

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

Balogh Ernő: Adatok az emberi paratyphus-fertőzések kórtanához és kórbonczolástanához. 429. oldal.

Keszly István: Közlemény a soproni „Erzsébet“-közkórház sebészeti osztályáról. (Igazgató-főorvos: Király Jenő dr.) A hallux valgus operatív gyógyításának új módosítása. 432. oldal.

Guszman J. és Pogány M.: Közlés a székesfővárosi régi Szent János-közkórház nemi-

beteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.) Kísérletek a syphilisnek bismutallal való kezelésével. 433. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schinagl Géza: A terhességi elváltozások a placen-taris secretio szempontjából. — Lapszemle. Sebészet. Baensch: A Köhler-betegség aetiologiájáról. — Gyermekorvoslan. Cahen-Brach: A tejszivőkérdésről. — Kiseb-bőlések az orvosgyakorlatra. 435–436. oldal.

Vegyes hírek. 436–437. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

## Adatok az emberi paratyphus-fertőzések kórtanához és kórbonczolástanához.\*

Irta: Balogh Ernő dr.,

a Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. kórbonczolástani intézetének tanársegéde, a Szent László-kórház bonczoló-főorvosa.

Az emberi pathológiában a „paratyphus“ névvel illetett bacteriumoknak három jól körülírt fajtát ismerjük: ezek a paratyphus-B, A és  $\beta$ . (Uhlenhut szerint paratyphus-C). Mindhárom a typhusbacteriumokkal szemben egyes táptalajokon lényegesen eltérően viselkedik. Így többek között a szőlőcukros táptalajokon gázt fejlesztenek stb. Serologiai is élesen különböznek nemcsak a bacillus typhitól, hanem külön-külön egymástól is. Érdekes, hogy a paratyphus- $\beta$  a sertésekben gyakran lelhető és azoknak gyakori megbetegedéseit (de nem a sertés-pestist) előidéző bacillus suipestifer Voldagsen (*Damman*), illetőleg az ezekkel azonos „bacillus typhi suis“ (*Gläser*) törzsekkel serologiai azonosan viselkedik. A paratyphus-B- és  $\beta$ -bacillusok beoltására a kísérleti állatok septicaemiában pusztulnak el, és pedig a paratyphus- $\beta$ -bacillusok élő, de sokszor már hővel előlt tenyészetének igen kis mennyisége is igen hamar megöli az állatot. A paratyphus-A-bacteriumok állati pathogenitására nézve megoszolók a vélemények. Ugyanis egyesek (*Kolle* és *Hetsch*) szerint ezek megközelítőleg úgy viselkednek, mint a typhusbacillusok, a melyekkel szemben kísérleti állataink pedig tudvalevőleg eléggé ellentállók. *Hennis* szerint azonban fehér egerekben igen könnyen súlyos fertőzés idézhető elő, valamint fiatal, így például 180–200 gr.-os tengerimalaczkokat oltva, azok is megbetegednek (*Kayser*). *Fraenkel E.* egy esetében a paratyphus-A-val fertőzött beteg vérével (1 cm<sup>3</sup>) intraperitonealisán oltott tengerimalacz genyes cholangitisben pusztult el.

A humanpathológiában felette változatosnak és sokféle-nek ismerték meg a paratyphus-bacteriumok kórmező hatását. De ugyancsak itt azt is tapasztalhatjuk, hogy a míg egy-résről például az egyik adott constans bacterium-féleség különböző szervezetekben különböző elváltozásokat hozhat létre, addig másrésről ugyanazt a klinikailag elég jól körül-írható kórformát más és más emberekben hol az egyik, hol a másik paratyphus-bacterium is előidézhetheti (*Sternberg*). Éppen ezért az egyetemleges kórbonczolástani elváltozásokat nem az egyes bacteriumfajok szemmel tartásával, hanem az általuk előidézett megbetegedések időtartama szerint vélném a leg-áttekinthetőbb csoportosítani. És így:

- I. foudroyans,
- II. acut,

\* A Közkórházi Orvostársulat 1921 április 27.-i ülésén tartott elő-adásnak II. része.

III. subacut, illetőleg chronikus lefolyású eseteket vehetünk szemügyre.

Kelet-Galicziából származó anyagom kapcsán az ottani jobbára könnyebb lefolyású esetek miatt más szerzőkénél, így pl. *Sternberg*-énél jóval kisebb anyagról számolhatok be, de annyiban mégis tanulságosabb az anyagom, mert alkalmam van mindhárom előbb megállapított csoporton belül az egyes bacterium-változatok pathogenetikai hatásáról beszámolni.

Előre bocsátanám, hogy az egyes csoportokba beiktatandó ese-tem mind klinikailag észlelt s jobbára már in vivo is bacteriologiai, serologiai, haematologiai többszörösen átvizsgált esetek. A bacteriologiai vizsgálatokat két eset kivételével a lembergi prosecturámmal collaboráló XII. sz. tábori laboratórium végezte, és pedig a vértényé-  
szetek alkalmazásakor az epegazdagítási módszert követve (100 cm<sup>3</sup> steril marhaepe-re 10 cm<sup>3</sup> venaepunctióval nyert vért véve). A kitenyész-tett bacterium identifikálása nemcsak serologiai, hanem biologiai tulaj-donságaira is átvizsgálva történt. A gondos klinikai észlelés szolgáltat-ta adatokat *Wagner Richárd* dr. (Wien) osztályos főorvosnak köszönhetem.

Az I. csoportba, a foudroyans lefolyású esetek közé a klinikailag a cholera nostrasnak megfelelő eseteket sorozhat-juk. Konkrét példaként ideiktatom Lembergben 1917 május 25.-én bonczolt esetemet.

*M. Ch.*, orosz hadifogoly. Tömeges élelmiszermegezés kapcsán betegedett meg. Legsúlyosabb typosus cholera nostras képe. Subnor-mális temperaturák. Vox cholericus. Facies hippocratica. Szívgyengeség súlyos cyanosissal. A beteg székletéből paratyphus-B (8796 törzs) tenyésztett ki, a mely tejcukros, szőlőcukros táptalajokon, erjesztő csőben, lakmusos tejsavón mint paratyphus-B viselkedett, indult nem termelt. Serologiai a bécsi Paltauf-intézetben készült savóval (1 : 20.000 titerű) 1 : 800 hígításig agglutinálódott.

A kórbonczolástani kép a gastroenteritis acutissima súlyos képét nyújtotta. A bonczolás alkalmával a belek serosája belőveltnék, helyen-kint kissé tompa, szürkés fényűnek látszott s azt a képet nyújtotta, a melyet *Buday Kálmán*<sup>4</sup> is az úgynevezett diffúziós hashártyagyulladás kapcsán leír. A belekben igen bőven nyálkás, hig béltartalom szapo-rodott fel. Különösen a vékonybél lumene tágult is volt. A bél nyálka-hártyája duzzadt, tapadós nyálkával fedett s apró kis pontszerű vérzé-  
sekkel több helyen átszótt. A bél falát áteső világításban nézve, az erősen tágult és felt erek rajzolata markánsan kiemelkedett. A lép, a mesenterialis nyirokcsomók nem nagyobbodtak meg.

Ugyanezt a kórbonczolástani képet láthattam egy a 908-as tábori kórházban bonczolt eset kapcsán. Galicziái honos katona szabadságra hazajöve, mértéktelen nagy mennyiségű élelmiszert fogyasztott el, hir-telen rosszul lett s azt követő pár napi betegség után kórházba került, a hol kevés időre a fölvétele után meghalt. A bacteriologiai vizsgálatot a hulla epehólyag- és béltartalmából vett anyagon végeztem, a melyek-ben paratyphus-B-bacteriumokat tudtam kimutatni. A bonczoláslelet annyiban volt eltérő az előbbtől, hogy a vakbél és a felhágó colon nyálkahártyája is egészében belővelt volt.

A II. csoportba sorolt eseteket három alcsoportba osz-tályozhatnók; azaz a heveny lefolyású esetek között meg-különböztethetünk:

- a) gastroenteritis paratyphosa,
- b) typhoid, illetőleg paratyphus abdominalis és
- c) septicaemia képében lefolyó eseteket.

A gastroenteritis paratyphosa esetei aránylag könnyebb lefolyásukkal, így tehát jobbára fokozatilag különböznek az I. csoportbeliektől. Ilyen esetet nem bonczolván, csupán mások

adatai nyomán említhetem, hogy ezek kapcsán a gyomor- és béltractusban a hurutos jelenségek mellett a fedőhámon fel-színes elhalások, pontszerű vérzések észlelhetők.

Az abortív lefolyású typhusoz hasonló (typhoid) esetek klinice határozottan közelednek a könnyebb lefolyású has-typhus-esetekhez. Különbségeket mégis láthatunk, mert például a roseolák bizonyos esetekben a kanyaró nagyfoltos kiütéseire emlékeztethetnek (*Jochman*). A székletetek viszont a typhusos beteg székétől eltérőleg *Nowitzky* görcsövi vizsgálatai szerint genyesejtek, vörösvértesteket, hámsejteket tartalmaznak s mint mások is megemlítik, igen bűzösek lehetnek. Ilyen typhoidszerűen zajlott le a következő eset, a melyből származó szervek átvizsgálását hogy megejtettem, *Scheff-Dabis* László egyetemi tanárségédnek köszönhetem.

Az elhunyt katona (*Sl. 75. gy. e.*) tömeges élelmiszermérgezés folyamán (körülbelül 75 megbetegedés) fertőződött volt. Az esetek egy-harmadában kitenyészett törzsek (*Scheff*) úgy a lemergi XII. laboratorium, mint a berlini Koch Róbert-intézet vizsgálatai szerint nehezebben agglutinálódó paratyphus-B-törzseknek feleltek meg. Ilyennek bizonyult az elhunytból kitenyészett 861. törzs is. Az ileum nyálkahártyája a következő elváltozásokat mutatta: A duzzadt és vérbő mucosán a legnagyobbodott solitaer nyiroktüszők jól kiemelkedtek ugyan, de nélkülöz-ték a velős duzzadás külemét. E megduzzadt solitaer tüszők közepében fakósárga, tompafényű pontocskák, illetőleg köldökszerű kis behúzódnások ültek vérbő udvartól körülveve. A csoportos tüszők vérbőek ugyan s jól kirajzoltak, de nem emelkednek ki virágyszerűen s a velős duzzadásnak semmi jelét sem mutatják. Felszínükön felületes korpádzás s nyálkahártyalelőkődés észlelhető. A gyomor nyálkahártyája igen vérbő és számos pontszerű vérzéssel átszőtt. A mesenterialis nyirokcsomók kisebb-magyarányra megduzzadtak. A görcsövi vizsgálattal a vékonybél fedőhámján felületes necrosist találtam. Az erősen felt hajszálerek mellett apró vérzések nyomai is látszóttak kisebb fokú vérfesték-lerakódásokkal. A submucosa legmélyebb rétegeiben, sőt a muscularisban is kereksejtekből, plasmasejtekből álló infiltrációk jelentek, helylyel-közzel magtörmeléseket felfalt nagy, egymagvú sejtekkel.

Hasonló elváltozásokat láttam öt klinikailag ugyan-ilyen lefolyású, bonczolt esetemben azzal a fokozati eltéréssel, hogy az ileum alsó szakaszában már kávébabnyi, a bél harántjára futó felszines fekélyek is keletkeztek. Többször a vastagbél nyálkahártyája is egybefolyóan haragos-vörös volt, avagy csak a nyiroktüszők felett, így különösen a coecumban keletkezett tompa-sárga színű hámnecrosisokat övezte egy-egy lencsényi vöröses udvar. Ez öt esetben ugyancsak paratyphus-B-bacteriumokat lehetett kitenyészteni. Ki kellene még emelnem, hogy fenti eseteimben a lép bár mérsékelten meg volt nagyobbodva, korántsem érte el azt a nagyságot, a milyennek has-typhus-esetekben találjuk. Hasonló esetekben ezeken kívül még a hasizomzatban viaszos elfajulást is találtam.

A fenti összes elváltozásokat, a mint azt más szerzők megemlítik, paratyphus-A-bacillusok is előidézhetik.

Septicaemiás jellegű elváltozásokat idézett elő a következő paratyphus- $\beta$ -bacillusok okozta fertőzés.

T. örvezető, egyik vadászszőlőalj katonája, orosz hadifogságból hazatérve, pár nappal a kórházi felvétele előtt lázasan megbetegedett. Felvételekor 1918 január 29.-én vérkészményeiben Obermeyer-spirochaetákat lehetett kimutatni, 0-6 neosalvarsan adagolása után láza 37-5 fokra csökkent. Ugyanaz nap este újabb hőemelkedés jelentkezett, a mely 7 napon keresztül mint febris continua állandósult. Klinikailag igen súlyos eset benyomását keltette, soporosus volt, az utolsó két napban mély comába esett. Nyelve fuliginosus volt. Conjunctivitis, pharyngitis, laryngitis, genyes bronchitis volt és sub finem vitae bronchiolitis fejlődött ki. Kezdetől fogva gyenge szívűködése, fokozódó icterusa és hasmenése is volt. Orrából és torkából vértett, bőrén is vérzések mutatkoztak, lépe megnagyobbodott. Meningismus. Vizeletében fehérje kimutatható volt, az üledékben vörösvérsejtek és epefestékes cylinderek találtak, a diazo-kémlés gyengén pozitív eredményt adott. A haematologiai vizsgálat szerint 12.000 leukocytája volt, neutrophiliával és aneosinophiliával (*Wagner*).

Négy nappal a halála előtt a vérből a 426. számú törzs tenyészett ki, a mely paratyphus-C ( $\beta$ )-nek bizonyult. A székéből és vizeletéből paratyphus-csoportba tartozó bacteriumot nem lehetett kitenyészteni. A halála után következő nap végzett bonczoláskor a következőket találtam: A pleura és pericardium alatt apró pontszerű vérzések, genyesnyálkás bronchitis és bronchiolitis. Lép  $11 \times 13 \times 5$  cm. A vesék petyhüdt, puha consistenciájúak, a csillagos vénák tágultak. A vese kéreg-állománya 1 cm.-nél is szélesebb, zavaros, kisebb, ék alakú vérzéses udvarral körülvett genyedekektől átszőtt. A máj megnagyobbodott, metszslapján szürkés-sárga foltozottsággal. A mesenterialis nyirokcsomók jókora borsónyiak, barnás-vöröses színűek. A vékonybél és colon nyálkahártyája halvány-szürkés színű, a végbélé kissé megvastagodott és palaszürke színű.

A hulla lépéből tiszta tenyészetben ugyancsak paratyphus- $\beta$  tenyészett ki.

A szövettani leletből kiemeltem, hogy a lépben kiterjedt szövettani vérzéseket és lefokozódott festődésű szigeteket találtam, a melyeken belül immersiós nagyítással Gram-negatív pálczikák voltak leletők. A máj állományában több acinusra kiterjedő, kezdődő nekrosis volt észlelhető s bacteriumfestéssel ugyancsak Gram-negatív pálczikák találtak, a praecapillaris erek endothelsejtjei között, illetőleg közvetlenül azok intimájára elhelyeződőleg. A vesékben haemorrhagiás udvartól körülvett kicsinyke tályogokon kívül a húgycsatornácskák há-mjának zavaros duzzadását láthattam. A vékonybél és colon különösebb szövettani eltérést nem mutatott, a rectum nyálkahártyáján chronikus gyuladásnak a nyomai látszóttak.

Ugyanez eset kapcsán meggyőződhettem kísérleti kör-tanilag a paratyphus- $\beta$ -bacillusok által tengerimalaczbán elő-idézhető elváltozásokról. A malacz a betegtől vett 5 cm<sup>3</sup> vérral inraperitonealisan oltva, 5 nap mulva elhullott. Bonczolásakor a belső szervekben kifejezett vérbőség volt, a májában viszont kezdődő necrosisokat észleltem, a melyeken belül a metszetekben, bár mérsékelt számmal, rövid, Gram szerint nem festődő pálczikák voltak leletők.

Hasonló bonczolt esetekről számolt be Wolhyniából *Weil* és *Saxl*, kis-ázsiai Törökországból *Lewy* és *Schiff*, továbbá *Neukirch*. Lembergben az előfordult többi tíz paratyphus- $\beta$ -fertőzés részben typhoid, részben gastroenteritis alakjában jelentkezett, de mind meggyógyult.

A subacut, illetőleg chronikus lefolyásba átmenő esetek tulajdonképpen egyes avagy szomszédos szervekre lokalizálódó paratyphus-bacillusok okozta genyedecek. Ezeknek jó-része átállott könnyű lefolyású paratyphus-fertőzések (paratyphus levisimus) után következik be. Úgy látszik azonban, hogy a paratyphus-bacillusok, mint azt *Schottmüller* ismerteti, nemcsak az emésztőtractuson át, hanem bizonyos esetekben, így különösen nőkben, a húgyutakon át is genyes fertőzések: cystitiseket, pyelitiseket okozhatnak. A legkülönbözőbb szervek genyedeiseiben találtak már paratyphus-B-bacillusokat, elég ritkák azonban a paratyphus-A-bacillusok által előidézett genyedecek. Egy ilyen lemergi esetem rövid leírását iktat-hatom ide.

*Sch. M. örmester.* A kórelőzményében lázas betegség avagy bél-hurut nem szerepel. Megbetegedése, melylyel a kórházba került, magas lázzal kezdődött, később sepsises remissiói jelentek. A máj tájéka állandóan érzékeny volt, kisebb fokú ascitist is észleltek. Majd erős sárgasága keletkezett. Bélzavarai nem voltak. A betegség második heté-nek kezdetén, *Weil*-betegségre (icterus infectious) gondolva, két fiatal tengerimalaczt oltottak, melyek azonban teljesen láztalanok maradtak és betegségnek semmi jelét sem mutatták. A betegsége második hónap-jának a végén, öt nappal a halál előtt végzett vérkultúrai vizsgálat negatív eredményt adott. A székletéből azonban ugyanekkor para-typhus-A-bacillusokat lehetett kitenyészteni s a beteg vérsavója a laboratoriumi paratyphus-A-törzset 1:200-ig agglutinálta. A fehérvérsejtek száma 12.000 volt. Az utolsó napokban mindkét lábszára erősen meg-duzzadt és a bal lábfej hátán sötétlilás elszíneződés s a felhám le-emelkedése jelentkezett. A bonczolási leletet a következőkben összegez-hetem: Régi cholecystitis az epehólyag zsugorodásával s decubitusokkal annak nyálkahártyáján. A choledochus kisujnyi tág, közel a papillához való beszájadzásnál kisujjpercnyi mézsköpenyes cholesterines kő zárja el a lumenét. Cholangitis suppurativa abscedens hepatitis diffusa. A verőczer és az egész vena lienalis rögösödésben, lép  $31 \times 15 \times 6$  cm. nagy, állományában számos el nem lágyuló nfartus. A szívizom súlyos s a vesék kevésbé kifejezett zavaros duzzadása. Mindkét alsó végtag venáinak rögösödése, a bal oldalon az összes szabad szemmel ki-praeparálható gyűjtőerek tiszta, el nem lágyuló vörös vérrög által van-nak elzárva. Az appendix nyálkahártyája teljesen ép.

Az epehólyag tartalmából, a verőczer rögéből, a májtályogokból s a lépéből malachitöld- és Endo-táptalajokon szintenyészetben para-typhus-A-bacillusokat tudtam kitenyészteni, a lábszárvenát thrombusai-ból bacteriumok nem nőttek ki. A máj szövettani vizsgálata azt mutatta, hogy a májtályogok a kisebb epeutakban felhalmozódó leukocyták által jelzett genyedésből keletkeztek. A hol a gyuladás előbbrehaladt, ott az epeutakat környező szomszédos szövetek is genyesen beolvadtak s bennük durva, sárgás-barna epefestékrögök keletkeztek. A genyedés az epeutak közelében futó vena portae-ágakra is reaterjedt, azokon endo-phlebitis volt észlelhető, illetőleg igen számos helyen a vena portae kis ágai teljes egészükben genyes rögök által voltak elzárva.

Az elváltozások létrejöttét úgy magyarázom, hogy a beteg való-színűleg egy átállott könnyű paratyphus-A-fertőzés után bacillus-hordozóvá vált, a mire epekőképződése különösen hajlamosították. A ductus choledochusba beekelődött s azt teljesen obturáló kő az epe pangását s az epehólyagból a paratyphus-A-bacillusoknak az intra-hepatikus epeutakban való felszaporodását okozta.

A vena portae rögösödését mint a számos májtályogképződés foly-tán fejlődött nagyszámú intrahepatikus kis ágak eltömesződéséből és

pusztulásából eredő folyamatot értelmezem, a melyhez a vena lienalis rögösödése, mint tovavezetett thrombosis társult. A lábszárvenák rögösödését — tekintve, hogy sem bacteriologiai, sem szövettani vizsgálat alapján gyuladós eredetűnek nem tarthattam — mint marasmusos thrombosis magyarázom.

A paratyphus-megbetegedések igen nagy számmal a subtropusi tájakon, így például Észak-Afrikában, Kis-Ázsiában fordulnak elő. Ha tisztán az irodalmi közlésekre támaszkodnánk, akkor azt mondhatnók, hogy Közép-Európában, különösen a háború előtt, ezek a megbetegedések csak szórványosan mutatkoztak.

Való azonban, hogy a háborúban a francziák Marokkóból, Tuniszból, az olaszok Tripoliszból sok esetet hurczoltak be. Ha számításba vesszük, hogy az olasz fronton is, a hol pedig többek között *Sternberg* valóságos paratyphus-járványról számolván be, még ebből az alkalomból kifolyólag is a paratyphus-B-fertőzésekre nézve csupán 4·2%-os, a paratyphus-A-infekciókat illetőleg pedig 3·5%-os mortalitátsról tesz említést, akkor érthető, hogy a háborúmentes idők rendezett viszonyai közepette s a jóval kisebb morbiditas mellett a bonczolt paratyphusos esetek ritkaságszámba mentek. Magyar viszonylatban konkretizált esetek kapcsán az utóbbi időkből *klinikai* vonatkozásban *Bálint Rezső*, *bacteriologiai* téren pedig *Vas Bernát*, *Fenyvessy Béla* észleleteit ismerjük. Mint kórbonczolástaniilag, kórszövettanilag feldolgozott hazai eset egyedülálló *Buday Kálmán* bacteriologiai és serologiai is átvizsgált esete. (50 éves földmíves-munkás, 37 kisebb, 6—7 mm. átmérőjű fekély a vékonybélben. A baloldali czoombvenában rögösödés, a mely halálos tüdőembóliára vezetett. L. a 13. idézetet.)

Már *Buday* munkájának megjelenése előtt vitára szolgáltatott okot az a körülmény, hogy a paratyphus-bacillusok valóban idézhetnek-e elő oly kórbonczolástani elváltozásokat az emberi szervezetben, mint a typhusbacillusok? *Buday* feldolgozott esete kapcsán a következő conclusióra jut: „In den typhusähnlichen Fällen von Paratyphusinfektionen können auch die lymphoiden Apparate des Darmes erkranken. Während aber diese Erkrankung des lymphoiden Gewebes bei Typhus abdominalis mit grosser Beständigkeit auftritt, ist sie auch bei solchen Paratyphus-Infektionen, welche sich durch typhusähnlichen klinischen Verlauf auszeichnen, nur in einem Teile der Fälle zu finden.“

*Buday* nézetét az elmúlt évek statisztikája is megerősíti.

Mivel értelmezhetnénk azonban azt, hogy a paratyphus-bacillusok egyszer inkább csak toxikus, máskor viszont morphologiai is felette szembeszökő, és pedig *Sternberg* és mások szerint is a typhus abdominalis kórbonczolástánából ismertekhez hasonló elváltozásokat idéznek elő? Erre nézve elég sok feltevessel találkozunk. *Schottmüller* a bacteriumok behatolási kapujának váltakozásában (egyszer a béltractus nyálkahártyája, máskor a nyirokrendszer útján) vélte az okot fellelni. *Sternberg* nézete szerint bizonyos esetekben vagy már előzőleg átállott könnyű természetű paratyphus-fertőzések, avagy védőoltások folytán a béltractusban szöveti immunitas fejlődik ki, a mely azonban egyugyanazon esetben is különböző, és pedig a bél egyes szakaszai szerint is változó mértékű lehet, minek folytán a kórbonczolástani elváltozások is váltakozásoknak lehetnek alávetve.

Sem *Schottmüller*, sem *Sternberg* magyarázatát kielégítőnek avagy elfogadhatónak nem tartom. Mindenekelőtt ugyanis elhibázott dolog úgy a typhust, mint a paratyphust tisztán a bélelváltozások szempontjából kórtanilag elbírálni. A strassburgi iskola már régen rámutatott arra, hogy a typhus általános megbetegedés lévén, a vele kapcsolatos bélelváltozások csupán ezen általános megbetegedésnek coordinált momentumaként tekinthetők. És ez áll szerintünk a paratyphus-megbetegedésekre nézve is. Elfogadhatónak tartjuk azonban *Trautmann*-nak azt a nézetét, hogy gastroenteritises kórfórmát az ételekkel bekebelezett praeformált mérgek és bacteriumok, a klinice typhusnak látszó eseteket tiszta bacillaris infectio hozzák létre. Ez a nézet azonban kórbonczolástani vonatkozásaiban is még bizonyításra vár. Ezt bizonyítani megkísér-

lendő, azokra a konkrét epidemiologiai tényekre irányítanám a figyelmet, a melyeket a leírásokból és részben tapasztalataimból magam is megismerhettem.

Az emberi paratyphus-fertőzéseket epidemiologiai szempontból két csoportba elkülönítve vehetnők itt szemügyre.

Az egyik csoportba a szórványos s legfeljebb tömeg-megbetegedésekre vezető, a másik csoportba az emberről-emberre contagiosusan terjedő és sokszor járványszerű elterjedésre vezető fertőzéseket sorozhatnánk.

Az első csoportba sorozható fertőzések többnyire paratyphus-bacteriumos élelmiszermérgezések és úgy jönnek létre, hogy például a kényszervágásra került beteg állat életében jutottak a paratyphusbacteriumok annak elfogyasztandó húsába, avagy pedig a legkülönbébb élelmiszerek külső okokból szennyeződtek az említett bacteriumokkal s az ilyen tápszereket az illetők elfogyasztották. Akár az egyik, akár a másik eshetőség forog fenn, hangsúlyozni óhajtjuk, hogy a paratyphusbacteriumok mindkét esetben hosszabb ideig időztek a fertőzött tápszereken.

Fejthetnek-e ki a paratyphus-bacillusok ezeken a holt anyagokon (tápszereken) valamilyen biologiai tevékenységet? *Lehmann* adatai szerint a paratyphus-bacillusok kevésbé specializált bacteriumok, mint a typhusbacillusok. Így például szerinte szénhidratokat, de különösen fehérjetartalmú anyagokat sokkal messzemenőbben tudnak kihasználni, elbontani, mint a bacillus typhi Eberth. Fölötte értékes e kérdés további megvilágítása szempontjából *Glaser* észlelése. *Glaser* megállapította, hogy a paratyphus-B és rokon bacteriumok húsfélékben redukáló képességüknél fogva bontási termékeket, és pedig még nitríteteket is termelhetnek, a melyek viszont toxikus bélgyuladást idézhetnek elő. Ez a tény szerintünk sok mindent megmagyaráz. Megmagyarázza mindenekelőtt a paratyphusos élelmiszermérgezések egyik legállandóbb és igen jelentős kórbonczolástani elváltozásának: a heveny bélhurutnak létrejöttét. A bélnyálkahártya pedig, mely különben ép viszonyok mellett, mint *Bürger* kísérletei igazolják, nagy mennyiségű toxint sem bocsájt át, a most ismertetett heveny hurut folytán súlyos károsodást szenvedvén el, egyéb s így a paratyphus-bacteriumok által is termelt más toxikus hatású anyagokat is átengedheti, azaz a súlyos toxikus jelenségek kifejlődésére bőséges alkalom nyílik.

Kórbonczolástaniilag ismertetett eseteim, mint már említettem, mindmegannyian bacteriumos élelmiszermérgezésekből adódtak. Ezzel az anyagunkkal párhuzamba állítva az olasz fronton előfordult eseteket, utóbbiak a mieinkkel szemben epidemiologiai provenientiajukban szembeszökően eltérnek.

Az olasz fronton, a hol tudvalevőleg valóságos paratyphus-járványok dühöngtek (*Sternberg*, *Galambos* stb.), a fertőzések nem mint bacteriumos élelmiszermérgezések jöttek létre. Bizonyára nem tévedünk, ha az ottani járványok kútforrásául szolgáló eseteket a Tripoliszt epidemiologic megjárta és paratyphussal már ott bőven fertőzött olasz katonaság (hadifoglyok stb.) közvetítése útján származtatjuk. Az olasz fronton adódott törzsek ezek szerint többszörös emberi passageon mentek át. Ezt szerintünk az alábbiak még inkább megerősítik. Az ottani járványokkal foglalkozó bacteriologusok ugyanis egyáltalán nem említik, hogy a kitevésztett törzsek serologiaiilag különbözően viselkedtek volna, sőt a katonai laboratoriumok által jobbra használt bécsi (Paltauf-intézeti) savókkal könnyen agglutinálódtak. Ellenben a galicziai esetekben, a melyek kétségtelenül nem emberi-contagiosus fertőzések voltak, a törzsek a laboratoriumi (Paltauf-féle) savókkal nehezen agglutinálódtak, avagy alig befolyásolódtak (*Dienes*, *Steiner*, *Scheff*). Ugyanezt említi *Fenyvessy* is két itthoni sporadikus esete kapcsán.

A mikor az epidemiologiai tényekből, a serologiai vizsgálati eredményekből következtethetjük, hogy az olasz fronton a szóbanforgó paratyphus-bacillusok sokszoros emberi passage-okon mentek át, ennek alapján azt is elfogadhatjuk, hogy a külvilágban képződhető durva ektotoxinjaiktól ilyen módon mintegy megtisztultak.

Azt tartjuk tehát, hogy az olasz harctéren főként a

tiszta paratyphus-bacillaris fertőzés jutott érvényre. Az így keletkezett kórbonczolástani elváltozások pedig a mi galicziai eseteinktől messzemenő különbséget nyújtottak, mert a mint azt *Sternberg* megemlíti, 75 bonczolt paratyphus-B esete közül 55 ízben a typhus abdominalis makro- és mikroszkopos elváltozásaival megegyező morfológiai képet talált.

Összefoglalásképpen azt mondhatjuk, hogy a paratyphus-fertőzések kapcsán észlelhető úgy klinikailag, mint kórbonczolástani toxikus jellegű elváltozások előidézésében nem a paratyphus bacillaris fertőzésnek, hanem praeformált toxinok hatásának (*Trautmann*) van nagy szerepe. Ezek a praeformált toxinok szerintünk nem valódi bacterium-toxinok, hanem olyan mérgek, a milyeneket úgy mint in vitro (*Glaser*), bacteriumos élelmiszermérgezéses esetekben is a paratyphus-bacillusok például fehérje-tartalmú tápszerekből redukáló képességük-nél fogva minden bizonynyal termelhetnek. Hogy bomlási termékek a bélcsatorna felől történő felszívódás útján például a súlyos cholera nostrasnak legtöbb tünetét (facies hippocratica, vox cholericus, súlyos cyanosis, nagyfokú elesettség, ikragörccsök, subnormalis temperatura) valóban előidézhetik, azt saját tapasztalataim kapcsán számos, és pedig heveny és teljes bélcsavarodáshoz társuló stercoraemia esetben sub finem vitae megfigyelhettem. Ezeknek kórbonczolástani elváltozásai közül is a torsio fölötti bélszakaszban a visceralis serosán látható úgynevezett „diffúziós-peritonitis“ jelei (lásd fentebb), valamint a parenchymás szervek szürkés homálylyal fedett volta a cholera nostras analog elváltozásaira ugyancsak emlékeztettek.

A typhoidszerűen lezajló esetekben már nemcsak a tiszta toxikus hatás érvényesül, hanem maga a bacillaris fertőzés is előretör.

A hajszáleres bacteriumos emboliák alapján kórbonczolástani is septicaemiának minősíthető, de eléggé ritka esetekben különféle káros hatások (például febris recurrens stb.) teremthetnek a szervezetben olyan dispositiót, a mely az organismus bacteriumos elárasztását elősegítheti (*Wagner* stb.).

A typhus abdominalissal úgy klinice, mint pathologic-anatomic analog esetekben külső, praeformált toxinhatástól úgyszólván mentes bacillaris fertőzésekre kell gondolnunk, és pedig úgy látszik, hogy olyan paratyphus-bacteriumok folytán, a melyek nemcsak egyszerű saprophyták módjára, hanem legbensőbb elegyedés (infectio) útján az emberi szervezetet ismételtén átjárták s így a különben is közeli rokon typhus-bacillusoknak, mint az emberi szervezet specialis parasitáinak, ha nem is minden, de egyéb tulajdonságait is elsajátították. És pedig elsajátították különösen annyiban, hogy már kevésbbé súlyos dispositionalis tényezők által elősegítve is benső cserekapcsolódásba léphetnek az emberi szervezettel, a melyben azután biológiai funkciók, mint egyre ismétlődő ingerek hatására, a typhus-betegség analog klinikai és kórbonczolástani complexumát idézhetik elő.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Hennis*: Zeitschr. f. Hygiene, 84. kötet, 81. old. — <sup>2</sup> *Fraenkel E.*: Münch. med. W., 1918, 20. sz., 523. old. — <sup>3</sup> *Sternberg*: Beitrage z. path. Anat., 64. köt., 278. old. — <sup>4</sup> *Buday*: Kórbonczolástani, Bp., 1915, II. rész. — <sup>5</sup> *Nowitzky*: Deutsche med. W., 1917, 51. sz., 1582. old. — <sup>6</sup> *Wagner és Dienes*: Zeitschr. f. Hyg., LXXXVII. köt., 157. old. — <sup>7</sup> *Weil és Saxl*: Wiener kl. W., 1917, 17. sz. — <sup>8</sup> *Neukirch*: Berl. kl. W., 1917, 15. sz. — <sup>9</sup> *Lewy és Schiff*: Berl. kl. W., 1919, 45. sz., 1059. old. — <sup>10</sup> *Bálint Rezső*: Orvosi Hetilap, 1915, 52. sz., 697. old. — <sup>11</sup> *Vas Bernát*: Orvosképzés, 1917, 350. old. — <sup>12</sup> *Fenyvessy B.*: Budapesti Kir. Orvosegyesület, 1915, okt. 23. — <sup>13</sup> *Buday Kálmán*: Zentralbl. f. Bakt., Orig., 1911, 449.—461. old. — <sup>14</sup> *Lehmann*: Zeitschr. f. Hyg., 81. köt., 275. old. — <sup>15</sup> *Glaser*: Ibidem, 67. köt., 459. old. — <sup>16</sup> *Galambos*: A háború járványkórtani tapasztalatai, Mai H., 1917. — <sup>17</sup> *Dienes és Steiner*: Magyar Orv. Arch., 1918, 3. füzet. — <sup>18</sup> *Herxheimer*: Berl. kl. W., 1916, 24. sz., 648. old. — <sup>19</sup> *Kaliebe*: Münch. med. W., 1916, 33. sz., 1202. old. — <sup>20</sup> *Jaffé*: Med. Klinik, 38. sz., 1019. old. — <sup>21</sup> *Lepehne*: Med. Klinik, 1917, 50. sz., 1318. old. — <sup>22</sup> *Trautmann*: id. R. v. Wiesner után. (Handb. d. ärztl. Erfahrungen im Weltkrieg, VIII. köt., 99. old. J. A. Barth, Leipzig, 1921.)

Közlemény a soproni „Erzsébet“-közkórház sebészeti osztályáról.  
(Igazgató-főorvos: Király Jenő dr.)

## A hallux valgus operatív gyógyításának új módosítása.

Irta: *Keszly István* dr., alorvos.

A hallux valgus gyökeres és eredményes gyógyítása nagyon hálás feladata a sebésznek. Nem tekintve e fájdalmas betegségnek szövödményes következményeit, melyek csak súlyosbítják a beteg állapotát, nem szabad szem elől téveszteni a kóros állapot sikeres gyógyításával elért eredménynek nagyhorderejű socialis jelentőségét. Hiszen mindennapos betegségről van szó, mely nemcsak súlyos panaszokat okoz, hanem a betegnek munkaképességét is csökkenti, sokszor igen nagy mértékben.

E két okban láthatjuk magyarázatát annak, hogy a sebészek igyekezete már régóta irányult ezen kínos, mondhatni socialis betegség eredményes meggyógyítására. Számos műtéti eljárást eszeltek ki és alkalmaztak több-kevesebb sikerrel, de éppen az operatio-féleségek nagy száma mutatja, hogy megbízható módszerünk nem volt.

Az alábbiakban a hallux valgusnak egy új műtéti módját fogom leírni; de mielőtt ezt tenném, szükségesnek tartom egyrészt felsorolni a kórokokat, melyek a hallux valgus létrejöttében szerepet játszanak, másrészt vázolni e betegség pathológiáját, hogy könnyebben érthetővé tegyem az intenciókat, a melyek az eddigi módszerek módosítására vezettek.

Kétségtelen, hogy a hallux valgus létrejöttében (figyelmetlenül kívül hagyva a congenitalis hallux valgust, mely rendszerint más deformitásokkal társult) főszerepe van a helytelen szabású cipőnek. Más kórokok, miket egyes szerzők említenek, például az első metatarsophalangealis ízület belső oldalszalagjainak veleszületett gyenge volta, a m. extensor hallucis retractioja stb. szintén elég súlylyal esnek a latba, vagy legalább is mint dispositio szerepelnek a kóros állapot létrejöttében és főleg annak fokozódásában. A normális láb öregujja egy vonalba esik a Meyer-vonallal, mely a sarok közepét az I. metatarsus fejecével köti össze. A jó cipő csúcsa az öregujj csúcsával egyetemben ebben a Meyer-vonalban van. Ha a cipőcsúcs e vonaltól oldalt esik, akkor máris megvan az ok, mely az öregujjat állandó abduktált helyzetbe nyomja. Minthogy dorsalflexióban a lábujjak normális körülmények közt is kissé valgus-helyzetbe jönnek, ennél fogva járáskor a rossz szabású cipőtől abduktált helyzetbe nyomott öregujj valgus-tartása fokozódik. Ehhez járul még az öregujj metatarsophalangealis ízülete belső oldalszalagjainak gyenge volta és főképpen a m. extensor hallucis longus ina, mely az izom összehúzódásakor a nagyujjat jobban oldalt téríti. Ilyen módon fokozódik az öregujj valgustartása.

A mi a hallux valgus metatarsophalangealis ízületének kórbonczolástani elváltozását illeti, ez főleg az I. metatarsus fejecére vonatkozik. Az ízületben résztvevő phalanx csak annyiban szenved elváltozást, hogy az ízületi felszíne nem áll merőlegesen az ujjperc hossztengelyére, hanem kisebb-nagyobb mértékben ferdén. A metatarsus fejecének eredeti ízületi felszíne atrophias lesz, porcós felszíne elvékonyodik, vagy csak foszlányokban marad meg. Az atrophia megvan a porczalatti csont rész strukturájában is, míg a fejecs lateralis részén új ízületi felszín támad, a hol a valgustartásba jutott öregujj mozgását végzi. Felette jellegzetes, hogy ez az új ízületi felszín erős porczréteggel s alatta tömör strukturájú csonttal bír, mintegy eburnizált, mintha ott egy ostitises folyamat zajlott volna le. Ez az új ízületi felszín, mely természetesen nem egyenesen előre, hanem a valgus-helyzetnek megfelelően és annak foka szerint előre és oldalt néz, csaknem mindig jól kivehető barázdával van elkülönítve az eredeti ízületi felszíntől (Heubach-barázdá). Hallux valgus csaknem minden esetében találunk az I. metatarsus fejecének belső oldalán egy bütyköt, helytelenül exostosis, a mely azonban nem magától a fejecstől ered, mert annak ez a része inkább atrophias az inaktivitás folytán, hanem a fejecs mögött levő tuberculum,

mely az ízületi oldalszalag tapadására szolgál, a vongálás és nyomás folytán lesz hypertrophiás.

Figyelembe véve ezeket a kóros elváltozásokat és a fenn ismertetett kórokokat, melyek a hallux valgus létrejöttét elősegítik és annak fokozódását siettetik, a következőkben ismertetem az ék-kimetszés módosított műtétjét, melyet nagyobb-fokú hallux valgus esetén *Kirdly* dr. szerint következőképpen végezzük osztályunkon:

A műtét öt mozzanathból áll: I. sebkészítés, II. az „exostosis“ resectiója, III. osteotomia cuneiformis a fejecsen, IV. inplasztika, V. sebzárás.

I. 4—5 cm. hosszú metszés a láb belső oldalán, az öregujj metatarsophalangealis ízülete felett. A bőr alatti kötőszövetben, a metatarsus fejecse felett rendszerint egy jól kifejlett, gyakran többrekeszű bursa van, melyet nagyrészt eltávolítunk. Az ízületet oly mértékben tárjuk fel, hogy a műtét következő szakaszait kényelmesen elvégezhesük.

