese vizelete tiszta, benne sem geny, sem fehérje, sem vesealakelem, sem bakterium. $\Delta = -0.62$; hígítási eljárásnál $\Delta = -0.20$ C. 2 milligramm tuberculininjection után a láztalan betegben 38.3 C°-ig emelkedő hő és heves bal vesetáji fájdalom mutatkozik. Április 29.-én aethernarcosisban (Dollinger tanár) a szokott ferde lumbális metszésből a bal vese elsődleges eltávolítása. Primaer izom- és bőrvarrat.

A kiirtott vese (Entz dr. vizsgálata) tokja le van húzva, általában középvastag, de a vese felső polusán kissé felszínesen megvastagodott, s itt rajta kölesnyi tömött tapintatú áttünő szemese van. Ugyanitt a vese közötti zsírszövetben a mellékvesének körülbelül fillérnyi lapos részletét találjuk, melynek kéregállománya elszarusodott. A vese erei középtágak. A vese középnagy ($12 \times 5 \times 3$ cm.). Felülete általában véve sima, de rajta egy körülbelül kendermagnyi, áttünő savóval telt hólyagocskák és néhány kölesnyi, egészen áttünő, szürkésfehéres tömött szövetből álló szemese van. Kívülről a vese feltünően halvány, különösen a felső polus vészegény. A vesén az ébrényi lebenyzettség nyomai láthatók. A vese felületén egy körülbelül rajzszögfejnyi sekély süppedék van, mely körül a vese állománya pontszerű vérrészekkel behintett. E folt központjában pedig tüszúrásnyi, fakó, fehéres szemcsék vannak. A vese állománya elég tömött és elég szívós, kéregállománya kissé vékony, halvány, vészegény. A vese állományában is néhány tömött, fehéres, mákszemnyi szemcsét találunk. A vesemedencze feltünően vészegény, helyenként pontszerű verőmélészekkel, a vese felső polusához menő egyik vesekehely kissé kitágult, nyálkahártyája kissé sárgásan elszinesedett és a vesemedenczébe való benyúlás helyénél kissé megvastagodott, rendetlen dudorkás, kocsonyaszerű szövetet fedett. E terület mögött körülbelül förtlenesényi területen a nyálkahártya háma szenyesehéres, elmosódott, e mögött újra sárgásan elszinesedett részlet következik, a mely mákszemnyi szürkés szemcsékkel van behintve. Az ureter halvány nyálkahártyáján néhány mákszemnyi szürkésen áttünő hólyagocskák; megjegyzendő, hogy a leirt vesekehely közlekedik egy másik babnyi vesekehellyel, a mely éppen a vesén kívülről látható süppedéknek megfelelőleg fekszik.

Diagnosis: *Tubercula miliaria renis et tuberculosis calicis renis unius, cum xerosi mucosae ibidem.*

Görösi vizsgálat. A veséből három helyről készítettem metszetekeket, úgymint a legsúlyosabban megbetegedett vesemedenczéből, s a hozzátartozó veserészletből, meg egy távolabbi helyről, a hol a felületen egy jól látható miliaris gümös szemese van. Azon vesekehelynek görösi metszetein, a hol a makroszkopi leírásban említett kocsonyaszerű sárgás tömeget találtuk, a nyálkahártya helyén meglehetősen vastag, gömbsejtekkel dúsán ájtart szövetréteg van, a melyben számos, első pillantásra jól szembevető, kerekded vagy ovális, a többi szövetű előtti sejtfészek van. E sejtfészek kívül elég széles rétegben minden sejtközi anyag nélkül egymás mellett fekvő, protoplasmadús epitheloid sejtekből állanak, a fészek központjában pedig egy-egy rendetlen nyúlványos óriássejt fekszik koszorúban vagy félköralakban elrendezett magvakkal. A közvetlenül e szövetrétegek alatt fekvő vesemedencze körüli zsírszövet vérszerűen beszűrődött, a távolabbi zsírszövetben nincs semmi kóros eltérés. A vese szövet szomszédos részeiben feltünőbb elváltozást nem látunk. Meglepő azoknak a veserészleteknek görösi képe, melyek szabad szemmel oly feltünő halványak és szívósak, mert itt a veseállományt mindenütt gömbsejtek hatják át. E sejtek meglehetősen nagyok, nagy magvúak, elég széles protoplasmareteggel. A sejtek közt a legtöbb helyen vékony kötőszövetesálak húzódnak el. A sejtes beszűrődés oly nagyfokú, hogy a vese kanyarulatok csöveit és a glomerulusokat alig lehet benne felismerni. A meglevő húgycsatornácskák nagyon szűkek, hámsejtjeik sokszögletűek, aprók, a magjuk körül csak keskeny plasmaöv van. A húgycsővecskék lumene a legtöbb helyen egészen eltűnt. A glomerulusok összetöpörödöttek. A papillákon levő gyér számú gyűjtőcsöveket is mindenütt rostos kötőszövet választja szét, a mely azonban itt már sokkal sejtszegényebb. A vesemedenczekörüli szövetben s a vese állományában néhány az előbb leirtakhoz hasonló szerkezetű gümös szemese van.

A műtét után zavartalan lefolyás. Az első 24 órában ürített vizelet mennyisége 650 cm³, a következő napokban 600–800 cm³, sok macerált hólyaghammal. Május 6.-án fonalkiszedés. Elsődleges egyesülés. Május 21.-én gyógyultan távozik.

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Neuroglioma nervi optici.¹

Irta: Dumitreanu Victor dr., műtőnövendék.

A nervus opticus daganatáról már a múlt század elején tett említést Scarpa. Azóta számos szerző közölt ily eseteket, ezen közlemények közül azonban a régebbiek nem igen értékesíthetők a szövettani lelet hiányosságánál fogva, a mi részben a szövettani technika, részben a górcsók kezdetlegességében leli magyarázatát. Az újabb időben azonban számos, külföldi íróktól származó közlemény jelent meg, melyek pontos szöveti képét is adják a leírt daganatnak.

A szem látóidegének daganatai legnagyobbbrészt a gyermekkorban fordulnak elő, úgy hogy az aetiológiát illetőleg a daganatok többnyire veleszületettnek mondhatók. Sokszor szerepel ugyan az anamnesisben a halántéktájt és a bulbust ért ütés is, de tekintve, hogy a hozzátartozók igen hajlandók a bajt valamely külső behatásra visszavezetni, a traumát csak ritkán és akkor is csak bizonyos fenntartással fogadjuk el kórokozónak.

A mint említettük, a szemlátóideg-daganatok főképen a gyermekkorra esnek és pedig legtöbbször a 10 éven alóli gyermekeken észleljük; a 10. és 20. év között 31⁰/₀-ban (Lagrange) fordulnak elő, míg a magasabb korra 1—2⁰/₀ esik.

A nervus opticus primaer daganatainak oly különleges kórbonezcolástani és klinikai sajátosságai vannak, hogy habár szövettani képük különböző is, e tekintetben viselkedésük egyforma.

A jellegzetes látóideg-daganat orsó- vagy tojásalakú, a látóidegnek a szembe való belépésén innen kezdődik és a foramen opticum előtt végződik. Az újképlet átmetszetén külső tömöttebb és egy belső nyálkás, gelatinaszerű réteg van, úgy hogy a daganatok többnyire rugalmas, kissé fluctuáló képlet benyomását teszik. A daganatok felülete sima, a feszes durális hüvely alkotja, mivel ezt a daganatok csak ritkán törik át. Így a környezettel sincsenek összekapaszkodva. Míg a tumor kicsiny, az ideg az átmetszeten még látható, bizonyos nagyságon túl az ideg elsorvad s az idegrostok górcsó alatt sem különböztethetők már meg. Azon esetben, ha a daganat a burkot áttöri, az ideg nem sorvad el s teljes épségében megmaradhat. Nem épen ritka a daganat terjedése a koponyaiüreg felé. A tumorok csak igen ritka esetben terjednek rá az orbita képleteire s azon esetben, ha a nervus opticus és a környező képletek is infiltráltak, többnyire kimutatható a látóidegre való ráterjedés másodlagos volta.

A tipusos szemlátóideg-daganat diagnózisát többnyire felállíthatjuk a tünetekből, melyek a látóidegre lokalizáltak.

Igen korán jelentkezik a látászavar, a mennyiben a daganat épen a látást közvetítő pályában kezdődik. Ezen tünet csak akkor maradhat el, ha a durális burkot áttöri a tumor s az idegrostok sértetlenül maradnak. A bulbus compressioja folytán hypermetropiát észlelünk s szemtükörrel papillaris atrophit és neuritis haemorrhagicát láthatunk. A daganat növekedésével exophthalmus is fejlődik. Fájdalmakról a beteg csak akkor panaszkodik, ha a bulbus erősebb compressioja folytán a cornea táplálkozása zavart szenved és corneális fekélyek keletkeznek, melyek azután könnyen vezethetnek panophthalmitisre is.

A szem mozgásai igen sokáig szabadok maradnak, tekintve, hogy a daganat nem terjed rá a szemet mozgó izmokra s már igen nagynak kell lennie, hogy compressio folytán az izmok atrophiját hozza létre.

A szem látóidegében székelt daganat eseteiben igen gyakran támadnak agnyomási tünetek, még akkor is, ha a daganat nem terjedt be a koponyaiüregbe. A daganatok igen lassan fejlődnek s a látás elvesztésétől a többi tünet kifejlődéséig sokszor évek telnek el.

A tünetek tehát röviden: lassú fejlődés fájdalom és lobos tünetek nélkül, a látásélesség rohamos csökkenése, mely nincs

arányban a szemtükri lelettel. Exophthalmus, mely mellett a szemgolyó mozgásai nincsenek korlátozva.

Glioma (ill. neuroglioma) a látóidegen eléggé ritka, így Finlay 117 összegyűjtött látóideg-daganat esete közül 3, Lagrange 162 esete közül 10 volt neuroglioma. Sok fogalomzavarra szolgáltat okot az a körülmény, hogy a szemészek a retinából kiinduló kis gömbsejtes sarkomákat gliomának (glioma retinae) nevezik, mely elnevezésnek semmi jogosultsága sincs. A szem látóidegének primaer gliomája a neurogliaszövet típusos hálózataf tünteti fel s ép azért a daganat neurogliomának nevezhető.

A neuroglioma sohasem terjed át a retinára. Armaignac közöl egy esetet, melyet gliomának nevez, azonban úgy látszik, a tumor szövettileg nincs megvizsgálva s alkalmasint másodlagos, vagyis a retináról az opticusra ráterjedt gliomáról (vagyis kisgömbsejtes sarkomáról) van szó.

Goldzieher egy esetét idézik még francia szerzők, mint olyat, mely a retinára terjedt át, de úgy látszik a szövettani képpel nem voltak tisztában vagy az esetet nem olvasták eredetiben.¹

Az összes ismertett esetekben a daganat pusztán a szemidegre lokalizálódott.

Észlelt esetünk a következő:

16 éves nőbeteg, 5 és fél év előtt játék közben vette észre, hogy jobb szemére semmit sem lát, még a világosságot sem veszi észre. Ezután körülbelül egy hónappal kezdett jobb szemtekéje a szemüregből egészében előrenyomulni s ez körülbelül 3 esztendőn keresztül fokozódott a nélkül, hogy a bulbus bármilyen elváltozást mutatott volna. A 4. esztendőben szeme fájni kezdett, a saruhártyára ráhúzódt a lobos conjunctiva, s ez alól geny ürült; ezzel egyidőben sympathicus-gyulladás folytán hirtelen elvesztette bal szemének látását is, mely többé nem tért vissza.

Körülbelül ezen időtájt egy izben hirtelen eszméletét veszítette s értelmetlen dolgokat beszélt össze-vissza; ezen állapotából azonban elég gyorsan magához tért. A rohamot 2 hónappal utóbb egy második követte, mely után erős hányása is volt. Jobb szemtekéje ezen idő alatt folyton zsugorodott, sorvad.

Felvételkor az elég jól táplált, erőteljes nőbeteg jobb zsugorodott szemtekéje kidülledt, a szemizmok mozgása csak kevésbé korlátozott. A bulbus elülső felét a megvastagodott conjunctiva borítja, az áthajlási redő elsimult, a szemrés állandóan nyitott, mivel az erősen kiálló szemtekét a pillák nem tudják fedni. A bal szemteke külsőleg ép, a látás itt is hiányzik. A műtétet 1907 május 29.-én Dollinger professor végezte. Tekintve a bulbus sorvad voltát, exenteratio orbitae történt. Oly esetekben, melyekben a vak szem nem sorvad és prothesisként megtartható, Dollinger professor a Krönlein-féle műtétet szokta végezni az általa módosított módszerrel.

A műtét alkalmával kiderült, hogy a látóideg a szembe való belépés helyétől 9 mm.-nyire a foramen opticumig körülbelül diónyi, sima falú, rugalmas tömlővé alakult át. Ezen tömlő kivételkor megrepedt s belőle vérfestékes, czafatos folyadék ürült. A tömlő falát 3—4 mm. vastag daganatszerű szövet béleli ki. A daganat eltávolítása után a látóideg centrális ép csomója feküdt előttünk.

A sebet nyitva kezeltük s az sarjadzás útján gyógyult.

Az eltávolított szemgolyó erős kötőszövettől, a cornea a túltengett conjunctivától borított. A bulbus átmérője 15 mm., a szemgolyó és a daganat közt 9 mm.-nyi ép látóidegrész van. A daganat tulajdonképeni átmérőjét, mivel az megrepedt, nem mérhettük meg. A daganattal átmetszetében elülről a látóideg még 10 mm.-re követhető, itt azonban teljesen megszűnik s az idegrostok sem szabad szemmel, sem górcsó alatt nem láthatók többé.

A mikroszkopos metszetek a neurogliaszövet jellemző képét mutatták.

A nagyszámú kisebb kerek sejt sűrű reczét alkot, számos, finom összefonódó nyúlvánnyal; ezenkívül nagyobb, kerek centrális maggal bíró nyúlványos sejtek is láthatók, ezek szintén résztvesznek a recze alkotásában. A daganatban különösen a közepe felé vérzések nyomaként pigmentatio látható. A közepe felé a daganat sejtjei szét vannak tolva s a nyúlványok alkotta

¹ Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1907 december hó 13.-i ülésén.

¹ Goldzieher esetében az opticuson levő daganat hálózatosított nyúlványos sejtekből állott; a daganat buroktól volt körülveve. A retinán górcsó alatt kis gömbsejtes beszűrődés volt látható, talán ez a kép, melyet a szerző nem magyarázott meg eléggé, vezette félre őket.

recze is nagyobb hézagokat tüntet fel. A Weigert-féle neurogliafestés pozitív reactiót adott.

Megjegyzendő még, hogy neurogliához hasonló szövet normálisan is előfordul a látóidegben annak támasztó szöveteként, az idegrostok ebbe beágyazva fekszenek.

Végül legyen szabad főnökömnök, Dollinger professor ő méltóságának hálás köszönetemet kifejezni azért, hogy az eset feldolgozásával megbízott és munkámban támogatott.

Irodalom. Adamük: Archiv f. Augenheilk. Bd. XXVIII. S. 129. — Armaignac: Journal de médecine, 1878. — Braunschweig: Graefes Archiv für Ophthalm. Bd. XXXIX. 3. — Emmamel: Graefes Archiv für Ophthalm. Bd. LIII. 1. — Goldzieher: U. o. Bd. XIX. 3. — Graefe: U. o. Bd. X. 1. — Hessdorfer: Inaug.-Dissert., Würzburg. — Knapp: Amer. ophthalm. Societ., 1879. — Lagrange: Traité des tumeurs de l'oeil, 1904. I., II. — Mauthner-Shott: Wiener Med. Presse, XIX. — Pagenstecher: Graefes Arch. f. Ophth. Bd. LIV. 2. — Straub: U. o. Bd. XXXII. 1.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Grashey: Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder. München, J. F. Lehmann's Verlag. 1908. Ára 22 márka.

A munka a Lehmann-vállalat újabb orvosi könyvsorozatának VI. kötete és mintegy folytatása ugyanazon könyvsorozat V. kötetének: Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen, a melynek szerzője szintén Grashey.

A 152 oldalra terjedő munkának tartalma három részre oszlik. Az első, összefoglaló részben Grashey mesteri ügyességgel körvonalozza diagnostikai ismereteinket x-sugaras képeken és tanulságos rajzokkal gyakoroltatja szemünket a legfinomabb árnyék-nuance-ok felismerésében. Kimerítően ismerteti külön-külön fejezetekben az idegen testek localisatióját x-sugaras képen, a húgy- és epeutak concrementumait, a csontrendszer és az ízületek megbetegedéseit, a veszületett és szerzett deformitásokat, a daganatoknak x-sugaras képeit, a lágyrészeknek kimutatható elváltozásait (Grashey itt Alexander Béla plastikus képeire is utal és kiemeli a lágyrészeknek tökéletes differenciálódását Alexander képein), végezetül pedig a ficzamosodásoknak és töréseknek nagy fejezete nyer szakszerű méltatást. A szövegben Grashey klasszikus rövidséggel pozitív ismereteinket sorolja fel, azonban megfelelő jegyzetekben minden fontosabb diagnostikai kérdés irodalmi részére is utal.

A munka második részében 80 táblán, 240 autotypiában mutatja be az összefoglaló részben méltatott elváltozásokat; látjuk az idevágó legfontosabb sebészeti megbetegedéseknek jellegzetes x-sugaras képeit; a képeket rövid, világos magyarázat és helyenként, a szükséghez mérten vázlatos rajzok is kísérik.

A harmadik rész végül 12 táblán 105 x-sugaras felvétel fényképreproductióját közli; a képek a Neue photographische Gesellschaft (Steglitz-Berlin) eljárása szerint készültek brómezüst-papírosra és a legfinomabb elváltozásoknak éles, tiszta képét nyújtják, szintén a fent részletezett sorrendben.

A szerző dicséretére csak annyit, hogy könyve az x-sugaras diagnostikában úttörő munka és mint ilyen legjobb a maga nemében; Grashey művéből még a szakember is igen sokat tanulhat.

Gergő.

Hirsch: Der Aetherrausch. Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1907.

A szerző az aetherrészség történetét tette kritika tárgyává, hogy elterjedt téves nézeteket küszöböljön ki az irodalomból. Szerinte 1. az aetherrészséget már 1764 óta, tehát jóval régebben ismerték, mint az aethernarcosist; sőt mi több, műtétet is korábban végeztek aetherrészségben, mint aethernarcosisban. Long amerikai orvos 1842-ben mint első végzett aetherrészség mellett kisebb műtétet; az aethernarcosisok szaka csak 1846-ban kezdődött. 2. Az aetherrészség technikáját systemásan John Hooker P. Packard (Philadelphia) 1877-ben képezte ki; az aetherrészség javait és technikáját Packard több közleményben fejtette ki ezen és a következő évben; a megfelelő kritikát Amerikában Weir, Angliában Coppingert írta 1879-ben. Sudeck ismertetései csak jóval később, 1901-ben láttak napvilágot. Gergő.

Lapszemle.

Sebészet.

Az aethergőzők meggyulladását aetherrel altatott betegen észlelte Textor (Eberstadt). A beteg arcán lupusos területet kellett paquelinnel kiégetnie. Noha a szerző óvatosan járt el, az aethermaszkot és aetheres üveget idején eltávolította és az égővel meglehetősen távol (15 cm.-nyire) volt még a betegtől, a beteg erőlyes kilélekzésekor a kilélekzett levegő rövid durranással meggyuladt. A beteg szájából halványsárga láng csapott ki, a mely azonnal elaludt. A beteg nem sérült meg. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1908. 22. szám.)

Gergő.

Genyes folyamatok kezelését újabb szempontok szerint ajánlotta E. Müller és A. Peiser (Breslau) egy előzetes közleményben. Müller és Jochmann vizsgálatai kiderítették, hogy az ú. n. „forró” és „hideg” genyek között lényeges különbség az, hogy a forró tályogból vett geny proteolysises hatású, míg a hideg tályogok genye nem. Ennek az az oka, hogy a forró tályogok genye java-részt polymorphmagvú leukocytákból áll, ezek pedig fehérjét oldó enzimát tartalmaznak; a hideg tályogok genyét ellenben főleg detritus és lymphocyták alkotják, a melyekben proteolysises fermentum nincsen.

A gümös tályogok kezelésekor jodoform-glycerinnel a jodoform chemotaxisosan hat, a tályogba leukocyták vándorolnak be, ezeknek proteolysises fermentuma szövetoldódást okoz és így a tályogoknak még visszamaradt tartalma felszívódhatik. Közelfekvő tehát a gondolat, hogy forró tályogokat meg úgy kezelhetünk czéltudatosan, hogy a túlzott szöveti beolvadást antifermentumoknak mesterséges odajuttatásával gátoljuk meg.

Antifermentative ható ilyen folyadék az emberi vérsavó, az ascites-, hydrocele-folyadék stb.

A fenti elméleti okoskodások gyakorlati értékesítését Peiser kb. 100 esetben kísérte meg Küttner tanár sebészeti klinikáján (Breslau). Peiser közlése szerint a tapasztalat igazolta az elméletet; antifermentum-kezeléssel sikerült a genyedések csökkentése, illetve megszüntetése; a lázas hőemelkedés hirtelen véget ért, gyors elhatárolódás következett be, a genyedő sebek csakhamar feltisztultak, a környezet lobos beszűrődése eltűnt és napok mulva tiszta sarjadzással gyógyult a folyamat.

Peiser szerint antiferment-kezelésre mindazon genyedő folyamatok alkalmasak, a melyek tályogképződésre vezetnek. Legalkalmasabbak azon élesen elhatárolt tályogok, melyeknek falzata sima, mivel az antiferment közvetlen érintkezés folytán hat; ily körülírt, élesen elhatárolt genyedéseket látunk például mastitis és lymphadenitis abscedens eseteiben. Kevésbé alkalmasak az antiferment-kezelésre azon genyedések, melyek diffuse terjednek, mint például a phlegmonék, carbunculusok, panaritiumok, stb.

Végezetül alkalmatlanok — Peiser szerint legalább jelenleg — az antifermentum-kezelésre a csontgenyedések, mivel az antifermentek itt a genyedés fészkeivel közvetlenül és mindenütt nem érintkezhetnek.

A mi a kezelés technikáját illeti, ez egyszerűen abból áll, hogy az illető genyedő gócot feltárjuk és antifermentumos folyadékba mártott gazeccsikat helyezünk beléje. Rendszerint már 24 óra mulva megszűnik a genyedés és tiszta sarjadzás indul meg.

Peiser szerint ezen sebkezelés igazi élettani sebkezelés; a jelzett út a leghelyesebbnek véli a tudományos sebkezelésben. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1908. 17. szám.)

Gergő.

Gümös sipolyjáratok pontos lokalizálására és gyógykezelésére újabb eljárást ismertet E. F. Beck (Chicago). Asepsises kaute-lak mellett bismut-vaselinpastát (Bismuthi subnitri. 30:0, Vaselini alb. 60:0) fecskendez be mérsékelt nyomással a gümös sipolyjáratokba. x-sugaras felvételen a legrejtettebb sipolyjáratok is eredésükig követhetők, úgy hogy ily felvételek Beck szerint a műtét czéltudatosságát nagyban előmozdítják. A bismut-vaselinbefecskendezéseknek egy másik előnye az, hogy a sipolyok genyes secretioja gyakran már néhány nap mulva erősen csökken, ismételt befecskendezésekre pedig és néhány hét mulva a sipolyok záródnak. A gyógyulás okát Beck analog módon magyarázza, mint a Mosetig-

féle jodoformplomba gyógyító hatását: a bismut-vaselintömég hidként szerepel a létrejövő sarjadásoknak s ezeket ismét következő hegszövetképződés váltja fel. (Ztblatt für Chirurgie, 1908. 18. szám.)

Gergő.

A gyomorrák korai tünete B. Przewalski (Charkow) szerint a középső intercostalis tereknek szűkülése a mellkas jobb oldalán. A szerző ezt az izmok reflexösszehúzódásának tekinti, melyet a rákosan elfajult gyomorfallal a jobb n. vagus révén vált ki; esetleg a rami communicantes 4—9 n. spinalium dextr. ad plexum solare reflexizgalma is szerepel. Az intercostalis terek szűkülése tapintással állapítható meg a középső hónaljvonalban. Bárzsingrákban a szerző ezen tünetet vagy mindkét oldalt, vagy pusztán baloldalt látta. (Ztblatt für Chirurgie, 1908. 16. szám.)

Gergő.

A cholecystitis műtévéseinek javalatait Riedel (Jena) újabban nagyon kiterjesztette. Erre azon tapasztalatai kényszerítették, hogy analógiában az appendicitis-műtétekkel, a cholecystitisben is végeredményben a korai műtét a legelőnyösebb: a műtét aránylag könnyű, szövődmények (összenövés, áttörés, az epeutak fertőzése stb.) többnyire hiányoznak, a beteg általános állapota rendszerint jó, a műtéttel pedig útját álljuk sok minden veszedelmes eshetőségnek (az epehólyag áttörése a szabad hasüregbe; epehólyag- és cysticus-kövek vándorlása a ductus choledochusba; epehólyagrák fejlődése stb.).

Riedel főbb következtetései ezek:

1. Az epeköbántalmaknak halálozásáról szóló régebbi statisztikák nem tüntetnek fel helyes számadatokat; igen nagy azon betegek száma, kik heveny, súlyos cholecystitis következményeiben (áttörések a hasüregbe stb.) pusztulnak el a kórházakon kívül.
2. A kinek alkalmá van, hogy több heveny cholecystitist láthat, csakhamar tapasztalja, hogy a heveny cholecystitis az eseteknek aránylag nagy számában súlyos és életveszélyes baj.
3. Távolítsuk el a feszes, többnyire savós-genyes folyadékkal telt epehólyagot mielőtt még megreped, avagy concrementumai a ductus choledochusba kerülnek.
4. Az epehólyag korai kiirtása sikerrel csak a legelőnyösebb körülmények között végezhető (jó nappali felső világítás, ügyes műtő, iskolázott segédlet).
5. Könnyű cholecystitis mellett konzervatív járhatunk el, a míg kórisménk nem absolut biztos; ekkor azonban, és ha a beteg jó karban van, a műtétet kell ajánlanunk, hisz minden pillanatban súlyos cholecystitis-roham köszönthet be. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 22. szám.)

Gergő.

A prostata kétszakaszos kiirtását helybeli érzéstelenítéssel ajánlja Lanz (Amsterdam). Először infiltrációs anaesthesiában (1%-os cocain-oldathoz néhány csepp 1%-os adrenalin-oldatot teszünk; 2—3 pravaznyi oldat elegendő) sectio altát végzünk, a hólyagot drainezzük és rendszeresen mossuk. A műtét második szakát, a transvesicalis prostatectomiát Freyer szerint Lanz 10 nappal reá minden érzéstelenítés nélkül és igen könnyen végezte. A transvesicalis prostatectomia ezen kétszakaszos műtété Lanz szerint csak igen legyengült egyénekben van helyén; erőteljesebb betegeken, kiken különben is lumbális anaesthesia mellett operálunk, nines okunk, hogy a műtétet megoszszuk. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1908. 22. szám.)

Gergő.

Az ujjpercetek töréseit P. Ewald (Hamburg-Altona) következőképpen kezeli. A középső és végső ujjpercetek törésekor legcélszerűbb a ragtapaszszinkötés nyújtott helyzetben. Az alappercetek törésekor azonban a bonezolastani viszonyok (a mm. interossei a proximális törvéget a vola manus felé húzzák; a m. extensor digitorum communis ina pedig merőlegesen nyomja az alapperczet és a tengely irányában dislokálja) Ewald szerint leginkább azon eljárásokat igazolják, melyek a törött ujjat a többi ujjal egyetemben hajlított helyzetben, a tenyérbe tett vattagomoly felett rögzítik. A kéz mintegy ökolbe szorul; a kezlet eleinte nyolcz napig nem bolygatjuk, ettől kezdve hetenként kétszer végzünk gyakorlatokat

a szomszéd ujjakkal. Három hét múlva a törésvégek eltolódás nélkül gyógyultak, s a kéznek működése is tökéletes. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1908. 23. szám.)

Gergő.

A Pirquet-féle cutanreactio értékét sebészi szempontból vizsgálta J. Malis (Basel). Megfigyeléseit Wilms klinikáján tette és tapasztalatai ezek: 1. A cutanreactio a diagnostikának teljesen veszélytelen módszere. A reactio körülírt területen zajlik le, a közérzetet nem zavarja. 2. A vizsgálat megejtését ellenjavallatok nem korlátozzák. 3. Nagyon előrehaladott gümőkóros folyamatok kivételével (legsúlyosabb cachexia esetei) mindenki positive reagál, a ki csak valaha gümösen fertőződött. 4. A cutanreactio oly érzékeny, hogy még inactiv góczokat is jelez. 5. A negativ reactio nagyjelentőségű úgy a körjelzés, mint a prognosis szempontjából; csak gümös fertőzéstől teljesen mentes egyének és igen előrehaladott gümös folyamatokban szenvedők viselkednek negative. 6. A positiv reactionnak gyakorlati értéke nincs. 7. Kezdődő gümőkórban legerősebb a reactio, előrehaladottabb esetekben pedig gyengébb. Ebből egyúttal a bántalom szakára is következtethetünk. 8. Sebészi gümömbetegedésekben általában sokkal kifejezettebb a cutanreactio, mint tüdőgümőkórban. Ez is igazolja, hogy a sebészi gümös bántalmak prognosisa aránylag jobb, mint a gümös tüdőbántalmaké. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 93. köt., 3. f. 1908. május.)

Gergő.

Csípőbántalmakban a trochanter-spinavonal megszerkesztésével újabb diagnostikai segédeszközt nyújt J. Schoemaker (Haag). Mindkét trochanter maior csücsától egyenes vonalat húzunk a spina ant. sup. ossis ilei széléhez és ezen túl a középvonalig; ezen vonalat Schoemaker trochanter-spinavonálnak hívja. A trochanter-spinavonal a középvonalat vagy a köldök magasságában éri el, vagy 1 cm.-rel felette avagy alatta, a mi a köldöknek változó helyzetétől függ. Mindenesetre normális viszonyok mellett a két trochanter-spinavonal a középvonal egy pontjában találkozik, míg ellenkező esetben, azaz ha a Schoemaker jelezte két vonal egymást a középvonalban nem éri, az egyik vagy másik trochanter maior viszonya a megfelelő spina ant. sup.-hoz változott. Schoemaker szerint ezen mérés mindazon esetekben értékesíthető, a melyekben a Roser-Nélaton-féle vonal; előnye, hogy a beteg vizsgálata kiméletesebben eszközölhető, a trochanter-spinavonal megszerkesztésekor a beteg nyugodtan hanyatt fekszik, a medenczét forgatnunk nem kell. (Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie. 19. kötet, 3. és 4. füzet. 1908.)

Gergő.

A tracheobronchoscopiáról ír Chevalier Jackson, 17 esetben végezte ezt oly esetben, melyben csakugyan volt idegen test. És pedig 8-szor felső, 2-szer alsó bronchoscopiát, 7-szer tracheoscopiát végzett; az idegen testet csupán 3 esetben nem sikerült eltávolítania, 7 tracheoscopia és 7 bronchoscopia sikeres volt, pedig több ily esetben igen nehéz viszonyok állottak fenn, pl. a bronchus falába beékelte tü. Az idegen test előzetes pontos localisatiojára a radioscopiát is felhasználja. (Annals of surgery, 1908. III.)

Pólya dr.

A heveny gyomordilatatorról és arteriomesenterialis ileusról ír W. B. Laffer, 4 általa észlelt s az irodalomból vett 217 eset kapesán. A betegek közül 135 (63.5%) meghalt, 77 meggyógyult, 5 eset kimenetele ismeretlen. Az esetek közül 97-ben (38.2%) műtét után támadt az ileus és pedig legtöbbször 3—4 nappal a műtét után; de vannak esetek, melyekben az ileus közvetlenül a műtét után kezdődött, míg mások, a melyekben csak 2 héttel utána. 17 esetben sérülések, 40 esetben különféle betegségek (legtöbbször pneumonia) kapesán támadt az acut gyomordilatatio, 11-szer a gerinceoszlop különféle elgörbülése volt jelen, 5-ször typhus utáni reconvalescentia folyamán jelentkezett a betegség, 20 esetben excessiv mennyiségű és emészthetetlen étel élvezete, 4-szer nagy mennyiségű folyadék ivása, 4 esetben a gyomornak gázokkal való hirtelen megtelése (Seidlitz-por bevétele, gyomorfelfúvás) volt a betegség kiindulási pontja, néhányszor mérgezéssel (natrium salicylicum, morphin, opium, veronal), lelki izgalmak-

kal hozták összefüggésbe. A betegség keletkezésének módja kétféle tisztázva nincs. Az experimentális, klinikai és kórboneczolástani adatok a mellett látszanak a szerző szerint szólani, hogy a primaer ok bizonyos beidegzési zavar, mely a gyomoridegek agybeli vagy gerincvelői centrumaiból indul ki. A duodenum compressioja a mesenterium gyökere által bebizonyítva nincs.

