

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.

Borszék Károly: Közlemény a székesfővárosi Telepy-utcai közpórház sebészeti osztályáról. A genuin epilepsiás görcsök kezelése a mellékveseállomány mütéti megkisebbitésével (Brüning-mütét). 131. oldal.

Haynal Imre: Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egy. ny. r. tanár.) A Schilling-féle vérkép diagnostikai jelentősége. 134. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (III. rendes ülés 1922 január 28.-án) 135. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Stransky:* Psychopathologie des Ausnahmestandes und Psychopathologie des Alltags. — *Lapszemle. Belorvostan. Csépai Károly:* A Friedmann-féle szerről. — *Sebészet. Reichel:* A rossztermészetű daganatok spontán gyógyulásáról. — *Szülészet és nőorvostan. Müller:* A szőlőcukor, mint a szülőtájéások erősítésére alkalmas gyógyszer. — *Gyermeorvostan. Epstein:* A csecsemők szokványos hányásának befolyásolása pépes előtetéssel. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 137–138. oldal.

Vegyes hírek. 138. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a székesfővárosi Telepy-utcai közpórház sebészeti osztályáról.

A genuin epilepsiás görcsök kezelése a mellékveseállomány mütéti megkisebbitésével (Brüning-mütét).*

Irta: **Borszék Károly** dr., főorvos, egyetemi cz. rk. tanár.

Fischer Henrik giesseni ideggyógyász állatkísérletei alapján úgy találta, hogy a görcsök létrejöttének mechanizmusában a mellékveséknek jelentékeny szerep jut; kísérleti állatain sikerült neki a mellékveseállománynak, különösen a kéregállománynak növelésével, a mit a kísérleti állatok castratiójával és chronikus alkoholmérgezéssel ért el, a görcsöt előidéző ingerekkel szemben az érzékenységet fokozni, viszont a mellékveseállomány megkisebbitése útján azt alászállítani. Ezen kísérleti megállapítások arra indították, hogy a genuin epilepsia egyik legfontosabb tünetét, a *görcsöket* befolyásolni próbálja az azokat kiváltó mechanizmus egyik componense, a mellékvese útján. **Fischer Henrik** ezen kísérleteit megelőzőleg már **Bumke** is felvetette a genuin epilepsiánál jelentkező görcsök gyógyítására a mellékveseállomány megkisebbitésének eszméjét, de tisztán elméleti okoskodás és klinikai megfigyelések alapján. Szerinte ugyanis a klinikai tapasztalatok mindinkább sürgetik annak a felvételét, hogy a genuin epilepsia oka nem az agyban van, hanem az endokrin apparatusban. A mellékvesék szerepét a görcsök létrejöttében kísérleti úton már **Guleke** is megállapította 1910-ben a tetaniára vonatkozólag.

Tekintve a mellékveséknek a szervezet háztartásában ismert fontos szerepét és belső secretiós működését, **Fischer** gondolatának gyakorlati megvalósítása szempontjából legelőször is azt a fontos kérdést kellett eldönteni, hogy a szervezet maradandó kára nélkül lehet-e egyáltalában és mily mértékben megkisebbiteni a mellékveseállományt? A felelet erre **Fischer Henrik** kísérleteinek eredményeként az volt, hogy a mellékvesék állományának $\frac{7}{8}$ részét az állatok nélkülözni tudják, sem az izomtonusban, sem növekedésükben, sem akármely szervük működésében vagy anyagcseréjükben semmi zavar sem volt megállapítható. Ezen feltételek tisztázása után hozta javaslatba az epilepsiás görcsök gyógyítására a mellékveseállomány mütéti megkisebbitését, a mit először **Brüning** végzett. Legelső tapasztalatairól, a melyeket 9 operált esetben szerzett, a *Zentralblatt für Chirurgie* 1920. évi 43. számában referált; ezen 9 eset közül az elsőben az egyik mellékvesének csak egy részét, a többiben az egyik oldali mellékvesét egészen eltávolította; esetei közül 4-ben a

mütét előtt sűrűn beállott görcsök egy csapásra megszűntek a mütét után és többé nem jelentkeztek, 5-ben enyhébb formában és ritkábban mutatkoztak és sedobrollal vagy lumnallal befolyásolhatókká lettek, holott a mütét előtt ezen szerekre egyáltalában nem reagáltak.