II. Az „exostosis“ levésése *lege artis*, a mikor is ügyelni kell, hogy a csontszéle körkörösén eléggé lesimítsák.

III. Ezután elvégezzük a fejecsen ékalakú resectióját. Kivésünk a fejecsből egy ékalakú darabot, melynek alapja a láb medialis, csúcsa a lateralis oldala felé tekint és a metatarsus nyakára terjed. Fontos az ék-kimetszés iránya: kezdjük a vésést a fejecse medialis oldalán és az ék csúcsa ráterjed a metatarsus nyakára. A kivésett ék alakjának a nagysága függ a valgus-tartás fokától. A cél az, hogy az ízületi felszín a metatarsus hossz tengelyére a merőlegesbe hozható legyen, másrészt pedig csak ezen ékalakú darab eltávolításával lehet az öregujjat a Meyer-egyenesbe hozni; csak így lehet az öregujjal és az I. metatarsussal bezárt tompaszöveget betörni, a hallux valgust reponálni. Ez ékalakú csontkivés nélkül az erőltetetten reponált hallux rugalmasan ismét visszapattan előbbi kóros valgushelyzetébe.

Hogy a fejecse, mely alól a resectióval elvágtuk a talajt, zavartalanul rágyógyuljon a metatarsus csonkjára, tehát hogy táplálkozási zavarok ne támadjanak, a resectio elvégzésekor két momentumra kell ügyelni. Az egyik az, hogy a resectiót a fejecsen lehetőleg közel az ízületi felszínhez végezzük; a másik pedig, hogy a fejecset ne egész vastagságában vessük át, hanem a medialis oldalon kezdve, folytassuk a lateralis oldal corticalis rétegéig, itt van az ék csúcsa a metatarsus nyaki részén. Lényeges dolog tehát, hogy a lateralis oldalon a corticalis réteget a csonthártyával egyetemben érintetlenül hagyjuk. Most az ízületi felszínre gyakorolt nyomással e tartó corticalis réteget betörjük és ilyenformán az ízületi vég a metatarsus csonkjára kerül és odaerősítjük. A metatarsus ízületi felszíne most már természetesen egyenesen előre tekint, merőlegesen a Meyer-vonalra.

A tokszalag zárása után a tulajdonképpeni műtét egy részét elvégeztük és most még arról van szó, hogy az öregujjat e reponált, normális helyzetében meg is tartjuk, ott functionálisan biztosítsuk és egyben a hallux valgus létrejöttének egyik jelentős okát megszüntessük. Erre szolgál

IV. az inplasztika. Lényege az, hogy a m. extensor hallucis longus inának egy lebenyét lehozzuk és az öregujj proximalis phalanxának oldalához, közel a basishoz, a periosteumhoz varrjuk.

E célból a bőrseb felső lebenyét felpraeparáljuk, a míg eljutunk a m. extensor hallucis longus inához. Ennek medialis oldalán az ín közepéig terjedő bemetszést végzünk, és pedig körülbelül az öregujj proximalis perczének a közepe felett. E bemetszésből kiindulva, proximalis irányban behatítjuk az inat hosszában, úgy hogy ilyenformán egy megfelelő hosszúságú ínlebenyt nyerünk. E lebeny végét lehozva, odavarrjuk az öregujj proximalis perczének medialis oldalához, közel a basishoz a periosteumra. Ügyelni kell arra, hogy az ínlebenyt varrás közben annyira húzzuk meg, hogy az valóban tartsa is az öregujjat.

Eme inplasztikával rögzítettük az öregujjat a normalis helyzetben és ez az ínlebeny ellene dolgozik a valgustartásra disponáló kórokoknak, szintúgy az öregujjnak dorsalflexiókor beálló abduktáló hajlamának.

V. része a műtétnek a sebzárás, a kötés. Hogy a hallux állandóan az I. metatarsus csonkjára nyomja az ízületi felszín, a míg odagyógyul és hogy az inplasztika varratai feszíteleníve legyenek a gyógyulásig, az öregujj és a második ujj közé megfelelő vastagságú párnácskát ékelünk. Tíz nap mulva mechanotherapia.

E műtéttel nagyfokú hallux valgus esetén is jó kozmetikai és functionalis eredményt érhetünk el. Az I. metatarsus fejecsen igen fontos szerepe van járáskor és éppen e tekintetben ez a módosított műtét megfelel a követelményeknek, mivel a fejecse funciója jó marad.

Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

### Kísérletek a syphilisnek bismuttal való kezelésével.

Irta: *Guszman J. dr.*, közkórházi főorvos és *Pogány M. dr.*, közkórházi segédorvos.

(Vége.)

A bismut hatására vonatkozóan általános megfigyelésünk a következő: Csaknem kivétel nélkül rendkívül hatásos szernek bizonyul a syphilis bármely külső nyilvánulására. A hatás e tekintetben legtöbbször meglepően gyors. A nedvező, legnagyobb mértékben túltengett és elszaporodott genitális papulák már a 2.—3. injectio után száradnak s lényegesen lelapulnak. A gummás fekélyek ugyanazon idő alatt fájdalommentesnek válnak, föltisztulnak s fekélyjellegüket kezdik veszteni. A condyloomata lata gyors gyógyulását tekintve, tapasztalásunk teljesen egyezik *H. Müller* és *Naegeli* észlelésével.

Exanthemák, ha foltosak, rendszerint a 2.—4. injectio után elmúlnak. Papulás kiütések természetesen többet, 6—8—10 injectiót igényelnek, hogy végleg eltűnjenek. Észleltünk azonban a bismuttal szemben resistensebb exanthemákat is. Az egyik esetünkben (*S. B.-né*) a foltos syphilid még a 10.—12. injectio idején is észlelhető volt, egy másik esetünkben (*K. J.-né*) a kispapulás kiütés nyomokban még a 12. injectio idején is fennállott. Ez utóbbi eset azonban jellegénél fogva (kispapulosus exanthema) volt makacs, a mi más kezelés alkalmával is állandóan tapasztalható s így a kiütés hosszú fennállása nem írható a bismut rovására.

Ki kell még emelnünk, hogy a bismut-kezelés nyomán a papulák visszafejlődése után aránylag gyakran kifejezett pigmentatio maradt vissza, a mely azután heteken át fennállott. Különösen genitális papulás tömegek nyomán láttuk e pigmentatiót, mely ilyenkor meglehetősen hasonlít a lichennek arsennel való kezelése nyomán keletkező festenyzettséghez.

A bismut-injectióknak a spirochaetákra való hatását 7 esetben vizsgáltuk rendszeresen. Vizsgálataink genitális hypertrophizált papulákra vonatkoztak. A spirochaeta pallida időbeli elmúlását alkalmazott injectiók adagjaink mellett különbözőnek találtuk s távolról sem oly egyöntetűnek, mint például *Naegeli* és *Bloch*, a mennyiben 1 esetben 7 közül csak a 4. injectio után tűnt el a felszínről a spirochaeta. Ezzel szemben volt esetünk, a melyben már az első injectio után nem találtunk többé a felszínen spirochaetát. A többi 5 esetben a 2., illetőleg a 3. bismut-injectio után tűntek el a pallidák. Nem tudtuk tehát a syphiles nyilvánulások felszínéről a spirochaeták oly gyors eltűnését megállapítani, mint azt a salvarsan-kezelés nyomán rendszerint alkalmunk van észlelni. Egyébként *Müller* is e nézeten van.

A Jarisch-Herxheimer-reactiót aránylag ritkán s akkor is csak gyengén láttuk kifejlődni. Ugyanezt említi *Fournier* és *Guénot*, valamint *Bloch*-hal szemben *H. Müller* is, a ki a reactio ritkább kifejlődését a spirochaeták lassú pusztulásával magyarázza. Nyilván ez utóbbi magyarázattal érthető az a tapasztalásunk is, hogy a kezelés megindulásakor lényegesebb hőemelkedések nem észlelhetők. Több esetben végzett pontos méréseink legfeljebb csak egészen jelentéktelen hőingadozásokat (37.0—2—3) állapíthattak meg.

Különösen jól befolyásolja a bismut-kezelés a syphiles mirigyduzzanatokat. Négy tertiar esetünket nem tekintve, végig

korai, addig kezeletlen betegek kísérletezve, a nagy polyadenitisek viselkedését a bismut-terápiával szemben jól megfigyelhetjük. Legalkalmasabbnak mutatkozott e célra a lágyéki adenitis. E mirigyek nagy babnyi, mogorónyi, sőt kis diónyi duzzanata a legtöbb esetünkben oly feltűnően kisebbedett a kezelés folyamán, hogy teljes mértékben megerősíthetjük *H. Müller*-nek hasonló megfigyelését.

A bismut-borkősav gyógyító hatásának demonstrálására álljon itt néhány kiragadott esetünk rövid kórtörténete.

*T. J.* 17 éves, cseléd. (Felv. sz. 288.) Nemi baj ellen még nem kezelték. Status praesens: A külső nemi szerveken diphtheroid lepedékekkel fedett, nagy tömegekké confláló, hypertrophiás papulák. Sűrűn hypertrophiás papula-csoportok a genito-cruralis hajlatokban, az emlők alatt és a két hónaljban, szétszórtan a törzsön is. Papulák a jobb szájjában és bőven a hajás fejbőrön. Diónyi, porczkemény mirigyek a lágyékhajlatokban. Wassermann-reactio: + + + +. Diagnózis: Lues II. Therapia: Két naponként 2 cm<sup>3</sup>-es bismoluol-injectiók. Lefolyás: A 2. injectio után a diphtheroid lepedék eltűnt a papulatömegek felszínéről. Egyebütt a nedvedző papulák erősen száradnak. A 4. injectio után a hónalj-, az emlőalatti és a hajlatokban levő papulák igen erősen lelapultak. A lágyékmirigyek borsónyiak. A 6. injectio után a papulák tökéletesen visszafejlődtek s helyükön erős barna pigmentatio látható. A Wassermann-reactio a 12. injectio után is + + + +.

A közölt esetben feltűnő volt a nagy papulák és mirigyek gyors visszafejlődése.

*K. R.* 22 éves, gyári munkásnő. (Felv. sz. 247.) Nemi betegség ellen eddig még nem kezelték. Status praesens: Erős általános adenitis. A külső nemi szerveken, a végbél körül és a genito-cruralis hajlatokban nagy túltengett papulatömegek. A köztakarón sűrű, nagyelemű foltos kiütés. Wassermann-reactio: + + + +. Diagnózis: Lues II. Therapia: Két naponként 2 cm<sup>3</sup>-es bismoluol-injectiók. A 2. injectio után a condyloma latumok erősen lelapulnak, száradnak. Az 5. injectio után a genitális condylomák teljesen lesimultak, a roseolás kiütés pedig eltűnt. A 7. injectio után a condylomák teljesen visszafejlődtek, helyükön a bőr erősen pigmentált. A 12. injectio után a lágyékmirigyek alig tapintatók, ugyanakkor a Wassermann-reactio: + + + +.

*P. J.-né,* 25 éves, iparos neje. (Felv. sz. 180.) Anamnesis: Férje 6 év előtt antilueses kúrában részesült, de őt magát sohasem kezelték. Kiütésről, abortusról nem tud. 1922 eleje óta „csomókat“ kapott a jobb lábszáron, melyek maguktól feltörték. Status praesens: A jobb lábszáron körkörösön több tenyérnyi területen a bőr barnásan pigmentált, ugyanott lencse-forintnagyságú hegek. Ezenkívül nagy számmal koronányi-gyermektenyérnyi nagyságú, részben veséalakú mély, genyes lepedékű, erősen beszűrődött szélű, fájdalmas fekély. Wassermann-reactio: + + + +. Diagnózis: Lues III. Therapia: 2-3 naponként 2 cm<sup>3</sup>-es bismoluol-injectiók. Lefolyás: A 2. injectio után a fekélyek alapja tisztul, fájdalomosságuk elmúlt. A 4. injectio után a gummás ulceratiók elvesztik fekélyjellegüket, granulált sebekké válnak és lényegesen megkisebbednek. A 6. injectio után a granuláló sebek alig néhány mm.-nyi átmérőjűek. A 9. injectio után teljes behámosodás és pigmentatio kíséretében gyógyulás. A Wassermann-reactio a 12. injectio után is + + + +.

*S. J.-né,* 36 éves, mindenes. (Felv. sz. 162.) Anamnesis: Luesre nézve teljesen negatív. Két hónap óta fájdalom az orrában, egy hónap óta sebes és eldugult a jobb orrnyílása. Status praesens: A jobb orrjárat elején koronányi lepedékes ulceratio, melynek szélei erősen beszűrődöttek. Az orrgyökér duzzadt, de nem fájdalmas. Wassermann-reactio: + + + +. Diagnózis: Lues III. Therapia: 3-4 naponként 2 cm<sup>3</sup>-es bismoluol-injectiók. Lefolyás: A 2. injectio után az ulceratio széleinek beszűrődöttsége csökkent, a fekély alapja pedig feltisztult. A 4. injectio után az ulceratio fekélyjellegét teljesen elvesztette, az infiltratj csaknem teljesen visszafejlődött. A 6. injectio után a folyamat teljesen meggyógyult, helyén kissé besüppedt fillérnyi heg látható. A foghús szélén erős pigmentatós szegély. Wassermann-reactio: + + + +.

*B. B.,* 28 éves, cseléd. (Felv. sz. 296.) Anamnesis: Nemi baj miatt még nem kezelték. Három hét óta erős fájdalmat érez a torkában, nyelési nehézségek. Egy hét óta kiütéseket vesz észre külső nemi szervein. Status praesens: A lágy szájjában hegesen zsugorodott, úgy hogy az uvula eltűnt. A garat hátulsó falán forintnyi, szürkés lepedékű fekély, melynek szélei sáncszerűen beszűrődöttek. A kis ajkakon szét-szórtan kender-dinnyemagnyi, nem infiltrált, genyes alapú erosiók, élénkpiros udvarral. A jobb kis ajak belső felszínén fillérnyi heg. Wassermann-reactio: + + + +. Diagnózis: Lues III, herpes genitalis. Therapia: Két naponként 2 cm<sup>3</sup>-es bismoluol-injectiók. Lefolyás: A 2. injectio után a garatfekély alapja kissé tisztult, de szélei még erősen beszűrődöttek. A 4. injectio után a fekély alapját tiszta sarszövet borítja, a beszűrődött szélék lelapultak. A 6. injectio után a folyamat már csak koronányi granuláló sebet mutat, a szélek beszűrődöttsége csaknem teljesen eltűnt. A beteg szilárd ételt kíván, miután már napok óta nyelésre fájdalommentes. A 12. injectio után teljes klinikai gyógyulás. Wassermann-reactio: + + + +.

Láttnivaló, hogy a Wassermann-reactio az első bismut-kúra végén rendszerint még változatlanul pozitívnek mutatkozik, tehát úgy, mint azt *Fournier* és *Guénot* is említette. Ezzel szemben egy esetünkben a Wassermann-reactio már a kúra közepe táján negatívra fordult.

Ezek után nézzük röviden, hogy a bismut-kezelés (bismoluol) folyamán milyenek voltak az úgynevezett mellék-tünetek. Intoxicatós jelenség, mely a kezelésnek akár csak egy napra való fölfüggesztését követelte volna, egy sem fordult elő. A bismuth-borkősav-szuszpenzióinak intramuscularis alkalmazása — az egyenesen a vérpályába fecskendezett bismuttal szemben — úgy látszik semmi számbavehető mérgező hatással nem jár.

Különös figyelmet fordítottunk a vizeletre, a mennyiben azt fehéjére minden esetünkben mindennap kémleltük. Vizsgálataink szerint valamennyi kezelt betegünk mindvégig fehéjmentes vizeletet ürített. Ezt azért is ki kell emelnünk, mert a trépol-kezelés nyomán könnyen múló albuminuriára egyes szerzők (*Naegeli, Bloch*) fölhívták a figyelmet.

Az előforduló szájbéli mellék-tünetek csekélyek voltak. 21 esetünk közül 19-ben azonban hamarosan mutatkozott a foghús dentális szélén a jellegzetes szürkés-fekete bismut-szegély, mely meglehetősen hasonlít az ólomszegélyhez. Ez a szegély igen változó fokozatú s leginkább az alsó metsző-fogak gingiváján mutatkozik. Kifejezetten erős szegélyt eseteinknek körülbelül  $\frac{1}{3}$ -ában találtunk. Subjectív tünetet a nyálkahártyának ez az elváltozása, mely bismutsulfid lerakódásából áll, nem okoz. Mindazonáltal módot kellene keresni, hogy ez a szegély valamiképpen elkerülhető legyen, mert véleményünk szerint ez a feketés színeződés alkalmasint meglehetősen stabil jellegű, tekintve, hogy *Azoulay, Milian* és *Périn*<sup>19</sup> szerint a bismutsulfid lerakódásának helye a kötőszöveti sejtekben, valamint az erek endothel-sejtjeiben van. Véleményünk szerint a bismut-szegély, melyet állatkísérletek közben *Villjean* és *Balzer* már régen észlelt, pathologiailag közel áll az argyrosishoz.

Igazi stomatitissal, mint a minő a kénese kezelés folyamán elég sűrűn kerül észlelés alá, egyetlen egy esetünkben találkoztunk, és pedig a bismutkezelés vége felé, de megfelelő kezelésre ez is néhány nap alatt megszűnt. A stomatitis, mely a jobboldali utolsó zápfog körüli nyálkahártyán s a lágyszájpadon fölületes ulceratiót okozott, a 10. injectio nyomán 1-2 napon belül fejlődött ki s aránylag könnyű lefolyásával lényegesen elűtött a hasonló fokú kénese-stomatitis lefolyásától. Többi eseteinkben még számbavehető kis gingivitis sem fordult elő.

Befecskendezett gyógyszerek alkalmazásakor a kellemtelen mellékhatások közé kell sorolnunk a helyi tüneteket. Ezek fájdalomosságban s beszűrődésben mutatkoznak s rendszerint együtt járnak. Kórtörténeteinket áttekintve azt találjuk, hogy helyi irritatiók az injectiók helyén előfordultak ugyan, de számbavehetőnek alig voltak minősíthetők. A bismoluollal kezelt 20 beteg közül 7 fájdalomról egyáltalán nem panaszkodott, noha betegeinket erre vonatkozóan két naponként tüzetesen kikérdeztük. Ez esetekben infiltratum is alig került észlelésünk alá. A többi 13 esetünkben a helyi irritatio (fájdalom, beszűrődés) legfőljebb a hydr. salicyl.-injectiók átlagos reactióit érte el. Ez mindenesetre elég kedvező tapasztalás, főként ha tekintetbe vesszük, hogy kezelt betegeink valamennyien nők voltak, a kik tapasztalás szerint kevésbé állják az injectiókat.

A bismut olajos szuszpenziójának injectiói ugyanazt a technikai kivitelt igénylik, mint a minőt az oldhatatlan kénese készítmények használatakor kell követni.

A bismoluol aránylag csekély tünetekkel járó helyi reactióját és fölszívódási viszonyait kutatva, néhány állatkísérletet is végeztünk. A gyár részéről nyert az a felvilágosítás, hogy az általában oldhatatlan készítmény-számba menő dikaliumbismutotartat (= bismoluol) viszonylagosan oldhatóbb, mint például a trépol (kalium-natrium-bismuttartat), állatkísérleteinkben is némi kifejezést talált. Három ízben ugyanis jól fejtett tengerimalacnak (1 kgr.-ra 0.1 gr.-ot számítva) bismoluolt intramuscularisan adva, 3×24 óra után az állat fölbontása alkalmával (2 vizsgálat) alig gombostűfejnyi fehér, törmelékes anyagot találtunk az izmok között, mely utóbbiak makroszkopice semmiféle gyuladós jelenséget vagy necrosist nem mutattak. Ugyancsak a gyuladás vagy necrosis

minden jelét nélkülöztük a 3. vizsgálatban is, melyben az állatot a bismoluol-injectio után a 13. napon bonczoltuk.

E vizsgálatokkal kapcsolatosan két, bismoluol-injectiókkal kezelt betegünket Röntgen-sugarakkal világítottuk át. (Dax dr., r. főorvos). A néhány nap előtt adott injectiók azonban csak igen gyenge árnyékkal bizonyították, hogy az izomzatban még némi bismut-depót van. Úgy a Röntgen-átvilágítások, mint főként állatkísérleteink mindenesetre nem látszanak bizonyítani a bevitt „bismutdepót“-nak oly fontos, esetleg veszélyes szerepét, mint a minőre Wolfer hívta föl a figyelmet, a ki ugyanis a therapiás célból bevitt „bismutdepót“-nak esetleges protrahált resorptiójától s így idősült intoxatiótól tart, a melynek azonban az irodalomban semmi nyomát sem találtuk.

A bismutkezeléssel elért eddigi tapasztalásainkat összefoglalva, kijelenthetjük, hogy a bismut igen érélyes, gyorsan ható antisiphilicumnak bizonyult, mely a syphilitnek minden szakában levő bőr- és nyálkahártya-nyilvánulásokat klinikailag el tudja mulasztani. Legfőltűnőbb a bismutkezelés hatása a hypertrophiás genitális papulákra (condyloma latum) s az exulcerált gummás folyamatokra. Különösen figyelemre méltó ezenkívül érélyes hatása a syphilites nyirokmirigy-duzzanatokra.

Eddigi megfigyeléseink arra látszanak mutatni, hogy a bismut helyet foglalhat a syphilittherapiában a salvarsan és kéneső mellett. Spirochaetaölő képessége úgy látszik nem oly erős, mint a salvarsané s véleményünk szerint egyébként is egész hatásában kissé közelebb áll a kénesőhöz, mint a salvarsanhoz. Ugyanez áll a positiv Wassermann reactióra való hatás kérdésében, a mennyiben gyors seronegativitást tisztán bismutkezelés nyomán csak elvétve észleltünk.

A bismoluol nevű bismut-borkősav-készítmény teljesen bevált s nyilván tökéletesen pótolja a trépol nevű készítményt. Kellemetlen mellékhatások jóformán egyáltalában nem fordultak elő, a mennyiben az esetek nagyobb számában a nem nagy mértékben jelentkező gingivalis bismutsegélyt nem tekintve, csak egy ízben láttunk stomatitist kifejlődni. Egyébként a legjobb bizonyíték a betegeknek a bismutkészítmény-nyel szemben nyilvánuló toleranciájára vonatkozóan az, hogy egyetlen esetünkben sem kellett akár csak egy napra is a bismutkúrát félbeszakítanunk. Valószínű viszont, hogy ez a kedvező eredmény óvatos adagolási módunknak (2—3 naponként 2 cm<sup>3</sup>) s a betegek állandó gondos ellenőrzésének (vizelet, száj stb.) köszönhető. A veseműködés ellenőrzésének nélkülözhetlenségére Levaditi<sup>20</sup> különösen fölhívja a figyelmet. A bismutkezelést ambuláner eddig nem alkalmaztuk, bár annak most már semmi akadályát sem látjuk.

A bismutkezelés kénesővel vagy salvarsannal, sőt mindkettővel együttesen zavartalanul kombinálható, eddigi kísérleteink legalább is ezt látszanak bizonyítani. A klinikai tünetek elmúlása nem mutatkozott azonban e kombinált kezeléssel föltűnően gyorsabbnak, mint azokban a gyógyító kísérleteinkben, a melyekben a bismutkezelés egyedül került alkalmazásba. A kénesős kombinált kezelés tekintetében csakis a kenőkúra kerülhet szóba s ez tapasztalásunk szerint akadálytalanul végrehajtható. E kombinált kezelésmódnak egyébként gyakorlati jelentőséget nem tulajdonítunk.

Véleményünk szerint a bismutban oly új antisiphilicummal gyarapodott gyógyszerkincünk, melynek eddig nagyobbbrészt csak jó hatását ösmerjük, a mennyiben a legkifejezettebb és súlyos syphilites tünetek egész sora egyedül a bismutkezeléstől (12 injectio) klinikailag tökéletesen meggyógyult. Hogy ez a jó gyógyhatás milyen tartós s hogy a klinikai gyógyuláson túl is terjed-e, azt majd csak a további s hosszabb észlelések dönthetik el. Éppen ezért bármily jók és biztatók is az eddigi gyógyeredmények s bármily dicsérő nyilatkozatokat olvasunk is az új therapiáról a külföldi irodalomban, a bismut a kénesőt s a salvarsant még nem teheti fölöslegessé; de mellettük, mint új, hathatós antisiphilicum, alkalmasint helyet foglalhat.

**Irodalom.** <sup>1</sup> Sazerac et Levaditi: Action de bismuth sur la syphilis et sur la trypanosomiase du Nagana. Cpt. rend. hebd. des séances de l'académ. des sc. 1921, 172. k., 22. sz. — <sup>2</sup> Sazerac et Levaditi:

Traitement de la syph. stb. Cpt. rend. hebd. des séances de l'acad. d. scienc. 1921, 173. k., 5. sz. — <sup>3</sup> Sazerac et Levaditi: Action de cert dérivés du bism. sur la syph. Cpt. rend. hebd. d. séances de l'acad. d. sc. 1921, 173. k., 23. sz. (Mindhárom ref. Zentrbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 2. k., 3.—4. f., 3. k., 1.—2. f., 4. k., 3.—4. f.) — <sup>4</sup> L. Fournier et L. Guénot: Traitement de la syph. par le bism. Cpt. rend. hebd. des séances de l'acad. d. sc. 1921, 173. k., 16. sz. (R. Zbl. f. H. u. G., 3. k., 8. f.) — <sup>5</sup> Lima C.: Brazil. med. 1921, 2. k., 21. sz. (R. Zbl. f. H. u. G., 5. k., 1.—2. f.) — <sup>6</sup> Bernard: Bruxelles médical. 1921. (Ref.) — <sup>7</sup> Marie et Fourcade: Traitement des syph. nerveuses stb. (Ref.) — <sup>8</sup> Sazerac et Levaditi: Emploi du bismuth dans la prophyl. d. l. syph. Cpt. rend. hebd. d. séances de l'acad. d. sc. 1922, 174. k., 2. sz. (Zbl. f. H. u. G. 4. k., 8. sz.) — <sup>9</sup> Sazerac et Levaditi: Étude de l'action thérap. du bismuth stb. Annales de l'Inst. Pasteur. 1922, 36. évf., 1. sz. (R. Kl. Wochenschr. 1922, 32. sz.) — <sup>10</sup> R. Azoulay: Un cas de syph. mal. stb. Bull. de la soc. fr. de dermat. et de syph. 1922, 2. sz. — <sup>11</sup> Sicilia: Rev. méd. de Sevilla, 1922, 41. évf., 1. sz. (10 és 11 ref. Zbl. f. H. u. G. 5. k., 1.—2. f.) — <sup>12</sup> Fabrégue: Cpt. rend. d. séances de la soc. de biol. 1922, 86. k., 3. sz. — <sup>13</sup> Greco és Muschiatti: Semana méd. 1921, 28. évf., 51. sz. (12 és 13 ref. Zbl. f. H. u. G., 4. k., 7. f.) — <sup>14</sup> H. Müller: Die Behandl. d. Syph. mit Wismut., Münch. med. Wochenschr. 1922, 15. sz. — <sup>15</sup> Naegeli: Über die Verwendung v. Wismuthpräp. stb. Mediz. Bezirksver. Bern, 1922, V. 18. — <sup>16</sup> Bloch: Die Behandl. d. Syph. mit Bismuthpräp. Kl. Wochenschr., 1922, 38. sz. — <sup>17</sup> Felke: Wismut bei Syph. Münchener med. Wochenschr., 1922, 39. sz. — <sup>18</sup> Lehner és Radnai: A syph. gyógyít. „trépol“-jal, Gyógyászat, 1922, 38. sz. — <sup>19</sup> Milan et Périn: La stomatite bismuthique. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1922, 38. évf., 3. sz. (Zbl., V., 1.—2. f.) — <sup>20</sup> C. Levaditi: Le bismuth dans la syphilis. Presse médic., 1922, 59. sz.

## IRODALOM-SZEMLE

### Könyvismertetés.

**Schinagel Géza: A terhességi elváltozások a placentaris secretio szempontjából.** Hódmezővásárhely, 1922. Weisz László könyvkereskedésének kiadása.

A 42 oldalas, tetszetős kiállítású könyvecskében a terhességi változásoknak gazdag skáláját vonultatja fel a szerző. Összefoglalva megtaláljuk mindazt magyar nyelven, a mit a kísérleti biológia és a tapasztalás e téren az utóbbi években a világirodalomban felhalmozott. A lepénynek nemcsak szűró és anyagforgalmi termékeket átvivő szerepe van a terhesség alatt, hanem önálló anyagtermelő képessége. A termelt anyagok az anyai szervezetre hatva váltanak ki a terhességi változásokat. Végigmenve a lepény működésén rendes viszonyok között, a szerző rátér azokra a változásokra, melyeket a terhesség a vérben idéz elő. Bőven tárgyalja *Abderhalden* dialysatiós és optikai eljárását. Részletesen esorolja mindazokat az elméleteket, a melyek a belső secretiós mirigyek terhességi változásait, terhességi működési zavarait tárgyalják. A terhesek anyagcsereforgalmának megváltozását találjuk a könyvecske végén. Hogy a terhesség alatt beálló elváltozások tisztára az anyai szervezetnek reactiói lennének a lepényi hatóanyagokra, már azért sem lehet igaz, mert a terhességi zavarok már olyan időben jelentkezhetnek, a mikor lepényi működésről még szó sem lehet. A füzet végén bő irodalmat sorol fel a szerző.

A kis munkát, melynek célja rámutatni a terhességi változások fontosságára és kísérleti tanulmányozásuk érdemes voltára, melegen ajánljuk nemcsak a szakorvosok, de a gyakorló orvosok figyelmébe is. *Komássy dr.*

### Lapszemle.

#### Sebészet.

**A Köhler-betegség aetiológiájáról** ír *Baensch*. Az 1920. évi sebészcongressuson mutatta be *A. Köhler* az azóta róla elnevezett kórformát, mely typusosan a II. metatarsophalangealis ízületben zajlik le. Azóta mind több és több esetben észlelik ezt a kórformát. *Köhler* szerint Röntgennel a következők láthatók: 1. a II. metatarsus-csont distalis végének határozott megvastagodása, ezzel kapcsolatosan a más-különben karcsu nyak eltűnése; 2. a metatarsus-fejecs meg- rövidülése; 3. a distalis ízületvég egyenletlensége néha lapos, illetoleg benyomott; 4. az ízületi rés kiszélesedése, illetoleg szabálytalansága; 5. elmeszesedés az ízületi tokban; 6. a

szemben fekvő phalanx centralis ízvégeinek rendellenessége. A szerző egy esetét közli: 17 éves földműves leány. Beteg nem volt, szülei egészségesek. Egy év óta a második láb-közép és ujjközti ízületnek megfelelő helyen fájdalmakat érez, lába időnként meg is duzzad. Traumát tagad. A tél kivételével mindig mezítláb jár. Jól fejlett, erős leány. Belső szervei épek, kiállott rachitis nyomai nem észlelhetők. A II. metatarsophalangealis ízület felett kis duzzanat, mely nyomásra alig érzékeny. A Röntgen az előbb említett, a Köhler-betegségre jellemző elváltozásokat mutatja. Az aetiológia szempontjából felmerül a lues kérdése, mint a hogy a metatarsusnyél megvastagodása emlékeztet is a lueses csontelváltozásokra. Az eddig közölt esetekben azonban lues kimutatható nem volt. Az aetiológia szempontjából szóba jöhető ízületi tuberculosisra sem jellemzők az elváltozások. Itt nincs sem atrophia, sem az ízületi szélek elmosódása. *Frommes* késői rachitisnek tartja, a mi szintén nem áll helyt. A kevéssé tápláltság sem lehet az ok. Ezek után még felmerül a trauma kérdése. *Köhler* is ezt okolja és feltevését azzal indokolja, hogy a II. metatarsus hosszúsága miatt inzultusoknak inkább ki van téve. A szerző azonban ezt nem tartja elfogadhatónak és csatlakozik *Engelmann* véleményéhez, a ki statikai megbetegedésnek tartja. *Seitz* szerint a metatarsusfejecsek egy harántul futó boltozatot alkotnak, melynek pillérei az I. és V. metatarsuscsontok. Ha a láb szallagapparatusát jó czipő támogatja, a mely a lábat transversalis irányban összetartja, akkor járaskor a láb helyes alakja a Meyer-vonalban (a tuber calcanei a hallux-szal összekötő vonal) megmarad. Ha azonban a szallagapparatus gyengesége áll fenn, vagy a czipő támasztóhatása kiesik, akkor a transversalis boltozat elsímul, az oldalsó pillérek távolodnak egymástól és a metatarsusfejecsek a boltozat magaslatáról a támasztófelületre süllyedve, létrejön a pes transversoplanus. Ilyenkor az első metatarsus median felé kitérve, az elülső megtámasztási pont terhének nagy részét átadja a II. metatarsusnak. Ez a szokatlan nagy megterheléstől fracturálhat, a mit katonákon mint menetelés közben beállt törést ismernek. Ha a megtámasztási pont eltolódása lassan jön létre, akkor a metatarsus lefelé görbül, azaz a fej a dorsalis oldal felé hajlik, a mint ezt *Weil* is bizonyítja. Ennek folytán a vele ízesülő phalanx lassanként a volaris oldal felé csúszik, így képződik az arthritis deformans, a mi előrehaladottabb stadiumban a Köhler-betegségre vezet. Tehát ez a II. metatarsuson létrejövő elváltozás tulajdonképpen csak functionalis átalakulás, második öregüj képződött. Ezt a feltevést támogatja az előbb említett eset is: a beteg mindig mezítláb járva, a czipő támasztó hatása nem érvényesült. Erről trochoskopon vizsgálva is meggyőződhetünk. Ha lehetséges, czipővel korrigálunk, ha ez már nem segít, akkor az ízületet exstirpáljuk, a mint azt *Weil* ajánlja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 10. szám.) *Farkas Márta* dr.

### Gyermekorvostan.

**A tejszívókérdésről** ír *Cahen-Brach*. Alkalmazását fontosnak tartja azokban az esetekben, a melyekben az asszony a kézzel való fejést nem tűri, a mi főleg a gyermekágy első napjaiban fordul elő, de néha még tovább is eltart. A csecsemő inkább a bimbóra és udvarára gyakorolt nyomással, mint szívással üríti az emlőt; a keletkező 5–9 Hg mm. szívónyomás főleg a hermetikus elzárásra szolgál, miáltal a bimbó erectiója alatt a tejsinus megtelődik. A tej az állkapocs és nyelv compressiójával jut a csecsemő szájába. A tejszívónál a szopási aktust kell utánózni, de egyrészt az anyag, melyből készül, okoz nehézségeket, másrészt 5–9 Hg mm. nyomás nem elegendő a tej kiszívására, ezért erősebb aspirációra van szükség. Tejszívója 3 részből áll: a) egy alul vakon végződő kürtszerű üvegből, melyet egy b) gummicső köt össze c) egy gummilabdával. A labda erősebb, illetőleg gyengébb ki- és benyomásával fejlődőködést fejünk ki a bimbóra és udvarára. Ha a 10 cm<sup>3</sup> irtartalmú üveg megtelik, a tejet gyűjtőedénybe öntjük. A nyomás 150 Hg mm., mely ha nem elegendő, az eszközt dugattyús fecskendővel köthetjük össze. Előnye a régiek tejszívókkal szemben, hogy

könnyen tisztítható és idegen segítség nélkül használható. Módosítását, az üvegrésznek csappal való ellátását nem tartja indokoltnak, mert bár könnyebben kezelhető, de a tisztaság rovására. Indicatiói: általános egyengeség (koraszülés), nyúlják, farkastorok, nátha (syphilis), gyakori hányás pylorospasmusnál, a mikor a szopás inger a pylorusra. (Az eszközt Dröll, Frankfurt a/M., Kaiserstrasse 42 állítja elő.) (Münchener med. Wochenschrift, 1922, 29. szám.) *Rémi* dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Sarscato** néven egy új rühellenes készítményt hozott forgalomba a hannoveri „Neopharm-Gesellschaft”. *Smedhula*, a ki a hannoveri városi bőrbeteg-kórházban kipróbálta ezt a szert (kén-hydrogenösszeköttetés), nagyon dicsérőleg nyilatkozik róla. Következő módon alkalmazandó: forró fürdő után (nem okvetlenül szükséges) a nyaktól a lábujjakig alaposan bedörzsöljük a testet a szerrel (folyékony);  $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva, valamint másnap megismételjük ezt; a harmadik napon szappanos vízzel alaposan megmossuk a testet s utána tiszta fehér- és ágyneműt adunk. Ezzel be is van fejezve a kúra, a melyhez 100, legfeljebb 150 gramm kell a szerből. Előnye az eljárásnak, hogy csak két napot vesz igénybe, nem okoz nagy költséget (a szer nem drágább, mint a mitigal és olcsóbb mint a ristin), legalább olyan hatásos, mint a mitigal-kúra, a ristint pedig hatásában felülmúlja. A szer bőr- és veseigalmat nem okoz, kellemes szagú, a fehéreneműt nem rontja és nem piszkítja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 24. szám.)

**Ozaena** eseteiben *Rosenbaum* nagyon jó eredménnyel használja a levurinose (Blaes)-befúvásokat 2—3 napos időközökben. A befúvásra meg lehet tanítani a beteg hozzátartozóit, vagy pedig helyettesíthető a befúvás a pornak felszippantásával is. A pörkök előzően lehetőleg eltávolítandók. Ha a folyamat az orrgaratüregbe terjedt, ajánlatos az epipharynx beecsetelése Lugol- vagy Mandl-oldattal, a melyben levurinost oldottunk fel. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 29. szám.)

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** A kormányzó *Doby Géza* budapesti egyetemi magántanárt a debreczeni egyetem orvosi vegytani tanszékére nyilv. rendes tanárrá nevezte ki. — *Máthé Dénes* magántanárt a budapesti egyetem stomatológiai klinikáján a fogtechnikai osztály vezetőjévé nevezték ki.

**A Budapesti Királyi Orvosegyesület** a következő gyűjtőívet közzéteszi (Kohányi egyesületi szolgálal) az Egyesület anyagilag tehetősebb tagjai között: „Igen tisztelt tagtárs úr! Igazgató-tanácsunk f. évi október hó 13.-án tartott ülésén elhatározta, hogy a Budapesti Királyi Orvosegyesület az egyre növekvő drágaság okozta igen nehéz pénzügyi helyzetéből mielőbb kiemelje. A könyvtári és nyomdai számlák, a villany- és szénárak állandó emelkedése tudvalevőleg teljesen felborították Egyesületünk pénzügyi egyensúlyát. Csak példaképpen említjük meg, hogy téli tüzelő beszerzésére már semmiféle fedezetünk nincs. Ezen szomorú állapot átértéséből fakadt azon egyhangú határozat, hogy Egyesületünk jobb anyagi viszonyok között élő tagjai pénzadokozásra szólíttassanak fel. Hazafias érzésünk nem engedheti meg, hogy e legelőkelőbb és legrégebb, immáron 85 éves Egyesületünk elemi szükségletekben hiányt szenvedjen. Könyveket nem vásárolhatnánk, meghívókat nem küldhetnénk tagtársainknak és hideg teremben kellene üléseznünk, ha a tervezett pénzadokozás elmaradna. Az igazgató-tanács azonban, midőn ezen lépésre szánta el magát, meg volt győződve arról, hogy mindenki, a ki csak teheti, hazafias áldozatkészséggel fog sietni a magyar orvostudomány templomát megmenteni. Hiszen e templom papjai maguk az adakozók! E gyűjtőív szolgáljon a fent említett célra. Az igazgató-tanács úgy véli, hogy tagtárs úr legalább egy ezer koronát jegezhet rá, melyet az Orvosi Hetilapban nyugtázní fogunk. Budapest, 1922 október 17.-én. *Bókay János* dr. s. k., elnök, *Henszelmann Aladár* dr. s. k., helyettes főtitkár.” Ezen adakozásra jelentkezni is lehet, a mit a helyettes főtitkár fogad el.

**A betegségi biztosítás** tárgyában október 27.-én kiadott ministerelelnöki rendelet értelmében biztosítási kötelezettség alá esnek azok, a kiknek munkabérük évenként 240,000 koronát, illetőleg naponként 800 koronát meg nem halad. Önkéntesen biztosított nem lehet, sem önként továbbfizető nem maradhat, a kinek mint alkalmazottnak keresete évenként 360,000 koronát, illetőleg naponként 1200 koronát meghalad.

**A „Rockefeller Foundation”** 1921. évi tevékenysége a közveszélelyes betegségek leküzdése terén. A sárgaláz elleni küzdelem igen eredményes volt Középamerikában, Mexicóban és Peruban; a Noguchi-vaccinának és serumnak tulajdonítanak jelentős védőhatást. Sok eszközzel közdöttek a malaria és az ankylostomiasis (hookworm)



ellen. A tuberculosis elleni küzdelmet Franciaországban 1917 óta amerikai bizottság végezte, most ismét francia kezekbe került. A bizottság 85 kerületi állomást és 300-on felüli gondozót mutat fel eredményként, mely célra 1921 végéig több mint 2 millió dollárt adott ki. Eredményes tevékenységet fejt ki az alapítvány a kormányoknak adott szakszerű tanácsaival, anyagi támogatás nyújtásával hygienés berendezések, orvostanfolyamok, ápolónőiskolák, kórházak stb. létesítésekor. Ez a segítség főleg Kinának, Japánnak, a Philippi-szigeteknek és más távol keleti országoknak válik hasznára. Az alapítvány részt vesz továbbá minden internationalis vállalkozásban a járványok leküzdésére, ilyen a népszövetség és a vöröskereszt. Bámul az ember, ha olvassa az értesítést a végzett munka nagyságáról és csodálkozik a szakértelmen és tervszerűsége, a melylyel mérhetetlen anyagi javakat fordítanak az egész emberiség javára. A mit a Rockefeller-alap a gyakorlati hygiene terén az egész világon teljesít, méltó ahhoz a munkához, a mit a Rockefeller-intézet tudományos téren végez.