A diagnoszt a nagyfokú gyomortágulás, nagymennyiségű zöld folyadék hányása, nagy szomjúság, rapid pulsus, fokozódó collapsus s e mellett csekély abdominális érzékenység jelenléte adja meg. A diagnoszt a gyomorba vezetett szonda, mely ott nagymennyiségű folyadék jelenlétét mutatja ki, teszi bizonyossá.

A therapia ismételt gyomormosás, melyet végezni kell akkor is, ha a beteg már moribundnak látszik. Ezenfelül konyhasó-infúziók, tápláló klysmák; a szájon át semmiféle ételt vagy italt sem szabad adni. (Annals of surgery 183—184.) Pólya dr.

Trichinákat talált alajkarcinómában E. A. Babler. Az irodalomban még 2 hasonló eset van ismertetve: egyszer ugyan csak alajk-, egyszer pedig emlőrákban találtak trichinát. A daganat klinikai megjelenésében feltűnő volt az ajak szerfelett erős megduzzadása a kis daganathoz képest. (Annals of surgery, 1908 március.) Pólya dr.

A choledochus retroduodenális részében fekvő kövek eltávolításáról ír G. Connel. Egy esete kapcsán, melyet transduodenális choledochotomiával szerencsésen meggyógyított, főleg e műtétet foglalkozik s az irodalomból 77 ily módon operált esetet állít össze. Ezek közül 10 halt meg és csak 2 duodenális fistula folyamán. 7 esetben (a szerzőben is) sikertelenül lett előzőleg megkísérelve a duodenum mobilizálása retroduodenális choledochotomia céljából. Az ily módon eltávolított kövek közt galambtojásnyi is volt. (Annals of surgery, 184. sz.) Pólya dr.

Bordasérülés nélkül létrejött tüdőrupturát ír le R. G. le Conte. A súlyos collapsus és a bal mellkas felett kimutatható pneumothorax alapján azt vették fel, hogy abdominális vérzés és diaphragmaszakadás van jelen és a gyomor a mellűrbe toltult elő. Ezért laparotomiát végeztek, mely meggyőzte őket arról, hogy ilyesmi nem főrogoz fenn. A pneumothorax spontán felszívódott s a beteg meggyógyult. (Annals of surgery, 1908 március.) Pólya dr.

A jejunum irányáról gastroenterostomia eseteiben ír Moynihan. Mint Mayo, ő is az odavezető kacsot elkerüli az által, hogy a közvetlen a flexura duodenojejunalis alatt levő jejunumrészletet választja az anastomosisra s a nyílást a gyomron és bélben igen hosszú és vertikális irányban készíti. Míg azonban Mayo szerint a jejunumkacsnak bal felé és lefelé kell vonulnia, Moynihan szerint ez irrelevans, mert ő jobbra és lefelé szokta helyezni a jejunumkacsot és regurgitációt ezután mégsem látott. Az egyedül fontos szerinte mindennemű torsio elkerülése a varrás alkalmával. (Annals of surgery, 1908 április.) Pólya dr.

A rák kórjelzése a mikrococcus neoformans specifikus reactiojával. Doyen a „Société de biologie“ egyik legutóbbi ülésén azokról a vizsgálatairól számolt be, a melyeket a rákos betegek vérsavójának specifikus anyagairól végzett. Ez anyagok úgy a complementkötés, mint az agglutinatio révén különlegesen hatnak a rákos daganatnak és a mikrococcus neoformans tenyészetének kivonataira, illetve a fiatal tenyészetre. Ezek alapján az esetek többségében a complementkötés, agglutinatio és az opsoninindex meghatározása útján a rák kórjelzése lehetséges lesz. (Semaine médicale, 1908. 20. sz.) Ország Oszkár dr.

Az emlőrák kiirtásának technikájáról írva, R. H. M. Dawbarn a következő pontokra hívja fel a figyelmet:

1. Próbaeisiót végezzünk, ha a diagnoszt nem teljesen biztos, mert nem egyszer chronikus vastagfalú tályog az emlőrák képét adja.

2. A kiirtást mindig az axilla felől kezdjük meg.

3. Az eltávolított pectoralis pótlására a deltoides egy részletét a pectoralishoz a claviculán visszahagyott rövid csontjához varrja.

4. A beteg oldalon levő kart háromszögű sín és ragtapaszok segítségével addukált helyzetben köti le, úgy, hogy a tenyér a tarkóra jut, szemben az általános szokással, mely addukált és a testhez szorított állapotban rögzíti a felkart; ily módon szerinte a kar sokkal hamarabb válik használhatóvá.

5. A transplantatio és a bőr kiterjedt felpraeparálásának elkerülésére a bőrben számos apró felületes metszést ejt, a mi által a bőr igen nyúlékonyává válik. (Annals of surgery, 1908 március.)

Pólya dr.

Az ismétlődő mellűregbeli izzadmányok kezeléséről tartott előadást Vaquez a párisi „Académie de médecine“ május 26.-i ülésén. Nagyon dicséri a gáz-befecskendezést a mellűregbe az izzadmányok kibocsátása után. Az eljárás különösen gümőkóros eredetű sero-fibrinosus izzadmány eseteiben válik be, főleg ha már az első ismétlődéskor igénybe vesszük. De azért gyakori ismétlődés után is sokszor jó eredményre vezet, a mint ezt már 6 év előtt közölt első esete is bizonyítja, a melyben körülbelül négy hetes időközökben 12-szer kellett megismételni a punctiót; a 13. punctio után sterilizált levegőt fecskendezett be s ekkor csak 3 hónap múlva állott be a recidiva; a 14. punctio után, a melyet szintén levegőbefecskendezés követett, végleges lett a gyógyulás. Tüdőrák okozta véres mellűrtaizzadmány két esetében szintén volt némi palliativ haszna az eljárásnak; az egyik esetben az izzadmányképződés véglegesen meg is szűnt. Genyes exsudatum esetén is néha eredményes az eljárás. Gáz gyanánt legjobb a nitrogent használni, mert nagyon lassan szívódik fel s így hosszabb ideig gyakorolhatja a mechanikai hatását, a melyen az egész módszer tulajdonképpen alapszik. Általában fél annyi gázt kell befecskendezni, mint a mennyi folyadékot kiürítettünk. A gáz-bevitel kombinálása adrenalin-befecskendezéssel, a melyet Barr ajánlott, az előadó szerint nem ad jobb eredményt, mint az egyszerű nitrogen-befecskendezés.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gummiikeztyűk fertőtlenítésére Veit szerint a sublimat-oldatba mártás nem elegendő. Hogy csakugyan sterilek legyenek, vagy ki kell főzni őket, vagy pedig a kézre felhúzára 5 perczig mosni szappannal és vízzel és utána sublimat-oldattal leöblíteni vagy 1 perczig 20%-os formollal (8%-os formaldehyddel) ledörzsölni. (Verein der Aerzte in Halle, Sitzung vom 4. März 1908.)

Gáz-phlegmone három súlyos esetét gyógyította meg Mac Arthur salicylsav-befecskendezéssel. A kóros terület körül fecskendezett be 30—50 helyen melegen telített alkoholos salicylsav-oldatot megmelegített fecskendő segítségével. (La semaine médicale, 1908. 5. szám.)

A decubitus gyógyítására új módot ajánl Teller. A módszer lényege az, hogy a fekély széleinek masszálása segítségével verőeres bővértséget idézünk elő s ily módon javítjuk a bőr táplálkozásának viszonyait. Természetesen minden esetben, a melyben a beteg állapota miatt decubitus fejlődésére van kilátás, a legnagyobb gonddal ügyelünk arra, hogy a veszélyeztetett helyet a nyomás alól lehetőleg felszabadítsuk (helyzetváltoztatás, lég- vagy vízpárna stb.), s a nyomott helyeket rendkívül tisztán tartsuk, naponként többször alkohollal ledörzsöljük. Ha már vannak kis epidermis-sérülések és nedvedzés indul meg, szárító porokhoz (dermatol, xeroform, orthoform) vagy még szélszerűbben a Lassar-pasztárhoz folyamodunk, mint a mely szárító hatása mellett a bőrt puhává teszi. A mikor már a fekélyképződésig jutott a dolog, aluminium acetikum- vagy hydrogensuperoxyd-oldatba mártott mull-darabakkal töltjük ki a fekély alapját és megkezdjük a fekély széleinek masszálását olyan módon, hogy a fekélynek egész környékét vastagon befedjük Lassar-pasztárral s a jól fertőtlenített kéz mutatójával enyhén dörzsöljük a fekély széleit 2—10 perczig. A massage után újból Lassar-pasztát alkalmazunk; ha még nagyfokú a szétesés, aluminium acetikum- vagy hydrogensuperoxyd-oldatba mártott mull-kompresszeket teszünk a fekély alapjára, ha pedig némileg már megtisztult a fekély alapja, vékony rétegben dermatollal hintjük be, az egész beteg területet vékony réteg hydrophil-mullal befedjük,

vigyázva, hogy a mull ne vessen ránczokat, a mullra vékony réteg vattát, majd pedig Billroth-battisztot helyezünk s az egészet ragasztó-tapasz-csikokkal rögzítjük. Ezt a kötést naponként megújítjuk. Ha csak lehetséges, $\frac{1}{4}$ —2 óráig tartó meleg (30—35 C° hőmérsékű) fürdőt is használtat a szerző másodnaponként. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 19. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 24. szám. *Kiss Gyula*: A desinfectio elméletben és gyakorlatban. *Buday Kálmán*: A gyomor verőereinek sclerosisáról.

Orvosok lapja, 1908. 24. szám. *Pápa Arnold*: Conservative kezelt, gyógyult inversio uteri esete. *Tafner Vidor*: A modern vérvizsgáló eljárások.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 24. szám. *Kéty László*: 1. Az elektrálgol therapiái értékéről. 2. A pyramidon értékéről a typhus abdominalis kezelésében. „Szemészeti lapok” melléklet, 2. szám. *Schütz Aladár* és *Vidék Rikárd*: A cutan és subcutan tuberculinpróbák értékeléséről, néhány megjegyzéssel az exsudatív jellegű szembajok összefüggéséről a tuberculosissal.

Vegyes hírek.

In honorem professoris J. Dollinger. Jelen számunk a szokottnál jóval nagyobb terjedelemben jelenik meg azon nagyrészt sebészeti tartalmú cikkek révén, a melyeket Dollinger tanárnak volt és mostani tanítványai ajánlanak fel mestertüknek azon alkalommal, hogy tíz éve mult el annak, hogy átvette a budapesti egyetem I. sz. sebészeti klinikájának a vezetését, s huszonöt éve, hogy a magántanári képesítést megkapta. Teljes szívvel esatlatkozunk mi is az ünnepléshez, s jó kívánságaink nyilvánítása mellett kérjük Dollinger tanárt, őrizze meg lapunk részére ezentúl is azt a jóindulatot, melyet irányában eddigelé tanusított.

* * *

Kubinyi Pál dr. poliklinikai főorvos június 1-étől VIII., Reviczky-utca 7. szám alatt lakik.

Fürdők látogatottsága. *Bikszád* (június 9.) 148; *Pöstyén* (június 16.) 4029; *Tátrafüred* (június 16.) 804; *Lipik* (június 18.) 1176.

Meghalt. *Kustár Gyula* dr., Ds város főorvosa. — *Garzó Aladár* dr., dunaszerdahelyi járásorvos 52 éves korában.

Választás. *Bródy Sándor* dr.-t Tiszakürt és Inoka községek orvosává választották.

Jubileum. *Kaufer Móricz* dr. főorvost a pécsi közkórház orvosi kara a napokban meleg ovációkban részesítette orvosdoktori oklevele elnyerésének 25. évfordulója alkalmából.

Kinevezés. *Hackel Sándor* dr.-t az ungvári közkórház főorvosává, *Bechnitz Sándor* dr. ujaradi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Edenburg Ábrahám* dr. máramaroszi orvost államvasúti orvostanácsadóvá nevezték ki.

A budapesti egyetem II. szülészeti klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét májusban 102 esetben vették igénybe; a műtétek száma 61 volt.

Budapesti tisztiorvosi vizsgálatok eredménye. Az 1908. évi május hó 24.-étől 30.-áig Budapesten megtartott tisztiorvosi vizsgálatokon a következő orvosok képesítették: *Balogh Ernő* kórházi orvos Budapest. *Balogh József* körorvos Ráczpetre. *Bergstein Emil* bábaképezdei gyakornok Budapest. *Brünner József* községi orvos Alsólendva. *Diósszilágyi Sámuel* kórházi segédorvos Budapest. *Gludovitz Károly* kórházi segédorvos Budapest. *Goldner Viktor* kórházi segédorvos Budapest. *Gross Vilmos* körorvos Bánokszenyörgy. *Grósz Gyula* állami kórházi másodorvos Pozsony. *Illési Aladár* kórházi orvos Budapest. *Ittu Miklós* magánorvos Budapest. *Jung Géza* műtőnövendék Budapest. *Kertész Mór* magánorvos Gyergyószentmiklós. *Koronczay József* magánorvos Székesfehérvár. *Kovács Ödön* kórházi segédorvos Budapest. *László Károly* községi orvos Izsák. *Oppenheimer Zsigmond* magánorvos Zólyom. *Pap Izidor* kórházi segédorvos Budapest. *Russay Andor* körorvos Rakamaz. *Schlegl László* kórházi segédorvos Budapest. *Schwarz Jenő* magánorvos Lovasberény. *Szöke Gyula* községi orvos Komádi. *Szűcs Illés* magánorvos Budapest. *Turán Géza* műtőnövendék Budapest. *Ursziny Gyula* bányaorvos Putnok. *Werner Pál* kórházi orvos Budapest. *Winter Ferenc* elmekórtani klinikai gyakornok Budapest. *Zsigmondy Zoltán* kórházi orvos Budapest.

A „Fehér Kereszt” gyermekórház napi ápolási díjának felemelése. A belügyminister a budapesti nyilvános jellegű „Fehér Kereszt” gyermek-

kórház napi ápolási díját 1908. évi június hó 1-étől kezdődő hatálylyal, 2 K 50 fillérre emelte fel. (66,745/1908. B. M. szám.)

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetemen. Megválasztottak: Az I. sz. sebklínikához: *Holzwarth Jenő* dr. I. tanársegédnek, *Gergő Imre* dr. II. tanársegédnek, *Dumitreanu Viktor*, *Klekner Károly*, *Tóthfalussy Imre* és *Uray Vilmos* dr.-ok díjazott, *Czúkor István*, *Hirsch Hugó*, *Láng Adolf*, *Makai Endre* és *Uray Vilmos* dr.-ok díjtalan műtőnövendéknek. A II. sz. sebklínikához: *Bradách Emil*, *Fáykiss Ferenc*, *Parassin József* és *Obál Ferenc* dr.-ok díjazott, *Czabolasz Béla*, *Fonyó János*, *Mutschenbacher Tivadar*, *Safranek János*, *Dörner Dezső*, *Kubiss Ágoston*, *Murányi Károly* és *Olle Imre* dr.-ok díjtalan műtőnövendéknek. A II. sz. női klínikához: *Scipiadés Elemér* dr. I. tanársegédnek, *Mansfeld Ottó* dr. II. tanársegédnek, *Frigyesi József* dr. poliklinikai tanársegédnek, *Schmidlechner Károly* dr. díjtalan tanársegédnek (meghosszabbítás), *Süsz Ferenc* dr. díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. anatómiai intézethez: *Nagy László* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás). A II. sz. belklínikához: *Kéty László* dr. egyet. magántanár adjunktusnak (meghosszabbítás). Az idegklínikához: *Herzog Ferenc* dr. I. tanársegédnek, *Lichtenberger Béla* dr. díjas gyakornoknak (mindkettő meghosszabbítás). A bakteriologiai intézethez: *Lénárd Vilmos* díjtalan gyakornok-helyettesnek. A fogászati intézethez: *Massanek Gábor* dr. díjtalan gyakornoknak. A fülszeti intézethez: *Ziffer Hugó* dr. díjtalan tanársegédnek.

Kisebb hírek külföldről. Az edinburghi egyetemen a sebészet rendes tanárává a nemrég elhunyt Annandale tanár helyébe *Fr. M. Caird* dr. kórházi főorvost nevezték ki. Az új regius professor Lister egyik kedvenc tanítványa volt. — A glasgowi egyetem belorvostani tanszékét *S. Gemmel* dr. nyerte el. — Charkowban *Penski* dr. a sebészet rendes tanára lett. — Moszkvában nemrég egy nőt képesítették magántanárrá a szövettanból: *Vjera Dantsakova* asszonyt. — *Payhaubert* dr.-t a gyermekorvostani klínika igazgatójává nevezték ki Bordeauxban. — *H. J. Hamburger* groningeni tanár, az ismert physiologus, június 4.-én ülte 25 éves orvosdoktori jubileumát, a mely alkalommal a „Biochemische Zeitschrift” testes ünnepi kötetet adott ki.

A syphilis gyakorisága a különböző államok hadseregében: Poroszország 5.7 %/00, Belgium 6.7 %/00, Franciaország 6.8 %/00, Bajorország 9 %/00, Oroszország 12 %/00, Olaszország 13 %/00, Románia 16 %/00, Ausztria 19 %/00, Angolország 75 %/00.

Parabismuth. Bismuthfehérje-készítmény 50% bismuthtartalommal. Enteritis, dyspepsia, gyomorfekélyek, typhusos vérzéseknél, tbc. és nyári hasmenéseknél. Kötő adstringens és béldesinficiens. A gyomrot nem bántja, csak a belekben hasad. Adagja felnőtteknek 3—4 × 1—1 gm., gyermekeknek megfelelően kevesebb.

Vízgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. — Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szén-savas fürdők. — Állandó orvosi felügyelet. — Rendelő orvos: *Dr. Jakab László*. Mérekkelt árak. — Kíváncra prospektus. — Telefon.

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet

gyógyfürdő Szepes megyében fonyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Dietetikus konyha stb. Olcsó árak. Fürdőorvos: *Dr. Groó Béla* Budapestről.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

ERDEY Dr. Sanatoriuma

Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Kopits Jenő dr. testgyógyintézetét VIII., Gyöngygyűt-utca

14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM

az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholista, morphinista számára. Vezető orvos *Salgó Jakab* dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. — Prospektus. — Sürgöny: Budapest. — Telefon 79—72. — Posta Rákospalota. 4895

Orvosi laboratórium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd.

Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Dr. Turán Bódog

május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales”).

Dr. RINGER

elme- és kedélybeteg gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I. ker., Lenke-út (kelepföldi villamos megálló)

Dr. SIPOS DEZSŐ

rendel KARLSBADBAN Markt „Haus 3. Ringe“.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése. (Budapest, 1908. május 29—31.) 487. l. — A német sebésztársaság XXXVII. congressusa. (Berlin, 1908. április 21—24.) 488. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (II. ülés 1908. március 26.-án az izraelita kórházban.) 490. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IV. bemutató szakülés 1908. március 11.-én.) 491. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 492. l.

A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése.

Budapest, 1908. május 29—31.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

Harmadik tudományos ülés május 30-án d. e. 9 órakor.

Ezen nap vitakérdése **Pólya Jenő** referatuma volt az *epeutakon végzett műtétekről és javadataikról*.

Bő irodalmi tanulmányok nyomán és saját anyagának felhasználásával behatóan foglalkozott a műteti technika kérdésével; ismertette mindazon eljárásokat, melyek rendelkezésünkre állanak; kifejtette szorgalmas statisztikai összeállítások kapcsán a gyógyeredményt és az elért eredmények alapján az epekövek műtévéseinek javadatait következőkben foglalta össze:

a) *Operálni kell az epeköveket okvetlenül és sürgősen*, ha hashártyagyulladás vagy sepsis fenyeget avagy már beállott; chronikus esetekben, ha a choledochuskő jelenlétét akár az elhúzódo sárgaság, akár pedig ennek hiányában is az elhúzódo fertőzésre valló jelek (intermittens láz, rázóhidegek, lesoványodás) mutatják.

b) *Operálni nem szabad* acut eseteket, ha a roham lezajlása várható, és chronikus eseteket, ha a rohamok ritkán jelentkeznek, nem súlyosak és a szakavatott belorvosi (diéta, gyógyszeres, balneoterapiás) kezelés tartós sikert tud felmutatni.

c) *Operálni nagyon ajánlatos* oly esetekben, a melyekben a rohamok és egyéb nehézségek a belorvosi kezelésnek nem engedve, gyakoriságukkal és súlyosságukkal az egyén keresetkéességét, egészségérzetét tartósan tönkreteszik, idegrendszerének épségét aláássák, avagy a melyekben az epehólyagnak irreparabilis anatómiai elváltozásai (hydrops, empyema) mutathatók ki.

Pólya saját gyakorlati tapasztalatai 47 esetre vonatkoznak; mint **Herczel** tanár segédje 11 beteget, mint a szt. Margit-kórház rendelő orvosa 36 egyént operált epekőbaj miatt.

Pólya előadásával kapcsolatban **Tanárky Árpád** (Szekszárd) *epehólyagrúknak cholecystectomiával gyógyult esetéről* számolt be; esete annyiban érdekes, hogy a **Courvoisier** leírta hydrops intermittens vesicae felleae sajátosságos tünetét mutatta. Az intermittáló hydrops okát a műteti autopsia eléggé magyarázta: a hólyagnyakon carcinomaült és a hólyagban 80 epekövet találtak. A beteg különben az epehólyag kiirtása után gyógyult.

Lumnitzer József (Vöröskereszt-kórház) *epekő-ileus operált és gyógyult esetét* mutatta be.

A referatumba elsőnek **Herczel Manó** (Rókus-kórház) szolt hozzá. Saját műteti eredményeit ismertette, s ezen anyag segélyével egyfelől megállapította azt, mi az oka a különböző statisztikák nagy eltéréseinek, másfelől megindokolta álláspontját a műteti eljárás megválasztásában és a műteti technika kérdésében. Összes esetei (187) en bloc 20.5% mortalitást tüntetnek fel, a tiszta köesetek 19.71%-ot. E számok körülbelül megfelelnek **Kümmell** adatainak (20.9%) és közel állanak **Kehr**-éihez (16.7%).

Sajnálja, hogy az idő és körülmények miatt nem lehetett eseteiben — mint azt **Kehr** teszi — a tiszta és nem tiszta eseteket szétválasztani, mert így bizonyára könnyen lehetett volna a tiszta esetekben 3—4% halálozást kimutatni. Hangsúlyozza azonban, hogy e szétválasztás meglehetősen önkényes. Legnagyobb a choledochotomiás és cholecystostomiás esetek halálozása; a cholecystostomia mortalitása háromszor nagyobb, mint a technikailag sokkal nehezebb cystectomiáé. **Herczel** utal arra, hogy nálunk olyan esetekben is, melyeket cholangioitis nem komplikált (pl. egyszerű hólyagkövek), aránylag sokkal súlyosabb esetekkel van dolgunk, mint a külföldön, a hol aránylag csekély anatómiai elváltozás miatt is gyakorta történik beavatkozás. Cystostomia alkalmával alig látott olyan hólyagot, a melyben az epehólyag kóros elváltozása nem indikálta volna a cystectomiát.

A maga részéről úgy a recidiva, mint más utólagos nehézségek (adhaesiók) elkerülése szempontjából a cystostomia helyett a nem sokkal nagyobb beavatkozást tevő cystectomiát ajánlja, annál is inkább, mivel az utókezelés egyszerűbb, a gyógyulás gyorsabb; egyszerű esetekben a **Witzel**-féle eljárás szerint a hasüreget is zárni lehet.

A choledochotomia után föltétlen hiva a hepaticus-drainagenak nemcsak azért, mert rendesen heteken át lázas, fertőzött beteg kerül műtetre, de mert még az egyszerűbb esetekben is jobban biztosítja a drainage úgy a recidivamentességet, mint a közvetlen gyógyulást.

Acut choledochus-elzáródáskor a műtétet mellőzendőnek, sőt veszélyesnek tartja, mivel az epeutakban foglalt kőnemző csirák a leggondosabb felügyelet mellett is fertőzhetik a hasüreget.

Végül *cholangioitis acutissima* esetében határozottan sürgeti az operálást; ilyenkor a sepsis jelei birják arra, hogy sürgősen operáljon s ne várjon a **Kehr** és **Körte** által megszabott 2—3 hónapig. Ily jelek: rendkívül magas lázak remissiók nélkül, vagy ha remissiókkal, akkor gyakori rázóhidegekkel; a sensorium zavart volta; száraz nyelv, szapora, kicsiny, könnyen elnyomható pulsus; elesettség, esetleg sárgaság nélkül is. A várakozás a beteg erőinek végleges leromlására vezet. **Herczel** specializált műtéteinek statisztikai eredményéről 2 táblázatban számolt be.

Herczel után **Ádám Lajos** (szt. István-kórház) *Hülll* főorvos eljárását ismertette az epehólyag bajainak műtévésekor.

* * *

Ezután az általános sebészet körébe tartozó előadások következtek.

Fáykiss Ferencz (II. sz. sebészeti klinika), a *verőérvarratokról* értekezett. A kérdés történelmének ismertetése után fejtegette ezen varratok javait, valamint a II. sz. sebészeti klinikának az utolsó években ez irányban tett tapasztalatait. Tanulmányához 71 klinikai esetet gyűjtött össze, közöttük 17 körkörös egyesítés szerepelt; **Fáykiss** a sikerült verőérvarratok számát az emberben 55-re teszi.

Klekner Károly (I. sebészeti klinika) *aneurysma racemosum* 3 esetét közölte, melyeket **Dollinger** tanár operált. Mindhárom esetben a daganat székhelye a fej volt; a vérzés prophylaxisos csillapítására egy esetben a carotis externa egyoldali lekötése a fej lágyrészeinek bő anastomosisa miatt elégtelennek bizonyult, ezért **Dollinger** tanár a daganat környékét visszaöltő varratokkal ölti körül. Ha a daganatot fedő bőr ép, a daganat a bőralatti kötőszövetből kihámozható; ha ellenben a daganatot fedő bőr helyenként megvékonyodott, esetleg kifekélyesedett, **Dollinger** tanár a daganatot a bőrral együtt távolítja el. A keletkezett anyaghülyt a sebselek összehúzásával avagy transplantatioval fedhetni.

Klekner szövettani vizsgálatai szerint a daganat a hajszálerek burjánzásából indul ki és ehhez a gyűjtőerek, majd később a verőerek tágulása szegődik.

Hülll Hümér (szt. István-kórház) az *arteria és vena femoralis varratáról* szolt esetek kapcsán.

Az érvarratok körül támadt vitában **Lobstein Leo** (Munkásbiztosító pénztár) hangsúlyozta, hogy a *verőerek körkörös egyesítésekor fontos* az asepsisnek leggondosabb keresztülvitele, az érfal mindhárom rétegének felölelése legfinomabb selyem-varrattal és végezettel ügyelnünk kell arra, hogy a csomók mindig az adventitis felszínre essenek. **Lobstein** az érvarratokat **Schiller Károly**-lyal együtt állatkísérletekkel tanulmányozta.

Boross József (Szeged), **Chudovszky Mór** (Sátorlaj-Újhely), **Róna Dezső** (Baja) és **Makara Lajos** (Kolozsvár) hozzászólásukban részben analog kóreseteket ismertettek, részben az érvarratok technikáját fejtegették.

Gergő Imre (I. sebészeti klinika) előadásában a *proteolysis-reactio* értékét bírálta sebészi bántalmakban az elkülönítő körjelzés

szempontjából. Vizsgálatai 180 esetre terjednek, főbb következtetései ezek: 1. A gümös tályogok genye, ha kivételes eset nem forog fenn, mindig negativ reactiót ad. Ily kivételes eset a kezelés jodoform-glycerinnel, a sipolyképzés és a másodlagos fertőzés. 2. Nem gümös eredésű genyedésekben, tehát az összes heveny genyedésekben, kifogástalan technika mellett a proteolysis-reactio mindig positiv.

A proteolysis-reactio eredményét a cytologiai lelet teljesen fedi. Mivel azonban a proteolysis-reactio megejtése külön cytologiai és bakteriologiai ismereteket nem igényel, a vizsgálat különben is igen egyszerű és könnyen végezhető, Gergő szerint a proteolysis-reactionnak feltétlenül megvan a maga gyakorlati értéke.

* * *

Végül a részletes sebészet körébe tartoztak a III. tudományos ülés következő előadásai: Ónodi Adolf (Budapest) az orrbajok okozta agyszövődményekről, tüneteikről és sebészi gyógykezelésüknek eredményéről tartott előadást; ezen kérdést saját értékes vizsgálatainak és észleléseinek alapján, továbbá számos igen szép ábra kíséretében világította meg.

Herczel Manó (szt. Rókus-kórház) sacralis (coccygealis) úton végzett 82 végbélműtétről a következőkben számolt be: A betegnek a műtetre való előkészítésekor a bél kiürítendő, nehogy a pangó nagymennyiségű híg bélsár a sebet fertőzze; nem laxál ott, a hol a lumen a nem teljesen circuláris fekélylyel szűkítve nincs, mert a kemény beltartalom kevésbé fertőz. Anus praeternaturalis készítése a végbélkiirtás előtt szükségtelen és alkalmatlan, tisztán csak az inoperabilis esetek palliatív műtete gyanánt jöhet számba. A daganattal együtt a bélnek lehetőleg nagy ép részlete is eltávolítandó. Resectio esetén a bélesonkok körkörös varrata végzendő, a mi a műtét idejét lényegesen hosszabbá, a fertőzés lehetőségét határozottan nagyobbá teszi. A műtét technikát illetőleg az utóbbi időben csak a műtétnek eredeti, Kochertől származó módja szerint jár el, azaz csupán a farkson resectióját szokta végezni, magasan ülő daganat esetén pedig a Pólya-féle műfogást alkalmazza.

Ha a m. sphincter ani meglehetősen ép, a bél-continentia megtartása végett a Hochenegg-féle áthúzási eljárást használja. A műtét befejezése után steril gazetamponade és az esetleg megnyitott peritoneum bevarrása biztosítja a zavartalan gyógyulást.

Az anus sacralis functionális eredménye sokszor elég jó, ha a continentia nem is teljes. Elég jó a continentia a Billroth-féle felvarrás vagy a Rotter-féle bôralatti áthúzás után; de ezeket csak hosszú, jól táplált csomókokon alkalmazhatni.

Herczel tanárnak érdekesebb statisztikai adatai a következők: műtét halálozás 14·6%; három éven túl gyökeresen gyógyult a betegeknek 69·4%-a; ma is él, tehát véglegesen gyógyult a betegeknek 48·9%-a.

Herczel előadásához Manninger Vilmos (új szt. János-kórház) szólt hozzá, technikai kérdéseket fejtegetve.

Nagy Kálmán (I. sebészeti klinika) az aranyeres végbélcsonoknak műtét eredményeit ismertette az első sebészeti klinikának 110 Whitehead-féle műtete kapcsán. Behatóbban érintette előadásában a nodusok kôrtanát, szövettanát és műtét kezelését; a műtét későbbi eredményéről 50 utánvizsgált betegen szerzett felvilágosítást. Az utóbajok igen ritkák; ilyen az incontinentia, a végbélszűkület, a végbélelőesés. Ezen szövődmények mind elkerülhetők, ha kiméljük a sphinctert, ha pontosan és feszülés nélkül egyesítjük a nyálkahártyát a bôrrrel, szóval a sebszéleknek tapadását per primam biztosítjuk.

Hozzászólásában Fischer Aladár (Munkásbiztosító pénztár) a csomók galvanocautikai eltávolításának előnyeit fejtegette; Manninger Vilmos (új szt. János-kórház) pedig a csomóműtétek megválasztásakor individualizálást ajánl.

