

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Róth Miklós:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., nyilv. r. egyet. tanár.) Vizsgálatok a diabeteses „lisztnapok“-ról. 155. lap.

**Berkovits Antal és Rudas Bódog:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.) A köpet fehérjetartalma és annak diagnostikai jelentősége. 159. lap.

**Longauer Kálmán:** Vörhenyben van-e önálló szerepük a tonsilláknak? 161. lap.

**Pölya Jenő:** Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról A duodenalis fekélyről. 161. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés.** Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose. — A. Bum: Technik der ärztlichen Massage. — Uj

könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan.* M. Simmonds: A hypophysis megbetegedése folytán keletkezett diabetes insipidus. — *Sebészet.* H. Harttung: A mutatóujjnak spontán gangraenája. — *Szülészeti és nőorvostan.* Walcher jun.: A colostrumnak az emlőkből való kinyomogatása eklampsia esetén. — *Húgyszervi betegségek.* G. Marion: Képzelt-e vesicális prostatismus prostata nélküli betegekben? — *Fizikai és diétaes gyógyításmódok.* Frankenhäuser: A cyclonok hatása a közérzésre. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Oy: Codeonal. — *Hinsberg:* Gégebetegségek okozta nyelészavar. 164—166. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 167. lap.

**Vegyes hírek.** 167. lap.

**Tudományos társulatok.** 168—173. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. egyet. tanár.)

### Vizsgálatok a „lisztnapok“-ról diabetesben.

Irta: Róth Miklós dr.

A diabetes diatetikájában a Noorden ajánlotta zabliszt- napoknak a hyperglykaemiára, illetve glykosuriára s az acidosisra gyakorolt kedvező befolyását ezidőszent nem tudjuk bizonyosan megmagyarázni. Noorden és iskolája kezdetben a zabliszt specifikus hatását vette fel, a mely a pankreas belső secretióját befolyásolva hat a szénhydratanyagcserére. His ezen specifikus anyagot meg is próbálta alkoholos oldatában izolálni, az általa létesített kedvező eredményeket azonban maga Noorden is kétségbe vonta, Magnus-Levy, Zülzer és mások pedig teljesen tagadták. Noorden e theoria hiányossága folytán két más lehetőségre is gondolt s a zabliszthatás okát egyrészt a zabkeményítő különálló kémiai constitutiójában, másrészt pedig a vesefilternek a zabliszt által provokált megváltozásában kereste, a mely Eppinger és Barenscheen vizsgálatai szerint látszólag csökkent glykosuria mellett fokozott hyperglykaemiát eredményez; ez utóbbi felvételt azonban Blum-nak s legújabban Schirokauer-nek vizsgálatai megczáfolták, a kik zablisztnapok alatt vércukormeghatározásokat végezve, a glykosuria csökkenése mellett nem találtak magasabb vércukorértékeket. A zabkeményítő különböző kémiai constitutiójának felvétele sem adott támpontot a zablisztnapok magyarázására. Blum-nak a strassburgi klinikán végzett kísérletei kimutatták, hogy keményítőt tartalmazó különféle lisztfélések, így búza-, árpa-, rozsliszt a zablisztnapokhoz hasonlóan hatnak, ha a kúrált főzeléknepok vezetik be, ha a diéta húsmentes s az említett lisztet a zablisztnapok eredeti formájában, vagyis levesek alakjában nyújtatnak. Blum szerint a

megelőző caloria- és fehérjeszegény főzeléknepok a fontosak, a melyek a tolerantiát lényegesen emelik. Igen számottevő factorként szerepel a húsmენტesség, a mennyiben az állati fehérjék kedvezőtlenül hatnak. A növényi fehérjék (roborat, glidin) káros hatása nem volt tapasztalható. Határozott szerepe van az elkészítés módjának, a vajas levesnek, a mely alakban Strauss szerint lassabban történik a felszívódás s a vérnek czukorral való elárasztása.

Ezen észleleteket többen, így Magnus-Levy, Baumgarten, Rolly és mások is megerősítették. Noorden azonban a másféle liszttekkel elért kedvező eredményeket onnan származtatja, hogy Blum diabeteses esetei olyanok voltak, melyekben éhezés-, illetve főzeléknepok után más szénhydratokat, sőt talán magát a czukrot is jobban értékesíténé a szervezet s megmarad azon véleménye mellett, hogy a zablisztnek specifikus hatását kell supponálni.

Az eltérő felfogások utánvizsgálása annyival kevésbé látszott érdektelennek, mert a kérdéssel kapcsolatban több olyan problema adódott, a melyekre választ nyerni nem lehetett felesleges.

Elsősorban megvizsgáltuk, hogy kísérleteinkben a diabeteses egyéneknek adott lisztfajták miképpen viselkednek a diastasisos hatással szemben in vitro. Erre vonatkozóan az irodalmi adatok nagyon eltérők. Grierson szerint a zab- és búzaliszt a diastasera egyformán bomlik. Lang azt találta, hogy a zabkeményítő nehezebben bontatik fel, mint a búzakerményítő. Velük szemben Klotz és újabban Nagao vizsgálatai azt mutatták, hogy a zabkeményítőt a diastase könnyebben bontja fel, mint a búzát.

Mi vizsgálatainkat olyan módon végeztük, hogy zab-, búza-, árpa-, rozslisztből 5—5 gr.-ot pontosan lemérve, 0.20 gr. tiszta diastaséval kevertük össze, s az egészet 100 cm<sup>3</sup> destillált vízzel felöntve s a keveréket az észlelés tartama alatt gyakran felrázva, 30-tól 3 óráig 38° mellett thermostatban tartottuk. A képződött czukrot időközönként polarimeterrel s a Sahli módosította Pavy-féle titrálással hatá-



roztuk meg. A zabliszt a klinikán rendszeresen használt Knorr-féle volt, egyébként pedig a kereskedésben kapható legfinomabb lisztfajtákat használtuk.

A többszörösen megismételt s egészen megegyező eredményeket adott vizsgálatokat a következő tabellán láthatjuk összefoglalva:

I. táblázat.

| Idő             | 30' | 60' | 1h 30' | 2h  | 2h 30' | 3h  |                                |
|-----------------|-----|-----|--------|-----|--------|-----|--------------------------------|
| Képződött cukor | 0.1 | 0.2 | 0.3    | 0.4 | 0.4    | 0.5 | 5 gr. rozs + 0.20 gr. diastase |
| Képződött cukor | 0.2 | 0.4 | 0.4    | 0.5 | 0.5    | 0.5 | 5 gr. búza + 0.20 gr. diastase |
| Képződött cukor | 1.4 | 1.5 | 1.5    | 1.6 | 2      | 2.2 | 5 gr. árpa + 0.20 gr. diastase |
| Képződött cukor | 2.7 | 2.7 | 3.1    | 3.2 | 3.6    | 4   | 5 gr. zab + 0.20 gr. diastase  |

II. táblázat. E. S. 39 éves.

| Datum          | Diaeta                                                   | Vizelet-mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | Kiválasztott cukor gr.-okban | Aceton gr.-okban | Aceteczetsav | Ammonia gr.-okban | Testsúly | Megjegyzés                              |
|----------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|------------------|--------------|-------------------|----------|-----------------------------------------|
| 1911 július 18 | 112 gr. fehérje, 164 gr. zsír, 75 gr. szénhydrat         | 1600                                     | 33.6                         | 3.43             | +            | 2.24              | 56.70    |                                         |
| " 19           | 112 gr. fehérje, 164 gr. zsír, 75 gr. szénhydrat         | 1100                                     | 28.6                         | 3.27             | +            | 1.82              | —        | 50 gr. Na <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> |
| " 20           | Főzeléknapp, 1 deci cognac, 3 deci bor                   | 1100                                     | 17.6                         | 1.18             | +            | 1.23              | —        |                                         |
| " 21           | Főzeléknapp, 1 deci cognac, 3 deci bor                   | 1000                                     | 14                           | 0.94             | +            | 0.98              | 57       |                                         |
| " 22           | 250 gr. búzaliszt + 200 gr. vaj                          | 1700                                     | 30.6                         | 0.74             | +            | 0.89              | —        |                                         |
| " 23           | 250 gr. búzaliszt + 100 gr. roborat                      | 1050                                     | 27.3                         | 0.81             | +            | 0.82              | —        |                                         |
| " 24           | 250 gr. búzaliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. marhasült      | 1000                                     | 34                           | 0.99             | +            | 0.97              | 58.40    |                                         |
| " 25           | 250 gr. búzaliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. marhasült      | 1200                                     | 36                           | 1.21             | +            | 1.34              | 58.60    |                                         |
| " 26           | 250 gr. búzaliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat | 1200                                     | 22.8                         | 0.98             | +            | 0.99              | —        |                                         |
| " 27           | 250 gr. búzaliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat | 1000                                     | 20                           | 0.84             | +            | 0.99              | —        |                                         |
| " 28           | Főzeléknapp                                              | 1100                                     | 18.7                         | 0.45             | +            | 0.74              | 59       |                                         |
| " 29           | Főzeléknapp                                              | 1200                                     | 16.8                         | 0.34             | +            | 0.43              | —        |                                         |
| " 30           | 91 gr. fehérje, 164 gr. zsír, 80 gr. szénh.              | 1500                                     | 21                           | 0.31             | +            | 0.51              | —        |                                         |
| " 31           | 91 gr. fehérje, 164 gr. zsír, 80 gr. szénh.              | 1200                                     | 18                           | 0.39             | +            | 0.59              | —        | 50 gr. Na <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> |
| aug. 1         | 91 gr. fehérje, 164 gr. zsír, 80 gr. szénh.              | 1100                                     | 18.1                         | 0.46             | +            | 0.77              | 58.80    | 50 gr. Na <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> |
| 1911 aug. 2    | 67 gr. fehérje, 101 gr. zsír, 54 gr. szénh.              | 1050                                     | 25.2                         | 0.64             | +            | 0.97              | —        |                                         |
| " 3            | 67 gr. fehérje, 101 gr. zsír, 54 gr. szénh.              | 1200                                     | 27.4                         | 0.93             | +            | 1.10              | 59.70    |                                         |
| " 4            | Főzeléknapp                                              | 1100                                     | 22.5                         | 0.64             | +            | 0.84              | —        |                                         |
| " 5            | Főzeléknapp                                              | 1300                                     | 19.4                         | 0.53             | +            | 0.68              | 59.80    |                                         |
| " 6            | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj                           | 1200                                     | 22.6                         | 0.41             | +            | 0.40              | —        |                                         |
| " 7            | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. roborat         | 1200                                     | 20.9                         | 0.42             | +            | 0.44              | —        |                                         |
| " 8            | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. főtt marhahús   | 1200                                     | 23.2                         | 0.52             | +            | 0.61              | 59.40    |                                         |
| " 9            | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. marhasült       | 1300                                     | 24.1                         | 0.57             | +            | 0.69              | —        |                                         |
| " 10           | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat  | 1300                                     | 23.4                         | 0.44             | +            | 0.51              | 58.70    |                                         |
| " 11           | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat  | 1300                                     | 24.7                         | 0.43             | +            | 0.47              | —        |                                         |
| 1911 aug. 12   | Főzeléknapp                                              | 1300                                     | 18.3                         | 0.37             | +            | 0.41              | 59.20    |                                         |
| " 13           | Főzeléknapp                                              | 1350                                     | 19.7                         | 0.32             | +            | 0.37              | —        |                                         |
| " 14           | 72 gr. fehérje, 125 gr. zsír, 57 gr. szénh.              | 1300                                     | 17.3                         | 0.29             | +            | 0.31              | 59.10    |                                         |
| " 15           | 72 gr. fehérje, 125 gr. zsír, 57 gr. szénh.              | 1400                                     | 21.4                         | 0.31             | +            | 0.39              | —        | 50 gr. Na <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> |
| " 16           | 72 gr. fehérje, 125 gr. zsír, 57 gr. szénh.              | 1300                                     | 22.7                         | 0.34             | +            | 0.42              | —        |                                         |
| " 17           | Főzeléknapp                                              | 1300                                     | 20.8                         | 0.32             | +            | 0.43              | —        |                                         |
| " 18           | Főzeléknapp                                              | 1400                                     | 21                           | 0.34             | +            | 0.39              | —        |                                         |
| " 19           | 250 gr. árpaliszt + 200 gr. vaj                          | 1300                                     | 26                           | 0.30             | +            | 0.30              | —        |                                         |
| " 20           | 250 gr. árpaliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. roborat        | 1500                                     | 27.5                         | 0.29             | +            | 0.29              | 58.20    |                                         |
| " 21           | 250 gr. árpaliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat | 1400                                     | 28                           | 0.30             | +            | 0.32              | —        |                                         |
| " 22           | 250 gr. árpaliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. marhasült      | 1500                                     | 33                           | 0.41             | +            | 0.42              | —        |                                         |
| " 23           | Főzeléknapp                                              | 1400                                     | 28                           | 0.27             | +            | 0.29              | 58.10    |                                         |
| " 24           | Főzeléknapp                                              | 1300                                     | 24.7                         | 0.22             | +            | 0.26              | —        |                                         |
| " 25           | 81 gr. fehérje, 170 gr. zsír, 70 gr. szénh.              | 1300                                     | 22.1                         | 0.24             | +            | 0.27              | —        | 50 gr. Na <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> |
| " 26           | 81 gr. fehérje, 170 gr. zsír, 70 gr. szénh.              | 1400                                     | 28                           | 0.27             | +            | 0.30              | —        | 50 gr. Na <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> |

A diastase-hatásra hasonló időn belül legnehezebben bomlott a rozs, utána következett a búza, jelentékeny emelkedést mutatott az árpa, a legnagyobb cukormennyiséget pedig diastase-hatásra a zabliszt produkálta.

Ezen vizsgálatok kétségtelenül bebizonyítják az eltérő nézetekkel szemben, hogy a zabkeményítő diastazálódása a többi lisztchez képest gyorsabban megy végbe, s valószínűvé teszik azt is, hogy a zabkeményítő kémiai constitúciójának másnak kell lennie, mint a többi lisztkeményítőének. Ezen pozitív lelet azonban nem adhat bizonyító erőt a zabliszt specifikus diastás hatásának, ha Blum s az említett többi szerző vizsgálatait után számításba vesszük azokat az eredményeket, melyeket diabetes-betegeinken a mindenesetre különböző constitúciójú lisztkeményítőkkel elértünk. Ezeknek a glykosuriára, illetve ketonuriára gyakorolt hatását két súlyos diabetes-betegünkön figyeltem meg. Mindkét esetben sem a teljes szénhidratmegvonás, sem pedig a fehérjemegszorítás nem vezetett eredményre, s mindkét eset olyan volt, hogy a betegek huzamos klinikai tartózkodása alatt a különböző lisztek (zab, árpa, búza, rozs) tolerálását illetőleg parallel



vizsgálatokat lehetett végezni. A liszt napokat rendszerint 2 főzeléknappal előzte meg és követte. Hogy a növényi, illetve állati fehérjék befolyását észlelhessük, a rendes liszt napokon (250 gr. liszt 200 gr. vajjal leves alakjában elkészítve s naponként 5 portióban nyújtva) 100 gr. roboratot, máskor pedig 200 gr. főtt, illetve sült marhahúst kaptak a betegek.

Kiterjesztettük figyelmünket arra is, mi lehet az oka azon kedvezőtlen befolyásnak, a melyet a liszt napokon adagolt hús a toleranciára s az acidosisra gyakorol. A növényi fehérjék közömbös hatását számba véve, itt a differentiát vagy az állati fehérje más, és supponálhatóan másképpen ható kémiai alkotásában, vagy esetleg a hússal együtt a szervezetbe vitt extractív anyagokban kellett keresni. Ismeretes, hogy utóbbiaknak nemcsak a gyomor-, de a pankreas secretióra is határozottan megállapított befolyásuk van. Hogy ezen befolyás azután miként érvényesül a pankreas belső secretiójában és esetleg a cukoranyagcserében, erre ugyan nincsenek biztos ismereteink, azonban nem látszott érdektelennek az extractív anyagok esetleges befolyását a liszt napokon adagolva megfigyelni. Ezen célból az említett módon készített liszt levelekhez bizonyos napokon 100 gr. *Liebig*-féle húsextractumot adtunk, a melynek 6—7 gr.-nyi fehérjetartalma mint hibaforrás nem jöhet számításba.

A vizsgálatok hosszú, az első esetben 40, a másodikban 24 napi periodusban történtek. A napi kiválasztott cukor mennyisége mellett meghatároztuk *Messinger-Huppert* szerint az acetont és *Ronchese-Malfatti* módszerével az ammoniát.

Az eredményeket a II. és III. táblázaton láthatjuk.

Az első eset 30 éves czipészre vonatkozik, a kit teljes szénhidratmegvonás mellett sem sikerült cukorkormentessé tenni, ugyanakkor pedig az acetontestek jelentékeny szaporulata volt kimutatható. 75 gr. szénhidrat és 112 gr. fehérjét tartalmazó táplálék mellett a kiválasztott cukor napi mennyisége 29—34 gr.-ot tett ki, az ammoniák pedig 2 gr. körül ingadozott. A követő főzeléknapokra a cukor 14—17 gr.-ra kevesbedett, az ammoniákérték is csaknem felére (0.98—1.23 gr.) szállott alá. 250 gr. búzalisztet 200 gr. vajjal leves alakjában adva, a bevitt szénhidratokhoz viszonyítva a kiválasztott cukorkormentesség jelentékenyen kevesebb, az acidosis pedig, mint azt a csökkent  $H_3N$ -értékből láthatjuk, ugyancsak sokat

javult. 100 gr. roborat a búzaliszt kedvező kihasználását nem befolyásolta, a következő napokon adott 200 gr.-nyi marhasült azonban úgy a kiválasztott cukor, mint a ketontestek mennyiségét fokozta. (Cukor 34—36 gr.  $H_3N$  0.97—1.34 gr.) Ezen fokozódás nem mutat ugyan igen nagy differentiákat, hogy azonban létrehozásában a hús adagolása játszott közre, azt okvetlenül megállapíthatjuk, ha a más napokon, más liszttekkel adagolt hús befolyását s a bizonyítékul felhozott második esetünk adatait kísérjük figyelemmel. És hogy ezen káros befolyás oka az állati fehérjemolecula ismeretlen tényezőjében keresendő, azt a *Liebig*-féle extractum közömbös hatása bizonyítja.

A következő kísérleti periodusban a hasonló sorrendben adagolt zab-, illetve árpalisztnek, a hozzájáruló növényi, illetőleg állati fehérjének, valamint a *Liebig*-féle extractumnak hatása — mint említettem — teljesen hasonló volt.

Hasonló eredményekkel találkozunk második esetünkben, mely 30 éves diabeteses nőre vonatkozik. A beteg 100 gr. szénhidrat és 75 gr. fehérje mellett 81.6 gr. cukrot, s 6.94 gr. acetont választott ki. A kezdeti  $H_3N$ -érték 4.3 gr. volt. 2 főzeléknappal után 250 gr. zabliszt mellett 64.6—61.6 gr. cukrot tartalmaz a vizelet, az acetont 2 gr.-mal csökkent, az ammonia 3.4 gr.-ra szállt le. 250 gr. rozslisztre a megelőző főzeléknappal 3.3 gr.-ot kitevő  $H_3N$ -értéke 2.9 gr.-ra csökkent, a kiválasztott cukor 78.7 gr. A *Liebig*-féle extractumra nem látunk eltérést. 200 gr. sült marhahús azonban úgy a cukor, mint a kiválasztott ammonia mennyiségét növeli.

A teljes cukorkormentesítés s a teljes ketontesthiány egyik esetben sem volt ugyan elérhető, a liszt napok hosszú sora azonban mégis bizonyos eredménnyel járt s a 40, illetve 24 napos periodus végén a tolerancia javult, az acidosis pedig jelentékenyen csökkent. A hosszú ideig tartó liszt napokat mindkét beteg jól tűrte, sőt az első tartamuk alatt valóban gyarapodott is.

Ezek a példák kétségtelenül mutatják, hogy a zabliszt — bár annak minden valószínűség szerint más elrendeződésű keményítő-molekulája van, mint a többi lisztnek — az árpa-, buza- és rozsliszttel szemben semmiféle specifikus hatással sem bír a diabetes diatetikájában. Megelőző főzeléknapok bevezetésével, úgy, a mint azt *Blum* megállapította,

III. táblázat. M. T.-né, 30 éves.

| Datum          | Diaeta                                                        | Vizelet-mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | Kiválasztott cukor gr.-okban | Aceton gr.-okban | Acet-eczetsav | Ammonia gr.-okban | Testsúly | Megjegyzés                              |
|----------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|------------------|---------------|-------------------|----------|-----------------------------------------|
| 1911 július 27 | 73 gr. fehérje, 124 gr. zsír, 100 gr. szénh. ....             | 3400                                     | 81.6                         | 6.94             | ++            | 4.3               | 51.60    |                                         |
| " 28           | Főzeléknappal ....                                            | 3200                                     | 45.8                         | 6.41             | ++            | 4.1               | —        |                                         |
| " 29           | Főzeléknappal ....                                            | 2900                                     | 36.7                         | 5.38             | ++            | 3.8               | —        |                                         |
| " 30           | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj ....                           | 3700                                     | 64.6                         | 5.20             | ++            | 3.6               | 51.40    |                                         |
| " 31           | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj ....                           | 3200                                     | 61.6                         | 4.48             | ++            | 3.4               | —        |                                         |
| szept. 1       | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. roborat ....         | 2800                                     | 64.7                         | 4.32             | ++            | 2.9               | —        |                                         |
| " 2            | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat ....  | 3100                                     | 66.3                         | 3.97             | ++            | 3.1               | 51.50    |                                         |
| " 3            | 250 gr. zabliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. marhasült ....       | 3200                                     | 71.4                         | 4.90             | ++            | 3.8               | —        |                                         |
| " 4            | Főzeléknappal ....                                            | 2900                                     | 47.2                         | 3.24             | ++            | 3.2               | —        |                                         |
| " 5            | Főzeléknappal ....                                            | 3100                                     | 54.6                         | 3.10             | ++            | 2.8               | 51.40    |                                         |
| " 6            | 67 gr. fehérje, 140 gr. zsír, 96 gr. szénh. ....              | 3400                                     | 69.5                         | 4.14             | ++            | 3.7               | —        |                                         |
| " 7            | 67 gr. fehérje, 140 gr. zsír, 96 gr. szénh. ....              | 3100                                     | 74.4                         | 4.98             | ++            | 4.1               | —        | 30 gr. NaH <sub>2</sub> CO <sub>3</sub> |
| " 8            | Főzeléknappal ....                                            | 2900                                     | 57.2                         | 4.86             | ++            | 3.4               | —        |                                         |
| " 9            | Főzeléknappal ....                                            | 3100                                     | 44.3                         | 4.11             | ++            | 3.3               | 51.50    |                                         |
| " 10           | 250 gr. rozsliszt + 200 gr. vaj ....                          | 3400                                     | 78.7                         | 3.34             | ++            | 2.9               | —        |                                         |
| " 11           | 250 gr. rozsliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. roborat ....        | 3200                                     | 69.7                         | 3.14             | ++            | 2.8               | —        |                                         |
| " 12           | 250 gr. rozsliszt + 200 gr. vaj + 100 gr. Liebig-kivonat .... | 2900                                     | 67.3                         | 2.84             | ++            | 2.9               | —        |                                         |
| " 13           | 250 gr. rozsliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. sült marhahús ....  | 3200                                     | 87.2                         | 3.89             | ++            | 3.7               | 51.30    |                                         |
| " 14           | 250 gr. rozsliszt + 200 gr. vaj + 200 gr. sült marhahús ....  | 3000                                     | 85                           | 4.27             | ++            | 4.1               | —        |                                         |
| " 15           | Főzeléknappal ....                                            | 2700                                     | 54                           | 3.63             | ++            | 3.2               | 51.20    |                                         |
| " 16           | Főzeléknappal ....                                            | 2900                                     | 58                           | 3.23             | ++            | 2.7               | —        |                                         |
| " 17           | Főzeléknappal ....                                            | 2800                                     | 56                           | 3.14             | ++            | 2.1               | —        |                                         |
| " 18           | 71 gr. fehérje, 138 gr. zsír, 100 gr. szénh. ....             | 3100                                     | 62                           | 3.13             | ++            | 1.9               | —        |                                         |
| " 19           | 71 gr. fehérje, 138 gr. zsír, 100 gr. szénh. ....             | 3400                                     | 68                           | 3.17             | ++            | 1.9               | 51.50    | 30 gr. NaH <sub>2</sub> CO <sub>3</sub> |



teljesen hasonló eredményeket érhetünk el más lisztfajtákkal is, ha azok toleranciájára az említett napok a szervezetet mintegy előkészítették.

Az kétségen felül áll, hogy a különféle lisztfajtáknak kedvező kihasználása csak a vajás lisztlevelek alakjában áll be. Az elkészítés ezen módja nagyon fontos, mert a más alakban nyújtott lisztfélék tolerálása a lisztlevelekét meg sem közelíti. Ezért arra gondoltunk, vajjon nem a nagymennyiségű vaj játszik-e itt szerepet, mely a keményítőszemcséket mintegy bevónva, a cukorbontást lassabbá teszi. Ily módon a képződött cukor kisebb quantumokban kerülne felszívódásra s könnyebben válnék kihasználhatóvá. Ezt eldöntendő, in vitro megnéztük, miképpen hat a diastase a vajás lisztlevelekben foglalt keményítőre. E célból a különböző lisztekből 5 gr.-nak megfelelő hígított quantumot véve, 0.20 gr. diastaseval kevertük össze, a képződött cukor mennyiségét illetőleg azonban — az I. táblázatban foglalt eredményekkel szemben — semminemű változást sem találtam.

Még egy másik faktorra kellett gondolni, a mely talán befolyásolja a belekben végbemenő diastasisos hatást, s ez a béltartalom chemismusa volt. Physiologiaiilag megállapított tény, hogy a zsiradékok az epeelváztás ingereként szerepelnek, a mely nélkül emulgeálásuk és hasításuk nem lehetne végbe. Itt jöhet szóba az adott vajnak szerepe. Hogy ezt experimentalisan megpróbáljuk, 5 gr. zablisztet és 0.20 gr. diastaset 5% fel tauri inspissatum oldatával kevertem össze s a képződött cukormennyiséget 30 percenként meghatároztam. Az eredmény a következő volt:

IV. táblázat.

| Idő                | 30'  | 1h   | 1h 30' | 2h   | 2h 30' | 3h   | A liszt neve |
|--------------------|------|------|--------|------|--------|------|--------------|
| Képződött<br>cukor | 0.04 | 0.15 | 0.2    | 0.3  | 0.3    | 0.35 | Rozs         |
|                    | 0.1  | 0.2  | 0.2    | 0.27 | 0.3    | 0.3  | Buza         |
|                    | 0.9  | 1.2  | 1.2    | 1.3  | 1.4    | 1.7  | Árpa         |
|                    | 1.6  | 2    | 2      | 2.8  | 3.2    | 3.2  | Zab          |

Vagyis a cukorbontás epés közegben, a mint azt az I. táblázattal összehasonlítva láthatjuk, lassabban megy végbe.

V. táblázat. N. Gy. 28 éves (diabetes gravis).

| Datum     | A kísérlet   |         | Légzés-szám<br>percenként | 1 percze-<br>re eső levegő-<br>mennyiség | O-csök-<br>kenés           | CO <sub>2</sub> -sza-<br>porodás | O-<br>fogyasz-<br>tás      | CO <sub>2</sub> -<br>kiadás | CO <sub>2</sub><br>O <sub>2</sub> | Megjegyzés                                    |
|-----------|--------------|---------|---------------------------|------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
|           | kezdet       | tartama |                           |                                          | a kilégzett levegőben<br>% |                                  | percenként cm <sup>3</sup> |                             |                                   |                                               |
| július 15 | 11 óra 51 p. | 14' 5"  | 22                        | 5.033                                    | 4.299                      | 2.923                            | 216.37                     | 147.12                      | 0.68                              | } éhezési érték                               |
| " 15      | 12 " 14 "    | 13' 12" | 24                        | 5.299                                    | 4.247                      | 2.863                            | 225.05                     | 151.71                      | 0.68                              |                                               |
| " 15      | 12 " 31 "    | 13' 42" | 24                        | 5.104                                    | 4.101                      | 2.797                            | 209.31                     | 142.73                      | 0.68                              |                                               |
| július 17 | 12 óra 2 p.  | 13' 30" | 23                        | 5.178                                    | 4.670                      | 3.779                            | 241.81                     | 174.96                      | 0.72                              | 5 órával 100 gr. zabliszt be-<br>vétele után  |
| " 17      | 12 " 30 "    | 9' 17"  | 21                        | 5.006                                    | 5.577                      | 3.963                            | 279.19                     | 198.38                      | 0.71                              |                                               |
| július 18 | 11 óra 56 p. | 9' 8"   | 20                        | 5.031                                    | 5.512                      | 4.022                            | 277.31                     | 203.34                      | 0.73                              | 5 órával 100 gr. árpaliszt be-<br>vétele után |
| " 18      | 12 " 20 "    | 9' 17"  | 21                        | 4.006                                    | 5.577                      | 3.963                            | 279.19                     | 198.38                      | 0.71                              |                                               |
| július 19 | 12 óra       | 8' 31"  | 21                        | 5.562                                    | 5.160                      | 3.807                            | 287.00                     | 211.74                      | 0.74                              | 5 órával 100 gr. búzaliszt be-<br>vétele után |
| " 19      | 12 " 12 p.   | 13' 59" | 22                        | 5.004                                    | 4.806                      | 3.472                            | 240.49                     | 173.74                      | 0.72                              |                                               |
| július 20 | 11 óra 59 p. | 10' 50" | 22                        | 6.149                                    | 4.004                      | 2.873                            | 240.20                     | 176.97                      | 0.72                              | 5 órával 100 gr. rozsliszt be-<br>vétele után |
| " 20      | 12 " 26 "    | 9' 55"  | 22                        | 6.720                                    | 3.581                      | 2.595                            | 240.64                     | 174.38                      | 0.72                              |                                               |

A vizsgálatok, több ízben megismételve, azonos eredményekre vezettek. Teljesen hasonló lefolyást észleltünk a liszt-fajtáknak vajás levelekben való elkészítése után is, ha azokat a hígításnak megfelelő mennyiségben véve, a diastasisos bomlást megfigyeltük. Hogy ezen hatás létrehozásában az epe melyik része szerepel, azt egyelőre eldöntetlenül kell hagynunk.

A különféle lisztfajtáknak egyforma tolerálását mutatják azok a vizsgálatok is, a melyek azoknak a diabeteses egyén szénhidrát-anyagcseréjében való viselkedésére vonatkoznak. E tekintetben utalnom kell *Rolly*-nak a lipcsei klinikán végzett kísérleteire, a ki diabeteses egyéneknek különféle lisztféléket adva, a respiratiót nagyrészt saját, a *Regnault-Reiset*-féle respirációs készülék elvei szerint készült apparatusával vizsgálta. Ez irányú vizsgálataimat a *Zuntz-Geppert*-féle analízáló készülékkel végeztem, oly módon, hogy meghatározva az éhezési R.-Q.-értékeket különböző napokon egy 28 éves nőre vonatkozó diabetes gravis esetében, 100 gr. zabból, illetve búza-, rozs- és árpából készült lisztlevest adtam (75 gr. vajjal elkészítve) s a reggeli elfogyasztása után 5 órára légszereanalízist végeztem.

Az eredményeket az V. táblázaton láthatjuk.

Az éhezési R.-Q. alacsony. A liszttekkel a szervezetbe jutott nagymennyiségű szénhidrát a respirációs quotientt kissé emeli, az emelkedés azonban nem nagyfokú, a percenkénti O-fogyasztás és CO<sub>2</sub>-kiadás értékei körülbelül azonosak s ennek megfelelően az R.-Q.-ek nem igen különböznek. Levonható belőlük tehát azon következtetés, hogy a diabeteses szénhidrát-anyagcserében a különféle lisztfajták egyformán értékesíttetnek s hogy a zablisztnek semmiféle specifikus hatása sem állapítható meg.

Ha a felhozott adatokból összegezni akarjuk azt, a mit diabetesben a lisztnapokról tudunk, azt a következőkben tehetjük: A különféle lisztkeményítőknak kétségenkívül különböző kémiai constitúciója a lisztnapoknak hatását nem magyarázza. A zablisztnek specifikus hatása kétségszövegbevonandó, a zabliszt másnemű liszttekkel helyettesíthető. Lényeges az állati fehérjének mellőzése, a melynek káros befolyását ugyan nem tudjuk megmagyarázni, de az bizonyos, hogy az extractiv anyagok ebben nem szerepelnek, hanem az állati fehérje más constitúciójának rovására irandó az. Fontos a liszttek elkészítési módja, a vajás leves, a mely valószínűen egyrészt fokozott epeelváztás útján s ilyen módon elhúzódó diastasisos hatásban jut érvényre, másrészt talán a felszívódásban is szerepe van. *Blum*-nak felfogását a megelőző főzeléknapiak fontosságát illetőleg mi is hangsúlyozzuk. Hogy a különféle



lisztek a diabeteses anyagcserében egyformán használatnak ki, azt respirációs vizsgálataink bizonyítják.

**Irodalom.** Blum: Münchener med. Wochenschrift, 1911, 27. sz. — Noorden: Die Zuckerkrankheit, 1912. — Rolly: D. A. für klin. Mediz. 103. — Magnus Levy: Berlin klin. Woch. 1912, 7. sz. — Schirokauer: Berlin. klin. Wochenschrift, 1912, 49. sz. — Grierson: Chem. Zentralblatt, 1892, 1015. 1. — Lang: Zeitschrift f. exp. Path. und Therapie, 1910, 8. köt. — Nagao: Zeitschrift f. exp. Path. und Therapie, 1911, 9. kötet.

Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

## A köpet fehérjetartalma és annak diagnostikai jelentősége.

Irták: Berkovits Antal dr. és Rudas Bódog dr., klinikai gyakornokok.

A köpet N- és fehérjetartalmára vonatkozó vizsgálatok irodalma igen nagy. Már 1855-ben Biermer azt találta, hogy a köpet fehérjetartalma egyenes arányban áll annak sejttartalmával és a gyulladás előrehaladásának fokával. Chronikus bronchitis eseteiben nem talált fehérjét, míg acut bronchitis, pneumonia és tüdőoedema eseteiben mindig pozitív volt a fehérjereactio. Tuberculosisban sok a mucin, de fehérjét nem talált.

Renk (1875) chronikus bronchitis eseteiben nem talált, míg acut bronchitis, pneumonia és tuberculosis eseteiben talált fehérjét, utóbbiban quantitative 0.11—0.49%-ot. Legfeltűnőbb a dologban az, hogy ő a fehérjét a N-ből számítván ki, chronikus bronchitis eseteiben még N-t sem talált.

Bamberger (1861) a köpet útján vesztett N napi mennyiségét számítván ki, bronchitisben: 0.23 gr., tuberculosisban: 0.75 gr. N-t talált. E vizsgálat eredménye már azért is megérdemli a figyelmet, mert Renk-kel ellentétben bronchitisben elég nagy mennyiségű N-t talált.

Panow és Starkow (1893) is elég nagy mennyiségben talált fehérjét chronikus bronchitis eseteiben (0.9—1.45%) és emphysemában (0.18—1.9%).

A tárgyra vonatkozó legkimerítőbb vizsgálatot, melyre a legtöbb szerző hivatkozik, Lanz (1896), és Wanner (1903) végezte. Lanz a Kjeldahl útján meghatározott N-t számította át fehérjévé. Talált: tuberculosisban 0.27—1.14% N-t (1.68—7.16 fehérje); pyopneumothoraxban 0.31—1.1% N-t (1.93—6.76% fehérje); bronchitisben 0.21—1.06% N-t (1.37—6.39% fehérje). Wanner nem helyesli, hogy a köpet N-tartalmából számítsuk ki a fehérjét, mert a köpetben sok más N-tartalmú anyag is van. Ő csak az oldott fehérjét vizsgálta, a mennyiben a 3%-os eczetsavval kezelt köpet szűrletéből konyhasó és főzés útján kicsapott fehérjét mérte. Szerinte chronikus bronchitis eseteiben nincs, vagy csak nyomokban, asthma eseteiben csak roham alatt van kevés fehérje, míg tuberculosis eseteiben 0.203—0.84% fehérjét talált. Az eljárás meglehetősen pontos, de annyira komplikált, hogy alkalmatlan a gyakorlatban diagnostikai célra való felhasználásra. Eredményeiből azt következteti, hogy az erősen pozitív fehérjereactio a köpetben bronchitissel szemben mindig gümőkór mellett szól.

A következő szerzők főleg az eljárás egyszerűsítését célozták. Besancon és Jong (1908) mikrochemiai úton vizsgálta a köpet fehérjetartalmát qualitative, és bronchitisben is találván fehérjét, azon véleményen van, hogy a nagy mennyiségű fehérjének a gümőkórban nincs diagnostikai értéke, hanem az csakis a folyamat rohamos progrediálását jelenti.

A legújabb vizsgálok annál bátrabban szállnak síkra az eljárás diagnostikai értékesíthetősége mellett.

Roger (1911), valamint Gantz és Hertz (1911) egyértelműleg vallja, hogy bronchitisben qualitative is állandóan negatív lévén a fehérjereactio, gümőkórban pedig állandóan pozitív, a negatív eredmény kizárja a tuberculosisist, míg a pozitív azt nem biztosítja, mert pneumonia, tüdőoedema, vitium és albuminuriások bronchitise esetén is pozitív. Érdekes Gantz és Hertz közleményében az, hogy egyik előrehaladt

gümőkóresetükben állandóan negatív volt a fehérjereactio. Sőt néhány bronchitises köpetben találtak fehérjét, de arra gondoltak, hogy ilyenkor az illető kis fokban tuberculosus vagy emphysemás, bár ezen állításuk megerősítésére semmiféle klinikai jelet sem említenek.

Woultmann-Lepska (1911), Barsky (1911), Schmey (1911) ez eczetsavval kezelt és vízzel összedörzsölt köpet szüredékét ferrocyanalkiummal vizsgálván fehérjére, egyenesen és határozottan azt a következtetést vonják le, hogy: 1. negatív fehérjereactio kizárja az activ tuberculosisist, 2. pozitív fehérjereactio mindig activ tuberculosisist jelent, ha kizárhatjuk a pneumoniát, infarctust, gangraenát és oedemát, úgy hogy ők ezt feltétlenül a legérzékenyebb jelnek tartják a gümőkór korai diagnoskálására.

Ezen látható igen nagy ellentét, mely a különböző vizsgálatok eredményeiben és a szerzőknek következtetéseiben mutatkozik, volt az oka, hogy Korányi tanár megbízásából átvizsgáltuk különböző eljárásokkal a fenti eredményeket, hogy a következő kérdésekre megfelelhessünk:

1. Az elkülönítő diagnosis szempontjából legfontosabb 4 tüdőbetegség: a gümőkór, a bronchitis, a kezdetleges emphysema és az asthma közül melyikben fordul elő fehérje?

2. A pozitív, illetve negatív lelet állandó-e ugyanazon betegségben?

3. Positivitás esetén az illető betegségben szűk vagy tág határok között ingadozik a fehérje mennyisége?

4. Lehet-e a fehérje mennyiségéből vagy annak hiányából némi diagnostikai vagy prognostikai következtetést vonni?

Hogy e kérdésekre megfelelhessünk, az eljárások két főmódját alkalmaztuk minden esetben: A napi N meghatározását Kjeldahl útján, és az oldott fehérje mennyiségét Esbach szerint.

A különböző betegek köpeteit 24 órán át gyűjtöttük minden alkalommal, s hogy idegen fehérje belekeverődését megakadályozzuk, a betegek minden étkezés után kiadós szájmossást végeztek. Fehérjetartalmú ételek evése után az  $\frac{1}{4}$  órán belül ürített köpetet nem használtuk fel.

Az egész napi N-t akarván Kjeldahl útján meghatározni, elsősorban a köpet homogenné tévése volt fontos. Erre vonatkozólag az irodalomban a lúggal való homogenizést találtuk csak. Ez eljárás a Kjeldahl-hoz nem igen alkalmas, másrészt a homogenezés sem tökéletes, a miről kísérletek útján győződünk meg.

A köpet homogenezésére legpontosabb és legmegbízhatóbb szernek az antiformint találtuk. Az antiformint először Uhlenhut használta a Koch-féle bacillusok kimutatására. Utasítása szerint a köpetet 20 köpet: 15 antiformin: 65 víz arányban keverve, 24 órai állás után a köpet teljesen homogen, sárga folyadékká alakul át. Maga az antiformin összetétele: 1 r. alkalihipochlorid +  $\frac{1}{2}$ —1 r. alkalihydrat, szóval N-t nem tartalmaz, s hogy szennyezve sincs azzal, arról úgy győződünk meg, hogy minden felbontott üveg antiforminból először tisztán végeztünk pár Kjeldahl-meghatározást, és N-t sohasem találtunk.

Az egész napi köpetet lemérve, azt a fenti aránynak megfelelőleg homogenizáltuk antiforminnal. 24 órai állás után a még egyszer jól összekevert folyadékból 2—3  $\times$  10 cm<sup>3</sup>-ben határoztuk meg a N-t és a talált értékeknek, melyek között csak minimális különbségek voltak, középértékét vettük.

Az oldott fehérje meghatározására Esbach-módszerét használtuk. Bizonyos mennyiségű köpetet lemérve, ugyanannyi vízzel hígítottuk, néhány csepp ac. acet. dil.-mal a mucint kicsaptuk, csészében alaposan szétdörzsöltük és szűrtük. Ha a szüredék eczetsav újabb hozzáadására zavarossá lett, újból szűrtük mindaddig, míg az üledék kristálytiszta maradt eczetsavra is. E szüredék kis próbájához ferrocyanalkiumot adva, qualitative vizsgáltuk; ha pozitív volt az eredmény, a fehérjét Esbach-csőben quantitative határoztuk meg.

E vizsgálati eljárásunk eredményeit a következő táblázatokban foglaltuk össze:



## A) Tuberculosis.

I-gyel jelölés: Gümőkór legkezdetibb stadiuma láz és szörtyzörej nélkül.  
 II-vel „ Középs stadium, láztalan vagy subfebrilis állapot, kisszámú szörtyzörej.  
 III-mal „ Súlyos stadium.

| Szám | Stadium          | Köpet napi mennyisége cm <sup>3</sup> | Össz-nitrogen mgr. | Megfelel fehérje |                            | Fehérje % | Esbach ‰ |
|------|------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------|----------------------------|-----------|----------|
|      |                  |                                       |                    | napi fehérje gr. | 1 cm <sup>3</sup> -ben gr. |           |          |
| 1    | II.              | 2.5                                   | 14.28              | 0.09             | 0.03                       | 3.57      | 3/4      |
| 2    | II.              | 2.0                                   | —                  | —                | —                          | —         | 3        |
| 4    | II.              | 38                                    | 159.6              | 0.99             | 0.03                       | 2.60      | 2        |
| 5    | II.              | 23                                    | 108.67             | 0.68             | 0.03                       | 2.90      | 2        |
| 7    | III. }<br>pyoth. | 215                                   | 978.25             | 6.11             | 0.03                       | 2.80      | 1        |
| 8    | III.             | 1.5                                   | —                  | —                | —                          | —         | nyom.    |
| 9    | III.             | 46                                    | 185.15             | 1.16             | 0.02                       | 2.50      | 2        |
| 10   | III.             | 2                                     | 20.30              | 0.13             | 0.06                       | 6.30      | 3/4      |
| 12   | II.              | 2                                     | 8.50               | 0.06             | 0.01                       | 1.40      | 1.5      |
| 13   | II.              | 2                                     | —                  | —                | —                          | —         | 1.25     |
| 14   | III.             | 6                                     | 64.58              | 0.40             | 0.07                       | 6.70      | 3        |
| 17   | III. }<br>pyoth. | 86                                    | 173.07             | 1.08             | 0.01                       | 1.20      | 1.25     |
| 16   | I.               | 18                                    | 9.45               | 0.06             | 0.003                      | 0.30      | nyom.    |
| 20   | I.               | 4                                     | 8.40               | 0.05             | 0.01                       | 1.30      | 1.25     |
| 19   | II.              | 6                                     | 35.70              | 0.22             | 0.04                       | 3.70      | 6.75     |
| 23   | II.              | 1                                     | —                  | —                | —                          | —         | 3        |
| 15   | II.              | 21                                    | 22.05              | 0.14             | 0.006                      | 0.60      | 1/2      |
| 6    | I.               | 14                                    | 52.95              | 0.33             | 0.02                       | 2.30      | 1/2      |
| M    | I.               | 20                                    | 35.00              | 0.22             | 0.01                       | 1.00      | 0        |

E tabellából a következők láthatók: A N-ből átszámított (6.25) fehérje mennyisége gümőkórban 0.30—6.70% között, Esbach szerint nyomok — 6.75‰ között ingadozik. Semmiféle törvényszerűség sem olvasható ki, mely a folyamat súlyossága, a gümőkór aktivitása, illetve inaktivitása és a fehérje mennyisége között lenne. Kezdő stadiumban éppúgy előfordul sok fehérje, mint súlyos esetekben igen kevés.

## B) Chronikus bronchitis, emphysema, asthma stb.

| Szám | Betegség                            | Köpet napi mennyisége cm <sup>3</sup> | Össz-nitrogen mgr. | Megfelel fehérje |                            | Fehérje % | Esbach ‰ |
|------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------|----------------------------|-----------|----------|
|      |                                     |                                       |                    | napi gr.         | 1 cm <sup>3</sup> -ben gr. |           |          |
| 38   | Emph.                               | 38                                    | 0                  | 0                | 0                          | 0         | 0        |
| 39   | „                                   | 185                                   | nyom.              | —                | —                          | —         | 1/2      |
| 40   | „                                   | 345                                   | 60.48              | 0.38             | 0.001                      | 0.10      | 1/2      |
| 42   | „                                   | 195                                   | nyom.              | —                | —                          | —         | nyom.    |
| Sz.  | Bronch.                             | 40                                    | 56.00              | 0.35             | 0.008                      | 0.80      | 3/4      |
| 11   | „                                   | 13                                    | 20.47              | 0.13             | 0.009                      | 0.90      | nyom.    |
| 8    | „                                   | 2.5                                   | 14.43              | 0.09             | 0.03                       | 3.60      | 3/4      |
| 27   | „                                   | 10                                    | 8.75               | 0.05             | 0.005                      | 0.50      | 1/4      |
| 12   | „                                   | 12.5                                  | 19.36              | 0.11             | 0.008                      | 0.80      | 1/2      |
| 35   | Asthma                              | 26                                    | 45.50              | 0.28             | 0.01                       | 1.00      | 1/4      |
| 43   | „                                   | 10                                    | 74.37              | 0.46             | 0.05                       | 4.60      | 3/4      |
| 54   | „                                   | 12                                    | 88.20              | 0.55             | 0.05                       | 4.50      | 3/4      |
| 22   | Infiltrat. }<br>pulmon. }<br>lues ? | 100                                   | 227.50             | 1.42             | 0.01                       | 1.40      | 3/4      |

E vizsgálatok közül főleg a bronchitisben talált eredményeink érdekesek, azért, mert az utolsó évben különböző szerzőktől megjelent erre vonatkozó vizsgálati eredményekben egyértelműleg tagadják bronchitisben a fehérje jelenlétét. A mi vizsgálataink inkább a régebbi szerzőknek adnak igazat: bronchitis minden esetében találtunk fehérjét a köpetben s mint a táblázatból kitűnik, nem egy esetben oly nagy mennyiségben, mely a gümőkór nem egy súlyos esetét is felülmúlja. A fenti eseteken kívül több bronchitises köpetben, melyből csak kevés állott rendelkezésünkre, a fehérjét ferro-

cyankaliummal qualitative mindig ki birtuk mutatni. Emphysemának minden esetében igen kevés fehérjét találtunk, némelyikben qualitative is alig volt kimutatható.

Feltűnő az asthmások köpetének vizsgálatakor az, hogy a rendesen nagy mennyiségű N daczára az oldott fehérje mennyisége aránylag kicsi.

Az eredményeket összevetve azt találjuk:

1. Igaz, hogy a gümőkórban legtöbbször positiv a fehérje-reactio, de positiv chronikus bronchitisben is, valamint emphysema némely esetében és asthmában.

2. A fehérje mennyisége valamennyi vizsgált betegségben és esetben igen tág határok között ingadozik.

3. Minthogy a gümőkór kivül a fehérje más tüdőbetegségekben is előfordul, főleg azokban, melyek a gümőkór kezdeti stadiumával könnyen összetéveszthetők, másrészt, minthogy a különböző tüdőbetegségekben a köpetfehérje quantitativ mennyisége igen tág határok között ingadozó, sőt magában az illető betegségben is igen változó: a köpet fehérjetartalmából sem qualitative, sem quantitative sem vonhatunk biztos diagnostikai következtetést. A negativ lelet nem zárja ki a tuberculosist, mert három esetünkben, melyek közül az egyik meglehetősen előrehaladott volt, nem, vagy csak igen gyenge nyomokban találtunk fehérjét. Igaz ugyan, hogy oly nagy fehérjeértékek, mint gümőkór egyes eseteiben találhatók, más tüdőbetegségekben nem fordultak elő. De a hol a fehérjeérték ily magas, a klinikai tünetek már oly kifejezettek, hogy e diagnostikai eszközre szükségünk nincs. Az eljárás a gümőkór kezdeti stadiumának diagnosztikájában játszana csak fontos szerepet, a mire Schmey, Wourmann-Lepska, Barsky alkalmasnak is tünteti fel, a mi vizsgálataink azonban épp az e célra való alkalmazásának jogosultságát döntik meg.

Azokat a különböző hypothesiseket, a melyek a köpet különböző fehérjetartalmának származását igyekeznek megmagyarázni s a melyek rendkívül egyéniek, mert mindenki a saját vizsgálataiból másoktól eltérően következtetett, sem bírjuk megerősíteni.

Prorok a genyes köpetben talált több fehérjét. Mi ily összefüggést a köpet geny tartalma és a fehérje mennyisége között nem találunk. Egyes szerzők a bacillus- vagy sejt-tartalomtól teszik függővé a fehérje mennyiségét. Eseteinkben ez irányú vizsgálataink eredményei is igen eltérők voltak.

Simon, Biermer, Brettl, Renk és Lanz igen valószínűnek látszó feltevését, hogy a fehérje mennyisége a gümős folyamat előrehaladásával egyenes arányban nő, sem bírjuk megerősíteni. Igen előrehaladt esetekben néha kevés, s viszont kezdődő stadiumban néha sok fehérjét találtunk.

Nem hagyhatjuk megemlítés nélkül Goodman H. Edward ama felfogását, hogy a köpet fehérjetartalmának kimutatása nem bir diagnostikai értékkel, mert legtöbbször igen kis vérezésekről van szó, melyek makroszkopice nem, de chemiailag könnyen kimutathatók. Némely esetünkben erre is kiterjesztve figyelmünket, csakugyan találtunk oly tuberculosus köpetet, hol makroszkopice vért nem láttunk, de chemiailag a vért mégis ki lehetett mutatni.

A fehérje származására vonatkozó hypothesisek, valamint a különböző tüdőbetegségek köpeteiben talált fehérjemennyiségben tapasztalható igen nagy és szabálytalan változatok kizárják azt, hogy kétes esetekben a gümőkór korai diagnosztikájára ez eljárást felhasználhassuk.

Irodalom. Renk: Zeitschrift f. Biologie, XI., 1875. — Panow és Starkow: Berliner klin. Wochenschrift, 1893, 30. sz. — Lanz: Archiv f. klin. Med., 1896, 56. kötet. — Wanner: Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1903, 75. kötet. — Plesch: Z. f. exp. Path. u. Ther. III. 1906; Magyar Orv. Arch., 1907. — Ország: Magyar Orvosi Arch., 1909. — Roger: Semaine méd., 1910—1911. — Geeraerd: Tuberculosis, 9. 1910. — Ganz és Hertz: Berliner klin. Wochenschrift, 1911, 7. szám. — Prorok: Münchener med. Wochenschrift, 1909, 40. szám. — Goodman: Archiv of intern. med., 1911. — Schmey: Tuberculosis, 1911, 11. sz.



## Vörhenyben van-e önálló szerepük a tonsilláknak?

Irta: Longauer Kálmán dr., Pannonhalma.

Hogy a vörheny kóroktanának kérdéséhez újból visszatértek, anna oka röviden azon ellenmondás, mely a tapasztalat és az újabban megjelent vörhenycikkek között fenforogni látszik.

Vörhenyben ugyanis beigazoltnak tekintik azon feltevést, hogy a tonsillák elváltozása az általános infectio részjelensége.

A mint tudjuk, a legtöbb vörheny s ezzel egyidejűleg vörheny-tonsillitis a nyár végére és az ősze elejére esik; ezt igen szépen kifejezi Szontagh grafikonja. Tegyük fel a kérdést, mily összefüggés lehet a fent jelzett évszakok és a vörheny között, illetve *nincs-e összefüggés a nevezett évszakok és az anginák között?* Nem tételezhető-e fel éppen olyan causalis nexus ezen évszakok és a vörhenytonsillitisek között, mint a mily összefüggés lehetséges a gabonaérés megaratás évszakai és az actinomykosis között?

Ugy hiszem, az összekötő kapcsot nem a jelzett évszakok és a vörheny, hanem az évszakok és az anginák között kell keresni. Ennek megfelelően én a vörhenytonsillitist *primaernek* tekintem, a melyből ered a szervezetnek megfertőztetése.

Nagy tapasztalatú és illustris szaktekintélyeknek az ellenkező tényállás beigazolására felhozott s első tekintetre megdönthetetlennek látszó érvei felfogásom szerint mégis csak a látszatnak benyomásai. Az, hogy a tonsillák az esetek többségében *egyszerre betegszenek meg* (?); hogy az egész szájüreg fertőződik; hogy a látszólag csekély helyi elváltozások általános súlyos betegséggel karöltve jelentkeznek stb.: mindez még nem lehet feltétlen bizonyítéka annak, hogy a tonsillák betegsége csak utólagos részjelensége egy általános megbetegedésnek.

Ezen feltevés megdönthetetlennek akkor bizonyulna, ha 1. száraz statisztikai adatokkal minden kétséget kizáróan a tonsillák *ártatlan volta*, és 2. a tonsilláktól megfosztottaknak a vörhenynyel szemben tanúsított mikénti viselkedése beigazolást nyerne.

Eddig észlelt vörhenyeseteim között volt egy fiú, a kinek mandulái más ok miatt el lettek távolítva és a ki vörhenytől mentes maradt, bár az egész család egyidőben vörhenyben ment keresztül. Igaz, egy eset nem számít.

A manduláknak ép külseje sem lehet feltétlenül bizonyító erejű, hogy a vörhenyvirus nem a tonsillák közvetítésével hatol be a szervezetbe. Kórbonczolástani leletek alapján vannak bizonyítékaink, hogy gombostűfejnyi tonsillaris latens tályogok általános sepsisnek voltak kiinduláspontjai.

Vörheny eseteiben elváltozást nem mutató tonsillákat volna-e bátorságunk helytállóan éppene jelezni? A tapasztalat alapján bizony nem.

Pedig a vörheny-aetiológia sarokpontját azon kérdés eldöntésében látom, vajjon a tonsillák révén jön-e létre a vörheny, vagy nem.

Eddig nem vettük nagyon tekintetbe a mandulákat, mert részben a vörheny contagiosus természetébe vetett téves hitünk, másrészt az ú. n. dispositio felvétele azt teljesen fölöslegessé tette. A contagium — úgy hiszem — kimúló félben van már, de a dispositio még kísért. Bármilyen meggyőződen fordultatos alakba öntött érvelés támogatja is a dispositiót: azon szerepével, melylyel felruhazzák, még sem tudok egyetérteni. Mint fogalomnak éppen olyan semmi a szerepe a vörhenyben, mint bármely más betegségben; lényegileg pedig még homályos definitióját sem adhatjuk. De hiszen ez felesleges is. Mert bármiként is erőszakoljuk a dispositiót pl. a vörhenyre is, egy lépéssel sem jutottunk előre. A dispositio csak kényszerhelyzet által teremtett fölösleges fogalom, mely alatt majdnem mindenki mást ért. Az objectív tudományos gondolkodás valóban nem is szorul ezen fogalomra. Ha az immunitástan már eddig is elért állás-

pontjára helyezkedünk, akkor azonnal észreveszszük, hogy meg tudjuk magyarázni magunknak bizonyos betegségek jelentkezését vagy azoknak megszűnését, ha kissé betekintünk a szervezetnek biochemiai folyamataiba.

Ha a szervezet kellő mennyiségben rendelkezik azon biochemiai anyagokkal, a melyek az egyes specialis bacteriumok által termelt toxinokkal kifejezett chemiai affinitásban vannak, akkor semmi körülmények között sem jöhet létre betegség. Ha ellenben valamely bacterium által termelt toxin paralyzálására nincs kellő mennyiségű biochemiai anyag, akkor kifejlődik azon kóros állapot, a mely az illető kórokozó bacterium toxinja természetének megfelel.

Itt nincs hajlam; itt szükségképpen *be kell* következnie oly állapotnak, melyet qualitativ és quantitativ mennyiségben jelen lévő ágensek küzdelme eredményez, semmi más. E küzdelemről vagy győzedelmesen kerül ki a szervezet, vagy áldozatul esik.

A tonsilláknak *primaer* szerepét a vörhenyben abban vagyok hajlandó látni, hogy a vörhenyt megelőzőleg legjobb testi jólét közepette a torokelváltozások az *első* és *csak* utánuk *jelentkezik a többi symptoma*. Ha a vörhenytonsillitis csak az általános infectiónak volna egyik következményes kísérő tünete, akkor igazán rejtély volna, miért nem nyilvánul meg *először az általános fertőzés jelei*.

Meggyőződtem engem a *primaer vörhenytonsillitis* komoly lehetőségéről eljárásom is, melyet vörhenyben követek, s a mely alkalmasnak ígérkezik arra, hogy a vörhenyt előidéző sepsises anyagokat a száj-orrüregben, de főleg a tonsillákon lehetőleg ártalmatlanná tegye. Ez erősítette meg bennem azt a most már meggyőződéssé vált feltevést, hogy a vörheny-toxin-raktár a tonsillákban van, a honnan az egész szervezet eldraztatik vele.

Szokott eljárásom, melyet minden tonsillitis-esetben követek, a következő: a szájnak és garatüregnek 10%-os hydrogenperoxyddal alapos és többszörös kiöblítése után a tonsillákat *absolut alkohollal* lemosom és újbóli kiöblítés után collargol 2%-os glycerin-vizes oldatával beecsetelem. Utóbbi ecsetelések napjában 3—4-szer megismétlendők. Kisebbségi gyermekeken csak 60%-os alkoholt alkalmazok. Ha a mandulák már erősen lepedékesen jönnek észlelés alá, akkor a fenti eljárást még azzal bővítem, hogy a mandulákról a lepedéket erősen ledörzsölöm s collargol 1/2%-os glycerin-vizes oldatát spray alakjában 2 óránként belélegeztetem.

Ezen eljárás használata mellett a hőmérsék csakhamar esik, s ha a vörheny ki is fejlődik, enyhe lefolyású, vesegyuladással csak ritkán szövődött; az esetlegesen mégis mutatkozó vesegyuladás mindig szelíd természetű.

Ámbár az így kezelt vörhenyeseteknek csak csekély számával rendelkezem, az eljárást — mely megszívlelésre méltónak ígérkezik — mégis közlöm.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

### A duodenalis fekélyről.

Irta: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Folytatás.)

#### V. Tünettan.

Az ulcus duodeni tünettanára vonatkozó nézeteink az utolsó évtizedben gyökeres változáson mentek át. Míg régebben általában az a nézet uralkodott, hogy az ulcus duodeni egyáltalán nem okoz tüneteket, vagy ha okoz is, ezek a tünetek egyáltalán nem jellegzetesek, ma igen tekintélyes szerzők bizonyos tünetcsoportot a duodenalis fekélyre nézve oly jellegzetesnek tartanak, hogy már a beteg panaszai alapján a biztosítást megközelítő valószínűséggel vélik felállítani e diagnózist. A legélesebben demonstrálja az ellentéteket a régebbi és a mostani felfogás közt az a két mondás, melylyel a kérdésnek a maguk korában legkiválóbb szakértői, Nothnagel (1898) és Moynihan (1912) a duodenalis fekély symptomatológiájának tárgyalását megkezdik.



„Das Krankheitsbild der einfachen Duodenalgeschwüre ist wenig charakteristisch, eine sichere Diagnose meist unmöglich und nur ausnahmsweise mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit zu stellen“.<sup>96</sup>

„... the symptoms of duodenal ulcer are definite and not easily to be mistaken ...“<sup>97</sup>

Az igazság, úgy látszik, a két felfogás között van. Az esetek többségében igenis vannak kifejezett tünetei a duodenalis ulcusnak, olyanok, melyek első pillanatban felkeltik gyanunkat erre a betegségre; de viszont be kell ismernünk, hogy vannak esetek, melyekben a duodenalis ulcusra való tüneteket más megbetegedés hozza létre és hogy ismét máskor vannak duodenalis ulcusok, melyek tünet nélkül állnak fenn s a duodenalis ulcus perforációja, a belőle származó vérzés oly embereket ér, a kik magukat teljesen egészségesnek érezték. Ezen körülmények dacára azonban a főleg *Moynihan* által egybeállított, a duodenalis fekélyre jellegzetes symptomacomplexum diagnosztikáknak értékes segédeszköze marad, melynek ismerete sok hasznot hozhat, csak felhasználása alkalmával kell mindig óvatosan eljárunk.

A tipusos anamnesis, melyet a duodenalis ulcusban szenvedő betegektől kapunk, *Moynihan* szerint a következő:

A beteg előadja, hogy már régen vannak gyomorpanaszai. Ezek azzal kezdődtek, hogy evés után nyomást, puffadtságot érzett a gyomra táján. Ez rendszerint 2 órával, vagy valamivel később jelentkezik az étkezés után. Közvetlen étkezés után jól van. Ha kellemetlenséget érez és újra eszik, akkor ismét jól érzi magát egy időre, de 2, 3, 4, sőt 6 óra múlva újra visszatér a kellemetlen érzés, mely fokozatosan fúró, rágó, égető fájdalomérzéssé válik, mind erősebbé lesz és teltség, feszülés, felfúvódottság érzése kíséri; bőfűgés enyhít rajta, ilyenkor a gázokkal együtt sokszor savanyú vagy keserű gyomortartalom is regurgitál. A fájdalom egyforma időben jön mindaddig, a míg a beteg étrendjén nem változtat. Ha csak folyadékot vesz a beteg magához, hamarabb, ha nehéz ételeket evett, később következik be a fájdalom. Sok beteg azt mondja, hogy a fájdalmat akkor érzi, a mikor újra éhesnek érzi magát, és ha éhségét csillapítja, a fájdalom megszűnik. Ezért *Moynihan* a „hungerpain“, az éhségfájdalom nevet adta ezen fájdalomnak. A fájdalom eleinte csak a főétkezés után szokott jelentkezni, később minden étkezés után és sokszor igen karakteristikusan módon éjjel, rendszerint 2 óra tájban, a midőn felkölti a betegeket. S mivel ezek tudják, hogy az étkezés csillapítja fájdalmaikat, gyakran hordanak valami ennivalót magukkal, vagy állandóan tartanak az éjjeli szekrényükön valami enni- vagy innivalót, hogy a fájdalomtól szabaduljanak. Máskor a betegek nyálukat nyelik le, mert néha ez is csillapítja a fájdalmat. Sokszor külső nyomás is hozzájárul a fájdalom enyhítéséhez. A betegek étvágya jó, csak sokan nem mernek enni, mert tudják, hogy bő étkezés után a fájdalmak súlyosabbak és tovább tartanak; viszont folyékony diétára sem érzik jól magukat, ilyenkor a fájdalom hamarabb jó és soká tart. A hányás ritka. Ezek a nehézségek heteken, hónapokon át fennállhatnak, aztán hetekig és hónapokig szünetelhetnek, hogy aztán újult erővel álljanak be; a fájdalmak újabb jelentkezésének magyarázatára meghűlést, hirtelenétkezést, nehezen emészthető ételek élvezését, lelki izgalmakat szoktak felhozni; télen a fájdalmak inkább jelentkeznek, mint nyáron; a hideg úgy látszik nagy befolyással bír rájuk. *Moynihan* egy betege 3 évig, a míg Indiában volt, jól érezte magát; Angliába hideg időben érkezett vissza és 2 hét múlva a régi baja visszatért. Pár napos pihenés néha hirtelen megszünteti a fájdalmakat, melyek aztán kedvezőtlen viszonyok közt visszatérnek. A fájdalmas periodusok közti szabad intervallumokban a betegek teljesen jól érzik magukat, rendesen étkeznek, híznak, semminemű nehézségük, fájdalmuk nincs.

Ez volna *Moynihan* szerint az a tipusos anamnesis, a melyre egyedül fel lehet építeni a duodenalis ulcus diagno-

sisát. Ha most elemezzük ezt az anamnesist, akkor látjuk, hogy jellegzetes benne

1. a fájdalom összefüggése az étkezéssel s rendszerint 2 órával az étkezés után való jelentkezése,
2. csillapulása újólágos ételfelvétel után,
3. periodicitása, a mennyiben bizonyos hosszabb időszakokra kimarad, hogy azután egy idő múlva újra jelentkezék.

Nézzük már most, hogy

1. mennyiben egyeznek meg *Moynihan* ezen adatai más szerzők tapasztalataival,
2. mennyiben jellegzetes az imént leírt tünetcsoport az ulcus duodenire nézve,
3. mi ezeknek a fájdalomnak a magyarázata.

Arra nézve, hogy az ulcus duodenivel kapcsolatos fájdalmak az étkezés után pár órával állnak be és hogy ezeket ital felvétele csillapítja, valamint, hogy ezen fájdalmak néha éhségszerű jellegűek, már a régibb irodalomban (*Chvostek, Oppenheimer, Boas, Burwinkel, Krauss* etc.) találunk adatokat, éppen úgy arra, hogy a fájdalmas periodusok teljesen fájdalomtalan időszakokkal váltakoznak (*Krauss*). Az újabb irodalomban nagyjában megerősítette azt, hogy a *Moynihan* által leírt symptomacomplexum duodenalis fekély eseteiben csakugyan sokszor előfordul.

Az eltérések ezen symptomacomplexum jellegzetes sajátosságaitól elsősorban a fájdalmak megjelenésének idejében mutatkozhatnak. Megjegyzendő, hogy erre nézve a szerzők adatai nem egyformák. Míg *Moynihan* szerint rendszerint 2 órával, ritkábban 1 vagy 3—6 órával az étkezés után állnak be, addig *Oppenheimer* az étkezés utáni 1—3. órában állapítja meg a fájdalmak idejét; *Ewald* pedig csak azt a fájdalmat tartja a duodenalis fekélyre jellegzetesnek, mely 3—5 órával az étkezés után jelentkezik, bár megengedi, hogy „egyes esetekben autopsiával bebizonyított esetekben is már 2 órával az étkezés után jelentkezett a fájdalom“. A duodenalis ulcusos fájdalom azonban 2 óránál jóval hamarabb is megjelenhetik. Maga *Moynihan* is mondja, hogy oly esetekben, midőn a fekély a májhoz, avagy az elülső hasfalhoz frissen odanőtt, vagy már stenosisra vezetett, a fájdalmak korábban jelentkeznek. Ez történik akkor is, ha a beteg csak folyadékot vesz magához, a mit ilyen „gyomorbaajos“ emberek, hogy diaetetikusan éljenek, sokszor hosszú ideig megtesznek. *Borszék*y szerint ha a fekély közvetlen a pylorus mellett van, a fájdalom a kísérő pylorus-spasmus folytán később jelentkezik, mint a pylorustól távolabb fekvő fekély esetében. De kétségtelenül vannak esetek, a melyekben már közvetlenül az étkezés után állnak be a fájdalmak; egy ilyen eset az is, melyet *Bier* közöl és az én eseteim között is van egy, a hol már 1/2 órával az étkezés után jelentkezett a fájdalom, a nélkül, hogy egyidejűleg gyomorfekély is lett volna jelen, a mi a fájdalmak ilyen korai jelentkezését megmagyarázná; a fekély ezen esetben is közvetlen a pylorus alatt feküdt.

Hogy a tipusos éhségfájdalom duodenalis ulcus sok esetében hiányzik, azt is kétségtelennek kell tartanunk. *Bier* 23 esete közül csak 13-ban volt meg, a *Borszék*y által megfigyelt 21 eset közül csak 4-ben volt jelen, a mi eseteinkben is sokszor kifejezetten hiányzott a fájdalomnak éhségszerű jellege.

Másfelől, mint *Ewald, Boas, Mendel* és mások hangsúlyozzák, egyszerű neurosis, hyperchlorhydria, és, mint *Kehr* kiemeli, epekő járhat tipusos éhségszerű fájdalommal; ez utóbbit a magam tapasztalatából is megerősíthetem. *Mitchell* egy esetet közöl, melyben chronikus appendicitis idézett elő tipusos éhségfájdalmakat, melyek az appendix eltávolítása után szűntek.

Igen jellegzetesnek tartják általában (*Ewald, Robson, Günzburg, Ricard és Pauchet, Kühn*) a fájdalmak periodicitását, a fájdalmas időszakoknak latens szakokkal való váltakozását. A fájdalmak localisatiójára és kisugárzására nézve azonban nem megegyezők az irodalomban található adatok.

*Moynihan* tapasztalatai szerint a beteg fájdalmát általában az epigastriumba lokalizálja. Mások szerint a fajda-

<sup>96</sup> *Nothnagel*: Erkrank. des Darms und des Peritoneums, 1898, pag. 15.

<sup>97</sup> *Moynihan*: Duodenal ulcer. II. ed. 1912, p. 107.



lom egy pontra lokalizálódik, *Boas* szerint kb. az epehólyag tájára, *Robson*, *Maylard*, *Seyffarth* szerint egy valamivel a köldök fölött és tőle jobbra, *Kühn* szerint egy a jobb bordaív alatt fekvő pontra.

Magam több esetben hallottam, hogy a beteg az epigastrium egy körülírt helyére lokalizálta a fájdalmat, és pedig 5-ször a jobb bordaív alatt fekvő körülírt pontra, 2-szer a szegycsont végének jobb oldalára, 1-szer a bal bordaív alá (6. sz.).

Viszont előfordul az, hogy a beteg egyáltalán nem tudja lokalizálni a fájdalmat a has valamely határozott helyére (*Kühn*; így volt ez az én 5. sz. esetemben). *Kühn* egy ilyen esetében az appendix lett eltávolítva, s csak az appendix eltávolítása után 2 évvel jelent meg a duodenalis ulcus typusos képe.

A fájdalmak kisugárzására nézve már régi tapasztalat, hogy ez sokkal ritkább, mint gyomorfekély eseteiben (*Nothnagel*), különösen a hátba való kisugárzások ritkák, vagy teljesen hiányzanak (*Boas*, *Riegel*, *Burwinkel*, *Ewald*). *Robson* szerint leginkább a jobb oldalba sugároznak ki, de nem a lapoczká felé, mint cholelithiasis eseteiben, hanem inkább az ágyéktájba. *Moynihan* szerint megtörténik, hogy a fájdalmak a hátba sugároznak ki, máskor a jobb oldal felé vonulnak. *Seyffarth* és *Ewald* említi, hogy a fájdalmak a n. genitofemoralis mentén a jobb csombba sugározhatnak ki.

A fájdalmak néha kifejezetten görcsszerűek, kólikás jellegűek. *Moynihan* ezt a pylorus spasmusos összehúzódásával magyarázza, melyet két ízben észlelt localis anaesthesiában operált betegeken, a kik ez alkalommal feszülő, puffadó érzésről panaszkodtak. *Ewald*-nak is volt alkalma ilyen pylorus-spasmust a pylorus táján megjelenő és eltűnő tumor képeben egy betegen megfigyelni. Nem lehetetlen, hogy ezen görcsszerű fájdalmak a duodenalis ulcussal összenőtt epehólyagból indulnak ki. E mellett szól 2. számú esetem, a hol a környezetével összenőtt, egyébként ép epehólyag kiirtása után a fájdalmak görcsszerű jellege megszűnt és állandó nyomásnak, mely éjjel exacerbalódott, adott helyet.

A fájdalmak *Oppenheimer* szerint erősödnek, ha a beteg a jobb oldalára fekszik; *Moynihan* szerint bőfűgés, *Seyffarth*, *Robson* szerint hányás csillapítja őket; egy betegem (8 sz.) azt állította, hogy flatusok távozása is csillapítólag hatott a fájdalmakra.

A fájdalmak magyarázatában már régóta a sósavnak tulajdonítottak jelentőséget s a fájdalom csillapulását étel felvétele, ivás, szóda bevétele után alig is lehet másképp, mint a gyomorsav megkötésével, felhígításával magyarázni. Az a magyarázat, melyet a fájdalmak 2 órával az étkezés után való megjelenésére *Moynihan* régebben adott, hogy t. i. a táplálék ekkor jut bele a duodenumba, modern physiologiai ismereteink előtt nem állhat meg, mert hisz tudjuk, hogy a gyomor kiürülése rögtön a táplálékfelvétel után megkezdődik. A fájdalom ily időben való jelentkezésének magyarázatára egyfelől *Kühn*-nal együtt azt a tényt kell felvennünk, hogy a savérték a gyomoremésztés 2.—3. órájában a legmagasabb, másfelől pedig véleményem szerint azt, hogy a gyomor duodenalis fekély eseteiben fokozott gyorsasággal ürülve ki, 2—3 óra múlva a gyomor már egyáltalán csak kevés és csak olyan ételt tartalmaz, a mely már nem képes az ezen időben secernált sósavat megkötni és ez ilyen módon koncentráltabban éri a fekély helyét, a mihez még az is járul, hogy a fekély helyének megfelelő duodenumrészletben *Holzknicht* Röntgen-megfigyelései szerint pang a gyomornedv, kitöltve a bulbus duodenit. Azért van az, hogy folyékony ételek felvétele után, melyek hamarabb hagyják el teljesen a gyomrot, korábban áll be a fájdalom, és nehéz ételek után, melyek lassabban távoznak, később, és hogy új étkezés, szóda bevétele stb., mely megköti a sósavat, szünteti a fájdalmakat. A *Hertz* által a sósav ilyen fájdalomkeltő hatása ellen felhozott érv, hogy t. i. sósav adagolásával üres gyomorban nem lehet előidézni az ulcus esetében tapasztalt fájdalmakat, *Ewald* szerint már azért sem bizonyít, mert az általa használt sósavoldat a normalis gyomornedvnél lényegesen kisebb sósavtartalmú volt.

A duodenalis fekély okozta fájdalom magyarázatára felhozott egyéb tényezők: a fekélynek a pylorus spasmusos összehúzódásai által okozott vongálása, a gyomor megtelődése és contractiói által a fekélyen és a körülötte levő adhaesiokon okozott vongálás (*Bidwell*), a gyomornak kiürülése által balra való elhúzóda (*Hertz* és *Hutchinson*) okozta vongálás, a fekélyből kiinduló nyirokpályák lobos izgalma révén gyakorolt inger a retroperitonealis idegvégződésekre (*Lennander*), nem képesek a fájdalomnak typusos időben való jelentkezését távolról sem oly plausibilisen megmagyarázni, mint az első helyen említett magyarázat.

A gyomor teljes kiürülése által okozott vongálás teoriáját már az is megdönti, hogy — mint a Röntgen-vizsgálat bebizonyította — a gyomor a fájdalmak jelentkezése idején még tartalmaz ételt és minimalis mennyiségű étel vagy alkali bevétele már csillapítja a fájdalmat (*Moynihan*).

Sajátszerű magyarázatot adott a duodenalis fekély okozta fájdalomnak újabban *Kehr*, a ki azt állította, hogy a hungerpáin okát az ulcus duodeni által létrehozott összenövésnek folytán megtört epehólyag megtelése és vongálása alkotja. Mivel azonban ilyen összenövések igen sokszor nincsenek jelen, noha typusos éhségfájdalom van, ez a magyarázat aligha állja meg helyét.

Az éjjeli fájdalmakat, melyeket duodenalis ulcus kapcsán gyakran észleltek, *Maylard* az étkezéstől függetlennek tartja, mert sok órával az étkezés után állnak be, de valószínű, hogy azért ezek is összefüggnek az esti étkezéssel, csak hogy a sensatio csupán hosszabb idő múlva válik oly erőssé, hogy a beteget álmából felkelti. Mindenesetre sajátos, hogy ezen éjjeli fájdalmakat nemcsak Angliában észlelték gyakran, a hol a főétkezés ideje tudvalevőleg az esti órákra esik, hanem Németországban és nálunk is, a hol a főétkezés délben van.

Nehéz megmagyarázni a fájdalmaknak periodicitását. *Moynihan* és *Melchior* azt veszi fel, hogy a fájdalommentes időszakban a fekély begyógyul és a fájdalmas időszakban ismét kiújul. Ez nem valószínű, már csak azért sem, mert, mint *Moynihan* leírja, néha egész hirtelen — például pár napi pihenésre — beáll a fájdalommentes intervallum. Aztán tudjuk, hogy fekélyek teljesen fájdalom nélkül is fennállhatnak (például 20. számú esetem), vagy a fájdalmak csak rendkívül elvétve jelezhetnek (17. számú esetem), úgy hogy valószínű, hogy duodenalis fekély eseteiben is úgy áll a dolog, mint gyomorfekély eseteiben, hogy t. i. a fájdalom megszűnése nem jelenti a fekély anatómiai gyógyulását, csak ingerlékenységének csökkenését, a mi talán a fekély körül lejátszódó lobos folyamat enyhülésével áll valami nexusban.

A hányás a duodenalis fekélynek stenosisal és gyomorulcussal nem komplikált eseteiben a szerzők egybehangzó tapasztalatai szerint ritka, legfeljebb az történik meg gyakrabban, hogy a fájdalomrohamok alatt bőfűgessel csekély savanyú vagy keserű folyadék visszajő.

Mindazonáltal vannak esetek, melyekben igen copiosus hányást észleltek és a hányás rendszeresen jelentkezett (pl. 9. sz. eset), sőt a hányás uralkodott a kórképen, mint pl. *Torday*-nak a külföldi irodalomban is sokszor citált esetében, a melyben éppen a folytonos hányás miatt congenitalis pylorusstenosisra tették a diagnosist.

A hányás némelyek tapasztalatai szerint (*Seyffarth*, *Robson*) enyhíti a fájdalmakat (a minek különben *Oppenheimer* ellene mond) és azért *Robson* szerint némely beteg meleg víz ivásával maga igyekszik a fájdalmak folyamán hányást előidézni.

A duodenalis fekély következményei közül a vérzés, a szűkület és a perforatio azok, a melyek hányásra vezetnek; vérzés esetében vérhányás, stenosis esetében a bevett táplálék a pylorusstenosisra nézve jellegzetes módon való kihányása következik be. *Ewald* egy esetében, melyet egyik tanítványa, *Reckmann* írt le, a hányás sajátos módon réteges volt; a beteg először nyálkát, azután epét, és végül vörös vagy feketés vért hányt. Természetes, hogy ha a fekély



peritonealis izgalomra vagy éppen peritonitisre vezet, ez a hashártyagyulladás eseteiben rendszerint észlelt hányással jár.

Egyéb hasi panaszok közül a már említett bőfögésen kívül obstipatio, flatulentia (Robson) szerepel. Egyébként az étvágy jó, sőt fokozott szokott lenni, de hogy ez alul is vannak kivételek, azt bizonyítja 8. és 17. sz. esetem. Máskor a betegek jó étvágyuk dacára félnek enni azért, mert tudják, hogy az evés után a fájdalmak következnének. Az étel megválasztásában általában nem találjuk azt az irtózást a nehéz ételektől, mint a gyomorulcusos betegeken (Moynihan, Melchior), sőt vannak, a kik ezeknek adnak előnyt; másfelől aztán vannak betegek, a kik mint „gyomorhajosok” hosszú ideig igen óvatosan, diatétásan éltek.

Rendkívül fontos anamnestikus adat a szédülési, ájulási rohamokról való panaszok, melyek minden igaz ok nélkül teljesen váratlanul állnak be; sokszor csakis ebben nyilvánul meg a rejtett duodenalis fekély. Máskor arról panaszok, hogy kezük, lábuk hideg (Ewald), ismét máskor neurastheniás panaszok állanak az előtérben (Strauss).

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose.** Heft 3 und 4. Leipzig, Verlag von Georg Thieme.

A Koch-alapítvány kiadványainak első két füzetét ezelőtt 2 évvel ismertettük. Azóta megjelent a 3. és 4. füzet, mindegyik 3—3 dolgozattal, melyek méltán tarthatnak számot a szakemberek érdeklődésére. Jochmann és Möllers a Koch-féle albumosementes tuberculiinnal végzett gyógyító kísérletekről számol be. Előnye ezen készítménynek, hogy diagnostikai célból használva, kevesebb subjectiv kellemetlenséget okoz. A mi a gyógyító hatását illeti, enyhe készítménynek mondható, a melylyel néha teljesen reactio nélküli kúra végezhető jó eredménnyel; a mellékhatások csekélyisége miatt főleg ambulans betegek kezelésére ajánlható. — Möllers és Heinemann a tuberculinnak a szájon át adására vonatkozólag végzett kísérleteiket ismertetik. A pepsin és trypsin erősen megkárosítja a tuberculin hatóanyagát. Adható ugyan a tuberculin tokokban, a melyek a gyomornedvnek ellentállanak és csak a bélben oldódnak fel; a hatás azonban ilyenkor is teljesen bizonytalan, úgy hogy sem diagnostikai, sem therapiail céllokra nem ajánlható a tuberculin illetlen alkalmazása. — Blühdorn, a chinisol és formaldehyd antituberculosis hatását tette tanulmány tárgyává. Ezen vizsgálatokra azon kedvező eredmények indították, a melyeket J. Mc Elroy a nevezett szerek intravenás befecskendezésével tüdő-gümőkóros betegeken állítólag elért. A nagyszámú állatkísérlet, sajnos, azt mutatta, hogy a chinosolnak és a formaldehydnek sem a gümőkór megelőzése, sem a már kifejlődött fertőzés lefolyása tekintetében semmiféle hatása sincs. — Rothe dolgozata a házinyulak spontán gümőkórjáról főleg a gümőkórral állatkísérletileg foglalkozók részére tartalmaz értékes útmutatásokat. — Bittrolff és Momose a granularis tuberculosis-virusra vonatkozó beható vizsgálatokról ad számot. — Möllers Parinaud-féle conjunctivitis két esetéből tenyésztette ki tisztán a gümöbacillust, a mely az állatkísérletek tanúsága szerint a humanus typushoz tartozik. Az irodalomban eddig még egy eset sincs, melyben a conjunctivának ezen rendszerint jötermészetű gümőkórját bovinus típusú gümöbacillussal való fertőzésre lehetett volna visszavezetni.

**A. Bum: Technik der ärztlichen Massage.** Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg, 1913.

A jónevű bécsi szerző, a kinek az orvosi irodalom a massage és a gyógygymnastika körébe tartozó nagyszámú

értékes dolgozatot köszön, ezen legújabb, mintegy 100 kis lapra terjedő munkájában tisztán a massage technikájának szabatos leírására törekszik. Ezen célját világos előadásával és a jól sikerült ábrák nagy számával teljesen el is érte. A csinos kiállítású, vászonkötésű könyv ára 3 K 40 f.

### Új könyvek:

J. Lamberg: Leitfaden der ersten Hilfe. Wien, Urban und Schwarzenberg. 6 m. — Th. Hausmann: Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane. Halle, C. Marhold. 180 m. — W. Karo: Klinik der Nierensteinerkrankung. Halle, C. Marhold. 1 m. — W. Uffenorde: Zur Klinik der Eiterungen des Ohrlabyrinths. Würzburg, C. Kabitzsch. 5 m. — A. Fischer: Grundriss der sozialen Hygiene. Berlin, J. Springer. 14 m. — H. Lenzmann: Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände. 3. Auflage. Jena, G. Fischer. 12:50 m. — H. Conrad: Vorarbeiten zur Bekämpfung der Diphtherie. Jena, G. Fischer. 3:50 m. — Ch. S. Minot: Die Methode der Wissenschaft und andere Reden. Jena, G. Fischer. 5 m. — A. Strubell: Zur Klinik der Opsonine. Jena, G. Fischer. 8 m. — C. A. Ewald: Die Leberkrankheiten. Leipzig, G. Thieme. 10 m. — A. Strubell: Das Wechselstrombad. Dresden u. Leipzig, Th. Steinkopff. 7 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A hypophysis megbetegedése folytán keletkezett diabetes insipidus** esetét közli M. Simmonds. Míg a hypophysis elülső, mirigyes lebenye a csontrendszer s a kötőszövet fejlődését befolyásolja, addig hátulsó része, az idegelemekből felépített neurohypophysis — melynek jelentőségét jó ideig nem ismerték —, az anyagcsere s a genitális mirigyek secretiója szempontjából bir jelentőséggel. A neurohypophysis-kiesés tüneteként az adipositas hypogenitalist (dystrophia adiposogenitalis) ismerjük. E. Schäfer vizsgálatai óta az elülső és a hátulsó lebeny közt még egy részt, a dús colloidotartalmú pars intermediát különböztetjük meg. Állatkísérletek eredményei szerint a pars intermedia a veseerek s a vesesejtek működését szabályozza, fokozott működése diuresis hatású. A hypophysis működése s a polyuria közt fennálló összefüggést számos klinikai tapasztalat is megerősíti. Így ismeretes, hogy diabetes insipidus aránylag gyakran észlelhető akromegalia, dystrophia adiposogenitalis eseteiben, agyalapi gyulladások, daganatok szintén gyakran járnak polyuriával. A Schäfer által végzett állatkísérleti eredményeket a hypophysis pars intermediájának és a diabetes insipidusnak oki összefüggésben álló együttes előfordulását illetőleg: kísérlet bizonyító értékével bíró szép esetben látta beigazoltnak Simmonds. Egy emlőrák miatt operált nőbeteg két hónappal később diabetes insipidus tüneteit mutatta. A vizelet napi mennyisége 10—19 liter közt ingadozott. Fajsúlya 1002—1003 volt. Az autopsiára került betegben a hypophysis hátulsó lebenye s a vele érintkező sella turcica rákos metastasis székhelyének bizonyult. Minthogy a hátulsó lebeny teljesen elpusztult volt, s Schäfer szerint az elülső lebenynek diuresis hatása egyáltalában nincsen, a diabetes insipidus okaként csakis a pars intermediának fokozott működése fogadható el. A pars intermedia hyperfunctióját a vele közvetlen szomszédos hátulsó lebenyben kifejlődött rákos áttétel által okozott izgalom váltotta ki.

Hogy e hyperfunctio következtében secernált colloidanyag nem az infundibulum útján hat az agykamarákra, mint a hogy azt Herring gondolta, kétségtelennek látszik azon körülményből, hogy itt a rákos infiltratio folytán az infundibulum lumene teljesen zárt volt. A szerző azt ajánlja, hogy diabetes insipidus s polyuria minden esetében a hypophysis, különösen a pars intermediája gondos mikroszkopi vizsgálat tárgyává tétessék. (Münch. med. Woch., 1913, 3. sz.)

Galambos dr.

### Sebészet.

**A mutatóujjnak spontan gangraenájáról** értekezik H. Hartung. 66 éves betegről van szó, a kin előző súlyosabb természetű bronchitis után a jobb kéz mutatóujjának két végső phalanxán üszkösödés indult meg, a mely typosos



mumificatio képét mutatta. Raynaud-féle betegség ki volt zárható, mert ez leggyakrabban symmetriás elhalást okoz, másrészt a szerző esetében azok az igen heves fájdalmak, melyek az angiosclerosisos rohamok következtében néha napokig is eltartanak, hiányoztak. A beteg az üszkösödés kezdetén csak zsibbadtságról panaszkodott. Carbolgangraenára nem lehetett gondolni, mert carbolt az ujjára nem használt. *Wandel* szerint hasonló esetekben mindig gondolnunk kell arra is, hogy előző bronchitis, de leggyakrabban pneumonia következtében thrombusok keletkeznek, a melyek a véráramba jutva valahol üszkösödést hozhatnak létre. Luese a betegnek nem volt. Mindezeket kizárva, a szerző arra gondolt, hogy a gangraenát arteriosclerosis okozta, míg pedig olyképpen, hogy a vérerek különben is jelenlevő általános elmeszesedése mellett a beteg munkaközben jobb mutatóujját erősen igénybe vette, a mely állandó munkatöbblet a mutatóujban az arteriosclerosis előrehaladását elősegítette. Aetiologiailag fontos, hogy a szerző betege nicotinabusust űzött, a minek elég gyakran súlyos arteriosclerosis és spontán gangraena a következménye. (Berliner klinische Wochenschrift, 1913, 4. szám.)

*Ifj. Hahn Dezső dr.*

### Szülészeti és nőorvostan.

**Eklampsia esetén a colostrumnak az emlőkből való kinyomogatását** ajánlja *Walcher junior*. Az eljárás a *Sellheim* tübingeni szülészstanár által felelevenített „mammaris theoria” alapján volna jogosult. Ennek alapján a régebbi időben *Sellheim* az amputatio mammae hozta javaslatba, később jodkali befecskendezésével avagy levegőnek az emlőbe fújtatásával igyekeztek az emlőben vélt mérget tönkretenni. *Walcher* most 11. esetéről referál, a melyben az első eclampsiás roham alatt avagy utána közvetlenül kifejté a tejet az emlőkből, néha a vesztett folyadékmennyiséget konyhasóinfúzióval pótolta, pár esetben pedig morphiumpot is adott. A colostrum kifejtésével átlag jó eredményt ért el s szerinte ez az eljárás mindenesetre legegyszerűbb azok közül, melyek a mammaris theoria alapján az emlőmirigyek funkciójának megszüntetésével akarják az eclampsiát gyógyítani. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1912, 42. szám.) *Scherer*.

### Húgyszervi betegségek.

**Képzeltető-e vesicalis prostatismus prostata nélküli betegeken?** *G. Marion* a fenti címmel közölt értekezésében szigorú bírálat alá vonja a különböző szerzőknek a vesicalis prostatismusról, illetőleg a „prostatánélküli prostatismusról” vallott nézeteit. Ő azon szerzők közé sorakozik, a kik ezen betegségalak létezésében kételkednek, mint-hogy még sohasem észlelt olyan beteget, a ki ezen kategóriába tartozott. A szerző tapasztalatai szerint ezen csoportba teljesen jogtalanul sorozzák a legkülönbözőbb betegségekben szenvedőket, úgymint 1. betegeket, a kik idegbetegségek (leginkább tabes) következtében vizeleti nehézségekben szenvednek; 2. az úgynevezett prostatánélküli prostatások nagy többsége prostatával bíró valódi prostatás betegeket bizonyul, kiknek vagy nagyon kicsiny a hypertrophiájuk, vagy a kiknek csupán vesicalis hypertrophiájuk van, melyet a szokásos vizsgálati módszerekkel nem lehet kórjelezni; 3. de vannak olyan betegek is, a kik látszólag vesicalis prostatismusban szenvednek, de a kiknek valójában hólyag- avagy húgycsőbetegségük van.

Ezen különböző csoportok illusztrálására a szerző a saját anyagából igen praegnans és nagyon tanulságos eseteket közöl, melyek legfőképpen a therapia szempontjából rendkívül érdekesek. A közölt esetek ugyanis azt bizonyítják, hogy igen sok beteget teljesen meg lehetett gyógyítani, a ki különben az örökös katheterismus szomorú sorsára jutott volna. Nagyon természetes, hogy mindezen betegeken a legbehatóbb és sokszor ismételt vizsgálatokon fordul meg minden; elég gyakori dolog, hogy a helyes körjelzést és a valóban hatásos gyógy-

módot csak akkor állapíthatjuk meg, a mikor a betegen már magas hólyagmetszést végeztünk. (Journal d'urologie, 1912, II., 4. szám.) *Drucker*.

### Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

#### A cyclonok hatásáról a közérzésre ír *Frankenhäuser*.

Ezen érdekes cikkének ismertetése előtt — hogy a meteorológiában teljesen járatlanok is megérthessék — nagyjában meg kell magyaráznom, mit is értünk cyclon alatt. Cyclonnak a meteorológiában nemcsak a földgömb bizonyos helyén időnként keletkező igen heves forgószeleket, mint pl. a taifunt, a tornádót stb. nevezik, hanem általában minden légnyomás minimuma körül uralkodó szélrendszert. A levegő ugyanis a nagyobb légnyomással bíró helyekről az alacsony nyomású felé tördül. Az ily módon minden oldalról keletkező szelek spirális pályán fujnak a legalacsonyabb légnyomással bíró hely felé, a mely pályáknak spirális alakja ama hely központja közelében a legkifejezettebb, majdnem körkörös. Innen a cyclon elnevezés. A cyclon éppen a rendszeresen fújó szelek révén az érintett vidékek időjárásában bizonyos szabályos egymásutánban változásokat okoz, a melyeknek intenzitása főként az uralkodó legkisebb és a legnagyobb légnyomás eltérésének mértékétől és ezen helyek egymástól való távolságától függ. A legalacsonyabb légnyomású középpontok nem szoktak a föld felületének helyén megmaradni, hanem tovább haladnak. Ezen vándorújtjukban tehát a földnek bizonyos helyei felé közelednek, azokat elérik, majd elhagyják. Más helyeket, a melyek pályájuk irányától oldalt esnek, csak középpontjuktól közelebb-távolabb eső szélükkel érintenek. Mivel a cyclonok nyugot-keleti irányban szoktak vonulni, azoknak közeledése alkalmával — kivéve, ha a tőlünk délre eső pályán haladnak, a mi a mi vidékeinken aránylag ritkán esik meg — mindig mindegyre fokozódó, déli irányokból fújó szelek uralkodnak. Ezek meleg, páradús levegőt hoznak magukkal, a melynek vízgőzei azon helyen, a melyhez a cyclonnak középső része érkezik, felhőkké sűrűsödnek és csapadékot okoznak. Az időjárás szembeszökő rosszabbra fordulása — az erősebb szél, az ezt követő szélcsend, borulás és főként a csapadékképződés meg az esetleges égháború — tehát akkor következik be, a mikor a cyclon valamely helyre már megérkezett. A cyclon közepének elhaladása után a szél északi irányúvá csap át, mindjobban gyengül s az égbolt ismét kiderül.

*Frankenhäuser* cikkében mindenekelőtt arról a közismert tényről van szó, hogy az időjárás bizonyos változásai némely emberben kellemetlen érzéseket, rosszullétet, számos betegen pedig bajának súlyosbodását okozza. Erre vonatkozóan számosan tettek megfigyeléseket, s azok, a kik betegükkel együtt egyúttal az időjárást is tüzetesen megfigyelték, egybehangzóan azt találták, hogy az említett betegség-tünetek a cyclonok, azaz a barometeres depressiók közeledése alkalmával, tehát azoknak megérkezése, vagyis az időjárás megváltozása előtt jelentkeznek. A cyclon közeledése alkalmával a levegőhőmérsék emelkedni szokott, a légnyomás pedig fokozatosan süllyed. De azért a nagyobb levegőhőmérsék sem magában, sem a légnyomás süllyedésével kapcsolatban aligha válthatja ki az említett közérzészváltozásokat, mert ezek a magas légnyomást kísérő nagyobb melegben nem jelentkeznek, akkor sem, ha az ember ilyenkor pl. hegyi pályán néhány percz alatt 200—300 méterrel hegynek megy fel, a mikor a légnyomás az ember körül nagyobb fokban és gyorsabban süllyed, mint a mi vidékeink cyclonjainak közeledése alkalmával. A légnyomás süllyedése ezenfelül már csak azért sem lehet a „cyclonosis” vagy „cyclopathia” (így nevezik az időjárás okozta betegségi tüneteket) okozója, mert utóbbi az esetek túlnyomó többségében már akkor jelentkezik, a mikor erősebb szél még nem is fúj és a légsúlymérő még alig süllyed észrevehetően.

A levegőnek a cyclon közeledése alkalmával fokozódó páratartalma, mint látni fogjuk, bizonyos rosszullétek keletkezésében közreműködhetik, de ezzel nem magyarázható vala-



mennyi cyclopathiás jelenség keletkezése. Kell tehát, hogy ennek a bajnak létrejöttében még más, a cyclonok közeledése alkalmával szereplő, kevésbé feltűnő meteorológiai tényezők is közreműködjenek.

Arra alkalmas igen érzékeny műszerrel, a variographfal csakugyan sikerült is kimutatni, hogy az alacsony légnyomású központok közeledésekor a levegő nyomása gyorsan, szinte rezgésszerűen szokott ingadozni, oly gyorsan, hogy azt a légsúlymérő nem is jelzi. Ezt az erőlyes, rezgésszerű légnyomáscsökkenést a fül, különösen pedig a tömkeleg és a koponyacsontok öblei, a melyeknek szerkezete nagyjában a variographéhoz hasonló, felfoghatják és a központi idegrendszerrel ingerként közölhetik. *Knoevenagel* szerint a levegőnek a cyclonok közeledése alkalmával gyorsan fokozódó páratartalma a légkörben levő port és mikroorganizmusokat lecsapja. Ezen lecsapódás következtében a rendesnél nagyobb mennyiségű, bomlást és fertőzést okozó csíra jut különösen tápláló anyagaink révén szervezetünkbe, a melyek emésztési zavarokat eredményezhetnek. A míg nagy légnyomás alkalmával ugyanis a légkör magasabb tájairól tiszta, a magasban a napfény bőséges ultraibolyasugaraitól csírátlanított, ozondús és pozitív elektromossággal töltött levegőtömegek ereszkednek le a földre, az alacsony légnyomás idején viszont a talaj felszíne fölött, az utóbbiból és a kloakából kiáramló és a környezet közvetlen felszínéről eredő, tehát elhasznált, szennyezett, fertőzött levegő gyűlik össze. *Schliep* az észlelte, hogy a cyclonosis különösen az esetben szokott feltűnőbben jelentkezni, ha a légsúly csökkenésével a levegő páratartalmának fokozódása nagyobb mérvű és ha a légkörnek különben pozitív elektromossága negatívvá csap át. Ez utóbbinak tehát szintén lehet része a cyclonosis, különösen a csúzos és idegfájdalmak keletkezésében. Ezen feltevést megerősíti azon tapasztalás, hogy a radiumemanatio — a mely, mint tudjuk, negatív villamos töltésű sugárzással jár — a szervezetben hasonló jelenségeket idéz elő.

Némely ember különösen érzékeny az említett meteorológiai tényezőkkel szemben. Ezen érzékenység nemcsak gyenge alkatú, hanem erőteljes embereken is észlelhető. Eltérés az egyes, erre hajlamos egyének között csak annyiban van, hogy a rosszullét az egyiket nagyobb, a másikat kisebb fokban vagy esetleg alig észrevehetően fogja el. A megbetegedések száma és súlyossága azonban a cyclonok intenzitása, közelsége, gyakorisága és vándorlásuknak sebessége szerint is változó. Gyermekek kevésbé fogékonyak a cyclonok iránt, mint felnőttek, a férfiak általában kevésbé, mint a nők. Kétségtelen, hogy erős akaratú ember a valóban jelentkező rosszullétet is leplezni bírja, ha azonban valamennyi betegünk bajának látszólag indokolatlan ingadozásait ezen irányban figyelemmel kísérjük, számos esetben sikerül megállapítanunk, hogy a rosszabbodások a cyclopathiára való hajlamból erednek.

A cyclonosis különösen három alakban szokott jelentkezni: 1. Abban, hogy az izmokban, ízületekben, idegekben és a savós hártályokban csúzos fájdalmak állanak be. Ezek azon egyének, a kik az időjárás változásait már előre megérik. (Éhhez hozzá kell még tennem, hogy depressiók közeledésekor a mélyre — a csonthártályig — hatoló tyúkszemek és a régi helyek is fájdalmassá válnak. *Farkas* észlelései szerint az időjárás bizonyos változásai iránt csak a csonthártályával összekapaszkodott, mozgathatlan helyek érzékenyek, a szabadon eltolható ellenben nem, bármilyen természetűek is. Ref.) 2. Másokon a cyclonosis az emésztőszervek zavaraiiban nyilvánul. A cyclonosisra hajlamosoknak ezen csoportja az időjárás említett változásai alatt étvágytalan, leheletük rossz szagú, nyelvük bevont, gyomorégésben, puffadásban, székrekedésben vagy bűzös hasmenésben szenvednek, a mely utóbbira rosszullétük elmúlik. A cyclonosis harmadik alakja ingerlékenységben, izgatottságban, nyomott kedélyhangulatban, általános gyengeségben, az akaratérő és gondolkodási képesség csökkenésében, álmoságban vagy ellenkezően álmatlanságban, fejfájásban, fülzúgásban, félelem-

érzésben, általános rosszullétben, hányásban, izzadásban, vértódulásban, orrvérzésben, egyes érzékszervek fokozott érzékenységében, szívdobogásban, nehézlégzésben nyilvánul,

Mindezen három alak tünetei a cyclonok elvonulásával gyorsan megszűnnek, csak a gyomor-bélzavarok maradnak meg némely esetben még azután is. Bizonyos betegségek az embert különösen hajlamosá teszik arra, hogy a cyclonok közeledése bennük rosszabbodást okozzon. Ezekhez tartozik az izom-, ízület- és idegrheuma, egyes köszvényes elváltozások, neuartriák (hegképzdések), az időszült fejfájás, különösen, ha az orr vagy a fül megbetegedésétől ered, továbbá a chronikus dyspepsiák, a vérrendszer és a szív betegségei, az asthma, az elhajosodás és a habitus apoplecticus. Utóbbi esetben a cyclonok végzetessé is válhatnak.

Mivel manapság a meteorológiai jelentésekből s még inkább a naponként megjelenő időjárási térképekből a cyclonok vándorlási útját, tehát azoknak közeledését is alkalmunk van idejében megtudnunk: azon beteget, a ki különösen szokott szenvedni tőlük, bizonyos fokig megóvhatjuk az időjárásnak ezen behatásaitól. Az ilyennek ezen időre könnyű és kicsi szűkös diétát rendelünk, a szeszt és teát megtiltjuk, hideg feketekávé azonban a főfájásos és szívgyengeségben szenvedő betegünknek óvatosan megengedhetünk. Még a vízivást is korlátozzuk; ha célszerűnek tűnik, hashajtót adunk és a beteget a cyclon elhaladásáig — addig, a míg a légsúlymérő ismét emelkedni kezd — csukott ablaknál a szobában tartjuk. (A levegő elektromos változása, a légkör és a talaj közötti potentialis különbség ugyanis fedett, különösen zárt helyiségben jóval csekélyebb s a levegő páratartalmának fokozódása is rendesen kisebb mérvű itt, mint a szabadban. Ref.) Némely ember jobban tűri a cyclon közeledését, ha fülét gyapottal elzárja. A vértódulásra hajlamos pedig kevésbé van ennek kitéve, ha a nappalt ülő helyzetben pihenve, az éjjelt pedig magasra polczolt fejfejjel tölti. A véráramlás célszerűbb elosztódását megfelelő vízalkalmazásokkal tanácsos rendbe hozni. A cyclonok megbetegedésekre hajlamos ember természetesen ne tartózkodjék üdülés vagy kúra céljából oly vidéken, a melyen a cyclonok gyakran szoktak elvonulni. Ilyen helyek: Angolország, Norvégia, és általában a tengerpart, különösen az északi és keleti tenger partja. (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie, 1912, 12. f.)

Lenkei V. D. dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A codeonal nevű újabb hypnoticumról nagyon dicsőően nyilatkozik *Oy*, a ki az elberfeldi városi kórház 90 betegén használta ezt a szert. Azt találta, hogy öreg emberek, neurastheniások, alkoholisták és túlságosan sokat dolgozók álmatlansága ellen csaknem kivétel nélkül hat. Nagyon jól hatott olyankor is, a mikor a légzőszervek megbetegedése okozta nehézlégzés, vagy szívhaj okozta légzés-zavar, félelemérzés volt az oka az álmatlanságnak. Kellemetlen mellékhatások sohasem mutatkoztak, a légzés és vérkeringés változatlan maradt; megszokása a szernek nem volt kimutatható. (Mediz. Klinik, 1912. 49. szám.) — *Marcantoni* pisai tanár szintén dicséri a codeonalt mint sedativumot hysteria és neurasthenia eseteiben; különösen ideges eredetű szív- és gyomor-zavarok ellen használta feltűnő jó eredménnyel. (Gazz. degli Osped. e delle Clin., 1912, 142. szám.)

Gégebetegségek okozta nyelés-zavar ellen *Hinsberg* a következő egyszerű eljárást találta nagyon hasznosnak: mintegy 0.3–0.4 gramm anaesthesint vagy orthoformot tesz a nyelvre és ezt szárazon lenyeleti. A por ilyenkor főleg a nyelés-zavar helyén rakódik le és néhány perc alatt olyan fokú érzéstelenséget létesít, hogy a nyelés könnyen, fájdalom nélkül megy. Az eljárás naponként 3–4-szer megismételve heteken át folytatható káros következmény nélkül. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 53. szám.)



## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913. 8. szám. *Hatigán Gyula*: Az oxydase-reactio klinikai jelentőségéről. *Freud*: A psychoanalytikus kezelés előfeltételei.

**Orvosok lapja**, 1913. 9. szám. *Moskovitz Ignác*: A csúszos jellegű arczidegbénulás keletkezésének módja és mikénti gyógykezelése.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913. 9. szám. *Korányi Sándor*: Megjegyzések a leukaemia benzolkezeléséről. *Lisznai Imre*: Gonorrhoeás complicatiók vaccinás (arthigon) kezelése. „Közegészségügyi és törvény-széki orvostudományi szemle” melléklet, 1. szám. *Minich Károly*: Adatok a paralysis progressiva traumás eredetéről. *Tuszkai Ödön*: Szimuláns tanulók. *Waldmann Fülöp*: Iskolaorvosi tapasztalatok.

## Vegyes hírek.

Lapunk zártakor érkezett a gyászos hír, hogy *Pertik Ottó* tanárt, a budapesti egyetem orvosi karának egyik büszkeségét, a halál megváltotta hosszú szenvedéseitől. Legközelebbi számaink egyikében hivatott toll fogja behatódobban méltatni az elhunytak életét és jelentőségét.

**Kinevezés.** *Marsovszky Pál* dr.-t a székesfővárosi szent Margit-kórházhoz főorvossá, *Pertik Tamás* dr.-t a székesfővárosi jobbparti kórházhoz rendelőorvossá, *Mesko Aladár* dr.-t Hunyad vármegye tisztii főorvosává, *Istók Barnabás* dr. megyei főorvost a makói szeretetház orvosává, *Donhoffer Szilárd* dr.-t a zombori járás orvosává, *Müller György* dr. beszercezenaszódmegyei körösvost tiszteletbeli járás-orvossá, *Kiss Antal* dr.-t a szabadkai közkórházhoz és *Kalocsay Géza* dr.-t a balassagyarmati közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Az országos közegészségügyi tanács** rendkívüli tagjává a belügyminister kinevezte *Vámosy Zoltán* dr. és *Fenyvessy Béla* dr. budapesti egyetemi rendkívüli tanárokat, továbbá *Mergl Ödön* dr.-t, Pozsony város tisztii főorvosát.

**A budapesti poliklinika** rendeléseinek januárban 5209 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 14.641 volt.

**Meghalt.** *Steinberger Ármán* székesfővárosi gyakorló orvos 83 éves korában február 13.-án. — *Balassa István* dr. székesfővárosi orvos 51 éves korában február 25.-én. — *G. Bellisari*, az idegkórtan tanára Nápolyban. — *A. B. Duffin*, régebben a belorvostan tanára az edinburghi King's Collegen, február 10.-én 79 éves korában.

**A német urológiai társaság** szeptember 29.-én, 30.-án és október 1.-én tartja 4. congressusát Berlinben a Langenbeck-házban. Tárnyalásra a következő két kérdés van kitűzve: 1. Serologia és vaccinás gyógyítás az urológiában. 2. Húgyhólyagkővek.

**A „Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin”** legközelebbi tanfolyamát március 3.-ától április 5.-éig tartja. Április 7.-étől 12.-éig pedig külön kurzust rendez a gyomor- és bélbajokról, a melyen Berlin első tekintélyei e téren működnek közre (*Bickel, Brugsch, Kuttner, Ehrmann, Strauss, Ewald, Albu, Ueber, Bessel-Hagen, Zinn, Mühsam, Benda, Rothmann, Rosenheim, Nicolai, Finkelstein, Klapp* és *Schmiedes*). Ezen utóbbi kurzus díja 30 márka. A tanfolyamról egyébként bővebb felvilágosítást ad a mai számunkhoz mellékelt felhívás.

**Kiseb közlemények az orvostudomány köréből.** A *calotropis procera* nevű növény tejnedve *Lewin* szerint a digitalishez hasonlóan hat a szívre. A sóitól, gyantájától és fehérjéjétől megszabadított tejszeruma, a melynek calotropin nevet adott, s a mely állatkísérletek alapján belsőleg és bőr alul is használható, érdemes a klinikai kipróbálásra. (Medizinische Klinik, 1913. 6. szám.) — *Syphilis gummban* szenvedő 84 éves embert észlelt *Brocq*; az illetőnek 19 éves korában volt kemény fekélye és a gümma tünetei jelentkezték, tehát 65 éven át semmiféle jele a syphilisnek sem mutatkozott rajta. (Ref. Mediz. Klinik 1913. 7. szám.) — Heveny polyarthritisek képeiben lefolyt *coli-bacillosis* esetét ismertet *Luger* a bécsi egyetem II. számú belklinikájáról. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1913. 9. szám.) — *Cukoroldatnak a végbélben át bevitele* után *Rimbaud* szerint súlyos tünetek állhatnak elő. A bélben levő colibacillusok hatására ugyanis ilyenkor erős erjedés és gázképződés állhat be, s ennek következtében meteorismus, hányás, hasmenés és a rekesz erős felnyomása révén szív-működésbeli zavar. (Gaz. des hop., 1912. 142. szám.) — *Meningitis* eseteiben a megnyugtató szerek (brom, chloralhydrat, morphium) *Silvestri* szerint nem csupán a tüneteket enyhítik, hanem talán az ideg-anyagot is kevésbé megtámadhatóvá tevének a toxinokkal szemben, ilyen módon válhatnak hasznára a szervezetnek. (Gazz. degli osped., 1912. 104. sz.)