**Személyi hírek külföldről.** O. Binswanger, volt jenai tanár, ismert ideg orvos, a napokban ülte 70. születésnapját. — A marburgi egyetem physiologiai tanszékére R. Dittler lipcei rendkívüli tanárt hívták meg.

Meghalt. Arányi Gusztáv dr. 58 éves korában október 30.-án Budapesten. — Jékel László dr. nagykárolyi orvos 62 éves korában. — Halsied, a baltimorei Johns Hopkins Hospital ismert nevű sebésze.

Lapunk mai számához a *Chinoin gyógyszer- és vegyészeti gyár részvénytársaság Ujpest prospectusa* van mellékelve.

## AZ 1923. ÉVI ORVOSI ÉVKÖNYV KÉRDŐÍVEI

már mind szétküldettek. Felkérjük azon t. orvos urakat, kik a kérdőívet mind mai napig nem kapták kézhez, hogy azt adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb pótlólag bekérjék.

„Magyarország Orvosainak Évkönyve“ szerkesztősége  
Budapest, VII., Kertész-utca 16. Telefon: József 106—47.

## Idősebb nőtlen magyar orvos

belgyógyász-neurologus, ki vezető állásban volt és különleges gyakorlattal rendelkezik a diätetika és psychotherapiában, tökéletesen bírja a német és francia nyelvet, keres bármilyen működési teret bárhol. Szíves ajánlatot kér „N. L.“ jelűre a „Petőfi“ Irodalmi Vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16.

**Dr. Doctor** orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

**Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA**

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

**RÖNTGEN-OEDELGA**

**Dr. Szilas** diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körut 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

**Szt. Gellért** gyógyfürdő és szálló Budapest  
A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásaival.

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diätás konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

**Dr. Szili Sándor** orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykörönd-u. 32. Telefon 87—73.

**Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE**

**Ujtátrafüreden**

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete  
IV., Ferenc József rakpart 26. Telefon József 56—76.

## Fővárosi Fásor-Sanatorium

magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Diätetikus konyha cukor- és vesebetegek számára. Vizgyógyintézet. Bejárók részére is.  
VI., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

**Dr. Forbát** bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma  
VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

## PÁLYAZATOK.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel a következő kerületi kezelőorvosi állásokra hirdet pályázatot.

1. A III. kerületben a Margit-híd, Üstökös-utca, Güllaba-utca, Niedermayer-utca, Szemlőhegy, Áldás-utca, Duna, Kavics-utca, József-hegyi-út, Pusztaszeri-út és a Várhalom által határolt területre évi 21.600 korona díjazással.

2. Az V. kerületben a Süllő-utca, Árbócz-utca, Zsilip-utca és a Váci-út által határolt területre évi 28.000 korona díjazással.

3. A VII. kerületben a Külső Kerepesi-út, a Pongrácz-uti telep a Besnyői-úttól az Egressy-út páratlan számú oldalán a Róna-utcaig terjedő területre évi 28.000 korona díjazással.

4. Csillaghegy, Békásmegyér, Budakalász, Kissingtelep és a Római-fürdő területére évi 14.000 korona díjazással.

5. Pilis és Nyáregyháza községek területére évi 12.000 korona díjazással.

6. Soroksáron évi 15.000 korona díjazással.

7. Etyek községben évi 8000 korona díjazással.

8. Solymáron évi 24.000 korona díjazással.

9. Nagykovácsin évi 12.000 korona díjazással.

10. Pomáz és Csobánka községek területére évi 30.000 korona díjazással.

11. Szigetszentmárton és Ujfalu községek területére évi 16.000 korona díjazással.

A felsorolt illetményekhez 125%-os pótdíj jár.

A pályázati kérvények, a melyek curriculum vitaevel, oklevélmásolattal, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító iratokkal és a személyazonosságát bizonyító okmányokkal felszerelendő, ezen pénztár főorvosi hivatalában VIII., Köztemető-út 19/B, I. emelet 41. szám alatt nyújtandók be, 1922 november hó 21.-éig bezárólag.

A megválasztott orvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia.

Az állásokra vonatkozó bővebb felvilágosítás a főorvosi hivatalban beszerezhető.

B u d a p e s t, 1922 október hó 19.-én.

Angyal Kálmán dr., s. k.,  
a népjóléti és munkaügyi minster által a pénztár vezetésével megbízott ministeri tanácsos.

5730/1922. szám.

A tapolcai nyilvános jellegű kórháznál az igazgatói-főorvosi és másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A főorvos évi fizetése 1000 korona törzsfizetés és 34.000 korona pótlék, a másodorvos évi fizetése 600 korona törzsfizetés és 19.400 korona pótlék.

Az orvosok jogait és kötelességeit az alapszabály és a 35.000/1902. B. M. számú rendelet 26. §-a állapítja meg, fegyelmi tekintetben pedig az 1876: XIV. t.-cz. 69. §-a alapján az 1886: XXII. t.-cz. vonatkozó §-ai irányadóak.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy orvosi képesítésüket és eddigi gyakorlatukat, valamint erkölcsi és politikai magatartásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Zalavármegye alispánjához czimezve hozzám folyó évi november hó 24.-én déli 12 óráig adják be, a később érkezők figyelembe nem vétetnek.

T a p o l c z a, 1922. évi október hó 24.-én. A főszolgabíró.

4065/1922. sz.

Kurd, Csibrák és Mucsi községekből álló és Kurd székhellyel létesített kurdi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat, családi állapotukat, valamint a forradalmak alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi november hó 16.-áig bezárólag annyival is inkább nyújtják be, mert az ezen határidő letelte után esetleg beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvosi állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §. alapján megállapított 1600 korona kezdőfizetés és megfelelő korpótlékok, háborús, drágasági és rendkívüli segélyek, családostoknak a megillető családi pótlékok, úgyszintén a természetbeni kedvezmény.

2. A kör községeitől a 304. rkg. 3941/1909. alisp. sz. véghatározattal megállapított 700 korona évi lakbér addig, míg az orvosi lak felépül.

3. Végül a körorvosok részére újabban megállapított látogatási stb. díjak.

D o m b ó v á r, 1922 október 15.

Kenézy, főszolgabíró.

# SIROP FAMEL

Könnyen oldható Lacto-Kreosot-készítmény.

**BEVÁLT SZER KÖHÖGÉS, INFLUENZA, BRONCHITIS, TUBERCULOSIS  
ÉS A LÉGZŐSZERVEK HURUTOS MEGBETEGEDÉSEI ELLEN.**

Utánzatoktól és silány pótkészítményektől óvakodjunk.

**Az orvosok az egész világon előszeretettel rendelik.**

Az igazi francia készítmény az összes gyógyszertárakban ismét kapható.

Kórházaknak, intézeteknek és orvosoknak irodalmat és mintákat kívánatra díjmentesen küld  
s az eladást illetőleg mindennemű felvilágosítást ad

**A FAMEL-CZÉG KÉPVISELŐJE: KRENN TIVADAR BUDAPEST VI., ANDRÁSSY-ÚT 26.**

Laboratorium P. Famel. 20-22 Rue des Orteaux, Paris.



Indikált: Trichophytiasis, sykosis parasitaria, ekzema, herpes stb. eseteiben.

**LINGNER-WERKE A.-G., DRESDEN.**

Főraktár:

**Balla Sándor és Társa**  
gyógyszerészeti laboratórium  
Budapest, VII., Wesselényi-utca 69.



Magyarországi-főraktár:  
**BALLA SÁNDOR és TÁRSA**  
Gyógyszerészeti laboratórium  
Budapest, VII., Wesselényi-u. 69.

**ADAGOLÁSA:**  
BELSŐLEG: 0,25 tartalmú kapszulákban.  
KÜLSŐLEG: Bacilli, Globuli és Suppositoriák alakjában.

## Arhovin

Acut és chronikus gonorrhoeánál érzéstelenítőleg hat, a fájdalmat enyhíti, a secretiót csökkenti és a vizelet aciditását növeli.

GOEDECHE & CO. CHEMISCHE FABRIK. LEIPZIG-BERLIN  
MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:  
**BALLA SÁNDOR és TÁRSA**  
GYÓGYSZERÉSZETI LABORÁTORIUM, BUDAPEST, VII., WESSELÉNYI U. 69.

**DARMOL** legközelebb hashajtó felnőttek és gyermekeknek

**DIGESTOL** általánosan elismert emésztőpor gyomorműködést javítja, bélműködést rendezi.

**HYPNOBROMID** kellemes ízű sedatívum és hypnoticum.

**MENFOR** gyorshatású ankirheumaticum és neuralgicum.

**minden gyógyszerárban kapható**

Kop.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Török Béla:** Közlemény az Új Szent János-kórház fülosztályáról. A csecsnyúlvány trepanatiós üregének ballonnal való utókezelése. 439. oldal.

**Benczúr Gyula:** Az ásványvizek radioaktivitásának mai ismerete. 442. oldal.

**Keszly István:** Közlemény a soproni „Erzsébet“-közkórház sebészeti osztályáról. (Igazgató-főorvos: Király Jenő dr.) Az agyvelőnek szűrési sérülése. 444. oldal.

**Kluge Endre:** A német ideg orvos-társaság gyűlése. 444. oldal.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Zappert:** Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter. — **Új könyvek. — Lapszemle. Sebészet. E. Schilling:** Mandulagyulladás után fejlődött genyes peritonitis esete. — **Ideg- és elmekórtan. Weichbrodt:** Endogen psychosisban szenvedők seruma. — **Szülészet és nőorvos. Traugott:** A szülés alatti fájdalom csillapításáról. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.** 445–447. oldal.

**Vegyes hírek.** 447. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

## Közlemény az Új Szent János-kórház fülosztályáról. A csecsnyúlvány trepanatiós üregének ballonnal való utókezelése.\*

Közli: **Török Béla** dr., egyet. magántanár.

1914-ben volt alkalmam a tisztelt szakosztály előtt a radicalis műtéteknek ballonnal való utókezelését célzó kísérleteimről néhány eset kapcsán előzetesen beszámolni. Az akkor tapasztalt eredmények biztatónak ígértek, de a röviddel utána kitört világháború okozta felfordulás, s a gummianyag beszerzésének lehetetlen volta azután hosszú időre megakasztotta e kísérleteink folytatását.

Az újabban Németországból megrendelt ballonok ismételt nehézkes utánjárással voltak csak beszerezhetők, s célunknak meg nem felelő vastag, merev gummianyagból készültek. Legújabban végül a hazai Dorogi-féle albertfalvai gummigyár nagy előzékenységgel állott rendelkezésünkre, s sikerült általuk megfelelő, vékonyfalú, puha, úgynevezett mártott gummiballonokhoz jutnunk, melyek felfúváskor nem merevfalú hólyaggá válnak, hanem az üreg alakjához modelleződnek. Kis üvegpalackban felfújva például az üreg szögleteibe is benyomulnak, azokat is kitöltik. Így most rendszeresen végeztük a ballonnal való utókezelést, s körülbelül 80 esetben kizárólag ezt az eljárást követtük, a szokásos gazezel tamponálás teljes mellőzésével. Hogy érdemes munkát végeznünk, midőn ezzel a kérdéssel foglalkozunk, s hogy mennyire fontos fejezetét alkotja a radicalis műtétek utókezelése a fül sebészetének, arra élénk világot vet egy bepillantás valamely fülosztálynak munkakörébe, hol azt látjuk, hogy e hosszas és fáradságos utókezelésnek gondos elvégzése nem kis részét foglalja le az orvosi ténykedésnek. Élénk világot vet erre az a körülmény, hogy a szakirodalomban lapozgatva; állandóan találkozunk e kérdésnek egyik vagy másik irányban való tárgyalásával, azzal a célzattal, hogy ezt a betegre kínos, az orvosra fáradságos, hosszadalmas kezelést tökéletesítsük, s a végső cél, a tartós és végleges gyógyulás szem előtt tartása mellett, megrövidítsük.

Sőt socialis és népegészségügyi szempontból is fontossággal bír e hosszadalmas eljárás egyszerűsítése egy ilyen gyakori, mindennapos műtéti beavatkozásnál, mint a radicalis műtét. A műtét mint praeventiv orvosi eljárás is nagy horderevével bír végzetes complicatiók megelőzése és elhárítása céljából. Hányszor találkozunk a betegek részéről azzal az ellenvetéssel, a mikor a műtétet javasoljuk, hogy nem áll módjukban annyi időt áldozni rá, s kitolják, elodázzák a műtétet, míg egyszer csak súlyos állapotban, nem ritkán végzetes complicatióval látjuk viszont a beteget.

\* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület fülészeti, szakosztályának 1922 május 18.-án tartott ülésén.

Emberileg érthető, hogy egy családfentartó munkás ember, iparos, földműves nehezen szánja rá magát, hogy hosszú, heteken át tartó kezelésnek vesse alá magát, midőn esetleg régebben fennálló baja neki különös nehézséget pillanatnyilag nem okoz.

Ezek lebegtek szemünk előtt, midőn a ballonkezeléssel tettünk kísérletet. Végig tekintve a radicalis műtét után alkotott operációs üreg szokásos kezelése és gyógyulása során végbemenő folyamatokra, találtunk egyes támpontokat, melyek ezt indokoltá tették.

Műtét után az üreg falain mindenütt, hol hámtól fosztott terület van, sarjképződés folyamata indul meg, mely párnaszerűleg bevonja az egész felszínt. Ez az első phasisa a gyógyulási folyamatnak; ezt követi a második szak, a visszafejlődés stadiuma, midőn a sarjszövet kötőszöveté alakul és zsugorodik.

Egyidejűleg a hámmal fedett szélekről kedvező feltételek mellett minden irányból megindul a hám tovakúszására való törekvés. Ez a hámosodási folyamat nincsen egyik vagy másik szakhoz kötve, mert úgy a reactio, a burjánzás szakában, mint a második, a visszafejlődés szakában, bekövetkezhetik, ha a körülmények azt elősegítik.

E folyamatok egyes szakai korántsem mutatnak egyforma lefolyást, tartamuk nagyon különböző, befolyásolják ezt különböző tényezők és körülmények.

A reactio függ a beteg általános állapotától, a beteg korától; gyermekeken általában élénkebb a sarjképződés. Szerepet játszik bizonyos egyéni hajlandóság, függ a fülbajban szereplő kórokozó csírák minémiségétől, súlyos infectiók hosszas reactiós időt tartanak fenn, buja sarjadzással.

A reactiós szakot meghosszabbítja a műtét hiányos kivitele, ha nem távolítunk el minden kóros részt. Ha a műtét után az üreget nem takarítjuk ki gondosan, vésési szilánkok, csontforgácsok maradnak vissza, ezek idegen testként szerepelnek és körülöttük feltűnően felszökő sarjakat találunk bő secretióval.

Ugyanezt tapasztaljuk, ha az utókezelés alkalmával használt gazecsik szálai beágyazódnak a lágy sarjakba.

Tapasztalat szerint feltűnően meghosszabbítja a reactiós szakot a feszes, szoros tamponade. Ez a két utolsó tapasztalati tény szolgáltatja az első támpontot a lágy gummiballonnal való kísérletezésre. A tömésre használt gazeknek, legyen az bár szegett szélű gaze is, kisebb foszlányai a secernáló vérzékeny üreg falain könnyen elkerülhetik figyelmünket, ha még oly gondosan ügyelünk is rájuk; s a tamponálás, ha nem is végezzük túlszorosan, mechanice izgatja, felszántja, megverzi a laza sarjelületet.

A tamponálás teljes elhagyásával végzett kísérletek egyáltalában nem vezettek kielégítő eredményre; habár egyes kivételes esetekben láttunk is elég jól megtartott üregeket, de a műtét és utókezelés végcélját, hogy nagyjában sima-

falú, tasak nélküli, az operatio által formált alakot megtartó üreget kapjunk, ily módon biztosítva nem láttuk.

Abból a feltevésből indultunk ki, hogy a puha gummiballon egyenletes sima nyomása izgalom nélkül tartja féken a sarjaknak zabolátlan felburjánzását.

A másik szempont, mely a ballon alkalmazása mellett szólt, a behámosodás körüli tapasztalatokra vonatkozik. A hám tovakúszásának megindulásakor azt tapasztaljuk, hogy a hám, mint egy sima lapra öntött folyadék, lassan nyomul előre mindaddig, míg valamely egyenetlenségbe, sánczba nem ütközik, a hol megakad s vesztég marad mindaddig, míg az akadály el nem távolíttatik. A ballon egyenletes nyomása által alkotott sima, bársonyos felület, feltétlen kedvezőbb alapot fog nyújtani a hám tovaterjedésére, mint a tampon nyomásától felbarázdált hepehupás felszín. A kezdetben leheletszerű hámbevonatot a ballonnal megóvjuk, míg a tampon érintésével könnyen lehorzsoljuk. De nemcsak a sima felület nyújt kedvező feltételt a behámosodásra, hanem elősegítő hatással lesz az a körülmény is, hogy a sarjpárna felszíne a hámos környezettel egy szintre emelkedik, sem sánczképződés nem állja az útját a hám tovaterjedésének, sem zökkenés nem hátráltatja tovakúszását. Tehát két főczélt szolgál a ballonnal való utókezelés. Elsősorban a gaze-zel tamponálás okozta folytonos mechanikai izgalomnak kirekesztése által a reactió szaknak ez úton való meghosszabbítását kiküszöböljük, a nélkül azonban, mint azt a tampon nélküli utókezeléskor látjuk, hogy a sarjak korlát nélküli burjánzásának szabad teret engednénk.

A ballon egyenletes, sima nyomása a sarjakat egy színvonalban tartja úgy, hogy ezek csak addig emelkednek a ballonozás tartama alatt, míg a plastikai lebenyek hámmal borított felszínét el nem érik. Vagyis elérjük második czélunkat, hogy a lehető gyors behámosodásra a kedvező előfeltételeket megadjuk.

Rendkívül fontos előnyt látok abban is, hogy, ha Thiersch-féle transplantatiós lebenyeket helyezünk be, ezeket a ballon segítségével a sima alapra jól odafektethetjük, míg az eltávolításkor nem tépjük le a lebenyeket az alapról, mint ez a gaze-tampon eltávolítása alkalmával túlkönnyen megtörténhetik.

Még egy nem kicsinyelhető harmadik czélt is szolgál, és ez a kezelés fájdalmas voltának enyhítése. A ballon bevezetése semmi néven nevezendő fájdalmat a betegnek nem okoz. Ha a beteg fájdalmat jelez, akkor ez a felfúvás túlerős voltára mutat, s kevés levegő kibocsátásával rögtön megszűnik. Hogy mit jelent ez, azt a betegével együttérző orvos, de elsősorban a beteg tudja kellően méltányolni.

A ki ideges, túlérzékeny betegek sorozatát tamponálással végigkezelte, a ki rakoncátlan gyermekek kezelését végigszenvedte, az előtt ez az előny nagyon súlyosan fog a latban nyomni.

Élénk emlékemben van egy kisleány patienssem, kin egy év leforgása alatt mindkét oldalt radicalis műtétet kellett végezni. Az első műtét utókezelése tamponálással történt, s két és fél hónapon át minden kötészváltáskor valóságos csatákat kellett vívni, míg a második műtét után a ballonnal való kezelés minden incidens nélkül játszva sikerült.

Az eljárás a következő: A lege artis végzett radicalis műtét után a dobüregre gondosan kitakarítjuk minden kórosnak látszó részlétől, különös figyelemmel a hypotympanonban előszeretettel meglapuló csontszilánkokra is. A sarjakat lehetőleg eltávolítjuk, kivéve a pelvis fenestrae ovalisban elhelyezkedőket, mert ezt a területet noli me tangerének tartjuk, annak daczára, hogy ezáltal a sima és gyors gyógyulás talán késedelmet szenved is.

Eleinte a Körner-hallójárat-plastikát alkalmaztuk, míg két esetben perichondritis nem állott be. Igaz, hogy ezekben az esetekben kifejezett pyocyanus-infectio állott fenn, mégis nem szabadulhattunk azon aggodalomtól, vajjon nem a lebenynek a ballon nyomása folytán túlságos éles szögben meghajlása okozott-e táplálkozási zavart, mely az infectio lehetőségét elősegítette.

Úgy, hogy ezentúl a Stacke-féle alsólebeny-plastikát alkalmaztuk, hol e fajta hatása a ballonnak nem állhat elő.

Az alsólebenyt, a mennyiben szükséges, kissé megvékonyítjuk, úgyszintén a felső lágy hallójáratfal esetleg vaskosnak látszó kötőszövetéből egy ékalakú kimetszést végzünk, hogy a szélek lehetőleg nagyobb zökkenés nélkül simuljanak a csontüreg falához. A csúcstájon a sternocleidomastoideus inának czafatait ollóval eltávolítjuk, varrat után az üreget vioform-gaze-zel tamponáljuk.

Negyednapon eltávolítjuk a fonalakat a retroauricularis varratból, ötödik napon eltávolítjuk a tampont s alkalmazzuk az első ballont.

A dobüregbe kis laza gazedarabkát helyezünk, most az előzetesen kifőzött ballont glycerinnel bevonjuk — az előbb használt vaselinkészítmények ugyanis a gummianyagot mállékonyvá tették — és kétrét hajtvá csipesz segítségével bevezetjük az üregbe. Egy segéd a ballon gummicsovét Record-fecskendőre húzza, ennek segítségével azt óvatosan felfújja, míg a körtealakú ballon nyaki része a hallójárat nyílását könnyedén, lazán kitölti. Ekkor rövid pince-szel a gummicsovét lefogjuk. A pince-t alapárnázva, kötést alkalmazunk.

Másnap a ballont eltávolítjuk s az üreget, a mennyiben több secretio mutatkozik, gyenge sóoldattal, vagy hydrogen-hyperoxyd-oldattal kifecskendezzük.

Legtöbbször mindjárt utána alkalmazzuk a második ballont; a hol bő secretio jelentkezett, egy napi szünetet tartunk s csak a hallójárat nyílásába vezetünk gaze-draint.

Hangsúlyoznom kell, hogy ily módon eljárva, még bővebb secretio mellett sem tapasztaltunk soha a ballon okozta retentio folytán valamelyes kellemetlenséget, jelentéktelen, néhány tizedig menő hőemelkedést nem számítva.

A ballonnak 6—8 ízben naponként, szükség szerint másodnaponként való alkalmazása után jól kiformált, símafalú üreget kapunk, hol itt-ott a szélekről már a hámosodás megindulását sejtethetjük. Ezentúl az üreget teljesen szabadon hagyjuk s ténykedésünk abból áll, hogy az üreget — ha váladék mutatkozik — enyhén kiöblítjük; a zsenge hámbevonásra tekintettel, sohasem töröljük ki s utána bőr- vagy vioformporral vékonyan behintjük.

Síma lefolyású esetekben — a melyekben zavaró mellékkörülmények főleg a dobüreg részéről nem játszottak közre, nem odázták el a gyógyulást — behámosodott száraz üreget kaptunk 3—4 hét eltelte után, úgy hogy a tulajdonképpeni kezelés 2—3 hét alatt befejezést nyert.

A persistáló dobüregi folyamatok közül legtöbbször a hypotympanon sejtjeibe befészkelődött, lobos góczokkal volt bajunk; többször a tuba felőli secretio, a pelvis foraminis ovalis körül székelő lobos sarjadzás, három-négy esetben a horizontalis ívjárat csontos tokjának megbetegedett volta odásta el a gyógyulást. Ilyen esetekben az itt-ott, a dobüreg táján felszökő sarjakat csipővel távolítottuk el.

Többször láttuk ilyenkor, hogy a már alig váladékos, vagy száraz, behámosodottnak látszó, jól kiformálódott hátulsó operatiós üreg falai, a reactió szak megnyúlása folytán utólag megpuffedve, az üreget concentrikusan megszüktették.

A mennyiben az átmenet megtartódott, mindenkor azt láttuk, hogy a zsugorodás befejeztekor az üregek eredeti szép alakjukat visszanyerték.

Ha az átmenet veszélyeztetve látszott, az átmenetet veszélyeztető sarjakat csipővel eltávolítva, jó végeredményt kaptunk.

Egy sorában az eseteknek Thiersch-transplantatiót alkalmaztunk a tizedik nap körül, midőn már vékony sarjpárna fedte a csontfelszínt; a lebenyek kevés kivétellel megtapadtak s a behámosodási folyamat feltűnően megrövidült.

A ballonkezeléssel tett kísérleteink során két recidiváló mastoiditis esetével találkoztunk, melyek sipolyjárat visszamaradásával zajlottak le.

Utóműtét alkalmával úgy jártunk el, hogy az ép dobüreg konzerválása mellett a hátulsó csontos hallójáratfalat eltávolítottuk s a lágy hallójáratból formált plastikával épp oly módon végeztük az utókezelést, mint valamely radicalis üregnél ballon segítségével.

A feltűnő gyors és jó eredmények a tökéletesen behámosodott üreggel arra vezettek, hogy acut felvételkor eleve így járjunk el.

Az üreget ne sarjakkal kitelődés útján gyógyítsuk, hanem épp úgy, mint a radicalis műtét alkalmával, behámosodással.

Ujabbán egész sorában az eseteknek ez elv szerint végeztük a műtétet heveny csecsnyúlvány-gyulladások alkalmával.

A bőrmetszést nem a *Schwartz*e által annakidején előírt egy cm.-nyi távolságban a kagyló insertiójától, hanem mint ezt radicalis műtétkor szoktuk, az insertióban végeztük. Így kapjuk a legjobb áttekintést, így férünk hozzá legjobban a hallójárat hátsó, szükség esetén a felső falához.

Első feltétele természetesen a műtét ily módon végeztetésének az, hogy a csecsnyúlvány üregrendszerét teljesen kitakarítsuk, a mi különben nézetem szerint amúgy is elengedhetetlen kelléke az operatio rationalis kivételének.

Egyenesen veszedelmesnek találom annak a tételnek felállítását, mint ezt *Lange* teszi, midőn az antrotomia utókezelését tárgyalva azt mondja, hogy a sarjadzásra és a csontképződésre fontos a lobosodás tovább fennállása. Azon eljárások, melyek a lobosodás gyors lezajlását eredményezik — műtét túlgondos kivitele, nagy üreg alkotása, a falak szorgos letakarítása és simítása —, gátlólag befolyásolják a gyógyulást. Hivatkozik arra a tapasztalatra, a mit mások is igazolnának, hogy szándékosan, avagy véletlenül benthagyott megbetegedett csontrészek mellett a sarjadzás élénk s a gyógyulás jó lefolyású.

Nem tekintve, hogy az esetben, ha nem sarjadzással iparkodunk az üreget kitölteni — mint a hogy e műtét módján eljárunk —, nincs is szükség, hogy ilyen veszedelmes úton akarjuk propagálni a sarjképződést: hányzor tapasztaljuk, hogy az antrotomiának nagyjában elvégzése után látszólagosan épnek, avagy csak vérbőnek tetsző elhatárolódást találunk, míg szorgos kutatással egyik vagy másik irányban alig fellelhető járat mentén rejtett, nem ritkán a dura, a sinus közvetlen közelébe férközött góczokra akadunk.

Nemcsak a tegmen és a sinus irányában való szorgos kitarítás fontos, hanem áll ez — a mit rendszeren kevésbé szoktak figyelembe venni — az antrum előtti, az aditus körüli s szükség esetén a zygomaticus-gyöki pneumatikus üregekre is.

Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy valahányszor az antrum tájára vezető sipoly visszamaradásával telődött ki az operációs üreg, rendszerint az aditus körüli tájékon bukkantunk az utóműtét alkalmával érdes, kóros csontra.

Ily módon szorgosan kitarítva az üreget, eltávolítjuk a hátsó hallójárat falát, épp úgy, mint az radicalis műtétkor szokás, lejtős levéléssel, csak hogy nem a horizontális ívjárat szintjét vesszük irányadóul, hanem a hátsó és felső fal találkozásánál meghagyott vékony hidacsoktat.

Attól, hogy az aditus körüli kis cellulák eltávolításával a dobüreg hátsó felső szögletét feltárjuk, a hallásra semmi nemű hátrányt nem tapasztaltunk.

Fontos, hogy a hátsó hallójáratfal levélésekor arra ügyeljünk, hogy azt kellő mértékben végezzük, nehogy a dobhártya szintje túlmélyen álljon alatta.

Igy elkészítve az üreget, éppen úgy járunk el, mintha radicalis műtét üreggel állanánk szemben. Hallójárat-plastikát végzünk s ballonnal utókezeljük. Csak hogy a bevarrással rendszerint néhány napot várunk, míg a lobos tünetek megcsillapodtak a dobüregben és a lágyrészekben. A lágyrészek erősebb gyuladása esetén, vagy mély gödrös járatok jelenlétében — ezek kitelődését bevárva — a plastikát is utóbb végezzük, épp úgy, mint ezt a radicalis műtét alkalmával hasonló körülmények között szoktuk.

Szövődményes esetekben is épp úgy járhatunk el, mint ez radicalis műtétet követően szokás.

Teljesen hasonló eljárást ajánlott már — mint ezt utóbb az irodalomban lapozgatva láttam — *Winkler* a német otologiai társaság 1904. évi berlini nagygyűlésén. Eltávolítja a hátsó hallójáratfalat s csak az aditusnál tart meg a dob-

hártya közelében egy vékony léczet. *Stacke*-féle hallójárat-plastikát végez és varratot alkalmaz. Az elért jó kozmetikai eredményt hangoztatja. Eljárása, úgy látszik, visszhangra nem talált, legalább nyomát az irodalomban nem leljük, csak *Lange* említi meg mellékesen, mint olyan módot, mely főlegesen komplikálja a műtétet és utókezelést.

Eseteinkben a kozmetikai eredmények kifogástalanok; ugyanolyan vonalas heget kaptunk, mint azt radicalis műtét után látjuk, minden torzító besüppedés nélkül.

Fontosnak tartom ezt az eljárási módot az esetek bizonyos hányadában tapasztalható úgynevezett rossz sebgyógyulás irányában is.

Nem ritkán tapasztalhatjuk gyermekeken, exsudatív diathesis mellett, lymphás, vérszegény egyéneken, de sokszor látszólag jó constitutio mellett is, hogy a sarjképződés sehogysem akar megindulni, bizonyos fokon megállapodik s heteken át egy színben marad; minden serkentő igyekezetünk kárba vész, végül mély gödrök képződnek, fistulák, persistens retroauricularis nyílás maradnak vissza.

Ez eljárással a hiányos sarjképződés okozta hátrányok nem jutnak szerephez, sőt a renyhe, de egészséges sarjadzás még előnyt is látszik biztosítani, a hámosodásra s transplantatióra alkalmas viszonyokat teremt.

Fontosnak tartom ezt az eljárást az úgynevezett recidiváló mastoiditis szempontjából is. Nem ritkán tapasztalható, hogy esetleg évek során át gyógyult antrotomiás üregek helyén újabb középfülgyulladás kapcsán újból lobosodás és tályogképződés áll be.

Többen, így *Wolf*, *Frey*, *Bondi*, *Lange* foglalkoztak újabbán e kérdéssel s vizsgálataik során arra a megismerésre jutottak, hogy a sarjadzással kitelődött operációs csonthiány pótlása korántsem oly tökéletes, mint azt eleinte *Schwartz*e, *Poltzer* hitte. Az üreget nem újonnan képződött csontállomány vagy tömött kötőszövet tölti ki, hanem rendszerint a több-kevesebb csontképződés csak a corticalis részen következik be, míg a mélyben a falakat bevonó kötőszövet rétegén belül cysták, többször a dobüreggel közlekedő üregek foglalnak helyet.

Az operációs üregek ilyen tökéletlen kitelődés mellett a dobüregben beállott újabb gyulladás esetén kevés ellenállást tanúsítanak s újabb infectióra hajlamosak.

Ha így az operációs csontdefectusnak sarjadzás útján való kitelődését mellőzzük, a recidiváló mastoiditis kérdését tárgyalatlanná tesszük.

Két esetben volt alkalmunk az ezen a módon operált betegen a teljes gyógyulás után hosszabb idő múlva heveny középfülgyuladást észlelhetni. Mindkét esetben a dobhártya mögött és fölött, az aditus és antrum tájának megfelelőleg kis oedemás duzzanat támadt, melyet paracentesis-tűvel felhasítottunk s az néhány nap alatt teljesen lelohadt. Az üreg falain egyebütt lobos elváltozást nem tapasztaltunk.

Egész sorozatával találkozunk a dolgozatoknak, melyek a *Schwartz*e által eredetileg előírt műtételnek és utókezelésnek többé-kevésbé észszerű módosításával foglalkoznak.

Ezek az eljárások mind arra törekednek, hogy a gyógyulás tartamát megrövidítsék, a rossz sebgyógyulást elhárítsák és lehetőleg sima, kevésbé besüppedt heget létesítsenek.

Tapasztalataink alapján az a meggyőződés, hogy ez az eljárás a megoldása e hiányosságok kiküszöbölésének.

Ezek a műtét üregek a ballonnal való utókezelésre s Thiersch-féle transplantatióra különösen alkalmasak, mert itt a dobüreg részéről zavaró momentumok rendszeren nem állnak fenn.

A kozmetikai eredmény kifogástalan. A rossz sebgyógyulás hátránya, a mennyiben ez főleg a renyhe sarjképződésre vonatkozik, eliminálódik, a gyógytartam aequivalens a besarjazzással elérhető jó eredményekkel.

A recidiváló mastoiditis pedig itt szerepet nem játszik. Az a körülmény, hogy rendszerint utólagos bevarrást végzünk, ez előnyök mellett egyáltalán nem érdemel szót.

Az alkalmazott gummiballonjaink, melyeket három nagyságban használtunk, oly módon készültek, hogy egy 10 cm.

hosszú, 5 mm. átmérőjű közönséges gummicső végére egy körtealakú, a közép nagyságnál  $2\frac{1}{2}$  cm. hosszú, öblös részén  $1\frac{1}{2}$  cm. széles, puha, mártott gummiballon van erősítve.

### Az ásványvizek radioaktivitásának mai ismerete.\*

Irta: *Benczúr Gyula* dr., egyetemi magántanár, a Szent Gellért-gyógyfürdő vezető főorvosa.

A belgyógyászok az utolsó években kevesebbet gyógyítanak radioactiv anyagokkal és a radioactiv anyagoknak élet-tani hatására és belgyógyászati alkalmazására irányuló tudományos vizsgálatok száma is csökkent. Okát könnyű megérteni. A kutatók egyrészt gyakorlatilag fontosabb kérdésekkel vannak elfoglalva, a munkakedv csökkent, a radioactiv anyagok nagy valutaris értéke megnehezíti a laboratoriumi munkát és csaknem lehetetlenné teszi a beteg számára, hogy e szereket gyógykezelésére használhassa. A radioactiv anyagokkal való sugárkezelés, főleg a carcinomakezelés oly kézzelfogható jó eredményekre vezetett, hogy e kezelésről még a mai viszonyok között sem mond le az emberiség, de hány beteg teheti, hogy a kevésbé kézzelfogható belgyógyászati hatás kedvéért naponta több száz koronát költjön egy gyógyszerre.

A radioactiv anyagokkal való belgyógyászati kezelés a balneológiából indult ki. Ismeretes, hogy kevéssel reá, hogy a radiumot és a radiumemanatiót felfedezték, kimutatták, hogy nagyon sok forrás, melynek részben ivásra, részben fürdésre használt, évszázadokon át jónak bizonyult gyógyvíze van, erősebben radioactiv. Ismeretes, hogy a régiók „Brunnergeist“-ját sokan a radioaktivitásban vélték megvalósítva, de ismeretes az is, hogy e hitük ma már megdőlt, hogy ma már tudjuk, hogy a gyógyforrások hatásának lényege semmi esetre sem egymaga a radioaktivitás, hanem hogy utóbbi a forrás hatásának legfeljebb egyik tényezője. Szép, de rövid álom volt, midőn azt hittük, hogy a balneoterapiás gyógyhatások lényegét felismertük. A radioactiv anyagokkal való balneológiai és általában belgyógyászati kezelés befutotta azt az utat, melyet már sok más kezelés is befutott, például az elektrotherapia, vagy bizonyos mértékben a salvarsan-kezelés is, hogy eleinte a legvérmesebb reményeket fűzték hozzá, majd midőn ezek be nem váltak, sok kutató és orvos túlzott mértékben lebecsülte, míg viszont a beteg nagyközönség, mely az orvosi kritikával lépést tartani természetesen nem tud, ma is esküszik a nagy fontosságára.

Talán aránylag kevesen vannak, kik a helyes mértéket alkalmazzák, sem túlsokra, sem túlkevésre nem becsülik azokat a gyógyhatásokat, melyeket radioactiv anyagokkal belső bántalmak ellen el tudunk érni. Az utolsó tíz esztendő mégis haladást jelent e téren, mert tisztázódtak az azelőtt annyira vitás kérdések, mily élet-tani és mily gyógyító hatással bírnak a radioactiv ásványvizek és gyógyszerek, valamint melyik azon mód, melylyel czélszerűen juttathatjuk e szereket a szervezet belsejébe. Hogy azok, kik a radioactiv anyagok fölött mosolyogva napirendre térnek, mennyire tévednek, megmutatta ez idő alatt például az is, hogy hány ember gyógyult meg *Joachimsthalban* és *Gasteinban*, valamint hogy e radioactiv anyagokkal laboratoriumokban végzett kísérletek hány kísérleti állatnak még életébe is kerültek.

Az ásványvizek radioaktivitásáról lévén szó, távol vezetne általában a radioactiv anyagok élet-tani hatásával foglalkozni, hanem arra az elemre kell szorítkoznom, mely az ásványvizekben egyedül lényeges e szempontból: a radiumemanatióra. Számos, nagyrészt ellentmondó kísérletekből ma a következő igazságok szűrődtek le egyrészt növényeken (*Becquerel*, *Körnike*, *Stocklase* és mások), még nagyobb számmal állatokon és embereken végzett kísérletekből.

A radiumemanatio kis adagban juttatva a szervezetbe, a sejtek működését, és pedig a specifikus működését fokozza, tehát ingerlő hatású. E hatás az emanatióból kiinduló sugarak hatása. Legkifejezettebben kimutatható a növények fejlődésén,

állatoknál pedig azon, hogy az anyagcserét, habár csak kis mértékben, fokozza. Kimutatták, hogy hatása alatt a respirációs anyagcsere is fokozódik és hogy bizonyos mértékben aktiválja az emésztési fermenteket: a pankreas fermentjét, a pepsint, a máj, nyál, vér diastasés glycolysises fermentjeit (*Bickel*, *Löwenthal*, *Wohlgemuth*, *Engelmann*, *Danys*, *Benczúr* stb.). *Emden* és *Micheaud* gyönyörű kísérletei kimutatták, hogy a radiumemanatio ivása folytán a kísérleti állat mája sejtjeiben fokozott oxydatiós folyamatok játszódnak le. Hogy a radioactiv anyagok élettanilag mily fontossággal bírnak, arra többek között nagy perspectivát vélek látni *Zwaardemaker* nemrég közölt érdekes kísérleteiben, melyek szerint az anyai életműködésre nélkülözhetetlen kalium a fontosságát talán nagyrészt az 1906-ban felfedezett igen kisfokú radioaktivitásának köszöni, a mennyiben nagyszámú kísérletből kitért, hogy az a hatás, melyet a kalium bizonyos szervek működésére kifejt, pótolható ugyanannyi radiumemanatióval, a mennyi a kaliumban foglaltatik. Mint ismeretes, a radiumemanatio, de még inkább a gyógykezelésre használatos másik anyag, a thorium X, a vérképet lényegesen befolyásolhatja. Radiumemanatio hatása alatt múló leukocytosis, néha fokozott eosinophilia észlelhető. A vörösvérsejtek száma a radiumemanatio hatása alatt fokozódik. A thorium X e hatása kifejezettebb ugyan, de hogy e tekintetben egyéni különbségek vannak, mutatja *Engelmann*-nak egy anaemia perniciosae-esete, melyben a thorium X hatástalannak bizonyult, a radiumemanatio pedig — bár múlóan — lényegesen fokozta a vörösvérsejtek számát. A radiumemanatio múlóan kis mértékben fokozhatja a vér alvadékonyságát, csökkentőleg hathat a vérnyomásra, a pulsus száma leszállhat, úgy hogy végeredményben a vérkeringési szervekre kímélő hatással bír.