Brüning-nek ezen kedvező eredményei indítottak arra, hogy én is kísérletet tegyek az eljárással. Hogy a kiindulási pont, **Fischer** Henrik elmélete helyes-e vagy sem, hogy neki van-e igaza, vagy **Specht**-nek, a ki nemrégiben **Fischer** kísérleteit megismételve, mind a két mellékvese teljes kiirtásával sem tudta a kísérleti állatokon a görcsöket befolyásolni: ezidőszerint nem dönthető el, annál kevésbbé, mert **Fischer** legújabb közleménye szerint **Specht** eredményei a kísérleti berendezés hibás voltában nyerik magyarázatukat. Gyakorlati szempontból az a fontos, hogy **Brüning** operált eseteinek egy részében az epilepsiás görcsök teljesen megszűntek, egy részében ritkábban és enyhébb formában jelentkeztek. Ha ezt a le nem kicsinyelhető eredményt képes volt elérni úgy, hogy a mütéti beavatkozás sem közvetlenül, sem közvetve életveszélylyel vagy maradandó kárral a betegre nem járt, akkor ez a kezelés egy olyan epilepsiás betegnek, a kinek állapotán eddig semmi módon sem lehetett javítani, nagy nyereséget jelent.

Az eljárás eredményeinek megítélésekor tisztában kell lenni azzal, hogy nem az epilepsiát akarja meggyógyítani, hanem annak csak egyik, a betegre legkínosabb és legveszedelmesebb tünetét: a *görcsöket*.

Ebből önként következik, hogy csak azon esetekben alkalmazható, a melyekben a görcsös rohamok kifejezetten; tehát petit mal eseteiben, enyhe végtágrángatódásokban nyilvánulóknak nem. De még a súlyos, gyakran megismétlődő rohamokkal járó esetek közül is csak azokban lehet megkísérteni a mütétet, a melyekben a belső kezelés egész instrumentariuma minden eredmény nélkül lett már végigpróbálva.

Brüning az 1920 novemberben Frankfurt a. M.-ban megtartott sebész-congressuson már 14 operált esetről számolt be, a kik közül 5 teljesen meggyógyult; előadásában arra is rámutatott, hogy a mütét után a betegek vérképe is jellegzetes elváltozást mutat, a mennyiben az epilepsiásokra jellegzetes lymphocytosis lassanként visszafejlődött és normalis viszonyok állottak elő. Hasonló vérelváltozást észlelt **Schmieden** is operált eseteiben. Ugyanezen a congressuson **Schmieden** klinikájáról **Peiper** is kedvező eredményekről számolt be.

Azonban, a mint az előre várható is volt, a vérmes remények, a miket sokan ezen új mütéthez fűztek, nem valósultak meg; újabb közleményeikben **Peiper**, majd **Steinthal** a kezdeti kedvező eredmények megszűnéséről, illetőleg megrosszabbodásáról számolnak be.

Az irodalomban eddig megjelent közlemények és saját tapasztalataim objectiv mérlegelése után a **Brüning**-mütéttől

* Előadás a Kir. Orvosegyesületnek 1922 február 18.-án megtartott VI. ülésén.

nem lehet elvitatni, hogy a görcsös rohamok megjelenésére és azok intenzitására kedvező hatású; hogy ez a kedvező hatás nem bizonyult állandónak, az nem döntheti meg teljesen azt a suppositiót, hogy a mellékveséknek a *Fischer* által nekik tulajdonított hatása a görcsök mechanizmusában valóban megvan. Hogy az epilepsiás betegek rohamai sokszor minden kimutatható ok nélkül hosszabb ideig kimaradnak, hogy a legkülönbözőbb műtétek után szintén bekövetkezhet hosszabb szünet, az közismert tény. Azonban a *Brüning*-műtét után az esetek egy részében a műtét nem azonnal szünteti meg a rohamokat, hanem csak hosszabb idő múlva és a rohamok fokozatos enyhülése állapítható meg. Ha a műtét hatása nem volna specifikus, hanem akár a narcosis, akár a vérvesztés következménye volna, mint azt *Cordua* állítja, akár psychés vagy suggestiv okokra volna visszavezethető: akkor a hatásnak, a rohamok megszűnésének azonnal kellene mutatkoznia. A műtét teljes eredménytelenségének, illetőleg a kezdeti kedvező eredmények megrosszabodásának az oka ezek szerint vagy a mellékveseállomány megkisebbitésének mérvében, vagy az érintetlenül megmaradt állomány nagyságában keresendő. És ez a pont az, a mi eddig tisztázva nincs.