**Személyi hírek külföldről.** A boroszlói egyetemen a kórbonczolástan tanszékét *Fr. Henke* tanár veszi át, a ki eddig Königsbergben működött. — A kiel és marburgi egyetemen ugyane tanszékre *O. Lubarsch* (Düsseldorf), illetőleg *Jores* (Köln) tanárokat hívták meg. — *Lyonsban B. Moreau* dr.-t a gyógyszer-tan rendes tanárává nevezték ki. — Rendkívüli tanár lett: *B. Schöndorff* Bonnban (élettan) és *B. Rossi* Milanóban (baleset-orvostan). — Rendkívüli tanári címet kaptak: *F.*

*Samuely* (belorvostan) és *H. Fühner* (gyógyszertan) magántanárok Freiburgban. — A nancy-i egyetemen a belorvostan tanárává *Etienne* dr. eddigi agrégét nevezték ki.

**Hírek külföldről.** A francia Assistance publique igazgatójának jelentése szerint az egy évesnél fiatalabb gyermekek halálozási aránya évről-évre javul, a mint ezt a következő számok mutatják: 1000 csecsemőre 1906-ban 135.5, 1907-ben 118.7, 1908-ban 116.3, 1909-ben 105.3, 1910-ben 100.1 haláleset esett. — Indiában 1911-ben 24.264 ember lett áldozata a ragadozók állatoknak és kígyóknak, csaknem 2000-rel több, mint az előző évben, a minek az az oka, hogy a nagy vízáradások az emberlakta vidékekre vitték a mérges kígyókat. A vadállatok 91.709 háziállatot pusztítottak el.

**Hibaigazítás.** Lapunk 8. számának 153. oldalán az első hasábnak alulról számított 12. sorában „Ugyanez az állapot a következő 10 napon” helyett „Ugyanez az állapot a következő napon” olvasandó. (*Lobmayer Géza* dr. bemutatása a budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztályában.)

Lapunk mai számához a *Dozenten-Vereinigung zu Berlin* „Ferienkurse für praktische Aerzte” című prospectusa van mellékelve.

**„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.”** Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

**Orvosi laboratorium:** Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy.tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157-71.

## Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

## Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81-01.

**Röntgen-laboratorium.** Vezetője: Dr. Alexander Béla, egyetemi magántanár.

**ERDEY Dr. sanatoria.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

**Dr. Doctor** Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratoriumában az összes diagn. vizsgálatakon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13-15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

**Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi laboratoria** VI., Andrassy-út 38. Telefon 26-96.

**Ujtátrafüred** magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

**Dr. GÁMÁN BÉLA Dietétikus Intézete Volosca-Abbaziában**

gyomor- bélbetegek, vesebajosok, cukorbeteg, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiumhalatorium.

**A Liget- és Park- Orvosi laboratoria** — SANATORIUM

mindennemű vegyi, gőrcsövi, bakteriológiai, serológiai és histológiai vizsgálatot végez. A laboratorium vezetője: Dr. Detre László egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatást küldünk. VI., Nagy János-u. 47. — Telefon 106-00.

**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötők, hasbetegek ápolási tárgyak és gummiláruk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

**POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.**

— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**  
fürdőkhoz.  
„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban á 1 kiló  
LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1912 december 7.-én 168. l., évről közgyűlés 1912 december 14.-én 170. l. és I. rendes tudományos ülése 1913 január 11.-én.) 170. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (III. ülés 1912 december 5.-én.) 171. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (1913 január 18.-án, február 1.-én és 8.-án tartott I., II. és III. szakülés) 173. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 173. l.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(XXIV. rendes tudományos ülés 1912 december 7.-én.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

(Folytatás.)

**Az acusticus-tumorokról.**

**Entz Béla:** Az acusticus-tumorok régen ismert típusos daganatai a központi idegrendszernek, amelyek a kisagyvelő, a híd és nyúltvelő alkotta szegletet foglalják el, a miért e daganatok a pontocerebellaris szöglet daganatainak legjellemzőbb képviselői. E szegletet vagy zugot elül a lobus quadrangularis cerebelli, hátul a lobus semilunaris inferior, lobulus biverter, a kisagy-tonsilla, medialisán a híd külső széle s az eminentia olivarii medullae spinalis határolja.

Az itt előforduló daganatok nagyon különfélék lehetnek, de leggyakoribb alakjuk a nervus acusticusból kiinduló neurofibroma.

A különböző nagy, hossztojásdad vagy gömbölyded daganat többnyire sima felületű, ritkán dudoros, lehet egészen tömör, vagy cystás, puha kocsonyaszerű, vagy tömött, szívós. Néha valósággal porckemény; durván rostos szerkezetű fehéres szövetből áll.

Gyakorlati szempontból legfontosabb, hogy e daganatok az esetek túlságos többségében egészen élesen körülhatároltók, a környezetükből könnyen kihámozhatók, csak a porus acusticus táján vannak szorosabban rögzítve, a hol rendszerint kisebb-nagyobb csap alakjában mélyen behatolnak.

A legkezdetibb szakban a daganat a porus acusticus internust és ennek közvetlen szomszédságát foglalja el s meglehetősen erősen kitágítja; később kinő a hangvezetékéből s nyomást gyakorol a környező lágyrészekre: legelőször a hidra, aztán a kisagyvelőre, melynek tonsilláit a végső szakban a nyúltvelővel együtt a foramen occipitale magnumba szorítja. A halál többnyire a nyúltvelő összenyomódása miatt következik be.

Nyomást gyakorol a daganat a környező idegyökökre is, ú. m. a vaguscsoport idegeire, a facialisra s a trigeminusra. A n. facialis a legtöbb esetben, bár laposra van nyomva s elszürkült, még sikerül valamennyire a daganattól elkülöníteni, az acusticus azonban rendszerint erősen be van foglalva a daganatszövetbe. E körülményből már Virchow egészen helyesen következtetett arra, hogy e daganatok a hallóideg fibromái és teljesen analogok a peripheriás idegeken ülő neurofibromákkal.

Mint utóbb Henschen beható vizsgálataiból kiderült, a daganatok az acusticus vestibularis ágából indulnak ki a meatus auditorius internus fenekén.

A daganatok anatómiai vizsgálatából arra kell következtetni, hogy az első tünetek a hallóideg 2 ágának, esetleg az arcideg ágainak hiányos beidegzésében kell hogy nyilvánuljanak. Utóbb ezekhez a híd és nyúltvelő összenyomódásából eredő működési zavarok (féloldali hűdés, bulbaris tünetek) társulnak, az általános agynyomás tüneteivel kapcsolatban.

A daganat a hidra gyakorolt nyomás miatt összenyomja az aquaeductus Sylvii-t, s e miatt hydrocephalus internus következhet be; a nyomás fokozódásával kapcsolatban kifejlődik a pangásos papilla.

Az acusticus-tumorok szövettani szerkezetükben is egészen jellegzetesek s jól elkülöníthetők más daganatoktól. A tumor orsósejtekben dús kötőszövetből áll; e sejtek különböző lefutású kötegekké csoportosulnak s több-kevesebb kötőszöveti rostot zárnak be; a daganatszövet bőven erezett s e mellett nagy véröblöket is tartalmaz. Az elfajulások közül

a coagulációs necrosis, a hyalin elfajulás és a savós beszűrődés a leggyakoribb. Tekintve a daganatok sajátos körülhatároltságát, jó kihámozhatóságát, a szétesés hiányát: a tumorokat sejtűségük dacára jótermészetűnek kell tartanunk. Ugy a daganatok makroszkopi viselkedése, mint mikroszkopi szerkezete is teljesen megfelel a neurofibromáknak, a mit megerősít az is, hogy a daganatok gyakran multiplex neurofibromatosisal együtt észleltek. Mint a neurofibromák általában, valószínűleg ezek a daganatok is szövettanilag zavarokon alapulnak.

A kisagyhíd-szöglet daganatai az esetek túlságos többségében ilyen acusticus-fibromák.

A kórbonczani intézetben észlelt 23 pontocerebellaris daganat közül 16 volt acusticus-fibroma, 2 a lágyburkokból kiinduló endothelioma psammomum, 2 a környező agyrészekből kiinduló glioma, 1 diffus myxoma az agyvelő alapján, ez abban is hasonlított az acusticus-tumorokhoz, hogy a porus acusticusba is betört, 1 a kemény burkokból kiinduló psammoma s végül 1 fibroma, mely a vaguscsoport idegeivel s a foramen jugulareval volt szorosabb összefüggésben.

Az acusticus-tumorok diagnostikájában legfontosabb körülmény, hogy a helybeli kiesési tünetek előbb jelentkeznek, mint az agydaganat tünetei. Először a hallóideg területén jelentkeznek elváltozások, a beteg megsiketül, erős hallási hallucinációi vannak, hangokat, zenét vél hallani; ehhez csakhamar hozzácsatlakoznak a vestibularis ág bántalmazottságából eredő szédülés, esetleg kényszermozgások, majd követik ezeket az általános agydaganatos tünetek: főfájás, a látás romlása, pangásos papilla. A híd nyomása féloldali hűdést, a nyúltvelő nyomása bulbaris tüneteket okoz. Még nincs arra vonatkozó tapasztalat, hogy mennyire használható fel a Röntgen-vizsgálat, mely a porus acusticus kitágulásának a megállapításával tehet jó szolgálatot a diagnostikának.

Minthogy a daganat feltétlenül halálos megbetegedés és a belgyógyászati kezelésnek teljesen hozzáférhetetlen, a tumor gyógyítása csakis operatív lehet, annyiival is inkább, mert a daganat körülhatároltsága, jóindulatúsága, könnyű kihámozhatósága a legjobb sikerrel kecsegtet, ha a daganat helye pontosan meghatározott.

Az acusticus-tumorok operatív kezelése egészen pontosan ki van már dolgozva, de az eredmények mégsem kielégítőek, a mit a nyúltvelő nagy közelsége okoz. Az occipitalis csont osteoplastikus resectiójával ugyan bő hely nyílik a daganat eltávolítására, de a nagy nyomásingadozások miatt nagyon gyakran hirtelen halál következik be a műtét alatt vagy után. Ezért talán van némi jogosultsága annak a törekvésnek, hogy a daganatokat oldalról, a sziklacsont eltávolításával igyekezzünk megközelíteni (Bárány), bár a facialis, a vena jugularis és a carotis ellátása itt kétségtelenül nagyon nehéz.

**Csiky József:** Azon 16 eset közül, melyet az előadó bemutatott, ötöt a II. belklinika észleltünk és diagnosztikánk. A legrégebb 1907-ből való s a diagnosztikánk a bonczolás igazolta. A többi rövid 1½ év alatt került észlelés alá s minthogy ezen eseteinkben a diagnosztika helyessége a műtét alkalmával beigazolódt, pár szóval ismertetni akarom a tüneteket, melyek alapján a diagnoszt felállítottuk.

Minden esetünkben a góczytünetek az acusticus illetve n. cochlearis részéről (rossz hallás, fülzúgás) jóval (1–3 év) megelőzték az agytumor általános tüneteit és a szomszédos nyomástüneteket. A betegek nagy része nem is veszi észre, hogy a hallás egyik fülén romlani kezd; ha pedig észreveszi, akkor ezen időszakban fülörvöshöz fordul és ott keres gyógyulást. Csak később, midőn ezen góczytünetek hosszú fennállása után más tünet is (rossz látás, fejfájás) jelentkezik, keresik fel a szemészt vagy az idegorvost.

A n. vestibularis részéről is már korán, sokszor a hallásrosszabbodással egyidőben jelentkezhetnek a tünetek, ú. m. szédülés, émelygés, hányás, nystagmus, mely tünetek azonban rövidebb-hosszabb idő múlva lassan ismét visszafejlődnek, midőn a n. vestibularisban a vezetés megszűnik; ilyenkor már a n. cochlearis sem vezet s teljes centralis



süketség van; a beteg fül felől sem hő-, sem galvanizingerrel nystagmus nem váltható ki.

Az általános agygyulladás tünetei közül a papillitis már korán kimutatható. Ehhez csatlakozik fejfájás s csak később térhet vissza a szédülés, a hányás, ekkor azonban nem mint góczytünet, hanem mint szomszédos nyomástünet a kisagy részéről. A szomszédos idegek közül elsősorban a facialis bénul; a mi eseteinkben aránylag későn s csak kis fokban lehetett facialis-paresist kimutatni. 2 esetben a quintus részéről, 2 esetben a glossopharyngeus és vagus részéről voltak egyoldali tünetek. Négy esetben már igen korán ki lehetett mutatni a cornea-reflex lefokozottságát, illetve hiányát a betegség előrehaladásával mindkét oldalon. Ez Oppenheim szerint mint korai tünet igen fontos, de minden hátulsó scala-tumornál található. A kisagy nyomása következtében a fenti tüneteken kívül főleg kisagy-ataxia, a kezek ügyetlensége, hypotonia van ugyanazon az oldalon. A nyúltvelő compressiója két esetünkben légzési nehézséget okozott.

A differentialediagnózis kisagy-tumorról szemben főleg az, hogy ezeknél már igen korán vannak általános tünetek, főleg cerebellaris ataxia, ügyetlenség a kezekben s csak később jelentkeznek nyomásos eredetű tünetek a fejedégek részéről. Az egész lefolyás alatt a szédülés, hányás stb. dominál, míg acusticustumornál közben van egy időszak, midőn ezek teljesen hiányozhatnak.

Ezért a sebészi beavatkozással, mint egyedüli móddal, mely gyógyulást hozhat, tekintettel a súlyos mütetre, várhatunk addig, míg általános és szomszédos tünetek jelentkeznek s a betegnek életét elvi-selhetetlenné teszik. Eppen a bemutatott esetekből tűnik ki, hogy a daganat már természeténél fogva is lassú növekedésű s csak későn válik életveszélyessé. Entz egyik esetében 20 évig csak fejfájást és facialis-paresist okozott a daganat a góczytüneteken kívül. Mert hiszen nem a tumor nagyságában van az operatio súlyosságának az oka.

Bár az előadó minden esetében fibroma volt a daganat, gondolkunk lueses elváltozásra, gumma-ra is s végeztessünk mindig a mütéti beavatkozás előtt antilueses kúrát. Mi minden tumor-esetünkben végeztünk. Indicatio a sebészi beavatkozásra szerintem az is, ha a papillitis atrophiciába kezd átmenni. Addig, míg csak papillitis van, a látás megtartására, sőt javulásra van kilátása a betegnek.

**Dollinger Gyula:** A behatolás a kisagyhoz a daganat eltávolítása céljából ma már nem okoz nehézséget. Ha az egész területet, a melyen a periodikus osteoplastikus lebeint ki akarjuk metszeni, előbb a csontig körülvarrjuk, akkor a vérzés nem jelentékeny. A csontlebeint kifűrészeljük vagy kivessük és lehajtjuk. Ekkor kezdődik a veszély, a melyet a kisagy és vele a medulla oblongata dislocatioja okoz. A koponyaüregebeli nyomás ezen esetekben rendesen szerfelett nagy; ez kifejezést nyer abban, hogy a dura mater mint egy labda kiemelkedik a koponyarésből. Egy beteg ebben a pillanatban szűnt meg lélegzeni, mielőtt még a dura mater meg lett volna nyitva. A mesterséges légzéssel és az oxigenbefúvással még egy pár óráig életben tartotta a beteget, de ekkor meghalt és a bonczolat kiderítette, hogy ezen esetben a hátrafelé nyomuló agyvelő a nyúltvelőt és a kisagyi tonsillákat mélyen benyomta a foramen magnumot bélelő dura mater-zsákba és ez a nyomás okozta a légzési bénulást. Most, hogy a bonczolás ezen esetben nagyobb fokú hydrocephalust is kimutatott, azt hiszi, hogy ha ebben az esetben gyorsan megcsapolta volna az oldalkamarákat, sikerült volna a légzési bénulást megszüntetni és a beteget életben tartani. Egy másik esetében a légzési bénulás a daganat kiválasztása közben, egy harmadikban több órával a mütét után jött létre, miután a beteg órákon át beszélgetett a társaival és egészen jól érezte magát. Ugy látja, hogy a mai technika melle t azon fordul meg a mütét sikere, hogy sikerül-e a légzési bénulást elkerülni és nagy tumoroknál, a hol már hydrocephalus van jelen, a mütétet megelőző oldalkamara-csapolást gondolja praeventivumnak. Azonban ezen betegnek a központi idegrendszere nagyon rosszul ellensúlyozott a daganatnak hosszas fennállása következtében és azért azt hiszi, hogy a kisagytumorokat akkor fogjuk jobb eredménnyel operálni, ha korán kapjuk mütétre, még mielőtt igen súlyos másodlagos elváltozásokat okoztak és mielőtt az agygyulladás olyan igen nagy. A beteg látása is ezt kívánja, mert, ha a daganat hosszasan áll fenn, a beteg megvakul.

**Holitsch Rezső:** Az előadó által bemutatott 16 eset közül csak 5 volt in vivo diagnosztikálva. Ez azt bizonyítja, hogy az acusticus-tumornak a diagnosztikája még sok kívánni valót hagy. Dollinger hangsúlyozta, hogy gyakorlati okokból mennyire fontos a tumornak lehetőleg korai felismerése. Igen jó szolgálatot tehet e téren is a Röntgen-felvétel. Jó felvételen megismerhetők az általános koponyaüregebeli fokozott nyomásnak tünetei: az impressiones digitatae mélyebbek; a juga cerebri kifejezettebben láthatók; a nagyvénák csontos medre kitágul; a sella turcica finom, csontos alkata deformálódik, a sella maga ellapul; a varratok képe is megváltozik. Ezek a tünetek bármely okból feltételezett, chronikusan fokozott koponyaüregebeli nyomásnál jelentkezhetnek. Ezekon kívül a daganatnak a helye szerint különböző helyi elváltozások is észlelhetők a koponya Röntgen-képén. Schüller irta le először a dorsum sellae-nek előrehajlását, a mint azt a kis agyhídszögletből előre növekedő daganat előrenyomja. Henschen egy esetében a csontos hallójáratnak az acusticus daganata okozta kitágulását látta és irta le. A II. belklinika legutóbb diagnosztikált acusticus-daganatos betegről készült Röntgen-felvételén a kóros oldalon a meatus auditoriusnak megfelelő árnyékkiesés hiányát észlelt, míg az ép oldalról készült felvételen a meatus jól volt látható. Minthogy hasonló észlelést eddig senki sem közölt, óvatosságból megismételttem gondos symmetriás beállítás-

sal az ép és kóros oldalról is a felvételt és az eredmény még kifejezettebben újból észlelhető volt.

**Krepuska Géza:** Körülbelül 18 év előtt egy acusticus-tumor esetet dolgoztam fel és közöltem. Az eset gliofibroma volt. Ezenfelül bonczoláskor láttam kétoldali neurofibromát az acusticusokból kiindulva és egy harmadik esetet is feldolgoztam, a hol az acusticus-tumor a foramen jugulare-n át az orrgaratüregbe tört és retropharyngealis duzzanatot okozott.

A mai tanulságos előadás elsősorban a fülörvost érdekli, mert a korai diagnózis, a melyre ezen esetekben oly nagy szükség van, a fülörvosi vizsgálatnak lenne kötelessége eldönteni; mert midőn a betegek az ideggyógyászati észlelés alá jutnak a tumor általános agygyomási tüneteivel, akkor a mütéti beavatkozás — a melytől még várni lehetne valamit — már elkésztett dolog és a daganat szerencsés kihámozása dacára is a betegek egy része az addig elszenvedett nagymértvű agy- (nyúltagy, híd) dislocatióból származó másodlagos tünetek miatt elpusztul.

A hallóideg ilyen természetű daganataiban igen korai tünet a statikai egyensúlyzavar a vestibularis ág laesiója mellett, ezenkívül szédülés, nystagmus észlelhető; a másik fontos tünet a cochlearis ág bántalmával összefüggő hypaesthesia acustica, a mely növekedő jellegű; harmadik fontos tünet a facialis laesiójával összefüggő arcideg-paresis, mely kezdetben olyan kismértvű, hogy intendált mozgásoknál nem is vehető észre. Fontos tünetnek tartom a chorda tympani bántalmának megfelelőleg az azon oldali nyelvfelel első harmadában észlelhető izlészavart és szárazságerzést; oly tünet ez, a mely az intermediaer Wriesberg-ág — melynek kötőszövetéből úgy látszik leginkább fejlődnek ezen tumorok — korai belevonásából ered; fontos, de eléggé nem magyarázható korai tünet az azon oldali cornealis reflex hiánya; utolsó, de legmegbízhatóbb jel a belső hallójáratnak a daganat nyomása okozta tágulása, melyet Röntgen-képen lehet észlelni.

Ily tünetek alapján elég korán sikerült egy utrechti collegának egy esetben acusticus-tumort körjelezni és a megfelelő mütéti beavatkozással eltávolítani, a beteg életének a megtartásával. A daganat fibromának bizonyult.

A Dollinger ajánlotta mütéti eljárás — az occiput felől — ezen tumorokra, a melyek kezdetben a belső hallójáratban ülnek, nem alkalmas. Ezen tumorok eltávolítása csakis translabirinthar úton, a pyramis egy részének az eltávolításával végezhető, úgy a hogy azt a fülörvosok leptomenigitis purulenta ex otitide eseteiben eddig is végezték, valamint a hogy mélyen ülő kisagytályog eseteiben szokták végezni. Ezen mütétnél a belső hallójárat feltárása, az acustico-facialis törzs kiszabadítása és ennek mentén a kisagy tömegébe való behatolás a cél.

A sinusvérzés elkerülhető, esetleg leküzdhető. A facialis Kümmel ajánlatára a mütét kezdetén kimélendő és csak beigazolt diagnózis esetén áldozható fel.

**Gergő Imre:** Egy megfigyelésről számolok be, melyet az I. sz. sebészeti klinikán két alkalommal tettünk, mindkét alkalommal kisagy-tumor esetében és a melyről közelebbi adatokat az irodalomban nem találtam.

Az első eset 30 év körüli férfira vonatkozik, a ki 1909 január hóban kisagy-tumornak kifejezett tüneteivel került az I. sz. sebészeti klinikára. Tünetek: erős fülzúgás jobboldalt, fájdalmak a tarkó táján, szédülés, hányás, a jobb szemfenék gyűjtőeres pangása, jobboldali facialis-paresis, a térdreflex és a lábclonus csökkenése jobboldalt, az érverés lassúbbodása (percenként 52–64), tipusos kisagyjárás. A beteg járaskor a jobb oldalára esett.

A beteg felvétele után két nappal, mielőtt még mütétre került volna, meghalt. A bonczolás tyúktöjásnyi gliomát derített ki, mely a vermis superiorból indult ki és a kisagy mindkét féltekéjébe benyomult, baloldalt erősebben, mint jobboldalt. A canalis centralis átjárhatatlan volt, valamennyi agykamara erősen tágult.

Az esetnek azon megfigyelések kölcsönöznek érdekességet, melyek közvetlenül a beteg halála előtt történtek. A betegnek légzése hirtelen elmaradt, a szív működése azonban tovább folyt. Mesterséges légzéssel a beteg még teljes 4 óra hosszat volt életben tartható. A mesterséges légzés teljes abbahagyása után egy alkalommal 6½ percig, egy másik alkalommal pedig 5 percig lüktetett tovább a szív; a szív-működés teljes megállását a rectusok felső felének reflexes összehúzó-dása előzte meg.

A másik esetben Dollinger occipitalis lebeint készítése után a bal nervus acusticusnak körülbelül diónagyságú tumorát irtotta ki, a daganat a hidnak bal felét némileg behorpasztotta. A tumor eltávolításakor a beteg légzése hirtelen kimaradt, dacára annak, hogy érverése rendes volt. Először mesterséges légzést folytattunk, majd Dollinger Auer-Meltzer-féle insufflatiót végezt: kathetert vezetett be a beteg légcsővébe és a beteg tüdejébe oxygent ömlesztett. A betegnek addig livid kékes ajkai pirosodtak, a szív működése rendesen folyt, fél óra múlva a szív működése néhány percig szünetelt, majd ismét helyreállt, sőt körülbelül egy óra múlva a beteg magától is légett. A spontán légzés tartama körülbelül ½ óráig tartott. Közben a katheter a légcsőben állandóan bennmaradt. ½ órával később a légzés ismét megszűnt és a beteg csak oxigen-insufflatióval volt életben tartható. A beteg így közel 2 óráig élt, ekkor a légzés, szív-működés hirtelen megszűnt. A bonczolás a mütéti autopsia eredményét megerősítette.

Mindkét esetben a beteg halála a nyúltagy bénulása folytán következett be; mindkét esetben a légző központ bénulása megelőzte a szív központi bénulásának tüneteit; mindkét esetben a légzés mesterségesen órák hosszat volt fenttartható és a légzés, illetve légszere javi-



tása nem pusztán a szív működés javulását, sőt helyreállt, hanem a második esetben a légzés helyreállt is maga után vont. Az első esetben tett megfigyelések azt is bizonyították, hogy a szív működését  $6\frac{1}{2}$  percig tartó apnoe sem károsítja feltűnő módon. *Vernon* saját magán tett észlelések szerint az apnoe atmosféra levegőben végzett erőltetett belégzés után 4 percig és 5 másodpercig,  $74\%$  oxigénnel telített levegőben pedig 8 percig és 13 másodpercig tarthat. A részletes adatok inkább elméleti értékeik, leginkább a physiologust érdekelhetik, megemlítésüket csak azért tartottam czél szerűnek, mivel adatot szolgáltathatnak a légzés és szív működés kölcsönhatásához.

**Krammer Ernő:** Az egyik eset, melyet az előadó demonstrált, balesetből eredt. 1908 augusztusban a beteg leesett a kocsiról, azután főfájásról panaszkodott. Orvosa agyrázkódást és neurastheniát állapított meg. Látás-zavarok nem voltak. Két hó múlva az I. sz. szemklinikán atrophia n. opticit találtak, a mely kissé javult. Egy év múlva teljesen megvakult. Az Országos pénztárnál a balesettel való összefüggést megállapítani nem tudták. A II. belklinikán nystagmus, hemiparesis, baloldali nagyothallás, szédülés jelentkezett és a balesettel való összefüggést megállapították.

Acusticus-tumorra gyanus volt azonban az eset. A balesettel való összefüggést felvettük. Azután a beteg a szt. István-kórházba került és ma *Entz* referált róla.

Késhegy is fűródott állítólag a baleset alkalmával a koponyába, de ennek nyoma sem volt.

Hogy a baleset okozhat-e tumort, nem állapítható meg, de a meglevő folyamatot gyorsíthatja.

(Évzáró közgyűlés 1912 december 14.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyzők: **Blaskovics László és Bálint Rezső.**

A titkár, a könyvtárnok, a könyvtárvizsgáló bizottság, a pénztárnok és a pénztárvizsgáló bizottság jelentése, valamint az elnök búcsúszavai után a tisztújítást ejtették meg, a következő eredményekkel: Elnök: *id. Liebermann Leo*; alelnök: *Grósz Emil*; üléselelnökök: *Salgó Jakab* és *Terray Pál*; titkár: *Bálint Rezső*; másodtitkár: *Holzwarth Jenő*; ülésjegyzők: *Bencze Gyula* és *Dollinger Béla*; könyvtárnok: *Temesváry Rezső*; másodkönyvtárnok: *Dalmady Zoltán*; pénztárnok: *Elischer Gyula*; háznagy: *Győry Tibor*; választmányi tagok: *Blaskovics László, Bókay Árpád, Bókay János, Dollinger Gyula, Friedrich Vilmos, Irsay Artur, Kétyi Károly, báró Korányi Frigyes, Lévai József, Réczey Imre, Tauffer Vilmos és Tóth Lajos.* Külföldi levelező tag lett: *Babinski J. (Paris), Bleuler E. (Zürich), Bonhoeffer K. (Berlin), Herringham W. P. (London), Swanzy H. (London).* Megválasztottak végül 56 rendes tagot.

(I. rendes tudományos ülés 1913 január 11.-én.)

Elnök: **Grósz Emil.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

**Gastroenterostomia daczára kiújult gyomorfekélynek pylorus-kirekesztéssel gyógyított esete.**

**Borszék Károly:** A gyomorfekélyek sebészi kezelésében kezdettől fogva a gastroenterostomia dominált, mert a vele elért eredmények kedvezők voltak; a beteg panaszai a műtét után a legtöbbször megszűntek és minden jel arra mutatott, hogy a fekély teljesen begyógyult. A mióta azonban ezen műtétet a fekélyek meggyógyítására mind gyakrabban kezdték végezni és az ily módon operált betegek további sorsát is figyelemmel kísérték, kiderült, hogy a gyógyultnak mondott betegek egy részén hosszabb idő múlva a műtét előtti állapothoz hasonló zavarok állottak be, a melyek a mellett szóltak, hogy a fekély vagy kiújult, vagy új fekély keletkezett. *Réczey* professor klinikáján 1907 óta 14 esetben végeztek gastroenterostomiát gyomorfekély miatt; ezek közül a végleges eredmény megítélése szempontjából 8 jöhet számításba mint egy évnél hosszabb idő előtt operáltak; ezen 8 eset közül 6-nak a további sorsa ismeretes. Közülök 4-ben a gyógyulás tökéletes, 2-ben a panaszok megújultak. A vizsgálatok és állatkísérletek, melyeket ezen műtét hatásának megmagyarázására végeztek, kimutatták, hogy a gastroenterostomia főleg extrapylorusos elhelyeződésű fekély eseteiben nem ad kielégítő eredményt, úgy hogy az ilyen fekélyeket ha lehet, kimetszszük, ha nem, akkor a gastroenterostomia hatásának fokozására a pylorust kirekesztjük.

A bemutatandó 31 éves nő két év előtti utolsó szülése után igen sok vért vesztett és ettől fogva állandó

gyomornyomás, gyakori hányás, felbőgés és kisugárzó fájdalmak kínozták; daczára a hosszabb időn át alkalmazott belső kezelésnek, gyakran hányt vért; állapota nem javulván, 1912 januárban egy vidéki kórházban gastroenterostomiát végeztek rajta. A műtét után 4 hónapon át teljesen jól érezte magát, rendesen végezte teendőit. Május közepe táján azonban újra vérhányás mutatkozott, a mely többször megismétlődött, annyira elgyengítette, hogy nem hagyhatta el az ágyat; állandó fájdalmai voltak. 1912 december 5.-én vétette fel magát *Réczey* klinikájára. Az igen halvány, nagyon lesoványodott beteg gyomornedvében a gyomorvizsgálat vért és epét mutatott ki. Röntgen-átvilágításkor kitűnt, hogy a bismuthpép javarésze a pyloruson keresztül ürül, de a készített sipoly is átjárható.

A december 11.-én végzett műtétkor a gyomor pylorus-részletén ötkoronányi infiltrált fekély érezhető, a mely felett a serosa lobos; a pylorus átjárható. A gyomor hátulsó falán verticalis anastomosis, a melynek nyílása 2 ujjat jól befogad. Typusos pyloruskirekesztés *Eiselsberg* szerint közel az anastomosis-nyíláshoz. Zavartalan lefolyás, per primam sebgyógyulás. A műtét óta a beteg jól érzi magát, jól táplálkozik, fájdalmai megszűntek; a műtét utáni első héten még többször hányt epés tartalmat, de azóta a hányás is teljesen megszűnt.

Hogy ezen esetben a praepylorusos fekély a gastroenterostomia után négy hónappal kiújult-e, vagy új fekély keletkezett, azt határozottan eldönteni nem lehet, de való, hogy a gastroenterostomiának ezen esetben nem volt meg a várt állandó jó hatása.

**Pólya Jenő:** Teljesen egyetért az előadóval, hogy a gastroenterostomia nem biztosítja az ulcus ventriculi gyógyulását. Az esetek fele meggyógyul, de a gyógyulást garantálni nem lehet.

Három esete volt, melyben a gastroenterostomia után súlyos ulcus-tünetek állottak be. Az egyikben maga végezte a műtétet és két hét múlva erős vérhányás támadt, mely diaetára megszűnt, de ismét megindult, s csak akkor szűnt meg, mikor *Eiselsberg*-féle operációt végzett.

Másik esetében a gastroenterostomiát másutt csinálták. A hasfali herniát, melynek a hányást tulajdonította, megoperálta, de a fájdalmak tovább tartottak. Újabb laparotomia. Duodenalis fekély volt, ez okozta a hányást, mely a műtét után megszűnt.

Harmadik esete fiatal ember, kin a gastroenterostomiát másutt végezték. Jól érezte magát egy darabig, azután hányt. A Röntgen-vizsgálat homokóragyomrot mutatott, de a laparotomia alkalmával kiderült, hogy ez nincs, de a gastroenterostomia magasan ült, az odavezető cső hosszú volt; a szülő azt hitte, hogy ez okozza a hányást. Enterostomiát végzett, de azután is csak hányt a beteg. A Röntgen-vizsgálat kötötte magát a szűkülethez. Homokóragyomor nem volt, a szűkület functionalis lehetett. De volt ulcus ventriculi, mely a pankreasba átfűrődött. A gyomrot a szülő felhasította, az ulcust kiirtotta és a sebet összevarrta. Ezután a beteg jól érezte magát.

De még ezen radicalis eljárás után is számolni kell a recidívával, miként ezt a tavalyi sebészcongressuson is kifejtették.

A szölónak is volt ilyen esete, melyet azután jejunosotomiával gyógyított. De a mint a felső táplálást megkezdte a beteg, újból gyomorvérzést kapott és belehalt. *Callosus ulcus pepticus* volt.

**Borszék Károly:** *Pólya* felszólalása is igazolja, hogy ulcus ventriculi ellen a gastroenterostomia nem panacea.

A fekély kimetszését sem lehet gyökeres eljárásnak nevezni, mert míg az ulcus aetiologiája ismeretlen, a gyökeres sebészi eljárás is csak symptomatikus.

Szóló nem akarja ezzel azt mondani, hogy nem indokolt a sebészi eljárás, sőt az a hiba, hogy rendesen későn jön az eset a sebész kése alá, mert rendesen nem tudjuk, nem rákos-e már a fekély? De ezt néha az operálás, sőt a szövettani vizsgálat sem tudja eldönteni.

A gastroenterostomiával a peptikus fekélyek egy részét meg lehet gyógyítani, egy részét nem. De ez nem a véletlen dolga, hanem attól függ, hol van a fekély. Ha a pyloruson ül, akkor lehet eredményre számítani, mert akkor a fekély nyugalomba jut a gastroenterostomia után. De ha a gyomortartalom megint a pyloruson át megy, akkor újabb insultusokra újabb görcs és recidiva áll be.

**Sarcomásan elfajult lépgranulomának lépkimetszéssel gyógyított esete.**

**Borszék Károly:** A 30 éves nő jelenlegi betegsége 8 hónap előtt kezdődött; azóta esténként  $38^{\circ}$ -os lázai vannak és bal bordaíve alatt daganatot érez, a mely folytonosan növekszik és állandó fájdalmakat okoz.

Az alacsony természetű, gyengén fejlett nőnek bőre és látható nyálkahártyái feltűnően halványak; a tüdők felett kopogtatási eltérés nincs; a Röntgen-vizsgálat is teljesen egész-



ségesnek mutatja mindkét tüdőt. A nyaki nyirokmirigyek mindkét fejbiczczentő izom mentén mogorónyi-diónyi nagyságúak, kemények, nyomásra nem fájdalmasak; mindkét oldalon a lágyéki nyirokmirigyek szintén megnagyobbodottak. A has mérsékelten elődomborodó, felette a kopogtatási hang váltakozóan dobos. A bal bordaív felett tompa a kopogtatási hang; a bal bordaív alól egy daganat húzódik lefelé majdnem a csípőcsontig, a melynek szélei élesek, mindenütt jól tapinthatók. A daganat kemény tapintatú, a légzési mozgásokat követi, jobb oldalon fekvéskor a középvonalig ér. A Röntgen-vizsgálat szerint sem a gyomorral, sem a belekkel összefüggésben nincsen. A hólyagtükrözés és ureterkatheterezés mindkét oldali vese normalis működését mutatja. A megejtett vérvizsgálat a haemoglobin megfogyásán kívül kisebb fokú megszorodását mutatja a fehér vérsejteknek; főleg a polynuclearis leukocyták szaporodtak meg. A beteg állandóan lázas, esti hőmérsékeli a 40°-ot is eléri.

Ilyen állapotban vették fel a beteget Kétly tanár klinikájára és ottani tartózkodása alatt, daczára a többszöri arsenkúrának és roborálásnak, testsúlyából folyton veszített, rohamosan gyengült. A kórjelzés lépsarcomára tétetvén, a beteg 1912 október 22.-én áttétetett Réczey tanár klinikájára, a hol október 26.-án veronal-chloroform-narcosisban megoperálták. Már a hasfal átmetszésekor feltűnt az erős vérzés; a hasüreget a köldök magasságáig a középvonalban nyitották meg, s innen egy bal- és lefelé haladó haránt metszést ejtettek. A hasüreg megnyitása után előtűnt fektűt a nagy lép; a gyomron, a belekben, a májon, a kis medencében semmi kórosat sem találtak. Megpróbálták a lépét kiluxálni, de ez nem sikerült, mert a gyomorfundussal, a colon transversummal, valamint a rekeszszel össze volt tapadva; ezen összenövések szétfejtése után sikerült csak a lép hilusához hozzáférni. Előbb az arteriát, majd az erősen tágult vénákat kettős ligatúra között átmetszvé, a lépét eltávolították. A hasüreget teljesen zárták. A műtét után két héten keresztül a betegnek esténként 38°5'-ra emelkedő hőmérsékeli voltak, de két hét elteltével a hőmenet teljesen rendessé vált. A seb per primam gyógyult. A második héten kiterjedt stomatitis állott be, a mely azonban egy hét alatt megszűnt. A beteg lassan összeszedte magát, a harmadik héten felkelt és december 6.-án elhagyta a klinikát. Távozásakor fájdalmai és hőmérsék-emelkedései teljesen megszűntek volt, jól táplálkozik, 3,5 kg.-ot hízott.

A kiirtott lép méretei: 19,7 × 12,6 × 8,9 cm., állománya rugalmasan tömött, alakját megtartja; színe barnás árnyalatú vörös, elég nagyszámú kékes-vörös folttal keverve, a mely foltok némelyike teljesen a lép színébe esik, másika abból kiemelkedő, élesen körülírt; a foltok gombostűfej-füllényi nagyságúak. A lép felszínén sárgás-fehér, helyenként tejüvegszerűen áttűnő, tompább fényű területek is láthatók. A tok sima, fénylő, vékony, a pulpa nagyobbára vörösesen áttűnő. ráncokat nem vet; néhol a tok áttűnőségét elvesztette, tejüvegszerűen elhomályosodott. A metszslap tarka színű, egyenetlen; a pulpa meglehetősen merev, tapintata tömött, nem könnyen törhető, a gerendezet az ép területeken elég tisztán látható. A metszslap egyenetlenségét gombostűfejnyi—mogorónyi, majd kis almányi góczok okozák, a melyek élesen elhatároltak és szemben a pulpa élénk színével halványabbak, szürkés, majd sárgás-fehér színűek; a metszslapon még kifejezettebben látható, mint a felszínen, hogy úgy a kisebb, mint a nagyobb góczok apróbb göbcsékből vannak összetéve, a melyek szürkés-fehérek és tompult fényűek; a góczok közepén köldökszerű behúzóda-sok vannak; a göbcsék között több helyen vörös erezett-ség látható.

A vizsgálat céljából kivett nyirokmirigyekben gümö-bacillust kimutatni nem lehet.

A lép mikroskopi vizsgálata granulomát állapított meg sarcomás degenerációval (Krompecher).

Kétly László: Az esetet először 1912 májusban látta és 6 hétig észlelte. Akkor a diagnózis verosim. tuberculosus granuloma volt; e mellett szóltak a lázak, a nyaki mirigyek és a nagyobb lép, továbbá

a vérlelet: vörös vérsejt 2,960.000, haemoglobin 28%, fehér vérsejt 12.700. (Ebből polynuclearis 82%, lymphocyta 15%, átmeneti 2%, eosinophil 3%.) A Wassermann-reactio negativ volt. A tüdőben gümőkór-nak semmi jele. A beteg Ziemssen-féle 1% arseninjectionokat kapott, bel-sőleg arsenferratoset szedett, de nem javult. Malaria ki volt zárható.

Ujból 1912 októberben jelentkezett, akkor még gyengébb volt és folyton lázas; ekkor már jóval nagyobb lépe volt. A vérlelet is válto-zott: haemoglobin 25%, vörös vérsejt 1.800.000, fehér vérsejt 11.000; eosinophil 1%, lymphocyta 11%. Ekkor már főképp a feltűnő nagy lép és az eosinophilok fogyása miatt inkább sarcoma felé haj-lott a diagnózis. A végrehajtott műtét igazolta e felvételt, mert a lépben sarcomás elfajulás volt található, de a nyak-mirigyek, úgy tudom, kórszövettanilag is nem sarcomának, hanem granulomának bizo-nyultak. Így szerinte combinatioja van jelen a sarcomának granuloma-val.

A granulomák ez esetben talán nem gümőkóros eredetűek, hanem más saválló bacillus által okozottak.

Az, hogy a vérkép a műtét után javult (3 hét múlva haemoglo-bin 28%, vörös vérsejt 2.300.000, fehér vérsejt 12.000; 6 hét múlva: 25% haemoglobin, vörös vérsejt 3.250.000, fehér vérsejt 28.000) onnan is eredhet, hogy talán a csontvelőben sarcomás áttételek keletkeztek és ez okozta a vörös vérsejtek szaporodását izgalom útján. A leuko-cytosis ugyan inkább granuloma mellett szólna, de előfordul lympho-sarcománál is és itt a kettő combinatioja is szerepelhet. Így a beteg sorsa nagyon kétséges, sőt verosimiliter infaust prognosist.

Krompecher Ödön: A kiirtott lép mikroskop alatt productiv lob, még pedig a granulomatosis képét mutatja. A kötőszövet mindenütt erő-sen szaporodott s hol sarjszövet, hol pedig rostos, heges szövet képe-ben látható. A vörös területeken a vérűrkök, sőt a Malpighi-testek is részben még láthatók; a szürkés-fehér göbökben a lép szerkezete már nem ismerhető fel. A sarjszövet részben oedemás, részben meg gömb- és genyesejtesen beszűrődött. Itt-ott hyalin kötegek vonulnak végig. Plasmasejtek csak elvétve találhatók.

Tuberculosis kizárható. Sem gümők, sem jellegzetes óriássejtek vagy tuberculosibacillusok nem mutathatók ki. A megnagyobbodott nyaki nyirokcsomókkal oltott tengeri malaczok négy hét múlva tuber-culosistól mentesnek bizonyultak. A nyirokcsomók mikroskop alatt az idült, körülkolt genyedés képét mutatják.

Egyes helyeken a sarjszövetben nagy karélyos magvú óriássejtek foglaltatnak; bennük oszlások, még többes oszlások is láthatók. E te-rületek histologiai képe nagyon emlékeztet a lymphogranulomatosis szövettani képe.

Körülírt területeken a sarjszövet sejtjei között közép nagyságú, számos oszlást és kifejezett polymorphismust mutató sejtcsoportok, illetve alveolusok láthatók, melyek itt-ott mirigyszerű járatokat alkotnak. Ez alapon kétségtelen, hogy itt alveolaris, illetve endothelialis sarcoma forog fenn.

Összefoglalva lépgranulomatosis esetével állunk szemben, mely helyenkint lymphogranulomatosisra emlékeztető átalakulást szenvedett, másutt meg alveolaris, illetve endothelialis sarcomává alakult át.

(Folytatása következik.)

## Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1912 december 5.-én.)

Elnök: Kuzmik Pál.

Jegyző: Lobmayer Géza.

### Tüdőechinococcus operált és gyógyult esetei.

Skoff Tibor: Az echinococcus Neisser statisztikája szerint, mely 900 esetre vonatkozik, 50%-ban a májban, 9%-ban a vesében, 8%-ban az agyban s 70%-ban a tüdőben fejlődik ki. Madelung a tüdőben előforduló echinococcut saját sta-tisztikája szerint mintegy 12%-ra teszi.

Hogy leggyakrabban a májban és tüdőben találjuk a megbetegedést, onnan magyarázhatjuk, hogy e két szerv nyirok- és vérrendszerére oly finom, hogy ezeken már nem tud tovább vándorolni a féreg s itt mintegy szűrőben kény-telen megállni.

Tüdő-echinococcusnak két operált és gyógyult esetét van szerencsém bemutatni, a mely a legutóbbi időben Win-ternitz tanár osztályán fordult elő. Az egyik eset 33 éves férfi, a ki 1911 augusztusában állítólag 5 hétig tartó mellhártya-gyulladásban szenvedett. Azóta folyton köhögött, köpetmeny-nyisége változó volt s bár lázai megszűntek, étvágytalan lett s utóbb, ez év januárjától kezdve rohamosan fogyott.

Felvételekor a meglehetősen lesoványodott anaemiás be-teg jobb mellkasfele jobban kitöltöttnek látszik, mint a bal, s a légzéskor is visszamarad. Kopogtatás alkalmával a sca-pula csúcsától előre az elülső hónaljvonalban a IX. bordáig tompa kopogtatási hangot kapunk s ugyanitt légzés nem



hallható. A többszöri köpetvizsgálat semmiféle jellemző jelenléte sem derített ki. Egy alkalommal azonban az echinococcusra annyira jellemző rétegzetes tömlőrészletet találtunk s másnap a köpetben meglettük a horgokat is.

Röntgen-felvételt végeztettünk a II. sz. belklinikán, a mely igen szépen demonstrálja a jobb tüdőben ülő igen tekintélyes nagyságú echinococcus-tömlőt. Látjuk, hogy a tüdőszövetből élesen elhatárolt üreg folyadékkal telt, mely felett levegőréteg van; hogy erről kellően megbizonyosodjunk, a beteget ferde helyzetbe hozva, újabb felvételt végeztettünk, a mikor is az üregben lévő folyadék ismét csak vízszintes állást foglalt el.

A beteget márczius 22.-én megoperáltuk. A VIII. bordából egy 10 cm.-nyi darabot reszekálva, emberfőnyi tömlőt távolítottunk el, melynek helyét az ép tüdő elfoglalni iparkodik s melynek mélyén egy bronchus beszájadását látjuk. Műtét után drainezés és jodoformgaze-tamponade. Műtét után a köpetben többször találtunk leányhólyagokat. A gyulladás zavartalan volt s most az illető teljesen jól van, 18 kg.-ot hizott s szolgálatot teljesít.

A másik eset 28 éves nő, a ki két év előtt betegedett meg, szintén mellhártyagyulladás tüneteivel, hidegrázással és a mellkasfélben szűrő fájdalmakkal. 3 hónappal a felvétele előtt, ez év februárjában újból jelentkeztek a fájdalmak és hirtelen soványodni kezdett. Felkereste e panaszokkal *Benedict* osztályát, a hol a jobb scapula csúcsától előre húzódó tompa kopogtatási hangot találtak, mely a máj-tompulattal folyik össze; e helyütt légzés nem hallható a tüdő felett. Köpet nincs. Próba-punctióval a tompulat felett víztiszta savót kaptak, a melyben sok konyhasó van és borostyánkősav. A Röntgen-átvilágítás a III. bordától kezdve lefelé sötétnek mutatja a jobb mellkasfél s a diaphragma le van tolva. Műtét után gyulladás következett be.

#### A vállizületi mozgékonyaság zavarairól a tokszalag sérülése kapcsán.

**Fáykiss Ferencz:** A vállizületet érő traumák nem szoktak az ízületen olyan nyomtalanul elvonulni, mint azt a legújabb időkig gondoltuk. Általánosságban el volt terjedve a nézet, hogy a vállizületi ficzamosodás után, ha idejében történik a repositio, tökéletes működési képesség áll helyre. *Schultz* (1908), majd *Goebel* (1909) vizsgálatai megdöntötték ezt, a mennyiben bebizonyították, hogy a functionalis eredmények határozottan rosszak.

*Schultz* 54 utánvizsgált heveny beigazított ficzamosodás közül csak hét esetben kapott jó functionalis eredményt; *Goebel* 24 eset közül egyet sem talált, a melyben a beteg a vízszintesnél magasabbra tudta volna emelni a karját. A rossz functionalis eredményeket azokra a sérülésekre vezetik vissza, a melyek a ficzamosodás alkalmával az ízületet környező izomzatban, a tokszalagban, idegekben stb. jönnek létre. Innen van az, hogy míg egyes esetekben repositio nélkül is jó a mozgékonyaság a vállizületben, máskor idejében történt repositio daczára is vállizületi merevség marad vissza, mely minden kezeléssel daczol.

Azok a rossz eredmények, a melyek régen a vállizületi ficzamosodások véres repositiója után észlelhetők voltak, a mikor a *Dollinger*-féle eljárás még nem volt ismeretes, szintén érthetők, mivel nemcsak a trauma, hanem a műtét is szövetroncsolással járt. A *Dollinger*-féle eljárás használata óta az eredmények megjavultak, mivel ezen eljárás gyors és könnyű kivihetőségénél fogva kiméletes dolgozást enged meg, a mint arról a 2. sz. sebészeti klinikán is több esetben volt alkalmunk meggyőződni.

A vállizületi tokszalag sérülése létrejöhet még distorsiónál is, még pedig úgy, hogy kisebbfokú ficzamosodás van, mely spontan redukálódik, vagy pedig a tokszalag repedése nem elég nagy ahhoz, hogy a fejecs rajta kibujhasson. *Terner* (1911) figyelmeztet ezen distorsiók fontosságára s arra, hogy ezen sérülés kapcsán vállizületi merevség jöhet létre, ha hagyjuk, hogy a beteg végtagját addukálva és befelé rotálva tartsa. Az idegek körül beálló perineuritist okolja

főleg a végtagon észlelhető sorvadásért, a mit szerinte a kifolyó synovialis nedv idéz elő, asepsises gyuladást indítván meg a roncsolt szövetekben.

A 2. sz. sebészeti klinikán három distorsióos esetet volt alkalmunk az utóbbi időben észlelni. Kettő már vállizületi merevséggel jelentkezett. Egyben a megfelelő kezelés elég jó eredményt adott, a másik utánvizsgálata nem jelentkezett. A harmadik beteg a heveny szakban került észlelés alá. A distorsio typusos tünetei voltak jelen. A Röntgen-felvétel csont-elváltozást nem tudott kimutatni. Abductióban s kissé kifelé rotált állapotban lett rögzítve a végtag, mint a hogyan ilyenkor el kell járni. Három hét múlva a sérülés elszenvedése után jelentkezett csak újra a beteg, a mikor már az izmok sorvadása volt megállapítható. Szorgos kezelés daczára sem lehetett teljes restitutio ad integrumot elérni.

A vállizületi distorsio súlyos megbetegedés, a mely gondos kezelést igényel, mivel utána igen könnyen maradhat vissza vállizületi merevség. Habár a betegek panaszait nem lehet mindig elfogadni, főleg akkor, ha érdekükben áll panaszait túlozva előadni, mégis be kell ismernünk, hogy a tokszalag sérülése után gondos kezelés mellett is visszamaradhat végleges kisebb-nagyobb fokú vállizületi merevség.

#### A húgyhólyag syphilises bántalmai.

**Picker Rezső.** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

**Boross Ernő:** *Nietze* azt mondja munkája II. kiadásában: „Cystoskopisch ist aber bis jetzt noch niemals ein syphilitischer Prozess in der Blase konstatiert worden“. És most majdnem minden hét hoz ilyen esetet. Hogy a syphilis megtámadja a hólyagot is, abban nem lehet kételkedni; de hogy a priori a hólyagképből az felismerhető volna, nem valószínű. Az eddig ismertetett lueses hólyagtükröképek és felvételek különben is lényegesen eltérők; egységes tükröképet még nem láttam. A hólyagképeken az idült lobos folyamat különböző árnyalatait ismerhetjük fel, a szerint, a mint a lobos folyamat csupán vérbőséget okozott, avagy már felületesebb vagy mélyebb fekélyeket. Ilyen hólyagképet azonban bármely pathogen bacterium által okozott idült lobos folyamatokban is látunk.

1910 óta kezelek egy ötven év körüli nő-beteget, a ki jelentkezésekor már 6 éve volt beteg; vizelet-inger, véres vizelet, irtózatossá váló fájdalmak voltak a tünetek. A mikroszkopi lelet és az állatoltás negatív. A Wassermann-reactio negatív, ugyanilyen a lueses anamnesis. A hólyagtükröképben pedig mindazon elváltozások voltak láthatók, a melyeket egyesek ma a hólyagsyphilisre körjellegzőnek tartanak. Az ureter-katheterezés útján nyert vizelet normalis. Helyi kezelésekre az állapota nem javult, ezért az összes ismert antilueses kezeléseket alkalmaztuk. A beteg ma sincs jobban,  $\frac{1}{2}$  óránként vizelet, hólyagcapacitása alig 50 cm<sup>3</sup>, a vizeletben geny, a vizelet fájdalmas.

**Lobmayer Géza:** A hólyagsyphilis a legnagyobb ritkaságok közé tartozik s habár igen sok beteg hólyagot van alkalmam évente megvizsgálni, eddig abban a meggyőződésben éltem, hogy eddig hólyagsyphilissel még nem találkoztam. Az előadó másról győződött meg s most utólag egy esetről ki merem fejezni gyanumot, hogy hólyagsyphilis volt. Az eset röviden a következő: Augustus havában a III. belgyógyászati klinikára myelitis lueticában szenvedő és antisiphilises gyógykezelést folytató férfitbeteghez hívtak, a kinek 39<sup>o</sup>-on felüli láza volt, hólyagját ön maga nem tudta kiüríteni s a véres, genyes, bűzös vizelet állandóan csöpögve távozott (ischuria paradoxa). A hólyag kapacitása jó, a hólyag könnyen tisztára mosható. A hólyag nyálkahártyája megvastagodott, rajzolata eltűnt, bársonyosan fellazult, sötétvörös, felületén genyes csapadék, helyenként több apró vérző fekély. Minthogy naponta többször lett csapolva, a látott képet súlyos cystitisnek minősítettem és állandó kathetert s 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub>-os lapisos mosást ajánlottam. Állapota rosszabbodott. Egy hét múlva a cystoskopos kép változatlan; ekkor 2<sup>o</sup>/<sub>10</sub>-os collargolos mosásokkal próbálkoztunk és a szokásos belső antisepticumokkal, teljesen negatív eredménnyel. Újból megvizsgálva a beteget, 2<sup>o</sup>/<sub>10</sub>-es hydrargyrum oxycyanatum-hólyagmosásokat ajánlottam. A beteg ezen különben igen erős oldatot igen jól tűrte, hólyagpanaszai, incontinenciája mintegy varázsütésre megszűntek s úgy értesültem, hogy tiszta vizelettel, melyet rendes időközökben rendszeren ürít, hagyta el a klinikát. Most utólag, az előadás alapján, azt hiszem, alapos a gyanum, hogy ezen eset hólyagsyphilis volt s szíves figyelemre ajánlom adandó esetben a hydrargyrum oxycyanatumot, mely igen jól bevált.

**Picker Rezső:** Boross tagtársnak megjegyzem, hogy én irodalmi összefoglalásomból szintén azt a következtetést vontam le, hogy egyedül a cystoskopia alapján nem igen lehet a lues-diagnosist felállítani. Van ugyan néhány eset, a mikor az illető szerzők „prima vista“ felismerték a hólyagban syphilises természetűt, de ekkor is egyéb jelenlévő friss lueses jel vagy jellemző heg stb. vezette az illetőket. Az egész bántalom megismerése még csak fejlődőben van, most gyűjtjük az eseteket és tanulunk rajtuk. Magam sem tudtam rögtön diagnosist csinálni, csak az „ex nocentibus et juvantibus“ elv alapján támadt bennem a diagnostikai feltevés, melyet később, midőn a hólyagnyálkahártya sajátosság



duzzadása a specifikus kezelésre elmulott, igazolt a félreismerhetetlen, valószínűleg több kis lueses göb széteséséből származott karélyos laesio és végtére a teljes gyógyulás. Hogy a Boross által minden eredmény nélkül kezelt hólyagbántalom minő természetű lehet, azt a leírásból, sajnos, nem dönthetem el. Hogy azonban nem lueses, az bizonyos, különben meg kellett volna a specifikus gyógyszerelés után gyógyulnia. Ez még mindig — a cystoskopia és Wassermann mellett — a leginkább meggyőző diagnosztikai eszközünk.

## Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(I. szakülés 1913 január 18.-án.)

Elnök: **Davida Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Hanasiewicz Oszkár:** Oettingen mastisolos sebkezeléséről. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Hozzászól: **Makara Lajos és Szabó Dénes.**

(1913 február hó 1.-én tartott II. szakülés.)

Elnök: **Klumák Adolf.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Szabó József:** Elmebeteg gerinczagi folyadékának erősítő hatásai. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

**Géber János:** A Noguchi-féle luetin-reactio klinikai értékéről számol be. Az eljárást 160 esetben próbálta ki. Eredményképpen mondhatja, hogy a reactio syphilisre specifikus. Korai syphilis eseteiben kisebb, késői esetekben nagyobb százalékbán, szinte állandóan pozitív reactiót kapott. Az antilueses kezelések kevésbé befolyásolják, mint a Wassermann-reactiót, bár oly esetekben, a melyekben a kezelés alapos volt, negatívvá vált a reactio. Ezen eseteket gyógyultnak tekinthetjük. A reactio nagy előnye, hogy könnyen végezhető. A betegre sem fájdalommal, sem veszéllyel nem jár.

(1913 február 8.-án tartott III. szakülés.)

Elnök: **Davida Lajos.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Hatiegán Gyula:** A Winkler-Schultze-féle oxydase-reactio klinikai jelentőségéről. Vizsgálatainak czélja volt kideríteni: 1. hogy a czímben jelzett eljárással megkülönböztethetők-e a fiatal fehér véresejtek egymástól; 2. hogy a fehér véresejtek ezen sajátossága a fertőző betegségekben mutat-e valamelyes elváltozást. Vizsgálatait kiterjesztette idősült leukaemiás myelosis és lymphadenosis öt-öt esetére, továbbá heveny leukaemiás lymphadenosis három, heveny myelosis két esetére. Fertőző betegségek közül a reactiót végezte: typhus abdominalis 10, pneumonia crouposa 10, scarlatina, morbilli, diphtheria, tonsillitis, tetanus, anthrax, sepsis, malaria, erysipelas, polyarthrititis acuta rheumatica, tuberculosis miliaris 3—3 esetében. Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze: 1. Az oxydase-reactio a csontvelő-sejtek sajátossága (granulocyták). Gyorsan végezhetősége miatt gyakorlati eljárás gyanánt ajánlható. Heveny fehérvérűség esetén használata klinikai követelmény. 2. Fertőző betegségekben az oxydase-reactio nem változik.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Adams-Stokes-betegség** esetét ismertette *Rénon* a párisi „Société médicale des hopitaux” január 17.-én tartott ülésén. A betegnek kifejezett bradycardiája volt (36 érverés percenként) és eleinte hetenként, később naponként többször is epileptiformis krízisek jelentkeztek. Az eset érdekes főleg azért, mert a beteg halála után a legpontosabban megvizsgálták, szövettani sorozatmetszetek segítségével is, a szívet és az idegrendszert, de semmiféle elváltozást sem tudtak találni.

**Szívérülés** esetéről számolt be *Winiwarter* a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” november 8.-án tartott ülésén. A szúrás a 25 éves férfi jobb szívkamráját érte, a melyből ujjnyi vastagságú sugárban ömlött a vér. Szívvarrat alkalmazása és a mellkas sebének zárása után gyorsan javult az állapot, úgy hogy 7 héttel az esemény után az illető már folytathatta a kovács-mesterségét. Az *Eiselsberg*-klinikának ez a 7. szívvarrat-esete; a 7 eset közül 2 gyógyult.

## PÁLYÁZATOK.

617/1913.

Bácsbodrog vármegye zombori járásához tartozó Gádor és Körtés községekből álló, Gádor székhellyel, németajkú lakossággal bíró **gádorkörtési körorvosi állásra**, mely a körorvos elhalálása következtében üresedett meg, pályázatot hirdetek.

Pályázati határidő: **1913 márczius hó 20.-a**, mely napig pályázók kötelesek kérvényeiket szabályszerűen felszerelve hozzám benyújtani.

A körorvos javadalmazása a következő:

Készpénzfizetés 1600 korona és ötévenként négyszer ismétlődő 200—200 kor., összesen tehát 800 korona korpótlék.

A körhöz tartozó Gádor és Körtés község 600 korona lakbért fizet, melyből Gádor 474 koronát, Körtés pedig 126 koronát köteles fizetni, előleges negyedévi részletekben.

Trachomások gyógykezeléséért évi 50 koronát kap az orvos Gádor községtől.

A megválasztandó orvos kézi gyógyszerár tartására köteles.

A vármegyei szabályrendelet értelmében szedhető látogatási és egyéb díjak.

Z o m b o r, 1913 február 20.

*Tárczay Dezső* s. k., főszolgabíró.

601/913.

A balatonalmádi Zsófia gyermeksanatoriumban pályázat útján kerül betöltésre **egy alorvosi állás**, a mely havi 200 korona fizetéssel, természetbeni lakással és teljes ellátással van díjazva. Az intézet üzeme májustól októberig tart, tehát 5 hónapra szól a megbíztatás. Gyermekgyógyászai gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. A folyamódásokat **márczius hó 31.-éig** kell a Zsófia Országos Gyermeksanatorium-Egyesület igazgatóságához (Stáhlly-u. 15) benyújtani.

B u d a p e s t, 1913 február 25.

*Bezerédj Viktor*,  
államtitkár, ügyv. elnök.

Jómódú magyar vidéken igen jó **körorvosi állás** töltenő be mielőbb. Értesítést ad Dobsa Sándor, gyógyszerész, Álmosd, Bihar megye.

**Körorvos** kerestetik azonnal *Etéd* székhellyel. Javadalmazás: háromezerháromszáz korona, halottkémlés, húsvágás, magángyakorlat külön. Ötszobás úri lakás, 1½ hold kert. Tiszta székely magyarok, gazdag 12 község. A kérvények mielőbb beadandók a főszolgabíróshoz Székelykeresztúron. Bővebb felvilágosítást az etédi gyógyszerész ad.

## Német ápolónővér

sympathikus

jó kiképzéssel, szorgalmas és megbízható, kitűnő bizonyítványokkal rendelkezik, önálló állást keres. — Ajánlatokat kér: **J. A. 5846.** alatt **Rudolf Mosse, Berlin SW.**

„Bayer”

**CONTRATUSSIN**

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrassy-út 84.  
Minden gyógyszerárban kapható.  
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

# A Zoltán-féle csukamájolaj

Ara K 2.—

kapható minden gyógyszerárban.

Ara K 2.—



## Sperminum-Poehl

### Essentia Spermini Poehl

30 csepp naponta 3-szor; alkal. vízben vagy tejben,  $\frac{1}{2}$  órával étkezés előtt.

### Sperminum-Poehl pro Injectione.

### Sperminum-Poehl sioc. pro clysm.

neurasthenia, marasmus senilis, hysteria, szívbetegedések (myocarditis, szívelzsírosodás), arteriosclerosis, syphilis, tuberculosis, typhus, hátgerinczbajok, impotentia neurasth., paralyzis, idült rheumatismus, rhachitis, podagra, sápkór-ság, stb. ellen, túlfáradtságnál és lábadozók részére.

### CEREBRIN-POEHL (Synergo-Cerebrin)

epilepsia, alkoholismus, idegbajok ellen.

### MAMMIN-POEHL (Synergo-Mammin)

fibroma uteri, menorrhagia, metrorrhagia stb. ellen.

### BIOVAR-POEHL (Synergo-Biovar)

klimaxbeli tünetek, ovariectomia után, hysteria, chlorosis ellen.

### RENIIN-POEHL (Synergo-Reniin)

nephritis parench., veseinsufficiencia, uraemia ellen.

### THYREOIDIN-POEHL (Synergo-Thyreoidin)

idegbajok, elzsírosodás, bőrbetegségek, myxoedema stb. ellen.

**ADRENAL-POEHL** a mellékvese leghatásosabb alkatrésze. Edényösszehúzó, nyálkahártyalobok, vérzések stb. ellen. Tubusok 0.002; Solutio 1; 1000 à 100 és 300.

„Kapható minden nagyobb gyógyszerertárban”

Irodalmat ingyen és bermentve küld:

**Organotherapeutisches Institut**

**Prof. Dr. v. Poehl & Söhne, St.-Petersburg, Russland.**

Vezérképviselő Ausztria-Magyarország részére:

**G. & R. Fritz-Pezoldt & Süss, Wien, I.**

Utánzatoktól és hamisítványoktól óva intünk.



# MAGNOSPIRIN BALLA

(Tabulae magnesii acetylosalicylici Balla.)

Egy tablettát tartalmaz 0.05 magnesium és 0.45 acetylosalicylt.

**Klinikailag kipróbált**

**antipyreticum, analgeticum és antirheumaticum.**

Semminemű kellemetlen mellékhatást nem okoz. Valamennyi influenza-esetben, főleg **neuralgiás és rheumatikus** jellegűeknél, feltétlen sikerrel alkalmazható.

**A gyomor- és bélműködést jótékonyan befolyásolja.**

Csakis tablettá alakban valódi. Egy doboz (20 tablettát) 1.20 kor.

Kísérleti anyagot és irodalmat készséggel küld:

**Balla Sándor laboratoriuma, Budapest, VII., Erzsébet-körút 56.**

LEGTISZTÁBB LEGKÉNYELMESEBB BEDÖRZSÖLÉSI KURA.

## MERCURO-CRÈME SEC<sup>DR</sup> ROSENBERG

BEDÖRZSÖLÉS 3-5 PERCIG NEM PISZKITJA A FEHÉRNEMÜT.

**ZSIRTALAN SZAGTALAN**

### Új csomagolás:

Mercurocrème mite 1 csom. à 10 dob. à 3 gr. 22 $\frac{1}{2}$ ‰ Hg. = 2 gr. 33 $\frac{1}{3}$ ‰ Hg.  
Mercurocrème normale 1 " à 10 " à 3 gr. 33 $\frac{1}{3}$ ‰ Hg.  
Mercurocrème forte 1 " à 10 " à 3 gr. 50‰ Hg. = 5 gr. 33 $\frac{1}{3}$ ‰ Hg.

### Régi csomagolás:

1 graduált tubus à 30 gr. 33 $\frac{1}{3}$ ‰ Hg.

**Minden csomag ára 2 kor.**

**„CSILLAG“-GYÓGYSZERTÁR, Budapest, VIII., Rákóczi-út 39. (József-körút sarok.)**



Legjobban ajánlhatom önműködő zárrakkal ellátott és a Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő

## Dr Thilo-féle Chloraethyl

készítményemet.

Az önműködő üvegek újra tölthetnek meg. Prospektusok rendelkezésre.

**MR. C. RAUPENSTRAUCH**

em. Apotheker, WIEN II., Casfellezg. 25.

## ANORRHAL

Köpek, kutyák és hintőpor alakban, kitűnő hatással mindenféle aranyeres bőrtálmaknál.

Felelegessé teszi az operatív beavatkozást, mert még a legelhanyagoltabb esetekben is visszafejlészt a bőrtálmak

## CALMYREN

Valeriana-camphor-pepsin pilulák, erősítő, csillapító és antispasmodikus hatással szívbetegségeknek.

A valeriana kezelés hátrányai főleg annak kellemetlen szagával vannak kapcsolatban — dragirova azonban bizonyos adagolhatjuk.

## DIGASTRIN

Előrendű ét- és emésztőpor, Natr. bicarb. tartalom nélkül, a nyálkahártyákat nem irritálja.

Ideális összetétele folytán a lezavarodott gyomorsavakat semlegesíti, az emésztést hathatósan elősegíti.

## DISPNON

Theobromin-Quebracho tabletták, Asthma, arteriosclerosis, angina pectoris esetében javulva.

Theobromin tartalmánál fogva a vérértékgyógyászati, az anémia patológiájában fokozott érértékgyógyászati csökkenti.

## HAEMOSTAN

Beisó vérzéscsillapító, olismert méregtelenítő készítmény, klinikai kipróbálva alkalmazásban.

Heteken át való rendszeres adagolás mellett sem vált ki semmilyen mellékhatást, hatása még prophylacticus is.

## RHOME

Yohimbin-Phosphor-Trychintabletták, impotentia, sexual neurasthenia esetében biztosan hat.

A férfi és női nemű érzés mindenféle kóros természetű hiányát, klinikailag megállapított aphrodisiacum.

## VAGINOL

Antisepticum, Prophylacticum, Anticonceptum. Hatásos bactericid, enélkül hogy a nyálkahártyákat bántaná.

A női nemű szervek nemi és gyulladásos megbetegedéseinek a legjobb eredményt elérhető alkalmazható.

## VESICURIN

Klinikailag megállapított indikáció: Cystitis, urethritis, prostatohypertrophia, akut és kronikus esetekben is.

Előnyösen befolyásolja a vizelet tartalmát, rövid használat után csökkenti a nyák, vér és bacterium mennyiségét.

**KÉSZÍTI AZ APOTHEKE ZUR AUSTRIA WIEN IX/3**  
MINTÁÉ: IRODALMAT ÉRDEKLŐDŐ ORVOS URÁKNAK BERMENTVE KÜLD =  
BALLA SÁNDOR GYÓGYVEGYÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST VII. (ERZSÉBET-KÖRÚT) 56



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Bókay Zoltán:** Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tan., egyetemi ny. r. tanár.) Polyposis intestinalis, seu polyadenomatosus intestinalis. 175. lap.

**Bosányi Andor:** Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udv. tan., egyet. ny. r. tanár.) A Raynaud-féle betegség, mint a veseszületett bujakór egyik kórtünete. 179. lap.

**Pólya Jenő:** Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról A duodenalis fekélyről. 180. lap.

**Nékám Lajos:** Pertik Ottó (1852–1913). 184. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. *Aujesky Aladár:* A bakteriumok természetrajza *Lapszemle.* Általános kór- és gyógytan. *M. Rabinovitsch:* Avirulens tuberculosibaci-

lussal való előzetes kezelés. — *Belorvostan. Korányi Sándor:* A vérkeringés acut hanyatlásának kezelése. — *Sebészet. Lubarsch:* A trauma hatása a daganatok fejlődésére és növekedésére. — *Szülészeti és nőorvostan. Franz:* Serumkezelés melaena neonatorum eseteiben. — *Küster:* A hasúri tampondrainage alkalmazásának javalatai és eredményei. — *Bőrkórtan. Jungmann:* A bőrtuberculosis prognosisa és terapiája. — *Kisebb közlések az orvostudományra. Köhler:* Angina és diphtheria. — *Ewald:* Arsen-triferrol. — *Gelhausen:* Arsen-triferrol. — *Rockhill:* Himlő gyógyítása. — *Burmeister:* Gummikeztyűk használata. 186–189. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 190. lap.

**Vegyes hírek.** 190. lap.

**Tudományos társulatok.** 191–193. lap

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tan., egyetemi ny. r. tanár.)

#### Polyposis intestinalis seu polyadenomatosus intestinalis.\*

Irta: *Bókay Zoltán* dr., klinikai II. tanársegéd.

A polyposis intestinalis kórképe egyike azon ritkább megbetegedéseknek, a melyeknek eredetét még ma is homály fedti. Ennek következménye természetesen az, hogy több egymással részben egyező, vagy homlokegyenest ellenkező theoriával vagyunk kénytelenek beérni aetiologiájának magyarázatakor. Mindegyik theoriának vannak érvei és ellenérvei, de ma egyiket sem lehet, tárgyilagosan elemezve, mint általában érvényeset elfogadni. Azt hisszük, hogy, a mennyiben a polyposisra vonatkozó irodalomba bő betekintést nyerhettünk, legcélszerűbben két főcsoportra oszthatjuk e megbetegedéseket, t. i.: *lobos* és *nem lobos* eredetű esetekre.

Nemcsak az aetologia homályos, hanem az egyes szerzők, az eredetet illető meggyőződésükhöz híven, a kórfolyamatot is különböző, egymással homlokegyenest ellenkező névvel illeték. Így pl. a *polyposis intestini crassi* név mellett *Ziegler* munkájában *adenoma papillare* névvel is jelöli meg a kórfolyamatot, *Virchow* *colitis polyposa cystica*, *Guillet* *adenoma multiplex*, *Sklifasowsky* *polyadenoma intestinalis*, *Kelsey* az *adenopapilloma* stb. nevet hozta forgalomba. Oka ennek egyrészt az, hogy a szövettani képben való eltérések a szerzőket eseteik megbírálasakor különféle nézetekre vezették, másrészt a szerzők közötti nagyobb korszaki különbség is nagyban hozzájárult a látott képek értékelésének különböző irányához.

\* Minden jog fentartva.

A kór lényege, hogy a béltractusban, de különösen a vastagbélben sűrűn egymás mellett álló, számos, szélesebb alapon ülő vagy kocsányos polyp képződik, a melyeknek száma és az anustól való felterjedési magassága különböző, az esetek súlyossága szerint. Rendesen elsődleges fejlődésűek, mit úgy a makroszkopos, mint a mikroszkopos vizsgálattal kimutathatunk. A szerzők legnagyobb része szintén az elsődleges fejlődést veszi fel, különösen áll ez az újabb közlemények szerzőiről.

Az elsődleges fejlődés mellett felhozható érvek között első helyen szerepelhet azon megfigyelés, hogy a gyermekkorban ezen megbetegedést nemcsak hogy észleljük, de a leírt esetek nagyobb száma a gyermeki életkorra vonatkozott. Másrészt az irodalomban több oly eset ismeretes, a melyben a családban a polyposisra való hajlam kimutatható volt. Így többek közt *Cripps* esetében a leírt 19 éves fiú 17 éves nővére, *Smith* esetében a családban 3 testvér szenvedett ugyane bajban. Ugyaníly eseteket közül *Paget* és *Port*, nemkülönben *Bickersteth* is. Így tehát, ha nem is vesszük fel egyenesen a congenitalis eredetet, nem lehet tagadnunk a congenitalis dispositio szerepét e betegség létrejöttében.

Lobosodással kapcsolatos polyposis-esetek azonban szintén előfordulnak, bár nem lehetetlen, hogy a betegség kifejlődését nem a lobosodás, hanem a dispositio idézi elő, a mely mellett a lob csak mint activáló, megindító ok, sőt egyes esetekben csak mint másodlagos velejáró tünet szerepel.

A mi az infectiós theoriát illeti, erre vonatkozólag positivumot az irodalomban nem sikerült kimutatnunk.

A mechanikai ok, melyet fel lehetne venni pl. azon polyposis-esetekben, a melyekben kezdetben időszűkítés volt észlelhető, előidéző oknak nem fogható fel, bár tagadhatatlan, hogy a már megindult adenomás burjánzás aktíválása ily mechanikai ok folytán könnyen elképzelhető.

Esetünk kórrajza a következő:

*B. Imre* 6 éves, cigányzenész fia. Felvétetett 1912 október 11.-én. Szülei a felvételtől előadják, hogy egy



év óta gyakori híg, nyálkás, véres székletei vannak, székeléskor a végbél előesik. 6 hó óta veszik észre, hogy az előesett végbélben vérzékeny csomók jelennek meg, a melyek száma folyton szaporodik. Ezenkívül napjában többször fájdalmas görcsök lepik meg a gyermeket, néha oly intenzív fájdalomtól kísérve, hogy a gyermek eszméletét veszti. 4 hó óta a görcsrohamok megszorodtak és hevesebbek lettek. Fertőző-ragályos betegséget nem állott ki. Testvérei egészségesek. Anyja állítólag egyszerű végbél-polypusban szenvedett.

**Jelen állapot:** Jól fejlett és táplált, csontrendszere lefolyt enyhébb rachitis jeleit tünteti fel; kissé négysegletes fej, megvastagodott bordaporczi végek és mérsékelt epiphy-saris duzzanatok. A testsúly 17.7 kg. A szem-, a fül-, az orr-nyílások, a torok tiszta. A látható nyálkahártyák halványak, erősebben pigmentált bőrnek árnyalata inkább a barnás fakó színt mutatja. A nyak középhosszú, részarányos. A mellkas domború. A tüdő határai rendesek, a tüdők felett puha sejtes légzés. A szívotpulat nincs megnagyobbodva, a szívhangok tiszták, kellően ékeltek. A has kissé elődomború, benne rendellenes resistentia nem tapintható, tapintata puha, felette váltakozó dobos kopogtatási hang. Bélcontractiók nem válthatók ki. **Székeléskor, egyáltalán a hasprés legkisebb igénybevételekor a végbél előesik, karfiolszerűen kitüremkedik, az előesett rész élénk vörös-rózsaszín, s nyálkahártyáján sűrűn egymás mellett ülő, borsónyi- babnyi, széles alappal bíró, vérzékeny polypusok látszanak, a melyek a felületet egyenlenné teszik. (Lásd a színes melléklet.)**

A hőmérsék 36.9, az érlökés 110. Szék napjában háromszor, híg, bűzös, nyálkás, friss vérrel kevert.

Október 12.-én. Nagy fájdalmakkal járó tenesmus-rohamok. 24 óra alatt 11 roham volt, a melyek alatt a gyermek összegörnyedt, jajgatott; hasát ilyenkor tapintva, azt deszkakeménynek érezzük. A *Wassermann-reactio* és *Pirquet-reactio* negativ.

Október 13.-ától 24.-éig a gyermek állapota változást nem mutat. **Vérlet:** haemoglobintartalom: 62%, a vörösvérsejtek száma: 3,700.000.

Október 26.-án. A rohamok intenzitása erősödött, dacára opium adagolásának.

Október 27.-én. Rectoromanoskoppal való vizsgálat: a 17 cm.-ig feltölt műszerrel már mindenütt teljesen sima, egyenletes, fénylő nyálkahártyát látunk. Az eszköz kihúzásakor a **bemenettől 14 cm.-re** tűnnek fel az első polypusok, a melyeknek száma, minél inkább közeledünk a végbélnyílás felé, annál nagyobb lesz, s a mucosa vérzékenysége is ezen arányban fokozódik.

Október 20.-ától november 10.-éig változatlan status. Testsúly október 29.-én 17 kg. Vérkép: haemoglobintartalom: 60%, a vörösvérsejtek száma: 3,200.000, a fehér vérsejtek száma: 5600.

November 11.-én. **Műtét** (chloroform-narcosisban, *Verebély Tibor* egyet. magántanár): Körtörös metszés az anus körül, a melyből fokozatosan előhúzza a végbélnek 15 cm. hosszú darabját, rectumamputatiót ejtünk meg. A visszamaradt darab nyálkahártyája tapintásra egészen simának imponál. Körtörös varrat. Konyhasós infusio.

November 12.-én spontán székürülés, szaporább pulsus (120), 36.9° hőmérsék. A has jobb felében egészen a közép-vonalig terjedő fájdalmasság, a köldök magasságáig felnyúló resistens képlet, a melyet túltelt hólyagnak tartottunk. Csapolásra a fent jelzett képlet valamivel visszahúzódott s a fájdalom is alább hagyott.

November 13.-án. A vizeletretentio megszűnt. A közérzet kissé jobb.

November 14.-én. A has puffadt, meteorismusos, a bélcontourok látszanak. Vizeletretentio, egy ízben epés hányás. Bevont nyelv, hűvös végtagok. Pulsus 120. A **bal csípőtányér homorulata felett, a mélyben, kis alma nagyságú, tömört, nyomásra fájdalmas duzzanat**, a mely az időnként jelentkező bélcontourok végpontját látszik alkotni. Ujabb műtét aether-narcosisban (*Verebély T.*): Laparotomia a középvonalban.

Feltáráskor kiderült, hogy az egész vastagbél a coecumtól kezdve egészen a sigma-bélig szorosan **egymásba tolódott**, olyannyira, hogy annak megoldása teljesen lehetetlen. *Re-section* a coecumtól a sigma-bélig s az ileum alsó részét a sigma-bél felső csomkjával anastomozáljuk („*end to end*”) 3-soros körtörös varrattal. Hasfalzárás. Műtét után 2 órával exitus letalis.

A kiirtott bélrészlet az ileum alsó 10 cm.-nyi darabjának, a coecumnak, a colon ascendensnek, az egész transversumnak, descendensnek és a flexura sigmoideának felel meg. Az élőben ejtett enterotomia a flexura sigmoidea lehágó ágán fekszik, az intussusceptum csúcsát a coecum alkotja. A tok a colon descendens alsó részének és a flexura sigmoideának felel meg. Kifordulva tehát a colon ascendens és transversum van. A coecum maga jókora két férfiökölnyi daganattá alakult át, a melynek előidézésében két tényező szerepelt: egyrészt a mucosának polypusos elfajulása, másrészt az egész bélfalnak hatalmas vizenyős duzzadása. A polypusos elfajulás a coecumot teljesen a fent leírt rectumhoz teszi hasonlóvá. Borsó- egészen mogyorónagyságú, széles alapú vagy kocsanys, halvány-rózsaszín nyálkahártyás göbök karfiolszerű tömeggé alakították át a vakbelet, a mely tömegben a *Bauhin*-billentyű megtalálása, felismerése lehetetlen.

A vizenyő kiterjed a bélfal minden rétegére, legkifejezettebben a subserosára. Ez a két tényező: polyposis a nyálkahártyán, vizenyő a bélalakban teremtette azt a dudort, a melyet visszafordítani a kivett készítményen sem lehetett.

**Bonczolási lelet:** Gyengén fejlett és táplált hulla, igen halvány bőrszínnel, a háton a nyomásnak kitett helyek kivételével kiterjedt, térképszerű rajzolatot mutató hullafoltok. A mellkas megnyitásokor a tüdők szabadok s a szívburkot féltenyérnyi terjedelemben hagyják fedetlenül. A szívburkok sima, fénylő, ürében pár cm<sup>3</sup> szalmaszárga savó. A kisökölnagyságú halvány barna-vörös szív mindkét fele petyhüdt. A szívhús halvány, nem törékeny, a szívüregben kevés lazán alvadt vér. A szívbelhártya sima, fénylő, a billentyűk épek, épp úgy, mint a nagy erek intimája is. A tüdők márványozottak, löszörpárnatapintatúak. Metszéslapjuk halvány barnás-vörös, nyomásra belőlük apró hólyagokkal vegyest rózsaszínű savó ürül. A bal tüdő alsó lebenyének felső határán a külső-elülső részen apró gombostűfejnyi sajtos góczocska, a melynek közepén kis fekete pont alakjában egy bronchiolus átmetszete vehető ki. E tüdőlebenyékéhez tartozó nyirokmirigyekben részben már elmeszesedett, részben még sajtos gümös elváltozások konstatálhatók a mirigyek megnagyobbodásával kapcsolatosan. A lép kissé megnagyobbodott, halvány kékes-vörös színű, metszéslapjáról három opák sárgás-fehér színű, kb. lencsenagyságú gócz emelkedik ki, a melyek sajtosnak bizonyultak. A máj megkisebbedett, fakó sárgás-barna színű, metszéslapján a rajzolat jól megtartott; az epeutak átjárhatók. A gyomor rendes nagyságának kb. 1 1/2-szeresére tágult, zöldes-sárga folyadékkal feszesen kitöltött. A kissé paresisesnek látszó belek nyálkahártyája halvány. A végbélnyílás környékén körtörös varrat, a végbél, a sigma-bél alsó hajlata alatt 2 cm.-nyire volt amputálva, és a csomk jól tartó körtörös varratokkal van a bőrhöz kivarrrva. A coecum, a colon ascendens, transversum és descendens teljesen hiányzik egész a sigma-bél felső határáig s az ileum és sigma-bélcsonkok egymással „*end to end*” körtörös, 3-soros, jól tartó varratokkal vannak egyesítve. A belek nyálkahártyája halvány, helyenként csekélyfokú boholy-melanosis. A sigma-bél legalsó részletében három, az anus-nyílástól kb. 4 cm.-nyire fekvő, kisebb, széles alapon ülő polypus látható. A mesenterium ép. A vesék rendes nagyságúak, kissé vérszegények, tokjuk könnyen levonható, metszéslapjukon a rajzolat jól látható. Az ureterek, a hólyag és a nemi szervek változást nem mutatnak.

**Diagnosis:** *Polyposis intestini crassi. Invaginatio chronica intestini crassi. Laparotomia et exstirpatio intestini coeci, colonis ascendentis, transversi et descendens et entero-entero-anastomosis ante horas II. facta. Anaemia universalis, paralysis cordis. Tuberculosis chron. lobi inferioris pulmonis sinistri.*



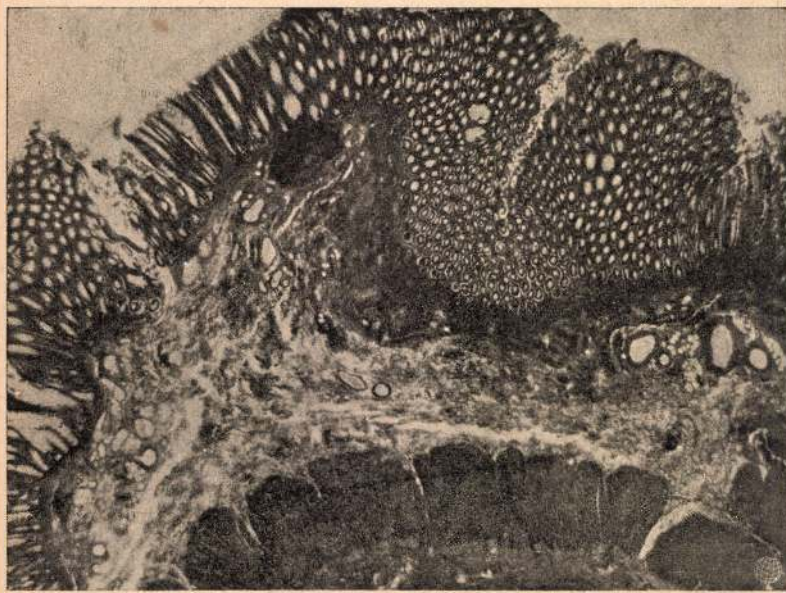
| Szám | Szerző                                                        | Kor és nem   | Tünetek                                                                                          | Családi dispositio                                                                                  | Helyi lelet                                                                                                          | Megjegyzés                                     |
|------|---------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1    | Paget (Merkel)                                                | fiatal férfi | ?                                                                                                | Két testvére ugyane bajban szenvedett, egyik közülök carcinoma intestini-ben halt el                | Számos vastagbélpolypus                                                                                              | Bonczoltatott                                  |
| 2    | Lindner (Merkel)                                              | 15 é. leány  | Eves-véres váladék a végbélből                                                                   | —                                                                                                   | Polyposis az egész vastagbélben                                                                                      | Csak műtétileg konstatált lelet                |
| 3    | Virchow Geschwülste, I. kötet, 243. oldal                     | 15 é. fiú    | —                                                                                                | —                                                                                                   | Állítólag a polyposis dysenteria után fejlődött ki                                                                   | Bonczoltatott                                  |
| 4    | Niemack (Merkel)                                              | 12 é. ?      | 3 év óta medenczebeli fájdalmak és a végbélből éves-genyes folyás                                | Apja carcinoma rectiben és polyposisban halt meg                                                    | Az ileum, a colon és a rectum tele volt polypusokkal, a legnagyobb példányok az ileumban voltak                      | Bonczoltatott                                  |
| 5    | Bickersteth (Vajda)                                           | 11 é. fiú    | 7 éves kora óta véres székletetek, cseresznyenagyságú tumor a végbélből a hasprés működtetésekor | Anyja 10 éves kora óta vastagbélpolyposisban szenved                                                | Az egész végbél, a meddig csak követhető, tele volt polypusokkal                                                     | Csupán a klinikai észlelet alapján nyert lelet |
| 6    | Vajda A. Orvosi Hetilap, 1899, 49—50. sz.                     | 9 é. fiú     | Hosszú idő óta véres szék. Prolapsus ani                                                         | —                                                                                                   | Az egész vastagbélben számos polypus                                                                                 | Bonczoltatott                                  |
| 7    | Feldner Inaug.-Diss. Göttingen, 1908                          | 9 é. fiú     | ?                                                                                                | —                                                                                                   | Rectumcarcinoma rectumpolyposissal                                                                                   | Bonczoltatott                                  |
| 8    | Pfaundler Jahrbuch für Kinderheilkunde, 71. k.                | 8 é. leány   | Véres szék, prolapsus recti                                                                      | —                                                                                                   | Polyposis recti et coli (uraemia, hydrops)                                                                           | Bonczoltatott                                  |
| 9    | Schneider Archiv für Kinderheilkunde, 53. kötet               | 8 é. leány   | 4 éves kora óta beteg. Anaemia, cachexia, uraemia                                                | —                                                                                                   | A vastagbél alsó szakaszában polyposis                                                                               | Bonczoltatott                                  |
| 10   | Mackius (Merkel)                                              | 18 é. nő     | Polyposis közelebbi meghatározás nélkül                                                          | —                                                                                                   | 20 éves korában elhalt bélcarcinomában                                                                               | Bonczoltatott                                  |
| 11   | Cripps Transact. of the path. Soc. London 1881/82, XXXIII. k. | 19 é. fiú    | 9 éves kora óta bélvérzés, e miatt már 11 éves korában műtét                                     | 17 éves nővére ugyane bajban szenved                                                                | Többszörös polypuseltávolítás történt                                                                                | Csak klinikailag megállapított kórisme         |
| 12   | Geissler Zentralblatt für Chirurgie, 1895, 8. szám            | 19 é. fiú    | Gyermekkora óta végbélelőésés, pár év óta polypusok                                              | —                                                                                                   | Nagy invaginatio, súlyos polyposis főleg a coecum környékén                                                          | Bonczoltatott                                  |
| 13   | Port (Vajda, Merkel)                                          | 19 é. fiú    | Gyermekkora óta székrekedés, véres szék, rectumból tumorelőésés                                  | Nővérei szintén végbélpolyposisban szenvednek                                                       | Sok polypus a rectumtól fölfelé, főleg a coecumban; a kis medenczében rákos tömegek (?)                              | Bonczoltatott                                  |
| 14   | Treves (Merkel)                                               | 20 é. férfi  | ?                                                                                                | —                                                                                                   | Sokszoros polypusképződés mellett számos rákos burjánzás                                                             | Bonczoltatott                                  |
| 15   | Smith (Vajda)                                                 | 20 é. férfi  | 10 éves korában operálták első ízben bélvérzés miatt                                             | 17 éves nővérén végbélelőésés, bélvérzés. 16 éves nővére 9 éves kora óta szenved végbélpolyposisban | Számos polypus a colon ascendensben és transversumban, de főleg a végbélben, a flexura sigmoidea adenocarcinomájával | Bonczoltatott                                  |
| 16   | Esmarch (Merkel)                                              | 20 é. nő     | 8 éves kora óta végbélpolypok, 12 éves kora óta prolapsus recti                                  | —                                                                                                   | Számos és kiterjedt polypustömegek a végbélben, részleges eltávolítás                                                | Csak klinikailag megállapított lelet           |
| 17   | W. Whitehaed (Merkel)                                         | 21 é. férfi  | 11 éves kora óta a végbélből polypusok nyomulnak elő                                             | —                                                                                                   | A rectumban igen sok polypus                                                                                         | Csak klinikailag megállapított lelet           |
| 18   | Luschka (Merkel-Vajda)                                        | 30 é. férfi  | 12 éves kora óta véres diarrhoeák                                                                | —                                                                                                   | A coecumtól az anusig tömeges polyposis                                                                              | Bonczoltatott                                  |



| Szám | Szerző                                                                           | Kor és nem     | Tünetek                                                          | Családi dispositio                         | Helyi lelet                                                      | Megjegyzés                               |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 19   | <i>Sklifasowski</i><br>Ref. Zentralblatt f. Chirurgie, 1881                      | 51 é.<br>?     | Állítólag csak 7 év óta van polyposisa                           | —                                          | Polyposis a végbélben, polypuseltávolítás után javultán távozik  | Csak klinikailag megállapított körjelzés |
| 20   | <i>Guillet</i><br>Bulletin de la Soc. anat., 1888 Mars (Vajda)                   | 24 é.<br>férfi | —                                                                | —                                          | A rectumban, a colonban és a coecumban polyposis. Invaginatio    | Bonczoltatott                            |
| 21   | <i>Handford</i><br>Trans. of the pathol. Soc. London, 1889/90, XLI. köt. (Vajda) | 34 é.          | Polyposis tünetei, analis prolapsus. Kezdeté bizonytalan.        | —                                          | Rectum- és colonpolyposis. Rectum-carcinómában halt el           | Bonczoltatott                            |
| 22   | <i>Dalton</i><br>(Vajda)                                                         | 28 é.          | Folytonos bélvérzés állítólag 2 év óta                           | —                                          | Rectum-, colon- és coecumpolyposis                               | Bonczoltatott                            |
| 23   | <i>Bardenheuer</i><br>(Vajda)                                                    | 48 é.          | 1 év óta bélvérzés                                               | —                                          | Rectum- és colonpolypusok, carcinómában halt el                  | Bonczoltatott                            |
| 24   | <i>Hauser</i><br>(Vajda)                                                         | 39 é.          | ?                                                                | —                                          | Colonpolyposisban szenvedett. Carcinómában pusztult el           | Bonczoltatott                            |
| 25   |                                                                                  | idős nő        | ?                                                                | —                                          | Colon- és rectumpolyposis, carcinómában pusztult el              | Bonczoltatott                            |
| 26   |                                                                                  | 33 é.          | 11 hét óta bélvérzés                                             | —                                          | Coecum-, vékonybél- és gyomorpolyposis, carcinómában pusztult el | Bonczoltatott                            |
| 27   | <i>Albu</i><br>Berliner klin. Wochenschrift, 1912 szept. 23, 1847. o.            | 2 é.<br>leány  | Bélvérzések                                                      | —                                          | 7 cm.-rel az anus felett kezdődő polyposis                       | Csak klinikailag megállapított körjelzés |
| 28   |                                                                                  | 16 é.<br>leány | Bélvérzések miatt teljes elgyengülés                             | —                                          | A végbél és flexura sigmoidea polyposisa miatt bélresectio       | Csak klinikailag megállapított lelet     |
| 29   | <i>Saját esetünk</i>                                                             | 6 é.<br>fiú    | Hasgörcsök, bélvérzés, diarrhoea, prolapsus recti, vérszegénység | Anyja egyszerű végbélpolypusban szenvedett | A coecum és a rectum igen súlyos polyposisa, műtét. Invaginatio  | Bonczoltatott                            |

Tbc. disseminata chron. glandularum peribronchialium, peritrachealium et lienis.

A kiirtott bélrészlet több helyéből készített szövettani metszetek teljesen a megszokott képet mutatják (lásd a 2. ábrát).



2. ábra.

A vastagbél-nyálkahártya megvastagodott, mirigyes túltengést tüntet fel. A magfestődés a rendesnél élénkebb. A hám nem secernál nyálkát, bár a hámcynderek száma és fejlettsége a

rendesnél jóval nagyobb. Helylyel-közzel egyes metszeteken a *Hauser* által is említett körülmény volt tapasztalható, a burjánzó hám ugyanis az epithelt felemelve, annak tunica propriájára reáburjánzott. Itt-ott hámoszlások is láthatók, atypia és heterotopia sehol sem konstatálható.

A mi a muscularist és submucosát illeti, azok néhol már szabad szemmel is láthatólag oedemások, kiscsöbbszerűen infiltráltak s a kiscsöbbszerű helyenkénti hyalinos degenerációját a kötőszövetnek leszámtva, sehol egyéb kóros elváltozást nem tüntetnek föl. A hám jóindulatú burjánzása azáltal is bizonyítható, hogy a hám a tunica propriát sehol át nem törte.

Esetünk epikrisisére ezek után reátérve, első sorban is konstatálni kívánjuk, hogy jelen esetben úgy a makro-, mint a mikroszkopos kép alapján kétséget nem szenvedő módon jóindulatú, adenomás, multiplex hámváltozással állunk szemben.

Az első műtét indikációját azért kellett felállítanunk, mert a minden székeléskor és spontán is szivárgó vérzés a vérzés okának eltávolítását indikálta, másrészt a rectoromanoszkopos vizsgálat az anus felett 15 cm.-re már teljesen ép nyálkahártyát mutatott s így joggal feltehetjük, hogy a tükrövizsgálat által kórosnak felismert határig a belet eltávolítva, a gyermeket az életnek megmenthetjük.

A második műtét feltétlen vitalis indicatio alapján ejtett meg.

Hátra maradna még két kérdésnek a magyarázata, t. i. először azon feltűnő körülménynek, hogy a polypusos elváltozás a végbélben és a coecum táján, tehát a physiologias bélsárpangás helyén volt a legkifejezettebb, másodsor, hogy vajjon az intussusceptiót mi okozta.



Az első kérdésre a választ teljes bizonyossággal megadnunk nem lehet, de, mint már fentebb is jeleztük, a bél-sárpangás a polyposus burjánzás megindulásakor mint aktiváló momentum szerepelhetett.

Az intussusceptio létrejöttét egyrészt a belek súlynövekedésével kapcsolatosan beállott mozgás-zavarral lehetne magyaráznunk. Tekintettel arra, hogy az intussusceptio oly nagyfokú és solid volt, hogy nemcsak az élőben, hanem még a kivett készítményben sem volt oldható, fel kell vennünk, hogy jelen esetben idősült intussusceptióval állottunk szemben, a mely csak az első műtét utáni negyedik napon vesztette el permeabilitását. Az átjárhatóság megszűnését azon körülmény rovására kell írunk, hogy úgy a beszoruló, mint a hüvelyt alkotó bélrészletek oedemás duzzanatot mutattak. Az oedema létrejöttét magyarázzák azon, az első műtét alkalmával történt peritoneum-feltolás és arteria-lekötések által előidézt traumás behatások, a melyek nélkül a műtét nem lett volna kivihető.

A nekünk hozzáférhető irodalomból táblázatosan összeállítottuk az eddig közölt polyposis-eseteket. (Lásd fent.)

A statisztikai adatokból egyrészt kitűnik az, hogy a közölt esetek nagyobbik része a fiatal korra vonatkozott, másrészt az a sajátosság is feltűnő, hogy látszólag a férfinenem disponál inkább e megbetegedésre. Mint látjuk, a későbbi korban gyakori a carcinomába való átmenet, mely körülményt egyéb jóindulatú hámburjánzás, így pl. papilloma laryngis eseteiben is észleljük. Az invaginatio összeállított eseteinkben csupán három betegen konstatáltatott.

**Irodalom.** *Albu*: Benigne u. maligne Polypen der Flex. sigmoidea. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 39. sz. — *Mettenheimer*: Über Mastdarmpolypen im Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 63. köt., 208. lap. — *Merkel*: Geschwülste des Kindesalters. Handb. der allg. Path. u. pathol. Anat. des Kindesalters. Brüning-Schwalbe, 1912, 406. lap. — *Usbeck*: Über Polyposis intestinalis. Diss. Halle 1910/11. — *Vajda Adolf*: Polyposis intestinalis 9 é. gyermeknél. Orvosi Hetilap, 1899, 49—50. sz.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tan., egyet. ny. r. tanár.)

## A Raynaud-féle betegség, mint a veleszületett bujakór egyik kórtünete.

(Salvarsan-kezelés, gyógyulás.)\*

Irta: *Bosányi Andor* dr., klinikai segédorvos.

A Raynaud-féle betegség kóroktanát és lényegét csaknem teljes homály fedi. Egyesek a hidegnek, ismeretlen toxikoknak, psychés traumáknak, heveny fertőző betegségeknek (typhus abd. és exanth., influenza, erysipelas stb.) tulajdonítanak szerepet létrejöttében, míg mások inkább idősült fertőző betegségeknek, különösen a bujakórnak kóroktani jelentőségét emelik ki.

A lefolyt évben a „Stefánia“-gyermekekórházban veleszületett bujakór miatt kezelés alatt állott két gyermekben oly körülmények között láttuk jelentkezni a Raynaud-féle betegséget (*akroasphyxia*, *akrocyanosis*), hogy a két megbetegedés közti szoros kapcsolat *úgyiszlólván szembeötlően* jutott kifejezésre. E két kórfolyamat együttes előfordulása — mint említettük — nem volt ismeretlen eddig sem, de teljesen meggyőző bizonyítékok arra, hogy a Raynaud-féle betegség lueses alapon fejlődhetik, eddig *alig* vannak; így a bujakórral való kapcsolat lehetőségét *Durante* két esete<sup>1</sup> nem támogatja eléggé, mert eseteiben a Raynaud-féle betegség tipusos tünetei közül csak a gangraena volt jelen s teljesen hiányoztak az angiospasmusos jelenségek rohamszerű megjelenésükkel együtt, úgy hogy *Beck*<sup>2</sup> azon nézetének ad kifejezést, hogy a *Durante* által leírt kórkép lueses gangraena volt és nem Raynaud-kór.

\* Minden jog fentartva.

<sup>1</sup> La Pédiatria 1898, 1. sz.

<sup>2</sup> Jahrb. f. Kinderheilk. 1910, Bd. 22, H. 1.

Míg eseteinkben — mint látni fogjuk — nyilvánvaló a bujakór kóroktani jelentősége, addig, minthogy említett két esetünk gyógyult, a betegség lényegét illetőleg csak kevés következtetést vonhatunk le; azonban részben a megbetegedés lefolyása, részben maga a lues-szel való kétségtelen kapcsolat ez irányban is bizonyos feltevésekre szolgáltatnak alapot.

A Raynaud-kór lényegét illetőleg a szerzők közül *Beck*<sup>2</sup> az érrendszerben talált pathológiás elváltozásokat elsődlegeseknek tartja s ez alapon a betegséget magát is az érrendszer megbetegedésének tekinti. Mások, annak dacára, hogy az idegrendszerben kimutatható kórbonczolástani elváltozások minden esetben csekélyebbek voltak, mint az érrendszerben találtak, teljesen neurosisos eredetet vesznek fel. *Raymond* centralis vasomotoros zavarokat tételez fel, *Oppenheim* a gerincszelvelő hátulsó és oldalsó kötegeibe lokalizálja a különböző behatásokat, *Pitres*, *Noesske* pedig peripheriás neurosisnak tekinti a kórt. *Cassirer* a folyamat lényegét vasomotoros reflexneurosisban keresi és szerinte a környéki és szűkítő idegek a betegség székhelyei.

Az általunk észlelt két eset rövid kórtörténetét a következőkben vázoljuk:

**I. eset:** H. Emma, 1½ éves. Felvétetett 1911 április 10.-én. Anamnesis: 6 hetes kora óta kezeljük poliklinikai rendelőnkön lues congenita ellen. Szülei mintegy 2 hét óta veszik észre, hogy kezei és lábai naponta 4—5 ízben elkékekülnek, kb. 1—1 óra tartamára.

Jelen állapot: A korához képest mérsékelten fejlett és táplált leánygyermek csontrendszere mérsékelt angolkóros elváltozásokon kívül — csekély epiphysaris és bordaporcduzzanatok, gyöngysorujjak — kóros elváltozásokat nem mutat. Köztakarója az alább leírandó részek kivételével halvány, izomzata kissé petyhüdt, bőralatti zsírpárnája kevésbé megfogyott. A nyakán néhány borsónyi, tömött, fájdalomtalan mirigy. Látható nyálkahártyái tiszták, kissé vérszegények. Az orr- és fülnyílások szabadok. Mellkasi szerveiben kóros elváltozás nem mutatható ki, a szívhangok kellően ékeltek, tiszták; a szív működés rhytmusos. A has kissé puffadt, mérsékeltlen elődomborodó, a léptompulat a bordívet harántujjnyira meghaladja, felfelé a VII. bordaközéig terjed, a lép alsó széle jól tapintható, tömött. A májat nem tapinthatjuk. Az összes reflexek jól kiválthatók. A pulsus telt, egyenletes, száma percenként 102. A hőmérsék normalis. A testsúly 8200 gr.

A bal IV. és V. ujj körömperczének hegyén egy-egy 3—4 mm. széles és 1 cm. hosszú, éles határu, kékes-fekete csík látható, mely tömöttebb tapintatú, mint a környező bőr. A bal lábán egy ugyanilyen, korona mekkoráságú, szabálytalan alakú folt van, mely részben száraz pörkökkel fedett.

Felvételekor az egész bal kéz, a bal lábfő és a jobb lábfő bőre a csuklóig, illetve a bokáig terjedő intenzív kékes-vörös elszínesedést mutat; e végtagrészek jéghidegek, nyirkos tapintatúak, a pulsus a bal kézen nem tapintható. Érintésük igen fájdalmas, a gyermek iparkodik e végtagjait minél messzebbre tartani magától. Ezen elszínesedés fokozottan egész livid-kékbe megy át, mintegy 2½ óra hosszat áll fenn s azután lassan eltűnik s a normalis színnek ad helyet. A végtagok a kék szín eltűnése után is még jó ideig hűvös tapintatúak.

Április 11. D. e. a balkézen és mindkét lábfőn 3 óra hosszat tartó erős cyanosis. Ezt megelőzőleg a végtagok rövid időre teljesen elfehérednek, azután vörösdni kezdenek s a vörös szín csakhamar livid-kékbe megy át az ujjak hegyén kezdődve. A cyanosis teljes kifejlődése mintegy ¼—¾ óra leforgása alatt áll be, ekkor az említett végtagrészek a mellékelt színes ábrán látható sötét szilvakék színt mutatják. Legintenzívebb a kék szín a körömperczen.

Április 13. D. u. folyamán a kezdődő synkope (elfehéredés) alatt meleg párákötést alkalmazunk az említett végtagokra. A cyanosis ez alatt is kifejlődik, de kevésbé intenzív, mint az előző napon s egy óra múlva visszafejlődik.

Április 14. Reggelre a bal lábfőn halvány cyanosis látható, mely egész késő délutánig fennáll.

Április 15. Az elmúlt 24 óra leforgása alatt nem jelentkezett cyanosis.

Április 16. Nem észleltünk cyanosist. (Éjjel is figyeltük.)

Április 17. Demonstratio céljából artificialisan idézzük elő cyanosist, t. i. hideg vízbe (16° C) mártjuk az összes végtagokat. Körülbelül 10—15 perc múlva intenzív cyanosis fejlődik a már fent leírt módon a bal kézen és mindkét lábfőn. A jobb kéz nem kékül el.

Április 18. *Wassermann-reactio* ++. Erre és a kétségtelenül fennálló luesre (saját ambuláns észlelésünk) való tekintettel elhatározzuk, hogy antilueses kezelést indítunk meg, még pedig *salvarsan* alkalmazásával. A *salvarsan* a „Stefánia“-gyermekekórházban a szokásos módon, azaz neutralis emulsióban intramuscularis injectio alakjában adjuk (az egyik m. gluteusba), minden kgr. testsúlyra 0.01 gr. *salvarsan* számítva, tehát 0.08 gr.-ot.

Április 19. Mérsékelt intenzitású cyanosis kb. 1 óra hosszat a fent jelzett végtagrészekben.

Április 20—23.-áig bezárólag egyáltalán nem jelentkezik cyanosis.

Április 24. Mindkét lábon inkább csak elvörösödés jelentkezik, mely csakhamar (¼ óra múlva) magától elmúlik.



Április 25–30.-áig bezárólag nem jelentkeznek cyanosis s ekkor megismételt hideg vízbe tartásra a végtagok csak megvörösödnek.

A gyermeket szülei kívánságára hazaadjuk. Ekkor a fent említett kis bõrgangraenák az ujjak hegyén és a lábháton még változatlanul fennállanak.

A gyermek továbbra is észlelésünk alatt marad. A nyár folyamán két ízben látjuk 3 hó alatt. A szülők bementése szerint elkékülés ezen idő alatt egyáltalán nem fejlődött; arteficialisan sem sikerült cyanosist előidézni. Az ezen idő alatt végzett Wassermann-reactio *negatív* eredményt ad. Az ujjperczeken és a lábon lévő necrosisos bõrrészeket körülbelül 2 hó múlva minden kezelés nélkül, úgyszólván nyom nélkül lelékódtek.

Ugyanezen év szeptember 30.-án hozzák rendelésünkre a gyermeket ismét azon panaszszal, hogy az *utolsó héten két ízben is elkékültek végtagjai, ezúttal a jobb keze is.*

Felvételkor a gyermek statusa az ezen év április 10.-én felvett statustól annyiban tér el, hogy súlyban gyarapodott (10-50 kg.) s a cyanosis ezúttal mindkét kéz- és lábfejre kiterjed az első kórtörténetben már ismertetett módon.

Október 5.-éig csak egy ízben jelentkeznek cyanosis, mely elég intenzív s kb. 2 óra hosszat áll fenn. E napon a jobb könyöktájon is fejlődik mintegy tenyérnyi területen éles határú cyanosis.

Október 6. A megejtett Wassermann-reactio  $++$ . *Ujbóli salvansan-injectióra* határozzuk el magunkat s 0-11 g.-ot injiciálunk intramuscularisan.

Október 7. Nem volt cyanosis.

Október 8. A jobb könyökön rövid ideig tartó mérsékelt cyanosis (inkább csak vörösség).

Október 9. Nem jelentkeznek cyanosis.

Október 10. A végtagokat 10 percig hideg vízbe áztatva, azok kivörösödnek s az ujjhegyek kissé elkékülnek.

Október 11. és 12. Nem volt cyanosis.

Október 13. Reggel langyos tisztasági fürdő után a végtagok kissé hűvösek, majd az utolsó ízek mintegy  $\frac{1}{2}$  óráig halványkék.

Október 16.-áig bezárólag nem volt cyanosis, ma a jobb lábfeje egész nap kissé halványkék.

Október 17. A jobb lábfeje normalis színű, a kezujjak kissé cyanosisosak.

Október 18. Normalis szín az összes végtagokon. A gyermeket hazaadjuk.

A november 25.-én megejtett Wassermann-vizsgálat eredménye —. Azóta több ízben láttuk, a szülők bementése szerint cyanosis egyáltalán nem fejlődik.

**II. eset. V. Erzsébet, 2 éves.** Felvétel 1911 május 22.-én. Kórelőzmény: Szintén poliklinice kezelték hosszabb ideig lues congenita ellen.

Jelen állapot: A korához képest mérsékelttel fejlett és táplált leánygyermek csontrendszere mérsékelt angolkóros elváltozásokat mutat: bordaporcz- és epiphysarius duzzanatok, négyzetes fej. A köztakaró halvány, a tarkótájon és a nyakon néhány borsónyi-babnyi tömött, fájdalommal mirigy tapintható. Az orr- és fülnyílások tiszták, a látható nyálkahártyák középvértartalmúak. A kemény szájpad közepén fillér-nagyságú, szabálytalan alakú, szalonnás alapú fekély látható. A mellkasi szervek épek, a szívhangok tiszták. A has kissé puffadt, a lép-tompulat 2 ujjnyira meghaladja a bordáit, a lép tömött tapintatú. A végbélnyílás fölött mintegy kétkorónás nagyságú, szabálytalan alakú, vöröses, laposan kiemelkedő, részben kifehéjesedett, nedvező condyloma. Lázatlan. A pulsus telt, egyenletes, száma percenként 108. A testsúly 9000 g.