Borszék Károly (II. sebészeti klinika) kizárt köldöksérven invaginált és reszekált beldarabot mutatott be. A készítmény 57 éves nőbetegből való; 20 év óta fennálló köldöksérve 2 nappal a műtét előtt kiszorult; mivel a desinvaginatio nem sikerült, bélresectiót végzett. Betege 3 hét múlva gyógyultán távozott. Az invaginációt kocsanysos bélpolypus indította meg.

Haberern J. Pál (szt. Rókus-kórház) a cseplesz gyuladással daganatának esetéről számolt be, 50 éves földmivesben 6 héttel a lágyéksérvműtét után emberfejnyi resistentia fejlődött a műtét

helyén. A műtétkor Haberern a sarkomának tartott daganatból egy darabkát szövettani vizsgálat céljából kivágott. A histologiai lelet szerint a kiirtott szövet sarjrészekből állott.

Négy héttel később a daganat tájékán hullámzás támadt, a bemetszés helyén kávéskanálnyi sűrű geny ürült, melyből staphylococcusok tenyészték ki. Azóta a daganat folytonosan kisebbedett, s 1/2 évvel később teljesen eltűnt. A lobos szövet képződésének okát Haberern biztossággal nem adhatja; lehet, hogy az első műtétkor használt selyem volt az oka a fertőzésnek, de lehetséges, hogy az akkor végzett cseplesz-resectio alkalmával a cseplesz csomkjának fertőzése adta az alkalmat ezen sajátságos gyuladással daganat képződésére.

(Folytatása következik.)

A német sebésztársaság XXXVII. congressusa.

Berlin, 1908 április 21—24.

Ismerteti: Gergő Imre dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

Rovsing (Kopenhagen) a gyomorvizsgálat új módját, az ú. n. közvetlen gastroskopiát (gastroskopia directa) ismertette; ennek segítségével a gyomrot jól áttekinthetjük és a gyomorfal elváltozásait kiterjedtebb gastrostomia nélkül felismerhetjük. Az eljárás abból áll, hogy a laparotomia megejtése után a gyomornak esücskét a hasfali sebbe húzzuk és kis bemetszés után cystoskopot vagy cystoskopszerű műszert vezetünk be a gyomor üregébe. A cystoskopen keresztül levegőt fújtatunk a gyomorba, mire a gyomor falzatát jól áttekinthetjük; a gyomorból a cystoskopot úgy a cardián, mint a pyloruson keresztül is tovább tolhatjuk a bázisig és duodenum elváltozásának tanulmányozására. Rovsing ezen módszerrel gyakran megállapította az elkülönítő diagnosztis gyomorfekély és gyomordaganat között.

A közvetlen gastroskopiához hasonlóan Rovsing diaphanoskopiát is megkísérlett; ezen módszerét gastrodiaphanoskopia directa névvel illette. Az így észlelt diaphanoskopiás jelenségek is értékesen egészítik ki vizsgálati módszereinket.

Eddigél Rovsing 25 esetet vizsgált módszereivel; peritonitist sohasem látott, ellenben a műtétnek közelebbi módját, a gastroenterostomia illetve a gyomorresectio javallatát sokszor a közvetlen gastroskopia és közvetlen gastrodiaphanoskopia alapján állapította meg.

Rubritius (Prága) jó természetű gyomorbajok műtét eredményét ismertette; 96 esetében a halálozás 13·5%. 71 betegén utóvizsgálatot is végzett; teljes gyógyulást az eseteknek 53%-ában, pusztán javulást pedig 12%-ában talált.

Neuhaus (Berlin) gastroenterostomia után a gyomor működését vizsgálta. A műtét után epe- és pankreas-váladék ömlik a gyomorba, de ez bajt nem okoz; később, 1—1½ év múlva ismét rendes viszonyok állanak be. Ilyenkor a gyomorban epét és pankreas-nedvet csak kivételesen találunk.

Credé (Drezda) ajánlja az ú. n. gastroenterostomia caustica-t. Az eljárás abból áll, hogy a belet a gyomorhoz serosavarrattal rögzítjük, azután a gyomornak és bélnek egymással szembefekvő részét a mucosáig széles paquelinnel átégetjük, végezetül pedig a serosavarratot az égetés helye körül folytatva, a gyomor és bél falzatát körben összeöltjük.

A műtét ezen része 10 perczig tart. Az égetés helye körül serofibrinosus gyuladás támad és gyors összetapadás keletkezik; az égetés helyén a közlekedés a 4—5. napon jön létre. Credé 8 esetben végezte ezen műtétet jó sikerrel.

Middeldorff (Hirschberg i. Schl.) hysteriás leány gyomrából gastrotomia segítségével 2 fontnyi idegen testet távolított el: 1620 szöveget, 120 gombostűt, különböző horgokat, drótokat és üvegeserepeket. A körjelzést ökölnyi, igen érzékeny daganat alapján has-hártyagümöskorra tették; gyógyult betegét Middeldorff be is mutatta.

Junghans (Liegnitz) óriási trichobezoart demonstrált, a mely híven mutatja a gyomor alakját. A trichobezoar hossza 21 cm., súlya 600 gm. volt.

Moskovicz (Bécs) az asepsises bélműtétek technikájáról értekezett, eszközök bemutatásával.

A discussioban Küttner (Breslau) műteti eredményeit ismertette gyomorresectio után; 18 esetéből 2-t veszített, de ezek közül is csak egyet közvetlenül a resectio nyomán. Ranzi (Bécs) trichobezoart mutatott be, mely a gyomrot és a duodenumot kitöltötte. Jaquet (Posen), Müller (Rostock) és Reichel (Chemnitz) az előadott módszerek technikáját bírálták, Wullstein (Halle) pedig a provisorius béllekötésnek elmés módját közölte; módszere különben elsüllyesztett varratoknak (például a Bassini-féle sérvműtét alkalmával) egyszerű eltávolítására is igen ajánlatos.

Klapp (Berlin) a bél fertőző folyadékgyülemének eltávolításáról szól „sebészeti béltisztítás” címén. E czélból eszközt szerkesztett, melynek főrésze az oesophaguscső és a hozzá erősített szivattyú.

Payr (Greifswald) a bélgázok és béltartalom leszívására makacs esetekben Bunsen-féle szivattyút használ, a melyet a vízvezeték hoz működésbe.

H. Braun (Göttingen) a bélfal idült lobos daganatait ismerteti, melyek klinice tévedésből bélrákként szerepelnek, míg szövettanilag sajátságos lobos daganatoknak bizonyulnak. Aetiológiájukban alkalmasint mesenterium-thrombosisok, esetleg Graser-féle diverticulumok szerepelnek.

Braun említi egyik esetét, melyben gyomorrák-kórjelzés miatt műtétet ajánlottak, de ez külső okok folytán elmaradt; betege évek multán is a legjobb egészségnek örvend.

Heddaeus (Zittau) a colon teljes kiiktatását végezte úgy, hogy az ileumot a flexura sigmoideával egyesítette.

Hasonló eljárást ismertetett Canon (Berlin) ileo-flexurostomia címén. A vitából az világott ki, hogy a kiiktatás, ha csak lehetséges, ne az egész colonra, hanem csak egy részére terjedjen. Körte (Berlin) pedig ezen ileo-flexura-anastomosis helyett coecotomiát és vele kapcsolatban bélöblítéseket ajánlott.

Negyedik nap.

Schloffer (Innsbruck) négyszer látott sérvműtét után a hasfalban sajátságos lobos daganatokat. Ezen daganatok évekkel a műtét után keletkeztek, egy-két ökölnyi nagyságúak voltak, látszólag a fasciából indultak ki, fölmetzésre és fölmelegítő borogatásra eltűntek. Eseteinek egy részében az elsüllyesztett varratokat okolja.

Brenner (Linz) köldöksérv-műtétek alkalmával úgy jár el, hogy a rectusok hüvelyéből félhoidalakú lebenyeket készít kifelé tekintő domborulattal és ezen lebenyeket egymás fölé varrja. Brenner évek multán sem látott recidivát eljárása után, jóllehet egyik-másik betege azóta súlyos munkát végez.

A discussioban Wullstein (Halle a. S.) megjegyzi, hogy hasonló módszert két év előtt ajánlott: a fasciát az egyik oldalon a rectus alá, a másik oldalon pedig a rectus fölé húzta, így kerülte el Brenner eljárásának azon hátrányát, hogy az izomzatot physiologiai védelmétől, a fasciától megfosztja. — Heidenhain (Worms) Graser módszerét ajánlja. — Sprengel (Braunschweig) az ú. n. „Überklappmethode” érdekében szólal fel, a fascia-szeleket nagy terjedelemben varrja egymás fölé. — Bier (Berlin) Lucas-Champonnière módszere szerint jár el. A köldököt a feles zsírszövettel együtt kiirtja; a sérvkaput elzárja és Lambert-féle fascia-varrattal a fasciát a hasüreg felé ránczolja. Recidivát nem látott.

Ruge (Berlin) az epeutak sebészeti bonczolástánát ismertette igen érdekes készítmények kapcsán. Három típusát különbözteti meg az epeutaknak, és pedig a szerint, a mint a ductus cysticus és hepaticus 1. hegyes szög alatt találkozik, vagy 2. hosszabb területen párhuzamosan halad és kötőszövetesen összenőtt (ez a leggyakoribb típus), vagy 3. a cysticus S alakban kerül meg a hepaticust. Mint érdekes változatot a cysticus megkettőződését említi, továbbá három osztatú hepaticust ismertet. Ezen változatok is igazolják Körte felfogásának helyességét, melynek értelmében a ductus hepaticus drainezése helyett ajánlatosabb a ductus choledochus drainezése.

Exner és Hejrovsky (Bécs) a cholelithiasis pathológiáját tanulmányozták kísérletileg. Felfogásuk a következő: bakteriumok (bakterium coli) hatására az epeköves sók szétbomlanak, az epének cholesterolint oldó képessége ezzel csökken, a cholesterolin kiválik és cholesterolin-kövek képződésére szolgáltat alkalmat.

Lampe (Bromberg) és Dreyer (Beeslau) lúdtőjásnagyságú epeköveket demonstráltak, a melyek tüneteket nem okoztak.

Gleiss (Hamburg) Exner vizsgálatait után érdemesnek tartaná kísérletet tenni olívaolaj befecskendezésével epesipolyon keresztül a gyógyítás czéljából.

Graff (Bonn) és Wolff (Potsdam) pseudoleukaemia infantum esetében a lépet kiirtotta.

A műtét kitűnő hatású volt, a gyermekek súlyban gyarapodtak, a vér haemoglobin-tartalma felszökött, az operált gyermekeket viruló színben be is mutatták.

Peiser (Breslau) a foetalis peritonitisről értekezett 2 észlelt esete kapcsán; ismertette a gyermekorvosok és gynaekologusok előtt gyakrabban megforduló ezen kórképet, a bántalom okait (ugyanazok, mint a felnőttekben, referens) és a bajnak infaust prognosist.

Bunge (Bonn) spasmosos bélelzáródás két esetét látta hasműtét után. Egyik betege meghalt, a másikat csak az ileostomia mentette meg. A bántalom felismerése igen nehéz, biztosan csak a spasmus kezdetén, az erősebb meteorismus kifejlődése előtt állapítható meg. A korai szakban opiumot belladonnával kísérhetünk meg per rectum, hashajtás az állapotot csak rosszabbítja.

Hasonló eseteket látott Barth (Danzig), valamint Körte (Berlin) is. Müller (Rostock) a spasmus okát a kezdődő peritonitisben látja, Payr (Greifswald) pedig a bélemboliában.

Wilms (Basel) a prostatektomia új módszerét ajánlja. A bal szemérem-csont lehágó ágánál, a m. bulbocavernosus és ischiocavernosus között hatol be a prostata tokjáig, ezt megnyitja és a mirigyét enucleálja. A rectumot így egész biztosan kiméli, egyéb melléksérüléseket sem okoz, a vérzés csekély és a drainezés kitűnő.

Zuckerlandl (Bécs) a veseköveknek kórjelzéséről és műtéveséről tartott előadást. Ismertette a vesemedeneze- és ureter-kövek különböző alakjait; szólt az x-sugaras lelet értékesítéséről és végül a különböző műteti eljárásokról. Leggyakrabban a nephrotomiát és pyelolithotomiát végzi; mivel a pyelotomiával kimélik a vese szöveteit és a vérzés is kisebb, Zuckerlandl az utóbbi időben főleg ennek a hive; catgutallal varr és drainez. 17 pyelotomizált betege közül 16 sipoly nélkül gyógyult.

A discussioban Löwenhardt (Breslau) közölte, hogy vesesipoly esetében cystoskopppal vizsgálta meg a vesemedenezét, még a vesekelyhekbe is jó betekintést nyert.

Pels-Leusden (Berlin) a húgycső elszakadásakor az elsődleges varratot ajánlja, tekintettel arra, hogy az irodalomban még mindig König módszere ellen nyilatkoznak.

Laza tamponálással a perineum felé drainez, állandó katéter nem kell. A gyógyulás gyorsan következik be, sipoly nem képződik.

Küttner (Breslau) a traumás vállficzamodások prognosist mēltatta, 5 év alatt 160 traumás vállficzamodást látott, 54 esetben utóvizsgálatokat is végzett.

Az eredményt Küttner valóban elszomorítónak mondja. A betegeknek alig 13%-a nyerte vissza a kar teljes mozgásképes-ségét; az eseteknek 23%-ában az eredmény kielégítő, míg az eseteknek 2/3-ában rossz. A betegek karjukat még a vízszintes síkig sem tudták felemelni.

Kétszer a plexus axillaris bénult, kétszer a felkar relaxálódott, egyszer pedig habituálissá vált a ficzamodás. A betegek egy harmada rheumás fájdalomban is szenvedett, egyeseken pedig arthritis deformans fejlődött.

Ezen tapasztalatok alapján a traumás vállficzamodást következményeiben nagyon komoly bántalomnak tekinti.

Dollinger (Budapest) az idült könyökficzamodások véres repositioját tanulmányozta és észleléseiről, valamint az utóvizsgálatok eredményéről tájékoztatta a congressust. Klinikáján 34 idült könyökficzamodást kezelt műtéttel; három hétnél idősebb ficzamodás eseteiben még narcosisban sem sikerült a vértelen repositio. Mind a 34 esetben arthrotomiát végzett külső hosszmetéssel, melyet a m. triceps brachii külső feje és a m. brachio-radialis között vitt; a műtét további menetét a lelethez szabta. Az arthrotomia után 20 esetben sikerült a repositio, 14-szer resectiót kellett végeznie.

Reponált esetei közül 12 betegen évek multán az eredmény a következő: 3 beteg könyökizülete teljesen merev, 9 betegé többé-kevésbé mozgékony; a legtöbb betegen (7 esetben) a mozgékony-

ság 90—135⁰-ig terjed, 2 betegen a könyök hajlíthatósága is tökéletes.

A resectional gyógykezelt eseteket illetőleg Dollinger 11 betegről nyert használható adatokat 2—7 év múltán: 6-nak könyöke teljesen merev volt, 1-é egész terjedelmében mozgatható, 5-é pedig jelentékeny, 40—85⁰-nyi mozgathatóságú volt.

A functionális eredmény tehát Dollinger szerint a könyök véres műtete után sem nagyon biztató; a véres repositio azonban ajánlatosabb a resectionál, melyet csak akkor végezzünk, ha erre az ízületi végeknek súlyos elváltozása kényszerít.

Küttner és Dollinger előadásához többen szóltak hozzá. Bardenheuer (Köln) szerint Küttner eredményei jobbak lennének, ha a fúzamodás helyretervése után két kilós, subcutitális extenziót alkalmazott volna, azután pedig gyakorlatoztatta volna betegeit. Ily eseteket Bardenheuer csak akkor bocsát el kezeléséből, ha fokozatos mozgási gyakorlatok után a kar abductioja rendes. A szigorú gymnastika Bardenheuer szerint azért is szükséges, mivel az x-sugaras kép az esetek nagyobb számában a tuberculum maius sérülését is jelzi.

Wohlgemuth (Berlin) a tuberculum-törések gyakorisága miatt minden vállsérüléskor az x-sugaras felvételt szorgalmazza.

Bunge (Bonn) Eiselsberg-gel egyetemben a königsbergi klinikán 52-szer operált idült könyökfúzamodást. 12-szer külső metszéssel hatolt be, az eredmény az esetek 25%-ában volt kielégítő. 30-szor kiméletlen skeletizálást végeztek külső és belső metszésekkel, itt az eseteknek 50%-a adott kielégítő eredményt. Bunge sem barátja a resectionnak idült könyökfúzamodás esetében.

Stieda (Königsberg) coxa valga adolescentium 2 esetét látta; Sprengel (Braunschweig) egyszer észlelt coxa valgát. Drehmann (Breslau) és Hofmeister (Stuttgart) óvatosságra int a czomb hajlászögének elbírálásakor x-sugaras képen. Tévedések elkerülésére ezélszerű, ha felvétel előtt a czombot erősen kifelé forgatjuk.

Müller (Rostock) kísérletileg idézett elő ízületi egeret kutya térdében. Ludloff (Breslau) ehhez azon megjegyzést fűzi, hogy tapasztalatai szerint a térdben az ízületi eger majdnem mindig a condylus internus táján keletkezik, a lig. cruciatum eredéshelyén. A rosszul táplált condylus mintegy locus minoris resistentiae szerepét játszza.

Muskat (Berlin) rögzített ládaltalpat activ és passiv hyperaemiával gyógykezelt, állítólag igen jó eredménnyel.

O. Frisch (Bécs) súlyos ládaltalpat esetén úgy járt el, hogy a calx calcanei-t átvéste, azután előre és befelé dislokálta, végül pedig odaszögezte. Az eredménnyel igen meg van elégedve.

Borchgrevink (Christiania) szint mutatott be a felső végtag töréseinek ambuláns gyógykezelésére.

Krönlein (Zürich) a Zuppinger-féle extensiós kezelést ajánlotta a czomb és lábszár törései esetén.

Fraenkel (Berlin) járókötekeket demonstrált; Lampe (Bromberg), Manasse (Berlin) és Evler (Treptow) pedig készülékeket mutatott be különböző törések gyógykezelésére.

A jövő év congressusának elnökevé egyhangúlag Kümmell-t (Hamburg) választották.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1908 márczius 26.-án az izraelita kórházban.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz M. Arnold.

Középfüllob következtében fejlődött epidurális tályog gyógyult esete.

Alapy Henrik: Ellentétben az általános felfogással, hogy az epidurális tályogra csak mint véletlen leletre bukkanunk, a bemutató azt tapasztalta, hogy ez a baj többnyire már a műtét előtt felismerhető. Nem ugyan mint epidurális tályog, mert ennek, valamint a subdurális tályognak, sőt az agytályognak tünetei is igen elmosódott határokkal mennek át egymásba, de kellő megfigyelés mellett többnyire már előre megismerhető a koponyaüregbeli szövődmény diagnózis.

A bemutatott 14 éves leányon ennek tünetei nagyon kifejezettek voltak. A régi fülfolyáshoz 4 hét előtt heveny lob tünetei járultak fejfájással, szédüléssel, hányással, a esecsnyúlvány mögött fejlődött tályoggal. Felvételnél ezenkívül alacsony lázzal s kifejezett cerebelláris ataxiával lehetett kiegészíteni a tünetcsoportot. Ezek alapján a diagnosztis koponyaüregbeli szövődményre, nagy valószínűséggel a hátulsó koponyagödörben, tettem.

A műtét ezt a körjelzést igazolta. A roncsolt sinusnak hátulsó falából sipolyjárat vezetett a hátulsó koponyaárokba, melynek tágitása után 6—7 cm. mélységből körülbelül 200 gm. bűzös geny ürült élénk lüktetés közben. Ennek az üregnek körülbelül 3 héten át drainézése után egy még meglevő kis sipoly leszámításával a leányka meggyógyult.

Enterostomiával gyógyított homályos eredetű hashártyagyulladás esete.

Alapy Henrik: A 6 éves leánykát betegségének 30. órájában vette fel igen súlyos peritoneális tünetekkel: collapsussal, 160 érveréssel, heves hányással s hasfájdalommal, kifejezett meteorismussal, az egész hasra kiterjedő izommerevséggel s nyomásérzékenységgel, mely nem a vakbél táján volt a legélénkebb. Az azonnal megejtett hasmetszés látszólag ép feregnyúlvány mellett erősen belövelt, puffadt bélkacsokat derített ki, melyek csak elvéve voltak kevés rostanyaggal borítva. Szóval a hashártyagyulladás azon legrosszabb, úgynevezett száraz alakja volt meg, a melyet a postoperatív peritonitisekben szoktunk látni. Ily körülmények között a hasüreg drainézésének semmi értelme sem lévén, a bemutató ultimatum refugiumként ahhoz az eljáráshoz fordult, hogy a hassebet elzárván, egy kivarrt vékonybélkacsot megnyitott. Ez a sipoly néhány nap múlva bőven kezdte üríteni a bél tartalmát, mire a hashártyagyulladás tünetei 1 hét alatt visszafejlődtek. A hashártyagyulladás okát a műtét alatt sem tudták kideríteni, nem lehetetlen, hogy a gyermek vulvo-vaginitiséből indult ki.

Igen tanulságosak a sipolynak további viszonyai; míg t. i. a 4—10. napon a végbélen át is volt szél- és székürítés, ez a 10. napon megszűnt s azóta minden csak a sipolyn át ürül ki. A sipoly minden zárási kísérletnek ellentáll, s midőn a bemutató 6 hét előtt a sipoly zárása ezélszögből bélresectiót végzett, ileus tünetei fejlődtek ki, melyek miatt a 6. napon a varratot újlag ki kellett bontani s így a bél tartalomnak ismét erre utat nyitni. Mindezt a bemutató annak biztos jeléül tekinti, hogy a bélnek oly részletén, mely a sipoly alatt fekszik, összenövéses béllezáródás támadt a hashártyagyulladás következtében és annak a nézetének ad kifejezést, hogy ha az enterostomia után hosszabb időn át nem áll helyre a rendes bélpassage, a zárásra kísérletet sem szabad tenni mindaddig, míg a sipoly alatt levő akadály felkerestetvén, az akadályt el nem távolítjuk.

Parainguinalis sérv.

Alapy Henrik: Bemutatja a mult ülésen demonstrált parainguinalis sérvet operált, illetve gyógyult állapotában. A műtét alkalmával azt találta, hogy valódi savós sérvtömlő nem volt, a sérv tartalmát tevő vékonybélkacsok egyike-másika oly szilárdul volt odatapadva a bőr belfelületéhez, hogy róla késsel kellett leválasztani. A sérvkapu zárása oly módon történt, hogy a hashártya szélének felkészítése s dohányzaeszkó-varrata után a külső és belső ferde izom alsó szélét részben esomós, részben matracvarratokkal húzta le a Poupart-szalaghoz. A zárás szilárdnak s tökéletesnek látszik.

A nyak idegen teste.

Báron Jónás: A 20 éves leány 1907. július 20-án kenyérdarabot nyelt, mely a bázsing felső részében megakadt. A mentőorvos a kenyérdarabot a gyomorba tolta, a beteg azután néhány napig vért köpött. Augusztus 1.-én fájdalmak jelentkeztek a jobb állalatti tájon, mely kissé kiemelkedett, s minthogy a fájdalmak nem szűntek, a beteg augusztus 28.-án a bemutató osztályára vétette fel magát. A Röntgen-vizsgálat a szakcsont jobb oldala fölötti tájon 2 1/2 cm. hosszú tűt mutatott ki az izomzatban. A bemutató a tűnek hátulsó végét előre nyomta úgy, hogy az elülső vége a bőrt felemelte; e helyen a bőrt átmetszette, a tűnek elülső végét csipeszszel megfogta és kihúzta. Az idegen test varrófti,

elülső vége a tű foka volt. A beteg augusztus 31.-én gyógyultan hagyta el a kórházat, azóta jól van. Az előadottak szerint a tű a kenyérdarabban volt és mikor azt letolták, a bárzsing elülső falán jobboldalt átfúródott és az állalatti izmok közé jutott.

Idegen test a húgyhólyagban.

Báron Jónás: A 83 éves férfin a bemutató évek előtt húgykőmorzsolást végzett. A visszamaradt hólyaghurut orvos kezelte. 1907 szeptember 30.-án a hólyagba bevezetett gummikatheter eltört s mintegy kétharmada a hólyagban maradt. A bemutató az idegen testet, mely már nagyon törékeny volt, részletekben távolította el a hólyagból vékony ablakos kőmorzsolóval úgy, hogy végre csak néhány millimeter hosszú két darabka maradt a hólyagban. Ezeket a beteg már nem engedte eltávolítani és 1908 február 10.-én elhagyta a kórházat azzal, hogy befejezteti a kezelést, ha a vizelelőkor nehézségei lesznek.

Tüdőűszők operált esete.

Báron Jónás: Az 58 éves nő bal tüdejében influenza következtében üszkös gócz támadt. Borda-resectio után a gócz helyén a mellhártyalemezek összeforrottnak mutatkozván, a bemutató a góczot megnyitotta. Az üszkös tüdőrészek kiürültek s a beteg a műtét utáni 38. napon elhagyta a kórházat. Teljesen gyógyult.

Lágyéksérv operált esete.

Báron Jónás: A bemutatót esetben a szerzett jobboldali külső lágyéksérvet a processus vaginalis 10 cm. hosszú, szélességében 3 cm. átmérőjű tömlője borította, melynek csak hasúri nyílása záródott. A bemutató e tömlőt, kivéve a herével összefüggő részét, kiirtotta és a sérvműtétet Bassini szerint végezte.

Egymás mellett fekvő két sérv operált esete.

Báron Jónás: A két sérvtömlő falai azon helyen, hol egymással érintkeztek, összenőttek, azután ugyanott nyílás képződött, melyen át a két sérvtömlő egymással közlekedett, úgy hogy végre egy tömlővé alakultak, mely két nyíláson át a hasúrral közlekedett. A sérvműtétet Bassini szerint végezték, úgy hogy a sérvtömlőnek mindegyik nyakát külön-külön lekötötték. A 66 éves férfi-beteg meggyógyult.

A gyermekkori appendicitis és a gümös hashártyagyulladás némely alakja közötti megkülönböztető körjelzés.

Szécsi Ernő: Ellentétben azzal az általános felfogással, hogy a gümőkóros hashártyagyulladás egészen más tünetek között fejlődik, mint a vakbélgyulladás, a Bródy Adél-gyermekek kórház sebészeti osztályáról három kórtörténettel rendelkezünk, melyekben a gümőkóros hashártyagyuladásnak az az alakja, mely a tumor tuberculosus ileocecalis kezdeti szakának felel meg, a családásig hűen utánozza az acut appendicitis-roham mindhárom lényeges tünetét és ennek körjelzésével operáltatott is. Való, hogy a gümőkóros hashártyagyulladás ezen alakja ritka, a mennyiben a kórházban észlelt 88 eset közül csak három volt ilyen. Ha gyermekeken acut appendicitis miatt akarunk operálni, ezt az eshetőséget is mindig szem előtt kell tartani, bár a laparotomiának nem lehet ellenjavallata, minthogy az említett három esetben a hasmetszés kedvező befolyással volt a bajra, sőt ezt látszólag egészen meg is gyógyította.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1908 márczius 11.-én.)

Elnök: Oláh Gusztáv. Jegyző: Körmöczy Emil.

(Vége.)

Extragenitalis syphilis-fertőzés fiatal házason.

Goldner Viktor: A syphilis-fertőzésnek extragenitalis uton létrejötté elég gyakori, ritka dolog azonban, hogy egészen fiatal házason egymástól extragenitalisan fertőztessenek.

A 22 éves férfibeteg, kit 1908 február 22.-én vettek fel, venereás betegségben nem szenvedett és teljesen egészségesen nősült

mult év november 25.-én, virgo intactát vévén feleségül. Házassága alatt betegedett meg, s pedig 4—5 héttel bejövetele előtt; lassan, fájdalom nélkül fejlődő duzzanat keletkezett először az alsó ajak közepén esőkolódzás, illetőleg harapdálás után, majd csakhamar egy hasonló az arezának bal felén. Mintegy 3 héttel bejövetele előtt egész köztakaróján kiütések jelentkeztek.

Úgy az alsó ajkon, mint a bal pofán mogorónyi, typosos, porekemény, az ajkon erodált, a pofán hámló sclerosis volt jelen a baloldali állalatti mirigyeknek mogorónyi-kis diónyi duzzanata kíséretében. E mellett általános papulás syphilid; túltengett papulák a mony bőrén, a scrotumon; polyadenitis; plaqueok a jobb arcus palato-glossuson. A nemi szerveken sclerosisszerű elváltozás vagy a lágyéktájon az elsődleges adenitisnek megfelelő mirigyduzzanat nem találtatott.

A második beteg 21 éves nő, az előbbinek a felesége; körülbelül két héttel előbb betegedett meg, mint férje, hogy miként, nem tudja, mert rajta jelentkezett legelőször a felső ajkon a betegség. Felvételkor mogorónyi typosos elsődleges sclerosis volt látható a felső ajk pirján a középvonalban. Diónyi, tömött fájdalomtalan mirigyek az áll alatt; általános foltos-göcsös syphilid; polyadenitis. Plaque-ok a tonsillákon. A nemi szerveken semmi elváltozás sincs, a lágyéktájon is a rendesnél alig nagyobbak a mirigyek.

Ezek után kétségtelen, hogy úgy a férjnek, mint a feleségnek syphilise extragenitalis uton keletkezett s hogy minden valószínűség szerint a nő közvetlenül házassága előtt szerezte extragenitalis uton az ajk-sclerosist, s vitte át a házaselethez férjére.

Sectio caesarea post mortem.

Mihalkovits Elemér: Halott anyán végzett császármetszést, s utána élő magzatot sikerült a világra hozni. Az ilyen esetek igen ritkák, az egész világirodalomban alig van 10—15 közölve. (A magyar irodalomban 2.) Ennek oka: 1. hogy az anya halála ritkán következik be éppen a terhesség végén, a mikor a magzat már életképes; 2. hogy a hosszabb ideig tartó agonia alatt a magzat rendesen előbb elhal, mint az anya, ha az utóbbinak magasabb hőemelkedései (39—40°) már előbb nem okozták a magzat halálát; 3. hogy a műtét csak ritkán történhetik elég gyorsan az anya halála után, és végül 4. hogy az ilyen rendesen nem egészen éretten született magzatok anya nélkül maradván, csak ritkán részesülnek kellő gondozásban.

A szóban forgó eset röviden a következő: H. J.-né 38 éves asszonyt 1907 augusztus 17.-én szállítják a Szt. Rókus-kórház nőbeteg-osztályára. Gravida a IX. hónapban, incompensált szívbaj, moribunda. A szülőfájások állítólag aznap reggel kezdődtek, a vizsgálatkor azonban a szülés megindulása nem konstatálható. Vizsgálat után néhány percczel a beteg meghal, azonnal sectio caesarea. A magzat 49 cm. hosszú, 290 gm. súlyú, 34 cm. fejkerületű leány, apnoében születik, bőringerekre csakhamar erőteljes hangon sir.

Az anya autopsiájának diagnosisa: Myocarditis chr. interst. praecipue musculorum papillarum et deg. parench. myocardii majoris gradus. A magzatot jelenleg a kecskeméti állami gyermekmenhelyben ápolják, él és egészséges.

A sectio caesarea post mortem kérdése történetének rövid vázolója után az előadó végül kitér a kérdés büntetőjogi oldalára és a magyar B. T. K. 284., 285., 290. és 291. §-ai alapján arra a következtetésre jut, hogy az anya halála utáni császármetszést elmulasztó orvos csak akkor volna büntetőjogilag elvben felelősségre vonható, ha a szülés már megindult volt az anya halálakor, tényleg azonban még ekkor sem, mert adott esetben nem állapítható meg, hogy a magzat túlélte-e az anyát. Tudományos és humanitárius szempontból azért mégis kétségtelenül az a helyes álláspont, hogy az anya halála után a császármetszést minden orvosnak meg kell csinálnia, ha csak a legesekélyebb remény is van, hogy a magzat életét megmentheti.