*His* és iskolája kétségtelenül bebizonyította, hogy radiumemanatio hatása alatt a húgysavkiválasztás fokozódik és ezzel párhuzamosan a vér húgysavtartalma eleinte fokozódik, majd csökken. Ismételtén észlelték radiumemanatio hatása alatt albuminuria jelentkezését. Nagy adag radiumemanatióval a szervezetbe juttatása egészen másképp hat, mint az ingerdosis. Bizonyos roncsoló hatással bír; növények nagyobb radiumemanatio hatása alatt nem jobban fejlődnek, mint az ingerdosis hatása alatt, hanem a normalisnál rosszabbul. Állatok és emberben a nagy adag kötőszövetoldó hatással bír, talán az autolysises fermentek aktiválódása folytán. Hiszen minden sugár, úgy a látható, mint a láthatatlan, az exo- és endo-energetikus processusokat elősegíti, de a láthatatlan sugarak (így a radiumemanatióból kiinduló is) oldó, pusztító hatása kifejezettebb, mint a láthatóké (*Falta*). Talán e hatáson és az emberen is észlelhető vérér-tágító hatáson alapul a radiumemanatio az a hatása, melyet magam is gyakran észleltem, hogy emberben tüdővérzést okozhat és hogy kisebb kísérleti állatok erősebb radiumemanatio adagolása után rendszeren tüdővérzésben pusztulnak el.

A radiumemanatio biológiai hatásának lényegét a fentemlített tények alapján *Falta* azon mondásában foglalhatjuk össze, hogy *enyhe radiumemanatiós adag rövid ideig alkalmazva ingerlőleg-serkentőleg hat az élősejtre, nagy adag hosszabb ideig alkalmazva gátlólag, igen erős pusztítólag*. Kétségtelen tehát, hogy a radiumemanatio hatása nagyrészt az adagolástól függ és gyakorlatilag bizonyos fontossággal bír, hogy kisebb concentratio hosszabb ideig alkalmazva enyhébben hat, mint rövid ideig alkalmazott erős concentratio.

Ennyi kétségtelenül bebizonyított élet-tani tényekkel nem látszik arányosnak az a gyógyszeres hatás, melyet a forgalomban levő radioactiv gyógyszerekkel (ivóvíz, fürdővíz, injectio, inhalatio), de különösen a radioactiv ásványvizekkel el tudunk érni. Közelfekvő ennek folytán a gondolat, nem az adagolás helytelen-e, továbbá helyes módon juttatjuk-e a radiumemanatiót a szervezet belsejébe?

Orvosi körökben ismeretes volt az a heves vita, mely 12 évvel ezelőtt *Berlinben* folyt azok között, kik a radiumemanatióval ivókúra alakjában való bevitelét tartották a leghelyesebbnek és azok között, kik az inhalatorium használatának adtak előnyt, azzal érvelve, hogy a megivott radium-

\* Előadott a 27. magyar balneológiai congressuson.

emanatio a portarendszeren át a szívbe, innen a tüdőbe jut, honnét csak egy része kerül vissza a szervezetbe, egy másik része pedig a légzés útján elvész. Ma e teoriás tényekkel szemben a tapasztalat megtanított és általában el van fogadva, hogy akár ivókúra, akár inhalálás alakjában vesszük magunkhoz a radiumemanatiót, mindakét módon be tudjuk vinni a kívánt mennyiséget. Vannak, kik a két eljárást együttesen alkalmazzák. Sokáig izgatta a vizsgálókat az a körülmény, hogy épp a radioactív vizekben való fürdés vezetett a radiumemanatio gyógyítás céljaira való használatára, pedig nem igen képzelhető, hogy a bőrön keresztül juthatna ez anyag a test belsejébe. Engelmann vizsgálatai bebizonyították, hogy a radiumemanatio behatol a bőrön át, a mit egyébként a radioactív iszap és compressék hatása is bizonyít, másrészt — bár kisebb mennyiségben — a radioactív fürdővíz levegőjével is lélezkzik be a beteg némi radiumemanatiót.

Nagyon feltűnő, hogy míg a biológiai kísérletekben a radiumemanatio hatása igen különböző, a szerint, mily töménységben és mennyi ideig alkalmazva használjuk a szert, addig a therapiás alkalmazáskor a hatások nem különböznek oly élesen. Ivókúrára általában naponta háromszor 1000—3000 Mache-t szokás alkalmazni. (Az orvosok a physikusokkal szemben ma is nem a Currie-egységet, hanem a Mache-t használják.) De Falta és újabban Strassburger naponta 100.000 Mache-t is itat a beteggel. Inhalatiós kúrára egyesek oly levegőt használnak, mely literenként 4—5 Mache-t tartalmaz, mások olyat, mely 10-et, de Falta olyat is inhalált, mely literenként 400 Mache-egységet tartalmaz. Fürdőkúrának úgy tartják, csak az a víz számít radiumemanatiós, mely literenként 30 Mache-egységet tartalmaz, de vannak természetes gyógyforrások, melyek literenként 600 Mache-t és ennél többet foglalnak magukban, a legtöbb, a tapasztalat szerint mégis kitűnő hatású gyógyforrás pedig 30 Mache-nál jóval kevesebbet tartalmaz literenként.

Felületesen gondolkodva, ezek az óriási különbségek alkalmasak volnának arra, hogy hitünket a radiumemanatio hatását illetőleg teljesen meggingassák. Másrészt azonban annyi kétségtelen tapasztalattal bírunk arra vonatkozólag, hogy a radiumemanatio gyógyhatással bír, hogy ezt figyelmen kívül hagyni szintén nem volna természettudományos eljárás. Mint annyi sok orvos, magam is sokszor észleltem a radiumemanatio fájdalomcsillapító hatását neuralgiák, neuritisek, izomrheuma, tabeszes fájdalmak esetén. Falta, His, Gudzent és más szakértők, nagyrészt angolok, köszvény eseteiben észlelték a radioactív anyagok kitűnő hatását, mások pedig izületi bántalmakban, főleg elsődleges idült arthritis eseteiben. Láthatjuk a radiumemanatio hatását egyes bőrbántalmakban, nevezetesen sklerodermia egy-egy esetében, a hol a kötőszövetoldó hatása a legkifejezettebben jut érvényre. Felfogásunk a szer gyógyhatásáról ma az, hogy kisebb adagban megfelelően az élettani tapasztalatoknak élénkítően ingerdosis gyanánt szerepel. Egy-két ezer Mache-nál nagyobb adagolásban a kötőszövetoldó és vérértágító hatás lép érvénybe. Hogy ez roncsoló is lehet, mutatják azok az esetek, a melyekben a radiumemanatio használata alatt vérzések állnak be. A fentemlített nagy adagkülönbségek azonban a mellett látszanak szólni, hogy bizonyos adagoláson túl talán mindegy, hogy ezt vagy annak sokszorosát vesszük be a szervezetbe; így például az, hogy 10.000 vagy pedig több 100.000 Mache-t vétetünk fel. Úgy látszik, bizonyos mennyiségen felül ez a szervezetre közömbös és ezzel magyarázható, hogy Falta igen nagy adag emanatiót belevő betegei csak úgy javulnak, mint azok, a kik naponta csak néhány ezer Mache-t szednek be. Saját véleményem az, hogy a radiumemanatio gyógyhatásának lényege igen nagyrészt az általam sokszor megfigyelt hyperaemia és a locus minoris resistentiaen kisebb-fokú reactiós lob előidézése. E vérértágító és hyperaemizáló hatás következménye, hogy a radiumemanatio sokszor oly esetekben jó hatású, a melyek helybeli vérszegénység van, például fagyos végtagok esetén. A szer hatása sokszor nagyon hasonló a physicalis hőhatáshoz, másrészt a salicylatok, például az aspirin hatásához és valóban látjuk, hogy csaknem

mindazon betegségekben, a melyekben salicylatokat szoktunk alkalmazni, a radiumemanatio is jóhatású.

Manap sok gyógytényező hatását egységes elvekre tudjuk visszavezetni. Ily elv a reactiv lob előidézése. Előidézhetjük ezt meleg fürdőkkel, előidézhetjük protein-therapiával, idegen fehérjéknek a vérbejuttatásával, előidézhetjük actinotherapiával. Az actinotherapia egyik faja pedig a radiumemanatio bevitele. A radiumemanatio használata elején akárhányszor látunk reactiót, akár csak fürdők használata vagy más sugárkezelés után.

Felfogásunk a radiumemanatio gyógyhatását illetőleg tehát általában beleillik az általános gyógyelveinkbe. Kis adagban ingerlő hatású, nagyobb adagban reactiós lobot, vérbőséget okoz, még erősebb adagban roncsoló is lehet. A mi nézetünk szerint még a jövő feladata, az adagolásnak pontosabb megállapítása, mert e téren az egyes vizsgálók felfogása még nagyon nem egységes.

Térjünk most már vissza az ásványvizek radioaktivitásához. Radioactív ásványvizek ivásával vagy azokban való fürdésel mindig csak kis mennyiségű radiumemanatio vihető be a szervezetbe, tehát legfeljebb az ingerdosis. Hiszen az eddig legerősebben radioactívnek ismert joachimsthal vízen literenként csak 600 Mache tartalmaz, elképzelhető tehát, hogy e víznek még ivásával sem tudjuk azt a mennyiséget a szervezetbe juttatni, a melyet egy enyhe radioactív gyógyszerrel. Hogy ez a kis adag is sok betegnek előnyére válik, mutatják a Joachimsthalban és Gasteinban elért eredmények, ha ugyan e helyek fürdőiben a radioactív tényező a lényeges. Mert biztos, hogy viszont nagyon sok beteg meggyógyult oly fürdővizek használatára, a melyeknek radiumemanatio-tartalma elenyésző. Általában a gyógyfürdők 44%-a literenként 10 Mache-nál kevesebb emanatiót tartalmaz, 16%-a 10—50 Mache-t, 19%-a 50—100 Mache-t, 21%-a 100-nál több Mache-t.

Joachimsthal (Wernerlaufquelle) 600 Mache-t tartalmaz, Gastein (Sophienquelle) 200 Mache-t, Grabenbeckerquelle 155-öt, Baden-Baden (Büttquelle) 126 Mache-t, Karlsbad (Mühlbrunn) 32 Mache-t, Kreuznach 57 Mache-t, Pöstyén 9 Mache-t, a Császárfürdő 28 Mache-t, a Rudasfürdő 256 Mache-t, a Gellértfürdő 1026 Mache-t, Franzensbad 8 Mache-t, Marienbad 16 Mache-t, tehát jóval kevesebbet, mint a mit általában radioactív vizek szoktak nevezni. Ezzel szemben újabban felfedezték, hogy a szász érczhegységben levő Brambach (Wettinquelle) vize literenként 2270 Mache-t, Oberschlemma vize pedig 5800 Mache-t tartalmaz, tehát a tiszszereset, mint a híres Joachimsthalé, pedig e fürdőhelyek alig ismertek, különösebb hatással nem bírnak.

A mondottakból kiviláglik, hogy bármennyire értékeljük a radiumemanatiót mint gyógyszert, kétségtelen, hogy az ásványvizek (akár ivásra, akár fürdésre használjuk őket) hatásának lényege nem a benne foglalt radiumemanatio, bár lehetséges, hogy ott, a hol ez megfelelő mennyiségben jelen van, hozzájárul a gyógyvíz hatásához. Az ásványvizek gyógyhatása ma sincs tisztázva, lehet, hogy a vegyi, thermikus és radioactív hatás együttvéve az, a mi sok betegnek használ. Nagyon valószínű azonban, hogy még mindig ismeretlen az a tényező, a mely a gyógyvizek oly óriási nagy számban tapasztalt gyógyhatásának a lényege. A nagyközönség szemében a fürdővíz radioaktivitása ma is igen fontos tényező. Radioactív fürdővízben jobban bízik, mint radiumemanatiót nem tartalmazóban. Nem hiszem, hogy helyesen járunk el, ha a betegek e hitét elveszük. Ne vegyük el senki hitét, míg helyébe jobbat nem tudunk adni! Nekünk orvosoknak kötelességünk, hogy a legnagyobb kritikával vizsgáljuk, mi az egyes gyógytényezők hatásának a lényege. Azt hiszem, hogy helytelen irányzat az, midőn a közönséget túlságosan felvilágosítjuk. A mely orvos a suggestiót a rideg materialistikus felfogás kedvéért túlságosan feláldozza, megfosztja önmagát az orvos egyik leghatékonyabb gyógyszerkezelésétől.

#### Összefoglalás.

1. Csalódtunk abban, hogy a radiumemanatio volna az ásványvizek hatásának lényege. Számos gyógyvíz létezik,

mely kitűnő hatású és emanatiót alig tartalmaz, viszont vannak igen erős radioactiv vizek, melyek mint gyógyvizek alig ismeretesek. Mindamelllett valószínű, hogy azon gyógyforrásokban, melyekben a radiumemanatio elegendő mennyiségben tartalmaztatik, ez hozzájárul ahhoz, hogy a víz kívánt gyógyhatását kifejtsse.

2. Az ásványvizek radioaktivitása vizsgálatának köszönjük, hogy megismertük azt, hogy a radiumemanatio gyógycélzókra használható. A szer hatása nem oly nagy, mint a hogy ezt 10—15 évvel ezelőtt hittük. Mindamelllett értékes, sok betegség kezelésekor igénybevehető.

3. A radiumemanatio kis adagban ingerhatású, a sejteket specifikus működésükre izgatja. Nagyobb adag hyperaemiát és reactió lobot idéz elő, még erősebb kötőszövetoldó. A radiumemanatio gyógyhatása tehát általában beleillik az általános elvekbe, melyekkel ma a gyógyhatásokról birunk. Lényege sugárhatás. A radiumemanatio helyes adagolása még további megfigyeléseket és vizsgálatokat igényel.

Kivánatos, hogy a valutáris viszonyok megengedjék, hogy a radiumemanatiót mint gyógyszer újból használhassuk betegeink kezelésére.

Közlemény a soproni „Erzsébet“-közkórház sebészeti osztályáról.  
(Igazgató-főorvos: Király Jenő dr.)

### Az agyvelőnek szúrási sérülése.

Irta: Keszly István dr., orvos.

Ritkább agysérülést óhajtok az alábbiakban ismertetni: a koponyacsontot perforáló szúrást, mely a durán keresztül az agyállományba hatolt.

A 21 éves férfit folyó évi július 23.-án verekedés közben késsel fejen szúrták. Jelentéktelennek látszó, alig 1.5 cm. hosszú sebtét kezelőorvosa bevarrta és ágynyugalmat rendelt. A következő napon, a kezelőorvos elbeszélése szerint, hirtelen rosszul lett, múltó öntudatzavar állott be, néhányszor hányt. De mindez néhány óra múlva megszűnt, s a sérült jól érezte magát öt napig.

A sérülés utáni hetedik napon, varrateltávolítás után, az orvos engedélyével a beteg elhagyta az ágyat, a mikor is megint hirtelen rosszul lett, eszméletét veszítette, gyakran hányt és időnként epileptiformis görcsök állottak be. Az állapot ezen hirtelen rosszrafordultával a beteget kórházunk sebészeti osztályára hozták.

A fölvetelkor teljes öntudatlanság, a pupillák egyenlőtlenek, feltűnő élénken reagálnak, a szemgolyók jobb oldalra deviáltak. A pulsus rendetlen, bradycardiás. Énuresis, néhányszor explosiv hányás. Időnként clonusos rángások a jobb felső végtagban, a vállban, kis mértékben a jobb alsó végtagban. A baloldali tuber parietale felett 1.5 cm. hosszú, per primam gyógyult sebhely.

A szúrási helyét ivalkú metszéssel feltárva, láthatóvá vált a csonton egy körülbelül 1 cm. hosszú és mintegy 3 mm. széles szúrási sérülés; ezt vésővel tágitva a duráig, ezen szintén az előbbihez hasonló nagyságú folytonosság-megszakítás volt észlelhető. Az agyburok sebének meghosszabbítására nagy nyomással, bőven ürül alvadt és sok folyékony, szétesésben levő vér, mely haematoma majdnem az egész agylebeny felületét elborította. A vérömleny kitarakítása után gaze-csikot fektetve a sebbe, azt legnagyobb részét zárjuk.

A műtét utáni napon a beteg öntudata csaknem teljesen feltisztult, kérdésre vontatottan felel, spontán vizek. Egyébként bénulási vagy izgalmi tünetek sem a motoros, sem az érzési körben nincsenek.

A műtét seb gyógyulása rendes lefolyású volt, a beteg a kórházi kezelés 13. napján gyógyultan távozott. A műtét helyén körülbelül koronányi területen a fejbőrön át kitapintható volt a csonthiány és az agyvelő pulzálása.

Az esetet azért tartom figyelemreméltónak és feljegyzésre érdemesnek, mert a szúrási a koponyacsontnak éppen azon a helyén hatolt keresztül, a hol physiologiásan meg van vastagodva.

### A német ideg orvos-társaság gyűlése.

Október 13.-án és 14.-én folyt le a gyűlés a hallei Melanchtonianumban. Eredetileg Danzig volt tervbe véve, de a lengyelek útlevelet követeltek. Nonne, az elnök melegen elparentálta az év nagy halottjait, a lumbal punctio feltalálóját, Quinke-t, a nagy Erb-et és jóleső melegséggel Jendrassik-ot. Üdvözölte különösen a római professort, a jelenlevő Mingazinni-t, a ki a háború alatt collegialitásának nemes jelét adta.

Thema ez évben a következő volt: „Az agyvelőkéreg elrendeződésének klinikai jelentősége“. A klinikai részt Kurt Goldstein (Frankfurt) referálta. Functiós szempontból vizsgálja a kérget, de előrebocsátja, hogy az anatómiai kiesések csak a legdurvább esetekben felel meg bizonyos meghatározható pszichológiai kiesés, ilyesmit csak az associációs pszichológia korszakában várhattak, melyet „Landkartenpsychologie“-nek nevez. A kiesés lokalizálásánál nem a psychés tünet, hanem a tünetek változása, lefolyási rendje lehet csak irányadó. Olyan tünetek, a minők az experimentalis kéregizgatásra jelentkeznek, nincsenek az életben, a legcsekélyebb távolhatás már valamely functio megbomlását (Abbau) eredményezheti és ezt lehetetlen lokalizálni, hiszen még azt sem tudjuk, azok-e a functiós elemek, melyeket anatómiailag látunk. A kezdeti tünetek nemcsak quantitative, hanem lényegileg különböznek a tartós tünetektől. Két typusát különbözteti meg a functióknak. Az egyiket alapfunctiónak nevezi, ennek pusztulása izolált functiós kieséssel jár, ilyen például a lelki vakság, a lelki sükettség, de ilyen pótolhatatlan izolált kiesést okoz az is, minél peripheriasabb valamely sérülés. Ezenfelül vannak úgynevezett „Ganzheitsleistung“-ok; egyes kérgi területek pusztulása után a velük egységet alkotó szomszédos terület nem marad tétlen, hanem a functiós terület oda áttolódik. Nem anatómiailag szervül át, hanem functiósan tolik el, hogy lényegben megtarthassa régi functióját. Például a hemianopiást csak periméterrel lehet felismerni, de az illető továbbra is egészen jól lát, mert fejét olyan tartásba hozza, hogy továbbra is a működő terület középpontjára essék a legélesebb látás, így például vizsgálatai szerint nem a macula tájékára, hanem attól oldalt. Ez a psychés kényszerűségből származó áttolódás amblyopiánál, scotománál nincs meg. Az agykéregben is a structuralisan megfelelő területek igyekeznek megtartani functiójukat. Ezért a kiesések nagy részénél, például az apraxiáknál fontos azoknak pszichológiai analysise. Ő maga tehát szintén az agyvelőben működő energia állandóságának elméleti álláspontján van, a melynek szép példája volt Pöttl betege, a kin mikor a sensorius aphasia visszafejlődött, akkor jelent meg a motoros aphasia és fordítva.

Anatómiai oldalról Foerster Ottfried foglalkozott a kéreggel. Saját és főképpen Vogt-ék pompás készítményeinek és sémáinak vetítése közben demonstrálja az eddigi köztudat szerint lényegesen kisebb helyet elfoglaló nagy pyramissejtek területét, melynek sérülésére izolált motoros kiesések következnek, az area gigantopyramidalist, azután az ettől frontálisan fekvő és főként epileptogen és tömegmozgások substratumát rejtő area agranularis frontalist. Ezenkívül ismerteti az area granularis frontalist. Ezek mellett úgy a frontalis, mint főképpen a retrocentralis területeken a ponssal, a thalamussal és a nucleus ruberrel összekötött területeket vesz fel a Brodmann-és Vogt-vizsgálatok alapján. A déviation conjugéet a kéregből inkább mélyebben a kéreg alatt elhaladó pályákra lokalizálja, beszél a frontalis ataxiáról és a gyrus supramarginalisba lokalizált retrocentralis ataxiáról. Azután egyes bénulások praedilectiós typosok klinikai képét mutatta be, így azt, mikor ptosis és a szájinervatio zavara egyszerre mutatkozik. Rendkívül tanulságos előadása tehát kritikusan kiválogatása volt annak, a mi a klinika számára már eddig használhatónak ígérkezik az agykéreg cytologiai anatómiájából. Hibája, hogy nem teljes, az agykéreg számos részét nem érintette és ezt azonnal észre is vette az ősz Mingazinni, a ki megkérdezte a discussióban, mit tudnak a referensek a gyrus lingualisról és a gyrus fusiformisról, de semmit sem tudtak válaszolni.



A másik hiányt, hogy t. i. a rétegarchitektonikáról nem szóltak, *Jakob* vette észre, a ki hozzászólásában kiemelte, hogy a spasmosus pseudosclerosinak általa ismertett kórformájában electiv módon csakis az alsó rétegek betegednek meg. *Economio* hangsúlyozta, hogy a láb és anus zona gigantopyramidalisában több a pyramissejt, mint a szájnak és arcnak megfelelő területen és hogy a II. frontalis lebeny egyik területe a substantia nigrával van kapcsolatban, a mi az encephalitiseknél fontos.

Csatoltan *Pfeifer* tartott előadást, a ki háborús sérültek vizsgálatából azt következteti, hogy a finomabb szellemi műveletek a frontalis lebenyhez vannak kötve, az occipitalis részek sérülésével inkább tompaság jár és hogy a bal féltekének nemcsak a phasiás és praxiás, hanem más funkciókra is van hatása. *Balassa* egy psychologiailag pontosan észlelt lelki süket betegét ismertette, *Weigeldt* pedig egy sensorius amusia esetet. A vitában *Bumke* hangsúlyozta, hogy a localisatio tanát azért mégsem vethetjük el egészen, hiszen psychés funkciókat idáig sem lokalizáltunk, *Auerbach* pedig a lövési sérülések értékelésénél int tartózkodásra.

Az encephalographiáról hallottunk másnap néhány előadást. *Weigeldt* 75 esetben vagy *Dandy* módszere szerint az agyvelőbe, vagy *Bingel* módszere szerint lumbalisán fuvott be szénsavat vagy levegőt és bemutatott készítményein tumrok helyzetét vagy paralyisnál a ventriculusok kitágulását és a kéreg fölötti üröket tisztán láthatta. *Nonne* 60 esetben végeztette lumbalisán, szintén életveszedelem nélkül, de mindketten hangsúlyozták a kísérő tünetek (fej- és nyakfájás, izzadás, hányás) súlyosságát. *Bingel* 300 exitus nélküli esetről számolt be, elmondta, hogy a szénsavat tiszta levegővel cserélte fel, mert előbbi után apoplexia fenyeget. Egy súlyos eklampsia is azonnal megszűnt levegő-befúvásra. *Curschmann* is mellette nyilatkozott, *Marburg* tanár ellenben a bécsi tapasztalatok alapján ellene, főként a lumbalis eljárás ellen. *Schüller* tanár a Röntgen-képek olvasásában mutatkozó hibákat kritizálta.

*Anton* előadásában esetet mutat be, a hol a kisagy hiányát a pyramispálya hypertrophiája kísérte; felhozta, hogy epilepsiánál gyakori a kisagy megnagyobbodása és így térszűkület a subtentorialis ürben. *Foerster* a compensatorius hypertrophiákról beszélt, *Pick* pedig kiemelte, hogy compensatio nemcsak pályák, hanem pálya és szürkeállomány között is ösmeretes. *Schlesinger* előadásában fölhívta a figyelmet arra, hogy claudicatio intermittens traumás arteriasérülés után is látható, továbbá a vénák szerepére és az egyszerű aether jó gyógyhatására. *Cassierer* a hypoplastikus venarendszerre, *Economio* pedig az intravenás chinininjectióra figyelmeztetett, a mit *Schlesinger* nem jónak találta. *Trömner* egy igen nagy és egyik felében tisztán gummiból készült reflexkalapácsot és az izom-reflexek kimutatására szerkesztett izompleximetert mutatott be. *Stein* a migrainst astheniás constitutióra vezeti vissza, a mit *Curschmann* erősen tagadott és endokrin módon magyaráz; a therapiára *Mingazinni* a lumbalpunkciót, *Grünbaum* az epiglandolt, *Kurt Mendel* a lumbalpunkciót, *Trömner* a suggestiót, *Simons* a konyhasót ajánlotta.

A berlini *Schuster* mozgóképben mutatta be a post-hemiplegiás állapot két új tünetét. Az eupraxiás kezét, ha semmi sincs benne, akadálytalanul kinyitja a beteg, ha ellenben van benne valami, azt nem tudja elereszteni. Ha lassan húzzuk, ki tudjuk lopni a bezárt ujjak közül, ha ellenben hirtelen kirántjuk, erővel visszarántja a megfogott tárgyát. „Zwangsgreifen“ és „Nachgreifen“ nek nevezi a tünetet. A budapesti *Schuster* sclerosis multiplexnél talált spirochaetákat demonstrált, melyeket azonban a hamburgi professor, *Jakob* nem tart spirochaetáknak. Több kisebb előadás után láttuk *Kirschbaum* készítményeit májbeteg agykerégeről, majd kiemelkedett *Auerbach*-nak sajnos igen rövidre fogott előadása a neurochirurgiáról. Hangsúlyozza, hogy tilos a lumbalpunkció, ha a tumor a hátulsó scalában van. Megengedhetetlennek tartja a Neisser-Pollak-punkciót, mert nem a szem controllja mellett dolgozik, ereket ér és veszedelmes. Nem szabad a koponyán kalapácsolni és vésni, hanem tessék ollóval dolgozni. Kisagy-

műtéteknél szélesen kell szabaddá tenni az agyvelőt. Agyvelőműtéteknél nem szabad törlővel dolgozni, hanem konyhasómosással.

Nagyjából azt kell mondani, hogy az előadások sok becses anyaggal gyarapították tudásunkat, míg a vita nem állott mindig a helyzet magaslatán.

A hallei professor, *Anton* neje teára látta vendégül a hölgyeket, este bankett volt, a két nap letelte után pedig egy csoport kirándult Weimarba, a hol pompás operaelőadás után búcsúztak el egymástól a résztvevők.

A jövő évi gyűlés tárgya a kisagyvelő; referensek: *Marburg* (Bécs) és *Mingazinni* (Róma). *Kluge* dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Zappert: Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter.** (*Schwalbe*: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.) G. Thieme, Leipzig, 1922. Ára 36 M.

A gyermekgyógyászatot tárgyaló sorozat első füzeté mellett sorakozik az eddig megjelentekhez. *Zappert* a gyermekkorban előforduló idegrendszer-megbetegedéseket öt nagy csoportra osztva, előadások formájában tárgyalja a főbb fejezeteket olyan könnyed, élvezetes módon, hogy az olvasó nehezen válik meg tőle, végére érve a könyvnek.

Az agyhártya-megbetegedések sokféle változatait leginkább saját esetein mutatja be s rámutat azokra a nehézségekre, a melyek még a leggyakorlottabb, már nagyon sok esetet látott szakorvost is tévedésbe ejthetik.

A Heine-Medin-betegséggel s a többi agy-gerincvelő-megbetegedéssel (encephalitis lethargica, agytályog stb.) foglalkozik a II. rész.

A hydrocephalus különféle alakjairól, az agydaganatról, a cerebralis hűdésről s a gyengeelműségről szól a III. Röviden összefoglalja a differential-diagnostikai nehézségeket, az egyes agyrészek funkcióját azonban csak pár szóval említi. A therapiát és a prognoszt is elmondja minden egyes betegségénél. A cerebralis hűdésnél szerinte sokszor történik hiábavaló orthopaed-sebészti beavatkozás.

A IV. részben az epilepsiával, spasmophiliával kapcsolatos gyakori tévedéseket sorolja fel; aligha akad orvos, a ki ne emlékeznék hasonló hibás diagnózisra saját gyakorlatában.

Psychogen megbetegedések cím alatt a neurastheniát, hysteriát, psychastheniát s még egy egész hosszú sorát a betegségeknek találjuk, a melyek első hallásra nem is az idegrendszer körébe tartoznának.

Számos példa és 15 jól sikerült fénykép nagyban emeli a könyv értékét.

A könyv kiállítása elsőrangú.

### Új könyvek:

- A. *Ascoli*: Die Thermopräzipitinreaktion. Wien, J. Safar. 144 m. — M. *Einhorn*: Die Methoden der künstlichen Ernährung, insbesondere die Indikationen und Technik der Duodenal- und Rektalernährung. Halle, C. Marhold. 13 m. — A. *Gigon*: Einige neuere Betrachtungsweisen in der Ernährungstherapie. Halle, C. Marhold. 14.40 m. — H. *Sahl*: Über Tuberkulinbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Intrakutanbehandlung. Basel, Schwabe und Comp. 20 m. — K. *Stejskal*: Grundlagen der Osmotherapie. Wien, J. Safar. 450 m. — C. *Funk*: Die Vitamine, ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 285 m. — K. *Bühler*: Die geistige Entwicklung des Kindes. 3. Auflage. Jena, G. Fischer. 160 m. — J. *Boas*: Das Haemorrhoidalleiden. Halle, C. Marhold. 30 m. — H. *Hoffmann*: Vererbung und Seelenleben. Einführung in die psychiatrische Konstitutions- und Vererbungslehre. Berlin, J. Springer. 195 m. — E. *Meulengracht*: Der chronische hereditäre Ikterus. Leipzig, W. Klinkhardt. — A. *Sopp*: Die Gicht. Leipzig, C. Kabitzsch. 21 m. — V. *Schilling*: Das Blutbild und seine klinische Verwertung. 2. vermehrte Auflage. Jena, G. Fischer. 110 m. — O. *Wuth*: Untersuchungen über die körperlichen Störungen bei Geisteskranken. Berlin, J. Springer. 199 m. — *Mikulicz* und *Kümmel*: Die Krankheiten des Mundes. 4. Auflage. Jena, G. Fischer. 120 m. — L. *Hauck*: Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig, F. C. W. Vogel. 80 m. — *Oppenheim*, *Rille* und *Ullmann*: Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit. Band I. Leipzig, L. Voss. 400 m. — K. *Sudhoff*: Rudolf Virchow und die

deutschen Naturforscherversammlungen. Leipzig, Akadem. Verlagsgesellschaft. 360 m. — *Fr. Stocker*: Über Augenerkrankungen als Folge pathologischer Zustände der Nase und deren Nebenhöhlen. Bern, E. Bircher. 600 m. — *P. Schmidt*: Theorie und Praxis der Steinach'schen Operation. Wien, Rikola Verlag. 110 m. — *Levy-Suhl*: Die hypnotische Heilweise und ihre Technik. Stuttgart, F. Enke. 96 m. — *D'Herelle*: Der Bakteriophage und seine Bedeutung in der Immunität. Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. 385 m.

## Lapszemle.

### Sebészet.

**Mandulagyulladás után fejlődött genyes peritonitis** érdekes esetét írja le *E. Schilling*. A peritoneum direct fertőzőmódjai a következők: 1. leggyakoribb a gyomor-bélcsatorna perforációja; 2. ritkább az elvékonyodott bélfalon keresztülhatoló fertőző anyag; 3. nőknél a nemi szervek fertőző folyamatai; 4. a peritoneum közelében levő abscessusok áttörése; 5. genyes pleuritis a nyirokutakon keresztül; 6. hasfal-sérülések. Ritkább esetekben jön létre a fertőzés a vérrendszer útján. Az irodalomban közöltek ilyen kryptogenetikusan és másodlagos peritonitist a legkülönbözőbb fertőző betegségekkel kapcsolatosan, de ezeket nem ismerik el általánosan. *Nothnagel* és *Strümpell* csak a polyarthritis és septicaemia kapcsán fejlődő másodlagos peritonitist ismeri el. *Matthes* a pneumococust találta gyakran mint kórokozót, *Brunzel* a pneumococcus lanceolatust. De a pneumococcusok rendszerint csak peritonealis izmalmat okoznak. A pneumoniák kezdeti szakában mutatkozó hasfájdalmakat is gyakran ezzel magyarázhatjuk.

A fertőzés érdekes módját látjuk a szerző közölte esetben: 23 éves nőbeteg torkában fájdalmakat érez. Lázás. Két nap múlva hasfájdalmak jelentkeznek diarrhoea kíséretében. A betegség hetedik napján, mint typhusgyanusat, zavart sensoriummal kórházba szállítják. Status: Facies abdominalis. Singultus. Nem hány. A nyelv száraz, barna. A nyelvszélek szabadok. A garat gyengén vörös, a mandulák duzzadtak, felrakódás nincs. A szív, tüdő ép. A has erősen puffadt, a hasfalak feszesek; mellkasi légzés. Erős defense. A lép kopogtatással megnagyobbodottnak látszik, a has erős feszülése miatt nem tapintható. A vizeletben fehérje, cukor nincs. A diazo-reactio gyengén positiv. Az üledék rendes. A szék barna, nem véres, folyékony, a beteg maga alá ereszti. Hő: 37-9°. Pulsus: 132, gyenge. Fehérvérszám: 32.000. Diagnózis: Peritonitis. Typhusvizsgálat negativ. Másnap a beteg meghalt. Boncoláslelet: A mellkasi szervek számot nem tevő elváltozásait nem tekintve, a hasból 1 liter geny ürül, mely sok pneumococust tartalmaz. Infectiós lép. A gyomor nyálkahártyáján apró vérzések. A bélben fekélyek nincsenek, a Peyer-plaqueok nem duzzadtak. A máj, pancreas és urogenitalis apparatus ép. Terhesség nem állott fenn. Peritonitis visceralis és parietalis. Ezenkívül enyhe tracheitis, kifejezett duzzanat és pír a szájadlás és garat nyálkahártyáján. A mandulák duzzadtak, lágyak, vörösek, a metszéspületről enyhe nyomásra zavaros, pneumococust tartalmazó váladék ürül. Ebben az esetben a genyes peritonitis a tonsillitis metastasisaként fogható fel. A bacteriumok csak a vér útján kerülhetnek a hasürbe. Az eset különös érdekessége, hogy másutt metástasis nem volt kimutatható. A prognózis ilyen esetben mindig kétséges, mert a vér állandóan újabb fertőző anyagot szállít a genyes peritonitis folytán már úgyis locus minoris resistentiae-vé vált peritoneumhoz. Ebben az esetben tehát már a laparotomia eredménye sem lett volna biztató. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 9. sz.) *Farkas Mária* dr.

### Ideg- és elmekórtan.

**Endogen psychosisban szenvedők serumát** egér peritoneumába oltva, annak 2—3 hétig tartó toxikus voltát mutatta ki *Weichbrodt*, míg ellenben a normális emberserum 1 cm<sup>3</sup>-ét jól tűrte az egér, ha intraperitonealisan oltották vele. A serum toxikus volta eltűnik, ha 56°-ra fölmelegítjük. Hasonlóan toxikus hatású volt a genuin epilepsiások serumá roham előtt és roham alatt, az épelméjűek sorában pedig

toxikusnak bizonyult a nők seruma egy nappal a menstruatio előtt és annak első napján, ilyen volt azoknak a seruma, a kik kénesoinjectiókban vagy kenőkúraban részesültek, ilyené lett a nyúl seruma, ha sankerje gyógyítása céljából körülbelül 42°-os testhőmérsékletet idéztek elő nála, toxikus volt némelyik infectiosus beteg seruma, de általában fajazonos vagy fajidegen serum injectiója, vagy teinjectio után is toxikussá vált az előbb nem olyan vér. (Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., 1922, aug. 15, 411. o.) *Kluge* dr.

### Szülészeti és nőorvostan.

**A szülés alatti fájdalom csillapításáról** irt hosszabb közleményében *Traugott* összefoglalja *Krönig* és *Gauss* individualizáló „klasszikus kábálom“-jától (első adag 0.00045 scopolamin + 0.01 morphin subcutan; utána egyedül scopolamin a hatás beálltáig — az appercipiálás felfüggesztése és retrograd amnesia —, morphin csak izgalmi jelenségekkor), *Böhringer* scopolamin + narkophinján (morphin-narcotinaconat), *Straub* tartós scopolamin-vegyületén, a mannit-scopolaminon, *Siegl* „amnesin“-jén (0.015 narkophin + 0.2 chinin) keresztül *Siegl* sémás módszeréig (1. injectio, 5—6 percenként jelentkező szabályos fájások esetén, tekintet nélkül a méhszáj tágasságára: 1½ cm<sup>3</sup> scopolamin = 0.00045 + 1½ cm<sup>3</sup> amnesin = 0.0225 narkophin; 2. injectio ¾ óra múlva: 1½ cm<sup>3</sup> scopolamin = 0.00045 + 1½ cm<sup>3</sup> amnesin = 0.0075 narkophin; 3. injectio 1½ óra múlva: ½ cm<sup>3</sup> scopolamin = 0.000225; 4. injectio 2½ óra múlva: ½ cm<sup>3</sup> scopolamin; 5. injectio 3½ óra múlva: ½ cm<sup>3</sup> scopolamin + ½ cm<sup>3</sup> amnesin) a használatos eljárásokat, melyek közül az utolsót ő is több ízben eredménynyel használta, de úgy, hogy a sémát a mutatkozó reactio fokához szabta. Annak az okát, hogy az ismertett eljárások mégsem mentek át a közhasználatba, a scopolaminnak és morphinnak árnyoldalaiban látja. A scopolamin csak heves izgalmi jelenségek után fejt ki altató hatását — *Meyer* valóságos dühöngéseket ír le —, míg a morphin bénítva a méh sima izomzatát, gátolja a szülés előhaladását. Ezekhez járul a szerek diaplacentaris áthatolása, a mi *Gänsbauer* és *Meyer* szerint 5%-os magzati mortalitást jelent. Megemlíti ezeken kívül *Hüssy* „veszélytelen szerét“, a „tachin“-t (61.4% dionin + 38.6% diallylbarbitursav), melyből 4 tablettát adnak 1—2 órás időközönként, a mi azonban inkább csak a beteg megnyugtatására alkalmas, továbbá a *hypnotikus* kábálomot, mely szép kilátásokra jogosít. *Simpson* „chloroform-félálma“ fájásgyengüléssel és a magzat veszélyeztetésével jár. *Wederhake* chloroform-aether-kábítása az anya felső légutaira hat károsan a protrahált aether-narcosis folytán. Még legelfogadhatóbbnak tartja, de csakis a szülés legfájdalmasabb szakában, a fejnek a vulván való kilépésekor, a *Krönig* által a szülészeti bevezetett chloraethyl-kábítást.

A szerző egyébként normalis szüléskor még a szülő nő kifejezett kívánságára sem tartja indokoltnak a kábálom megindítását; csakis akkor látja jogosultnak, ha az asszony erősen psychastheniás, neuropathiásan terhelt vagy ha megelőzőleg valamilyen elmebajon ment már keresztül. (Klin. Wochenschrift, 1922, 27. szám.) *Temesváry Ernő* dr.

### Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

**Az idült izületi betegségek** ellen *Peemöller*, a hamburg-eppendorfi physikai-therapiás intézet vezetője szintén nagyon jó eredménynyel használja az yatren-casein-befecskendezéseket, a melyeket *Bier* tanár klinikájáról ajánlottak nemrégiben. Az yatren-casein-oldatok ampullákban készen kaphatók (a marburgi „Behringwerke“ készíti). Első befecskedésnek a gyengébb oldatból 1—2 cm<sup>3</sup>-t adunk. Ha erre góczreactio (a beteg izületek fokozott fájdalmassága és megduzzadása) áll be, a reactio teljes lezajlása után (4—5 nap) adandó második befecskendezést kisebb adaggal végezzük. Ha azonban nem állott be reactio, fokozzuk az adagot, hogy azután esetleg beálló reactio után ismét csökkentjük. Nagyon érzékeny, könnyen reagáló betegeknek csak yatren-oldatot



# Coagulen- Ciba

Szabadalmazva.

Név törv. védve.

Physiologikus, vérből,  
ill. vérképző szervekből nyert  
**vérzéscsillapítószer.**

Nem izgatja a sebfelületet, méregtelen.

Alkalmazás: helybeli, intravenosus, subcutan, peroralis.

Porok. Tabletták. Ampullák.

Díjmentes irodalom.

GESELLSCHAFT für  
CHEMISCHE INDUSTRIE  
in BASEL. Pharm. Abtlg.



Magyarországi képviselő

JAKITSCH JÁNOS, Budapest, V. ker., Wahrmann-utca 13. szám.

ADAGOLÁSA:  
BELSŐLEG: 0,25 tartalmú capsulákban  
KÜLSŐLEG: Bacilli, Globuli és Suppositoriák alakjában.