Május 23. Wassermann-reactio  $++$ .

Május 24. 0-09 gr. salvansan-injectio intramuscularisan.

Május 26. A szájpadlason levő fekély kissé tisztult, a condyloma nem nedvedzik, körülötte keskeny, sötét-piros udvar látható.

Ma veszzük először észre, hogy mindkét kézen és lábfejen intenzív kékes szín mutatkozik, a végtagok hűvösek, a pulsus alig tapintható, az érintés igen fájdalmas; a közérzet egyébként jó.

Május 27. Az ulcus és condyloma alapja jelentékenyen tisztult, a condyloma laposabb. A végtagokon jelzett kékes szín reggelre eltűnt, de a végtagok még mindig hűvösek. Délután ismét cyanosis áll be, teljesen az első esetben észlelt módon, t. i. a végtagok elfehérednek, azután csakhamar kivörösödnek, majd lassan kékes-vörössé válnak, legelőször az ujjak hegyei. A cyanosis a bokákig, illetve a csuklókig terjed s valamivel kevésbé intenzív, mint az I. sz. esetben. Mintegy  $1\frac{1}{2}$  óra múlva spontán eltűnik.

Május 28. Az ulcus és condyloma fokozatos javulást mutatnak. A szülők bementése szerint az elkékülés 1 hó előtt mutatkozott először, azóta változó intenzitással ismétlődött néhányszor. Különösebb jelentőséget nem tulajdonítottak neki. Ma a bal kéz kisujjának körömpercze egész nap livid, egyebütt nincs cyanosis.

Május 29. A lues-tünetek változatlanok, a végtagok hűvösek, cyanosis nem jelentkezik.

Május 30–31. A lues-tünetek jelentékenyen visszafejlődtek, cyanosis nem volt.

Június 1–2. Cyanosis nem volt, az ulcus teljesen behámosodott, a condyloma ellapult.

Június 3. A délután folyamán egész rövid ideig tartó halvány-kék szín jelentkezik az alsó végtagokon.

Június 4. Nem volt cyanosis.

Június 5. Ismét csak rövid ideig tartó cyanosis a bal kézen.

Június 6. Nem volt cyanosis.

Június 7. A jobb kéz és jobb láb mérsékelt cyanosist mutatnak. A végtagok a cyanosis alatt hűvösek, de érintésük kevésbé fájdalmas, mint az előző intenzívebb elkékülések alkalmával. (Az időjárás egész nap hűvös!).

Június 8–12. bezárólag cyanosis egyszer sem jelentkezik, a lues-tünetek ezalatt teljesen elmúltak.

Június 13. Ma d. e. elég élénk cyanosis áll be mindkét kézen és a jobb lábfejen s 1 óra hosszat áll fenn. (Az időjárás igen hűvös, szeles).

Június 15–16. Nem mutatkozott cyanosis.

Június 17. Ismét cyanosis jelentkezett az összes végtagokon. Intenzitása csekély volt s kb.  $\frac{1}{2}$  óráig tartott.

Június 18–22. bezárólag nem észleltünk cyanosist (éjjel sem), annak dacára, hogy időközben hűvös idő is volt. Arteficialisan is eredmény nélkül kísérjük meg előidézni. Szülei óhajára hazaadjuk.

A gyermeket 2 hó múlva láttuk ismét. Ez idő alatt szülei állítása szerint cyanosis egyáltalán nem jelentkezett. Wassermann-reactio —.

Mindkét eset sok tekintetben igen érdekes. A gyermekek úgyszólván születésük óta észlelésünk, illetve kezelésünk alatt állottak lues congenita miatt s az I. esetben másfél éves korig, a II. esetben pedig két éves korig a Raynaud-kór tünetei egyáltalában nem jelentkeztek. Az I. esetben a megbetegedés, a pozitív Wassermann-reactio kivételével, minden egyéb lues-tünet nélkül látszólag önállóan jelentkezik, de a specifikus antilueses kezelésre megszűnik és hat hó múlva teljesen azonos módon jelentkezik újra s azonos kezelésre ismét megszűnik. Feltűnő még itt a Wassermann-reactio negatív volta a szünet alatt s újbóli pozitívává válása a kiújulásakor.

A II. esetben, melyben sem a Raynaud-kór, sem a lues eddig nem recidivált, a két megbetegedés együtt és körülbelül egyidejűleg jelentkezik s a Raynaud-féle kórkép a lues-tünetek visszafejlődésével úgyszólván együtt és egyenlő mértékben veszt intenzitásából és szűnik meg.

Azt hiszem, minden további fejtegetés nélkül is levonhatjuk két esetünkön azon következtetést, hogy a Raynaud-kór a veleszületett bujakór egyik tünete gyanánt jelentkezhetik, helyesebben, hogy a Raynaud-kór és a bujakór között e két esetben szoros kapcsolat forgott fenn.

Arra a kérdésre, hogy a megbetegedést miképpen és mennyiben idézi elő a lueses vírus, természetesen csak feltevésekkel felelhetünk. Valószínű, hogy a Raynaud-kórt létrehozó s már említett többi fertőző betegség vírusával analog módon. Eseteink gyógyulásának idejéből következtethetünk arra is, hogy nagyon valószínűleg az érrendszer laesiójának nincs primaer szerepe e kórfolyamatban. Ugyanis mindkét esetünkben a Raynaud-kór sokkal gyorsabban gyógyult és fejlődött vissza, semhogy oly feltétlenül nehezebben és lassabban reparálódó folyamatokat, mint az érfalak sclerosisos elváltozásait, pathogenetice szerepeltethetnénk. Bármiképp magyarázzuk is azonban a két kórfolyamat közötti kóroki kapcsolatot, két esetünk alapján a jövőben az élénk kerülő Raynaud-kór eseteiben minden alkalommal kutatnunk kell bujakór után.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

### A duodenalis fekélyről.

Irta: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Folytatás.)

Az *objectív tünetek*, melyekkel a duodenalis ulcus jár, sokszor előrehaladt ulcus mellett is, mely évek hosszú során át okozott nehézségeket, jelentéktelenek és innen származik Moynihan sokszor citált és sokszor megkritizált mondása: the anamnesis is everything, the physical examination is relatively nothing (az anamnesis minden, a physicalis vizsgálat relatíve semmi).

Általában 4 csoportba oszthatjuk azokat a tüneteket, melyeket duodenalis ulcusban szenvedő betegeken találunk, a szerint, a mint

1. a has physicalis vizsgálatával,
2. a Röntgen-vizsgálattal,
3. a gyomortartalom, bélsár, vizelet vizsgálatával deríthetők ki; ezeket



4. a beteg szervezetében kimutatható egyéb elváltozások egészítik ki.

Ad 1. A has physicalis vizsgálata alkalmával

a) egy nyomásra érzékeny helyet találunk rendszerint a középvonaltól jobbra, valamivel a köldök felett; kivételesen azonban a nyomásra érzékeny pont a bal oldalon is (*Moynihan*, *Bier*, saját 14. sz. esetem) feküldhetik. A fájdalmas hely többnyire kb. az epehólyag helyének felel meg. *Kehr* szerint az epehólyagból és a duodenalis ulcusból származó fájdalmasság közti különbség főleg akkor mutatkozik, ha bimanualisan vizsgálunk és a beteggel mély lélekzetet vettünk. Az epehólyag ugyanis főleg az inspiratio végén fájdalmas, míg duodenalis ulcus esetén a nyomási érzékenységek állandó és egyforma az inspirium és expirium alatt. *Robson* szerint duodenalis ulcus esetében a nyomásra érzékeny terület nagyobb és lejjebb terjed, mint cholecystitis esetében. Általában véve azonban csak a fájdalmas periodus alatt van nyomási érzékenység s a fájdalmas periodus végeztével ez is elmúlik, de még a fájdalmas periodusok alatt sem kell állandóan jelen lennie, csak éppen a spontán fájdalom jelentkezése idejében tekinthető állandónak bizonyos nyomási érzékenység (*Moynihan*). *Robson* szerint különösen olyan fekélyek mutatnak nyomási érzékenységet, melyek az elülső falon ülnek, főleg akkor, ha adhaesiók is vannak; a hátulsó falon ülő fekélyek esetében a nyomási érzékenység kevésbé kifejezett, és ha egyáltalán jelen van, csak mély benyomásra áll elő.

A többi szerzőnek is egész sora (*Ricard* és *Pauchet*, *Bidwell*, z. *Busch*, *Strauss* stb.) megegyezik abban, hogy a nyomási pont igen sokszor hiányzik, sőt *Einhorn* és *Günzburg* szerint egyáltalán hiányzik. *Mitchel* szerint a nyomási érzékenység értékes jel, de az eseteknek csak 10%-ában van jelen, tapasztalás szerint főleg akkor, ha friss peritonealis izgalom van a fekély környékén; szerinte ez az érzékenység mindig a fenyegető perforatio jele. Ha az összenövés már erősek, az érzékenység lassan eltűnik.

A magam esetei közül 11 nem perforált esetben találtam kifejezett körülírt nyomási érzékenységet, legtöbbször (6 esetben) a jobb bordaív alatt, 3 ízben a köldök felett és tőle jobbra, egy esetben a proc. xiphoideus alatt és tőle jobbra, egy esetben a proc. xiphoideus alatt és tőle balra. A nyomási érzékenységek, mint tapasztaltam, egyáltalán nem kell friss peritonitis jeleivel kapcsolatban állnia, ilyen jelzett eseteim egyikében sem volt jelen. Az 5. számú esetben a nyomási érzékenység körülírt volta annál fontosabb volt a diagnózisra, mert a beteg egyáltalán nem tudta lokalizálni spontán fájdalmait.

*Ewald* jellegzetesnek tartja, hogy a nyomási fájdalom nem sugárzik ki a hátba, mint gyomorfekély eseteiben.

*Mendel*<sup>98</sup> az epigastriumot kalapáccsal enyhén ütögetve, állítólag mindig ki tud mutatni egy a középvonaltól jobbra, a bordaív és köldök közt fekvő, élesen körülírt fájdalmas zónát, sőt ennek kisebbedését és eltűnését is észlelte az ulcuskúra folyamán. *Ewald* nem tudja megerősíteni *Mendel* ezen tapasztalatait és más oldalról sem találunk az ő leleteivel conform adatokat a iudaturában.

b) Egy további jel, a mely a nyomási érzékenységgel kapcsolatos, a jobb rectusnak a tapintás alkalmával való reflex összehúzódása, megkeményedése (*Moynihan*, *Robson*, z. *Busch*, *Ricard* és *Pauchet* stb.). *Maylard* szerint főleg akkor van jelen, ha a fekély körül gyulladás van jelen. *Moynihan* ezenfelül a jobb oldali epigastrikus reflex fokozott voltát észlelte.

c) *Günzburg*<sup>99</sup> szerint duodenalis ulcusok esetében az epehólyag és bal májleány közé egy több cm. hosszú dobos zóna ékelődik be, a minek oka a duodenum első részének puffadása. Egy esetben, hol igen kifejezett volt, gastroenterostomia után pár héttel a fájdalmakkal és a székben levő vérrrel együtt elmúlt. Más oldalról ezt az észleletet eddig nem erősítették meg.

d) Ha stenosisra vezetett a duodenalis fekély, a gyomor tárgulatának és hypertrophiájának ismert tünetei csatlakozhatnak az előbbiekhöz.

e) Kifejezett resistentia, daganat, tompulat csak rendkívül kivételes esetekben, perforatio folytán keletkezett tumor-képződés, körülírt tályog esetében mutatható ki. (Lásd 22. esetemet.)

f) *Bidwell*, valamint *Strauss*<sup>100</sup> szerint néha a hátán van egy nyomásra érzékeny pont jelen a duodenum magasságában; *Ewald* szerint ilyenek duodenalis fekély mellett rendszerint hiányoznak, vagy igen kevésbé kifejezettek.

g) A *Manninger*<sup>101</sup> által az ulcus diagnózisában igen lényegesnek tartott *Mackenzie*-féle hyperaesthesia zónák az ulcus duodenire nézve kitanulmányozva nincsenek. Magam, bár több esetet igen gondosan vizsgáltam, az ulcus duodenire jellegzetes leletet nem tudtam konstatálni.

Ad 2. A Röntgen-vizsgálatoknak, melyeknek alkalmazása az ulcus duodeni diagnostikájában csak az utolsó 2—3 esztendő vívmánya, ma általában igen nagy jelentőséget tulajdonítanak ezen bántalom felismerésében. Ennek a kérdésnek ma már egész literatúrája támadt, melyben magyar szerzők (*Bársony* és *Báron*, *Elischer*, *Révész*) is kivették részüket. Nem lehet célom e helyen ezen literatura részleteibe belemerülni, csak rövid áttekintést szeretnék nyújtani azon legfőbb symptomákról, melyek ulcus duodeni kapcsán a Röntgen-ernyőn észlelhetők. Ezeket a symptomákat 3 csoportba lehet osztani:

a) olyanokra, melyek a duodenumnak a fekélylyel kapcsolatos anatómiai elváltozására mutatnak,

b) olyanokra, melyek egyéb klinikus jeleknek (fájdalom, resistentia) a duodenumra való localisatióját engedik meg,

c) olyanokra, melyeket duodenalis fekély kapcsán a gyomron lehet észlelni.

Az a) csoportba tartoznak:

a) A duodenalis stenosis jelenségei. *Holzknicht*<sup>102</sup> klasszikus leírása szerint ezek főleg a stenosis feletti duodenumrészlet éles határu megtelődésében és ezen éles határu megtelt duodenumrészletnek alakváltozása képében megnyilatkozó eredménytelen vagy nem kielégítően eredményes peristaltikájában állnak, a mihez előhaladott esetekben még pangás és dilatatio járul. úgy a duodenumban, mint különösen magasan székelő stenosisok alkalmával a gyomorban. *Haudek* a stenosis feletti duodenum rész antiperistaltikáját is leírta. *Bier*<sup>103</sup> a duodenalis stenosis legbiztosabb jelének a stenosis helyén a bismuthárnyék megszűkülését, a stenosisnak bismuthal való kitöltődését (zapfenförmiger Ausguss der Stenose) tartja. Megjegyzendő, hogy *Holzknicht* szerint a duodenum spasmos contractioja ugyanolyan képet adhat, mint az anatómiai stenosis (ilyen spasmosos stenosis irt le nálunk *Elischer*)\* és hogy az anatómiai stenosis nemcsak ulcus utáni hegedés, hanem egyéb körülmények is (lefüződés által, compressio tumor, pankreas annulare által, congenitalis szűkület etc.) előidézhetik.

β) Penetráló duodenalis ulcus esetében olyan jelenség (Nischensymptom) mutakozhatik, mint a minőt *Haudek* penetráló gyomorulcus esetében leírt: massage-zsal el nem tüntethető visszamaradó bismuth-folt, felette lég hólyag. Ilyen esetet irt le *Bier* és minálunk is *Bársony* és *Báron*.

γ) Lehetnek tapadó foltok a duodenumban, melyek enyhe massagera sem tűnnek el és nyomásra érzékenyek, de melyek felett éppen a fekély csekély mélysége miatt lég hólyag nincs. Ezeket *Haudek*, *Barclay*, *Kreuzfuchs* etc., minálunk *Révész*,<sup>104</sup> írta le.

<sup>100</sup> Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1903.

<sup>101</sup> Budapesti kir. orvosegyesület értesítője, I. 125. Duodenalis fekély esetében bórhyperaesthesiairól különben *Mackenzie* könyvében (*Krankheitszeichen und ihre Auslegung*, Würzburg, 1911) nem találtam említést.

<sup>102</sup> Deutsche Zeitschr. f. Chir. 105.

<sup>103</sup> Orvosi Hetilap, 1912, 13. sz.

\* Orvosi Hetilap, 1912, 13. sz.

<sup>104</sup> Gyógyászat, 1912, 45. sz.

<sup>98</sup> Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910.

<sup>99</sup> Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910.



b) A Röntgen-ernyőn konstatálni lehet, hogy a betegen tapasztalt nyomási fájdalmasság csakugyan a duodenum helyére esik; akár úgy, hogy *Umber* szerint egy ölömpitykével jelezzük a nyomásfájdalmasság helyét és Röntgen-ernyőn bismuth-víz vagy bismuthpép felvétele után ellenőrizzük, hogy a fájdalmas hely csakugyan a duodenum helyével esik-e össze; akár úgy, hogy a bismuthal láthatóvá tett duodenumot vizsgáljuk nyomási érzékenységre és meggyőződünk róla, hogy a nyomásra érzékeny hely a has behúzóásával a duodenummal együtt felfelé megy.

c) A gyomor részéről észlelt tünetek közül legfeltűnőbb és igen gyakori a fokozott motilitás s a gyomor feltűnő gyors kiürülése; ennek dacára azonban gyakran megcsúsznak, hogy némi bismuth 6 órán túl is visszamarad. Ez kétségtelenül nem stenosis miatti pangás jele, mert stenosis nélkül is előfordul és elég nagyfokú stenosis esetében is feltűnően kevés lehet (*Bier*), hanem mint *Haudek* kifejtette, a hypersecretióé, melynek következtében a bismuthból valami a gyomor legmélyebb pontjára mindig leülepedik. Ezenkívül gyakran észleltetett a pylorus fokozott átjárhatósága, a gyomor hypertoniás formája, a gyomornak jobb oldal felé való elvongálása (periduodenalis összenövésnek folytán), továbbá ptosis, csekély tágulat és végül egy bizonyos szempontból fontos differentialdiagnostikai jel: a gyomorfal anatómiai elváltozásaira (ulcus, rák) valló tünetek hiánya régi és kifejezett gyomorpanaszok dacára (*Haudek*). *Bársony* és *Báron*<sup>105</sup> spasmosus homokóragyomrot is irt le 2 duodenalis ulcus esetében.

A mi már most a jelzett tünetek klinikai értelmezését illeti, azt kell mondanunk, hogy a Röntgen-vizsgálatok leolvasásában, értelmezésében és magyarázatában sok hibának a forrása rejtőzhetik; azonban másfelől a klinikai tünetekkel, anamnesissel együtt, mint adjuvans, a Röntgen-vizsgálat igen hatalmas, sőt talán leghatalmasabb támasza az ulcus duodeni diagnosisának. A jelzett tünetek közül egynek sem kell állandóan jelen lenni, ha duodenalis ulcus van is jelen és legfeljebb a valódi Nischensymptom közülök az, mely önmagában bizonyossággal szólna ulcus mellett, de ez igen ritka és nehezen bizonyítható. A többi jelenség pedig, még a duodenumra lokalizált érzékenység, sőt a tapadó folt is, másféle magyarázatot is megenged. Különösen a cholelithiasis-esetek azok, melyek a duodenumtáj érzékenységével, hypermotilitással, a gyomornak a pericholecystitis összenövésnek folytán való jobbra vongálásával, szóval a duodenalis ulcus radiológiás tüneteinek egy egész sorozatával járhatnak és azért különösen ilyen epekő-esetekben nyílik lehetőség diagnostikai tévedésre, annál is inkább, mivel az epeköbetegségnek egyéb klinikai jelei is megegyezhetnek a duodenalis fekélyével.

A magam praxisában két ilyen cholelithiasis-esetet láttam, melyekben a Röntgen egyszer „stenosis duodeni”, egyszer pedig duodenalis fekélyt mutatott.

Ezen esetek a következők:

G. H. 24 éves varrónő. Felvételt 1912 október 23.-án.

Állítása szerint f. év április havában érzett először görcsös fájdalmakat hasában. Ekkor állítólag 3 órával az étkezés után oly erős fájdalmak jelentkeztek, hogy elájult. Ezen idő óta hosszabb-rövidebb időközökben körülbelül ötször voltak ilyen rohamai, melyek mindig étkezés után 2–3 óra múlva jelentkeztek. Több ízben hányt is, az utolsó két roham alkalmával pedig állítólag véres csíkokat is látott a hányadékban. Székélése rendes, fekete sohasem volt.

Status: Elég jól fejlett, kissé anaemiás nőbeteg. A hasban nyomási érzékenység nincs, resistentia nem tapintható.

Röntgen-átvilágítás (*Holits dr.*): Szarvalakú gyomrának nagy görbülete három ujjal van a köldök felett; a pars pylorica a szokottnál messzebb jobbra terjed. 5 óra múlva a gyomor üres. A bismuth a flexura hepaticáig jutott. A köldök felett két ujjal a középvonalától kissé jobbra 3 cm. hosszú, 1½ cm. széles bismuthmaradék látható. Bismuthvíz ivása után a duodenum igen bőven tölthető ki és a maradék a flexura duodenojejunalisnak felel meg.

Röntgen-diagnosis: Ulcus duodenalis.

Próbareggeli: HCl = 59; összaciditás 83. Vér gyengén pozitív. Tekintettel a hyperaciditásra, a Röntgen-leletre és a fájdalomnak az étkezéssel kapcsolatos megjelenésére, a diagnosist ulcus duodeni-re tettük.

Műtét 1912 október 28.-án. Aethernarcosisban hasmetszés a köztépvonalban a köldök és a processus xiphoideus között. A has megnyitása után a gyomrot és a duodenumot előhúzzuk, mindkettőt teljesen épnek látszik. A pylorus átjárható, rajta kóros elváltozás nincsen. Ellenben az epehólyag duzzadásig tele van nagymennyiségű kővel. A ductus cysticus kezdeténél az epehólyag egy kiöblösödést mutat, a mely szintén duzzadásig tele van kisebb-nagyobb epekövekkel. Az epehólyag maga vékonyfalú és a falban kóros elváltozás nincsen. A ductus cysticus nagyon rövid és a hólyagnak a kiöblösödése akadályoz bennünket abban, hogy azt izoláltan tudjuk lefogni és ezért csak felülől tudjuk az epehólyagot a májról leválasztani és ezután typosos cholecystectomiát végzünk a duct. cyst. és art. cystica izolált körülöltésével. A cysticus csomkjára és a májagyra egy-egy csíkot helyezve, a hasat rétegesen zárjuk. Tekintve, hogy a középvonalban levő hosszsmetszésből nem tudunk volna kijönni, a jobb rectuson keresztül haránt irányban vezetett metszéssel szögletmetszéssé egészítjük ki metszésünket.

Lefolyás: Láztalan, sima, a hetedik napon a csíkokat megcseréljük, a csíkok egészen tiszták, a seb bevarrt része per primam egyesült, a beteg panaszai teljesen elmúltak; kitűnő közérzettel távozik 1912 november 12.-én.

A következő esetben az anamnesis alapján a Röntgen-lelet dacára cholelithiasist vettünk fel s ehhez képest is fogtunk hozzá a műtéthez.

R. Gy., 24 éves. Felvételt a szent István-kórházba 1912 május 16.-án.

Anamnesis: 3 év óta beteg. Betegsége azzal kezdődött, hogy görcsroham alakjában fájdalmak jelentkeztek epigastriumának jobb felében a bordaív alatt. E görcsrohamok ezután sűrűn ismétlődtek. Sárgasága nem volt soha. A rohamokkal kapcsolatban gyomornyomása szokott lenni. Sohasem hányt spontán, csak erőltetésre. Az egész időn keresztül gyakori savanyú felbőfőései vannak. A görcsrohamok hol hónaponként, hol hetenként ismétlődtek s a fájdalom néha oly tűrhetetlen volt, hogy csak morphininjecióra csillapodott. Különösebben lokalizált fájdalmak nincsenek. A gyomorfaidalom étkezés után 3 órával szokott jelentkezni. A görcsroham éjjel jelentkezik.

Status praesens: Sovány férfi. A has mérsékelt elődomborodik, főleg az epigastriumban. A gyomor erősen tágult, a mennyiben az epigastrium nagy részében s még a mesogastriumban is körülbelül 4 harántujjnyira a köldök alatt loccsanás váltható ki. A májtompulat a parasternalis vonalban a 6. bordán kezdődik. Alsó határa 3 ujjnyira meghaladja a bordaívet. Epehólyagnak megfelelő resistentia nem tapintható. A léptompulat a 8. bordán kezdődik, előre az elülső hónaljvonalat kissé meghaladja s mély belégzéskor alsó széle igen jól tapintható; kifejezetten lokalizált érzékenység nincs jelen.

A gyomorfunctio vizsgálata: Éhgyomorral a gyomor üres. A próbareggeli után 1 órával kivett gyomortartalom kb. 100 cm<sup>3</sup> elég jól emésztett, erősen savi vegyhatású gyomortartalom, melyben a szabad sósav = 58, az összaciditás 80. A tejsav, a vér negatív.

Próbabédvizsgálat: Elég jól emésztett, de néhány emésztetlen darabot tartalmazó, erősen savanyú szagú gyomortartalom. Szabad HCl = 60; összaciditás = 80.

Röntgen-vizsgálat 1912 május 20.-án (Szt. István-kórházi Röntgenlaboratorium). Nem ptosis, kissé tágult, kampóalakú gyomor, melynek telődése akadály nélkül történik. Peristaltika, antrumperistaltika is fokozottan élénk és intenzív. A gyomor kiürülése, dacára ezen a kiürülésre kedvező viszonyoknak, igen lassú. Az ételfelvétel után 8 órával a bismuth egy negyedrése még mindig a gyomorban van. A gyomor kiürülés e lassúságát a leírt viszonyok mellett csak úgy tudjuk elképzelni, ha a duodenum első részletében stenosisos folyamatot tételezünk fel. Ezen feltevés mellett szól az is, hogy a fájdalmak itt a legkifejezettebbek, másrészt pedig, hogy a bismuth az antrum pyloritól 2–3 ujjnyira, egészen a duodenumhajlásig csak vékony sáv alakjában követhető.

Röntgen-diagnosis: Stenosis duodeni.

Műtét május 28.-án aethernarcosisban. Hasmetszés *Mayo-Robson* szerint ívalakban a bordaív jobb szélével párhuzamosan, majd jobboldalt a jobb rectus közepén lefelé. A jobb rectuson keresztülhalatva, megnyitjuk a peritonealis ürt. A duodenum és gyomor teljesen ép, ellenben az epehólyag duzzadt, benne sok kő tapintható. A májat luxálva s a duodenumot balra húzva, a ductus cysticust klammerrel lefoglaljuk s körülöltjük s az arteria cysticát izoláltan kötjük le. Egyébként sima cholecystectomia. A májagyra tampon helyezünk. Részleges hasfalvarrat. Gyógyultán távozott 1912 július 5.-én. Minden panasza teljesen megszűnt.

De nemcsak cholelithiasis, hanem más betegség is járhat a duodenalis ulcusra jellegzetes egyes röntgenológiai jelenségekkel. A gyomorulcussal szemben az általános tudat szerint a gyomor gyors kiürülése és gyomorbéli ulcusra valló laesionnak hiánya szolgálna elkülönítő differentialdiagnostikai jelként. De hogy ilyen tünetek mellett is megtörténhetik, hogy gyomorulcust vagy ulcuscarcinomat és nem duodenalis ulcust találunk, azt bizonyítja a következő eset:

W. A. 41 éves napszámos, felvételt 1912 október 22.-én. Állítólag 2 év előtt betegedett meg, gyakran voltak gyomortáji fájdalmak,

<sup>105</sup> Budapesti Orvosi Ujság, 1912. 28. sz.



felbőfőgései. Gyakran hány. Belső kezelésre 1 évig elég jól érezte magát, fájdalmai ritkán jelentkeztek, csak ritkán hányt. Most 2 hét előtt újból gyomortáji fájdalmak jelentkeztek, azóta savanyú felbőfőgései vannak és mindent, úgy folyékony, mint szilárd ételt kihány. Fájdalmai rendszerint 1–1½ órával az étkezés után jelentkeznek, ugyanekkor bőfőgni kezd és végül hány. Hányadék a keserű ízű és bűzös, állítólag több ízben volt kávé aljszerű. Széke állítólag fekete, szurokszerű. Az utóbbi időben sokat soványodott.

Status praesens: Elég jól fejlett, kissé lesoványodott férfi. A has behúzódtott, az epigastrium tája kissé érzékeny, resistentia azonban a hasban nem mutatható ki. Kopogtatási eltérés nincs.

Éhgyomorra pár cm<sup>3</sup>, makroszkopice is vért tartalmazó gyomor-nedvet kapunk, mely szabad sósavat tartalmaz.

Mikroszkop alatt sok vörös véresejt, pár leukocytá.

Próbareggeli: Kb. 150 cm<sup>3</sup> vért tartalmazó, elég jól emésztett nyálkás gyomortartalom, mely szabad sósavat tartalmaz.

Szabad sósav: 33, összaciditás 50. A székleiben igen sok vér van.

Röntgen-lelet (Szt. István-kórházi Röntgen-laboratorium): Úgy a gyomor, mint a duodenum telődése akadálytalanul történik. A kiürülés feltűnően gyors. Etelfelvétel után 2 órával a gyomor majdnem teljesen üres. Duodenalis ulcusra utaló Röntgen-kép nem található.

Műtét 1912 október 28.-án. Bemetszés a középvonalban. A duodenum teljesen ép, a gyomor kis curvaturáján a pylorustól kb. 3 ujjnyi távolságra callosus fekély, mely az elülső és hátulsó falra áterjed és kb. koronamekkoarságú. Ezt rhombus-alakban kimetszszük és a gyomor-sebet serosus varratral járjuk, a varratvonalat az omentum minusból vett lebenynyel fedjük. Teljes hasfalzárás, réteges hasfalvarrat. Zavar-talan lefolyás. 1912 november 12.-én a beteg gyógyultan távozott, összes panaszai megszűntek. A fekély mikroszkopos vizsgálata (Goldzieher dr.) rákos degenerációt mutatott ki.

És végül egy eset, melyben az anamnesis, a klinikai lelet és a Röntgen-lelet összevetése alapján nagy valószínűséggel duodenalis ulcusra lehetett gondolni és a melyben az appendix kisfokú vastagodásán, megkeményedésén és a vastagbél tágulásán kívül semmit sem találtunk, dacára annak, hogy *Eve* és *Wilms* szerint belülről is végigtapintottuk a gyomor és duodenum nyálkahártyáját.

R. B. 25 éves, kereskedő. Felvétetett 1913 február 12.-én. Kb. 6 év óta vannak gyomorpanaszai. Étkezés után 3–4 órával gyomornyomása, gyomorégése volt, mely csak akkor szűnt meg, ha felbőfőgött vagy hányt. Ezen gyomornyomása és fájdalmai eleinte 2–3 hetes időközben jelentkeztek, később mind gyakrabban.

Múlt év deczembere óta állapota súlyosbodott, a mennyiben a gyomorfájdalmai igen intenzívek lettek; különösen a szegycsont alatt, a középvonaltól kissé jobbra érezte a fájdalmat. Majd mindennap hányt, hányadék keserű ízű volt, véres azonban sohasem és mindig csak a pár órával előbb elfogyasztott ételt tartalmazta. Széke mindig rendetlen volt, székleitében azonban véres sohasem volt. Status praesens: A középvonalban a köldök felett, attól jobbra kisfokú nyomásérzékenység. Próbareggeli: 100 cm<sup>3</sup>, jól emésztett; HCl = 43; összaciditás: 59.

Röntgen-lelet (Holits dr.): 6 órára üres gyomor. Bismuth kevés a kismedenczében, a többi a colon ascendensben és transversumban, részben már a descendensben is. Bismuthvíz: igen bőven tölti ki a duodenumot is. Bismuthpép: pipa-alakú gyomrának nagy görbülete 1–2 ujjal a köldök alatt. A pars pylorica csigaalakúlag kunkorodik fel és befelé a kis görbülethez. Nyomásérzékenység kissé a pylorus felett. Jó peristaltika. Röntgen-diagnózis: Ulcus pyloro-duodenalis adhaesiv. chron.

Műtét ezen diagnosissal 1913 február 19.-én. Bemetszés a középvonalban. A gyomor, duodenum puffadt egészen a flex. duod.-jejun.-ig. Azonban fekély gondos vizsgálattal sem található sehol sem. Mivel kívülről nem tapintunk fekélyt, a pylorus felett a gyomor hosszteneglyére haránt irányban bemetszszük a gyomrot s ujjunkkal megvizsgáljuk belülről a duodenumot és a gyomrot, de fekélyt így sem lelünk. A gyomor-sebet 2 rétegben elvarrjuk. Az epehólyag vékonyfalú, szabad. A colon tág, a colon transvers. feltűnően hosszú, az appendix szabad, a vége bunkószerűen megvastagodott és egyáltalán valamivel keményebb tapintatú. Appendix-resectio. A hasüreg elzárása. Teljesen sima, láztalan gyógyulás. A műtét után való nap felkelt, azóta jó étvágygal eszik, hányása elmúlt. Semmiféle nehézsége sincs. Márczius 1.-én teljesen jó közérzéssel távozott.

A munkám elején összefoglalt 22 operált esetem közül, melyekben pozitív biztossággal tudtam kimutatni az operatív biopsia alkalmával a duodenalis fekély jelenlétét, 11-ben történt előzőleg Röntgen-vizsgálat. Ezek közül 6 ízben fokozott peristaltikát, 5 ízben lassú kiürülést (ezekből 2-ben renyhe, 3-ban élénk peristaltikával) mutatott a Röntgen; ezen esetek közül a műtét 4-ben kifejezett stenosiszt mutatott, az ötödikben stenosis nem volt jelen; tapadó bismuth-folt 1 esetben mutatkozott (12.), a gyomor jobbra húzódnása egy ízben volt kimutatható (11.), negatív volt a Röntgen-lelet egy esetben (8.). 3 esetben volt jelen a duodenumra lokalizált nyomási érzékenység, 2-szer a pylorus rigiditása. Egy esetben állandó be-

húzódnást mutatott a gyomor a nagy curvatura mentén (hasonlóképpen a *Bársony* és *Báron* által leírt spasmosos homokóragyomor-esetekhez), a peristaltika renyhe, 6 óra múlva a gyomorban még 2 evőkanálnyi bismuth-pép (9. eset). A műtét a duodenumon igen nagy kiterjedésű heget mutatott.

Összefoglalólag a Röntgen-vizsgálat értékéről a duodenalis ulcus diagnózisában azt mondhatjuk, hogy annak eredményét mindig csak bizonyos fentartással és óvatos mérlegeléssel szabad a diagnózis alapjául elfogadnunk; hogy önmagában csak kivételes esetekben biztosítja a diagnózist, más tünetekkel s az anamnesissel együtt azonban a diagnózis felállítását hathatósan előmozdítja.

Ad 3. A laboratoriumi vizsgálatok közül főleg a gyomortartalom és a székleit vizsgálatát bir fontossággal.

A gyomor motilitásában csak súlyos stenosisok okoznak kifejezettebb zavart, apróbb kiürülési nehézségek azonban úgy látszik többször fordulnak elő. A gyomor próbavacsora után reggel üres, de a *Leube*-féle próbaebéddel 7 óra alatt nem birkózik meg (*Günzburg*). *Mayo* szerint minimalis retentio, apró táplálékresztleteknek 8–12 óráig való visszamaradása a gyomorban rendszeresen kimutatható mindazon fekélyek jelenléte alkalmával, melyek 2 hüvelyknyi területen belül fekszenek a pylorus szomszédságában.

*Strauss* is tapasztalt ilyen „parapyloricus” fekélyek esetében időnként kisebb motilitási zavarokat; ezeket pylorus-spasmusra vezeti vissza.

A gyomor secretorius funkcióját tekintve, a leggyakoribb változás, a melyet duodenalis ulcus kapcsán találunk, a hyperchlorhydria és hyposecretio. A szerzők egy sora szerint (*Robson*, *Mayo*, *Bidwell*, *Waterhouse* etc.) rendszerint jelen van, hacsak organikus stenosis okozta pangás nem változtatja meg a gyomor chemismusát. Viszont már *Collin*, majd *Leube*, *Blad* és mások leírtak ulcus duodeni-eseteket, a hol a szabad sósav teljesen hiányzott. *Gibson* szerint a szabad sósav jelenléte és mennyisége duodenalis ulcushoz igen változó. *Einhorn* mind a 6 esetében kifejezett hyperchlorhydriát talált. *Ewald* 11 ez irányban megvizsgált duodenalis ulcus-esete közül 9 volt hyperacid, 1 normacid, 1 subacid. *Strauss* 10 esete közül 6 volt hyperacid, 3 norm. aciditású, 1 subacid. *Adams*<sup>106</sup> 20 esete közül 14 hyperacid, 4 norm. acid. és 2 subacid volt. *Borszék*y 11 esete közül 7 volt hyperacid, 1 subacid, 3 norm. aciditású. Saját 13 esetem kívül 10 volt hyperacid és 3 norm. aciditású. *Moynihan* szerint, kinek a legnagyobb tapasztalatai vannak e téren, az esetek 40%-ában hyperaciditás, 40%-ában normalis aciditás és 20%-ában subaciditás van jelen. Az aciditásban mutakozó nagy eltéréseknek okát *Moynihan* két körülményben látja:

1. Abban, hogy úgy látszik, miszerint a geographiai viszonyok is bizonyos befolyással bírnak az ulcusbetegeken talált hyperchlorhydriára. Cítálja az 1909. évi wiesbadeni belgyógyászati congressus vitáját, melyből kiderült, hogy míg Münchenben kivételesen fordul elő gyomorulcusos betegeken hyperaciditás, addig Északnémetországban majdnem állandóan jelen van.

2. Abban, hogy a sósavtartalom a betegség különböző stadiaiban változik. Aktiv friss ulceratiók mellett, a fájdalom stadiumban véleménye szerint az esetek többségében van hyperchlorhydria, a fájdalmas szakok után, valamint stenosisok esetében a szabad sósav mennyisége megkevesbedett lehet, vagy teljesen hiányozhatik is.

Vér jelenléte a gyomortartalomban inkább gyomorulcus mellett szól, de duodenalis fekély kapcsán is előfordulhat; rendszerint azonban csak profus vérzések esetén jut be a gyomorba és ilyenkor oly mennyiségben, hogy haematemesis áll be. *Kühn* egy duodenalis fekély esetében azt tapasztalta, hogy gyomormosás végén véres epe keveredett a mosóvízhez. Általában véve azonban a vér hiánya a gyomortartalomban és jelenléte a székleitben ceteris paribus ulcus duodeni mellett szól (*Ewald*, *Umber*, *Kühn* stb.).



A székletében lévő vér makroszkopos megtekintéskor csak akkor ismerhető fel, ha nagy mennyiségben van jelen. Kis mennyiségű vért állandóan veszíthet a beteg, sőt ezen állandó vérvesztés folytán nagy mértékben anaemiássá is válhatik, a nélkül, hogy a bélsárban makroszkopos megtekintésre vér volna kimutatható. Egyszerű kémiai módszerekkel (benzidin-, aloinpróba stb.) azonban ezen makroszkoposan észre nem vehető, úgynevezett „occult” vérzés igen könnyen kimutatható. Positív vérelet a székletében, ulcusra egyébként gyanús tünetek mellett, ha kifejezett és állandó, igen fontos és megbízható diagnostikai jel; sajnos azonban, hogy az esetek egy jelentékeny részében ezen occult vérzés kifejezett ulcus jelenléte dacára hiányzik. *Moynihan* 20 műtéti autopsiával beigazolt duodenalis ulcus esetében vizsgálta meg a székletétet vérré; <sup>107</sup> 10 esetben volt vér a székletében, 2 esetben szabad szemmel volt látható, 8-ban csak kémiai úton lehetett kimutatni; 10 esetben semmiképpen sem találtak vért a székletében, ezek közül háromnak az anamnesisében szerepelt melaena.

Az általam operált duodenalis ulcusok közül 8-ban történt occult vérzésre vizsgálat; ez pozitív volt 5-ben, negatív 3-ban; mindhárom esetben, a hol az occult vérzésre való vizsgálat negatív eredménnyel járt, szerepelt az anamnesisben melaena és pedig 2 esetben (6., 8.) igen profus, többszörösen ismétlődő bélvérzés.

*Craven Moore* szerint, <sup>108</sup> ha az ember naponta vizsgálja hosszabb időn át az ulcus duodeniben szenvedők székét, mindig kap vért. *Blad* <sup>109</sup> szerint pedig diatahíák és testi megerőltetések után kell a székletétet vizsgálni; így kapott 4 oly esetben is pozitív véreletet a székletében, a hol előzőleg a vérzésnek semmi klinikai jele sem volt.

Annak kimutatására, hogy a duodenumban történik a vérzés, *Einhorn* <sup>110</sup> egy eszközt (Duodenaleimerchen) konstruált, melyet a beteg lenyel és éjjelen át magában tart s reggel éhgyomorrra kihúzza. Ha a fonálon a fogsortól 58—66 cm.-nyire vérfolt van — a mit 5 esetben tapasztalt —, az szerinte duodenalis fekély bizonyítéka. *Ewald* nemcsak duodenalis fekély esetében nem látta, de gyomorfekély esetében sem tapasztalta, hogy a fonál véressé vált volna. Különben szerinte épp duodenalis fekély esetében a pylorusspasmus megakadályozza a csészécskének a duodenumba jutását. Bármint legyen is, az bizonyos, hogy az eszköz a gyakorlatba nem ment át, még kevésbé a *Gross* <sup>111</sup> által ajánlott duodenalis cső.

A vizeletvizsgálattal a duodenalis fekély egyes következményes állapotaira nézve kaphatunk felvilágosítást, ha t. i. a vizeletben epefestéket vagy cukrot (*Sohlern*, *Blad*, *Robson*) sikerül kimutatni. A *Cambridge*-próbát is több oldalról ajánlották (*Robson*, *Lewin*, *Herschel*); *Ewald* szerint semmi diagnostikai jelentősége sincs.

Ad 4. Az általános jelenségek közül főleg az *anaemia* az, mely a figyelmet ulcus duodenire felkelti. Sokszor találjuk citálva az irodalomban *Devic* és *Roux* esetét, melyben a duodenalis ulcust perniciosus anaemiának nézték. Súlyos anaemiák esetében tehát mindig kell duodenalis ulcusra gondolnunk, különösen, ha a vékép vérzésből származó secundær anaemia mellett szól és a vérzésnek forrását nem ismerjük. Általában véve azonban a duodenalis ulcus a betegek táplálkozási állapotát nem szokta lerontani s a betegek külseje, tápláltsága, súlyos panaszok mellett is, különösen a roham közötti időközökben, midőn időleges szünet áll be, s a beteg újra rendesen táplálkozik, jó lehet. Éppen ezért gyakran nem szoktak ezen panaszoknak hitelt adni s a beteg baját egyszerűen ideges dyspepsiának minősítik. Ezt megerősíteni látszik, hogy sok esetben a kiállott szenvedések és a táplálkozással való bajok a beteget csakugyan idegessé, me-

lancholiássá, munkaképtelenné teszik. Ha nagyobbfokú stenosis és komoly passagezavar áll be, ez természetesen rohamos fogyásra vezet. Más szövödmények lázat, icterust stb. dézhetnek elő.

(Folytatása következik.)

## Pertik Ottó

1852—1913.

30 évvel ezelőtt a világ legjobb egyetemei közé tartozott a strassburgi. A hódító németek francia érzelmű, gazdag művelt lakosságot találtak Elzászban, a melylyel nem bántak el oly egyszerűen, mint pl. a poseni szegény lengyelekkel vagy a sziléziai morvákkal, a kiknek nyomoráról, elnyomottságáról *Virchow* 1848-ban typhusvizsgálatai kapcsán oly meghatározó, de annyira felháborító képet rajzolt, hogy e miatt berlini prosecturáját is elveszítette.

Elzásznak gazdag földje, bányái, erős ipara boldog, szorgalmas és nagy műveltségű népet neveltek, mely zárt blokkban néma, de annál határozottabb resistenciát üzött a német hódítókkal szemben. Ezeknek érdekében állott nem keseríteni el a végsőkéig a lakosságot. A kormányzás tehát szelid volt és inkább rengeteg hatalmának fényével, liberalismusával és főleg culturalis fegyverekkel törekedett az a népet megnyerni. Az iskolákba, az egyetemre Németország legjobb erőit küldte és különösen az orvosi fakultás, melyben *Waldeyer*, *Recklinghausen*, *Schmiedeberg*, *Lücke*, *Kussmaul*, *de Bary* stb. működött, örvendett nagy és megérdemelt hírnévnek.

1880 őszén egy fiatal orvos kopogtatott báró *Recklinghausen*-nál, kérve, hogy neki intézetében helyet adjon. Átható, szűrő pillantás fogadta. „Sie sind *Pertik*, Assistent bei *Waldeyer*. Ich kenne Sie. Sie sind Ungar, grosser Freund der Franzosen. Ich kann sie nicht brauchen” — volt a le-sújtó válasz.

A tanulási vágy azonban győzött. *Pertik* beiratkozott hallgatónak és mint ilyen egyszer egy, a nyirokpályákat ellepő carcinoma-esetet oly mesterien praeparált, hogy *Recklinghausen* rögtön lerajzoltatta a készítményt *Wittmarck*-kal, az egyetem rajzolójával. Pár nap múlva volt karácsony. Estére meghívta magához *Pertik*-et, ki a karácsonyfán névjegyszerű czédulát talált: „*Otto Pertik*, I. Assistent bei *Recklinghausen*” felirással.

Egy boldog és *Pertik* életében többé soha nem ismétlődő aranykor kezdődött most számára. Főnök és segéd versenyezett szorgalomban és munkakedvben. A tanszék, mely a világ legrégibb kórboncztan-tanszéke volt — *Lobstein* 1819-ben kreálta, míg a párisi 1836-ban, a berlini csak 1856-ban állítottatott fel —, akkor már gazdag gyűjteményekkel birt. Számos külföldi orvos kereste fel. A klinikus tanárok naponként ellátogattak és minden esetet a legélénkebben megbeszéltek. Pulzáló, visszhangzó élet fejlődött, megtermékenyítve a fogékony lelket. A kórboncztan is akkor élte kritikus éveit, *Rokitansky*-nak ragyogó leírásai és egyszerűnek látszó, de voltaképpen erőszakolt stadiumai háttérbe kezdtek szorulni *Virchow* felfogása előtt, mely szerint a betegségek csak pathophysiologiai reakciói a körcsírákkal küzdő szervezetnek és megszakítatlan láncolatai az élettünetek folytonosságának. *Virchow* felfogásával szemben is azonban egészen új nézetek kezdtek elhangzani a betegségek okait illetőleg. *Pasteur*, *Billroth*, *Hansen*, *Koch* csodálatos apró lényeket fedezett fel, melyek egészen új képet adtak a fertőző betegségek eredetéről, sokszor okká téve az okozatot. Így *Recklinghausen*-nak *körnig-fibrinöse Embolie*-járól, melyet a pyaemiában elhaltak vese- és májában talált, kitűnt, hogy az nem degeneratio eredménye, hanem a kórt előidéző csírák halmaza. A tudományos világ izgatott volt. Minden nap újabb

<sup>107</sup> The Lancet, 1910, január 6.

<sup>108</sup> Cf. *Moynihan* ibid.

<sup>109</sup> Az északi sebész-társaság IX. gyűlésének tárgya. Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1911.

<sup>110</sup> Deutsche med. Wochenschrift, 1909.

<sup>111</sup> Berliner klin. Wochenschr., 1912, p. 134.



nagy felfedezéseket hozott, folyton letűntek elfogadott nézetek, a mi ma megdöntötte a tegnapi, holnap a múlté lett.

Emlékezem, hogy *Scheuthauer* tanár előadásaiiban kissé vaskos humoros ösztönöségével, mely önmagát sem kímélte, így fakadt ki egyszer: „Őnök azt fogják mondani, hogy ez a *Scheuthauer* egy vén hazug. Most harmadszor kell visszavonnom azt, a mit e félévben a *streptococcus pyogenes*-ről mondtam”. Egy „Umwertung aller Werte” következett be, melyben *Scheuthauer*-nek lelkiismeretes kritikátlanága még mindig sokkal hasznosabb volt, mint elődének, *Arányi*-nak könnyelműsége, melylyel a kórbonczolástani ügyét egy kis kátával, kérdésekben és feleletekben vélte megoldhatni.

*Pertik* tehát lelkesedéssel dolgozhatott. Nagy előnyére szolgált kitűnő készsége, melyet *Scheuthauer*, *Mihalkovics* és *Waldeyer* oldalán 5 éven át szerzett. Művésze lett a technikának és saját maga kifejlesztett egy bonczolási eljárást, melylyel még tanítványai is, ha külföldön itt-ott bonczoláshoz juthattak, nagy elismerést arattak. Ekkor keletkeztek legszebb dolgozatai a myelinről, a zsíremboliáról, az epehólyagról, a gyomordiverticulumokról stb. Főnökével a lehető legjobb viszonyban élt és sírig tartó meleg barátság fejlődött ki közöttük, a melynek jeléül, mikor *Recklinghausen* meghalt, könyvtárának legbecsesebb részét a család *Pertik*-nek ajándékozta. Hogy korábbi főnöke, *Waldeyer* mennyire szerette, napjainkban is láttuk, mikor Berlinből lerándult Budapestre *Pertik* meglátogatására. *Waldeyer* vállalta magára *Pertik* jubileumának rendezését is, melyet 25 éves tanítói működésének emlékére pár hét múlva akartunk megtartani. A jubileumból, sajnos, gyászszünetpély lesz.

Daczára a meleg barátságnak és loyalis hálaérzésnek, melylyel *Pertik* német tanárai iránt viseltetett, igazi sympathiája mégis a francziák felé vonzotta. 30 évi távollét sem tudta megszakítani azokat a kötelékeket, melyek őt egyes nagy francia családokhoz, a *Herrenschmidt*-hez, a *Lebel*-hez, a *Binot*-házakhoz fűzte. Ezekben a régi patricius-családokban új otthont kapott, élvezte azok milieujét, parkjait, képtárait, azokat a gyönyörű koncerteket, melyeket a szépet és minden jóért rajongó gazdag polgárcsaládok előtte a legszívélyesebben megnyitottak. A harmoniára jellemző volt, hogy se a németek, se a francziák nem féltékenykedtek rá és hogy *Recklinghausen* sem tett kifogást, a mikor *Pertik*, látva a bakteriológiának mind nagyobb fontosságát, sűrűn kezdett *de Bary*-nak mykologiai laboratóriumába járni. E vizsgálatok lassankint egészen magával ragadták. A bakteriologia fontossága mind szembeötlőbb lett. Evidens volt, hogy a *Virchow*-féle bonczolástani és a *Pasteur-Koch*-féle bakteriologiai irány közötti űrt át kell hidalnia, ha modern pathologussá akar válni. *Pertik* hamar határozott. Francia barátai révén meghívást eszközölt ki *Pasteur*-tól, hogy magát ott tovább képezze, visszatartva egy Dublinból jött felszólítást az ottani kórbonczolástani tanszék elfoglalására. *Pertik* előtt megnyílt a legnagyobb *carrière* és ha követte volna hajlamát, neve ma *Roux*, *Duclaux*, *Mecsnikov* sorában említeték. Ekkor érte azonban a tragikum.

1885. év végén *Pertik*-et értesítették arról, hogy a Vöröskereszt-egylet Budapesten nagyszerű új kórházat épít. Közel 8 évi távollét után *Pertik*-ben fölébredt a honvágy. Érezte, hogy sok olyant tud, a mit otthon kívánatos lesz terjesztenie, annál is inkább, mert *Babes*, a kórszövettan tanára is elhagyta pesti állását. Nagy tervekkel jött haza, abban a reményben, hogy itthon szerény, de biztos existenciát talál és ugyanolyan pulzáló élet apostola lehet, a mint a melyet Strassburg nyújtott neki.

A csalódások sorozata várta itthon. A kínált állás egyszerűen nyomorúságos volt. Évenként 40–50 bonczolás, esetenként 3 frt keresmény! Ebből kellett volna megélnie! Laboratóriumnak nyoma sem volt. A klinikusok nem karolták föl. Egyik tüntetőleg kérdezte, hogy mikor megy már vissza folytatni félbeszakított pályáját, ott azonban be voltak töltve az állások. Érezte, hogy feláldozta jövőjét, hogy bizonytalanságba vetette magát s hogy munkaképességének legszebb idejét várakozással kell eltöltenie. Egyik-másik barátja ugyan megpróbált segíteni rajta. *Balogh* a gyógyszerintézetben,

később *Wagner* a belklinikán adott neki egy kis szobát, abban egy asztalt és egy széket, ezzel azonban csak annál fájdalmasabb lett tehetetlen nyomorúsága. Lassankint erőt vett rajta a kétségbeesés. Belátta, hogy úgy tudományos, mint anyagi tekintetben tönkremegy, ha várakozik és már-már elhatározta, hogy búcsút mond rideg hazájának és mint annyi más jelesünk, végleg külföldön telepszik le, a mikor a véletlen még egyszer megsegítette.

1887-ben egy borzalmas typhusepidemia tört ki és a megrökönyödött hatóság tanácstalanul állott vele szemben. A főváros közegészségügyi helyzete a lehető legmizserább volt. Óriási halálozás, régi házak, piszkos utcák, hiányos csatornázás, rossz ivóvíz: egyik járvány a másik mellé sorakozott. A mai körutak helyén díszlett a „cholera-gyűrű”, mocsaras, nedves, mélyenfekvő egészségtelen városrész. A fertőző betegeket a barakk-kórház várta, egy az utcánál mélyebb, földszintes faalkotmány, mely egyvelegben fogadta magába a cholera, a himlő, a skarlát, a diphtheria és typhusos stb. betegeket. Különösen azonban baj volt a rossz ivóvíz. A régi budai kutak és a még régiebb *Lindley*-féle szűrőtárnák, melyek a Margit-hídtól a parlamentig húzódtak, jó vizet adtak ugyan, de nagyon keveset, úgy hogy mesterséges homokszűrőket építettek, még pedig rosszul, ülepítő medencék nélkül és mikor ezek sem győzték a vízszállítás, egy *Gerson*-féle szűrőt állítottak fel, a hol kokszzarabokon folyt át a víz. A mikor ez sem volt elegendő, egy a mai képviselőház fölött állott szivattyú-telep híres C. gépével egyszerűen beszivattyúzták a Duna szűrtelen vizét a reservoirba.

Ebben a helyzetben érte a fővárost a nagy typhus-epidemia. Az akkori tiszti főorvos, *Gebhardt*, nem bírt ugyan nagyon modern képzettséggel, de kötelességtudó és erélyes ember volt és *Pertik*-ben a kívánt segéderőre akadva, megmentette őt a fővárosnak. Keresztülvitte, hogy kinevezték őt az újonnan épült Szent István-kórház prosectorává. Ezzel tudományos anyagot és egy piczike laboratóriumot juttatott neki, sőt *Pertik* tanácsára létesítette a már lényegesen jobban berendezett fővárosi bakteriologiai intézetet és ezzel biztosított magának egészségügyi kérdésekben egy állandó szakkezeget.

Alig készült el a laboratórium, kitört az 1892. évi cholera. A helyzet még mindig siralmas volt. Özönével jöttek a betegek; a barakk-kórház a zsúfolásig megtelt cholera-ágyúval, a kiket a bakteriologiai vizsgálat szerint kellett volna elkülöníteni. A hatóságok megrohanták az intézetet vidéki esetekből származó anyaggal és a lefoglalt, fertőzött országokból származó küldemények vizsgálatával. Egyszer 5000 hordó halat, mások sok vagon bört, papírgyártásra való rongyokat, parókának való emberi hajakat stb. küldtek. A megriadt nép feljelentett egyes spiritusgyárakat, hogy a főváros belterületén valóságos hegyeket gyűjtöttek az ott hizlalt állatok trágyájából. Orvosok, gyógyszerészek, choleraellenes szereket kezdtek ajánlani, melyeket ki kellett próbálni. Volt olyan nap, hogy 10 bonczolást is kellett végezni a cholera-barakokban, a hová a Szt. István-kórházból egy árok átugrása után lehetett jutni és ott egy kis olajmécse fénye mellett bonczolni. Egy kád állott az asztal mellett, melybe minden, a mi az asztalról lekerült, belefolyt és a melyet néha-néha az árokba öntöttek ki. Segédünk nem volt. *Pertik*-nek folyton a ministeriumba, polgármesterhez, helyszíni szemlékre kellett futkosnia keresztül-kasul a városon, a honnan rendesen kimerülve, átfázva érkezett meg. Én segéd társammal, dr. *Kaiser Károly*-lyal végeztem az összetörődő munka ránk eső részét — igazi szerencse, hogy egy érdeklődő angol, dr. *A. J. Wall* jött segítségünkre, a ki a munkában minket kíségetett és a kinek angolul le lehetett a bonczolási és vizsgálati jegyzőkönyveket diktálnom.

Egyéb depresszív kellemtelenségeink is voltak. Minden elfáultság mellett is megilletődött az ember pld. a foudroyans cholera-esetek láttára. Én az *F*-pavillonban laktam s a pavillon-szolga minden este összeállította tea-főzőmet, reggel pedig, a mikor még aludtam, újra bejött, kitakarította és megint összerakta azt. Egy reggel láttam, hogy a takarítás elmaradt.



Nem volt időm várakozni, mert sok bonczolás volt a barakk-kórházban jelezve, át kellett sietnem és borzadva láttam, hogy az a szolga, a ki még este nálam takarított, a bonczoló-asztalon fekszik.

Még jobban megnehezítette az eredményes munkát a hatóságok czivakodása. Szegény collegánk *B. D.*, ki akkor rendőrorvos volt, súlyos idegbajának első előtűneteként querulans lett, megvádolta a polgármestert, *Gebhardt*-ot, *Pertik*-et, *Gerlóczy*-t, *Ángyán*-t, stb., hogy ezek az egész cholera csak kitaláltak, vagy legalább is mesterségesen fentartják a közönségben az attól való félelmet a járvány megszűnté daczára. Az akkori belügyminister, *Hieronimi*, felült e vádaknak és bizonyos ténykedési viszketeg által sarkalva, elhatározta, hogy „szétüt a handán”. Az alkalmat egy a Kristóf-téri péküzletben szolgáló és ott lakó segéden fellépett choleraeset szolgáltatta. A lefolyás típusos volt, a dejectumban tiszta culturában volt a vibrio. *Hieronimi* váratlanul megjelent a barakk-kórházban, a hol akkor már csak 4 beteg feküdt s elrendelte ezek kiküldését. A főorvosok becsületére legyen mondvá, e rendeletnek úgy tettek eleget, hogy a betegeket egy másik szobába helyezték át. *Hieronimi* onnan a bakteriologiai intézetbe jött és előkövetelte a péklegényre vonatkozó praeparatumokat, belekukkant a górcsőbe és kijelentette, hogy ezek nem cholera-bacillusok. *Pertik* erre szótlanul vállat vont és hátat fordított a miniszternek. Erre ez a jegyzőkönyvben kezdett lapozni s meglepetéssel látta ott az angol beírásokat. Beszélgetni kezdett *Wall* dr.-ral s véleményét kérte a járványt illetőleg. *Wall* megjegyezte, hogy végigkísérte a spanyol, az indiai és hamburgi cholerajárványt; látott nehezebb eseteket, de az orvosokra nehezebb körülményeket alig. *Hieronimi* hallgatva távozott, a fennen hirdetett fegyelmi és a kormánybiztos elmaradt s az orvosok jutalma emberfeletti munkájukért meglett: nem csapták el őket.

Positiv haszna a choleraepidemiának az volt, hogy a főváros megalkotta a központi fertőtlenítő intézetet és vízművét. Kalandos tervek merültek föl erre. Voltak, a kik a Garam forrásait, mások a tatai tavat akarták bevezetni. Ismét mások vegyi vagy mechanikai filtrálást ajánlottak. *Pertik* rengeteg vizsgálatot végzett, a melynek eredményeként kimutatta, hogy a mesterséges szűrők rosszak voltak, mert nélkülözték az ülepítő medenczét, filtrálóképességük csekély, áteresztették a cholera-bacillust, mely megjelent a szűrt vízben és terjesztette a járványt. Kimutatta ugyanakkor, hogy a káposztásmegyeri homokréteg kitűnő, természetes szűrőtül kínálkozik. E vizsgálat a legszerencsésebben kiegészítette *Wein Mátyás*-nak terveit a káposztásmegyeri perpendicularis kutak fúrását illetőleg, melyek azóta elkészültek és áldásosan működnek.

Lassankint elült a cholera. Rendes kerékvágásba kerültek a viszonyok, de még így is elég kellemetlenek voltak. A szent István-kórház még akkor igen távol esett a fővárostól, Lóvasút járt a Ludoviceumig, de oly ritkán, hogy egy-egy órát kellett számítani a ki-bemenetelre. A kórházban alig voltak meg a szükséges resourceok. Könyvtár, múzeum hiányzott. Ebédet nem lehetett künn kapni. Nagy sártócsákon kellett átgázolni. A kinek naponként négyszer kellett megtenni az utat, nem szabadulhatott attól az érzéstől, hogy mesterségesen pocskoltatják el vele idejét. Valóságos megváltás volt *Pertik*-re, mikor *Scheuthauer* halála után az 1894. év elején bekerült a Rókus-kórházba és a régi kórbonczatani intézetbe. Ez már a hatodik, illetve a hetedik működési helye volt Budapesten. A vándorlás azonban még tovább tartott, még a Baross-utczában kellett egy provisoriumot kiállania, míg végre berendezkedhetett a Mária-utczai bonczolástani épületben. Ide már betegem került; utolsó hajlékát, a külső klinikai bonczolástermét már nem is látta.

E sok hányódás daczára *Pertik* mindvégig megtartotta munkakedvét és különösen valóságos élvezettel tartott kórbonczolástani demonstratiókat, melyek rendkívül tanulságosak voltak. Kevés ember tudott úgy munkára buzdítani, mint ő. Laboratoriuma valósággal találkozóhelye volt 20 éven át a te-

hetséges fiatal orvosoknak. Jó nyelvismeretekkel bírt, gyönyörűen beszélt németül és francziául. Szorgalmára jellemző volt, hogy életének utolsó éveiben súlyos betegség által gyötörve, kezdett angolul tanulni. Nagy morális bátorság jellemezte. A moszkvai congressuson, hol Magyarországot képviselte, a czár nagybátyjának szemébe mondta, hogy a legszébb uralkodói erény: la clémence et la pitié. Mint fővárosi bizottsági tag is bátran síkra szállt az igaz ügy érdekében és a tanári kari üléseken is sok jó idea származott tőle.

Az utolsó 10 év számára a szenvedések láncolata volt, egy régi polyarthritisből kifolyólag aortainsufficienciát és ost. ven. sin. stenosiszt kapott, majd polyserositis fejlődött, a mely folytonos punctiókkal kínos és sokszor a fuldoklásig menő légzési és keringési nehézségek után végre kimerítette.

Kitűnő tanító, az ifjúság igaz barátja, modern, liberális európai ember volt, kit eleinte a sors tenyerén hordott, majd folyton vert, de a ki életével és kötelességtudásával fejlődő nemzetünknek még sokáig világító példát adott.

Nékám Lajos.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**A bakteriumok természetrajza.** Irta: *Aujeszký Aladár* dr. 289 rajzzal a szövegben és öt színes melléklettel. 920 négyedréti l. Budapest, 1912. A M. Tud. Akadémia segédkezesével kiadta a K. M. Természettudományi Társulat.

A bakteriumok titokzatos világa iránt már régóta élénken érdekődik a nagyközönség. Ma már minden műveltebb ember tud legalább annyit, hogy a fertőző betegségek előidőzésében apró, láthatatlan élőlények szerepelnek, melyek a beteg egyénről és fertőzött tárgyakról könnyen ragadnak át az egészséges emberre és állatra. Mind szélesebb körben terjed az érzék a tisztaság, mint a fertőző betegségek ellen való védekezésnek leghatékonyabb módja iránt és a tisztaságra irányuló törekvés nagyban támogatja az orvosokat és a hatóságokat a járványok ellen való küzdelmükben. Magokat a betegségeket okozó élőlényeket azonban vajmi kevesen ismerik csak felületesen is; általában apró állatocskáknak gondolják, már csak azért is, mert a ragályok szállékonyasága és a testben való terjeszkedése mozgó lényekre látszik utalni, a mozgás pedig az állati életnek legszembeötlőbb nyilvánulása.

Nemcsak az általános műveltséget terjeszti, hanem a közegészségügyet is szolgálja tehát az olyan könyv, mely a nagyközönséget a ragályok mivolta felől tájékoztatja s ezzel arra képesíti, hogy nemcsak sejtelemszerűen, hanem czél tudatosan védekezzék velök szemben. De másrészt hasznos a közönség tájékoztatására afelől is, hogy a bakteriumok nem mindig csak bajt, betegségeket okozó lények, hanem hogy fölötté hasznos szerepet is töltenek be a természet háztartásában, nevezetesen a szerves anyagok elbontásában, azonfelül pedig sok ipari termék előállításában, valamint különösen a növénytermelés terén.

A természettudományokat fölötté dicséretes módon népszerűsítő Természettudományi Társulatot méltán elismerés illeti meg azért, hogy módot és alkalmat nyújtott egyik legkiválóbb bakteriologusunknak arra, hogy az általános bakteriológiát előkelően népszerű modorban ismertető, igazán szép, értékes könyvet megírja. Épp oly elismerés illeti meg azonban a szerzőt is azért, hogy a mindenképpen nehéz feladatra vállalkozott, s még nagyobb azért, hogy azt oly sikeresen oldotta meg.

Lehetetlen a vaskos kötet tartalmát csak vázlatosan is ezen a helyen ismertetni. A bakteriologia történetén kezdve, miközben szóban és képen megismertet e tudomány szak-



legkiválóbb képviselőivel, nagy, de azért egészen jól tájékozott vonásokban tárgyalja a bakteriumok elterjedését a természetben, alaki és biológiai tulajdonságaikat, külön fejezetben betegségeket okozó hatásukat, az immunitástan szövevényes problémáit, vizsgálatuk módszereit s mellékesen, de azért szintén jól áttekinthetően, a protozoonokat, valamint a penész- és sarjadó gombákat is. Különös érdeme, hogy a népszerű tárgyalás nem esik a szakszerűség rovására, hanem ellenkezőleg az oknyomozó fejtegetés, a számtalan kísérleti és tapasztalati adat felsorolása és megfelelő bírálatával való felhasználása, valamint általában a bakteriologia és a higiénie körébe tartozó kérdéseknek, habár nem is apró részletekbe hatoló, de mégis minden lényeges dolgot felölölő tárgyalása a munkát a szakemberre nézve is értékessé teszi. Főképpen a gyakorló-orvos, a kinek nem áll módjában a bakteriologiának fejlődését a tömördek eredeti közlemény kapcsán figyelemmel kísérni, haszonnal forgathatja, mert úgy a fertőző betegségek okozói, mint az ellenők való védekezés módjai felől megtalálja benne a kellő felvilágosítást. Ebben a tekintetben kiváltképpen a modern immunitástanról szóló fejezet érdekelheti az orvost, mint a mely a mesterséges immunizálás és a különböző ojtóanyagok előállításának módszerei, az immunanyagok (agglutininek, praecipitinek, lysinek, opsoninok), a komplementum lekötésén alapuló Wassermann-féle reakció, az anaphylaxia és a serumbetegség stb. mivolta felől igen jó tájékoztatást nyújt.

Mindent összevetve, a szépen kiállított és gazdagon illusztrált munka, mely a szerzőnek sok saját vizgálatáról és gazdag tapasztalatairól is beszámol, nemcsak a népszerű természettudományi, hanem a magyar orvosi szakirodalomnak és értékes terméke s mint ilyen teljes mértékben méltó a magyar orvosi közönség érdeklődésére és elismerésére.

Hutyra Ferencz dr.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

**Avirulens tuberculosisbacillussal való előzetes kezelés** által immunissá sikerült tenni tengeri malaczkokat a tuberculosisbacilluscultura halálos adaga ellen *M. Rabino-vitsch*-nak. Az avirulens bacteriumokat az emberi vérből való kitenyésztés útján nyerte, különböző átoltás és sötét helyen való huzamos tartás után. Vizsgálataiban azt találta, hogy a tuberculosisbacterium virulentiája nem egyenlő; egyrészt sikerült neki ugyanazon anyagból (geny, ascites) gyermekből sokkal virulensebb bacteriumokat kitenyészteni, mint felnőttből, másrészt pedig ugyanazon felnőtt egyének vérből virulensebb bacteriumokat nyerni, mint a köpetéből. Sikerült továbbá különböző eredetű tuberculosisbacterium virulentiáját különböző eljárásokkal egyforma virulentiájúvá változtatni. Ha az avirulenssé tett tuberculosisbacteriumculturából 0.002 gr.-ot tengeri malaczkba oltott subcutan, 2 hónap múlva semmiféle tuberculosis elváltozás sem volt kimutatható az állaton. Az avirulens tuberculosisbacteriummal való előzetes kezelés után erősen virulens tuberculosisbacteriummal való újraoltást is eltűrt az állat, a nélkül, hogy valamelyes tuberculosis elváltozást lehetett volna benne kimutatni. (Berl. kl. Woch. 1913, 3. sz.)

Galambos dr.

### Belorvostan.

**A vérkeringés acut hanyatlásának kezeléséről** írt *Korányi Sándor* tanár az „Orvosképzés” ez évi 1. és 2. számában. Rendkívül világosan és áttekinthetően kifejtett elveinek megszívlelésével megbecsülhetetlen szolgálatot tehetünk a betegeknek s azért a dolgozat behatóbb ismertetését nagyon szükségesnek tartjuk.

A keringés elégtelensége bekövetkezik *collapsus* folytán; a kép hasonlít ilyenkor az elvérzéséhez, és ez érthető is, mert a *collapsus* folyamán beálló splanchnicus-hűdés eredményeképpen a hasi zsigerek erei nagyon erősen kitágulnak, a vér meggyűl bennük, a rendesnél sokkal kevesebb vér

folyik vissza a gyűjtőereken át a jobb szívbe. A digitalis ilyenkor semmit sem használ, mert hiszen a keringés nem azért elégtelen, mert a szív gyenge, hanem mert a szívnek nincs mit továbbítani. Az érvágás ilyenkor talán megölné a beteget! A splanchnicusok tonusának helyreállítására vagy az ereknek más úton való szűkítésére van ilyenkor szükség, ha pedig ez nem sikerül, a vér mennyiségét kell megszorítani, hogy elég jusson belőle a kitágult haserek mellett a szívnek és a vérkör többi részének.

Az erek tonusára ható szerek közül talán a leghatásosabb a *strychnin*, a melynek azonban nagy hibája, hogy a hatásos meg a mérgező adagja között nagyon kicsiny a különbség. Azon hasonló hatású szerek közül, a melyek nem szenvednek ebben a hibában, első helyen említendő a *coffein*, a mely erősen szűkíti a zsigerek ereit a szív, a vese és az agyvelő ereinek kivételével, ezek ugyanis a *coffein* behatására inkább tágulnak, a mi nagyon kedvező, mert tágító hatása a szív ereire a szív táplálását javítja, a vese ereire gyakorolt tágító hatása a diuresist fokozza, az agyvelő ereire gyakorolt tágító hatása pedig ellene működik a fenyegető agyvelő-anaemiának. Kettős sóiból, a *coffeinum natriobenzoicum* vagy *natriosalicylicum* 0.20 grammnál kevesebbet ne adjunk a bőr alá; nagy szükség esetén ismételtetjük a befecskendezést, akár óránként is 2—3-szor egymás után; 24 óra alatt 0.2 grammnál több ne fogyjon. A *kámfor* is hat az erek tonusára, e mellett a hanyatló szív működését is fokozza; hatása azonban nagyon mulékony. A míg a szív-működés nem gyengül, értékesebb szer a *coffein*, ilyenkor a *kámfor* csak arra való, hogy *coffeinnel* felváltva adva, a *collapsus*nak sokáig tartása esetén ne kelljen a *coffein* legnagyobb napi adagját túllépni. Mihelyt azonban a szív-működés megállásának veszélye fenyeget, a *kámfor* válik fontosabbá. A szívizom gyöngülésének biztos jele a *pulsus paradoxus* (az amúgy is kis *pulsus*nak a belélekezés alatt még kisebb válása). Minthogy azonban nem czélszerű bevárni a *pulsus paradoxus* megjelenését, a helyes eljárás az, hogy eleinte *coffeint* adjunk felváltva *kámforral* s ha ezen eljárás mellett órák múlva javulás helyett rosszabbodást észlelünk, mind ritkábban adjuk a *coffeint*, a *kámfor*-befecskendezések számát pedig szaporítjuk. A *kámfor* egyes adagja 0.10—0.20 gramm. Az *aether* talán csak a befecskendezés fájdalomossága miatt, mint erős periferiás inger hat a keringésre; hatása mindenesetre nagyon mulékony és a *coffein* és a *kámfor* mellett alig érdemli meg az alkalmazást.

Az eddig említett gyógyszerek az idegközpontok útján gyakorolják érhataukat. Mihelyt tehát az idegközpontok reakcióképessége elvész, az erekre közvetlenül ható szereket kell igénybe vennünk. Ilyen az *adrenalin*, a mely érhataján felül a haldokló szívet is néha bámulatosan éleszt. Intravenásan kell adni  $\frac{1}{2}$ , legfeljebb 1 milligrammos adagban.

*Collapsus* idején a beteg subjectív érzésének javítására legjobb mód az *alkohol* adása mérsékelt mennyiségben; egyébként a splanchnicus-erekre is szűkítőleg hat, tehát ezen módon is kedvező hatású.

Súlyos *collapsus* esetén az említett szerek hatása elégtelen s azért ilyenkor a vér mennyiségét is meg kell szaporítani. Ezt *physiologiai konyhasó-oldatnak* bevitelével érjük el, még pedig legcélszerűbben *intravenás infusio* alakjában; a hatást még fokozhatjuk, ha  $\frac{3}{4}$  liter testhőmérsékű konyhasó-oldatba 7—10 csepp *adrenalin* teszünk. A rendesen használtatni szokott hypodermoklysis nem ér sokat, mert *collapsus*ban a bőr alatti kötőszövet felszívó képessége rendszerint csekély. A mikor nem arról van szó, hogy percek alatt ellensúlyozzuk a hibás vérelosztást, jó szolgálatot tesz a *proctoklysis Katzenstein* eszközével.

A vér visszafolyását a szívbe akadályozhatják *mechanikai* okok is olyankor, a mikor a mellkasban a nyomás igen nagyra nő (folyadék- vagy levegőfelhalmozódás folytán, ascitesnek vagy meteorismusnak a rekeszt magasra emelő hatása révén). Ilyen esetekben ezek a mechanikai okok természetesen megszüntetendők.

A vérkeringés elégtelensége bekövetkezik a *szívizom*



gyengesége folytán is. Ez a gyengeség néha nem nagyfokú, a szívizom nagyobb külön megterhelhetés nélkül még tudná a munkáját elvégezni. Ilyen külön megterhelés például pneumoniában a nagy terjedelmű pneumoniás beszűrődés és a nagyfokú cyanosis, ez utóbbi a vér viscositásának növelése révén. Ilyenkor legfontosabb az *érvágás*, mint a melylyel egyrészt az ilyen esetekben tárgult jobb szívbe ömlő vér mennyiségét csökkentjük, másrészt a szövetnedvfelszívódást növeljük, a vér tehát felhigul, viscositása kisebbedik. Kevésbé sürgős esetekben a venaesectio jó hatását, legalább egyik részében, elérhetjük *oxgen-belélekezéssel* is; ennek a hatására ugyanis a vér viscositása csökken, de csakis akkor, ha ezt a vérnek hiányos szellőződése kórosan fokozta. Hatása bekövetkeztének megbízható jele az, ha a beteg megérzi a jó hatását; e nélkül nincs célja az erőltetésének.

A mikor mindkét szívfal gyengeségének tünetei vannak jelen, hiba volna coffeint adni, mert az erek szűkítésével még fokoznánk az amúgy is gyenge szív elé háruló akadályokat, a melyekkel már amúgy is alig tud megküzdeni. Többet ér a vérbocsátás, noha a hatása nem olyan feltűnő ilyenkor, mint mikor a jobb szív gyengesége ellen használjuk, sőt ha a beteg sápadt, talán ellenjavalt is. A szív megmaradt erejének kihasználására van ilyenkor szükség, és ezt a célzt a *digitalis-csoportba* tartozó szerekkel érjük el. Legjobb  $\frac{1}{2}$ —1 milligramm *strophantinnak* intravenás befecskendezése, mint a melylyel már 2—3 perc alatt is teljes digitalishatást érhetünk el. Csak azt kell tudnunk, nem használt-e előzőleg digitalist a beteg, mert akkor a szervezetében levő digitalisszal halálos adagga összegeződhetik a strophantus. Már csak azért is jó, ha a digitalis prophylaxisos használatáról például pneumoniában lemondunk, a mi azonban nem jelenti azt, hogy egyáltalában lemondjunk a keringés prophylaxisáról (jó táplálás, mérsékelt antipyresis, alkoholistáknak az alkohol, morphinistáknak a morhium tovább adása stb.).

*Coronaria-sclerosisban* szenvedő lázas betegeken nagyon fontos az *antipyresis*; a szerző látott beteget, a kin nap-nap után aggasztó szívgyengeség mutatkozott, mihelyt a hőmérséke megközelítette a 40°-ot s a kinek a szívgyengesége attól a naptól kezdve elmaradt, a melyen phenacetinnel érelyes, a magas hőemelkedést megelőző antipyresist indított meg. Fontos továbbá *coronaria-sclerosis* esetén a coronariákat a mennyire lehet nyitva tartani; ennek eszközei a *diuretin* és más theobromin-készítmények, talán a *morphium* is, mely utóbbikülönben a szív kimélése útján is nagyon jó szolgálatokat tehet. A collapsus ellen ható szerek is sokszor csak akkor fejtik ki teljes hatásukat, ha erre az idegrendszer a morhium nyugtató hatása előkészítette.

### Sebészet.

**A traumának a daganatok fejlődésére és növekedésére való hatásáról** ír *Lubarsch*. A balesetek után néha fejlődő daganatok közül különösen a carcinoma és sarcoma bír fontossággal. Ezen megbetegedések, különösen a rák fejlődése és valamely erőbeli behatás közötti összefüggés azért látszik lehetségesnek, mert igen gyakran tapasztalhatjuk, hogy hosszabb ideig tartó külső ingerek következtében rák fejlődik. Ezen theoria lehetőségét, vonatkoztatva a balesetekre, lényegesen aláhúzza az a körülmény, hogy balesetek esetén nem igen lehet szó állandó behatásokról.

Mindamellett, hogy egyes szerzők (*Röpke*, *Loewenstein*, *Bormann*) rákstatistikájukban bizonyos százalékban megtalálták az összefüggést a trauma és a daganat fejlődése között, a szerző állatokon végzett kísérletei alapján a következő conclusióra jutott: Biztos tudományos bizonyítékunk arra nézve, vajjon egyszeri erőbeli behatások daganatok fejlődését előidézhetik-e, nincsenek. A klinikusok és anatómusok tapasztalatai azt mutatják, hogy azok a helyek, melyek traumáknak leginkább vannak kitéve, mint az ujjak, a könyök, a sípcsont legritkább előfordulási helyei a carcinomának avagy sarcomának. Egy másik fontos kérdés, a mi balesetbiztosításoknál felmerül, az, vajjon a traumának lehet-e olyan hatása, hogy

a már meglévő tumor növekedését avagy rosszabbodását hozza létre. Theoretice ezen kérdésre igennel felelhetünk, a menyiben a trauma a daganatban vérzést, necrosist hozhat létre, a mi által annak chemismusa és anyagcseréje megváltozik. Hasonló felfogás erősíti meg azon tapasztalást, hogy daganatok a tökéletlen kiirtás után rohamosan szoktak növekedni. Általában azt mondhatjuk, hogy theoretice lehetséges, hogy valamely daganat trauma után növekszik avagy rosszabbodik, egyes esetekben azonban ezt nehéz bizonyítani, a mennyiben a daganatok növekedése nem minden esetben folytonos. Néha bizonyos ideig tartó nyugalom után hirtelen növekedés áll be. Leghelyesebb azon álláspontra helyezkednünk, hogy egyszeri trauma és a daganat növekedése között csak akkor veszünk fel összefüggést, ha az erőbeli behatás oly természetű és oly localisatiójú volt, hogy beható és különösen a daganat anyagcseréjét megváltoztató zavart hozhatott létre. Avagy a daganat növekedése a rendes növekedéshez viszonyítva szokatlanul gyors volt. Továbbá a szövettani lelet a daganatban vérzés, necrosis nyomát mutatja. A trauma és a daganat növekedése közötti időköz is olyan legyen, a mely az újképlet nagyságának és szövettani structurájának megfelelhet. Egy fibrosarcoma avagy scirrhus csak 2—3 évvel a trauma után szokott rohamosabban fejlődni. Kizárhatjuk azonban az összefüggést, ha tyúktójasnyi daganatot találunk, a mely a trauma után 2—3 hónappal érte el ezen nagyságot. A metastasisokra nézve azt kell felvennünk, hogy lehetséges, hogy a primaer tumor a trauma következtében valamely vénába betör és így a legkülönbözőbb helyeken áttéti góczokat okoz. (Med. Klinik, 1912, 11. szám) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

### Szülészet és nőorvostan.

**Melaena neonatorum** esetében *serumkezeléssel* jó eredményeket ért el *Franz*. Az egészséges anyák placentájából a köldökszínóron át nyert vért centrifugálta, a savót leöntötte és chloroform pár cöppjével konzerválta. A melaenás csecsemő bőrét jodtincturával letisztítva, 10—25 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett a bőr alá. Localis suffusiókat, avagy nagyobb hőemelkedéseket nem észlelt; a legsúlyosabb eset is 3—4-szeri befecskendezés után gyógyult. Szemben a gyógytárban készen kapható különféle gyógyserumokkal, leghatásosabbnak és legbiztosabbnak tartja az anyavérből készült friss savót. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 53. szám.)

*Scherer dr.*

**A hasüri tampondrainage alkalmazásának java-latairól és eredményeiről** számol be *Küster*. *Mikulicz* szerint gazezacskóba elhelyezett jodoform-, illetőleg vioform-csikokkal végezték a breslaui nőklinika (Küstner tanár) a hasüri drainaget, 7 év alatt 55 esetben. Végezték: 1. parenchymatosus vérzés eseteiben, a melyekben már mindent elkövettek a vérzés csillapítására s nem sikerült a vérszívargást elállítani (ilyenkor alkalmazzák a ferum candent, az ideiglenes száraztamponbehelyezést, a 70%-os alkoholos kezelést, ha mindez sikertelen volt, került a sor a tamponálásra); 2. bélsértés, 3. fertőzés gyanuja eseteiben, még pedig szétcsúszó cervixmyoma 2 esetében, egyszer pyosalpinx megrepedése után, mivel a geny hosszúlánczú streptococcusokat tartalmazott. Végezték azonkívül a rákos méh abdominalis kiirtása minden esetében. *Küster* dolgozata végén a következőkben foglalja össze tapasztalatait: 1. A tampondrainezés *Mikulicz* szerint a kismedenczebeli parenchymás vérzések leküzdésére szolgáló kiváló eljárás, ha a többi eljárás meddőnek bizonyult. 2. A tampondrainezés igen alkalmas levezetője a medenczetüriben felgyülemlett sebváladéknak. 3. Hátránya a gyógyulási tartam meghosszabbítása és a herniáképződés veszedelme. A secundaer infectio veszedelmét a tampon révén gondos kezelés révén elkerülhetjük. 4. Ezek alapján alkalmazhatjuk: a) vérzés eseteiben, b) ott, hol előreláthatólag sok sebváladék lesz, a hol nagy peritonealis felületeket meztelenítettünk le műtét közben s fertőzőképes daganatokkal volt dolgunk. Ne alkalmazzuk: diffus peritonitis és asci-



tes eseteiben. Ha 24 órával a műtét után eltávolítjuk a daint, akkor a secundaer varrat is legtöbb esetben feleslegessé válik; utólagos herniaképződést Küster 48 esetében egyszer sem észlelt. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 5. szám.)

Scherer dr.

### Börkörtan.

**A bőrtuberculosis prognosistáról és terapiájáról** ír A. Jungmann (Wien). Kétségtelen, hogy az észszerű modern lupusgyógyítás a baj nagy elterjedésénél fogva jelentékeny tényezője az általános tuberculosisellenes mozgalomnak. A lupus-esetek legnagyobb részében a bántalom már a gyermek- és az ifjúkorban veszi kiindulását. A baj prognosistát elsősorban is a betegek általános egészségi állapota határozza meg. A specialis kezelés egymagában vajmi keveset ér, ha a lupusos beteg hiányosan táplált, leromlott szervezetű, avagy még inkább, ha tüdő- vagy csontgümősödésben is szenved. Fontos dolog, hogy az orr- és szájnyálkahártya állapotát is gondosan szemügyre vegyük, mert a baj sokszor onnan indul ki. Jungmann 1809 lupusos betegek közül 775-nek nyálkahártya-tuberculosis is volt. A prognosist az ilyen complicatio természetesen nagyon befolyásolja. Minél hosszabb ideig áll fenn a lupus, annál nehezebben gyógyítható, már csak azért is, mert ilyenkor már erős heges szövettel van átszőve. A kezelés kérdésében szóba jöhet elsősorban a tuberculin alkalmazása. Ez kétségtelenül kisegítő eljárásnak tekinthető, de egyedül tuberculinnal csak igen kivételesen gyógyítható a lupus. A helybeli lupuskezelés kétféle lehet, radicalis és segítő. A radicalis lupusgyógyítás sorába tartozik 1. az operatív-plasztikus és 2. a Finsen-kezelés. Az operatív-plasztikus eljárás, melyet Lang-félének is neveznek, kiváló eredményeket ad s elsősorban körülírt esetek gyógyítására alkalmas. A kimetszésnek mindenkor mélyen és teljesen ép szövetben kell történnie. A pótlást Thiersch-transplantációval, nyeles lebenyekkel, avagy nyeletlen Krause-féle lebenyekkel lehet végezni. Mindezt Lang nyomán helybeli anaesthesiával lehet végrehajtani. A szerző 535 ily módon operált esetről számol be. Ezek közül inoperabilis recidivát csak 10 esetben észlelt. A recidivamentes esetek közül vannak olyanok, melyek most már 17 év óta vannak megfigyelés alatt. A Finsen-féle fénykezelésről ma már rohamosan beigazolódott, hogy elsőrangú, szép eredményt szolgáltat. Tudni való azonban, hogy a kezelést nagy buzgalommal s türelemmel kell végezni s hogy tökéletes eredményhez igen hosszú időre van szükség. Feltétlenül szükséges a siker eléréséhez, hogy a fény penetrációs ereje a kóros szövetet egész vastagságában érje, hypertrophiás lupus eseteket ezért előbb más eljárással kell befolyásolni. Sok hasznot látni bizonyos esetekben a Röntgen-sugaraktól is, bár ez az eljárás általában csak segítő eljárás értékével bír. Leginkább scrophuloderma, lymphangioidis tuberculosis eseteiben láthatunk kiválóbb eredményt. Ugyancsak jó sikerrel alkalmazható a Röntgen-sugarazás gümős mirigycsomók ellenében is, melyek aránylag gyakran kerülnek lupus vulgaris folyamán megfigyelés alá. Tuberculosis verrucosa cutis eseteiben pedig a Röntgen-terapia egyenesen radicalis gyógyító hatású. Hasonló eredménnyel használható ilyenkor a radiumtherapia is.

A kémiai szerek közül a legértékesebb a pyrogallol, melyet leginkább 10%-os kenőcs alakjában viszünk a lupusos szövetre. Ez néhány nap alatt a lupusos tömegeket nagyjában elroncsolja, az ép szövetet ellenben meglehetősen megkíméli. A kisebesedett részek azután valamilyen indifferens kenőcs alatt hamarosan behámosodnak. A pyrogallollal való kezelés nagyobb terjedelmű lupus-esetekben a kezelés folyamán alig nélkülözhető s igen nagy előnyének kell be tudnunk, hogy a létrejövő hegek kozmetikai szempontból alig eshetnek kifogás alá. Némileg pótolható ez a kémiai agens a resorcinallal, melyből 20–30%-os kenőcsöket alkalmazunk. A többi kémiai szer torzító hegesedéseket okoz, hatásuk pedig nem electiv. A Paquelin észszerűtlen alkalmazását is kerülni kell, mert ugyancsak rút hegeket vonhat maga után. Az éles kanállal való excochleatio, jöllehet távol-

ról sem radicalis eljárás, meglehetősen durva eljárás, mert az ép szövetet sem igen kíméli, de meg azonkívül egyenesen annyi nyirok- és szövetrést nyit meg, hogy a lupus tovaterjedését rendszerint még előmozdítja. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1912, 24. sz.)

Guszman.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Angina és diphtheria** eseteiben Köhler nagyon jó eredménnyel használja a hydrogen-superoxydot; 3 gramm perhydrol és 30 gramm glycerin elegyét alkalmazza ecsetelés alakjában, továbbá híg vizes perhydrol-oldattal toroköblítéseket végeztet. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1913, 3. szám.)

**Az arsentriferrolról** általában mondják, hogy a gyomor és bél nyálkahártyáját nem izgatja. Fényesen beigazolták ezt Ewald tanár kísérletei. Ő ugyanis kifejezett gyomorbélbajokban használta az arsentriferrolt és azt találta, hogy a betegek csaknem mindig jól tűrték és anaemiájuk javulása tekintetében jó eredménnyel használták. Így a többi között gyomor-, illetve duodenum-fekély 28 esete közül csak 2-ben nem lehetett huzamosabb ideig használatni a nevezett szert a gyomorfájdalmak fokozódása miatt. (Mediz. Klinik, 1913, 3. szám.)

**Az arsentriferrinről** nagyon dicsérően nyilatkozik Gelhausen. Chlorosis, illetve anaemia 43 esetében használta, kivétel nélkül jó eredménnyel. Csak 3 betegen okozott a szer kezdetben gyomorzarokat; a tablettáknak felaprított állapotban a főttekzésekkel egyidőben szedésére azonban megszűntek ezek a zavarok. Gyermekeknek naponként 1–3 tablettát adott, felnőtteknek pedig 10 napon át naponként 3-szor 1–1 tablettát, majd 4–6 héten keresztül naponként 3-szor 2–2 tablettát és végül 10–20 napon át naponként 3-szor 1–1 tablettát. Egy hónapi szünet után esetleg megismételte ezt a turnust.

**Himlő** kezelésére Rockhill 85 esete alapján nagyon ajánlja a jodtincturát. 10 rész jodtincturából és 90 rész glycerinből álló elegygyel naponként 2–3-szor beecseteli a pustulákat. (Journ. of the Amer. medic. assoc., 58. kötet, 273. lap.)

**A gummikeztyűk** használatának megkönnyítésére Burmeister azt ajánlja, hogy a kellőképpen megtisztított kezekre 1–2 evőkanálnyi steril bolus-port dörzsöljünk el steril vízzel. Az ilyen bolusos kézre rendkívül könnyen húzható fel a keztyű, a melynek lehúzása is sokkal könnyebben megy. Előnye ezen eljárásnak az is, hogy a keztyűk sokkal ritkábban szakadnak és hogy a bőr nem macerálódik annyira. (Zentralbl. für Chirurgie, 1913, 5. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 9. szám Konrád Béla: A syphilises lázról. Bakody Aurél: Psychosis súlyos degeneratio alapján.

**Klinikai füzetek**, 1913, 2. füzet. Keller Kálmán: Az indifferens és meleg fürdők hatása a nephritises vesék működésére. Weiss Emil: A venereás betegségek elleni védekezés egy újabb actiójáról Magyarországon.

**Orvosok lapja**, 1913, 10. szám. Joó Imre: A hyperol alkalmazása a sebészetben.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 10. szám. Rihmer Béla: A húgyvívárszervi gümőkorról. „Gégészet” melléklet, 1. szám. Uthy László: A cavum pharyngo-nasale tumorairól és sebészi gyógyításáról. Navratil Dezső: A Killian-féle gyökeres homloköböl-műtét kozmetikai értékéről.

### Vegyes hírek.

**Haberern J. Pál** dr., budapesti egyetemi magántanárnak és kórházi főorvosnak a király az udvari tanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** Damó Zoltán dr. kecskeméti tisztí orvost tiszteletbeli főorvossá, Kardos Sándor dr. felcsuti körorvost államvasúti orvosi tanácsadóvá, Balogh Artur dr.-t Nyiregyházán tiszteletbeli kórházi főorvossá, Kalocsay Géza dr.-t ugyanott kórházi alorvossá, Kiss Antal dr.-t a szabadkai közkórházhoz alorvossá nevezték ki.



**Választás.** Dembitz Sándor dr.-t Ópalánkán községi orvossá választották.

**Megbízás.** Ákos Izso dr.-t az igazságügyminister a kassai törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknél kir. törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bízta meg.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum februárban 128 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 103 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület januárban 1138 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1188 szállítást végzett, 151-szer mint mozgóórság szerepelt és 22-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A januári működési főösszeg tehát 2699.

A Budapesti Orvosok Szövetsége február 28.-án tartotta tisztújító közgyűlését, a melyen Babarcsi Schwartz Ottó bárót örökös tiszteletbeli elnökké választották. Az új tisztikar következőképpen alakult meg: elnök: Adler Zsigmond; alelnökök: Kertész Aba és Pákozdy Károly; főtitkár: Eisler Hugó; titkár: Marberger Sándor; jegyző: Weber József; pénztáros: Patai Samu; gazda: id. Glass Izor.

A „Tuberkulózissal foglalkozó orvosok egyesülete” április hó 11. és 12.-én tartja meg első nagygyűlését. A congressuson Hutyra Ferenc „Az ember és az állatok gümőkórja”, Benedikt Henrik „A gümős rheumatismus” és Scharl Pál „A tüdőtuberculosus aktivitásának megállapítása” czímen tart referatuma. Az előleges programmon azonkívül 9 bemutatás és 28 előadás szerepel. Az egyesület kiadványainak első kötetét, a referatumaikat a jövő héten megküldi a tagoknak. A vidéki tagok utazási kedvezményben részesülnek, melynek elnyerése czéljából czélszerű, ha Ország Oszkár dr. I. titkárnak (Budapest, Erzsébet királyné sanatorium) mielőbb bejelentik részvételmüket és azt az állomást, a hol utazásukat megkezdik.

A nagyszentmiklósi Berta-kórházban Tenner Vilmos dr., igazgató-főorvos jelentése szerint az 1912. évben 1034 fi- és 568 nőnemű beteget ápoltak. A halálozási százalék 4.1 volt. Sebészeti műtétet 248, szemészeti 26 és szülészeti 13 esetben végeztek.

Réthy Aurél dr. orr-, gége- és fülorvos, volt tanársegéd a könnysbergi egyetemen, rendelését József-körút 63. sz. alatt megkezdte.

Meghalt. R. Frank dr. a sebészet magántanára rk. tanári czímmel, Bécsben 50 éves korában. — F. Fede, a gyermekorvos tanára Nápolyban, 81 éves korában. — J. P. Tuttle, a proktologia (végbél-kórtan) tanára, az ismert rektoszkop feltalálója, New-Yorkban. — O. Horovitz, régebben az urologia tanára a philadelphiai Jefferson Medical College-en.

Kisebbségi közlemények az orvostudomány köréből. Banti-kór egy-egy esetét közli Perusia és Vallardi. Mindkét esetben negatív volt a Wassermann-reactio és mindkét esetben salvarsan intravenás befecskendezésére az általános állapot meg a vérkép javult, a lépdeganat visszafejlődött. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 1482. l.) — Az anilinvizes gentiana-ibolya, a mely a bakteriologiában oly nagy szerepet játszik Gram-festéshez szükséges, tudvalevően már néhány nap alatt megromlik. Klausner-nek sikerült az oldatot állandóvá, huzamos időn át használhatóvá tenni. A Grübler-czég hozza forgalomba „halt-barer Gramfarbstoff” néven. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 7. sz.) — Judah Leon Jona állatkísérletei szerint az adrenalin 1:10000 oldatban a gyomorba véve, tetemesen késlelteti a szájon át bejuttatott mérgek felszívódását s ennek folytán utólagos gyomormosással vagy antidotummal könnyebben sikerül a mérgezés leküzdése. (Brit. med. journal, 1913, február 8.) — Ismeretes, hogy parotitis epidemica esetében a herék részt szoktak venni a megbetegedésben. Ennek analógiájára népből néha az ovariumok válnak erősen fájdalmassá, a mint azt Harlow Brooks két esetében észlelte. (Journ. of the Amer. med. assoc., 1913, febr. 1.)

**Személyi hírek külföldről.** A könnysbergi egyetem élettani tanszékére F. Hoffmann tanárt nevezték ki, a ki eddig a prágai német egyetemen tanította az élettant. — E. Steinach dr., az élettan rendkívüli tanára a prágai cseh egyetemen, Bécsbe költözködik, a hol a biológiai kísérleti állomás élettani osztályának vezetését veszi át. — Rendkívüli tanár lett: B. Schöndorff dr. Bonnban (élet-chemia), E. Petry dr. Graczbán (belorvos), rendes tanár: C. Cesi dr. Cagliariában (elmekórtan). — A palermói egyetem szemészeti tanszékét E. Scimeni, eddigi messinai tanár veszi át.

**Hírek külföldről.** A híres parasitologus, Sir Ronald Ross-t az angol kormány Cyprus szigetére küldte a malaria elleni küzdelem szervezésére. — A frankfurti egyetem 1914 október 1.-én nyílik meg.

A paralyssis mivolta. A frankfurti orvosegyetemen Ehrlich tanár paralytikusok agyvelőjéből készült metszeteket mutatott be, a melyekben spirochaeták voltak láthatók. 71 eset közül 12-ben sikerült Ehrlich tanítványának, Noguchi-nak, a spirochaeták kimutatása. Ehrlich azt hiszi, hogy ezzel sikerült bebizonyítani, hogy a paralyssis nem ú. n. metalueses bántalom, a minőnek eddig hitték, hanem activ fertőzőesi folyamat. Nagy jelentőségű felfedezés volna ez a paralyssis gyógyítása szempontjából.

**Optikai tanfolyam.** A Carl Zeiss optikai gyár tudományos vezetői: M. v. Rohr dr. és Henker dr. által tartott cursus hétfőn vette kezdetét az I. számú egyetemi szemklinikán. A tanfolyam délután 1/2-től 1/2-ig tart s elsősorban az új rendszerű (Gullstrand) szemüvegek elméleté-

vel foglalkozik, ezenkívül újabb szemtükörök és szemvizsgáló módszerek megismertetésével. A tanfolyamon 29-en vesznek részt: egyetemi tanárok, tanársegédek, kórházi főorvosok és szemorvosok.

**Az élő aquarium.** Ilyen néven egy ember mutogatja most magát Berlinben, a ki hihetetlen dolgokat tud véghez vinni. Megiszik hét liter vizet s tetszés szerinti időben kiadja megint vékony vagy vastag sugárban ezt a nagy vízmennyiséget. Azután bekebelez a gyomrába tíz élő békát s ráadásul még ugyanannyi aranyhalat. Rövidebb vagy hosszabb idő múlva kiszállítja megint ezt az állatseregletet a gyomrából minden nehézség, öklöndözés vagy undor nélkül, valamennyit élő állapotban, s a mi különös, előbb a békákat s csak azután a később lenyelt aranyhalakat. Az élő állatok mozgását a gyomrában azzal teszi láthatóvá, hogy a gyomrát két lenyelt elektromos lámpával világítja át. Ez a különös ember 35 éves, ép és egészséges s a gyomrának semmi baja sincs, még tágulata sem; a különössége csak abban áll, hogy a gyomor fala a rendesnél sokkal erősebb s jóval rugalmasabb.

Lapunk mai számához Dr. Kereszty, Dr. Wolf és Társa, vegyészeti gyár, Ujpest, „Cadogel” című prospectusa van mellékelve.

Eredményes hízaló kúrákat, valamint görvélykórosok és csukor-betegek táplálkozását a legkiválóbb módon a csukamájolajjal lehet elérni azért, mert tápértéke felülmul minden más tápanyagot, ha erősebb táplálkozási eredményeket akarunk elérni, csak a Zoltán-féle csukamájolajat alkalmazzuk.

## Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01. Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.

## Dr. Doctor

Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratóriumában az összes diagn. vizsgálatokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

**ERDEY Dr. sanatoriuma.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

## A Liget- és Park- — SANATORIUM Orvosi laboratóriuma

Vezető: Dr. Detre László egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106—00.

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.** Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium. Ujannon átalakítva. Prospectus.

## Epileptikus betegek intézete

**BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy Wosinski István dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**Orvosi laboratórium** Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

## Ujtátrafüred

magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

**Dr. RÉH** Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

**Orvosi laboratórium:** Dr. Salgó. Vez. orvos Dr. Bihari. Üllői-út 21. Telefon 62—94.

## Az orvosidajvizsgáló-intézetben

(Sziv-u. 28. sz., Telefon 93-22.) Dr. Neumann M. vezetésével — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. Dr. Neumann M. az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3—4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üvegcset és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

**Kopits Jenő dr.** orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. fekvő betegek is felvételt nyernek.

**Dr. Widder Bertalan** operateur orthopäed-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

## Dr. GÁMÁN BÉLA Dietétás Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor- bélbetegek, vesebajok, csukor-betegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

**Orvosi laboratórium:** Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd. VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülése 1913 január 11.-én.) 191. I. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 193. I.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(I. rendes tudományos ülés 1913 január 11.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

**Szerbiai tapasztalatok a hadsebészet köréből.**

**Makai Endre:** Az előadó azon tapasztalatairól számol be, melyeket a *Bókay Árpád* tanár által szervezett és vezetése alatt 8 tagból (*Boytha dr., Egan dr., Ehrlich dr., Gúth dr., Szöllős dr., Tóthjalussy dr.* és *Uram dr.*) álló orvosi expedíció a balkán háború alkalmával Szerbiában szerzett.

A mi a beteganyagot illeti, az úgynevezett érdekes esetek aránylag kisebb számmal szerepeltek, nagyobb sebészi beavatkozásra nem sok alkalom nyílt, részint azért, mert a 4—10 napig tartó rendkívül viszontagságos betegszállítás alatt a súlyosabban sérültek hihetetlen legnagyobbrészt elpusztultak, részint azért, mert a modern löfegyverek által okozott sérülések viszonylag könnyebbek.

Főleg a török löfegyvereknek hegyes, kiskaliberű, acélkőpenyes lövegei a lágyrészek roncsolása, a csontok szétrepesztése, szilánkokká hasítása nélkül hatolnak át a testen. Számos áthatoló mellkasi és koponyasérülés gyógyult néhány nap alatt a legcsekélyebb complicatio nélkül. Még a hassérülések is aránylag jobb prognosist adnak. Ennek oka mindenek szerint az, hogy a kitéhezett, összelapadt belekből számbavehető beltartalom alig jut a hasürbe, a kicsiny, éles szélű likat a prolábáló bouchon muqueuse elzárja, a bélperistaltica renyhesége folytán a fertőző agens nem kenetik szét.

Sokkal súlyosabbak a shrapnel által okozott szakított, roncsolt sérülések, de még ezeknek prognosisa is lényegesen jobb annál, a mit a sebész a roncsolás súlyossága alapján várna. Vágott, szűrt sérülések alig kerültek kezelés alá, az ilyen sérültek túlnyomó része még a harctéren elpusztult.

Általánosságban véve mondható, hogy súlyos prognosist csak az ér- és hassérülések adnak. Ha az az idő letelt, a mely technice szükséges addig, míg a sebesült szak-szerű sebészi ellátást nyerhet, az agy- és mellkassérülések rendszerint túl vannak azon a kritikus stadiumon, mely halálos kimenetellel fenyeget s legfeljebb korrigáló műtétek szükségesek (hűdés, haemothorax stb. miatt).

A mi az orvosi teendőket illeti, legfontosabb a polypragmasia elkerülése. Egyszerűen fedőkötéssel ellátott lősrérülések prompt gyógyultak, míg azok, melyekben az első segélyt nyújtó orvos a löcsatornába sebszalagot vezetett, csúnya genyedéses folyamatokra adtak alkalmat. A nagy erek leköttése csak végszükség esetén, közvetlen vitalis indicióból eszközözendő, még pedig azért, mert a leköttetés következtében kifejlődő gangraena a hosszas transport alatt általános fertőzésre vezethet.

Hasonlóképpen lehetőleg tartózkodni kell a csonkító műtétektől, mivel a legsúlyosabbnak látszó genyedések is hihetetlen gyorsasággal javulnak incisiókra stb. Általában mindenkinek feltűnt a katonák bámulatos ellenállása fertőzésekkel szemben. Ennek forrása egyfelől az, hogy tulajdonképpen túlvirulens bacteriumok nem szerepelhettek a harctéren, távol minden igen súlyos fertőző forrástól. Másfelől valószínűnek kell tartani azt, hogy a különben egészséges, nem kiaszott, de napok óta csökkent étellel ellátott egyének szövetei a bacteriumok számára kevésbé kedvezők, a mire egyes állatkísérletek is utalnak.

A mennyiben amputatio szüksége forogna fenn, az le-benykészítés nélkül, egy niveauban történjék. Előnye az, hogy egyszerű sebvizonyok teremtése által genyretentőre alkalom nincs, a sepsises, elcsigázott beteg hamarabb magához tér, másfelől a műtét igen rövid idő (1—2 perc) alatt és esetleg minden narcosis nélkül kivihető. A retraháló bő- és izomrétegek később, a tiszta sarjadzás beállása után tapasztcsikkal könnyen lehúzhatók.

Lehetőleg conservative kell eljárni ízületi genyedés esetén, kerülve a bő feltárást. 3—5 napig folytatott, naponta ismételt jodtinctura-befecskendezéssel (1 cm<sup>3</sup>) az ízületbe igen jó eredményeket lehet elérni.

Haemothoraxot lehetőleg nem kell pungálni, bordaresectiót nem szabad végezni az utókezelésnek a viszonyokban rejlő tökéletlensége miatt.

Tetanus-eseteket nem volt alkalom észlelni, tetanus antitoxin-injectiókat sem alkalmaztak; a sebesülteknek hosszú transportideje folytán ennek célja alig lett volna.

A mi az első sebellátásra vonatkozó tapasztalatokat illeti, a mastisolos kezelés csak ott látszik alkalmasnak, hol a sérülés állandóan ellenőrizhető, mivel ellenkező esetben genyretentőre vezethet. A szerb hadseregben rendszeresített kötszercsomagok kiválóan minősíthetők, mert a sebellátás úgy eszközölhető, hogy az orvos vagy egészségügyi katona keze nem juthat a kötés azon részéhez, mely a sebbel érintkezik. Óriási jelentősége van a jodtincturának, melynek szállítása azonban még bizonyos technikai nehézségekkel jár.

A keztyűkérdést illetően ott, a hol tökéletes mosdás és a keztyű száraz sterilizése kivihető, jó szolgálatot tett az a fogás, hogy a szárazon felhúzott keztyűt egyszerűen bekentük jodtincturával. A seb bekötésére a kalikó alkalmasabb a gaze-pólyánál, nemcsak mert kimosva újból használható, hanem mert a kötés mélyebb rétegeinek külső beszennyezését jobban megakadályozza. A gipszsínek természetesen igen jó szolgálatot tesznek, mégis adott viszonyok közt előnyben kell részesíteni a kész fa- és pléhsíneket. Egyfelől azért, mert a gipszsínek alkalmazására néha nincs idő és alkalom (meleg víz, képzett segédszemélyzet, mely a megkeményedésig fixálja a kötést stb.). Másfelől nyílt szekereken való szállításkor a gipszkötés felázik, megpuhul, eltörik s általában sokkal nagyobb kíméletet igényel, mint a milyent a viszonyok megengednek. Kitűnőek a *Jedlicska*-féle kombinált gipszalumínium-sínkötések, melyekben a nyílt és fertőzött törések fájdalom és a gipszkötés beszennyezése nélkül kezelhetők, irrigálhatók stb.

A gyógyszereket illetően lehetőleg kevés féleség, könnyen transferálható alakban (szilárd tabletták stb.) alkalmazandó. Aspirin, morphin, codein, purgo és tannin-opium úgyszólván minden képzelhető helyzetben elegendő. Jó szolgálatokat tettek a hyperol-tabletták.

Fontos technikai kérdés a requisitumok csomagolása. E részben ajánlatos oly mintájú ládák készítése, a minők a modern útipodgyászok, melyek felállítva, fiókkal ellátva szekrényként szerepelhetnek.

Az ápolás kérdését illetően nem lehet kétséges, hogy férfiápolók alkalmazandók, mert olyan minőségű és mértékű munkára van gyakran szükség, a minőt nőktől nem követelhetünk meg. Ezek legfeljebb csak a betegek testi ápolására s a kórtérmekek tisztántartására alkalmasak; mindenestre jó egy képzett ápolónő a műszerek és kötszerek kezelésére.

**Belorvostani tapasztalatok a szerb-török háborúból.**

**Egan Ernő:** Míg a sebesülések ellátása kívánni valót nem igen hagyott hátra, addig több fogyatékoságot találtak a fertőző betegségek ellen való küzdelemben. Pedig, hogy ez milyen fontos és a megbetegedések számát mily jelentékenyen lehet kellő intézkedésekkel csökkenteni, erre vonatkozólag a következőkre hívja fel a figyelmet.

Az elmúlt háborúk orvosi megfigyeléseiből kitűnik, hogy majdnem mindig több volt a belbeteg, mint a sebesült. Pl.:



|                             | Sebesült | Belbeteg |
|-----------------------------|----------|----------|
| Krim-háború 1854:           |          |          |
| francziák .....             | 20.000   | 31.000   |
| angolok .....               | 1.700    | 7.000    |
| Porosz-osztrák háború 1866: |          |          |
| poroszok .....              | 4.000    | 5.000    |
| Orosz-török háború 1877/78: |          |          |
| oroszok .....               | 35.000   | 59.000   |
| Orosz-japán háború 1904/05: |          |          |
| japánok .....               | 220.000  | 236.000  |

A belső betegségeknek legnagyobb számát pedig a múlt század háborúiban a fertőző betegségek tették, mikor is az összes belső megbetegedéseknek körülbelül 80%-a volt fertőző betegség. Hogy ez az arányszám a fertőző betegségek ellen irányuló intézkedések következtében mennyire javul, mutatja az orosz-japán háború orvosi statisztikája, mely szerint japán részről az összes belbetegek közül csak 10% szenvedett fertőző betegségben.

A fertőző betegségek elleni küzdelemnek alapja a prophylaxis; ennek pedig már a béke idejére kell visszanyúlnia. Eredményességének lehetősége abban rejlik, hogy béke idején mennyire vannak kioktatva az egyes katonák a fertőző agensekkel szemben való viselkedésre. Szerbiai tapasztalataik a katonák ily irányú kiképzésére vonatkozólag direkt adatokat nem nyújtanak, azonban egyes esetekből kitűnt, hogy az egyes katonák a higiénie legelemibb szabályaival sincsenek tisztában. Hogy ez a hiányos kiképzésben vagy az előírások teljes elhanyagolásában leli-e magyarázatát, erre vonatkozólag felvilágosítást nem nyerhettek.