Gersich Antal: Negyven esztendeje történt, hogy a szülészeti klinikán, mikor Diescher helyettesítette Semmelweist, egy vajudó nő sárga májorvadásban meghalt. Ott állottunk és kívántuk a császármetszést. De Diescher vonakodott megcsinálni, mert nem tudott meggyőződni róla, hogy az anya csakugyan meghalt-e. Órákig húzódtott a tanakodás, míg azután a gyermek is meghalt.

Ha az operatio közben vagy utána a halottnak vélt nő magához tér és felelősségre vonná az orvost, mert beleegyezése nélkül operálta meg, nem tudok elképzelni Magyarországon bírót, ki ezért az orvost megbüntesse. Helyes az előadónak véleménye, hogy az orvosnak ilyen esetben kötelessége az operációt elvégezni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A **chlorkiválasztásról** vesebajokban a következőket mondotta *Gluzinski* a lebergi orvosegyesületnek márczius 13.-án tartott ülésén. A vesebeli arteriosclerosisban és a vesezsugorodásban vannak olyan időszakok, a melyekben a chlorkiválasztás megszűnik. Ilyenkor az illetők sok sósavat tartalmazó anyagot hánynak, erősen szomjaznak, a sensorium azonban egészen tisztá, fejfájás, görcs nincsen. Kivételesen folyton fokozódó erőhanyatlás áll be, az eszmélet elvész s a beteg görcsök nélkül meghal. Ezt az állapotot az előadó *uraemia achlorica*-nak nevezi. Azt is tapasztalta, hogy a heveny vesebetegséget általános rosszullét, hányás, kisfokú arcvizenyő, a vizelet megkevesedése és megzavarodása, hyalin és szemcsés hengerek, valamint vörösvérsejtek megjelenése a húgyban előzheti meg; a chlorkiválasztás ilyenkor megszűnt, fehérje azonban még nincs a vizeletben. A heveny vesebetegséget ezt a szakát, a mely több napig tarthat, s a melynek ismerete a diagnosistak korán való megállapítása szempontjából nagyon fontos, *stadium achloricum sine albumine* elnevezéssel illeti a szerző.

Idegen testek a hasban. A maga nemében páratlan esetről számolt be *Richelot* a párisi „Société de chirurgie” május 6.-án tartott ülésén. Egy nő, a kit három évvel ezelőtti appendicitise miatt operáltak, a jobb oldali lágyéktájékán erős fájdalmakat kapott. A vizsgálatkor a régi műtét helyén kifejezett hullámzást találtak, s bemetszve, nagyobb mennyiségű genyet és 34 darab kompresszt távolítottak el. Kiderült, hogy az appendix-műtét után az utókezeléssel megbízott segéd napként bevezetett a sebbe gázkompresszt, a nélkül, hogy az előzőleg bevezetettek közül csak egyet is eltávolított volna.

PÁLYÁZATOK.

2177/908. sz.

Tiszasüly községben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1400 korona évi fizetés és 200 korona lakbér van összekötve. Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi július hó 10.-éig** annálval is inkább terjeszszék be, mert később érkezők nem fognak figyelembe vétetni.

Megjegyzem, hogy Tiszasüly községnek nagy kiterjedésű határában több nagybirtokos is van. Köteles az orvos a közs. szabályrendeletben előírt díjakért a halottkémi vizsgálatot is teljesíteni.

Jászapáti, 1908. évi június hó 16.-án.

2-1

Cseh József, főszolgabíró.

A **szombathelyi m. kir. bábaképző-intézetnél** f. évi augusztus hó 1.-től egy évre betöltendő 1400 korona fizetéssel, teljes ellátással és természetbeni lakással javadalmazott **tanársegédi**, úgyszintén az 1000 korona fizetéssel, teljes ellátással és természetbeni lakással javadalmazott **gyakornoki állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az orvosdoktori oklevélükkel, családi állapotukat, nyelvismereteiket, valamint eddigi netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványukat hozzám **f. évi július hó 12.-éig** küldjék be.

2-1

Reismann Adolf dr.,

a szombathelyi m. kir. bábaképző igazgató-tanára.

1302/948.

Az elhalálozás folytán megüresedett **mohorai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz Mohora (vasúti állomás), Magyaránador, Nógrádmareczal, Csitar, Illy, Bakó, Cserhátsurány, Cserháthaláp, Herencsény, Szanda és Terény községek tartoznak 8000 túlnyomóan magyarajkú lakossal.

A körorvos fizetése utólagos havi részletekben az állampénztárnál felveendő évi 1200 korona, mely két ötödéves 100—100 koronás korpótlékkal 1400 koronáig emelkedik, ennek ellenében a községeket saját fuvarján havonként egyszer, előre kitűzött napon be kell utazni és az igazolt szegényeket ingyen gyógykezelni.

A megválasztott körorvos kézi gyógytárgyrendélt nyerhet.

A körorvos díjai a következők:

1. Lakhelyén, ha a beteg jön az orvoshoz 60 fillér, ha az orvos megy a beteghez 1 korona.

2. A községekben 3 korona, minden további jelentkező betegről, körjáratkor minden betegről az 1. pont alatti díjat.

Éjjel az 1. és 2. pont alatti díjak kétszerese.

3. Műtétért ezenfelül a 95,088.900. sz. B. M. rendeletben a IV. fokozatra megállapított díjak egyharmada 1—10 koronáig terjedő összegben.

Mohorán a halottkémlésért esetenként 1 korona, a vágatási biztosi teendőkért a szabályrendeleti díjak.

Kellően felszerelt kérvényeket **f. évi július hó 3.-áig** fogadok el.

A választást f. évi július hó 4.-én d. e. 9 órakor Mohorán a jegyzői irodában fogom megejteni.

Az állást f. évi augusztus hó 1.-én kell elfoglalni.

Balassagyarmat, 1908. évi június hó 17.-én.

Balás Barna, főszolgabíró.

2145/908. sz.

Az újonnan szervezett **kötelki községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állással 1000 korona évi fizetés és 200 korona lakbér van összekötve. Látogatási díjak: a községben nappal 1 korona, éjjel 2 korona. Az orvos lakásán nappal 60 fillér, éjjel 1 korona.

Tanyákon nappal 2 korona, éjjel 3 korona, ha a beteg megy az orvoshoz, akkor nappal 60 fillér, éjjel 1 korona.

A halottkémlésért esetenként 1 korona. A magánfelek részére kiállítandó bizonyítvány 1 korona. Látogatási és vélemény 2 korona.

A vagyontalanokat díjazás nélkül köteles kezelni.

A pályázat határidejét **f. évi július hó 10.-éig** tűzöm ki, mely ideig a szabályszerűen felszerelt kérvények hivatalomhoz adandók be.

Jászapáti, 1908. évi június hó 13.-án.

2-1

Cseh József, főszolgabíró.

2662/908. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú határozatával Csikszentsimon székhellyel újjászervezett oltmenti **körorvosi állásra**, melyhez Tusnád, Csikveres, Csátoszeg, Csikszentsimon, Csikszentimre és Csikszentkirály községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket hozzám **f. évi július hó 18.-áig** adják be. Ezen határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: 1560 korona évi fizetés, 180 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány s a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapítandó látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni. A választás napjától számított 15 nap alatt a megválasztott orvos állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1908. évi június hó 15.-én.

3-1

Bartalis Ágost, főszolgabíró.

2312/908. ki. sz.

A megüresedett **vértessacsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak s a pályázatra jogosítva vannak, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam **1908. évi július hó 2. napjának d. u. 5 óráig** beadják, mert a későbbben érkezendő kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvosi székhely Vértessacsa és a körhöz Vértessacsa, Vértessobogár, Pázmánd és Vereb községek tartoznak. Az összes lakosság száma 7000 lélek.

A körorvos javadalmazása áll a körhöz tartozó községek által előleges havi, illetve negyedévi részletekben fizetendő évi

1600 korona fizetés,

400 korona lakbér,

400 korona fuvardíjátalányból és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból.

A körorvos tartozik hetenként egyszer a községi előjáróságokkal együttesen megállapítandó napon a körhöz tartozó községekben, szükség esetében a pusztán megjelenni.

A választás határnapjánál 1908. évi július hó 4. napjának d. e. 9 óráját tűzöm ki Vértessacsa községhez.

Vál, 1908. évi június hó 12.-én.

Tarafás, főszolgabíró.

A Hernádvölgyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság korompai gyártelepi munkástárspénztáránál rendszeresített **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótartrási átalány, szabad garcon lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik s a kimutatható gyakorlatl, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamódványok **f. évi június hó 30.-áig** alulírt címre intézendők.

2-2

Hernádvölgyi Magyar Vasipar R-T.

Budapest, V., Nádor-utca 36., II. em.

56/908. eln. sz.

A **pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminiszter úrnak f. évi május hó 23.-án kelt 63,059/VII. 908. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhonon illetőségű orvos urakat, kik ezen **1200 korona fizetéssel**, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminiszter úr ő nagyméltóságához címzett folyamódványukat **f. évi június hó 20.-áig** alulírtéhoz nyújtsák be.

Pozsony, 1908. évi június hó 3.-án.

2-2

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

2545/908. közg. sz.

A Kis- és Németpereg községekből álló **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi július hó 8. napjának délelőtti 9 óráját Kispereg községéhez kitűzöm.

A körorvos javadalmazása ez idő szerint évi 1200 korona fizetés, 800 kor. személyes pótlék, 300 korona lakbér és 120 korona utazási átalány. Nappali látogatási díj 50 fillér, éjjel 2 korona. A körorvos folyamódás esetén kézi gyógyszerár tartására is fel lesz jogosítva.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a **választás napjáig** nyújtsák be. Pécska, 1908. évi június hó 3.-án.

2-2

Boksán, t. főszolgabíró.

9790/908. sz.

Zemplén vármegye sátorlajújhelyi „Erzsébet”-közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetés, valamint a kórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1888. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához címezve, hozzám **f. évi június hó 26.-áig** adják be.

Az állás 1908. évi július hó 1.-én foglalandó és a kinevezendő segédorvosnak az egyes osztályokra leendő beosztása az igazgató-főorvos jogát képezi. Sátorlajújhely, 1908. évi június hó 5.-én.

2-2

Dókus, alispán.

644/1908. sz.

Zemplén vármegye sztrókói járásához tartozó **sztrókói körorvosi állás** megüresedett, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetnek.

A kör székhelye: Sztrókó.

Ehhez tartozó községek: Sztrókó, Nagyberesznye, Hocsá, Boksa, Sandal, Bodzás, Detre, Nagydomása, Kispetőfalva, Turány, Kisvaskó, Giglőcz, Holesik, Kisgyertyános, Kécsé, Kishereznye, Nagybukóc, Kisbukóc, Velkő, Vojtvágása, Erfalu, Szulnok, Pusztaháza, Alsóvirányos, Felsővirányos, Gerlefalu, Gyapár, Kosárvágása, Sártó, Zemplénpálhegy, Királyhegy, Márikút, Barátlak, Alsóolsva, Borosnya, Dér, Felsőkrucsó, Felsőolsva, Felsőtokaj, Jakabvölgye, Kisvölgy, Köves, Lomna, Minyevágása, Mákos, Havaj, Hegyesbíztra, Kispolány, Mikó, Nagyderences, Kisderecs, Felsőladács, Alsóladács, Nagytavas, Kistavas, Homonnaolyka, Sztrókó-olyka, Gödrösolyka, Oroszvágás, Hegyvégy, Hegyzávod, Oroszkánya, Repejő, Jobbos, Variháza.

A körorvosi állás: 800 korona fizetéssel, 200 korona fuvarátalánnyal van javadalmazva, ezenkívül a sztrókói izraelita hitközség 300 korona pótlékkal, a sztrókói politikai község pedig 300 korona lakbérrel járul a javadalomhoz. Ez utóbbi 300 korona lakbérpótlék ez idő szerint jóváhagyás alatt áll.

Az újonnan benyújtott törvényjavaslat szerint a köri községek beosztásában és a javadalomban előnyös változás fog beállni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. és az 1888. évi I. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi július hó 1.-éig** amennyivel inkább beadják, mert a későbbi kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást **f. évi július hó 3.-án d. e. 10 órakor** fogom megejteni Sztrókó községében.

Sztrókó, 1908. évi június hó 1.-én.

3-2

Malonyay Tamás, főszolgabíró.

2127/908. kig. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **balatonboglári körorvosi állás** választás útján való betöltése céljából pályázatot hirdetnek, s felhívom mindazon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi június hó 30.-án déli 12 óráig** benyújtsák, mert a később érkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körhöz tartoznak: Boglár, Balatoncséhi, Faluszemes, Látrány, Lelle, Orda, Öszöd, Szőlőskislak, Tur és Víz községek.

A körorvos székhelye: Balaton-Boglár.

Az évi fizetés 1200 korona, fuvarátalány 612 korona, mely összegek negyedévi utólagos részletekben a lengyeltóti m. kir. adóhivatal által fizettetnek ki.

A megválasztandó körorvosnak kötelessége leendő községeit havonként kétszer bentadni, a községészségügyi szolgálatot az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírtakhoz képest ellátni, az igazolt szegényeket ingyen, a vagyonosokat pedig ezen törvény 145. §-a szerint a díjazás iránt a községekkel előlegesen kötött egyezség szerint orvosolni.

A választást **f. évi július hó 2.-án d. e. 10 órakor** fogom Bogláron, a községében megejteni.

Lengyeltóti, 1908. évi május hó 27.-én.

2-2

A főszolgabíró.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kötőnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczy Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

HAEMOSTAN

Hydrastis-Gossypii-tabletták.
Méregtelen haemostaticum méh-
vérzéseknél.

100 darab ára 6 korona.

DISPNON

Theobromin-Quebracho-tabletták
asthma, angina pectoris, arteriosclerosis ellen. 50 darab ára 6 korona.

CALMYREN

Valeriana-camphor-pepsin-pilulák,
neurasthenia, hysteria és szív-
neurosisok ellen.

100 darab ára 6 korona.

GELATIN

készítmények: Globuli vaginales, bougies
urethrales et nasales, Tubuli, suppositoria
et Amygdalae aurium.

„Apotheke zur Austria“ Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Főraktár Magyarország részére:

Richter Gedeon „Sas-gyógytár“, Budapest, IX., Üllői-út 105.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 93% 0-50%.

Extr. Thymi és Extr. Tillae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás
tüdőgyulladásoknál, nemkülönbön typhusos tüdőinfiltrációknál.

Antithermikus hatása.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,

3748

Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

Tannyl

(Oxychlorokaseintannat)

Antiseptikus hatású antidiarrhoicum.

Alapos kísérletek a Tannyl teljes ártalmatlan voltát igazolták. Oly esetekben is hat, melyekben az eddigi adstringentiák hatástalanok voltak.

Adagolás: 3 × naponta 1—20 vagy 3—5 × naponta 2—3 tablettát nyáokban elkeverve. Eredeti csomagolások: Porok: 5 és 10 grammos eredeti csövecskék. Tabletták: 20 darab a 0.3 gramm eredeti csövecskék.

GEHE & Comp., A.-G., Chemische Fabrik, DRESDEN-N.

Irodalom és minták díjmentesen.



Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Vasút, posta és táviró.

3750

TELJESEN ÁTALAKÍTVA.

Karlsbad, modernül berendezett vízgógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szív- és tüdőbetegségek. Karlsbad és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások.

Dietetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás.

A rationalis phosphor-therapia problémája csak a „Phytin“ fölfedezése által lett megoldva.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Czím Németország és Ausztria számára: **Leopoldshöhe** (Baden).

SALEN könnyen felszívódó szagtalan, ingermentes.

Salicylsavester rheumatiszók külső kezelésére.

Rp. Salen. Spir. 33 pt. 5.

S. külsőleg.

Rp. Sal-n pur. 20.

S. Ecsetelésre.

SALENAL

UNGT.
SALENÆ

33 1/2% Salen. pur. tartalmaz, a Salen legolcsóbb és legkényelmesebb alkalmazási módja, tehát igen alkalmas a **pénztári gyakorlat számára.**

Rp. 1 eredeti tuba Salenal 1.40 korona kicsiben.

Mintát és irodalmat küld: E. Weyrich, Mag. pharm. Wien, IX., Mariannengasse 10, W. Wolf, k. k. Hof., Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).

LIQUOR-ALSOLI.

Méregtelen, hatásos antiseptikum és adstringens, mely pótolja az ecetsavas alumíniumot, chlorsavas kaliumot, lysolt, sublimat. Általános alkalmazásra talál a gynaekologiai, sebészeti és laryngologiai gyakorlatban.

Mérésre szolgáló skálával ellátott üvegek ára 1 korona.

ALSOL-CRÈME.

Javalatok: Intertrigo, eczema, perniones, decubitus.

Legcélzzerűbb toilette-kenőcs.

Tubák 0.70 és 1.30 korona árban.

Irodalmat és mintát küldenek a gyárosok:

Athenstaedt & Redeker, Hemelingen bei Bremen.

Kapható a gyógyszerárakban vagy a főraktárban: dr. Rosenberg Sándor, gyógyszerész, Budapest.

Kissingen

elősegíti az anyagcserét.

Rákóczy világhírű, anyagcserebántalmak, gyomor- és bélzavarok ellen.

Maxbrunnen gyógy- és asztali víz, a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. Kissingeni keserűvíz, Kissingeni fürdő, Bockleti aczélforrás.

Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett. Mindenütt kapható és directe is szállítunk.

Kissingen és Bocklet k. ásványfürdők kezelősége.

Természetes arzén vasas forrás **RONCEGNO.**

A legjobb sikerrel alkalmazva: Vérszegénység, ideg, bőr és női betegségek ellen. Házi kúrák (ivókúráknak) minden évszakban igen alkalmas. Valamennyi gyógyszerár- és ásványvíz-kereskedésben kapható. Híres fürdő- és klimatikus gyógyhely (Dél-Tirol) Trienttől másfél órányi távolság. Gyógyház, Grand Hotel des Bains és park. Legelőkelőbb elsőrangú házak, remek fekvéssel (535 m.) körülveve 150,000 négyszögletes fekvésű erdővel. Impozáns dolomit-panoráma. Enyhe, alpesi klíma. Saison május 1-től októberig.

Physikális therapiiai intézet

Villamos váltakozó áramú fényfürdő és pneum. készülékek, tornakészülékek stb.

Dr. Bruno Alexander gyak. orvos Bad Reichenhall

Villa O. Reilly, Bahnhofstrasse 8 pt.

Ackerschott-^{féle} schweizi alpesi tej-gyermekliszt

Raktár: Budai dr. gyógyszerár, Budapest, IV., Váci-utca sarok.

5399 számára. Orvosilag ajánlva.

Winhurst-gép olcsón eladó.

Megtekinthető 10—11-ig :

5386

CARO és JELLINEK raktárában. Arany János-u. 5.

Belügyministerium által engedélyezve.

Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehyd, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, a betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria eseteiben. Emellett kitűnő altatószer és javulva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálra.

Digestol Glück

a legkövetkező emésztőpor.

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, carbonat, magn. carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű phenolphthalein, cetrarin stb.), de egyszerre mind fokozza a bélmozgást és cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag is hat. Javalva van a gyomor és bél legkülönbözőbb bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél, erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb.

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálra.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti laboratoriuma

„Fehér galamb“ gyógyszerár

Budapest, VI., Hungária-körút 93. Telefon 9—32.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

4539

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis. Kapható minden gyógyszerárban.

„Bayer“ CONTRATUSSIN „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrássy-út 84. Minden gyógyszerárban kapható. Kiváncra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

4036

LEGKÖVETKEZŐ EROS BACTERICID NATASU ANTISEPTIKUM A **LYSOFORM** OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT



Szt.-Lukácsfürdő

Gyógyfürdő, BUDA.

Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénforrások, iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézet, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvízszodák. Olcsó és gondos penzió. Csász. közvény, ideg-bőrbajok; lakás felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Buda.

a legkönnyebben emészthető, legjobban erősítő schweizi termék minden korban levő gyermekek

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSEK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Herczel Manó: Sacralis (coccygealis) úton végzett végbélműtétek és késői eredményeik. 493. lap.

Bogdanovics Milos: Közlés az I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bárony János dr., egyetemi ny. r. tanár.) A féregnyújtvány lobja és a fiatal méhenkívül való terhesség elkülönítő kórhatározásának nehézségeiről. 496. lap.

Deutsch Ernő: A „Sterilac“ nevű készülék ismertetése. 499. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dr. Claude: Définition et nature de l'hysterie. — René Cruchet: Traité des torticolis spasmodiques, spasmes, tics, rythmies du cou, torticolis mental etc. — J. Marcuse: Luft- und Sonnenbäder. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Steensma: Az epefészek igen kis mennyiségének kimutatása. — Belorvosok. Wegele: Yoghurt-kúrák. — Richter: Pericardiumos

dörzsölés szívburok-synechia esetében. — Idegkórtan. Edinger: Az ideganyag elhasználódása. — Volland: Gyógyult epilepsziásokról statisztika. — Gyermekorvos-tan. J. Collins és Th. Romeiser: Az 1907. évi new-yorki poliomyelitis aenta járvány. Venerás bántalmak. Neisser: Java-szigetén végzett kísérletező syphilisvizsgálatok. — Fizikai gyógyításmódok. Eulenburg: A neurasthenia és a vele rokon ideges állapotok klimato- és balneotherapiája. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Ramonds: A jodismus elkerülése. — Kaszper: Fektor. — Eglatol. — Eysell: A syphilis gyógyítása. 499—503. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 503. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 503. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 504—506. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Thiocol-Sirolin-Sulfosotszörp“ készítménye. — Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation „Tanocol“ készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Sacralis (coccygealis) úton végzett végbélműtétek és késői eredményeik.¹

Irta: **Herczel Manó** dr.

A végbélműtétek általában a ritkább megbetegedések közé tartoznak, a mi már Christen statistikájából is kiviláglik, ki a bonczolt esetek 0.29%-ában talált végbélműtet halálok gyanánt. Az utolsó 10 évben a szent Rókus- és szent István-kórházban végzett klinikai bonczolások folyamán 1087 rákos eset közül 39-ben, azaz az összes rákos esetek 3.6%-ában volt végbélműt, mely az összes (10,541) bonczolt esetek 0.37%-ában szerepelt halálok gyanánt.

A végbélműtétek aetiologiájáról csak vajmi keveset tudunk; lehetséges, hogy egyes esetekben traumákkal és különösen idült lobos folyamatokkal állanak oki kapcsolatban, de a kórokozó szerep biztos kimutatása csak igen ritkán sikerül; aránylag gyakrabban észlelhetjük azt, hogy eredetileg jóindulatú tumorok, pl. papillomák rossztermészetűvé válnak. Hogy a carcinomák közt is a metastasis-képzés, recidiva stb. szempontjából többé vagy kevésbé rosszindulatúakat különböztethetünk meg, s hogy ez a tumor kórszövettani szerkezetében is bizonyos fokig kifejezést nyer, az a végbélműtétekre a legutóbbi évek vizsgálatai alapján ép úgy bebizonyult, mint például a gyomor hasonló daganataira. Csakugyan saját eseteink is azt bizonyítják, hogy különösen a mirigyszerű rákok azok, melyek kiűrés után a recidivamentesség szempontjából a legkedvezőbb prognosztis nyújtják, a mennyiben például egy 53 éves korában operált ilyen betegem már 15 éve él teljes egészségben. Ellenkezőleg áll a dolog az úgynevezett carcinoma solidummal, melynek köb- vagy gömbalakú sejtjei a szövetek legmélyebb rétegeit infiltrálják, s mely úgy a metastasis-képzés, mint a recidiva szempontjából a leggonoszabb indulatúnak minősítendő. Mintha a Hansemann-féle anaplasia elmélet csakugyan bizonyítékokat nyerne oly irányban, hogy a sejtek, melyek a henger-

sejteknek bonczolás- és élettani szabványától leginkább eltérnek, ezen elvesztett képességek helyébe inkább végnélküli burjánzásra lennének hivatva.

Álljon a dolog bármiképen, bizonyos az, hogy a szövettanilag relative jobb indulatúnak bizonyuló, s a klinice is enyhébb, lassabb lefolyásúnak bizonyuló rák sem stagnál, hanem hovatovább növekedvén, megfelelő beavatkozás nélkül előbb-utóbb biztos halálra vezet. Hogy azonban a halálos és a gyógyíthatatlan betegség azonos fogalmak, az nemcsak a laikusok köztudatába ment át, de egyesek még az orvosok közül is ezen az állásponton vannak. Így néhány angol és francia szerző, mint Rose, Swenson, Routier és mások, még legújában is azt vitatja, hogy a rák absolute gyógyíthatatlan betegség, a beavatkozások csupán palliatív eredménnyel járhatnak s ezért csupán a tüneti kezelés jogosult.

Hogy ezen álláspont helytelenségét bebizonyítsam, s hogy a nálunk is, fájdalom, nemcsak laikus, hanem széles orvosi körökben is megrögzött ily meggyőződést lehetőleg megdöntsem, teszem közzé e munkámat, mely bebizonyítani hivatott, hogy a korai körjelzés eszközeinek s megfelelő operatív technikának birtokában korántsem vagyunk oly tehetetlenek, mint azt eleve hinnők, sőt hogy működésünk végeredményei világosan bizonyítják, hogy a korai és radikális operatio útján továbbhaladva remélhetjük azt is, hogy a végleges gyógyulásnak máris igen kedvező számarányát még tovább is fogjuk tudni javítani.

A végbélműt korai diagnosisa elég könnyű: a symptomák, melyek egyfelől a rák széteső, fekélyes folyamatára, másfelől a bél incomplet szűkületére utalnak, oly kifejezetten, hogy azokat külön részleteznem felesleges. A symptomák fennállására vonatkozólag érdekes, hogy a betegek panaszai eseteinkben 45-ször 1 évnél kevesebb időre, 21-szer 1—2 évvel, 9-szer 2—3 évvel a műtét előtti időre vezettek vissza. Ha a daganat ujjal elérhető, a körjelzés igen könnyű, mert a szívetesen kiemelkedő, hosszúságos vagy széles, felhánt szélű, kemény, göbös szövetet, mely hurutos, succulens bélnyálkahártyába van ágyazva, kitapintani alig ütközik nehézségbe. Csak nem szabad visszariadnia az orvosnak a rectális vizsgálattól, nem szabad megelégednie egy a fent leírt tünetekről panaszoló betegen az aranyeres csomó körjelzésével s ennek meg-

¹ Előadatott a magyar sebész-társaság 1908. május 30-án tartott második nagygyűlésén.

felelően adstringáló öblítések rendelkezésével, mindenekelőtt pedig nem szabad a cachexiát a rosszindulatú daganatok pathognosztikai tüneteinek tekinteni, s ennek hiányában téves körjelzés alapján a senyvedést bevárni. Csakugyan, ha minden gyanús esetben condome-mal védett ujjal *rectális vizsgálat* végeztetnék, úgy kártársaink sokkal korábban és gyakrabban ismerhetnék fel a végbélrákot; hogy pedig korai felismerés után a korai műtét — mint bármely más ráknál — itt is mily üdvös, azt külön kiemelni teljesen felesleges.

Ha a szűkültre s kifekélyesedésre utaló tünetesoport jelenléte mellett a kezelőorvos a daganatot ujjával kitapintani nem tudja, akkor a beteg minden egyes esetben specialistához küldendő, ki elegendő jártassággal bir részben *bimanuális* — esetleg *narcosisban* megejtett — vizsgálattal, de mindenekelőtt a *Strauss-féle rectoromanoskop* segélyével a végbél legmagasabb részleteit is egészen a flexuráig megvizsgálni. Nem egy esetben volt alkalmam olyankor is, midőn a rectum ampullája tág, feszült, teljesen daganatmentes volt, 12—14 cm.-en felül, a magasabb részekben a rectoromanoskop s villamos bevilágítás segélyével daganatot megállapítani s utólag sikeresen kiirtani. Be kell azonban vallanom, hogy a képek helyes értelmezése végett a rectoromanoskop kezelésében nagy gyakorlattal kell birnunk; így néhány évvel ezelőtt magán az eljárás felfedezőjével, *Strauss* berlini tanárral esett meg az, hogy egy 37 éves férfibetegét igen magasan ülő végbélrák diagnózisával hozzám küldötte; villamos bevilágítással csakugyan látható volt 14 cm. magasságban egy pázsitszerűleg kiemelkedő, könnyen vérző, kissé egyenetlen felületű daganat. Sacrális úton való behatolás után a rectumot teljesen szabaddá praeparáltam, de nagyobb, áttapintható daganatot nem éreztem. Kitűnt, hogy nyilván egy duzzadt dysenterias fekélylyel van dolgunk, a mely teljesen jóindulatú s a mely kiirtás nélkül belső kezelésre teljesen meg is gyógyult. Tévedések tehát a rectoromanoskop használata mellett is előfordulhatnak, de az esetek túlnyomó részében a gyakorlott szem által látott kép teljesen biztos támpontot nyújt a diagnózisra, a mihez járulhat még az is, hogy a rectoromanoskop segélyével a magashól eltávolított kis szövetezafatok szövettani vizsgálata a kórfolyamat lényegét teljesen tisztázhatja.

Tekintve azt a körülményt, hogy mily szomorú a magárahagyott végbélrákban szenvedő beteg sorsa, abban a pillanatban, a mint a diagnosis meg van állapítva, az *operatio kérdése nyomul előtérbe*, olyan irányban, hogy vajjon lehet-e még operálni s vajjon a *kóros részek eltávolítása oly auspiciumok mellett történhet-e, hogy a kiújulás legalább emberi számítás szerint végleg, vagy legalább is hosszú időre kimarad*. E tekintetben ezen a helyen is hangsúlyoznunk kell, hogy az utóbbi időben a műteti eljárások annyira fejlődtek, hogy számtalan olyan esetben is sikerül operálnunk, a melyben azelőtt a kiirtás lehetősége már eleve is kizárt volt. Ma még olyan tumorokat is sikerül kiirtanunk, melyek jóval a plica Douglasi áthajlási redője fölött ülnek, s a melyeket alulról elérni nem tudunk, mert nem riadunk vissza attól sem, hogy, ha sacrális úton nem tudjuk a daganatot eltávolítani, laparotomia segélyével szabadítsuk fel a sigmabelet a rectum legmagasabb részéig, s a nagy erek lekötése után egy újabb sacrális behatolással húzzuk le a kóros részek teljes eltávolítása után a colon esonkját a sacrális nyílásig. Ezek mindenesetre nagy és beható műtétek, melyek körülbelül 40—50% közvetlen műteti mortalitással járnak, de ha sikerülnek, a beteg radikális, vagy legalább is hosszú időre terjedő gyógyulásával kecsgetetnek. Míg azelőtt a végbéltumorok teljesen szabadon mozgathatása volt az operabilitás feltétele, ma már nem riadunk vissza oly nagy tumorok eltávolításától sem, melyek részben a vékonybelekre, hólyagfalra, prosztatára, méhre vagy hüvelyre is áttérjednek. Mint a statistikából látható, nem egyszer avatkoztunk be olyan komplikált esetekben is, a melyekben a rákosan infiltrált vékonybeleket, prostatát vagy hüvelyt és méhet is reszekálnom kellett, s a melyekben a tumor mobilizálása csak igen nagy nehézséggel sikerült, s még ilyen kétségbeesettnek látszó esetekben is, ilyen szövevényes műteti eljárás mellett, állandó, sőt végleges gyógyulást tudunk felmutatni. Általában azt kell mondanunk, hogy minden olyan rák, a melyben közönséges, bimanuális, esetleg narcosisban megejtett vizsgálatkor az újképlet s a *rectum csővének eltolhatósága biztosan konstátálható*, okvetlenül mielőbb *műtét végzendő*, még pedig *radikálisan*, olyan módon, hogy nemcsak a daganat távolítandó el a bélfalzat minél

nagyobb egészséges részletével együtt, hanem lehetőleg előnyt adva a dorsális behatolásnak, a keresztessont vajúlatának laterális és mediális *nyirokpatatai hasonlóképen kiirtandók*, mint a melyeket már rákosan infiltrálnak kell tekintenünk. Épen úgy, mint a hogy emlőrák eseteiben az elsődleges daganattal együtt a hónalji nyirokesomók is eltávolítandók, tartunk végbélrák eseteiben is kötelességünknek a végleges gyógyulás biztosítása czéljából a pararectális és parasacrális mirigyek radikális eltávolítását, mert csak így tudjuk a végleges gyógyulás százalékszámát tovább is javítani. Ha esetleg gyanú állana fenn oly irányban, hogy ezen mirigypamatok túl magasan vannak már infiltrálva s így már alulról nem irthatók ki, ha a belekkel, hólyaggal vagy a belső nemi szervekkel való összekapaszkodás oly nagyfokú, hogy a szervek kiterjedtebb reszekálása látszanék szükségesnek, akkor bizonyára megengedett és ajánlható azon az utóbbi időben több oldalról követett eljárás, hogy egy *előzetes laparotomiával* ezen viszonyok felől tájékozódást szerezzünk.