Brüning az egyik oldali mellékvese teljes eltávolítását javasolta; azonban műtétkor találokra az egyik oldalit eltávolítjuk, a nélkül, hogy tudomásunk lenne a másik oldalnak állapotáról, nagyságáról vagy arról, hogy az eltávolított mellékvese nem hypoplasiás-e, vagy hogy nincsenek-e véletlenül jelen szétszórott mellékvesecsírák. Annál is inkább jogosult ez a kérdés, mert *Simmonds*-nak 200 bonczolás alkalmával tett pontos megfigyelései alapján tudjuk, hogy a mellékvesék általában igen különböző súlyúak és nagyságúak lehetnek és hogy egy és ugyanazon egyén kétoldali mellékveséje között jelentős különbségek fordulhatnak elő; a járulékos mellékvesék, illetőleg mellékvesecsírák sem éppen ritkák; jelenlétük a herének leszállási útja mentén és elszórta a vese kéregállományában a pathologusok előtt már régen ismeretes. *Peiper* jelenlétüket 90%-ra teszi. Kellő gyakorlattal nem bíró sebészszel az is megtörténhetik, hogy nem az egész mellékvesét távolítja el, hanem annak csak egy részét. Nincs kizárva, hogy a teljes sikertelenség oka ezen körülményekben van.

Hogy az esetleg kedvező kezdeti eredmény nem marad tartós, az a visszamaradt mellékveseállomány későbbi compensatiós hypertrophiájában nyerheti magyarázatát. *Specht*-nek állatkísérletei, valamint *Simmonds*-nak és *Rössle*-nek vizsgálatai a mellett szólnak, hogy állatokon a mellékvesék egyikének eltávolítását a másiknak kimutatható megnagyobbodása és ezzel együtt feltételezhető működési többlete csakhamar követi. Mostanáig általánosan elfogadott nézet volt az, hogy az embernél a dolog ugyanígy áll és azért nem lehetnek állandóak a mellékvese állományának megkisebbitésével elért eredmények. Ezért állapította meg *Brüning* 30 évben az operabilitás alsó korhatárát, a mely korban a visszamaradt mellékvese gyors és lényeges compensatiós megnövekedése még nem oly valószínű, mint a fiatalabb korban. *Peiper*-nek és *Sultan*-nak egy-egy esete azonban határozottan ráczáfol ezen felvételre. *Peiper* esetében ugyanis a 23 éves nőbeteg 10 hónappal az egyik mellékvese eltávolítása után typhusban meghalt; a bonczoláskor a visszahagyott mellékvesében semmiféle compensatiós hypertrophiát kimutatni nem lehetett, pedig úgy a műtét útján eltávolított, mint a visszahagyott mellékvese pontosan meg lett mérve és makroszkopos meg mikroszkopos vizsgálatnak vettetett alá. *Sultan* esetében a 19 éves beteg állapota a műtét utáni javulás után ismét rosszabbodott; 6 hónappal a műtét után a beteg pneumóniában meghalt és a visszahagyott mellékvesében szintén nem lehetett compensatiós hypertrophiát kimutatni. Ha pedig 6 és 10 hónap alatt egy 19, illetve 23 éves egyénben nem következett be ez a feltételezett hypertrophia, akkor az idősebb egyéneknél vagy rövidebb idő alatt sem igen következik be. Ezért *Peiper* és *Sultan* eseteiben is, valamint a többi hasonló esetben a kezdeti kedvező eredmények megromlásának oka valószínűleg valami más körülményben keresendő,

tudniillik egy más belső secretiós szerv vikariáló működésében, a mely belső secretiós szerv a megkisebbedett mellékvese működését lassanként átveszi és azt helyettesíteni tudja. Hogy melyik ez a belső secretiós szerv, hogy minden esetben, férfiben és nőben egyaránt ugyanaz-e: ma még nem tudjuk.