Nem rendelkeznek tapasztalatokkal az irányban, hogy mily intézkedésekkel igyekeztek a higiénés viszonyoknak azt a jelentékeny romlását meggátolni, mely mobilizáláskor és még inkább a katonáknak a harctérre és táborba való vonulásakor mutatkozni szokott. A tábori higiénie egyik legfontosabb feladata az excrementumok és hulladékok kellő eltávolítása. Azok után, a miket a jól berendezett kórházba került szerb katonákon tapasztaltak, nem képzelik, hogy az erre vonatkozó előírásokat szigorúan betartották volna. Igaz viszont, hogy a jelen háborúban az olyan táborozásról, melyre az említett előírások vonatkozhatnak, szó sem lehetett. A katonák akár 2×24 órát is töltöttek lövészárkokban, pl. Monastirnál, ilyenkor pedig higiénés szabályok betartása majdnem lehetetlen.

A fertőzés veszélyének ily módon való fokozásakor a legfontosabb a legelső fertőző eseteknek minél korábbi felismerése. Erre szükséges, hogy már a tábori kórházban legyen laboratórium. Szerbiában csak a belgrádi, egyébként is modern katonakórházban van laboratóriumi felszerelés. Ily viszonyok között a tábori kórházban csak klinikai diagnosis lehetséges, ez pedig nem lehet elegendő, mert a háborúban oly gyakori gastroenteritisek akárhányszor mutathatják kezdetben cholera vagy dysenteria képét, a hogy azt tapasztalataik is igazolják.

A mi a fertőző betegségek továbbterjedése dolgában szükséges intézkedéseket illeti, egyes esetekben ezeknek elég czélszerű követését tapasztalták (fertőző betegek kellő izolálása a kórházakban, betegszobák, egyenruhák fertőtlenítése), más esetekben azonban teljes elhanyagolásukkal találkozottak (sebesülteknek és súlyos hasmenésben szenvedő betegeknek együtt való szállítása).

Hogy a prophylaxisos intézkedések ily fogyatékosága mellett nagyobb járványra nem került a sor, azt egyrészt a téli időszak, másrészt az a körülmény magyarázza, hogy a háború színhelyén nem volt endemia és hogy azok a török csapatok, melyek a török-bolgár harctérre Ázsiából behurcolták a cholérát, a szerbek ellen nem harcoltak.

Fertőző betegségek közül a szerb hadseregben több typhus abdominalis fordult elő, ezekből is észleltek néhány esetet.

Ezeket és a már említett gastroenteritiseken kívül a kezelésük alatt álló katonák között meghűléses betegségek fordultak elő nagyobb számmal: bronchitis, bronchopneumonia, ischias. Külön említést érdemel Landry-paralysissnak két esete, melynek előzménye e baj intoxicatiós aetiologiája mellett látszik szólni. A két katonán t. i. — a ki egy csapatban szolgált — a paralysist súlyos gastroenteritis előzte meg.

Összevetve saját tapasztalataikat az elmúlt háborúból meríthető tapasztalatokkal, azt mondhatják, hogy háborúban a belorvosnak főfeladata a prophylaxis és a fertőző betegségek korai diagnosisa.

A prophylaxis szempontjából különös gond fordítandó az egyes katonának erre vonatkozó kiképzésére.

Mozgósításkor esetleg szóba jöhet az endemiás vidékekről behívott katonák különösebb megfigyelése.

A tábori higiénie két legfontosabb feladata a jó ivóvízzel való ellátás és az excrementumok és hulladékok helyes eltávolítása.

Utóbbira mintául szolgálhatnak az angol hadseregnek kitűnő utasításai; említésre méltó Lion tábori kályhája a hulladékok elégetésére.

Az ivóvíz fertőtlenítésére eddig leginkább a forraló-készülékek vannak alkalmazásban. Különböző filtereket a japánok kezdtek először használni, de úgy látszik nem váltak be. Ujabban chemiai desinficiálást ajánlottak, így calciumperman-gáttal (Glaser).

A mi végül a fertőző betegségek korai diagnosist illeti, alapvető újításnak mondható Doerr-nek a budapesti nemzetközi orvoscongressuson demonstrált mobilis laboratóriuma.

**Tótfalussy Imre:** Dollinger és Bókay tanárok fölszólítására érte azon kitüntetés, hogy a Szerbiába küldött magyar segítő expedíció egyik csoportját vezethette, mely csoportnak tagjai voltak Boytha és Szöllös dr.-ok az I. sebészeti klinikáról, Ehrlich dr. Hüttl sebészeti osztályáról és a Gondviselés Egyesületéből Vali nővér a műtőtermi teendőket elvégzésére. Teljes műtőtermi felszerelést vittek magukkal, úgy hogy a legkényesebb sebészeti igényeknek is eleget tehettek. A szerb hadügyministerium működésük színhelyét Zaječart jelölte meg, a hol egy 200 ágyra kórháznak berendezett tűzérkaszányát bocsátottak rendelkezésükre; itt teljesen önállóan működtek és nemcsak sebesült katonákat kezeltek, hanem még Zaječar polgári lakosságát is részesítették sebészeti segélyben.

Zaječar a szerb, bolgár és román határ egyesülésénél fekszik, tehát igen fontos stratégiai pont, ennek következtében modern erődítményekkel és nagyszámú katonasággal van ellátva; sebesülteik is főleg a Drinápoly alatt küzdő zaječari hadosztályba tartoztak. A hely földrajzi fekvésénél fogva főleg a szerb-török harctér keleti részéből szállították hozzájuk a sebesülteket, így főleg a drinápolyi ostromból, de kaptak betegeket a kumanovói, prilipi és monastiri nagy ütközetekből is. A Drinápoly alól érkező sebesültek a sebesülésük utáni 4.—5. napon kerültek kezelésükbe, még ugyanazon kötéllel, melyet az első napon kaptak. Megjegyzni azonban, hogy a katonák legtöbbször az első napon 2-szer, sőt 3-szor is el volt látva, a mi a következő körülményben leli magyarázatát: sebesülése után mindegyik katonát még a harctér sánczárkában vagy önmaga kötözte be a sebet a nála lévő kötszersomaggal segítségével, vagy pedig mellette fekvő társa látta el első segéllyel. A mint azután a sebesülteket a harczvonal mögött fekvő 1. és 2. fokú kötözőhelyekre szállították, ismét, még pedig most már orvosi segélyben részesültek, úgy hogy a legtöbb sebesült rövid időn, néhány órán belül 2-szer, sőt 3-szor is el volt látva. Azután azonban a katonák hazaszállítása csak egész ideje alatt orvosi ápolásban többé nem részesültek; s mindennek dacára a sebek túlnyomó százalékát reactionmentesen kapták kézhez. Ennek magyarázatát egyrészt a fiatal szervezet ellentálló erejében keresi, mely a minden esetben fertőzött sebben a fertőzés leküzdésére nagyban hozzájárul, másrészt pedig a modern sebészet azon dogmájában, mely a sebek ok nélküli kezelését, vizsgálását, kutaszolását perhorreszkálja; egy szóval, nem hangsúlyozhatja eléggé azt, a mit a modern sebkezelés alaptételnek állít fel, hogy a sebeket nem szabad sem vízzel, sem antisepsises folyadékokkal mosni, hanem egyszerűen jodtincturázzuk, asepsisesen bekötjük és békében hagyjuk. A sérült végtagot lehetőleg nyugalomba kell helyezni; erre nézve nagy szolgáltatást tett a Dollinger-féle gyps-sín, mely bárhol előállítható és úgy a felső, mint az alsó végtag rögzítésére kiválóan alkalmas. Betegeik egy része öreg bolgár és szerb felcserek kezébe került először, a kik a sebeket vízzel és szappannal megmosták; ezek a sebek egytől-egyet fertőzve voltak, míg a hasonló és súlyosabb sérülések is, melyeket víz vagy antisepsises folyadék nem ért, reactionmentesek maradtak. Hogy mily fontos a sérült végtag nyugalomba helyezése, arra csak azt kívánja megjegyezni,



hogy számos kezdődő phlegmone minden különösebb kezelés nélkül visszafejlődött, ha a végtagot sinre helyezték, esetleg felpolcsozták.

Sebesüléseik legnagyobb százaléka löfegyvertől eredt; megfigyeltek továbbá az egész testre kiterjedő zúzódásokat is, melyek úgy jöttek létre, hogy a lecsapó gránát által fölvetett kötőanyag vagy földtömeg elborította a közelben álló embereket. Vágó vagy szűrő fegyvertől származó sebesüléseket nem volt alkalmuk megfigyelni.

A löfegyvertől eredő sérülések igen nagy különbségeket mutattak, a szerint, hogy kis-kaliberű, acélköpenyes golyótól származtak-e, vagy pedig shrapnel-, tehát ólomgolyótól. A török fegyver 7 mm.-es kaliberű golyókat tartalmaz, melyek igen hegyesek, s ezen lövedékek nagy gyorsaságuknál és kis kaliberűknél fogva, ha fontosabb képletet nem találnak, igen jóindulatú sérüléseket okoznak. Másképpen áll a dolog a shrapnel-sérülésnél: az ólomgolyó a test szöveteiben deformálódik s így nagy roncsolást visz véghez; a löcsatorna a kilövés felé tölcseralakú, szakított-zúzott s így infectióra igen hajlamos.

Az inficiált végtagsérüléseknél is a lehető legconservativebben járt el; kezdődő phlegmonék nyugalomra teljesen visszafejlődtek s csak ritkán kellett megfelelő incisiókkal és drainézssal a gyulladás tovaterjedésének gátat vetni.

A fej sérülései vagy horzsoló, vagy áthatoló lövések voltak és minden esetben kiskaliberű, acélköpenyes golyótól eredtek. A horzsoló lövések simán gyógyultak. Az áthatoló lövések haránt és ferde irányban érték a koponyát és bár az agyvelőn hatoltak keresztül, úgy látszik nemesebb részek nem sérültek, mert kiesési funkciót nem tapasztaltak. Egy esetben az orrhegyen be- és a proc. mastoideusnál kihatoló lövés után gyenge féloldali faciális-hűdés és mérsékelt szájszáj volt a sérülés következménye; egy harántul a halánték tájához hatolt lövés után pedig az egyik oldalon a hallás szenvedett. Természetesen a fejlövések nagy százalékban rögtön halált okoznak s innen magyarázható, hogy a ki életben maradt, azon nagyobbok functionalis zavart nem is tapasztaltak.

Hasonló megfigyeléseket tettek a mellkas áthatoló sérüléseinél is; itt is voltak eseteik, melyekben mindkét tüdőn áthatolt a löveg és a beteg több napig tartó, vonaton való szállítás után saját lábán jött a kórházba. Haemothoraxot egy esetben láttak, de az is a sepsis maradt és tisztán nyugalomra föl is szívódott. Tehát itt is megállapítható volt, hogy ha a löveg nem éri a szívet vagy valamely nagyobb értörzset, akkor kilátás van arra, hogy a seb gyorsan és minden complicatio nélkül meggyógyul.

A végtagok sérülései nagy különbséget mutattak a szerint, hogy acélköpenyes kis kaliberű golyótól, vagy shrapneltől származtak.

A lágyrészeken áthatoló acélköpenyes golyólövés, ha idegtörzset vagy nagyobb eret nem érnek, simán gyógyulnak.

A shrapnel-lövés azonban nagyon hajlamos az infectióra és különösen ha csontot, izületet érnek, nagyon rossz a prognózisuk, bár conservatív bánásmóddal itt is elkerülhető a végtag csonkolása. Gyakran kellett azonban a shrapnel-okozta löcsatornát feltárni, sequestereket eltávolítani és azután, ha meg is gyógyultak ezek a szakított sebek, nagyfokú hegeseéseket és contracturákat vontak maguk után, úgy hogy az illető végtag és különösen a kéz részben használatlanul vált.

Természetesen az utókezelés már hatáskörükön kívül esett és bár a sebesülteket elbocsátásukkor a végtag füröztetésére, massagera stb. kioktatták, jó tanácsaikat valószínűleg nem szívtették meg.

**Boytha Lajos:** Néhány szót szeretne fűzni *Makai* előadásához a zajecsbéri kórházi viszonyokról és arról, hogy a számukra kijelölt tüzerkaszárnyában hogyan rendezkedtek be.

A 100 ágyas katonai kórházon kívül a tüzerkaszárnya 140, a városban levő gymnasium és a népiskola egyenként 100-100 ágyas kórházzá volt alakítva, összesen tehát 440 sebesült befogadására volt hely.

A kórházi ágyak a kaszárnya ágyaiból teltek ki, az ágynemű nagy része szintén. A hiányzó ágyneműt és fehérneműt magánosok bocsátották a kórház rendelkezésére.

Az ágyak a kórtermekben nem voltak összezsúfolva, egy-egy nagy teremben legfeljebb 10-14 beteg feküdt.

A tisztaságra elég nagy gondot fordítottak, a nélkül, hogy erre külön kellett volna szerkeneni. Minden sebesült csak jól megfürdve foglalhatta el ágyát. Ezt a különben nagyon természetes dolgot azért emelem ki, mert a tisztaság azon a vidéken általában nem nagyon divik.

A betegápolók, a bolnicsárok, a harmadik korosztályú katonákból kerültek ki, s dolgukat jól végezték, fegyelmük igen jó volt.

Csak dicséret illetheti az ápolónőket, kik a zajecsbéri hölgyek soraiból kerültek ki, önkéntes jelentkezés alapján. Igen megbízhatónak bizonyultak, s a legkeményebb munkától sem riadtak vissza, mint a milyen pl. a padlószúrolás. Egyes hölgyek pedig, a kik az ápolásban nem vettek személyesen részt, úgy rőták le hazafias kötelességüket, hogy ágyneműt varrtak a sebesültek részére.

A betegek ételmezése a tüzerlaktanya konyhájáról történt, s türhetően jó volt.

**Kétféle** diaeta volt: folyékony és húsdiaeta. Természetesen nem lehetett megakadályozni azt, hogy a jószívű közönség és a betegek hozzátartozói jó falatokkal lepják meg a vitézeket, a mi aztán sok gyomorrontásnak lett okozója.

A kórház *administrációját* a gymnasium tanárai végezték kifogástalanul, a kórtörténeteket pedig szerb orvosok írták, a mi német diktálásunk után.

A betegekkel való bánásmód az erősen demokratikus viszonyoknak megfelelően igen jó, az érintkezés a beteg és fölfebbvalója között

egész közvetlen. A betegek levelezését többnyire az oda beosztott tanárok végzik. Az ápolónők pedig gyakran felolvassnak nekik.

Műtöket a tüzerkaszárnya két egymásba nyíló szobájában rendezték be. Az egyik volt az öltöző-, váró- és mosdószoza, a nagyobbik a műtőterem.

A mosdó kérdését nagyon elmésen oldotta meg az egyik ápoló, ki két gummicsőből, két csőszorítóból és néhány mogorófacálcából nagy-szerű pedálos mosdót készített.

Műszerszekrényül a gymnasiumból requirált könyvszekrény szolgált. Gyógyszereiket a polczokra helyezték.

Műtőjüket a maguk műszereivel és műtőasztalaikkal szerelték fel, oly módon, hogy hiányt semmiben sem szenvedtek.

Az eszközöket a saját petroleumos sterilizőjükkel főzték.

Kötöszert és gyógyszert alig használtak a magukéból, mindent igen bőven bocsátottak rendelkezésükre a katonai kórház gyógytárából.

Benyomásuk a tapasztaltak alapján az volt, hogy noha a kumanovói csata után volt orvoshiány Szerbiában, ez az idegen orvosok beözönlése és a szerb orvosok egy részének a harcztérrel való visszatérése folytán csakhamar megszűnt, kórházat pedig minden község berendezett, úgy hogy háromszor annyi sebesültet is el tudtak volna helyezni és el tudtak volna látni, annál is inkább, mert az orvosok működését az egész szerb társadalom jóakaró támogatása kísérte.

**Guth Antal:** A női ápolók finom munkára valók és erre alkalmasak is, különösen a kik kiképzésben részesültek. Például műszerek tisztítására, sterilizésre, operálás alkalmával segédkezésre. Míg durvább és különösen nagyobb testi erőt igénylő munkára, például a betegek hurcolására, a férfiapolók alkalmasabbak.

**Sötér Elek:** Az előadásokból kitűnt, a mit katonakörökben régen tudnak, hogy az első kötözés olyan, hogy 30-40 kilométeres transportot elbir. Ezt a kötést a tábori kórházban sem szabad bolygatni. Ez a vasúti transportot is elbirja.

A mi hadi egészségügyi felszerelésünk kitűnő. Steril kötöszert, gyps 60-120 kgr. mennyiségben mindenütt van és a sebesült-vívók úgy vannak kiképezve, hogy a sebhez nyúltnok nem szabad, a mi a kötőszercsomag használata által el is érhető.

Az osztrák-magyar hadsereg egészségügyi szabályzata minden kellékről gondoskodik oly módon, hogy a szállítás hibátlanul történjék és a fertőzésellenes kezelés kivihető legyen.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Az amoeba-dysenteria** ellen *Rogers* ajánlotta volt a mult esztendőben az emetint, a melylyel *Chauffard* is igen jó eredményt ért el egy esetében, a melyről a párisi „Académie de médecine” február 25.-én tartott ülésén számolt be. Az illetőnek a bélbeli folyamat mellett dysenterias eredetű májtályogja is volt, a mely egy bronchusba áttört. A fistula hepato-bronchialis már öt hónapja állott fenn és rajta naponként 200-250 cm<sup>3</sup> geny ürült. Öt nap alatt 6-szor fecskendeztek be a betegnek sósavas emetint, minden alkalommal 4 centigrammot. A genyürülés már az első befecskendezés után csökkenni kezdett s az 5. injectio után úgyszólván teljesen megszűnt; a bélbeli folyamat is megszűnt s a beteg rövid idő alatt 6 kilót hízott.

**Fertőzött sebek kezelésére** *Souligoux* a párisi „Société de chirurgie” február 19.-én tartott ülésén nagyon ajánlotta az aethert (aetherbe mártott vattát tesz a sebre, föléje száraz vattát és az egészet enyhén szorító kötéssel rögzíti). Egy esete alapján (perforatiós peritonitis diffusa; a sebészeti ellátás és a genyvel tele volt hasüregnek aetherrel kitisztítása után gyógyulás) azt hiszi, hogy a hashártya fertőzöttsége eseteiben is jó szolgálatokat fog tenni az aether.

## PÁLYÁZATOK.

224/1913. ikt. szám.

Békésvármegye közkórházának szemészeti és elmebeteg-osztályán **egy-egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: a szemészeti segédorvosi állásnál évi 1200 korona, az elmebeteg-osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona fizetés és mindkét állásnál lakás, fűtés, világítással és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám **előző márczius hó 27.-éig** küldjék be.

Gyula, 1913 márczius hó 5.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.



1901/1913. szám.

Körmöczbánya szab. kir. rend. tan. főbányavárosnál elhalálozás folytán üresedésbe jutott **városi ügyvezető főorvosi**, valamint ennek betöltése folytán esetleg üresedésbe jöhető **városi rendőrorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az élethossziglani megbizatással betöltendő orvosi állásokkal egybekötött hatás- és kötelességek, nemkülönben a megkívánt minősítés tekintetében a városi szervezési szabályrendelet, továbbá az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a és az 1912. évi LVIII. t.-cz. 22. §-ának idevonatkozó intézkedései irányadók.

Megjegyzem, hogy a városi ügyvezető főorvos különös kötelezettségét képezi: a városi szülők házában és a város kezelése alatt álló aggápoldában elhelyezettek és a városi magánkórházban felvett betegek, továbbá a városi tisztviselők kivételével az összes városi alkalmazottaknak és a városi közszegényeknek díjtalan gyógykezelése, valamint a városi polgári leányiskolában az egészségtannak a mindenkor minis-teri tantervben megállapított órászámában való díjtalan tanítása. Az egészségügy körébe tartozó összes ügyek előadója. A városi rendőrorvos a városi ügyvezető orvost szükség esetén mindenben ugyancsak díjtalanul helyettesíteni és neki a városi magánkórházban díjtalanul segédkezni, valamint a városi tisztviselők kivételével az összes városi alkalmazottakat díjtalanul gyógykezelni tartozik. Ezenkívül a városi rendőrorvos egyúttal a városi köztermelők felügyelője és halottkém. Az ügyvezető főorvos és a rendőrorvos a hivatali kötelesség sérelme nélkül magángyakorlatot a városon kívül is folytathat és hivatali területén fekvő uradalmi, ipartelepi és betegsegélyző pénztári orvosi állást viselhet. Fizetéssel járó más állást nem vállalhat.

A városi ügyvezető főorvos járandóságai a következők: évi 2600 korona fizetés, ötévenkénti 300—300 korona háromszor ismétlődő emelkedéssel, évi 500 korona lakáspénz és évi 40 ürköbméter kemény tűzifailletmény.

A városi rendőrorvos járandóságai pedig a következők: évi 2100 korona fizetés, ötévenkénti 300—300 korona háromszor ismétlődő emelkedéssel, évi 450 korona lakáspénz, évi 32 ürköbméter kemény tűzifailletmény. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 22. §-ában jelzett díjak megállapítása folyamatban van.

Megjegyzem továbbá, hogy a városi szervezési szabályrendelet az 1912. évi LVIII. t.-cz. értelmében, nemkülönben a városi nyugdíjazási szabályrendelet az 1912. évi LXV. t.-czikknek megfelelőleg átalakítandó, miért is a megválasztottak a bekövetkezendő módosításoknak következtetéskeppen a javadalmazásnál beállható változásoknak, továbbá a változott hatás- és kötelességek köréből eredő kötelezettségeknek magukat alávetni tartoznak.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik a jelzett állásokat elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket Körmöczbánya szab. kir. r. t. főbányaváros polgármesterénél **1913. évi márczius hó 28. napjának déli 12 órájáig** annál is inkább adják be, mert a későbbben érkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapjának kitűzése iránt a pályázati határidőnek lejártá után fogok intézkedni.

A r a n y o s m a r ó t, 1913. évi február hó 26.

Mailáth s. k., alispán.

Az Irgalmasrend egri elmeorvóintézetében **egy orvosgyakor-noki állás** rendszeresített. Javadalmazása 800 korona évi fizetés, I. oszt. ellátás és egy szobából álló lakás. Kik az állást elnyerni óhajtják, kérvényüket az Irgalmasrend egri perjeléhez nyújtják be.

Irgalmasrend egri házában perjele.

5285/1913. kig. szám.

Baja város közpórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, az elmeosztályon való alkalmaztatás esetén 300 korona pótlék, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtók felhívatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb **1913. márczius hó 15. napjáig** közvetlenül a bajai közpórház igazgatóságánál nyújtják be.

B a j a, 1913. február 28.

Polgármester helyett:

Erdélyi, főjegyző.

Jómódú magyar vidéken igen jó **körorvosi állás** töl-tendő be mielőbb. Értesítést ad Dobsa Sándor, gyógyszerész, Almosd, Bihar megye.

4240/1913. szám.

A sátoraljaújhegyi „Erzsébet” közpórházánál megüresedett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, kötelező természet-beni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktorokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **1913. évi április 1-én déli 12 óráig** Zemplén-vármegye főispánjához címezve, hozzám annyival is inkább nyújtják be, mert a később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Az alorvos osztályokra való beosztása iránt **Chudovszky Mór**icz dr. igazgató-főorvos esetről-esetre intézkedik.

S á t o r a l j a ú j h e g y, 1913. márczius 2.

Dókus s. k., alispán.

A balatonalmádi Zsófia gyermeksanatoriumban pályázat útján kerül betöltésre **egy alorvosi állás**, a mely havi 200 korona fizetéssel, természetbeni lakással és teljes ellátással van díjazva. Az intézet üze-májástól októberig tart, tehát 5 hónapra szól a megbízás. Gyermek-gyógyászati gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. A folyamodásokat **márczius hó 31.-éig** kell a Zsófia Országos Gyermeksanatorium-Egye-sület igazgatóságához (Stáhlly-u. 15) benyújtani.

B u d a p e s t, 1913. február 25.

Bezerédj Viktor,  
államtitkár, ügyv. elnök.

739/1913. szám.

Zólyomvármegye nagyszaltnai járásában megüresedett a X. fizetési osztályba sorozott **járasorvosi állásra** ezennel pályázatot hir-detek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában és a 80099/1893 B. M. sz. körrendelet-ben előírt minősítésüket, eddigi közreműködésüket és kifogástalan er-kölcsi magaviseletüket igazoló hiteles okmányokkal, valamint születési anyakönyvi kivonattal felszerelt és Zólyomvármegye főispánjához cím-zett folyamodványaikat **1913. évi április hó 15.-éig** bezárólag hozzám annál is inkább nyújtják be, mert az elkésztett érkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen állás javadalmazása a X. fizetési osztály 3 fokozatával járó évi 2000 korona kezdőfizetés, 300 korona lakáspénz és 600 korona üti-átalány.

B e s z t e r c z e b á n y a, 1913. évi február hó 24.-én.

Répaši Máttyás dr., alispán.

201/1913. szám.

Pozsonyvármegye nagyszombati közpórházánál **segédorvosi ál-lásra** pályázatot kirdetek. Javadalmazás: 1600 korona fizetés és lakás, fűtés, világítás, élelmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítet-tésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **Bartal Aurél** Pozsonyvármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb **1913. évi április hó 1.-éig** nyújtják be.

Gyakorlati évüket még el nem töltött orvostudorok is pályázhat-nak, kinevezetésük esetén azonban csak 1200 korona fizetésre, lakás, fűtés, világítás és élelmezésre tarthatnak igényt.

Az állás **április hó 15.-én** foglalandó el.

N a g y s z o m b a t, 1913. évi márczius 3.

Nagy, igazgató-főorvos.

## Guajacetin - Migrol -

Tuberculosis, bronchitis pulmonis, pneumonia, catarrhus intestini et ventriculi stb.

Legalkalmasabb antipyreticum és antirheumaticum.

## Peptannol Sullacetin

Sósavas tanninkészítmény gyomormegbetegedések ellen.

Bronchitis, pertussis stb., 20 tabletta K 1.25.

Dr. Franz Fehlihaber & Co. G. m. b. Berlin-Weissensee

Vezérképviselő Ausztria-Magyarország részére:

Adalb. Hradetzky, Wien, XVIII/1, Währinger Gürtel 57.

## Bad Homburg v. d. Höhe Sanatorium Dr. Curt Pariser (Ciara Emilia)

Különleges gyógyintézet gyomor-, bél- és anyagcsere-bajok számára.

Vezető orvosok: **Dr. Curt Pariser, Dr. Benno Latz.**

— A sanatorium ezentúl egész éven át nyitva marad. —



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Ács-Nagy István:** Közlés a kolozsvári egyetemi belklinika tüdőbeteg-osztályáról. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. r. tanár.) A köpetfehérje gyakorlati értéke a légzőszervi megbetegedések, főleg a tuberculos kórjelzésében. 195. lap.

**Gáli Géza:** Közlemény a budapesti dunabalparti kórházak XII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Benedict Henrik dr., egyetemi magántanár). Strumitis posttyphosa apostematosa tarda és másodlagos Basedow-kór. 197. lap.

**Pólya Jenő:** Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. A duodenalis fekélyről. 199. lap.

**Donath Gyula:** A sómentes diéta története az epilepsia kezelésében. 202. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Immelmann:** Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnwege. — Új könyvek. — **Lapszemle. Általános kór- és gyógytan.**

**Fibiger:** A carcinoma oktana. — **Belorvostan. P. Sackur:** Javított, albumosementes hormonal. — **Czyhlarz:** Lázás betegségekben előforduló nystagmus. — **Sebészet. H. Oppenheim:** Műtételt kezelt kisagyvelő-daganat. — **Idegkórtan. P. Marie és Foix:** A kis kézizmokra szorító, tovaterjedésre nem hajlamos izomatrophia. — **Húgyszervi betegségek. C. Hirsch:** Syphilises zsugorvase. — **Orr-, torok- és gégebajok. Zografides:** Az ozaena lényege és orvoslása. — **Orthopaedia. Fr. Pauwels:** A habitus térdkalácsficzamosodás gyógyítása. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ruediger:** Hirtelen beálló erős vérzés. — **Decker:** A skarlátvörös-kenőcs módosulatai. — **Seige:** Neuronal. 205—207. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 208. lap.

**Vegyes hírek.** 208. lap.

**Tudományos társulatok.** 209—212. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlés a kolozsvári egyetemi belklinika tüdőbeteg-osztályáról.** (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. r. tanár.)

**A köpetfehérje gyakorlati értéke a légzőszervi megbetegedések, főleg a tuberculos kórjelzésében.**

Irta: Ács-Nagy István dr., klinikai II. tanársegéd.

Pár év óta a francia orvosi irodalomban meglehetősen számmal szerepelnek a köpet kicsapható fehérjéivel foglalkozó klinikai dolgozatok.

A kérdés nem egészen új, mert már jóval előbb a németek is foglalkoztak vele.

**Biermer** volt az első, a ki 1855-ben a legkülönbözőbb köpetfajok fehérjéjét meghatározta. Adatai egyik-másikát azonban nem fogadták el.

Utána két évtizeddel 1875-ben **Renk**, majd 1896-ban **Lanz** következett. Ők a köpet N-tartalmából következtetést akartak vonni a legkülönbözőbb légzőszervi bántalmakban észlelhető fehérjevesztésre; de a mint pár éve **Wanner** megállapította, nem teljes sikerrel. Ugyanis a sputum N-je nem származik mind csak a fehérje bomlásából.

**Kossel** 1888-ban a pneumoniában a köpet tapadosságát annak nuclein-tartalmával hozta összefüggésbe. Ugyancsak ő az említett betegségben a köpetben kevésbé a krízis előtt peptont is talált.

**Wanner** 1903-ban mondhatni valamennyi légzőszervi megbetegedésben kapott különböző eljárásokkal kicsapható fehérjét.

**Wanner** kiemeli a fehérje mennyiségének állandóságát bronchitis chronica és bronchiektasia eseteiben. Azonban épp úgy, a mint már 1875-ben **Renk**, ő is a köpetfehérje nagyfokú ingadozását észlelte tüdőtuberculosis eseteiben.

**Roger** 1909-ben és a következő években tüdőtuberculosis eseteiben állandóan kapott a köpetben fehérjenemű testet. Ellenben bronchitis acuta, bronchitis chronica és emphysema eseteiben nem talált. E tényből szabályt alkotva, azt mondja, hogy a köpet negatív fehérjelelete kizárja a tüdőtuberculosisnak még a lehetőségét is.

Szerinte ez eljárás tuberculosis eseteiben sokkal megbízhatóbb, mint akár a **Pirquet**-, akár pedig a **Wolff-Eisner-Calmette**-féle kórjelző eljárás.

**Roger** azt állítja továbbá, hogy ez eljárás megmutatja nemcsak a tüdőtuberculosis jelenlétét, hanem a megbetegedés súlyosbodását, megállapodását, sőt gyógyulását is.

**Lecaplain** ugyanezeket mondja.

**Dieudonné** az eljárást gyógyult tüdőtuberculosisban többre becsüli, mint a sputum mikroskopi vizsgálatát.

**Roulet és Ferreira** a negatív fehérjeleletet mint tüdőtuberculosis ellen valló adatot sokra becsüli. **Roulet** a köpet mikroskopi vizsgálatát még többre.

**Gaererd** már más véleményen van. Ő a negatív fehérjeleletet a tüdőtuberculosis ellen csak a negatív klinikai jelekkel együtt értékeli. Neki ugyanis 7 — bacillust tartalmazó — köpete adott negatív fehérjekémlést.

**Roger** és a többi francia szerző a köpet fehérjéjét csak minőlegesen vizsgálta.

Eljárásuk abból áll, hogy a vízzel kétszeresen hígított köpet nyálkáját kicsapják. A kellő módon előkészített köpethez — annak üvegpálcával való behatóbb keverése után — a mucin kicsapása céljából néhány csepp híg ecetsavat adnak. A kicsapott nyálkát szűrőn tartják vissza. A szüredéket aztán főzéssel — konyhasó előzetes hozzáadása mellett — és tömény ferrocyaniummal minőlegesen földolgozzák.

A nyálka kicsapásának mi is a főntebb említett módját alkalmaztuk, és pedig acid. acet. dilut. éppen szükséges cseppjeivel. A szüredéket azonban nemcsak minőlegesen, hanem a körülményeknek megfelelőleg mennyilegesen is megvizsgáltuk.

A minőleges vizsgálatot — mint kórjelző eljárást —



ugyanis egymagában nem tartottuk elégségesnek. A mennyileges vizsgálat alkalmával ellenben a kicsapható fehérjének többé-kevésbé abszolút értéke szerepel. E fehérjelelet aztán viszonyba is állítható egy más légzőszervi megbetegedés mennyileges köpetfehérjeleletével. De itt viszont a helyes módszert kell megválasztanunk, mert a gyakorlat szükségletéről van szó. Ekkor tehát nem volna alkalmazható a köpetfehérjének gravimetriás, valamint a fehérje mennyiségének Kjeldahl szerint való meghatározása a köpet N-tartalmából.

Ezért mi gyakorlati szempontból a *titrálási módszerrel* végeztük mennyileges vizsgálatunkat. Itt a magasabb hígítás a törzsoldatnak állandóan azonos módszer szerint való tovább hígítása révén keletkezik. A kétszeres hígítású törzsoldatunkból így állott elő a 10-, 20-, 40-, 80-, 160-, 320-, 640- és 1280-szoros oldat. E sorozat tagjait — a fehérjetartalom szerint — minden egyes esetben a főzési, ferrocyanáliumos, salétromsavas és sulfosalicylsavas eljárásokkal titráljuk.

Természetes, hogy a kémlőanyagoknak is állandóan azonos mennyiségét használtuk föl. Így a főzési eljárás alkalmával állandóan 10—10 cm<sup>3</sup> kristálytiszt szüredékhez 1—1 gr. finoman porított konyhasót és főzés után pár csepp híg ecetsavat vettünk.

A ferrocyanáliumos kémléskor — melyet kémlőcsőben óvatos rétegzéssel végeztünk — 5—5 cm<sup>3</sup> tömör kémlőanyaghoz 5—5 cm<sup>3</sup> szüredéket dolgoztunk föl.

A salétromsavas vizsgálatkor ugyanezen mennyiségek szerepelnek.

A sulfosalicylsavas vizsgálatkor 5—5 cm<sup>3</sup> tiszta szüredékhez mindig 15—15 csepp 20%-os kémlőanyagot juttattunk.

Természetesen távol áll tőlünk, hogy adatainkat pontos mennyileges számoknak tekintsük; inkább csak összehasonlító adatoknak óhajtuk azokat föltüntetni.

E vizsgálatunkat — a francia közlések nyomán — *főleg a tüdőtuberculosis gyakorlati és korai kórjelzése szempontjából végeztük.* Végső célunk a tüdőtuberculosisnak más légzőszervi megbetegedésektől elkülönítése lévén, a *legkülönbözőbb légzőszervi megbetegedésekben azonos módszer szerint dolgoztunk.*

Megfigyeltük továbbá, hogy mutatkozik-e összefüggés az egyes lefolyási szakaszokban a köpetek fehérjetartalma között, és felhasználható-e a lelet a tüdőtuberculosis korai felismerésére? E célból a lehetőleg egyenlő physikai elvátozást és klinikai lefolyást mutató tüdőgümőkór-eseteket egy csoportba gyűjtöttük.

Tekintettel voltunk továbbá I. és II. szakaszú eseteinkben arra is, hogy ezek azonos kórjelző tuberculin-adagra visszahatottak-e?

Ezenkívül a II. klinikai szakaszú eseteinkből a mikroskopiai pozitívokat újból kisebb közös csoportba foglaltuk össze.

A csoportosítás és a tüdőtuberculosis III. szakában annak idősi, illetve gyorsult lefolyása szerint történt. De a korai kórjelzés szempontjából ez esetek nem is jöhetnek szóba s így ezen adataink csakis mint az I. és II. klinikai szakasz ellenőrző adatai szerepelnek.

Vizsgálataink kapcsán még sok más mellékkörülményre kitértünk. Így vizsgáltuk azt, hogy egy és ugyanazon tüdő-tuberculosisban különböző időben milyen a fehérje mennyileges viselkedése? Érdeklődtünk továbbá aziránt is, változik-e a tüdőtuberculosisos köpet fehérjetartalma a kórjelző tuberculinhatás ideje alatt? Az így nyert eredményt aztán összehasonlítottuk ugyanezen egyén köpetének akkori adatával, a midőn az illető még nem kapott tuberculin.

\* \* \*

Lássuk most a *tüdőtuberculosisra* vonatkozó egyes adatainkat:

|                                     |          |                 |            |
|-------------------------------------|----------|-----------------|------------|
| I. Turban-Gerhardt klinikai szakban | 9 beteg  | től vizsgáltunk | 14 köpetet |
| II. " " " " "                       | 34       | " " "           | 56 "       |
| III. " " " " "                      | 17       | " " "           | 20 "       |
| Tehát tüdőtuberculosisban:          | 60 beteg | től vizsgáltunk | 90 köpetet |

Az I. klinikai szakbeli betegeinken kivétel nélkül homályos physikai jelek vannak, így: elmosódott Krönig-féle terület, érdes, sejtés belégzés, ugyanilyen s nyújtott kilégzés, néha-néha egy-két finom pattogás, nyikogás, ezek is inkább a reggeli órákban vagy kiköhögötés után.

Főpanaszuk a 1/4—3/4 éve fönnálló köhécseles, némi soványodás. 4 esetben vérvettség, a mely az egyik esetben többször megismétlődött.

A bacillusokra gondosan és többször megejtett köpetvizsgálat eredménytelen, még az antiformin-ligroinos eljárással is. S minthogy e betegeink mind láztalanok, avagy csak pár napig gyöngén subfebrilisek (37.1—37.3° C), kórjelző tuberculin kapnak bőr alá. Kezdeti adagunk 0.2, aztán 1.0 s végül 5.0 mgr. tuberculinum Kochi („Alttuberculin“).

Tuberculinra valamennyin 37.8—39.2° C között mozgó hőemelkedés, jellegző általános helyi és szűrési reactio jelentkezik.

A köpetet emez I. stadiumú eseteinkben épp úgy, mint más eseteinkben is, 24 órán át gyűjtöttük s pontosan lemértük. A mennyiség 3—12 cm<sup>3</sup> között ingadozott. A minőség igen különböző. Az esetek javarészában natrium jodatum adagolása révén igyekeztünk több köpethez jutni. Itt is, mint mindig, a fölismerhetően nyálát, vizet, ételrészeket s főleg vért tartalmazó köpetet nem dolgoztunk föl.

A minőleges vizsgálatokat Roger szerint végeztük. A mennyileges vizsgálati eljárásunkat már előbb említettük.

Az I. klinikai szakbeli 9 betegen megejtett 14 vizsgálatból 4-szer minőleges és 10-szer mennyileges vizsgálatot végeztünk. Azonban éppen az I. szakbeli eseteinkben olyan kevés köpet állott rendelkezésünkre, hogy összehasonlító vizsgálatokat nem mindig végezhetünk. Így pl. csak egyszer voltunk olyan helyzetben, hogy a főzési eljárást előzetes konyhasó hozzáadásával és a nélkül — szembeállítva — kipróbálhattuk. Az eredmény mindkét módon megejtett vizsgálatnál negatív, ugyanezen azonban a sulfosalicylsav pár cseppje erősebb zavarodást adott.

Egy másik esetben a kevés szüredék miatt csak salétromsavval vizsgáltunk. Az eredmény: 6—7 mm.-es laza fehérjekorong.

Egy további esetünkben különböző időben végeztünk vizsgálatot két ízben. Mindkét alkalommal a főzési eljárást, konyhasó előzetes hozzáadása nélkül, hajtottuk végre. Az eredmény először negatív, másodszor pozitív.

Mennyileges vizsgálataink alkalmával a főzési eljárást mindig csak konyhasó előzetes hozzáadásával ejtettük meg. E mellett azonban a már említett 3 másféle eljárást is végrehajtottuk.

A 10 mennyileges vizsgálat közül 3 esetben csak az abszolút fehérjemennyiséget kerestük s itt más kérdés nem szerepelt.

1. eset nem tuberculinreactió sp.-mal 1 : 40
2. „ tuberculinreactió „ 1 : 80
3. „ „ „ 1 : 80

hígításban adta a fehérjekémlést.

3 további esetben ugyanazon betegek tuberculinreactió (diagnostikai) köpetfehérjéjét hasonlítottuk össze ugyanazoknak nem reactió köpetfehérjéjével. E 3 párhuzamosan vizsgált eset közül 2 esetben a tuberculinreactió köpet nagyobb fehérjetartalmúnak kaptuk. 1 esetben azonban fordítva.

1. nem reactió sputum 1 : 40 — tuberculinreactió 1 : 160
2. „ „ „ 1 : 20 — „ „ 1 : 160
3. „ „ „ 1 : 320 — „ „ 1 : 160

titerértéket adott.

Első pillanatra tehát úgy látszik, hogy az egyébként különböző mennyiségű fehérjét tartalmazó, nem reactió köpetek a tuberculin reactioideje alatt állandó fehérjemennyiséget tartalmaznak. De csak első pillanatra, mert 2 más, ugyancsak 5.0 mgr. tuberculinra visszaható esetünkben 1 : 80—1 : 80 a fehérje títere a reactio alatt (a 2 föntebbi esetben).



A köpetfehérje állandóságát ugyanazon tüdőbetegben nem észleltük. Igaz hogy e kérdésre vonatkozólag I. szakbeli vizsgálatunk csak 1 van. Ez esetünkben a különböző időben nyert eredményeink:

1 : 160, 1 : 320, 1 : 160.

Az állás befolyásoló hatását a köpetfehérjére ugyanazon betegben nem észleltük. Az azonnal földolgozott és a 24 órán át 30—35° C nappali hőmérséklet mellett tartás után földolgozott köpet titerértéke 1 : 160 volt.

A nyálka kicsapásához használt ecetsav különböző mennyisége azonban befolyásolhatja a fehérje-eredményeket, a mi természetes is. 3 esetünkben ugyanis:

1. 1-szeres ecetsav 1 : 160 — 10-szeres ecetsav 1 : 160  
2. 1- " " 1 : 160 — 6- " " 1 : 320  
3. 1- " " 1 : 20 — 10- " " 1 : 40

fehérjétitert adott.

A II. klinikai szakban 34 tüdőtuberculosist vizsgáltunk.

Ezek közül csak 10 esetben kaptunk pozitív bacillus-leletet, pedig a bacillusok keresése a lehető leggyondosabb volt, s a már említett antiformin-ligrinos eljárást is használtuk.

A többi 24, bakteriologailag negatív esetben szintén kórjelző tuberculint adtunk. Ez eseteink közül

8 betegünk --- 0.2 mgr.,  
16 " --- 1.0 " tuberculinra

reagált jellemző módon.

A II. klinikai szakbeli eseteink köpetei már a minőleges vizsgálatkor is érdekes eredményt adtak. 4 esetünkben ugyanis (az egyikben ismételt is) a főzési eljárással előzetesen hozzáadott konyhasóval és a nélkül is teljesen negatív eredményt kaptunk. Ugyanekkor azonban a ferrocyankaliumos, salétromsavas és sulfo-salicylsavas eljárások egészen kétségtelenül mutatták a fehérjenemű test jelenlétét. A főzési eljárással kapott emez eredménytelenség annál feltűnőbb, mert 2 esetben a köpetben Koch-bacillusokat is találtunk.

Voltak aztán eseteink, a melyekben a főzési eljárással — úgy konyhasó előzetes hozzáadásával, mint a nélkül — kimutattuk a fehérjét. Ugyanekkor azonban a salétromsavas ellátás negatív fehérjekémlést adott.

Végül, mint egészen különös minőleges eredményt, említjük meg egyik gőrcsőileg pozitív esetünket. Ez esetünkben sem a főzési, sem a ferro-cyankaliumos, sem a salétromsavas, de még a sulfo-salicylsavas eljárással sem kaptunk fehérjét. A hígítás kétszeres, mint minőleges vizsgálataink kiindulásánál általában. A kémlések megismétlésekor mind a négyféle eljárással ugyanezen eredményt nyertük.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti dunabalti közpórházak XII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Benedict Henrik dr., egyetemi magántanár.)

## Strumitis posttyphosa apostematosa tarda és másodlagos Basedow-kór.

Irta: Gáli Géza dr., volt közpórházi alorvos.

A klinikai megfigyelés sokszor dönthet olyan kérdésekben, a melyek szorosan véve inkább az elméleti orvostudomány körébe tartoznak. Az állatkísérlet eredménye nem vihető át mindig egyszerűen az emberre és gyakran hagy cserben bennünket physiologiai, kórtani, bakteriologiai kérdések eldöntésekor, mikor az egyes betegek észlelése, a klinikai tapasztalat, a kérdésekre egyszerű feleletet ad.

A bakteriologia egyik legtöbbet vitatott kérdése az, vajjon okozhat-e minden pathogen bacterium genyedet, avagy csak egyesek? Klinikai szempontból talán legfontosabb a kérdés a typhusbacillusra vonatkoztatva. Typhus kapcsán, vagy rövidebb-hosszabb idővel a typhus után, ugyanis gyakran látunk genyedet, a melyekben a typhusbacillus legtöbbszór kimutatható. Míg azonban egyesek azt

állítják, hogy ezekben az esetekben a genyedet mindig vegyes fertőzés, a typhusbacillushoz társuló, genyestő bacterium okozza, addig mások hisznek a typhusbacillus genyestő voltában.

Alkalmunk volt osztályunkon egy esetet észlelni, a mely talán döntő jelentőséggel bír ebben a kérdésben.

Esetünk a következő:

T. M. 39 éves fürdőszolga, felvétetett az osztályra 1912 február 16.-án. Felvételekor a beteg előadta, hogy 23 év előtt, tizenhat éves korában, jobboldalt golyvája támadt, a melyet az egyik bécsi sebészeti klinikán megoperáltak. Az operatio után 2 évig teljesen jól érezte magát s nem vette észre, hogy a nyaka vastagabb lett volna. 2 év múlva, vagyis 21 év előtt, egy súlyos, lázas, hosszú ideig tartó betegségbe esett, a melyet a beteg orvosa „fejtyphus“-nak tartott. Ezen betegség folyamán a beteg nyaka, de most főleg baloldalt, újból megdagadt s azóta, a beteg szerint, fokozatosan, bár lassan nőtt, de különösebb kellemetlenséget nem okozott.

Jelen betegsége egy hónappal ezelőtt kezdődött, hirtelen, igen erős baloldali tarkó- és fejfájással, a mely azóta alig szűnetelt. Ugyanezen idő óta rendkívül erősen izzad, végtagjai reszketnek, folyton soványodik s annyira gyengül, hogy állandóan ágyban fekszik.

Az erősen anaemiás, lesóványodott betegben a glandula thyroidea mindkét oldalt egy-egy ökönyi kemény tumor alakjában tapintható, a melyeken erős venahálózat látható. A jobb lebeny közepén egy kb. 10 cm.-nyi egyenes műtéti heg látható. A tumor kemény, egyenetlen felszínű. A jobb pupilla a balnál tágabb, de fényre és alkalmazkodásra mindkettő jól reagál.

A szemeken kiskókú exophthalmus és Graefe-tünet észlelhető; kifelé tekintéskor nystagmus.

A kezekben nyugalomban is erős tremor. A pulsus 130—140 között, igen könnyen elnyomható.

A szíven az összes ostiumok fölött gyenge fúvó, systolés zörejt volt hallható; a szervek fölött egyebet eltérés nem volt kimutatható.

Felvételi temperatura 38.0°.

A következő napokon a beteg főfájása, a mely leginkább az occipitalis tájra szorítkozott, egyáltalán nem szűnt meg, annak ellenére, hogy a legkülönbözőbb fájdalomcsillapító szereket szedte. Éjjel alig aludt. Hőmérséke, remittáló jelleggel, 37.0° s 39.1° közt ingadozott.

Február 19.-én vérvizsgálatot végeztünk a betegben, a mely alkalommal: 3,424.000 vörös vésejtet, 8500 fehér vésejtet s Sahli szerint 70% haemoglobint találtunk. A fehér vésejtek közül 52% volt neutrophil leukocyta, 42% lymphocyta, 4% monocyta s 2% eosinophil sejt.

Pathogen alakok sem a vörös, sem a fehér vésejtek között nem voltak.

Február 22.-én főfájása igen erősen fokozódott, hőmérséke az előző napi 37.8°-ról 38.8°-ra emelkedett s ekkor tarkójára 3 pióczát helyeztünk. A fájdalmak erre csökkenek, a beteg az éjjel aludt, a következő nap láztalan volt.

Február 24.-én hőmérséke újból 37.5° fölé emelkedett, fájdalmak fokozódtak. Ettől a naptól kezdve a beteg hőmérséke újból remittáló jellegűt öltött, fájdalmak alig csillapodtak s február utolsó napjaitól kezdve a beteg különösen a pajzsmirigy fájdalommasságáról panaszkodott s arról, hogy most már a fájdalom a fejbe innen sugárzik ki.

Március 2.-án a pajzsmirigy, főleg annak bal lebenye igen érzékeny, a fájdalmak a nervus auricularis mentén a fejbe is kisugároznak. A pajzsmirigy baloldalt körülírt helyen puhább, mintha fluktuálna. Ezen a helyen próbapunctiót végeztünk s ekkor sűrű, tejfölszerű, sárgás-zöld, szagfalan geny ült.

Másnap a punctiót hasonló eredménnyel megismételtük.

Március 4.-én a kórház sebészeti osztályán (Winternitz) a genyet incisióval kibocsájtották s a sebet drainezték. E naptól kezdve, bár a rendkívül bő váladék miatt a seb gyógyulása lassan haladt előre, a beteg állapota meglepő



gyorsan javult, főfájása csökkent, majd teljesen megszűnt, hőmérséke márczius 6.-ától kezdve mindig  $37^{\circ}\text{C}$ -alatt maradt. Márczius közepétől a tremor, az izzadás is megszűnt.

A beteg jó erőbeli állapotban márczius végén hagyta el a kórházat s egy tátrai fürdőbe ment, a hol egész nyáron át dolgozott.

A beteget augusztus végén láttuk újból. A műtét óta addig 15 kilót hízott. Ekkor már az exophthalmusa is visszafejlődött, csak a Graefe-tünet volt még jelezve. Pulsusa  $80-90$  között.

A vérvizsgálat ekkor 4,500.000 vörös vérsejtet, 6500 fehér vérsejtet, s  $90\%$  haemoglobint mutatott ki. A fehér vérsejtek között:  $65\%$  volt a neutrophil,  $30\%$  a lymphocyt,  $3\%$  a monocyt, s  $2\%$  az eosinophil sejt. Azóta a beteget nem láttuk.

A mi azonban különös érdekességet ad esetünknek, az az a körülmény, hogy a márczius 3.-i punctiókor a genyéből különböző táptalajokra oltottunk s minden táptalajon tisztán ugyanazon, a typhusbacillusra jellemző kolóniák fejlődtek ki.

Gelatinán jellegzetes halvány, áttetsző, szőlőlevélalakú: sötétebb centrumú s csipkézett szélű kolóniák tenyészttek ki. Az összes gelatina-agarlemezeken ugyanezen kolóniák tiszta tenyésztete volt látható. Mikroszkopos vizsgálatkor a kolóniák Gram-negativ, kissé lekerekített végű bacillusokból állónak bizonyultak, a melyek peritrich csillószőrökkel bírtak. Függő-csepp-praeeparatumban a bacillusok rendkívül élénken mozogtak.

A bacterium eddig felsorolt tulajdonságai, a beteg anamnesise, mind felkeltették bennünk a gyanút, hogy itt nemcsak a typhus csoportba tartozó bacteriummal, hanem magával a bacillus typhivel van dolgunk. E miatt specifikus táptalajokra oltottunk.

1. Drigalski-Conradi-féle lakmusz-tejczukor-agon áttetsző, a táptalaj kék színét meg nem változtató kolóniák tenyészttek ki.

2. Endo-féle fuchsinagaron szintelen kolóniák fejlődtek.

3. Neutralvörös agar színét a fejlődött kolóniák nem változtatták meg.

4. Szőlőcukros táptalajon gáz nem fejlődött.

5. Bouillonban indol nem képződött.

6. Tejet nem alvasztott.

Ugyanezekkor ezen vizsgálatokat egy kétségtelen typhus-beteg véréből kitenyésztett typhusbacillussal is elvégeztük, teljesen megegyező eredménnyel.

Bár már ezen vizsgálatok is, legalább klinikai pontossággal, eldöntötték, hogy a genyedést typhusbacillus okozta, mégis a bacteriumot serologiai vizsgálat alá is vetettük. Biztosan typhusbeteg vére még  $1:2000$ -re hígításban is úgyszólván rögtön agglutinálta a kérdéses, előbb még élénken mozgó bacteriumokat. Ugyancsak a beteg vére  $1:500$  hígításban agglutinálta az elgenyedt strumájából kitenyésztett bacillusokat.

Ezzel most már bebizonyosodott, hogy a beteg 21 év előtti fejtyphusa valószínűleg meningealis tünetekkel járt typhus abdominalis volt, a mely alkalommal a beteg strumájába metastasisos úton typhusbacillusok kerültek. A beteg 21 évig hordta strumájában a typhusbacillusokat, a míg ezek neki helyi — genyes strumitis — s általános tüneteket okoztak. Hogy a typhusbacillus ilyen hosszú ideig megőrzi életképességét, arra több példa van az irodalomban; ha a pajzsmirigyet illetőleg nem is találtam ilyet: Forster s Kayser epehólyagból 30 évvel, Droba epekövekből 17 évvel a kiállott typhus után tenyésztette ki a typhusbacillust. Ovarialis cysta genyében 12 év múlva sikerült a typhusbacillust kimutatni.

A mi a kérdésnek bakteriologiai szempontból érdekességet kölcsönöz, az a már a fentebb is említett körülmény, hogy okozhat-e a typhusbacillus egymagában genyedést vagy sem? Baumgarten, Fränkel s iskolájuk tagadja a typhus genyesztő voltát s azt hiszik, hogy ilyen esetekben a tulajdonképpeni genyesztő bacterium elpusztul s az életképesebb typhusbacillus tisztán marad meg. Dmochowski s Janowski, majd Burci kísérleteiből azonban az derült ki, hogy genyesztő bacteriumokat és typhusbacillusokat egyszerre injiciálva állatokba, a keletkezett abscessusokból a typhusbacillusok jóval

előbb tűntek el, mint a genyesztők. A legtöbb klinikus és bakteriologus hisz is a typhusbacillus genyesztő voltában. Buchner szerint csak gyengült virulentiájú typhusbacillus okoz genyedést, a mi megmagyarázná azt is, hogy miért állnak be a typhus után legtöbbször oly későn a genyedések.

A mi esetünk úgyszólván teljes határozottsággal annak a felfogásnak látszik igazat adni, hogy a typhusbacillus okozhat genyedést.

Nehezen képzelhető el, hogy oly hosszú idővel a tulajdonképpeni megbetegedés után a genyedés előidézésében mellékes szerepet játszó typhusbacillusok tiszta kulturában megmaradtak, míg a tulajdonképpeni genyesztők elpusztultak.

Tisztán klinikai szempontból is, mint typhushoz csatlakozott strumitis, érdekes az esetünk, bár mint ilyen csak késői volta miatt ritka, sőt — a mennyire az irodalom számomra hozzáférhető volt — egyedülálló. A typhusban, különösen az utolsó lázas héten s a reconvalescentia idején relative elég gyakoriak a strumitisek. Typhushoz csatlakozott egyszerű, el nem genyedt strumitist nálunk először Korányi Frigyes, majd Morelli írt le. Sokkal gyakoribbak azonban az ugyanezen időben keletkező genyes strumitisek, de ritkák a bakteriologice kétségtelenül bebizonyítottak. Ilyenek eddig Tavel, Bertacelli, Schudmack s Vlachos és Krause s Hartog esetei, a melyekben a genyedés részint a typhus tetőfokán, részint a korai reconvalescentiában jelentkezett.

Tossi s Garnier szerint a normalis pajzsmirigy fertőző betegségekben egy mikroorganizmust pusztító kolloidot produkál; a strumás mirigynek ez a tulajdonsága úgy látszik nincs meg, a secretum bactericid tulajdonsága gyengül s ez magyarázná meg — szerintünk — a typhusosstrumitisek gyakoribb voltát.

Nem kevésbé érdekesek voltak betegünkön az általános symptomák is, a melyek a Basedow-kór képét nyújtották főfájás, izzadás, tremor, tachycardia, csekély fokú exophthalmus és positiv Graefe-tünet alakjában.

Ehhez járult a histologiai vérkép is. Betegünkön a betegség alatt végzett vérvizsgálatkor csekély fokú hyperleukocytosist találtunk 8500 fehér vérsejttel, ebből 4420 ( $52\%$ ) esett a neutrophil leukocytákra s 3570 ( $42\%$ ) a lymphocytákra. Ez talán, bár relative a lymphocyták megsaporodását mutatja a normalishoz képest, még nem jelentene semmit, ha a beteg gyógyulása után a leukocytosis megszűntével a neutrophil leukocyták absolut száma nem csökkent volna csak minimalisan, míg a lymphocytáké 1950-re süllyedt. Hogy ez a vérkép jelen esetünkben a Basedow-kórra, vagy a typhusbacillus okozta genyedésre vezethető-e vissza, azt eldönteni nem lehet. Feltűnő volt az, hogy míg typhusban a vérképben eosinophil sejtek rendszerint nem láthatók, addig esetünkben  $20\%$ -ban voltak jelen. Ezenkívül esetünkben csekélyfokú leukocytosis volt, míg typhusban — mint tudjuk — leukopenia van. Ugyanezt észlelte Schudmack és Vlachos is, betegükön a struma az eleinte leukopeniával járt typhus nyolczadik hetében genyedt el s ezzel egyidőben leukocytosis volt kimutatható. Szerintük a typhusbacillus peripheriás localisatiójában mindig leukocytosisra vezet s csak akkor van leukopenia, ha a typhus főleg az abdomen nyirokrendszerére szorítkozik. Ez tudniillik a hasi nyirokcsomók insufficienciájára vezet s e miatt nem termelődik elég fehér vérsejt.

A Basedow-kór összefüggése fertőző betegségekkel, infectiosus thyreoiditisekkel és strumitisekkel régen ismeretes.

Leggyakrabban a nem genyes, chronikusabban lefolyó formák mennek át Basedow-kórba. De Quervain szerint ennek az oka a localis toxinképződés előidézte epithelburjánzás s az abnormis kolloidképződés chronikussá válása. Genyes thyreoiditishez társuló Basedow-kórt eddig csak Breuer írt le. Esetében a látszólag nem genyes thyreoiditishez csatlakozott Basedow-kór s bonczoláskor — a halál 7 hó múlva következett be — a bal strumalebenyben tályogot találtak.

Igen feltűnő esetünkben a Basedow-tünetek rendkívül gyors visszafejlődése a geny kibocsátása után. 5 hónappal a műtét után már csak a Graefe-tünet jelezte a lefolyt Basedow-kórt. Ez a körülmény nem enged meg más magyará-



zatot, mint hogy a szétesett bacteriumok toxinjai acut intoxicatióra vezettek, a mely acut intoxicatio, talán a strumásan elfajult pajzsmirigy localis praedispositioja miatt, Basedow-kór képében nyilvánult s a geny kiürülése után, a normalis functióhoz elég szövet maradván vissza, visszafejlődött.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

### A duodenalis fekélyről.

Irta: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Folytatás.)

Tökéletlen volna az ulcus duodeni tünettanáról nyújtott áttekintésünk, ha meg nem emlékeznénk azon tünetekről, melyekkel e bántalom két legfontosabb complicatioja, a vérzés és a perforatio jár.

A vérzés által okozott jelenségeket régebben az ulcus duodeni typusos tüneteik között szokták volt felsorolni. Moynihan-tól származik az a mondás, hogy a vérzés az ulcus duodeninak nem tünete, hanem késői complicatioja és ezt megelőzőleg mindig jelentkeznek oly tünetek, melyek alapján a betegséget fel lehetett volna ismerni. Sajnos, ezek a tünetek sokszor oly jelentéktelenek, hogy sem a beteg, sem az orvos, ha ugyan egyáltalán tudomására jut ezeknek, nem helyeznek rájuk súlyt, és a profus vérzés az első symptoma, mely tulajdonképpen a baj súlyos és veszedelmes voltára világot vet.

A vérzések, melyekkel az ulcus duodeni jár, klinikailag 4 csoportba oszthatók, melyek közt természetesen insensibilis átmenetek vannak:

1. hyperacut vérzések, midőn súlyos collapsus közben profus vérhányás s ezt követő véres székelés áll be, mely a beteg életének rövid idő alatt véget vet; a halál kivételesen bekövetkezik a nélkül is, hogy kifelé történnék vérzés, súlyos belső vérzés tüneteik közben (Broussais, Robson);

2. acut vérzések, midőn a vérvesztés szintén nagy, sőt igen nagy lehet; a collapsus beáll, de nem vezet pár órán belül halálra, sőt teljes restitutio ad integrum is létrejöhet;

3. chronikus nagyobb vérvesztések, midőn többször megismétlődőleg veszít a beteg kisebb-nagyobb mennyiségű vért, melyet a hányadékban, székletében fel lehet ugyan makroszkopice ismerni, de collapsus nem áll be, legfeljebb hirtelen beálló és múló gyöngesség meg szédülés következik be;

4. chronikus apróbb vérvesztések, midőn a kiürülő vér makroszkopice nem ismerhető fel, csak chemiai úton mutatható ki. Megjegyzendő, hogy

a) a vérzésnek ezen chronikus formái is igen súlyos anaemiára vezethetnek,

b) hogy acut vérzések esetében a vérnek kifelé való jutását sokszor órákkal megelőzi a collapsus és az acut anaemia ismeretes tünetcsoportja,

c) hogy a vérzés nagysága és foudroyans lefolyása csak bizonyos fokig függ az arrodált ér nagyságától, hogy halálos vérzések egész piczi erecskékből is beállhatnak és viszont a legnagyobb erek arrosioja sem idéz elő feltétlenül rögtön halált. Stich esetében, hol a duodenalis ulcus az aortát perforálta, többszörös vérzés-rohamok után 18 nap alatt állott be a halál; Grünfeld esetében, hol szintén az aortába perforált a duodenalis ulcus, 2 vérzést észleltek a betegen, melyeket 9 napi spatium választott el egymástól; az első vérzés spontán megszűnt, a második 20 perc alatt végzett a beteggel.

d) A duodenalis fekélyből kiinduló vérzés folytán kiömlő vér inkább a bélben át távozik, mint hányás útján, és ha vérhányás van is, azt rendszerint véres szék követi. A székletéhez keveredett vér elváltozott s a székletet feketévé, szurokszerűvé alakítja.

A vér kiürülésének különböző módjait a következő kis összeállítás demonstrálja.

|                       | Haemat-<br>emesis | Melaena | Haematemesis<br>+ melaena |
|-----------------------|-------------------|---------|---------------------------|
| Oppenheimer --- ---   | 8                 | 10      | 16                        |
| Moynihan --- ---      | 8                 | 29      | 42                        |
| Saját eseteim --- --- | 1                 | 4       | 6                         |

Moynihan említi, hogy a vérzést megelőzőleg a fájdalmak fokozódni szoktak. Ezt mi is tapasztaltuk 3 esetben. Mászor azonban épp a vérzést megelőzőleg egy nyugalmi szak van, melyben a betegek oly jól érzik magukat, mintha bajuk teljesen megszűnt volna.

A duodenumfekély átfürödésének tünete. A duodenumfekély átfürödését — mint arra már Krauss utalt — néha praemonitorius tünetek, fokozott fájdalomosság előzik meg, máskor ulcustünet a perforatiót megelőzőleg egyáltalán nem jelentkezett, vagy a retrospectiv módon ulcusra vonatkoztatható tünetek oly semmitmondóak, oly jelentéktelenek voltak, hogy e súlyos complicatio teljesen meglepetésszerűen, váratlanul következik be.

Moynihan szerint főleg alkoholistákon várható az ulcus ilyen váratlan perforatioja és ennek megfelel Brunner statisztikája is, a mely szerint az acut duodenumperforatióknak nem kis számában (13.1%) szerepel potus minden egyéb anamnesis ok híján.

A perforatio tünete: hirtelen beálló, borzasztó fájdalom az epigastriumban, nagyfokú elesettség, halvány, szenvedő arczkifejezés, felületes légzés. A has behúzódnak; ha a hashoz nyúlunk, annak izmai deszkakeményen összehúzódnak, a has tapintásra igen fájdalmas, a fájdalom punctum maximuma a has jobb felső részén van és itt legkifejezettebb a défense musculaire is; vannak azonban esetek, midőn a fájdalom punctum maximuma a jobb csípőtájon székel. A pulsus e mellett friss esetekben lassú, erőteljes, ellene mond az általános rossz benyomásnak.

Hányás a kezdeti szakban az esetek egy részében van jelen (Brunner szerint gyakrabban, mint gyomorfekély perforatioja után, Moynihan szerint az esetek körülbelül 1/4-ében), máskor nincs. A csuklás inkább késői jel. Makara\* figyelmeztet, hogy septikus duodenalis ulcusok perforatioja alkalmával épp a makacs csuklás hívhatja fel figyelmünket erre a complicatióra. A hőmérsék inkább csökkent, mint emelkedett.

A májtompulat eltűnése, ha jelen van, értékes jel, de nem kell okvetlen jelen lennie. Hogy a májtompulat eltűnése csakugyan a hasürbe jutott szabad levegőnek (pneumaskos) következménye, azt láthatjuk egyfelől a dobos zóna alakjából (a colon puffadása által feltölt májtompulat egy csikszzerű foltja mindig megmarad), másfelől abból, hogy helyzetváltozás alkalmával ez a dobos zóna mindig a legmagasabb helyet foglalja el és baloldali fekvés alkalmával a hónaljvonalak közé kerül, a hol hanyattfekvés alkalmával tompulatot találtunk, míg a mammillaris vonal táján a hanyattfekvésben eltűntnek talált májtompulat újra előáll. Ezen symptomára, tudtommal legalább, nem szoktak különösebb figyelmet fordítani. Én 2 esetben, egy duodenalis ulcus és egy gyomorperforatio esetében találtam és mind a kétszer bőven volt szabad levegő a hasür felső részében. Természetes azonban, hogy másféle bélperforatio esetében is, a hol szabad levegő került a hasürbe, ki lehet mutatni ezt a symptomát, így találtam egy olyan esetben, a hol a pneumaskost egy sérvben incarcerált és elhalt bélkacsnak a hasürbe való visszacsúszás után létrejött perforatioja idézte elő. A léptompulat eltűnése természetesen távolról sem oly jelentőségteljes, mint a májtompulaté. A léptompulatnak megfelelő tompult zóna eltűnése a beteg jobboldali fekvésekor és helyreállása hanyattfekvéskor észlelhető olyankor is, ha nincs szabad levegő a hasüregben, akkor tudniillik, ha a gyomor igen tág és sok folyadékot és gázt tartalmaz; így találtam ezt egy gangraenosus appendix által előidézett diffus peritonitis esetében, a hol éppen ezen tünet és az előző gyomorpanaszok által félrevezetve, műtét előtt gyomorátfürödésre tettem a diagnosist.

\* Magyar sebésztárs. V. nagygyűlés, 178. l.



Clay<sup>112</sup> szerint a hiányzó májtompulat jobboldali fekvés alkalmával újra előáll. Ha most a beteget bal oldalára fektetjük, a májtompulat nem tűnik el hirtelen, hanem csak hevesebb mozdulatok, hányás után.

Ezenkívül egyes esetekben a hason körülírt tompulat mutatható ki, leggyakrabban az ileocecalis tájon (Brunner).

Ha a perforatio már egy ideig fennállott, az első 1/2—2 órában tűrhetetlen óriási spontán fájdalom némi enyhülése állhat be, a has azonban érzékeny marad (Miles).<sup>113</sup> Aztán lassanként fellépnek a tovaterjedő peritonitis tünetei, a pulsus szaporább lesz, a has megpuffad, teljes szék- és szélrekedés áll be, a fájdalmak diffuse kiterjednek az egész hasra és elhanyagolt esetekben az első nap második felében vagy a második napon előáll az a szomorú kép, melyet a reménytelen hashártyagyulladás nyújt: a hippocratesi arc, hideg végtagok, ballonirozott has, filiformis megszámálhatatlan pulsus stb.

A perforatióknak imént leírt typusos kórképét két megjegyzéssel kell kiegészítenem:

1. hogy a perforatio oly súlyos shockkal járhat, hogy ez a betegnek hirtelen halálát okozhatja; Moynihan könyvében van leírva egy oxfordi professor esete, a ki az utcán hirtelen összeesett és meghalt s a kiben a sectio egy chronikus duodenalis fekély perforációját mutatta ki;

2. hogy a kezdeti tünetek legfőbbike a fájdalom. Ez dominál az egész kórképen s ennek megszüntével a fájdalom által befolyásolt összes többi tünet: az elesettség, izomrigiditás stb. enyhül; egy morphininjectio ezért nemcsak a subjectiv, de az objectiv tüneteket is képes kedvezően befolyásolni. De nagyon rossz szolgálatot tesz a betegnek az az orvos, a ki a duodenumperforatio tüneteit ilyen módon „eltussolja“ és megnyugszik abban, hogy a tünetek javulásával a „kólika“ megszűnt, mert a következményes peritonitis csak beáll s a látszólagos respiriummal, melyet a beteg nyert, elvesz az az idő, melyben a gyors sebészi beavatkozás még megmenthetné a veszendő életet.

## VI. Diagnostika.

Ha végigtekintünk az előbbi fejezetben előadott tünetek hosszú során, azt látjuk, hogy csak egy-két igen ritkán előforduló tünet van köztük, mely önmagában absolute bizonyító a duodenalis fekélyre, és hogy nincs köztük egy se, mely ne hiányozhatnék a duodenalis fekély kórképéből; azért igazat kell adnunk Boas-nak és Strauss-nak, hogy a duodenalis ulcus diagnosisát csak az összes tünetek kritikus mérlegelése és összevetése után szabad és lehet több-kevesebb bizonyossággal felállítani.

A legnagyobb súlya az összes tünetek közül kétségtelenül a typusos anamnesisnek van; ha typusos, éhségszerű, az étkezés után 2—3 órával vagy még később beálló, vagy az éjjeli órákban rendszeresen jelentkező, étkezésre, alkáliákra csillapuló, időszakonként kimaradó s aztán megint hónapokon, heteken át typusos módon újra jelentkező erős fájdalmak, gyomorégés vannak jelen s a panaszok már régi keletűek, évekre visszamenők, akkor nem igen fogunk a duodenalis ulcus felvételében csalódni; Moynihan szerint a téves diagnosisok száma kisebb mint 3%.<sup>114</sup> Ha a beteg, a ki a typusos anamnesissel jó hozzánk, középkorú férfi, ha az anamnesisben a fenti adatokon kívül időnkénti szédülés, melaena, haematemesis szerepel, ez minden objectiv jel nélkül is majdnem teljesen biztosítja a körjelzést.

Az objectiv jelek közül a Röntgen-vizsgálat eredményeinek, különösen a „Nischensymptom“-nak, a tapadó bismuthfoltnak, a fájdalom helyének a duodenumra való localisatiójának, a gyomor gyors kiürülésének tulajdoníthatunk diagnostikai jelentőséget, ez utóbbinak különösen akkor, ha hyperaciditás daczára van jelen a pylorus fokozott átjárhatósága és a gyomor

gyors kiürülése, és ha a gyomor kezdetben túlgyors kiürülése daczára van csekély 6 órás maradék a gyomorban.

Manifest vagy occult vérzés jelenléte szintén erősen támogatni fogja felvételünket, éppúgy körülírt nyomási érzékenység s ennek megfelelő izomrigiditás a jobb epigastrium valamely helyén.

Mindezen objectiv tünetek azonban súlyos tüneteket okozó duodenalis ulcus esetén is hiányozhatnak, sőt ellentmondó tünetek (pl. baloldali nyomási érzékenység, lecsökkent gyomormotilitás kifejezett retentióval) lehetnek jelen. Máskor az anamnesis hiányos, a typusos anamnesisnek csak egyes foszlányai vannak jelen s a betegből minden igyekezettel sem bírunk többet kihozni, mint hogy gyomorfájása, gyomor-nyomása, gyomorégése, vagy „gyenge gyomra“, „rossz emésztése“ van, sőt az anamnesis lehet teljesen atypusos, egyenesen félrevezető, mint azt a tünettelen ecsetelése alkalmával láttuk.

Ilyen körülmények közt természetesen correct anatomiai diagnosist csinálni nem lehet és „fekélyesedés a pylorus táján“, „chronikus gyulladás vagy összenövés az epigastrium jobb felében“ (Kehr, Herczel), még a legtalálhatóbb jellemzése az állapotoknak.

A legfontosabb azonban a betegre nézve tulajdonképpen nem is az anatomiai laesio pontos körülírása, bármennyire kíváncsi is ez, hanem elsősorban annak a felismerése, hogy anatomiai laesio van jelen.

És az ulcus duodeni diagnosztikájának legnagyobb hátrányára éppen az szolgált, hogy nem lévén az esetek túlnyomó többségében nyilvánvaló palpatorius és percutorius objectiv jelek, a beteg részéről panaszolt tüneteket egyszerűen functionalisnak tartották és ezen betegek „gyomor-neurosis“, „gyomor-rheuma“, „dyspepsia nervosa“, „dyspepsia acida“, „chronikus gastritis“, neurasthenia, hysteria stb. stb. diagnosisokkal jártak aztán orvostól orvoshoz és fürdőhelyről fürdőhelyre. A leggyakoribb diagnosis pedig, a mely alatt ezek az ulcus duodenik szerepeltek: a hyperaciditás és hypersecretio.

Csakugyan az az anamnesis, melyet a duodenalis ulcusban szenvedő betegek nyújtanak, sok tekintetben egyezik a hyperaciditások beteg panaszai; bizonyos azonban az is — mint azt éppen Moynihan mutatta ki — hogy typusos „hyperaciditások“ panaszok fennállhatnak olyankor is, mikor az illetőnek normalis, sőt csökkent sósavsecretiója van, olyankor t. i., a midőn csakis duodenalis ulcus van jelen hyperaciditás nélkül.

Egyáltalán a hyperaciditás természetéről való fogalmak is átalakulóban vannak. A hyperaciditás nem önálló functionalis neurosis, hanem functionalis következménye valamely anatomiai elváltozásnak, legyen az akár duodenalis, akár gyomorulcus, akár cholelithiasis (Ewald), akár appendicitis (Paterson). Nem kisebb tekintély, mint Strauss hangsúlyozta legújában is: <sup>115</sup> „Rebellische Formen von Hyperacidität oder von Hypersekretion sind meistens ein Zeichen eines Ulcus parapyloricum“, a mi csak modificatiója és kibővítése Moynihan régebbi tételének, hogy hyperaciditás = ulcus duodeni.

Ha ezt a kijelentést kétségtelenül túlzottnak is kell tekintünk, azt mindenesetre valószínűnek kell tartanunk, hogy a makacsul fennálló, éveken át újra meg újra visszatérő hyperaciditások panaszoknak mindig valami anatomiai basisuk van. Különben a hyperaciditás és hypersecretio közönségesen észlelt eseteiben a nehézségek maximuma az első nagyobb étkezés előtti időre esik, a betegek rendszerint reggel és délelőtt érzik magukat a legrosszabbul, viszont az ulcus duodeniben szenvedő betegek rendszerint ilyenkor érzik magukat a legjobban és szenvedéseik délután kezdődnek és éjjel exacerbálódnak.

Különben Strauss szerint a hyperaciditás subjectiv tüneteket egyáltalán csak akkor okoz, ha nyálkahártyalaesiók, legyenek azok bármily felületesek, vannak jelen.

Áttérve a differentialdiagnosisra, különösen a duodenalis ulcusnak olyan bántalmakkal való összetévesztésétől kell óvakodnunk, melyekben az esetleges beavatkozás nemcsak hogy felesleges, de directe káros is lenne. Ilyenek oly esetekben, a

<sup>112</sup> Brit. med. journal, 1906 június.

<sup>113</sup> The Edinburgh med. Journ., 1906 szept.

<sup>114</sup> Wiener med. Wochenschrift, 1912, 1039. oldal.

<sup>115</sup> Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1903, 100. oldal.



midőn a fájdalom dominál: a *tabeses krízisek*, melyek bizonyos esetekben kávéaljszerű hányással is járhatnak (*crises noires*), az *abdominalis arteriosclerosis*, az ólomkólika, bizonyos bélhurutok, melyek étkezés után 3–6 órával idéznek elő nehézségeket (*Neudörffer*); oly esetekben, a midőn a vérzés dominál: májcirrhosisból származó varixok, bizonyos enterorrhagiákkal járó vérzéses diathesisek (*haemophilia*, Werlhofkór, *Moynihan* 2 esetében Banti-betegség).

Némi körütekintéssel ezen esetekben az elkülönítő körjelzés, helyesebben az alapbántalom felismerése aligha fog különösebb nehézségeket okozni. A has jobb oldalában lejátszódó fájdalmas folyamatok közül a jobb vese és vesemedence bizonyos bántalmak, a flexura coli hepatica táján s a haránt vastagbélnek a duodenummal szomszédos részében lejátszódó colitisek és pericolitisek a subjectiv és objectiv tünetek helyes mérlegelése mellett szintén alig adhatnak okot a tévedésre; nehezebb az elkülönítés bizonyos esetekben az appendicitistől és még nehezebb, sőt egyes esetekben lehetetlen a cholelithiasistól és gyomorulcustól.

A mi első sorban az *appendicitist* illeti, tudjuk, hogy vannak annak latens formái, melyekben a gyomorpanaszok dominálnak. A pathogenesisben elmondottak szerint nem lehetetlen, hogy ezen esetek egy részében ilyenkor valóban secundaer anatómiai változásokról van szó a gyomor vagy duodenum nyálkahártyáján.

*Moynihan* szerint az „*appendicularis dyspepsia*” jellegző tünetei a duodenalis ulcussal szemben, hogy a fájdalmak többnyire nem jelentékenyek; inkább elhúzódó, bosszantó kényelmetlenséget érez a beteg gyomrában, mint igazi fájdalmat, ilyen csak kivételesen fordul elő. A fájdalom étkezés után jó, különösen keményítőben dús ételek után, de változó időben, mely néhány perctől több óráig variálhat az étel felvétele után; remissiók, megnyugvás, mint a minőt duodenalis fekélyeknél tapasztalunk, nem jönnek létre és az ileocecalis tájra gyakorolt nyomás a tipusos, az étkezés után tapasztalt kellemtelen érzést idézi elő az epigastriumban.

De az ilyen esetekben nemcsak ilyen homályos, dyspepsiás panaszok, hanem mint *Mitchell* már citált esetében említettük, tipusos éhségszerű fájdalmak is lehetnek jelen. Egy saját esetünkben is, melyet már in extenso közöltünk, az appendix csekély elváltozásai igen makacs és a duodenalis fekélyre jellegzetes nehézségekre vezettek (183. I. R. B.). A nyomásra fájdalmas pont sem fekszik appendicitisben mindig éppen a Mac Burney-ponton, sőt ellenkezőleg, és éppen nem ritka, hogy annál magasabban, közelebb a bordaívhez fekszik és ilyen esetekben a duodenalis fekélylyel való összetévesztés nem éppen nehéz. Még gyakrabban fordul elő, hogy a duodenalis fekély okozta nehézségeket vonatkoztatják az appendixre, a mi olyankor, ha a fájdalmak nem tipusos jellegűek és homályosan a has jobb oldalát lokalizáltatnak, elég könnyen érthető.

*Cholelithiasissal* szemben az anamnesis és az objektív vizsgálat nyújt elkülönítő momentumokat.

A *fájdalom* cholelithiasisban nem jó rendszeresen az étkezés után, nem csillapodik étkezésre, alkaliakra, keletkezése hirtelen, görcsszerű, gyakran jár hányással, a mi kifejezetten enyhíti, a fájdalom kisugárzik a jobb lapoczkába, a fájdalom sokkalta intenzívebb, mint duodenalis fekély esetében, gyakran követi borzongás, izzadás stb., másfelől duodenalis ulcus eseteiben is észleltek görcsszerű fájdalmakat, a hát jobb oldalába való kisugárzást, és viszont cholelithiasis eseteiben is előfordul, hogy a fájdalom tompa nyomás képében jelentkezik, mely étkezés után exacerbál és éhségfájdalom képét ölti. Ha az epehólyag tapintható, a differentialis diagnózis nem nehéz; ha az epehólyag nem tapintható, csak nyomásra érzékeny, az általa okozott nyomási fájdalom a duodenalis fekély nyomási érzékenységtől, mint már kiemeltük, főleg abban különbözik, hogy kiterjedtebb és mély belégzés alatt válik különösen kifejezetté, de ezen finom differentiák pontos megállapítása bizony nem mindig sikerül. Fokozza a nehézségeket, hogy a cholelithiasissal gyakran jár hyperaciditás és a duodenalis fekélyek röntgenológiai képe: hypermotilitás, pylorusinsufficiencia, sőt duodenalis stenosis jelenségei

(*Dohan*,<sup>115</sup> saját, a 182. lapon ismertetett esetem), sőt még a nyomási pontnak a duodenum tájára való localisatiója is (*Haudek*).

Icterus, sőt lázas mozgalmak, melyek a cholelithiasisra valószínűleg jellegzetesek, mint említettük, szintén észlelhetők, bár jóval ritkábban a duodenalis fekély kapcsán is. A differentialdiagnosist ceteris paribus előmozdíthatja annak ismerete, hogy a cholelithiasis főleg nőkben, különösen olyanokban fordul elő, kik graviditáson mentek át, míg az ulcus duodeni inkább a férfiak betegsége.

A dolog tehát úgy áll, hogy tipusos esetekben a cholelithiasist a duodenalis ulcustól egyáltalán nem nehéz elkülöníteni, és nem egészen tipusos esetekben is a tünetek összetételéből nagy valószínűséggel lehet megállapítani, melyik kórformáról van szó. Vannak azonban atypusos esetek, melyek félrevezetik az embert s melyekben diagnostikai tévedések el nem kerülhetők.

A *gyomorulcussal* szemben az anamnesisben főleg a fájdalmaknak az étkezés után való késői jelentkezése, a fájdalmak periodicitása a döntő; a fájdalmak kisugárzása a hátba, erősödése bizonyos ételekre, hányás, dyspepsiás jelenségek ceteris paribus gyomorfekély mellett szólnak; a vérhányás praevaleálása a melaena felett szintén a gyomorfekély felvételének valószínűségét növeli, de hogy sem a fájdalmak korai jelentkezése, sem az utóbbi tünetek ellenkezője nem zárja ki a duodenalis fekélyt, arra már utaltam. Objective főleg az fog szólni duodenalis fekély mellett, ha a bélsárban van vér, míg a gyomortartalomban nincs.

Ezzel szemben a *Nasse*-féle jelnek, a fájdalom fennállásának az ételfelvétel okozta gyomortompulat eltűnése után nem tulajdoníthatunk nagy jelentőséget. A spontán és nyomási fájdalom helye inkább útbaigazíthat, a mennyiben a jobb oldalon székelő fájdalmak inkább a duodenum, a középvonalon és a bal oldalon székelő inkább a gyomor fekélye mellett szólnak. A gyomor- és duodenalis fekély közt mutatkozó radiológiai különbségekről már szoltam, abszolút biztosságot, mint ott kifejtettem, ezek sem nyújtanak, úgy hogy azt kell mondanunk, miszerint a differentialdiagnosissal az ulcus duodeni az ulcus ventriculitól legtöbbször nagy valószínűséggel meg lehet ugyan különböztetni, de mindig lesznek esetek, melyekben ez a megkülönböztetés csak nagy fentartással lesz eszközölhető, és lesznek, ha ritkábban is, olyanok, melyekben a legnagyobb valószínűséggel felállított diagnózisban tévedni fogunk és ulcus duodeni helyett ulcus ventriculit vagy fordítva találunk. Különösen a pylorustáj ulcusai azok, melyek ilyen tévedésekre alkalmat szolgáltatnak (*Kümmel, de Quervain*, stb.). Egy másik és kiiktathatatlan forrása a tévedésnek az, ha a gyomorulcus duodenalis ulcussal társul, a midőn egyiknek a tünetei a másikat elnyomják.

Ritka esetekben *gyomorrákkal* is történhetik differentialdiagnostikai összetévesztés; *Moynihan, Caird* közöl eseteket, melyekben a gyomorrákos beteg anamnesise a megtevesztésig utánozta a duodenalis fekélyét, *Bier* viszont egy esetről emlékezik meg, a hol az anamnesis, a klinikai symptomák, sőt a Röntgen-kép is (pylorusdefectus) gyomorrákra utaltak és a hol a műtét alkalmával duodenalis stenosis talált.

Általában véve azonban azt mondhatjuk, hogy ha a tévedésre számos alkalom van is és az esetek egy részében a jellegzetes tünetek hiánya vagy ezek csalékony megjelenése diagnostikai tévedéseket kikerülhetetlenné tesz is, az esetek többségében az ulcus duodeni diagnózisát nagy valószínűséggel felállíthatjuk és hogy körütekintő eljárás esetén csak olyan bántalmakkal téveszthetjük össze a duodenalis fekélyt, melyek a maguk részéről is sebészi beavatkozásra szolgáltatnak okot; úgy hogy ha valóban sokáig elhúzódó, súlyos subjectiv panaszok avagy egyéb aggasztó jelenségek (ismétlődő manifest, elhúzódó occult vérzések, icterus stb.) miatt operálunk, legfeljebb a pontos anatómiai diagnózisban tévedhetünk, de a műtét indi-

<sup>115</sup> Wiener med. Wochenschrift, 1912, p. 1055.



catiójában nem és a nem pontos diagnosis alapján történő beavatkozás is csak hasznot fog hozni a betegnek.

Még egy szót az acut perforatio diagnosisáról.

A perforatio és, ha később jövünk az esethez, a diffus peritonitis diagnosisa alig fog nehézséget okozni; a mit eldönteni nehéz, az az, hogy a perforatio honnan származik. E tekintetben az anamnesis és az objectiv lelet irányíthatja figyelmünket a duodenalis perforatióra.

Ha tipusos anamnesisünk van, a diagnosis nem nehéz; azonban említettük már, hogy vannak esetek, melyekben maga a perforatio az első tünete a duodenalis ulcusnak, azt megelőzőleg tünetek egyáltalán nem voltak jelen, avagy a tapasztalt tünetek olyan csekélyek vagy olyan kevésbé határozottak voltak, hogy azokra nem lehet sokat adni, sőt maga a beteg sem tartotta azokat közelebbi appreciációra érdemesnek. Különben is az ilyen betegről, a ki a fájdalomtól collabált, a ki alig mer lélekzeni, hogy csak a hasát meg ne mozgassa és még kevésbé mer beszélni, alig lehet valamelyes pontos, megbízható, részletes anamnesist kivenni. Jó, ha annyit megtudunk tőle, hogy a gyomra igen is szokott fájni. Ezt pedig gyomorfekélyben, cholelithiasisban és appendicitisben szenvedőktől is halljuk, a mi szintén mind vezethet perforativ peritonitisre, úgy hogy egyedül ezen alapon csak igen hozzávetőleg bírunk a perforatio helyét lokalizálni. Többet mond a fájdalom és a defense punctum maximumának a helye, mely duodenalis perforatiók esetében egészen friss esetekben a jobb bordaív alá lokalizálódik; mentől régibb az eset, annál inkább diffus a fájdalom és relative friss esetekben is eltolódhatik a fájdalom helye, még pedig azért, mert mint arra már Lennander figyelmeztetett és mint azt Maynard Smith experimentalisan is demonstrálta, a duodenum tartalma perforatio után az ileocecalis táj felé süllyed és ott éri a fájdalmat érző peritoneum parietale. Élénken emlékszem még segédorvos koromból egy duodenalis perforatiót szenvedett kollégánkra, a kin legelsőrangú tekintélyek acut appendicitisre tették a diagnosisist.

És ez a tévedés nem ritka. Moynihan 49 duodenalis perforatiót gyűjtött az irodalomból, ezek közül 19-ben appendicitis volt a diagnosis. A Brunner által gyűjtött esetek felében volt appendicitis a diagnosis. A Seyffarth által az 1910-11. évi német katonai egészségügyi jelentésekben gyűjtött 14 perforált ulcus duodeni közül csak 1-ben történt helyes diagnosis, a többiben legtöbbször appendicitist, máskor ileust, belső zúzódást vettek fel. A májtompulat eltűnése, ha nem egyszerű feltolásra van szó, inkább duodenalis fekély mellett szól. Epehólyagperforatio, sőt perforatio nélküli súlyos acut cholecystitis esetén is, mint egy esetemben láttam, teljesen a duodenalis perforatio képe állhat elő, legfeljebb a kezdet nem olyan hirtelen, a lefolyás nem olyan rapid, mint emennél. Gyomorperforatio ellen szól ceteris paribus az, hogy a has jobb felében van a fájdalom és a defense punctum maximuma. Moynihan, Murphy és Neff az acut pankreatitistól való megkülönböztetésre fektetnek nagy súlyt. Itt is az epigastriumban székel a fájdalom punctum maximuma, itt azonban a collapsus sokkal súlyosabb, a pulsus kezdettől fogva igen szapora, viszont a fájdalmak kisebbek, a fájdalommasság egy a köldök felett harántul futó területen mutatható ki és a colon transv. localis puffadása van jelen. A körülmények természetesen nem mindig ily tiszták, azonban ha ilyenkor nem is sikerül biztosan lokalizálni az acut abdominalis bántalom székhelyét, annak eldöntése, hogy valamely sürgős műtét beavatkozást igénylő acut bántalom forog fenn, az esetek többségében könnyű lesz, és annál a körülménynél, hogy a duodenalis perforatiót még a műtét előtt megdiagnoskáljuk, fontosabb az, hogy egyáltalában gondoljunk a duodenalis perforatio lehetőségére. Az ilyen esetek rendszerint olyan súlyosak, hogy az operatio indicatiója felett, még akkor is, ha pontos diagnosisist nem tudunk csinálni, nem lehet kétség. Hibát csak az követ el, a ki appendicitis vagy appendicularis peritonitis diagnosisal megnyitva a hasat, ehhez akkor is ragaszkodik, ha az appendix relative ép vagy legfeljebb kissé belövelt, és ezzel a lelettel megelégedve, kiveszi az appendixet és a szerint, a mint

genyet talál vagy sem, tamponál, vagy zárja a hasat. Ha a betegnek duodenalis perforatiója van, az természetesen el fog pusztulni ezen műtét dacára és a literatúrában egész sora van az eseteknek, melyekben appendicitis diagnosisal a jelzett módon történt a műtét és a duodenalis perforatióra csak a sectio alkalmával találtak rá (Seyffarth). Ezért minden *genyes peritonitis* esetében, a hol *appendicitis*-diagnosisal történik a műtét, ha az *appendix* nem nyújt kellő magyarázatot a hasban levő súlyos elváltozásokra, gondolnunk kell arra, hogy a *peritonitis*nek másféle forrása van és ilyenkor mindig számot kell vetnünk a duodenalis perforatio lehetőségével. Ha a tartalom, a melyet a műtét alatt a hasüregben találunk, szagtalan, vagy savanyú epés, vagy ételrészeket tartalmaz, ha szabad levegő távozik a hasürből, mindig duodenum- vagy gyomorperforatióra kell gondolni.

A mitől a műtét indicatio felállítása előtt nagyon kell óvakodnunk, az, hogy az ilyen acut peritonealis folyamatokat acut thoracalis folyamatokkal téveszszük össze. Pleuritis, pneumonia kapcsán igen nagy epigastrialis érzékenység lehet jelen és a has fájdalommassága elfedheti az alapbántalom képét. A mi ilyenkor útbaigazít, az első sorban az, hogy az ilyen mellkasi folyamatok alkalmával jelenlevő fájdalommasság a hasban felületes, a bőr enyhe csipkedése is fájdalmas; hogy a pulsus a rendszerint magas lázhoz mérten feltűnően kevésbé szapora, és hogy a légzéskor a beteg mellkasfél visszamarad. A mellkas felett nyert physicalis lelet azután teljessé fogja tenni a körképet. Ólomkólika, lúgmérgezés, acut, collapsussal járó gastroenteritis és hasonló állapotoknak összetévesztése a duodenalis fekély perforációjával kis körültekintés mellett aligha fog előfordulni.

Acut vérzések esetén a diagnosis csak akkor könnyű, ha tipusos anamnesisünk van. Májcirrhosis kapcsán létrejövő varixból, haemophiliás diathesisből, mesenterica emboliából, sőt typhus-fekélyből, bélpolypusból való vérzések azok, melyek differentialdiagnostikailag számba jöhetnek; gyermekeken vagy oly egyéneken, kiknek simulatióra okuk van, minden melaena esetében arra is kell gondolni, hogy az orrból, vagy a májból, torokból származó vér lenyelése után jutott a bélbe. Rabok nem egyszer ilyen módon — ulcus-simulatióval — próbálják elérni, hogy jobb ételhez jussanak.

(Folytatása következik.)

### A sómentes diaeta története az epilepsia kezelésében.\*

Irta: Donath Gyula dr., egyetemi tanár, a Szt. István-kórház ideg-  
osztályának főorvosa.

Történetileg végigmenve azon gondolatmeneteken, melyek a sószegény vagy — hogy lehetőleg általános, régibb keletű kifejezéssel éljék — *enyhe* diaetára vezettek, az első nyomok nem csekélyebb személyre utalnak, mint Hippokrates-re. Az epilepsiáról szóló, még ma is csodálatra méltó könyvében visszautasítja az annak idején e betegség ellen feldicsért számos szert és csak az életmód szabályozásától vár hasznot. Humoralis felfogásának megfelelően ekképp szól ott: „A ki olyan változást tud az emberben létrehozni és *diaetával* az ember nedves alkatát szárazzá tudja átalakítani, a melet pedig hideggé, az bizony ezt a betegséget is mindenféle ráimádkozás vagy magikus mesterség vagy alantas, tisztesség-telen gyakorlat nélkül fogja gyógyítani tudni, a mint az itt szükségeltet felismerte.”<sup>1</sup> A táplálékra vonatkozólag is nyilatkozik ezen könyve elején, hogy „csipős ételek semmi esetre sem illenek ily beteghez”.

\* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület *elme- és idegkórtani szakosztályának* 1912 október 21.-én tartott ülésén.

<sup>1</sup> Magni Hippokratés opera omnia. Editionem curavit Dr. Carolus Gottlob Kühn. Lipsiae 1825. T. I. De morbo sacro, p. 615. „Quisque autem huiusmodi mutationem in hominibus adhibere noverit, et per victus rationem hominem humidum et siccum, calidum et frigidum reddere poterit, is sane hunc morbum citra expiationes et magicas artes citraque omnem sordidam huiusmodi et illiberalem professionem, si eorum quae conferunt opportunitatem dignoscatur curare poterit.”



A hippokratesi tanok az epilepsiára és annak diaetetikájára vonatkozólag érvényben maradtak a tizenharmadik századig, sőt még a tizenkilencedik század elejéig. Boerhaave<sup>2</sup> az idegbetegségekről szóló két kötetes művében bőven idézi Hippokrates-t és az ő nyomán is az epilepsia körébe tartozó jelenségek közé sorozza a juhok és kecskék kergetegségét, úgyszintén azok agyleletét. Közli Hippokrates ama tanácsát is, hogy epilepsiások megerőltető testgyakorlatokat végezzenek. A maga részéről enyhe diatétát ajánl, nevezetesen kétszersültet, továbbá testgyakorlást, utazást és itálnak guajacdecoctumot. Ime, itt megelőzve látjuk a modern gyógykezelést szabad levegőn való mozgással, nevezetesen mezőgazdasági foglalkozással az epilepsiás coloniákban. Csak mellesleg akarom itt megjegyezni, hogy ez a szerző már az absenceokat is leírja.

Tissot<sup>3</sup> felette érdekes és tanulságos könyvében az epilepsia gyógykezelésében már a túlnyomóan lacto-vegetabilis diatéta elvét követi a legnagyobb szigorúsággal.<sup>3</sup> Természetesen ő is régebbi szerzőkre támaszkodik. Egyebek között felmenti Galenus-t, a ki epilepsiás gyermekeknek eltilt mindenféle tapadós (azaz enyvadó anyagokban dús) felfúvó ételeket, továbbá olyanokat, melyek a fejhez vértörődést okoznak, mint pl. bort, mustárt, porczos halakat, mivel ez utóbbiak enyvtartalmúak; itálnak ajánlja a vizet savanyú mézzel és számos előírást ad a testgyakorlatokra nézve.<sup>4</sup> Guy Patin-hez hasonlóan elveti a gyógyszereknek ajánlott chemicaliákat, növényi és állati gyógyanyagokat és idézi annak következő kijelentését: „Ilyen súlyos betegség gyógyulása pontos életmódtól és a nőktől, bortól és mindenféle forró és felfúvó ételtől való tartózkodástól függ.”<sup>5</sup> Ama epilepsiák gyógyítására, melyek az ő beosztása alapján plethora és a vér csípőssége által feltételezettek, egész modern színezetű étrendet ajánl, melyet szösz szerint közlik: „A fehér húsok, édesvízi halak, főzelékek, a legkönnyebben emészthető lisztáplálékok, a hová a kenyeret és a teljesen érett gyümölcsöt sorozom, alapja kell hogy legyen az epilepsiások táplálkozásának; néha megengedhető nekik kevés marhahús, zsenge ürühús, általában azonban eltiltandók a fekete húsok, melyek sok és csípős vért csinálnak, úgyszintén tojás, tészták, sülték, zsíros ételek, liba, kacsa, sertéshús, besózott, füstölt és páczolt hús, angolna, rája, tintahal, tokhal, rák, szarvasgomba, articsóka, spárga, zeller és petrezselyem.”<sup>6</sup> Az italok közül idegizgató és a vért a fej felé kergető hatásánál fogva eltiltja a bort, kávé és teát, továbbá, mivel túlságosan tápláló, a csokoládét és egyedül szélszerűnek a tiszta vizet ajánlja.

A tejdiaeta fontosságára vonatkozólag közli Cheyne angol szerzőnek észleletét, melyet Tissot tanulságosabbnak tart, mint egész értekezéseket az epilepsiáról. „Egy neves croydeni orvos” írja Cheyne,<sup>7</sup> „a ki nemrégiben halt meg, huzamos idő óta epilepsiában szenvedett és roham közben gyakran esett le a lóról, a mikor betegeit látogatta; az orvosok minden tanácsát és az orvostudomány minden szerét kimerítette (a mint engem is kimerített), a nélkül, hogy azoknak hasznát látta volna; de nemsokára tapasztalta, hogy minél könnyebb volt a tápláléka, annál enyhébbek voltak a rohamok, végül tiszta vizen kívül lemondott minden egyéb italtól; és midőn végül mindinkább úgy találta, hogy a betegség olyan mértékben csökkent, a mennyivel kevesebb táplálékot vett magához, csupán csak növényi kosztot és vizen élt, a mi a rohamoknak teljesen végét vetette. Mivel azonban ezen étrend nagyon puffasztó volt, megmaradt napi 2 quart (= 32 angol uncia) tehéntejnél, hal, hús vagy kenyér nélkül, csakis friss víznél.

Ama 14 éven keresztül, melyet ezen diatéta követése óta még élt, nem érzett sem zavart az egészségében, sem csökkenést erejében és energiájában.”

Ezt a példát Romberg és Nothnagel későbbi műveikben is említik és az idősebb Romberg, az orvosokra czélozva, nem minden jóindulatú ironia nélkül ezt a megjegyzést fűzi hozzá: „Ritka példája az abstinentiának kartársaknál.”<sup>8</sup>

Tissot<sup>9</sup> maga pedig saját megfigyeléseiből egy szegénysorsú epilepsiás esetét közli, a kinek azt a tanácsot adta, hogy szalonnát, sajtot, továbbá bort vagy pálinkát ne fogyasztson, hanem reggel és este tej- vagy tejsavólevessel éljen; a rohamok, melyek azelőtt havonként hét-nyolcszor ismétlődtek, erre csak kétszer tértek vissza 7 hónap alatt.

A 19. század elején a klinika még mindig a diatétára helyezte a főszínt az epilepsia gyógykezelésében. A „Handbuch für Nervenkrankheiten” című művében Berends,<sup>10</sup> akkoriban a berlini egyetem belorvosi klinikájának tanára és igazgatója, fontosabbnak tartja a rohamon kívüli kezelést a roham közbeni kezelésnél. Különösen az ártalmak távoltartását ajánlja. „Ezek leggyakrabban a diatéta által okoztatnak és ezért sok függ a beteg jóakarától, mert szigorú diatétával gyakran gyógyítható e betegség” (197. oldal). Folytatólag így szól az epilepsia gyógykezeléséről: „Itt gyakran rendkívül sokat használ az egy évig folytatott sovány diatéta; volt alkalmam ettől két esetben alapos gyógyulást látni.” (206. o.)

A tejdiaetát tehát már 2 évszázaddal ezelőtt rendszeresen használták epilepsia eseteiben; mellesleg megjegyezve, köztvény eseteiben is.

A mi most a nedvek csípősségének (Schärfe) humoral-pathologiai fogalmát illeti, mely a régebbi orvostudományban divott és a néporvoslásban még ma is használatos (hisz ez utóbbi csak visszatükrözteti a régebbi orvosi iskolák nézeteit), alatta a nedvek konyhasóbőségét értjük. A hivatalos orvostudományból merített bizonyíték gyanánt idézem Reil-t,<sup>11</sup> a berlini egyetem tanárát, a ki éppen 100 éve második kiadásban megjelent könyvében azt mondja, hogy a konyhasó „túlságos mértékben ártalmas . . . a nedvekben sajátos csípősséget idéz elő . . . sós scorbutot és rágódó fájdalmakat hoz létre a tagokban”.

Romberg után úgy látszik egészen háttérbe szorult az epilepsia diatétás gyógykezelése, mert Trousseau, a genialis klinikus, klasszikus művében<sup>12</sup> csak belladonnát és atropint, úgyszintén rézreszeléket, ezüstnitrátot és zinklactatot sorol fel epilepsiaellenes gyógyszereknek. A 11 évvel előbb (1851-ben) meghonosított bromkaliumról, melylyel Ch. Locock új korszakot alkotott az epilepsia gyógyításában, még mit sem tud és a diatétás kezelésről egy szót sem említ. Ebben a tekintetben bizony therapiás visszaesést mutat Tissot-nak 8 évtizeddel előbb megjelent művével szemben.

Felvette már most a kérdést, hogy mit kell a régebbi szerzők „nem csípős, sovány diatéta”-ján érteni, a nekik rendelkezésre nem állott chemiai ismereteink alapján ez nem egyéb, mint sókban és fehérjeanyagokban szegény diatéta, míg zsírok és szénhidrátok vagy egyáltalán nem, vagy legfeljebb csak a mennyiség szempontjából jöhetnek szóba. A fehérjeanyagokra vonatkozólag még praecisebben fejezhetjük ki magunkat, a mennyiben azok korlátozásával különösen a purintesteknek bevitelét, illetve képződését akarjuk csökkenteni.

A mi most különösen a konyhasóban dús táplálék görccselőmozdító hatását illeti, ennek magyarázatára talán fel-

<sup>2</sup> Hermann Boerhaave: Praelectiones Academicæ. Lugduni Batavorum. 1761. Tom. II. De epilepsia. p. 821: Diateta tenuis huc etiam facit, nam nonnulli Epileptici qui voluerunt uti solo pane biscoccto cum exercitiis, superaverunt hunc morbum: laudatur etiam peregrinatio . . . Magni auctores asserunt, quod curaverunt Epilepticos per decoctum Guajaci, sed tunc illi nihil debent bibere nisi hoc.

<sup>3</sup> Tissot: Traité de l'Epilepsie. Paris, 1785.

<sup>4</sup> L. c. 272. oldal.

<sup>5</sup> L. c. 230.—231. oldal.

<sup>6</sup> L. c. 274.—275. oldal.

<sup>7</sup> Dr. Cheyne: An essay on the gout. London, 1724. 103. oldal.

<sup>8</sup> M. H. Romberg: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin, 1840. I. k., 607. oldal.

<sup>9</sup> L. c. 376. oldal.

<sup>10</sup> C. A. W. Berends: Handbuch der Nervenkrankheiten. Nach dessen Vorlesungen bearbeitet und mit Ergänzungen und Supplementen herausgegeben von Karl Sundelin, Med. Dr. Wien, 1830.

<sup>11</sup> Johann Christian Reil's diätetischer Hausarzt. II. Aufl. Wien, 1812, 137. oldal.

<sup>12</sup> A. Trousseau: Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, 1862. T. II. De l'Epilepsie, 1—43. oldal.



hozhatók Loeb és iskolájának<sup>13</sup> érdekes vizsgálatai. Loeb tapasztalta, hogy csakis ionok, de nem nemvezetők bírnak rhythmusos rángásokat előidézni a testizmokban. Egy ily izom rhythmusos rángásokat mutat natrium-, lithium-, chlor-, brom-, jod- és fluorsóoldatokban és egyebekben, ellenben calcium-, kalium-, magnesium-, beryllium-, baryum-, strontium-, kobalt- és mangrovegyületek megakadályozzák ezen rángásokat. Mindkét fajta ion hatását ezen bűvár szerint nem ingerlékenységi változásoknak, hanem valószínűleg az izmokban bizonyos vegyületekbe való belépésének köszönheti. OH- és H-ionok (bázisok és savak) gyorsítják az általuk gyakorolt katalysises befolyás révén az izgó ionok hatását, a nélkül, hogy maguk rhythmusos izomrángásokat tudnának előidézni. Ellenben az akaratlagos izomzatban nem váltanak ki az izgó oldatok sem az ideg, sem a gerincvelő részéről rhythmusos működést. Azt is tapasztalta Loeb, hogy tiszta konyhasóoldatok tengeri állatokra (halak, medúzák) nézve mérgezők, sőt a destillált víznél is mérgezőbbek. Minél koncentráltabb a konyhasóoldat, annál hamarabb áll be a halál. Kalium- vagy calciumsók hozzájárulása ellenben megszünteti a mérgező hatást. Fiatal tengeri süllő-lárvák még tiszta chlorcalcium- vagy chlormagnesium-oldatokban sem károsodnak meg. Hasonló eredményeztek tanítványának, Moore-nak kísérletei. Szerinte halak (fundulus) és a békaporonty megélhetnek ugyan destillált vízben, de már konyhasóoldatokban nem. Chlorcalciumot határozatlan mennyiségben hozzájárulva a konyhasóoldatokhoz, az oldatok ártalmatlanná válnak.

A konyhasó jelentősége az epilepsziás rohamokban kitűnik Wyss és Ulrich<sup>14</sup> vizsgálataiból. Szerintük a vér chlor-tartalma és az epilepsziás roham között bizonyos viszony áll fenn olyképpen, hogy epilepsziások vérében a chlornak a normalis érték alá való süllyedése megakadályozza a roham kitörését. Minden esetben van a vérben a chlorretentiónak egy küszöbértéke, mely a normalison alul van.

Egyrészt Loeb ezen megfigyeléseiből, másrészt az idegrendszer fokozott ingerlékenységének jelenségeiből rachitisben, mely utóbbi a szervezet calciumvesztésével együtt jár, valamint az állatkísérletekből az agykérgen (Sabbatini, Roncoroni) indult ki az eszme, hogy epilepsia eseteiben calciumsókkal kísérletezzenek (Silvestri, Donath, Littlejohn).

Áttérve immár a táplálék fehérjeanyagára, mely a konyhasóhoz hasonlóan görcselőmozdító hatást fejt ki, közelfekvőnek látszott elsősorban a húgysavban keresni az okot. Igazoltan látták e felfedezést Haig ama érdekes leletében, hogy a kiválasztott húgysav mennyisége az epilepsziás roham előtt állandóan süllyed és utána egyenlő mértékben emelkedik. Egyébként megfigyelte ezt Haig a hemicraniarohamokban is. Sőt Krainsky folytatólagos quantitativ húgysavmeghatározások alapján még a roham beköszöntését is meg tudta jósolni 1—2 nappal előbb, hacsak nem voltak nagyon sűrűek vagy éppenséggel mindennapiak a rohamok. Caro ezen tényt halmozódott absence-okban is beigazoltan találta. A húgysav ezen csökkenését Krainsky egy abnormalis anyagcseretermék, a carbaminsavas ammoniak képződésének tudja be, melyet ő igen jelentékeny és a roham mindenkor erősségének megfelelő mennyiségben talált epilepsziások vérében. Az ő felfogása szerint ugyanis a húgyanyag epilepsziásokban nem alakul át mint rendes viszonyok közt organikus savak segélyével húgysavvá, hanem 1 mol. víz felvétele mellett carbaminsavas ammoniákká.

<sup>13</sup> Jacques Loeb: Ueber Ionen, welche rhythmische Zuckungen der Skelettmuskeln hervorrufen. Beitrag zur Physiologie. Festschrift für A. Fick. Ref. Virchow-Posner: Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin, 1899, I. kötet, 211. oldal. — Ugyanaz: On ion-proteid compounds and their role in the mechanics of life phenomena. I. The poisonous character of pure NaCl-solution. Amer. Journ. of Physiology, 1900, IV. kötet, 386. oldal. — A. Moore: Further evidence of the poisonous effects of a pure ClNa-solution. Ibidem.

<sup>14</sup> H. v. Wyss und A. Ulrich: Die Bromtherapie der Epilepsie auf experimenteller Grundlage. Arch. f. Psychiatrie, 1909, XLVI. kötet.

Erre nézve azonban bebizonyítottam,<sup>14</sup> hogy a húgysav lehetőleg koncentrált mennyiségben és pedig 0.5%-os neutralis natriumuratoldat alakjában kutyák vérpályájába fecskendezve, görcsnek nyomát sem idézi elő. Az állatok e mellett igen jól érezték magukat. A vér e mellett oly nagy mennyiségű húgysavval van elárasztva, hogy az 4—36-szorosát teszi a köszvény vagy leukaemia eseteiben talált legmagasabb értékeknek. De különben is ezen két betegségben, dacára a tetemes húgysavfeleslegnek, nem fordulnak elő epilepsziás görcsrohamok. Az a tény azonban, hogy a kiválasztott húgysav mennyisége ugyanolyan mértékben emelkedik az epilepsziás roham után, mint a mennyire annak előtte süllyedt, világosan mutatja, hogy itt húgysav eltűnéséről carbaminsavas ammoniak képződése folytán, mint azt Krainsky magyarázza, szó sem lehet, hanem, hogy itt csupán húgysavretentio történik a vérben. A húgysavretentiót a roham elején jelentkező érgörcs okozza, mely a vesékben is lejátszódik. A roham lezajlásával megszűnik az érgörcs és vele együtt a húgysavretentio is. Ezen véleményem helyessége mellett bizonyítékul felhozom, hogy ezen retentio a roham közben a kitűnően diffundáló chlornatriumra (Voisin és Krantz) is áll, a phosphorsavra pedig ezt maga Krainsky mutatta ki. A húgysav tehát az epilepsziás görcsökért nem okolható, a mint egyáltalán ez nem mérges anyag és köszvény eseteiben az ízületekbe, vesékbe való lerakódása révén csupán mechanikai jellegű sérülést eredményez.