## Arhovin

Acut és chronikus gonorrhoeának erztelenítőleg hat, a fájdalmat enyhíti, a secretiót csökkenti s a vizelet aciditását növeli.

GOEDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK. LEIPZIG-BERLIN  
MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:  
**BALLA SÁNDOR ÉS TÁRSA**  
GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM, BUDAPEST VII. WESSÉLYI-UTCA 69.



Indikált: Trichophytiasis, sykosis parasitaria, ekzema, herpes stb. eseteiben.  
**LINGNER-WERKE A.-G., DRESDEN.**

Főraktár:

**Balla Sándor és Társa**  
gyógyszerészeti laboratórium  
Budapest, VII., Wessélyi-utca 69.

**Anusol**  
Suppositoria-Goedecke  
Specificum  
**Haemorrhoidák**  
ellen.

Magyarországi-főraktár:  
**BALLA SÁNDOR ÉS TÁRSA**  
Gyógyszerészeti laboratórium  
Budapest, VII., Wessélyi-utca 69.

## Sollux Verlag, Hanau a. Main,

Postfach Nr. 593.

Preussen.

**Ujonnal megjelent!**  
**A Robert Koch-féle „Tuberculosis“-díjjal**  
**kitüntetett monographia.**

„Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen für die Diagnose und Behandlung der Tuberculose.“ Von Dr. R. Gassul vom Berliner Universitäts-Institut für Krebsforschung. 66 oldal, nagy oktávalak. Füzve 27.— márka, portó nélkül.

Ezen díjazott munka magában foglalja a számos tüdőbeteg-gyógyintézetnél megejtett kérdezősködések eredményét, saját észlelések értékesítését, híres fénygyógyászok és röntgenológusok tapasztalatait. Különös értékkel bír azon kérdés végleges tisztázása, hogy mily eredmények várhatók a tüdőbetegségek kezelésében a természetes napfény és a „mesterséges magaslati napfény“ általi besugárzástól. A szerző kimutatja, hogy „mindkettő a regenerációs és az immunisatorius erőket a testsejtekben erősen serkenti“; pontos és elővigyázatos adagolásnál, valamint a betegek helyes kiválasztása és ellenőrzése mellett mesés gyógyszer és incitamentum.

### Uj! 3. kiadás.

„Die Lichtbehandlung des Haarausfalles“ von Dr. Franz Nagelschmidt Berlin. 70 oldal nagy oktávalak, kart. 45.— márka, portó nélkül.

A szerző írja: Az eddigi módszerek a hajkihullás kezelésére épp oly számosak, mint hatástalanok; Prof. Lesser a következőket mondja a bőrbetegségek című legújabb kiadású tankönyvében: „Tapsztalataink mutatják, hogy nincs szer, a mely a hajkihullást meggátolná, még kevésbé olyan, mely az új hajképződést meggyorsítaná.“ Én azon új gyógykezelési eljárás felé hajlok, melylyel a hajbetegségek kezelésében általában és az alopeciánál (hajkihullás) direkte sok esetben eklatáns eredményt tudunk elérni. Mindazonáltal ezen egyedüli hatásos kezelést igen gyakran nem alkalmazzák, minthogy a gyakorló orvosok körében még ismeretlen. E monographia ezen ismeretek terjesztésére szolgáljon.

### Uj! 4. kiadás.

„Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin“ von Dr. med. F. Thedering. 4. javított kiadás. 160 oldal, nagy oktávalak. Ára kart. 82.— márka, portó nélkül.

Bevezet a fénygyógyászat theoretikus és praktikus alapelveibe, melyeket minden modern orvosnak ismernie kell.

Rövidre szabott, érthetően megírt tankönyv, de azért oly mű, melyet az e szakmát jól ismerő orvos is el fog olvasni és tudásának gyarapodása nélkül aligha fogja félretenni. „Kiválósága az anyag teljes uralása és áthatolása, saját, többnyire eredeti felfogással. Senkinek sem szabad, a ki fénygyógyászatot foglalkozik, ezen könyvet mellőzni.“ (Prof. Kromayer.)

Utánvétes küldemények felvételének beszüntetése miatt kérjük az összeg beküldését bankjegyekben vagy bélyegekből. Fenti árakhoz bérmentesítésre mint „nyomatvány, ajánlott“ küldemény még 5% felár számítandó.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

Buday Kálmán: A kórboncolástan jelentősége az utolsó évtizedben. 449. oldal.

Balogh Mihály: Közlemény az Új Szent János-kórház I. belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Gyurmán Emil dr., egészségügyi főtanácsos) A jobb sinus Valsalvae aortae aneurysmája. 452. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Koblanck: Taschenbuch der Frauenheilkunde. — Lapszemle. Belorvosstan. Mayer és Freund: Gyuladástkeltő gyógyszereknek a bőr alá

fecskendezhetésére vonatkozó vizsgálódásokról. — Sebészet. Allen és Graham: Az intracardialis sebészet lehetőségeiről. — Ideg- és elmekórtan. Spatz: A paralysis anatomiai gyorsdiagnózisára alkalmas eljárásról. — Szemészet. Elschnig: A ganglion sphenopalatinumnak cocain-alkohol-injectióval bénításáról mint a glaukoma-gyógyítás új módjáról. — Gyermekorvosstan. Degwitz: A kanyaró kórokozójának tenyésztése és a kanyaróellenes gyógyítás élő kórokozójával. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 455–456. oldal.

Vegyes hírek. 456. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

## A kórboncolástan jelentősége az utolsó évtizedekben.\*

Irta: Buday Kálmán dr.

Igen tisztelt Nagygyűlés!

Azon nagy kitüntetés alkalmából, a melyben engem érdemen felül részesítettek azáltal, hogy a nagy Balassa emlékének szentelt mai ünnepnapon kartársaimhoz szólhatok, mindenekelőtt a saját legszemélyesebb érzéseimnek szeretnék kifejezést adni. A ki a kortársak elismerésében a legmagasabb fokra feljutott, az önkéntelenül is visszatekint az eddig megtett útra. Eszébe jutnak kezdő évei, a mikor egy-egy erős szellemű, kialakult egyéniség befolyása alatt állott; a fiatal korra az ilyen erős egyéniség domináns tulajdonságai mely benyomást tesznek. Nekem, a ki a kórboncolástanon Scheuthauer mellett öt évet, majd a sebészen Balassa utóda, Kovács József oldalán négy évet töltöttem el, nem volt nagyobb vágyam, mint hogy bennem is éljen, úgy mint Scheuthauer-ben, a folytonos haladás, ismeretszerzés iránti lelkesedés, s hogy viszont az új tanoknak én is, mint Kovács József, kritikai szemmel, a káros suggestiótól ment elfogulatlansággal tudjak a szemükbe nézni.

Érzem, hogy a valóságban nagyon keveset tudtam megvalósítani ezekből a törekvésekből; különösen budapesti tanárságom alatt előbb a háború, majd betegségem hatott nyomasztólag. Most pedig minden öszeesküdni látszik ellenünk, magyarok ellen, hogy értékes munkát folytathassunk. Van ugyan négy magyar egyetemünk, de ezzel szemben siratnunk kell sok szép magyar városunkkal együtt a magyar kultúra egyik legősbibb fészket, a színmagyar Kolozsvárt, a hol majdnem félszázadon át virágzó magyar egyetemi életet folytattak meg. Gazdasági helyzetünk miatt tudományos téren mozdulni is alig tudunk s hiába várjuk a javulást. Valóban, a mi helyzetünk sokban hasonlít az 1849-es szabadságharc utáni időkhez, a mikor a magyar orvosi világ emberei összejöveleiken lehangoltan állapították meg irodalmi, tudományos téren való elmaradásukat s nem látták a kibontakozást a nehéz viszonyokból. S itt, ha az egykorúak emlékezéseit olvassuk, Balassa nemes alakja magaslik elénk, ki nem törődve azzal, hogy hazafiségéért az Új-épületben börtönbüntetést is szenvedett, fáradhatatlanul dolgozott a jobb jövőért. Maga köré gyűjtötte a letehetségesebb és legjellemesebb férfiakat, megalapította az Orvosi Hetilapot, létesítette a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatot, s csakhamar elő is tűntek az irodalmi fellendülés csirái. Remélnünk kell ma is, hogy a Sors még jobb napokat tartott fenn nemzetünknek s hogy a magyar

\* Balassa-előadás, tartatott a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1922 október 14.-én.

orvosi tudományosság is, úgy mint Balassa korában, meg fogja találni az energikus vezetőket, a kik a mostani válságon átsegítik.

Visszatérve az engem ért nagyon megtisztelő megbízásra, úgy gondolom, hogy az Orvosegyesület, a mely az orvosgyakorlat haladása mellett az elméleti orvostudományok iránt is mindenkor érdeklődött, hallani kívánta bennem egyik művelőjét annak az elméleti szakmának, a mely a legtöbb szállal van az orvosgyakorlathoz fűzve. Úgy hiszem ezért, hogy helyesen fogom fel feladatomban, ha ennek a szakmának a jelentőségével foglalkozom s keresem, hogyan alakult annak viszonya a többi orvostudományhoz, különösen a klinikai szakmához az utóbbi 3–4 évtized alatt, a melyekre személyes tapasztalatból visszatekinthetek.

A kórboncolástan az utóbbi időkben kétségkívül elvezítette azt a túlsúlyt, melylyel még a múlt század 70-es éveiben birt. Nemcsak a sebészet és a nőgyógyászat függetlenítette magát tőle jórésztben, különösen azáltal, hogy a biopsziát műtéteivel azelőtt nem sejtett mértékben gyakorolta, hanem emancipálta magát nagy mértékben a belgyógyászat is az ő vizsgálati módszereinek hatalmas fellendülése által.

Nem akarok közismert dolgokat tárgyalni, hiszen mindenki tudja, hogy a mai kor belgyógyásza a szabatos módszerek egész sorával ellenőrzi az anyagcsereváltozásokat, nagy fökéletességre fejlesztett vegyi vizsgálatokkal mutatja ki a vér, vizelet, epe, gyomor- és béltartalom kóros alkotórészeit; hozzáfér a gerinczagi liquorhoz; a vér sejtés elemeinek szöveti eltéréseiről sokkal jobb képet tud alkotni, mint a hullai vérvizsgálat. A fertőző betegséget, a fajlagos immunitást különféle parasitológiai és serológiai módszerekkel az élő egyénen meg tudja állapítani. Mindezek koronája a röntgenezés, a mely főleg a mellkasi és hasi szerveknek nemcsak az alakjáról és elhelyezéséről, hanem a működéséről is tájékozást ad. A mai kor belgyógyásza már nem a boncolástól vár majdnem mindent, hanem a kóresetek jórésztét lényegileg fel tudja deríteni. A kórboncolástan, melynek újabb haladása kevésbé volt rohamos, a klinikai szakmához képest a hátramaradottság benyomását tette, kopott ruhájú hamupipőkének tűnt fel új ruhát öltött testvérei mellett.

A kórboncolástan régebbi uralkodó posztóját nemcsak az aetiológiai kutatásoknak előtérbenyomulása ingatta meg, hanem az is, hogy az immunitástan és a belső secretiós mirigyek tana új életre keltette a humoralis pathológiát s nehéz helyzetbe hozta azokat, a kik a cellularis pathologia egyedülvalóságát hirdették. Mivel nekem több mint 30 éven át volt alkalmam a kórboncolástanal foglalkozni, azt tanítani, boncolásokon a klinikusokkal eszmét cserélni, s minden haladást, mely az orvostudományok terén felmerült, a saját szaktárgyammal viszonyba hozni, talán nem lesz túlságos merészség, ha most megkísérlem a mérleget felállítani és lehető objektívással keresem, mennyiben változott a kórboncolástan jelentő-

sége az utóbbi évtizedek alatt. Természetesen itt a kórbonczolástannak nem az orvosképzés szempontjából való értékét kutatom, mert ilyen tekintetben annak alapvető fontosságára nézve úgy sem kell szót pazarolni, hanem azt nézem, milyen fontossága van a kórbonczolástannak mint bűvárkodási szakmának a kóresetek lényegének tisztázásában s az orvostudományok előbbrevitelében.

Jól tudom, hogy a felvetett thema kimeríthetetlenül nagy s azért meg kell elégednem azzal, hogy az egész complexumból néhány részletet kiragadjak s csak ezeket tegyem vizsgálódásom tárgyává.

\* \* \*

Azon orvosi felfedezések és eszmeáramlatok között, a melyek az utolsó 3—4 évtized alatt a kórbonczolástannak is nagyobb hatással voltak, legelső helyre kétségkívül a fertőző betegségek tanának kialakulását kell tennünk. A múlt század nyolczvanas éveitől fogva sikerült a fertőző betegségek nagy részének okozóit mikroorganizmusok alakjában megtalálni és e mikrobákat alakjuk, biológiai viselkedésük szerint élesen elkülöníteni. Méltán alakult ki ennél fogva az a meggyőződés, hogy a fertőző betegségeknek, például a lépfenének, cholera-nak, diphtheriának, tetanusnak egymástól eltérő kórképe a fajlagos virustól függ, s hogy a kórokozó tényezők kvalitása dönti el a betegségi tüneteket és ezzel együtt a kórbonczolástani változásokat is. A különleges kórokozó tehát a vizsgálódások előterébe került, a kórbonczolástani kép pedig annál is inkább elhalványult, mert a kórokozó mikroba alakjára, tulajdonságai, kulturái viselkedése, állatpathogenitása úgyszólván kimeríthetetlennek látszó területeket tártak fel a kutatásnak. A fertőző betegségekre nézve az osztályozás alapjául nem a klinikai tünetek vagy a kórbonczolástani változások szolgáltak, hanem a fajlagos kórokozók, s ezzel együtt általában is az orvosi gondolkodásban olyan törekvések jutottak felszínre, hogy a betegségek elkülönítésében a kóroki behatás tételesség a legelső helyre.

A nagy hevességgel felkarolt bakteriologiai irány azonban túlzásokba csapott át. Voltak túlzó bacteriologusok, a kik a fertőző betegségben csak a mikrobát látták meg s talán valamennyire a betegségi tüneteket is, de már a kórbonczolástani elváltozásokat jóformán ignorálták. Ezeknek szinte ideáljuk volt az olyan általános fertőzés, a mely nem lokalizált, s ezért bonczoláskor nem ismerhető fel, de a vérből vagy váladékokból valamely bacteriumot ki lehet tenyészteni, a mely állatkísérletben is pathogennek bizonyul. Ezt a gondolkodási módot élesztették, fokozták a serologia csodálatos felfedezései is, a melyek megint a kórbonczolási kép ismerete nélkül lehetővé tették a fajlagos fertőzés kiderítését. Ez irány egyik igazolásának látszott a paratyphusnak mint betegségi fajtának a felfedezése is. A paratyphus csakugyan úgy tűnt fel, mint olyan betegség, amely klinikai és bonczolási jeleiben a hastyphust utánozza s attól főképpen csak az előidéző bacterium biológiai viselkedése és a serologiai kémlés által tér el.

Szinte divatszzerű lett a fertőző betegségek tárgyalásában és vizsgálatában a kórbonczolástani szempontokat elhanyagolni. Nagy gyűjtőmunkák jelentek meg a pathogen bacteriumokról, a melyek igen részletesen foglalkoztak az egyes bacteriumok viselkedésével az emberi testen kívül a legkülönbözőbb viszonyok közt, hasábokat írtak arról, hogy ezen bacteriumra különböző desiniciens szerek hogyan hatnak, de a betegségeknek, a melyet ez a bacterium előidéz, a kórbonczolástannak és pathogenesisét néhány rövid sorról, pár fogyatékos megjegyzéssel elintéztnek vélték, holott a bacteriummal szemben az élő emberi test reactiojának morphologiai képe mégsem lehetett olyan másodrendű. A túlzó bacteriologia korában az állatpathogenitást is sokan úgy tanulmányozták, hogy csak azt nézték, hogy az állat, ha valamely bacteriummal beoltották, elpusztult-e vagy nem; a kimúlt állatot fel sem bonczolták, vagy legfeljebb azért, hogy a bacteriumot megint tovább tenyészthessék.

Ebbe a gondolatmenetbe, a mely csak a bacterium felé fordította tekintetét, jól beleillettek azok a törekvések is, a me-

lyek a typhus abdominalis bacteriaemiának iparkodtak minősíteni, a mely ugyan többnyire a belekben is okoz localis változásokat, de éppúgy lokalizálódhatik egyebütt is, például a mandulákon, vagy lefolyhat minden helyi változás nélkül tiszta septicaemia képében. Ezeknek a typhus-septicaemiáknak a legfantasztikusabb esetei persze abból az időből valók, a mikor a serologia még nem mérsékelte az ilyen csapongásokat. Élénken áll előttem egy közlemény, a melynek szerzője súlyos májráknak icterussal szövődött esetében állítólag typhus-bacillusokat tenyésztett ki a vérből s azt a véleményt koczkatja meg, hogy a lázat, a mely az utolsó napokban jelentkezett, egy typhus-septicaemia hozta létre.

Azzal a gondolatmenettel, a mely azt hirdette, hogy az az egyén, a kinek beleibe typhusbacillus került, a typhust minden esetre meg is kapja, a mely gondolkodás tehát a bacterium aktivitását olyan egyoldalúlag állította előtérbe, jól összefért az is, hogy az olyan esetekben, a mikor helyi vagy általános szöveti visszafejlődések mozdították elő valamely bacteriumnak a felszaporodását, ettől a bacteriumtól minden pathogen hatást megtagadtak s azt az ártatlan saprophyták közé iparkodtak lesülyeszteni. Különösen az anaërob bacteriumokat érte ez a lekicsinylés, annál is inkább, mivel nemcsak állatkísérletekben, hanem még a kitenyésztésekben is nehéz az ő szaporodásukhoz megteremteni azokat a kedvező feltételeket, a melyeket azok az élő emberben különleges viszonyok közt találnak. Innen van például, hogy a gázvizenyő bacillusról még a világháború alatt is azt állították, hogy az nem igazi parasita-bacterium, mert csak zúzott izomsebekben, tehát gyengült életképességű szövetekben tud felszaporodni. Kissé különösen hangzik ez az álláspont, ha meggondoljuk, hogy két egyformán zúzott seb közül az, a melyiken fertőzés nem áll be, minden különösebb reactio nélkül meggyógyulhat, míg a fertőzött esetben jellegzetes tünetek között fél nap alatt a halál bekövetkezik. Éppoly nehezen tud utat törni magának különösen az állatoltások eredménytelensége miatt a bacillus fusiformis és a gangraena-spirochaeták pathogen jelentősége is a száj-, garat- és tüdőüszkösödésekben, ámbár újabban a salvarsan-befecskendések kedvező hatása is a mellett szól, hogy az üszkös gyuladásokban a spirochaeták nem pusztán saprophyták, a melyek az elhalt szövetben zsákmányra találtak.

Egy szóval az egyoldalú bacteriologus meglehetősen táncstalanul áll minden olyan esettel szemben, a hol a bacteriumos fertőzés bonyolultabb, a hol különös localis viszonyok szükségesek arra, hogy a fertőzés bekövetkezzék. Mint minden téren, úgy itt is a túlzásokra elkövetkezett a reactio, a túlhajtott bacteriologiai irányzat kezdi leélni magát s megint igyekeznek a pathogen mikroba mellett az emberi szervezet visszahatását is meglátni, e visszahatás sokoldalúságát méltányolni s ezzel együtt a kórbonczolástani képet is figyelembe venni. Hiszen ha a legexquisitebb pathogen bacteriumokat vesszük is szemügyre, azt látjuk, hogy a lépfenének is vannak tisztán a bőrre szorítókozó elég jötermészetű esetei, míg más lépfenefertőzések bacteriaemia vagy agyhártyagyulladás által gyorsan ölnek; a diphtheria-bacillus némelykor csak csekély toroklepedéket okoz, máskor a légutakba is messze leterjedő croup-hártyát, vagy súlyos tüdőgyuladást. Tehát a kétségtelenül pathogennek elismert bacteriumok által okozott fertőzések túlnyomó része sem halad mindig egyformán, mintegy szigorúan előírt úton, hanem azoknak súlyosság és kiterjedés szempontjából változataik vannak, a melyek úgy a klinikai tünetekben, mint legtöbbször a bonczolás alkalmával is kifejezésre jutnak. A mi éppen a már említett paratyphust illeti, ennek bacillusa által előidézett fertőzések helyük és kiterjedésük szerint annyira sokféleknek bizonyultak, hogy a „paratyphus“ név magában azok jelölésére elégtelennek látszott s szükségesnek mutatkozott még a bélre lokalizált esetek közt is az „enteritis paratyphosa“ és „paratyphus abdominalis“ elnevezéssel különbséget tenni aszerint, hogy a béltünetek inkább a dysenteriának, vagy a typhus abdominalisnak megfelelőek. Az enteritis paratyphosa-esetek bonczolásakor diffus bélgyuladást találunk, míg a paratyphus abdominalis esetei-

ben a typhushoz hasonló bélelváltozásokat. Tehát a klinikai képbeli eltérések kórbonczolásiilag is kifejezésre jutnak, holott a kétféle typhusból kitenyészített paratyphus-bacillusok közt sem biológiai, sem serologiai, sem állatpathogenitásbeli lényeges különbséget nem találunk.

Egyáltalában fel kell tennünk, hogy a pathogen bacteriumok jórészenek virulentiabeli ingadozásai igen jelentékenyek s éppen ezeket a különbségeket tükrözik vissza a kórtünetek és a bonczolási eltérések, míg keveset tudnak róluk mondani azok a vizsgálatok, a melyek csupán az emberi testből kiemelt bacteriummal foglalkoznak. Gondoljunk csak a streptococcus-fertőzések gazdag skálájára s vessük szembe vele, hogy mily kevés sikerre vezettek azok a fáradozások, a melyek a streptococcus-fertőzések eltérő képeit pusztán a bacterium alakai, biológiai tulajdonságaiból vagy állatpathogenitásából akarták levezetni. A streptomycosis és staphylococcus nevet megalkották ugyan, de ezeknél a pusztaneveknél a fertőzés horderejét illetőleg szinte többet mond, ha megjelöljük a kóros elváltozás helyét, szöveti természetét, vagyis ha megmondjuk, hogy endocarditis ulcerosáról, osteomyelitis purulentáról, pyaemiáról, carbunculusról, erysipelusról vagy phlegmoneról van-e szó.

Hogy valamely pathogen bacteriumnak az emberi testből való kitenyészíthetősége, vagy annak serologiai kimutathatósága a vérben még nem jelenti azt, hogy az illető abban a betegségben, melyet a bacterium elő szokott idézni, csakugyan szenved vagy szenvedett, ezt ma már nem kell bizonyítanunk, a mióta ki van mutatva, hogy az influenza, typhus, paratyphus, diphtheria és cholera mikrobái egészséges emberekben alkalmilag vagy tartósan is előfordulhatnak, s a mióta bebizonyult, hogy a védőoltásokban részesült egyének vére az illető bacteriumot fajlagosan agglutinálja.

Van-e jogunk tehát a parasitologia nagy vívmányai után is fontosnak tartani valamely fertőző betegség kórbonczolási képét? Azt hiszem, minden újabb nyugodt megfigyelés azt domborítja ki, a mi sokak előtt egy időben kissé elhomályosodott, hogy tudniillik a fertőző betegségben a kórokozó mikroba csak az egyik tényező s nem a mikroparasita felszaporodása a betegség, mert hiszen a bacillusgazdák epehólyagjában felszaporodnak a typhusbacillusok, hanem a fertőző betegség az az ártalmas hatás, a melyet különleges viszonyok közt a pathogennek ismert bacteriumok az emberi testben keltenek. Ennek a reakciónak a nagy változatossága jórészen attól függ, hogy az emberi ellenállás, illetőleg hajlamosság ugyanazzal a bacteriumfajjal szemben nagyon különböző lehet nemcsak különböző emberekben, hanem ugyanabban az emberben is az ő élete különböző időszakaiban.

A reactio foka, a súlyosabb és könnyebb fertőzések sokféle árnyalata a kórtünetek mellett a bonczolási képben fejeződik ki leginkább s a fertőzés útját is a kórbonczoláshoz fűzött bacteriologiai és szöveti vizsgálatokkal lehet legjobban ellenőrizni.

Hogy a fertőző betegségek tanulmányozásában azok egyes jellemző vonásainak megállapítása által a kórbonczolástan kiváló szolgálatokat tehet még akkor is, ha közvetlenül nem járul hozzá a kóroki viszonyok tisztázásához, arra nézve bizonyítékul hivatkozom a kiütéses typhusra, a melynek eseteiben az apróbb erek szöveti változásainak diagnostikai fontosságát nem olyan rég derítették ki. Hivatkozhatom továbbá a spanyol influenzára, a melynek megvolt a maga sajátlagos kórbonczolástani képe; ha a bonczoláskor a légcsőben szétzört apró pörköket, a tüdőben diffúz vérzéses, vizenyős gyuladásokat, genyes lymphangioitiseket látunk, ebből az együttes képből a klinikai tünetek ismerete nélkül is határozottan fel tudtuk ismerni a spanyol influenzát, míg a tétova és banalis bacteriologiai leletben kevés volt az igazán jellemző.

A sokféle fertőző betegség közül itt csak a legfontosabbra szeretnék néhány szóval kitérni: tudniillik a tuberculosisra, a mely egyik legnevezetesebb ütköző terület lett a kórbonczolástan és a szorosan vett bacteriologiai vizsgálódási irány között. Ezeknek az összeütközéseknek egyik történelmi

nevezetességű, mondhatni szinte tragikai mélységű mozzanata volt az, mikor a halhatatlan érdemű *Koch Róbert* az ő tuberculinját nyilvánosságra hozta és sikeresnek látszó állatoltásokból azt következtette, hogy a tuberculinoltások a gümőkört továbbhaladásában megállítják és a gyógyulás felé terelik. A velem egykorú kartársak még emlékeznek arra az örömmámorra, a mely az orvosi és laikus világon egyaránt erőt vett, a mikor a legilletékesebb ajkáról hallotta, hogy az emberiség régi makacs ellenségét sikerült megfékezni. Ugyanezek a kartársak emlékezni fognak arra is, hogy az illuziókból a rideg valóságra való keserű felébredést *Virchow* bemutatásai hozták meg, a ki a tuberculinnal hosszasan kezelt bonczolásokor friss gümős eruptiókat talált a tüdőben s készítményekkel bizonyította, hogy a tuberculinoltások még siettetik a gümős góczok szétmállását s ezáltal a gümőkór előhaladását. *Virchow* ez állításai valóban bizonyultak s bele kellett nyugodnunk abba az értelmezésbe, hogy a tuberculinoltás csak a kísérleti állatok gümőkórját gyógyítja meg, míg az emberi gümőkór csak különös esetekben hat kedvezőleg. A mi ezeket az állatkísérleteket illeti, ezekről *Uhlenhuth* a német belgyógyászok tavalyi congressusán tartott előadásában akként nyilatkozik, hogy a tuberculinkezelés kísérleti alapjai elég gyengék; sajnálkozva említi, hogy *Koch* sem 1890-ben, sem 1897-ben, a mikor az ő két tuberculinkezelésményét ismertette, nem adott bővebb közlést azokról az állatkísérletekről, a melyek nyomán a tuberculin gyógyító hatását felvette. *Kitasato*-nak van még idevágó közleménye, a melyről *Uhlenhuth* megállapítja, hogy a tuberculin gyógyító hatása ebből sem nem tekinthető bebizonyítottnak, mert csodálatosképpen sem az állítólag gyógyult, sem pedig a kezelés dacára gümőkórban elpusztult tengerimalacokat nem bonczolták fel.

A gümőkórra nézve a *Virchow* és *Koch* közti emlékezetes jelenet óta a mai napig sokszor volt kénytelen a kórbonczolástan a kísérleti bacteriologiai irány tanaival szembeállítani a maga leleteit. A gümőkórnak, mint kifejezetten chronikus betegségnek a kifejlődésmódja egyike a legnehezebb problémáknak és különösen a legelső fertőzés kapuját, a bacillus behatolási helyét nem könnyű megjelölni. A kétségtelenül megállapítható tények oly fogyatékosak, hogy mellettük tág tere nyílik a hypothesiseknek. Különösen *Behring* iparkodott azt bizonyítani, hogy a legtöbb tüdőgümőkóros fertőzés a tápcsatornán át történik, tehát a gümőkór-esetek nagy része intestinalis eredetű. A kórbonczolásokat végzők ezzel szemben hivatkoztak arra, hogy a tüdőnek és a tüdőkapu nyirokcsomóinak az izolált gümőkórja aránytalanul túlnyomó a bél- és bélfodri mirigyek gümőkórjához képest s ezen az alapon inkább a bronchogen gümős fertőzést tartották gyakoribbnak. Ujabban mind több hívőre talál az a felfogás, a melyet a kórbonczolók kezdettől fogva képviseltek, hogy tudniillik a bél felől való gümős fertőzés ritkább s hogy a gyermekkorban is legtöbbször a légutakon át hatol be a gümöbacillus a szervezetbe. Kísérletek bizonyították, hogy a tápcsatorna felől való fertőzéshez sokkal több gümöbacillusra van szükség, míg a légzőutak felől kevésszámú bacillussal is sikerül az infectio.

Ezzel azonban még nem volt vége a gümőkór körüli controversiáknak. Jött az allergia fogalmának megalkotása, a gümőkóros jelenségeknek az allergia alapján való értelmezése. A gümőkór hosszas lappangását annak a külső megnyilvánulása előtt, a betegség lefolyásában való nagy változatosságot, a periodicitást e legújabb irány képviselői, a kik magukat immunobiologusoknak nevezik, méltán fogják fel úgy, mint a szervezetnek a gümöbacillussal való állandó harcát s ennek folyamán az ellenálló képességének egészben való erősödését vagy gyengülését. Az ilyen egyetemleges felfogás az ő általánosításra való hajlandóságában a részleteket természetesen elhanyagolja s nem sokat törődik azzal, hogy a szervezetnek mely részei, milyen fokban és kiterjedésben gümőkórosak, inkább csak a fertőzöttséggel szemben kifejtett ellenállás mértéke érdekli.

Különös nyomatékkal hivatkoznak az immunobiologusok arra, hogy a peribronchialis mirigyek ben nem egyszer sikerül

gümöbaccilusokat kimutatni olyanokban, a kik az allergiás vizsgálatok szerint gümőkórral fertőzöttek voltak, de e nyirok-csomókban gümöket szöveti vizsgálattal nem lehetett kimutatni, legfeljebb lymphoid hyperplasiát, tehát nem fajlagos reactiót. Vagyis a gümőkór mint fertőző betegség fennállhat, még mielőtt morphologiailag kimutatható volna. Mi sem természetesebb, hogy ennek a modern álláspontnak útjában áll az a kórbonczoló, a ki a gümőkór fogalmát bizonyos határozott jellegű s egyes helyekre lokalizált szöveti változásokhoz fűzi. Mennyire útjában áll ez a conservatismus az immunobiologusok szárnyaló eszméinek, arra nézve legyen szabad hivatkoznom *Hayek*-re, a ki azt mondja, hogy a gümőkór kérdésében a kórbonczolástani gondolkodás valóságos kerékkötője a biológiai vizsgálódásoknak. Ezzel szemben utalok arra, hogy a tüdőgümőkórnak *Aschoff* szerint való típusokba osztását a klinikusok is általában méltányolják, mert az abban ajánlott kórbonczolástani megkülönböztetés exsudatív-sajtos és granulatiós-rostos alakokra egyúttal kifejezésre juttatja a gümöbaccillussal szemben való védekezőképességnek különböző fokát is. Utalhatok arra is, hogy a gümőkór mint egységes betegségnek újabb felosztása három időszakra, nevezetesen elsődleges affectióra, másodlagos terjedésre a nedvpályákon és harmadlagos helyi phthisisre, ez a felosztás, mondom, a mint maga *Ranke*, a ki ajánlotta, hangsúlyozza, a bonczolási leletek számbavételével készült, ámbár *Ranke* az allergia szempontjait is erősen előtérbe állítja.

Mi a legnagyobb rokonszenvvel nézzük az immunobiologusok nehéz munkáját, a melylyel ők a gümőkóros fertőzés legelső stadiumait igyekeznek kideríteni s készséggel meg fogunk hajolni minden idevonatkozó positiv megállapításaik előtt s őket törekvéseikben annál kevésbé fogjuk vétőinkkal gátolni, mert éppen *Weichselbaum*, tehát kórbonczoló volt az, a ki tanítványával együtt a gümőkóros fertőzésnek említett lymphoid stadiumaira nézve, a mikor jellegzetes gümők még nincsenek, beható tanulmányokat folytatott. Viszont azonban meg merem kockáztatni azt a véleményemet, hogy a phthisiologusnak, akár a gümőkór gyógyítását, akár annak megelőzését tartja kutatásai céljának, éppen erre a betegségre nézve, a mely localisatiójában, kiterjedésében, súlyosságában annyira változatos, nem szabad figyelmen kívül hagynia az érintkezést a bonczolásokkal, a melyek a gümőkór helyét, kiterjedését, a gümős reactiók minőségét, a gyógyulást, kiújulás jelenségeit, sőt nem ritkán az elsődleges gümős góczot is elénk tárják, egy szóval ennek a betegségnek a sokféle arczatáról hű képet nyújtanak.

A másik legfontosabb fertőző betegségről, a luesről nincsen sok mondanivalóm, mert szinte nyitott ajtókat török be, ha azt hangsúlyozom, hogy a Wassermann-reactio ugyan nagyon becses diagnostikai eszköz, ha arról van csak szó, hogy fertőzve van-e valamely szervezet syphilissel, de viszont sokszor cserben hagy, ha azt keressük, hogy valamely helyi megbetegedés lueses természetű-e vagy nem. Ha például valakin a klinikai vizsgálatkor aortabillentyű-elégtelenséget és positiv Wassermann-reactiót állapítottak meg, azért még nincs jogunk ezt a billentyűelégtelenséget feltétlenül syphilisnek tartanunk, mert megtörténhetik, hogy a bonczolás egy elhúzódó fekélyesedést derít ki az aortabillentyűkön és az aorta behártyája ép s akkor a positiv Wassermann-reactio daczára mégis csak a bonczolási és szöveti képnek kell hinnünk, a mely a syphilises eredet ellen szól. Viszont egy petefészek-daganatot, ha az a gümöbaccillus szöveti szerkezetével bír és spirochaetákat is tartalmaz, éppen e szöveti lelet alapján minősíthetünk gummának, holott pusztán a positiv Wassermann-reactio megfelelő anatómiai és szöveti jelek nélkül nem jogosítana fel erre.

A lues megismerésére vonatkozólag különben a szövettani-parasitológiai vizsgálatok újabb is hoztak haladást, a mennyiben a paralysis progressivára nézve tisztázták a spirochaeták előfordulását a központi idegrendszerben, azok viszonyát az idegdúcsejtekhez, tehát a mikroparasiták localis viselkedésére nézve itt is értékes adatok birtokába jutottunk a morphologiai vizsgáló módszerek révén.

Két más fontos fertőző betegségnek, az aktinomykosisnak és lymphogranulomatosisnak a biztos megállapítása ma is majdnem kizárólag mikroszkopiumi, illetőleg szöveti vizsgálatok alapján történik.

(Folytatása következik.)

Közlemény az Új Szent János-kórház I. belgyógyászati osztályáról.  
(Főorvos: Gyurmán Emil dr., egészségügyi főtanácsos.)

### A jobb sinus Valsalvae aortae aneurysmája.\*

Irta: *Balogh Mihály* dr.

A sinus Valsalvae aortae aneurysmája a ritkább leletek közé tartozik. Az alábbi esetet, az aneurysma e ritka alakját, úgy klinikai, mint pathologiai-anatómiai szempontból érdekesnek tartottam a közlésre. Az eset a következő:

K. M., 40 éves vasuti szivattyúkezelő, 1921 június 13.-án jelentkezett osztályunkon felvételre. Anamnesisében előadja, hogy 13 és 28 éves korában typhusa volt, 35 éves korában pedig gonorrhoeája és lágyfékelye, melyet localisan kezeltek. Naponta átlag egy liter bort iszik. Mindig nehéz testi munkát végzett. 1920 augusztus óta beteg; akkor gyors futás után fulladt, erős szívdobogást kapott. Azóta nehéz lélekzés és szívdobogás miatt dolgozni nem tud. Az utóbbi hetekben állapota rosszabbodik: nyugalomban is nehéz a lélekzése, szívdobogása van, köhög, lába megdagadt. Status praesens: A jól fejlett és táplált férfi-beteg bőre és látható nyálkahártyái halaványak. Közepes lábszár-oedema. Ascitese, meteorismus nincsen. Májja kissé duzzadt, érzékeny. A lép rendes. A tüdők felett kissé hangzatos a kopogtatási hang, a tüdőhatárok a rendesnél mélyebben állanak; hallgatódzasi eltérés nincsen. A szívcsücsök az V.-VI. borda között, a bimbóvonalban van, három ujj széles, emelő; a szívtompulat a III. bordán kezdődik, jobbra a jobb szegycsontszélig ér. A mellkason, a sternum felett rendellenes tompulat nincsen. A szívcsücsön és basison erős systolés és diastolés zöreje hallható, mely a nagyerek felé erősbödik s punctum maximuma kifejezetten a pulmonalis felett van. A peripheriás ereken élénk pulzálás látható. Peczkelő radialis pulsus; az érverés percenként 104. Capillaris pulsatio a körmökön. Pulsus sonans a peripheriás erek felett. Vérnyomás 120-145 mm. (Riva-Rocci). Wassermann-reactio: ++++. Diagnózisnak aortabillentyű-elégtelenséget, és gyanút aortaaneurysmára vettünk fel. A Röntgen-átvilágítás azonban ezt a gyanút nem erősítette meg, a mennyiben aortaaneurysmát nem tudott kimutatni, csak harántirányban, főleg jobbra szélesebb szívárnyékot talált. A beteg állapota, daczára a digitalis-kezelésnek, egyre romlott és szívgyengeség tünetei mellett június 27.-én meghalt.