Az irodalomban közölt esetekben, valamint az én operált 9 esetemben is az egyik mellékvese eltávolításának semmiféle káros következményét sem lehetett megállapítani, a mi azt mutatja, hogy a visszamaradt mellékvese-állomány működése a szervezet háztartásában elegendő. *Steinthal* 6 operált esetében pontos vizsgálatokkal megállapította, hogy a műtét után sem a vérnyomásban, sem a gyomornedv-elválasztásban, sem a szénhydrat-toleranciában, sem a vérsavó-cukor- és bilirubin-tartalmában semmiféle változás nem következett be; mindössze a műtét előtti hyperaciditas csökkenését észlelte. *Sultan* 5 operált esete közül egyben a vérsavó-cukor-tartalmának csekély emelkedését észlelte. A *Brüning* által leírt elváltozását a műtét előtti vérképnek én is észleltem; a vérnyomás változását én sem találtam. Feltűnő volt két betegemnek jelentékeny testsúlygyarapodása a műtét után. A mellékveseműködés megváltozásával esetleg összefüggésbe hozható tünetet mindössze két ízben észleltem egy operált betegem (2. számú eset), a kinek a műtét utáni 4. napon megindult az orra vére és ugyanazon a napon megkapta a menstruációját, a mely a rendes időnél 9 nappal hamarabb jelentkezett.

Az eltávolított mellékvesék makro- és mikroszkopos vizsgálatairól *Seiffert* és *Peiper* tesz említést; az előbbi egy operált esetében ugyanis az eltávolított mellékvese tyúktöjásnyi nagyságú lágyulós cystává volt átalakulva; a cysta tartalma lakkvörös folyadék volt, finoman eloszlott zsírszemcsékkel. *Peiper* esetében az eltávolított mellékvese velőállományának igen csekély adrenalin-tartalmán kívül, a melyet a hosszú idő óta fennálló görcsök okozta kimerülési állapot következményének tart, semmi elváltozást sem tudott kimutatni. Saját operált eseteim kiirtott mellékveséit *Johan Béla* tanár úr volt szíves megvizsgálni; ezen vizsgálatok szerint azok súlya 3—8.5 gr. között változott; kettő volt csak 8.5 gr.-os, a többi súlya jóval alacsonyabb, az 5.5 gr. súlyt átlag nem haladta túl; az egyik mellékvesében (1. számú eset) mogorónyi adenoma volt, a mely körülmény érthetővé teszi ezen mellékvese nagyobb súlyát; a másiknak 8.5 gr.-os súlya (7. számú eset) az átlagos súlynál jóval magasabbnak mondható. A különböző methodusokkal vizsgált mellékvesék histologiai képe semmi különösét sem mutatott.

Johan ezen vizsgálatai szerint tehát a kiirtott mellékvesék sem makro-, sem mikroszkopice elváltozást nem mutatnak; az átlagos súlynál jóval nagyobb súlyú egyik mellékvese azon betegről származik, a kin az összes esetek közül a műtéttel elért eredmény a legszembetűnőbb volt (1. számú eset); a másik esetben, a melyben a mellékvese súlya szintén nagyobb volt az átlagosnál, a műtét sikere nem mondható kielégítőnek. Ezen leletekből tehát a műtét eredménye és a kiirtott mellékvese nagysága között valamelyes összefüggést megállapítani nem lehet.

1921 október 1.-éig összesen 9 esetet volt alkalmam operálni; a betegeket *Moravcsik* és *Jendrassik* professorok, valamint *Ángyán*, *Bencze* és *Reusz* tanár urak voltak szívesek átengedni. Mind a 9 eset kivétel nélkül évek óta fennálló olyan genuin epilepsiában szenvedő beteg volt, a kiken a rendszeres klinikai vagy kórházi kezelés teljesen eredménytelen maradt; a rohamok oly súlyos formában és oly gyakran jelentkeztek, hogy a betegek teljesen munkaképtelenek voltak. Közöttük voltak (5., 3. és 1. eset), a kiknek nyelve és feje tele volt hegekkel és friss zúródásokkal, a rohamok alkalmával elszenvedett sérülések nyomaival. A 9 eset közül egyetlen egyben sem voltak a rohamok gyógyszerrel befolyásolhatók. Operáltjaim 15 és 51 év között voltak; az azóta szerzett tapasztalatok alapján és *Brüning*-nek azóta körülírt indicatiója szerint ma csak a 30 éven feletti eseteket tartom a műtetre alkalmasnak.