Ellenben kimutattam továbbá, hogy a normalis anyagcsere bázisos anyagai, közöttük purinbázisok is, a vérpályába véve, súlyos görcsöket idéznek elő: ilyen az ammoniumchlorid, ammoniumcarbonat, trimethylamin, cholin, kreatinin, guanidin. A Krainsky által felvett carbaminsavas ammoniak tehát legfeljebb ammoniakcomponense révén fejthet ki hatást, de semmi esetre sem carbaminsav-alkotórésze útján; mert hisz utóbbi, mint azt annak aethylesteréről, az urethanról tudjuk, sedativum és hypnoticum, melyet 4.0 gr.-ig adhatunk pro dosi. A görcsök azonban olyképpen jönnek létre normalis anyagcseretermékek révén, hogy az epilepsziás agysejtje már eredetileg kórosan fokozott ingerlékenységgel bír, mely reagál oly chemiai ingerekre, melyek a normalis sejtet nem bántják.

A további haladás az epilepsia diätetikai kezelésében Richet és Toulouse<sup>16</sup> nevéhez fűződik. Ezek kiindultak a sóvány, nem izgó diätéből, mely a lacto-vegetabilis táplálékzásti módban volt megadva és csekély eredeti ClNa-tartalma által tűnt ki, hozzáadtak még egyéb kevés ClNa-t tartalmazó tápszert, mint tojást, vaját stb., hogy elegendő számú calóriát kapjon a szervezet és ezen sótan diäta görcscsillapító hatását még fokozták bromnatrium egyidejű adagolásával. Felvették, hogy a konyhasó eltávolítása a táplálékból sószegénynyé és így a bromsók iránt fogékonyabbá teszi az idegsejteket, fokozva ezzel azok hatását. Az eredetileg a tápszerekben foglalt chlornatriumnak ily módon bevitt 24 órai mennyisége hozzávetőleg 2 grammot tesz ki. Azt tapasztalták, hogy sószegény koszt mellett a bromnatriumnak sokkal kisebb mennyiségei (2—4 gr. pro die) is elegendők, hogy súlyos betegeken is megszüntessék a rohamokat. Egyes betegek 6 hónapig rohammentesek maradtak.

A brom sedativ hatásának magyarázatára fel kell tételni, hogy az idegsejtek, de különösen az agykéreg idegsejtjei electiv vonzást gyakorolnak rá és valószínű, hogy a chlorhoz chemiailag legközelebb álló brom, melynek alkalisói isomorphok, részben helyettesíteni bírja azt. Hogy azonban a bromsók magában a vérben is jelentékeny mennyiségben keringenek, valószínűleg laza összeköttetésben a fehérje-

<sup>14</sup> Donath Gyula: Az epilepsziás roham kiváltásánál szereplő anyagokról. A M. Tud. Akadémia Matematikai és Természettudományi Értesítője, 1906, 770. old.

<sup>16</sup> Ch. Richet et Ed. Toulouse: Effets d'une alimentation pauvre en chlorures sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium. Compt. rend. 2. Sémiestre. T. CXXIX. Nr. 21. p. 850 ff. — Toulouse Du sel dans l'alimentation des épileptiques. Gaz. des hôpitaux, 1900, 82. sz.



sejtekkel, az már kitűnik a nagy adagokból, melyek bekebelezhetők. De tudjuk Wyss és Ulrich kísérleteiből is, hogy a brom feltételezte chlorkiesés a vérben körülbelül egy harmadot tehet ki átlagban és Frey<sup>17</sup> tapasztalta, hogy a chloridok és bromidok egymáshoz való viszonya a kísérleti állatok vizeletében ugyanolyan volt, mint azok serumában és hogy brombevitelre a chlorkiválasztás fokozódik, a mint megfordítva a konyhasóbevitel viszont kiszorítja a szervezetből a bromidokat.

A Richet-Toulouse-féle sómentes diatának praktikus formát adott Bálint<sup>18</sup> bromopan-jával.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Immelmann: Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnwege.** Berlin, H. Meusser. 86 oldal, 5 fénynyomatú tábla és számos illusztráció.

Mint a szerző előszavában kiemeli, e kis könyv célja, hogy gyors tájékoztatást nyújtson az orvosnak a Röntgen-sugaras vizsgálat értékéről az urologiában. A felvételhez vagy a rendes compressiót ajánlja a „Kompressionsblende“-vel vagy pedig a heveder és lófa-szivacs segítségével. Lemezhibákat egyszerűen kikérülhetni a Köhler-féle eljárás segítségével, midőn egy felvételhez 2 lemez egyidejű használatát ajánlja Immelmann oly módon, hogy a két fényérzékeny oldal egymás felé van fordítva. A kidolgozott és gondosan összeillesztett lemezek együttesen megtekintve állítólag igen contrastos, szép képet adnak.

A collargoltöltés, oxygennel való felfúvás, a fémszondás vesefelvétel módszereinek megbeszélése után rátér a főfejezetre, a húgyszervi bántalmak Röntgen-sugaras felismerésére; ezen fejezet végén 3000 vesefelvételről számol be, melyek közül 490-ben talált árnyékot, melyet kőárnyéknak tekintett.

A műteti eredmények tanúsága szerint — a mennyire ezirányú kérdéseire választ birt kapni — 4% hibás diagnózis volt. Ezen esetekben az árnyékot okozta: chronikus induratio, vesetuberculosis, mirigy-tuberculosis, bélsárkő és vérératheromatosis. A 2510 eset közül, melyben kőárnyék nem volt látható, a mennyiben ezen esetek mégis műtetre kerültek, 2%-ban találtak követ, még pedig néha elég nagy urat vagy oxalatköveket. A vándorvese diagnózisát pontos topikus beállítással lehetségesnek tartja, főképpen ismételt felvétel útján. A daganatok diagnosztikájában szintén fontos szerepe van a Röntgen-eljárásnak. A veseszületett fekvési anomáliák felismerését, a melyeket előben is már néha diagnosztáltak, a collargolmethodus lényegesen megkönnyíti, épp úgy az ureter helyzetváltozásait, tágulásait stb.

A húgyhólyag csak az elülső-hátulsó vetületben vizsgálható collargoltöltés után; diverticulumok, melyek ezen síkba esnek, ily módon felismerhetők, úgyszintén az, vajjon a hólyag valamely sérvben foglal-e helyet vagy sem. Kővekről zúzás előtt célszerű Röntgen-képet felvenni, mert a magvakat alkotó nem zúzható idegen testek (tűk stb.) felismerhetők és ekkor a hólyagmetszés javasolt.

Röviden tárgyalja a Röntgen-vizsgálat értékét vesetuberculosis, prostatakő esetében és pár szóval megemlékezik a prostata Röntgen-kezeléséről.

16 oldalra kiterjedő kimerítő irodalomjegyzék fejezi be a könyvet, melynek 5 fényképnymatú tábláján 32 x-sugaras vese-, ureter-, hólyag- és prostata-felvétel igen szép kicsinyített képét mutatja be a szerző.

Picker.

<sup>17</sup> E. Frey: Die Ursache der Bromretention und die Verdrängung von Chlor durch Brom im Blute. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 1521. old.

<sup>18</sup> Orvosi Hetilap 1901, 17. sz. Ünnepi melléklet.

### Új könyvek:

A. Strubell: Zur Klinik der Opsonine. Jena, G. Fischer. 8 m. — Ptaut, Rehm und Schottmüller: Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. Jena, G. Fischer. 8.50 m. — Fr. Croner: Lehrbuch der Desinfektion. Leipzig, W. Klinkhardt. 20 m. — G. Cornet: Die akute allgemeine Miliartuberkulose. 2. Auflage. Wien, A. Hölder. 2.30 m. — D. Gerhardt: Herzklappenfehler. Wien, A. Hölder. 7.40 m. — A. Homburger: Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener. Berlin, J. Springer. 14 m. — P. Horn: Ueber nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. Bonn, Marcus und Weber. 4 m. — H. E. Schmidt: Kompendium der Röntgentherapie. 3. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 5 m. — W. Wechselmann: Ueber die Pathogenese der Salvarsantodesfälle. Wien, Urban und Schwarzenberg. 5 m. — A. Murri: Ueber die traumatischen Neurosen. Jena, G. Fischer. 2 m. — Ch. S. Minot: Moderne Probleme der Biologie. Jena, G. Fischer. 3 m. — G. Bidou: La scoliose et son traitement. Paris, A. Maloine. 6 fr. — J. Adler: Primary malignant growths of the lungs and bronchi. London, Longman, Green and Co. 16 s. — L. N. Denslow: A surgical treatment of locomotor ataxia. London, Baillière, Tindall and Cox. 3 s. 6 d. — G. Lowell Gulland and A. Goodall: The blood: a guide to its examination and to the diagnosis and treatment of its diseases. Edinburgh and London, W. Green and sons. 15 s. — R. W. Allen: The bacterial diseases of respiration and vaccines in their treatment. London, H. K. Lewis. 6 s. 7 d. — C. Mansell Moullin: The Bradshaw Lecture on the biologie of tumours. London, H. K. Lewis. 2 s.

### Lapszemle.

#### Általános kór- és gyógytan.

A carcinoma ismeretéhez szolgáltatót érdekes adatokat Fibiger, a kórbonczolástan tanára a kopenhágai egyetemen. Kiterjedt vizsgálatainak eredménye a következőkben foglalható össze: A patkányok között endemiásan előforduló, eddig ismeretlen betegségét a gyomornak és bázisznak egy a spiroptera-genushoz tartozó nematoda idézi elő, a mely kifejlődött állapotában a nevezett szervek nyálkahártyájának epitheliájában élőködik. Ezt a betegséget sikerült patkányokon mesterségesen is előidézni az illető nematoda közbülső gazdájával való etetéssel. Ez a közbülső gazda nem más, mint a muszka (periplaneta americana et orientalis). Maga a betegség a kezdeti szakában epithelhyperplasia és gyulladás, a melyhez később papillomaképződés társul; ez oly nagyfokú lehet, hogy az egész gyomor kitelődik papillomás burjánzással. A papillomatosis néha előszaka a rossztermészetű epithelioma-képződésnek, a mely epithelioma más szervekben metastasist is okozhat. Fibiger-nek sikerült tehát először metastasissal járó carcinomát létesíteni kísérleti állatokon. Érdekes, hogy a metastasisokban nem tudta a parasitát vagy petéit kimutatni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 7. sz.)

#### Belorvostan.

A javított, albumosementes hormonal P. Sackur vizsgálatai szerint intravenásan alkalmazva a peristaltikát erősen fokozó hatással bír; hatása ott is nyilvánvaló, a hol egyéb beavatkozás eredménnyel nem jár. A lassú intravenás injectio (a 20 cm<sup>3</sup> tartalomnak 15 perc alatti befecskendezése) leromlott betegben is vérnyomáscsökkenés, collapsus veszélye nélkül alkalmazható. Legalkalmasabb eseteket szolgáltató a hormonal alkalmazására a paralysises (dynamikai) ileus, a postoperatiós bélparesis és az egyszerű atoniás obstipatio. Spasmusos obstipatio, valamint mechanikai ileus eseteiben hatástalan. Ily esetekben is alkalmazható azonban veszély nélkül a differentialediagnosist felállítása céljából. A hatás állandóságának, a kétszeres dosis alkalmazhatóságának s az injectio megismétlésének kérdése tekintetében még nincs egységes megállapodás. A lassú intravenás injectiohoz legcélszerűbb a fecskendő helyett a salvarsan-injectiohoz használt apparatust alkalmazni. (Deutsche Med. Wochenschrift, 1913, 9. sz.) Galambos dr.

A lázas betegségekben előforduló nystagmus jelentőségéről ír Czyhlarz. Beck és Biach vizsgálati eredményeivel teljes összhangzásban a szerző is azt találta, hogy a legtöbb lázas megbetegedésben kifejezett nystagmus mutatható ki, mely a láz megjelenésével kezdődik s szüntével eltűnik. A



nystagmus valamivel tovább tarthat, mint a láz, esetleg két nappal is; kivételes esetben a nystagmus állandóan visszamarad. *Beck* és *Biach* typhus abdominalis és tuberculosis esetében, a miliaris tuberculosis kivételével, nem talált nystagmust. A szerző szerint typhus abdominalis első 2 hetében rendszerint hiányzik ugyan a nystagmus, később azonban rendszerint kimutatható, sőt elég gyakran a lázas szak után hetekig fennáll még. Míg a súlyos tuberculosisban, ha néha előfordul is a nystagmus, állandó jelnek mégsem vehető, erysipelas, pneumonia crouposa, súlyos polyarthritis acuta, influenza eseteiben ellenben a nystagmus úgyszólván kivétel nélkül kimutatható. A szerző a lázas nystagmust a toxikus nystagmusok közé sorolja, épp úgy, mint a chinin bevétele s az acut alkoholismus után bekövetkező nystagmust. (Berl. kl. Woch. 1913, 3. sz.)

*Galambos dr.*

### Sebészet.

**Műtétrel kezelt kisagyvelő-daganatról** értekezik *H. Oppenheim*. Esete 12 éves fiúra vonatkozik, a kin a diagnoszt a következő tünetekből állapította meg: 3 évvel a műtét előtt fejfájás és hányás állott be, majd pedig ezen tünetekhez kb. egy év múlva pangásos papilla és lumbal punctio alkal-mával 210 mm. nyomás társult. Az időközben alkalmazott bedörzslési kúra eleinte javulást hozott, úgy hogy az összes kellemetlenségek visszafejlődtek, azonban rövid idővel ezután ismét jelentkeztek, a mi mellett a szerző merev fejtartást, a jobb oldali pangásos papillán kívül baloldalt neuritis optict, jobb oldal felé való nézés alkalmával nystagmust konstatait. Baloldali fekvésben a nystagmust jobbfelé nézés-kor sokkal kifejezettebb, míg jobboldali fekvésben gyengébb és ilyenkor a nystagmus balfelé is jelentkezik. Baloldali fekvés-kor a cornealis reflex hiányzott. Mindkét kézen adiado-kokokinesis, járáskor cerebellaris ataxia, az alsó végtagokon semmi különös elváltozás. Mindezen tünetek alapján a dia-gnózis kisagyvelő-tumorra tétetett, még pedig a vermis cerebelli környékén.

A műtét e felvételt igazolta és *Krause* a kisagy mindkét hemisphaerájának nagy részét eltávolította, míg a vermis cerebelli körül a IV. agykamarára való tekintettel egyes da-ganatrészletek visszamaradtak. A beteg meggyógyult, úgy hogy csak jelentéktelen nystagmus maradt vissza.

A szerző ezen esetében különös fontosságot tulajdonít annak, hogy kisagyvelő-daganat eseteiben a nystagmus gyakran csak oldalfekvésben jelentkezik vagy válik kifejezettebbé, még pedig oly értelemben, hogy jobboldali tumor esetén baloldali fekvés-kor válik a nystagmus jobbfelé nézés-kor feltűnővé. A másik fontos körülmény az, hogy a kisagyból jelentékeny nagyságú daganatok távolíthatók el s ha a daganat diffus, az esetleg otthagyt beteg részek valószínűleg a hegesedéssel tönkremennek. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 50. sz.)

*Ifj. Hahn Dezső dr.*

### Idegkórtan.

**A kis kézizmokra szorítókozó, tova-terjedésre nem hajlamos izomatrophia** kórképét írja le *P. Marie* és *Foix*. A kis kézizmok atrophiaja leggyakrabban valamely súlyos általános idegbaj tünete, de előfordul mint önálló kórkép is. A szerzők ezt 10 klinikai észlelettel és 4 szövettani lelettel bizonyítják. A szövettani vizsgálattal 3 esetben egy tisztán a legalsóbb cervicalis segmentumokra vonatkozó idősült vasculitist találtak a gerinczvelőben, mely főképpen az egyik oldalt és a szürke állományt támadta meg és az egyik elülső sarv teljes elsovadására vezetett; a negyedik esetben a nerv. medianusban és ulnarishban találtak senilis neuritist. A klinikai tünetek közül megemlítendő, hogy az atrophia eleinte gyorsan, azután igen lassan halad; kezdetben fájdalom is jelentkezhetik, az atrophia sokszor csak egyoldali s ha mindkét kézen mutatkozik, az egyik oldalon súlyosabb; az egyes kis kézizmok részvétele is különböző; a felkarreflexek néha elvesznek (neuritis esetében), néha fokozottak is lehetnek

(centralis elváltozás esetében). Gyakran szövődik e kórkép hemiplegiával, tabessel és az aetiologiában is a syphilis és az arterioclerosis szerepel. (Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1913, 5. és 6. sz.).

*L.*

### Húgyszervi betegségek.

**A syphilises zsugorveséről** ír *C. Hirsch*. Már *Wagner* is rámutatott arra, hogy a syphilisnek nemcsak az acut nephritis, hanem a zsugorvese keletkezésében is kórokozó szerepe van és hogy a syphilis különösen a második szakában igen súlyos nephritis jelenségeket idézhet elő, melyek végül a vese teljes zsugorodására vezethetnek. *Wagner* után már több szerző is utalt ezen körülményre, de a syphilissel való összefüggést csak a vese amyloid betegségére vonatkoztatták, annál is inkább, minthogy a syphilises interstitialis nephritis kórképében a luesre különösen jellemző jeleket nem találtak. Már jóval könnyebb a diagnózis akkor, ha gócszerű interstitialis betegségek forognak szóban, a mint azt *Löhlein* hangsúlyozza, a ki a syphilis folyamán észlelt egyoldali zsugorvese esetei alapján az elsődleges syphilises érmegbetegedés jelentőségére különösen rámutatott.

A szerző a gyakorlatában 3 esetet észlelt, a hol a zsugorvesével egyidőben az aortában, illetőleg a koronaerekben is találtak lueses elváltozásokat; rámutat továbbá azon aránylag elég gyakori észleleteire, a mikor a zsugorvese aránylag fiatalabb korú — 30—50 éves — egyéneken fordul elő, a kik az anamnesis adatok szerint kiállott syphilisről is megemlékeztek.

Az ilyen betegen úgy a kénesővel, mint a salvarsannal, de még a joddal is különös óvatossággal kell bánni; a legkisebb adagokkal kell kezdeni és ezeket lassacskán, fokozatosan emelni, nehogy a veseszövetben további sérüléseket okozunk. *Hirsch* azt gondolja, hogy nagyon sok arteriosclerosis zsugorvese mögött syphilis lappang, ennek dacára azonban a jodmedicatio tekintetében különösen az ilyen esetekben nagy óvatosságra int, mert a milyen hatásosnak tudja a jodot a gummosus folyamatokra, épp oly kevés eredményt látott tőle az idősült interstitialis betegségekben. A zsugorvese azon eseteiben, melyek a nagy erek sérülésén alapulnak, a specifikus kezeléstől nem remélhetünk sokat. Kétségtelen, hogy a szövetségi sérülések keletkezésében különösen az idősült méreghatás is közrejátszik. Hogy most már ez a késői méreghatás az elsődleges, tehát a szervezetben átdolgozott méregnek a hatása-e, avagy indirect hatás, mely bizonyos mirigyves szervek és a belső secretio sérüléséből keletkezett, arról *Hirsch* nem vitatkozik, de nagyon is hajlandó arra, hogy a végül zsugorvesét eredményezett diffus hyperplasiás folyamatokat az interstitialis szövetben a lueses késői betegségek közé sorolja és úgy véli, hogy az ilyen esetekben parenchyma-sérülések állanak fenn, melyek látszólag későn, illetve lassanként keletkeznek és fokozatosan feltartóztatlanul haladnak előre. (Mediz. Klinik, 1912)

*Drucker.*

### Orr-, torok- és gégebajok.

**Az ozaena lényegéről és orvoslásáról** ír *Zografides* (Athen). Klinikai és kísérletes vizsgálatok alapján kritikailag tárgyalja az ozaena aetiologiájára vonatkozó theoriákat s azon következtetésre jut, hogy a bacillaris elméletek az ozaena kóroktanának kérdését nem oldották meg; a betegség kórokozójának tartott és leírt bacillusokat csakis a baj kísérőinek tartja, a melyek az atrophiaval összefüggésben nincsenek; talán hozzájárulnak a bűz előállításához, de ez utóbbi csak tünet. Bacillus okozta betegség esetén, melynek székhelye valamely felület, a bacillus-hatás jellegzetes elváltozásokkal kellene hogy járjon e felületen, úgymint beszűmkedéssel, fekélyesedéssel, a szövetek elpusztulásával; ilyeneket pedig a szerző nem észlelt, valamint sokan mások sem észleltek. A baj unilateralis megjelenése számos esetében a másik orrfél nyálkahártyája teljesen rendes volt és sehol sem mutatkozott a felületén genyesedés vagy más tünet, melyet



Stein az ozaena bakteriologiájáról szóló közleményében mint jellegzetes leír; ozaena-bacilluskultúrákkal történt injectióval vagy bedörzsöléssel a kísérleti állatokon ozaenát előidéznie nem sikerült; annak sem tulajdonít kóroktani jelentőséget, hogy elvétele ugyanazon család több tagján található ozaena; ez utóbbi eset egyrészt igen ritka, másrészt előfordul a családon belül, a kik egymással sohasem érintkeztek, más városban laktak, tehát egymást nem fertőzhették. Ily esetekben ugyanazon constitutiós anomaliát szerepelteti, a mely a baj keletkezését elősegíti, a melyet a szerző tisztán *trophoneurosisnak* tart. Tapasztalás szerint a legtöbb beteg az orrbűzt maga nem érzi, a mi az atrophia gyors tovaterjedésének és a szaglóiidegek ezáltal bekövetkezett elpusztulásának a következménye; tehát előbb következik be az ornyálkahártya atrophiaja, a szaglóiidegek ennek következtében atrophizálnak, az epithelium elszarusodik, leöklődik, a nyálkamirigyek degenerálnak és csak azután áll be a bűz; a *Perez-féle* bacillus tehát epigen módon fészkel be magát és ha alkalmas talajra jut, elszaporodik és azután talán előidézi azt a jellegzetes bűzt, a mely a kultúrákon érezhető. Hogy az ozaena a *trigeminus* tiszta *trophoneurosis*, a mint ezt *Zarniko* és *Bayer* is hiszi, a szerző azzal is bizonyítani kívánja, hogy unilateralis ozaena számos esetében, valamint oly esetekben is, a melyekben az egyik oldali orrfél sokkal nagyobb fokú atrophiat mutatott, mint a másik, a megfelelő oldali arczfélén a *lágyszöveteknek is szembetűnő atrophiaját*, valamint az ezek alatt levő csontokat is konstata, a mint ez a betegekről felvett és reprodukált arcsképeken is látszik. Azon esetekben, a melyekben az orrüreg atrophiaja mindkét oldalt jelen van, az arczon asymmetria nem látható; valószínű, hogy azon esetekben, a melyekben az arcz analog atrophiaja nincs meg, a *trophoneurosis* csak az orrüregre szorítkozik; az ozaenának a megfelelő oldali arczfél *trophoneurosis*ával való együttes előfordulása azonban a szerző szerint semmi esetre sem véletlen, hanem kapcsolatban van egymással. Az arcz atrophiajával járó esetekben méréseket is végzett és igen jelentékeny különbségeket talált a két arczfél között. Az orr nyálkamirigyei tudvalevően a *cerebrospinalis* és a *sympathicus*-idegrendszer befolyása alatt állanak, a *cerebrospinalis* rostok a *trigeminus* II. ágába jutnak, míg a *sympathicus*-rostok a *ganglion sphenopalatinum*-ból osztódnak el a nyálkamirigyekbe; a *trigeminus* ingerlésére bőséges tiszta vizes váladék produkálódik, míg a *ganglion sphenopalatinum* ingerlése kevés nyúlós váladékot idéz elő. Mint-hogy tehát a *trigeminus trophoneurosis* esetén ennek működése csökkentetik, míg a *sympathicus*-ág ép marad, a váladék csak igen kevés alkotórészt mutat, könnyen beszárad, kivált ozaena esetén, a mikor az orrüreg tágassága következtében igen sok levegő jut az orrba és a váladék gyorsan elpárolog. Ezen körülményeknek tulajdonítandó a beszáradás, nem pedig bacillus-hatásnak, a mennyiben a *Perez-féle coccobacillus* a kultúrákban elfolyósítást idéz elő. Mindezeket észleleteivel, mérési eredményével és mások megfigyeléseivel egybevetve, a bajt *trophoneurosis*os eredésűnek véli. A *syphilis*nek kóroktani jelentőséget nem tulajdonít: mint sokan mások, a szerző sem talált pozitív *Wassermann-reactiót*; praedisponáló hatást tulajdonít a Görögországban gyakori *malariának* és az ezt követő *cachexiának*, továbbá fertőző betegségeknek, különösen a *typhusnak*, valamint a *scrophulosis-dyskriasiának*, melyet betegek 9/10 része mutatott; végül a kedvezőtlen socialis és hygienés viszonyoknak juttat praedisponáló szerepet. A mi a *therapiát* illeti, a szerző az általa követett eljárással a nyálkahártya circulációs viszonyainak megjavítását és az orrüreg tágasságának lehető megkisebbitését célozza s e célból a galvanokautert alkalmazza: az orrüreget előzetes öblítésekkel megtisztítva, az alsó kagyló nyálkahártyáját hátulról előre és alulról felfelé galvanokauterrel érinti; a galvanokautert nem intenzíve izzó állapotban használja, hanem csak kissé megmelegített és igen széles hegyű égővel, a melylyel látható égési pörk nem keletkezik, hanem csupán a nyálkahártya olyan fokú ingerlése eszközöltetik, mely éppen csak hyperaemiát vált ki és ez ele-

gendő az atoniás szövetek táplálkozásának javítására; fokozatosan mindkét orrüreg felületét érinti a galvanokauter hegyével s ezenkívül vattával való bedörzsölésre 2—10%-os calomel-kenőcsöt alkalmaztat. Tapasztalásai szerint már az első kezelések után eredmény mutatkozik, a váladék folyósabbá lesz és a bűz csakhamar eltűnik. A localis therapiával egyidejűleg belsőleg jodot avagy vaskészítményeket, csukamajolajat vagy arsen ad. Számos esetben már egy hónapi kezelés eredményes volt. A jó eredmények, a könnyű alkalmazhatóság az eddig használt összes methodusok fölé helyezik az eljárást, a mely sikerre, és pedig tartós sikerre legtöbb kilátást nyújt. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngorhinologie*, 1912, 12. füzet.)  
Safranek dr.

### Orthopaedia.

**A habitualis térdkalács-ficbamodás gyógyításához** nyújt adatot *Fr. Pauwels* (*Schanz* drezdai intézetéből). Az észlelt ficbamodás gacsos térd miatt supracondyloidealis osteotomiával korrigált végtagon következett be. Az osteotomia után meggyógyult végtagon a térdkalács kifelé tolódott és a láb is erősen kifelé volt fordulva, majd térdhajlítás közben egyszer a térdkalács teljesen kifelé ficbamodott. A láb kifelé fordult állását, valamint a ficbamodást közvetve a czombcsont alsó epiphysisének a czombcsont testéhez viszonyított, kifelé csavart helyzete okozta. A czombcsont e deformitása miatt a m. quadriceps megfeszülésekor a húzás irányának megváltozása hozta létre a ficbamodást. *Schanz* műtétet a következőképpen szüntette meg a térd kóros funkcióját. Kívülről a czombcsont condylusain át, valamint 6 cm.-rel feljebb a czombcsont testébe egy-egy 16 cm. hosszú, 6 mm. vastag aranyozott acélcavart fűrt és a két csavar között átvést a csontot. Az így szabaddá lett alsó ízületi csontvéget a csavarok kiálló végének a segítségével befelé forgatta a czombcsont testének a tengelyébe s ily helyzetben a végtagot a benthagyott csavarokkal együtt gipszkötéssel rögzítette. A széjjelvésett csont összegyógyulása után a térdkalács ficbamodása sohasem fordult többet elő. Ez eset figyelmeztet bennünket, hogy habitualis térdkalács-ficbamodás esetében figyelemmel kell lennünk erre a körülményre is és vizsgálnunk kell, vajjon a czombcsont condylusainak helyzete a trochanterhez viszonyítva nem változott-e meg a leírt módon s nem az hozta-e létre és tartja fenn a ficbamodást? (*Zentralblatt für Chirurgie und mech. Orthopädie*, VI. köt., 10. füzet.)

Kopits dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Hirtelen beálló erős vérzés** ellen *Ruediger* szerint legjobb a *van der Velden* ajánlotta eljárás, a mely 10%-os steril konyhasó-oldat 3—5 köbcentiméterének intravenás befecskendezésében áll. Csak arra kell ügyelni, hogy a vena mellé ne jusson a konyhasó-oldatból, mert ennek gangraena lehet a következménye. (*Medizinische Klinik*, 1913, 8. sz.)

**A skarlátvörös-kenőcs módosulatairól** ír *Decker*. Minthogy a skarlátvörös-kenőcs nagy hátránya, hogy a fehérneműt erősen vörösre festi, iparkodtak a tulajdonképpeni hatóanyagát megkeresni és ezt az *amidoazotoluolban* találták meg, a melylyel készült kenőcs csak kissé sárgásra festi a kötést; előnye az is, hogy hegképződés nincsen a sebeknek vele való kezelése után. A Kalle-czég előállította *pellidol* az amidoazotoluol diacetyl-származéka s ugyanazon előnyökkel bír. Minthogy esetleg jó szolgálatot tehet valamely fertőtelenítő anyagnak jelenléte, a pallidolt jodolennel kombinálták; ez *azodolen* néven jut forgalomba. E két utóbbi szer használata 2%-os kenőcs alakjában történik s azért olcsóbb, mint a 8%-os kenőcs alakjában használandó skarlátvörös vagy amidoazotoluol. (*Medizinische Klinik*, 1912, 49. sz.)

**A neuronal** nevű hypnoticumra és sedativumra hívja fel a figyelmet *Seige*, a jenai psychiatriai klinika segédje. Az újabb szerek özöne elfeledteti ezt a régebbi szert, noha



mint biztosan ható és ártalmatlan sedativum és hypnoticum ma is megállja a helyét. Adagja könnyebb esetekben 0.5—1.0 gramm, súlyosabbakban 2.0—3.0 gramm. Amylenhydrattal kombinálva feltűnő jó hatású epilepsiás ködös állapot és status epilepticus eseteiben, antifebrinnel együtt (neurofebrin) pedig sokszor kifejezett fájdalomcsillapító hatása van. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 39. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 10. szám. *Révész Vidor*: Röntgen-leletek idült obstipatiónál. *Hoffmann Jenő*: Az oscillatorikus áramok az elektrotherapiában.

**Orvosok lapja**, 1913, 11. szám. *Gyömörey Oszkár*: Darwin és követői kihatásának oknyomozó történeti háttere.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 11. szám. *Torday Árpád*: Paroxysmalis haemoglobinuria esete.

### Vegyes hírek.

**Adler Zsigmond** dr. budapesti gyakorló orvosnak a király az udvari tanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** *Szudarevich Ferencz* dr.-t a szabadkai m. kir. állami gyermekmenhely igazgató-főorvosává, *Belák Sándor* dr. enyingi járás-orvost államvasúti orvosi tanácsadóvá, *Kosztits György* dr. dályai orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Holló Kálmán* dr.-t a nagyszöllősi Perényi-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Frommer Zsigmond* dr.-t székesfevárosi kerületi tisztviselő orvossá, *Rubin Jenő* dr.-t Gyergyóremete nagyközség orvosává, *Friedl Imre* dr.-t vámosgyörki körorvossá választották.

**Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztottak: Az I. sz. kórboncolástani intézetbe: *Balogh Ernő*, *Orsós Imre*, *Virág Mária*, *Saortay Árpád*, *Thury Lajos* gyakornokoknak; a II. sz. kórboncolástani intézetbe: *Fehér Antal* díjas gyakornoknak, *Potorán Kornél* gyakornoknak; az élettani intézetbe: *Bogdán István* díjas gyakornoknak, *Szécsényi Ernő*, *Szarvas Jenő* gyakornokoknak; a II. sz. belklinikához: *Farkas Sándor* dr. gyakornoknak; a szájgyógyászati osztályhoz: *Majunke Egon* dr., *Pollatschek Gyula* dr. gyakornokoknak.

**Az orvosi továbbképzés központi bizottsága** most küldte meg az összes hazai orvosoknak a tanfolyamok programját. Az alapos továbbképzést nyújtó négyhetes tanfolyamokon kívül Budapesten öt két-hetes tanfolyam lesz, fentartják a vidéki tanfolyamokat is (Kolozsvarott, Pozsonyban, Szegeden, Temesvárott, Nagyváradon és Gyulán), úgyszintén a budapesti hatósági tanfolyamot. Ezekhez ez évben új typust csatoltak: egyhetes tanfolyamokat a csecsemőorvoslás, a bujakór, a belgyógyászati therapia s az ipari és baleseti betegségek köréből.

**Az igazságügyi orvosi tanács** tagjává kinevezték három év tartamára: *Generich Antal* dr. egyetemi tanárt, *Moravcsik E. Emil* dr. egyetemi tanárt, *Bakó Sándor* dr. egyetemi magántanárt és kórházi főorvost, *Farkas László* dr. kórházi főorvost, *Tóth István* dr. egyetemi rk. tanárt és kórházi főorvost és *Lovrich József* dr. egyetemi magántanárt, a budapesti bábaképző igazgatóját.

**A községi és körorvosok** az 1908. évi törvény végrehajtása és, a nyugdíjügy tárgyában f. hó 24.-én d. e. 10 órakor Budapesten (VII. Wesselényi-utca 41. sz., I. emelet, kerületi kör) országos gyűlést tartanak. A részvételt, a mozgalomhoz való csatlakozás bejelentendő az Orvosok Lapja szerkesztőségének (VII. Rottenbiller-utca 1).

**Meghalt.** *Vásárhelyi Imre* dr., jog- és orvostudor, 77 éves korában e hó 4.-én Szomorón. — *Szlán Mihály* dr. dragoméri körorvos, március 8.-án. — *J. G. Patoir*, a törvényszéki orvostan tanára Lille-ben. — *E. Schiff*, a bőrkórtan cz. rendk. tanára Bécsben.

**A német dermatologiai társulat** szeptember 19. és 20.-án tartja legközelebbi congressusát Bécsben, közvetlenül a német orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése előtt. Előadások, a melyek a congressusról esetleg lemaradnának, a vándorgyűlés dermatologiai szakosztályában lesznek megtarthatók. Felvilágosítást ad *Ehrmann S.* tanár (Wien, IX., Kolingasse 9), vagy *A. Neisser* titkos tanácsos (Breslau 16, Fürstenstrasse 112).

**Kisebbségi közlemények az orvostudomány köréből.** *A gümőkór terjedésében* — a mint ismeretes — *Koch* szerint nincs szerepe a marhagümöbácillusnak. Hogy ez a nézet nem felel meg a valóságnak, már föbbben állították s legújabbban *Besche* (Kristiania) említ ellene szóló adatot. Gyermekkori gümőkór 50 esete közül ugyanis 3-ban biztosan marhagümöbácillus okozta a fertőzést. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 10. szám.) — *A tápszerek mesterséges előállításának problémája* *Abderhalden* szerint lényegében már meg van oldva. Állatkísérletekkel ugyanis kimutatta, hogy a közönséges tápszerek helyett egyszerűbb kémiai bomlástermékekkel (aminosavak, szőlőcukor, glicerin, zsírsavak) nemcsak egyensúlyban tartható a test, hanem súlygyarapodás is érhető el. Minthogy pedig ezek az egyszerűbb kémiai anyagok ma már synthetice előállíthatók: a jelzett problema elvben megoldottnak mondható. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1913, 3. szám.)

**Személyi hírek külföldről.** *Salge* tanár utódja a freiburgi egyetem gyermekorvostani tanszékén *K. Noeggerath* dr. berlini magántanár

lett. — *Etienne* dr.-t Nancyban a belorvostan tanárává nevezték ki. — *A. Streckeisen* (törv. orvostan), *E. Villiger* (idegkórtan) és *B. Bloch* (bőrkórtan) dr.-ok, a baseli egyetem magántanárai, rendkívüli tanári címet kaptak. — *Czerny* tanár Heidelbergben a rákintézet (Samariterhaus) vezetésétől október 1.-én megváltik.

Lapunk mai számához „*Saint Raphael-bor*” című prospectus van mellékelve. Főraktár: Apoth. zum Heil. Geist, Wien I., Operngasse 16.

Mai számunkhoz *Friedrich Bayer és Társa* cég „*Elarson*” című prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Balla Sándor és Társa* „*Pilulae*” kalii jodati perennes Szöllősi 0.20” című prospectusa van csatolva.

### Budapesti gyógymechanikai

1913 május hótól

## ZANDER-INTÉZET

IV., Semmelweis-  
utca 2. szám.

Muzeum-körút 2. Igazgató-orvos:  
dr. Reich Miklós.

(Kossuth Lajos-utca  
sarkán.)

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

## Dr. Doctor

Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 607.) Orvosi laboratóriumában az összes diagn. vizsgáláshoz kivül autovaccin előállításával is foglalkozik.

ERDEY Dr. sanatoriuma.

Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz.  
Nőbetegek és szülők részére.

Orvosi laboratórium:

Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd.  
VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

## Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.

Röntgen-laboratórium. Vezetője: Dr. Alexander Béla, egyetemi magántanár.

## Ujtátrafüred

magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát  
VI., Andrassy-út 38. Telefon 26—96.

## Orvosi laboratórium

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

## Dr. GARA GÉZA, Meran.

Sanatorium.  
Újonnan átalakítva.  
Prospectus.

## Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

### A Liget- és Park-

## SANATORIUM Orvosi laboratórium

Vezető: Dr. Detre László egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106—00

## Dr. GÁMÁN BÉLA Dietétikus Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor- bélbetegek, vesebajok, cukorbetegségek, vérszegénység, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngök, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.



Védjegy.

**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, leg-  
jobb sérvkötők, has-  
kötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárak elsőrendű  
minőségben jutányosan kaphatók:

**POLGÁR SÁNDOR,** Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. —  
Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

## MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„**LÁPSÓ**”  
száraz kivonat  
ládákban á 1 kiló

**LÁPLUG**  
folyékony kivonat  
üvegekben á 2 kiló



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (II. rendes tudományos ülés 1913 január 18.-án.) 209. l. — Budapesti Orvosi Kör (I. havi ülés 1913 január 13.-án.) 211. l. — A magyar sebészársaság ötödik nagygyűlése (Budapest, 1912 május 23—25) 211. l.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(II. rendes tudományos ülés 1913 január 18.-án)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

**Paroxysmalis haemoglobinuria esete.**

**Torday Árpád:** A haemoglobinuria előidéző okainak ismertetése után a hideg által előidézhető paroxysmalis haemoglobinuria klinikai tüneteit és lefolyását vázolja, majd rátér azon serológiai vizsgálatokra, a melyek a vérsavó fokozott lysintartalmából magyarázzák a bántalom létrejöttét. Esete 18 éves mechanikusra vonatkozik, a kinek már gyermekkorától van erős lehülés után véres vizelete. A vizelet az első 24 órában csokoládébarna színű, másnap is burgundi vörös és lassan színtelenedik el. A beteg bőre halovány, sclerái kissé sárgásak. Mindkét tüdőcsúcsa felett rövidült a kopogtatási hang és érdes a légzés. Éjjeli izzadásról is panaszkodik és időnként apró hőemelkedései vannak. A léptompulat a VII. bordánál kezdődik, alsó széle kissé tapintható, a máj is valamivel nagyobb. A rohammentes időben ürített vizelet áttetsző, fehérjét nyomokban sem tartalmaz, mikroskoppal benne alak-elemek nem láthatók. Mindkét vese váladékát külön fogták fel és vizsgálták. A jobb veséből származónak fagyáspontja 1.47, a balé 1.53 volt. A Wassermann-reactio negatív. Piros vörsejt 3,560.000, fehér vörsejt 6000, haemoglobin 50%. Qualitativ vérkép: neutrophil polynuclearis 40%, kis lymphocytá 53%, átmeneti alak 3%, eosinophil 3%, basophil 1%. Minimalis vérnyomás 120, maximalis 160 (*Recklinghausen*). 1912 december hó 22.-én a haemoglobinuriás rohamot sikerült kiváltani az által, hogy a beteg lábait 10 perczig jeges vízben tartotta, s utána hiányos öltözetben még fűtetlen folyosón is tartózkodott. Ekkor a beteg fájni kezdett, ajkai és ujjai elkékültek, tagjai elzsibbadtak, a pulsus 120, filiformis, a minimalis vérnyomás 100, a maximalis 120. A 1/2 óráig tartó rázóhideget 38.3-ig terjedő hőemelkedés követte, a mely 2 óráig tartott s utána a hőmérséklet normalis lett. A roham alatt vett vérben a haemoglobin 67%, piros vörsejt 3,580.000, fehér vörsejt 5100. A festett készítményben neutrophil polynuclearis 52.5%, lymphocytá 45%, átmeneti alak 1.5%, eosinophil 0.5%, basophil 0.5%.

A roham után 3 óra múlva a beteg lakkszinű vizeletet ürített, a mely fehérjét is bőven tartalmazott. A másnap ürített vizelet világosabb, azonban a haemoglobin elnyeletési csíkjai még látszanak benne s csak a harmadik napon vált a vizelet vérfesték- és fehérjementessé. A roham alatt ürített vizeletben mikroskoppal vérséjttörmelék és cylinderek voltak láthatók. A roham alatt vett vér seruma haemoglobinaemiás és a *Donath-Landsteiner*-féle kísérlettel sikerült benne a lysint kimutatni. Az anticomplementum kizárása czéljából a serumot 5% pirosvörsejt-emulsióval és 0.10 complementummal 1/2 óráig jeges vízben tartotta, azután centrifugálta, hideg konyhasós vízzel kimosta s újból complementumot adott hozzá, mire a piros vörsejtek feloldódtak. *Fejes* és *Kentzler* ajánlata szerint a serumot előbb inactiválta és azután adott hozzá részben az illető egyén 5%-os pirosvörsejt-emulsiójából 0.5 cm<sup>3</sup>-t, részben birkavörsejteket és complementumot. Az előbbi esetben az oldódás tökéletlen volt, az utóbbi kísérleti berendezésnél a vörsejtek feloldódtak. Kísérletei alapján tehát valószínűnek kell tartania, hogy a beteg szervezetében bizonyos okok miatt autolysinek fokozott mértékben keletkeztek, a melyek a piros vörsejteket sensibilissé téve, elegendő complementum jelenlétében a roham alatt a piros vörsejtek oldódását idézték elő. Hogy ezen előidéző ok miben keresendő, nem tudja, mert a betegnek lues jeleit nem találta, a Wassermann-reactio negatív volt, a beteg malariában és fertőző bántalmakban nem szenvedett. A roham alatt a piros

vörsejtek resistentiája tetemesen csökkent, a rohammentes időben normalis volt. A betegnek eddig calcium lacticumot adott belsőleg, arsenbefecskendéseket is kapott, most pedig a cholesterinbefecskendésekre fog áttérni.

**Flesch Ármán:** A Stefánia-gyermekkorházban rövid idő óta két haemoglobinuria paroxysmalis-eset áll észlelésük alatt. Az egyik hat, a másik nyolcz éves fiúra vonatkozik, az elsőben két, a másodikban négy év óta áll fenn a betegség. Tudjuk, hogy lues a haemoglobinuria paroxysmalis-esetek igen nagy százalékában mutatható ki. Mindkét esetben kétségtelenül fenforog bujakór: a kórelőzményben az egyik esetben két, a másikban egy abortus szerepel az anya részéről. A fiatalabb gyermekben lueses tünet nincs, az idősebbiken Hutchinson-fogak. A Wassermann-reactio mindkét esetben positiv. Mindkét esetben a haemoglobinuria csak télen vagy meghűlésre jelentkezik és mindkettőben hideg lábfürdővel typosos rohamot sikerült kiváltani. A kórelőnyeg megállapíthatása czéljából mindkettőben eszközölték a *Donath-Landsteiner* féle kísérletet: a fiatalabb gyermekre vonatkozó esetben a haemolysis szépen bekövetkezett, az idősebbre vonatkozóban nem. További vizsgálattal még megkísérelték, hogy normalis savó (complementum) hozzáadására a haemolysis bekövetkezik-e.

Hangsúlyozza azonban, hogy *Donath-Landsteiner* elmélete még nem ad teljes magyarázatot a haemoglobinuria paroxysmalis kórelőnyegéről felvetődő kérdésekre. Különösen fontosnak tartja, hogy a vizsgálatokat minden esetben a vörös vörsejtek resistentiájának megállapítására is kiterjesszék. E vizsgálatokat eseteiben szintén el fogja végezni.

A therapiát illetőleg cholesterint kísérlelnék meg mindenekelőtt, s ha ez nem járna eredménnyel, syphilisellenes kezelést fognak megindítani.

**Kentzler Gyula:** Két ízben volt alkalma vizsgálni paroxysmalis haemoglobinuriában szenvedő beteget és vizsgálatokat végezni az illetők vérével. Azt találta, hogy a vörös vörsejtek a roham alatt resistentiájukban csökkentek, a roham után a resistentia fokozódott, a mit a saponin-haemolysis titer-határának megállapításával lehetett bizonyítani. Ugyanezt lehetett oly kísérleti állaton is találni, a mely saját vérével oltott és a melyen a vörös vörsejtek resistentiájának a paroxysmalis haemoglobinuriában szenvedő beteg vörös vörsejteinél fel-említett resistentia-változásával teljesen megegyező ingadozása volt megállapítható. A vörsejtek e változását toxinhatásra kell visszavezetni, mert az előadó is említette és a kísérletek is a mellett szólnak, hogy haemoglobinuria a *Weichardt*-féle kenotoxin hatására is előáll.

Vizsgálta ezenkívül a paroxysmalis haemoglobinuriás beteg vörsejtjét is roham alatt és roham után. Abban autolysinek képződését lehetett kimutatni és így az ily betegben kimaradó haemoglobinuriát nem anticomplementum-hatásra kell visszavezetni, hanem inkább arra, hogy az auto-lysin csak igen kis mennyiségben van jelen a haemoglobinuriás beteg vörsejtjében.

Az esetek nagy részének anamnesisében lues mutatható ki, de egyik esetében szintén negatív volt a Wassermann-reactio és így fontosnak tartaná azt, hogy rohamot kiváltani tudó toxinokra is kiterjesszék a vizsgálatokat.

**Új módszeremmel készült Röntgen-képek.**

**Réthy Aurél.** (Egész terjedelmében hozzuk.)

**A felső végtag töréseiről.**

**Fischer Ernő:** Kritice tárgyalja a felső végtag csont- és ízületsérüléseinek kezelése módjait, különösen kiemelve azon tévedéseket, a melyeket a Röntgen-sugár derített ki, és ezeket példákkal meg Röntgen-képekkel illusztrálja. Nyomatékosan hangsúlyozza, hogy a felső végtagra *circularis gipszkötést tenni sohasem szabad*, mert ez gangraenát, ischaemiát hűdést okozhat ugyan, de a törésvégék retentióját nem biztosítja. *Claviculatörés ellen az elterjedt Desault-, Velpeau-, Sayre-kötések hatástalanok*, ezért inkább a *Petit*-féle nyolczas-kötést és a *Bürchner*-féle elastikus kötést ajánlja; olyan kötést, mely a dislocatiót teljesen megszüntetné, nincs. *Luxatio humeri praeglenoidealis* esetén óvatosságra int; az igen elterjedt *Kocher-repositio* nem ritkán a felkar törését okozza és ezért egyszerűbb tractiós-elevatiós módszert ajánl. A váll- és könyök-izület lágyrész sérüléseinek kezelésére, valamint a luxatio humeri és cubiti és az ízület közelében levő törések utókezelésére egyszerű, olcsó, a beteg lakásán is felszerelhető torna-készülékeket ajánl, a melyek az ízület passiv mozgását



*pontosan adagolható erővel végzik.* A massagenak a consolidatio alatt csak ott van helye, a hol nagy callus kívánatos; az ízületek közelében a massaget gondosan kerülni kell, a törések utókezelésében a massagenak semmi szerepe se legyen. *Supracondylar törés eseteiben hangsúlyozza a pontos coaptatio fontosságát;* megfelelő repositio után sinkötést ad, a melyben a törésvégekre a repositio végzésekor gyakorolt húzás állandósíttatik; ha ezzel nem volna tökéletes retentio eszközölhető, portativ extensiós készülékét alkalmazza.

*Alkartörés esetén a mindenütt használatos gipszsinék a dislocatiót rendszeren csak növelik,* mert a szint rögzítő circularis pólyamenetek a törésvégeket még jobban a spatium interosseum felé nyomják; széles fasínakkal ezt el lehet kerülni, de ezek sem tudnak korrigáló befolyást gyakorolni, valamint az ú. n. longuettek sem; a szokásos erős supinációban való elhelyezése az alkarnak a dislocatiót csak növeli, mert a pronatorokat erősen megfeszíti. *A dislokált alkartöréseket épp úgy, mint a dislokált felkartöréseket is, extensiós készülékkel kell kezelni.* A radius distalis epiphysisének törésére „pisztolytartásos” szint szoktak tenni; ez a „pisztolytartásos” elhelyezés csak növeli a dislocatiót azáltal, hogy az extensor és flexor carpi radialist és a hüvelyk- és mutatóujj összes izmait erősen megfeszíti; a szokásos volaris flexio sem használ a distalis törésvégnek a dorsalis oldalra való eltolódása ellen. E törések pontos repositioja után két fasint alkalmaz, a repositiót közvetítő hevedereket ezekhez erősíti és ezzel biztosítja a retentiót; ha ezen egyszerű módon nem sikerül a retentio, portativ extensiós készülékének használatát ajánlja.

Nehéz extensiós feladatok megoldásakor erősen érezhető a használatban levő extensiós készülékek hátrányai, így a felkaron főleg a contraextensiónak és oldalhúzásoknak tökéletlensége, az alkaron pedig a készüléket fixáló pólyázásnak vagy szíjjazásnak a törésvégekre való káros hatása és az ujjak mereven nyújtott elhelyezése. Ezért a felső végtag dislokált töréseinek kezelésére portativ extensiós készüléket szerkesztett, mely felkar- és alkarkészülékéből áll; a felkarkészülék előnyei a következők: az extensiót rúgók eszközlik, a melyeknek húzása pontosan adagolható; a contraextensiót medenczeöv tartja, mely a váll sülyesztésekor sem lazul meg; oldalhúzások minden irányban alkalmazhatók; a váll- és a könyökizület teljesen szabadon marad; a készülék a szükséghez képest a felkar abductióját vagy adductióját is eszközli. Supracondylar törések kezelésére a felkar- és alkarkészülék összeilleszthető és így a distalis rövid törésvégre az alkarnál fogva is húzást lehet gyakorolni. Az alkarkészülékben az alkar teljesen szabadon van, sehol sem kell odakötözni a készüléket, az extensiót pontosan szabályozható rúgók eszközlik, a contraextensiót pedig a felkarkészülék levehető alsó része végzi; oldalhúzások mindenütt alkalmazhatók, a kéztőizület és az ujjak teljesen szabadon maradnak.

Bemutatja a készülékkel dislokált felkar-, alkar- és könyökizületi törés eseteiben elért eredményeket.

**Fischer Aladár:** Igaza van az előadónak abban, hogy a kulcsont-törések csak ritkán gyógyulnak dislocatio nélkül. De már nem oszthatja azon nézetét, hogy ebből kifolyólag gyakran állanak be functionális zavarok, mert tapasztalás szerint az esetek túlnyomó többségében a kulcsonttörések minden functionális zavar nélkül gyógyulnak. Ha kivételiesen olyan hypertrophiás callus képződne, mely a plexus brachialis nyomná, természetesen ennek operatív eltávolítása válnék szükségessé.

A mi a Kocher-féle ficzamosodásrepositiót illeti, arról már mindenki tudja régen, hogy ha óvatosság nélkül erőltetjük, a felkarcsont sebészi nyakának törésére vezethet, azonban ezt az eljárást úgy elvetni, mint az előadó teszi, nem lehet, mert bizonyos ficzamosodásformák (luxatio axill.) visszatételére kitűnően alkalmas és magános orvos is minden segédkezés nélkül végezheti. Hogy ezen eljárással milyen eredmények érhetőek el, Dollinger esetei is mutatják, ki a musculus subscapularis inának átmetszése után idősült ficzamosodások repositiojára is alkalmazta. Az előadó a törések kezeléséből teljesen ki akarja zárni a massaget és ezen álláspontját azzal indokolja, hogy a massage következtében igen vaskos hypertrophiás callus támad. Ez az álláspont mindenestre túlzott. A massage az izmoknak jókarban való tartására kétségtelenül kitűnő szolgálatokat tesz és hogy massage nélkül is keletkezhet hypertrophiás callus, azt élénken illusztrálja egy az osztályán levő eset, melyben rosszul gyógyult supracondylar humerustörés után óriási nagyságú callus van, jóllehet a gyermeket senki sem masszálta. Az excessiv nagy callusok képződésekor egész más okok szerepelnek, mint a massage.

A felkardiaphysis nagy dislocatiós törése eseteiben a Bardenheuer-féle eredeti extensiós sínektől igen jó eredményeket látott a szülő. A hol a dislocatio kicsiny, a Dollinger- vagy Albert-féle gipszsinék alkalmazhatók nagy sikerrel. A supracondylar töréseket a szülő extensióval fekve kezeli igen kitűnő eredménnyel. A jól működő könyökizület megér annyit, hogy a beteget 2–3 hétig fekve tartsuk. Az előadó által ajánlott kötést, hegyes szögű flexióban, a melyet különben már régebben más szerzők is ajánlottak, nem tartaná ajánlatosnak, mert éppen ilyen hegyesszögű flexióban bekötött supracondylar törések után észleltek gyakran radialis-hűdést.

Az alkartörésre vonatkozólag azt akarja megjegyezni, hogy már szintén nagyon régen tudja mindenki, hogy a spatium interosseum felé a törésvégeket benyomni nem szabad; a célját megfelelően alkalmazott gipszsinékkel el lehet érni.

**Dollinger Gyula:** A felső végtag csonttörése esetén az orvos feladata az eltolódott csontvégek pontos összeillesztése és helyben tartása. Ez ma a Röntgen-ernyő előtt történik, vagy a felső végtag idegtörzseinek, vagy pedig a törési végek környékének érzéstelenítése mellett. A helybentartást sínekkel eszközöljük, a melyek közül a legegyszerűbb a gipszsin. Ezzel még újszülöttek felkartörése esetén is helyben tudja tartani a törésvégeket. Circularis gipszkötésre ritkán van szükség, de ha egy- vagy kétoldalt felvágjuk, annak semmi rossz következménye sem lehet. A Dollinger-féle sín a Middelburg-félelől lényegesen különbözik. Dollinger a mellkast használja fel támaszpontnak és felkartörésekor az előkart használja fel ellentámasznak, a felkar abductioja mellett. Ez a kötés igen egyszerű könnyen megtanulható, vékony mullpólyákkal erősíthető a törzshöz és nem tolik el könnyen. A vezetése alatt álló klinikán ez most a typosus kötés.

Ezen gyógykezeléssel ellenkező álláspontra helyezkedik az extensiós kezelés, a melynek Bardenheuer a legbuzgóbb harcosa és a melynek egyik alakja az előadó által ajánlott gép is. Azonban ha a törésvégeket a Röntgen-ernyő előtt helyre tettük, akkor további extensióra semmi szükség sincsen és így gépezetre sem. Hogyha megtörténne, hogy az izmok erős összehúzódása folytán a repositiót nem lehetne azonnal befejezni, akkor is egy-két napi extensio közönséges súlynyújtás mellett elegendő, a törésvégeket pedig azután megtartja a sín. Erre azonban nagyon ritkán lesz szükség. A bemutatott gépek hátránya azonfelül az áruk és komplikált voltuk. A rögzítésük ruganyos kötésekkel történik, a mely az ellenkező oldali czombot is körülveszi és daczára ennek könnyen eltolódik; ilyenkor nekifekszik a lágyrészeknek és ezeket nyomja.

Aficzamosással komplikált felső epiphysistörés eseteiben akkor számíthatunk jól működő állízületre, ha a törés nem szátkás. Nagyon szátkás törés esetén a nagy callusképződést az extensio sem tudja megakadályozni. Az ilyen esetben esetleg fennállhat egyéb kedvező körülmények mellett a véres műtét indicatioja. Az alsó ízületvégtörés is lehet az ernyő előtt helyre tenni és alkalmas kötéssel helyben tartani, viszont extensiós kezeléssel sem sikerül minden esetben a törésvégeket úgy helyre tenni, hogy a könyök későbbi működését ne zavarják. A véres műtét hivatása az ilyen esetben a pontos egyesítés.

Olekranon- és térdkalácstörés eseteiben a legbiztosabb kezelés a sodronyvarrat. Helybeli érzéstelenítésben végezhető és nem veszélyes.

Az utókezelést illetőleg állást kell foglalni az előadó azon állításával szemben, hogy a massage nagy callusképződésre vezet. A tapasztalatok ennek az ellenkezőjét bizonyítják. A nagy callusképződésnek az oka a kiterjedt csontthártyaleválás lehet, meg a myositis ossificans. Azonkívül a nagy vérkiömlés rendszeren nagy callusképződést von maga után, a massage-zsal pedig hatalmunkban áll a vérkiömlést eltávolítani. De az ízületek körüli vérkiömlésnek azonkívül az is a káros következménye, hogy az izmokat egymás között, az inakat pedig hüvelyekkel összetapasztja és ezúton ízületi merevségre vezet. A vérkiömlés eltávolítása megelőzi ezt. Dollinger a massageban különösen az ízületek körüli törések gyógykezelésének igen hatalmas tényezőjét látja. Éppen ilyen nagy szerep jut a massagenak az utókezelésben. Csak az a baj, hogy nem mindig rendelkezünk erre kellő munkaerővel. E végből Szily Adolf indítványára a klinikáján már egy esztendő óta vakokat tanított be és alkalmaz. Ezeket különösen a munkásbiztosító pénztáraknak is ajánlja. Éppen úgy nem érthet egyet az előadó azon állításával, hogy az utókezeléskor az ellentámasztási gyakorlatokra sokkal alkalmasabbak a gépek, mint az emberi erő. Főszabály, hogy a gyakorlatnak nem szabad fájni. Ha ennek eleget teszünk, akkor a gyermek sem fog tőlük félni. Fájdalom, segéderők hiányában kénytelenek vagyunk a gépekhez, mint surrogatumhoz nyúlni, de akkor is ellenőrzés alatt kell ennek történnie.

A felkarficzamosodások helyretevésénél az előadó a Kocher-féle methodusról nem egészen elismerően nyilatkozott. A vállficzamosok körképe nem egységes. Sok változata van és a különböző alakok helyretevése számára más-más módszer alkalmas. Ezek egyike a Kocher-féle. Alkalmas esetekben a helyretevés bámulatot könnyűséggel történik vele. Más esetekben alkalmasabb a Cooper- vagy a Riedel-féle stb. Maradnak esetek, a melyekben a helyretevés semmiféle módszerrel sem lehetséges, ezek a komplikált ficzamosodások, melyeket azonban Dollinger útmutatása szerint véres úton ma már könnyen helyre lehet tenni. Régebbi ficzamosodás eseteiben sem szabad a már semmiféle módszert sem erőltetni, mert Dollinger kidolgozta azokat a módszereket, a melyek szerint ilyenkor a helyretevés egyszerűen megtörténhetik.

**Mohr Mihály:** A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztárban két orvosi rendelésen is foglalkoznak baleseti sérülések, különösen pedig



csonttörések physico-mechanikai kezelésével és utókezelésével. Sőt erre a célra külön rendelést is rendszeresítettek. Orvosok állapítják meg az indicatiókat és képzett masseurök végzik a masszálást.

Hogy vakokat nálunk is kezdenek alkalmazni masszálásra, örvendetes dolog. Japánban ez már régen divatos.

**Fischer Ernő:** Újlag hangsúlyozza a *massagenak callusképző hatását* és ezért a massaget izületi törés eseteiben kerülendőnek tartja. Az utókezelésben sincs a *massagenak* az a szerepe, a melyet a felszólalók neki tulajdonítanak: a vérömleny felszívódik massage nélkül is, még eddig minden esetben felszívódott a vérömleny, pedig soha sem masszálattott; a *mobilisatio* az, a mi legelőnyösebben mozditja elő úgy az izületek mozgékonyását, mint az izmok vérkeringését és a mi a vérömleny felszívódását is a legjobban gyorsítja. *A mobilisatiót pedig még az orvos keze sem tudja olyan pontossággal végezni, mint a bemutatott, egyszerű és olcsó, a beteg lakásán is felszerelhető kis készülék, mert ezek a mozgatók igen pontosan adagolható és lassanként fokozható erővel végzik, ezekkel a leggyorsabban és a legkéleltesebben végezhető az izületi lágyrészszérülések kezelése és az izületek közelében lévő törések utókezelése.*

*Felkartörés* eseteiben utal a bemutatott ideális eredményekre; így supracondylar törés eseteiben is, a melyekben rendkívül fontos a minutus coaptatio. Ez utóbbi esetekben a bemutatott sinkötés nem azonos az ú. n. hyperflexiós eljárással. *Fractura et luxatio capitis humeri* három esetében az általa alkalmazott eljárással oly kitűnő funkciót ért el, melyet más eljárással sehol bemutatva vagy leírva nem láthatunk; *fractura supracondylarica* eseteiben, mint a bemutatottak igazolják, mindig minutus coaptatiót és tökéletes funkciót ért el és véres beavatkozásra egyetlen egy esetben sem került a sor. *Olecranon-törés* még oly esetében is tökéletes coaptatiót, csontos összenövést és tökéletes funkciót tudott az általa szerkesztett készülékkel elérni, a mely 2 héten át gipszsínnel eredménytelenül kezeltetett. Az *alkarcsontok distalis epiphysisének törése* esetén az előadott eljárásokkal ugyancsak pontos coaptatio érhető el, míg az ú. n. „pisztolytartásos“ kötés csak rosszabbítja a törésvégek helyzetét.

Mindenki, a ki a törések kezelésében ideális eredményekre törekszik, érezhetette, főleg nehezebb extensiós feladatok megoldásakor, oly készülék hiányát, a mely az eddigiek hátrányaival nem bír. A bemutatott készülék használhatóságát mi sem igazolja jobban, mint a bemutatott esetek közül éppen azok, melyekben más módon coaptatio nem volt elérhető. A készülék mindenestre komplikáltabb pl.: a gipszsínnél, de a betegnek nem kényelmetlen, decubitust sem okoz és oly pontos retentiót érhetünk el vele, a milyen másként nem érhető el.

## Budapesti Orvosi Kör.

(I. havi ülés 1913 január 13.-án.)

Elnök: Papp Samu.

Jegyző: Mohr Mihály.

### Az öszülésről.

**Schein Mór:** Az ősz szálak legnagyobb része egyenletesen ősz, épp úgy, mint a hogy a pigmentált szálak legnagyobb része egyenletesen pigmentált. Azon hajszálakon, melyek nem egyenletesen őszültek, vagy a hajszál tövén, vagy a csúcán, vagy valahol a hajszál mentén hiányzik a festék. Az átmenet a pigmentált területről a nem pigmentált felé nem hirtelen, hanem többé-kevésbé lassú és egyenletes szokott lenni.

Az ősz hajszálak első generációja abban különbözik pigmentált szomszédjaitól, hogy gyorsabban és hosszabbra nő és nagyobb ellentálló képességgel bír. Ezeket a tulajdonságokat annak a körülménynek köszönik, hogy pigmentált elődeik is gyorsabban és hosszabbra nőttek és ennél fogva resistensebbek voltak szomszédjaiknál. Legfeltűnőbben észlelhető ez a szemöldökön, a hol a gyermekkorból átszármazott szőrszálak a férfikorban nőtt szőrszálaktól nagyon könnyen megkülönböztethetők.

Az ősz haj- és szőrszálak első generációja olyan helyen található, a hol a pigmentált szálak gyorsabban és hosszabbra nőttek, a hol korábban mutatkozott a pigmentált szálak első generációja, a hol a pigmentált szálak előző generációi több pigmentet tartalmaztak, azaz sötétebbek voltak, a hol több haj-, illetve szőrgeneratio követte egymást, végül a hol a bőr több festéket termelt.

Mindezeket a tényeket, melyek állatkísérlettel is beigazolhatók, összefoglalva, mondhatjuk, hogy szoros összefüggés tapasztalható a pigmenttermelés, -fogyasztás és -hiány között és hogy ez az összefüggés az öszülés jelenségeiben oly módon nyilvánul, hogy öszülés azaz festékhiány azokon a haj- és szőrszálakon tapasztalható legelőször, a melyeknek elődei — illetőleg talaja — legtöbb festéket termelt és fogyasztott és a festéktermelésben legkorábban merült ki.

**Ungár Gyula:** Saját magamon szerzett tapasztalatom a következő: 5 évvel ezelőtt scarlatina-gangraenás gyermek kópott a szemembe,

utána erős dermatitist kaptam, mely miatt két hónapig munkaképtelen voltam. A dermatitis Röntgen-kezelésre meggyógyult. Mielőtt megbetegedtem, nyugodt természetű voltam, de a dermatitis idegessé tett és mikor elmúlt a dermatitis, öszülni kezdtem. De azután nyugodtságomat visszanyertem és az öszülés megállott. Lehetséges, hogy az öszülés neuropathiás alapon indult meg.

**Fischl Ármin:** 7 évvel ezelőtt küldtem egy kis leányt az előadóhoz, a ki scarlatina után megöszült. A hámlás járhatott olyan pigment-fogyással, hogy megöszült a gyermek. Azóta is ősz.

**Rejtő Sándor:** Az előadónak azt a következtetést nem tudom aláírni, hogy a temporalis izmok növekedése idézi elő a haj öszülését a halántékon. Véleményem szerint legjobban kopik ez a rész a kalap és a borbély miatt, míg a lengyel zsidók, a kik ezt a helyet kimélik, legkésőbb öszülnek a temporalis tájon.

**Hainiss Géza:** Az én temporalisom erősen van kifejlődve és már itt 24 éves koromban ősz voltam. Ez az előadó elmélete mellett szól. 45 éves koromig csak a halántékom volt ősz; mikor a kis leányom megégett, egy hét alatt egészen fehér lettem.

**Sümei József:** A korai arteriosklerosisal együtt jár a korai öszülés is.

**Schein Mór:** Elvben elismeri, hogy van hirtelen öszülés, de a közölt eseteket *Stieda* tagadásba veszi. Neuropathiás alapon lehetséges az öszülés. *Fischl* esetére nézve megjegyzem, hogy a kerületi pénztárban kezeltünk egy psoriasis vulgarisban szenvedő fiút, a ki a beteg helyeken leukoderma postpsoriaticumot kapott számos ősz szállal. Épp így lehetséges ez scarlatina esetében is. Ha naevust carbolsavval érintek, elszíntelenedik és állandóan színtelen marad. Elfogy a pigment és nem tér vissza. *Ungár* esetében kérdés, vajon ott állott-e be az öszülés, a hol rendszeren öszülünk, ugyanazon typus szerint és a dermatitis idején sok hajszálát vesztett-e el. Hogy a musc. temp. nő a férfi korban, az iránt nem lehet kétség. A linea temporalis a férfinn sokkal erősebb, mint a nőn, az egész izomzat erősen nő a 30-as évek elején és ez megelőzi az öszülést. Nemcsak az izom, hanem a fascia is erősen fejlődik. Lehetséges, hogy a magyarázat nem helyes, de a mit az öszülés typusáról mondtam, hogy miben különböznek a pigmentált szálak az őszektől, az való.

## A magyar sebésztársaság ötödik nagygyűlése.

Budapest, 1912 május 23—25.

Ismerteti: Gergő Imre dr.

### 3. nap.

A III. főkérdésnek, a *húgykövek sebészetének* referense *Illyés Géza* (Budapest) és *Steiner Pál* (Kolozsvár) volt.

*Illyés Géza* a vese- és ureterkövekről referált. Részletezte a vesekövek aetiologiáját, pathológiáját, tünettanát és körjelzését. A vesekő diagnózisának megállapításában az X-sugaras vizsgálat a legnagyobb haladás. A gyógykezelés módjának megválasztása attól függ, hogy a talált kő nagysága milyen. Kisebb-nagyobb darabokból álló húgyhomok céltudatos belső kezelésre kiürülhet és ezzel újabb concrementumok képződését megakadályozhatjuk. A műtét indikált akkor, ha a concrementum kezelésének dacára ismételt kólikák vagy vérzések jelentkeznek, vagy ha a vizsgálat oly nagy követ mutat ki, mely természetes úton nem távolítható el, továbbá a mikor chronikus pyelitis vagy pyelitis nephritis áll fenn.

Vesekő miatt leginkább nephrotomiát és pyelotomiát, szükség esetén nephrectomiát szokott végezni. A pyelotomiát *Illyés* aránylag kis beavatkozásnak mondja, melynek indicatiója főleg olyan esetekben áll fenn, midőn a vesemedenczében egy aránylag kicsiny és mozgékony kő fekszik és midőn a vesemedenczében nagyobb fokú retentio, illetve súlyosabb infectio nincsen. *Illyés* 14 esetben végzett pyelotomiát, betegek kifogástalanul gyógyultak. Primaer nephrectomiára akkor van szükség, ha a vese már elpusztult. Anuria calculosa esetében, ha 48 óra alatt nem oldódik, nephrotomiát vagy pyelotomiát végez és a vesét drainezi; az elzáródást okozó követ, ha könnyen sikerül, eltávolítja, ha azonban ez nehézségekbe ütközik, az eltávolítást egy más alkalommal végzi. Az ureterköveket, ha az ureter felső vagy középső részében ülnek, ferde vagy lumbalis metszésen át az ureternek retroperitonealis feltárása mellett távolítja el. Az ureter legalsó szakaszában ülő köveket férfiakon magas hólyagmetés útján, nőkön a hüvelyboltozaton keresztül távolítja el.

*Steiner Pál* (Kolozsvár) a hólyag, prostata és húgycsőkövek sebészetével foglalkozott. Részletezte ezen kövek kórtanát és diagnostikáját és *Makara* tanár klinikájának 90 esete kapcsán bírálta a szóbajövő két műtéti eljárást, a közúzást és kömettsést. A gyógyulást 97, a halálozást 3%-ban



állapítja meg. A magyar sebészársaság igazgató tanácsának megbízásából Steiner az összes magyarországi sebészeti klinikák és osztályok vezetőinek kérdőíveket küldött szét, gyűjtőstatisztika czéljából. Mivel azonban legtöbb sebésztől kimutatót nem kapott, ezen megbízatásnak nem tehetett eleget.

**Borbély Samu** (Torda): *Endemiás-e a húgykő és miért?* czímmel tartott előadást és térképen mutatja be, hogy a húgykő endemiás jelenség. Torda városában az észlelt húgykővek 91%-a egy hegyen fekvő elkülönített negyedből került ki, a hol a gyermekek a lehető elhanyagoltabb hygienés viszonyok között élnek és már az élet első napjaiban oly tápszereket kapnak, melyek a felnőtt ember emésztő szerveit is erős próbára tennék. Ennek következménye súlyos bélhurut, mely stercoraemiához vezet és ez vagy a keringésbe jutott toxinok a veseepithel elhalását eredményezik. Az összes köveknek több mint 90%-ában a húgy-sav ezen törmelékre csapódik ki.

**Révész Ernő** (Budapest) *Herczel* tanár osztályán észlelt 101 eset kapcsán azon consequentiákat ismerteti, melyek ezen kőanyagból az urolithiasis pathogenesisére és therapiájára nézve levonhatók. Asepsises nephrolithiasis esetében ne várjunk sokáig a műtéttel, ha pedig a vese-medencze inficiálódott, a műtét feltétlenül indikált. Ha pyelotomia nem végezhető, továbbá minden sepsises esetben, a nephrotomia javult; ha azonban a veseparenchyma nagy mértékben elpusztult és a túlóldali vese ép, nephrectomia végzendő.

Hólyagkő 10 esetében litholapaxiát, 42-ben vagyis az esetek 73%-ában epicystotomiát végeztek; a litholapaxiát contraindikálja a kő nagysága, keménysége, húgycsőszűkület, prostatatúltengés, súlyos cystitis és pericystitis. A műtét halálozás 7.5% volt.

Ureter-kő miatt kilencszer avatkoztak be, négyszer sectio medianával, minden műtét eset gyógyult.

Az összes kövesetek mortalitása 8.10%, az asepsises vesekőműtétek és complicatio nélküli hólyagműtétek halálozása 0 volt.

**Braun Miksa** (Budapest) *Haberern* urológiai osztályának 3 1/2 évi kőstatisztikáját közli. 52 eset közül vesekő volt 1, hólyagkő 41, prostata-kő 3, húgycső-kő 7. Nephrotomiát egyszer, közúzást 11-szer, magas hólyagmetszést 32-szer, középső gátmetszést 3-szor, extractiót per urethram 5-ször végeztek. A műtött betegek 7.7%-a halt meg és pedig 3 követ-szett és 1 közúzott. A műtét indicióit illetőleg *Haberern* elvei azonosak a referátumokban foglaltakkal.

**Steiner Pál** (Kolozsvár) *vesekőnek két esetéről* számol be, a hol (egy inficiált és egy asepsises eset) nephrotomiát végeztek, a követ eltávolította, a veseparenchymát összevarrta és a betegek sipoly nélkül zavartalanul gyógyultak. Ezzel kapcsolatban hangsúlyozza a nephrotomia fölszét és a pyelotomiával szemben.

**Fischer Ernő** (Budapest) *X-sugaras felvételeken* demonstrálja a concrementumok finomabb diagnostikáját. Jó X-sugaras felvételeken mai nap már a vese alsó 2/3-ának képe is tisztán látható.

**Rihmer Béla** (Budapest) szerint a *hólyagkőműtétek bírálatában* a mult tapasztalait nem mellőzhetjük. A gátmetszés nagy mortalitása (30 és még több %) szülte a lithotripsiót. Ez volt *Thompson* és *Kovács* kora. *Thompson* 10.50%, *Kovács* 8% összmortalitást mutatott ki. Az asepsis védelme alatt kifejlődött a magasmetszés technikája. Mai nap felső metszést és zúzást végzünk és statisztikánk lényegesen javult. *Rihmer* összes eseteiből egyet sem vesztett. A magasmetszés technikájában haladást jelentett a jó drainezés; erre legalkalmasabb a hólyagseb alsó zugába elhelyezett *Pezzer*-katheter.

*Kő miatt veseműtét* 11-szer végeztek; a pyelotomia szerinte csak solitaer asepsises kis medenczekő eltávolítására való. Egyébként asepsises esetekben nephrotomia és primaer varrat, nagy seb mellett pedig az utóvérzés veszélye miatt részleges egyesítés és drainezés indikált. Pyonephrosis calculosa esetén nephrectomiát kell végezniünk.

**Boross Ernő** (Budapest) rámutat a zúzás veszélyeire *prostatatúltengés* esetében; ilyenkor körmetszést ajánl. Az ureterbe beékelte köveket *Boross* szerint véres úton csak akkor kell eltávolítani, ha a kő a vese-medencze legalsó részébe ékelődött be; a kő onnan kiszabadulva rendszerint a húgycső legszűkebb részében 1 1/2—2 cm.-nyire a szájadéktól akad meg. Innen pedig ureter-katheterrel, glycerines befecskendezéssel vagy hajlítható ureterkőfogóval kihozhatjuk. Némelykor a kő expressiója a végbélbe bevezetett újjal a beteg térdkönyök helyzetében sikerül.

**Bókay János** (Budapest) a *gyermekkori húgykővek kóroktandrá* nézve tesz megjegyzést. Magyarország gyermekkori köveseit összegyűjtötte és statisztikában feldolgozta; ennek térképen való feltüntetésére kétségtelenül mutatja, hogy vannak hazánkban gyermekkori lithiasisban gazdagabb és szegényebb vidékek. 1836 esetet összefoglaló statisztikája azon érdekes adatot is mutatja, hogy húgykővek izraelita gyermekeken alig fordulnak elő (5%). Ez kétségtelenül a phimosis congenita és az adhaesio cellularis preputii ad glandem dispositio szerepére utal a gyermekkorban. Az infantilis lithiasis az esetek egy részében már újszülöttekben fejlődik, ez az újszülöttek veseinfarctusával van összefüggésben. Viszont *Bókay* szerint bebizonyosodott, hogy az esetek bizonyos %ában a kőképződés kezdete a későbbi korra esik.

A gyermekkori kőképződés oka ma még rejtély. *Bókay* e czélból a hereditás kérdését tisztáznai szeretné. Tudományos szempontból pedig felette értékesnek tartaná a lithiasis geographiai elterjedésének megállapítását. Indítványozza és a nagygyűlés figyelmébe ajánlja az ország összes köveseinek összegyűjtését úgy a multból, mint a jelenből.

(Vége következik.)

## PÁLYÁZATOK.

259/1913. szám.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók **be márczius hó 28.-áig.**

Kapósvár, 1913 márczius 6.

Szigethi dr., igazgató-főorvos.

39. szám.

A *kassai m. kir. állami bábaképző-intézetnél* az **I. tanársegédi állás** f. évi május hó 1.-re megüresedvén, ezen állásra, **esetleg a II. tanársegédi állásra** pályázatot hirdetnek.

Pályázók eddigi működésüket igazoló okmányaikkal és orvosi oklevelüknek másolatával felszerelt folyamodványaikat **ez évi április hó 15.-éig** alulírott igazgatósághoz terjesztsek be.

A folyamodványban **világosan kifejezendő**, hogy pályázók csakis az I., avagy esetleg a II. tanársegédi állás elnyerésére is fentartják-e pályázatukat.

*Javadalmazás: I. tanársegéd évi 2000 korona, II. tanársegéd évi 1400 korona* fizetés és mindkettőnél *intézetbeni lakás és I. oszt. teljes ellátás.*

A tót nyelv bírása kívánatos.

A *kassai m. kir. bábaképző-intézet igazgatósága.*

3804/1913.

A sátoraljaújhelyi „Erzsébet”-közkórháznak elmeosztályán újonnan rendszeresített **másod-főorvosi állásra** és az esetleges előléptetés folytán megüresedő **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kinevezendő másod-főorvos javadalmazása 2000 korona kezdő fizetés, 720 korona lakbér, a segédorvosi állás díjazása 1600 korona fizetés, kötelező természetbeni garconlakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktorokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívántató minősítést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **follyó évi márczius 25.-én déli 12 óráig** Zemplén vármegye főispánjához címezve hozzám annyiival is inkább nyújták be, mert a később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A másod-főorvos munkakörét a kórházi alapszabályok fogják megszabni.

A segédorvos osztályokra való beosztása iránt esetről-esetre a kórházigazgató intézkedik.

Sátoraljaújhely, 1913. évi február hó 24.-én.

Dókus s. k., alispán.

224/1913. ikt. szám.

Békésvármegye közkórházának szemészeti és elmebeteg-osztályán **egy-egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

*Javadalmazás: a szemészeti segédorvosi állásnál évi 1200 korona, az elmebeteg-osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona* fizetés és mindkét állásnál lakás, fűtés, világítással és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám **follyó évi márczius hó 27.-éig** küldjék be.

Gyula, 1913 márczius hó 5.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

33/1913.

A vezetésem alatt álló szegedi állami szemkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, lakás és I. osztályú élelmezés.

Folyamodványok a belügyminiszter úrhoz intézve, **márczius hó 26.-áig** nálam nyújtandók be. Az állás lehetőleg már április hó 1.-én lenne elfoglalandó.

Szeged, 1913 márczius hó 10.

Leitner Vilmos dr. s. k., igazgató-főorvos.

**Jómódú magyar vidéken igen jó körorvosi állás** töltenő be mielőbb. Értesítést ad *Dobsa Sándor*, gyógyszerész, Álmosd, Bihar megye.

Az Irgalmasrend egri elmeegógyintézetében **egy orvosgyakor-noki állás** rendszeresített. Javadalmazása 800 korona évi fizetés, I. oszt. ellátás és egy szobából álló lakás. Kik az állást elnyerni óhajtják, kérvényüket az Irgalmasrend egri perjeléhez nyújták be.

Irgalmasrend egri házának perjele.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Szabó József:** Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár.) Elmebetegek gerinczvelő-folyadékának erjesztő hatásai. 213. lap.

**Réthy Aurél:** Közlemény a königsbergi kir. egyetem orr- és gégepoliklinikájáról. (Igazgató: Gerber dr., egyetemi tanár.) A gyökéres füloperatio plastikájának technikájához. 216. lap.

**Ács-Nagy István:** Közlés a kolozsvári egyetemi belklinikai tüdőbeteg-osztályáról. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. r. tanár.) A köpetfőhéjje gyakorlati értéke a légzőszervi megbetegedések, főleg a tuberculosis körjelzésében. 216. lap.

**Pólya Jenő:** Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. A duodenalis fekélyről. 219. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. Jacobi:** Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen für praktische Ärzte und Studierende. —

*Lapszemle. Belorvostan. Tachau:* A vércukor jelentősége diabetes mellitus eseteiben. — *Sebészet. D. Kulenkampf:* Az acut gyomorperforatio korai diagnosisa. — *Gyermekorvostan. Rollier:* A helyi tuberculosis heliotherapiája. — *Húgyszervi betegségek. B. Motz:* A vesegümőkör gyógyítása tuberculinnal. — *Orr-, torok- és gégebajok. Walther Rosenberg:* Az elülső garatív bemetszése a fossa supratonsillaris szabaddátételére segédmetszéssel a tonsillák műtete alkalmával. — *Orthopaedia. P. Krause:* A heveny járványos gyermekbénulás. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Meyer:* Lábszárfekély. — *Kölle:* Sclerodermia. — *Fraenkel:* Sclerosis multiplex. — *Stern:* Pajzsmirigyképződmények. 222—225. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Magyar orvosi archívum. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 225. lap.*

**Vegyes hírek.** 226. lap.

**Tudományos társulatok.** 227—231. lap

**Melléklet: Szemészet.** 1. szám. Szerkeszti: Grósz Emil.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár.)**

### Elmebetegek gerinczvelő-folyadékának erjesztő hatásai.

Irta: Szabó József dr., I. tanársegéd.

A liquor cerebrospinalis már régebben is számos vizsgálat tárgya volt. Azonban a mióta a Quincke-féle lumbal-punctio segítségével aránylag könnyen és veszélytelen módon lehet gerinczvelősavót nyerni, azoknak a közleményeknek a száma, a melyek ezzel a folyadékkal foglalkoznak, mindinkább szaporodik. A Wassermann- és Plaut-féle complementum-lekötési reakciónak felfedezése pedig a liquor cerebrospinalis vizsgálatára nézve új korszakot jelentett. Ma már alig lehet áttekinteni a kérdés irodalmát. Míg kezdetben a gerinczvelősavó physikai, physico-chemiai, chemiai és bakteriologiai vizsgálata keltett érdeklődést, most ezeken kívül a liquorban lévő sejtek morphológiája és talán első sorban a bio-chemiai, serologiai reakciók felé fordult az általános figyelem.

A sok, pontos tanulmányozás már eddig is úgy tisztán csak tudományos szempontból, mint gyakorlati, klinikai téren is értékes eredményekre vezetett. Az ideg- és elmebetegségek megállapításában a lumbal-punctio majdnem nélkülözhetetlen és gyakran nyerünk a diagnosisra nézve döntő támasztó pontot a gerinczvelősavó vizsgálata útján.

A punctio alkalmával megítélhetjük, szükség esetén műszerek segítségével, hogy milyen nyomás alatt van a liquor. A sterilizett kémlecsőbe felfogott folyadék színe, átlátszósága is figyelmet érdemel. A chemiai alkotórészek közül kivált a fehérje megszorodásának meghatározására ismerünk könnyen elvégezhető és klinikai szempontból teljesen megbízható módszereket. Az esetleges bacterium-fertőzést festett készítményeken, vagy tenyésztő eljárásokkal, állatkísérletekkel bizonyít-

hatjuk be. Vannak alkalmas módszereink a liquorban lévő sejtek számlálására, alakjuknak pontosabb tanulmányozására; végül a Wassermann-féle reakcióban biochemiai sajátosságát vetjük vizsgálat alá. Mindezeket a vizsgálati eljárásokat a gerinczvelősavót tanulmányozó szerzők újabb időben fedezték fel és tették a körjelzést felállító orvos fontos segítő eszközeivé.

Bármilyen sok tudományos kérdés nyert megoldást, bármilyen nagy is a haszon, a mely a gyakorló klinikusra hárul, nem egy érdekes és fontos kérdés még ma is eldöntetlen. Hogy csak néhány példát említsek: megoldatlan még a liquor elválasztásának kérdése, felderítetlenek keringésének, felszívódásának útjai. Nem ismerjük eléggé pontosan élettani feladatait, nem tudjuk azt sem, hogy milyen szerepe van a középponti idegrendszer anyagforgalmában?

Feltűnő, hogy éppen a középponti idegrendszer anyagforgalmának a szempontjából a liquorral milyen kevés számú dolgozat foglalkozik. Pedig már előzetes megfontolás után is valószínű, hogy az a folyadék, mely az agyat és a gerinczvelőt jóformán közvetlenül körüláramolja, talán nem csupán passiv feladatot tölt be, hogy a mechanikai behatásokkal, rázkódásokkal szemben nagyon érzékeny szerveket védelmezze, hanem azok táplálkozásában és így működésében is nélkülözhetetlen szerepe van.

Mivel az anyagforgalomban: az assimilatio és dissimilatio folyamataiban az erjesztők fontosak: vizsgálataim tárgyává tettem azt a kérdést, hogy milyen fermentumok hatása található a gerinczvelősavóban? Ezzel a tárggyal eddig még kevés szerző foglalkozott és a kisszámú vizsgálatból eltérő, gyakran egymásnak ellentmondó eredményekre jutottak.

Panzer<sup>15</sup> mindössze két hydrocephalusban szenvedő gyermek agyvelő savóját vizsgálta chemiai szempontból, e mellett kísérletet tett diastase megállapítására is, de sikertelenül. Hasonlóképpen Lewandowsky<sup>11</sup> sem talált a liquorban ilyen erjesztőt. Cavazzani<sup>8</sup> kutya és borjú gerinczvelő-folyadékában oxydase-hatású enzyment talált, a melyet ő a guajac-tincturára,



pyrogallus-savra és hydrochinon oldatára gyakorolt hatásából ismert fel. Sikertelt ezt az erjesztőt alkohollal a liquorból lecsapni és a csapadéknak gyenge lúgban való oldatával is ugyanazokat a reakciókat elvégezni. Ennek a fermentumnak, a melyet *Cavazzani cerebrosinase*-nak nevezett, szerinte a középponti idegrendszerben lefolyó oxydatiós folyamatokban nevezetes feladat jut. Az oxydáló enzimen kívül, ugyancsak *Cavazzani*, glycolysises és diastasisos hatást is tapasztalt. Glycolysist *Blumenthal*<sup>2</sup> is talált. *Lüthje*<sup>12</sup> pedig meningitises beteg liquorjában diastasét mutatott ki.

Ugy a normalis, mint a pathológiás gerinczvelő-folyadékban sikertelenül keresett *Garnier*<sup>7</sup> zsírhasító erjesztőt. Olyan paralysis progressiva-esetekben, a melyekben a liquor *Wassermann* szerint positive reagált, *Citron* és *Reicher*<sup>4</sup> lipaset tudott felfedezni.

*Schultz* és *Chiarolonga*<sup>17</sup> szerint a gerinczvelősavó a trypsin-emésztést akadályozó, antitryptikus sajátosságú. *Douches*<sup>5</sup> pneumococcus vagy streptococcus által okozott agyhártyagyulladás eseteiben tryptikus hatást talált, de epidemiás meningitis eseteiben nem. Meningitis-esetekben a liquorban lévő polymorphus leukocytáknak *Fiessinger* és *Marie*<sup>6</sup> szerint fehérjét emésztő képességük van: a fehérjét peptonokká és aminosavakká hasítják. Ellenben a centrifugált leukocytákról leszívott folyadékban antiproteolysises hatása van. A leukocyták fehérjébontó hatását antimeningococcus-serummal, lósavóval és normalis emberi vérsavóval csökkenteni lehet. *Szécsi*<sup>18</sup> a liquor cerebrospinalisban peptolysises fermentumot talált és úgy véli, hogy a gerinczvelősavóban lévő sejtek in vitro azért oldódnak fel és tűnnek el meglehetősen rövid idő alatt, mert a folyadék fehérjét emésztő enzimet tartalmaz. *Williamson* és *Phillips*<sup>19</sup> glycyliptophant hasító fermentumot nem talált.

A cerebrospinalis folyadék erjesztő hatásait újabban *Kafka*<sup>8-9</sup> vizsgálta több esetben, az eddigi kísérleteknél sokkal pontosabban és kimerítőbben. Dementia paralytica progressiva, lues cerebri, tabes dorsalis, arteriosclerosis, epilepsia, dementia praecox, psychoneurosisok eseteiben és az idegrendszerrel illetően normalis egyénekben összesen nyolczvan esetben. A gerinczvelősavóval párhuzamosan a vérsavó enzimhatásait is tanulmányozta. Autolysises, autolysist gátló tulajdonságokat keresett, továbbá diastasét keményítő-jodpróba és glycogen hasíttatása által. Különböző olajokat rázott össze a liquorral és a felszabaduló zsírsavaknak titrálassal való meghatározása segélyével lipase után kutatott. Megkísérlette, hogy formaldehydnek hangyasavvá való oxydatióját elősegíti-e a gerinczvelőfolyadék? Trypsint és trypsinemésztést gátló hatást osmium-tejpróbával törekedett megállapítani. *Kafka*<sup>8-9</sup> szerint egészséges ember cerebrospinalis savója diastasét és lipaset tartalmaz, bár csekély fokban, továbbá nagyon kevés antitryptikus sajátossága is van. Az idegrendszer betegségeiben, illetve elmebajokban rendszeren erősebb enzimhatások találhatók. Így paralysis progressivában nagyon kevés autolysises, diastasisos, lipolysises és antitryptikus erjesztés van. Általában a nem syphiliticus eredetű szervi elmebajosok, alkoholisták és praecoxosok liquorjának diastase-működése, a syphiliticus és metasyphiliticus betegkének pedig zsírhasítása erősebb. Valószínű, hogy legalább az erjesztők egy része a középponti idegrendszerből kerül a gerinczvelő-folyadékba és a plexus chorioideusok secernálják. A talált erjesztők körjelzési és körjósati jelentőségéről csak további tapasztalatok után lehet majd nyilatkozni.

*Pighini*<sup>16</sup>  $\alpha$ -naphthol és dimethyl-p-phenyldiamin indophenollá való oxydatiós synthesise alapján bebizonyította, hogy úgy a normalis (2 gyógyult alkoholista és 2 psychastheniás) cerebrospinalis folyadékban, mint elmebetegekében (8 epilepsiás, 5 praecoxos, 5 paralysises) oxydatiót közvetítő enzim, oxygenase van, mely minden esetben körülbelül egyenlő erősséggel működik, csak talán praecoxban lassabban. Valószínűnek tartja, hogy ez a fermentum ugyanaz, mint a melyet *Cavazzani*<sup>3</sup> cerebrosinase-nak nevezett. Ezt az indophenol-reactiót létesítő oxydatiót közvetítő fermentumot a tela chorioidea mirigysejtjeiben is megtalálta. Mivel pedig a liquor a

tela secretuma, valószínű, hogy ebből jut az enzim a gerinczvelősavóba. Felteszi, hogy a liquor a központi idegrendszerben áramlik és így az erjesztőt mindenfelé elviszi. A szürke állomány ad is indophenol-reactiót, de a fehér állomány nem. Ennek okát nem tudja, de arra következtet, hogy a szürke állományban a fermentum fontos funkciót teljesít.

*Barbieri*<sup>1</sup> *Pighini* vezetése alatt a liquor katalysises hatását kutatta. 0.3%-1%-es  $H_2O_2$ -oldatot liquorral kevert össze s 37° C-on állatta. Időről-időre n/50—n/500  $KMnO_4$  oldat segélyével a  $H_2O_2$  koncentrációját megállapította. Ilyen módon 24 elmebeteg gerinczvelő-savóját vizsgálta meg (epilepsiások, paralysiseket, praecoxosokat, encephalopathia infantilis epileptica eseteit, gyógyult alkoholistákat). Enzym-működést azonban sem normalis, sem elmebajos egyének liquorjában nem talált.

Ugyancsak *Pighini* mellett kísérletezett *Nizzi*<sup>14</sup> ki esterase- és lecithinase-működést keresett. Monobutyryn és tributyrin 2.5%-os emulsióját, továbbá 1%-os lecithinemulsiót próbált gerinczvelőfolyadékkal hasíttatni. A felszabadított zsírsavakat n/10 NaOH-titrálással határozta volna meg. Vizsgálatainak eredményeképpen megállapítja, hogy estereket és lecithint bontó erjesztő a liquorban nincsen. Kísérleteit dementia paralytica progressiva, praecox, epilepsia és normalis egyének cerebrospinalis savójával végezte.

Ha már most röviden összefoglaljuk a liquorban található enzimekre vonatkozó kutatások eredményeit, azt látjuk, hogy egyfelől nem mindenik erjesztőt keresték, másfelől pedig, *Kafka*-t,<sup>8,9,10</sup> *Pighini*-t és *tanítványait*<sup>16,1,14</sup> kivéve, nagyon kevés esetben végeztek vizsgálatot. Feltűnő ellenmondás van majdnem valamennyi fermentumra nézve. *Diastase*: *Cavazzani*,<sup>3</sup> *Lüthje*<sup>12</sup> és *Kafka*<sup>8-10</sup> szerint van, *Panzer*<sup>15</sup> és *Levandowszky*<sup>11</sup> szerint pedig nincs. *Nizzi*<sup>14</sup> és *Garnier*<sup>7</sup> nem talált lipaset, *Citron-Reichert*<sup>4</sup> szerint paralysises betegek liquorjában, *Kafka*<sup>8-10</sup> vizsgálatai értelmében főleg paralysisekben és cerebriales luesben szenvedőkben több, de kevesebb normalis gerinczvelő-savóban és más elmebetegekében is található. Szembeötlő az ellentét két neves szerző: *Kafka*<sup>8-10</sup> és *Pighini*<sup>16</sup> között. Az előbbi nem állapít meg oxydató hatást, az utóbbi minden esetben talál. (*Kafka* tulajdonképpen csak aldehydaset keresett). Már kevésbé ellentétesek a vélemények a glycolysist (*Cavazzani*,<sup>3</sup> *Blumenthal*<sup>2</sup>) illetően. Autolysist *Kafka*<sup>8-9</sup> csak paralysisekben talált; itt is igen keveset, más esetben csak nyomokban. Proteolysises fermentum hatását *Szécsi*,<sup>18</sup> *Lenk* és *Pollák* említi. Trypsinhatást *Douches*<sup>5</sup> pneumococcus- és streptococcus-meningitis esetében tapasztalt. *Kafka*<sup>8-10</sup> elmebetegségeiben nem találta. Antitryptikus sajátosságot *Schultz* és *Chiarolonga*,<sup>17</sup> *Müller* és *Kolaczek*<sup>13</sup> (meningitis tuberculosa esetében) említ. *Kafka*<sup>8-10</sup> elmebetegek liquorjában is tapasztalta. Glycyliptophant hasító hatást csak *Williamson* és *Phillips*,<sup>19</sup> katalaset pedig csak *Barbieri*<sup>1</sup> keresett negativ eredménnyel.

A mint tehát látható, a liquor cerebrospinalis erjesztő hatásainak kérdése még alapos átdolgozásra szorul. Nem találtam említést invertase, zymase, oltó-erjesztő kimutatására irányuló kísérletekről, sem pedig az oxydasék különböző fajainak: oxygenase, peroxydase, lakkase, tyrosinase és aldehydase megkülönböztetését és külön-külön való vizsgálatát figyelembe vevő közleményt, a liquor enzimjeinek a táplálék felvételét követő esetleges változásait sem kutatták.

Kísérleteimben arra törekedtem, hogy pótoljam az eddigi vizsgálatok hiányait. Lehetőleg sokféle enzim hatását kerestem, még ha valószínűtlen is volt, hogy a gerinczvelő-folyadékban megtalálom. Megismételtem az eddigi kutatásokat, hogy az ellentétes véleményeket eloszlathassam.

Mivel a fermentumokat tisztán előállítani, vagy az erjesztőt tartalmazó folyadékból vegyileg tiszta állapotban kiválasztani eddig nem sikerült, az enzimeket csupán hatásaikban vizsgálhatjuk. Azt keressük, hogy egy bizonyos, erjesztő működés kifejtésére alkalmas anyagban olyan körülmények között, a melyek ilyen vegyi átalakításokra tapasztalás szerint ked-



vezőek, jön-e létre valamely fermentum funkcióját bizonyító kémiai átalakulás?

Tapasztalás szerint a különböző rokonhatású erjesztők is különben hatásuk kifejtésére alkalmas anyagra nagyon különböző intenzitással hatnak. Az erjesztő működése azonban nemcsak a substratumból, hanem még nagyon sok más körülménytől is függ (p. o. concentratio, vegyhatás, hőfok stb.) úgy, hogy csak azoknak a kísérleteknek az eredményei hasonlíthatók össze, a melyeket lehetőleg azonos körülmények között végeztek. Az eddig megjelent közleményekben levő sok ellentmondás részben éppen ebben leli magyarázatát.

Enzymhatások tanulmányozása céljából összesen hatvan, különböző elmebajokban szenvedő betegen végeztem lumbalpunkciót. Eseteim között 27 paralysis progressiva, 15 dementia praecox, 5 epilepsiás elmebaj, ugyanennyi alkoholos psychosis és 2—2 praesenilis elmebaj, senilis dementia, mania depressiva és hysteriás psychosis volt. Minthogy, ha sokféle fermentumot akarunk keresni, nagyobb mennyiségű liquorra van szükség, nem volt lehetséges egy beteg gerinczvelő-folyadékát egyszerre minden erjesztő hatására vizsgálni. Kénytelen voltam úgy eljárni, hogy egyik beteg liquorjával egyik, másik beteg liquorjával pedig más fajta enzimet kerestem. Ezt nem lehetett elkerülnöm, pedig ez az eredményeim értékéből némit levon. Ugy is megpróbáltam segíteni, hogy ugyanazt a beteget egy hónap múlva újra pungáltam és ekkor pótoltam az első punctio alkalmával végzett kísérleteket.

Az erjesztő próbákat közvetlenül a liquor nyerése után végeztem a nélkül, hogy a gerinczvelő-folyadékot centrifugáltam volna. Így a folyadékba került a liquorban levő sejtek fermentuma is. Ezt azért tartottam helyesnek, mert a sejtek az élőben is szétesnek (milyen gyakran lehet degenerálódott, szétesőben levő sejteket kapni a liquorban!) és így a kísérletek alkalmával a természetes viszonyokat jobban megközelítettem. A betegeket részben reggel, táplálkozás előtt, részben pedig étkezés után, hosszabb-rövidebb idő múlva pungáltam.

Természetes, hogy a lumbalpunkciót kellő asepsissel végeztem és hogy a kísérletekben használt eszközök, üveg-edények stb. mind előzetesen sterilizáltak. Vizsgálat céljára csak teljesen tiszta, vérrel egyáltalában nem keveredett gerinczvelő-folyadékot használtam. A vér kimutatására az annyira finom *benzidin-próba* (mely még 1:100.000 hígítást is megállapít) szolgált. A fermentumpróbát ugyanazzal az előzetesen felfőzött liquorral ellenőriztem. Ellenőrzésül destillált vízzel kevert anyagot is használtam. Így feltételezhettem, hogy az észlelt kémiai elváltozások csakugyan enzym működésének eredményei. Ha lehetséges volt, annak a fermentumnak az oldatát is beosztottam a kísérletek közé, a melynek a hatását kerestem, hogy meggyőződjem róla, vajjon az adott körülmények között ennek az enzymnek, ha jelen van, lehet-e működnie? Csak azokat az eseteket használtam fel, a melyekben minden ellenőrző kísérlet kifogástalan volt.

*Diastase*<sup>21</sup> kimutatására körülbelül 1%-os keményítő-emulsiót használtam, a melyet főzéssel állítottam elő. Ebből 3 cm<sup>3</sup>-nyit ugyanennyi liquorral jól összeráztam, azután lakmuspapírral meggyőződjem róla, hogy semleges kémhatású-e? Erre steril vattadugóval a keveréket tartalmazó kémlecsövet jól bedugtam és 37 C°-on thermostatban állattam. Az erjesztő próbához használt liquor másik 3 cm<sup>3</sup>-ét előzetesen rövid ideig főztem és ugyanúgy jártam el vele, mint a felfőzetlen liquorral. Ellenőrzésül még egy kémlecsőbe nyálal kevert keményítő-emulsiót is tettem.

A cerebrospinalis folyadék keményítőt emésztő hatása általában lassú és gyenge, úgy hogy hatását csak 24 óra múlva sikerül jól megállapítani. Ötvenszeresen hígított *Lugol*-féle oldatot cseppintettem tehát egy nap múlva a keményítőt és a liquort tartalmazó kémlecsővekhez. A jodoldat hozzájutásakor azokban a csövekben, a melyekben felfőzött gerinczvelő-savó volt, kék szín keletkezett, a melyekben pedig az erjesztő-hatás érvényesülhetett, viola, vöröses-viola szín támadt, sőt akadt olyan is, a melyik sárgás-barna lett. Ugyancsak sárgás-barna lett a nyálpróba is. Továbbá megkísérlettem azt is, hogy az erjesztő hatása alatt keletkezett cukrot a *Trommer*-

féle próbával határozzam meg. Minthogy a liquor önmagában is gyengén redukálható, csak az erőteljesebb reduciót vettem bizonyítéknak. Mindig olyankor jelentkezett ez a reactio, mikor jodoldattal is erősebb hatást állapíthattam meg.

15 paralysis-esetben 11-szer a jod-hozzácsapintésre ibolya, egyszer pedig barnás-sárga színreactio jelentkezett. Három esetben nem mutatkozott keményítő-oldás. 10 praecoxbeteg liquorjából 9 esetben ibolyás-vörös, egyben barnás-sárga szín támadt. A három diastaseres vizsgált epilepsiásban gyenge violás-kékes, öt alkoholistában eléggé kifejezett violaszíneződést nyertem; éppen így egy praesenilis és egy senilis dementia-esetben. Egy hysteriás elmebeteg és egy maniás gerinczvelő-savója meglehetősen gyenge erjesztő hatást mutatott. Így megállapítható, hogy a cerebrospinalis folyadéknak, legalább a vizsgált elmebetegségekben, rendszerint van ugyan amyololysis hatása, de általában gyenge, néha azonban, főleg dementia praecoxban, elég jól felismerhető. Előfordul, hogy a diastase-hatás, előttem ismeretlen okból, egyes esetekben (praecox, paralysis) szokatlanul erős.

*Invertase*<sup>21</sup> meghatározására körülbelül 5%-os neutralis kémhatású cukoroldatot egyenlő mennyiségű liquorral töltöttem össze. Meggyőződjem róla, hogy nem lett-e lúgos kémhatású, ez esetben pár csepp híg eczetsavat adtam hozzá, míg a lakmust éppen kissé pirosította. Mindjárt összekeverés után polarimeterrel meghatároztam a cukor jobbra csavaró képességét. Ezután 37° C-on 24 óráig melegen tartottam a vizsgálandó folyadékot, ekkor újra megnéztem, hogy a polarizált fényt mennyire csavarja jobbra. Természetesen itt is felfőzött liquorral ellenőrző próbákat alkalmaztam.

Ezeknek a kísérleteknek az eredményével röviden végezhetek. Paralysis progressiva (10), praecox (10), alkoholos elmebaj (5), epilepsiás psychosis (4), hysteriás elmebaj, mania, senilis dementia, praesenilis psychosis (1—1) esete került vizsgálat alá. Sohasem tapasztaltam invertáló hatást. Az egyes polarimeter-leolvasások ugyanazt az eredményt adták. Ebből azt következtetem, hogy a liquorban sem elmebajok eseteiben, valószínűleg egészséges egyénekben sem, invertase nincsen.

*Zymase*<sup>21</sup> hatás kimutatására a vizelet czukortartalmának a vizsgálatokor is használt *Eichhorn*-féle erjesztő-csőveket alkalmaztam. A gerinczvelő-folyadékot 50%-os szőlőcukorral kevertem egyenlő mennyiségben, híg eczetsavval neutralizáltam, ha lúgos lett és 37° C-on tartottam 24 órán át. Csak egy paralysis-esetben képződött néhány kis gáz-hólyag, de ez kísérleti hibából is eredhetett. Más esetekben czukorerjesztés nem történt. Ilyen módon megállapíthatom, hogy a liquornak zymase-hatása nincs. Két paralysis-eset kivételével ugyanazokat a cerebrospinalis savókat használtam czukorerjesztő-kísérletre, mint a melyeket amyololysisre vizsgáltam.

Többféle módon próbáltam *pepsin*-emésztést<sup>21</sup> keresni. Marhavérből nyert finom fibrinpehelytettem a liquorba, a melyet n/10 HCl-oldattal annyira megsavanyítottam, hogy a két lakmuspapírt jól pirosította. A fibrinpehely azonban minden esetben 37° C-on való 24 órai állatás után is teljesen feloldatlan maradt. Kísérletet tettem gelatina-emésztéssel, de sikertelenül. Ezeknél az eljárásoknál sokkal finomabb a *Jacobi-féle ricin-módszer*.<sup>21</sup> A vizsgálatokat legnagyobb részben csak ezzel végeztem.

A *Jacobi-féle ricin*ből 4%-os oldatot készítettem 3%-os konyhasós vízben. Előbb pár percig erőteljesen ráztam és azután 1 óra hosszat 40° C-on digeráltam. Az így nyert zavaros folyadékot le kell filtrálni és a tiszta filtrátumhoz körülbelül  $\frac{1}{3}$ -résznyi n/10 HCl-ot adni, a mire igen finom pelyhes csapadék támad. Az így elkészített reagenst egyenlő mennyiségű liquorral ráztam össze, mindig ügyelve, hogy a próba kellő savanyú kémhatású legyen. Bár a ricinpehelyek nagyon kevés pepsinhatás alatt is aránylag gyorsan feloldódnak, eseteimben kivétel nélkül oldatlanul megmaradtak még 37° C-on való 24 órai tartás után is. A pepsint tartalmazó oldattal végzett ellenőrző kísérletben a pelyhek feloldása mindig bekeletkezett. Néhány esetben a *Fuld- és Levison-féle edestin*-



emésztetés<sup>21</sup> módszerével is tettem kísérletet, de, bár ez az eljárás is nagyon érzékeny, minden esetben negatív eredményt kaptam. 20 paralyticus-, 10 praecox-, 3 epilepsia elmebaj-, 2—2 senilis és alkoholos psychosis-, 1—1 praesenilis és hysteriás- psychosis és 1 mania-esetben végzett kísérleteim alapján tehát megállapíthatom, hogy ezekben a felsorolt betegségekben a gerinczvelősavónak nincs pepsinhatása.

(Vége a jövő számban.)

Közlemény a königsbergi kir. egyetem orr- és gégepoliklinikájáról. (Igazgató: Dr. Gerber, egyetemi tanár.)

### A gyökeres füloperatio plastikájának technikájához.

Irta: Réthi Aurél dr., königsbergi egyetemi tanársegéd, műtőorvos.

A gyökeres füloperatio kivitelekor a fülkagyló mögötti metszéssel hatolunk be. Ez az egyik külső seb. A műtét elvégzése után, mely tulajdonképpen egy nagy üreg képzéséből áll, a plastikát csináljuk meg. Ennek célja az, hogy az említett műtét úton készített nagy üreget, mely a hámot természetesen nélkülözi, a külső hallójárat bőrből alkotott bőrlebensnyel fedjük, miáltal a behámosodást lényegesen meggyorsítjuk. Legtöbbször az úgynevezett T-plastikát használjuk. Ennek kivitele oly módon történik, hogy késsel a cavum conchae bőrét oly módon szúrjuk át, hogy a kés a fent említett, fülkagyló mögötti sebszélénél jöjjön ki. Ezután a kést bennhagyva, egy az esethez mért hosszúságú ( $1-1\frac{1}{2}$  cm.) verticalis irányú sebet ejtünk. Ez a második külső seb. Nagyon fontos, hogy különösen a cavum conchae bőrén ejtett verticalis seb szép egyenes legyen, mert hiszen ez fogja a későbbi hallóbemenet hátulsó határát alkotni. Sokszor megtörténik azonban, hogy ez nem a legjobban sikerül, mert a műtőnek két pontra kell ügyelnie; és pedig egyrészt, hogy a cavum conchae metszési sebe egyenes vonalú, se nagy, se kicsi ne legyen, de másrészt, hogy a fülkagyló mögött ülő sebvonalszélét meg ne sértse. De e két pontnak egyidejű megfigyelését maga az auricula akadályozza meg.

A műtétnek ezt a kényes szakaszát én a következő egyszerű módon biztosítom: A plastika végzéséhez oly kést használok, melynek mindkét oldala éles; az éles részlet azonban a karcú kés csúcsától számítva  $1\frac{1}{2}$  cm.-nyire megszűnik s e helytől a szélességi nívaut megtartva, tompán folytatódik tovább. Az éles részlet feltűnően megkülönböztethető a tompa részlettől (lásd az ábrát).



A fülkagylót oly módon fogom meg, hogy természetes helyzetét foglalja el; ezután a leírt késsel egy megfelelő hosszú,  $\frac{3}{4}-1$  cm. mély verticalis sebet ejtek, vagyis a kés nem hatolok át a fülkagyló mögötti sebvonallig. E metszéssel meg van adva a műtét utáni hallójárat hátulsó határa. Most a kést még benne tartva a sebben, a fülkagylót úgy fordítom, hogy a fülkagyló hátulsó felszíne tűnjön szembe. Csak most szúrom át a kést a fülkagyló mögötti sebvonallig. Egyidejűleg a kés tompa részlete került a concha metszési vonalába. Már most az éles részlettel nyugodtan megcsinálhatjuk a fülkagyló mögötti sebszélénél a szúrt seb bőséges kiszélesítését, a nélkül, hogy a cavum conchae sebének épségét féltetni kellene, mert hiszen a sebrésben a kés tompa részlete foglal helyet, mely melléksérülést nem okozhat. Ez okból a cavum conchaet nem is kell figyelni.