A bonczolati jegyzőkönyvnek (*Minich Károly* dr., egyet. m.-tanár) a szívre vonatkozó adatai a következők: „A szív mindkét felében megnagyobbodott és tágult; 11.5 cm.-nyi hosszú, a pitvarkamrai határszelen 12 cm.-nyi széles és 8.5 cm.-nyi vastag. A két kamara közül a baloldali tágultabb és ennek megfelelően a szívcsücs túlnyomó részben a bal kamara által alkotottnak bizonyul. A kamarákkal szemben a pitvarok csak közepes tágnak mutatkoznak. A szívburok zsigeri lemeze általában fénylő, a hátulsó felületen elmosódott határokkal tejszerűen zavaros. A koszorús barázda haránt ága mentén kölesnyi-mákszemnyi véresek vannak, a melyek helyenként szigetesen összefolyóknak és lencsényi és nagyobb foltok alakjában ujnyi szélességű sávot alkotnak, a mi különösen a hátulsó felületen feltűnő. Egyébként a szívkamarák felületén elszórtan mákszemnyi hasonló véresek találhatók. A pitvarokon a szívburok lencsényi-babnyi véresekkel foltos. A szív izomzata baloldalt 12-13 mm.-nyi, jobboldalt 6-7 mm.-nyi. A bal szívkamara belső felületén, a belső szívhártya alatti rétegben úgy a gerendázatok területében, mint a szemölcsös izmokban a szívizomzat halvány zsemlyesárga pettyektől foltos és ez a foltozottság 3-4 mm.-nyi mélységig a kamara izomzatára is áterjed. Az izomzat többi része egyenletesen halvány vöröses-barna színű és közepesen tömött. Ugy a gerendázatos izomzat, mint a szemölcsös izmok kifejezetten lelapítottak. A jobb és bal vivőeres szájadék közepesen tág, billentyűik vékonyak, ínhúrjaik 2-3 cm.-nyiek, czérnavastagok. A jobb és bal pitvar belső felületén egyenetlenség nincsen. Az aorta a billentyűk szabad széle magasságában 7 cm.-nyi kerületű; kezdeti részén a falzat, különösen előre kérgesen megvastagodott és az arteria pulmonalissal hegesen összenőtt. A hátulsó felületen ellenben a falzat aránylag vékony és rugalmas. Elül és oldalt falzata 4-7 mm.-nyi és a metszslapon különösen a belső és középső hártya az, a mely a megvastagodást okozza. A hátulsó falon a falzat csak 2 mm.-nyi. Belső felülete hátul egészen véve síma és csak egyes mákszemnyi halvány szürkés-sárga előemelkedések látszanak rajta; az elülső és oldalsó falon ellenben szürkés-fehér sclerosisos előemelkedések kíséretében kötegesen előemelkedő és csillagos, felületesen behúzódtott hegesedések látszanak, a melyek a felületet hullámosá teszik. A felhágó részletben az intima általában síma és csak egyes mákszemnyi-kölesnyi sárgás pettyek vannak rajta. Az isthmusban ezzel ellentétben, hozzávetőlegesen két harántujjni széles, kórkörös sáv területében az intima sclerosisos előemelkedésektől és heges behúzódsoktól teljesen egyenetlen és itt a kerület 5.7 cm.-nyi. A lehágó részletben

\* A Közkórházi Orvostársulat 1922 május 17.-i gyűlésén tartott előadás.



a falzat rugalmas s az intimán kölesnyi sárgás foltok csak elszórtan találhatók. A kerület a 2. bordaüthöz eredése magasságában 4-7 cm.-nyi. Az aorta félholdalakú billentyűi közül a hátulsó egészen vékonyfalú, a faltól jól emelhető, áttetsző és csak annyiban mutat eltérést, hogy jobbszéli részleténél részben az aorta falára, részben a mögötte fekvő Valsalva-öbölre kiterjedő szürkésfehér lapos előemelkedés van és hogy a jobboldali billentyű szélével néhány mm.-nyi hosszban eresztéke hegesen összekapaszkodott. E billentyű a szokásosnak megfelelően harántul, az aorta harántátmérője irányában vízszintesen fekszik. A bal félholdalakú billentyű elhelyeződése annyiban mutat eltérést, hogy annak jobboldali vége 5 mm.-rel mélyebb elhelyeződésű, mint a balszéli részlet és ezáltal a billentyű jobb felé kissé lejt; egyébként a billentyű szövete áttűnő. A jobb félholdalakú billentyű ferdén fekszik, és pedig oly módon, hogy jobbról bal felé lejtő körülbelül 60°-os szögletben helyeződött el és ezáltal a billentyű balszéli részlete a baloldali billentyű jobbszéli részletétől 11 mm.-nyire a kamara üre felé dislokálódott és e szétterés területében a szájadékon billentyű tulajdonképpen nincsen. A billentyű aránylag keskenyebb és alacsonyabb a másik kettőnél, azonban eléggé áttűnő és csak kissé vastagabb szövetű. Az elülső félholdalakú billentyű e rendellenes elhelyeződése azáltal feltételezett, hogy a szájadék területében úgy a billentyűk feletti, mint alatti részleten az aorta és a kamarasövény elülső fala laposan elődomborodott, egy, a jobb Valsalva-öböl elülső feléből kiinduló zsákszerű tágulat miatt. A jobb Valsalva-öbölben, a mely a billentyű lefelé történt dislocatiója következtében az aorta üre felé nyitottabb, mint a hátulsó, annak elülső feléből  $2 \times 1$  cm.-nyi szabálytalan háromszögű nyílással egy zsákszerű tágulat indul ki, a mely elsősorban előre és rézsutosan a szívcsúcs felé terjed. Az üreg az arteria pulmonalis conusa és a kamarasövény között terül el; rézsut hosszirányú elhelyeződésénél fogva hossz tengelye a jobb



koszorús ütőér szájadékától kezdve rézsutosan a szívcsúcs felé irányul. 5-5 cm.-nyi hosszúság mellett 3 és 2 cm.-nyi szélességi átmérővel bír. Az aorta íve felé az üreg határa a félholdalakú billentyűk szabad szélét hozzávetőlegesen 1 cm.-nyivel haladja meg. Jobb felé a jobb koszorús ütőérig, a szívcsúcs felé pedig hozzávetőlegesen a conus pulmonalis kezdeti részéig követhető. Az üreg az arteria pulmonalis kezdeti részének hátulsó falát elmosódott határokkal előbóltosítja, és pedig oly módon, hogy a leginkább előemelkedő részlet a bal pulmonalis billentyű területébe esik. Ez előemelkedés következtében a pulmonalis baloldali félholdalakú billentyűje lefelé dislokálódott, és pedig oly mértékben, hogy a billentyű jobboldali széli részlete a jobb billentyű baloldali széli részletétől 20 mm.-nyire eltávolodott; vagyis a két billentyű között 20 mm.-nyi szakaszon a szájadék nyitott. Az üreg mindenütt intimával bélelt s felülete hullámosan egyenetlen és háromnegyed részével a kamarasövény izomzatában, helyesebben a kamarasövény és a conus pulmonalis kérgesen megvastagodott kibélelése között helyeződött el. A bal szívkamara felé is előbóltosítja a falat és ennek következtében az aortaszájadék felé vezető út épp úgy, mint a pulmonalis szájadék, félholdalakot nyert." (Lásd a rajzot.)

A leírt eset tehát a jobb Valsalva-öböl elülső (bal) feléből kiinduló és mindkét szívkamara conus-részletébe előbóltosuló olyan valódi aneurysma, a mely ez előbóltosulás következtében úgy a pulmonalis, mint az aorta-szájadékot megszükitette s az aorta jobb, valamint a pulmonalis bal-

oldali félholdalakú billentyűjét oly mértékben dislokálta, hogy a billentyűk e dislocatio következtében a szájadékok tökéletes zárására elégtelenné váltak.

Rokitansky a sinus Valsalvae aortaéből kiinduló aneurysmát intravalvularis aneurysmának nevezte el, megkülönböztetéstül az intervalvularis aneurysmától, melylyel két billentyű-tasak között keletkezett aneurysmát jelöl meg, a mely szíjjelválaszt két sinust és két billentyűt (*Blume*).

Az intravalvularis aneurysma ritkaságának talán az az oka, hogy a súlyos és kiterjedt endarteritis és lueses érfal-megbetegedést, mely a mellkasi aorta többi részén oly gyakran fordul elő, a Valsalva-öböl falán aránylag ritkán látjuk.

Leggyakoribb a jobb Valsalva-öböl aneurysmája, ritkább a balé s még ritkább a hátulsó öböl aneurysmája. Ennek okát a három Valsalva-öböl anatómiai és topographiai viszonyainak eltéréseiben kereshetjük. Szükséges tehát, hogy a három Valsalva-öböl falának szerkezetével és helyzetével részletesen foglalkozzunk.

A jobb Valsalva-öböl a kamara-választófal hártás része felett és kissé előtte fekszik. Fala fejlődéstani szempontból a septum aorticum inferius (*His*) alsó részének felel meg, a mely választófal az aorta és a jobb kamara között és a melyből a hártás septum és az izmos septumnak szorosán a hártás septum előtt fekvő része fejlődik. A jobb Valsalva-öböl falának elülső része a jobb kamarához tartozó izomnyalábhoz fekszik, a mely nyaláb felülről és hátulról, előre és lefelé az izmos kamara-választófalba megy át a hártás septum és ostium pulmonale között; az öböl hátulsó része pedig közvetlenül a hártás septumba folytatódik. A jobb Valsalva-öböl fala az aortafal rugalmas rétegéből, intermediaer kötőszövetből és elülső részében a jobb kamarához tartozó izomzatból is áll. A másik két öböl falhoz viszonyítva vékonyabb; vékonyfalúságának és helyzetének tulajdonítható, hogy az aneurysma itt gyakrabban fejlődik, és éppen ezért *Kraus* „locus minoris resistentiae“-nak nevezi. Az itt fejlődő aneurysma legtöbbször lefelé a septum ventriculorumba terjed s ritkábban a bal, gyakrabban a jobb kamara üregébe domborodik; de irányulhat az aneurysma jobbra és felfelé a pulmonalis felé is, ritkább a jobb pitvar felé vagy kifelé és felfelé az aorta felé való terjedése. A lefelé irányuló aneurysma, ha az öböl elülső részéből indul ki, a hártás septum, illetőleg a medialis háromhegyű billentyűvitorla és az ostium pulmonale között fekszik s falában az említett anatómiai viszonyok következtében izomrostok is vannak. Az öböl hátulsó részéből kiinduló és lefelé irányuló aneurysma pedig a medialis és elülső háromhegyű billentyűvitorla között fekszik s a fala csak hártás. Az egész öböl falból kiinduló aneurysma falát pedig részben izomrostok fogják alkotni, részben pedig hártás lesz (*Kraus, Hart*).

A bal Valsalva-öböl az elülső kéthegyű billentyűvitorlához fekszik hozzá s falát vékony izomlemez és az elülső kéthegyű billentyűvitorla alkotja. A bal Valsalva-öbölből kiinduló aneurysma vagy lefelé a bal kamarába domborodik, eltolva az elülső kéthegyű billentyűvitorlát, vagy pedig a bal kamara izomfalába terjed és ez esetben intramuralis aneurysmának hívják. Ilyenkor a bal kamara izomzatának csökkent ellenállóképességét valamely előző gyuladós folyamatnak tulajdonítják (*Glass, Sommer*).

A hátulsó Valsalva-öböl a pitvarok falához fekszik s a pitvarizomzat az öböl falat körül fogja. Kamara-dia-stole idején, mikor az öböl falakra a vér nyomása teljes súlylyal hat, ez az izomzat összehúzódik és ezzel védi az öböl falát s fokozza ennek ellenállóképességét a másik két öböl falhoz viszonyítva. A hátulsó Valsalva-öböl aneurysmája a bal pitvar felé terjed (*Sommer*). Tisztán a hátulsó Valsalva-öbölből kiinduló és egyedül fennálló aneurysma nem ismeretes; legtöbbször a jobb Valsalva-öböl aneurysmájával együtt szokott előfordulni (*Blume és Hart* esete). Ennek az az oka, hogy a hátulsó öböl jobb felének épp úgy topographiai vonatkozása van a hártás septumhoz, mint a jobb Valsalva-öböl hátulsó felének. A hátulsó öböl jobb felét ugyanis részben a hártás septum alkotja és így e falrészlet az öböl többi részéhez viszo-

nyitva vékonyabb és kevésbé ellenálló, minthogy az aortafal rugalmas rétegét nem tartalmazza. Hogy ezek ellenére a hátulsó Valsalva-öböl aneurysmája, még a jobb Valsalva-öböl aneurysmájával szövődve is oly ritkán fordul elő, annak oka abban kereshető, hogy a hártás septum nagysága igen változó és így a hátulsó Valsalva-öböl falához való s fentemlített topographiai vonatkozása nem állandó (Noack).

A hártás septum tisztán kötőszövetből álló kicsiny lemez, melyet a jobb és bal kamara felől az endocardium borít be. A bal kamara felől nézve kis háromszögű lemeznek látjuk, mely az aorta jobb és hátulsó billentyűje között és attól kissé előre fekszik. A jobb kamara felől nézve legtöbbször nem látjuk, a mennyiben legnagyobb részét elfedi a róla eredő medialis háromhegyű billentyűvitorla. Nagysága változó; egyes esetekben oly nagy, hogy a kamara-választófalnak a felét teszi ki és felfelé a jobb pitvarba terjed, más esetekben pedig oly kicsiny, hogy csak nehezen ismerhető fel csökevényes kis lemez alakjában. Vastagsága függ az őt alkotó kötőszövet erősebb vagy gyengébb fejlettségétől és a két oldalról beborító endocardiumnak vékony vagy vastag voltától (Krzywicki). A hártás septum aneurysmájának falát csak kötőszöveti lemez alkotja s helyzete azonos a jobb Valsalva-öböl falának hátulsó feléből kiinduló aneurysmáéval, melynek fala szintén csak hártás. A hártás septum nagyságának változó voltából érthető tehát a hátulsó Valsalva-öböl falának a hártás septummal való vonatkozásának változósága. Oly esetekben tehát, midőn a hártás septum igen kicsiny, a hátulsó Valsalva-öböl falának jobb felét nem a hártás septum fogja alkotni, hanem az egész öbölfalat az aorta elastica fali lemeze; és az ilyen öbölfal természetesen ellenállóbb (Noack).

A sinus Valsalvae aortae aneurysma keletkezéséhez a sinusfal ellenállóképességének csökkenése és fokozott igénybevétele szükséges (Blume). Az öbölfal ellenállóképességét csökkenti a falnak syphilis, endarteritis és a billentyűkről áterjedő endocarditis verrucosa és ulcerosa következtében beállott elváltozása; a falat fokozottabban igénybe veszi a fokozott vérnyomás, mely akkor áll elő, ha a peripheriás ellenállás endarteritis vagy az aortának kórosan szűk volta következtében megnövekszik (Hart).

Ez említett okokon kívül a jobb Valsalva-öböl aneurysmájának keletkezésében még egyéb segítőkörmények is szerepet játszanak, úgy hogy ezekből érthetővé válik az, hogy miért fordul elő gyakrabban a jobb Valsalva-öböl aneurysmája. E segítőkörmények a következők: 1. a jobb Valsalva-öböl falának már említett vékonyabb volta és topographiai helyzete; 2. a jobb Valsalva-öböl fala nincsvonatkozásban a trigonum fibrosummal, melyek a baloldali anulus fibrosusnak, a baloldali ostium venosumot patkószzerűen körülölelő csiknak csomószzerű megvastagodásai s melyek a hátulsó és bal Valsalva-öbölfal alsó részletére sapkaszerűen illeszkednek és ezáltal azoknak támasztékul szolgálnak. E támasztékot, erősítést a jobb Valsalva-öböl fala helyzete következtében nélkülözi (Noack). A harmadik segítőkörmény az, hogy a jobb Valsalva-öböl a *Rindfleisch* által leírt hullámtorlódásos vonal (Brans dungslinie) kezdeti részébe esik. *Rindfleisch* szerint ugyanígy az aorta-aneurysmák főképp azokon a helyeken keletkeznek, a melyeknek a systolés vérhullám nekiütődik. E helyek olyan spirális vonalban fekszenek, a mely vonal elül a bulbus aortae kezdődik, a felszálló részen jobbfelé, majd hátra irányul, és így húzódik a leszálló aorta hátulsó falán. A jobb Valsalva-öböl tehát, minthogy kissé elől fekszik, beleesik e vonal kezdeti részébe, és így ki van téve a systolés vérhullám erősebb nekiütődésének. Ha a billentyű ép, úgy ez megvédi az öböl falát; ha azonban a billentyű kórosan elváltozott — megrövidült, zsugorodott —, úgy a billentyű már nem védi az öböl falát, és így a systolés vérhullám közvetlenül veri az öböl falát; s ha az öböl falon is kóros elváltozások vannak, úgy az engedve e nyomásnak, aneurysmaszerűen kitágulhat (Noack). A bal és hátulsó Valsalva-öböl nem esik bele e hullámtorlódásos vonalba és így helyzetük előnyösebb a jobb Valsalva-öbölénél.

Negyedik segítőkörmény lehet a hártás septumon esetleg jelenlévő hiány, mely vagy congenitalis, vagy pedig endocarditises folyamat következtében keletkezett, és a mely éppen a jobb Valsalva-öböl falának támaszkodó alapja helyén van. *Kraus* és *Hart* között eseteiben e hiány megvolt, és e két szerző szerint e hiány következtében a jobb Valsalva-öböl fala elvesztette alapját, és így ez a hiány úgy az aneurysma keletkezésében, mint pedig annak terjedési irányában szerepet játszott. *Hart* azonban kiemeli azt, hogy az aneurysma keletkezéséhez nem elégséges a septumdefectus jelenléte, hanem szükséges még hozzá az, hogy a defectus elég nagy legyen, és hosszú élettartam (idő), hogy a visszacsapódó vérhullám az alapját vesztette jobb Valsalva-öböl-falat aneurysmaszerűen kitágíthassa.

A Valsalva-öböl aneurysmája, nagyságától és terjedési irányától függően, különböző mértékben és helyen változtatja meg a térvizonyokat a szívben vagy a nagyereken. Majdnem minden hosszabb ideig fennálló esetben aortabillentyű-elégtelenség áll elő — ép aortabillentyűk mellett is —, mert a lefelé irányuló aneurysma, főképp a vérhullám visszacsapódása, azaz diastole alatt, az egyik aortabillentyűt lefelé húzza, és ezáltal az aortabillentyűk záródása tökéletlen lesz (Blume). A billentyűk esetleges dislocatiója szintén billentyű-elégtelenségre vezet. A jobb vagy bal kamarába domborodva a két-, illetőleg háromhegyű billentyű zárásai elégtelenségét, vagy a szájadék szűkületét okozhatja. A felfelé és kifelé a pulmonalisba domborodó jobb Valsalva-öböl-aneurysma a pulmonalis szájadékot szűkíti, és ha a pulmonalis billentyűk dislocatióját, esetleg részleges vagy teljes lenövését okozza, a szűkületen kívül billentyűelégtelességre vezet.

A Valsalva-öböl-aneurysma sorsa legtöbb esetben a perforatio, mely az aneurysma elődomborodási helyének különbözősége miatt különböző irányú lehet. Így perforálhat a jobb vagy bal kamarába, a szívburokba, a pulmonalisba, a vena cavába és a tüdőbe. A mi esetünkben perforatio nem következett be és a beteg szívgyengeség tünetei között halt meg.

Esetünkben az aneurysma keletkezésének oka a lues, mely az aorta falán — és a jobb Valsalva-öböl falán is — látható érfal-elváltozásokat okozott. E mellett azonban szerepet játszott még az aortának a normalisnál szűkebb volta. Ez esetben is megvolt tehát az öbölfal ellenállóképességének a csökkenése a lueses érfalváltozás következtében, és az öbölfal fokozott igénybevétele a fokozott vérnyomás miatt, melynek oka az aorta szűkebb volta.

A Valsalva-öböl aneurysmájának a diagnosisa a beteg életében igen nehéz. Legtöbbször csak aortabillentyű-elégtelenség vétetik fel diagnosissnak, esetleg aorta-aneurysma gyanújával. Esetünkben is így volt. Itt az aortabillentyű-elégtelenség az aortabillentyűk (jobb és bal) dislocatiója és ezáltal a billentyűk tökéletlen záródása folytán jött létre; minthogy azonban az aneurysma a septum ventriculorum felső részletét, valamint a jobb Valsalva-öböl feletti aortafal-részt elődomborította, az aortaszájadék szűkülete is fennállott. Az aneurysmának a pulmonalis felé való domborodása a pulmonalis szájadék szűkületét és a bal pulmonalis billentyű nagyfokú dislocatiója következtében a pulmonalis billentyűk tökéletlen záródását, azaz billentyűelégtelességet is okozott. Minthogy a pulmonalis szájadék szűkületének és elégtelenségének mértéke — az aneurysma elődomborodása és a bal billentyű nagyfokú dislocatiója következtében — nagyobb volt, mint az aortáé, továbbá, minthogy a pulmonalis normalis helyzete is olyan, hogy közelebb fekszik az elülső mellkasfalhoz, érthetővé válik az, hogy miért volt a systolés és diastolés zöreje legerősebben a pulmonalis hallgatódzási helye felett hallható.

*Blume* azt mondja, hogy olyan esetben, midőn egy aortabillentyű-elégtelenségben szenvedő beteg hirtelen, collapsus tüneteivel meghal, akkor, ha a Röntgen-átvilágítás előzőleg aorta-aneurysmát nem talált, a Valsalva-öböl-aneurysma perforatiójára lehet gondolni. Ha pedig a beteg a perforatiót túléli, akkor a szíven talált elváltozások mellett,

éppen e perforációnak az anamnesisben való szereplése (hirtelen rosszullet, collapsusszerű állapot) kelthet gyanút Valsalva-öböl-aneurysma jelenlétére. Ehhez megfigyelésünk alapján hozzátehetjük azt, hogy minden olyan esetben, midőn a szíven talált elváltozásokból aortabillentyű-elégtelenségen kívül, éppen a pulmonalis felett legerősebben hallható zörejek miatt, még az aorta kezdeti részéből kiinduló és a pulmonalis felé domborodó aorta-aneurysmára gyanakszunk, és ha ezt a gyanút a Röntgen-átvilágítás nem erősíti meg, akkor gondoljunk a jobb sinus Valsalvae aortae aneurysmájára is.

**Irodalom.** *Krzywicki*: Zieglers Beitrag, 1889, 6. köt. — *Kraus*: Berl. klin. Wochenschr., 1902, 50. sz. — *Hart*: Virchows Archiv, 1905, 182. köt. — *Blume*: Berl. klin. Wochenschr., 1909, 28. sz. — *Sommer*: Frankfurter Zeitschrift f. Path., 1910, 5. sz. — *Glass*: Frankfurter Zeitschr. f. Path., 1912, 11. köt. — *Noack*: Zentralblatt f. Herz. u. Gefässkrankheiten, 1919, 20.—21. sz. — *Gertrud Mayer*: Zentralblatt f. Herz. u. Gefässkrankheiten, 1920, 13. sz.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Koblanck: Taschenbuch der Frauenheilkunde.** III. Auflage. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien.

A szerző kis könyvében az egész nőgyógyászati diagnosztikát és therapiát szépen csoportosítva foglalja össze. A nagy gynaekológiával és a gynaekológiát kiegészítő bacteriologiával nem foglalkozik. Részletesen tárgyalja a nemi életből származó zavarokat és külön fejezetet szentel a nasalis reflex-neurosisoknak. Ebben a fejezetben állatkísérleteivel támogatja az összefüggést az ornyálkahártya és a genitálék között, mely összeköttetés a sympathicuspályákon történik. Kitér a végbél megbetegedéseire is, valamint röviden foglalkozik az emlő néhány fontosabb megbetegedésével. A szépen megírt és rendszerbe foglalt könyv a kis gynaekologia összes gyakorlatilag fontos fejezeteit tárgyalja, s mint ilyen a gyakorló orvos számára nagyértékű. De nemcsak a gyakorló orvos, hanem a szakorvos is sok, gyakorlatilag fontos ismeretet meríthet belőle.

*Sztehlo István dr.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Gyuladást keltő gyógyszereknek a bőr alá fecskendezhetésére** vonatkozó vizsgálódásokat végzett a bécsi egyetem gyógyszer-tani intézetében *Meyer* tanár és *Freund*. Ismeretes, hogy sok gyógyszer bőr alá fecskendezésre nem használható, mert gyuladást okoz. A szerzők tehát megkísérelték, nem lehetne-e helybeli érzéstelenítő szereknek egyidejű alkalmazásával ezt a gyuladástkeltő hatást megelőzni, kiindulva *Spiess* ama tapasztalatából, hogy a helybeli gyuladások helybeli érzéstelenítéssel megszüntethetők, vagy legalább is mérsékelhetők. Állatokon, majd embereken végzett kísérletek csakugyan bebizonyították ennek a lehetőségét. A legtöbb kísérletet scillarennel és strophantinnal végezték. Mindkettő a bőr alul nem alkalmazható, mert tetemes helybeli reactiót okoz; ha azonban 1 cm<sup>2</sup> 5%-os novocain-oldattal elegyítjük, a helybeli reactio a legtöbb esetben (a scillarennél 44 eset közül 38-ban, a strophantinnál 63 eset közül 55-ben) elmarad. A következőkre azonban ilyenkor is kell ügyelni: 1. Oedemás területen ne fecskendezzünk be, mert itt a felszívódás nagyon meglágyabbodott, úgy hogy az anaesthesia megszünte után még mindig lehet annyi befecskendezett gyógyszer, hogy gyuladást okoz. 2. Adrenalin szintén késlelteti a felszívódást; a készítmény kapható adrenalin-novocain-ampullák tehát nem használhatók. 3. A befecskendezés idegtörzsek közelében kerülendő. 4. Sclerosis multiplexben, neuritisben szenvedők az anaestheticum használata daczára is gyuladással reagálnak, úgyszintén hemiplegiában szenvedők a hűdött oldalon. 5. Sterilizés céljából a novocain-oldatot csak nagyon rövid ideig szabad főzni, mert különben bomlik és sokat veszít a hatásából. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 37. szám.)

### Sebészet.

**Az intracardialis sebészet lehetőségeiről** ír *Allen* és *Graham* állatkísérletek alapján. Kezdetben főleg a mitralstenosis sebészi therapiájára irányultak vizsgálataik; sikerült is egy általuk először alkalmazott eljárással behatolni a szívüregekbe, azt minden sietség nélkül szemügyre venni, a nélkül, hogy a keringést veszélyes mértékben megzavarták volna. Cardioskopot szerkesztettek; cystoskophoz hasonló fémcső ez, egyik végén planconvex-lencsével, belsejében kis izzótesttel, kívülről egy kés van ráerősítve, hosszú, mobilis nyélen derékszögben álló pengével. Hosszas kísérletezések után úgy találták, hogy a cardioskop bevezetésére a bal fülcső a legalkalmasabb része a szívnek. Linearis sebet ejtenek rajta s a cardioskopot egyszerű ligaturával a sebbe erősítik. (Kezdetben a cardioskop megerősítésére zacskóvarratot alkalmaztak, azonban az öltésekkor az esetek 50%-ában a szív diastolében megállott.) A cardioskopot oly mélyre sülyesztik, hogy a lencséje systolekor a billentyűket érinti. Ezek ilyenkor tisztán láthatók, sőt a kést sülyesztve s visszahúzva, egyes billentyűvitorlák felkampózzhatók és hosszasan tekinthetők meg. Erőteljesebb húzásra a kés átvágja a billentyűt. Incisio után a cardioskop alatt lekötik a fülcső falát s a csonkot amputálják. Azzal, hogy varróanyagot nem sülyesztenek a szívüregbe, elkerülük a postoperativ intracardialis thrombosist. A pericardium varrata mentén rendszerint vonalas adhaesio fejlődik, azonban ez nagyobb zavarokat nem okoz, mert a fülcső területére szorítkozik. A leírt eljárással sikerült 22 egészséges kutya szívüregének 20—20 percig tartó vizsgálata. A közléskor 1 kutya 8 és fél hónappal, 2 kutya 2 és fél hónappal az operatio után még élt. Incindált mitralis billentyűiknek jeleként mindegyiken a szív felett erős systolés zöreje hallható. A többi kutya boncolásakor egyetlen egy esetben sem találtak vért a pericardialis zsákban; valamennyi esetben empyema fejlődött, tehát accidentalis fertőzés volt a közvetlen halálok. Az eljárás jelentőségét és jövőjét abban látják, hogy sikerül intracardialis beavatkozást végezni vérség, a keringés megzavarása és sürgető gyorsaság nélkül, a szem ellenőrzése mellett. (The Journal of the Amer. med. Assoc., 1922, 79. kötet, 13. szám.)

*Mészáros Károly dr.*

### Ideg- és elmekórtan.

**A paralysis anatomiai gyorsdiagnosisára alkalmas eljárást** ajánl *Spatz*. Megállapította, hogy az álomkórt leszámítva, semmiféle betegségben sem találni vastartalmú pigmentet az agykéregben perivascularisan, csakis paralysisben (lásd lapunk 1922. évi 2. számát). Tehát a frontalis kéregből vagy az Ammon-szarvból származó vékony szeleteket concentrált ammoniumsulfattal telt csészébe dobja, 1/4 óra múlva ezt a reagenst leönti és vízzel mossa a szeletkéket, melyek kissé szürkés-zöld szín alakjában már egészséges anyagon is adnak csekély vasreactiót. Paralysisben már szabad szemmel, de még inkább lupe alatt fekete pontok emelkednek ki. Ha most üvegdarabbal egy ilyen kis részletet kiemelünk és egy csepp glicerinen tárgylemezen szétterítve, mikroskop alá tesszük, sötét-zöld-fekete színben tűnnek fel a rögökkel elhalmozott erecskék. Vérség maradványaként ott heverő vaspigment más reactiót ad és ez felismerhető. Csak a positiv reactio értékesíthető, a negativ nem, mert néha például stationaer esetekben előfordulhat, hogy kevés a pigment. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 38. szám.)

*Kluge dr.*

### Szemészet.

**A ganglion sphenopalatinumnak cocain-alkohol-injectióval bénításáról mint a glaukoma-gyógyítás új módjáról** ír *Elschnig*, a ki az eljárást 9 esetben vizsgálat tárgyává tette. Kiindulva abból, hogy a ganglion sphenopalatinum bénítása hasonló hatással jár, mint a legfelső nyaki sympathicus-ganglion kiirtása és mert a súlyos glaukoma esetekben rendelkezésünkre álló gyógyeljárások kiegészítése kívánatos, *Post* az orr felől injiciált a ganglionba cocain-oldatot, majd 95%-os alkoholt 5%-os phenollal s 8 így kezelt esetben rendszerint elérte a tensio csökkenését; glau-

koma-operatio előtt mint sürgős, kiegészítő eljárást ajánlja. *Elschnig* az orrkat nagy változatossága miatt nem helyesli a ganglionnak az orr felől megközelítését, hanem az arc felől injiciál. *Payr* módjára a járomcsont processus frontalis és temporalis közti szögletben merőlegesen szúr be, majd a tú hegyének csekély emelésével elkerüli a körülbelül 3 cm. mélyen fekvő tuber maxillaet s körülbelül 1 cm.-rel mélyebben directe a trigeminus II. ágára szúr. Az ideg átszúrására jelentkező fájdalom útmutatás arra, hogy a tú jó helyen van s elérte a gangliont. Kellő elővigyázattal a járomív alatti beszúrással is sikeresen alkalmazta az injectiót. Közli 9 esetét, melyek közül 5 esetben bekövetkezett a tensio rövid ideig tartó csökkenése, de a többi esetben vagy nem volt meg a kívánt hatás, vagy éppen tensio-emelkedés jelentkezett. Ezért az eljárás gyógyító hatásáról még nem ad határozott ítéletet. A ganglion rendkívüli kicsinyisége miatt nehezen érhető el és csak akkor mondható sikeresnek az injectio, ha az orrgaratúr bizonyos része érzéstelenné vált. A további kísérletekhez kétségtelenül csak az arc felőli injectiót helyesli. Hogy már eleve nem sokat várt az eljárástól, ennek az oka a ganglion sphenopalatinumnak a szem sympathicus-ellátásában való hypothesis szerepe. Feltűnő, hogy egyes esetekben a nem injiciált oldalon is megváltozott a tensio, a nélkül, hogy az általános vérnyomás változott volna. Szerinte ez talán csak újabb bizonyítéka annak, hogy az egy nap alatt egymást gyakran követő tensio-mérések (massage is) a glaukomás és normalis szem tensióját leszállíthatják. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1922.) *Pelláthy Béla dr.*

#### Gyermekorvostan.

**A kanyaró kórokozójának tenyésztése és a kanyaróellenes gyógyítás élő kórokozókval** címmel ír *Degwitz* a müncheni gyermekklinikáról. A müncheni gyermekklinika részéről az utóbbi időben két indítvány tétetett a kanyaró mortalitásának leküzdésére. Az első *Pfaundler*-től ered és az iskola organizálására vonatkozik. *Pfaundler* szerint a csecsemő- és a gyermekkorban szedi a kanyaró leginkább az ldozatait; a kanyaró kiindulását a népiskolában látja, a honnan a gyermekek hazaviszik a családba. Tehát *Pfaundler* azt indítványozta, hogy az elemiben parallel osztályok legyenek, melyek egyikében azon gyermekek legyenek, kiknek kis testvéreik vannak otthon, míg a másokban olyanok, kiknek idősebb testvéreik vannak; járvány esetén szigorú iskola-zárás és izolálás foganatosítandó. A második indítvány *Degwitz*-től ered és a reconvalescens kanyaróserum használatáról szól. *Degwitz* szerint a kanyaró elleni küzdelem akkor volna eredményes, ha úgy mint himlőnél, kanyaróvacchinát lehetne előállítani és ha főleg állati immunsavót lehetne termelni. Mindkét célhoz a kanyaró kórokozójának a tenyésztése útján jutunk. Az eddigi kísérletek alapján az orrgarat váladékából sikerült a kanyaró kórokozóját tisztán kitenyészteni és úgy gyengíteni, hogy vaccina gyanánt alkalmazható. Ha *Degwitz*-féle tiszta tenyészettel inficiálunk kanyarótól mentes gyermekeket, ezek nem kapnak klasszikus kanyarót, hanem a kritikus időben, 12—15 nappal a vaccinatio után könnyű rhinitis és hőmérsékletemelkedés észlelhető, mely egy esetben sem volt magasabb 37,8° C-nál és csak 72 óráig tartott. Hogy ezek enyhe lefolyású specifikus megbetegedések voltak, mutatja az, hogy a gyermekek hetekkel, hónapokkal utóbb a legerősebb kanyarós fertőzés dacára sem betegedtek meg, hanem kanyaró ellen immunisnak bizonyultak. Minden esetben 1 cm<sup>3</sup>-nek tört-részt kenték 1—2 ízben vagy az orr nyálkahártyájára, vagy folyadékban bőr alá fecskendezték. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, XXII. kötet, 2. füzet.) *Csánky Tibor dr.*

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Cystitis és cystopyelitis gyógyítására** *Schottmüller* tanár (Hamburg) nagyon ajánlja az argentum nitricum-befecskendezést a húgyhólyagba. 2%-os oldatból 100 cm<sup>3</sup>-t fecskendez be vastag gummikatheteren át és lehetőleg 5 percig bent tartatja; ha nagyon erős tenesmus áll be, rövidebb idővel is megelégszik, nehogy az erős görcs a catheter mellett

a húgycsőbe juttassa egy részét az oldatnak. Az oldatnak a catheteren át kibocsátása után physiologiai konyhasó-oldattal végeztet öblítést, míg a folyadék egészen tiszta lesz. Az eljárás csak mérsékelt fájdalmat okoz, úgy hogy narcoticumra csak nagyon érzékeny egyéneknél van szükség. Néha az öblítéskor keletkező chloreztist vált ki nagyobb fájdalmat; ilyen esetben physiologiai konyhasó helyett steril vizet használ. Ritka esetekben gyorsan múló haematuria áll be, más mellékhatást nem látott a szerző; argyria sem fejlődött. Akárhányszor már egy befecskendezésre gyógyulás áll be, többnyire azonban 4—5 nap múlva meg kell ismételnit az eljárást, esetleg 3—4-szer is. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 23. szám.)

**Vulnodermol** néven új jodtartalmú sebhintőpor jött forgalomba, mely a bécsi „Allgemeines Krankenhaus“ II. sebészeti osztályán tett és *Fronz* által közölt tapasztalatok szerint egyesíti a jodoform és xeroform összes jó tulajdonságait, a nélkül, hogy ezeknek nemkívánatos sajátásaival bírna. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 40. szám.)

#### Vegyes hírek.

**A Budapesti Orvosszövetség elnöksége** az Adóügyi Útmutató és Ellenőrző Hivatallal történt megbeszélés alapján értesíti a szövetség tagjait, illetőleg a Budapestben gyakorlatot folytató orvosokat, hogy a forgalmi adónak átalányozása egyenként az Adóügyi Útmutató és Ellenőrző Hivatallal való megegyezés értelmében a közeli napokban veszi kezdetét. A forgalmi adónak átalányozására, lerovására irányuló bárhonnan jövő utasítás vagy intézkedés az Adóügyi Útmutató és Ellenőrző Hivatal rendelete szerint semmis. Az eddigi irányuló kísérletek tévedésen alapultak.

**Az iskolaorvosi és középiskolai egészségügyi tanári képesítő vizsgák** 1922 november 27.-én kezdődnek. Jelentkezés Budapesten Eszterházy-utca 9. szám alatt, az egyetemi közegészségügyi intézetben.

**Az orvosok helyzete Németországban** nagyon siralmas. Van-nak orvosok, a kik gyárakban napszámomunkát végeznek. Több ezerre tehető az olyan orvosok száma, a kiknek orvosi foglalkozás egyáltalában nem jut. Sok orvos kénytelen már nem csupán a műtárgyait eladni, hanem az ágyneműjét is. Az orvosi segélyintézmények némelyike most már használt orvosi műszerek és könyvek eladásának és nemorvosi mellékfoglalkozásoknak közvetítésével kénytelen nagy arányokban foglalkozni. A kórházak kedvezőtlen helyzetéről nemrégiben már adtunk hírt. Egyetemi intézetek a fizetések csekély volta miatt már nem kapnak assistenseket. Az orvosi továbbképzés intézménye az összeomlás előtt áll (2 millió márka a deficitje). Az orvosi folyóiratok közül a háború óta 79 szűnt meg s a még megjelenőket is csak a munkatársaik és kiadói nagy áldozatkészsége tudja ideig-óráig fenntartani.

**A Masson et Comp.-czég,** az Académie de Medecine Francaise hivatalos kiadója, Franciaország legnagyobb orvosi könyvkiadója, 30% árengedményt ad a magyar orvosoknak a kiadásában megjelent összes könyvek és folyóiratok után. Minthogy pedig a megrendeltek bérmentve küldi, a tényleges árengedmény megközelíti a 40%-ot. A czég címe: Paris, 120, Boulevard St. Germain. A megrendeltek ára előre küldendő meg franc-ban.

#### Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.

Budapest, V., Vilmos-császár-út 18, I. em. — Telefon: 13—98. —  
Diathermia. Quarz Spectrosol. Ivlámpa. Négyrekeszes fürdő. Fénysekrény. Hűvlyfény- és hőlámpa. Elektrotherapia. Franklinisatio. Főn. Vibrációs massage. Zander-stb. kezelések.  
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő, Dr. Kovács József.

#### Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

#### Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai Intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

#### Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87—73.

#### RÖNTGEN-ODELGA

#### Dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

#### Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásaival. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétaes konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benzúr Gyula, egyet. magántanár.

#### Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

Tóth István: 1000 hasmetszés eredményei. 457. oldal.

Buday Kálmán: A kórboncolásban jelentősége az utolsó évtizedekben. 459. oldal.

Budapesti Kir. Orvosegyesület. (I. rendes tudományos ülés 1922 október 31.-én.) 462. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismeret. Ferd. Zinsler: Syphilis und syphillsähnliche Erkrankungen des Mundes. — Lapszemle. Belorvos. Offenbacher és Eliassohn: Az

inulin használata diabetesben. — Sato: A diphtheria serumtherápiája — Curschmann: Tüdőgangraena. — Sebészet. Rehn: Angina Ludovici. — Naegeli: Idült haemorrhagiás diathesis esete. — Szemészet. Stoewer: A keratoconus műtéti kezelése. — Szülészet és nőorvos. Siegel: A gyermekágy modern kezeléséről. — Gyermekorvos. Feer: Új gyermekkori körkép. — Venerás betegségek. F. Mandelshagen és R. Stempel: A syphilitikus intravenás kombinált (salvarsan + kénéső) kezelése. — Kisebb közlések az orvogyakorlatra. 463—465. oldal.

Vegyes hírek. 465. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

### 1000 hasmetszés eredményei.\*

Közli: Tóth István dr., egyetemi tanár.

1917 szeptember 13.-án vettem át Tauffer tanártól a 2. sz. női klinika vezetését, előbb mint helyettese, majd mint utóda, s ezen időtől 1922. év május 3.-áig ezer hasmetszést végeztünk, beleszámítva az intézetben kívül végzett magánműtéteimet is minden változás és kihagyás nélkül. Ez anyag áttekintése arról győzött meg, hogy hasmetszéseink eredménye megállja a helyét minden nyugateurópai viszonylatban is, érdemes tehát internationalis nyelven közölnöm, hogy ezzel is demonstráljam kulturális fölényünket az utódállamok, a Balkán-országok felett. Mielőtt német nyelven közölném, kötelességemnek tartom hazám orvosai előtt eredményeimet bemutatni.

Inter arma kezdtem meg működésemet a klinikán egyetlen fiatal assistenssel s néhány kisegítő orrossal; hosszú időn át csak elvétve jutottunk gummikeztyűhöz, a mi kisebb személyzet mellett a non infectio szempontjából nagyon hátrányos volt; jöttek a forradalmak, a spanyol láz, majd a proletárdiktatura, mindannyi újabb s újabb nehézséget támasztva a klinika ellátásában, vezetésében; azóta is különösen a fehérmű hiánya gyakorta megakaszt müködésünkben.

Ez 1000 laparotomia anyaga, eredménye tanulságos azért is, mert mindössze 4 1/2 év anyagát foglalja magában, a mely idő alatt jelentékeny változás vagy ugrás a sebezésben stb. nem történt. És minthogy ez idő alatt csak itt-ott rövid 1—2 napra hagytam el Budapestet, csaknem valamennyi esetben én magam állítottam föl a műtét indicióját.

Az egész asepsises apparátust nagynevű elődömtől úgy vettem át, hogy alig kellett valamit is változtatnom rajta s mindjárt kezdetben egy sorozatban 175 laparotomiát végeztem veszteség nélkül.

Táblázatokban mutatom be, milyen női betegségek hivatnak fel műtéti beavatkozásra, milyen műtéteket végeztünk s végül az összes 1000 műtét morbiditási s mortalitási eredményeiről számolok be.

Az A) táblázat az egyes szervek különféle megbetegedései szerint csoportosítja operáltjainkat. Minthogy egy ugyanazon betegben többféle megbetegedést is találtunk és gyógyítottunk műtéttel, az egyes csoportok összege jóval meghaladja az 1000-es számot, mert például nem egyszer fordult elő, hogy a fibromás méh mellett petefészék-daganatot írtunk ki s köldöksérvet is operáltunk. (Az egyes csoportok veszteségét + jelzi.)

Hogy az egyes főcsoportokon végigfussunk: 36 esetben találtunk s operáltunk különböző sérvet. A méhet 210 eset-

\* Bemutatás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1922 október 21.-én tartott ülésén.