Brüning eredetileg a mellékvese eltávolítását transperitonealis úton ajánlotta; tekintve azonban ezen behatolási mód

súlyos voltát, már nemsokára *Brüning* közleményének megjelenése után *Küttner* az extraperitonealis utat ajánlotta a 12. borda resectiójával; hullákon végzett kísérletek után én is az utóbbi hozzáférhetést kielégítőnek tartván, ezt választottam; az első esetben rögtön reszekáltam a 12. bordát; miután azonban meggyőződtem, hogy a borda-resectióra csak hosszú mellkas és magasan a vese felső polusa felett elhelyeződött mellékvese esetében van szükség, a borda-resectiót is mellőztem, csupán egy esetben kellett még végezniem. A kiirtásra én is a bal mellékvesét választottam; hogy a jobb mellékvese mélyebb fekvésénél fogva a hozzáférhetés ezen az oldalon könnyebb, mint a bal oldalon, a hogy azt *Vorschütz* állítja, nem tapasztaltam hullakísérleteimmél; a mélyebb fekvés előnyeit teljesen lerontja a májjal való folytonos collisio.

Valamennyi esetemben a műtét minden zavaró incidens nélkül símán folyt le mindenféle melléksérülés nélkül; halálemetem egy sem volt. Operált eseteim mindegyikét a műtét után pontosan megfigyeltem és a kórházból való elbocsátás után is értesülést szereztem az állapotukról. Operált eseteim rövid kórtörténete a következő:

1. *B. Simon*, 51 éves. Rohamok 31 év óta; 20 éven át 3—4 hónaponként, majd 2—3 naponként. Műtét 1921 január 4.-én. A 12. borda resectiója után a bal mellékvese eltávolítva. Rohamok a műtét után: Január 8,* 9, 10, február 11, március 3. Elbocsátva március 25.-én. Elbocsátás után rohamok: Március 26, április 11, május 8, június 22; legtöbbször éjjel jelentkező ágybavizelés, felriadás, rövid ideig tartó zavartság. Állását mint raktár-felvigyázó jól betölti. Augusztus 17.-én teherkocsi elgázolta.

2. *Sz. Erzsébet*, 23 éves. Rohamok 3 év óta; két éven át 2—3 naponként, utóbb naponta 3—4 súlyos roham. Műtét 1921 február 18.-án. Február 22.-én orrvérzés és 9 nappal a rendes időnél hamarabb menstruatio. Rohamok a műtét után: február 28.-án. Elbocsátva márc. 9.-én. A nyert értesítés szerint ezidőszakra görcsös rohamai éppen oly súlyosan és éppen oly gyakran jelentkeznek, mint a műtét előtt.

3. *T. István*, 18 éves. Rohamok 10 év óta; 8 éven át 2—3 hetenként, két év óta hetenként 3—4 roham egymás után. Műtét 1921 március 17.-én. Rohamok a műtét után: Március 18, 19, 22; április 3, 4, 5, 18, 22, 23. Psychosis, zavartság. Május 5, 6, 16, 27; június 1, 2. Elbocsátva június 11.-én, azóta szabálytalan időközökben absence-ok és melancholiás rohamok; december közepe óta rövid időközökben 3—4 enyhe görcsös roham.

4. *B. Rezső*, 15 éves; rohamok 7 év óta; minden typus nélkül halmozottan jelentkező igen súlyos, 6—7 órán át tartó görcsök; 1—2 heti szünet után napjában 6—7 roham. Műtét március 23.-án. Rohamok a műtét után: március 24, 25, 28, 29, április 3, 4, 6, 13, 14. Elbocsátva május 11.-én. Azóta hetenként 1—2 görcsös roham, a melyek luminal nélkül oly erősek, mint műtét előtt, néha 1 órán át is eltartanak, luminal enyhébbek és 5—10 percig tartanak.

5. *B. Zoltán*, 25 éves; rohamok 5 év óta; 3 éven át 1—2 hónaponként, 1½ éven át hetenként 1—2-szer, ½ év óta naponta többször. Műtét április 28.-án. Rohamok a műtét után: április 29, május 9, 12. Elbocsátva június 18.-án. Azóta 2 hetenként 1—2 roham, a mely 2—3 percig tart.

6. *K. Lajos*, 16 éves; rohamok 6 év óta; 3 éven át 2 hetenként, 2½ éven át hetenként 1—2-szer, ½ év óta naponta. Műtét május 25.-én bordaresectióval. Roham a műtét után: július 19. Elbocsátva július 28.-án. Azóta, ha luminalt szed, görcsei nincsenek, ha nem szed, főleg éjjel hetenként 1—2 roham.