A plastikát úgy fejezzük be, hogy meggyorsított vájt szondát tolván a készített szövethíd alá, a hidat Cowper-olló segítségével lehetőleg vékonyra vágjuk, miáltal a készítenő lebenyek inkább falhozállók lesznek. Késsel rámetssze a vájt szondára, két lebenyt kapunk, melyeket varratokkal erősítünk a kívánt helyre.

Közlés a kolozsvári egyetemi belklinikai tüdőbeteg-osztályáról. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. r. tanár.)

### A köpetfehérje gyakorlati értéke a légzőszervi megbetegedések, főleg a tuberculosis körjelzésében.

Irta: Ács-Nagy István dr., klinikai II. tanársegéd.

(Vége.)

Sokkal fontosabbnak tartjuk azonban ezeknél a mennyi-  
leges vizsgálatainkat.

Nézzük elsőben a mennyi-  
leges vizsgálattal feldolgozott  
5, Koch-bacillust tartalmazó köpet eredményeit. A kicsapható  
fehérje kimutathatóságának határa mind az 5 esetben más  
és más.

|            |         |              |
|------------|---------|--------------|
| 1. esetben | 1 : 2   | (2 ízben)    |
| 2. „       | 1 : 20  |              |
| 3. „       | 1 : 40  | volt a ki-   |
| 4. „       | 1 : 40  | mutathatóság |
| 5. „       | 1 : 320 | határa       |

Tehát az 5. eset 160-szor több fehérjét tartalmaz, mint  
pl. az 1., pedig a kóros elváltozás átlag mind az 5 esetben  
ugyanolyan.

Azután 5 — bakteriologikailag negatív sputumú —  
egyenlő physikai eltérést mutató s egyenlő mennyiségű kör-  
jelző tuberculinra reagáló esetet vizsgáltunk. Ez eredmények  
egymástól szintén eltérnek. Így:

|               |         |             |
|---------------|---------|-------------|
| az 1. esetben | 1 : 20  |             |
| a 2. „        | 1 : 40  | -nál kaptuk |
| 3. „          | 1 : 40  | a fehérje   |
| 4. „          | 1 : 80  | titerét.    |
| az 5. „       | 1 : 160 |             |

Tehát itt 3 esetben — jóllehet a köpetben bacillusokat  
nem kaptunk — több a fehérje mennyisége, mint a bacillu-  
sokat tartalmazó előző 3 esetben (az 5 közül). Megemlítjük,  
hogy a klinikai észlelés szerint mindkét csoportban átlag  
egyenlő mértékű a tüdő elváltozása.

Vessük most össze a II. klinikai szak Koch-bacillust  
tartalmazó köpeteinek fehérje-tartalmát mutató eredményeket  
az I. klinikai szakasz fehérjeleleteivel. A mint már előbb lát-  
tuk, az I. klinikai szakban 4 köpetet vizsgáltunk a tuberculin-  
hatás előtt.

Az itt nyert titerértékek:

|               |         |
|---------------|---------|
| az 1. esetben | 1 : 40  |
| a 2. „        | 1 : 40  |
| 3. „          | 1 : 20  |
| 4. „          | 1 : 320 |

Nyilvánvaló, hogy az I. klinikai szaknak csak hosszas  
észleléssel és 5-0 mgr. tuberculinnal megállapított 4. esete  
ugyanannyi fehérjét mutat, mint a pozitív bacillusú II. klinikai  
szak 5. esete. Sőt pár esetben az I. klinikai szakban több a  
fehérje, mint a II. klinikai szakasz bakteriologikailag pozitív  
néhány esetében.

A II. klinikai szakban 7 betegünkön észleltük a fehérje  
viselkedését különböző időben. 5 betegünkön 2—2-szeri,  
2 betegünkön 3—3-szori fehérjevizsgálat történt.

3 betegünkön 2—2-szer egyforma eredményt kap-  
tunk. Így:

|               | Először   | Másodszor |                              |
|---------------|-----------|-----------|------------------------------|
| az 1. esetben | 1 : 2 = 0 | 1 : 2 = 0 | (a köpetben<br>bacillusok!!) |
| a 2. „        | 1 : 160   | 1 : 160   | -nál kaptuk a                |
| 3. „          | 1 : 160   | 1 : 160   | fehérje-titert               |

A többi párhuzamos vizsgálat azonban 2-, 4-, sőt  
16-szoros fehérjemennyiség között ingadozott. Tehát a fehérje-  
kiválasztás egy és ugyanazon tüdőtuberculosisban igen nagy  
ingadozást mutathat. Annál kevésbé hasonlíthatjuk össze egy-



mással ezek alapján a különböző légzőszervi megbetegedésekben található fehérjeleleteket.

A II. klinikai szak 2 betegén újból párhuzamos vizsgálatokat végeztünk a kórjelző tuberculin adagolása előtt és után közvetlenül. Itt arra voltunk kíváncsiak, hogy a tuberculin — mint lobos reakciót létrehozó toxin — befolyásolja-e a fehérjekiválasztást ugyanazon betegen?

|         | Nem reakció | Reakció köpet |
|---------|-------------|---------------|
| 1. eset | 1 : 120     | 1 : 160       |
| 2. „    | 1 : 160     | 1 : 80        |

A mint tehát látjuk, a 2. esetben a tuberculin-reakció köpet csak  $\frac{1}{2}$ -szer annyi fehérjét tartalmaz, mint a nem reakció. A már letárgyalt I. klinikai szak idevonatkozó ellentmondó adatait már láttuk.

A II. klinikai szakban lévő 10 betegünk nem reakció köpetét vizsgáltuk arra nézve is, hogy ezek kicsapható fehérjeit az állás hogyan befolyásolja.

Egyik esetünkben 48 órás állás után egy eljárással sem kaptunk a köpetben fehérjét. Evvel ellentétben az azonnal feldolgozott köpetben mind a négyféle eljárással kimutatta a fehérjét minőlegesen.

Máskor a fehérje mennyisége azonnal és 12 óra után is annyi, mint 48 óra után.

Vagy 24 óra után 2-szer annyi, mint azonnal, vagy 24 óra után annyi, mint azonnal, vagy 24 óra után kevesebb, mint azonnal.

Volt esetünk, melyben 24 órás állás után éppúgy nem kaptunk fehérjét, mint azonnal.

A kicsapható fehérjeféleségeknél az állással kapcsolatos megfigyelésében, sőt eltűnésében valószínűleg az autolysis folyamata szerepel.

II. klinikai szakbeli eseteinkben változtatott eczetsav-mennyiséggel csak 1 esetben dolgoztunk. 1-szeres eczetsav (a nyálka kicsapásához éppen szükséges eczetsav) 1 : 40, 10-szeres eczetsav 1 : 40 fehérje-határértéket adott.

A *tüdőtuberculosis III. klinikai szakában 17 beteg köpetét vizsgáltuk fehérjére 20-szor.*

16 esetünkben a köpet bacillustartalmú volt, 1 esetben azonban nem. De ez egy esetben — ennek ellenére is — több hónapi gondos klinikai észlelés után III. szakban lévő phthisis floridát állapítottunk meg. E kórjelzést a tetembontás is megerősítette.

E III. klinikai szakban lévő 17 tüdőbeteg közül 11 betegnek (14-szer) vizsgáltuk a köpetét minőlegesen.

Föltűnő, hogy e 11 eset közül 4 esetben a főzési eljárással — sem konyhasó előzetes hozzáadásával, sem a nélkül — nem kaptuk a fehérjének még csak nyomát sem. Ugyanakkor azonban a többi 3 más eljárás mérsékelt, vagy igen kifejezett fehérje-kémlést adott.

Ez esetek kivétel nélkül mind *phthisis floridák*, a hol a  $3-5 \times 0.25$  gr. hydropyrim sem szállította le lényegesen a  $36-39-40^\circ$  C között mozgó intermittáló vagy remittáló hőmérsékletet.

Ez esetek egyike aztán egy hét múlva a főzési eljárással — konyhasó előzetes hozzáadása után — igen tömött csapadékot adott. A többi kémlőanyaggal ugyanezen eredményt nyertük.

Volt viszont egy *phthisis floridánk*, a hol a főzési eljárás — konyhasó előzetes hozzáadása nélkül is — kifejezett kémlést adott.

A III. klinikai szakba tartozó 17 beteg közül 6 betegnek mennyileges vizsgálatot végeztünk. Ezek között volt 3 gyorsult és 3 időszűlt lefolyású *tüdőtuberculosis*.

A *phthisis floridák* eredményei: 1. eset 1 : 80, 2. eset 1 : 320, 3. eset 1 : 640.

Az 1 : 80 és 1 : 320 eredményt a teljesen láztalan I. szakbeli eseteinkben már láttuk. S ez utóbbiakban csak a leggondosabb klinikai észlelés és az 5.0 mgr. kórjelző tuberculin pozitív hatása adott fölvilágosítást.

Hol van tehát a fehérjekémlés kórjelző jelentősége?

De a 3. *phthisis floridának* 1 : 640 titerértéke sem oly magas, hogy ennek kétszerese más légzőszervi megbetegedésben elő ne fordulhatna. Ezt később meglátjuk.

A három időszűlt lefolyású *tüdőtuberculosis*ban az 1. esetben 1 : 80, a 2. esetben 1 : 320, a 3. esetben 1 : 320 fehérje-titerértékeket nyertünk.

Tehát újból semmi különbség nincsen a titerérték szempontjából az igen korai és késői — előrehaladott — *tüdőtuberculosis* között.

\* \* \*

Az elkülönítő kórjelzés szempontjából a legkülönbözőbb légzőszervi megbetegedésektől származó köpeteket dolgoztuk fel. Így:

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| Bronchitises köpetet         | 16 betegtől |
| Pneumonia fibrinosás köpetet | 7 „         |
| Pleuritises köpetet          | 3 „         |
| Bronchiektasiás köpetet      | 3 „         |
| Tüdőgangraenás „             | 1 „         |
| Asthma bronchialis „         | 1 „         |
| Pneumoconiosis „             | 1 „         |
| Tüdőtumoros „                | 1 „         |
| Ez esetek száma tehát        | 33          |

A *bronchitises* köpeteket következőképpen csoportosítottuk:

|                       |                                              |   |
|-----------------------|----------------------------------------------|---|
| Elsődleges bronchitis | bronchitis acuta                             | 1 |
|                       | bronchitis chron. diffusa (non tuberculosa!) | 1 |
|                       | bronchitis typhosa                           | 5 |
| Másodlagos bronchitis |                                              | 9 |

16 eset

A bronchitisekben, éppúgy mint a többi ellenőrző légzőszervi megbetegedésben, többszöri gondos mikroskopi köpetvizsgálatot és *Pirquet*-féle reakciót végeztünk.

Roger-val ellentétben minden egyes bronchitis-esetünkben kaptunk a köpetben fehérjét, sőt a typhusos betegek köpetében bőven.

Elsődleges bronchitisben 3 mennyileges vizsgálatot végeztünk: 1. eset: bronchitis acuta 1 : 160, 2. eset: bronch. chron. diffusa 1 : 80, 3. eset: bronch. typhosa 1 : 160.

A másodlagos pangásos bronchitisekben szintén három mennyileges vizsgálat szerepel: 1. eset 1 : 10, 2. eset 1 : 10, 3. eset 1 : 80.

Az egyik 1 : 10 titerértéknél myodegeneratio cordis klinikai diagnosisa mellett a *Pirquet*-féle kórjelző reactio positiv. Az említett myodegeneratio-kórjelzés 7 éven át való többszöri klinikai észlelés eredménye. Ez esetünkben a nagy cyanosira és dyspnoëra való tekintettel kórjelző tuberculint bőr alá nem adhattunk.

A mint a fentebbiekből látjuk, *bronchitisekben is kétségtelen a fehérje jelenléte*. A relative kevés mennyileges vizsgálat azonban itt is különböző eredményeket adott. Így itt is szerepel 1 : 80 és 1 : 160 magasabb, de 1 : 10 alacsonyabb titerérték is.

A 4 kétségtelen *pneumonia fibrinosában* szintén 24 órán át gyűjtött köpetet dolgoztunk fel, még pedig mindig a láztalanság 2. napján.

Vizsgálatunk eredménye: 1. eset 1 : 6, 2. eset 1 : 10, 3. eset 1 : 20, 4. eset 1 : 20.

Mindenesetre föltűnően alacsony titer-értékek — éppen pneumonia fibrinosában — már 24 órával a krízis után.

Roger úgy látszik a lobos termékek még gyorsabb eltávolodására számít. Ő ugyanis a krízis után 2 órával megmaradó fehérjekémlésből recidivára vagy pleuritis purulentára teszi a kórjelzést. A mi eredményeink Roger emez állítását nem erősítik meg: még a 24 óra múlva megmaradó fehérje-reakciót sem követte recidiva vagy pleuritis felnőtt egyénben. Roger tudniillik e tételét csak felnőttekre vonatkoztatja.



Gyermekekben azonban — szerinte — a hosszasan megmaradó fehérjekémlés kedvező kórjóslatot ad, még ha a klinikai tünetek mást mutatnak is.

A továbbiakban foglalkoztunk 3 pleuritiszes beteg köpetével.

Az egyik esetünkben a fehérjevizsgálat előtt 8 héttel állítólag baloldali tüdőgyulladás folyt le. E pleuritiszes betegünk klinikailag gyanus egészen kezdeti tüdőtuberculosisra. Köpetében minőlegesen igen nagy mennyiségű fehérjét kaptunk.

A másik két pleuritiszes betegünk szintén gyanus korai tüdőtuberculosisra. Ezeket végzett *menyileges* vizsgálataink eredménye: 1. eset 1:20, 2. eset 1:1280!

Tehát egymással szembeállítva, igen elütő adatok. Az 1:1280 titer-érték magában véve egyike a nyert legmagasabbnak.

Ez esetben 10 éves gyermekről van szó, a kin 10 héttel a fehérje-vizsgálat előtt pneumonia fibrinosa zajlott le. Azóta a beteg köhög, soványodik. A bal tüdőcsúcsban elmosódott Krönig-határ. A csúcsban érdes, sejtes belégzés, érdes, sejtes, nyújtott kilégzés, a kiköhögtetés után néhány finom nyikogás.

A köpettel végzett állatoltás eredménye negatív. Kórjelző tuberculint — bőr alá — a betegnek nem adhattunk apró lázai miatt.

Ha ezen esetünkben — a negatív állatoltás dacára is — fölveszszuk az egészen kezdeti s nem gyors lefolyásának mutató tüdőtuberculosis, akkor is érdekes ezen adatunk. Igaz, hogy az a fehérjekémlés klinikai értéktelensége mellett szól. Ezen egész kezdeti tüdőtuberculosisban ugyanis 1280 a titerérték, a már említett leggyorsabb és legsúlyosabb lefolyású III. klinikai szakbeli phthisis floridával szemben, melyben a fehérje kimutathatóságának határa 1:640.

A 3 bronchiectasiában kapott eredményeink: az 1. esetben 1:40, a 2. esetben 1:160, a 3. esetben 1:320.

Meglehetősen ingadozó adatok, a melyek más légzőszervi megbetegedések fehérjeleletével szemben semmi jellegzetességet sem mutatnak.

Tüdőangraena egy esetében — a nyálkát a köpetből az 1-szeres és 10-szeres eczetsavval kicsapva — 1:80 fehérjetiter-értéket nyertünk.

Ezzel ellentétben Roger az ő tüdőangraena-esetében fehérjét — minőlegesen — nem kapott.

Wanner és még néhányan azonban mindig kimutatták e légzőszervi megbetegedés köpetéből a kicsapható fehérjét.

Nem érdektelen megemlítenünk egyik 43 éves nőbetegünket. E betegünk a csoportosításban *pneumoconiosis*ként szerepel, azonban nincsen kizárva a már előbb gyógyult tüdőtuberculosis lehetősége sem. Itt a beteg panasza az 1 év (?) óta fönnálló köhögés. A bal tüdőcsúcsban tompult kopogtatási hang mellett a Krönig-féle terület teljes hiánya. Érdes, sejtes belégzés, érdes sejtes, nyújtott kilégzés. A beteg teljesen láztalan. A gyakori köpetvizsgálat — antiformin-ligroinnal — állandóan eredménytelen. A két ízben megismételt 5:0 mgr. kórjelző tuberculin hasonlóképpen negatív.

Ez esetünkben a 24 óra alatt nyert 3 cm<sup>3</sup> üvegesnyálkás köpet fehérje-értéke 1:80. Ez érték tüdőtuberculosis avagy már súlyosabb légzőszervi megbetegedés nélkül meg lehetőséges magas.

Asthma bronchiale egy esetében minőlegesen igen kifejezett kémlést nyertünk.

Végül megemlítjük 1 kétségtelen *tüdőtumor*-esetünket, a hol 1:1280! hígításban kaptuk a fehérje titerértékét. Előbb az 1:1280 igen magas titerértéket pneumonia után jelentkezett igen kezdeti tüdőtuberculosisban kaptuk, ezúttal pedig *tüdőtumornál*. Hol van tehát újból a differentialis diagnostikai jelentőség a legkülönbözőbb légzőszervi megbetegedésekből származó köpetek fehérjelelete között?

\* \* \*

A kérdésnek lehetőleg minden gyakorlati oldaláról való megvilágítása céljából *saját nydlunk fehérjetartalmát* is vizsgáltuk. Remlinger ugyanis már előbb fölhozta Roger ellen, hogy a nyál fehérjeje befolyásolja a köpetben nyert eredményeket. Mi ugyanezen eredményre jutottunk.

| Vizsgáltunk                                           | Főzés<br>(NaCl +<br>eczetsav) | Tömény<br>ferro-<br>cyankali | Eczetsav<br>hidegen |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------|
| 1. Ebéd előtt közvetlenül ... ..                      | 1:20                          | 1:10                         | 1:40                |
| 2. " " " " " " " " " " " "                            | 1:40                          | 1:10                         | 1:40                |
| 3. " " " " " " " " " " " "                            | 1:10                          | 1:10                         | —                   |
| 4. " " " " " " " " " " " "                            | 1:40                          | 1:40                         | 1:20                |
| 5. " " " " " " " " " " " " 17 órai kop-<br>lálás után | 1:40                          | 1:40                         | 1:40                |
| 6. Ebéd után 2 órával ... ..                          | —                             | —                            | 1:10                |
| 7. " " " " " " " " " " " "                            | —                             | 1:40                         | —                   |
| 8. " " " " " " " " " " " " 3 1/2 "                    | 1:40                          | 1:10                         | 1:40                |
| Ugyane nyál 48 órai állás után                        | 1:40                          | 1:10                         | 1:40                |

A nyálhoz ételrészlet nem keverődött, mert minden nyálvizsgálat előtt 1/4 órával gondos szájmosás történt.

A rovatban 1:40 érték — főzési eljárás mellett — többször szerepel, ebből azonban nem akarunk semmiféle következtetést vonni; vizsgálataink ehhez ugyanis kisszámúak.

Feltűnő, hogy egyik esetben 48 óra múltán teljesen azonos az eredmény, mint a nyomban való feldolgozásakor.

Az mindenesetre elvitathatlan, hogy a nyál fehérjetartalmú. Kétségtelen az is, hogy a nyálnak a köpethez való keveredését megakadályozni nem tudjuk, de az is igaz, hogy a saját értékeink felső határa 1:40.

\* \* \*

Lássuk most *kémlőszereink megbízhatóságát* összes 93 betegünkön végzett 123 köpetvizsgálatunk alapján.

Az alkalmazott főzési, ferrocyanaliumos, salétromsavas és sulfosalicylsavas eljárások közül az utóbbi volt a legérzékenyebb. 4 eset kivételével ugyanis mindig ez eljárással nyertük a legmagasabb fehérje-titerértéket.

E 4 eset közül 3 esetben tüdőtuberculosisról, a 4.-ben pedig pangásos bronchitisről van szó.

A 3 tuberculosis közül 2 II. klinikai szakbeli s bakteriologailag pozitív esetben a sulfosalicylsavval (hígítás 1:2) még csak *nyomát sem* kaptuk a fehérjének. De a többi eljárással sem.

A 3. tüdőtuberculosis III. klinikai szakbeli phthisis florida, a melynek köpete a sulfosalicylsavval csak 1:40 titer-értéket adott. Ugyanekkor azonban a kevésbé finom főzési eljárás hatértékét 1:320 hígításkor kaptuk.

A másik esetünk pangásos bronchitis. Ebben a sulfosalicylsav csak 1:40, a főzési eljárás ellenben 1:80 titer-értéket adott.

A sulfosalicylsav után érzékenység szempontjából a tömör *ferrocyanaliumos eljárás* következik.

Az előbbiekkal szemben kevésbé érzékeny már a *salétromsavas eljárás*, a hol a kimutathatóság határa 1:10 és 1:320 értékek között ingadozott.

A *főzési eljárást* sokkal kétesebb értékűnek találtuk, mint a hogy azt más irányú fehérjevizsgálatok nyomán leírják. Megemlítjük, hogy a fehérje kicsapódásának körülményeire (konyhasó és eczetsav) éppen ez eljárásban igen ügyeltünk.

Volt rá eset, hogy a főzési eljárás konyhasó előzetes hozzáadása nélkül is egészen jól mutatta minőlegesen a fehérje jelenlétét. Máskor azonban ez eljárás konyhasó előzetes hozzáadása mellett is cserben hagyott. Természetes, a mint ezt már többször említettük, a fehérjekémlés ilyenkor a többi 3 eljárással mindig kifejezett volt.

A főzési eljárás az I. klinikai szakaszban 9 beteg közül 1 beteg volt negatív.

A II. klinikai szakban a főzési eljárással emez ered-



ménytelenséget 34 beteg közül 4 betegen nyertük. Az eredmény egyik betegünkön ismételt is ugyanaz.

Érdekesebb ennél a III. klinikai szakban kapott negatív vizsgálati eredmény, a melyet mindig — kétségtelenül igen előrehaladott — phthisis floridában találtunk. Meg kell említenünk, hogy összesen 9 phthisis floridában vizsgáltuk a köpetfehérjét s ezek közül a főzési eljárással 4 adott negatív eredményt. Tehát a vizsgált phthisis florida-eseteknek több mint harmada.

A főzési eljárással a tüdőtuberculosis I., II., III. klinikai szakában nyert 9 negatív eredmény az összes 60 tüdőtuberculosis-esetnek átlag  $\frac{1}{7}$ -e.

\* \* \*

Vizsgálati eredményeinket összefoglalva: a köpet fehérje-vizsgálata a légzőszervi megbetegedések — főleg a tüdőtuberculosis — korai körjelzésében csekély értékű.

Vannak ugyanis kétségtelen tüdőtuberculosis-esetek, a melyekben kicsapható köpetfehérjét a legérzékenyebb kémlelőszerekkel sem tudunk kimutatni.

Ezenkívül még egy és ugyanazon tüdőtuberculosisban sem állandó a fehérje mennyisége, sőt pár napon belül is igen nagyfokú ingadozást mutathat.

Tovább menve, a fehérje mennyisége a megbetegedés súlyosságával sem arányos mindig; természetes, hogy e ténnyel kapcsolatban megszűnik a fehérje körjósati jelentősége tüdőtuberculosisban.

Számolnunk kell továbbá ez eljárás értékesítésekor az esetleg a köpethez hozzájutott nyál kisfokú fehérjetartalmával is.

Végül nem használható ez eljárás a tüdőtuberculosis körjelzésében azért sem, mert az összes légzőszervi megbetegedésekben a köpet tartalmazhat különböző mennyiségű fehérjét és ennek mennyisége jóval felülmúlhatja a legelőrehaladottabb tüdőtuberculosis fehérjemennyiségét.

**Irodalom.** Fr. Wanner: Archiv für klinische Medizin, 75. kötet, 347—377. oldal. — Roger et Lévy-Valensi: La Presse Médicale, 1909, 60. szám. (Ref.) — H. Roger et Lévy-Valensi: La Presse Médicale, 1910, 32. szám. — E. Roulet: La Presse Médicale, 1910, 34. szám. (Ref.) — Dieudonné: Ibidem. (Ref.) — Geeraerd: Tuberculosis, 1910, 372. oldal. — M. Gantz et R. Hertz: La Presse Médicale, 1911, 5. sz. — Lecaplain: La Presse Médicale, 1911, 20. szám. — Clement Ferreira: La Presse Médicale, 1911, 31. sz. — Roger et Lévy-Valensi: La Presse Médicale, 1911, 40. sz.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

### A duodenalis fekélyről.

Irta: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Folytatás.)

#### VII. Műteti indikációk.

Azok a véleménykülönbségek, melyek még néhány év előtt olyan éles ellentétbe hozták a sebészeti és a belső kezelés híveit, ma elenyészőben vannak. Ewald, ki még néhány év előtt úgy nyilatkozott, hogy csak nagy vérzések esetében látná szükségét annak, hogy sebészi beavatkozás történjék, tavaly a berlini orvosegyesületben tartott előadásában már odanyilatkozott, hogy csak a friss esetek azok, melyekben nem operáltat, a régiekben, valamint chronikus vérzések, stenosis-jelenségek, perforatio és pylorusspasmus eseteiben az operatiót ajánlja. Viszont a legintransigensebb sebészi álláspont képviselője, Moynihan is legújában azt mondja,<sup>116</sup> hogy az első „attaque” alatt, a mikor lehetséges, hogy csak felületes ulceratio van jelen, a belső kezelés megkísérlendő, csak ha a beteg, mint rendszerint, már az „attaqueoknak”, a fájdalmas periodusoknak többszörös megismétlődése után kerül az orvoshoz, a mikor már kétségtelenül súlyosabb anatómiai laesiók forognak fenn, akkor ajánlatos feltétlenül a műtét.

A mint látjuk, a két álláspont közt lényeges különbség nincs és ez felment azon kötelezettség alól, hogy az irodalomban egyébként felhangzott számos vélemény részletezésébe belémenjünk, annyival is inkább, mivel konstatálhatjuk, hogy a sebészi beavatkozás jogosultságát egyes túlzók, mint pl. Hort,<sup>117</sup> kivételével az összes e tárgyban nyilatkozott számottevő belgyógyászok elismerik és hogy az a látszólag túlzó sebészi álláspont, mely szerint minden duodenalis ulcus meg kell operálni, a mint meg van diagnoskálva (Robson, Bidwell, Murray, Ricard és Pauchet, Tuffier, Zesas, Melchior stb.) a praxisban, a hol rendszerint régi, évekre terjedő panaszokkal jelentkező betegek, illetőleg a hol objectív lelet híján csak ilyen évekre terjedő anamnesis biztosítja a duodenalis ulcus diagnózisát (Bier), nagyon közel jut az Ewald-féle állásponthoz.

Mások, mint Mayo, egyáltalán nem tesznek principális különbséget a gyomor- és duodenalis ulcusok operatív indikációi közt és a magam részéről leghelyesebbnek tartom a Strauss álláspontját az ulcus duodeni sebészi kezelése tekintetében, hogy t. i. az indikációk nagyjában megegyeznek a gyomorulcuséival, csak hogy olyan esetekben, midőn biztosan megállapított vagy legalább is nagy mértékben valószínű módon duodenalis fekélylyel állunk szemben, sokkal hamarabb fogjuk magunkat elhatározni arra, hogy operáljunk.

Ezt a nagyobb radicalismust pedig elsősorban az teszi jogosulttá, hogy a klinikus tapasztalatok szerint a duodenalis fekély, ha már egyszer tüneteket okozott, makacsabb, mint a gyomorfekély. Azt is hozzá szokták tenni, hogy veszedelmesebb, csak Strauss mondja: „hogy egy oly betegségnek, mely évek hosszú során elhúzódva annyiszor meggyógyul, vagy legalább is hosszabb időre lappangóvá válik, nem lehet oly rossz prognosztis tulajdonítani, mint azt a sebészek általában véve teszik”. Abból a körülményből is, hogy az ulcus duodeni tünetei, különösen hyperaciditások panaszok formájában, sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint a hogyan a kórbonczolóasztalon találták, arra következtet, hogy ezen panaszokat sokszor felületes nyálkahártyadefectusok idézik elő, melyek nyomtalanul gyógyulnak, mint a hogy a „hyperaciditások” tüneteknek általában véve is jó prognosztisuk van.

Ha azokat a kórbonczolóástani adatokat, melyek az ulcus duodeni a gyomorfekélynél lényegesen nagyobb fokú veszedelmességének bizonyítékát szolgáltatnák, mérlegeljük, akkor látjuk, hogy az ulcus rotundum részéről fenyegető 3 legfőbb veszedelem: a perforatio, a vérzés és a rákos degeneratio közül csak a perforatio az, melynek szempontjából az ulcus duodeni csakugyan lényegesen veszedelmesebbnek mutatkozik a gyomorfekélynél. Mint már említettük, a régibb statisztikáknak a perforált esetek azért teszik oly nagy számarányát, mert a nem perforált esetek aránylag ritkábban ismertettek fel; de az újabb statisztikák is, különösen Gruber-é, melyben a hibaforrás egyáltalán nem szerepelhet, megerősítik e tételt, s ezek alapján, valamint a Weir-féle számítások alapján mégis általában azt mondhatjuk, hogy a perforált duodenalis fekély kétszer oly gyakori, mint a gyomorfekély, csak a Genersich-féle prospectura adatai szerint látszik a duodenalis perforatiók számaránya lényegesen kevésbé kedvezőtlennek, mert e szerint a duodenumfekély perforatiójának gyakorisága a gyomorperforatióéhoz olyan, mint 1:3:1. A vérzés veszedelme szempontjából, mint a IV. fejezetben láttuk, a kórbonczolóástani adatok szerint gyomor- és duodenumfekély közt lényeges különbség egyáltalán nincs, a rák veszedelme szempontjából pedig a duodenalis fekély határozottan sokkal kedvezőbb chanceokat nyújt, mint a gyomorfekély.

És ezek alapján akkor, midőn a duodenumfekély eseteiben radicalisabb eljárást sürgetünk, azt nem annyira a duodenalis fekély különös veszedelmessége, mint inkább annak empirice beigazolódott makacssága miatt tesszük, mert tudjuk, hogy a hol a duodenalis fekély hosszabb időn át, többször megismétlődő időszakokban jól kifejezett tüneteket okoz, ott ezeken a belső kezelés legfeljebb ideig-óráig segít

<sup>116</sup> The duodenal ulcer, II. ed., p. 159.

<sup>117</sup> Brit. med. Journal, 1910 jan.



s a kezelés kihagyásával a tünetek előbb-utóbb vissza fognak térni.

Másfelől konstatálni kell, hogy a szerzők egybehangzó tapasztalatai szerint az esetek többsége pihenéssel, diatával legalább mulólag kedvezően befolyásolható. Csakhogy épp a duodenalis fekélyről tudjuk, hogy a fekély tüneteinek hónapokig, sőt évekig való szünetelése után is nagy valószínűséggel várhatjuk azok visszatérését és hogy halálos acut complicatiók a belgyógyászati kezelésre vagy spontán legszebben javuló esetekben is bekövetkezhetnek. És ha olvassuk z. *Busch* cikkében, hogy az általa megfigyelt 5 duodenalis ulcusos beteg közül, kiknek műtétet ajánlott s a kik abba nem akartak beleegyezni, 2 perforatio, 1 vérzés folytán elpusztult s egynek állandó fájdalmai voltak, vajmi nagyon megintoz bizalmunk a belgyógyászati kezelés tartós eredményei iránt.

Ezzel szemben áll az a tény, hogy sebészi beavatkozásokkal aránylag csekély risico mellett az esetek túlnyomó részét tartósan meg bírjuk gyógyítani. Hogy csak a legnagyobb statisztikákat említssem, *W. J. Mayo*<sup>118</sup> 1000 gyomor-, illetve duodenalis ulcus miatt operált esete 2.4% mortalitással járt (ebbe a gyomorulcus-kimetszések is bele vannak számítva). Duodenalis ulcusok, valamint pylorusfekélyek esetében a tartós gyógyulás 98% volt.

*Moynihan*<sup>119</sup> könyve 302 műtétről számol be; ezek közül a műtét kapcsán meghalt 5 (1.65%), később különböző okokból 6 (2%), tartósan gyógyult 250 (82.8%), javult 21 (7%), a javulás kétes 1 (0.3%), nem javult 3 (0.96%), nem lett követve 16 (5.3%).

*Robson*<sup>120</sup> 66 esetet operált halálozás nélkül és a végleges eredményt is minden tekintetben kielégítőnek mondja. Kisebb materialisról számol be *Bier*, ki 23 esete közül egyet veszített el pneumoniában. *Kehr* 26 nem perforált ulcus duodeni esete közül szintén csak egyet veszített el. Én 18 perforációval nem komplikált eset műtétről számoltam be a cikk elején, azóta még 7 ilyen ulcus duodentit operáltam, a 25 esetre mindössze egy halálozás esik (postoperativ ileus) s a műtét eredményére nézve is csak megismételhetem, hogy az esetek túlnyomó többségében a panaszok azonnal a műtét után megszűnnek és csak elvétve fordul elő, hogy a javulás nem teljes és a műtét után lényegesebb panaszok maradnak vissza. Végleges eredményekről már az észlelési idő rövidege miatt sem nyilatkozhatom.

Nem akarom a számokat még kisebb statisztikákkal szaporítani, csak röviden akarok utalni az ulcus duodeni miatt végzett műtétek 2 specialis veszedelmére: 1. passagezavarok a nyílt pylorus mellett végzett gastroenterostomia miatt; ezen veszedelem a gastroenterostomia helyes technikája s a pylorusnak egyidejű elzárása, illetve megszükitése mellett ad minimum redukálható; 2. a jejunalis ulcus veszedelme, melynek elkerülésére a műtét methodus helyes megválasztásával és a postoperativ diéta gondos ellenőrzésével, alkalizálással sokat tehetünk, de a melyet teljes bizonyossággal megakadályozni módunkban nincs és a mely kb. az esetek 1%-ában fenyegeti operáltjainkat.

Az akták a duodenalis fekély sebészi kezelésének inditációi felett lezárva még nincsenek; a betegséggel való behatoló foglalkozás maga sokkal kevésbé régi keletű, semhogy kellő számú esetnek kellő ideig való megfigyelésére s ennek alapján végleges ítélet formálására feljogosítana; a diagnostika és a műtét technika teljes kidolgozása is csak az utolsó 1—2 év vívmánya. A mint a dolog most áll, csak azt ismételhetjük, hogy a duodenalis fekély műtétére bizonyos szigoritással a gyomorfekély műtétének javalatai állanak.

Operálni kell perforatio, ismétlődő profus vérzés, szűkület, tartós, szakszerű belső kezelésre véglegesen nem szűnő kisebb manifeszt vagy occult vérzések, úgyszintén évekre terjedő fájdalmak, nehézségek esetében, valamint a fájdalmak, a nehézségek

segek rövidebb fennállása után is akkor, ha szakszerű ulcus-kurára ezek meg nem szűnnek, vagy muló javulás után recidiválnak.

Ha a beteg socialis viszonyai az ulcus duodeni gyógyulásához szükséges *hosszabb tartamú, prolongált (Strauss)* diatás kezelést nem engednék meg, akkor kifejezett ulcus duodeni tünetek esetében jobb, ha azonnal operálunk.

*Nem szabad operálni acut vérzések alatt.* Ekkor absolut nyugalom, a táplálék teljes megvonása, serum-injectio (újszülöttek melaenája esetében az apa vérenek transfusioja, *Moynihan*), némelyek szerint gelatina, escalin adagolása is, jöhet csak szóba; a vérző ulcus helyének felkeresése — mivel mint említők, főleg a hátulsó duodenumfalon levő fekélyek hajlamosak a vérzésre — ilyenkor egyáltalán igen nehéz és még a *Rovsing* által legújabbban e célra ajánlott direct gastroduodenoskopia segítségével is bizonytalannak látszik, a direkt vérzéscsillapítás lehetősége pedig még nehezebbnek, a mennyiben éppen a hátulsó falon fekvő fekélyeknél, melyek át nem varrhatók, biztosan csak a vérző fekély kimetszésével volna eszközölhető, a mi az elgyöngült állapotban levő betegekre nézve igen nagy műtét. Az arteria pancreatico-duodenalis leköttése, a mit *Savariaud*,<sup>121</sup> vagy az arteria gastroduodenalisé, a mit *Vautrin* ajánlott, tiszta hazárdirozás. Az is köztudomású, hogy a gastroenterostomia egy magában nem alkalmas a vérzés csillapítására és még a duodenalis fekély kirekesztéséről sem állíthatjuk, hogy acut vérzéseket biztosan csillapítani tud, bár *Quénu*-nek sikerült egy esetében ilyen módon acut vérzést csillapítani,\* mert ezzel szemben áll pl. *Enderlen* esete, kinek betege 4 nappal a pyloruskirekesztés után elvérzett a duodenalis fekélyéből. A műtét céljának, vagyis a vérzés csillapításának elérése tehát mindig kétes, az operatív risico ezen elgyöngült betegekben igen nagy, viszont a spontán gyógyulás, a vérzés spontán csillapodásának chanceai nagy vérzés esetén is igen jók.

Nem szabad továbbá operálni olyankor, ha a bántalom relative rövid ideje áll csak fenn és a kórkép nincs teljesen tisztázva, míg régi és a belgyógyászati kezeléssel *makacsul daczoló* esetekben akkor is megvan a jogosultsága az operatióknak, ha a diagnostik csak hozzávetőlegesen bírjuk megállapítani, vagy csak indokolt gyanunk van erre a betegségre.

Nem operálni valók végül a sepsis, égések kapcsán, valamint paedatrophias gyermekekben, újszülöttekben fejlődő ulcus duodeni sem, legfőlebb nyilvánvaló perforatio esetén szabad ilyen betegekben a műtétet megkísérlni.

#### VIII. Műtét technika.

E fejezetben csak egész röviden óhajtók a duodenalis fekélyek felkeresésének, megállapításának és ellátásának kérdésével foglalkozni.

A mi elsősorban a duodenalis fekélyhez való behatolást illeti, némelyek a jobb rectuson át való behatolást ajánlják, mások a középvonalban hatolnak be. Magam ez utóbbi utat tartom jobbnak, mert a gyomor egyidejű megvizsgálására s a gastroenterostomia végzésére a legkedvezőbb helyet adja, a duodenumot ebből is kényelmesen meg lehet vizsgálni, különösen azt a részét, mely leggyakrabban megbetegedett, t. i. a pylorus melletti területet, itt legkönnyebb és leggyorsabb a behatolás és itt lehet a hasat a legexactabb módon elzárni.

A mi a duodenalis fekély műtét alatti diagnostikát illeti, kifejezett esetekben, mint *Moynihan* hangsúlyozta, csakugyan mindig látható és tapintható az elváltozás. A mit látunk, az vagy egy csillagos fehér heg a duodenum serosáján, vagy a duodenumnak többé-kevésbé erős odanövése a májhoz vagy epehólyaghoz. Ha ilyen látunk, azt legjobb nem bolygatni, mert szétválasztás közben a fekély könnyen perforálhat, vagy a májból vérzés áll be, melynek csillapítására esetleg egy csíkot vagyunk kénytelenek bennhagyni (10. sz. esetem)

<sup>118</sup> Annals of surgery, 1911, september, 319. 1.

<sup>119</sup> L. c., p. 432.

<sup>120</sup> Brit. med. Journ., 1907, febr. 2.

<sup>121</sup> Cf. Zesas: Deutsche Zeitschr. f. Chir., 105 p., 519.

\* Cf. Vautrin: Revue de Chir., 45, p. 701.



és nem zárhatjuk primára a hassebet. A látható hegnek megfelelőleg tapintva a duodenum falában egy körülírt keményedést, vastagodást érzünk. Megjegyzendő még, hogy vongálás, húzás által könnyen keletkezhetik a duodenumon éppen a fekély típusos helyén egy halványabb folt (anemic spot, *Mayo*), melyet azonban nem szabad és kellő vigyázat mellett nem is lehet az előbb említett fehér heggel összetéveszteni; mert ez természetesen állandó, míg a húzás által keletkezett anaemiás folt eltűnik, a mint a húzást abbahagyjuk.

Természetes, hogy a hátulsó falon ülő fekélyeket látni nem lehet, ezeket csak tapintással lehet kimutatni; vagy a duodenum hátrafelé való rögzítettségéből s a környéki összenövésekből lehet rájuk következtetni. Ezen fekélyek jelenlétének biztos eldöntésére *Eve*,<sup>122</sup> majd *Wilms*<sup>123</sup> azt ajánlotta, hogy a gyomron ejtett seben át a duodenumba vitt ujjal tapintsuk ki őket; *Körte*,<sup>124</sup> *Bier*,<sup>125</sup> *Neudörfer*<sup>126</sup> is hasonlóan jártak el egyes eseteikben, azonban *Bier* kifejezetten mondta, hogy ily módon duodenalis ulcus jelenlétét konstatálni sohasem bírta. Az infectio lehető elkerülésére *Wilms* azt ajánlja, hogy a gyomorba bevitt ujjunk körül dohányszacskó-varrattal kössük be a gyomor sebet. *Rovsing*<sup>127</sup> pedig egy cystoskophoz hasonló, csak hogy vastagabb műszert vezet egy kis seben át a gyomorba, evvel vizsgálja meg ennek és a duodenumnak nyálkahártyáját és állapítja meg a fekély helyét.

Ezen eljárások nem veszélytelenek már a hasüreg infectiójának szempontjából sem és *Rovsing* megemlíti egy esetről, a hol a direct gastroszkopia a gyomornyálkahártya kiterjedt megégetésére vezetett és halálosan végződött. Ehhez járul, hogy sem az inspectio, sem a palpatio nem biztosítja teljesen a diagnoszt, mert kisebb fekélyek a nyálkahártya ránczai közt könnyen eltűnhetnek. Ezt *Bier* is kiemeli. Periduodenalis összenövéseket, mint hangsúlyoztam, jobb nem bolygatni. Minden esetre, ha ilyeneket látunk, meg kell mindig nézni, nem az epehólyagból, avagy colonból indulnak-e ki ezek az összenövések. Ha ezek nincsenek az összenövésben érdekelve, vagy ha igen, normális falzatúak, az epehólyagban kövek nincsenek, a gyomor, a pylorus is szabad és az előző klinikai tünetek duodenalis fekélyre vallanak, bizvást felvehetjük, hogy az összenövést a duodenumfekély idézi elő.

Ha a duodenumban és körülötte semmit sem találunk, még összenövéseket, rögzítettséget sem és a szomszéd szervek (gyomor, appendix, epehólyag, pankreas, colon) beható vizsgálata sem adja magyarázatát az észlelt klinikai tüneteknek, vagy alapos okunk van arra gyanakodni, hogy ezek elváltozása mellett még duodenalis fekély is van jelen: ekkor és csakis ekkor válnék jogosulttá a duodenum belső felületének inspectio és palpatio útján való vizsgálata, nehogy esetleg hiába végezzünk olyan beható műtétet, a minő a pyloruselzárás és gastroenterostomia, vagy pedig a fennálló duodenalis fekély daczára elálljunk minden további beavatkozástól és zárjuk a hasat. Magamnak azonban ezideig a duodenum jelzett vizsgálatára csak egyetlen egyszer volt szükségem és itt belső vizsgálattal sem találtam fekélyt.

Megjegyzendő azonban, hogy egyes laesiók a leggonoszabb vizsgálat mellett is elkerülhetik figyelmünket. Egyáltalán élön csak azokat a fekélyeket bírjuk látással sőt tapintással is megállapítani, a melyek a muscularist, esetleg a serosát is infiltrálják, míg a felületes nyálkahártya-erosiókat nem. És azért oly tapasztalt sebészek, mint a *Mayo*-testvérek, is megesett, hogy nem tudtak egyes esetekben megtalálni olyan fekélyeket, melyek jelenlétét egy későbbi laparotomia alkalmával, midőn a fekély már infiltrálta a mélyebb rétegeket és így „mucous ulcer“-ból, „medical ulcer“-ból „chronic indurated ulcer“-ré alakult, megállapíthatták.

<sup>122</sup> Cit. zum *Busch*: Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 481.

<sup>123</sup> Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 673.

<sup>124</sup> L. *Zesas*: D. Z. f. Chirurgie, 105, p. 512.

<sup>125</sup> *Bier, Braun, Kümmel*: Lehrbuch der chirurg. Op.

<sup>126</sup> Verh. d. d. ges. f. Chir.

<sup>127</sup> Annals of surgery, 1912, augusztus.

Hasonló esetet ír le *Moynihan* (No 173). Itt duodenalis ulcus diagnosissal operált; műtét alkalmával a kis curvaturán talált egy nagy fekélyt, melyet kimetszett, a duodenumon semmit. 14 hó múlva újabb fájdalmak miatt végzett műtét alkalmával egy nagy heget talált a duodenum első részében.

*Paterson* egy esetében is csak a 1½ év múlva végzett relaparotomia alkalmával találta meg a duodenalis ulcust, mely már az első műtét előtt okozott tüneteket.

A műtét alatt annak diagnoskálására, hogy a fekély a gyomron vagy duodenumon ül-e, általában az ú. n. *Mayo*-féle pylorikus venát fogadják el kriterium gyanánt, a mi ettől oralisan fekszik, az gyomor-, a mi aboralisan, az duodenalis ulcus.

*Mayo* leírása szerint<sup>128</sup> ez a „pyloric vein“ a pylorus gyomor felé eső oldalának alsó részéről indul ki és felfelé vonul kb. a gyomor szélességének ¾ részén; a pylorus felső széléről egy hasonló vena vonul lefelé, míg az előbbi egészen, vagy majdnem egészen eléri. *Moynihan*<sup>129</sup> több mint 1000 gyomornak műteti megfigyelése alapján állítja, hogy a vena oly állandó, hogy megbízható útmutatóul szolgál.

Különösen a francziák részéről pontos anatómiai vizsgálatok történtek ezen vena állandó voltának a megállapítására. *Vignes* 15 fuchsinnal injiciált praeparatum közül 12-ben tudott kimutatni egy pontosan a pylorus táján fekvő venosus anastomosist, viszont *Souligoux*, *Fontan* és *Treblin* tagadja a vena állandóságát és topographiai meghatározó értékét; *Latarjet* 35 esetet vizsgált át és azt találta, hogy a pylorus elülső felszínén állandóan van egy vena, melynek azonban látható pályája nem igen nagy; ez a vena 1—1 a gyomor és a duodenum elülső felszínén futó másik vénával együtt közös törzsszé egyesülve a vena infrapyloricába ömlik s ezekhez képest meglehetősen állandó lefutású, a mennyiben mindig a pylorusgyűrűnek megfelelőleg fut; csak annyiban vannak eltérések, hogy egyszer párhuzamosan fut a pylorikus gyűrűvel, máskor ferdén keresztezi azt. A venának inkább anatómiai, mint sebészeti jelentőséget tulajdonít, mert látható pályájának rövid volta, helyzete a pylorus alsó részében és sokszor minimalis calibere egyáltalán nem teszi feltűnővé.

*Houdard* és *Mocquot*,<sup>130</sup> a kiknek összeállítása nyomán a fenti adatokat közöltük, nem elégedtek meg azzal, hogy külső megtekintés által állapítsák meg azt, vajjon a kérdéses vena a pylorus helyén fut-e, hanem az injiciált duodenumot hátulról megnyitva, a pylorusgyűrű elülső szélén a bélfalon át függélyes irányban beszúrt gombostűkkel jelezték az átmenet helyét. Elsősorban azt nézték, hogy a *Mayo* által leírt vena-anastomosis hányszor fordul elő és minő viszonyban van a pylorushoz. 20 eset közül 5-ben volt egyszerű és 1-szer dupla anastomosis a pylorussal szomszédos területen a curvatura minor és curvatura major venái közt; ez pedig a 6 eset közül csak egyszer feküdt a *Mayo* és *Moynihan* által típusosnak jelzett helyen, t. i. a pylorikus gyűrűnek bal oldalán, a többi esetben mindig a duodenumon székelt, és pedig ott, a hol egyszerű volt, a pylorikus gyűrű szélétől 6—18 mm.-nyire jobbra, azon esetben, ahol dupla volt az anastomosis, az egyik 2 cm.-nyire a pylorustól feküdt a duodenumon, a másik a flexura duodenalis sup. táján. A pylorus alatt 20 esetből 16-ban egy venacsomó (bouquet veineux pylorique) fut össze, melynek többnyire 2—3, ritkábban 4—5 ága van, ezek egyesülése a *Latarjet*-féle infrapylorikus vena, mely azonban nem látható mindig, mert a lig. gastrocolicum zsírja elfedi. A pylorus 16 eset közül 8-ban ezen legyezőszerűen összefutó venacsomó közepének felel meg, vagy úgy, hogy páratlan számú ágak esetén a középső fut a pylorusnak megfelelően, vagy úgy, hogy páros számú ágak esetében a pylorus a 2 középső közti területre jut; de az egész gyűjtőércsomó a pylorustól jobbra (6 eset), vagy balra (2 eset) is fekszik. Ezt a pylorikus venacsomót ágainak vastagsága és szorosabb összefekvése jellemzi, de semmi éles megkülönböztető jel a vena gastroepiploicába ömlő, a nagy

<sup>128</sup> Annals of surgery, 1907 június, p. 812.

<sup>129</sup> Wiener med. Wochenschrift, 1912, p. 1039.

<sup>130</sup> Revue de Chirurgie, 1912, p. 402.



curvaturán ülő venáktól nincs. A kis curvatura tájára vonuló pylorustáji venák még kevésbé mutatnak valami állandóságot, úgy hogy mindent összevéve, *Mocquot* és *Houdard* szerint a pylorustáji venái semmi megbízható állandóságot sem mutatnak és hogy praeparálás nélkül egyszerű megtekintésre a pylorus helyének megállapítására biztos támpontot nem nyújtanak, és semmi esetre sem tekinthetők jobb és megbízhatóbb kritériumnak a pylorus helyének megállapításában, mint a pylorikus sphincter által okozott jól tapintható megvastagodás.

Ehhez járul még, hogy e venák pathológiai viszonyok közt, hegesedések alkalmával teljesen felismerhetetlenné válhatnak, mint arra maga *Latarjet* figyelmeztetett, a ki kétszer hullán és egyszer élön figyelte meg, hogy a pylorikus venát a peritonealis adhaesiók teljesen eltakarták s mint arra nálunk *Herczel* és *Makai* is utalt s mint azt magam is már előzőleg kifejtettem (l. 145. lap).

Mindent összevéve odakonkludálnék, hogy a Mayo-féle vena legfeljebb hozzávetőleges tájékozásul szolgál; biztosan csak olyan fekélyt lehet lokalizálni, a hol a pylorikus sphincter contourjai palpatorice kivehetők, erős hegesedések esetén pedig csak approximative tudjuk megmondani, hacsak a zsiger lumenét meg nem nyitjuk, hogy a fekély pylorikus-e vagy parapylorikusan a duodenumban fekszik.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**E. Jacobi: Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen für praktische Ärzte und Studierende.** Fünfte Auflage. 266 farbige u. 2 schwarze Abbildungen auf 161 Tafeln nebst erläuterndem Text. I.—II. Bd. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1913. Ára kötve 60 kor., füzve 54 kor.

A nagyarányú atlasban a dermatológiai oktatásnak egyik fontos határkövét láthatjuk. Ha az orvostudományak valamely ágában fontos a szemléltető reproductio módszer, úgy bizonyára a dermatológiában az; de viszont az is bizonyos, hogy a bőrbántalmak hí és minden sallangtól mentes visszaadása a legnehezebb technikai feladatok egyike. E nehézségek miatt szenvedett évtizedeken keresztül hajótörést már nem egy érdemes és buzgó törekvő. A reproductio technika csak az utóbbi időben emelkedhetett jelenlegi magas fokára, a mikor egyrészt a párisi Saint Louis-kórház páratlanul álló moulage-gyűjteménye impulzust adott a különböző dermatológiai központokban arra, hogy az érdekes és tanulságos eseteket moulage-okban megörökítsék, másrészt ezeknek photomechanikai úton való tökéletes reproductióját megkíséreljék. Ennek a photomechanikai sokszorosításnak legújabb haladása a citochromiás eljárás, a melylyel a *Jacobi*-atlas is készült s a melynek segítségével a moulage-ok abszolút híven reprodukálhatók.

Az atlasnak nagy kvalitását semmi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy 8 év után immár az 5. kiadásra került a sor. E csaknem példátlan siker nyitja kétségtelenül a mű kiváló tulajdonságaiban rejlik. És ez utóbbiak nem egyedül a szép és hí színes táblákban kereshetők, hanem abban is, hogy az anyag kitűnően van csoportosítva és megválasztva. Nagy előnye az atlasnak, s a szerzőjének gyakorlati érzékére vall, hogy elsősorban a typusos és gyakran előforduló bőrbajok vannak bővebben reprodukálva. De azért jut hely a ritkább bajoknak is, melyeknek reprodukálása bizonyos diagnostikai nehézségek fölmerülésekor a dermatologusnak is segítségére lehet. E tekintetben bővült is az ábrák száma, a mennyiben föl van most már véve pl. a pellagra, a hydroa vacciniformis, a sporotrichosis stb. De bővült a munka azáltal is, hogy néhány fontos, az előbbi kiadásokban hiányzott bántalom is ábrázolva van (pl. rubeola, miliaria rubra, diabeteses gangraena). A tökéletesedést az is bizonyítja, hogy néhány ré-

gebbi gyöngébb ábrázolás újabb és kifogástalan ábrával van pótolva.

A szerző *Neisser* tanárnak ajánlotta a művét, a kinek az atlas létrejövételében annyiban van érdemes része, hogy nagy breslaui moulage-gyűjteménye alapul szolgált a legtöbb reproductiónak. A szerző ezenkívül a saját klinikájának, valamint a párisi Saint Louis-kórháznak gyűjteményét is felhasználta, sőt elvétele még egyéb gyűjtemények moulage-ai is szolgálták a reproductio célját. Mindezek alapján a szerző oly gazdag és tökéletes anyagot tudott művében összehordani, hogy méltán csatlakozhatunk *Neisser*-nek ama kijelentéséhez, hogy jobbat és tökéletesebbet ez időszerint még nem nyújtott semmiféle más atlas.

A mű minden orvosnak és orvostanhallgatónak, a ki a dermatologia iránt érdeklődéssel viseltetik, melegen ajánlható. *Guszman.*

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A vércukor jelentőségéről diabetes mellitus eseteiben** ír *Tachau*. A vér cukortartalmának meghatározása diabetes mellitus eseteiben gyakorlati klinikai jelentőségében azóta nyert, mióta exact vércukor-meghatározásokat aránylag kis mennyiségű vérről (5—10 cm<sup>3</sup>) tudunk végezni. Ezáltal elérhetővé vált az, hogy összehasonlító meghatározásokat tudunk végezni gyakran, akár napjában többször is ugyanazon betegen.

A vérvétel éhomra történjék; különösen diabetes mellitus eseteiben fontos ennek hangsúlyozása, minthogy így a betegségben az étkezésnek a vércukor mennyiségére gyakorolt jelentékeny befolyását elkerülhetjük.

Ha a szénhydratfelvétel után beálló vércukorértékingadozás fokát akarjuk megállapítani, akkor legcélszerűbb 100 gr. szőlőcukor, vagy 50 gr. fehér kenyér elfogyasztása után 1 órával végezni az újabb vizsgálatot.

A higanycyanid reductióján alapuló *Tachau*-féle vércukormeghatározási eljárás útján nyert eredmények szerint a vércukortartalom ép egyénekben meglehetősen szűk határok közt szokott mozogni s középtértékben 0.08%-nak felel meg.

Az éhomra talált fokozott vércukortartalom diabetes mellituson kívül láz esetén, chronikus nephritis eseteiben, főleg az uraemiás szakban, bizonyos májbetegségek, chronikus alkohol- és ólommérgezés, morbus Basedowi eseteiben mutatható ki.

Egészséges emberben a fokozott szénhydratfelvétel nem fokozza a vércukor koncentrációját.

Diabetes mellitusban a glykosuria mellett mindig kimutatható hyperglykaemia is. A legmagasabb érték, mely igen súlyos diabetesben találtatott, 0.77% volt. A diéta kezelés után csökkenő glykosuriát nyomon követi a vér cukortartalmának csökkenése. Minthogy vannak olyan diabetes-esetek is, a hol csak a vércukortartalom megszorodása mutatható ki, míg a vizelet cukormentesnek bizonyul, fontos, hogy a diabetest csak akkor tekintjük gyógyultnak, ha a glykosuria megszűnését a hyperglykaemia eltűnése is követi. A renalis eredetű glykosuriában a vér cukortartalma nem fokozott, nagy mennyiségű szénhydratfelvétel után alimentaris hyperglykaemia nem következik be s így a cukorvizelet foka s a felvett táplálék szénhydrattartalma közt szoros összefüggés nem mutatható ki. A terhességben előforduló cukorvizelet rendszerint renalis eredetű. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 109. kötet, 5.—6. füzet.) *Galambos dr.*

### Sebészet.

**Az acut gyomorperforatio korai diagnosisáról** ír *D. Kulenkampff*. Átfűródásból eredő hashártyagyulladás eseteiben általánosan elfogadott elv az, hogy oly korán operáljunk, a mily korán azt a diagnosis megállapítása megengedi. A legjobb prognosist azok az esetek nyújtják, a melyek a perforatio első tíz órájában kerülnek sebészi beavatkozásra. A gyomorperforatio körjelzése azonban nem mindig könnyű, mert a beteg a gyomor részéről kellemetlenségekre gyakran



nem is emlékszik. A perforatio első 3—4 órájában néha csak a peritonealis izgalom feltűnő, a mi vese- vagy epehólyag-kólika eseteiben is beállhat, mesenterialis embolia, gastrikus avagy cardialgiás krízis, kocsánycsavarodás eseteiben is előfordulhat. A pulsus sem mindig jellemző, mert éppen gyomorperforatio esetén tapasztalható, hogy az telt és lassú lehet. Ha a beteg előzőleg morphiumpot kapott, a nyomásérzés nem kifejezett. Ilyen esetekben, a midőn a műtéti beavatkozás sürgős, a diagnózis kétes, a szerző szerint felvilágosítást nyújthat a Douglas-redő korai nyomási érzékenysége. *Kautsch* és *Lenander* említi, hogy gyomorperforatio esetén néha a perforatio környékén gyomortartalom nincs, míg a kis medence már tele van gyomortartalommal. A Douglas-redő nyomási érzékenysége ismert tünet a peritonitisek előrehaladottabb stádiumaiban, különösen a női genitáliák megbetegedéseiben, appendicitis eseteiben. *Thöle* jellemzőnek tartja annak előbóltosulását májruptura esetén. A szerző esetében daczára annak, hogy a belekben a peritonitisnek alig volt nyoma, exsudatum, a májkapu táját kivéve, alig volt, de a Douglas már érzékenységet mutatott. Éppen gyomorperforatio esetén vannak meg ezen tünet kifejlődésére alkalmas mechanikai és physicalis feltételek. A gyomor elülső falán levő átfúródásokon keresztül a gyomor folytonos mozgása következtében a híg táplálék könnyen juthat az elülső hasfalak mentén a kis medencébe. Duodenalis perforatio avagy az epehólyag átfúródása eseteiben, a hol azt a már létrejött összenövések megakadályozták, a gyomortartalomnak odajutása inkább meg van nehezítve. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 3. sz.)

ifj. Hahn Dezső dr.

#### Gyermekorvostan.

**A helyi tuberculosis heliotherapiájáról** értekezik *Rollier* (Leysin). Rövid történeti bevezetés után, melyben a francia *Poncet*-t említi föl, mint a heliotherapia első alkalmazóját gümös izületi és csontmegbetegedések eseteiben, *Bernhard*-nak tulajdonítja a magaslati helyeken történő insolatio kezelés kezdeményezését. Az ő szép eredményein felbátorodva, *Rollier* az u. n. sebészi gümőkórban kezdte kiterjedtebben alkalmazni a heliotherapiás eljárást. E célból épült az első sanatorium Leysinben 1903-ban, mit rövid idő alatt még két másiknak építése követett, úgy hogy most a három sanatoriumban 350 ágy áll rendelkezésre s ezek közül 150 gyermekek számára szolgál. A sanatoriumi kezelés, a betegség által meggyöngyített szervezetet lehetőleg kedvező viszonyok közé hozva, a magaslati hely klímás tényezőit használja föl. A tiszta szabad hegyi levegőn való állandó tartózkodás és megfelelő táplálkozás mellett a napfény a leghatásosabb gyógytényező. A napfény gyógyító hatásának (a pigmentatio előidézése a bőrfelületen) leglényegesebb tényezői az ibolyántúli sugarak. *Rosselet*-nek erre vonatkozó vizsgálatai szerint az ibolyántúli sugarak intenzitása ugyanazon helyen, nyár felé haladóan fokozódik, e sugarak intenzitásának ingadozása télen nagyobb, mint nyáron; *Leysin* és *Lausanne* közt (tenger színe fölött 1450 m. és 450 m.) az ibolyántúli sugarak intenzitási különbsége nyáron kisebb, végül a nyári és téli időszakban az ibolyántúli sugarak intenzitási különbsége *Leysin*-ben kisebb, mint *Lausanne*-ban. E tételek szerint tehát télen a napkúra hatásosabb a magaslati helyeken, mit a tapasztalat is igazolt.

*Rollier* körülbelül 700 sebészeti gümőkórban szenvedőn 9 év alatt szerzett tapasztalata alapján kimondja, hogy a sebészeti gümőkór minden alakjában, minden stádiumában és minden életkorban el lehet érni a gyógyulást a heliotherapia segítségével. A zárt sebészi gümőkór mindig meggyógyul, ha van idő és képesség azt zártan tartani. A zárt gümőkórt nyílttá tenni annyit jelent, mint a beteg gyógyulási esélyeit százszorososan megkisebbiteni. *Rollier* a sebészi gümőkórt föltétlenül universalis és nem localis bajnak tekinti, mely általános kezelést igényel, főtükrvése tehát a szervezet megerősítése, e mellett még helyi kezelésre is van szükség. E két föltételnek tökéletesen megfelel a napkúra alkalmazása, egy-

részt a bőrfelület besugározása erélyes tonizáló és frissítő hatással van az egész szervezetre, másrészt a heliotherapia helybeli gyógyhatású is, a mennyiben bebizonyított tény, hogy a napsugár fájdalomcsillapító és redukáló hatása mellett hatalmas bacterium-ölő és sclerotizáló hatású.

A *Rollier*-sanatoriumokban a kezelés lényege a teljes napfürdő alkalmazása állandó friss hegyi levegőn való tartózkodás mellett. Ellentétben *Bernhard*-dal, ki a localis napfürdő híve, itt minden esetben a teljes napfürdőt alkalmazzák. A teljes napfürdőhöz fokozatosan szoktatják a betegeket. Néhány napon át a szabad hegyi levegőhöz szoktatják őket s csak, ha kissé acclimatizálódtak, kerülnek a napos terrasra, könnyű, fehér vászonruhába öltözve, vászonkalappal és sötét szemüveggel. Az első napon 3-szor 5 percre teszik ki a két lábfejet a napfény hatásának, a következő napon 3-szor 10 percre a két lábfejet és 3-szor 5 percre a lábszárakat, a harmadik napon ismét 3-szor 5 percczel hosszabb ideig tart az insolatio, a 4. napon a karok, az 5.-en a hát és a 6.-on a has és mell kerülnek a napra hasonló módon. Ezen elővigyázatos eljárással kikerülnek az erythema solare és kellemetlen következményét, a dermatitis bullosát s így a localis kezelés túlintenzív reactióit is. Lassan elérik a kívánt pigmentatiót, mely a bőr ellentálló képességét fokozza és a sebgyógyulást kedvezően befolyásolja. Rövidebb-hosszabb idő alatt a bőrpigmentatio tökéletes s az előbb fehér (világos) bőr vörös-sötétbarnává változott. A pigmentatio intenzitásából és gyorsabb megjelenéséből következtethetünk a gyógyulás időtartamára; minél rövidebb idő alatt áll elő a pigmentatio és minél intenzívebben, annál hamarabb gyógyul meg a beteg. Kétségtelenül összefüggésben áll ez az egyén ellentálló képességével; szőke, pigmentszegény egyénekben ez kisebb és lassabban is gyógyulnak ezek, mint a barnák; a különbség még föltűnőbb a vörös-szőke egyénekben, kiken csaknem semmi pigmentatio sem jelentkezik a nap hatására és a kiknek tuberculosus megbetegedéseiben általában kevésbé kedvező a prognózis.

A pigmentált bőr ellentálló képességét bizonyítja az is, hogy acne vagy furunculus ezen sohasem támad; érdekes, hogy egy az intézetbe behurczolt varicella-infectio megkimélte az összes pigmentált bőrű beteget és *Rollier* varicellahólyagok keletkezését látta egy gipszkötés alatt levő bőrrészleten, míg az e melletti pigmentált bőrrészletet egész éles határral kimélte meg a hólyagos eruptio.

A szerző az insolatio hátrányosságát sohasem észlelte, a betegek közérzetét ez sohasem zavarta, sőt javította.

Érdekeseke *Bardenheuer* vérvizsgálatai s az azokból vont következtetések, melyek szerint a véréjtek számából s azok egymáshoz való viszonyából a gyógyulás idejére következtethetni.

A szerző ezután részletesen leírja a sebészi gümőkór különböző alakjaiban alkalmazott eljárását; így gümös csigolyagyulladás és ízület-lob eseteiben nagy súlyt helyez az immobilisatióra a napfény gyógyhatása mellett, de a nem levehető gipsz- és egyéb fixírozó kemény kötések határozottan perhorreszkálja, mint a melyek a napot és levegőt vonják el éppen az ezekre leginkább reászoruló beteg testrészektől. Spondylitis eseteiben egyszerű fektetéssel és hevederrel, ízületlob eseteiben nyújtó-készülékkel (fekvő helyzetben) immobilizál és ezekkel s a napfény és hegyi levegő segítségével kitűnő eredményeket ért el, a mennyiben igen gyakran az ízület visszanyerte teljes mozgási képességét, még igen súlyos esetekben is. A napfény egyik meglepő localis hatása a fájdalomcsillapítás; coxitis és gonitis számos esetében már az első insolatiókra lényegesen csökken vagy eltűnik a fájdalom, hasonló meglepő hatású a tuberculosus cystitis és adnexaffectiók által okozott fájdalmak alkalmával, melyek addig semmi más kezelésre sem enyhültek. *Rollier* gyakran észlelte ezenkívül hideg tályogok spontán felszívódását, sipolyok záródását, sőt csontsequesterek spontán kilökődését csak a napfény hatása következtében.

A gümös mirigyek a nap hatása alatt vagy eltűnnek, vagy megpuhulva, néhány punctióra rövid idő alatt gyógyulnak. Előfordul az is, hogy a beteg mirigy egész tömegében



kilöködik a szervezetből és gyógyulás után az egész bántalomnak alig marad nyoma.

A heliotherapia kitűnő hatása bevált gümös hashártyalob eseteiben is; különösen szép eredményeket látott a plastikus izzadmánnyal bíró alakokban, hol gyakran ökölnyi sajtos csomók puhulnak meg és szívódnak föl. Az asciteses alakokban igen kiterjedt izzadmányok hasonló gyors felszívódását észlelte, punctióra vagy laparotomiára sohasem volt szükség. Ileocoecalis és egyéb bélsipolyok, melyek peritonitis tuberculosa műtete után maradtak vissza, spontán záródtak.

Ileocoecalis gümőkór eseteiben, melyekben a béllument erősen szűkítették a daganatszerű képződmények, heliotherapia alkalmazására a bélpassage teljesen helyreállott és a coecum normalis alakját nyerte vissza. Kitűnő eredményeket ért el ez eljárással az urogenitalis szervek gümőkórjában is; vese- és hólyaggümőkór, heregümőkór, sőt ennek sipolyos alakjai is szépen gyógyultak. Hasonló jó eredményei voltak a nyálkahártya (conjunctiva) tuberculosus megbetegedéseiben is, valamint a gyermekkori tracheo-bronchialis mirigy-hyperplasiák is teljesen visszafejlődnek a kúra használata folytán.

Rollier a heliotherapia által elért eredményeket mindig Röntgen-sugárral ellenőrizte. A conservativ módon kezelt sebészi gümőkór-esetekről fölvett körülbelül 2000 Röntgen-photogramm alapján a következő 4 pontban foglalja össze tapasztalatait:

1. A gümös megbetegedés kiterjedése rendszeren nagyobb a klinikai vizsgálat fölvételénél.

2. Az infectio időbeli lefolyása tág határok közt ingadozik, mert ez a virulentiától és az individualis tényezőktől függ (localisatio, ellentálló képesség, egyidejű, másutt is jelentkező tuberculosus tünetek).

3. A gyógyuló csontgümőkór az activ stadium diagnostikai mozzanatait tünteti föl visszatérőleg (eltűnő atrophia, durván rarefikált csontszerkezet, éles demarcatio az ép szövet felé, tulajdonképpen reprodukáló és resorbeáló előzmények).

4. Gyakoribb a tökéletes gyógyulás a tiszta, nem fertőzött alakokban. A gyógyulás biztos, tartós és functionalis szempontból ideális. A synovialis tuberculosus nyom nélkül gyógyul, a csontok megtámadott izületevégei ad integrum restituálódnak, a tönkrement izületek roncsaiból új izületek fejlődnek, melyek a régi izület funkcióihoz hozzáillenek.

Miután a nap bactericid hatása kétségtelenül hatalmas fegyvere a prophylaxisnak, a szerző szeretné fölhívni az illetékes tényezők figyelmét arra, hogy a milieu-n, melyben a mai ember él, javítsanak. Nagyobb figyelemmel kívánja az ifjúság physikai nevelését irányítani és nagyobb szerepet akar ebben a napnak adni, mert, ha a gyakran előrehaladott gümőkór által megtámadt és elgyöngített szervezetre oly csodás hatással van a napsugár, mennyivel hatásosabb ez a csak gyenge, vérszegény és gümőkórra hajlamos gyermekeken s mily fontos lenne ez a prophylaxis szempontjából.

Végül a szerző statisztikájának egyes adatait közli: a 650 sebészi gümőkóros beteg közül csak 3-on kellett végeznie resectiót és 4-en excochleatiót. A 450 zárt gümőkór közül egy sem vált nyitltá a kezelés alatt. Körülbelül 1000 punctiót végzett, a sipolyképződést mindig meg tudta akadályozni. 50 hideg tályog spontán szívódott föl. 6 esete recidált, ezek közül 3-nak tüdőgümőkórja is volt.

A sanatoriumban elhaltak csaknem mind igen súlyos állapotban érkezték az intézetbe (cachexia, amyloid degeneratio, másod- és harmadfokú tüdőgümőkór, fekélyes bélgümőkór). (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 28. sz.).

Koós dr.

### Húgszervi betegségek.

A vesegümőkórnak tuberculinnal gyógyításáról a következőket írja B. Motz. Annak idején nagy kétkedéssel fogadta a jelentéseket azon kedvező eredményekről, melyeket mint első Leclerc Dandoy ért el vesegümőkóros betegeken a tuberculinnal; de úgy a saját, mint az azóta tudomására jutott ideglen észlelések következtében megváltozott a nézete e therapiáról. Négy elég súlyos vesetuberculosisban szenvedett

betegén ugyanis tuberculinnal avagy Spengler-féle serummal történt oltások után az ezelőtt zavaros vizelet teljesen feltisztult és az illetőkön ezentúl egyébként sem voltak kóros elváltozások kimutathatók, a betegek tehát teljesen meggyógyultak.

A szerző nem hiszi, hogy ezekben az esetekben pusztán csak az ureter obliteratioja állott volna be, mert ez esetben a pyonephrosis tünetei is jelentkeztek volna. Az ő véleménye szerint tehát a tuberculin bizonyos esetekben csakugyan meggyógyítja a vesegümőkört, a mit annál jobban kell értékelni, minthogy a sebészi therapia csupán 45% gyógyulást ad. Az az ellenvetés, hogy a belső kezelés következtében a műtét helyes idejét elszalasztjuk és a betegség ezen idő alatt a másik vesére is áttérjed, klinikailag még nincs bebizonyítva.

Motz tehát azt ajánlja, hogy az egyoldali vesegümőkört az első 3—4 hónapban tuberculinos gyógykezelés alá kell vetni; ha ezen idő alatt lényeges javulás mutatkozott, akkor folytassuk ezt a therapiát, ellen esetben azonban a 4. hó elteltével azonnal irtuk ki a beteg vesét. Kétoldali vesetuberculosis olyan eseteiben pedig, a hol műtétet nem végezhetünk, mihamarább meg kell kezdeni a tuberculin-therapiát. (Revue clinique d'urologie, 1912.)

Drucker.

### Orr-, torok- és gégebajok.

A fossa supratonsillaris szabaddátételére segéd-metszésül a tonsillák műtete alkalmával az elülső garatív bemetszését ajánlja Walther Rosenberg, Hinsberg klinikájáról (Breslau). Killian-nal és más szerzőkkel egyetértően utal a fossa supratonsillarisnak és a tonsillák felső polusának pathogen jelentőségére, a mely helyek a rejtett gyulladásoknak, illetőleg peritonsillaris tályogoknak székhelyét, illetve az utóbbiak kiindulása helyét alkotják. Ámde kicsiny és mélyen a garatívek közé beágyazott tonsillák esetén éppen a felső polushoz sokszor igen bajos jól hozzáférni s ezen esetekben alkalmazták az alábbi eljárást, a mely utóbb a tonsillákon végzett egyéb műtétek alkalmával is hasznosnak bizonyult: az elülső garatív egy ollócsapással vágják át, miután az olló egyik szárát a tonsilla és garatív között a fossa supratonsillaris fundusáig bevezették; az átmetszés pillanatában a garatív sebszélei az átmetszett izomrostok retractioja folytán szélesen tátonganak és a fossa supratonsillarisához igen jó betekintést nyerünk és a tonsilla megbetegedett vagy gyanus részleteit conchotommal könnyen eltávolíthatjuk; ezen segédmetszés mélyen beágyazott mandulák teljes kiirtásakor is nagy könnyebbséget nyújt, a mennyiben könnyen sikerül a tonsilla megfogása és ágyából kiemelése a nélkül, hogy a garatív is a tonsillával együtt befognék a műszerbe; végül az elülső garatív discissióját peritonsillaris tályogok megnyitására használták, a szokásos — a garatív szabad szélével párhuzamos — incisio helyett; igen gyakran a tályog már a garatív átmetszésekor megnyílik, s ha nem, a fossa supratonsillaris felől nagy könnyűséggel és tompán szondával vagy makfogóval juthatni a tályogürbe, akár prae-, akár retrotonsillaris. Ezen eljárást több mint 150 esetben alkalmazták és soha súlyosabb vérzés a garatívból nem mutatkozott, már pedig, mint a tonsillaműtétekről szóló irodalomból kitűnik, ezideig a szájpádívek megsértésétől mindig félttek és óva intettek tőle a vérzés veszélye miatt. A szerző szerint a garatívnek a jelzett módon való átmetszése nemcsak hogy a vérzés nagyobb veszélyességével nem jár, hanem ellenkezőleg a vérzés veszélyét csökkentti, a mennyiben módunkban van a vérzés székhelyét kényelmesen felkeresni és a vérzést csillapítani. A garatív működésének zavarát sem vonja maga után ez eljárás, mert a seb gyógyulása után csak alig látható heg keletkezett és az ínvtorla mozgásai és a beszéd semmiféle elváltozást sem szenvedtek, de még a garatív alakja sem változott. Mindezek alapján a garatívnek a jelzett módon való incisioját mint egyszerű, czélszerű és veszélytelen eljárást nagyon ajánlja. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde stb. LXVII. kötet, 1. és 2. füzet.)

Safranek dr.



### Orthopaedia.

A heveny járványos gyermekbénulásra vonatkozó mai ismereteinket adja elő *P. Krause* tanár (Bonn), a ki maga is egyik szorgalmas kutatója e betegség még homályos kérdéseinek. A heveny gyermekbénulás kétségen kívül fertőző betegség, mely már régóta fokozódva jelentkezik, sőt az utóbbi 7 évben már több epidémia volt megfigyelhető. Csoportokban lép meg egyes városrészeket, utcákat, a betegség átvitele emberről-emberre történik, továbbvitelében nagy szerep jut közvetítő, egészségesen maradó egyéneknek is. Sokszor ugyanazon család több tagján volt észlelhető a megbetegedés, megfigyelték a járvány terjedését bizonyos útvonalak, vasút-, posta-, kocs-, hajójáratok mentén. (Nálunk 2—3 év előtt a Budapest—Miskolcz—Kassa közt vonuló vasútvonal mentén folyt le járvány. Ref.) A betegség fertőző voltának megdönthetetlen jele, hogy sikerült majomra és házinyúlra átvinni. A betegség incubatioja 5—10 napra terjed emberen, majom- és házinyúl-oltási kísérletekben 8—24 napra. A második és harmadik életévben levő gyermekeket támadja meg a baj leggyakrabban, de észlelték 4 hetes, valamint magassabb korban levő gyermekeken is, sőt a felnőtteket sem kíméli meg. Főleg a nyári és őszi hónapokban jelentkeznek a megbetegedések. Nemre nézve különbség nem mutatkozik a megbetegedésekben. A halálozás a rajna-westfalai kerületi járvány alkalmából, melyet *Krause* észlelt, 12—15%-ot tett ki, s azon esetek száma, melyek minden utókövetkezmény nélkül gyógyultak, 15—20%-ra rúgott. Ez az utóbbi szám nagyon érdekes, mert röviddel ezelőtt még azt hitték, hogy az acut gyermekbénulásból nincs teljes gyógyulás.

A vírus a testbe a gyomorbéltractuson vagy a felső légutakon át hatol be. Hogy mivel történik a betegség bevétele, még nincs bebizonyítva, úgy látszik inficiált tápszerek (víz, tej, hús, kenyér, gyümölcs), valamint férgek (poloskák, balhák s más rovarok) nem a betegség átvivői. Sok gyermeket szopós csecsemő korában ér a betegség. A járvánnyal egyidejűleg észleltetett baromfi, házinyulak, lovak tömeges elhullása is. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a heveny gyermekbénulás kórokozója az eddig ismert megszokott kórokozók közt nem található fel, jöllehet a kutatás már annyira előrehaladt, hogy a betegség vírusát sikerült állatokra átvinni.

A gerinczvelő kórbonczolástani elváltozásait *Cornil* (1863) mutatta ki először, a kinek leletét: az elülső és oldal-kötegek megkeskenyedését és a dúcsejtek sorvadását, azóta többszörösen megállapították. Később az elváltozások eredetére nézve két nézet került egymással szembe: *Charcot* és iskolája azt állította, hogy az elülső szarvak primaer megbetegedése okozza az elváltozásokat, míg az újabb vizsgálatok alapján, főleg német szerzők, azt a felfogást vallják, hogy a vérerek hosszában játszódik le az elsődleges gyuladós folyamat; a dúcsejtek sorvadása másodlagos. A baj kezdeti szakában a gyuladós gőcz körül rendszeren úgy a fehér, mint a szürke állományra kiterjedő erős vízenyő van, mindennek szerint ez okozza a bénulás nagy kiterjedését eleinte. Későbbi szakban a folyamat mindinkább az elülső szarvakra húzódik vissza. A heveny stadiumban rendszeren a vékony- és vastagbélben is hurutos elváltozások vannak, a máj és lép duzzadt, az előbbiben kereksejtbeshürödés és egyes necrosis góczok találhatók. A vírus a behatolási helyről haematogen vagy lymphogen úton, ez utóbbi valószínűbbnek látszik, jut a gerinczvelő subarachnoidealis ürébe, a honnan első-sorban nyirokerekbe kerül, melyek a gerinczvelő ereit körülveszik. Így jönnek létre a rendszeren jelenlevő leptomeningitis, a gerinczvelő és agy disseminált góczai és végül a dúcsejtek elváltozásai.

A betegség tünetei annak különböző szaka szerint változó. Négy szakaszra osztható a baj lefolyása: az általános megbetegedés szaka, a bénulás szaka, a visszafejlődés stadiuma és a stationær bénulásokat mutató végkimeneteli stadium. Az általános megbetegedés szakát, mely csak az újabb időben vált ismeretessé, 2—3 napig tartó magas láz, máskor

8 napig remittáló láz jellemzi, ennek megfelelően gyorsított a pulsus és a légzés. A nyúltvelőt megtámadott esetekben, melyek rendszeren halállal végződnek, a légzés nagyon szapor, felületes. Jellegző a rendkívül erős izzadás, továbbá a gerincz érzékenysége nyomásra, különösen a tarkóban, ritkább a végtagok fájdalmassága. Idősebb gyermekek kólikaszerű fájdalmakról panaszkodnak, idegesen izgatottak. A sensorium mindig érintetlen. *Krause* a család egyik tagjának megbénulásával egyidejűleg a többi családtagon is észlelt hasmenést, más esetekben torokfájást. Az általános tünetekkel egyidejűleg jelentkező bénulás részleges, az egyik oldali vagy páros végtagokra terjed ki, néha csak egyes izomcsoportokat ért. Görcsök nincsenek, a bénulás rendszeren elernyed, a reflexek hiányoznak, ritkán spasmosus bénulás is észlelhető fokozott reflexekkel. A baj heveny stadiumában meghalt gyermekek rendszeren bulbaris tüneteket (nyelési nehézségek, légzési zavarok, aphasia) mutatnak.

Ezideig specifikus gyógyszert még nem sikerült felfedezni. A gyógyítás tüneti kezelésből s a legnagyobb nyugalom elrendeléséből áll. Erős nyomási tünetek jelentkezésekor, főleg a betegség meningitises alakja esetén, a lumbal-punctio jó hatással van. A heveny stadium megszűnte után óvatosan activ és passiv mozgásokat végeztetünk, fürdőket, massaget és villanyozást alkalmazunk. A későbbi szakban szükség szerint orthopaediai kezelést veszünk igénybe.

A betegség heveny szakában a gyermeket izolálni kell, ez az egyedüli prophylaxisos intézkedés, a mit végezhetünk, valamint a beteg ruháit, fehérneműit és lakását desinficiáljuk. (Verhandl. d. deutschen Ges. f. orthopäd. Chirurgie, 1912.)

Kopits dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Lábszárfekély** gyógyítására jó eredménnyel használja *Meyer* a vörös izzófényt, mint a melynek kisebb a chemiai ingerlő hatása, de nagyobb a mélybe terjedése; különösen kiemeli a képződő hegek simaságát, dúsan erezettségét és jól eltolhatóságát. (Strahlentherapie, I. köt., 303. lap.)

**Scleroderma** egy esetében *Kölle* kedvező eredményt ért el mesenterialis mirigy-kivonattal, melyet a Merck-gyár coeliacin néven tablettá alakban hoz forgalomba. Naponként 3 tablettát adott. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 1. szám.)

**Sclerosis multiplex** eseteiben néha kedvező eredmény érhető el *M. Fraenkel* szerint fibrolysin intramuscularis befecskendezésével. Az eljárás egyszerű, nem veszélyes, legfeljebb néha okoz kífokú hőemelkedést. (Neurolog. Centralblatt, 1913, 1. sz.)

A pajzsmirigykészítmények hatása *Stern* szerint fokozható arsen egyidejű adásával; ha tehát egyidejűleg arsen is adunk, kevesebb pajzsmirigykészítményre van szükségünk. Legjobb szerinte a natrium cacodylatum. Fontos továbbá a szív stimulálása s e célra az epinephrint ajánlja. A rendelés tehát pro dosi a következő: 5—10 centigramm szárított pajzsmirigy, 1—2 milligramm epinephrin és  $\frac{1}{2}$ —1 milligramm natrium cacodylatum. Ez az adag naponként háromszor veendő be. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 48. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 11. szám. *Ferenczi Sándor*: Múltó symptomaképződés a psycho-analysis folyamán. *Sidlauer Ármin*: Infectio, immunitás és Ehrlich oldalláncz-elmélete.

**Magyar orvosi archivum**, 1913, 1. füzet. *Fejes Lajos*: Az anaemia perniosa aetiologiájáról. *Fekete Sándor*: A szülönök vérsavójának a méhet tonizáló hatásáról. *Orsós Ferencz*: Adatok a gerincoszlop pathologiájához.

**Orvosok lapja**, 1913, 12. szám. *Gyömörey Oszkár*: Darwin és követői kihatásának oknyomozó történeti háttere.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 12. szám. *Fischer Aladár*: Ismétlődő incomplet sigmavolvulus esete. *Fischer Ernő*: A felkarfejcsnek és a lapoczka izvápjának teljes felszívódása baleset után, tabeses betegnél.



## Vegyes hírek.

**Kétly Károly** dr., egyetemi tanárnak az orvostudomány és orvosképzés terén sok éven át kifejtett kiváló tevékenysége elismerésül a király a magyar bárói méltóságot adományozta.

**Egyetemi hírek.** Veress Elemér dr.-t a kolozsvári egyetemen az élettan rendes tanárává, Krepuska Géza dr.-t pedig a budapesti egyetemen a fülgyógyászat rendkívüli tanárává nevezte ki a király. — **Goldzieher Miksa** dr.-nak a zsigerek kórboncolásánál és **Láng Kornél** dr.-nak az orr- és melléküregeinek kór- és gyógytanából a budapesti egyetemen magántanárként történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter megerősítette.

**Kinevezés.** Mayer Árpád dr.-t az országos gazdasági munkás- és cselédszolgálat pénztár főorvosává, Wallerstein Bódog dr.-t a pécsi kórházhoz főorvossá, Kosztits György dr. dályai orvost tiszteletbeli járárorvossá, Pásztor Imre dr.-t a hódmezővásárhelyi kórház szemészeti osztályának alorvosává nevezték ki.

**Választás.** Radler Zsigmond dr.-t Nádasdladányon körorvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján február hónapban 172 szülés folyt le és a nőbeteg-osztályon 67 beteget kezelték. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikumot 126 esetben vették igénybe; műtét 102 volt.

**Meghalt.** Schlesinger Simon dr. tiszteletbeli megyei főorvos 86 éves korában Szolnokon. — **Almay József** dr. dési kir. törvényszéki orvos 45 éves korában március 11.-én. — **Seemann** tanár, a kölni orvosi akadémia physiologiai kémiai intézetének igazgatója.

A Budapesti Gyakorló Orvosok Segélyező Egyesülete f. é. március 12.-én tartotta XXIV. évi közgyűlését **Mohr Mihály** dr. elnöke mellett. A közgyűlés elhatározta, hogy néhai elnöke, **Schulhof Jakab** emlékére 5000 koronát kihatás az alaptőkéből és azt mint **Schulhof**-alapítványt kezeli és az alapítvány kamataiból olyanokat segélyez, a kik az alapszabályszerű segélyt már kimerítették. A választmány egyebként, hogy **Schulhof Jakab** emléke szélesebb körben legyen ismeretes, a budapesti orvosi kör országos segélyegyleténél ugyancsak **Schulhof Jakab** nevére 300 koronás alapítványt létesített. **Pfeifer Gyula** dr. titkári jelentéséből kiténik, hogy az egyesületnek 424 tagja van; 24 évi fennállása óta ezideig mintegy százezer koronát fizetett ki tagjainak segély gyanánt. Az utóbbi évek mindegyikében a kiosztott segély közel 10.000 korona. Ez idén 52 kartárs részesült segélyben. **Breitenfeld Ferencz** főpénztáros jelentése szerint az 1912. év bevétele 16.502 K 21 f., kiadása 9678 K 74 f. Ebből napi segély 8368 K. Az egyesület vagyona 84.814 K 29 f. **Medvei Béla** dr. pénztáros jelentése szerint a B-osztály bevétele 5139 K 07 fillért tesz ki. Kiosztottak halálozási segély címén 6 haláleset után 3900 K-t. A B-osztály vagyona 7467 K 89 f. Végül a választásokat ejtették meg. Elnök lett **Mohr Mihály**, alelnök **Diescher Ferencz**, **Jurkiny Emil**, titkár **Pfeifer Gyula**, másodtitkár **Dóczi Imre**, főpénztáros **Breitenfeld Ferencz**, másodpénztáros **Medvei Béla**, ellenőr **Szikszay Sándor**, választmányi tag **Béla Pál**, **Eisler Hugó**, **Erdélyi Jakab**, **Frischmann Gyula**, **Hahn Dezső**, **Prochnov József**, **Szenes Zsigmond**.

A XVII. nemzetközi orvosi congressus, melyet **György** angol király nevében a **connaughti** herceg 1913 augusztus hó 6.-án fog megnyitni, igen látogatott lesz. Magyarországból máris számosan iratkoztak be, a magyar királyi kormány, az egyetemek delegáltjaikat bejelentették. Csoportos utazást a budapesti Idegenforgalmi és utazási vállalat r.-t. és a Cook and Son cég rendez. A congressus magyar bizottsága angol nyelvű tanfolyamot rendezett a congressuson résztvevők számára, a congressus időtartama alatt pedig a Royal Palace Hotelben (Kensington High Street) naponta reggel 8–9 között hivatalos órát tart. Nagyon kíváncsok, hogy a résztvevni szándékozók mielőbb beiratkozzanak s beiratkozásukról a magyar bizottságot is értesítsék. Ez utóbbi irodája: Budapest, VIII., Mária-utca 39, mely minden további felvilágosítást levélbeli kérdésre szívesen megad.

**Megjelent. Tíz év Szabadka sz. kir. város közegészségügyének történetéből. 1902–1912.** Irta **Günther József** dr. tiszti főorvos. A füzet tartalma híven tükrözi vissza azt az odaadó munkásságot, a melyet Szabadka város törvényhatósága a közegészségügy terén kifejt. Hogy ezen munkásság a legmodernebb tudományos szellemben folyik — a mint azt a füzet fényesen dokumentálja —, a város tiszti főorvosának érdeme. Reméljük, hogy valóra válnak a füzet végző szavai: „... a jövőben ez a munka és ez a törekvés csak emelkedhet, de soha nem csökkenhet”.

**Az orvosok száma Bécsben** a múlt esztendőben 50%-kal szaporodott. Az orvostanhallgatók száma is állandóan emelkedik az osztrák egyetemeken; 1902-ben 2509 volt, 1912-ben pedig 5640, vagyis a szaporodás 10 év alatt 125%.

**Személyi hírek külföldről.** **G. Bikeles** dr. Lembergben a rendes tanári címet kapta. — **K. Pfersdorf** (psychiatria), **J. Baer** (belorvostan) és **W. Berg** (anatomia) strassburgi docensek a tanári címet kapták.

**Kisebbségi közlemények az orvostudomány köréből.** **Soványításra Kaufmann** docens (Halle) kísérleteket végzett a platina-csoport fémekkel, mint a melyek — főleg a palladium — kitűnő katalysatorok

levén, az oxydatiós folyamatokat növelhetik. Legalkalmasabbnak a colloidalis palladiumhydroxydul bizonyult, a melyet a Kalle-cég leptynol néven hoz forgalomba. Alkalmazása a bőr alá történik; 4–14 naponként végzendő egy befecskendezés. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 10. szám.) — **Chloroform-narcosis és májbajok** című dolgozatában **Hildebrandt** docens (Freiburg) arra a végső következtetésre jut, hogy hepatitis fennforgása esetén műhiba chloroform-narcosist használni. A máj-elváltozás korai felismerésére nagyon ajánlja az urobilin kimutatását a vizeletben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 10. szám.) — **Anaemia perniciosa** halmozódott előfordulását észlelte **Bartlett** egy 8 tagú családban (apa, anya, öt fiú és egy leány); 30 év alatt a 8-ból 4-en haltak meg a jelzett betegségben. (Journal of the med. association, 1913. jan 18.) — **Csont- és ízület-gümőkór** esetében **de Quervain** szerint legfontosabb a fény- és a levegőkúra, azután következik a sorban a Röntgen-kezelés s csak ha ez a kettő nem jöhet alkalmazásba, jön szóba a sebészeti kezelés. (La semaine médicale, 1913, 1. szám.)

Lapunk mai számához „Arsoferrin-tektolettes“ (Apotheke zum Heiligen Geist, Wien I, Operngasse 16) című prospectus van csatolva.

**Budapesti gyógymechanikai**

**1913 május hótól**

**ZANDER-INTÉZET**

**IV., Semmelweis-utca 2. szám.**

**Muzeum-körút 2. Igazgató-orvos:**  
**dr. Reich Miklós.**

(Kossuth Lajos-utca sarkán.)

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.

Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

**Dr. Doctor**

Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratóriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

**ERDEY Dr. sanatoriuma.**

Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

**Orvosi laboratórium:**

**Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy. tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.**

**Sanatorium.** Újonnan átalakítva. Prospectus.

**Epileptikus betegek intézete**

**BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy **Wosinski István** dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**A Liget- és Park-**

**= SANATORIUM Orvosi laboratóriuma**

Vezető: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106—00

**Dr. GÁMÁN BÉLA** Dietétás Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor- bélbetegek, vesebajok, cukorbetegség, vészhelyzetek, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

**Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben**

(Szív-u. 28. sz., Telefon 93-22.)

**Dr. Neumann M.** vezetésével — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. **Dr. Neumann M.** az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3–4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üvegsét és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

**Orvosi laboratórium:**

**Dr. Salgó J. Vez. orvos Dr. Bihari A.** Üllői-út 21. Telefon 62—94.

**Ujtátrafüred**

magaslatti gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos **Dr. Szontagh Miklós.**

**Kopits Jenő dr.**

orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. **fekvő betegek is felvétetnek.**

**Dr. RÉH**

**Elektromágneses gyógyintézete.** VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen.

**Orvosi laboratórium**

Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1913 január 25.-én.) 227. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (III. ülés 1912 május 21.-én.) 230. l. — A magyar sebészársaság ötödik nagygyűlése (Budapest, 1912 május 23–25) 228. l. Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (IV. szakülés 1913 február 15.-én.) 231. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 231. l.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(III. rendes tudományos ülés 1913 január 25.-én.)

Elnök: **Liebermann Leo.**Jegyző: **Bence Gyula.**

Az elnök a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Egyesület!

Távol lévén Budapesttől, ma van először alkalmam elfoglalni azt a helyet, a melyre a kir. orvosegyesület bizalma emelt s csak ma van módomban a nagy kitüntetésért hálás köszönetet mondani.

Nem hiszem, hogy a t. egyesület ezúttal különös programot, nevezetes újításokkal várna; programom nem lehet más, mint nagyérdemű elődeim nyomdokain haladva, a kik úgyszólván minden érdemleges munkát elvégeztek, a mi az egyesület fejlesztésére szükséges volt, ezen tudományos testületet az eddigi előkelő színvonalon megtartani. De mégis van egy kívánságom, s ez az, hogy igyekezzünk az orvosi tudományok *határdisciplináit* még nagyobb mértékben ápolni, munkálkodásunk keretébe vonni. Ezt nem azért kívánom, mert magam is egy ilyen határterületen mozgok, vagy mert talán azt szeretném, hogy az elméleti disciplinák kiszorítsák a gyakorlatiakat a megállapítandó napirendekből. Ellenkezőleg: éppen az orvosi gyakorlat terén való haladás érdekében lát-nám jónak, ha lehetőleg sűrűn tudomást szerezve a theoretikusok tudományos eredményeiről, vagy a napirenden lévő, egyelőre elméleti érdekű kérdések lényegéről és állásáról, practikus collegáink ösztönözve éreznék magukat ezeket a gyakorlatban, a betegágyon értékesíteni s így igazi életet adni olyasvalaminek, a mi nélkülük talán csak a tudományos archivumoknak nevezett temetők létszámát szaporítaná. Ha egyszer világosan megláttuk egy tudományosan megállapított tény lényegét, vagy legalább bizonyos ideig érvényes teoriáját, a gyakorlati alkalmazások szinte önként adódnak. Számtalan példát lehet erre felhozni.

Hogy született meg az orvosi gyakorlatban oly nagy szerepet játszó Wassermann-reactio? Csupán mint logikus consequentiája azon, a laboratoriumokban megállapított ténynek, hogy idegen fehérjeféle anyag az emberi vagy állati szervezetbe jutva, ezt olyan anyagok — antianyagok — productiójára ingerli, melyek azzal a bizonyos idegen fehérjével egyesülve, a vérsavóban levő ú. n. complementumokat nagy mértékben tudják lekötöni. Igaz, hogy éppen a syphilisreactio esetében a reactio lényege úgy látszik nem egészen ez, s hogy inkább szerencsés véletlen volt, hogy a teoriából levont következtetés bevált; de mindegy: mégis a teoriából indult ki s e nélkül nem léteznék.

Itt vannak azon nagyérdemű kísérletek (Wassermann), melyek kimutatták, hogy olyan festőanyagokkal, melyek a carcinomasejtekhez nagy affinitással bírnak, ezen neoplasmákba olyan anyagokat lehet juttatni, melyek azok elpusztulására vezetnek; itt vannak *Neuberg* kísérletei bizonyos colloidalis fémekkel, melyek hasonló eredményre vezettek; itt vannak *Korányi* kísérletei a benzollal stb.

Mindez és sok más már átment a *klinikai kísérletek* stadiumába, p. o. a heidelbergi rákintézetben, alig hogy az első elméleti közlemények napvilágot láttak.

Nálunk ilyesmi csak lassan megy. A kísérletek inkább az ellenőrzésnek, mint az adott alapon való továbbépítésnek, vagy a gyakorlati téren való kezdeményezésnek jellegét mutatják. Miért? Egyrészt kétségtelenül azért, mert collegáink jellemző és dicséretes vonása az óvatosság; de másrészt véleményem szerint azért, mert a theoria és praxis közötti kapcsolat még nem olyan benső és bizalmas, mint másutt sok helyen. Ezen bensőség létrehozása főleg a theoretikusok feladata legyen. Feladatuk: röviden, egyszerűen és világosan megismertetni a

szerintők fontos, alapvető dolgokat és újdonságokat, minden sallang és cifraság nélkül, mint a hogy viszont a practikus vagy klinikus feladata, mindazon részleteket mellőzni, melyek egy nem specialistákból álló hallgatóságot nem csak nem érdekelhetnek, hanem egyenesen elterelnek a kérdés lényegének helyes felfogásától.

Ezen kapcsolat erősítésére fogok tehát törekedni, ha sikerül collegáim támogatását megnyerni s ha szerencsém lesz a tisztelt orvosegyesület helyeslésével találkozni.

Nem szeretnék megfélekezni a *közegészségügyről* sem. Az a véleményem, hogy az ország közegészségügyének fejlesztése nem nélkülözheti olyan hivatott és nagytekintélyű testület támogatását, mint a milyen a kir. orvosegyesület. Szinte abnormitásnak tekintetem eddig is, hogy az egyesület actualis közegészségügyi kérdésekben csak ritkán emelte fel szavát, holott kétségtelen, hogy ez legnagyobb súlylyal bírna úgy a nagyközönség, mint a hatóságok előtt.

Nem lehet mondani, hogy egy kellően indokolt határozati javaslat vagy előterjesztés nem egyeznék meg az egyesület tudományos jellegével, mert, ha tudományunkat felhasználjuk a betegségek gyógyítására, éppen úgy felhasználhatjuk azoknak megelőzésére és elhárítására. Ez irányban tett lépéseimről lesz szerencsém majd a tisztelt egyesületnek jelentést tenni.

Most pedig még csak kikerve a mélyen tisztelt egyesület támogatását és jóindulatát, van szerencsém a mai ülést megnyitni.

**Huntington-féle betegség esete.**

**Csépai Károly:** Hasonló betegség a beteg családjában már előfordult. A beteg atyja, nagybátyja és nagybátyjának két testvére hasonló betegségben szenvedett. Atyján utolsó éveiben dementiás tünetek mutatkoztak. A betegség 5 évvel ezelőtt kezdődött, állítólag egy nagy hadgyakorlat fáradalmi következtében. Azonban még csak kiváltó momentumként sem fogható fel ez az adat, mert a betegség a hadgyakorlat után kb. csak egy évvel kezdődött. Akkor vette észre t. i. a beteg, hogy végtagjai gyors, akaratától független, rángatózózásszerű mozdulatokat végeznek, melyeket eleinte nagy erővel el tudott nyomni, később azonban nem tudta megakadályozni őket. A rángások lassanként egész testére kiterjedtek, úgyannyira, hogy a beteg felvételekor már a motoros sphaera összes functióiban akadályozták. A rángások napközben állandóak, alvás közben megszűnnek.

A beteg physicalis vizsgálata ép mellkasi és hasi viszonyokat mutat. A szemfenék ép, a látóterek szabadok. A felületes és mély reflexek fokozottak. A beteg psychés vizsgálata azt mutatja, hogy bár dementiás tünetek nincsenek, intelligentiája kisebb fokban csökkent, nagyon indultatos természetű és viselkedése a hasonló intelligentiájú emberek conventionalis viselkedése alatt marad. Túlsuggestibilitás nincsen. A beteg maga mondja, hogy a brom a legjobb orvossága, néhányszori faradisatio után ellenben, mely pedig hysteria esetén valóságos panacea, kéri, hogy ne folytassuk tovább, mert érzi, hogy a villamosítás után mindig erősebbek a rángások.

Mindezen adatok alapján könnyű megállapítani, hogy itt csakis Huntington-betegség esetéről lehet szó. A betegség tudvalevőleg hereditaer dispositio alapján fejlődik, gyakran familiarisan, a 30. és 40. életév között. Eleinte — a szemizmok kivételével — csak a test összes harántcsíkolt izmaira kiterjedő choreiform rángások mutatkoznak, később az évek folyamán psychés zavarok is beállanak, melyek eleinte csak indultatos természetben és nem egészen normalis viselkedésben nyilvánulnak, majd teljes dementia fejlődik ki. A beteg így a hereditaer dispositio, mint a



familiaritás nyilvánvaló, a mennyiben atyja, nagybátyja és annak két testvére hasonló bajban szenvedett. 34 éves korában jelentkezett a betegség, mely azóta progressív irányt vett, psychés zavarok is vannak kifejlődőben. Hogy a betegségnek mennyire nincs köze a chorea minorhoz, az is mutatja, hogy a 4 héten át folytatott intenzív arsen-kezelés semmi hatással sem volt.

A betegség lényege még nincsen egészen tisztázva, habár az újabb pathologiai-anatomiai kutatások sokban hozzájárultak a betegség aetiologiájának a felderítéséhez. Ezen vizsgálatok a meninxek, a cortex és a subcorticalis rétegek vérzéses-gyulladásos laesióit állapították meg, melyek utólag atrophiaá mennek át. A kutatók nagy része megegyezik abban, hogy a kóros folyamatoknak kiinduláspontja a neuroglia, még pedig, mint *Jendrassik Ernő* is tartja, annak egy hereditaer alapon fennálló teratologiai fejlődési rendellenessége. Ezt a primaer gliaelváltozást követik azután secundaer módon a cortex és a meninxek részben gyulladásos, részben atrophias elváltozásai.

#### Agygumma esete.

**Csépai Károly:** A 32 éves férfi 8 hét óta beteg. A legelső tünet homályos látás, kettős látás volt, a melyhez később facialis-bénulás, fejfájás és szédülés csatlakozott. Luesre vonatkozólag semmi adatot sem tud mondani, felesége egyszer sem abortált. A beteg statusa 1913 január 7.-én a következő volt: Strabismus divergens, mely az internusok paresisén alapult. Teljes ophthalmoplegia interna, a bal szemem pangásos papilla, a jobb szemben tágult vénák. E mellett jobboldalt a *Bell*-féle ágaknak a bénulása, azaz centralis típusú facialis-bénulás volt jelen. A mély reflexek baloldalt fokozottak, a felületesek csökkentek voltak. A végtagok izomereje nem csökkent észrevehetőleg. Érzési eltérés nem volt. Mindezek alapján egy aránylag kis kiterjedésű laesiót vettek fel az oculomotorius magvak közelében, az aqueductus Sylvii alatt. Bár a beteg luest tagadott, a Wassermann-reactio erősen pozitív volt. A lumbal punctio végzésekor a liquor nyomása 200 mm. volt fekvő helyzetben. A liquorral végzett Nonne-Apelt-, colloidalis arany- és Wassermann-reactio pozitív volt. Azonnal kenő-kúrát rendeltek el, és minthogy a beteg látása a 3.—4. kenés után még mindig fenyegetően rossz volt, 0.3 gr. salvarsant adtak intravenásan e hó 14.-én. A salvarsannak feltűnő hatása volt. Másnap már csökkent az internusok paresise. Három nappal az infusio után a szegmolyók mozgásai már alig voltak korlátozottak, a pangásos papilla eltűnt, a látás rohamosan javult és a facialis állapota is lényegesen jobb lett. Az ophthalmoplegia interna azonban ma is fennáll. A kenőkúrát a beteg folytatja.

A beteget két szempontból kívánja bemutatni. Egyfelől, hogy bár luest absolute tagad, a betegség lueses természetéhez szó sem férhet. Ez az adat talán gondolkozóba ejtheti azokat, a kik azért nem tartják a tabes és paralysis aetiologiájában a luest okvetlenül szükségesnek, mert ismernek eseteket, melyekben luest absolute ki lehet zárni. A jelen eset is mutatja, hogy a lues absolute sohasem zárható ki. A másik szempont, a miért a beteg bemutatásra került, az intravenás salvarsaninfusio prompt hatásának demonstrálása. Egyúttal megemlíti az I. belklinika álláspontját az intravenás salvarsan-infusiók dolgában. A klinikán aránylag ritkán adnak salvarsant intravenásan, mert annak bizonyos fokú veszélye ismeretes. Olyan esetben azonban, mikor nem annyira tartós, mint inkább gyors segítségre van szükség, másfelől a beavatkozás veszélye arányban áll az elérhető eredmény hasznával, contraindicationok fenn nem forgása esetén nem idegenkednek a salvarsan intravenás alkalmazásától.

#### Klinikai vizsgálatok az urobilinogen-kiválasztás jelentőségéről.

**Molnár Béla:** Az urobilinogen kimutatására az *Ehrlich*-féle aldehyd-reactiót használta. *Ehrlich* ugyanis azt találta, hogy egyes vizeletek p-dimethyl-amido-benz-aldehyd sósavas oldatával vörös színreactiót adnak.

Az *Ehrlich*-féle reagensből 5 cm<sup>3</sup> vizelethez rázás közben adunk egynéhány cseppet, legfeljebb 2—3 cm<sup>3</sup>-t. Positív

akkor a reactio, ha a szín kifejezetten vörös, vagy legalább is kifejezetten rózsaszínű. A vöröses-sárga, cognac-színű és sárga színű reactiót negatívnak tekintik. Ha a reactio pozitív, a vizeletben kórosan fokozott az urobilinogen mennyisége. A reactiót csak egészen friss vizelettel lehet végezni, mert állás után az urobilinogen a világosságon urobilinné oxydálódik. A reactiót fölmelegítés nélkül, csak nappali természetes világítás mellett lehet végezni.

A reactiót 460 egyénen végezte és 85 esetben kapott pozitív reactiót. A pozitív *Ehrlich*-féle reactiót adó esetek négy csoportba oszthatók. Positív a reactio: 1. a májparenchyma bizonyos intenzitású és kiterjedésű betegségeiben (cirrhosis, carcinoma etc.), 2. ha az urobilin mennyisége a bélben megnő (nagyobb vérzések), 3. keringési zavarok esetében, 4. ha a diaphragma légzési mozgásai erősen csökkennek (emphysema, asthma bronch., exsudat, pleurit., pneumothorax, Landry-paralysis etc.). A reactio végzése rendkívül egyszerű, és mégis egy oly fontos és diagnostikailag nehezen hozzáférhető szerv, mint a máj, funkciójának megítélésébe enged bizonyos betekintést. A pozitív reactio a májfunctio zavarának egyik érzékeny jele. Kivétel az az eset, a mikor nagyon nagy a bilirubin-képződés, mint például vérszétesés esetén. Egyébként a pozitív reactio oka vagy magában a májparenchymában rejlik, vagy a májbéli epe- vagy vérpangásban. E májbéli pangásnak ismét vagy direct keringésembeli zavarok, vagy pedig a rekesz működésének erős csökkenése az oka. Az ép rekeszműködésnek a máj-vérkeringés kellő mértékben való föntartásában jelentékeny physiologiai szerepe van.

A reactionnak a szívbajosok compensatiós állapotának megítélésében, esetleg a prognosist illetőleg is, határozottan van értéke.

**Id. Liebermann Leó:** Az epe kiürül a bélbe, valószínűleg úgy, hogy az epefestőanyag még valamivel egyesülve van; ez különben mellékes. A bilirubinnal mi történik a bélben? Erjedéskor H keletkezik és ez in statu nascendi redukálja a bilirubint, ez az urobilin. De ez a belekből felszívódva, más anyaggal egyesül és az urobilinogent alkotja és a vena portaen át a májba jut; a máj az urobilinogent feldolgozza. Rendes körülmények között először urobilint készít és tovább oxydálja, úgy hogy a mi a vérkeringésbe kerül, az oxydált urobilin, a mely a vizelettel kiürül és a mely nem egyéb, mint a mi a vizeletnek sárga színt adja, urochrom vagy ehhez hasonló anyag. Ez még nincs pontosan analizálva.

Ha a máj funkciója zavart, nem tudja feldolgozni az urobilinogent és akkor beáll, a miről az előadó beszélt, az urobilinogenuria; de lehet, hogy a máj funkciója kevésbé zavart, úgy hogy urobilint készít ugyan, de nem tudja tovább feldolgozni, ezért az urobilin felszívódik és mint ilyen ürül ki; ez az, a mit *icterus spurius*nak nevezhetünk, az *urobilinuria*.

Kérdi, van-e az előadónak kifogása ezen különbség felállítására ellen, hogy t. i. az urobilinogenuria a bántalom nagyobb foka, mint az urobilinuria.

**Molnár Béla:** A felszólalás teljesen fedi felfogását és tulajdonképp ennek értelmében járt el *Hildebrandt*, mikor az urobilint határozta meg; de a két dolognak egymás mellett való meghatározása quantitative kivihetetlen, mert nemcsak a szervezetben válik az urobilinogen urobilinná. Vizsgálatainak az volt a célja, hogy e módszer bevihető legyen a praxisba, mert a qualitativ vizsgálat gyorsan kivihető, de a quantitativ vizsgálat sok időt igényel. *Hildebrandt* olyan esetekben talált urobilinuriát, a melyekben a szülő urobilinogenuriát.

A quantitativ vizsgálatoknak előnyt kell ugyan adni, de a praxisban az urobilinogen-próbával jól ki lehet jönni.

## A magyar sebésztaársaság ötödik nagygyűlése.

Budapest, 1912 május 23—25.

Ismerteti: *Gergő Imre dr.*

(Vége.)