Mielőtt az általam alkalmazott műteti eljárást vázolnám, meg akarom csak jegyezni, hogy a magasan ülő szűkülettal bíró betegek *előkészítésekor* lehetőleg oda törekszem, hogy pár napig tartó laxálással a beteg bélhuzamát kiűritsem, még pedig azért, mert ezen betegekben rendesen nagyfokú hig bélsár retentioja van jelen, s e hig székletét lefolyása a műtét alatt, vagy közvetlen a műtét után nagyon kellemetlenné válhat. Ellenkezőleg olyan betegekben, kiknek legfeljebb a pars pelvina rectiben van nem teljesen circuláris, lapos daganatuk, a lumen tehát erősen szűkítve nincs, lehetőleg erősebb előzetes laxálások nélkül végzem a műtétet, mert ilyen esetekben csakugyan úgy tapasztaltam, mint *Hochenegg*, hogy a később ürülő, aránylag kemény bélsár kevésbé inficiálhatja a friss bélsebet, mint az állandó hig székletét. Az előkészítés módjára nézve azon körülmény is befolyással bir, vajjon *resectio* végzése vagy *amputatio* illetve *sacralis anus* képzése van-e programmon. Az előbbi esetben a lehetőleg teljesen kiűritett *béltractus* a *conditio sine qua non*, mert a műtét után napokig kell a beteget obstipálni, hogy a per primam gyógyulásra nem igen hajlamos vastagbélfalzat lehetőleg solide összetapadhasson és kemény bélsárrögök által ne feszítettessék széjjel.

Ez alkalommal egyúttal hangsúlyozni kívánom, hogy az *anus praeternaturalis* — és pedig sem *iliacalis*, sem *coecalis* formájában — *nem tartom ajánlatosnak a műtét előtt*. Számos esetem közül egyikben sem éreztem hiányát. Ha gyökerező műtétet akar végezni a műtő, akár jobboldali, akár baloldali, kellemetlen az *anus praeternaturalis*, eltekintve attól, hogy a baloldali a radikális műtétet nagyon megnehezíti. A betegre nézve pedig semmi esetre sem közömbös, hogy egy műtét helyett hármát végeznek rajta, mert végre is az *anus praeternaturalis* nem csak alkalmaznunk kell, hanem később egy újabb, harmadik műtéttel el is kell zárunk. Csak azon esetben alkalmazom, és itt igen is bő indicatioval, az *anus praeternaturalis* *iliacust*, ha a tumort teljesen inoperabilisnak tartom, a mikor is természetesen csak palliativ *operatio* jelentőségével bir, a mely hivatva van a pangó bélsarat a kifekélyesedett végbéltől távol tartani.

Ha a műteti eljárásokat tekintjük, a melyek manapság a végbélrák kiirtásakor alkalmaztatnak, lényegileg csak két eljárás jő számba, és pedig a *resectio* és az *amputatio recti*, mert minden egyes esetben tisztában kell lennünk azzal, hogy a mint egy daganat mutatkozik a bélfalzatban, nem elégséges azt lecsipni vagy kauterezni, hanem minden egyes esetben kötelességünk a daganatot a végbél falzatával együtt eltávolítani, s ezenkívül a mirigyeket is kiirtani. Ha a daganat meglehetősen magasan, 3—5 ujjnyira az analis nyílás felett kezdődik, természetesen iparkodni fogunk a sphincter anit megtartani, annál is inkább, mert ez a *continentia* szempontjából felette fontos. Már 10—15 évvel ezelőtt iparkodtam ily ideális methodussal dolgozni, a mennyiben a megbetegedett csőrészlet kiirtása után a rectumcsonkokat circulárisan egyesítettem. Ez az egyesítés, ha a seb per primam gyógyul, a legideálisabb viszonyokat adja úgy a momentan gyógyulás, mint a *continentia* tekintetében, azonban az én személyes tapasztalataim szerint határozottan veszélyesebb, mint akár az *amputatio recti*, akár a végbél orális csonkjának a sphincteren át való előhúzása, a melyre mindjárt rá fogok térni. Én magam két esetet vesztettem el varratincontinentiához csatlakozó sepsises phlegmonében, mert a körkörös varratnál, ha a csonkszékelyek nincsenek kellően táplálva,

nagyon könnyen áll be a szélek elhalása, főleg a hátulsó oldalon, a hol a varrat nincs úgy támogatva, mint az előlő szélén. A varrat könnyen szétválhat az első székkürítés alkalmával, mivel ilyenkor az egész bélsárosszlop a hátulsó varratvonalrésztelre nehezedik.

Ujabban *Bier*, *Kocher* és *Rotter* ezen úgy iparkodtak segíteni, hogy egy plastikusan odahelyezett bőrlebensnyel erősítik a varratvonalat és e modificatioval csakugyan szép eredményeket is értek el. Mindezek ellenére az a benyomásom, hogy az amputatio recti lényegesen enyhébb beavatkozás, a mely sokkal rövidebb időt vesz igénybe s különösen zsírdús egyénekben, a kiknek szív működése amúgy is gyengébb s a kiknél a műtét gyors befejezése kívánatos, mindenesetre már ez utóbbi szempontból is előnyben részesítendő a huzamosabb időt igényelő resectiók fölött. Előnyben annál inkább, mert a sebszélek egyesülése sokkal kedvezőbben történik, s mert ha elég hosszú csont áll rendelkezésre, az amputatio methodus is igen jó continentiát biztosít. Ha ugyanis a csont elég hosszú, akkor a nyálkahártyájától lecsupaszított anális gyűrűn át könnyen lehúzható s néhány silkworm-varrattal fixálható; ilyenkor akár a sphincter előzetes átvágásával, akár e nélkül, a végbélzárázó teljes megtartásával per primam gyógyul a seb s a continentia szempontjából is kitűnő az eredmény. 18 ilyen módon operált esetem közül alig fordult elő olyan, hogy a kitűnő eredménnyel ne lettem volna teljesen megelégedve.

A mi a műtét eredményét illeti: a *perineális és vaginális utat* évek óta teljesen elhagytam s kiválóan a dorsális methodussal operálok. Ezt alkalmazom kizárólagosan akkor, midőn a műtét methodus szabad választás tárgya lehet és pedig — ha csak különös körülmények másképen nem kívánják — mindig a *Denonvillier*, *Verneuil* és *Kocher* által inaugurált irányban, a mely 21 év előtt *Kraske* által lett bővítetve, s a mely általában sacralis methodus név alatt ismeretes. De míg azelőtt, tudva azt, hogy a keresztcsatorna megnyitása s a IV—V. sacralis idegek laesioja kellemetlenséget nem okoz: *Bardenhauer* és *Kraske* nyomán haladva, jóformán kizárólagosan a harmadik keresztlik magasságában véstem át a sacrumot, addig az utolsó 6—7 év óta teljesen elegendőnek találok a *Kocher-féle eredeti előírás szerint a farkcsont resectióját*, melyet rendszeren a jobb oldali lig. tuberososacrum és spinosacrum átmetszésével toldok meg (jobb oldalon azért, mert a beteget rendszerint bal oldalára fektetve operálok). A baloldali fektetést a szokásos jobboldalinál azért tartom alkalmasabbnak, mivel a magasban való manipulációk (pl. a flexura csontjának előhúzója) a rectum baloldali fekvése folytán a jobb kézzel könnyebben vihetők ki. A legnagyobb s legerősebb összenövésekkel komplikált daganatokat is ki tudom irtani e kis csontnak eltávolításával: az os sacrum temporae resectióját csak egy egyetlen esetben alkalmaztam, de mert ekkor is csontnekrosis következett be, e módszert azóta teljesen elhagytam.

A rectális csőnek felszabadítása most már kissé másképen alakul amputatio és másképen resectionál. Az amputatiót, mint lényegesen egyszerűbb és gyorsabban végrehajtható műtétet általában szívesebben alkalmazom idősebb, elhízott egyénekben s olyanokon, kiknek szív működése nem egészen tökéletes. Ha a rák a sphincter közelébe terjed és az anális rész is meg van támadva, akkor az anust és a sphinctereket bőven az egészséges részben kivágjuk, a levator anit gyorsan átmetszszük, a kiszabadított csontot egy erős selyemfonállal lehúzzuk, a prostatáról mindkét oldalt lepraeparáljuk, az a. haemorrhoidalis mediákat lekötjük és felfelé haladva a fascia pelvinának hosszirányban való felhasítása után a bélesövet a pelveorectális zsírszövetből lehetőleg tompán kifejtjük. Ugyancsak tompán toljuk le a mesorectumot és mesoflexurát is az os sacrumról, miközben a feszülő kötegek lehetőleg magasban átmetszsznek, miután az a. haemorrhoidalis körülötletett.

A mint a peritoneum áthajlási redőjét ollóval megnyitom és a nyílást felfelé meglehetősen tágitom, behatolok jobb kezemmel a Douglas-űrbe s lehúrom a flexurát, tájékozódván egyúttal arról, hogy a tumor mily magasban terjed a rectumban. Az igen magasban ülő rákoknál a *Polya* dr. által már leírt műfogással a flexura sigmoideát húzom elő, miközben a mesocolon creivel együtt igen erősen megfeszül. Ha a rákos mirigyek s a perirectális zsírszövet rákos infiltratioja folytán az a. haemorrhoidalis superiorit egészséges szövetben alakítani nem tudom, akkor ilyenkor a flexura sigmoideát két klammerbe veszem s a kettő között bélollóval elvágom a meso-

colon pelvinumot, illetve a mesosigmoideát, miközben az art. haemorrhoidalis superiorit magasabb helyen külön alakítom. Csak ezután kötöm le a mesoflexura ereit s a lekötés után a hosszú, sokszor 20—25 cm.-nyi beteg rectális csövet a perisacrális infiltratummal s mirigyekkel egyetemben egyszerre és könnyen távolítom el.

Gyakran okoz nehézséget az összenőtt neoplasmának a hólyagról, hüvelyről és méhről való leválasztása; különösen gyakori férfiakban a prostatával való összekapaszkodás. 7 esetben reszekáltam ilyen alkalommal a prostata kisebb-nagyobb részét, 2 esetben a gyanús ondóhólyagot is kiirtottam, 2-szer pedig a hólyagfalzából is eltávolítottam egy részletet a nyálkahártya megsértése nélkül; három esetben a méhet is teljesen extirpáltam. E komplikált esetek közül egyik-másik el is halt, de egy sem volt olyan, hogy a beteg állapota az operatio komplikált volta miatt vált volna aggályossá. Igen sok esetben okozott nehézséget a sacrummal való összenövés, de egy esetben sem olyant, hogy a mélyben, a promontorium magasságában való vérzéseket az a. haemorrhoidalis superioriból ne lehetett volna átöltésekkel biztosan csillapítani, hogy az elvérzés veszélye fenyegetett volna s a műtét ne lett volna befejezhető.

A mint már előbb is említettem, az amputált esetekben is iparkodtam ott, a hol a sphinctert egyáltalában meg lehetett tartani, a *Hochenegg-féle áthúzási eljárás*sal a bél functióját, illetőleg continentiáját zavartalanul biztosítani, a mi az esetek nagy részében sikerült is. Ha a sphincter megtartható nem volt, a csontot kivétel nélkül a sacrum alatt varrtam ki, tehát anus sacralist készítettem, a melynek functionális képessége korántsem oly rossz, a mint azt eleve hinnők, s a mely kemény székkletétet elég jól tart vissza, különösen ha nyílását glicerinelottával elzárjuk.

A functionális eredmény biztosítására tudvalevőleg a legkülönbözőbb eljárások lettek ajánlva, melyeket jóformán mind kipróbáltam. Megkísérlettem a csontot *Witzel* szerint a m. glutaeus maximuson és a m. pyriformison áthúzni, *Rotter* szerint a bőr alatt átvézetni, *Billroth* szerint az os sacrum felé felesapni, *Gersuny* szerint a torsiós eljárást alkalmazni. Ez eljárások közül azonban tulajdonképen egyik sem biztos és nagyobb részük a bélesonk bizonyos hosszúságát és jó erezettségét kívánja, mert a nélkül akár a felesapott, akár az oldalvást kivezetett, akár a torqueált cső vége nagyon könnyen elhal. E szerint tehát ezen eljárások csak kivételes esetekben alkalmazhatók, mikor azután egyik-másik esetben csakugyan jól beválnak, mint pl. jól alkalmazható néha a *Billroth-féle eljárás*, a melynél azonban nem szabad a visszamaradó hátulsó bélfalnak erősen megfeszülni, nehogy az os sacrum felvésett lapja felhorzsolja és decubitust ejtsen rajta. Azonban a közönséges anus sacralis is — ha a nyílás nincs túl tágira vagy szűkre szabva — minden mesterséges záróizom alkalmazása nélkül is eléggé jól tartja vissza a kemény székkletétet. A székkletét szükségének érzése egy bizonyos idő múlva szintén visszatér, a beteg megérzi a székkletét feszítését és elég ideje marad a székkürítésről gondoskodni, főleg ha a *Payr-féle glicerinelotta* jól functionál.

Végre meg akarom jegyezni, hogy 5 esetben *paraffininjectiókkal* szűkítettem a kissé tág bélnyílást, a mi által a continentiát lényegesen előmozdítottam.

A *resectio recti műtete lényegesen hosszabb* ideig tart, mert a rectumvégeket vagy körkörösén egyesítjük, vagy pedig a *Hochenegg-féle methodust* alkalmazzuk. Ez utóbbinál, mint említettük, a rectumot a nyálkahártyájától lecsupaszított anális gyűrűn át levarrjuk, vagy pedig a sértetlen nyálkahártyával bíró anális gyűrűvel együtt elővonjuk, evertáljuk és így varrjuk össze a falzatot elsüllyesztett silkworm-varratokkal. Ezen eljárás a mellett, hogy mindenesetre huzamosabb időt igényel, némileg nehezíti is a műtétet, mert a végbélnek a hólyagról és prostatáról való leválasztása tompán történik és a csőnek kiemelése csak continuitásának átmetszése után lehetséges. A magam részéről *Kraske*-vel ellentétben nem nyitom meg a bél lumenét a neoplasmán alul, hanem először tompán körüljáróm a belet s csak miután teljesen felszabadítottam, vágom át két gazeköteg között, hogy a seb inficiálását tökéletesen elkerüljem.

Hogy a *resectio után a functionális eredmények jobbak*, az kétségtelen, maga a műtét azonban lényegesen súlyosabb beavatkozás s ha egyes szerzők statistikája az ellenkezőt állítja is, mégis

tagadhatatlan, hogy a resectiók nagyobb mortalitással járnak, mint az amputatiók.

Ha még megemlítem azt, hogy minden egyes esetben lehetőleg vigyázzok arra, hogy a bél lemettsége 3—4 cm.-nyire a neoplasmától ép szövetben történjék, hogy tekintettel vagyok arra, miszerint a rectummal együtt a mirigyek is teljesen le legyenek praeparálva és a zsírszövettel együtt eltávolítva, ha kiemelem, hogy különös súlyt helyezek arra, hogy az amputált csont — mielőtt a bőrhöz akár az anális nyílásban, akár a sacrális seb felső zugában silkworm-varratokkal lazán rögzítenék — jól vérezzék, csak két követelményre óhajtánám még a figyelmet felhívni. A parasacrális, a bélcsont alatt és mellett lévő üreget s a pars pelvina üregét is mindig vékony steril gazecsikokkal és sohasem jodoformcsikokkal tömeszelem és így egyrészt elejét veszem a jodoformintoxicationnak, másrészt eléggé biztosítom a váladéknak szabad lefolyását. A *peritoneális üreget* pedig 10—15 finom esomós selyemvarrattal rendszeresen elzárom, mert még a Czerny-féle klinikán szerzett tapasztalataim szerint csaknem kétszer nagyobb a halandóság, ha a Douglas-úr nyitva marad s ha csak tamponokkal gondoskodunk a secretum levezetéséről. Utóbbi esetben a hashártyalob igen gyakori, míg a teljes elzárásakor jóformán alig látunk peritonitist. Csak futólag akarom még említeni, hogy két igen súlyos esetben, a melyben a rák igen magasan ült, s a hol képtelenek lettünk volna egyedül a Kraske-féle methodussal a végbelet kiirtani, az abdominális úthoz folyamodtunk, melylyel az esetek súlyossága ellenére tökéletes gyógyulást értünk el. Az egyik esetben a flexura sigmoidea abdominális úton való szabaddá tétele után húztuk le a tumort s készítettünk sacrális nyílást, a másik esetben pedig a resectio után mélyen a medencében létesítettük a csontok összetapadását Murphy-gombok segítségével, mert a Douglas áthajlási redője felett 3 cm.-rel ülő amputációs felületet varratokkal egyesítenünk lehetetlen volt.

(Vége következik.)

Közlés az I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A feregnyújtvány lobja és a fiatal méhenkivül való terhesség elkülönítő kórhatározásának nehézségeiről.

Irtá: *Bogdanovics Milos* dr. tanársegéd.

A sebészet fogalmába tulajdonképen minden beletartozik, a mi sebéssel vagy a keletkezett seb kezelésével van összekötve. Tág értelemben tehát minden orvosi véres cselekvés sebészkedés, a test bármilyen részén menjen is az végbe. Minthogy azonban az emberi szervezet különböző részeinek tanulmányozása közben az orvostudomány haladásával párhuzamosan mindinkább bizonyosodott, hogy a szervek munkájának és az e munkában található hibáknak megismerésére és a kiigazítást szándékoló módokatoknak kutatására, ha a szerveket és működésüket mind külön-külön elemezzük is, egy ember élete alig elég, ez okból mindinkább eltagolódik speciálisan valamely szerv vagy szervecsoporthoz körül az orvosi foglalkozás. És így történik ez a sebészettel foglalkozók között is. Vannak, kik a egész életükben a fül, a kik az orr és torok, a kik a szem és a kik a nemi részek betegségeit tanulmányozzák, gyógyítják és operálják. Kiváltképen a szemészet és szülészet olyan terület, a mely különösebben kihajlik az általános orvos- és sebész-gyakorlat nagy kalapja alól. A szülészet például egészen különálló olyan tudomány, mely nemcsak hogy leköti a vele foglalkozót, hanem valóságos útjában áll annak, hogy az, a ki a nap és éjszaka minden percében készen akar lenni az előre ki nem számítható módon való szülészkedésre, magát és kezeit az orvosi foglalkozás sok más fajtájával mintegy beszennyezze. Ennek a jogosságát és igazságát a mindennapi élet bizonyítja. Azt hiszem egyedül a szülészet az a terület, a melyre még a nagyon activ természetű sebész sem mer előképzés nélkül bekalandoztatni. A terhesség és a szülés a nő nemi részeiben folyván le, csak természetes, hogy ezeknek a nemi részeknek az anatómiáját, physiologiáját, functióit, a bennük keletkező zavarokat és gyógyításmódjukat is legtöbb alkalma van a szülésznek megismerni és elsajátítani. Így válunk mi azután speciális gynaekologussá. Jóllehet a gynaekologus műtéti területe általános-

ságban a nő nemi szerveire korlátozódik, mégis keze alá jöhetnek olyan esetek, a melyekben finomabb vizsgálati módszerek mellett sem lehet biztosan megállapítani, vajjon tisztán a gynaekologusnak avagy a zsigerek sebészének a hatáskörébe tartozó bántalom forog-e fenn. Határterületek mindenfajta orvosi foglalkozásban mindig lesznek, még az összes diagnostikai eszközöknek lelkiismeretes kihasználásával sem lehet mindig a hasüreg megbetegedéseit pontosan lokalizálni s még kevésbé tudjuk némely nehéz esetben előre megmondani, hogy valamely hasüri kórfolyamat a zsigerekből vagy a nő nemi részeiből vette-e kiinduláspontját. Az ilyen határkérdések közé sorolható a feregnyújtvány gyulladásának a viszonya a női nemi szervekből kiinduló megbetegedésekhez. Az a fokozott érdeklődés, melylyel a sebész a feregnyújtvány betegségeivel szemben az utóbbi években viseltetik, a gynaekologusokat is hatalmába kerítette. Sönger joggal jelzi ezt olyan határterületnek, melynek művelésére a gynaekologus különösen hivatva van épen az appendixnek az adnexumokhoz való szomszédságánál fogva.

Hogy az elkülönítő diagnosis nehézségeit megérthessük, tekintsük át röviden ezen terület anatómiai viszonyait. Ivarérett nőben a petefészek a medence bemeneti síkja alatt fekszik az articulatio sacro-iliacának megfelelőleg és a musculus obturator internuson nyugszik az úgynevezett fossa ovaricában, melyet álló helyzetben határol hátul az ureter és az arteria uterina, felül és előre az arteria umbilicalis. Waldeyer ezen gödröt egyenszáru háromszöghöz hasonlítja, melynek előre tekintő alapját a lig. rotundum és szarait felül a vena iliaca externa, alul pedig az ureter alkotja. A tuba a méhtől kiindulva horizontálisan fut kifelé a petefészek fölött a lig. latum felső szabad szélében, majd ív alakban a petefészek laterális szélén kanyarodva, a fimbriákkal a szabad hasübbe nyílik. A processus vermiformis normális helyzete Waldeyer szerint medencebeli. Nőkben elég gyakran találjuk, hogy hosszának felével a psoas széle és a vena iliaca externa vagy communis felett belelóg a kismedencébe. Ennek az okát megtaláljuk a női medence alakjában, melynek bemenete nem olyan szögletesen kiugró, mint a férfi medencéé. Az appendix hossza átlag 8.5 cm.; ez azonban változó, 12—15 cm. hosszúság nem tartozik a ritkaságok közé; az eddig észlelt legnagyobb hosszúság 25 cm. (Sonnenburg). Helyzete is változó lehet, leirtak eseteket, a melyekben az appendix a baloldali fossa iliacaig ért és ott az S Romanummal összenőtt, a bal ovariummal összeforrt és ott tályogot alkotott. (Körte, Smith.) A szerzők legnagyobb része szerint az appendix és a női nemi szervek között a szoros kapcsolatot az úgynevezett lig. Clado vagy appendiculo-ovaricum létesíti. Waldeyer, Nagel, A. Martin úgy írja le, mint a hátulsó hasfalnak hashártyaredőjét, mely egyszer erősebben, máskor meg gyengébben kifejezett, a lig. infundibulo-pelvicumtól ered és jobboldalt a harmadik ágyékesigolya magasságában a fossa coecalis felé húzódik; benne vannak az arteria és a vena spermatica, a nervi spermatici, valamint a petefészek és méh testének nyirokereit. (Centralblatt für d. Grenzgebiete d. Medicin und Chirurgie, 1904.)

Az elkülönítő diagnosis nehézségei ezen területen, mint látható, abban a körülményben vannak, hogy a szervek normális viszonyok között is felette közel fekszenek egymáshoz, lobos viszonyok között pedig a helyzetük megváltozhatik, a mi a megkülönböztetést még jobban megnehezíti. Így előfordulhat, hogy a terhesség alatt a fossa iliaca felhúzott adnexumokat a gyermekágyi gyulladásos folyamat a medence bemeneti síkja fölött rögzíti és megfordítva, a gyuladt appendix a kismedencében összetapadhat a szomszédos szervekkel. Az appendicitis kórképe az adnexumok megbetegedéseivel annyiban hasonló, hogy mindkettőben gyulladásos, az alhasi peritoneum izgalmi tüneteivel járó állapotról van szó. Csakhogy a nemi szervekből kiinduló gyulladásos megbetegedéseknek többnyire jellemző előzményük, olyan kórtörténetük van, a mi a kezdeti szakban vagy kiállott gyermekágyi szövődmenyre, vagy gonorrhoeás fertőzésre vezethető vissza. Ezzel ellentétben az appendicitisnek kórelőzménye vagy teljesen negatív, vagy ha előzőleg voltak is rohamok, kifejezett bélbeli megbetegedésre vallanak: hányás, székrekedés, érzékenység az egész hasban, különösen a jobb oldalon; ezeken kívül appendicitis mellett szól a nemi szerveknek egészséges állapota. Lehetnek azonban a nemi szervekben egyéb nem gyulladásos elváltozások, melyek a megkülönböztető kórjelzés szempontjából figyelmet érdemelnek, mert nehézséget okoz-

nak; ilyen a méhenkívüli terhesség és a petefészektömlők kocsány-savardása. Ezen utóbbi főleg akkor okoz diagnosztikai nehézséget, ha akár kicsinysége, akár a vastag hasfalak miatt előzetesen elkerülte a figyelmet. A megkülönböztető körjelzéskor ilyen esetekben a cystának a hasfalra át kitapintása igazíthat útba.

Igen gyakran tévesztik össze a feregnyújtvány gyulladását a méhenkívüli terhesség korai eseteivel és leginkább a tuba megrepedésével. Hogy e két kórfolyamat elkülönítő diagnosztikájának nehézségeiről meggyőződhetünk, kísérjük figyelemmel kissé közelebről lefolyását és sorsukat a szervezetben. A feregnyújtvány gyulladásakor hirtelen erős kólikaszerű fájdalmak támadnak a vakbél táján, a betegek rosszulról, hányásingerrel panaszkodnak; e fájdalmak erősbödnék, esetleg kisugároznak az egész hasra, gyakran azonban csupán a köldök és gyomor táján maradnak; makacsabb hányás, hasmenés, vagy éppen ellenkezőleg székrekedés áll be, gyakran láz is. Sonnenburg arra figyelmeztet, hogy ezen tünetek a fájdalomnak rohamoszerű jelentkezése után szoktak kifejlődni és éppen ez a jellegző elkülönítő tünet egyéb kólikákkal szemben. A vakbél nyomásra érzékeny, kopogtatással többnyire kis tompulatot lehet itt kimutatni, majd a hasfalak feszesek lesznek, a közérzet jó marad: appendicitis simplex. Lényegesen megváltozik a kórkép, ha a vakbél körül a hasüregben izzadmány jelenik meg; ilyenkor a tünetek erősebbek. A fájdalmak cikázó jellegűek, néha tűrhetetlenek, a hányás igen makacs, szél- és székrekedés áll be, a hőmérsék rázóhidegek közbejöttével állandóan magas, az érverés szapora, a vakbél táján határozott ellentállás mutatható ki, a meteorismus kifejezettebb. A további fejlemények most már attól függenek, hogy az izzadmánnyal mi történik. Ha a hasüregbe jutott fertőző anyag kis mennyiségű, a szervezet megbirkózik vele. Ha a vírus erősebben fertőző, a hasüregben genyes izzadmány képződik ugyan, de a szervezet önvédelmében az izzadmányt eltávolítja, rövid idő alatt összetapadások létesülnek a zsigerek között, a melyek a fertőzés tova terjedését megakadályozzák. A genyes izzadmányképződés pár nap alatt elérheti tetőpontját, ekkor eltökolódik. Megindulhat most már lassan a felszívódás folyamata, a mikor is az általános tünetek visszafejlődnek, a közérzet javul, a hányás megszűnik, az érverés erősbödnök, a hőmérsék a rendesre száll alá. Ha ez nem következik be, az izzadmány állandósul és tályog keletkezik, a mit újabb és kiújuló hőemelkedés jelez. A tályog vagy a külfelületre törhet át és spontán gyógyulás állhat be, vagy a hasüreg felé terjed és általános hashártyagyuladást okoz. Az appendicitis perforativa lázzal, zajos tünetekkel hirtelen támad. Heves fájdalmak a hasüregben, rázóhideg, igen heves hányás, mely állandóan tart, teljes szél- és székrekedés, rendkívül szapora, kicsiny érverés. Sokszor azonban subnormális hőmérsék vagy csekély hőemelkedés van, mely az érverés szaporaságával nem áll arányban. A has mindenütt, baloldalt is, már enyhe érintésre igen érzékeny, néhány óra alatt felpuffad, a hasfalak feszesek lesznek. Ezzel párhuzamosan a beteg teljesen elesett, közérzete rossz, a szemgödrök beesettek, az arczikefezés aggodalmas, a végtagok hideg verejtékekkel fedettek.

Az appendicitis terápiája a betegség minősége és jelentkezésének alakja szerint némely esetben csupán a roham kezelésében áll, s a legtöbb esetben csak operatív lehet. A rohamot fektetéssel, jéggel és opiumos szerekkel szokás megnyugtani. A lecsillapult állapotban végzett műtét több reménnyel biztat. Hirtelen súlyosan jelentkező heves esetekben a sebészek nagy része azonnal operál. Mivel a betegség visszatérő természetű és az enyhén lefolyt rohamoknak is következményei maradhatnak vissza, végleges gyógyulást és a jövőre való teljes jó prognoszt csak a feregnyújtvány kiirtása nyújthat.

A fiatal méhenkívüli terhességet megállapítani nehéz, hiszen az első hónapban még a normális terhességre sincsenek biztos jeleink. Ilyenkor csak az anamnesis igazít valamennyire útba, az objectív vizsgálat alig nyújt támpontot. Az első hetekben csak a ruptura és belső vérzés folytán fejlődő anaemia tünetei azok, a melyekkel a méhenkívüli terhesség elárulja magát. Jellemző e tünetekre, hogy előjelek nélkül váratlanul keletkeznek, ilyenek a hirtelen támadó alhasi fájdalmak, az általános rosszullét, a szédülés, gyakran a hányásinger és hányás, majd a rendkívüli gyengeség s ájulás. Az ijesztő betegséghez odahívott orvos az asszonyt többnyire colapsusban találja, az arcz beesett, az ajkak kékesen fehérek, az

érverés felette szapora, könnyen elnyomható, filiformis, a légzés gyors, a test bőre hideg verejtékekkel fedett, a has puffadt, nyomásra rendszerint mindenütt érzékeny. A kevésvérűség tünetei vannak tehát az előtérben, a nélkül, hogy a beteg kifelé vérezne. A belső vizsgálat legtöbbször teljesen negatív, de teljes felvilágosítást a belső vizsgálatról nem is várhatunk, mivel a nagyfokú érzékenység és az újabb vérzéstől való félelem miatt az csak nagyon óvatos és felette kiméletes lehet. A collapsus és a kevésvérűséget kísérő hányás, a haspuffadás a belső vérzés folytán támadt peritoneum-izgalmat jelenti. A kifolyt vér a szakadás idejében szétfolyó s daganat alakjában ki nem tapintható; napok múltán, mikor a hashártya a megalvadt tömeget már el tudta tokolni, találhatni meg hátul a Douglasban vagy oldalt a széles szalag lemezei között a nem érzékeny, térszatapintatú haematokelét vagy a haematomát. A fájdalmak eleintén a ruptura szerint az egyik vagy másik oldalra lokalizálódnak, kifejezetten és főképen a hypogastriumban, de később elterülnek és a hasban általánossá lesznek s éppen ezzel tévedésbe ejthetik még a gyakorlott szakembert is. Az epigastrium fájdalmi, melyeket hányás is kísér, a gyorsan kifejlődő heves hasi érzékenységgel együtt inkább a gyomor és bél regiojában keletkezett átfürödésnek keltik a gyanúját; a gyomorfelek és a feregnyújtvány átfürödése szintén ilyen tünetekkel jár. A collapsus azonban a méhenkívüli terhesség megszakadásakor csakhamar megszűnhet, és éppen ez a körülmény, meg hogy a nagy betegség a test hőmérsékét semmit sem emeli, különbözteti meg más hasonló tünetekkel járó folyamatoktól, mint a milyen például az átfürödés hashártyagyulladás, a belső bélelzáródás, a tömlős daganatok kocsány-savardása stb.; az utóbbiakban ugyanis a kóros tünetek nemhogy alábbhagynak, hanem mindjobban fokozódni szoktak.