7. *S. Emma*, 28 éves: rohamok 16 év óta; 14 éven át körülbelül 3 hetenként 1 roham; 2 év óta 2 hetenként, utóbb naponta többször. Műtét június 17.-én. Feltűnően nagy mellékvese. Rohamok a műtét után: június 22, július 4, 17, augusztus 1, 2. Elbocsátva augusztus 13.-án. Elbocsátás után rohamok: szeptember 2, 15, október 10, december 20. December 21.-én abortált.

8. *T. Róza*, 22 éves; rohamok 3 év óta; 3—4 napi szünet után naponta többször igen súlyos rohamok. Műtét június 21.-én. Rohamok a műtét után: június 22, július 21, 23. Elbocsátva július 25.-én. Elbocsátás után rohamok: 1922 január 6, 28.

9. *P. Erzsébet*, 20 éves; rohamok 2 év óta; utóbbi időkben naponta 5—6 rövid ideig tartó, igen heves görcs. Műtét augusztus 21.-én. Rohamok a műtét után: augusztus 21, 29, szeptember 1, 2, 3, 9, 25, 26, 26, 30, október 3, 4, 8, 9, 18, 28, november 15, 21, 30. Azóta 2—3 hetenként 1 igen enyhe roham. Még megfigyelés alatt van.

Ebből látható, hogy 9 operált esetem közül egyetlen egyben sem következett be az epilepsiás görcsök teljes és végleges kimaradása; közülük egy (1. sz. eset) 8½ hónappal a műtét után meghalt. Ez a beteg éveken át teljesen munkaképtelen volt, ki sem mozdulhatott az utcára; elbocsátása után rohamai nagyon megenyhültek és annyira megriktáltak,

* A vastagabb számok súlyos görcsökkel járó rohamok, a többi enyhe, görcsök nélkül.

hogy ismét munkaképesé lett és dolgozott. Haláláról csak utólag értesülvén, bonczolatánál a visszahagyott mellékvese állapotáról semmi felvilágosítást sem tudtam szerezni. A 2. sz. esetben a műtét után a kórházból való elbocsátásig mindössze csak egyetlen enyhe rohamot észleltünk. Elbocsátása után állapota rövidesen annyira rosszabbodott, hogy a műtét előtti állapothoz képest semmi változás sem következett be; a műtét kezdeti jó hatása nagyon rövid ideig tartott. A többi 7 eset mindegyikében a műtét előtti állapothoz képest annyiban állott be javulás, hogy a görcsök ritkábban és enyhébb formában mutatkoznak; a rohammentes időszakok meghosszabbodtak és az egész testre kiterjedő heves, hosszú ideig tartó rángatózások helyett rövid absence-ok állottak be. Legszembetűnőbb ez a változás a 8. és 9. sz. esetben, a melyekben a műtét előtti, naponta többször megisméltendő igen súlyos görcsök helyett szabálytalan nagyobb időközökben oly enyhe rohamok állottak be, hogy nem ritkán csak a környezet vette észre azokat. A 9. esetben például éjjeli ágybavizelés, beszéd közben néhány pillanatig való elakadás képében mutatkozik a rohamok egy része.

Általában úgy tapasztaltam, hogy a görcsös rohamok típusának ezen megváltozása nem mindig következik be azonnal a műtét után, hanem többször csak lassacskán enyhülnek a görcsök és ritkálnak; egyetlen esetben sem észleltem azt, a mit *Brüning* közöl, hogy a műtét után a görcsök egyszerre végleg kimaradtak. Betegeimnek kezdetben a műtét után semmi gyógyszert nem adtam; később *Jendrassik* prof. tanácsára már azonnal a műtét után adtam rendszerint luminalt 3—4 héten keresztül.

Ezekután az a kérdés, hogy ezen csekély eredmény mellett jogosult-e továbbra is kísérletezni ezen műtéttel, vagy sem?