*Remete Jenő* (Budapest) 12 év alatt 182 hólyagkő-esetet észlelt, ebből 116 esetet operált; közülük 90, hólyagmetszéssel 26 beteget kezelt. Operáltjai közül meghalt 4, ebből kőmetszés után 2. Idegen testet, főleg katheterdarabot, 11 esetben észlelt. A lithiasis kóroktanát illetőleg azt hiszi, hogy a vizelet chemismusában fordul elő valamilyen zavar; a therapia szempontjából a chemiai zavar okának kiderítése volna a legfontosabb momentum. Alkális ásványvizeknek az ivását, valamint erős alkaligyógyszerek szedését nem ajánlja, a húgysavas kövek helyett az alkálissá vált vizeletben phosphorsavas kövek fejlődhetnek rohamosan. Meglepő eredményeket látott újabban az amphitropin (kámforsavas hexamethylentetramin) adagolásától makacs phosphaturia eseteiben is.



**Alapy Ferik** (Budapest): Nem ajánlja a hólyagseb felső felének bevarrását s alsó zugának drainezését, mivel a hólyagseb annyira visszacsülyed a symphysis mögé, hogy hosszú sipolyjárt keletkezik, mely nehezen gyógyul. Ha ellenben a *hólyagseb alsó felét, a hasfali sebnél pedig felső felét varrjuk be*, akkor a hólyagseb szembe kerül a hasfal sebével, rövid sipoly támad, melynek gyógyulási feltételei kedvezőbbek.

**Makara Lajos** (Kolozsvar): Óhajtja a *köbetege helyrajzi vonatkozásainak kidolgozását* és örvend, hogy **Bókay János** a kérdést felvetette. A kömorzsolásra alkalmas eseteket mindjebban megválogatja; bár a morzsolás indiciójának korlátozása, mint **Kovács** tanár tanítványának, nehezebbre esik, de a szigorú tárgyalás bírálása a fenti meggyőződést érlelte meg benne. *Kis* gyermekek húgyköveit morzsolásra alkalmasnak nem tartja, mert a gyermek húgycsöve megfelelő kiürítő kathereter bevezetésére ritkán alkalmas. Ilyen megszorítás mellett a morzsolás kitűnő, ideális műtét azok számára, kik kellő gyakorlattal rendelkeznek.

**Dollinger Gyula** (Budapest): Az I. sz. sebészeti klinikán 14½ év alatt 152 köesetet észlelt. Ezek között volt: vesekő 12, ureterkő 4, hólyagkő 122, prostatakő 1, húgycsőkö 13.

A 12 vesekő-eset közül 4-ben vesemetszés, 1-ben vesekimetszés történt, 6-ban a kő spontán távozott, 1 beteg nem egyezett a műtétbe. A 4 ureterkő-eset közül 2-ben nagyfokú hydronephrosis miatt vesekimetszés történt, 1-ben **Dollinger** a követ a vesemedencébe visszatolta s vesemetszéssel eltávolította, 1-ben műtét nem történt. A 122 hólyagkő-eset közül 109-ben történt műtét és pedig 73 esetben zúzás, 34-ben magas hólyagmetszés, 1-ben gátmetszés, 1-szer pedig nőn Kelly-tükron át távolította el a követ.

**Dollinger** tehát hólyagkő eseteiben közúzás mellett a magas hólyagmetszést is végzi. Hólyagköves betegek közül a műtét után 6 halt meg, valamennyin már a műtét előtt súlyos cystitis állott fenn. **Dollinger** minden közúzás alkalmával a magas hólyagmetszés számára is előkészített; a mint a közúzásnak valamilyen akadályá merül fel, **Dollinger** a magas hólyagmetszésre tér át.

**Haberern J. Pál** (Budapest): *Kömetés eseteiben a sectio alta hive*. A kömorzsolást pusztán nagyon alkalmas esetekre redukálta, mert az a benyomása, hogy morzsolás után apró concrementumok maradnak vissza és ezek körül fejlődnek kövek. Morzsolás után tehát a legpontosabb cystoskopos vizsgálattal kell meggyőződnünk arról, hogy a hólyagban kötormelék nincs.

**Herczel Manó** (Budapest): Ajánlatosnak tartja, hogy a sebész-társaság fogadja el **Bókay János**, valamint **Makara** ajánlatát és kérje fel **Steiner** referent a köbetege geographiai feldolgozására. A társaság az indítványt egyhangúlag elfogadta.

**Rihmer Béla** (Budapest): A *ferde hólyagsipolyok* előnye, hogy nehezebben hámosodnak, míg a rövid sipoly a gyors hámosodás folytán könnyebben lesz permanens.

**Alapy Henrik** (Budapest): Nem a maradandó sipolytól fél, hanem a váladékpangástól s a sipolygyógyulás hosszú tartamától, hosszú csavardott járatokkal és tasakokkal bíró sipoly eseteiben.

**Illyés Géza** zárószavában hangsúlyozza, hogy a pyelotomia s nephrotomia kiegészítő műtétek külön-külön indicióval. Hólyagkő esetében külön indiciója van a metszésnek s külön a zúzásnak. Hypertrophia prostatae esetében a beteget ferde síkra fekteti, miáltal a kő a prostata mögül kigördül s megfogható.

**Steiner Pál** zárószavában kiemeli, hogy a nagy terjedelmű vita arról győzte meg, hogy a kömetés és közúzás nem ellentétes, hanem egymást kiegészítő műtétek. A mikor súlyos prostatatünetekkor kömetzést végzünk, jobb eredményt kapunk, ha a prostatát második szakaszban távolítjuk el.

A *húgy-ivarszervek sebészetével* még a következő előadások s bemutatások foglalkoztak:

**Haberern J. Pál** (Budapest) 2 cm. hosszú, 1 cm. széles pléhdarabot távolított el bányásznak a veséből, mely robbantáskor került oda. A beteg meggyógyult.

**Steiner Pál** (Kolozsvar) 9 hónappal nephrectomia után anuriát észlelt. Ureter-katheretizációval egy az uretert teljesen obturáló genytsapot távolított el s a beteg, noha az anuria már öt napig állott fenn, teljesen meggyógyult. A gyógyult nőbeteg grávida lett és noha előzetesen pyelitisben szenvedett, a vese működésében semmi zavar sem állott be. **Steiner** szerint tehát nephrectomia, persistens ép vese mellett, a terhesség megszakítását nem indikálja.

**Paunz Sándor** (Budapest) a nőgyógyászati szakosztályban 1906-ban esetet mutatott be, a melyben nephrectomia után a terhesség és szülés normalisan folyt le. Egy vese nem lehet házassági akadály, az egy vesével bíró nőre az esetleg bekövetkező terhesség rendszert nem jár veszéllyel. De ha a terhesség alatt az egy vese insufficiensnek mutatkozik, a terhesség félbeszakításával nem szabad haboznunk.

**Illyés Géza** (Budapest) 2 esetben észlelt nephrectomia után anuriát; nephrotomia után mindkét betege meggyógyult.

**Haberern J. Pál** (Budapest): Egy tuberculosis miatt nephrectomizált betege 2 egészséges gyermeket szült.

**Boross Ernő** (Budapest) nephrectomizált betegen 2 ízben végzett nephrotomiát; betege gyógyult.

**Steiner Pál** zárószavában hangsúlyozza, hogy esetének érdekességét abban látja, hogy nephrectomia után pyelitis anuria jelentkezett s a terhesség mégis zavartalanul folyt le.

**Obál Ferencz** (Réczy tanár sebészeti klinikája) kiirtott polycystás vándorvesét mutatott be.

**Steiner Pál** a bemutatott készítményt multilocularis hydronephrosisnak tartja.

**Obál Ferencz** megjegyzi, hogy a mikroskopos vizsgálat szerint a cysták falát vékony kötőszöveti réteg alkotta, hám-boríték nélkül.

**Braun Miksa** (Budapest) ajánlja *előzetes időleges hólyagsipoly készítését prostatectomia előtt*. **Haberern** tanár urológiai osztályán 5 esetben végezték ezen eljárást; a betegek mind simán gyógyultak.

**Róna Dezső** (Baja) szintén 2 szakaszban kísérelte meg a prostata kiirtását, de nem látott ettől oly nagy előnyt, a milyent várt. Inkább a korai műtétet ajánlja, főleg szegénysorsúakon.

**Steiner Pál** (Kolozsvar) szerint a kétszakaszos műtétnek súlyosan fertőzött esetekben van jogosultsága.

**Haberern J. Pál** (Budapest) szintén hangsúlyozza prostatectomia eseteiben a socialis indicatio jogosultságát és szegény munkáson, a kin asepsis katheretizálás garanciáját nem látja, szintén radikálisabb indiciót állít fel.

A sectio altával előkészített prostatás beteg hólyagja és veséje sokkal biztosabban és gyorsabban gyógyítható meg, mint állandó katheretrel.

**Braun Miksa** zárószavában az előzetes időleges hólyagsipoly-készítést jogos igyekezetnek mondja, melylyel a prostatectomia mortalitását feltétlenül javítjuk.

**Kubinyi Pál** (Budapest): *A végbéllel összekapaszkodott primaer hüvely-rák* miatt az egész genitális tractust eltávolította a rectummal együtt és a sigmabelet kisézte. A beteg primára gyógyult. **Kubinyi** szerint a hüvelyrák csaknem abszolút rossz eredményt csakis a legradikálisabb eljárással javíthatjuk meg.

**Paunz Sándor** (Budapest) hasonló módszer szerint operált betegről számol be, a kít tavaly a gynaekológiai szakosztálynak bemutatott.

**Herczel Manó** (Budapest) felemlíti, hogy már 17 év előtt hasonló módon operált, a tumor nem újult ki.

**Martiny Kálmán** (Trencsén) radikális úton operált penis-carcinoma esetét mutatta be; betege meggyógyult.

**Weisz Ferencz** (Budapest) cystoskopos tévedések sorozatát ismertette. (Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.)

**Farkas Ignác** (Budapest) 8 éves kis leány hólyagjából hajtút távolított el, mely masturbatio útján került oda. A hajtút sarjszövet rögzítette a hólyag falához; a hólyagtükör a tüst nem mutatta, ellenben X-sugaras vizsgálatkor a tü jól látszott.

**Keppich József** (Budapest): 2 észlelt eset kapcsán a *subcutan hólyagsérülésekről* értekezett. **Keppich** mindkét esete extraperitonealis hólyagruptura volt, a bántalom mindkettőben többszörös csonttöréssel volt komplikálva. Mindkét beteg műtétre került; az egyik beteg meggyógyult, a másik a lábszársebből kifolyólag sepsisben pusztult el.

**Hollós József** (Szeged): A *menstruációs zavarok gümőkóros eredetéről* adott elő. 5 év óta végzett megfigyelések alapján azon következtetésre jutott, hogy lappangó gümőkórban szenvedő nőkben a menstruatio zavarai az esetek túlnyomó részében gümőkóros eredettel bírnak, s specifikus kezeléssel részint megjavíthatók, részint véglegesen meg is gyógyíthatók.

**Szili Jenő** (Budapest): A *női genitáliák megbetegedéseinek viszonyáról az appendicitishez* szólt. Ismételtén utalt arra, hogy a feregnyúlánygyulladás és a női genitáliák megbetegedésének kapcsolata elég gyakori szövődeményekkel jár, melyek néha nyom nélkül tűnnek el, máskor állandó változást hagynak hátra. Nem osztja azon szakemberek nézetét, kik gynaekológiai laparotomia kapcsán eltávolítják az egészségesnek látszó feregnyúlányt, annál kevésbé, mivel a feregnyúlány physiologiai szerepéről mindeddig közelebbi pontos adatunk nincs (**Rothorn**). Eltávolítását **Szili** csak akkor látja indikálnak, ha 1. szemmel láthatólag beteg vagy lefolyt betegség képét mutatja; 2. ha biztos tudomásunk szerint a betegnek előzőleg appendicitisroham volt; és 3. ha a medencében nagyobb, peritoneumtól fosztott tér marad vissza, a hova a feregnyúlány könnyen letapadhatna.

A *csontok és ízületek sebészetének körébe* a következő előadások tartoztak:

**Király Jenő** (Budapest): A *gerincoszlop töréseit* méltatta 32 eset kapcsán, melyeket 6 év alatt **Herczel** tanár osztályán észleltek. A törés feltűnően gyakori volt a XII. hát- és I. lumbalis csigolyán (7—7 eset); 27 esetben a gerincvelő is sérült. Hólyag- és végbélzavart minden esetben észleltek.

Ajánlja, hogy a gerincztörések kezelésében lehetőleg conservative járjunk el; műtétet csak azon esetekben végezzünk, hol a bénulásokat X-sugarakkal is kimutatott letört csontdarab vagy benyomódott csigolyaiv okozza. A késői műtét indikált, ha a bénulások legalább 4 heti conservatív kezelésre nem javultak s a mellett a totalis transversalis sérülés kizárható; végül ha a nyomási tünetek visszaféjlődésében nyilvánuló javulást hirtelen rosszabbodás váltja fel.

**Kammer Manó** (Budapest) hozzászólásában a gerincoszloptörés oly esetét ismerteti, mikor csigolyatörés után a beteg járt, a gerincoszlopon rendellenesség nem volt észlelhető s csak X-sugaras vizsgálat derítette ki a törést.

**Farkas Ignác** (Budapest) *gonococcus-vaccinával* (arthigon) elért eredményeiről számolt be, kankós eredetű ízületi gyulladás eseteiben. **Farkas** 20 esetben szorososan **Bruck** utasítása szerint végezte a gyógykezelést intraglutealis injectiókkal; heveny esetekben a gyógyulás 8—14 nap alatt állott be, subacut esetekben 14—28 nap között, chronikus esetekben pedig a gyógyulás sokkal tovább elhúzódott, esetleg nem is vezetett eredményre.

**Weiss Ferencz** (Budapest): 9 esetben kísérelte meg a **Reiter**-féle autovaccint. Prostatitis gonorrhoea eseteiben az injectiónak hatása nem



volt, tendovaginitis és epididymitis gonorrhoea eseteiben ellenben kedvező eredményt észlelt.

Schiller Károly (Budapest): Nagyobb ízületek genyes lobja eseteiben (váll- és könyökizület) Dreyer szerint 10% jodtincturával punctiót kísérelt meg; a lobosodás gyorsan csökkent s az ízület mozgékonyasága nem szenvedett. Mivel az eljárás veszélytelen, Schiller ajánlja a megkísérlését a biztosan anchylosishoz vezető arthrotomiák előtt.

Dollinger Béla (Budapest): Kétoldali veleszületett merev könyökizület és ugyanazon egyéni kétoldali veleszületett gacsos kéz esetét mutatta be. Az irodalomban hasonló eset eddig nincsen leírva. Mobilizálással s megfelelő gipszszinnel a bemutató olyfokú javulás ért el, hogy a teljes gyógyulás is remélhető.

Dollinger Gyula (Budapest): Talus-nyaktörés és talus-ficamodás esetében az ízületbe külső metszéssel hatolt be, a törésvegeket felfrissítette, ezüstsodronyakkal összehúzta s a kificamodott talust reponálta. Zavartalan gyógyulás; az x-sugaras kép teljes restitutiót mutat; a functionális eredmény kifogástalan.

Talus-ficamodás egy másik esetében Dollinger Gyula a tengely körül megfordult, fejével lefelé tekintő talust kiszabadította, a musculus tibialis anterior és musculus extensor digitorum interpositumként szereplő inait a csontok közül kiemelte. A reponált talus pusztán a belső bokaszalagokkal függött össze.

Dollinger a sebet drainézis nélkül varrta; a seb per primam gyógyult; a functionális eredmény itt is igen jónak mondható.

Talus-ficamodás egy harmadik esetében Dollinger Gyula az egészen kiszakadt, tengelye körül megfordult talust kivette, letisztította és visszahelyezte. Gyógyulás per primam; a beteg jól használja végtagját.

Dollinger Gyula (Budapest) a felkar könyökizületi végének többszörös törése és a könyök ficamodása esetében az ízülethez két oldalról hatolt be. A T-alakban beszakított végeket ezüstsodronnyal először egymáshoz, aztán a felkarcsontokhoz varrta és az ekként rekonstruált ízület végére az alkart reponálta. Gyógyulás per primam, a functionális eredmény már eddig is, néhány héttel a műtét után jónak mondható.

Bakay Lajos (Budapest) a lapoczká Goldthwait-féle elválásáról adott elő. A betegség lényege: a lapoczká tövis feletti részének karom-szerű behajlása a mellkas felé, miáltal a bordák csontthártyáját sérti és állandó lobosodást, illetőleg fájdalmat tart fenn. A tövisfeletti rész eltávolítása után a fájdalom megszűnik. Egy idevonatkozó, műtéttel gyógyult esetét bemutatta.

Fischer Ernő (Budapest) a felkar és alkar kezelésére szerkesztett portatív extensiós készüléket demonstrált. X-sugaras képekkel igazolja, hogy még nagyobb fokú dislocatióval járó törés eseteiben is a törések szinte milliméternyi pontossággal coaptálhatók.

Vidakovich Kamill (Köszörszék): Gyermekek bütökefeletti felkar-törésének kezelésére a Bardenheuer-féle kezelésnek egy egyszerű módosítását ajánlja, melynek lényege erőteljesebb hosszshúzás a könyök körül vezetett kettős kacsával.

Fischer Ernő hangsúlyozza, hogy extensiós készüléke gyermekeken is jól alkalmazható.

Láng Adolf (Budapest) ficamodást ismert a Lisfranc-izületben. Láng esetének érdekessége az kölcsönöz, hogy a ficamon kívül más sérülés nem jött létre.

Láng Adolf (Budapest) az os lunatum izolált ficamodását észlelte esés után 14 meter magasból. Pontos diagnózishoz több irányban eszközölt x-sugaras felvételek szükségesek. Heveny esetekben az os lunatum eltávolítása javalt.

Widder Bertalan (Budapest): A Bingler-féle módosított rögzítő gipszkötéseket ajánlja olyankor, amikor a beteg socialis viszonyai börtönök készítését nem engedik meg. A kötés lényege, hogy rendes gipszmodell készítsünk és abba egy alumíniumdrótból készült dróthálót gipszelünk be; a kötet azután felvágjuk, végeit szarvasbőrrel beszegjük, azonkívül folyékony colloiddal bekenhetjük. Ezáltal a beteg könnyű, olcsó, otthon készíthető, a mellett igen tökéletes rögzítő tokot kap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(III. ülés 1912 május 21.-én.)

Elnök: Lipscher Sándor.

Jegyző: Safranek János.

### 1. Safranek János: A baloldali összes melléküregekre kiterjedő sarcoma operált esete.

A 61 éves férfi több hét óta bal orrfelén egyáltalán nem kapott levegőt, ezen orrfeléből ismételtelen igen heves vérzése és a bal fejfélre kisugárzó fájdalmi voltak. Az endonasalis vizsgálat alkalmával az orrüreg bal felét úgy szolván teljesen kitöltöttnek találtuk meglehetősen puha, igen erősen vérzékeny tömeggel, mely egyrészt a középső orrjáratban terjedt tova, másrészt az orrüreg tetejét is kitöltötte, az antrumba is betért, de a choanán túl az orrgaratba nem nyúlt le. A Röntgen-kép a kóros oldali melléküregek homályát mutatta. A próbaexcisióval nyert daganat-részlet a szövettani vizsgálat alkalmával gömbsejtű sarcoma-

nak bizonyult. A beteg elég jó erőbeli állapotban volt, a környéki mirigyek beszűrődve nem voltak, metastasis kimutatni nem lehetett. Ilyen körülmények között a daganatnak lehetőleg gyökeres eltávolítását határoztuk el s a műtétet 3 héttel ezelőtti helybeli érzéstelenítés mellett, a kóros oldalon Bellocq-tampont alkalmazva, végeztük. A beteg a műtétet kitűnően tűrte. A lehető széles hozzáférhetőség és jó áttekinthetőség céljából a külső sebészi utat választottuk s nagyjában Moure módszere szerint jártunk el. A daganat az antrumba is betért; az antrumot kitakarítva, kitűnt, hogy a superficialis orbitalis egy részét is destruálta, valamint részben a processus frontalis és az os lacrymalét, a rostacsontot pedig teljesen elpusztította, úgy hogy medialis és alsó részében a szemgödör csontos fala részben hiányozván, a bulbus itt szabadon feküdt. Az említett részeknek alapos kitakarítása után kitűnt az is, hogy a daganat a sinus frontalisba is betört és így ennek is széles feltárását végeztük, a bőrmetszést ívalakban a szemöldökön meghosszabbítva és a sinus frontalis elülső falát felvéve.

A sinust, mely lateralis végén különálló recessussal bírt, a daganat szintén teljesen kitöltötte. Ezt is kitakarítva s a sebüreget az orr felé jodoformgaze-zal tamponálva, a külső sebet egyesítettük.

A gyógyulás simán folyt le, a kozmetikai eredmény igen jó és belül tiszta sarjadzó felület látszik. A daganat egész tömege kis almamekkoraságú volt.

Navratil Dezső: A melléküregdaganatok elég rossztermészetűek és a legmesszebbmenő gyökeres kiirtás dacára is többnyire recidiválnak. Legjobb az eredmények a 70 felé járó emberek körülírt carcinoma-eseteiben. Legkedvezőbb ilyen esetem eddig egy nő, kinek a septumán volt olaszmagyori, basalis sejttű rákját kiirtottam és a ki 5 év óta recidivamentes.

### 2. Lénárt Zoltán: Heges gégestenosishoz laryngofissióra és transplantációra gyógyult esete.

A 37 éves postamesternő stenosisos lélekzés miatt kereste fel osztályomat és előadta, hogy 3 év előtt rekedtsége miatt vidéki városban belső gégeoperációt végeztek rajta. A műtét után 2—3 héttel észrevette, hogy kevés levegőt kap a gégején; ez a stenosis mindjebben fokozódott, éjjel különösen küzd a légzőmóddal, nappal is a legkisebb munkánál és lépcsőjárásnál fulladozik, de különösen akkor kínos az állapota, ha meghűl és hurutos lesz, ilyenkor úgy érzi, hogy minden pillanatban meg kell fulladnia.

A gégelelet a következő: rima glottidis nincs, hanem a hangszalagok magasságában egy széles heg terül el, a mely teljesen elzárja a gége üretét és csak hátul hagy egy parányi nyílást szabadon, a melyen a légzés történik. Anyilás oly kicsiny, hogy csak a szervezet nagyfokú alkalmazkodó képessége teszi érthetővé, hogy ezen a kis részen lélekzeni tudott. A hangszalagok mozgásából megállapítható, hogy a heget a hangszalagok teljes összenövése hozta létre; a hang suttogó s az áhangszalagok vikariáló működése által jön létre. A gégen egyéb kóros elváltozás nincsen. Szondavizsgálatkor azt a benyomást nyerem, hogy a heg nem hártyszerű, hanem szívós és tömör.

Az anamnesis többi adata és a tüdővizsgálat arra enged következtetni, hogy a beteg szerencsésen lefolyt tuberculosison esett keresztül.

Erre tekintettel lemondtam a dilatációs kezelésről, mely nagyon is sok insultusnak tette volna ki a géget. E helyett hasonló, bár nem ily tömör hegesedés eseteiben elért kedvező eredményeimre támaszkodva, megkísértem a hangszalagokat elektrolysis útján szétválasztani. De csakhamar azon tapasztalatra jutottam, hogy az elektrolysis nem lehet célzó, mert a hegszövet nagyon vaskos, nem hártás összenövés forog fenn, hanem mélyre terjedő hegeképződés szűkíti a géget. Ezért a gyökeres műtétet láttam javultnak.

Mély tracheotomia előrebocsátása után, április 24.-én laryngofissióval feltártam a géget. A műtétet novocain-érzéstelenítés és a felső test mélyebbre helyezése mellett végeztem, a mi a Trendelenburg-canulet teljesen nélkülözhetővé tette. A gége felhasítása után kiderült, hogy a hegszövet úgy elől,



mint kétoldalt mélyen leterjed a gége alsó üre felé. A heg körkörös kiirtása és a vérzés gondos csillapítása után a czomb-ról vett *Thiersch*-lebenyekkel befedtem a sebfelületet és miután jodoformgaze-tamponnal óvatosan kitöltöttem a géget, silkworm-varrattal egyesítettem a pajzsporczot, valamint a tampon későbbi eltávolítására hagyott nyílás kivételével a lágyrészeket is egyesítettem. A műtét utáni 7. napon eltávolítottam a jodoform-tampon és tükörrel meggyőződtem, hogy a lebenyek megtapadtak. Két hét múlva a beteg bedugaszolt canullal jól lélegzett s ezért a canulet végleg eltávolítottam.

Jelenleg a beteg gégejében semmiféle heg sincsen.

A hangszálagok elől kissé közel állanak egymáshoz, a mi onnan eredhet, hogy a pajzsporcz egyesítésekor kissé összébb vontam őket, azonban nincsenek összenőve egymással és bizonyos idő elteltével, ha minden reactio elmúlik, teljes restitutóra lehet számítani. A beteg az operatio óta megszabadult gyötrő légszomjától, nyugodtan alszik, jól lélegzik.

Az esetet azért tartom a bemutatásra érdemesnek, mert demonstrálja, hogy az *endolaryngealis beavatkozások alkalmával a körkörös seb készítésétől órizkednünk kell*, mert heges szűkület a következménye. Mindig úgy kell eljárni, hogy egy ülésben csak az egyik oldalt sebezünk fel s ha ez behámo-sodott, egy másik ülésben csak a szemben levő oldalon operálunk. Ha pedig ez bármily okból nem lenne így kivihető, akkor az eset nem alkalmas az *endolaryngealis* műtéti eljárásra és mindjárt a külső műtéti eljárások valamelyikét kell alkalmazni.

(Folytatása következik.)

## Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(IV. szakülés 1913 február 15.-én.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

**Vértes Oszkár: Beszámoló egy év laparotomiáiról.** A lefolyt 1912. évben a kolozsvári nőgyógyászati klinikán 80 laparotomiát végeztek, a mi feltűnő haladás az előző évekhez viszonyítva. Sorra veszi a csoportokba osztott műtéteket. 13 fibromaműtétet végeztek, közülök 2 totalis exstirpációt, 11 supravaginalis amputációt. Mind a 13 meggyógyult. Elvileg a supravaginalis amputációt végzik, nehogy később a hüvely descensusa jöjjön létre; a totalis extirpációt csak különösebb esetekben használják. Carcinoma miatt 14-szer végeztek laparotomiát, még pedig mindannyiszor *Wertheim*-féle műtétet. Felemlítendő azon fontos körülmény, hogy az operabilitás 10 év alatt 441%-ról 187%-ra emelkedett, mely körülmény főleg annak tudandó be, hogy a *Wertheim* műtéttel sikerült az indicatio határait kitolni. A 14 operált közül 4 halt meg; 2 esetben ureter-lekötés, 1-ben ureterelhalás húgybeszűrés-sel és tályogképződéssel, 1-ben anaemia universalis okozta a halált. A technikát illetőleg fontos, hogy elvből nem drainezzük a parametran-tasakokat. Egy esetben végeztek ventrofixációt, mely műtétet általában ritkán végzik; meggyógyult. Ovarialis cystát 17 esetben irtottak ki, köztük 3 rossztermészetű ovarialis daganatot Kocsánysavarodás esetén a rögtöni operatiót tartják helyénvalónak. Adnextumort csak 15 esetben operáltak, a mi — tekintetbe véve a klinika nagy adnextumoros beteganyagát — a conservativ irány mellett bizonyít. Az operatio indicatióját egyrészt az anatómiai elváltozások, másrészt a nő sajátos társadalmi állása adják meg. A nőt fiatal korában lehetőleg conservative operálják. A kiesési tüneteket nagyon mérlegelik, mert néha beteggebbé teszi a nőt a radicalis operatio, mint a milyen volt műtét előtt. 5 esetben puerperalis, 9 esetben gonorrhoeás, 1 esetben tuberculosus eredetű lehetett felvenni. 12 esetben kétoldali adnextomiát végeztek, de ekkor is 5 esetben az egyik ovariumot visszahagyták; 2 esetben supravaginalis amputációt végeztek kedvezőbb sebviszonyok teremése végett. Csak 3 esetben végeztek egyoldali adnextomiát. Egy esetben gyökeres műtét történt, azaz a genitale teljes kiirtását (kétoldali pyosalpinx

fibromás méhvel szövődve). A 15 eset közül 3 meghalt (embolia arteriae pulmonalis; ileus mechanicus solutus, ster-coraemia (?); peritonitis fibrinosa purulenta). Tubaris terhesség 13 esetében végeztek laparotomiát. Egy ízben élő peténél, 20 cm. magzattal. 2 esetben hirtelen beállott belső vérzésnél még a collapsus idejében. 10 esetben kifejlődött haematománál. Ez utóbbi esetekben 4-szer drainezték a hüvely felé. 3 halálesetük volt; halálok: peritonitis. 5 próbapara-tomiát végeztek: kétszer *Wertheim*-műtétről lett volna szó; egyszer peritonitis tuberculosa, egyszer mesenterialis mirigy-sarcoma, egyszer fibromás méh callosus tömegekbe ágyazott adnextumorokkal volt jelen. Végül egyszer a medencze kötő-szövetéből kiinduló echinococcus-tömlőt irtottak ki; előbb kivarrták a tömlő falát a hasfalhoz; egy későbbi műtéttel magát a tömlőt is sikerült kiirtani, a beteg meggyógyult.

Hozzászolt: Szabó Dénes és Büchler Dezső.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Nagyobb műtétek előtt és után** nagyobb mennyiségű folyadéknek a szervezetbe juttatását ajánlotta *Caillaud* a párisi sebész-társaság február 26.-án tartott ülésén. A nagyobb mű-tetre szorulóknak ugyanis többnyire sok folyadékot veszítettek (dieta, hashajtás stb.); maga a műtét is csaknem mindig tetemes folyadékvesztéssel jár. Az operáltak azonkívül többnyire mérgeztettek is: egyfelől a betegségük következménye-képpen, másfelől az altatásra használt narcoticumtól; ezt az intoxicatiót elősegíti még az említett folyadékvesztés, mert a mérgeket kiűrtő szervek a szervezet vérszegénysége mellett rosszabbul működnek. Folyadékot kell tehát bejuttatni a szervezetbe és erre a célra legjobb kis mennyiségű folyadéknek állandóan a végbélbe juttatása. A megkísérlett különböző folyadékok közül legjobbnak a tengervíz bizonyult.

**A Plaut-Vincent-angina gyógyításáról** szólt a berlini Hufeland-társaság január 23.-án tartott ülésén *Citron*. Nagyon ajánlotta a salvarsant, a melyet eddig intravenásan adott, de a melyről egy esete alapján azt hiszi, hogy localisan (10 centigramm paraffin-suspensióban) még kedvezőbb eredményt fog adni. Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Hirsch* a perge-nolt ajánlotta a szóban lévő baj gyógyítására.

## PÁLYÁZATOK.

259/1913. szám.

A vezetésem alatt álló kórházban lemondás folytán megürese-dett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogy-vármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók **be márczius hó 28.-áig.**

Kapósvár, 1913 márczius 6.

*Szigethi dr.*, igazgató-főorvos.

A *pesti izr. hitközség kórháza* sebészeti osztályán megüresült egy 600 korona évi fizetés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás.**

Felhivatlak mindazon nőtlen orvostudorok, kik e jelzett állásra pályázni óhajtanak, hogy okmányaikkal felszerelt kérvényüket **f. évi márczius hó 31.-éig** a *pesti izr. hitközség* főtitkári hivatalában (VII., Sip-u. 12) nyújtsák be.

A *pesti izr. hitközség* előjárósága.

Jómódú magyar vidéken igen jó **körorvosi állás** töl-tendő **be** mielőbb. Ertesítést ad *Dobsa Sándor*, gyógyszerész, Álmosd, Bihar megye.

Az Irgalmasrend egri elme-egyházintézetében **egy orvosgyakor-noki állás** rendszeresített. Javadalmazása 800 korona évi fizetés, 1. oszt. ellátás és egy szobából álló lakás. Kik az állást elnyerni óhajtják, kérvényüket az Irgalmasrend egri perjeléhez nyújtsák be.

*Irgalmasrend egri házának perjele.*



A mezőhegyesi ménestévezetnél 1913 május hó 1.-étől október hó 31.-éig **egy kisegítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra az alanti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 10 korona napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás.

A kérvények megfelelő okmányokkal felszerelve **f. évi április hó 15.-éig** nyújtandók be az alanti ménestévezetparancsnoksághoz, később beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Orvosszigorló is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménestévezetparancsnokság Mezőhegyesen.

A kassai m. kir. állami bábaképző-intézetnél az **I. tanársegédi állás** f. évi május hó 1.-re megüresedvén, ezen állásra, esetleg a **II. tanársegédi állásra** pályázatot hirdetnek.

Pályázók eddigi működésüket igazoló okmányaikkal és orvosi oklevelüknek másolatával felszerelt folyamódványaikat **ez évi április hó 15.-éig** alulírott igazgatósághoz terjeszték be.

A folyamódványban világosan kifejezendő, hogy pályázók csakis az **I., avagy esetleg a II. tanársegédi állás** elnyerésére is fentartják-e pályázatukat.

Javadalmazás: **I. tanársegéd évi 2000 korona, II. tanársegéd évi 1400 korona** fizetés és mindkettőnél intézetbeni lakás és **I. oszt. teljes ellátás.**

A tót nyelv bírása kívánatos.

A kassai m. kir. bábaképző-intézet igazgatósága.

453/1913. kórh. sz.

Jásznagykúnszolnok vármegye **I. Ferencz József-kórházában folyó évi április 1.-jére** megüresülő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: évi 1600 korona fizetés, teljes ellátás; kinevezés 2 évre szól s megújítható; időközi távozás esetén két hónapi felmondási idő kötelező a segédorvos részéről; a kórházi szabályokat köteles megtartani.

Pályázhat okleveles vagy felavatott orvos; kórházi gyakorlat itt is teljesíthető, kivéve a szülészetet. Kérvényhez oklevelet, illetve avatási bizonyítványt, esetleg más okmányokat kell csatolni eredetiben vagy hiteles másolatban; ki kell mutatni a katonai szolgálati viszonyokat is és a már teljesített kórházi gyakorlati hónapokat.

Kérvényt méltóságos **Horthy Szabolcs** főispán úrhoz intézve, hozzám folyó évi **március hó 30.-áig** kell beadni.

Szolnok, 1913 március 15.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

Alapítottott  
1878. évben.

### Mely árban szerezhethető be egy modern orvosi felszerelés?

TELEFON  
13-76.

Évek során át szerzett tapasztalatok és kiváló orvosi tanácsok alapján, legmodernebbül felszerelve és praktikus összeállítva, **keves költséggel**, esetleg könnyen betartható részletekkel, avagy évi számlára **beszereshető a technika legújabb vívmányaival felszerelt orvosi berendezés.**

Egy éven belüli fizetés esetén **20% engedményt** nyújtok legújabb árjegyzékem árából.

Meg nem felelő készséggel kicserélés és az eszközök elsőrendű minőségéért minden tekintetben szavatolok.

**Letelepedő orvos uraknak teljes műszer- és bútorberendezéseket** szállít részletekkel ellenében.

**Műszer-javítások, dynamo-nikkelezések, angol működőszűrőlések** **jutányos áron elvállaltatnak.**

Költségvetést és képes árjegyzéket díjmentesen küld:

**KELETI J.** BUDAPEST, IV., Koronaherczeg-  
utca 17. Gyár: IV., Himző-utca 5.

## MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál **igen jó hatású** még akkor is, ha **vérzések** esete forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskúty L.-nál** Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson.

7065

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

kedély- és idegbetegeknek

☐☐ Sátoraljaújhely. ☐☐

### Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete

Intézet benlakó betegeknek.

**Dr. Pajor sanatorium és vízgyógyintézet** Budapest,  
Vas-utca 17.

Bel, diatetikai és sebészeti osztályokkal. Röntgen, Radium, pöstyéni iszap, Pneumatikus kamara, Inhalatorium stb.

**Dr. Batizfalvy-téle**  
szanatorium  
VI., Aréna-út 82.

Vízgyógykezelés,  
szénsavas fürdők, villanykezelés.  
Bejáróknak is.

**Dr. ROTH**

Stefánia-úti Sanatoriuma  
Stefánia-út 71.

Cukor és diéta

Dr. Szerb Zsigmond  
kórh. főorvos.

Ideg-  
osztály consiliáriusai

Dr. Hajós Lajos  
egyet. m.-tanár.

Testgyógyászati

**Dr. ROTH**  
igazg. főorvos.

Intézet bejáró betegeknek.

Budapesti gyógyszermechanikai  
**ZANDER-INTÉZET**  
Múzeum-körút 2. Igazg. orvos:  
dr. Reich Miklós.

1913. május hotól

IV., **Semmelweis-utca 2. szám.**  
(Kossuth Lajos-utca sarkán.)

**Dr. JUSTUS**  
bőrbajokat gyógyító és  
szépségápoló intézete  
IV., Ferencz József-rakpart 26.

**Sugaras gyógyítás. Röntgen.  
Radium. Forró légkészlék.  
Fürdők. Kozmetikai műtétek.**

**All-Radium-Inhalatorium**  
és Fango-Gyógyintézet  
Erzsébet-körút 51.

Részleges Fango-göngyölés. Radium-inhalatio. Massage. Villamozás. Fango-eladás.  
Vezető orvos: **Vándor Dezső dr.**

**Dr. Hoffmann Jenő**  
Physikotherapiás intézete  
VI., Váci-körút 51. sz.

Röntgen-rádium-elektrotherapia (galvanisatio, faradisatio, sinusoidális áramok, Leduc-áram, magas feszültségű áramok, diathermia, ionisatio és az elektrotherapia többi összes modalitásai), massage, fény- és hőtherapia

**Asthma-gyógyintézet**  
VI., Andrassy-út 87 (körönd).

**Egyedüli Bulling-Inhalatorium**  
Pneumatikus-kamra, tüdőgymnasztika stb.  
Vezető orvos: **Dr. Glück Tibor**

### A tüdőbetegségek meggátlása idejekorán való beavatkozás által.

# Hellsirin

egy új név egy rég bevált guajakolkészítmény részére.

Hosszabb tartó bronchialis és tüdőcsúcsurutoknál az idejekorán való beavatkozás, komolyabb tüdőbetegségeket, mint különösen a tuberculosist még a test kedvezőtlen természeténél is meggátolhat. A táplálkozás és hydropathikus kezelés csak akkor teljesít kedvező szolgálatot ha helyesen választott gyógyszerek által támogattnak. Mint ilyenek első sorban a guajakolkészítmények jönnek tekintetbe, melyek közül azonban sokat nem jól tűnnek. Szerencsés gondolat volt tehát a bükk-kátrány és köszénkátrány hathatós alkatrészeit egyesítve, mint Hell guajakolkészítményt a terápiába bevezetni. Ezen kitűnő készítmény szörpalakban **SYR. GUAJ. COMP. HELL** számos orvos által fényes eredménnyel lett kipróbálva, a mit számtalan tudományos dolgozat bizonyít. Az orvosi vélemények szerint a guajakolszörpöt igen jól tűrik, az étvágyat élénkíti, az izzadságot csökkenti és a testsúlygyarapodás két-három üveg után gyakran 600-800 grammot tesz ki. Összecserélések kikérülése végett Syrupus Guajacoli comp. Hell részére ezentúl a rövid **„HELLSIRIN“** védjegyjelzést vezettük be. Szörpalakon kívül ugyanezen készítményt mint **„HELLSIRINCAPSULÁK“** (Capsulae Guajacoli comp. Hell) is forgalomba hoztuk.

Ára: 1 üveg szörp K 3.—, 1 üveg olcsó pénztári csomagolás K 2.—, 1 doboz capsula K 2.—.

Minták és irodalom ezen hirdetésre való hivatkozással díjmentesen

2052

**G. HELL & COMP., vegy.-gyógysz. gyára** által **Troppau és Wien I., Biberstrasse 8.**



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Flesch Ármin:** Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyetemi gyermekgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.) Diverticulum heges nyelőcsőszűkület fölött. 233. lap.

**Keller Kálmán:** Közlemény a Szent István-kórház idegosztályáról és physikai gyógyintézetéről. (Főorvos: Donath Gyula dr., egyet. tanár.) A myastheniáról és jellemző villamos reakciójáról. 235. lap.

**Pólya Jenő:** Közlemény a Szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. A duodenalis fekélyről. 238. lap.

**Szabó József:** Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár.) Elmebetegség gerincvelő-folyadékának erjesztő hatásai. 242. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. **Hoor Károly:** A szemészet tankönyve. — **Lap-szemle.** **Belorvosok.** **Cargin:** Beldiphtheria. — **Boas:** A bélsárnak rejtett vérzésre való vizsgálata. — **Sebészet.** **A. Schlesinger:** Latens erysipelas. — **Szülészet és nőorvosok.** **Guggisberg:** Az eklampsia gyógykezelése a gerincvelőcsatornába adott injekciók segítségével. — **Venerális betegségek.** **M. Müller:** A latens syphilis fertőzőképessége. — **Hügszervi betegségek.** **Barthelémy és Miramond de Laroquette:** A here és a mellékhere sérülései. — **Orr-, torok- és gégebetegségek.** **John M. Mackenzie:** A tonsilla-bőldöklés („The massacre of the tonsil”). — **Kisebbségi közlések az orvostudományról.** **A. Fraenkel:** Paracodein. — **Eichmann:** Terhességi toxicodermia. — **Rosenbaum:** Salinifer. — **Murphy:** Áttűródás okozta hashártyagyulladás. — **Bruck:** Gadiol. 244–246. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 247. lap.

**Vegyes hírek.** 247. lap.

**Tudományos társulatok.** 248–251. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyetemi gyermekgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

### Diverticulum heges nyelőcsőszűkület fölött.\*

Közli: **Flesch Ármin** dr., klinikai I. tanársegéd.

Az „Orvosi Hetilap” 1911. évfolyamában „A gyermekori heges nyelőcsőszűkület radiológiai körjelzése” című dolgozatban közzétett **Péteri Ignác** dr.-ral azon Röntgen-vizsgálatainkat, amelyek heges nyelőcsőszűkületben szenvedő gyermekeken végeztünk. Ezen munkánkban husz eset pontos vizsgálati leletét emeltük ki és reámutattunk ezek kapcsán, hogy a radiológiai vizsgálati eljárás minő előnyöket nyújt más vizsgálati eljárásokkal szemben. Ezen szempontok között különösen hangsúlyoztuk azt is, hogy a Röntgen-eljárással milyen kényelmes módon győződhetünk meg a szűkület fölött mutatkozó tárgulatokról is, amelyek éppen ezen vizsgálatok eredményei után gyakoriaknak kell tartanunk. Bár általánosan ismeretes, hogy szűkület előtt másodlagosan tárgulatok keletkezhetnek, mégis minthogy vizsgálataink segítségével husz eset közül tizben mutathattunk ki kifejezett tárgulatot, ez utóbbiakat ezek alapján még gyakoribbnak kellett tekintenünk, mint a mennyire azelőtt gondoltuk.

Ezen tárgulatok közül az észlelhető tárgulat igen nagy foka folytán különösen kettő tűnt ki, amelyek radiogrammját idézett munkánkban e miatt közzé is tettük.

Az egyik hét éves fiúra vonatkozott, a kin a Röntgen-vizsgálat hosszú, nagyfokú szűkületre mutatott a III–VIII. hát-csigolya között. Fölötte nagy tasakalakú pangásos dilatatio a nyelőcső kezdeti részében, a mely összefolyt a garat tárgulatával.

\* Minden jog fentartva.

A másik eset, a melylyel a kifejtendő okoknál fogva részletesebben óhajtanánk foglalkozni, öt éves leány, a ki 1909 január 5.-én vétetett fel a Stefánia-gyermekkorházba. 1908 július havában ivott lúgköldöt, azóta nyelése fokozatosan romlik. Gyakori hányás, különösen ha hirtelen nagyobb tömegű folyadékot vagy pépes táplálékot akar elfogyasztani.

Gyengén fejlett, nagy mértékben lesoványodott. Teljes nyelési képtelenség miatt azonnal gastrostomia (**Winternitz** dr.). Gyomorsipolyon át tápláljuk, majd később felülről is jól nyel folyadékot. Ismételt szondázási kísérletekkel még a filiformis francia bougie sem vezethető át. Majd oesophagoskop alkalmazása mellett narcosisban kíséreljük meg a szonda bevezetését, azonban még így sem sikerül a nyílást megtalálnunk. Ennek dacára a szondázási kísérleteket tovább folytatjuk, azonban a szondák mindig megkunkorodnak, minden alkalommal heves köhögési inger fogja el a gyermeket, s utána tömegesen ürít bűzös, genyes nyálkát.

1910 április 16. Zirconoxydos átvilágítás és fölvétel. Körülbelül 20–25 cm<sup>3</sup> közepsűrű pépet tud csak lenyelni, különben tüstént kihányja. Az utolsó nyaki és I., II., III., IV. hát-csigolyának megfelelőleg hengeres, tojásdad alakú, rézsutosan balról felülre jobbra lefelé haladó nagy tasak foglal helyet. *Levezető nyílást zirconos folyadék itatása után sem látunk.* Ezek alapján a körjelzést úgy állapítottuk meg, hogy *igen nagyfokú szűkület forog fenn a IV. hát-csigolya alsó szélétől kezdődően, a szűkület fölött pedig rendkívül nagyfokú pangásos tárgulat foglal helyet a nyelőcső kezdeti részére és a garatra kiterjedően.*

A további lefolyásból röviden a következőket emeljük ki:

A gyermek állandóan felülre táplálkozik ugyan kis mennyiségű híg táplálék gyakori bekebelezésével, de mint-hogy még a legvékonyabb szonda átvezetése sem sikerül s a helyzeten fibrolysin-befecskendezések sem javítanak, megkíséreljük 1912 április 16.-án szonda átvezetését a gyomor



felől hólyagtükrör segélyével, de eredmény nélkül. Végül 1912 november 20.-án újabb műtét (Verebely dr.) folyamosunk. A műtét alkalmával a gyomrot megnyitva, a cardián ujjal átjuthatunk, s a cardián túl kb. 4 cm.-nyi távolságra hatolhatunk fel, a hol egy teljesen áthatolhatatlan szűkülethez jutunk. A cardiától a szűkületig érő terület tölcsérszerűen kitágult. A cardián át a szűkületen a legvékonyabb szondát iparkodunk átvezetni, de nem sikerül. A gyomrot összevarrjuk, sipolynylást hagyva, a melyen át a legvékonyabb szondát vezetjük be a szűkületig, úgyszintén a táplálásra szolgáló gummicsovét.

A gyermek erőbeli állapota a műtét után mindinkább csökken, a gyomorsipolyon át bevezetett táplálék visszafolyik s hasztalan alkalmazunk rendszeres konyhasós befecskendezéseket a bőr alá, rectalis instillatiót s szíverősítő gyógyszerket, 1912 november 29.-én beáll az exitus.

A bonczolási jegyzőkönyvből (Bókay Zoltán dr.) kiemeljük a következőket:

Gyöngén fejlett és rendkívül nagy fokban lesóványodott. A máj bal széléhez a gyomor megnyitott része erősen oda tapadt. A műteti nyíláshoz odavarrt gyomorrészlet a curvatura major előtt kb. 6 cm.-nyire a pylorus fölött fekszik. A kivarrt helyhez az erősen zsugorodott heges gyomor curvatura minorja van odavongálva, úgy hogy ez utóbbi zsilipszerűen fekszik a gastrostomia nyílásába. Ez a zsilip a nyílást két részre osztja, melyek közül az egyik a curvatura minor bal oldalán a fundusba, a másik a curvatura minor jobb oldalán a pylorushoz vezet. A táplálásra behelyezett cső a fundus részben fekszik, a melyből az említett curvatura minor-sarkantyú folytán az ételpassage a pylorus felé lehetetlen.



A nyelőcső a garat nyílásától kezdve gömbalakúan kitágult (l. az ábrát). A táguulat kb.  $5 \times 6 \times 6$  cm. nagyságú; közvetlenül a gége mögött kezdődik, a hol a nyelőcső izomzata hatalmasan túltengett. Innen a gömbalakú táguulat a trachea felé domborodik előre, a melynek hátsó falába kb.  $2\frac{1}{2}$  cm.-nyire a bifurcatio fölött benyomul. Az izomzat az említett garati bejáratától kezdve fokként sorvad, úgy hogy a diverticulum basisától felfelé számítva  $3\frac{1}{2}$  cm.-nyire látszólag teljesen meg is szűnik, illetve heges szövetbe megy át. A legnagyobb táguulat éppen ezen izommentes helynek felel meg.

A táguulat fenekén hiába keressük a nyelőcső folytatását s azt csak alulról metszvéen fel, a nyelőcsövet a gyomor felől sikerül kb. 7 cm. hosszú heges szűkületben követve, a diverticulum hátsó alsó harmadának határán meglegnünk, a hol egy kb. 3 mm. nyálkahártyaredőny által alkotott duplicatura billentyűszerűen zárja el a nyílását. A szűkület maga kb. 3 cm.-nyi területen csupán vékony szonda számára járható át. Az egész szűkült területet, a mely tehát a bifurcatiótól a cardiáig terjed, merev hegszövet rögzíti a gerincoszlophoz, a mely hegszövetben kb.  $1\frac{1}{2}$  cm.-nyire a diverticulum basisát alkotó billentyűtől lefelé ismerhető fel izomelem.

A belek és a gyomor pylorusos nyálkahártyája halvány. A belek erősen megvékonyodtak, sorvadtak, bélsarat nem tartalmaznak.

**Diagnosis:** Stricture oesophagi post intoxicationem cum lixiva caustica. Diverticulum oesophagi supra stricturam. Gastrotomia et gastrostomia facta. Perihepatitis callosa. Inanitio.

Összefoglalva, egy ötéves leány-gyermek lúgkémérgezés után fejlődött heges nyelőcsőszűkület miatt körülbelül négy évig állott kezelésünk alatt. Már a klinikai tünetek alapján nyilvánvaló volt előttünk, hogy nem csupán egyszerű, igen nagyfokú heges szűkülettel állunk szemben, hanem hogy még más körülménynek is kell szerepelni, a mely a kezelés eredményességét teljesen megakadályozza. Egyszerű nyelőcsőszűkületre mutatott volna, ha klinikailag csak a nyelés nehezített voltát, a falat megakadását, a táplálék regurgitálását észleltük volna s a kutaszolás alkalmával a kutasz a szűkületnek megfelelően egyszerűen megakadt volna.

Ezekon kívül azonban még más tünetek is mutatkoztak, olyanok, a melyek arra utaltak, hogy a szűkület felett nagyobb táguulatnak kellett kifejlődni. Erre irányította figyelmünket különösen azon körülmény, hogy a gyermek a táplálék felvétele után bizonytalan hosszú idő múlva tömegesen ürített bomlott hányadékot. A hányadék nem mutatta emésztés jeleit, nem volt savanyú, hanem inkább bűzös és e mellett állandóan elég erős foetor ex ore-t érezhettünk. A kutaszolás alkalmával pedig a kutasz nem akadt meg egyszerűen, hanem mindig úgy éreztük, mintha a kutasz akadálytalanul lejutna s csak a kutasz kihúzása után láttuk, hogy az meg volt kunkorodva, jelöl annak, hogy táguált részbe jutott, a melyben elegendő hely volt a kutasz összegömbölyülésére. A nagy táguulatot kimutatta azután az oesophagoskopia, de még szében a zirconoxydos tejes dara segélyével történt Röntgen-átvilágítás és felvétel. Ezen utóbbi szerint a szűkület igen nagyfokú, annyira, hogy még a zirconos folyadék esetleges fonalszerű árnyékát sem sikerül megállapítanunk. Ezen szűkület a IV. hátcsigolyánál kezdődik, s felette egy rendkívül nagyfokú táguulat foglal helyet hengeres, tojásdad alakú, nagy tasak alakjában, a mely a nyelőcső kezdeti részére és a garatra terjed ki.

A betegség további lefolyása klinikai szempontból különös érdekességet nem nyújt, csak szomorúan mutatja, hogy az ilyen nagyfokú táguulatokon sebészeti beavatkozásokkal sem igen tudunk segíteni.

Bár már a klinikai súlyosság szempontjából is mint ritkábbat kell ezen esetet kiemelnünk, mégis az, a mi esetünknek különös érdekességet kölcsönöz s a miért ezen esetet közlésre érdemesnek tartottuk, a bonczolási lelet. A bonczoláskor ugyanis a klinikai körjelzéssel egyezően igen nagyfokú heges nyelőcsőszűkületet találunk, s e fölött egy nagy táguulatot. A táguulat kiterjed a garatra és a nyelőcső kezdeti részére, csak hogy nem terjeszkedik ki egyenletesen körkörösre a nyelőcső megfelelő részletének egész területére, a miként a szűkületek felett a táguulatok fejlődése történni szokott, hanem a nyelőcsőnek csupán az elülső, a légcső felé eső falára szorítkozik, s ott alkot egy nagy tasakot. Nem diffus ectasia fejlődött tehát ki a heges szűkület felett, hanem valóságos diverticulum s ezen szempont az, a miért esetünket, ha nem is egyedül állónak, de kétségtelenül felette ritkának kell jeleznünk.

A nyelőcső szűkületeivel, illetőleg táguolataival foglalkozó



munkálatok mindannyian úgy nyilatkoznak, hogy a heges nyelőcsőszűkületek folytán egyszerű pangásos dilatációk fejlődhetnek. *Hacker*<sup>1</sup> szerint olyan gyűrűs és csőszerű szűkületek felett, amelyek nagy akadályt alkotnak, az izomzat insufficienciája folytán dilatatio fejlődhetik, nevezetesen akkor, ha a falak itt is, esetleg csak felületesen, hegesen elváltoztak. *De ez a dilatatio is szerinte gyakran csupán relatív, úgy hogy a lumen a normalisat tágasságára nézve nem mulja felül.* *Lotheissen*<sup>2</sup> szerint a tágulatok fejlődése heges szűkületek felett nem igen gyakori, mivel az akadály folytán a muscularis túlteng és csak akkor fejlődik tágulat, ha ez a túltengett izom elégtelenné válik, pl. zsírosan elfajul. Ezekkel szemben idézett munkánkban kimutattuk, hogy a tágulatok nem annyira ritkák, mint ezek alapján azt képzelhetnők, és hogy azok nem ritkán jelentékeny fokúak lehetnek, a midőn gyakorlati szempontból nem a tágulat szorul háttérbe a szűkület mögött, miként azt *Lotheissen* mondja, hanem a tágulat uralkodik a klinikai képen és akadályozza a kezelés eredményességét.

Mindezen munkák nem is említik, hogy szűkületek felett nem csupán diffus ectasia, hanem kivételesen — miként esetünkben — diverticulum is fejlődhetik, s úgy *Lotheissen*<sup>3</sup> mint *Kaufmann* és *Kienböck*<sup>4</sup>, valamint *Starck*<sup>5</sup> is legújabbban megjelent nagyobb, részletesebb munkájukban a diverticulumnak csupán ismert alakjaival, a tractiós és pulsiós diverticulummal foglalkoznak és annak változatait tárgyalják. *Starck* szerint mind a tractiós, mind a pulsiós diverticulum hiányzik a gyermekkorban. Csupán *Kraus*<sup>6</sup> említi meg, hogy kivételesen lehet a tágulat nem egyenletes, hanem a tágult nyelőcsőnek egyik vagy másik része egy irányban erősebben bolytosul előre. Idézi erre *Nicoladoni*<sup>7</sup> esetét 1877-ből és mi sem találtunk esetünkhöz hasonló, csupán *Nicoladoni*-ét. *Nicoladoni* esetében négy éves leánygyermekről van szó, kiben lügmérgezés következtében heges nyelőcsőszűkület állott elő. Minthogy a kutaszolás nem sikerült és a kutasz mindig meghajolt, diverticulumra gondolt és oesophagostomiát végzett. A műtét alkalmával csakugyan egy gesztenyénagyságú diverticulumot talált, melyet felhasított, s a gyermeket szondán át táplálta. A gyermek hat nap múlva meghalt s a bonczolás alkalmával kitént, hogy a nyelőcső közepén 8 cm. hosszúságú heges szűkület foglal helyet s e fölött a nyelőcső 3 cm. hosszúságban kitágult, de excentrikusan, még pedig legerősebben a bal elülső részén jött létre egy zsákszerű kibolytosulás.

Fel kell vetnünk ezek után azon kérdést, hogy miért jött létre esetünkben diverticulum és miért nem fejlődött ki a nyelőcső egész körfogatára egyenletesen kiterjedő ectasia. Ennek megmagyarázásában segítségünkre szolgálhat a *Zenker*-féle pharyngo-oesophagealis diverticulum keletkezése módjának ismerete. A *Zenker*-féle pharyngo-oesophagealis diverticulum a magas korban keletkezik lappangva, a nyelőcsővön vagy hátul, vagy oldalt fejlődik ki jellegzetes helyen, a garatnak a nyelőcsőbe való átmenete helyén, s mindig pontosan a gyűrűporcz beszájadzása mögött. Ugyanis már élettani viszonyok közt is a gyűrűporcz magasságában szűkület a nyelőcső, a mi okot szolgáltat arra, hogy nagyobb falat ezen a helyen megakadjon; kérdés volt csupán, hogy nyelési akadálnál miért fejlődik kitérkedés éppen ezen a jellegzetes helyen. A magyarázatot megadták azon vizsgálati eredmények, amelyek

kimutatták, hogy ezen említett helynek megfelelőleg a nyelőcső hátulsó falán az izomzat veleszületett módon gyenge: az ú. n. *Laimer*-féle háromszögnek megfelelőleg a külső hosszizomzat hiányzik, úgy hogy a falat csupán egy réteg gyűrűs izomzat alkotja. Ezen terület tehát locus minoris resistentiae lévén, a nyomásnak könnyebben enged s vagy izommentes pharyngo-kele, vagy az egész fal elbolytosulása folytán zsákszerű diverticulum képződik több-kevesebb izomzattal.

Esetünkben a diverticulum létrejöttét oly módon képzeljük el, hogy a nagyfokú szűkületen a lassan bekebelezett kis mennyiségű folyadék jól áthatolhatott, a mint azonban a lenyelt táplálék vagy tömegesebb, vagy sűrűbb összeállású volt, az a kis billentyűszerű nyálkahártya-kettőzetet odaszorította a szűkület bemenetéhez és ily módon még folyadék sem juthatott le a gyomorba. Miként a bonczolási jegyzőkönyv mutatja, az izomzat a tágulat garati bejáratától kezdve fokozottan sorvad, míg végül a diverticulum alapjától számítva 3 1/2 cm.-nyire látszólag teljesen meg is szűnik, illetőleg heges szövethébe megy át s a legnagyobb tágulat éppen ezen izommentes helynek felel meg. *A szűkület felett pangó táplálék tehát nyomást gyakorolt a nyelőcső falára minden irányban, azonban az elülső fal sorvadt, gyenge, illetőleg teljesen elhegesedett izomzatú részlete sokkal csekélyebb mértékben tudott a nyomásnak ellenállni, s ezért a nyomásnak engedve, a leírt diverticulum fejlődött ki.* Keletkezése módját tehát hasonlóan gondoljuk a *Zenker*-féle diverticuluméhoz, csak a körülírt izomgyengésséget nem veleszületett, hanem szerzett okra kell visszavezetnünk.

Közlemény a Szent István-kórház idegosztályáról és physikai gyógyintézetéből. (Főorvos: Donáth Gyula dr., egyet. tanár.)

### A myastheniáról és jellemző villamos reakciójáról.

Irta: *Keller Kálmán* dr., a physico-therapiiai intézet vezetője.

A myastheniás villamos reakcióról 1911-ben megjelent dolgozatomban<sup>1</sup> kísérleti vizsgálataim alapján azt a véleményt is nyilvánítottam, hogy a myastheniás kifáradás oka nem az izomzatban, nem is a peripheriás idegekben, hanem valószínűleg a centralis idegrendszerben van. Támogattam ezt a véleményemet villamos ingerlési kísérletekkel, melyek szerint az akaratlagos beidegzés által már teljesen kifáradt izom a villamos áram által hosszú ideig volt tovább ingerelhető.

E dolgozatban összefoglalom azokat a vizsgálatokat, amelyek részben a myastheniás villamos reakcióra, részben pedig magára a myastheniás jelenségek okainak localisatiójára vetnek világosságot.

Az észlelt betegek kórtörténetei röviden a következők:

I. A 25 éves hajadon betegsége 3 év előtt kezdődött a szemhéjak gyors kifáradásával és lesüllyedésével, a mihez körülbelül 2 év alatt az alsó és felső végtagoknak gyors kimerülése, továbbá a rágó-, beszéző- és nyelőizmoknak feltűnő fáradékonysága csatlakozott. A pupillák fényre jól reagáltak, az inreflexek élénkek, az érzés intact volt. A felső szemhéjak fél percnyi pislogás után fáradtan lecsüngöttek, a fáradékonyság az összes akaratlagos impulsusok által mozgatott izmokban igen gyors volt (10–22 egymásután történt mozgásra teljes elfáradás). Az idegek és izmok villamos ingerlékenysége jó volt. A beteg pár hónapi gyógykezelés után lényegesen javulva tért haza és azóta tanítónői foglalkozását végzi. A róla több ízben felvett photographiák birtokomban vannak.

II. A 16 éves hajadon családjában idegbajról nem tudnak. Szülei és hat testvére egészségesek. Az 1910. év márczius havában „tüdőgyuladást” kapott, sőt állítólag „szívizzadmánya” is volt. Ezekből ugyan kigyógyult, de annyira elgyengült, hogy nem bírt járni, a nagy gyengeség miatt legtöbb idejét ágyban töltötte. Már ekkor gyakran előfordult, hogy evés közben annyira elfáradtak rágó- és nyelőizmai, hogy a mikor legjobban izlett volna, abba kellett hagynia az evést, mert „a falat megakadt a torkán”. A beszéd annyira fárasztotta, hogy inkább napokon át hallgatott. Négy hónap múlva került a Szent István-kórház idegosztályára.

<sup>1</sup> Az első közlemény a „Klinikai füzetek” 1911 júliusi számában jelent meg. Előadatott a kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1912 január 15.-én.

<sup>1</sup> *Hacker*: Stricturen d. Oesophagus. S. 1026. Handb. d. praktischen Chirurgie. 1903.

<sup>2</sup> *Lotheissen*: Erweiterungen und Divertikel d. Speiseröhre. S. 1050. Handb. d. prakt. Chir. 1903.

<sup>3</sup> *Lotheissen* l. c.

<sup>4</sup> *Kaufmann* és *Kienböck*: Ueber Erkrankung der Speiseröhre. Wiener klin. Wochenschrift, 1909, 1199. l.

<sup>5</sup> *Starck*: Die Divertikel und Dilatationen der Speiseröhre. Sammlung zwangl. Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten. III. köt., 5. füzet.

<sup>6</sup> *Kraus*: Die Erkrankungen der Speiseröhre. 129. l. Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie.

<sup>7</sup> *Nicoladoni*: Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Oesophagusdivertikel. Wiener mediz. Wochenschrift, 1877, 606. l.



Az elég jól fejlett, kissé gracilis leány izmai satnyák, de sorvadás az izmoknál nem található. A pupillák fényre és alkalmazkodásra elég jól reagálnak, a szemgolyók mozgásai minden irányban jók. A homlok bőrének ránczolása kissé nehézkes, a szemcsukás lassú, renyhe; nyugalmi helyzetben a felső szemhéj mindkét oldalt kissé lelóg, de a felső szemhéjakat jól emeli. Az alsó szemhéjak nyugalmi állapotban is lecsüngenek, úgy hogy a szemrés valamivel tágabbnak látszik, szemcsukáskor pedig körülbelül 2 mm.-es résen át a sclera fedetlenül marad. A száját nehezen csucsorítja. Mindkét szájzug kissé lecsüng. Az arczon bágyadt, fájdalmas kifejezés ül. A nyelv nem sorvadt, mozgásai ügyetlenek; a lágyszájpadot eléggé emeli, garatreflexe megvan. A felső és alsó végtagok izomereje csökkent, de bénulások nincsenek. A kezek szorítóereje erősen csökkent. A járás lassú, vontatott, csoszogó. A felső végtag in- és periorreflexei kiválthatók, elég élénkek; a térd- és Achilles-inreflexek kiválthatók, a talpreflexek hiányoznak. A hasfali bőreflexek kissé csökkentek. A sensibilitás intact. A szívtempulát feltűnő nagybodást nem mutat, a szívhangok tiszták. A pulzus 116—140 között ingadozik, kishullámú. A légzésszám többször órán át 38—40 volt, a nélkül, hogy erősebb testmozgást végzett volna. Az idegek és izmok villamos ingerlékenysége rendes.

A fárasztási kísérletek a test összes izmaiban rendkívül gyors fáradékonyságot mutattak. A szemcsukás például vontatottan és igen lassan történik,  $\frac{3}{4}$  perc után csaknem teljes a kifáradás. A két alkar hajlítása és feszítése lefeljebb 26-szor sikerül, utána teljesen elfárad. A járásban pár lépés után kimerül. A beteg az osztályt több hónapi gyógykezelés után megjavulva hagyta el, izomereje visszatért, a fáradékonyság a rendes mindennapi izomtevékenység keretén belül teljesen megszűnt. Bár az izmok és idegek villamos ingerlékenysége eltérést nem mutatott, a kezdődő izomatropiával (dystrophia?) való szövődés nem volt kizárható.

Térjünk át ezek után azon villamos vizsgálatokra, melyek e myastheniásokon és ennek kapcsán más idegbetegségeken végeztek.

A myastheniás villamos reactiót mindenütt úgy írják le, mint az izmoknak sajátos viselkedését az elektromos árammal szemben, melyet az jellemez, hogy ha az izomra másodpercenként tetanizáló inductió áramot bocsátunk (akár az ideg felől is) egyes áramcsapások alakjában, a rángások lassan-lassan mindinkább csökkennek és végül egészen eltűnnek. Ez a villamos reactio tehát hasonlítana az izmoknak az ismételt akaratimpulsusokra bekövetkező elfáradásához.

Betegeinken, kiken izmaiknak saját akaratukból történt mozgatasakor rendkívül gyorsan beálló kimerültség jelentkezett, a villamos reactio váratlanul különös módon mutatkozott, ugyanis a jellemző izomösszehúzódsi csökkenés és ezek megszűnése nem következett be. Sokszor megismételt kísérletekből az derült ki, hogy a legkülönbözőbb izmoknál erős fáradós áramcsapások egymásutánjával akár 10—15 percig is kiadós izomösszehúzódsakat kaptunk.

Sajátságos ellentét jelentkezett tehát az akaratlagos izomösszehúzódsok és a villamos áram által előidézett összehúzódsok között. Míg az önkéntes mozgások legfeljebb 25 ízben voltak ismételtetők legfeljebb egy percig és a fáradás beállott, addig ugyanez a mozgás a villamos áram által aránytalanul hosszabb ideig volt előidézhető.

Okvetlenül gondolkodóba ejt bennünket e két ténynek észlelése; oly különös az ellentét az akaratimpulsusok által támadó gyors izomfáradás és ezzel szemben a villamos áramra ugyanezen izmoknak hosszú időn át fennálló fáradhatlansága között. Hiszen mindkét fajta izomösszehúzóds körülbelül egyforma intenzitású volt, egyforma időközökben következett be, miért fárad ki tehát az akarat által összehúzott izom hasonlíthatatlanul gyorsabban, mint a másik módon? Itt az ok már nem lehet sem az izomban, sem az idegben, mert akkor a villamos ingerlésre is az akaratlagos fáradáshoz hasonló gyors elfáradásnak kellett volna bekövetkeznie. Pedig az ellenkező történt. Csakis úgy magyarázhatjuk meg magunknak ezt a jelenséget, ha a középponti idegrendszerből kiinduló mozgató akaratimpulsusok fokozatos gyengülését, vagy a mi ugyanaz, a középponti idegrendszer megfelelő centrumainak gyengülését supponáljuk.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Hasonló gondolkodásmenet útján egyező eredményre jutott vizsgálata alapján Markeloff „Die Myasthenie“ című dolgozatában (l.: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 49. B., 2. Heft, 1912), ki a myastheniát szintén centralis eredetűnek tartja. A dolgozatom alapjául szolgáló előzetes közleményem 1911. év júliusában jelent meg a Donath Gyula egyetemi tanár szerkesztette „Klinikai füzetek“-ben.

Bizonyos csodálkozással vettem tudomásul a myastheniás villamos reactio hiányát ellentétben a nagyfokú akaratlagos fáradással és ennél fogva kényszerítve éreztem magam arra, hogy a myastheniás reactióval nemcsak e betegek, hanem más idegbajosokon is kiterjedtebben foglalkozzam.

További vizsgálataim folyamán arra jöttem, hogy bizonyos kísérleti berendezés mellett úgy myastheniásokon, mint más idegbetegségeken a myastheniás villamos reactiónak egy álmóját idézhetjük elő, mely az eredeti myastheniás villamos reactióhoz hasonlít és így esetleg tévútra vezethet bennünket.

Hogyan jön létre a myastheniás villamos reactiónak ez az álmója s miről ismerhetjük fel azt, hogy nem az eredeti reactióval állunk szemben? E kérdésre a következő kísérletek adják meg a választ.

Midőn a myastheniás villamos reactiót sorozatosan végeztem, úgy myastheniásokon, mint más idegbajosokon az eredetileg Jolly leírta módon másodpercenként alkalmazva az egyes fáradós áramcsapásokat, sokszor tapasztaltam azt, hogy az egyes contractiók mindinkább gyengülnek, míg végül egészen megszűnnek egy, két vagy több perc alatt. Feltűnt azonban ugyanekkor az a körülmény is, hogy alig egy-két másodpercnyi szünet után folytatva az áramcsapásokat, az egyes contractiók újra erőteljesek lettek, egy ideig változatlanul jelentkeztek, majd ismét fokozatosan gyengültek és megszűntek. Újabb egy-két másodpercnyi szünet után megismétlődött az előbbi jelenség. Oly következetesen volt e jelenség előidézhető, hogy hamarosan meggyőződhettem arról, hogy itt nem az elfáradás, hanem a folytatólagos izgatás következtében beállott tetanus az oka a contractiók megszűnésének.

A tetanust bizonyította az izomnak alakváltozása. A rángások gyors egymásutánjában az izom mind erősebb contractióba jött, az egyik inger utáni szünet nem volt elegendő arra, hogy az izom a teljes ellazultsági állapotát megkapja, ennél fogva csakhamar tetanus állott be, az izom meg rövidült, a végtag distalis része (kéz vagy láb) a maximalis feszített vagy hajlított helyzetbe jutott, a contractiók végül egészen megszűntek, bár az izgatás tovább tartott.

A contractiók kimaradása tehát nem az elfáradás miatt ellazult izmon következett be, hanem éppen a maximalisan összehúzódsott (tetanusos) izmon.

Kétséget nem szenved tehát, hogy az a villamos reactio, melyet úgy myasthenia eseteiben, mint más kórformákban találtam, nem a valódi myastheniás reactio volt. Legerősebb bizonyítéka ennek a pihenési idő feltűnően rövid volta.

A valódi myastheniás reactióra nézve is több vizsgáló megemlékezik arról, hogy 2—3 másodperces szünet elegendő arra, hogy az izom magát „kipihenje“ és a kísérlet újra folytatható legyen. Curschmann és Hedinger például ezt az időt „Erholungszeit“-nek nevezi és a jelenséget úgy magyarázza, hogy ez az 1 vagy 2 másodpercnyi pihenési idő elegendő arra, hogy a kimerült izomnak ingerlékenységét helyreállítsuk. Valószínűnek tartom azt, hogy az ő eseteikben is csak olyan álmyastheniás reactióról volt szó, mint a minőt én a legkülönbözőbb bántalmakban észleltem. Felfogásom szerint 1—2 másodpercnyi szünet nem elegendő arra, hogy az izom az úgynevezett fáradási termékektől megszabadulva kipihenje magát, ennél fogva az olyan myastheniás reactio, hol az ingerlékenység 1—2 másodpercnyi pihenés után visszatér, nem valódi myastheniás reactio.

Kísérleteim szerint úgy myasthenia eseteiben, mint más bántalmakban is egyformán, pár (1—2) másodpercnyi pihenés után újabb izomcontractiók jelentkeztek fáradós izgatásra akkor is, ha az előzetes izgatási sorozat végén az izom már nem húzódsott össze. Ha a más bántalmakban talált látszólagos ingerlékenységi csökkenést és az ingerlékenységnek igen rövid szünet után való visszatérését nem tarthattam myastheniás reactiónak, myastheniában sem tarthattam ezt annak. A valódi myastheniás reactio — úgy látszik — ritkább, mint gondolnók. Murri állítja, hogy az ismételt faradasiatiók által kimerült izomzat az akaratra még normalis ingerlékeny-



séggel bír. Ezt a tételt vizsgálataim alapján úgy módosítanám, hogy az ismételt faradások az izmot valójában nem merítették ki, hanem csupán az egymásután szaporán következő áramcsapások hatása alatt állandó contractióba, tetanusba hozták s így a további áramcsapásokra az egyes contractiók kimaradtak. Bizonyítékul hozhatók fel erre az én kísérleteim, melyek többszörösen megismételtettek myastheniásokon. Ha ugyanis nem egyes farados áramcsapásokat alkalmazunk, hanem folytatódó tetanizáló áramot bocsátunk az izomra direct vagy indirect, akkor akár  $\frac{1}{4}$  óráig folytatódó izgatás után is az akaratlagos mozgások iögtön és jól sikerültek, az áram tehát nem fárasztotta ki az izmot. Ha nem is tagadható a myastheniás villamos reactio lehetősége, mégis az eddiginél jóval szűkebb körre kell azt szorítanunk és különösen diagnostikai jelentőségének határait kell szigorúan megszabnunk. Ezekről a határokról kell még szólnom.

Három fontos, eddig kelloleg nem méltatott körülmény van, a mely a villamos ingerlés mellett a contractiók minőségére hatással van. Az első körülmény az áramcsapások időbeli tartama, a második az áramerő által előidézett fájdalom, a harmadik pedig az önfgyelés. Igen sok függ attól, vajjon az egyes áramcsapások rövidebb vagy hosszabb ideig alkalmaztatnak az idegre vagy az izomra. Példával ez könnyen illusztrálható. Ha például egy perc alatt 60 áramcsapást alkalmazunk, akkor egy áramcsapásra jut 1 másodperc. Ebből az 1 másodpercből az áram behatási ideje a vizsgálótól függőleg lehet  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  vagy  $\frac{3}{4}$  másodperc. Egészen más eredményt kapunk akkor, ha az 1 másodpercznyi időből az áramcsapásra csak  $\frac{1}{4}$  másodperc jut, és mást akkor, ha  $\frac{3}{4}$  másodperczig tart az áramcsapás. Az utóbbi esetben, mivel a contractiók hosszabb ideig tartanak, az ellazulási idő igen rövid, úgy hogy a tetanus sokkal gyorsabban áll be, ekkor pedig az egyes contractiók megszűnnek és előttünk van az álmyastheniás reactio. Ha tehát összehasonlítható vizsgálatokat akarunk végezni, egységesen kellene az egyes vizsgáloknak megállapodni, még pedig olyképpen, hogy az egyes áramcsapások (vagyis két félbeszakítás közti áramtartam)  $\frac{1}{2}$  másodpercznél tovább ne tartsanak. Kis gyakorlattal ez könnyen elérhető oly módon, hogy az ingerlő elektrodot még az izgatás közben az izomról elemeljük, más szóval, az elektrodot az ingerlendő helyhez mintegy odaütjük.

A másik fontos körülmény, a mely az egyes contractiók minőségére és tartamára nagy befolyással van, az áramerő által előidézett fájdalom. Tudjuk ugyanis, hogy minden egyes fájdalmas behatás, tehát az érző idegeknek minden izgalmi állapota a mozgó idegekben reflexes görcsöket idézhet elő, és pedig Pflüger megfigyelései szerint a reflexmozgások rendszerint az érző ideggel ugyanazon oldali és ugyanazon magasságú motoros idegterületre terjednek; pl. fájdalmas szembaj vagy trigeminus-sérülés, neuralgia nem ritkán facialis-görcsöt jár. Ha ezt a tételt a mi vizsgálatainkra alkalmazzuk, könnyen megérthető az, hogy miért kaptam nem egyszer kissé fájdalmasabb villamos ingerekre már (2. beteg) 30 farados áramcsapásra látszólagos myastheniás reactiót. A fájdalom ugyanis reflexes görcsöt idézett elő nemcsak az izgatott m. extensor digitorum communisban, hanem ez a görcs átterjedt még az antagonista flexorokra is, az egész alkar mintegy megmerevedve, a többi áramcsapásra meg sem mozgult. Az áramerőt intenzitásában kissé csökkentve, a fájdalmas görcs megszűnt és az izgatott izom minden fáradás nélkül tetszés szerinti ideig működött. Még egy harmadik tényező is van, mely az izomzat általános tonusát nagyban fokozza s ez az önfgyelés. A tonus fokozódása pedig hajlamosít a tetanus korai beálltára a villamos izgatás alkalmával. Mint látjuk tehát, a myastheniás reactióhoz hasonló akkor és úgy idézhetünk elő, a hogyan azt mi akarjuk, és hogy ez a vizsgálo részéről akaratlanul is sokszor megtörtént, nem tagadható.

Az bizonyos, hogy a myastheniának nem jellemző tünete a myastheniás villamos reactio. A mint az irodalomban leírt esetekről kiderül, igen sokszor hiányzik, többször pedig a meglévő myastheniás reactiót felfogásom értelmében nem

tarthatjuk fáradásnak, hanem csupán a kísérleti hibák következtében beállott korai tetanusnak, a mely természetszerűleg az egyes contractiók csökkenésével és megszűnésével jár. E mellett szól a hemiplegia sok esetében már Steinert által is leírt myastheniás reactio és az általam észlelt reactio a legkülönbözőbb bántalmakban, legyenek azok akár a reactióra különösen hajlamosságot mutató hypertoniával,<sup>3</sup> akár pedig hypotoniával járó idegbántalmak. A különbség csak az, hogy míg Steinert a hemiplegiában nyerhető reactiót myastheniásnak, tehát fáradási jelenségnek tartja, addig én azt a fentvázolt módon létrejött álmyastheniás reactiónak gondolom. Oppenheim tankönyvének utolsó kiadásában felemlíti, hogy a myastheniás reactióval rokon reactiós formák más betegségeken is leírtak (Benedict, Brenner, Oppenheim, Flora, Kollarits, Curschmann, Hedinger, Steinert), de hangsúlyozza, hogy nincs bebizonyítva az, hogy a reactio az ő típusos kiképződésében más bántalmakban is előfordulna. Azt hiszem, hogy Oppenheim e scrupulusára éppen ez a dolgozat adja meg a választ. Az a myastheniás reactio ugyanis, a melyet az említett vizsgálokkal együtt más bántalmakban én is megtaláltam, semmiesetre sem volt fáradási reactio.

Hogy e kérdés Oppenheim-et is mennyire érdekelte, mutatja az is, hogy ő maga szintén kételkedve a myastheniás reactio specifikus voltában, 15 egészséges katonának deltoideus izmában próbált myastheniás reactiót létrehozni. Leírja, hogy e katonák nem kis részén már 5—6 izgatás után beálló contractio-gyengülést észlelt. Megismételve e vizsgálatokat, ha a kísérleti feltételeket avval a szigorúsággal rendeztem be, hogy az összehúzó izomnak megfelelő időt adtam az ellazulásra (kb.  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  másodperczet), igazán tetszés szerinti időig prompt és egyforma contractiókat kaptam perczenkénti 60—75 áramcsapás mellett. Oppenheim, ki az utánvizsgálatok fontosságát és szükségességét már régen észrevette és hangsúlyozta, úgy látszik, hogy az egyes áramcsapások közti ellazulásra kevés időt hagyott és ez az oka a mi eredményeink közti különbségnek.

Azt kérdezhetnők most, ha súlyos myastheniásokon a valódi myastheniás villamos reactiót nem találjuk, tehát ha a myastheniás reactio jellemző voltát tagadnunk kell, nem szenved-e ezáltal a myasthenia felismerésének lehetősége, ha ezt a látszólag fontos fegyvert kezeinkből kiejtjük. Válaszunk erre az lehet, hogy nem sokat veszítünk akkor sem, ha myastheniás betegen a reactióra vagy hiányára nem építünk, mert sok myastheniában az irodalom tanúsága szerint eddig sem találtuk meg a reactiót, viszont a myasthenia pontos diagnosztikához az izmoknak az akarat behatására történő feltűnő és gyors fáradékonysága teljesen elegendő. Hogy a szöveti structurájában lényegesen meg nem változott izom (s ilyennek kell az igazi myastheniás izmot tekinteni) csakis akaratlagosan fáradhat el, de a villamos áram által gyakorlatilag belátható időn belül nem fárasztható ki, ezt a folytatódó tetanizáló árammal végzett fenti kísérleteim igazolták. Az izomzatnak az akarat behatására bekövetkezett teljes kimerülése után, mint láttuk, a kimerült izom villamosan tovább izgatható még hosszú ideig. Ebből az következik, hogy a myastheniás fáradékonyság oka nem az izmokban, nem is a peripheriás idegekben, hanem az idegcentrumokban van. E mellett szól az is, hogy az izmok anatómiai és szövettani elváltozásai nem olyan fokúak, hogy ezeket másodlagos elváltozásoknak ne foghatnók fel.

**Összefoglalás:** 1. Myasthenia eseteiben a farados áram által előidézett direct és indirect izomcontractiók még akkor is aránytalanul hosszabb ideig élénken jelentkeznek, midőn az izmok az akaratimpulsusok által már teljesen kifáradtak. Ennélfogva a betegség okát nem az izmokban és idegekben, hanem a középponti idegrendszerben kell keresnünk.

<sup>3</sup> Ámbár a pseudomyastheniás reactio beálltának gyorsasága rendszerint az izomzat tonusával arányos, a mennyiben hypertoniás állapotokban sokkal gyorsabban következik be, mint hypotoniásokban, mégis egy jelentékeny hypotoniával járó polyneuritis betegen ezt a tetanust 30 áramcsapásra  $\frac{1}{2}$  perc alatt láttam bekövetkezni.



2. A Jolly által leírt myastheniás villamos reactióval szemben úgy myastheniásokon, mint más idegbetegségeken egy látszólagos myastheniás reactiót is észleltem, mely sok tévedésre adhat s adott eddig is okot. Ez a látszólagos reactio nem az izom elfáradásának a jelzője, hanem csupán a másodpercenként alkalmazott egyes indukált áramcsapások által létrehozott mesterséges tetanus, melynek folytán az egyes contractiók megszűnnek és így a jelenséget tévesen myastheniás reactiónak tartjuk. A tetanus egyszerűen úgy jön létre, hogy a másodpercenként történő izgatáskor az egyes áramcsapások közti szünet az izgatás idejéhez képest aránytalanul rövidebb s így az izom nem lazulhat el az előző összehúzódottsága után. Bizonyítja ezt az, hogy 2—3 percnyi szünet után (a tetanus megszűnének) az izom újra izgatható volt; ez nem következhetett volna be akkor, ha az izom valóban elfáradt volna. Így értelmezve a reactiót, bátran elnevezhetnők azt „paradox myastheniás reactiónak” is, mert létrejött paradox jelenségen, és pedig az egyes contractióknak nem fáradás, hanem éppen izomtétanus által okozott gyengülésén és kimaradásán alapul.

3. Ezt az izomtétanust fokozza az áramerő által előidézett esetleges fájdalomérzés és az önfigyelés is. A két utóbbi ok folytán az antagonist izomzat is tetanusos contractióba jön, s ezáltal az egyes rángások megszűnnek, bár a közvetlenül ingerelt izomzat még nincsen elfáradva.

4. A paradox myastheniás reactio úgy myasthenia eseteiben, mint pedig más bántalmakban, akár hypertoniás, akár pedig hypotoniás izomzaton sokszor észlelhető. A reactio jelentkezésének időbeli gyorsasága — egyes kivételeket leszámítva — általában az izomzat tonusával arányos.

\* \* \*

E helyen egyszersmind Donath tanárnak az esetek szíves átgondolásaért és érdeklődéseért hálás köszönetemet fejezem ki.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

### A duodenalis fekélyről.

Irta: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Vége.)

A mi már most a duodenalis fekély ellátását illeti, erre a következő módszerek állanak rendelkezésünkre:

1. az excisio, a fekély kimetszése,  
2. a fekélyt tartalmazó duodenumrészlet circularis resectiója a pylorussal együtt vagy a nélkül, a mely után a csonkokat ismét több módon láthatjuk el:

a) a csonkok direct egyesítésével,  
b) az aboralis csonknak vak elzárásával és az oralis csonknak a duodenum második részébe való implantációjával (Moynihan); esetleg a jejunumba való direct implantációról is lehetne szó;

c) mindkét csonk vak elzárásával és gastroenterostomiával. Ez secundær módon történt 4. sz. esetben, mert az előzőleg más által végzett gastroenterostomia a nehézségeket nem szüntette.

3. gastroenterostomia;

4. a fekélynek egyszerű átvarrása (infolding, Wilms, Moynihan);

5. a pylorus szűkítése fordított Heinecke-Mikulicz-féle pylorusplastikával (Doyen, Girard), vagy külső varratokkal (Kelling, Róna);

6. a pylorus elzárása subserosusan vitt dohányzacskó-varratokkal, mely lehet egyszeres (Berg, Cackovic) és többszörös (Mayo), vagy a pylorus körül kötött fonállal (Parla-vecchio), fasciacsikkal (Wilms), vagy a lig. teres hepatisal (Pólya);

7. az unilaterialis pylorus-exclusio (Doyen, Eiselsberg, Hüttl, Hammersfahr és Pólya szerint).

Részletezve az említett műtétek előnyeit és hátrányait, azt

mondhatjuk, hogy a priori tulajdonképpen az excisio és resectio látszanék az ideális eljárásnak. Ez ellen szól azonban

a) az eljárás technikai nehézsége. Az excisio csak addig megy könnyen, a míg a duodenalis fekély solitaer, az elülső falon ül és kicsiny. Legtöbbször azonban a duodenalis fekély sokkal nagyobb, semhogy egyszerű kimetszés útján volna el-távolítható. Ilyenkor a circularis kimetszés jönne szóba, a minek már önmagában sem csekély technikai nehézségeit még a szomszédsággal, a pankreassal, májjal való összenövés fokoz-hatja; ez aztán

b) a betegre nézve úgy a műtét elnyújtása, mint az asepsis szempontjából felesleges veszedelemmel jár, mert hisz kisebb, kevésbé veszélyes műtétekkel legalább is ugyanazt az eredményt lehet elérni, mint a duodenum circularis resectió-jával, sőt bizonyos tekintetben még többet, a mennyiben

c) az excisio, sőt a circularis resectio mellett is marad-hatnak vissza fekélyek, ha a fekély véletlenül nem solitaer és több fekély van a duodenumban, a melyeket a műtét alatt nem vesz észre az ember. Hogy ez a leggondosabb vizsgálat dacára mily könnyen megtörténhetik, azt láttuk a 11. és 19. számú esetben, melyek sectióra kerültek, s melyekben a műtét alatt constatatált chronikus, illetve perforált fekélyen kívül, a sectio alkalmával még két, illetve három fekélyt találtak, melyek a műtét alkalmával nem voltak kimutathatók.

d) Úgy az excisio, mint a circularis resectio már azért is jár a recidiva veszedelmével, mert nem szünteti meg azon, a duodenalis fekély létrejöttét előmozdító anatomiai és physio-logiai körülményeket, melyek összehatása a duodenalis fekélyt létrehozta, mint azt az aetologia fejezetében kifejtettük.

e) Egyszerű excisiók után, még ha pyloroplastikával is kombináljuk, könnyen jönnek létre szűkületek, ha másért nem, a környezettel való összenövések miatt. Mayo-nak e miatt kétszer kellett utólag gastrojejunostomiát csinálni, s azért ő a gastroenterostomiától jobb eredményeket látott, mint az excisiótól. A fekélyexcisio combinációja a Finney-féle gastroduodenostomiával jó eredményeket adott. Ennek dacára azonban Vautrine-nél<sup>131</sup> együtt aggodalmasnak kell tartanunk ulceratióra praedisponált duodenumnyálkahártya ese-tében azt, hogy oly viszonyokat teremtsünk, melyek a gyomornedvnek állandó controll nélküli beléjutását a duo-denumba megengedik, bár viszont ilyenkor az állandó pan-kreasnedvelválasztás s epekiürülés és ezek regurgitációjának lehetősége is meg van adva, a mi a fekélyképződés lehető-ségét a maga részéről bizonyos mértékig csökkenti.

A mi a gastroenterostomiát illeti, azt nem kisebb tekin-tély, mint Mayo Robson, teljesen kielégítő, ideális eljárásnak tartja az ulcus duodeni gyógyítására. Azonban sok tapasztalat van arra nézve, hogy bár a duodenalis fekély sok eset-ben egyszerű gastroenterostomiára is meggyógyul, az esetek kisebb számában a gastroenterostomia nem vezet a kívánt eredményre, nem pedig azért, mert

a) közvetlen a műtét után vagy később súlyos passage-zavarok állanak be, a minek minden gastroenterostomia után, mely nyitott pylorus mellett végeztetik, ki vagyunk téve;

b) a fekély refractaer viselkedik a gastroenterostomiával szemben és nem gyógyul meg a műtét után sem, vagy leg-alább nem gyógyul meg véglegesen.

A dolog úgy áll, hogy olyan fekélyek, a melyek már a duodenum bizonyos fokú stenosisára vezettek, vagy olyan nagyok, hogy gyógyulásuk folyamán a duodenum szűkülését hozzák létre, sokkal inkább hajlamosak arra, hogy egyszerű gastroenterostomia után simán gyógyuljanak meg, mint a kisebb fekélyek. T. i. a míg a pylorus nyitva van, az étel útját inkább a pyloruson keresztül veszi, mint a gastroen-terostomia nyílásán át, és csak akkor, ha a pylorus erő-sen szűkült, ömlik a táplálék a gastroenterostomia nyílá-sán és nem a pyloruson keresztül. Ilyen módon az egyszerű gastroenterostomia nem biztosíthatja a fekélynek azt a nyugal-mat, a mi annak teljes gyógyulásához szükséges, és hogyha a fennálló pylorusspasmus ideiglenesen képes is arra, hogy

<sup>131</sup> Revue de chir., 45, p. 708.



gastroenterostomia esetén visszatartsa a duodenalis fekélytől a gyomortartalmat, ez a secundaer pylorusspasmus a fekély gyógyulásakor megszűnik, és ugyanazok a körülmények, a melyek a fekély képződését a gastroenterostomia előtt előmozdították, a gastroenterostomia után újra érvényesülhetnek a duodenumban, viszont a gastroenterostomiás nyílás a használat hiánya folytán megszűkül és ilyen módon beáll a recidiva s a fekély végleges gyógyulása nem következik be. Hogy ez nemcsak in theoria, hanem in praxi is így van, bizonyítják esetek, a melyekben gastroenterostomia után keletkeztek halálos kimenetelű perforációk és főleg vérzések (*Kocher, Eve, Maylard, Trevisan*), duodenalis fekélyekből, valamint azon esetek is, melyekben ha halálos complicatiók nem is következtek be, de a panaszok a műtét után is állandóan fennállottak és időnként súlyos vérzések állottak be. Így láttam ezt 4. számú esetemben. Hasonlót észleltek *Moynihan, Wilms, Borszék, Bier, Eiselsberg* stb. egyes eseteikben; *Clairmont*<sup>132</sup> szerint 11 duodenalis ulcus közül egyszerű gastroenterostomiára gyógyult 6, javult 2, nem javult 2, meghalt 1. *Petrén*<sup>133</sup> szerint 132 pylorusos és duodenalis ulcus közül gastroenterostomiára teljesen gyógyult 58%, enyhe panaszok maradtak vissza 21%-ban, jelentékeny panaszok maradtak vissza 20%-ban; 106 két éven túl megfigyelt eset közül teljesen gyógyult 58%, enyhe panaszok vannak 19%-ban, jelentékeny panaszok 23%-ban. És hogy még nagyfokú stenosis esetén sem biztosítja a gastroenterostomia önönmagában a stenosis mögött fekvő fekély teljes nyugalmát és hogy ezt valamelyes biztossággal csak a fekélynek a gyomortartalommal való érintkezéséből való teljes kikapcsolása által érhetjük el, bizonyítja alábbi esetem.<sup>134</sup>

Cs. J. 40 éves házimester. 15 éves gyomorpanaszok. 1 év óta hány. Diagnózis: jóindulatú pylorusstenosis.

Műtét 1911 márczius 6. A pyloruson egy azt erősen megsűkítő és a pankreashoz rögzítő fekély. Gastroenterostomia retroc. post. Mayo. Láztalan lefolyás, a seb per primam gyógyult.

5 nappal a műtét után profus melaena, mely a következő 3 napon fokozódik.

Márczius 13.-án haematemesis. Extrem anaemia úgy, hogy pulsus is alig érezhető. Diphtheriaserum-infúsiókra, 1 heti kizárólagos végbéltáplálásra állapota javul. Midőn per os kezdjük táplálni; dacára annak, hogy csak minimális folyadékot kap, újra profus melaenák. Ezért április 3.-án *Eiselsberg*-féle pylorusexclusio. 3 nappal ezen műtét után szilárd ételekkel táplálás. A vérzés teljesen megszűnt, a 16. napon a chemiai vérpróba is teljesen negatív.

Ezek tekintetbe vételével ma a sebészek többsége azon az állásponton van, hogy duodenalis fekély esetében az egyszerű gastroenterostomia nem elégséges, hanem azt vagy a fekély átvarrásával, vagy a fekély kirekesztésével kell kombinálni.

A fekély átvarrása, a melyet legelőször talán *Doyen* ajánlott és a mely *Moynihan, Mayo* és *Wilms* ajánlata révén terjedt el a sebészi gyakorlatban, abban áll, hogy a fekély felett összevarrjuk a serosát a bél hossz tengelyének irányában. *Moynihan* ezt a varratréteget még a lig. hepato-duodenale és gastrocolicum összevarrásával is fedi. Ezáltal egyfelől biztos serosaborítékot adunk a fekélynek és így átűródását tesszük lehetetlenné, másfelől, mint arra különösen *Moynihan* figyelmeztetett, aláolthatjuk a fekélyhez vezető nagyobb ereket is, miáltal a későbbi vérzésnek elejét vesszük, harmadszor pedig az átvarrással harántul megsűkítjük a pylorust és így legalább is lényegesen megnehezítjük a gyomortartalomnak a duodenumba való jutását, miáltal egyfelől a postoperatív regurgitációnak és circulus vitiosusnak, másfelől a későbbi recidíváknak is bizonyos mértékben elejét vesszük.

Hogy azonban a fekély ilyen átvarrásával kombinált gastroenterostomia dacára is tovább vérezhetik az ulcus, azt *de Quervain*\* egy észlelete bizonyítja.

A műtétek egy további csoportja azt célozza, hogy a tápláléknak a duodenumba való behatolását meggátolja és a táplálékot kényszerítse arra, hogy a duodenum elkerülésével directe a jejunumba jusson.

Az ezt célzó műtétek egy része csak megsűkíteni igyekszik a pylorust, de nem zárja el teljesen. Ide tartozik először a *Doyen* által ajánlott műtét, a mely abban áll, hogy egy fordított *Heinecke-Mikulicz*-féle pylorusplastikát végzünk. A pylorust hossz tengelyére haránt irányban metszünk be és e sebet a gyomor hossz tengelye irányában varrjuk össze, miáltal a pylorust lényegesen meg tudjuk szűkíteni. Ezt az eljárást modifikálta *Girard* olyképpen, hogy ő nem hatol át, mint *Doyen*, a gyomornak összes rétegein, hanem csak a serosát és a muscularist vágja át és ily módon a nyálkahártya sérelme nélkül végzi el a fordított *Heinecke-Mikulicz*-féle műtétet.

Ugyancsak a tökéletlen pyloruselzárások közé tartoznak a *Kelling* és *Róna* által ajánlott műtétek, melyek seroserosus varratokkal a pylorust hossz tengelye irányában megsűkítik; *Kelling* azután a duodenumnak a gyomorhoz való varrása által szögletbe töri a pylorust, *Róna* pedig a curvatura minort át-hajtja a curvatura majoron és a kis görbületet közvetlen a nagy görbület mögött a gyomor hátulsó falához varrja. Ily módon, mint azt így operált kutyák gyomrán jól látta, az elvarrt rész előtt egy nyálkahártyaredő keletkezik, melyet a táplálék az elvarrt pylorusra reányom és a mely ily módon a táplálék továbbhaladását a pylorus irányában meggátolja.

A pylorus elzárása a *Mayo*-féle blockage-, a *Berg* és *Cackovic* által egymástól függetlenül ajánlott dohányzacskó-varratokkal nem mentek át a gyakorlatba. Ellenben igenis nagy figyelmet vont magára az először *Parlavechio* által 1910-ben ajánlott eljárás, a mely az eredeti ajánlat szerint abból áll, hogy 1 cm. széles gyapotszalaggal leköti a pylorust, vagy az antrum pyloricumot. A műtét az általános gyakorlatba olyképpen ment át, hogy a gyapotfonal helyébe selyemfonalat alkalmaztak. Magam dupla jodcatgutot alkalmaztam ezen célra. Azonban ezen eljárás sem tökéletes, nem pedig azért, mert az általa nyújtott eredmények nem tartósak. A fonal ugyanis, a mint azt a bélre vonatkozólag már ifj. *Genersich Antal* és *Bogoljuboff* vizsgálatai kimutatták, sőt *Travers* állatkísérletei már a múlt században bebizonyították, átvág és átvágása után a bél lumene újra helyreáll. Magának *Parlavechio*-nak tanítványa, *Randisi*<sup>135</sup> négy állatkísérlete közül csak egy esetben, a hol 40 nappal a műtét után ölte le az állatot, találta azt, hogy a pylorus teljesen elzáródott. Három esetben a lumen a lekötés helyén újra helyreállt. *Borszék* és *Báron* 7 kísérlete közül 3-ban állt helyre újra a lumen, 2 esetben azonban a szűkület jelentékeny volt. *Tappeiner* kísérletei szerint fonallekötés után egy bizonyos idő után mindig helyreáll a lumen.

Röntgen-vizsgálatok azt is kimutatták, hogy emberen végzett ilyen műtétek után szintén helyreáll a lumen (*Bier, Borszék*). *Parlavechio*<sup>136</sup> szerint az átvágás annál hamarabb következik be, minél vékonyabb a ligatura, a melylyel a pylorust lekötjük, és hogy legelőször a csomó vág át és azért legújabb közleményében<sup>137</sup> ragaszkodik ahhoz, hogy eredeti intentiói szerint egy 1 cm. széles gyapotszalaggal, vagy ha ilyen nem áll rendelkezésünkre, háromszoros gazecsíkkal kössük le a pylorust, a fonalat ne csomózzuk, hanem varrjuk össze és a lekötés felett seroserosus varratot alkalmazunk.

*Bier* és *Herczel* azt ajánlotta, hogy a lekötés előtt *Doyen*-féle zúzókkal zúzzuk össze a gyomrot. Ez a lekötsé megkönnyíti és *Bier* szerint a lekötés után állítólag előálló fájdalmakra is kedvező hatással van. Magam részéről azt tartom, hogy a pylorus lekötését megelőző zúzás nemcsak felesleges időpazarlás, a mennyiben fájdalmakat ilyen zúzás nélkül való lekötés után sem tapasztaltam soha, a mit különben *Parlavechio* is hangsúlyoz, hanem lényeges veszedelmet is

<sup>132</sup> Mitth. a. d. Grenz., 201. köt., 336 l.

<sup>133</sup> Beitr. zur klin. Chir., 76.

<sup>134</sup> Bemutatva a sebészi szakosztály 1911 május 4.-én tartott ülésén. In extenso: Orvosi Hetilap, 1912, 37. old.

\* 40. Versammlung d. deutschen Ges. f. Chir.

<sup>135</sup> Cit. *Molimard*: Thèse de Lyon, 1912, p. 24 és köv.

<sup>136</sup> Zentralblatt f. Chir., 1913, 9. sz.

<sup>137</sup> Centralb. f. Chir., 1913.



rejt magában, a mennyiben *Bier* is mondja, hogy a zúzás alkalmával néha átszakad a duodenum és *Herczel*-nek egy esete is úgy látszik a lekötés idő előtti átvágása folytán keletkezett tályog áttételei folytán pusztult el.<sup>138</sup>

Különbözik pedig a lekötés tartósságát sem biztosítja a lekötés előtt való zúzás, mert *Bogoljuboff* szerint a bélnek lumene ilyen zúzás után is helyreáll.<sup>139</sup>

*Wilms*<sup>140</sup> azt ajánlotta, hogy ne selyemfonállal, hanem fasciacsikkal kössük le a pylorust. A fasciacsikkal való lekötés *Tappeiner*<sup>141</sup> kísérletes vizsgálatai szerint azért jó, mert a fasciacsik nem vág át a gyomron, hanem belegyógyul a gyomor szövetébe, s ott organizálódva, tartós heges stenosiszt biztosít. Hasonlót bizonyított be már előbb *Bogoljuboff*<sup>142</sup> a bélnek fasciacsikkal való lekötésére nézve.

Még jobbnak látszik előttem az, hogy a ligamentum teres hepatist használjuk fel a fasciacsik helyett a pylorus lekötésére. A ligamentum teres egy része ugyanis, a mely a köldök felett egy darabon extraperitonealisan fut, beleesik a hasseb területébe. Ezért még könnyebb kipraeparálni, mint a *Wilms*-féle fasciacsikot. Könnyű hozzáférhetőségén kívül sokkal plasztikusabb, mint a fasciacsik, a mellett resistens is, úgy hogy a lekötés igen könnyen eszközölhető segítségével, a mint erről egy esetben (28. sz.) alkalmam volt meggyőződni. Természetesen a lig. terest éppen olyan kevésbé szabad csomózni, mint a fasciacsikot, hanem miután erősen összehúztuk, helyzetében néhány catgutvarrattal rögzítjük.

Végül legtökéletesebb, bár bizonyos tekintetben legkomplikáltabb mód a duodenum kirekesztésére a pylorusnak egyoldalú kiiktatása (unilateralis pylorusexclusio), a melyet először *Doyen* 1892-ben és tőle függetlenül *Eiselsberg* 1895-ben ajánlott. Ez abból áll, hogy a gyomrot a pylorus felett átvágjuk és a két csonkot vakon elzárjuk, azután a gyomron hátsó gastroenterostomiát végzünk. Ezen eljárás egyszerűsítésére ajánlottam azt, hogy csak az aboralis csonkot zárjuk el vakon, az oralis csonkot pedig directe implantáljuk a jejunum legfelső kacsába, a melyet a mesocolon transversumon húztunk keresztül.<sup>143</sup>

*Hüll*<sup>144</sup> gyomor-varrógépét ajánlotta a csonkok zárására. *Hammersfahr*<sup>145</sup> pedig azt a módosítást ajánlja, hogy csak a gyomor elülső falát vágjuk egészen át, a hátsó falon éppen úgy, mint a *Pawlow*-gyomor készítése alkalmával csak a mucosát, a hátsó seromuscularis réteget pedig hagyjuk sértetlenül. A műtét sterilitásának ez semmi esetre sem használ és a műtétet csak nehezebbé és bizonytalanabbá teszi.

Az unilateralis pylorusexclusiónak kétségtelen előnye az, hogy a gyomornak a duodenumtól való tartós elzárását kétségtelenül biztosítja, s mint a *Leriche* és *Bressot*,<sup>146</sup> *Habeier*<sup>147</sup> munkái összegyűjtött irodalmi adatok bizonyítják, szép tartós eredményeket is ad, hátránya, hogy az egyszerű gastroenterostomiánál és pyloruslekötésnél komplikáltabb és hogy a pylorusreflex tartós elvesztésére vezet, a melynek megtartása pedig *Moynihan* szerint is kívánatos (e hátránya azonban a pylorus lekötésének is megvan, ha tartós eredményre vezet), és végül az esetek egy részében az oralis csonk atóniáját idézheti elő a mely azonban pár hét alatt rendszerint kompenzálódik. Végül, mint *Henle*, *Enderlen*<sup>148</sup> hozzájárásaiból kitűnik, teljes biztosítékot a vérzés szűnésére ezen műtét sem nyújt, a mennyiben *Enderlen* betege 4 nappal az *Eiselsberg*-féle pylorusexclusio után elvérzett a duodenalis ulcusából. *Henle* 2 esetében állottak be egy idővel a duode-

nalis fekély miatt végzett pyloruskiiktatás után vérzések és fájdalmak, és *Borsély*<sup>149</sup> egyik esete, melyben *Eiselsberg*-féle pyloruskiiktatás és *Roux*-féle gastroenterostomia daczára is regurgitált étel a duodenumba is azt bizonyítja, hogy a duodenum abszolút nyugalmaért kezkeskedni még a pyloruskiiktatás után sem lehet.

Általában véve azonban az esetek túlnyomó részében igen kiváló eredményeket lehet elérni úgy a pyloruslekötéssel, mint a pyloruskiiktatással és az egyszerűbb technika miatt azt mondhatjuk, hogy általában ma a pylorus-lekötés, legcélszerűbben fascia-csikkal vagy a lig. teressel, a leginkább választandó eljárás; a gastroenterostomia a fekély átvarrásával is jó eredményeket ad; egyszerű gastroenterostomiával csak kifejezett szűkület esetében elégedjünk meg. Excisio csak egész kicsi fekélyek esetén jöhet szóba és ilyenkor későbbi szűkületek elkerülésére *Finney*-műtéttel kell kombinálni.

Itt figyelmeztetünk még arra, hogy minden duodenalis ulcus műtete kapcsán meg kell győződnünk a szomszédos szervek, a gyomor és az epetractus állapotáról is, sőt *Moynihan* és *Mitchell* az appendix rendszeres megvizsgálását is ajánlja s ha elváltozásokat találunk, akkor a műtétet esetleg a gyomorfekély kimetszésével, cholecystectomiával, appendectomiával kell kiegészítenünk.

Az ulcus duodeni perforációja esetén végzendő műtét kivételének részleteibe nem akarok részletesen belemenni. Csak röviden jelzem, hogy a magam részéről a lehető gyors, lehető egyszerű beavatkozás híve, s az öblítés ellensége vagyok. Drainezni mindig jobb; ha a hasür nem volt nagyon befertőzve és az ulcust megbízhatóan be tudjuk varrni, elég a drainagera egy vékony csik, ha nem így van a dolog, szélesen tamponáljunk. Az ulcust ha lehet bevarrom, ilyenkor jó pyloruselzárást és gastroenterostomiát csinálni. Ha az ulcus bevarrása nem lehetséges, vagy a beteg állapota olyan, hogy a műtétnek gastroenterostomiával való nyújtása aggályosnak látszik, a táplálás mihamarabbi lehetővé tételére a jejunostomia végzése ajánlatos.

#### Függelék.

A teljesség kedvéért pótlólag közlöm azon esetek kórtörténetét, melyeket ezen cikk megjelenése ideje alatt, a múlt év vége óta volt alkalmunk operálni.

23. F. I.-né, 37 éves, kereskedő neje, Soroksár. Felvétetett 1912 december 29.-én a Grünwald-sanatoriumba. 1910 februárban minden előző tünet nélkül bő véres széklete volt, mely 1912 november 4.-én megismétlődött; ezen idő óta gyomorégése van. Előzőleg soha semmi-féle fájdalma, semmiféle gyomornehézsége nem volt. Objective anaemián és az ulcusdiaeta okozta lesoványodáson kívül semmi pozitív. A Röntgen-vizsgálat (1912 december 30., Révész dr.) azt mutatja, hogy a gyomor kissé ptosisos és ectasiás, nagyobb része fekszik a középvonaltól jobbra, mint rendesen; a gyomor peristaltikás mozgása élénk, ennek daczára a gyomor kiürülése lassúbb, körülbelül 6 óra. Nyomásra érzékeny hely sem a gyomron, sem a duodenumon nincs; a 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> és 4 óra múlva eszközölt átvilágításkor maradó bismutholt a duodenumban, mely azonban nyomásra nem érzékeny. Vér a bélsárban nem volt kimutatható.

Műtét 1913 január 5.-én. Bemetszés a középvonalban. A duodenum falán közvetlenül a pylorus alatt fillérnyi infiltratum tapintható. Átvarrás *Moynihan* szerint. Gastroenterostomia retroc. posterior *Mayo* szerint. Teljesen sima, láztalan gyógyulás. Utóbbi hetekben az appendix táján enyhe fájdalmai vannak.

24. A. I.-né, 50 éves, napsz. neje. Fölvétetett 1913 január 4.-én. Betegsége ezelőtt körülbelül 7 évvel kezdődött, a mikor hosszabb, körülbelül 3-4 heti időközökben állottak be heves, görcsös gyomorfájdalmak az étkezés után körülbelül 1/2 órával, néha ebéd után, de legtöbbször éjjel. Fájdalmai csak akkor enyhültek, midőn minden kihányt. Állandóan székrekedésben szenvedett. Sokszor egy hétig sem volt széke. Savanyú felbőfőgése volt, melyeknek kellemetlen bélsárszaguk volt. A hányadéokban vért nem látott, de igen gyakran talált benne két-három nappal megelőzőleg elköltött ételmaradékokat.

Állapota később mindinkább rosszabbodott. A gyomorgörcsök mintsűrűbb egymásutánban állottak be. A fájdalmak a hátba és jobb felé sugároztak ki. 1912 júniusa óta állapota annyira rosszabbodott, hogy most már minden éjjel jelentkeztek görcsös fájdalmak. Különösen érezte a fájdalmat körülbelül a proc. xiphoides alatti tájon. Székletéte gyakran volt szurokfekete, legutóbb körülbelül 2 hét előtt.

<sup>138</sup> Magyar sebésztársaság V. nagygyűlése, 147.

<sup>139</sup> Arch. f. Chir. 84.

<sup>140</sup> Deutsche med. Woch. 1912. 3.

<sup>141</sup> Beitr. zur klin. Chir. 80.

<sup>142</sup> Arch. f. klin. Chir. 85.

<sup>143</sup> Verh. der d. Ges. für Chir. 1911, p. 200.

<sup>144</sup> A magyar sebésztársaság V. nagygyűlése munkálatai, 154.

<sup>145</sup> Arch. f. klin. Chir. 98.

<sup>146</sup> Lyon chirurgie 1911. Cit. Cbl. f. Chir. 1912, p. 727.

<sup>147</sup> Arch. f. klin. Chir. 100.

<sup>148</sup> Verh. d. d. Ges. f. Chir. 1911.

<sup>149</sup> Sebésztársaság V. nagygyűlése, 152. oldal.