Az említett betegségeknek úgy a prognosisa, mint a gyógyítása nagyon eltér a megszakadt méhenkívüli terhesség gyógyításmódjától. Pár hetes terhesség a szakadás után megszűnik s a kiömlött vért a peritoneum lassanként felszívja. Ilyen könnyű esetekben műtetre nincs szükség. Ismételt rohamok vagy az első rohamban elhúzódó vérzés műtétet tesz szükségessé. Ez a műtét rendszerint a hasmetszés; a has sebének keresztül áttekinthetőbb a műtési terület, gyorsabban fellelhető a vérző hely; maga a műtét alig különbözik az ovariectomiától, két jó öltéssel megfogjuk a vért. A sebet át könnyű kihozni a hasüregbe kiömlött vért; nem hagyjuk azt ott, nehogy a hashártyának fölös munkát vagy a bomlásra alkalmas talajban a fertőzésnek melegágyat adjunk. A metszés mindig a középvonalban nyitja meg a hasat; akár a linea alba, akár a szeméremcsont felett harántul vágja át a műtét a has bőrét, a peritoneum sebzése mindig egyenes, függőleges irányú. Így kell ennek lenni, mert sohasem lehet előre tudni, hogy a méh függőleges kétoldalt hol és mit kell operálni. És ebben van a lényeges eltérés a vakbél betegségeinek az operálásától.

Az elkülönítő körjelzés az appendicitissel szemben az elmondottakból kifolyólag a következőkben állapítható meg: appendicitisben a terhesség jelei teljesen hiányzanak, a nemi szervek épek; hányás, a hasfalak feszesége, láz és a Mac Burney-pont érzékenysége nyomásra a főtünetek. Legutóbb Rovsing stockholmi sebész tanár is figyelmeztetett egy olyan jelenségre, mely az appendicitist kíséri: szerinte baloldalt a fossa iliacaiban a colon descendens nyomása typosos fájdalmat vált ki a jobb oldalon a Mac Burney-ponton, vagyis az appendix tájékán. Ezzel szemben a méhenkívüli terhesség megszakadásakor a terhesség jeleit néha már megtaláljuk, láz soha sincsen, éppen úgy nem szokott különösebben fájni az appendix tájéka, de láthatunk mérsékelt icterust s látjuk mindenestre a belső vérzésnek kiáltó jeleit.

Az összehasonlításért elmondott tünetek jellemzik a typosos képeket. Nem ily könnyű azonban az elkülönítés olyankor, a midőn jobboldali terhesség szakadt meg és ha a daganat meg az érzékenység a medence jobb oldalában legkifejezettebb. A vérzés felterjed néha a veséig, de gyakran körülveszi a lecsüngő appendix és akár a vakbél falát is. Hányásinger és hányás, fájdalom, puffadás a jobb hypogastriumban, pár nap múltán talán kisebb-nagyobb hőemelkedés is zavarja a képet, a két betegség tünetei összekeveredve mintegy fedik egymást. Pedig a helyes diagnosis gyors felállítása mindkét esetben nagyon is szükséges, mert legtöbbször életkérdésről van szó. A gyakorlóorvos szempontjából tulajdonképpen csak az a kérdés, hogy kell-e operálni és ha igen,

mikor és ki operáljon. Az appendixet, míg el nem hal vagy nem is genyed, csak a környezethez lenőtt, könnyű reszekálni. Mióta a figyelem az általa okozott számos haláleset folytán nagyon reáfordult, minden hasmetszéskor meg szokták nézni az appendixet. Dührssen 320 laparotomia közül 10 esetben, Kelly 200 közül 25-ben, Amann 280 hasmetszés közül 17-ben távolította el a beteg főregnyújtványt. Ma már a nőorvosok legnagyobb része is mintegy megkívánja, hogy a has megnyitáskor az appendixet mindig felkeressük és ha rajta kóros elváltozás van, el is távolítsuk. (Amann, Kelly, Zweifel, Fűth, Säger stb.) Különbség van azonban az egyszerűen lenőtt, ép falú, vagy a tályogba ágyazott appendix operációjában. Kiváltképpen pedig különbözik egymástól a méhen kívül való terhesség és a vakbéltaályog operatioja. A hibás diagnosison megindított műtét a betegre végzetessé válhat. A két betegségben különbözik már a bemetszés helye is. Más a bemetszés helye a méhen kívüli terhességben és más az appendicitisben. Az utóbbiban oldalt kell metszeni a Poupert-szalag mentén. Ha eltolt tályog van jelen, azt meg kell nyitnunk, tartalmából így nem juthat semmi a szabad hasüregbe. Ha ellenben a méhen kívüli terhesség operatiojának indulunk neki, mint fentebb is mondtam, a has közepén csináljuk a sebet, mert így nyerünk legjobb betekintést a hasüregbe. Ha a diagnosis hibás és a középvonalból akarjuk megközelíteni a lobos főregnyújtványt, a genyből könnyen bejuthat valami a has üregébe, ez fertőzhet s a műtéttel halálos hashártyagyuladással leszünk az okai, holott az oldalmetszéssel a fertőzést elkerülhettük volna.

A mint az elmondottakból látható, a méhen kívüli terhesség felismerése és elkülönítő diagnosisa a kezdeti szakban sokszor felette nehéz s még a legszorgosabb vizsgálat mellett sem lehet mindig a tévedést elkerülni. Így vagyunk kiváltképpen a rupturákkal, a mikor hirtelen támad a belső vérzés és a mikor a negatív vizsgálati lelet mellett az anamnesisben sem találunk támpontot arra, hogy hol lehet feltételeznünk a vérzés forrását. Ilyen esetet volt alkalmunk észlelni az I. számú női klinikán 1908 január havában.

M. Jánosné, 34 éves, mázoló neje, folyó évi január 19.-én délután 3/46 órakor alhasában hirtelen támadt nyilaló fájdalom kíséretében elájult, mire az I. sz. női klinikáról orvosi segítyt kértek. Az odaérkezett poliklinikus orvos a feltűnően halavány asszonyt collapsusban találja, könnyen elnyomható, filiformis érveréssel, melynek száma percenként 160 körül van. Belső vérzést állapítván meg, méhen kívüli terhesség gyanújával mentőkkel a klinikára szállíttatja a beteget. Az anamnesisből megtudjuk, hogy az asszony 14 éves korában kapta meg havi baját, mely három hetenként jelentkezett három napi tartammal; utoljára december 23—26.-a között volt rendes időre a szokott mértékkel és tartammal. Eddig négyszer volt teherben, első három szülése rendes, az utolsó, a negyedik, 5 év előtt méhen kívüli terhesség volt, melyet az ötödik hónapban egyik fővárosi szülőintézetben operáltak hasmetszés útján. Mindig jól érezte magát és utánvizsgálatra többször jelentkezett ott, a hol már segítettek rajta, így karácsony táján is, közvetlenül utolsó havi baja előtt, a mikor a vizsgálat után erős fájdalom jelentkezett alhasában baloldalt. Két hete hányásingere többször volt, gyakori hasmenéssel, az utolsó 8 napban pedig sokszor hányt. A mentők január 19.-én este 3/411 órakor szállítják be a klinikára, a mikor a jelenállapot a következő: elesett, kivért, nagyon nyugtalan, haldokló benyomását tevő asszony; az érverés 160 körül, könnyen elnyomható. A has puffadt, nyomásra mindenütt érzékeny, leginkább azonban az appendix tájékán. A kopogtatás hangja mindenütt dobos, tompulatot kimutatni sehol sem lehet. Óvatosan bimanuális vizsgálatot végzünk. A vulva rendkívül halvány, vérszegény. A portio karesú, normális tapintatú. A méhtest rendes nagyságú, anteфлекált, szabadon mozgatható, környezében sem daganat, sem bármiféle resistentia nem mutatható ki. A hüvelyboltozat sehol ledomborítva nincsen. A méhből vérzés nincsen.

Mint hogy sem az anamnesisben, sem a leletben támpontot nem nyerünk a méhen kívüli terhességre, ellenben az appendix tájéka a legérzékenyebb, sebészt kívánunk consiliumba, a ki az appendix átfűródására teszi a diagnosist; feltevését támogatja az a körülmény, hogy a Mac Burney-pont a legérzékenyebb, de megvan a Rovsing-tűnet is. Vitális indicióból azonnal műtétre határozzuk el magunkat.

A műtét előtt közvetlenül physiologiai konyhasóoldatból 600 gm. hypodermoklysiszt adunk, a hűvös végtagokat felmelegítjük, 1 cm³ digalent adunk intravenásan. A műtét chloroform + aether + oxygen-narcosisban történik (Roth-Dräger-géppel). Bemetszés jobb oldalon a Poupert-szalag felett; a has megnyitáskor belőle vagy 1 1/2 liter folyékony vér ömlik. Az appendix szabad, jobb oldalon adnexusok nincsenek (az 5 év előtti méhen kívüli terhesség műtete alkalomával lettek eltávolítva), a rendes nagyságú kemény méh mellett bal oldalon van a megrepedt tuba, mint a vérzés forrása. A has ezen sebének gyors zárása után újabb metszést végzünk a középvonalban a régi laparotomia hegyvonalában. Lekötés a méh bal sarkára és ezzel mintegy kantárral előhúzzuk az adnexusokat. Lekötés a ligamentum infundibulo-pelvicumra és mesosalpinxra; a tubát egy kis tojásnyi parovariális cystával együtt eltávolítjuk. A műtét területét peritoneummal borítjuk. A petefészekben corpus luteum verum. A hasüregből a vért a lehetőségig kitöröljük és a hasat zárjuk. A műtét alatt újabb 1 cm³ digalent adunk subcutan, majd hypodermoklysiszt 500 gm. physiologiai konyhasóoldattal. Melegítésre és izgató szerekre érverése javul, 140—160 között váltakozik. A következő 4 napon hőemelkedés van (38.2—38.3 C°), majd láztalan lefolyás. A has sebe per primam egyesült. Az asszony a XXII. napon gyógyultan hagyta el a klinikát.

Az eltávolított tuba abdominális vége felőli harmadában hüvelykujnyira kitágult, hátulsó falán 1 1/2 cm.-nyi zeg-zugos folytonossághiány látható, melyen át a tuba belfalán tapadó mogorónyi petezsák türemkedik elő. A tuba fala kékesen áttetsző, szerfelett megvékonyodott, a repedés helye körül alig 1—2 mm. vékony. Ezen elhatárolt részen túl a tuba keskenyedik és szabadon nyílik a has üregébe. A tubából készült metszetek mikroszkop alatt a chronikus gyulladás képét adják. A nyálkahártya erei megsaporodtak és kitágultak; helyenként a redőzet epithelrétege eltűnt, miáltal a szomszédos nyálkahártyaredők egymással összeolvadtak. Ugy az izomzat, mint az intermuscularis kötőszövet erősen túltengett, és itt is erősen tágult és megsaporodott erek láthatók, közöttük azonban kis gömbsejtes beszűrődés nincsen. A repedés mellőli falon a pete tapadáshelyéről vett metszeteken látjuk, hogy a tuba nyálkahártyája teljesen eltűnt s helyét a kötőszöveti sejtek typosát követő decidua vera foglalja el, gömbölyded vagy orsóalakú, nagy, protoplasmaüdvarral körülvett magvú sejteivel. A muscularis réteg a szétszakításnak és vérzés* létesítette szétválásnak képét adja. Sima izomsejtek alkotta pamatesapatok váltakoznak vörösvérsejtek által alkotott csoportokkal, a melyekben decidusejteket találunk. A hashártya legnagyobb része tönkrement és a környező szövetben fibrin és kötőszöveti sejtek vannak vörösvérsejtek alkotta góczokba elszórtan beágyazva.

A leírt esetben a klinikai és az objectiv jelek összességéből kétségen kívül anaemia acutissimával állottunk szemben, a szabad hasürbe történt belső vérzés következtében. Sem az anamnesisből, sem a bimanuális vizsgálatból méhen kívüli terhességre nem következtethettünk és így tubarepedést sem tételeztünk fel. A fájdalomakat kísérő hányás, a gyorsan kifejlődő heves hasérzékenység, különösen a Mac Burney-ponton, a Rovsing-tűnet a főregnyújtványra fordította a figyelmünket és annak az átfűródását gyanították velünk.

Az eset nemcsak azért érdekes, mert ilyen összetévesztésre adott alkalmat, hanem azért is, mert egyugyanazon egyénen másodízben fordult elő a méhen kívüli terhesség, melynek oka gyanánt felvehetjük a mikroszkoppal kimutatott endosalpingitist. A rendkívül szép készítmény a terhesség legelejéről való, talán a terhesség IV. hetéből. A vékonyfalú tubában mogorónyi a petezsák. A fejlődő pete active belemarta, magát a tuba falába és ezt mint egy újképlet áttörte. A kicsiny, alig 1 1/2 cm.-nyi repedésen keresztül csaknem elvérzett az asszony. A műtétet életmentőnek kell tekintenünk; a legsúlyosabb anaemia tünetei miatt operált asszony a műtét után fokozatosan javult és 3 hét múlva teljesen felépülve hagyta el a klinikát.

Irodalom: 1. Boije: Über Appendicitis in der Schwangerschaft etc. Engströms Mittheilungen, 1903. V. k. 1. f. — 2. Dollinger: A főregnyújtványgyulladás. Orvosi Hetilap, 1899. — 3. Fränkel: Die Wechselbeziehungen zwischen Appendicitis u. Schwangerschaft. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge N. F. 229. — 4. Fűth: Die Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen des Wurmfortsatzes u. der Adnexe. Centralblatt f. Gyn., 1899. 1. — 5. Hlavacek: Monatschrift f. Geb. u. Gyn.,

VI. kötet. — 6. König: Appendicitis u. Geburtshilfe. Hegars Beiträge, III. kötet 3. — 7. Krüger: Die Appendicitis u. ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalien. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XLV. kötet. — 8. Lovrich: Méhenkivüli terhesség 113 esete. Gynaekologia, 1904. 4. sz. — 9. Pollak: Appendicitis u. weibliche Genitale. Centralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie, 1904. 7. kötet. — 10. Sängner: Centralblatt für Gynäkologie, 1899. 17. oldal. — 11. Sittner: Diagnostische Verfehlungen auf dem Gebiete der Extrauterin gravidität. Deutsche med. Wochenschrift, 1903. 41. — 12. Schlange: Entzündung des Wurmfortsatzes. Handbuch d. prakt. Chirurgie, 1903. III. — 13. Sonnenburg: Pathologie u. Therapie der Perityphlitis, 1897. — 14. Sprengel: Appendicitis. Deutsche Chirurgie, 1906. 46. k. — 15. Waldeyer: Das Becken. — 16. Werth: Die Extrauterinschwangerschaft. Winckels Handbuch, II. 2. — 17. Winter: Lehrbuch der gyn. Diagnostik, 1907.

A „Sterilac“ nevű készülék ismertetése.

Irta: Deutsch Ernő dr.

A „Zeitschrift für Säuglingsfürsorge“ és az „Egészség“ 1907. évfolyamában széles alapon tárgyalta a tejnyerés hygienéjének modern alapelveit, a melyeknek ideális keresztülvitele számos, különösen anyagi természetű akadályba ütközik. A nagyvárosban megfelelő tejbeszerzésre többé-kevésbé meg van adva a lehetőség, falun azonban a helyzet egészen más s a nyaraló közönség tisztán kezelt tejhez vajmi nehezen jut s akárhányszor kénytelen mestersegesen táplált beteg csecsemőjével a nyaralót e szempontból a várossal felelősségre.

A kicsiben eszközölt hygienés tejnyerés nehéz kérdésének megoldását Weisz Siegfried bécsi gyermekorvos „Sterilac“ nevű készülékében látom megvalósítva. A készülék részei:

1. Zinnzett fémtölesér, melybe két szűrő illeszkedik; az első hydrophil, steril gazeból, a második vatta-gazfilter és drótszűrő kombinációjából áll; az első a durva, a második a finomabb piszokrészek visszatartására szolgál.

2. Tejelosztó, mely a szűrőkön átömlő tejet lehűtés céljából a tejtartály falaihoz juttatja.

3. A szűrők egy legömbölyített belfelületű, 1 1/4 l. űrtartalmú, hengeralakú, fedéllel pontosan lezárható edénybe illenek.

4. Ez edény hűtőkészülékbe illeszkedik, mely 1 kgm. jég, 100 gm. só és 100 gm. salmiak befogadására szolgál. A hűtőkészülék oldalán lévő nyílások hideg víz átömlesztésével eszközölhető lehűtés is alkalmazható teszik a hűtőtartályt.

A tejjel érintkezésbe jövő alkotórészek 10/0-os szódaoldattal (1 evőkanál szóda 1 liter vízre) lesznek kiforrva és hideg, tiszta vízzel utánöblítve. A szűrőket tartó fémgyűrűket és a drótszűrőt 10 percre vizben forraljuk ki. A szűrők betétei steril állapotban elesomagolva vannak a készülékhez csatolva.

A jégbe helyezett, fedővel elzárt tartályra az istállóban illesztjük rá a tiszta kendőbe takart szűrőtölesért, s fejés után ismét fedővel látjuk el a készüléket.

A „Wiener Molkerei“ igazgatósága által végzett hűtőkísérletek kimutatták, hogy e készülékben a tej 1/4 óra alatt 10 C°-ra hűl le s hogy e lehűlés tartós és megbízható.

A mondottakból kitűnik, hogy oly újítással állunk szemben, mely a fejlődényt hűtő- és szűrőkészülékkel egyesítve, joggal érdemli ki azon elismerést, melylyel már rövid létezése óta a bécsi szakörökben (Escherich, Gärtner, Knoepfelmacher, Friedjung, Frensz, Zappert, Kassovitz stb. stb.) találkozott.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Définition et nature de l'hysterie par le Dr. Claude, prof. agrégé (Paris). Genève, Soc. générale d'imprimerie, 1907. 51 l.

Claude külön füzetben is kiadta azt a referatutumot, melyet a genf-lausannei ideggyógyorvosi congressuson tartott. Jó összefoglalásban olvashatjuk el benne a hysteria meghatározásait, fejlődését, a hysteriás állapot, a melyen a tünetek érvényesülnek és a tünetek kiváltó okait. A hysteria pszichológiai és élettani magyarázat-

kísérleteinek bírálata után a szerző kifejti, hogy ezt a bajt jól meghatározni nem lehet. Szerinte a hysteria diathesis, a melynek eredete az idegrendszernek egy constitutiós állapota (nervoisme). Jellemzi ezt az elemi, psychés, szervi reflexek szabályozásának hibás volta. Bizonyos perceptiók vagy aperceptiók tudatos vagy tudatlan módon izolálódnak, elhatalmasodnak, irányító befolyást gyakorolnak egyes működésekre, mi által a többi perceptio vagy aperceptio elhomályosul.

Kollarits Jenő dr.

Traité des torticolis spasmodiques, spasmes, tics, rythmies du cou, torticolis mental etc. par René Cruchet, exchef de clinique (Bordeaux). Préface de m. le prof. A. Pitres. Paris, Masson et Cie éditeurs, 1907. Ára 15 frank. 836 lap.

Ez a terjedelmes könyv, mely a torticollis kérdésének összes részleteit az irodalom gondos áttanulásával behatóan beszéli meg, meg fogja könnyíteni az áttekintést mindazoknak, a kik ebben az irányban megfigyeléseket végeznek. Külön-külön fejezetben olvassuk azokat a göresös mozgásokat, a melyek fájdalom következtében támadnak, pl. trigeminus- vagy occipitalisneuralgiákban; külön fejezetben a foglalkozásgöresöket, a melyekkel a göresös torticollisok rokonságban vannak; továbbá a nyakizombénulás okozta ferde nyakat, mely nem jár rángásokkal. A tic kóroktani felosztása: epilepsziás, hysteriás, neurastheniás, idiotaságból származó, psychosisos eredetű és essentialis. A torticollis spasmodicus ama faja, melyet Brissaud torticollis mentalis néven jelöl, túlszűk körre szorul, mellette ismeretlen eredetű torticollisról is van szó. Brissaud fogása C. szerint nem psychés eredetű. A szerzőnek saját tapasztalatai főleg a gyermekek fejrángásaira és rhythmusos fejmozgásaira, továbbá az álomban végzett öntudatlan mozgásokra vonatkoznak.

Kollarits Jenő dr.

J. Marcuse: Luft- und Sonnenbäder. Stuttgart, F. Enke. 3.60 márka.

A szerző ezen munkájában a saját tapasztalásait és mindazon közleményeket felhasználva, a melyek az 1907. év közepéig ezen tárgyra vonatkozóan megjelentek, alaposan és elég kimerítően tárgyalja mindazt, a mi a lég- és a napfürdők élettani hatásáról, javadatairól és alkalmazásmódjáról addig ismeretes volt s e mellett ezen tárgyak teljes irodalmát is közli. A ki a therapia ezen újabb és ezért még kevésbé méltányolt ágait meg akarja ismerni, annak ezen kis mű olvasása hasznára lesz. A munkát értékessé teszi az is, hogy szerzője tárgyával minden túlzástól mentesen foglalkozik, hogy a lég- és napfürdőket épenséggel nem tekinti mindent meggyógyító panaceának, mint a hogy azt egyik-másik túlbuzgó hívük teszi és hogy alkalmazásukban is a mérsékelt iránynak és módszernek a hive.

Lenkei V. D. br.

Uj könyvek. H. Albert: Medizinisches Literatur- und Schriftsteller-Vademecum. Hamburg, Franke u. Scheibe. 15 m. — P. Joire: Handbuch des Hypnotismus. Berlin, L. Marcus. 8 m. — L. Jacobsen: Über die Kerne des menschlichen Rückenmarks. Berlin, G. Reimer. 5.50 m. — S. Schoenborn und H. Krieger: Klinischer Atlas der Nervenkrankheiten. Heidelberg, C. Winter. 28 m. — Th. Brugsch und A. Schittenhelm: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden. Berlin u. Wien, Urban- und Schwarzenberg. 24 k. — O. Cohnheim: Die Physiologie der Verdauung und Ernährung. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 18 k. — R. Knorr: Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 9.60 k. — E. Hamburger: Eine neue Kreislauf-Theorie und ihre Beziehung zur Pathologie und Therapie. Halle, C. Marhold. 1.20 m. — H. Lungwitz: Stoffwechselversuche über den Eiweißbedarf des Kindes. Halle, C. Marhold. 1.80 m. — Miller's Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde. In vierter Auflage herausgegeben von W. Dieck. Leipzig, G. Thieme. 15 m. — H. Ribbert: Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. 3. Ergänzung. Bonn, F. Cohen. 1.60 m. — H. Ribbert: Der Tod aus Altersschwäche. Bonn, F. Cohen. 1 m. — M. Rubner: Volksernährungsfragen. Leipzig, Akadem. Verlagsgesellschaft. 5 m. — R. Knorr: Zur Diagnose und Therapie der Nieren-Blasentuberkulose bei der Frau. Halle, C. Marhold. 1.50 m. — J. Parisot: Pression artérielle et glandes à sécrétion interne. Essai de pathologie expérimentale. Paris, Baillière et fils. 8 fr. — Viand et Vassier: La lutte contre l'alcoolisme. Paris, Asselin et Houzeau. 3 fr. — G. Lardennois: Étude sur les contusions, déchirures et ruptures du rein. Paris, G. Steinheil. 4.50 fr. — Cauchoir: Traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications. Paris, G. Steinheil. 3.50 fr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az epefesték igen kis mennyiségének kimutatására is alkalmasnak látszik Steensma eljárása. Mintegy 5 gm. bélsárt 95^o/o-os alkohollal jól szétdörzsöl s vízfürdőben felmelegít. Az alkoholt ezután dekantálja s a bélsárhoz mindaddig friss alkoholt önt, míg a leöntött folyadék már nem von ki színanyagot. A bélsármaradékot kevés hig kálilúggal és alkohollal szétdörzsöli, az oldatot megszűri s a szüredéket kevés száraz alkohollal (tömény sósav 5 cm³, 95^o/o-os alkohol 100 cm³) megsavanyítva megfőzi. Epefesték jelenléte esetén zöld színeződés áll be; egy csepp natriumnitrittel az elszíneződés elősegíthető. Az alkoholos kivonás az indol, urobilin stb. színanyagok zavaró hatásának elkerülése végett szükséges. (Zentralbl. f. die gesamte Phys. u. Pathol. des Stoffwechsels, 1908. 6. sz.)

Ország Oszkár dr.

Belorvostan.

A yoghurt-kúrákról sok szó esik mostanában. *Wegele* szerint (Deutsch. mediz. Wochenschrift, 1908. 1. szám) a yoghurt-tej s a többi lactobacillus-készítmény eredménnyel használható bomlásfolyamatokkal járó súlyos heveny bélzavar eseteiben, főleg dysenteriában s talán typhusban is; azután hiányzó vagy csökkent nedvtermeléssel járó gyomorbetegségeknél s ezekről függő bélzavarokban. Belső rohadással járó bélbetegségeknél a heveny szakban, vagy ha nagyon súlyos az állapot, első sorban a tejsavbácillus tiszta húsleves-tenyészete használható; táplálkozással járó idült esetekben a yoghurt-tej részesítendő előnyben és használható hosszú időn át. A por tabletta-alakban utazások alkalmával, továbbá utókúra gyanánt használható; hatása sokkal gyengébb. — *Klotz* (Zentralblatt für innere Medizin, 1908. 2. szám) kísérleteit a lactobacillussal kezdte, a mely *Metschnikoff* utasítása szerint készül s különböző alakokban (bouillon, por, tabletta stb.) kapható. A lactobacillus-tej következőképpen készül: nyers vagy forralt tejet 30—40^o-ra melegítünk, lactobacillus-porral vagy folyékony lactobacillussal összekeverünk s hosszabb időn át 35—45^o-on tartunk, mire a tej 3—7 óra alatt megvald s hidegre téve, néhány óra múlva használható. 48 órán túl már nem jó használni, mert ekkor a savképződés már igen nagyfokú. Egyébként a cukrozott tejbe egyszerűen bele is lehet keverni a megfelelő mennyiségű lactobacillust, a mikor a tejsavképződés a gyomorban vagy a bélben megy végbe. A folyékony lactobacillusban mindig sok és nagyon életképes bacillus *bulgaricus* van. A *Dybowski*-féle maja bulgare olcsóbb ugyan, de távolról sem tartalmaz annyi bacillus *bulgaricus*-t. Ugyanez mondható a *Traine*-féle maja-ról. A szerző ugyan nem fűz vérmes reményeket a yoghurt-kúrákhoz, de különösen kis gyermekek táplálkozásszáraiban mégis javult lehet a használatuk, a mennyiben ártalmatlan bakterium-fajt juttatunk a bélbe, a mely kiszoríthatja vagy elnyomhatja az ott levő, káros hatású mikrobákat; másrészt a táptalaj megmásmása révén megszűnnek a rendellenes erjedések.

Pericardiumos dörzsölés szívburok-synechia esetében.

Általánosan fölveszik, hogy teljes szívburok-synechia esetében dörzsölést nem hallani, a mennyiben ilyenkor nem mozdulhatnak el egymáson s így nem kelthetik a dörzsölés zörejét az érdessé vált szívburokfelületek. *Quinke* tanár belklinikájában azonban észlelték nemrégiben egy esetet, a melyben két napig kifejezett pericardiumos dörzsölést hallottak, úgy hogy az egyéb elváltozások mellett (aortainsufficiencia, relativ mitralis-elégtelenség) friss pericarditist is fölvettek, a melynek azonban a bonezoláskor nyomát sem találták, sőt a szívburok teljesen oblitérált volt. *Richter*, a ki az esetet ismerteti, úgy értelmezi ezt a körülményt, hogy az oblitérált szívburok laza kötőszövetében létrejött véromlések a szívmozgások alkalmával a kötőszöveti hézagok között átréseltettek s ez létesítette a dörzsöléshez hasonló hangot; a mikor azután a vérzések felszívódtak, természetesen megszűnt ez a hang s innen van, hogy csak 2 napig volt hallható. A leírt eset tehát azt bizonyítja, hogy teljes szívburok-synechia mellett is kivételesen hallhatunk dörzsölést, a mennyiben ez az említett módon is létrejöhet. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 17. szám.)

Idegkórtan.

Az ideganyag elhasználódásáról tartott előadást *Edinger*, a ki ezt az elméletet régebben kidolgozta. Az ő nézete, a mely szerint a legtöbb környéki és középponti idegbaj lokalizálását a foglalkozás állapítja meg, még nincsen elterjedve, ezért még mindig szükséges ilyen irányú tapasztalatokat közreadni. Ilyen tapasztalat szerint az, hogy súlyos testi munka után az inreflexek ideiglenesen eltűnnek. Ezt *Auerbach* kerékpárosokon, valamint versenyfutókon igazolta. *Lilienstein* szűkvérű telefonkisasszonyokon azt látta, hogy az a kéz, a mely a nehéz hallókatyót tartotta, gyengült és fogyott. A gyógyulás a fejre alkalmazott kagylók használatakor megjött. *Edinger* már régebbi közlésében is állította, hogy az ólom-bénulás a leginkább használt izmokon támad. Erre példa az ólom-betűköszörlőnő, a kin ulnarisbénulás támadt az ólomérgezés következtében a szokásos radialisbénulás helyett, mert ez a munka inkább az ulnaris izomzattal történik. Egy másik bizonyító eset az, hogy *Edinger* poliklinikájában egy mázolósegéd jobboldali radialisbénulásba esett. Ez az ember azontúl vízfestékekkel mázolt, a mely munka nyeles kefével történik, a mikor is a mozgás a vállizületben megy végbe, a kéz pedig nagy erővel tartja a kefért. Erre a kéz többi izma bénult.

A szemorvosok általában meg vannak elégedve, ha a pupillabénulásos beteg kórelőzményében syphilisre valló adatokat találnak. *Edinger* szerint ez a baj magában véve nem elég a pupillabénulás előidézésére. Az idegfelhasználódáselmélet itt is jobb felvilágosítást ad. Erre mutat *Edinger* szerint, hogy egyik beteg, a kin a majdnem teljes pupillabénuláson kívül nem volt tünet, e baj támadása előtt való napon több órán át fénylő hőmezőkön ment át. A lueses ember pupillája ezt a nagyfokú hosszantartó szűkülést nem bírja el. A középponti idegrendszer felhasználódásáról *Loewenthal* közölt tapasztalatokat. Két typosus tabesbetegről van szó. Az egyik, karmester, órákon keresztül jobb lábára helyezve a súlypontját dirigál. Rajta a jobb láb lett ataxiás, a bal alig. Az érzékszavar is ezen az oldalon erősebb. A másik beteg, vasúti hivatalnok, évek előtt zúzódást szenvedett jobb lábán és ezért azt kimélte. A tabes folyamán a kimélt láb patella inreflexe megmaradt, míg a jobban használt másikon eltűnt. *Edinger* felemlíti még *Witmaak* kísérletét. Ez a szerző zörejekkel állatokon az ideges eredetű előhaladó siketség klinikai és kórbonezolástani tüneteit hozta létre, a mely baj *Edinger* szerint hereditásos módon szokott egy család több tagján támadni, ha megvan hozzá az alap a hallóideg gyenge fejlődésében. (Archiv f. Psych., 1908. 43. köt. 3. f.)

Kollarits Jenő dr.

Gyógyult epilepsziásokról statisztikát közöl *Volland* a betheli epilepszia-kórházból. Relative gyógyultnak azokat tekinti, a kiknek legalább egy év óta nem volt újabb rohamuk. A kórházból ilyen relative gyógyult állapotban elbocsátott 245 egyén közül 138-ról tudott értesülést kapni, még pedig 85 férfiról és 53 nőről. A 85 férfi közül 54 maradt rohammentes, még pedig 47 egytíz év óta, 7 pedig több mint tíz év óta; az 53 nő közül 29 maradt rohammentes, még pedig 19 egytíz év óta, 10 pedig több mint tíz év óta. Az öröklés nem volt befolyással a gyógyulás tartósságára. A rohammentesen maradt 29 nő közül 10 ment férjhez, ezek közül 9-ben minden káros következmény nélkül folyt le a terhességek és szülések. 10 újból megbetegedett férfi közül 2-nek a gyermekei görcsökre hajlamosak, a többi 8-nak a gyermekei azonban egészségesek maradtak. Férjhez ment és újból megbetegedett 5 nő közül 3-nak a gyermekei hajlamosak görcsökre. (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie und psychiatrisch-gerichtliche Medizin, 65. kötet, 1. füzet.)

Gyermekeorvostan.