Ha tekintetbe vesszük, hogy egyáltalában csakis olyan betegek jöhetnek itt szóba, a kiknek állapota az igen súlyos és gyakran megisméltendő görcsös rohamok miatt tűrhetetlen és a kikkel szemben az ideggyógyász teljesen tehetetlenül áll és hogy maga a műtét — habár nagy beavatkozás — nem jelent sem életveszedelemet, sem a szervezetre egyébként semmiféle kárral nem jár: véleményem szerint a műtétet megkísérelhetjük, a míg más hatásosabb gyógyeljárást nem ismerünk. A műtéttel a beteget görcseitől teljesen megszabadítani ugyan nem tudjuk, de egy oly fokú javulást mégis remélhetünk, a melyet semmi más módon neki nem tudunk nyújtani. Operáltjaim közül tudtommal egy sincs olyan, a ki megbánta volna, hogy magát a súlyos műtétnek alávetette.

Mostanáig minden válogatás nélkül a genuin epilepsia minden súlyos esetében megkísérelték ezen műtétet, de talán az ily módon operált esetek pontos klinikai vizsgálata és megfigyelése lehetővé fogja tenni a már klinikailag is oly különböző esetek közül kiválasztani azokat, a melyekben a görcsök létrehozásában a mellékvese játssza a főszerepet és akkor talán jobbak lesznek az eredmények is. Egyszerűen pálczát törni a műtét jogosultsága felett talán mégis korai.

A fentiek alapján eddigi tapasztalataimat a következőkben foglalhatom össze:

1. A mellékveseállomány műtéti megkisebbitésének a genuin epilepsiás görcsök kifejlődésére kétségtelen hatása van; a görcsök enyhébbé, ritkábbá és luminal befolyásolhatóvá lesznek.

2. A kedvező hatás nem következik be biztosan minden esetben és nem bizonyult állandónak.

3. A műtét a genuin epilepsiának csak erős görcsös rohamokkal járó eseteiben kísérhető meg akkor, ha a belső kezelés teljesen hatástalan.

Irodalom. *Boenheim*: Über einseitige Nebennierenexstirpation beim Menschen. Berl. klin. Wochenschrift, 1921, 38. sz. — *Brüning*: Die Exstirpation der Nebenniere zur Behandlung epileptischer Krämpfe. Zentralbl. f. Chir., 1920, 43. sz. és 1921, 19. sz. — *Bumke-Küttner*: Zur Behandlung von Krämpfen mit Exstirpation einer Nebenniere. Zentralbl. f. Chir., 1920, 47. sz. — *Cordua*: Bemerkungen zu der Exstirpation der Nebenniere etc. Zentralbl. f. Chir., 1921, 5. sz. — *H. Fischer*: Die Bedeutung der Nebennieren für die Pathogenese und Therapie des Krampfes. Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 52. sz. Kritisches zu dem Artikel Specht's. Ist die Nebennierenexstirpation etc. Zentralbl. f.

Chir., 1922, 4. sz. — *Peiper*: Vorläufige Mitteilung zum Thema Nebennierenreduction etc. Zentralbl. f. Chir., 1921, 12. sz. Grundsätzliche Fragen in der Chirurgie der Nebennieren. Klin. Wochenschrift, 1922, 4. sz. — *Pohrt*: Zur Nebennierenexstirpation bei Epilepsie. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 162. köt. — *Rössle*: Beiträge zur Pathologie der Nebennieren. Münch. med. Wochenschrift, 1910. — *Sándor*: Zur Behandlung von Krämpfen mit Exstirpation einer Nebenniere. Zentralbl. f. Chir., 1921, 25. sz. — *Schmieden-Peiper*: Unsere Erfahrungen mit der operativen Nebennierenreduction etc. Archiv f. klin. Chir., 1921. — *Simmonds*: Weitere Beobachtungen über kompensatorische Hypertrophie der Nebennieren. Zentralbl. f. allg. Path., XIII. köt., 3. — *Specht*: Ist die Nebennierenexstirpation bei Epilepsie berechtigt? Zentralbl. f. Chir., 1921, 37. és 51. sz. — *Steinthal*: Die Nebennierenreduction in der Behandlung der gen. Epilepsie. Zentralblatt f. Chir., 1921, 25. sz. — *Sultan*: Über Nebennierenexstirpation bei Epilepsie. Deutsche med. Wochenschrift, 1922, 5. sz. — *Vorschütz*: Zur Technik der Exstirpation der Nebenniere etc. Zentralbl. f. Chir., 1921, 11. sz.

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

A Schilling-féle vérvéké diagnostikai jelentősége.

Irta: *Haynal Imre* dr., Klinikai gyakornok.