Éhgyomorra 5 cm<sup>3</sup> szabad sósavat tartalmazó gyomornedv. Probareggeli után 200 cm<sup>3</sup>, elég jól emésztett gyomortartalommal szabad sósav = 35, összaciditás = 55. Vér benzidin-, aloinpróbaival negatív. Műtét (Vigyázó dr.): A has megnyitása a középvonalban a köldök és proc. xiphoid. közt. A peritoneum megnyitása után előtűnt van a tetemesen tágult, hypertrophiás falú gyomor. A pylorus az elülső és felső fal határán fillérel kisebb fehér heg. Ennek megfelelőleg mo-  
gyorónyi, kissé göbös infiltratum a gyomor falban. A duodenum felső haránt szárán a felső és hátulsó fal határán egy mandulányi, nem mozgatható infiltratum. A pylorus majdnem átjárhatatlan. (Ulcus callosum pylori et duodeni.) Gastroenteroanastomosis retrocol. post., átvarrás Moynihan szerint. Hasfalzárás.

Teljesen sima, láztalan gyógyulás, a seb primára egyesült.

Röntgen-lelet műtét után (Fischer dr.): Erősen ptosisos és tágult gyomor, melynek peristaltikája igen renyhe és a melyen a gastroenterostomia kissé magasán fekszik. A gyomor kiürülése lassú és nehéz, ételfelvétel után 3 órával a bismuth nagy része még mindig a gyomorban látható.

1913 január 25.-én gyógyultán távozik, semmi panasza sincs.

25. N. I. 48 éves hivatalnok. Felvételt 1913 január 14.-én a szent István-kórházba. A beteg előadja, hogy körülbelül egy év óta szenved gyomorbántalomban. 4 hónapon át állandóan fájdalmai voltak a gyomortájon s jellemző volt a fájdalomra nézve, hogy rendszerint étkezés után pár órával, leginkább este s az éj folyamán jelentkezett. 2 hónapig jól érezte magát, majd újra kiújultak a fájdalmai s ezen idő óta már hányások is kirozók, melyek hetenkint több ízben, főleg éjjel jelentkeztek. A beteg sokat soványodott. Orvosa epékövek ellen kezelte, majd Pestre küldte, hol egyik belgyógyászati ambulancián jelentkezett; itt motorikus insufficienciát s a Röntgen-kép szerint stenosis pyloricit constatáltak rajta. Műtét céljából osztályunkra küldték 1912 december 4.-én, azonban ekkor a beteg nem engedte magát megoperálni s távozott.

Mikor f. é. január 14.-én visszatért, panasza még mindig fennállanak, csak hányása szűnt meg.

St. pr.: Objective semmi sem mutatható ki, csak nyomásra csekély fájdalom a jobb bordaív alatt.

Műtét január 16.-án: A has megnyitása után kitűnik, hogy a gyomor tágult, hypertrophiás s hogy a duodenumon kevés a pylorus alatt egy callosus ulcus foglal helyet, mely hátrafelé a pancreas felé is terjed és itt rögzített. A serosát az ulcus felett elvarrjuk Moynihan szerint. Majd gastroenteroanastomosis retrocol. post. Mayo szerint. Réteges hasfalvarrat. A lefolyást bronchopneumonia zavarja. A seb per primam gyógyult. A beteg 1913 január 25.-én gyógyultán távozott. Igen jól érzi magát. Fájdalmai teljesen megszűntek.

26. W. E., 28 éves kereskedő. Felvételt 1913 február 11.-én a szent István-kórházba. 10 év óta van gyomorfájása. A fájás többnyire 2—3 órával az étkezés után jön. Nem hány. Status: Objective lelet nyomási érzékenységen kívül a jobb bordaív alatt nincs. Probareggeli: 50 cm<sup>3</sup> jól emésztett gyomortartalom. HCl = 54, összacid. = 67.

Röntgen-lelet (Holitsch dr.): Bismuth-víz: 2 ujjal a köldök alatt. Igen élénk peristaltika. Duodenum könnyen kitölthető. Bismuth-pép: szarvalakú gyomrának nagy görbülete 2 ujjal a köldök alatt. Duodenum messze fel a jobb bordaív alá megy s nyomásérzékeny. 6 órára üres gyomor. Bismuth a flexura lienalisig tölti ki a colont. Diagnosis: Ulcus duodeni.

Műtét 1913 február 13.-án. Hasmetszés a has középvonalában a köldök és processus xiphoideus közt. A has megnyitása után a gyomrot előhúzzuk. Ez normalis, azonban a duodenum elülső falán a pylorustól 1½ cm.-nyire elül kendermagnál nagyobb fehér, csillagszerű behúzódnak látható. A duodenum hátulsó falán vagy 2 cm.-nyire a pylorus alatt mandulányi infiltratum tapintható. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica Mayo et oclusio pylori sec. Parlavocchio; a pylorust fonállal lekötjük s felette serosa-varratokat alkalmazunk. A hasat rétegesen zárjuk.

A lefolyás teljesen láztalan, sima. Csak egy ízben hányt a műtét után. A seb primára gyógyult, a beteg 1913 február 20.-án gyógyultán távozott, panasza teljesen megszűntek.

27. V. G., 22 éves cipész. Felvételt 1913 február 17.-én a szent István-kórházba. 1½ év óta beteg. Kezdetben gyomorégései voltak étkezés után, különösen akkor, ha hüvelyes veteményekkel táplálkozott. Három hó múlva ezen égés elmúlt. Két hó előtt újból kezdődtek gyomorfájdalmai. Állandó fájdalmai vannak középen a köldök felett egy harántujjal. A fájdalmak étkezés után 2—3 órával erősödnek és 4—5 óra múlva az étkezés után, mikor már éhes, a legerősebbek. Táplálékfelvételre a fájdalmak szűnnek. Széke állítólag fekete. Étvágytalan, soványodott. Status praesens: Elég jól fejlett, kissé sovány férfibeteg, kin az epigastriális táj nyomásra kissé fájdalmas. Tumor vagy resistentia nem tapintható. Probareggeli: 80 cm<sup>3</sup> jól emésztett, szabad sósav 19, összacid. 36. Vér negatív. Röntgen-lelet (Fischer dr.): Közepes nagyságú, nem ptosisos, kampóalakú gyomor, élénk és intenzív peristaltikával. A beteg a fájdalmakat a duodenumra lokalizálja. A gyomor kiürülése kissé lassú. A Röntgen-vizonyok leginkább ulcus után fejlődött kezdődő stenosis duodeni mellett szólnak.

Műtét február 24.-én: Bemetszés a középvonalban. A pylorus alatt a hátulsó falon keményedést érzünk, mely kb. filléri. Gastroenterostomia retrocolica post. Mayo. A pylorust fascia-csíkkal kötjük le,

helyét átvarrjuk. Hasfalzárás oly módon, hogy a bal rectust húzzuk a jobb fölé és a linea alba sebé a rectushüvely sebszéleivel egyesítjük. Teljesen sima, zavartalan gyógyulás, a seb per primam gyógyult, összes panasza megszűntek.

Röntgen-lelet a műtét után (Fischer dr.): A gyomor majdnem egészen függőlegesen a hasüreg bal felében látható. Kiürülése a gyomor legalsó polusán levő gastroenterostomián át történik; ételfelvétel után 2 órával a gyomor teljesen üres, a bismuth nagyobb része már a vékonybeleket is elhagyván, a coecumban látható. Gyógyultán távozik 1913 március 6.-án.

28. K. L., 39 éves szabómester. Felvételt 1913 március 6.-án a szent István-kórház III. sebészeti osztályára. Tíz év óta vannak gyomorpanaszai. A fájdalmak erősebbek éhgyomorral, míg ha eszik valamit, akkor fájdalmai szűnnek. Evés után legfeljebb 2—3 órával állanak be a fájdalmak, a melyek este és éjjel fokozódnak. Evés után 1½—2 órával hányni szokott. Gyakran van hányásingere. Székletete rendetlen. Állítólag volt véres széke. Öt év előtt Bécsben appendicitis miatt operálták. Luest, alkoholizmust tagad.

Status praesens: A gyomortáj a processus xiphoid. és a köldök között érzékeny, mely érzékenység nyomásra fokozódik. Resistentiát tapintani nem lehet.

A ¾ óra múlva kivett probareggeli mennyisége kb. 40 cm<sup>3</sup>, jól emésztett. Szabad sósav 65, összaciditás 85. Székletében vér negatív.

Röntgen-lelet (Holitsch dr.):

Bismuth-víz: Nagy görbülete 1—2 ujjal a köldök felett. Duodenum nem könnyen tölthető ki. Bismuth-pép: a megközelítőleg pipaalakú gyomornak nagy görbülete a köldökig ér. A praepylorikus rész hegyesen végződik, kontúrja kissé elmosódott; peristaltika azonban végig követhető. Nyomásérzékenység legkifejezettebben a középvonalban tapintható, a kis görbülettől medialisán. 6 órára üres gyomor. Bismuth a colonban egészen a flexura lienalisig jutott.

Diagnosis: A probareggeli adatainak ismerete nélkül ez esetben biztosan meg nem állapítható. Hyperaciditás esetén duodenalis ulcus valószínű. Azonban a pylorus infiltrációja is lehetséges.

1913 március 11.-én a beteget megoperáltam. Median laparotomia. A duodenum elülső falán közvetlenül a pylorus alatt kb. 10 filléri, fehér sugaras heg látható, melynek megfelelően kifejezett ulcus tapintható. Gastroenterostomia retrocolica post. Mayo a szokott módon. Pylorusocclusio a lig. teressel, mely igen könnyen kiproeparálható s a vele való lekötés igen jól sikerül. Hasfalvarrat.

A lefolyás láztalan. Az első 3 napon kevés epés hányás. Műtét utáni 4. napon felkel s teljesen jól érzi magát; a seb per primam egyesült. Műtét utáni 8. napon újra hányni kezd, a hányadék eleinte apró részletekben ürül, rendszerint bőfőgés kíséretében s a hányadék egész napi mennyisége rendszerint nem több, mint 200—300 cm<sup>3</sup>, a gyomorban sondaival mindig csak kevés epés tartalmat találunk. Daczára mosásoknak, fektetésnek, folyadékkelvonásnak, a hányás rosszabbodik. Március 25.-én 1000 gr. epés folyadékot hány s a Röntgen-vizsgálat azt mutatja, hogy a gyomorból élénk peristaltica daczára sem távozik tartalom sem a pyloruson, sem a gastroenterostomián át; ezért március 25.-én este relaparotomia. Cseplesen zsírnecrosisos foltok, a gastroenterostomia teljesen rendben levőnek látszik, nyílása két ujj számára kényelmesen átjárható, a vékonybél első 10 cm.-je rendes tágságú, ez alatt kisujvastagságra összehúzódott. Úgy látszik, e vékonybélspasmus okozza a passagezavart. Jejunosomia Mayo Robson szerint, Witzel-féle ferde sipoly a vékonybélben kb. 40 cm.-rel a gastroenterostomia helye alatt és enteroenteroanastomosis a ferde sipoly alatt. A beteget a jejunosomián át tápláljuk; a hányás az igen restringált folyadékfelvétel daczára sem szűnt meg.

29. K. M., 42 éves kertész. Felvételt 1913 március 7.-én a szent István-kórház III. sebészeti osztályára. Állítása szerint 6 hét előtt hirtelen heves hányásingert kapott s az ebédet kihányta. Ez többször ismétlődött. Véres hányása nem volt. Gyomorégése nincsen. Ellenben étkezés után puffadásai szoktak lenni és egy óra múlva heves fájdalmak állanak be az epigastriumban, melyek főleg jobb oldalra sugároznak ki s kb. 2 óráig szoktak tartani. Hasonló fájdalmas időszakai már előzőleg is többször voltak.

Status praesens: A Traube-tér feltűnően felterjed. A gyomortájon kiskók érzékenység, mely a középvonaltól jobbra kifejezettebb. Hátul a VII. hát-csigolya oldalnyútványán táján érzékenység.

Probareggeli után egy órával 90 cm<sup>3</sup> jól emésztett gyomortartalmat nyertünk, melyben szabad HCl = 48, összaciditás 71. Vér negatív.

Röntgen-lelet (dr. Fischer): Nem ptosisos, kissé tágult, kampóalakú gyomor, melynek telődése akadálytalanul történik. Peristaltika élénk és intenzív. Kiürülése gyors, ételfelvétel után 2 órával a gyomor már üres. A bismuth a coecumban látható. Ulcusra utaló jelek nincsenek.

Március 8.-án megoperáltam; median laparotomia. A duodenum kb. 20 filléri, a májjal összekapaszkodott ulcus látható és tapintható. Gastroenterostomia retrocolica post. Mayo a szokott módon. Pylorusocclusio a rectushüvelyből vett aponeurosis-csíkkal sec. Wilms-Bogoljuboff. Hasfalvarrat.

Lefolyás: Teljesen sima, láztalan. A seb per primam gyógyult. A panaszok megszűntek, március 17.-én gyógyultán távozik.

Röntgen-lelet (dr. Fischer): Közepes nagyságú gyomor, melynek telődése normalis, kiürülése kissé lassú, ételfelvétel után 4½ órával a bismuth ¼ része hosszú, vízszintes csik alakjában a gyomor alsó polusán látható.



Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr., ny. r. tanár.)

## Elmebetegek gerinczvelő-folyadékának erjesztő hatásai.

Irta: Szabó József dr., I. tanársegéd.

(Vége.)

Antipeptikus hatás vizsgálatára azt a módot választottam, hogy egy pepsinoldatnak ugyanazon ricin-pehelyemulsióra való emésztő hatását összehasonlítottam felfőzött és nativ liquor hozzákeverése után. Az emésztő hatás gyorsaságában semmi különbséget sem találtam. Vizsgált eseteim ugyanazok voltak, mint a melyekben pepsinhatást kerestem.

Hasonlóan eredménytelenek voltak a *trypsinhatás kimutatását*<sup>21</sup> célzó kísérletek is. Gross, Fuld és Michaelis<sup>21</sup> szerint a casein-módszer segítségével trypsin még nyomokban is megállapítható. Néhány csepp 10%-os szódaoldat segítségével, enyhe melegítés mellett 0.5%-os Hammarsten-féle caseinoldatot készítettem, a melyből 5 cm<sup>3</sup>-nyit kémleőcsőbe tettem és ugyancsak 5 cm<sup>3</sup>-nyi gerinczvelősavóval jól összeráztam és ezután 37° C-on 24 óráig állattam. Azonban minden egyes esetben még ennyi idő múlva is 0.5%-os eczetsav hozzácsépegtetésével caseint tudtam kicsapni. Így tehát bizonyos, hogy trypsinemésztés nem történt.

15 paralysises, 5 praecoxos, 3—3 epilepsiás és alkoholos elmebeteg, 1—1 praesenilis, senilis, maniás és hysteriás eset gerinczvelősavóját vizsgáltam.

A trypsin vizsgálatára felhasznált gerinczvelősavókból vettem *antitrypsines* hatás tanulmányozására is próbát. Ugyanazon trypsin tartalmazó folyadéknak 0.5%-os casein-oldatra való hatását vizsgáltam felfőzött és főzetlen liquor hozzáadása mellett. Számbavehető különbséget egy esetben sem tapasztaltam.

Megkísérlettem a cerebros spinalis savó *glycyltryptophant* hasító hatását, ugyanazokban az esetekben, mint a melyeket a trypsin- és antitrypsin-hatás szempontjából is vizsgáltam. Ezeket a reakciókat éppen úgy végeztem, toluolréteg alatt stb., mint a hogy a gyomornedv vizsgálatok szokásos. Bár az üveg dugóval gondosan lezárt üvegcséket 56 óra hosszat is tartottam testhőmérsékleten thermostatban és a bromgőzök hozzájuttatásakor is óvatos voltam, pozitív eredményt egyik esetben sem nyertem.

Röviden beszámolhatok az *oltóerjesztő* kimutatását célzó kísérleteimről is. Frissen felfőzött tejet destillált vízzel tízszeresen felhígítottam és 100 cm<sup>3</sup> hígított tejhez 2 cm<sup>3</sup> 5%-os calcium aceticum-oldatot öntöttem. Ebből a reagensből 5 cm<sup>3</sup>-nyit ugyancsak annyi liquorral kevertem össze; ezután gondosan neutralizáltam a próbát híg szóda-oldat és híg eczetsav segítségével. Természetesen ellenőrzésül felfőzött gerinczvelősavóval is tettem kísérletet. A tej caseinjé még 6 órai testhőmérsékleten való állás után sem csapódott ki. Ebből azt következtettem, hogy a vizsgált 10 paralysises, 5 praecoxos, 2 epilepsiás és 1—1 senilis dementiás, praesenilis, hysteriás, psychosisos, maniás és alkoholista gerinczvelősavója nem tartalmazott oltóerjesztőt.

A liquor cerebros spinalis *zsírhasító*<sup>21</sup> hatásának kimutatására irányuló kísérleteim már sokkal érdekesebb eredményekre vezettek. Minthogy a *lipase* lecithin bontására is alkalmas, vizsgálataimban 2%-os lecithin „óvó” emulsiót használtam. 5 cm<sup>3</sup> emulsióhoz egyenlő mennyiségű liquort adtam. Ugyanabból a lecithinemulsióból ellenőrző kísérlet céljára főzött liquorral teljesen azonos mennyiségekben elkészített próbát is vettem. Activator használata (1:4000 mangansulfat) nem feltétlenül szükséges. Desinficiensül chloralhydrat szolgálhat.

A *lipasék* közül főképpen a növényiek, savanyú, mások neutralis vagy gyengén lúgos kémhatás mellett működnek. Ezért minden egyes vizsgált esetben szóda-oldattal pontosan neutralizált és gyengén lúgosított erjesztő-próbát és ellenőrző kísérletet végeztem. Eleinte néhány órai, későbbi kísérleteimben csak egy napi 37° C-on való tartás után n/10 NaOH-

oldattal meghatároztam az ellenőrző próbában és az erjesztési kísérletben levő szabad savat. Hogy a zsírsavak mind oldásba jöjjenek, titrálás előtt a vizsgálatra kivett anyagot kétannyi 96%-os alkohollal jól összeráztam. A titráláshoz indicatorul phenolphthaleint használtam.

Az alkohollal való összerázás után mindenik folyadék savi hatású lett, mert a lecithinemulsióban szabad zsírsavak voltak.

A lipasehatás abban nyilvánul, hogy abban a folyadékban, a melyben felfőzetlen liquor volt, több sav mutatkozott, mint a felfőzött cerebros spinalis savót tartalmazó ellenőrző próbában, mert az enzim a lecithinből zsírsavakat hasított le. Ezt a hatást azonban csak 24 óra múlva lehet jól megállapítani és ekkor is gyenge. Az n/10 NaOH-val való titráláskor 10 cm<sup>3</sup> liquor-lecithin-emulsióhoz 0.1—0.4 cm<sup>3</sup>-rel kellett több lúg, mint a controllhoz. Általában a neutralis közeg volt kedvezőbb, de elég jól érvényesült a zsírhasító-fermentum gyengén lúgos kémhatás mellett is. Ez azért is érdekes, mert a liquor rendesen gyengén lúgos (100 cm<sup>3</sup> liquor semlegessé tételére körülbelül 20 cm<sup>3</sup> n/10 HCl kell *Kafka*<sup>10</sup> szerint), ritkán neutralis és csak kivételesen savanyú.

Zsírhasító hatást minden vizsgált esetben találtam. Hús paralysis, tizenkét praecox, 4—4 alkoholos és epilepsiás beteg, 2—2 senilis és praesenilis elmebaj, 1—1 mania és hysteria-esetben végeztem vizsgálatot. A paralysis progressiva-esetek általában erősebb hatásúak voltak, de nem minden esetben: két esetben csak 0.15 cm<sup>3</sup> n/10 NaOH volt a controll és az erjesztő próba között a különbség, rendesen 0.2—0.4 cm<sup>3</sup>. Gyengébbnek bizonyult a nem syphilitises eredetű többi elmebajos. Leggyengébb hatást mania és hysteria esetében találtam. Valószínű, hogy a normalis liquorhoz ezek állanak a legközelebb.

Az oxydatiót közvetítő hatást kifejtő *enzyme*<sup>20</sup> tanulmányozásakor külön vettem vizsgálat alá az egyes fermentumcsoportokat.

*Oxygenasék*<sup>20</sup> olyan erjesztők, a melyek, mint peroxydot készítő testek, a levegő oxygenjével összekötődnek és így peroxydokat alkotnak, melyek a magok részéről oxydáló hatásúak. Minden esetben, bármiféle elmebeteg liquorja is volt, híg pyrogallus-savra erős hatást tapasztaltam. 1%-os pyrogallus-savhoz egy-két csepp n/100 H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-et adtam és az így megsavanyított oldathoz liquort kevertem, ügyelve, hogy a kémhatás savi maradjon. 37° C-on pár óra múlva a folyadék sárgás-barna, majd barnás lett; 24 óra múlva csapadék képződött. A kémhatás mindvégig savanyú maradt. Ha a folyadékot filtráltam és a visszamaradt anyagot 96%-os alkoholban feloldottam, sárgás színű oldatot nyertem. Ezzel azután, mint *Cavazzani*<sup>8</sup> tette volt, aurumchloriddal vörös, majd barna, ammoniákkal kékes-viola, majd sárga, natronlúggal hasonló színreakciókat nyertem, a melyekből azt következtettem, hogy a pyrogallus-savból purpurogallin képződött. Hasonlóan 0.5%-os hydrochinon-oldat liquorral való pár órai állás után, a folyadék felszínétől kiindulván, rózsaszínes, majd vöröses-barna színű lett, a liquor oxydatiót közvetítő hatása folytán chinon képződött. A controll-kísérletekben sem pyrogallus-savval, sem hydrochininnal nem volt reactio.

Ha a cerebros spinalis folyadékhoz részletenként egyenlő mennyiségű abszolút alkoholt adtam, csapadék támadt, a melyről 24 óra múlva leszívtam a felette levő tiszta folyadékot. Ha a csapadékot már most n/50 NaOH-ban feloldottam, a hydrochinon-reactio eczetsavval való neutralizálás után ezzel is mindig pozitív volt. A felfőzés ezt a hatást megsemmisíti. Érdekes, hogy a középponti idegrendszer olyan folyadék áramolja körül, a mely meglehetősen erősen oxydatiót közvetítő. Minthogy a centralis idegrendszerre nézve az oxydatio annyira nélkülözhetetlen, hogy igen rövid ideig tartó megszakadása is súlyos functiozavart okoz, ennek a fermentumnak itt fontos szerepe lehet.

Híg cresolok: 3 cm<sup>3</sup> ortho-, meta-, vagy paracresol 1%-os oldatának 2 cm<sup>3</sup> 1%-os H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-val való keveréke segítségével, melyhez 5 cm<sup>3</sup> liquort adtam, törekedtem *peroxydase kimutatására*.<sup>20</sup> Bár a cresolok nagyon finom reagensek,



a liquorban semmiféle peroxydase-hatást sem találtam. Fel-tűnő, hogy ca. 2<sup>0</sup>/<sub>00</sub> H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> jelenlétében a fermentumhatás nem következik be.

*Lakkase*<sup>20</sup> és *tyrosinase*<sup>20</sup> kémlelésére 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os p-cresol-oldatot használtam. Ezzel következőképpen jártam el: minden gerinczvelő-folyadékot négy részre osztottam; az első részhez a cresololdatot töltöttem, ha nem volt semleges kémhatású, neutralizáltam; a második részhez a p-cresol-oldatot, de eczetsavval gyengén megsavanyítva; a harmadik részhez gyengén szódával lúgosítva, a negyedik részhez szintén lúgosítva, de igen kevés glyocollal. Testhőmérsékleten 24 órai állás után az első kémlelésben gyenge opalescentia, a másodikban tejszerű zavarodás támadt. A harmadik és a negyedik rész tiszta, átlátszó maradt. Tehát az enzym neutralis és savanyú kémhatás mellett működött (a lakkasehoz hasonló hatású), de lúgos közegben és glyocoll jelenlétében nem volt reactio, azaz a liquor tyrosinase-féle fermentumot nem tartalmaz. A második csőben beálló erősebb zavarodás nem származhatik fehérje-kicsapódásból, mert gyengén lúgos kémhatás mellett felfőzött és hidegen neutralizált liquorral nem következett be és nem volt paralysis esetében a legerősebb, a hol pedig a cerebrospinalis folyadék több fehérjét tartalmaz, hanem minden esetben körülbelül egyenlő volt.

*Oxygenase*, *peroxydase* és *tyrosinase* szempontjából 15 paralysis, 6 praecoxot, 3—3 epilepsiás és alkoholos, 1—1 praesenilis, senilis psychosist, hysteriás elmebajt és maniát vizsgáltam. Az egyes kóralakok szerint az eredmények nem különböztek.

Az állatországban az *aldehydase*<sup>20</sup> nagyon gyakran előforduló fermentum. A középponti idegrendszerben is van. Fel-tűnő tehát, hogy éppen úgy mint *Kafka*, nem tudtam a cerebrospinalis savóban aldehyd oxydatióját közvetítő enzymet találni. Kísérleteimet 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os salicyl-aldehyddel végeztem; mint-hogy kis mértékű lúgosság is akadályozza a fermentum működését, egyenlő mennyiségű liquorral való összeöntés után a folyadékot n/30 HCl-val alig egy kissé megsavanyítottam. Ügyelni kell, mert kifejezettebben savanyú kémhatás mellett a fermentum már nem hat. Jól záró üveg dugós lombikokat használtam, mert a levegő oxygenje is hátráltatja a folyamatot és a próbákat 24 órán át 55° C-on állattam. Ezután colorimetriás úton vaschlorid hozzáecseppintésével összehasonlítottam a controllban és a kísérletben mutatkozó, salicylsavtól származó kék színeződést. Kimutatható különbséget egy esetben sem tapasztaltam.

*Katalysises hatás*<sup>20</sup> meghatározására nagyon híg, 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>-s H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-oldatot öntöttem össze egyenlő mennyiségű liquorral. Az anyagot jól záró üveg dugós lombikban 24 órán át tartottam. Egy nap letelte után n/400 mol. KMnO<sub>4</sub>-oldattal, híg kénsav hozzáöntése után titráltam a kísérlethez használt folyadékot és a controllt.

*Barbieri*-vel<sup>1</sup> ellentétben azt találtam, hogy a felfőzetlen cerebrospinalis folyadékkal összehozott H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-oldat concentrációja minden esetben csökkent. Az erjesztési próba 2—5 cm<sup>3</sup>-rel kevesebb híg kalium hypermanganicum-oldatot színtelenített el, mint az ellenőrző kísérlet, a titrást a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> és a liquor 10—10 cm<sup>3</sup>-ére számítva. E szerint a gerinczvelő-folyadék *katalasét* tartalmaz, bár nagyon gyenge H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-hasítást fejt ki.

Az egyes betegségek nem viselkedtek szabályosan. Volt például paralysises eset, hol katalysis alig volt kimutatható, volt viszont olyan is, a mely erős enzymhatást fejtett ki. Ha ez az enzym csakugyan megvan a liquorban, a mit még mások kísérleteinek is igazolni kell, akkor az idegrendszert peroxydot hasítani bíró folyadék veszi körül. Magában az agyvelőben is már régebben kimutattak katalasét.

*Aldehydasét* és *katalasét* ugyanazokban az esetekben kerestem: 15 paralysis, 5 praecox, 2 epilepsiás, 1—1 alkoholos, praesenilis, senilis, hysteriás és maniás beteg gerinczvelő-savójában.

Meg kell még röviden említenem, hogy a cerebrospinalis folyadékot részben reggel, üres gyomor mellett, részben pedig táplálék felvétele után, hosszabb-rövidebb idő múlva vettem.

A fermentumhatások tekintetében azonban a táplálkozás nem okozott megállapítható különbségeket.

Véleményem szerint kísérleteim a következő eredményekre vezettek:

1. A liquor cerebrospinalis általában kevésféle és gyenge hatású enzymet tartalmaz.

2. Egy esetben sem találtam, hogy a gerinczvelő-savónak invertase-, zymase-, peptikus, antipeptikus, trypsines vagy antitrypsines, glycyliptrophant hasító hatása, vagy oltó-erjesztő tulajdonsága volna; tyrosinase vagy aldehydase kimutatása sem sikerült.

3. Diastase, bár kis mértékben, a normalishoz legközelebb álló, vagy talán normalis összetételűnek tekinthető hysteriás és maniás betegek liquorjában is van. Súlyosabb elmebántalomban szenvedő betegek gerinczvelő-savója erősebb hatású. Praecoxos, alkoholos, senilis dementiás és praesenilis psychosisos esetekben pedig a keményítőoldás erősebb, mint paralysisben (*Kafka*<sup>8-9</sup>).

4. *Kafka*-val<sup>8-9</sup> megegyezően, *Nizzi*-vel<sup>14</sup> és másokkal ellentétben azt találtam, hogy a liquornak neutralis és gyengén-lúgos kémhatás mellett zsírhasítóképesége van. Abban is beigazoltnak látom *Kafka*<sup>8-9</sup> véleményét, hogy paralysisesek gerinczvelő-folyadékának van rendesen a legerősebb lipase-hatása.

5. Mint *Cavazzani*<sup>3</sup> és *Pighini*<sup>16</sup> kimutatta, a liquorban meglehetősen erős hatású, oxydatiót közvetítő enzym van. Ezt a fermentumot minden cerebrospinalis folyadék tartalmazza. *Pighini*-vel egyezően azt tartom, hogy hatása az oxygenasékhoz hasonló. Hogy csupán oxygenase-e, vagy pedig fermentum-complexum és peroxydase is szerepel-e, további vizsgálatok dönthetnék el. Mindenesetre feltűnő, hogy H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> jelenléte nemcsak gyorsította, hanem megakadályozta a cerebrospinalis savóval kevert cresolok oxydatióját, a mely kivált savi kémhatás mellett H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> nélkül bekövetkezik. Ez a körülmény peroxydasék jelenléte ellen szól. Ez az oxydatiót közvetítő fermentum ugyanaz, mint a melyet *Cavazzani*<sup>3</sup> *cerebrospinasenak* nevezett.

A *cerebrospinasé* pyrogallussavra, hydrochinonra, híg creosol-oldatra oxydatiót közvetítő hatást fejt ki.

6. A *cerebrospinasé* alkohollal a liquorból lecsapható. A csapadéknak gyenge lúgban való oldata ugyanúgy hat, mint a cerebrospinalis folyadék (*Cavazzani*<sup>3</sup>).

7. *Barbieri*-vel<sup>1</sup> ellentétben azt tapasztaltam, hogy a liquor gyenge katalysises hatást is fejt ki.

8. *Kafka*-nak<sup>8-9</sup> az az állítása, hogy a pathológiás gerinczvelő-folyadék általában erősebb fermentumhatású, helyes, legalább a szervi elmebajoknak és a súlyosabb functionális psychosisosoknak a kevésbé súlyos maniás és hysteriás esetekkel való összehasonlításából következtetve.

9. Ugy vélem, hogy a liquor cerebrospinalisban lévő, oxydatiót közvetítő enzym a középponti idegrendszer anyagforgalmában fontos, mert minden esetben található és elég erős hatású. Valószínűleg ennél kevésbé lényeges a diastasisos, lipolysises és esetleg a katalysises hatás, mert gyengébb. Kóros körülmények között a középponti idegrendszer anyagforgalma is változást szenved és a liquor enzymhatásai is a normalistól eltérővé válnak. Erre nézve különösen érdekes példa az, hogy a paralysises betegek gerinczvelő-folyadékának zsírhasító hatása erősebb lesz.

10. Nem végeztem vizsgálatokat arra nézve, hogy az enzymek honnan kerülnek a liquorba? Így csak *Pighini*<sup>16</sup> kísérletei alapján tartom valószínűnek hogy a plexus chorioideus secretiós tevékenysége folytán. Lehetséges, hogy a fermentumok részben a liquorban széteső sejtekből származnak. Az erjesztők olyan esetekben is meg lehetnek szaporodva, a melyekben az agyhártyákon lobos folyamatok nem játszódnak le és átbocsátóképességük sem nagyobb (praecox).

11. További vizsgálatok dönthetik el, hogy vajon az erjesztő hatások kimutatása diagnostikai és prognostikai jelentőséggel bír-e (*Kafka*<sup>8</sup>). Továbbá, hogy az enzymek élettani és kórélettani szerepe miben áll.



12. A liquor cerebrospinalis enzim-hatásai azt bizonyítják, hogy ez a folyadék a középponti idegrendszer anyagforgalmában úgy normalis, mint kóros viszonyok között activ működést teljesít.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Barbieri*: Untersuchungen über die Katalase im Liquor cerebrospinalis. Biochemische Zeitschrift, XLII, 137, 1912. — <sup>2</sup> *Blumenthal*: Ueber Cerebrospinalflüssigkeit. Ergebnisse der Physiologie, I. 1., 1902. — <sup>3</sup> *Cavazzani*: Versuche über die Anwesenheit eines Oxydationsfermentes in der Cerebrospinalflüssigkeit. Zentralblatt für Physiologie, XIV, 473. 1., 1900. — <sup>4</sup> *Citron-Reicher*: Untersuchungen über das Fettspaltungsvermögen luischer Sera etc. Berliner klinische Wochenschrift, 30. szám, 1908. — <sup>5</sup> *Douchez*: Proteolytic enzymes and antienzymes of normal and pathologic cerebrospinal fluids. Journal of experimental Med., 11. szám, 718, 1909. — <sup>6</sup> *Fiessinger-Marie*: Le ferment protéolytique des leucocytes dans les meningites aiguës et méningocoques. Compt. rend. de la Soc. de Biol., LXVI, 20. szám, 915. 1., 1909. — <sup>7</sup> *Garnier*: Recherche de la lipase dans le liquide céphalo-rachidien chez l'homme. Compt. rend. Soc. de Biol., LV, 1389. 1., 1903. — <sup>8</sup> *Kafka*: Ueber die Fermente des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralblatt, 10. szám, 627. 1., 1912. — <sup>9</sup> *Kafka*: Zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. Ueber die Fermente des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Mitteilung. aus den Hamburger Staats-Krankenanstalten, XIII, 3. szám, 47. lap, 1912. — <sup>10</sup> *Kafka*: Die Cerebrospinalflüssigkeit. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychologie. Referáló rész VI, 4.—5. szám. Ugyanitt irodalom. — <sup>11</sup> *Lewandowsky*: Zur Lehre von der Cerebrospinalflüssigkeit. Zeitschrift für klinische Medizin, XL, 480. 1., 1900. — <sup>12</sup> *Lüthje*: Beitrag zur Kenntnis der fermentativen Wirkungen in normalen und pathologischen Flüssigkeiten des menschlichen Körpers. Festschrift für Rosenthal, Leipzig, 1906. — <sup>13</sup> *Müller-Kolaczek*: Münchener mediz. Wochenschrift, 354. 1., 1907. — <sup>14</sup> *Nizzi*: Aufsuchung der Esterase und der Lecithinase in der normalen und pathologischen Cerebrospinalflüssigkeit. Biochem. Zeitschrift, XLII, 145. 1., 1912. — <sup>15</sup> *Panzer*: Zur Kenntnis der Cerebrospinalflüssigkeit. Wiener klinische Wochenschrift, 31. szám, 805. 1., 1899. — <sup>16</sup> *Pighini*: Ueber die Indophenol-Oxydase im Zentralnervensystem, in der Tela chorioidea und in der Cerebrospinalflüssigkeit. Biochemische Zeitschrift, XLII, 124. 1., 1912. — <sup>17</sup> *Schulz-Chiaralunga*: Untersuchungen über das proteolytische Antiferment. Deutsche mediz. Wochenschr. XXXIV, 30. szám, 1300. 1., 1908. — <sup>18</sup> *Szécsi*: Ueber das Vorkommen von proteolytischen Fermenten in der Lumbalflüssigkeit. Wiener klin. Wochenschrift, 33. szám, 1911. — <sup>19</sup> *Williamson-Philipps*: Further investigation on the cerebrospinal fluid in insanity. Journ. of Mental Science, 1912. — Methodikát illetően lásd: <sup>20</sup> *Chodat*: Darstellung von Oxydasen und Katalasen tierischer und pflanzlicher Herkunft. Methoden ihrer Anwendung. Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden, Abderhalden, III. köt., 42. 1., 1910. — <sup>21</sup> *Michaelis*: Methoden zur qualitativen und quantitativen Verfolgung der Fermentwirkung. Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden, Abderhalden. III. köt., 16. 1., 1910.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**A szemészet tankönyve.** Irta: *Hoor Károly*, a budapesti királyi magyar tudományegyetemen a szemészet nyilvános rendes tanára, a II. számú szemklinika igazgatója. 141 fekete és 4 színes ábrával. Universitas könyvkiadó társaság, Budapest, 1912.

Az Universitas könyvkiadó társaság kiadásában megjelent tankönyvek sorában jelent meg *Hoor Károly* egyetemi tanár könyve. A vállalat igen életrevaló eszméje volt, hogy az orvosi fakultás tanárait felkérte, hogy saját szakmájuk rövid tankönyvét megírják. Ezeknek elsősorban az orvostanhallgatók veszik hasznát, mert feleslegessé válik a jegyzetek készítése, melyek rendszerbe foglalására amúgy sem érnek reá s mert az anyagot átnézetesen, arányos beosztásban kapják. De a gyakorló orvosok is haszonnal olvashatják. Hiszen a vidéki gyakorló orvosok nem küldhetik betegeiket specialistákhoz vagy nyilvános rendelésekre, a mint azt a fővárosban s nagyobb vidéki városokban tehetik, hanem nekik maguknak kell minden specialis szakmából legalább annyit tudniok, hogy a sürgős segítséget megadassák. Ismerve a falusi orvosok teendőinek sokféleségét, nagyon is szükséges, hogy korlátolt terjedelmű könyvek is álljanak rendelkezésükre.

Ezen tankönyvek során az elsők között jelent meg *Hoor* „Szemészet“-e. Ezt is, mint minden eddig megjelent munkáját, a rendszeresség, a pontosság, a lelkiismeretesség, a világosság jellemzi. Az I. rész a szem anatómiáját és élettanát, a szem-

vizsgálás módjait, a szemorvoslás eszközeit tartalmazza, a II. rész a szem kór- és gyógytanát tárgyalja anatómiai sorrendben, a III. rész a szem fénytörésének és alkalmazkodásának hibáival foglalkozik. A műtétekről külön könyvben lesz szó.

Jó szemészeti tankönyvekben nem volt hiány, különösen a külföldi irodalom igen gazdag ezekben. Ezek között első helyen *Fuchs* klasszikus tankönyvét s az *Axenfeld* által szerkesztett tankönyvet említhetem, melynek egyes fejezeteit a német birodalom kiváló szemésztanárai írták. A magyar irodalomban is a „Szemészet kézikönyvének“ kívül elég *Scholtz* tankönyvét s *Blaskovics* műtéttanát említenem, hogy bizonyosságot adjak a szemészet munkásainak buzgalmáról. De azért *Hoor* nem végzett felesleges munkát, hanem ellenkezőleg a legnagyobb dicséretet érdemli, hogy e feladatra vállalkozott. Oly országban, ahol olyan kevés egyetem van, mint Magyarországon, nagyon szükséges, hogy az egyes tanszékek individualitása mennél erősebb vonásokban érvényesüljön. A hallgatóság számára most már a budapesti egyetem mindkét szemészeti tanszékének iránya megfelelő tankönyvekben le van fektetve s bizonyára nemsokára a kolozsvári egyetem szemészet-tanára is megírja tankönyvét. A szemészet egyetemi oktatásának nagy előnye, hogy ezen tudományok szilárd elméleti alapon nyugszik s így a hallgatók nem találhatnak zavaró ellenmondásokat, hanem legfeljebb termékenyítő, látókört szélesbítő felfogásokat, melyek kétségtelenül csak megerősítik az új orvosi generáció önálló tudományos gondolkodását. Mint a párhuzamos tanszék képviselője, meleg rokonszenvvel üdvözlöm tanártársam újabb művét s szívből kívánom, hogy lankadatlan munkakedvével még sok ilyen sikerült munkával gazdagítsa irodalmunkat.

*Grósz Emil.*

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**Béldiphtheria** esetét közli *Cargin*. A 18 éves leány torokdiphtheriával került a kórházba. Két serum-befecskendezésre baja javult, de 9 nap múlva, a teljes reconvalescentia közepette serum-exanthema jelentkezett, majd pedig hasfájás és epés hányás. Később a hasfájás fokozódott és főleg a köldök tájékára szorítkozott. Bélbeöntésre két nagy, 15 cm. hosszú fibrinosus alhártya ürült. Ekkor ismételtén serumot fecskendeztek a bőre alá, mire a hőmérsék 39<sup>o</sup>-ig emelkedett és újabb bélbeöntésekre még ismételtén távoztak alhárttyák. A hőmérsék nemsokára csökkent, a köldöktáji erős fájdalom azonban egy ideig még megmaradt, a has kemény, felfúvódott, érintésre rendkívül érzékeny volt, dobos kopogtatási hangot adott. Néhány nap múlva valamennyi jelenség eltűnt. Az egyik alhárttya bakteriologiai vizsgálata diphtheria-bacillus jelenlétét mutatta ki. (The lancet, 1913 jan. 4.)

**A bélsárnak rejtett vérzésre való vizsgálata** *Boas* szerint legegyszerűbben az általa módosított guajak-próbával történik, a mely abban különbözik az eredeti eljárástól, hogy a vért jobban kivonó anyagot vesz igénybe, még pedig az ecetsavas alkoholt 1:3 arányban (acidum aceticum glaciale 25, alkohol absolutus 75). A vizsgálat menete ez: a bélsár közepéből vett néhány babnyi részletet porcelláncsészében ecetsavas alkoholnak lassanként hozzáadása mellett szétöröszölünk; az így kapott folyadékot közönséges szűrőn filtráljuk; ha a szüredék nagyon barna, 2—3 cm<sup>3</sup> alkoholt adhatunk hozzá. Ezután porrá tört guajak-gyantát alkoholban feloldunk, úgy hogy gyengén sárga folyadékot kapunk; ebből 10—15 csepp adunk a szüredékhez és rázás nélkül 15—20 csepp 3%-os hidrogensupeoxid-oldatot. Vér jelenléte esetén sötétké vagy ibolyaszín áll elő. Még érzékenyebb a próba, ha a megszáritott szűrőn végezzük. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 4. szám.)

### Sebészet.

**A latens erysipelasról** értekezik *A. Schlesinger*. Megfigyelései két szempontból érdekesek: 1. a mert betegség az általa megfigyelt esetekben hosszú ideig a mélyben maradt s onnan



jutott a bőrbe, 2. a szokatlanul hosszú incubatio szempontjából. Egyik esete 40 éves ápolónőre vonatkozik, a kit egy sepsises abortusban szenvedett beteg megkarczolt. 14 nap múlva fájdalmakat érzett a bal karjában a könyökizület körül, a mit ulnaris neuralgiának tartottak. Majd esti hőemelkedések mellett az érzékeny könyökizület alatti ulnaris táj duzzadni kezdett, a midőn ulnaris periostitisre gondoltak. Két hét múlva a duzzanat a mélyben terjedni kezdett, kissé felületesebbé vált, a bőr és bőralatti kötőszövet azonban semmiféle elváltozást sem mutatott. A maximalis hőmérséklet  $38^{\circ}$  volt. Pár nap múlva már pirosság látszik a bőrön, mely eleinte fillér nagyságú, majd gyorsan tenyérnyi lesz és ráterjed a nyakra és hátra, typusos erysipelas képét mutatva. Ugyanekkor azonban a mélyben jelen volt infiltratum és fájdalomosság eltűnt. Hasonló ezen kórkép ahhoz, a midőn erysipelas phlegmoneról van szó. Ilyen esetekben előfordul, hogy az erysipelas mély phlegmoneval kezdődik és csak a 2.—3. napon lesz látható a bőrön a jellemző pirosság. A mélyben levő infiltratum azonban nem tűnik el, mint ez a szerző esetében megtörtént. Az erysipelas incubatiós ideje 2—3 nap. *Tillmanns* szerint a maximalis idő 8 nap, míg a szerző egyik esetében abszolút biztossággal 2 hónap, és egy másik esetében 3 hét telt el a fertőzés idejétől kezdve az erysipelas megjelenéséig. Typusos hőemelkedés egyik esetében sem volt, a láz csak csekély hőemelkedésekben mutatkozott. A pirosság megjelenésekor is a maximalis hőemelkedés  $38^{\circ}$  volt, a mit a szerző a hosszú incubatiós idő alatt a kórokozók legyengülésének tulajdonít. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 3. szám.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

### Szülészet és nőorvostan.

**Az eklampsia gyógykezeléséről a gerinczvelőcsatornába adott injectiók segítségével** czím alatt *Guggisberg* két esetről referál, a melyekben a magnesiumsulfat befecskendezése negatív eredménnyel járt, ellentétben *Rissmann* nemrég publikált esetével, a mely kedvező lefolyású volt. A magnesiumsulfat hatását *Rockefeller* intézetében kísérleti úton vizsgálták s azt találták, hogy az izomtevékenységet bénítja és mint erős anaestheticum is szerepel. Ezek szerint tehát tetanus, eklampsia eseteiben ideális szernek ígérkezett. Nagy elővigyázatot igényel azonban az adagolása, mert az eddig ajánlott adagok végzetes légzési zavart okozhatnak. *Meltzer* 0.03 magnesiumsulfatot ír elő kilogrammonként, így 60 kilogramm súlyú egyénnek 1.8 gr.-ot, vagyis 15%-os oldatból 11.8 gr.-ot. *Guggisberg* első esetében 15%-os oldatból 10 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be. Az injectio daczára a rohamok 5—20 percenként ismétlődtek, számuk az exitusig 30 volt. A befecskendezés után 2 órával az alsó végtagokon rángásokat már nem észlelt s a görcsök most már csak az arcizmokra, a felső végtagokra és a rekeszizomra lokalizálódtak. Ezen tapasztalat alapján *Kocher* szerint a másik betegen a fenti oldat 6 cm<sup>3</sup>-ének injectiója után 3 perczre felpolcolta a lábakat. A hatás jó volt, mert két kis rohamtól eltekintve, a rángató görcsök elmaradtak, vagyis a magnesiumsulfat a központi idegrendszer felső részeire is kifejtette hatását, de nemsokára a légzőcentrum hűdése folytán meghalt a beteg. A magnesiumsulfat hatása tehát elégtelen, ha ez a gerinczvelő alsó segmentumára korlátozott, ellenben jó, a mikor a felső részek is anaestetizálódnak, de ekkor az eljárás már veszélyes. *Guggisberg* ennek alapján azt hiszi, hogy a magnesiumsulfatnak a gerinczvelő-csatornába való fecskendezése eklampsia eseteiben csak bizonyos feltételek mellett indikált, így pl. ha a rohamok a szülés befejeztével nem szűnnek meg, sőt esetleg fokozódnak; továbbá a mikor a gyermekágyban gyors egymásutánban következő súlyos convulsiók jelentkeznek. Az adag a 15%-os oldatnak 5—10 cm<sup>3</sup>-e legyen a beteg súlyához viszonyítva. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 11. sz.)

*Pető Ernő dr.*

### Venereás betegségek.

**A latens syphilis fertőzőképességét** tárgyalja *M. Müller* (Metz). Igen helyesen rámutat arra a fontos körülményre, hogy a lueses betegek bajuknak első éveiben mindenkor fertőzhetnek, tehát akkor is, ha semmi klinikai tünet sem látszik rajtuk, más szóval, a mikor az úgynevezett latens stadiumban vannak. És ezt igen fontos fontolóra venni, mert a nézet, hogy a lueses beteg csak a fenforgó syphilises tünetek útján viszi tovább a bajt, nemcsak a laikusok között van elterjedve, de az orvosok között is. Ezt a lehetőséget tisztán klinikai megfigyelés és tapasztalás alapján egyesek (*Ricord, Fournier, Neumann J.* s mások) már régen, jóval a spirochaeta pallida felfedezése előtt hangoztatták. Az erre vonatkozó tapasztalatokat főként confrontatiók útján sikerült gyűjteni, a mikor aránylag gyakran kiderült, hogy pl. oly puellák, a kik teljesen mentesek voltak külső syphilises manifestációktól, a férfiaknak egész sorát tudták megfertőzni. A fertőzés leginkább úgy megy végbe, hogy vagy a primaer affectio, vagy egyes secundaer tünetek (leginkább papulák, illetőleg condylomák) a kezelés nyomán teljesen visszafejlődnek ugyan s a lueses baj latenssé válik, de azért a nyilvánulások helyén még sokáig maradnak vissza kisebb-nagyobb beszűrődések alakjában residuumok, a melyek újabban állatoltási kísérletek útján ragályozónak bizonyultak s a melyek tehát ily módon felületesen megsérülve a bajt közvetíthetik. Tekintve azt, hogy a spirochaeták a bőrben egészen felületesen, az interepithelialis résekben is vesztegelnek, közel-fekvő, hogy a legcsekélyebb sérülés is alkalmassá teszi a syphilises egyént, hogy baját másra átvihesse. A szerző egyébként azt hiszi, hogy a nyálkahártyákon még ennél is nagyobb a fertőzés lehetősége, mert nem tartja kizártnak, hogy a spirochaeták teljesen sértetlen nyálkahártyán keresztül is juthatnak a felszínre. Mindezek a tapasztalások természetesen azt is bizonyítják, hogy a puellák orvosi ellenőrzése és gondos vizsgálata sok esetben illusorius eredményű. (Medizinische Klinik, 1913, 9. szám.) *Guszman.*

### Húgyszervi betegségek.

**A here és a mellékhere sérüléseiről** ír *Barthelémy és Miramond de Laroquette*. A here és mellékhere zúzódásának, az ondózsínór elcsavarodásának, a hereluxationnak és úgy a here, mint a mellékhere nyílt sérüléseinek beható tárgyalása után a szerzők ezen betegségek következményeit s pedig legfőképpen a kereseti képesség változásait mérlegetik. Rámutatnak arra, hogy sérülések után a herében elég gyakran igen fájdalmas atrophia következik be, míg a mellékhere-zúzódások rendszerint következmények nélkül gyógyulnak meg. Közvetett módon, érszakadás avagy az ondózsínór megrepedése következtében is előáll a herében avagy a mellékherében traumás sérülés, a mikor azután a mellékhere körüli szövetben oedema keletkezik, a tunica vaginalisba pedig vér szivárog át. Főleg ez utóbbi a közvetett sérülésre nagyon jellegzetes. Sokszor a mellékhere még hosszú ideig vastagabb, mint rendesen.

Az ondózsínór elcsavarodása rendesen akkor következik be, ha túl hosszú a mesorchium, ha a descensus nem volt tökéletes és ha valamilyen hirtelen erőlködés következtében az ondózsínór felfoszlott. Minthogy pedig az arteria spermatica végverőér, az előbb említett jelenségek után rendesen haemorrhagiás infarctus és asepsises necrosis következik be és legtöbbször herezsugorodással végződik a kórkép. A here csak nagyon ritkán luxálódik a regio pubica avagy a czomb bőre alá.

Munkaképességcsökkenést legfeljebb a herezsugorodás, a neuritis funicularis és a nagy fájdalommal járó idősült mellékhere körüli oedema fog maga után vonni, de ez semmiképp sem lesz 10%-nál nagyobb, hacsak nem sérült meg mindkét here s ha nem állottak ennek következtében súlyos neurastheniás jelenségek.

Csak akkor beszéljünk a here és mellékhere traumás gyuladásáról, ha egy már amúgy is beteg herét avagy mel-



lékherét ér valamilyen trauma, vagy a húgyutak avagy a prostata betegek, vagy pedig a traumás here- avagy mellékherehaematómába a test bármelyik részéből mikro-organismuskok telepednek le. Az ilyen prosttraumás gyuladásokban többnyire gonorrhoea avagy tuberculosis forog szóban. (Revue clinique d'urologie, 1912, júl.) *Drucker.*

### Orr-, torok- és gégebajok.

**A tonsilla-öldöklés („The massacre of the tonsil“)** című közleményében az amerikai gégeorvosok nestora, *John M. Mackenzie* máró gúnnyal tör pálczát a hazájából kiindult „tonsilla-örület“ felett. Ha itt-ott el is veti a sulykot, tagadhatatlan, hogy a hosszú évek során szerzett tapasztalatai alapján mondottak sok megszívlelni valót tartalmaznak, a mikor azt látjuk, hogy az orvosi lapokban valósággal hemzsegek a tonsillák gyökeres eltávolítását tárgyaló közlemények, a melyekben egyrészt a tonsillektomiára mind újabb műteti eljárások és műszerek ajánlatnak, a melyek mindegyike a szerző szerint a „legtökéletesebb és legveszélytelenebb“ műtétet teszi lehetségessé, a melylyel az illető soha complicatiót nem látott, másrészt pedig azt olvashatjuk, hogy egynéhány százezernyi lakosságú városban 1 év alatt 12 haláleset következett be tonsillektomia kapcsán elvérzés következtében és hogy ugyanaz a szerző, a ki a *methodusa* szerint végzett tonsillektomiát mint teljesen veszélytelen írt le, egy következő közleményében a tonsillektomia kapcsán beállható s az életet veszélyeztető súlyos vérzés ellen ajánl egy újabb eljárást és műszereket, mert közben mégis akadt ilyen esete; ha továbbá a másodpercokra dolgozó időrecodeurók túlzásait, az egy-egy szerző által évente végzett tonsillektomiák hatalmas számoszlopait stb. olvassuk: sok tekintetben indokoltnak látszanak *Mackenzie* kifakadásai. Az operációs furor legrosszabbja a tonsillák öldöklése, mondja *Mackenzie*; operációs eseteink megválogatásában a józan ész diktálta conservatismus vezessen és ne ragadjon el azok példája, a kik szaktudományukat a gondolkodó emberek előtt rossz hírbe hozzák, a kik a tonsillákat minden lehető ürügy alatt eltávolítják, ha egyebet tenni a beteggel nem tudnak; sehol az orvostörténelemben nem találni párját annak az operációs dühnek, mely jelenleg a tonsilla-műtétek körül uralkodik, s a mely nem csupán sebész vészszó, a mely többé-kevésbé mindenkit elfog fiatalabb éveiben, hanem valósággal mania, örület, a mely nemcsak szakköröket, hanem a laikus közönséget is inficiálja. A tonsillák élettani szerepe tisztázva még nincs, a mi szintén figyelembe veendő a műtét indicációjának felállításakor; kétségtelen, hogy a leukocyta-készítés a tonsillák functiói közé tartozik s hogy a tonsilla nem egyszerű lymphás mirigy, mint általában hiszik. Acut mikrobás invasio esetén a tonsilla szomszédságától el nem választható és oly esetekben, a melyekben látszólag a torok és különösen a tonsillák alkotják az infectio kiindulása helyét, a felső légutakat általában, különösen pedig az orrt és melléküregeit kell gondosan átvizsgálni, mert az infectio primaer fészke rendszerint itt van, s a tonsillák enucleatioja által természetesen nem kapcsolhatók ki. Gyermekeken az adenoid vegetatiók eltávolítása s az orrlégzés helyreállítása után a tonsillák rendszerint meggyógyulnak, s ha megnagyobbodottak maradnak is, ez nem baj, mert a pharynx gyorsabban nő, mint a tonsillák s az utóbbiak aránytalansága nemsokára megszűnik. A tonsillák hypertrophiája magábanvéve még nem indikálja a műtétet; eltávolításuk csak akkor van helyén, ha nagyságuknál fogva a lélekzést, beszédet és nyelést akadályozzák; eltávolításukra a *Matthieu*-féle guillotine elegendő. Ha a korai gyermekkorban a szájhygienére és az elhanyagolt orrmelléküregekre több figyelem fordíthatnák, a tonsilla-megbetegedések ritkábbak volnának. Hogy a tonsillának fontos szerepe van, azt *Mackenzie* szerint az is bizonyítja, hogy enucleatioja után gyakran ismét megnő; ez úgyszólván a természet tiltakozása; hasonló értelemben fogható fel a szomszédos lymphás szövetek vikariáló működése. A tonsillektomia után beállható adhaesiók és contractiók az énekhangnak jelen-

tékeny megváltozását, olykor elpusztulását vonják maguk után; a tonsillát phonatiós szervnek kell tekinteni. A tonsillektomia sok helyütt a kezdő laryngologus „vérkeresztisége“; előfordul az is, hogy egy mélyen beágyazott („elásott“) tonsilla kihámozását („feltámadását“) a beteg temetése követi; ezért szükségesnek tartja a szerző, hogy a laryngologia oktatói tanulóikat egyrészt józan mérsékletre és conservatismusra tanítsák, másrészt pedig alaposra és tökéletes technikára oly esetekben, a mikor a műtét beavatkozás absolute szükséges. A tonsillektomia complicatiói gyanánt *Mackenzie* a következőket sorolja fel: elvérzés, shock, latens tüdő- vagy mirigy-tuberculosis exacerbatioja, a seb infectioja, septicaemia; az infectio-gát, a védelmi apparatus eltávolításának következményei; a légyszájpad és garatizmok súlyos sérülései, zavaró hegesedések, a beszéd zavarai, az énekhang elpusztulása; genyedő középfülgyulladás és más fülbajok; sepsises infarctus, pneumonia stb. Végül *Mackenzie* azon reményének ad kifejezést, hogy a tonsillák szerepének tisztázásával a jelenlegi szélsőséges irányzatot a józan mérséklet fogja felváltani s a tonsilla-öldöklés és örületes irodalma megszűnik. (*Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 1912, VI.)

*Safranek János dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Paracodein** néven egy új codein-készítményt (dihydrocodein) hoz forgalomba a Knoll-czég. *A. Fraenkel* tapasztalatai szerint ez az új szer gyorsabban csillapítja a köhögést, mint a codein és hatása hosszabb ideig tart, mint a codein kétszer akkora adagjái; ezzel szemben azonban — ellentétben a codeinnal — már kis adagban is némi narcosisos hatása van. Rendes adagnak  $2\frac{1}{2}$  centigramm mondható, naponként háromszor, de bátran adható 5 centigramm is. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1913, 10. szám.)

**Terhességi toxicoderma** három esetét gyógyította meg *Eichmann* Ringer-oldattal, a melyet 150—190 cm<sup>3</sup> mennyiségben fecskendezett a glutaeusokba. E mellett szigorú vegetarius diatétát rendelt. A Ringer-oldat összetétele a következő: Natrium chloratum 1·8, calcium chloratum 0·048, kalium chloratum 0·084, natrium bicarbonicum 0·06, aqua destillata ad 200·0. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1913, 4. szám.)

**A salinofer** 15% konyhasót tartalmazó kenőcs, a melyet *Rosenbaum* nagyon jó eredménnyel használt csúzos és neuralgiás bajokban a localis konyhasófürdők helyett. A salinofer nagyon könnyen szívódik fel, naponként többször is bedörzsölhető, védőkötés alkalmazását rendszerint nem igényli. (*Medizinische Klinik*, 1913, 6. szám.)

**Átfúródás okozta hashártyagyulladás** eseteiben *Murphy* szerint a beteget rögtön félig ülő helyzetbe kell hozni és esetleg ilyen helyzetben is kell szállítani, mert ezzel elejét vesszük a fertőzés ráterjedésének a hashártya felsőbb részleteire.

**A gadiol** nevű újabb csukamájolaj-készítményt kedvező eredményei alapján melegen ajánlja *Bruck*. A gadiolt, a mely tiszta és változatlan alakban tartalmazza a csukamájolajat, a betegek szívesen veszik és jól tűrik, a mi a készítmény aetheres olaj-tartalmának tulajdonítható. Hűvös és sötét helyen tartva nem egykönnyen bomlik s azért a melegebb évszakokban is használható. (*Medizinische Klinik*, 1913, 7. szám.)

**Perhydrit** néven a Merck-gyár egy szilárd, jól eltartható hydrogensuperoxyd-készítményt hoz forgalomba. 15°-os vízben 1:2·5 arányban oldódik; oldata hűsítő, sós ízű. Hydrogensuperoxydsavtartalma 34—35%. Kapható poralakban (25 és 50 grammos üvegekben), továbbá tablettákban. Oldódásának gyorsítása végett — különösen ha a tablettákat használjuk — czélszerű a vizet mintegy 35—40°-ra melegíteni; a mi azért is előnyös, mert a hydrogensuperoxyd-oldatok fertőtlenítő ereje magasabb hőmérséken lényegesen nagyobb.



## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 12. szám. *Preisich Kornél*: A vörhenyről. *Sidlauer Armin*: Infectio, immunitás és Ehrlich oldalláncz-elmélete. *Zsakó István*: A dicsőszenzmártóni családi ápolás és a külföldi elmebeteg-családi ápolási intézmények.

**Orvosok lapja**, 1913, 13. szám. *Gyömörey Oszkár*: Darwin és követői kihatásának oknyomozó történeti háttére.

**Budapesti orvosi újság**, 1913, 13. szám. *Faragó Kornél*: Here- elváltozások a gyermekkor heveny és idült fertőző betegségeiben.

## Vegyes hírek.

**Kinevezés**. *Widder Márk* dr. nagymihályi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Grósz Már* dr. tiszaújlaki orvost az államvasutak orvosi tanácsadójává nevezték ki.

**Megbízás**. A belügyminister a gyulai m. kir. állami gyermekmenhely másodorvosi teendőinek ellátásával *Gottlieb Márkus* dr.-t bízta meg.

**Schmid Hugó dr.** síremlékét április 6.-án, vasárnap d. e. 11 órakor leplezik le ünnepélyesen a pozsonyi szent András-temetőben.

A budapesti egyetem új bőr- és bujakórtani klinikája a napokban megkezdte a betegek felvételét. Egyelőre csak 70 ágy fog rendelkezésre állni és így eleinte csak a súlyos esetek felvételére kell szorítkoznunk. Hogy a betegek hiába ne utazzanak fel, ajánlatos lesz, ha előbb levélben kérdést intéznek a helyet illetően és levelükhöz orvosuktól pár sornyi kórrajzot mellékelnek, a minék szíves teljesítésére a t. kartárs urakat felkérjük. *Nékám Lajos*, a klinika igazgatója.

A Budapest-lipótvárosi Orvostársaság f. hó 14.-én tartotta évi rendes közgyűlését az Egyesült lipótvárosi polgári kör helyiségében *Alapy Henrik* tanár elnöklete alatt. A titkári és pénztári jelentés meghallgatása után az új tisztikart választották meg. Elnök lett: *Alapy Henrik*, alelnökök: *Gerber Béla*, *Gáspár Ferencz*, titkár: *Farkas Ignác*, pénztáros: *Hönig Izsó*. Az Orvostársaság végül elhatározta, hogy vagyonából 100 koronát a Budapesti gyakorló orvosok segélyező egyesületének és 100 koronát a Budapesti orvosi kör orsz. segélyegyletének adományoz.

**Meghalt**. *Kardos Jenő* dr. székesfővárosi kórházi alorvos 27 éves korában márczius 25.-én. — *J. S. Billings* dr. Washingtonban, az ismert „Index medicus” című bibliographiai folyóirat megalapítója, 74 éves korában.

A drezdai nemzetközi hygiene-kiállítás diplomája és emlékérmé elkészült. Az előbbi *M. Klinger*, a németek legünnepeltebb művészenek alkotása, az utóbbit *P. Pöppelmann* mintázta. A sokszorosítás nehézségei miatt a drezdai központ csoportonként küldi meg a kiállításokat. Az első sorozat megérkezett s a magyar kormánybiztosság a kézbesítést megkezdte. A magyar pavillon emlékérmé egyik oldalán Erzsébet királynét, másikán koszorúban a magyar czímet ábrázolja. Ez érmet az összes kiállítók és a magyar bizottság, úgyszintén a központi igazgatóság tagjai megkapták.

**Kisebbségi közlemények az orvostudomány köréből.** A *mikroskopos gümöbaccillus-vizsgálat egy hibaforrására* hívja fel a figyelmet *Bontemps* (Altona). A lycopodium-por ugyanis saválló, szétfordézott részecskéi tehát a festett készítményen megtartják vörös színüket (*Ziehl-festés*) és gümöbaccillusokkal téveszthetők össze. Lycopodiummal behintett pillulák használata esetén tehát számolni kell ezzel a hibaforrással. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 10. szám.) — A *visszamaradt vese működését a másik vese eltávolítása után tanulmányozta Cunningham* házinyulakon, különösen arra való tekintettel, hogy az ilyen egy vesén végzett műtétek milyen módon befolyásolják a vese működését. Ha a veséből darabokat vágott ki a vesemedence megnyitásával és azután teljesen zárta a sebet, 17–22 óra múlva állott be a vizeletelvezés; ha nem zárta a sebet és dráint helyezett be, már 6–7 óra múlva megindult a secretio (Journal of the Americ. med. association, 1913, jan. 4.) — A *nephritis syphilitica acuta praecox* *E. Hoffmann* (Bonn) szerint többnyire a syphilis eruptiós szakában jelentkezik. A vizelet feltűnő sok fehérjét (3–13%) tartalmazhat; sokszor hirtelen nagyfokú oedemák fejlődnek. A diagnoszt megkönnyíti a vizelet vizsgálata, a mennyiben az üledékben bőségesen vannak spirochaeták. A gyógyítás salvarsan és keneső óvatosságban áll. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 8. szám.)

**Személyi hírek külföldről.** *O. Srdínko* dr.-t, a szövettan és fejlődéstan rendkívüli tanárát a prágai cseh egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — *Segond* tanár utódja a párisi orvosi fakultás egyik sebészeti tanszékén *H. Hartmann* tanár lett.

**Hírek külföldről.** A diphtheria-serum áldásos hatását legjobban tünteti fel a francia statisztika, melyet a Société Médicale des Hôpitaux egyik legutóbbi ülésén ismertetett *Martin* dr. A serumkezelést megelőző 14 évben (1880–1893) Franciaországban évenként átlag 1721 egyén halt meg diphtheritisben (maximum 2244, minimum 1266), az azóta eltelt 15 évben átlag 348 (maximum 736, minimum 174). — A baleseti orvosegylet február 20.-i ülésén érdekes adatokat közölt *Hoessli* dr. Grönland egészségügyi viszonyairól, a melyeket egy expedícióban való részvétele alapján ismer. Grönland, melynek legnagyobb része jéggel fedett s csak a nyugati és keleti partvidéken szolgálnak embereknek lakóhelyül, dán kolónia. Dánia szigorú intézkedésekkel, a Grönlandban ki-

kötő hajók személyzetének és utasainak szigorú ellenőrzésével ügyel a lakosság egészségügyi viszonyaira. A legtöbb fertőző betegséget a grönlandi eszkimó nem ismeri, pl. a syphilis s más nemi betegségeket sem; a kopaszodás s a fogcaries is ismeretlen náluk. Alkoholt Grönlandba nem szabad bevinni, e helyett azonban az eszkimó a kávéval él vissza. Az eszkimók legelterjedtebb betegsége a tuberculosis, melyet a 18. században cipeltek be Grönlandba. — *Kocher* tanár 200.000 frankos alapítványt tett egy szervezendő biológiai kutató intézet céljaira. Az alapítvány addig érintetlen marad, a míg a kamatok révén 1/2 millióra nem növekszik.

Lapunk mai számához *Balla Sándor és társa* czég „Coaltan és Diujodin” című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* vegyészeti gyára prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához a „Le Ferment”-társaság (Paris 13, Rue Pavée) „Lactobacillin-termékek”-ről szóló prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Vial és Uhlmann* czég „Tonica-bor” című prospectusa van csatolva.

## Budapesti gyógymechanikai

1913 május hótól

## ZANDER-INTÉZET

IV., Semmelweis-  
utca 2. szám.Museum-körút 2. Igazgató-orvos:  
dr. Reich Miklós.(Kossuth Lajos-utca  
sarkán.)

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Magán-  
sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti  
fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő  
ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát Orvosi laboratoriuma  
VI., Andrassy-út 38. Telefon 26–96.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13–15.  
Féjvételnek férfi- és nőbetegek  
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek  
kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi  
laboratoriumában az összes diagn. vizsgálá-  
tokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

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

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd  
VII., Király-utca 51. Telefon 157–71.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet  
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81–01.

Röntgen-laboratorium. Vezetője: Dr. Alexander Béla,  
egyetemi magántanár.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium.  
Ujonnan átalakítva.  
Prospectus.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski*  
*István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m.  
kir. belügyminisztérium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére  
vétetnek fel.

A Liget- és Park-  
= SANATORIUM Orvosi laboratoriuma

Vezető: Dr. Detre László egy. m. tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106–00

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven  
át nyitva. Vízgyógyintézet. Sana-  
torium. — Modern kényelem,  
közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.



Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, leg-  
kötők, összes betegápolási tárgyak és gummiarúkat elsőrendű  
minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. —  
Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

## MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”  
száraz kivonat  
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG  
folyékony kivonat  
üvegekben á 2 kiló



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (Ülés 1913 január 30.-án.) 248. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (III. ülés 1912 május 21.-én.) 250. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (1913 február hó 22.-én tartott V. szakülés.) 250. l.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1913 január 30.-án.)

Elnök: Kuzmik Pál.

Jegyző: Lobmayer Géza.

### Agerinczvelő lövési sérülése Flaubert-löveggel; a löveg eltávolítása.

**Dollinger Gyula:** A 12 éves fiút múlt év szeptember 19.-én pajtása Flaubert-puskával hátba lötte, a mire rögtön összerogyott. Az x-sugár a löveget a VIII.—IX. hátsigolya között a gerinczsatornában mutatta. *Dollinger* szeptember 21.-én, mintegy 40 órával a lövés után a gerinczsatornát a szokott módon hátulról megnyitotta. A kemény agykéreg baloldalt volt megsérítve és a löveg baloldalt hatolt be a gerinczagy állományába, a melynek kellő közepében helyezkedett el. *Dollinger* a löveget (6 mm. átmérőjű volt) eltávolította, és kitörülte a rozsdabarna, pépszerű gerinczagyvelőtörmelékét, a mely azt körülvette. A gerinczagy szürke állománya egészen el volt pusztulva a központi csatornával együtt; legkevésbé volt megsérítve a hátulsó jobboldali köteg. Azután a kemény agyburkot összevarrta és a sebet teljesen elzárta. A műtét előtt a beteg alsó végtagjai teljesen bénák voltak, azonkívül hólyag- és végbélbénulás állott fenn. Az idegzet részéről mutatkozó tüneteket egyébként *Herczog* dr. észlelte és fogja ismertetni.

**Herczog Ferencz:** Az idegrendszeri lelet szerint a 9—10. háti segmentum sérült. A sérülés nem volt teljes harántlaesio, a mélyebb segmentumokban a tapintásérzés nem hiányzott teljesen. Az alsó végtagokon petyhüdt bénulás, a patella- és Achilles-reflexek hiányoztak. Három hét múlva visszatértek az Achilles-, 6 hét múlva a patellainreflexek és a bénulás spasmusos lett. Az alsó végtagok inreflexeinek hiányát magas gerinczvelőlaesiókban nem a velőállománynak teljes harántlaesiója okozza, mert ilyen esetekben sem állandó a reflexhiány és mert ez nem teljes harántlaesiónál is előfordul. Shockkal csak rövid ideig tartó reflexhiányt lehet magyarázni. Ha ez hónapokig vagy tovább is fennáll, csak *Jendrassik* magyarázata teszi érthetővé a tüneteket. Ezen nézet szerint a sérüléstől distalis gerinczvelő rész inreflexeinek hiánya ezen gerinczvelő rész vérkeringés-zavarának következménye, mely a sérülés folytán keletkezett. Ezen felfogás mellett szól, hogy a háti és nyaki gerinczvelő traumás megbetegedései, melyek leginkább okozhatnak vérkeringés-zavart hirtelen keletkezésük miatt, járnak leggyakrabban reflexhiánnyal, míg sokkal ritkábban látjuk ezt a más okból keletkező magas harántlaesiókban. Hogy némely esetben nem mindegyik reflex hiányzik, az is megfelel ezen magyarázatnak, mert a keringés-zavar különböző lehet a különböző segmentumokban. A bemutatott esetben is különböző időben tértek vissza az inreflexek. A bemutatott eset bizonyítja, hogy nem teljes magas gerinczvelőharántlaesiókban is hiányozhatnak az alsó végtagok inreflexei. Az inreflexhiány oka ezen esetben valószínűleg vérkeringés-zavar volt.

### A vastagbélbe áttört genyvese operált esete.

**Bakay Lajos:** 28 éves nőt beteget mutat be, a kihez először a múlt év májusában hívták, a mikor az illető hasának bal fele nagy fokban megdagadt s nagy lázak kíséretében ágybanfekvő beteg lett. Az anamnesis adataiból kitűnt, hogy már régebb idő óta lázas s rázó hidege is volt, de e mellett foglalkozását folytatta. A vizsgálat kimutatta, hogy a hasnak egész bal fele a túloldalra áttérjedőleg is elődomborodó, a bal alsó bordaív előemelkedik, tapintáskor a has elődomborodó bal fele keménynek, helyenként rugalmasnak mutatkozik. A vérvizsgálat normalis adatokat mutatott; a vizeletvizsgálat fehérje nyomait adta. A cystoskopos vizsgálat azt

derítette ki, hogy a bal húgyvezető nem vezet, a jobb húgyvezetőn át ürült vizeletből a jobb vese jó működésképesége tűnt ki. A vizsgálat első napjaiban több ízben a széklettel geny, majd tisztán csak geny ürül, utolsó ízben kb. fél liternyi mennyiségben. A tuberculinreactio pozitív volt. A fentiek alapján megállapította, hogy a vastagbélbe áttört gümös, elgenyedt vesével van dolga. A műtét terve az volt, hogy a genyzsákot megnyitva, a genynek szabad utat enged s azután a fejleményekhez képest jár el. A behatolás után azonban úgy találta, hogy a vese eltávolítása az összenövés ellenére is megkísérélhető. A leszálló vastagbél gondos lefejtése után sikerült az elgenyedt gümös vese alsó zsákszerű kitérkedése és a sigmabél közti áttörés helyét úgy kikészíteni, hogy az ujjnyi vastag köteg alakjában egyszerűen körülköthetővé vált. A bél ezen helyére tampont helyezett, a seb többi részét egyesítette. Láztalan lefolyás után egy hónappal secundaer varrattal zárta a visszamaradt hasfelsebet. A beteg mindjárt az első hetekben teljesen összeszedte magát s jelenleg egészséges.

Az eset érdekessége az a körülmény, hogy a genyvesének a vastagbélbe való áttörése a műtét előtt igazolva lett s a műtét odairányult, hogy a vese eltávolításával egyszersmind a bélsipoly is meg legyen szüntethető, úgy hogy bélsársipoly ne zavarja a lefolyást. Ezt a célt sikerült elérni.

### Járolékos veseverőér okozta hydronephrosis operált esete.

**Bakay Lajos:** 9 éves fiúgyermek eltávolított bal veséjét mutatja be. Az eltávolítást a fertőzött hydronephros tette szükségessé, a melyet a vese alsó polusához haladó rendellenes lefutású verőér okozott az által, hogy a haránt tengelye körül elfordult vese ureterét szögletben megtörte. Az illető már évek óta beteges volt, de az utóbbi három hónap alatt állandóan görcsök kínozták s láza 38 és 40° közt váltakozott. Vizsgálatkor a bal bordaív alatt, inkább a középvonal felé ökölnyi rugalmas daganat volt észlelhető. Osztályára lépdaganat körjelzéssel tették át. A vizelet- és vérvizsgálat normalis képet adott. A chromocystoskopos megfigyelés kiderítette, hogy a bal ureter nem vezet.

A műteti beavatkozás haránt hasfalmetszéssel át történt s a fenti képet tárta fel. A hydronephros erősen fertőzött volt s az ureternek 3—4 cm. terjedelemben obliteráltsága a konzerváló műtétek ellen s a vese eltávolítása mellett döntött.

**Illyés Géza:** Nem ritkák a genyvesével kapcsolatos bélsipolyképződések. 3 esetet észlelt, melyek hasonlóak a bemutatotthoz, csak hogy eseteiben a pyonephrosis műtete után képződtek sipolyok; mindegyik esete tuberculosus eredetű volt. Két esetben a colonba történt az áttörés, egy esetben a duodenumba. Rendes sebellenlét mellett minden művi beavatkozás nélkül 8—10 nap alatt záródtak a sipolyok.

A bemutató második esetéhez hasonlóan az orvosegyesületben mutatott be. Esetében aberrans arteria et vena renalis volt, közvetlenül az aortából haladtak a vese alsó polusához. Rendellenes lefutású erek mellett csak nagyon lassan fejlődik ki a hydronephrosis és legtöbbször csak a másodlagos infectio következtében létrejött lázak hívják fel a figyelmet a vizsgálatra. Esetében a vese nem volt teljesen elpusztulva. Aberrans erek esetén mindig alaposan meg kell fontolni, hogy tulajdonképpen ezek okozzák-e a hydronephrosist, másrészt, hogy az erek nem az ép veseterület tápláló erei-e, melyek átvágása súlyos táplálkozási zavart, esetleg necrosist okozhat. Meggyőződve esetében arról, hogy az aberrans erek okozták a hydronephrosist, átvágta azokat és a vak tasakot *Israel* módszerével szüntette meg.

**Rihmer Béla:** A műtét utáni sipolyképződés a műtéttel függhet össze. A kerges összenövés lehántásakor a bélfal sérül és később 3—4 napon belül kilyukad, sipoly képződik. Ezért kerges összenövés esetén inkább subcapsularisan enukleálja a vesét.

*Bakay* második esetéhez hozzászólvá felemlíti, hogy az orvosegyesületben hasonló esetet bemutatott. Nem merte az előrehaladt esetben megállapítani azt, hogy a rendellenes lefutás oka volt-e a hydronephrosinak, vagy csak koordinált jelenség. Sok vita után ez ügyben ma okul fogadják el, ha egy verőér az elülső ajakból átbujva a medence alatt a vese hátulsó felszínét látja el, vagy megfordítva. Fontos ezt tudni akkor, ha a vese megtartható. Ha a jelenség nem oka a



hydronephrosisnak, más műtét — esetleg vesefelvarrással — gyógyítható. A vese verőerei végverőerek és így az érszalag átmetszése, mint az egy esetben megtörtént, necrosisra vezethet. Ezért *Israel* nem a keresztező eret, hanem az uretert metszi át és az ér előtt újból összevarrja.

**A spondylitis tuberculosa és a peritonitis tuberculosa közti elkülönítő körjelzés.**

**Dollinger Béla:** A bemutatott beteget peritonitis tuberculosa diagnosissal küldték az I. sz. sebészeti klinikára. Pontos vizsgálat alkalmával kitűnt, hogy a betegnek tuberculosus ágyékcsigolyagyuladása van. A körülbelül gyermekfejnyi psoastályogot körülírt tuberculosus peritonitisnek gondolták. E diagnostikai tévedés oka az volt, hogy a spondylitis tünetei kevésbé kifejezettek lévén, azokat figyelmen kívül hagyták. A bemutató hosszasan fejtegeti e két különböző kórkép összetéveszthető tüneteit és végül azon eredményre jut, hogy hasonló esetekben az *elkülönítő körjelzés alapját a csigolyagyuladós tünetek* (főleg a kezdeti tünetek) *pontos ismerete adja meg.* A gerincoszlop Röntgenképe nagy segítségünkre lehet.

**A törés-végek helyretelezése Röntgen-ernyő alatt, helybeli érzéstelenítésben.**

**Dollinger Béla:** A bemutatott 21 éves férfibeteg pár nap előtt jobb lábán typusos Pott-törést szenvedett. Az anterior-posterior és fibulo-tibialis irányban felvett Röntgenkép a törésvégek kifejezett dislocatióját jelezte. A bemutató a törésvégeket trochoscopasztalon, novocainos helybeli érzéstelenítés mellett reponálta. Az egész eljárás fájdalommentes volt. A reponálás és a lábszárjárókötés feltétele után felvett Röntgenkép a törésvégeket jól reponálnak mutatta. A helybeli érzéstelenítés a bemutató különféle törésvégrepositionál mindig jól bevált. Az eljárásnak két nagy előnye van: 1. A teljes fájdalomatlanság a különben kínos törésvég-reponálás alkalmával. 2. A reflexes izomspasmus teljes felfüggesztése és ez által a reponáló orvos munkájának megkönnyítése.

Maga az érzéstelenítő eljárás egyszerű. A bőrt a befecskendezés helyén jod-tincturával beecseteljük. Ezután Pravaz-fecskendővel kb. 10—20 cm<sup>3</sup> 1%-os novocain-oldatot fecskendezünk, rétegről-rétegre mélyebben haladva, a törés-végek fölé és a törés-végek helyére. Az anaesthesia 5 perc múlva teljes.

A bemutató végül még egyszer felhívja a szakosztály figyelmét a Röntgen-ernyő segélyével történő törésvég-repositionálásra és az eljárás számos nagy előnyére.

**A tüdőbe áttört tuberculosus spondylitisből eredő hideg tályog.**

**Dollinger Béla:** A 25 éves férfinak lumbalis csigolyagyuladásból származó hideg tályogja a tüdőbe tört át. A bemutatónak ez a második hasonló esete. Az áttörést a tályog sipolyaiba fecskendezett és csakhamar a szájjávaladékan megjelent indigocarmin-oldat bizonyította be. A beteg törzsének Röntgen-képén jól láthatók az előzőleg bismuth-oldattal átfecskendezett sipolyjáratok, melyek a kóros V. ágyéki csigolya felől a tüdő irányába haladnak. Ez esetből az a tanulság, hogy a spondylitises hideg sülyedékes tályogok nem követik mindig a nehézkedés törvényeit, hanem felfelé is nyomulhatnak, sőt a tüdőbe fűrődhatnak át.

**Actinomyces hepatitis.**

**Seenger Gyula Kornél:** 41 éves nőbetegéről van szó, aki gyomorpanaszai miatt feküdt a III. számú belklinikán. Itt tartózkodásakor epigastriumában a hasfallal összefüggő, hullámzó daganata támadt, intermittáló lázzal és nagyfokú elesettséggel kapcsolatban. Az aránylag gyorsan növvő daganat miatt a sebészeti klinikára helyezték át, hol Dollinger tanár január 15.-én a tályognak imponáló daganatot megnyitotta. A genyes tartalom makroszkopos képe actinomykosis gyanúját keltette, amit a későbbi bakteriologiai vizsgálat igazolt is. Mivel a lázak a tályognyitás után sem csökkentek, január 24.-én Dollinger tanár egy második műtétet a már előbb megnyitott tályogüreget mélyítve, még a szabad hasüreg megnyitása előtt a hasfallal kérgesen össze-

nőtt májlebenyhez jutott. A hasüreget megnyitva kitűnt, hogy a máj bal lebenye volt a hasfallal összenőve. De kóros elváltozások voltak nemcsak a bal lebenyen, hanem a jobb lebenyen is az ép májjálmánytól élesen elkülönített mogorónyi göbcsék alakjában.

A máj alsó felszíne, valamint az epepassage szabadnak bizonyult.

A beteg állapota a műtét után javult, jelenleg Röntgen-therapiát próbálnak rajta.

A műtét alkalmával a májból kivett mogorónyi göbcsének szövettani vizsgálata actinomykosis-telepet mutatott ki. A diagnoszt különben a bakteriologiai vizsgálat is megerősítette.

**Dollinger Gyula:** Kiegészítésül mondhatja, hogy actinomycosis eseteiben a jodkali-therapia csalódással jár. Kétly-vel észlelt egy rendkívül nagy kiterjedésű, a tüdőre áttérő actinomycosist. Lassanként, hosszú idő alatt 2 kg. jodkált fogyasztott el a beteg, de azért az actinomycosis tovább terjedt. A beteg belehalt. Röntgen-kezelésre jó eredményeket írtak le. Ők is megkísérik.

**A gyomorfalon átfűrődött idegen test.**

**Holzwarth Jenő:** Bár a hasonló esetek nem tartoznak a nagy ritkaságok közé, mégis elég gyéren fordulnak elő, úgy hogy érdemes velük foglalkozni. A 43 éves nőbetegfelvétele előtt 5 héttel betegedett meg. Állítólag elrontotta a gyomrát, hányt, csuklott s meglepetve tapintott a hasában férfikölnagyságú daganatot. A klinikára felvettette magát és ekkor a has bal felében, a köldök alatt egy férfikölnagyságú, sima felületű, kissé rögzített daganata volt, mely nyomásra erősen érzékeny. A beteg esténként subfebrilis, 38,0 C°-ig emelkedő hőmérséklettel. A gyomor chemismusában és functióiban eltérés nem volt található, de feltűnő volt, hogy a húsemésztés gyengült, a székben harántcsíkolt izomszövet volt, sőt szabad szemmel is lehetett húsrészleteket látni. 50 gr. szőlőcukor megetetése után a vizeletben cukor jelent meg. Ez utóbbi leletből és a lázból pankreatitisből eredő tályogra kellett gondolnunk, annál is inkább, mert a fehér vérséjtek száma 18.500 volt. 1912 december 7.-én Dollinger tanár megoperálta a beteget. A laparotomia alkalmával kiderült, hogy a daganat a hasfal elülső részének peritoneumával össze van kapaszkodva s rögtön látszott, hogy a ligamentum gastrocolicumban van s a gyomorral, a máj bal lebenyével és a vastagbél harántszárával össze van kapaszkodva. A kifejtés közben egyszerre geny buggyant elő s kiderült, hogy intraabdominalis tályoggal van dolgunk, melynek falait felül a gyomor alsó fala, alul a vastagbél felső fala, a máj bal lebenyének alsó felülete, a ligam. gastrocolicum alkotja. A tályogban kb. 60 cm<sup>3</sup> geny és sarjak voltak. Kitisztítás után kiderült a tályogképződés valódi oka, mert az üregben egy 2-7 cm. hosszú, 1½ mm. széles fogpiszkálódarab feküdt, mely a tályogba a gyomorból került, ott, ahol az a gyomor alsó felével erősen össze volt kapaszkodva. A tályog zsákjának kinyitása után a hasseb többi része záratott. A beteg a műtét után mindjárt láztalan lett s sebe jelenleg vékony sarjadzó csík alakjában látható.

Tizenöt év alatt négy ily esetet észleltek az egyetemi I. számú sebészeti klinika beteganyagában. Közülük kétszer hasfal tályogban, egyszer lumbalis tályogban és a jelen esetben intraabdominalis tályogban feküdt az idegen test. Mind a négy esetben kis fadarabkák képviselték az idegen testet.

**Carcinoma mammae nagyfokú hyperkeratosissal.**

**Báró Radvánszky Béla:** Dollinger tanár megbízásából referál egy betegről, kinek rákosan elváltozott jobb oldali emlője felett panczélszerű szaruréteg van, mely az egész emlőt befedi, úgyannyira, hogy az emlőbimbó sem vehető ki. A jobb oldali mellkasfélen szétszórvan élesen körülírt, a környező bőrből mintegy körömszerűleg kiemelkedő szaruplaque-ok foglalnak helyet, melyek alatt tömött tapintatú göbök érezhetők. Ezen göbökhöz a fődaganatból infiltrált kötegek vezetnek. A próbaexcisio után végzett szövétvizsgálat kimutatta, hogy az asszonynak a mirigyhámból kiinduló



emlőrákja van, mely felett a bőr nagyfokú, de nem rákos hyperkeratosist mutat. A tumort és az áttéti góczokat fedő bőr részéről észlelt ezen nagyfokú elszarusodást a daganatnak idegen testszerű hatása okozhatta. Megjegyzendő, hogy az asszony egész köztakarója rendellenesen nagyfokú hámlást mutatott. Az esetet azért tartja felemlítésre érdemesnek, mert nem talált az irodalomban hozzá hasonlót.

\* \* \*

Az ezután megejtett tisztújítás eredménye a következő:

Elnök: *Dollinger Gyula*. Alelnök: *Alapy Henrik*. Jegyző: *Ádám Lajos*. Jegyzőhelyettes: *Mutschenbacher Tivadar*.

### Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(III. ülés 1912 május 21.-én.)

Elnök: *Lipscher Sándor*.

(Vége.)

Jegyző: *Safranek János*.

#### 3. Paunz Márk: Laryngoskopia és tracheobronchoskopia gyermekeken.

A laryngoskopia és tracheobronchoskopia directa a gyermekgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen úgy diagnosztikai, mint therapeutikai szempontból. Az előadó a Stefánia-gyermekkorház gazdag beteganyagán bőséges tapasztalatokat szerzett e téren. Jelenleg a legújabb rendszerű *Brünings*-féle elektroszkopot és műszereket használja, néha a *Ch. Jackson*-féle belső világítással bíró bronchoskopot is. Gyermekeken a mély chloroformnarcosis, melyhez még 5–10%-os cocainoldat helyi alkalmazása is járul, többnyire nélkülözhetetlen. Csak értelmesebb, nagyobb gyermekeken sikerül kivételesen a tisztán helyi érzéstelenítéssel való vizsgálat. A gége beállítása és a bronchoskopnak a gégen való átvezetése legkönnyebben a gyermek ülő helyzetében sikerül és ezért gyermekeken ez a legajánlatosabb eljárás. A laryngoskopia directát rendszeresen alkalmazza idült gégebajokban (heges gégeszűkület, syphilis, lassú lefolyású laryngitis hypoglottica) diagnosztikai célból, továbbá alkalmazta stridor inspiratorius congenitus eseteiben is. Gégepapilloma eseteiben diagnosztikai és therapeutikai célokra egyaránt jól alkalmazható; eddig 6 esetben sikerült a tracheotomiát elkerülnie.

A gégeben székel idegen test eltávolítására 4 esetben került alkalmazásba a laryngoskopia directa, mindig a kívánt eredménnyel. A bronchoskopia került idegen test esetében a bronchoskopia superior 12 esetben jött alkalmazásba. Ezek közül csak 1 esetben nem sikerült az idegen testet megtalálni; az egy éves gyermekben kis lapos csont a jobb felső lebeny bronchusába volt beékelve. Ez a gyermek meghalt. A többi 11 esetben gyógyulás következett be. Bronchoskopia inferior 11 esetben alkalmazott és további 2 esetben bronchoskopia superior és inferior. Ezek közül 4 esetben, dacára a sikerült eltávolításnak, halál következett be, részben sepsises pneumonia, részben kimerülés, egy esetben mediastinitis folytán.

Általában kedvezőbb, ha sikerül a tracheotomiát elkerülni, különösen áll ez kisebb gyermekekre vonatkozólag. A felső bronchoskopia után gyakoriak ugyan a légzési nehézségek a bekövetkező laryngitis hypoglottica acuta folytán (2 esetben utólagos intubatio vált szükségessé), de azért mégis légcsőmetszés nélkül a halálozási arány az előadó tapasztalatai szerint a gyermekkorban kisebb. Természetes azonban, hogy nem szabad ragaszkodni a felső bronchoskopiához, különösen akkor nem, ha organikus, könnyen bomló, széteső idegen testekről (növénymagvak) van szó. Ugy látszik, hogy gyermekeken általában gyakrabban fejlődnek utólagos pneumoniák; azonban, ha már van is pneumonia az idegen test aspiratiója folytán, ez csak egy okkal több az idegen test sürgős eltávolítására.

Két esetben sikerült már kifejlődött pneumonia mellett is a gyermek életét az idegen test eltávolításával megmen-

teni. A tracheobronchoskopia inferior sikeresen alkalmazható descendáló diphtheriában is, ha az álhártyák a trachea vagy a bronchusok lumenét eltömészik. Igen szép eredményeket érhetünk el a tracheobronchialis nyirokmirigyek tuberculosisa és peribronchialis tályog esetében is a tracheo-bronchoskopia inferiorral. E bajok részben a trachea és a bronchusok összenyomása, részben áttörés folytán válhatnak veszélyessé. Ilyen okoknál fogva 6 esetben vált szükségessé a beavatkozás; 2 esetben sikerült a jobb bronchusba és a légcsőbe áttört mirigyrészletek eltávolításával a gyermek életét megmenteni.

**Mohr Mihály:** Régebben chloroformmal altattam a gyermekeket, de mióta egy narcosis-halálesetem volt, melyet közöltem is, elálltam tőle. Azóta aether használók; rövid ideig tartó műtetre *Sudeck*-bódítást, hosszabb tartamra aethernarcosist, mely kifogástalan és melynek főelőnye, hogy a beteg könnyen felébred az álmából.

**Polyák Lajos:** A papilloma lehet körülírt és diffus, de a két alak átmehet egymásba és együttesen fordulhat elő.

Protestálnom kell az ellen, hogy a radium gyermekeken nem alkalmazható és csak a laryngofissio vezet célhoz. Egy esetben kétszer végeztek gyermekeken laryngofissiót, kitakarították a papillomát, de utána még erősebb burjánzás állott be és ennek kitakarítására hegesezés támadt a gégeben. A gyermekeken laryngostomiát végeztem, hogy ne kelljen hordania kanült és azután radiumkezelésnek vetettem alá. Később transplantációval végleg meg lesz gyógyítható. Ha körülírt a papilloma és nem okoz nagy zavart, nem kell tracheotomiát végezni, de az esetek nagy részében mégis szükséges. Kérdés, hányszor újulnak ki a papillomák? Van esetem, mely nem újult ki, de láttam olyant is, mely 3–6-szor kiújult.

A radiotherapia több biztonságot nyújt a kiújulás ellen. Van most oly radiumpraeparatum, mely 1–2 perc alatt olyan intensive hat, mint más 2–3 óra alatt.

**Donogány Zakariás:** A papillomák beosztását illetőleg a körülírt és a diffus alak mellett meg kell különböztetnünk *benignus* és *malignus* alakot. Az egyik nem szeret recidiválni, a másik igen. Van olyan, mely minden beavatkozásra rosszabbodik, újabb inoculációs papillomák keletkeznek és terjednek lefelé. Végül egy ilyen esetben magnesia üstát alkalmaztam és erre megállott a folyamat. Igaz, hogy a gyermek közben 12 éves lett.

Előbb meg kell próbálni gégetükör mellett az operálást és csak aztán tracheoszkopozni.

Az *Escat*-féle eljárást nem említette az előadó, hasonlóit *Kirstein* eljárásához.

**Paunz Márk:** *Mohr* felszólalására az a válaszem, hogy az aether salivatiót okoz és bő nyálkaelválasztást és bronchitist, a mi ilyenkor nagyon hátrányos. A tiszta chloroform a legjobb. *Polyák* felszólalására az a megjegyzésem, hogy csakugyan nem lehet élesen elválasztani egymástól a körülírt és a diffus alakot. A mely papilloma mindig ugyanott recidivál, azt benignusnak tartom, de a mely mindenütt beoltódik, az malignus. A radiumot, ha módomban lesz, meg fogom próbálni; hátánnya, hogy nagyon drága. A magnesia üstát én is használtam. Beválik ott, ahol a beteg már elmúlt 6 éves, de ilyenkor a papillomatosis magától is visszafejlődik. *Semon* nem végez tracheotomiát, bevárja míg felülről lehet operálni, mert a gyermekek kanüllal nem tanulnak meg beszélni. A mellett vagyok, hogy ha tracheotomiát végzünk, minél előbb szabadítsuk meg az egyént a kanültól. A fertőző betegségek gyógyító hatásában nem hiszek.

**4. Freystadt Béla és Stranz Gyula:** A bal vénás szájadék szűkülete folytán keletkezett *recurrens-bénulás*. (Egész terjedelmében hoztuk.)

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1913 február hó 22.-én tartott V. szakülés.)

Elnök: *Davidá Leó*.

Jegyző: *Konrádi Dániel*.

**Gyergyai Árpád:** Új eljárás a fülkürtnek egyenes úton való tágitására. A fogászatban használatos lenyomatanyaggal különböző korú és nemű emberek hullájának porczos fülkürt-részéről lenyomatokat készített. A lenyomatok után fémöntvényeket csináltatott, melyeket megfelelő hosszú szárral látott el. A jobb- és baloldali lenyomat különböző egymástól.

A vaskos, simafelületű s a fülkürt belsejének teljesen megfelelő fémlenyomatokat az egyenes csövön át a fülkürtbe directe be tudja vezetni, minden erőltetés nélkül az általa 1910 februárban közzétett és azóta tökéletesített, az orrgarat és fülkürt directe vizsgálására való eljárása segítségével.

*Gyergyai* bemutat pár beteget, kiken az eddigi eljárásokkal több hónapi kezelés után sem tudott kellő eredményt elérni. Az új tágitó eljárás alkalmazásával meglepő eredményeket ért el, néha már egyszeri alkalmazás után is az előbbi



rossz hallás nagy mértékben javult. Pl. az egyik bemutatott beteg a régi kezelés után 1 és  $\frac{3}{4}$  m.-ről, egy másik 3 m.-ről hallott susogó beszédet; tubatágítás után mindkettő a szoba végén háttal állva is megértette a sügött szavakat, más betegen félévi kezelés után az óraketyegés hallása  $\frac{1}{2}$  méter volt és tubatágítás után azonnal 3 m.-re javult.

Tubatágító eljárása, melyet inkább csak specialisták fognak alkalmazhatni, nem helyettesítője, hanem kiegészítője kíván lenni a gyakorló-orvos által is könnyen végezhető politizációs, katheterezésnek, bougizásnak. Általánosabb következtetést néhány esetből nem akar vonni, de a pár igen meglepő eredmény remélnie engedi, hogy eljárásától sokat várhat, hogy számos oly fülbántalom, mely az eddigi kezelésekkal makacszkodott, eljárásával gyógyítható lesz.

**Szabó József: Tumor (?) pontis esete.** A 25 éves férfi, a ki lueses infectióról nem tud, már egy éve érez zsibbadást a bal arcában és bal felső meg alsó végtagjainak mozgásai bizonytalanabbak lettek. 1913 január közepe táján sokat köhögött bronchitis miatt. Egy este hirtelen szédülni kezdett, hányt, kettősen látott. Bal arczele másnap reggelre béna lett. Jelenleg a baloldali abducens bémult, továbbá a bal trochlearis functiója sem kielégítő. A jobb szem mozgásai is korlátozottak. Balfelé a jobb szem sem mozog eléggé. Jobbra tekintéskor erős nystagmus. A bal facialis paresises. Farados ingerlékenysége csökkent. Musculo-directe galván-árammal könnyebben ingerelhető: partialis elfajulásos reactiót ad. A bal arczfél hypaesthesiás. A bal conjunctivalis és cornealis reflex csökkent. Exophthalmus baloldalt. A hallásélesség baloldalt csökkent. Néha fülzúgása van. A Rinne-tünet pozitív. Az ízérzés vizsgálata nem ad értékesíthető eltérést. A végtagok nem paresisesek, a Babinski-tünet csak a jobb talpon váltható ki. Kisfokú baloldali hemiataxia; a törzs és végtagok jobboldalt kissé hypaesthesiásak. A vázolt kórkép a baloldali abducens magvának tájékán, a Varol-hídban levő góczra vezethető vissza, mert a bal facialis rostjainak, a vestibularis cochlearis magvainak laesiója, továbbá a trigeminus tractus spinalisának az alteratiója, a fasciculus longitudinalis dorsalis, a hurok-pályák, a kisagyvelő-pályák és a pyramis-pályák könnyebb fokban bántalmazott volta megmagyarázzák a kórtüneteket. Bár pangásos papilla és fejfájás nincs, a ponsban fejlődő daganat mégsem zárható ki. A tünetek rosszabbodása onnan eredhet, hogy a beteg sokat köhögött, erőlködött és e miatt a tumorban vérzés támadhatott. Minthogy nem lehetetlen az sem, hogy basilaris processus (lues?) okozza a tüneteket, antilueses therapiát kísérlünk meg a negativ eredményű Wassermann-reactio daczára, annál inkább, mert ha csakugyan tumorról van szó, az úgy is inoperabilis.

Hozzászól:

Gyergyai és rámutat az egyensúly-organum részéről mutakozó tünetekre, melyek a baloldali félkörös ivjáratok működéséből származó ingerek kiesésére vagy csökkenésére utalnak.

## PÁLYÁZATOK.

605/1913. szám.

Kolozs vármegye nádasmenti járásban, Kolozsvártól 18 km. távolságra fekvő Magyaránás székhelyen, melyhez 12 község tartozik, üresedésben levő **körorvosi állásra folyó évi április hó 15.-i lejárat** pályázatot hirdetnek.

A vasúti állomással, telefonközponttal bíró Magyaránás a Budapest-Kolozsvár vasúti fővonal és kitűnően gondozott országút mellett fekszik.

Javadalmazás:

1. Évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, 800 korona helyi pótlék, megillető korpótlék, 600 korona lakbér, 800 korona útiátalány.

2. Rendelési, látogatási, távolsági, betegápolásoknál és fertőző betegek miatti kiszállásoknál felmerülhető fuvardíjak a vármegyei szabályrendelet értelmében.

A megválasztandó körorvos részére kézi gyógyszerértéktartási engedély kiállításba helyeztetik.

A választás napját ezentúl tűzöm ki.

Kolozsvár, 1913 márczius 20.

Berezky Lajos, tb. főszolgabíró.

1291. szám.

A Dragomérfalva község (Máramaros vármegye) székhelylyel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosi körhöz Dragomérfalva, Izakonyha, Kisbocskó, Jód, Felsőszelistye és Izsaszacs községek tartoznak.

Ezen községeknek lélekszáma 14.812.

Felhívom ezen okból mindazon orvostudor urakat, a kik ezen 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér, 600 korona útiátalány, 600 korona helyi pótlék és a látogatási díjak élvezetével egybekötött körorvosi állást, a melyet a Magyar kárpáti petroleum részvénytársaság megegyezés esetén az üzem tartama alatt 5000 koronára kiegészít, elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 16.-áig adják be.

A választást Dragomérfalva község tanácstermében később megállapítandó határnapon fogom megtartani.

Dragomérfalva, 1913 márczius 14.

Solva Béla, főszolgabíró.

Az alulírott bányagazgatóság vezetése alá tartozó Aninosza bányatelepen üresedésben levő **bányaorvosi állásra** pályázatot hirdetünk.

A kinevezendő orvos kötelessége Aninosza-telepen a bányagazgatóság teendőket ellátni és az ott felállított házi gyógyszerértéktartást kezelni. Javadalmazás: évi 3000 korona törzsfizetés, 900 korona évi fuvarátalány, 1600 korona a házi gyógyszerértéktartás kezeléséért, szabad lakás, fűtés és villanyvilágítás. A véglegesítés és a tisztai nyugdíjalapba való felvétel egy évi próbaszolgálat után történik. Pályázni szándékozókat felkérjük, hogy egyetemes orvostudori oklevéllel és eddigi alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítvánnyal, továbbá rövid curriculum vitaevel felszerelt kérvényüket alulírott bányagazgatósághoz folyó évi április hó 25.-éig nyújtsák be.

Petrozsény (Hunyadmegye), 1913 márczius 19.

A salgótarjáni köszénbánya részvénytársulat petrozsényi bányagazgatósága.

**Jómódú magyar vidéken igen jó körorvosi állás** töltenő be mielőbb. Értesítést ad Dobsa Sándor, gyógyszerész, Álmosd, Bihar megye.

Az Irgalmasrend egri elmeorvóintézetében **egy orvosgyakor-noki állás** rendszeresített. Javadalmazása 800 korona évi fizetés, I. oszt. ellátás és egy szobából álló lakás. Kik az állást elnyerni óhajtják, kérvényüket az Irgalmasrend egri perjeléhez nyújtsák be.

Irgalmasrend egri házának perjele.

907/1913. szám.

A nagykarási **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás:

1. 1600 korona törzsfizetés.

2. A körhöz tartozó 2 községtől 800 korona személyi pótlék.

3. A vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak és fuvarátalány.

4. 400 korona lakbér.

A kézi gyógytárgy kérelmezés esetén kiállításba helyeztetik.

Pályázni szándékozó orvostudorok felhívattak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám április hó 20.-áig küldjék be.

E l e k, 1913 márczius 25.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

182/1913. sz.

Pestpilissoltkiskun vármegye kalocsai járásban levő Bogyiszló községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés.

2. Természetbeni lakás.

3. Öt évenként 200 koronától 800 koronáig emelkedő korpótlék.

4. A 192.837/911. B. M. sz. rendelettel engedélyezett 1200 kor. helyi pótlék.

5. A vármegyei szabályrendelettel megállapított halottkémlési díjak.

6. Műtétekért a 135.000. B. M. sz. rendelet alapján megállapított díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 26. napjának déli 12 órájáig nyújtsák be.

A választást Bogyiszló község házában a községi képviselőtestület elnöksége alatt folyó évi április hó 28.-án délelőtt 11 órakor fogja megejteni.

Kalocsa, 1913 márczius 26.

A főszolgabíró.



929/1913. sz.

A vezetésem alatt álló alapítványi közkórházban lemondás folytán megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, ételmezés. A kinevezés egy évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában szigorló orvosok is választhatók, ha legalább 2 gyakorlati szigorlatuk van. Magánygyakorlat nincs megengedve.

Pályázati kérvények **Kemény János** úrhoz, Gyöngyös város polgármesteréhez, mint a kórházbizottság elnökéhez folyó évi április hó 15.-éig adandók be.

Az állás a választás megejtése után azonnal elfoglalandó.

Gyöngyös, 1913 márczius 19.

Frindt F. József dr., igazgató-főorvos.

A mezőhegyesi ménestézetnél 1913 május hó 1.-étől október hó 31.-éig **egy kiegészítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra az alanti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 10 korona napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás.

A kérvények megfelelő okmányokkal felszerelve f. évi április hó 15.-éig nyújtandók be az alanti ménesparancsnoksághoz. Később beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Orvosszigorlók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménesparancsnokság Mezőhegyesen.

A **kassai m. kir. állami bábaképző-intézet**nél az **I. tanársegédi állás** f. évi május hó 1.-re megüresedvén, ezen állásra, esetleg a **II. tanársegédi állásra** pályázatot hirdetnek.

Pályázók eddigi működésüket igazoló okmányaikkal és orvosi oklevelüknek másolatával felszerelt folyamodványaikat ez évi április hó 15.-éig alulírott igazgatósághoz terjesztésük be.

A folyamodványban világosan kifejezendő, hogy pályázók csakis az **I.**, avagy esetleg a **II. tanársegédi állás** elnyerésére is fentartják-e pályázatukat.

Javadalmazás: **I. tanársegéd** évi 2000 korona, **II. tanársegéd** évi 1400 korona fizetés és mindkettőnél intézetbeni lakás és **I. oszt. teljes ellátás.**

A tót nyelv bírása kívánatos.

A **kassai m. kir. bábaképző-intézet** igazgatósága.

## Römerbad

Déli vasúti állomás.

Évad kezdete május elején.

(A stájerországi Gastein.)

Stájerország legnagyobb gyógyerejű radioaktív akrotóforrása 36°2'–37°5' C., hatásában hasonlít Gastein, Teplitz, Pfäfers-re, javulva köszvény, csúsz, női és idegbajok, gyengeségi állapotok, sérülések, influenza és következményei ellen. Enyhe subalpin éghajlat, modern komfort, olcsó ellátás. Bécsből 8, Triesztből 5, Budapestből 9 óra.

Prospektust ingyen küld a **BADE-DIREKTION, RÖMERBAD, Steiermark.**

Az újonnan szintetikus elállított purgantiák Prof. Dr. Blumenthal, Dr. Bergmann, Dr. Marschall, Dr. Frank stb. szerint **kellemetlen, sőt sokszor veszélyes mellékhatással** bírnak. Mely laxantiák jönnek az orvosnál tekintetbe és legjobban alkalmasak állandó és hosszantartó használatra? Csak azok, melyek növényanyagból készítettnek és e mellett biztosan kiadósan és fájdalom nélkül hatnak. Egy oly hashajtószer a **Pil. aperientes Klewein**, mely a következőkből áll: Extr. Casc. sagrad. rec. par., Extr. Rhei chinens. rec. par. aa 3-0, Phodophyllini, Extr. Belladonnae aa 0-50. Pulv. Casc. sagrad. quant. sat. ut fiant Pil. Nr. 50, Obduc. c. Sacch. alb. et fol. argent.

**Áruk 2 K = M. 1.70.** Este 1–2 labdac szobában véve, nyugodtan átaludt éjszaka után reggel kielégítő, fájdalommentes székletet hoz létre; az összes kulturált emberek orvosai 25 év óta rendelik székrekedésnél és következményes bántalmaknál, mint a legmegbízhatóbb laxant a fenti formula szerint vagy egyszerűen **Pil. aperientes Klewein** néven. — Kísérleti mennyiségek orvos uraknak ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**Adler-Apotheke S. E., Klewein, Krems a/D.**

## Sanatorium Dr. Schweinburg Zuckmantel

Osztr.-Szilézia.

Legolcsóbb általánnyarak. — Prospectusok ingyen küldetnek.

**Radium - emanatiós Inhalatorium.**

Előidényben lényegesen mérsékelt árak.

## KURORT

# Gleichenberg

STEIERMARK.

SAISON: Május hó 15.-étől szeptember hó 30.-áig.

Felülmulhatatlan a légzőszervek összes betegségeinél. Világhírű gyógyforrások (Emmaforrás, Konstantinforrás.)

Értesítéseket és prospektust küld: **KURKOMMISSION GLEICHENBERG.**

## Mint a diót

csak kalapáccsal lehet a különböző vaspilulákat és a más készítésű tablettákat feltörni, míg az ujj szelid nyomására hullanak szét a

## Tabl. Ferri Protoxalati Dr. Deér

sine et cum arsen.

A készítmény tisztasága, szerencsés és állandó összetétele czélszerű alakban biztosítja a sikert chlorosis, anaemia és az általános gyöngeség eseteiben.

Minden gyógyszerárban kapható.

Eredeti csomagolásban 100 drb. ára 2 K.

## Bad Hall in Oberösterreich.

Elsőrangú jodbromfürdő.

Európa legrégebbi és leggyógyhatásosabb jodforrása. Érelmeszesedés, női betegségek, izzadmányok, idült gyulladások, köszvény és csúsz, görvéllykór, öröklött és szerzett syphilis és annak következményei, stb. stb. ellen. Értesítéseket és prospectusokat küld a **Direktion der Landeskuranstalten in Bad Hall.**

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen át is nyitva van.

## Guajacetin - Migrol -

Tuberculosis, bronchitis pulmonis, pneumonia, catarrhus intestini et ventriculi stb.

Legalkalmasabb antipyreticum és antirheumaticum.

## Peptannol Sullacetin

Sósavas tanninkészítmény gyomormegbetegedések ellen.

Bronchitis, pertussis stb., 20 tabletta K 1.25.

Dr. Franz Fehlhäber & Co. G. m. b. Berlin-Weissensee

Vezérképviselő Ausztria-Magyarország részére:

**Adalb. Hradetzky, Wien, XVIII/1, Währinger Gürtel 57.**

## Walthers' Elixir Condurango peptonat. Immermann?

Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalomban, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű különösen öregek egyénekénél és olyanoknál, kik idült bajban szenvednek.” 6759

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételt utánozva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbatüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

**F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium**

STRASSBURG, Elsass, Rheinzelgstr. 12.

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Bpsten.