### A) Megbetegedések.

Hasfal 36	{	Hernia inguinalis	2		
		" umbilicalis	19		
		" parietum abdominis	15		
Retroflexio uteri 210	{	mobilis	77		
		fixata	30		
		et tumor adnex.	30		
		et descensus uteri cum desc. vag.	73		
Méh 477	{	Perforatio uteri, sublimat-intoxicatio	1 + 1		
		a) fibroma multiplex	51 + 1		
		b) " partim submucosum	49		
		c) " cysticum	24		
		d) " necrobioticum	22		
		e) " purulentum	2		
		f) " cum deg. sarcomat.	4		
		g) " cum carc. corporis	1		
		h) " " colli	2		
		i) " et tumor adnex.	95		
		j) " et tumor ovarialis			
		k) " et graviditas	9		
		Carcinoma 7	{	1. cc. corporis uteri	1
				2. cc. colli uteri	1
				3. cc. + graviditas	5 + 1
Petefészék 330	{	a) cysta parovarialis	15		
		b) " retentionalis	50		
		c) " tuboovarialis	21 + 1		
		d) abcessus ovarii	15 + 1		
		e) kystoma dermoid. et teratoma ovarii	40		
		f) adenokystoma pseudomuc.	46		
		g) serosum seu papill.	56		
		h) fibroma ovarii	5		
		i) sarcoma ovarii	4		
		j) cc. ovarii solidum	10		
		k) cystocarcinoma ovarii	26		
		l) kevert daganat	7		
		m) torsio pedunculi cystae	17		
n) tumor ovarii + graviditas	18				
Kürt 42	{	1. sactosalpinx serosa	11		
		2. " haemorrhagica	11		
		3. " purulenta	14		
		4. tuberculosis tubae	5		
		5. carcinoma tubae	1		
Hashár- tya 14	{	a) tuberculosis peritonei	10		
		b) pseudomyxoma peritonei	3		
		c) cc. peritonei	1		
Belek 13	{	1. ileus	1		
		2. tumor intestini	5		
		3. bélsérülés	2		
		4. fistula intestini	1		
		5. appendicitis	4		
Vesedaganat	{		4		
		Lépdaganat	1		
		Echinococcus	1		
		Osteomalacia	5		
		Méhénküüi terhesség 77	{	a) ruptura tubae	32 + 1
b) abortus tubaris	33				
c) haematoma tubae	2				
d) élő pete a terhesség I. felében	1				
e) " " " " " II. " " "	2				
f) obsolet folyamatok a terhesség I. felében	4				
g) " " " " " II. " " "	3				

ben találtuk hátraesetten, de nem mind operáltuk ventrofixációval, nem egyszer más mellékmegbetegedés, fibroma, adnextumor a méh csonkítására is kényszerített; másrészt előfordult, hogy a petefészekdaganat mellett hátraesett méhet ovariotomia után a hasfalhoz rögzítettük. A 210 retroflexio uteri között csak 77 volt mobilis, egyszerű, 30 rögzített volt; 30 adnextumoral, 73 pedig kisebb-nagyobb fokú sülyedéssel szövődött. Veszteségünk nem volt.

1 esetben operáltunk bűnös manipulatio közben végzett *méhátfúródást*, a melyen át a hasürbe sublimatoldatot fecskendeztek, halálos kénesömrégezt idézve elő.

259 műtétünkénél találtunk *fibromás méhet*, a legkülönbözőbb szövödménnyel: 9 esetben terhességgel, 3-szor carcinomával s 91-szer magának a fibromának legkülönfélébb degenerációjával, 95 esetben adnexum- és ovarialis daganattal párosult. Ezek közül egyetlen beteget veszítettünk el.

A *rákos méhet* csak 7 esetben operáltuk hasmetszés útján, illetőleg a fibromás méh rákját is hozzászámítva, 10 esetben. Kis szám 1000 hasmetszés között, a mi, tudom jól, mindenesetre hozzájárul kedvező mortalitási statisztikánkhoz. Mint főorvos a fővárosi Szent Rókus-kórház gynaeológiai osztályán sokat operáltam Wertheim módja szerint, iparkodva a lehetőség szerint kiterjeszteni az operabilitás határait, de ezzel olyan horribilis veszteségem volt, hogy e harcot feladtam, annyival is inkább, mivel a Schauta-féle, hüvelyen át való kiterjesztett kiirtást begyakorolva, ezzel briliáns eredményeket értem el; másrészt a klinikára visszakérülve, rendelkezésemre állott nagyobb mennyiségű radium, majd Röntgen-gép, úgy hogy az inoperabilis eseteken kívül minden határesetet is, mint erről e helyen beszámoltunk volt, sugarasan gyógyítottam, sőt a hüvelyen át operáltakat is utólagosan praeventive a sugaras kezelésnek vettem alá. Ma már csak specialis indicatio alapján, terhesség, fibroma, petefészekdaganat mellett, rigid, szűk hüvely esetén operálok méhrakot per laparotomiam.

330 esetben operáltunk *petefészekdaganatot*, ismét számos szövödménnyel: 18 terhességgel párosult, 17 kocsánytorsióval; 15 ovarialis abscessus, számos malignus, természetesen nem mind operabilis. E csoportban veszteségünk 2 beteg.

A már jelzett adnexum-tumorokon kívül 42-szer foglalkoztatott a *kürt megbetegedése*, 14-szer genyes tartalommal. Mortalitas 0.

14-szer a *hashártya* megbetegedése: tuberculosis, pseudomyxoma peritonei, carcinosis miatt nyitottuk meg a hasat. Mortalitas 0.

13 esetben a *bél megbetegedése*, és pedig 2 hüvelyi műtét alkalmával történt végbélsérülés, 4 esetben önálló appendicitis, 5 béltumor, 1 bélsavarodás fordult elő. *Vesedaganatot* operáltunk 4-et, *lépdaganatot* 1-et, *echinococust* 1-et. Mortalitas 0.

Nagy szám a *méhenküli terhesség* csoportja: 77, ezek között 33 tubaris abortus, 32 tubaruptura, mind belső vérzés közepette operálva; az összes közül 1-et veszítettünk el anaemia okozta szívhalál folytán. E mindenesetre kedvező eredmény eléréséhez nagyban hozzájárult az, hogy megtanultuk a hasürbe kiömlött vért visszaönteni a szervezetbe, így nem egyszer 500—600, 1-szer 900, 2 ízben 1200 gramm a hasürből kimert saját vért sikerült a kikészített gyűjtőbe visszavinnünk. Bámulatosan jó hatását észleltük! 5 esetet a terhesség II. felében operáltunk, 2 ízben élő, de nem életképes magzattal.

A 45 császármetszés indicióját legtöbbször a szűk-medence adta, de operáltunk placenta praevia (2 eset), köldökcsinórelőesés, fibroma, carcinoma miatt is, ezekről más helyen számolunk be. Elvesztettünk 3-at.

Mielőtt a B) táblázatra térnénk át, a hol műtétek szerint van csoportosítva az ezer eset, mindenütt a legjelentősebb műtét csoportjába osztva az egyes esetet, röviden a következőket jegyzem meg:

A hasmetszések számára külön, úgynevezett tiszta műtőszobánk van igazán modern felszereléssel. Természetesen sterilis kabátban, sapkában, bekötött szájjal, s ha volt,

gummikeztyűben operáltunk. A hasfalat előzetes alapos megmosás után közvetlenül a műtét előtt acetonekollal mostuk meg, s kétszer jodtincturával kentük be. Varróanyagul csaknem kizárólag Billmann-oldatban praeparalt catgut-öt használtunk, kivételesen, bél-hólyagvarratra, vékony selymet. A hasfalat 4 rétegben egyesítettük, a bőrt előbb Michel-, újabban Herff-féle kapcsokkal; ritkán, nagy feszülés esetén helyezünk föl 3—4 átjáró hasfalvarratot.

Általában tiszta aethernarcosisban operáltunk; kivételesen — érzékeny légutak mellett — chloroformmal altattunk; összesen csak 14 esetben alkalmaztunk helyi érzéstelenítést.

Az egyes műteti csoportokat a B) táblázat mutatja:

B) Műtétek.

a)	Incisio explorativa	26	
b)	Herniotomia	17	
c)	Cystectomia	167	
d)	Salpingo-oophorectomia	172 + 1	
e)	Myomotomia	16 + 1	
f)	Amputatio supravag.	295 + 1	
g)	+ hüvelyi drainage	12 + 1	
h)	Exstirpatio uteri totalis	30 + 2	
i)	Ventrofixatio	77	
	1. egyszerű	39	
	2. adnex-műtéttel	39	
	3. hüvelyi plasticával	92	
j)	Appendectomia	4	
	Appendectomia mint mellékműtét	72	
Összesen 45	k)	Sectio caesarea classica	18 + 1
	l)	" " transperit. cerv.	21 + 1
	m)	" " + amp. ut. supravag.	4 + 1
	n)	" " cum exstirp. ut. tot.	2
o)	Egyéb műtétek	Nephrectomia	4
		Splenectomia	1
		Echinococcus-tömlőkiirtás	1
		Mikulicz-féle tampondrainage	1
		Lenőtt bélkacs felszabadítása	1

Kiemelem a teljes méhkiirtás s a méhcsontítás nagy számát. (Minden csoportban itt is keresztrel jeleztük a veszteségeket.) Meg kell említenem, hogy minden esetben megnéztük az appendixet s a beteget, a gyanusát eltávolítottuk. Így 72 esetben mellékműtét volt az appendectomia.

Összesen 9 beteget veszítettünk el = 0,9% mortalitas, de ebből is nyugodtan leszámíthatnók a perforált méhvel és halálos sublimatmérgezéssel beszállított esetünket. 991 operáltunk élve hagyta el az intézetet, természetesen nem mind gyógyult, a mennyiben több inoperabilis malignus tumoral távozott, egyik régi tuberculosisának felújult miliaris folyamattal, egy másik már felkelés után régi vesebaja okozta fenyegető uraemiával.

Leírom elvesztett betegeink egészen rövid kórtörténetét.

1. N. J.-né, 1918 augusztus 2. 20 éves, 0-P. Jobboldali 1 $\frac{1}{2}$  ökölnyi abscessus ovarii, baloldali genyes tuba. Amputatio supravaginalis, drainage a hüvely felé. Appendectomia. Láztalan. 4. napon peritonealis tünetek, szivgyengeség, 5. napon exitus. Sectio: peritonitis fibrinosa, rossz szív.

2. S. E., 1919 márczius 28. 42 éves, 0-P. Műtét előtt két ízben lázas. Cysta parovarialis intraligamentosa, uterus myomatosis, sactosalpinx serosa. Amputatio supravaginalis. Műtét után mérsékelt lázak, ileus tünetei, a 13. napon exitus. Sectio: cseplesz-lenövések okozta bélstrangulatio, bélnecrosis, consecutiv genyes peritonitis.

3. R. J., 1919 augusztus 18. 33 éves, VI.-P. Carcinoma cervicis + graviditas V., határeset. Nehéz Wertheim, kiterjedt infiltratio a jobb parametriumban, nagy vérvesztés. Lázas. 6. napon a hasfal szétválik, bél esik elő. Repositio, hasfalvarrat. Lázas. Bronchopneumonia. 42. napon exitus. Sectio: carcinoma-metastasis a vesében, thrombosis az iliacában, bronchopneumonia.

4. G. K., 1919 december 5. 31 éves, III.-P. 1 abortus. Pulsus nélkül hozzák be. A hasürben folyadék. Diagnosis: graviditas extrauterina, belső vérzés. A hasban véres folyadék, spasmusos belek, perforált méh. Exstirpatio uteri totalis, drainage a hüvely felé. Láztalan; 5 napon át anuria, a 9. napon exitus. Sectio: peritonitis bélnecrosis folytán, sublimatmérgezés minden tünete. Törvényszéki eset.

5. H. L., 1920 márczius 6. 25 éves, I.-P. Belső vérzéssel, nagy anaemiával szállítják be. A hasür tele vérrel. III. hónapos tubaris abortus, 6 cm. hosszú embryo. Szivgyengeség. Második napon idegen vér transfúziója. 45 óra múlva exitus. Sectio: általános anaemia, szívhalál.

6. N. E., 1921 május 4. 0-P. 25 évesnek mondta magát (később kiderült, hogy 41 éves volt), éppen ezért gyermekfejnyi fibroma enucleálása a b. intralig.-ból. Haematoma. A 2. napon 38° C, a 12. napon felkel, a 13.—16. napon mérsékelt lázak, a 18. napon szivgyengeség tünetei között exitus. Sectio: szabad, ép hasür, a haematoma helyén körülírt abscessus. Degenerált szív.

7. A. A., 1919 augusztus 27. 45 éves, M.-P. IX. grav. Placenta praevia centralis. 2 héten át klinikai megfigyelés, ismételt vérzés, nagy anaemia; újabb vérzés beavatkozásra kényszerít. Aethernarcosis, a terhes méh amputációja az erek praeventív lefógása után. Elő magzat. Hasvarrás közben kimarad a pulsus, légzés, 2 $\frac{1}{2}$  órán át mesterséges légzés eredménytelenül. Sectio: általános anaemia, degenerált szívműködés.

8. P. Z., 1920 december 27. 42 éves, primipara, szűkebb medence, rigid szülőcsatorna, 40 órás vajudás után 49 órával a burokrepedés után 4 ujjnyi méhszáj, fej kis segmentummal a bemenetben, élő magzat, renyhe fájások, sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Subfebrilis temperatura, rossz szívműködés, peritonealis tünetek. A 4. napon exitus. Sectio: kezdődő peritonitis fibrinosa, rossz szív.

9. L. K., 1921 augusztus 24. 25 éves, III.-P. I. perforatio. II. mesterséges koraszülés, III. sectio caesarea cervicalis a klinikán 2 évvel ezelőtt. Másodfokban szűk rachitises lapos medence. Mint házi-terhes van a klinikán. Elfolyt magzatvízzel, két ujjnyi méhszájjal kerül a szülőszobára. Sectio caesarea classica, tuba-sterilisatio. 14 óra mulva már 38 $^{\circ}$  C, pulsus 140, excitantia; 29 óra mulva, exitus. Sectio: peritonitis purulenta, parenchymás degeneratio a májban. A méhür, a hasür tele streptococussal. Ez a fulminans peritonitis akkor áll be, a mikor előtte, utána hasmetszéseink a legsímábbban folynak le. Keressük az okát; kiderül, hogy ez időben több házi-terhes egymást kitanítva, saját maga megrepesztette burkát, hogy mielőbb hazajusson; tanuk igazolták, hogy e nő is vágyódva családijához, órákra bezárkózott a klozetbe s ott manipulálva, repesztette meg a burkot.

Tulajdonképpen a műtéti asepsis rovására csak a 6. számú eset esik, a többi vagy magában hordta a halál csíráját (lásd 3. számú esetet), avagy szíve mondta fel a szolgálatot (5. és 7. számú eset), a 2. számú esetben a véletlen, a cseplész okozta strangulatio pusztította el a beteget. Külön elbírálás alá esik a másik 2 sectio caesarea elvesztése, mindkét esetben a méhür szennyezett volta okozta a gyorsan ölt peritonitist.

### C) Morbiditási statisztika.

Lázatlanul gyógyult	668	=	67.4%
Egy napig volt lázas	164	=	16.5%
Összesen	832	=	83.9%
Láz volt	159	=	16.1
2-5 napig	118		
5 napon túl	41		
		Az összes esetek %-a	A lázas esetek % a
		12.0	74.2
		4.1	25.8
A láz oka	Esetben		Az összes esetek %-a
Hasfalgenyedés	22		2.2
Csonk-exsudatum	20		2
Bronchitis	20		2
Bronchopneumonia	1		0.1
Tuberculosis	2		0.2
Pleuritis	1		0.1
Paratyphus	1		0.1
Mastitis	2		0.2
Thrombosis	2		0.2
Egyéb	88		9
Összesen	159		16.1

A C) táblázat mutatja a morbiditást, a mely az asepsisnek igazi fokmérője, bár ennek megítélésében a már inficiált, rákos, tuberculosis, malignus eseteket le kellene vonnunk; de így is kielégítő az eredmény. Mint látható, egyetlen egyszer sem érte el a temperatura a 38 $^{\circ}$  C-t 668 esetben, s egy napon volt lázas 164, ezek bátran besorozhatók a zavartalan gyógyulások közé, a kettő összege 832 = 83.9% (az elhalt 9 eset a morbiditásban nem szerepel); 2-5 napig volt lázas 118 = 12.0%, 5 napon túl 41 = 4.1%, ez a két csoport 159 esete = 16.1% magában foglalja az egész morbiditást, részletezése a táblázatban megtalálható; az úgynevezett „egyéb“ rovatban szerepel: gastricismus, obstipatio, influenza s nem egy ismeretlen ok.

Melléksérülésünk volt: 6 bél-, 1 hólyagsérülés, mind gyógyult. Uretert nem vágunk át egyetlen esetben sem, törölt nem hagyunk benn, s nem volt hasmetszés után utóvérzésünk, a mi mindig bizonyítéka a jó technikának.

A légutak megbetegedéseinek kis száma, de a halálozás is mutatja, hogy az inhalációs narcosis és éppen az aethernarcosis, a melyet mi általán használunk, nem olyan veszedelmes, a miért át kellene térnünk hasmetszés eseteiben a localis anaesthesiára, a mely föltétlenül kárára van az asepsisnek s a nyugodt, biztos operálásnak.

Nincs itt már a régi hasmetszések réme, az ileus s a thrombosis sem, 1000 hasmetszés közül összesen csak 2 thrombosisunk volt!

Az 1000 laparotomia közül 4-et nagy mesterem, *Tauffer* tanár végzett, 1-et *Frigyesi* tanár volt szives localis anaesthesiában megoperálni; magam 529-et operáltam, adjunctusom 172-t, a többit, közel 300-at, fiatalabb segédeim operálták, s hogy a tanítást, a tanulást jól össze lehet egyeztetni a beteg érdekével, mi sem bizonyíthatja jobban, mint hogy az utóbbiak egyetlen esetet sem veszítettek el.

45 sectio caesareás betegek közül 3 halt el; az egyik kivérzett placenta praeviás röviddel a műtét befejezése után, erről nem tehetünk; kettő méhüri infectióból eredő gyors lefolyású peritonitis áldozata lett. Az esetek fenti rövid leírása megvilágítja a történeteket.

Ha e szülészeti műtéteket leszámítjuk, mortalitásunk = 0.6%, illetőleg 0.5%.

Az 1000 műtét közül 14-et localis anaesthesiában végeztünk, a többit legnagyobb részben aethernarcosisban s az említett placenta praeviást leszámítva, szív-narcosis-halálunk nem volt.

Felemlítem, hogy milyen veszteségnélküli sorozataink voltak: az első kezdeti 175-ös sorozat után volt 312-es sorozatunk, és sajnos éppen a mai nap folyamán szakadt meg újabb 333-as sorozatunk.

Így általánosságban beszámoltunk az 1000 hasmetszés primaer eredményeiről; a nagyobb, érdekesebb csoportokról részletesen számolunk be, különösen párhuzamba állítva az indicatiót a végső eredménnyel. Legközelebb szerencsém lesz a fibroma gyógyításának kérdésével e helyen foglalkozni éppen e műtéti anyag kapcsán, épp úgy feldolgozás alatt van a méhjátrahajlás operatív gyógyításának kérdése is.

Mennyiben fog sikerülni a jövőben egy ilyen válogatás nélküli anyagban jobb eredményt elérni a mortalitást illetően, a jövő mutatja meg; mai nagy anyagunk mellett még rövidebb idő meghozza a második ezer hasmetszést is. Föltétlenül javulást reménylek a morbiditásban, mert sokszor nem tudom kellőképpen megfejteni a műtét után jövő első napok apró hőemelkedéseit.

En, a ki már 1889 január 1.-én *Tauffer* tanár oldalán működtem, a ki láttam sterilisator nélkül operálni a magyar gynaekologia úttörőjét, megalapítóját, a kinek első 1000 laparotomiája éppen ezért még 15% mortalitással járt, a ki megértem, hogy ma 1% veszteségünk sincs, a mi a régmúlttal szembeállítva 1000 hasmetszésnél 140 beteg életbenmaradásának felel meg, reménykedem még jobb jövőben. *Bumm*, a németek illustis gynaekologusa azt mondotta volt: „Die Technik hat die Asepsis besiegt!“ En azt mondom: az asepsis sine qua non, e nélkül operálni nem szabad, de jó eredményeket csak jó műtéti dexteritással, csak jó technikával és vasidegrendszerrel lehet elérni.

### A kórbonczolástan jelentősége az utolsó évtizedekben.\*

Írta: *Buday Kálmán* dr.

(Folytatás.)

A fertőző betegségek után fordítsuk figyelmünket az ellenkező polus felé s nézzük, hogy a legújabb tudományág, az, a mely a belső betegségi tényezőket teszi különös vizsgálódása tárgyává, mennyiben érinti a mi szaktudományunkat. Az érdeklődés a belső betegségi tényezők iránt nem éppen új, hiszen már 19 év előtt *Liebermann* tanár az ő Balassa-előadásában a dispositióval foglalkozott. Mégis azt lehet mondani, hogy ez a vizsgálódási irány csak újabbban kezd a szerény, bártortalan kezdetből kibontakozni s lerázza a gúnyolódók ellenvetéseit, hozzáfogott az ő tudományos rendszerének kiépítéséhez és fokozatosan kikényszeríti azt, hogy az ő bizonyítékait is tekintetbe vegyék, a mikor a betegségek kezelkezési feltételeiről van szó.

Úgy látszik első tekintetre, hogy ez a mozgalom a kórbonczolástan működési körén kívül esik; az öröklés, familiaris betegség, neuropathiás terheltség nem olyan fogalmak, a melyekhez a bonczolók hozzászólhatnak. Pedig a különleges betegségi hajlamosság nem olyan idegen a kórbon-

czolásokkal foglalkozók előtt. Méltán mondta *Aschoff* a kórbonczolástan dicsőségének, hogy a bacteriologiai roham idején egymaga védelmezte a dispositio gondolatát. Csakugyan már *Rokitansky*-t tüzetesen foglalkoztatják a különböző constitutiók, *Virchow* megalkotja a chlorososis és lobos constitutio fogalmát, *Arnold Paltauf* pedig a lymphás alkattét.

Az előzőkből, a miket a fertőző betegségekről mondotam, érthető, hogy a kórbonczolástan csak rokonszenvvel nézi azt a mozgalmat, a mely a parasiták kizárólagos hatalmába vetett hitet megingatni törekszik, s mi nem hullatunk könnyet a felett sem, hogy ez a mozgalom, a miközben építeni akar, egyúttal le is rombol bizonyos elkorhadat tanokat. Mi sokban együtt érzünk az olyan tannal, a mely lehető elfogulatlanul igyekszik tisztázni a megbetegedés összes feltevéleit és rugóit. A kóroktani factoroknak a multiplicitása, a mire ma olyan nagy súlyt fektetnek, hogy tudniillik nem csupán a szervezetbe betolakodott mikroba s általán a külső ártalom fontos, hanem az egyéni szervezet adott körülményei is, ez olyan igazság, a mely külön rendszerbe való foglalás nélkül is gyökeret vert minden kórbonczolóban, ha gondolkozott azok felett, a miket napról-napra észlel.

Hogy milyen szoros kapcsolatban vannak ezek a tanok a kórbonczolástanal, az kiderül mindenekelőtt abból, hogy a betegségre való különös hajlamosság az esetek jó részében a méhen kívüli életben szerzett, tehát eredménye kiállott betegségeknek, vagy ezek nyomán bekövetkezett kóros állapotoknak. E szerzett hajlamosságnak, vagy, a mint ma nevezik, conditióknak a tanulmányozására nagyon is hivatott a kórbonczolás, a mely kikutatja régen kiállott betegségek nyomait s gyakran alapítja meg azt, hogy a legutolsó, a halálra vezetett betegség csak következménye egy régebbinek, a mely a klinikai vizsgálat előtt rejtve maradhatott. Így látunk pyelonephritist, melynek oka egy descensus vaginae, látunk agyvérzést rejtett vesebaj következtében, toroküszkösödést heveny fehérvérűség miatt, stb., egy szóval számtalanszor jutunk abba a helyzetbe, hogy a betegség elősegítő momentumát a conditióban találjuk meg. Viszont hogy bizonyos betegségek egymással szemben ellentétesek, tehát, hogy az egyik jelenléte a másikkal szemben az ellenállást fokozza, arra nézve is találunk példákat; itt csak a *Rokitansky*-féle régi tapasztalatra utalok, a mely szerint a szervi szívbjaj és tüdőgümőkör közt bizonyos ellentéteesség áll fenn.

A mennyire világos és könnyen érthető a bonczolások fontossága a conditionalis momentumok megállapítása szempontjából, épp oly nehéznek látszik első pillanatra elképzelni, hogy a kórbonczolástan hozzá tudjon szólni a különös betegségek hajlam azon részéhez, a mely a veleszületett tulajdonságokon alapszik. E veleszületett tulajdonságok összeségét a mai nomenclatura szerint constitutióknak nevezzük s feltevéssük, hogy ezek már a csiraplasmában, a megtermékenyített petesejtben bentfoglaltatnak. Ha az egyéni constitutiót úgy fogjuk fel, mint a lelki és testi sajátságoknak olyan összességét, a mely nem csupán az egyes szervektől maguktól, hanem azok működésének az idegrendszer és a belső elválasztás által való szabályozásától is függ, akkor érthető, hogy ezt a rendkívül érzékeny, bonyolult szerkezetet az ő temérdek változataiban csak tökéletlenül tudják tanulmányozni azok, a kik a holt anyagra vannak utalva. Annál inkább áll ez, mert a belső elválasztás útján humoralis componens is érvényesül, a testnedvek különleges alkotása pedig rejtve marad a morphologus előtt. És mégis azt tapasztaljuk, hogy az egyes szervek autochthon constitutiója és az egész szervezet összconstitutiója annyi morphologiai megkülönböztető jellel jár, hogy a kórbonczolások a constitutio terén sincsenek meddőségre kárthatva.

Itt van a fejlődési hibák nagy sorozata, a legsúlyosabbaktól a legenyhébbekig, a melyeken az öröklés, csökkent értékűség morphologiai is kifejezésre jutnak, így például a nyúlajk, a hasított kéz gyakran öröklődik; épp így felismerhetők az érrendszer hypoplasziái és a degenerációs stigmák. Ugyanez áll a bélfordor túlzott hosszúságára, a mesenterium hiányaira, a melyek bélcsavarodásra vagy strangulatióra szol-

gáltatnak alkalmat, vagy a járulékos vesearteriára, a melyben sokszor megtaláljuk a hydronephrosisa való hajlam okát.

Sőt továbbmenve azt kell mondanom, hogy a normalis constitutiós typusok megalkotása is főképpen a morphologiai jelek alapján történt. A typus cerebrialis, digestorius, muscularis, respiratorius olyan külső tulajdonságokból állítottak fel, a melyeket a bonczoló is vizsgálata körébe vonhat s egyúttal azt is nézheti, hogy e különböző typusok jelentenek-e olyan különböző betegségek hajlamosságát, a milyent nekik tulajdonítanak.

A mi áll a normalis alkati typusokra, az még inkább vonatkozik a constitutiós anomaliákra. Ezeknek majdnem mindegyikében jelentékeny részük van a morphologiai jellegeknek, hiszen a habitus kifejezés eléggé elárulja, hogy olyan tulajdonságokról van szó, a melyek jórészt a külső megjelenésben is felültenek, tehát nem tisztán működésük ismerhetők fel. A status lymphaticus jelei nagyrészt morphologiaiak, sőt lehet mondani, hogy a status lymphaticus jobban diagnosztálható a bonczoláskor, mint élő egyénben. Inkább háttérbe szorulnak a morphologiai jelek a status hypoplasticusnál, de éppen erre nézve méltán hangzik fel a panasza, hogy ennek a constitutióknak elhatárolása túlságosan ködös és bizonytalan. A diathesis exsudativa tulajdonképp *Virchow* gyuladós constitutiójából sarjadzott ki s megalkotásában a kórbonczolástani szempontoknak is szerep jutott. Az arthritismus lényege ugyan inkább az anyagforgalom sajátos meglassúbbodásában rejlik, ebből folyó hajlamossággal bizonyos betegségekre, de azért az arthritismusnak is megvannak a külső jelei, a melyek alapján az legalább is gyanítható. Az astheniás habitust pedig főképpen alaki tulajdonságok jellemzik és sokan egyenesen a morphologiai jelekre helyezik a főszínt az astheniás constitutio elhatárolásában.

Mindezek a különböző constitutiós anomaliák fajtáik szerint más és más betegségekre adhatnak hajlamosságát; a bonczolóknak módjukban áll az ezekre vonatkozó megállapításokat ellenőrizni, kiegészíteni, helyesbíteni. Így nézhetik, hogy az arthritismusok csakugyan különös hajlamot adnak-e a syphilitis aortitisre, az astheniák a tüdőgümőkörre, kereshetik viszont, hogy a lymphások valóban immunisok-e a gümőkörrel szemben.

A kóros constitutio azon jelenségei, a melyek az evolutio és involutio rendellenességeiben nyilvánulnak meg, szintén hálás terrenumai a morphologiai vizsgálódásnak. Így a korai vagy késői pubertas, az általános infantilismus, a melynek jellegei határozottan morphologiaiak, azután a korai vagy abnormis öregedés, a melyre nézve nemcsak azt nézhetjük, hogy ez a szokatlan involutio mely szerveket és milyen mértékben illet, hanem kereshetjük azt is, hogy egyes endokrin mirigyek idő előtti sorvadásával ezeket mennyiben lehet összefüggésbe hozni.

Legnehezebb a bonczoló helyzete ott, a hol az abnormis constitutio csupán egyes szervek csökkent munkaképességében jelentkezik, látszólag ép alaki és szerkezeti kifejlődöttséggel. Nem lehet tagadni, hogy ily esetek előfordulnak, az azonban még bizonytalan, hogy ilyenkor mennyi esik a látszólag ép szerv sejteinek a csökkent teljesítőképességére és mennyi az idegbefolyás vagy hormonhatás hiányosságára. Még kétséges, hogy zavartalan beidegzés és jó hormonhatás mellett morphologiai teljesen épnek látszó s jól táplált szerv működési értéke nagyon csökkent lehet-e; e tekintetben még sok szabatos vizsgálatra lesz szükség s ezekben a morphologia is mint ellenőrző részt óhajt venni. Hiszen éppen a morphologiai kutatások tették valószínűvé, hogy bizonyos szövetek az egész testre kiterjedőleg különböző egyénekben különböző működési energiával bírnak; tudjuk, hogy a kötőszöveti sejteknek, főleg a reticulo-endothelsejteknek bizonyos egyénekben szokatlanul erős, másokban szokatlanul renyhe tevékenységet tulajdonítanak; a szöveti constitutio ezen egyéni különbségeit megállapítani egyike a jövő nehéz, de hálás feladatainak.

Tekintve azt a kiváló szerepet, a melyet a constitutio kialakulásában a belső elválasztásnak tulajdonítunk, szóljunk



itt egynéhány szót az endokrinológiának a kórbonczolástanhoz való viszonyáról is. A belső elválasztás, majdnem úgy, mint a pathogen mikroorganizmusok, végtelen nagy új teret nyitott meg a kutatásnak s ez az új terület nem látszott nagyon kedvezőnek a kórbonczolástanra nézve. Az endokrin mirigyek elválasztott nedveikkel, tehát humoralisan hatnak, más szóval az idegműködések mellett megint egy szabályozó készüléket ismertünk meg, a melynek finomabb működésbeli eltéréseit épp oly kevésbé lehetett morfológiailag ellenőrizni, mint a functiók idegbajokat. Csakugyan azt látjuk, hogy a pajzsmirigy kisebbfokú működési zavarainak, hyper- és hypofunctiójának megismerésére nincsen ezidőszerint elég érzékeny morfológiai mértékünk. Ezek a kisebb működési ingadozások is nyilván a sejtek működésén alapulnak, tehát cellularis eredetűek, de vizsgálati módszereink nem elég tökéletesek azok felismerésére. A súlyosabb tartós működési eltérések azonban, a mikor már nem pusztán működési anomaliáról, hanem valódi betegségről van szó, többnyire morfológiailag is kimutathatók. Gondoljunk csak a basedowosok pajzsmirigynagyobbodásaira, a myxoedemások pajzsmirigysorvadására, az akromegáliában és dystrophia adiposogenitalisban szenvedők hypophysis-változásaira, az Addison-kórosak mellékvesepusztulásaira, a hyper- és hypogenitalismus szöveti eltéréseire, a pluriglandularis elégtelenséget jellemző endokrin-mirigyhegedésekre s mindjárt látni fogjuk, hogy a súlyosabb működés-zavarok itt is anatómiai változásokhoz vannak kötve.

Persze távol állunk attól, hogy a belső secretiók mirigyek kórbonczolástanára ki volna építve, de a mennyit eddig tapasztalunk, az nem bizonyítja azt, hogy ezen mirigyeknek alaki változásaitól függetlenül létrejöhetnének nagyobb és tartósabb működési eltérések. A további kilátások is biztatók, csak némileg át kell alakulni ezen a téren gondolkodásunknak, hozzá kell törődnünk, hogy itt igen finom kvalitatív szöveti változásokról lehet szó s bele kell szoknunk abba a gondolatba, hogy ezek a mirigyek a szokott exogen ártalmakkal szemben kevésbé hozzáférhetőek, hogy fertőzések, mérgezők kevésbé hatnak rájuk, hogy a megszokott kórfarmákat, gyuladást, hypertrophiát, daganatokat itt nem találjuk meg abban a tisztaságban, mint egyéb szervekben.

Visszatérve már most a constitutio tanára, általában véve azt hiszem, hogy a kórbonczolástan annak dacára, hogy vizsgálódásainak tárgyai tulajdonképp a betegségek által okozott alaki változások, nem helyezkedhetik arra az álláspontra, hogy a constitutiós rendellenességekkel, mivel azok még nem kész betegségek, nem törődik, azokat ignorálja. Mivel a constitutio tanának művelője keresi a betegségek keletkezésének különös egyéni okait, ebben a munkában őt a kórbonczolások végzője is támogathatja, felismerheti a conditiós és constitutiós mozzanatokat, a melyek az adott esetben a külső betegségi factorokat támogatták, vagy azokkal szemben érvényesültek; a bonczolást végzők tanulmányozhatják az elhalt testalkatát, egyes szerveinek alkotását s azoknak egymáshoz való arányát. Maga Bauer, a kinek a constitutióra vonatkozó ismeretek rendszerbefoglalása terén sokat köszönhetünk, hangsúlyozza, hogy az anatómusoktól nem lehet elvitatni azt, hogy a constitutio-tan kérdéseinek megoldásán munkálkodjanak. A patholog-anatómusok feladataiknak ezt a kibővülését épp úgy vállalják, mint vállalták azt, hogy a bonczolásokból eredőleg a külső betegségi tényezőknek, nevezetesen a mikroorganizmusoknak a szerepét is lehetőleg tisztáznunk kell.

\* \* \*

Emlékezzünk meg itt néhány szóval a daganatokról is, a melyek nagy területén talán a legkevésbé ingott még meg a kórbonczolástan prestige-e. Daganatfelosztásunk ma is teljesen szövettani, tehát morfológiai alapon áll. A daganatképződés okaira nézve főleg a múlt század utolsó évtizedének irodalma buja hajtásokat hozott ugyan, de ezek meddők maradtak, úgy hogy egy-két pozitív eredményt leszámítva, a daganatok oki tényezői még nagyon kevésbé tisztázódtak, tehát itt egyelőre még nagyon messze állunk attól, hogy az

oki befolyások, úgy mint a fertőző betegségekben, az ő túlnyomó erejükkel a morfológiai értékeket vitássá tegyék.

Minél inkább sejtproblema a daganat keletkezése, minél inkább valószínű, hogy a lényeg nem kívülről betolakodott paraziták elleni visszahatásban, hanem az emberi sejt biológiai tulajdonságainak gyökeres megváltozásában áll, annál inkább elképzelhető az is, hogy a sejt biológiai tulajdonságainak e mélyreható tartós átalakulása a sejt morfológiai sajátásaiban is kifejezésre jut. Igaz, hogy a tumorsejt és nem-tumorsejt, továbbá a klinikailag jó- és rossztermészetű daganat sejtjei között nem tudunk minden esetben a szerkezeti tulajdonságok alapján éles különbséget vonni, mégis összevetve a szabad szemmel és mikroskoppal látható elváltozásokat, a legtöbbször meg tudjuk állapítani a daganat fennforgását, annak minőségét, sőt bizonyos határig annak a várható klinikai lefolyását; különösen a klinikai rossztermészetűség felismerésére a nyugtalan és rohamos sejtszaporodás szöveti jeleinek egész sora áll rendelkezésünkre. Ha például egy kis hashártyagöbről kell megmondanunk, hogy az gyuladós természetű-e vagy rákos daganat, ennek az eldöntésében a szöveti vizsgálat ma is minden más módszer felett áll. A próbakimetszés, az apró szövetdarabkák, kaparékok diagnózisra nemcsak a nőgyógyászatban, hanem egyebütt is, így a légző-, húgyszervi és tápcsatorna-bántalmak terén, sőt lehet mondani minden téren bevált, s ennyiből a kórszövettan most is lényeges szolgálatokat tesz a daganatok korai diagnosizálásában és így közvetve azok gyógyításában.

Ha ezzel összehasonlítunk más vizsgálati módszereket, a melyek a kezdődő daganat felismerésére nézve szóba jöhetnek, úgy azok nagy részének a histológiai vizsgálatokhoz képest csak korlátozottabb értéket tulajdoníthatunk. A Röntgenvizsgálat az ő árnyékképei által, hozzávetve a működésben is kimutatható változásokat, nagyon becses útmutatásokat adhat ugyan, de ezek, éppen mert a szöveti szerkezetről nem nyújthatnak felvilágosítást, csak közvetve bizonyítják a tumor fennforgását s nem derítik ki annak közelebbi természetét. Olvastam ugyan egy amerikai sebésznek olyan nyilatkozatát, hogy ő, ha csontgyuladás vagy csontdaganat közt kell döntenie, sokkal szívesebben hallgat a röntgenológusra, mint a pathohistológusra, de nem gondolom, hogy a sebészek nagy része ebben az álláspontban osztoznék. Egy engem nagyon közelről érdeklő esetben, a mikor állkapocselhalás és állkapocsdaganat között kellett különbséget tenni, a Röntgenlelet alapján nem lehetett biztos véleményt nyilvánítani, míg pár napra rá egy felpuhult rész kimetszése után a szöveti metszetben a laphámrákot kétségtelenül ki lehetett mutatni.

Egyelőre nem hoztak kielégítő eredményt a daganatokra vonatkozó vegyi vizsgálatok sem. Vannak ugyan jelek arra nézve, hogy a daganatsejtek biochemiai viselkedése más, mint a közönséges normalis sejteké, de ezek a különbségek nem olyan mélyrehatóak és nem olyan kifejezettek, hogy azokból a daganatsejtek eltérő viselkedését meg lehetne érteni, sem nem eléggé határozottak arra, hogy azokból kétes esetekben a daganat diagnózisra biztossággal felállítható volna.

Vannak azonban a daganatokra nézve is olyan újabb buvárlati eredmények, a melyek a humoralis pathologia híveiben bizalmat kelthetnek. Némely tyúksarkoma továbboltása a daganat filtrált nedvével, sőt ez állatok vérevel is sikerült állítólag. E vizsgálatok még újabb keletűek és így kérdéses, hogy szabad-e belőlük nagyon messzemenő következtetést levonni, szabad-e azt felvenni, hogy a daganatok továbboltásához nem szükséges a daganatsejteket az új individuumba bejuttatni. Hasonló kétségek különben nemcsak a daganatok terén merültek fel. Előálltak oly vizsgálatokkal, a melyek szerint élő sejtek filtrált nedvében is lehetne exobiosis, tehát mesterséges tenyésztés útján új sejteket létrehozni. Nem lehetetlen, hogy a filtráló készüléken nagyon elvékonyodott állapotban sejtek mégis csak átjuthatnak, tehát még kérdéses, hogy a generatio equivoca új alakban méltán kísért-e bennünket.

Nem hagyhatom el a daganatok fejezetét a nélkül, hogy reá ne mutassak arra, hogy a daganatok szövettana terén az

utolsó évtizedek is számos becses felfedezést hoztak. Általában jobb betekintést kaptunk azok histogenezisébe; megismertünk új típusokat, így *Grawitz*-nak köszönhetjük a hypernephromát mint új daganatfajtát, *Marchand*-nak a chorion-epitheliomát, *Oberndorfer*-nek a carcinoidot, *Krompecher* kutatásai révén gazdagodtunk a basalsejtű rák ismeretével. A daganatok morfológiája tehát nem tekinthető ma sem lezártnak, annál kevésbé, mert a daganatok szöveti megjelenése a legnehezebben szorítható szigorú rendszerek békóiba; a daganatok szinte tetszelegnek abban, hogy a legcsodálatosabb, legszeszélyesebb variációjukkal meglepjék azokat is, akik a velük való állandó foglalkozás miatt ilyen meglepetések ellen eléggé meg lehetnének edződve.

(Vége következik.)

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1922 október 31.-én.)

Elnök: *Hutyra Ferencz.*

Jegyző: *Fekete Sándor.*

### A keresztfaji teratomáról.

**Verebély Tibor:** A néhány év előtt bemutatott intra-vertebralis dermoid és praesacralis teratoma kiegészítésképpen egy 17 éves asszonyt mutat be, kinek farkcsícsontja alól emberfejnyi, lipomás szövetbe ágyazott tömlős daganatot távolított el, melyben bordához, lapoczkához hasonló csontokon és porcok részleteken kívül karvastagságú, kifejezett bélsárt tartalmazó vak vastagbél-tömlő volt. A daganat szövettani képe bélhámot, csillósörös hámmal borított porcok szigeteket, dús ér- és ideghálózatot mutatott. A daganatot az onkológiai rendszerben az ikrek és a vegyes daganatok közötti átmeneti sorozatba helyezi, úgy gondolva e rendelleneségek fejlődését, hogy az embryonalis fejlődésben mennél korábbi állapotban történik a helyezék lefűződése, annál közelebb áll a fejlődött képlet az ikerhez. Ezen felfogással fölöslegesnek látja a mono- és bigerminalis eredet fölötti vitát.