Az 1907. évi new-yorki poliomyelitis anterior acuta járványról ír *J. Collins* és *Th. Romeiser*. 500 esetet ismertettek, melyek közül 327-et az 1907. évi járvány alkalmával, 173-at pedig az 1906. év folyamán észleltek. Az esetek közül 297 fiúra és 203 leányra vonatkozott. A megbetegedések 95^o/o-a esik az 5 éven aluli korra, magára az 1—3. életévre 70^o/o jut. A járvány a nyári és őszi hónapokban folyt le, a legtöbb megbetegedés augusztusban (61) és szeptemberben (102) volt. Egyszerre egy család több tagja is megbetegedett. A hűdések közül leggyakoribb

volt a lumbális táj bántalmazottsága után támadt, utána következett a cervicális és dorsális, legritkább volt a bulbáris typus. Két esetben izolált nucleáris paralyist láttak, diaphragmahűdés egy esetben fordult elő. Gyakran láttak hűdést a hasizmokban, melyek pseudohernia-alakot mutattak.

A megbetegedés többnyire hányással, hőemelkedéssel kezdődött, a hűdés már másnap, de legkésőbb 2—4. napon belül jelentkezett, egyes esetekben a láz a hűdés jelentkezése után nem szűnt meg. Minthogy a somnolentia, a fájdalmak és a hyperaesthesia miatt a gyermekek nem mozognak, a hűdést gyakran későn vették észre. Meningeális tünetek gyanánt somnolentiát, a nyaki gerincoszlop merevségét, hátraszegett fejet, feljedést, felsikoltást, görcsöket észleltek.

A gyomor és bél részéről a hányás volt a leggyakoribb tünet; székszorulás kétszer annyi esetben fordult elő (88), mint hasmenés (49). Incontinentia urinae egy esetben sem észleltek.

A szerzők szerint figyelembe veendő tünet-triás az abdominális paralyis (pseudo-hernia), a vizeletretentio és a constipatio. A hőemelkedés foka, a lázas szak tartama és a hűdés súlyos, illetve kiterjedt volta közt nem láttak szorosabb összefüggést, kivéve, hogy monoplegia főleg azokon fejlődött ki, kiknek előzőleg nem volt láza, vagy csak alacsonyabb fokú.

Trauma, kifáradás néha előfordul az aetológiában. Fogcsikorgatás, szemforgatás, merev tekintet, nyitott szemekkel alvás, ritkábban finom vöröses, pontozott, rövid ideig tartó kiütés voltak a nevezetesebb melléktünetek. Herpest egyetlen egy alkalommal láttak.

Különböző lábállások (equino-valgus, equino-varus, calcaneus, genu recurvatum) gyakran fejlődtek. Serratus-hűdés következtében elálló lapoczkákat is láttak, egy esetben a lapoczka állása hasonló volt a dystrophia musculorum után támadó scapulaalakhoz.

Az 1907. évi poliomyelitisjárvány tanúsága szerint a kórokozó az egész idegrendszeret megtámadhatja, az elülső szarvak szürke állománya csak a legfogékonyabb, illetve legérzékenyebb vele szemben.

A mi a prognosist illeti, az úgy mint a többi fertőzőbetegségben, a genius epidemicus szerint változó; a lefolyt járvány alkalmával jelentékeny számban észleltek lényeges javulást. (The Journal of the Americ. Medic. Association, 1908 május 30.)

Tóth Sára dr.

Venereás bántalmak.

A Java-szigeten végzett kísérletező syphilisvizsgálatairól tartott előadást Neisser tanár a német dermatológusok congressusán Frankfurtban, ez évi június 9.-én. Tételei a következők:

I. A berni congressus óta szerzett tapasztalatok beigazolják, hogy a spirochaeta pallida okozza a syphilist.

II. 1. Noha a házinyulakon érdekes eredményeket értek el (elsődleges corneális syphilis; cutan primaer affectio a herezacskón, Hoffmann; heresyphilis, Pasini; általános fertőzés a herékből kiindulól, Neisser; másodlagos általános syphilis, Grouven): mégis a majmok a legalkalmasabbak állatok az experimentális syphilis-kutatásokra, mivel látszólag minden fajtájuk könnyen reagál a cutan oltásra jellemző primaer laesiókkal és kimutatható általános syphilissel.

Bizonyos gyógyító kísérletekre (praeventiv kezelés) a házi-nyulak is jól felhasználhatók (Uhlenhuth és ő munkatársai, Metschnikoff és Levadintseff).

2. A másodlagos elszórt (disseminált) eruptiók jellemző formában csak a simpanzokon és gibbonokon, némiképen jelezve pedig bizonyos pavian-fajokon voltak észlelhetők. A többi alsóbbrendű majomfajon úgy látszik csak serpiniginosus, a gyógyuló primaer affectiohoz regionariusan csatlakozó recidiv kiütések fordulnak elő.

A házinyulakon ismétlődő keratitisek észleltettek, továbbá egy esetben cutan secundaer eruptio.

III. Az állatkísérletekben észrevehető különbség az alkalmazott syphilises anyag (állati vagy emberi syphilis; primaer, secundaer vagy tertiaer emberi syphilis; állati primaer laesiók vagy állatok belső szervei) virulencia-qualitásában nem volt kimutatható. Mesterséges módon szintén semmi módon sem lehetett a virulenciában való gyengülést vagy erősödést létrehozni. Jelenleg nem jogosult az emberi syphilis lefolyásában észlelhető különbségeket a virulencia különbségeire visszavezetni. Két eshetőség lehetséges: először is változó mennyiségű spirochaeta hatol be az inoculatio alkalmával, másodsor — és ez a döntő — egyes fajoknak és egyéneknek a dispositioja különböző.

IV. Az állatoltások akkor legsikeresebbek, ha scarificatioval kifejezett sérülést idézünk elő a bőrön; de ezen oltások látszólag sértetlen bőrön és a vérerek megnyitása nélkül (szaruhártyaoltás) is sikerülhetnek.

V. A fertőzés általánosodása már az első incubatio alatt megtörténik, gyakran már az elsődleges elváltozás jelentkezése előtt. Az elsődleges elváltozás jelentkezésekor már minden esetben kimutatható.

A szervbeoltás által keletkezett disseminálódásnak legkorábbi terminusa állatkísérleteinkben a 14. nap (az ötödik nap utáni kísérletek nem egészen kifogástalanok).

VI. Alacsonyabbrendű majmokon sohasem láttunk általános syphilist keletkezni primaer elváltozás nélkül. Természetes, hogy sokszor oly kevésbé voltak jellemzők a primaer laesiók, hogy a primaer affectio diagnosisáról szó sem lehetett.

VII. 1. Subcutan úton is létrejöhet a fertőzés, habár igen ritkán, akkor, ha a helybeli leukocytosist (phagocytosis?) kiváltó összes momentumok elkerültek.

2. Intravenás úton, úgyszintén a herék közvetítésével általános fertőzés könnyen elérhető.

3. Egyidejűleg végzett cutan- és intravenás oltáskor nem akadályoztatott meg a typusos primaer elváltozás kifejlődése.

VIII. A beoltott hely kimetszése alacsonyabbrendű majmokon még a 16. napon is eredményes lehet, főleg ha a lehetőleg messze az ép szövetben végzett kimetszés ezen seb étetésével (jodtinctura) köttetik össze. Másrészt néha eredménytelen volt a már 8 órával a fertőzés után végzett kimetszés is.

A mi oltásainkkor, ha a kimetszés eredménytelen volt, mindig a sebfelületen, illetőleg a hegben támadt helyi recidiva. Ebből kitűnik a helybeli gyógyító kísérletek végzésekor követett methodikának nagy fontossága.

A behatás helye alá alkalmazott higany-, úgyszintén atoxyl-befecskendezések a syphilis kifejlődését a legtöbb esetben nem akadályozták meg.

IX. A Metschnikoff ajánlotta korai desinfectioja a beoltott helynek igen sok esetben alkalmas a betegség kifejlődésének megakadályozására s ezért mint prophylaxisis módszer mindig ajánlandó.

Különösen előnyös a coitus alkalmával történő fertőzés elhárítására úgy a férfi, mint a nő nemi szerveinek bezsírozása a coitus előtt.

A Metschnikoff ajánlotta 33%-os calomel-lanolin-vaselin-kenőcsnél alkalmasabbnak találtuk:

1. a 33%-os calomel- és calomelol-kenőcsöt, mely konyhasó tartalmú;

2. a 2%/00-s vagy még inkább a 3%/00-s sublimat- vagy subliminoldatot;

3. a 10%/00-s chinin-glycerinvizes oldatot;

4. az 50%/00-s isoformglycerint. A további kísérletek folyamatban vannak.

X. A syphilis spontan gyógyulását két éves észlelésünk alatt alacsonyabbrendű majmokon nem állapíthattuk meg.

XI. Szorosan vett immunitás, azaz fogékonytalanság új fertőzéssel szemben a teljes gyógyulás után nem volt megállapítható.

Az összes refraktaer immun állatok még betegek voltak, a mit a szerveikkel való továbboltással bizonyítottunk be.

Beteg állaton nem sikerül valamelyes syphilises laesiót létesíteni sem saját vírusával (kimetszett s más állatra könnyen átültethető lép), sem idegen vírussal.

Alkalmas kezeléssel meggyógyított állatok azonnal pozitív eredménynyel beoltathatók typusos primaer elváltozások képződése mellett.

Mindezen tapasztalatokkal, melyek valódi immunitás jelenléte ellen szólnak, megegyezik azon tény is, hogy semmi módon sem sikerült valamelyes activ vagy passiv immunizáló módszert találni.

XII. Az alacsonyabbrendű majmokon talált eme viszonyok átvitele az emberi syphilis megítélésére így egyszerűen nem engedhető meg. Az emberi test látszólag sokkal alkalmasabb talaj a spirochaeta lokális fejlődésére a beoltás helyén és a szervezetben való elterjedésére, úgy, hogy a kilátások az infectio kapujának akár kimetszésével, akár a mérge megfelelő elpusztításával megelőzni az általános megbetegedést sokkal rosszabbak az emberben, mint az alacsonyrendű majmokban.

Az emberben látszólag teljesen el is maradhat a helybeli elsődleges gócz.

XIII. A syphilissel már fertőzött emberen egy második specifikus sclerosis létrehozása sikerül:

1. A míg a második inoculatiohoz használt testrészt még nines megfertőzve az első inoculatióból kiindulól. A megfertőzés lassanként terjed regioról regiora.

2. Akkor, ha (legalább is) az illető testrészen az első megbetegedésből származó immunitás megszűnt. A szövetek specifikus befolyásolása a fertőzés utáni későbbi években lassanként tájékról tájékra megszűnik.

E mellett azonban:

a) ez a reinoculatio helybeli maradhat, ha a szervezet más regioi még az első syphilisnek fogékonytalanná tevő befolyása alatt állanak (superinfectio);

b) a reinoculatio ismét általános syphilis kifejlődésére vezethet (igazi reinfectio) és pedig úgy ha

α) az első syphilis tökéletesen elmúlt már, valamint

β) az első syphilis körülírt területre lokalizálva (mint tertiaer tünet) még fennáll.

A reinoculatio által előidézett oltási hely

c) a primaer elváltozás típusos lefolyását mutathatja, ha az első fertőzés folytán előállott specifikus (előbb secundaer, később tertiaer-gummás) szövetátváltozás (Gewebsumstimmung) eltűnt vagy pedig maga is

d) kezdettől fogva a secundaer vagy tertiaer jelleget ölti, ha a reinoculatio területén a megfelelő szövetátváltozás még fennáll.

XIV. A superinfectio kísérletek a még syphilises embereken is specifikus jelenségeket idézhetnek elő, melyek mint spirochaeta okozta újképletek foghatók fel. A szerint, hogy a beoltott egyénben a még meglevő syphilis melyik szakban van és milyen jellegű, majd a secundaer infiltratio, majd a malignus, sokszor tertiaer alakra emlékeztetnek. Minthogy azonban úgyszólván sohasem sikerül eme beszűrődésekben és fekélyekben spirochaetát találni, vagy ezekből továbboltással állatokon syphilist előidézni, hajlandóbb vagyok ezeket a testnek toxin által előidézett reactiók termékei (a cutireactiókkal analog módon) s nem valódi superinfectio gyanánt felfogni. Mértékadóbbnak látszik a beteg ember specifikus reactióképessége, mint az inoculatio használt anyag specifikus természetete.

XV. A higany- és bizonyos arsenkészítmények könnyen teljesen meggyógyítják az alacsonyabb rendű majmok syphilisét. Ugyanazon gyógyszerek elegendő mennyiségben a lappangó virust is elpusztítják. Ezzel a legnagyobb ellenvetés a latens stadiumokban használt kúrák jogosultsága és hatékonysága ellen (chronikus intermittáló módszer) megdől.

A jodkészítmények és chinin használata is gyógyulásra vezethet, de a higanyval és arsennel szemben gyengébb a gyógyító hatásuk. Mindenesetre rá kell mutatni, hogy a jodkezelés a syphilis minden szakában használatba veendő.

XVI. Praeventiv gyógyulás — vagyis a kezelés megkezdése a fertőzés utáni 1–8. napon és a megbetegedés kimaradása — nem volt elérhető higany-, hanem csak atoxyl- illetve acetyl-atoxyl-kezeléssel (Uhlenhuth és munkatársai, Metschnikoff és Neisser).

Ezzel minden syphilis-eset kezelésének minél korábbi megkezdésének jogosultsága és szükségessége be van bizonyítva. A spirochaeta-lelettel és a serodiagnostikai reactio felhasználásával az általános tünetek jelentkezése előtt és ezeknek kimaradásakor is teljes diagnostikai bizonyosságot tudunk szerezni.

XVII. Az emberen használható arsenkészítmények közül jelenleg leginkább az acetylatoxyl (Ehrlich) jöhet szóba, melynek gyógyító hatása legalább is ép oly jó, de e mellett sokkal kevésbé mérgező, mint az eddig használt atoxyl. E mellett nem bomlik és az oldatok főzéssel sterilizálhatók. Eddigi kúráink 20 injectióból a 0-6. állottak, melyek hetenként egymást követő két napon adattak. A nőkön nagy ritkán jelentkező gyomorzarvarokon kívül egyéb mellék-tünetet sohasem észleltünk.

XVIII. Hiba volna azonban, kivéve azon eseteket, a melyekben a beteg a higanyt egyáltalán nem tűri vagy a higany nem hat (higanykötő spirochaetatorzsek?), a kipróbált hatású higanyt az emberi syphilisben még nem eléggé kipróbált hatású acetyl-atoxyl kedvéért elhagyni. Ezért továbbra is mindig a két szert fogom kombinálni, akár egyidejűleg, akár az egymást követő kúrákban.

XIX. Az összes általános kezelések nem az eddigi séma

szerint, hogy t. i. az idők folyamán az egyes kúrák az egyes tünetekre mikép hatottak, ítélendők meg, hanem oly intenzíve s annyi időn át folytatandók, a meddig a kezelt beteg egész szervezete vagy egyes szervei károsodást nem szenvednek.

XX. Minthogy az összes syphilises elváltozásokat spirochaeták idézik elő s bizonyos, hogy a spirochaeták eme összes localisatioi hosszú ideig élő és virulens spirochaetáknak visszamaradó fészkei és ezért későbbi recidivák kiinduláspontjai lehetnek, a legnagyobb súly helyezendő az összes syphilises elváltozások helybeli kezelésére, a mennyire csak hozzáférhetők.

Ezért minden syphilises betegnek legalább egy erőyes be-dörzsölési kúrát is kell végeznie, mely az esetleg jelenlevő összes cutan göczök lokális kezelésére szolgáljon.

Az antispyphilises gyógyszerek belső adagolása viszont talán különösen alkalmas a zsigeri spirochaefészkekre hatni és azokat eltávolítani.

A primaer elváltozás, a mennyiben a localisatioja megengedi, a már megtörtént általános fertőzéskor is eltávolítandó, mert a spirochaeták szaporodásának legfontosabb helye és a metastasisokat előidéző spirochaeták főforrása.

Alth Egon dr.

Fizikai gyógyításmódok.

A neurasthenia és a vele rokon ideges állapotok klimato- és balneotherapiája címén Eulenburg mindazon klimato- és balneotherapiás gyógyító tényezőket és alkalmazásuknak módját tárgyalja, a melyek ezen bántalmak ellen jól hatnak. Azt mondja, hogy az idegbetegnek legelőbbjének már maga az utazás és a helyváltoztatás is jót tesz, de kivált azokon segít, a kiknek idegrendszere fárasztó foglalkozás vagy ártalmas életmód következtében kimerült. Ezeket idegesen hangoltaknak (Stimmungsnervöse) nevezi. Az ilyenek az által gyógyulnak, hogy testileg és szellemileg áthangelődnak. Szükséges, hogy akkor, a mikor valamely betegnek azt tanácsoljuk, hogy utazzék vagy tartózkodáshelyét változtassa, tanácsunkkal az egyén állapotához alkalmazkodjunk és ennek megfelelően válaszszuk meg az utazás évszakát és tartamát, valamint azt is, hogy az illető hosszabb vagy rövidebb ideig tartózkodjék-e egy helyen vagy pedig változtassa-e tartózkodáshelyét, hogy egyedül vagy társaságban utazzék-e és hogy hova menjen. A mi ez utóbbi kérdést illeti, a kiszemelt vidék vagy ország éghajlati, társadalmi, sőt esetleg különleges kulturális, néprajzi és egészségügyi viszonyait, továbbá a hozzáférhetőségét, a forgalmi eszközöket és az utazás költségeit is figyelembe kell venni. Idegbajosok tartózkodására úgy nyáron, mint ősszel és tavasszal is, a hegy- és partvidéket tartja legalkalmasabbnak, télire első sorban a magas hegyvidéket ajánlja. Ez utóbbiról nagyjában ugyanazt mondja, mint Nolda. Azokat, a kik a magas hegyvidék klímáját nem bírják megszokni és az olyanokat, kiknek idegei könnyen jutnak izgalomba, vagy a kik súlyosabb neurastheniában, szorongás-érzésben vagy kényszerneurosisban szenvednek, a kiktől tehát már eleve tudhatjuk, hogy rájuk a magas hegyek klímája túlságos izgatón fog hatni, csak közepes magasságban fekvő helyekre kell küldeni.

A tengerpartnak olyan helyei, a hol a beteg, mint pl. a Rivierán, kellő nyugalmat nem talál, sőt még káros izgalmaknak is ki van téve, idegbetegnek nem igen valók. A partvidéken a fürdés, a vízi sport és a partvidék sajátlagos viszonyai: a páradús, tiszta és viszonylag hűvösebb s e mellett többé-kevésbé sótartalmú levegő és a rendszeresen uralkodó légáramlás azok a tényezők, a melyek a szervezet működésére módosítóan hatnak és az idegbaj gyógyulását elősegítik. (Ugyanezen tényezőket megtaláljuk a mi magyar tengerünk, a Balaton partján is; csak a levegő sótartalma hiányzik, de ennek ellenében a Balatonnak az az előnye egyes tengervidékek, mint pl. az Északi tenger felett, hogy vize nyáron ritkán olyan hűvös, hogy ideggyenge betegnek a fürdést túlságos izgató hatása miatt meg kellene tiltani. Ref.) Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy az egyes partvidékek éghajlati viszonyai nagyon különbözők, hogy a felsorolt klímás tényezők egyes vidékeken enyhén, tehát zsongítóan, másokon pedig erőyesen, tehát inkább izgatón hatnak, hogy tehát akkor, a mikor betegünk számára valamely partvidéket kiszemelünk, az összes ottani körülményekkel számot kell vetnünk. (Zeitschrift f. Balneologie, 1908. 1. füz.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jodismus elkerülésére fontos lehet *Ramonds* azon megfigyelésének ismerete, mely szerint egy esetben hashajtó vételére mindannyiszor úgyszólván tüstént beállottak a jodismus tünetei fejfájás, nátha, nyelészavar és viszkető erythema alakjában, noha az illető egyébként nagyon jól tűrte a jodot. (*Société médicale des hopitaux*, 1908.)

Fektor néven a Kolumbus vegyészeti gyár édes ízű keserűvizet hoz forgalomba. 21·20/00 magnesiumsulfatot és 14·70/00 natriumsulfatot tartalmaz; van benne továbbá 11·50/00 citromsav, 320/00 cukor és nyomokban illatosító anyag. A fektorral a szent János-kórház I. belbeteg-osztályán *Kasziper* dr. kísérletezett s azt tapasztalta, hogy ott, ahol a természetes keserűvizek hatására számíthatunk, a fektor is biztosan hat. (Budapesti orvosi újság, 1908. 23. szám.)

Eglatol néven Horowitz kémiai gyára Berlinben új nervinumot és hypnoticumot hoz forgalomba, amelyben a chloralnak vérnyomást csökkentő hatása coffeinnal és menthollal van ellensúlyozva, az antipyrin- és menthol-tartalom pedig a sedatív hatást fokozza. Nervinum gyanánt 1/2—1 gramm adandó naponként 2—4-szer, nem üres gyomorra; a hypnózis adag 1—3 gramm. (Ref. Medizinische Klinik, 1908. 24. szám.)

A syphilis gyógyításában jó eredménnyel használja *Eysell* a calomelbefűvást az orrüregebe. Eleinte csak öröklött syphilisben szenvedő kis gyermekek náthaszerű állapotai ellen használta az eljárást (calomel és tejezúkor egyenlő mennyiségéből készült porkeverékből mintegy borsónyi mennyiség mindegyik orrlukba naponként háromszor). Minthogy azonban azt tapasztalta, hogy ezen kezelésmód mellett az általános tünetek is visszafejlődtek, felnőttek syphilisben orr-, torok- és gégebajai ellen is igénybe vette megfelelően nagyobb mennyiségben a calomelpor-befűjtatást s szintén jó eredményt látott. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 24. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 25. szám. *Doktor Sándor*: Exostosis multiplex. Pubiotomia. *Kiss Gyula*: A desinfectio elméletben és gyakorlatban.

Orvosok lapja, 1908. 25. szám. *Barabás József*: Emberi lyssa esete.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 25. szám. *Kéty László*: 1. A Calmette-féle ophthalmoreactio diagnostikai értékéről. 2. Az arteriosclerosis pathogenesis, aetiologiaja és kezelése.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Messer Simon* dr. bellatincei körorvos félszázados és *Szilasi Mór* dr. szabadkai orvos 30 éves orvosi működését ünnepelték a napokban tisztelői.

Kitüntetés. *Axmann Béla* dr.-nak, az államvasutak gépgyára főorvosának a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Wein Manó dr.-nak a budapesti k. m. tudomány-egyetem orvosi karán a *mindemapi sebészetből* magántanárrá képesítését a vallás- és közoktatásügyi minster megerősítette.

Kinevezés. *Földes Dezső* dr.-t a székesfővárosi balparti kórházakhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Csermák Béla* dr.-t és *Vitéz Lajos* dr.-t Orosházán közszégi orvossá választották.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közkórházában — a mint azt *Papp Gábor* dr. igazgató-főorvos jelentésében olvassuk — 1907-ben 1803 beteget (116 férfi és 687 nő) ápoltak; a halálozás 5·8% volt. Egy-egy betegre átlag 27·6 ápolási nap jutott. Műtétet 528 esetben végeztek.

A budapesti poliklinikán május havában 4174 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,618 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya május hónap 107 esetben működött.

Fürdők személyforgalma *Pöstyén* (június 23) 4567; *Tátrafüred* (június 21) 1014; *Daruvár* (június 15) 297.

Meghaltak. *E. Albrecht* tanár, a frankfurti Senckenberg-intézetben a kórboncolóstan tanára, 36 éves korában. Albrecht tanár Münchenből, hol kórházi prosector volt, négy év előtt került Frankfurtba mint Weigert tanár utódja. — *A. Reverdin* tanár, a nagyírói genfi sebész. — *A. K. Bjellussow*, az anatómia és élettan tanára Charkowban. — *Tittel Imre* dr. mohorai körorvos e hó 16-án, 53 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A chicagói North-Western University-n *A. W. Meyer* dr.-t az anatómia tanárává nevezték ki. — A cambridgei Harvard-egyetemen *E. A. Darling* dr.-t a közegészségtan tanárává nevezték ki. — *Müller F.* tübingeni magántanárt (anatómia) rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *Neuhaus M.* dr.-t, Hildebrand tanár berlini sebészeti klinikájának segédjét a tanári cízzel tüntették ki.

Az európai egyetemekre vonatkozó statisztikai adatokat közöl a „Revue scientifique”. E szerint Németországban van 21 egyetem 49,079 tanulóval; Franciaországban 16 egyetem 31,494 tanulóval; Ausztria-Magyarországban 11 egyetem 29,509 tanulóval; Nagybritanniában 15 egyetem 24,716 tanulóval; Olaszországban 21 egyetem 24,281 tanulóval; Oroszországban 9 egyetem 23,257 tanulóval; Spanyolországban 9 egyetem 12,301 tanulóval; Svájcban 7 egyetem 6485 tanulóval; Belgiumban 4 egyetem 6079 tanulóval; Svédországban 3 egyetem 5262 tanulóval; Romániában 2 egyetem 4949 tanulóval; Hollandiában 5 egyetem 4020 tanulóval; Görögországban 1 egyetem 2598 tanulóval; Portugáliában 1 egyetem 1700 tanulóval; Norvégiában 1 egyetem 1600 tanulóval; Dániában 1 egyetem 1450 tanulóval; Bulgáriában 1 egyetem 1014 tanulóval; Szerbiában 1 egyetem 618 tanulóval. Legtöbb tanuló van a következő egyetemeken: Berlin (13,884), Páris (12,985), Budapest (6551), Bécs (6205) és Moszkva (5860).

A legnagyobb orvosi könyvtár a párisi orvosi fakultásé: 175,000 kötetet tartalmaz; utána következik a szentpétervári katonai orvosi akadémia könyvtára 170,000 kötetel, a washingtoni Surgeon General's Office könyvtára 158,791 kötetel, a párisi és a belga orvosi akadémia könyvtára 100,000—100,000 kötetel.

Enricus Cordus (helyesebben **Henricus Urbanus**) epigrammja, melyet egyik utóbbi számunkban közöltünk, veterán kartársunk, *Vásárhelyi Imre* dr. fordításában következőképen hangzik:

Hármas az arca az orvosnak: legelőbb, ha tanácsát

Kéri „angyal”; majd „isten”, hogyha segít.

Am ha legyőzte a bajt s megyen ő is kéri jutalmát,
Rettenetes „sátánt” lát ki-ki benne hamar.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „**Thiocol-Sirolin-Sulfosotszörp**” című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz az **Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation** „**Tanocol**” című prospectusa van csatolva.

„**Fasor**” (Dr. Herczel-féle) **sanatorium**”. Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest, VII., Városligeti fasor 9.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsi prospectus.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javالاتok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bennulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbülések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

Orvosi laboratorium: Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében

fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás, Massage, Diätetikus konyha stb. Olcsó árak. Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla** Budapestről.

Orvosi laboratorium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Röntgenlaboratorium: Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szent István-kórház Röntgenlaboratoriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. GRÜNWALD-SANATORIUM. Főbb javالاتok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

„**VÖRÖSKERESZT-KÓRHÁZ**” SANATORIUMA Budapest, I., Győri-út 17.

Dr. Turán Bódog május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales”).

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülönők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése. (Budapest, 1908. május 29—31.) 504. l.

A Magyar Sebésztársaság II. nagygyűlése.

Budapest, 1908 május 29—31.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr., műtőorvos.

(Vége.)

Negyedik tudományos ülés, május 30.-án délután
3 órakor.*Chudovszky Mór* (Sátorfalja-Újhely) képző műtétekről szolt a felső végtag csonteredésű alképleteinek kiirtása után.Egyik esetében a singesontból eredő daganat eltávolítása után a támadt csonthiányt akképen pótolta, hogy a két csontkolási felszín közé marha sipesontjából vett csontdarabot ékelt be. Az eredmény körülbelül $3\frac{1}{2}$ évvel a műtét után is kifogástalan: az x-sugaras kép bizonyossága szerint a beültetett idegen csont körül erős callus fejlődött.*Chudovszky* másik esetében osteomát irtott ki az egyik kéz-középesontról. A kezujjak mozgását teljesen rendbehozta az által, hogy a megfelelő inakat hosszanti és haránt redőzéssel átalakította.*Horváth Mihály* (új szt. János-kórház) *myositis ossificans* esetéről referált.*Kopits Jenő* (Stefánia - szegénygyermek-kórház) *subluxatio coxae congenita* két esetét demonstrálta. A körjelzés biztosan csak x-sugaras felvétellel állapítható meg, mivel a klinikai tünetek egyedül a határozott körjelzéshez nem nyújtanak elég támpontot. Az aetiológiát illetőleg *Kopits* felfogása az, hogy az ízületi üreg fogyatékosága az elsődleges elváltozás; mivel a méhbeli fizamodást létrehozó mechanikai momentumok hiányoztak, a fizamodás nem lett tökéletes. A czombfejnek felebb csúszását *Kopits* pelotás fűzővel akadályozza meg.*Balás Dezső* (szt. Isván-kórház) csípő- és térdizületi ankylosisnak műtéttel gyógyult eseteit mutatta be.Mindkét betege fiatal leány, kin polyarthritist alapján fejlődött az ankylosis; az egyik esetben az elváltozás mindkét csípőizületet illette; a másik esetben az egyik csípő és az ellenkező oldal térde volt ankylotizálva. Az első betegen *Balás* mindkét czombesont *Volckmann-féle* „Meissel“-resectiót végzett, a másik esetben pedig a jobb czombot és a bal térdet osteotomizálta; redressáló kötésekkel és kellő utókezeléssel a betegeknek járóképessége helyreállt.*Csikós Sándor* (Debreczen) 518 sérműtét eredményéről számolt be, melyeket a debreczeni kórházban végzett.*Csikós* elsőben azon viszonyokat ecsetelte, a melyek mellett vidéken legtöbbször ily műtétek történnek: a sepsises és az asepsises eseteknek műtőterme közös; többnyire az ápoló személyzet segítkezik, ritkán és legjobb esetben orvos; a sterilizálás a szokott módon történik; a kézmosáshoz *Csikós* *Schleich-féle* szappant, alkoholt és 1:1000 sublimátot használ.A sérműtéteknek rendes módszere a *Bassini-féle* eljárás; a sérvtömlő lekötéséhez catgutot, a *Bassini-varratokhoz* silkwormot, a bőrvarrathoz selymet használ; a sebet collodium-kötéssel fedi. Operáltjai 24 napig maradnak a kórházban, akkor távoznak sérvkötő nélkül.Szabad sérvet *Csikós* 359-et operált, ezek közül öt halt meg, köztük négy intercurrentis bajban (peritonitis tuberculosa, dysenteria, eklampsia, egy pedig a hólyag sérülése folytán).

518 sérvbetege közül 158-ban a sérv kizárt volt; közülök meghalt 43 beteg, a többi meggyógyult.

Az operált és gyógyult esetek közül 433 gyógyult primára, 36-ban genyedés támadt. Recidivát hat esetben látott.

Dollinger Gyula (I. sebészeti klinika) *chondrosarkoma* miatt több mint négy évvel ezelőtt 54 éves férfibeteg humerusának felső harmadát az izfejjel együtt reszekálta. A kóros humerusrészt eltávolítása után a diaphysis egész velőállományát alaposan kikánalazta és *Mosetig-féle* jodoformos plombbal kitöltötte, a mely minden zavar nélkül be is gyógyult. Recidiva miatt $1\frac{1}{2}$ hónap

előtt az egész felkarcsontot úgy távolította el, hogy a mellett betegének egész karját meghagyta. A felkarcsont teljes hiányának ellenére a beteg könyökét jelenleg 20—30°-nyi terjedelemben active mozgatja, pro- és supinatio-ra képes és az ujjak mozgásai is rendesek; ennek folytán a beteg kezét jól használja.

Dollinger Gyula (I. sebészeti klinika) gyógyult beteget mutat be, kin *trigeminusneuralgia* miatt koponyaműtétet végzett. A koponya-alap kitérása után nem magát a *Gasser-dúc*ot távolította el, a mint azt eddig 22 esetben tette, hanem a *Gasser-dúc* helyett a *trigeminus-gyököt* irtotta ki. A vérzés, a mely máskor igen jelentékeny volt, a műtét módosítása folytán igen csekély. *Dollinger* betegén a neuralgiás panaszok teljesen megszűntek.*Dollinger Gyula* (I. sebészeti klinika) végül oly beteget mutatott be, a kinek gerinczsatornájából az alsó nyaki és felső háti részen 6 cm. hosszú és 3 cm. széles fibromát távolított el temporaer laminectomiával.A daganat intradurálisán fejlődött és növekedő mértékben gerinczagy-bénulást okozott. A daganatot *Jendrassik* tanár idegklinikáján körismézték és lokalizálták pontosan; a daganat kiirtása után a beteg teljesen meggyógyult, elveszett járóképességét ismét visszanyerte.

* * *

Ezen ülés többi előadása gynaecologusok számára volt fenntartva.

Dirner Gusztáv (budapesti bábaképző) beszámolt rákos méhnek 52 esetéről; a műtéteket *Wertheim* módszere szerint az utolsó három évben végezte. *Dirner* utalt a beavatkozás igen súlyos voltára, de arra is, hogy ezen eljárással még előrehaladottabb eseteket is recidiva veszélye nélkül megoperálhatunk. *Dirner* mortalitása 25%-nak felel meg; ezen arány abban leli magyarázatát, hogy még a legsúlyosabb eseteket is operálja.Műtét előtt *Dirner* betegeit 1 héten át erősen feltáplálja, a műtét után pedig kellő súlyt helyez stimulantiák adagolására.*Scipiades Elemér* (II. sz. nőklinika) a hasmetszések kapcsán meg-sérült ureterek ellátásának kérdését tárgyalta. Ismertette a különböző műtési eljárásokat; legelőnyösebbnek azon módszert mondta, melyet *Tauffer* tanár már 1885-ben emberen mint legelső alkalmazott. Az eljárás lényege a sérült uretereknek end-to-end egyesítése eltávolítható mandrin fölött.*Tauffer* eljárásának előnyei, hogy 1. egyszerűbb minden más módszernél, 2. hogy az ureter eredeti lefutását természetesen állítja helyre és 3. hogy még tágulatlan ureter egyesítésére is használható. Fejtegetéseit *Scipiades* casuistikai közlésekkel egészítette ki.*Rotter Henrik* (Rókus-kórház, *Elischer* tanár osztálya) az ureterek ellátására a *Wertheim-műtét*kor saját eljárását ajánlja, 40 esete kapcsán. *Rotter* eljárásának lényege a következő: az ureterek alsó harmadát lehetőleg teljesen izolálja, így elkülíthető az ureterek sérülése a műtét későbbi folyamán. A rákos részek kiirtása után új ágyat készít az ureterek számára egyrészt a m. ileopsoas mediális része és a pararectális kötőszövet között és ezeknek összeöltésével, másrészt pedig distálisabban az art. iliaca externa és az art. hypogastrica között levő zsírszövetnek összevarrásával a pararectális kötőszövettel.

Ezen módszere mellett az ureter megtörtetést nem szenved, ureternekrosist nem jön létre.

Hozzászólásában *Kubinyi Pál* (II. számú nőklinika) az ureterek egyesítéséről *Scipiades* értelmében nyilatkozott.Ötödik tudományos ülés május 31.-én délelőtt
9 órakor.

Az ülésnek három előadása foglalkozott általános sebészeti tárggyal.

Pauncz Márk és *Winternitz Arnold* (Stefánia-szegénygyermek-kórház) a bronchosopia directával elért eredményeiről számoltak

be; az eljárást különösen a mélyebb légutakba került idegen testek és áttört peribronchialis nyirokesomók eltávolítására alkalmazták sikerrel.

Pauncz és Winternitz tapasztalatai összesen 12 esetre vonatkoznak; az esetek természete okozta (vizsgálataikat csecsemőkön és kis gyermekeken végezték), hogy mindig a bronchoszkópia inferiorit kellett alkalmazniok. 12 eset közül meggyógyult 7 (58·3%), meghalt 5 (41·7%). Ezen eredmények oka részben a zsenge korban — több mint az esetek fele 2 éven aluli volt —, részben a folyamat súlyos voltában — 5 esetben volt dolguk a rossz prognosztis nyújtó mirigyperforatioval — rejlett.

Alapy Henrik (Bródy Adél-szegénygyermek-kórház) hozzászólásában kifejti, hogy kis gyermekeken az eredeti Killian-féle műszerek használata mellett csakis alsó tracheoskopiát végez.

Schiller Károly (munkásbiztosító pénztár) 17 éves fiún férfiókölnyi hideg tályogot észlelt a pajzsmirigyben. A diagnoszt Schiller már a műtét előtt állapította meg; a körjelzést megkönnyítette a tüdőcsúshurut és a supraclaviculáris mirigyek duzzanata.

Navratil Dezső (I. sz. sebészeti klinika) a körkörös trachea-resectióról értekezett és állatkísérletek alapján egy újabb körkörös trachea-varratot ajánlott. Az eljárás lényege az, hogy a varrat helyén a felső és alsó csontból egy tracheális gyűrűt submucosusan kifejt és csak a nyálkahártyát egyesíti csomósan. Ezáltal a varrat a porcba nem vág be, a csontok nem válnak szét és a gyógyulás szűkület nélkül következik be.

Hozzászólásában Manninger Vilmos (új szt. János-kórház) elismeri Navratil okfejtésének helyességét; az állatkísérletek eredményét igen biztatónak tartja arra nézve, hogy szükség esetében emberen is alkalmazzuk a módszert. Eddigél 3 esetben végezte emberen a gégecső harántesonkolását; az eredmények kedvezők voltak.

Alapy Henrik (Bródy Adél-szegénygyermek-kórház) szerint a körkörös gégereseccio késői eredményeiben annyi csalódást okoz, hogy helyette egyelőre a Mangold-féle porczplastikát követi teljesen kielégítő eredménnyel.

Chudovszky Móricz (Sátoraj-Ujhely) felhívja a nagygyűlés figyelmét Boross Ernő évek előtti közlésére a II. sz. sebészeti klinikáról, a mely cikkben a tracheavarratnak több gyógyult esetéről számolt be. Chudovszky gyakorlatában a légeső felső heges szűkületét úgy oldotta meg, hogy alsó légesőmetszés után a heget külső húgycsőmetszés módjára hosszant felhasította és megfelelő utókezeléssel szüntette meg a szűkületet; ezzel a légeső körkörös esonkolását kerülte el.

* * *

Az ülés többi előadása a részletes sebészet körébe tartozott.

Verebely Tibor (II. sz. sebészeti klinika) a vakbélműtétek statisztikájához szolgáltatott értékes adatokat. Réczey tanár klinikáján végzett 34 műtét és 2 bonyolult eset kapcsán Verebely a cecum betegségeinek pathológiáját, a műtétek javallatát, azok technikáját és a művi beavatkozás eredményeit ismertette.

A műtét javallatát illetőleg Verebely szerint az legyen vezérelvünk, hogy rákos és gümőkóros bántalom esetén lehetőleg mindig, egyéb bántalmakban pedig lehetőleg ne végezzünk műtétet. A műtétek közül 14 esetben resectiót, 12 esetben ileocolostomiát, 1—1 esetben ileostomiát, enteropexiát, detorsiót és próbapaparotomiát, 2—2 esetben enterorrhaphiát, illetve excochleatiót végeztek. Az összmortalitás 36·2% volt, ebből a tisztán technikai halálozás 9·7%.

Ádám Lajos (szt. István-kórház) Hüttl magántanár osztályán operált 10 pylorusresectióról referált.

Hüttl Hümér (szt. István-kórház) varrógépet mutatott be, melylyel a gyomorbélvarrat néhány másodperc alatt eszközölhető; ennek folytán a legnagyobb gyomor-bélműtét is 3/4 órán belül elvégezhető. A gépezet még módosításokra szorul. (Ezen varrógépet Hüttl útbaigazításai szerint Fischer Péter budapesti műszerész készítette.)

Rosenák Miksa (szt. István-kórház) a Hüttl magántanár osztályán végzett Talma-műtétek eredményéről szolt. Rosenák szerint az eredmény nem nagyon biztató: kilencz operált beteg közül véglegesen csak kettő gyógyult. Ezért óvatosságra int az esetek megválasztásában és csak jó erőben levő betegnek ajánlja a műtétet.

Manninger Vilmos (új szt. János-kórház) a gümös vakbél

operálásának technikáját méltatta; 18 esetében jó eredményt ért el a vakbél kiirtásával.

Lumniczer József (vöröskereszt-kórház) a koponya tenyérnyi hiányát celluloidlemezrel pótolta teljes sikerrel; gyógyult betegét bemutatta.

Unterberg Hugó (Rókus-kórház), Illyés Géza (Poliklinika) és Ráskai Dezső (szt. István-kórház) adatokkal szolgáltak a functionális vesevizsgálatok fontosságához a vesék sebészeti megbetegedéseiben.

Weisz Ferencz (Rókus-kórház) érdekesebb húgyhólyagköveseket ismertetett Habern magántanár osztályáról.

* * *

A congressus tudományos tárgysorozata ezzel kimerült; a II. nagygyűlés ezen munkálataiban activ részt 55 tag vett, összesen 33 előadásban, 23 bemutatásban, 32 hozzászólásban és 4 zárszóban. Az ülés berekesztése előtt Kovács-Sebestyén Endre (Ipolság) a congressus nevében meleg szavakkal köszöntö meg Réczey tanár odaadó és fáradhatatlan működését az elnöki székből.

A jövő congressus elnöke Makara Lajos egyetemi tanár (Kolozsvár), jegyzője pedig Steiner Pál (Kolozsvár) lett. A kitűzött vitakérdések a következők:

1. A friss csonttörések gyógykezelésének módjai, tekintettel a műteti beavatkozásokra is. Előadók: Holzwarth Jenő (I. sebészeti klinika), Sándor István (Kolozsvár) és Verebely Tibor (II. sebészeti klinika).

2. A bélzáródás és gyógykezelése. Előadók: Hüttl Hümér (szt. István-kórház) és Milkó Vilmos (Rókus-kórház).

PÁLYÁZATOK.

96/908. igazg. sz.

A vezetésem alatti m. kir. állami kórházban megüresedett egy másod-orvosi állásra, a nagym. m. kir. belügyministerium 76.031/908. számú rendelete alapján, pályázatot hirdetek.

Az állás elnyeréséhez szükséges az egyet. orvostudori oklevél. A mennyiben oklevéllel bíró nem jelentkezik, egy évi orvosi szolgálatra kötelezett is nyelhet ideiglenes kinevezést.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1200 korona fizetés. Ha az 1909. évi költségvetés a tervezet szerint fog letárgyalatni: 400 korona pótlék.

2. Lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesíteni.

A kinevezés az 1876. évi XIV. t.-cz. 65. §-a értelmében két évre történik és két év múlva meghosszabbítható.

Pályázati kérések (kellőleg felszerelve) a belügyministeriumhoz czímzendők és alulirothoz adandók be, honnan hármas jelöléssel lesznek a nagyméltóságu m. kir. belügyministeriumhoz felterjesztve.

A pályázat lejáratí határideje 1908. augusztus 1.

Marosvásárhely, 1908. évi június hó 22.-én.

3—1

Kozma Jenő dr., igazgató.

4055/908. sz.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztárnál elhalálozás folytán megüresedett orvosi állás betöltendő, és pedig:

egy kerületi orvosi állás Pozsony városában 2400 korona kezdő fizetéssel s 600 korona lakbérrel. A fizetés 5 évenként 400 koronával emelkedik, a lakbér a mindenkori fizetésnek 25 százaléka.

Pályázni óhajtok az 1907. évi XIX. t.-cz. 110. §-ában előírt minősítésen kívül, ezen állásra való képesítésüket megfelelő okmányokkal és szolgálati bizonyítványokkal kötelesek igazolni.

A folyamodványokat f. évi július hó 15.-éig bezárólag az igazgatósághoz czímelve kell beküldeni.

A választás a pénztár igazgatóságának végleges átszervezéséig ideiglenes. Az állásra vonatkozó információ Glaser Károly dr. pénztári főorvostól szerezhető be.

A megválasztott az állást augusztus hó 1.-én elfoglalni köteles s a részére kijelölt kerületben tartozik lakni.

Pozsony, 1908. évi június hó 25.-én.

Somlyay Lajos, igazgató.

Dworak Károly, igazgatósági elnök.

86/908. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságu belügyminister úrnak f. évi június hó 12.-én kelt 71.856/VII. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szolt állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ő nagyméltóságához czímzett folyamodványait f. évi július hó 2.-áig alulirothoz nyujtsák be.

Pozsony, 1908. évi június hó 18.-án.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

5882/908. sz.

Lapujtő, Karáncsberény, Karáncsapátfalva, Karáncsallya, Kis- és Sós-hartyán, Pálfa, Andrásfalva, Bagjasallya, Zagvaróna, Bárna, Pogony, Vecsekli, Medveshidegkút, Óbást és Cered községekből **Lapujtő székhelyével** alakított közegészségügyi körben elhalálozás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ez állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 korona.

2. Lakbér 400 korona.

3. Úti átalány 400 korona.

4. Az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján a községek részéről felajánlott látogatási díjak:

Lakhelyén: 1. ha a beteg jön az orvoshoz 1 korona, ha az orvos megy a beteghez 1 korona 50 fillér; 2. a községekben a természetben kiszolgáltatandó fuvaron felül községek szerint változva 3-4 korona, minden további jelentkező betegről és körjáratkor az 1. alatti díj, éjjel az 1. és 2. alatti díjak kétszerese; 3. mütétekért a 135.000/900. sz. B. M. rendeletben a IV. fokozatra megállapított díjak egyharmada 1-10 koronáig.

A lapujtői körjegyzőség községei részéről a 2. pont alattiaktól eltérőleg felajánlott körjáraton kívüli látogatási díj a természetben is kiszolgáltatandó fuvardíjon felül 4 korona 50 fillér, fentjártó betegről, ha az orvost látogatásra hívja fel, míg a sós-hartyáni és czeredi körjegyzőséghez tartozó községek által körjáratkor felszámítható látogatási díj 80 fillér, illetve 1 korona az 1. pont alatti felsorolt esetek szerint.

A körorvosi intézmény és a községi közegészségügyi szolgálat országos rendezésével ezektől eltérőleg megállapított rendelkezések lépnek életbe.

Felhívom ezen állásra pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felerjesztett kérvényeiket **f. évi július hó 7-éig** hozzám terjesszék be.

A választást f. évi július hó 8-án d. e. 10 órakor fogom Lapujtő község-házánál megtartani.

Salgótarján, 1908. évi június hó 15.-én.

2-1

A főszolgabíró.

227/908. sz.

A Komárom városi közkórházban betöltendő két **segédorvosi állásra** pályázat hirdetettik.

Az első segédorvosi állásra csakis orvostudorok pályázhatnak, de előnyben részesülnek azok, a kik szülészettől a kötelező kórházi gyakorlatlalt már bírnak, mert a kórház csak a belgyógyászati és a sebészeti gyakorlatra van feljogosítva.

A második segédorvosi állásra szigorú orvosok is pályázhatnak.

Az első segédorvosnak javadalmazása évi 1500 korona és teljes ellátás, 1909. január hó 1-étől kezdve a fizetés felemeltetett 2000 koronára. A második segédorvosnak fizetése 1200 korona és teljes ellátás.

Az újonnan épült 200 ágyas kórház a jelen kor igényeinek megfelelően van berendezve és bő alkalmat nyújt a sebészetben való teljes kiképzésre.

A folyamodványokat Kálmán Rudolf komárommegyei és városi főispán úr 5 méltóságához címelve kell **július hó 7-éig** hozzám benyújtani.

Komárom, 1908. évi június hó 16.-án.

2-1

Lipscher dr., kórházigazgató, főorvos.

1673/908. sz.

A nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézetben a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, évi 1200 korona fizetéssel, 400 kor. helyi pótlékkal, I-ső osztályú élelmezéssel, természetbeni lakással, fűtéssel és világítással díjazott **másodorvosi állásra** a nagymélt. m. kir. b. ú. miniszternek f. évi március hó 12-én 30021-98. sz. a. kelt magas rendelete folytán pályázatot hirdetnek.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülírt minősítést igazoló okmányokkal felerjesztett s a nagyméltóságú magy. kir. belügyminiszter úrhoz intézett folyamodványokat a nagykállói magy. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához **1908. évi július hó 15-éig** nyújtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodik, az állás kivételesen és ideiglenes alkalmazásban szigorú orvos által is be fog tölteni.

Nagykálló, 1908. június 20.-án.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

2177/908. sz.

Tiszastúly községben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állással 1400 korona évi fizetés és 200 korona lakbér van összekötve.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi július hó 10-éig** annnyal is inkább terjesszék be, mert a később érkezők nem fognak figyelembe vétetni.

Megjegyzem, hogy Tiszastúly községnek nagy kiterjedésű határában több nagybirtokos is van. Köteles az orvos a közs. szabályrendeletben előírt díjakért a halottkémi vizsgálatot is teljesíteni.

Jászapáti, 1908. évi június hó 16.-án.

2-1

Cheh József, főszolgabíró.

A szombathelyi m. kir. bábaképző-intézetnél f. évi augusztus hó 1-től egy évre betöltendő 1400 korona fizetéssel, teljes ellátással és természetbeni lakással javadalmazott **tanársegédi**, úgyszintén az 1000 korona fizetéssel, teljes ellátással és természetbeni lakással javadalmazott **gyakornoki állásra** pályázatot hirdetnek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az orvosdoktori oklevelükkel, családi állapotukat, nyelvismereteiket, valamint eddigi netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felerjesztett folyamodványaikat hozzám **f. évi július hó 12-éig** küldjék be.

2-1

Reismann Adolf dr.,

a szombathelyi m. kir. bábaképző igazgató-tanára.

2145/908. sz.

Az újonnan szervezett **kötelki községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állással 1000 korona évi fizetés és 200 korona lakbér van összekötve. Látogatási díjak: a községben nappal 1 korona, éjjel 2 korona. Az orvos lakásán nappal 60 fillér, éjjel 1 korona.

Tanyákon nappal 2 korona, éjjel 3 korona, ha a beteg megy az orvoshoz, akkor nappal 60 fillér, éjjel 1 korona.

A halottkémlésért esetenként 1 korona. A magánfelek részére kiállítandó bizonyítvány 1 korona. Látogatás és vélemény 2 korona.

A vagyontalanokat díjazás nélkül köteles kezelni.

A pályázat határidejét **f. évi július hó 10-éig** tűzöm ki, mely ideig a szabályszerűen felerjesztett kérvények hivatalomhoz adandók be.

Jászapáti, 1908. évi június hó 13.-án.

2-1

Cheh József, főszolgabíró.

2662/908. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú határozatával Csikszentsimon székhelyével újjászervezett önkormányzat **körorvosi állásra**, melyhez Tusná, Csikverebes, Csátószeg, Csikszentsimon, Csikszentimre és Csikszentkirály községek tartoznak, pályázatot hirdetnek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felerjesztett pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi július hó 18-áig** adják be. Ezen határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: 1560 korona évi fizetés, 180 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány s a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapítandó látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni. A választás napjától számított 15 nap alatt a megválasztott orvos állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1908. évi június hó 15.-én.

3-1

Bartalás Ágost, főszolgabíró.

644/908. sz.

Zemplén vármegye sztrópkói járásához tartozó **sztrópkói körorvosi állás** megüresedett, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetnek.

A kör székhelye: Sztrópkó.

Ehhez tartozó községek: Sztrópkó, Nagyberesznye, Hoecs, Boksa, Sanda, Bodzás, Detre, Nagydóma, Kispetőfalva, Turány, Kisvaskó, Gíglocz, Holesik, Kígyótyános, Kelce, Kisberesznye, Nagybukóc, Kisbukóc, Velkő, Vojtvágása, Érfalu, Szálnok, Pusztaháza, Alsóvirányos, Felsővirányos, Gerlefalva, Gyapár, Kosárvágása, Sártó, Zemplénpálhegy, Kírályhegy, Márikút, Barátlak, Alsóolva, Borosnya, Dér, Felsőkrusó, Felsőolva, Felsőtokaj, Jakabvölgye, Kisvölgy, Köves, Lomna, Minyevágása, Mákos, Havaj, Hegyesbisztra, Kispalány, Mikó, Nagyderenes, Kisderecs, Felsőladás, Alsóladás, Nagytavas, Kistavas, Homonnaolyka, Sztrópkó-olyka, Gödrösolyka, Oroszvágás, Hegyvég, Hegyzávod, Oroszkánya, Repejő, Jobbos, Váriháza.

A körorvosi állás: 800 korona fizetéssel, 200 korona fuvarátalánnyal van javadalmazva, ezenkívül a sztrópkói izraelita hitközség 300 korona pótlékkal, a sztrópkói politikai község pedig 300 korona lakbérrel járul a javadalomhoz. Ez utóbbi 300 korona lakbérpótlék ez idő szerint jóváhagyás alatt áll.

Az újonnan benyújtott törvényjavaslat szerint a kör községei beosztásában és a javadalomban előnyös változás fog beállni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. és az 1883. évi I. t.-cz. értelmében felerjesztett kérvényeiket hozzám **f. évi július hó 1-éig** annnyal is inkább beadják, mert a későbbi kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást f. évi július hó 3-án d. e. 10 órakor fogom megejteni Sztrópkó község-házánál.

Sztrópkó, 1908. évi június hó 1.-én.

3-2

Malonyay Tamás, főszolgabíró.

HIRDETESEK.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvényknél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Jól jövedelmező

FOGORVOSI MŰTEREM

Budapest élénk forgalmú helyén átadó. Cím a kiadóhivatalban. 5911

FLUINOL

egy kiválóan antiseptikus fürdőjavító fluorescentiával bíró **fenyőtű-kivonat**, mely kiválólag csúsz, köszvény, tüdő-, torok-, bőr- és női bajokban szenvedőknél hat kitűnően. A Fluinolfürdő egy csodálatosan megnyugtató, erősítő szer szív- és idegbetegeknél.

Készítője: SCHMIDT ALFRÉD gyógyszerész, Basel (Schweiz).

Magyarországi főértékesítő: ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, hol irodalmi ismertetés és minta az orvos uraknak díjtalanul áll rendelkezésre.

1 eredeti üveg, mely 10 fürdőre elég, 3 korona 50 fillér.

Fiatal orvosspecialistának (izr.),

a ki gégefő-, orr- és fülbetegségeket gyógyít, házasság útján kedvező alkalom kínálkozik, a mely minden tekintetben convenienciát nyújt nagy magyar vidéki városban való letelepedésre. Ajánlatok „A 7131” alatt Haasenstein & Vogler A.-G., Wien, I. küldendők. A legszigorúbb kölcsönös titoktartás biztosítottatik. 5908



Allosan

(Santalolaliophanat)

szilárd, kristályos estere a Santalolnak

az utóbbinak tiszta hatásával.

Santaloltartalma 72%.

Teljesen íztelen. — Ingermentes.

Allosannak mint egyszerű pornak az az előnye van, hogy könnyen adagolható és jól tűrhető.

Minta az orvos uraknak rendelkezésére áll. 5909

MENDEL, Bozen mellett, 1370 mtr

a Penegal nagyszállóban.

Gyógy- és vizgyógyintézet, levegő- és napfürdők.

Rendelő orvos: **Dr. Weninger**, volt klinikai segéd a bécsi egyetemen.

5885a

Télen Meránban rendel.

Physikális therapiai intézet

Villamos váltakozó áramú fényfürdő és pneum. készülékek, tornakészülékek stb.

Dr. Bruno Alexander gyak. orvos Bad Reichenhall

Villa O. Reilly, Bahnhofstrasse 8 pt.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrássy-út 84. Minden gyógyszerárban kapható. 4086

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Szliács Dr. Grünwald Mór

kir. tanácsos, e nyáron is — 24-ik év — **Szliács**on folytatja orvosi gyakorlatát. — Lakása ott a Radvánszky-féle új Bristol-szállóban van. 1878

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

BOROSZNÓ - GYÓGYFÜRDŐ

Zólyom megyében, mértföldekre terjedő fenyvesektől körülvevő völgyben. — Vasúti állomás, posta, táviró, telefon a fürdőtelepen. — Por- és szélmentes havasi levegő. — Gyógytényezői: Glaubersós források ivó gyógymódra használhatók mindazon betegségeknek, melyeknél a karlsbadi kúra van javalva (gyomor-, máj-, epe-, vesebajok, cukorbetegség, elhízás). A források vegyi összetétele csaknem azonos a karlsbadiakéval. — Jól berendezett vizgyógyintézet; Kneipp-kúrára alkalmas rét és patak. Szénsavas és fenyőfürdők. Hízoló és fekvő gyógymódok. Dietetikus kúrák. — Száznál több tiszta, száraz szoba. Konyha házi kezelésben. Olcsó árak. Állandó fürdőorvos. — Képes prospektust szívesen küld a tulajdonos: **ROSENAUER LAJOS** Besztercebányáról.

„Rodagen” specifikus gyógyszer morbus Basedowii ellen.

„Atoxyl” új, majdnem méregtelen arsenkészítmény, minden kellemetlen mellékhatás nélkül.

„Sidonal” specifikum köszvény és rokonbajok ellen.

„Escalin” pastillák, bél- és gyomorvérzések ellen.

„Escalin” suppositoriumok arany-érvérzések ellen.

„Lanolinum puriss. Liebreich”

„Lanolinum pur. Liebreich anhydricum”

kenőcsbázis ismert tisztaságban.

Vereinigte Chemische Werke, A.-G.,

Berlin-Charlottenburg.

5756

Vezérképviselőség Magyarország részére:

Wack Keresztély, Budapest, IV., Gerlóczy-utca 2. sz.

Irodalom ingyen és bérmentve.

GRADO tengeri fürdő

„Alla Salute” gyógyintézet és pensio.

Sebészet, orthopaedia, Zander-intézet, elektrotherapia, vizgyógyászat, Röntgen-laboratórium, valamint az összes modern gyógytényezők. **Tornakurzusok** gyermekek és felnőttek számára. Tabes-kezelés Frenkel és Prof. Leyden szerint. Egész éven át nyitva. Prospektust kívánatra díjmentesen küld a vezető orvos és tulajdonos:

Dr. M. Oransz,

a gyermekbetegségek és orthopaediai sebészet szakorvosa.

5224

Bittner-féle

Fenyőfürdő-kivonat.

Ezen kivonat, mely a fenyvesek aetherikus-olajos, balzsamos-gyantaszerű anyagainak teljesen koncentrált oldatát képezi, igen alkalmas langyosmeleg erősítő és fájdalomcsillapító kádfürdőkre és orvosok által több mint 20 év óta gyermekek és felnőttek részére legmélegebben ajánlatik.

Tessék határozottan Bittner-féle készítményt Reichenau-ból (N.-Ö.) kérni, mert számtalan utánzat létezik.

Főraktár: **JULIUS BITTNER** cs. és kir. udv. szállító, gyógyszerész REICHENAU, N.-Ö.

Egy fürdő 80 fillér.

Egy fürdő 80 fillér.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbeteg és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyszerkészlet, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Tél és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezelésért. 2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára 1. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

TELJESEN ÁTALAKÍTVÁ.

Karlsbad, modernül berendezett vizgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szívbaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások. Dietetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás.

Rheuma	Neuralgia, bőr- és sebbebetegségeknél chron. Morbus Brightii	Köszvény!	Bénaság és különféle női betegségeknek	Ischias
---------------	--	------------------	--	----------------

Kitűnő gyógyeredmények 5380

Krapina-Töplitz Thermal-gyógyhely

Horvátország (Horvát-Helvécia). Eredményes Thermalviz-ivókúra.

Szaktekintélyek által elismert kiváló gyógyhatású és különösen ható radloktív Thermal-gyógyfürdő 38–44 ° R.

A legnagyobb Thermal-medence Európában. Percenként 3800 liter szakadatlan be- és kifolyás.

Gyógyház lakásokkal, teljes hygienai kényelemmel. Kitűnő étterem és kávéház. Társalgó- és olvasó-termek. Lift. Fedett sétahely. Gyönyörű parkok. Állandó ténze. Sporthelyek. Szép plébánia-templom. Estélyek stb. Automobil-garage, Automobil-berlet.

Külön, márvány-, kád- és zuhanyfürdők. A maga nemében páratlan izzasztó-kamrák. Nyitva ápr. 1-től november végéig. Junius 1-ig és szept. 1-től mérsékelt árak. Fürdőorvos Mal Ede. dr. Prospektust és felvilágosítást nyújt a fürdőigazgatóság Krapina-Töplitz, Horvátország.

„Rohitsch” állomástól helyi vasút Grobelno-Rohitsch, elágazás (Wien-Triest v.) 2 óra. Állomás Zabok-Krapina-Töplitz (Csakartum-Agramer Str.) 1 óra. Munkács állomásnál postakocsi és magánfogatok. Magánautomobillal minden vasúti állomásra megrendelhetők a fürdő-igazgatóságnál.

„Helfenberg jelzésű”

Liquor ferromangani peptonati
Liquor ferromangani saccharati

A jelenkor legizletesebb és legemészthetőbb, elismert hatású vaskészítménye

REGULIN
természetes szer a székletét szabályozására.

VALOFIN
egy kellemes ízű idegerősítő szer, a baldriangyökér új medicatioja.

A. Kremel, Adlerapotheker,
Wien, XIV., Märzstrasse 49. 4976

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál
a vízben oldható, jó ízű és kitűnően emészthető Guajacol-készítmény:

Syrupus Guajacoli comp. Hell
Synonim: **sphthisin** szörpalakban vagy

Capsulae Guajacoli comp. Hell
Synonim: **sphthisin** kapsulákban

3270 legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

A Guajacol-készítmény a legmegbízhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a búkkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfon-ammoniumból áll.

Adag: 3–4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3–4-szer napjában 1–2 tokoeska.

Irodalom: 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez”, Aertliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése”, Aertliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőbajok kezeléséhez”, Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokoeska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszerárak csak orvosi rendelésre adják.

G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

LABORATOIRES CLIN-PARIS

PHOSPHOTAL
(neutalis phosphorossavas kreosot)

Capsules Clin vékony Gluten burkolatban az egyes kapsula 0.20 phosphotalt tartalmaz. Naponta 4–12 szemet.

Emulsion Clin kávéskanálanként 0.50 phosphotalal. Naponta 2–6 kávéskanállal 1/2 pohár tejben. Klysmákban is adagolva lesz.

Clin sterilizált csövecskéi köbcentiméterenként 0.10 phosphotal olajos titrál oldatban és 3 cm. ürtartalmu csövecskében. Minden második napon 1 injekció.

Phosphotal előnyei: Nem maró, teljesen áthasonodó, jól leszűrve 90% kreosot és 9% phosphortartalommal. Az izzadás csökkenik, a köhögés gyérül, az étvágy gyarapodik

CLIN-féle ADRENALINE.

1:1000 oldat (5 és 30 cm³-es üvegcsék)
1:5000 collyrium
1/4 milligm.-os granulák
1/2 milligm.-os suppositoriumok
Cm³-enként 1/2 mgm.-os sterilizált csövecskék
Sterilizált csövecskék Cocainos Adrenalinnal (1/4 mgm. Adrenalin és 5 mgm. Cocain minden cm³-ben.)

NOURRY-féle JODTANNIN-ROR

Minden alkalikus jodvegyület nélkül, kellemes ízű, kitűnően assimilálódik, a csukamájolaj pótszere. Egy evőkanálnyi öt centigramm jodot és tíz centigramm tannint tartalmaz.

Javallatok:

Görvélkór, vérszegénység, hószámvavarok, tüdőbántalmak.

ADAG: Felnőtteknek egy evőkanállal az étkezés előtt vagy alatt. Gyermkeknek egy vagy két kávéskanállal az étkezés előtt vagy alatt.

Ára egy üvegnek 4 kor. Minden gyógyszerárban kapható.

A higanykezelés új módja (higanymérgezés kizárva) az

ÉLIXIR DÉRET BI-JODE

Tannint és hydrarg. biiodatumot tartalmazó borsos elixir által. Készíti J. NOURRY, volt gyógyszerész a francia katonakórházakban.

Egy evőkanál higanytartalma egyenlő 1 centigramm hydrarg. biiodatumával.

ADAG: Felnőtteknek: Egy evőkanál kétszer
Gyermekeknek: Egy fél vagy egész kávéskanál naponta.

Syphilis — Börbántalmak.
Egy üveg ára 5 korona.

Főraktár Magyarország részére: **TÖRÖK JÓZSEF, BUDAPEST.**
Vezérképviselő: **MARCUS M. okl. gyógyszer. WIEN, VI., Magdalenenstrasse 60.**