**Bókay János:** Egy gipszlenyomatot mutat be, a mely óriási sacratumot érzékít, tipusos elhelyeződéssel, egy éves gyermekén.

### 1000 hasmetszés eredményei.

**Tóth István:** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

**Frigyesi József:** Szükségesnek tartja, hogy a Bakáts-téri kórházi osztályán 9 év alatt végzett közel 2200 laparotomiáról hasonlóképpen beszámoljon, nemcsak azért, hogy *Tóth* adatait kiegészítse, hanem hogy szerzett tapasztalatait közölhesse. Azt tartja, hogy jó vezetést mellett, jó apparattal és kitűnő technikával dolgozva lehet 0-8% mortalitást elérni, melyhez hasonló a külföldi irodalomban is csak a legkiválóbbaknál található (*Zweifel, Jaschke* stb.). Kisebb beavatkozásoknál, például sérvműtéteknél egyes külföldi sebészek 0-5% mortalitást is elértek, sőt nálunk *Winternitz* 0-2%-kal dolgozik. A hozzászóló 324 myomás beteget közül csak egyet veszített el. Az előadó azt hiszi, hogy anyaga nincs megválogatva, pedig *Tóth* jól tudja, milyen nagy különbség van a kórházi és a klinikai anyag között. Az élet a kórházi anyagon látszik meg. *Tóth* is kórházban még 4% mortalitással dolgozott. Az említett számból 1730-at a hozzászóló végzett, a többi munkatársai (magánműtétjeit a sanatóriumokban nem számítja). Ezek között szerepel 10 genyes peritonitissal beszállított eset, 8 inoperabilis carcinoma 5 mortalitással (2 a műtőasztalon halt meg). Ezeket is számítva, a mortalitás 5%, de ha ezeket levonja, akkor a mortalitás 1-4%-ot tesz ki. Ha az egyes rovatokat tekinti, azt találja, hogy az előadó 7 carcinoma-esetével szemben a hozzászóló statisztikájában 162 eset szerepel. Nem osztja azt a véleményt, hogy a carcinoma ne operáltassék laparotomia útján, mert a sugaras therapia csaknem teljesen csődöt mondott. Tanúság erre a legutóbbi innsbrucki gynaekologus-congressus. Véleménye szerint 100 carcinoma közül 15-20-at lehet vaginalisan, 20-25-öt pedig abdominalisan operálni. A carcinoma-műtétek mortalitása 10-15%. A hozzászóló statisztikájában szerepel azonkívül 90 genyes adnextumor is. Szerinte az egyik rovatban az egyik, a másikban a másik statisztika a jobb; például a sectio caesareánál az előadó statisztikájában 3 halál eset szerepel, a hozzászólóéban csak egy. A budapesti klinikák és kórházak az átél sok nyomorúság után meg lehetnek elégedve az eredményekkel, mert a világirodalomban is legelső helyen állanak. De ez még nem jogosít fel arra, hogy megálljunk. Azt hiszi, hogy az aseptikus műtétek terén nem fogunk sokat javítani, mert csak a véletlen dolga, mikor rontja meg a statisztikát egy súlyos eset. Ellenben nehéz feladatok várnak még megoldásra más téren, így például a genyes adnextumorok gyógyítása terén, a mikor a fertőző csira benne van a szervezetben. A hozzászóló foglalkozott a súlyosan elvérzettek véreinek reinfúziójával s nagy küzdelmet vár a carcinoma-gyógyítás terén is.

Szerinte sehol sem olyan fontos a localis anaesthesia, mint éppen a gynaekológiában. Hivatkozik egy betegére, a ki 16 hónapig feküdt lázasan osztályán s a kin a műtétet a parenchymás szervek degenerációjára való tekintettel localis anaesthesia végézte. Az anaesthesia aethylchlorid-bódulattal szokta teljessé tenni, a mivel ki van küszöbölve a narkosis káros hatása. Azon reményének ad kifejezést, hogy ha a jövőben újabb ezer esetben talán javulást fogunk elérni, akkor is *Tóth* tanár fog vezetni.

**Lovrich József:** Anyaga kissé eltér az előadótól. Míg például az előadó statisztikájában 77 extrauterin terhesség szerepel, addig a hozzászólónak 8 év alatt 112 esetet volt alkalma operálni. Annál is inkább jutnak eléje ilyen esetek, mert éppen azok közül lesznek kiválogatva, melyeket máshonnan elküldenek. A hozzászóló a diagnosiban látja az okot, hogy nála a méhenküli terhességek nagyobb számmal szerepelnek, mint másoknál. A diagnosist ugyanis próbapunctio segítségével dönti el. Principiuma az, hogyha vért kap, operál. 112 beteget közül meghalt 7, és pedig 5 sepsisben, 2 elvérzésben. Tekintetbe véve a beszállítás körül sokszor felmerült nehéz viszonyokat és hogy gyakran csaknem teljesen kivérezve kerültek a betegek a műtetre, bátran állíthatja, hogy ez a mortalitás nem nagy. 117 lobos daganat közül 80-ról már beszámolt 2% mortalitással. A jó eredményt a drainagének tulajdonítja, melyet úgy végez, hogy felülről drainezza, a műteti területet bevarrja és alulról hüvelymetszéssel keresi meg a draint. Parenchymás vérzéseket, esetleg visszamaradó necrotizáló területeket egyszerűen tamponál. Míg *Frigyesi* azt mondta, hogy a sugaras therapia csődöt mondott, addig a hozzászóló szerint a myomák kezelésében legfeljebb arról lehet ma vitatkozni, hogy egyszeri vagy többszörös besugárzást alkalmazzunk-e. Nagy örömmel konstatálja, hogy az előadó statisztikájában nem szerepelnek túlzott számmal a ventrofixatiók. Tudomása van olyan osztályról, a hol naponta végzik e műtétet. Azt tartja, hogy ezen a téren túlzások történnek. Carcinoma miatt 19 esetben végzett Wertheim-műtétet, azonban, mivel 5 halálos esetet kapott, műtétjei sorából törölte. A carcinoma sugaras kezelésére vonatkozólag a lipcei congressuson az a vélemény jeleztesedett ki, hogy a könnyen operálható eseteket hüvelyi úton kell elvégezni, a kétes esetek pedig palliatív módon kezelendők Röntgen-és radiumsugarakkal kombinálva. Ma már nincs klinika, a hol ne foglalkoznának a sugaras kezeléssel, a melynek fő terrenuma a myoma, az osteomalacia és a malignus daganatok. 42 sectio caesarea esete közül 4 halt meg, melyek már fertőzve kerültek műtetre. Összesen 675 laparotomia közül a mortalitás 50, azaz 7-4%, a mi jórésben a Wertheim-műtét és a rupturált adnextumorok rovására irandó. Hogy ez utóbbiaknál milyen nagy eltérések lehetnek, kiténik abból, hogy egy nap hármat operálva, 2 megmaradt és 1 meghalt. Míg az előadó statisztikájában a myoniák és ventrofixatiók jutnak nagy szerephez, addig a hozzászólóéban az adnextumorok és a méhenküli terhességek.

**Tauffer Vilmos:** Abban a ritka szerencsés helyzetben van, a mely öreg professornak is ritkán jut osztályrésztül, hogy több mint 4 évtized fejlődését tekintheti át. Abban a korban kezdte működését, a mikor még nem állott rendelkezésünkre a tudomány az a nagy vívmánya, a melyet ma a sepsis néven foglalnunk össze. Akkor 1000 laparotomián, 20 évi anyagán végigtekintve, 15 mortalitást mutatott ki. Azóta a tudomány keresztülment azokon a phasisokon, melyek kellettek ahhoz, hogy a mai eredményekhez juthatunk. Dicsekedhetik azzal, hogy a II. sz. női klinika szemlékörében élhet és nincs elszakítva attól a fejlődéstől, mely gyönyörködött. E rövid hozzászólásban nem tudja összefoglalni sok megjegyezni valóját. Az előttünk fekvő beosztás nem tesz különbséget aseptikus és septikus esetek között és ennél fogva az összehasonlítás minden alapja hiányzik. Mert ha az egyik eredményeit szennyezett anyagból kénytelen venni, addig a másik, ha egy bizonyos elvet követ a kiválogatásban, anyagát megiszlithatja. Az összehasonlítás tehát ezen egyszerű számokból nem ítéltető meg. Nagyon helyesen mondja *Tóth* tanár, hogy az eljárás tökélyét a morbiditási táblázat mutatja meg, mert hogy hány hal meg, azt, mint *Lovrich* és *Frigyesi* is mondta, a véletlen határozza meg, azonban az, hogy a betegek közül hány lesz lázas, az jórésben az a sepsis leliismeretes betartásától függ. Ehhez fűzi megjegyzéseit. Szakkollegák egyet fognak érteni vele abban, hogy ha őszintén vallják meg a dolgot, mint ez a táblázat, akkor eljutottunk a mai emberi lehetőség maximumához. Ó nem mer már nagy javulást remélni, mert például a szürsatorna-genyedés, a hasfali abscessus a kezünkön kívül áll. Ha streptococcusokkal telt yaladék jut a hasüregbe, az ő aseptikus apparatusa felmondja a szolgálatot. Ezért nem hiszi, hogy lényegesen lehessen javítani a morbiditáson. Ha végigcsináljuk a hassebészet fejlődését és látjuk, mire vagyunk képesek, akkor ez mindenben megelégedést vált ki. A technikában is óriási fejlődést lát. A régebbi statisztikákban oly gyakran szereplő ileusok, melyeket előszeregettel irtak mechanikai körülmények rovására, eltűntek. Ezres csoportban ez tisztán az a sepsis igazolása, mert ezek az ileusok septikus ileusok voltak. A másik haladás az, hogy eltűntek a thrombosok. Hogyan keresték a pathológiában annak az igazolását, hogy thrombosokban haltak el betegek. Ezek sepsisek voltak. Ma nincsenek. A drainezés kérdésében ellentétbe jut *Lovrich*-csal. Nincs drain a hassebészetben. A medenczetályog provokálja a draint. A legkomplikáltabb daganattal is elkészül a technika. 999 műtét hasfali drain nélkül ment végbe. A mi a méhenküli terhességet illeti, ebben az egyesületben hangzott el egyszer a kijelentés, hogy az extrauterin gyógyítása a szakácsné gyógyítása. Ma *Werth* szerint úgy tekintjük az extrauterin terhességet, mint malignus tumort. 77 esetből csak egy halt meg, tehát az extrauterin terhesség gyógyítása óriási haladt előre. A sectio caesarea mortalitása a legnagyobb, ez rontja a statisztikát, a mi nem az a sepsis, hanem a már jelenlévő fertőzés rovására irandó. Abban a mai ered-

ményt összehasonlítva a mulittal, ez ismét a technika fejlődését tünteti fel. A placenta praevia kezelése a szülészetnek mindig superlatív feladata volt. Ma úgy tudunk operálni, hogy még egy évokanálnyi vért sem veszít el a beteg, kivéve azt, a mi a méh falában van, ugyanis praeventív érlefoágásokkal vesszük ki a méhet, a mikor is a magzat apnoëban születik, de hamar magához tér. Hozzászóló a következő szavakkal fejezi be kritikáját: „A velünk ellenséges világ, mely minket körülvesz, ostromolja a mi kulturális fölényünket. Hihetetlen energiával dolgozik azon, hogy a világnak demonstrálja, hogy felettünk áll kultúrában. Ezért kötelességnek tartom, hogy a mi közöttünk elismerésre méltó, demonstráljuk. Ezért egyike volt azoknak, a kik biztatták Tóth tanárt, hogy mutassa meg a világnak, hogy a tudomány nálunk olyan fokon áll, a melylyel az utódállamok nem mérközhettek.”

**Tóth István:** Figyelmezteti *Frigyes-t*, hogy ha részletesen megnézi táblázatait, látni fogja, hogy ott igenis elég sok nem tiszta műtét van, másrészt megemlíti azt is, hogy az eléje került genyes adnexum-daganatok jórészt per vaginam operálja, a mely úton ki tud venni olyan genyes daganatokat is, a melyek hasmetszés útján megközelíthetetlenek; ezek teszik a gynaekologus operatív működésének csúcspontját. Elismeri, hiszen maga is közkórházi főorvos volt közel 7 éven át, hogy a közkórházi anyag rosszabb a klinikáinál, de nyilvánvaló az is, hogy begyakorlottabb és nagyobb személyzet és más mellékintézmények is közrejárzanak abban, hogy klinikán jobb eredményeket tudnak elérni. A méhrák operálását *Wertheim* módja szerint csak kivételesen végzi, éppen azért, mert nagy a primaer halálózása; megtanulta, begyakorolta a rákos méhnek kivételét nagy terjedelemben hüvelyi úton; a hol ennek kivitele lehetetlen, rendelkezésére áll a sugaras gyógyítás. Eseteit nem válogatta meg, a mi eléje került s a kin operációval segíteni lehetett, azt meg is operálta; sem klinikai, sem magánbetegeit nem küldte máshoz operáltatni azért, mert talán veszedelmesnek tartotta. A ki az ő operatív működésébe betekintett, láthatta, hogy vállalkozott mindarra, a mire lelkiismeretes műtő ma vállalkozhatik. *Lovrich*-csal szemben megjegyzi, hogy az ő sorozatában lévő 77 méhenkívüli terhesség, a mely közül csak egyetlen esetet veszített el acut anaemia folytán, 4 és fél év alatt fordult elő, míg a *Lovrich* 102 esete 8 évi anyag, tehát itt is nem kisebb, hanem nagyobb a klinikájának az anyaga. Feltűnően kedvező eredményeit az utóbbi 3 év alatt gyakorolt vérátömlesztés igen jó hatásának tulajdonítja; nem egy esetben 500–900, sőt két esetben 1200 gr., a hasürből kimert vért öntötték vissza a kivért asszony vénájába. A hozzászólók nagy anyagának eredményei még csak inkább fogják demonstrálni a művelt külföld előtt, hogy mily magas fokon áll Magyarországon a gynaekologia, a mi legfőbb célja volt anyaga összeállításának és úgy itthon, mint külföldön való demonstrálásának.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Ferd. Zinsser:** *Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes.* Für Ärzte, Zahnärzte und Studierende. Dritte erweiterte Auflage mit 54 mehrfarbigen und 17 schwarzen Abbildungen. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1922.

A szerző értékes munkáját első megjelenése alkalmával — 10 év előtt — már volt alkalmam ismertetni. A most megjelent 3. kiadását is csak a legnagyobb dicsérettel méltathatom, elsősorban azért, mert valóban lézágpótló. A száj különböző syphilises és a syphilishez hasonló bántalmait a gyakorlatban ugyanis annyira szétoszlának a különböző orvosi szakmák (dermatologia, stomatologia, laryngologia stb.) között, hogy az egész anyag fölött való teljes és egységes áttekinthetőségre valóban még nagy tapasztalású orvos is bajosan tehet szert. S éppen ezt találjuk meg *Zinsser* ezen atlasz szerzőjében, melyben a szerző az egész anyagot nagy didaktikai érzékkel, nagyrészt kitűnő moulage-ok nyomán készült színes ábrákon tárja szemünk elé. Az atlaszt mintegy 4 ívre terjedő szöveg előzi meg, mely a syphilisnek idevágó klinikai jezeit tárgyalja magas színvonalon, kiemelve egyben a syphilishez hasonló különböző szájbetegségeket. Az új kiadás egyébként 3 új színes táblával is bővült (lupus erythem., Hunter-féle glossitis, száj- és körömfájás egy-egy esete). A könyv kiváló kiállítás a régi maradt. *Guszman.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

Az inulin használatára diabetesben hívja fel a figyelmet *Offenbacher* és *Eliassohn*. Kísérleteik szerint ugyanis az inulin sokkal jobban használódik ki a diabeteses anyag-

cseréjében, még a laevulosénél is jobban, a melyről pedig ismeretes, hogy sok diabeteses májában glykogenné alakították át akkor is, a mikor a glykogenképződés dextroséből már nem lehetséges; ismeretes az is, hogy a szervezet toleranciája legkisebb a galaktosével szemben, utána következik a glykose, a saccharose, a lactose és a laevulose. Manapság az inulin tűrhető áron nagyobb mennyiségben alig szerezhető be; helyette kiterjedtebben kellene használni az inulint nagyobb mennyiségben tartalmazó főzelékeket (topinambur, helianthi, stachys), a melyeket nemrégiben *Strauss* ajánlott. (Münchener mediz. Wochenschr., 1922, 43. sz.)

A diphtheria serumtherapiájára vonatkozó kísérleteket végzett *Sato*. Házinyulak légcsőnyálkahártyáján mesterségesen létesített diphtheria a kísérletek eredményei szerint meggyógyítható serummal, de csak az esetben, ha legkésőbb 8–10 órával a fertőzés után adjuk a serumot intravenásan vagy intramuscularisan, még pedig 1200–3000 immunitásegységnyi mennyiségben. (Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap., Originale, 34. köt., 4. és 5. füz.)

Tüdőgangraena eseteiben *Curschmann* szerint lehetőleg korán kell megkezdeni a salvasan-kezelést. A sebészeti beavatkozás csak akkor jön szóba, ha a több hétig folytatott salvasan-kezelés eredménytelen maradt. (Mediz. Klinik, 1922, 38. sz.)

### Sebészet.

Angina Ludovici (submaxillaris phlegmone) eseteiben az általában használatos széles bemetszés *Rehn* tanár szerint nem elegendő, a mint azt három egymásután észlelt, halálos lefolyású esetének ismertetésével bizonyítja. Azt ajánlja tehát, hogy ne elégedjünk meg a széles bemetszéssel, hanem irtsuk ki a glandula submaxillaris teljesen az ottani nyirokmirigyekkel együtt. (Klinische Wochenschrift, 1922, 43. szám.)

Idült haemorrhagiás diathesis esetét ismertette *Naegeli* a zürichi orvosegyesület június 15.-én tartott ülésén. Főleg nyálkahártya- és bőrvérzések voltak jelen, egy alkalommal az egyik czombarteria is spontan megrepedt és aneurysma spurium képződött; nagyfokú másodlagos anaemia fejlődött, a vérlemezék száma rendkívül megkevesebbedett (5–10000); a hőmérsék rendszeres volt. Minthogy minden gyógyító kísérlet eredménytelen maradt, a lépképzést végezték, mire gyógyulás következett be. Szövettanilag a lép normálisnak bizonyult, thrombocytolysis nem volt kimutatható. A lépképzés kedvező hatása arra vezethető vissza, hogy a lép hiánya stimulálóan hatott a csontvelőre, azonban csak a thrombocytaképződésre, mert a leukocytákban egyébként nem mutatkozott változás.

### Szemészet.

A keratoconus műtéti kezeléséhez szól *Stoewer*. Bár a keratoconus kezelésében a jó kontakt-üveg alkalmazása nagy haladást jelent, mégis vannak nehéz esetek, melyekben csak az operatív kezelés használ. Legszívesebben a thermocautert alkalmazzák, de ez az eljárás nem ideális, mert utána a homály megfestése és optikai iridektomia szükséges. A szerző eljárásával, melyet négy esetben használt (először 1904-ben), tinctio és iridektomia nélkül lényeges látás-javulást ért el. Legutóbbi esetéről részletes leírást közöl. A conust *Graefe* késsel lepraeparálja, úgy, hogy a corneát egész vastagságában csak kis területen, a conus csúcsán metszi át, azután a hiányt két nyelű kötőhártya-lebenynyel fedi. A lebeny egyik nyelét 3, a másikat 4 hét múlva átmetszi. A kötőhártya megvékonyodik és később csak lapos macula marad a helyén. *Grunert* és *Kuhnt* is végezte a keratoconusnak conjunctivával fedését, de ők előbb égették a conust. Teljesen hasonlóan járt el *Maddox*, viszont ő cornealis varratot alkalmazott. Eljárásánál a földolog a conus résznek felületesen lefejtése, mely csak a conus hegyén terjed a cornea egész vastagságára, azután a jó fedés elég széles, de nem nagyon vékony conjunctiva-lebenynyel. Eddigi tapasztalatai szerint ily módon az optikai iridektomiát és a cornea festését megtakaríthatjuk. (Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde, 1922 július.) *Pelláthy Béla* dr.

### Szülészet és nőorvostan.

A gyermekágy modern kezeléséről ír Siegel professor, a giesseni női klinika főorvosa. A gyermekágy modern kezelése négy dologban tér el az eddig szokásos kezeléstől: korai felkeltés, tornáztatás-massage, táplálkozás, emlődápolás. Sok szerzőt említ, kik már régóta hívei a korai felkeltésnek és a gyakorlati életben legmesszebbmenőleg alkalmazzák (Krönig, Blum stb.). Szembeállítja a korai felkeltés előnyeit annak hátrányaival. Saját tapasztalatai révén számol be a korai felkeltés előnyeiről. A gyermekágy I.—III. napján engedi felkelni a gyermekágyasokat, a II. napon 15 percze, a III. napon 30 percze, a IV. napon 45 percze stb. A korai felkeltés előnyeit a következőkben foglalja össze: Az általános közérzet hamarabb javul, a vérkeringés élénkül és ezzel mintegy elébe vág a thrombosisnak és emboliának. 2524 gyermekágyas közül, a kiket az I.—III. napon engedtek felkelni, thrombosisban és emboliában egy sem pusztult el, ezzel szemben 2500 gyermekágyas közül, a kik kifeküdték a gyermekágyat, 4 thrombosisban és 1 emboliában halt meg. Különösen varicosus asszonyokat előnyös korán felkelni engedni. Az étvágy javul és így a jobb táplálkozás folytán a tejelválasztás fokozódik. A hólyag kiürítése is könnyebb, s így megakadályoztatik a gyermekágyban gyakran észlelt cystitis. A méh visszafejlődését kedvezően befolyásolja. Kevesebb retroflexio jön létre a korai felkeltés mellett. A lochia-pangás ritkább s így az infectio lehetősége csökken. Hátránya, hogy megterheli a medenczenefek és a has izomzatát, s a fel nem ismert fertőzés eme kezelésmód mellett fokozódhatik. Ellenjavaltnak tartja a korai felkeltést mindazoknál, a kik lázasak vagy fertőzésre gyanusak, a kiken gátvarrás történt, a kik thrombosisra gyanusak, vagy a kiken kankós fertőzés mutatható ki. Nem kelti fel azokat, a kik önként felkelni nem akarnak. Mozgási gyakorlatokat végeztet a gyermekágyassal, a melyeket nap-nap mellett ismételtet mind hosszabb ideig. A gyakorlatoknak az a célja, hogy activ mozgást végezzenek a kitágult hasizmok s így könnyebben nyerjék vissza eredeti rugalmasságukat. Freiburgban Krönig klinikáján végezte kísérleteit a gyermekágyasok tornáztatásával és igen jó eredményeket látott tőle. Ajánlja a hideg-meleg zuhanyokat a kitágult rectusok és a gátizmok erősítésére. A mi a gyermekágyasok táplálkozását illeti, legmegfelelőbbnek tartja a vegyes táplálékot. Néhány zöldségféle kivételével, a mely puffadást okoz, mindent ehetik a gyermekágyas. A szeszes italoktól lehetőleg tartózkodjék. Minden anya szoptassa saját gyermekét. Az újszülött számára a legjobb táplálék az anyatej. A méh visszafejlődésére elsőrendű feltétel a szoptatás. Az asszonyok 90%-ának legalább 2 hónapig elegendő teje van a csecsemő számára. Activ tuberculosis, dekompenzált vitium, súlyos anaemia ellenjavallja a szoptatást. A szülés után az első 24 órán belül előre kell tenni az újszülöttet. A terhesség alatt készítse elő minden anya az emlőjét a szoptatásra. Naponta többször mosogassa tiszta ruháskával szappanos vízzel a bimbót. Ha a bimbón rhasások és repedések jönnek létre, ez nem ellenjavallja a szoptatást, szoptasson tovább az asszony és tegyen a bimbóra alkoholos borogatást. Mélyebb berepedésre 10%-os arg. nitricumot ajánl. (Klinische Wochenschrift, 1922 október 7.) Sztehló dr.

### Gyermekorvostan.

Új gyermekkori kórképet észlelt Feer tanár (Zürich) 5 leányon és 1 fiun. A gyermekek kora 2 év körüli volt. A tünetek a következők: Lassú kezdet láz nélkül és mérsékelt nyugtalansággal; kedély-depressio, az álm mélységének csökkenése. Erős izzadás hűvös időben is, ennek következtében miliaria rubra és az epidermis maceratiója főleg a kezeken és lábakon. Nem ritka az urticaria és dermatographia. A peripheriás részek kifejezetten cyanosisosak. A pulsus szapora, a vérnyomás lényegesen fokozott. Kedvetlenség izomtevékenységre, hypotoniás izomzat; a járás sajátságosan kacszó; hűdés, trophiás zavarok nincsenek. A liquor, a vér, a vizelet nem mutat eltérést. Erős nyálfolyás. A betegség 4—6 hónapig tartott, egy gyermek miliariából kiindult sepsisben pusztult el. A betegséget a vegetativ rendszer subchronikus lefolyású neurosisá-

nak tartja. — Az előadással kapcsolatos eszmecsere alkalomával Thomas annak a véleményének adott kifejezést, hogy talán a Basedow-kór „forme fruste“-jéről van szó ezekben az esetekben, Widmar ellenben az encephalitis lethargica abortiv alakjára gondol. (Gesellschaft schweizer. Pädiater, 1922 június 25.-i ülés.)

### Venereás betegségek.

A syphilisnek intravenás kombinált (salvarsan + kéneső) kezelését tanulmányozta F. Manelshagen és R. Stempel (Bonn). A legtöbb syphilidologus a kombinált salvarsan-kéneső-kezelésnek híve. A szóba jövő erélyes kénesős készítmények injectiója a glutaealis izomzatba azonban elég sok kellemetlenséggel jár. Ezért bizonyos kezdeti tartózkodás után feltűnő gyorsan terjedt el a Linser által három év előtt ajánlott intravenás kombinált kezelés. Ő a neosalvarsant sublimat keverten alkalmazta intravenásan, később azonban leginkább a novasurolt és a cyarsalt használták a kísérletezők a sublimat helyett. A szerzők ezt a betegre nézve aránylag igen kényelmes s teljesen fájdalomtalan eljárást a bonni klinikának mintegy 130 esetén tanulmányozták s a régebbi kombinált kezelés adataival s eredményeivel összehasonlították. A klinikán divó igen magas salvarsan-dosisokat e kezelésmód mellett is alkalmazták (10 injectióval férfiak átlag összesen 5.5—6 gr., nők 4.5—5 gr. salvarsant kaptak), a mi alighanem az oka az aránylag gyakori icterus-eseteknek. A szerzők tapasztalása azt látszik bizonyítani, hogy a Linser-féle eljárás klinikai eredményei azonosak a régebbi kombinált kezelés eredményeivel. A Linser-féle kezelés therapiás hatása általában nem gyorsabb, mint a tiszta salvarsan-therapiáé. A kéneső-salvarsanos keveréket általában jól tűrik a betegek s az súlyosabb károsodásokat alig okoz. A klinikai és serologiai hatás tartósságára vonatkozóan, tekintettel a megfigyelési idő viszonylagos rövidségére, végleges bírálatot a szerzők sem mondhatnak. A syphilis korai szakában a kombinált intravenás kezelés jól tudja befolyásolni a seroreactiót, de úgy látszik, hogy e kedvező eredmény nem mindig állandó. Ugyanaz áll a klinikai eredményekre is. A lues III. és lues congenita serologiai szempontból ezzel a kezelési eljárással szemben is resistensebbnek bizonyult. A szerzők észlelése szerint a kombinált intravenás kezelés (neo- vagy neozüst-salvarsan + novasurol vagy cyarsal) bár jó symptomás eredménnyel jár s a vizsgálatnak hozzáférhető spirochaetákra is gyors befolyást gyakorol, a hatás tartóssága s a különböző serologiai reactiók befolyásolása szempontjából mégis a másnemű kombinált kúrák (natr.-, neo-, neozüst-salvarsan + calomel, hydrarg. salicyl., mercynol vagy kenőkúra) mögött marad. (Deutsche med. Wochenschr., 1922, 38. sz.) Guszman.

### Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Mesterséges napfénykezelés után beállott halálos tüdővérzés esetét közli Weidinger és ennek kapcsán figyelmet arra, hogy a napfénykezelés nem egészen veszélytelen eljárás; különösen akkor kell szünetelni a használatával, a mikor valami más okból is góczreactio áll fenn, mert ehhez a reactióhoz hozzáadódván a napfény létesítette reactio, túlságos erőssé válhatik a hatás és ez a kóros folyamat terjedésére vezethet. Góczreactiót okozhat a tuberculin, a menstruatio, lázas heveny betegség, testmozgás. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1922, 43. szám.)

Eldoform néven a Fr. Bayer-czég (Leverkusen) egy új készítményt hozott forgalomba, a mely nem más, mint élesztő-fehérje összekötése tanninnal. Előnye a többi tanninkészítménnyel szemben, hogy íztelen s azért kisgyermek is szívesen veszik. A karlsruhei gyermekkórházban tett és Heidingsfeld által közzétett tapasztalatok szerint az eldoform csecsemő- és kisgyermekkori subacut és idült dyspepsia eseteiben nagyon jó szolgálatokat tesz, természetesen a kellő diaetás kezelés mellett, noha könnyebb esetekben egymagában is már eredményt hozhat. Csecsemőknek 0.25 gramm, kisgyermekeknek 0.5 gramm adandó naponként négyszer, ételben suspendálva. (Münchener med. Wochenschrift, 1922, 32. sz.)

**Tüdővérzés** ellen már többen ajánlották a kámfort, általánosan azonban nem terjedt el a használata. Legújabbban Weiss a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ október 6.-án tartott ülésén ismertette rendkívül kedvező eredményeit, a melyeket tüdővérzés eseteiben 25%-os kámforolaj 4–6 cm<sup>3</sup>-ének bőr alá fecskendezésével elért. Olyan esetekben is megszűnt a vérzés, a melyekben chlorcalcium intravenás befecskendezése hatástalannak bizonyult.

**Sepsises betegségekben** A. Mayer (Tübingen) szerint prognosztikai következtetés vonható a bőr magatartásából jodcseteléssel szemben, a mennyiben a beecsetelt terület elég gyors elszíntelenedése kedvező lefolyásra nyújt kilátást. (Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 58. kötet, 5. és 6. füzet.)

**Jodkalium helyett** Winkler (Nennndorf) syphilis eseteiben jodtincturát rendel, a melyből naponként háromszor véttet be 6–10 cseppet fél pohár vízben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 41. szám.)

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** A belügyminister Kluge Endre dr. egyetemi tanársegédet és Kolbinger János dr. rendőrorvost a rendőrtisztviselői tanfolyam tanárává nevezte ki.

**A Magyar Szemorvostársaság** legközelebbi összejövetelét december 1.-én d. e. 1/10 órakor tartja a II. sz. szemklinikán (VIII., Szigony-u.). Orvos-vendégeket szívesen lát a Társaság.

**A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter** a következő pályázatot hirdeti: A Chinoin gyógyszer- és vegyészeti termékek r.-t. igazgatósága 40–40.000 korona pályadíjat ajánlott fel olyan két önálló munkát díjazására, a melyek egyike a „Magnol“-nak nevezett fertőtlenítő szernek az általános orvosi gyakorlatban, másika ugyanennek a szernek a szülészetben való használhatóságát teszi tanulmány tárgyává. A pályázaton kizárólag Magyarország területén gyakorlatra jogosult orvosok vehetnek részt és a pályaműveknek a Magnollal elért gyakorlati eredményekre kell támaszkodniok; kizárólag elméleti alapon mozgó tanulmányok nem részesülnek díjazásban. A pályaműveket 1923 november hó 1.-éig a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszterhez kell benyújtani jellege alatt. A pályadíj odaítélése tekintetében a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter által alakítandó bíráló bizottság fog dönteni.

**Személyi hírek külföldről.** A jeni egyetemen újonnan felállított physikai és diaetothériai tanszékre Grober tanárt hívták meg. — H. Beitzke düsseldorfi tanárt kinevezték a gráci egyetemen a kórbonczolástan tanárává. — H. di Gaspero gráci docentet a hydro-, thermo- és klimatoterapia rendkívüli tanárává nevezték ki.

**Meghalt.** Andránszky Jenő dr. törvényszéki orvos, Pestmegye tiszteletbeli főorvosa, 57 éves korában Budapesten. — A. Bing, a fül-orvostan rendkívüli tanára Bécsben, 78 éves korában november 5.-én. — H. Gutzmann tanár, a beszédzavarok tanában ismert tekintély, 57 éves korában Berlinben. — Kirchhoff tanár, ismert elmeorvos, 70 éves korában Schleswigben. — R. Jolly, a nőorvostan rendkívüli tanára a berlini egyetemen, 46 éves korában.

## SVÁBHEGYI NAGY SZÁLLODA SUBALPIN GYÓGYHOTEL.

A Svábhegyi Liget-Sanatorium téli dependence-a.

Modern orvosi, vizgyógyászati felszereléssel. Diaetás konyha a Dr. Jakab-féle Liget-Sanatorium régi kipróbált rendszere szerint. Fekvő kúrákra kitűnő védett, napsugaras terraszok.

Felvételemek: Anaemiások, Basedow-betegek, gyomor- és bélbetegek, valamint üdülésre és pihenésre szorulóknak.

Orvosi vezető: Dr. Györki Béla, sanatoriumi főorvos.

### Diathermia Gyógyintézet

Budapest, V., Vilmos-császár-út 18. I. em. — Telefon: 13–98. — **hő-, fény- és villamos kezelésekre.**  
Diathermia. Quarz Spectrosol. Ivólámpa. Négyrekeszes fürdő. Fényszekrény. Hüvellyfény- és hólámpa. Elektrotherapia. Franklinisatio. Főn. Vibratiós massage. Zander-stb. kezeléseik.  
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő, Dr. Kovács József.

**Dr. Doctor** orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

- 78

## Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Rádium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

## Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

### Újtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légekúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

## RÖNTGEN-ODELGA

**Iszapkúrák** orvosi felügyelet mellett Dr. Pajor-Sanatoriumban Budapest, VIII., Vas-utca 17. Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

Telefon: József 4–12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

**ZANDER-Üdítő  
SOVÁNYÍTÁS**

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

### PÁLYAZATOK.

5675/1922. sz.

A lemondás folytán megüresedett Keszthely-vidéki kórorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi kórhöz Kiskeszthely, Cserszegtomaj, Gyenesdiás, Vonyarczvashegy, Balatonyörök, Balatonederics, Nemesvita, Nemesboldogasszonyfa, Sármellék, Égenföld és Zalavár községek tartoznak. A kör székhelye: Keszthely.

A kórorvos fizetése: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves pótlék s a megállapított segélyek és pótlékok.

A pályázók az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket előéletüket s politikai magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket folyó év december hó 13.-án déli 12 óráig nyújtásuk be, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni.

A választást folyó év december 16.-án délelőtti 10 órakor Keszthelyen a főszolgabírói hivatalban fogom megtartani.

A választott kórorvos hivatalát 1923 január 1.-én tartozik elfoglalni.

Keszthely, 1922 november 12. Botka, h. főszolgabíró.

4578/1922. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún-vármegye váci járásához tartozó Pestúj hely községben üresedésben levő II. orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnák, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket, valamint eddigi működésüket, a forradalom és kommun alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó év december hó 7.-éig nyújtásuk be.

Az orvos javadalmazása: az 1908: XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított illetmény és 4000 korona lakbér.

A választás határnapját később fogom kitézni.

Vác, 1922 november hó 14.

Veliacha dr. s. k., t. főszolgabíró.

Ad 6827/1922. szám.

A veszprémi m. kir. állami gyermekmenhelyen megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása teljes ellátás mellett évi 2400 korona és az előírt drágasági segélyek.

A pályázati kérvények a Népjóléti és Munkaügyi Minister úrhoz czimezve legkésőbb folyó év december hó 5.-éig hozzám küldendők be.

Veszprém, 1922 november hó 16.-án. Igazgató-főorvos.

## Röntgen-Coolidge-berendezéssel a legideálisabb üzem.

Telefon: ODELGA R.-T. VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68–16. Sürgőnczím: Medodelga Budapest. 37–04.

**Röntgen-berendezések és segédesszközök.** Röntgen-lemezek, fóliák stb., Müller-, Gundelach-Radiologie lámpák, Coolidge-berendezések és csövek

**Quarzlámpák** Bach-, Jesionek-Kromayer-rendszerűek, tartalék égők

**Elektromedikai** felszerelések, kapcsolókészülékek raktárról azonnal szállíthatók

**LÜDERS ÉS KANIS** Röntgen és Elektromedikai Műszaki Vállalat Budapest, VII., Miksa-u. 5. Telefon: József 130–26. Sürgőnczím: Röntgen Budapest.

# VIOFORM

Szabadalmazva.

Név törv. védve

JODCHLOROXYCHINOLIN. A JO-  
DOFORM KITÜNŐ PÓTSZERE,  
SZAGTALAN, STERILEZHETŐ.

**Vioformporlasztó**  
czélszerű, takarékos.

Gesellschaft für Chemische  
Industrie in Basel. Pharm. Abt.



Magyarországi képviselő:

Jakitsch János, Budapest, V., Wahrman-utca 13.

# BISMOLUOL

1 cm<sup>3</sup> = 0.10 g dikaliumbismuthotartaricum ol. olivarumban suspendálva.

## Chemotherapeuticum.

**Spirillocid antilueticum**  
a lues valamennyi stadiumában.

Friss esetekben 1 kúrára 3 g = 10, illetve 15 injectióra elosztva 1-1 injectio = 2 M 3 cm<sup>3</sup> (0.2 M 0.3 g).

Régi infectióknál 1 kúrára 2 g = 10 injectióra elosztva 1-1 injectio = 2 cm<sup>3</sup> (0.2 g).

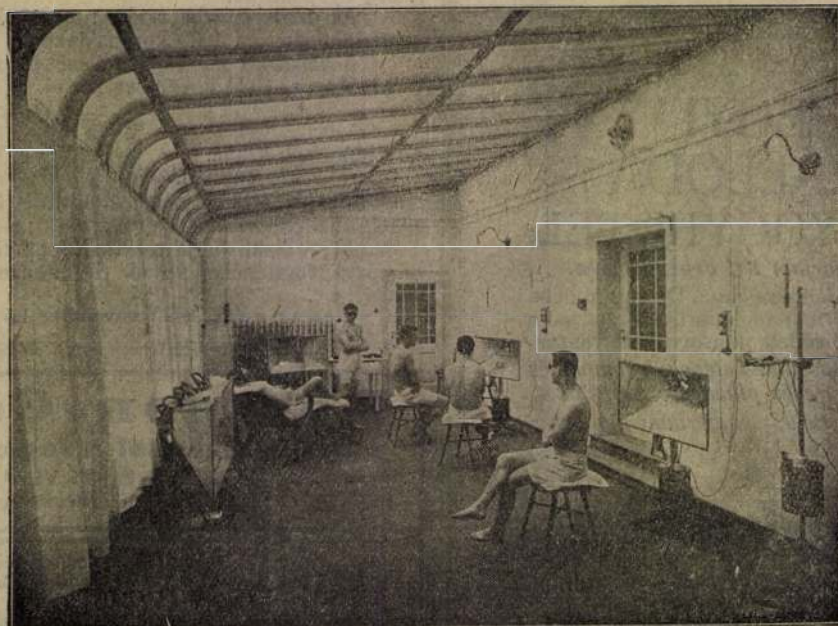
- Hatása:**
- a) a specifikus manifestációk gyors eltűnése;
  - b) a W.-R. állandóan negatívvá válik;
  - c) salvarsannal és salvarsan-készítményekkel kombináltan adagolva, utóbbiaknak dosis toxicája jelentékenyen csökkenthető;
  - d) higany- és salvarsan-idiosynkrasia esetén alkalmazható.

**RICHTER GEDEON VEÉGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.**

# MARADANDÓ SIKER

kiséri diadalmas útján a Professor Jesionek (egyetemi bőrklinika, Giessen) szerinti mesterséges magaslati napfényt (Künstliche Höhensonne). Az Ultraviolett-therapia (mesterséges heliotherapia) Prof. Jesionek elvei szerint a világháború alatt az

**Künstliche Höhensonne — Original Hanau —**



Az Isar balparti müncheni kórház besugárzó-terme.

utolsó évszázad legnagyobb orvosi sikere lett és ma nélkülözhetetlennek tartják orvos, kórház vagy sanatorium számára, valamint a rachitis, görvélykór és tuberculosis leküzdésére. 750 orvosi közlemény. Számos ezer besugárzó készülék használatban.

Eredeti gyárosok: Quarzlampengesellschaft m. b. H., Hanau a. M. Postfachnummer 395.