Arneth hívta föl először a figyelmet a pathológiás vérvékékben a neutrophil leukocyták mageltolódására, azaz a kevésbé vagy egyáltalában nem segmentált magvú neutrophil leukocyták megszorodására. Száz neutrophil leukocytának öt osztályba való sorolását kívánta a segmentumok száma szerint (1—5 segmentum). Ezen osztályok a segmentumok kerekded vagy hosszukás alakja szerint alosztályokra tagozódnak. *Arneth* differenciálása szerint normális vérvékében 100 neutrophil leukocytá közül az első osztályba 4 egy-, a második osztályba 21 két-, a harmadik osztályba 48 három-, a negyedik osztályba 23 négy- és az ötödik osztályba 4 ötsegmentumú neutrophil leukocytá tartozik, ha az alosztályokat figyelmen kívül hagyjuk. A további vizsgálok csak komplikálták az összeállítást.

Sonnenburg, Kothe, valamint *Schilling* mutatott rá, hogy a nemsegmentált első osztálynak a segmentáltak második-ötödik osztályával való szembeállítását, tehát a nemsegmentáltak és segmentáltak arányának megállapítása a mageltolódásról éppen olyan hű képet ad, mint *Arneth* módszere. *Schilling* a neutrophil leukocytáknak magvaik szerinti differenciálását kvalitatív vérvéké keretén belül végzi, s a neutrophileket myelocytákra (kerek vagy babalakú magvú sejt), fiatal neutrophil leukocytákra (széles, hurkaszerű, jól strukturált magvú sejt), nemsegmentált pálczikamagvú (érett, keskeny, sötét, néha különösen hajlott mag) és segmentált magvú neutrophil leukocytákra osztja. Giemsa-festést ajánl: rögzítés methylalkohollal 3 percig; festés Giemsa-festéssel 25 percig (minden cm³ destillált vízre 1 csepp Giemsa-festék). A normális vér Schilling-képe eszerint:

Leukocyták-szám	6000 (norm. határ 6000—8000).
Basophil leukocyták	1 (határ 2—4).
Eosinophil leukocyták	3 (határ 2—4).
Neutrophil myelocyták	—
fiatal	— (határ 0—1).
pálczikamagvú („stabkernig“)	4 (határ 3—5).
segmentált	63 (határ 58—66).
Lymphocyták	23 (határ 21—25).
Monocyták	8 (határ 4—8).

Schilling methodikájának előnye, hogy a kvalitatív vérvéké keretén belül minimális munkatöbblet árán a neutrophilek magvainak viselkedéséről, illetőleg a mageltolódásról is teljesen kielégítő képet kapunk, a nélkül, hogy minden egyes neutrophil leukocytá-mag oly minutiosus vizsgálására volna szükség, mint a minőt az *Arneth*-féle vérvéké készítése megkíván. S az *Arneth*-képe kvalitatív vérvéké készítését sem teszi feleslegessé.

A segmentálódás kérdése ma sincs teljesen tisztázva. A neutrophil myelocytá magja hólyagszerű, kerek vagy ovális. Az érési folyamat alatt a mag laza szerkezete tömörül, behorpadás útján hurkaszerű, hosszukás alakot vesz fel (*Ehrlich, Pappenheim, Arneth, Weidenreich*) és sötétben festődő pálczikává alakul át. Később ezen pálczikán befűződések keletkeznek s a létrejövő ovális vagy kerek segmentumokat hajszálfinom szálok fűzik össze. Hogy a befűződések szigorú

egymásutánban, vagy többé-kevésbé véletlenül egyidejűleg jönnek-e létre, eldöntetlen. Ha valóban egymásután keletkezének, mint *Arneth* hiszi, a többszörösen segmentált magvú a kevésbé segmentáltnál idősebb volna. A második lehetőségből, mely *Pappenheim, Brugsch* és *Schilling* nézete, csak a segmentáltak szöveti egyenértékűsége következik. A segmentumok száma a különböző állatfajokban különböző.

Arneth véleménye szerint minden mageltolódás regeneratio jele. Bizonyos esetekben, például septikus folyamatoknál, midőn a vérben nagyszámú nemsegmentált (pálczikamagvú) mellett fiatal neutrophil leukocyták és myelocyták is megjelennek, kétségen kívül a fokozott pusztulás folytán beállott nagyobb szükséglet fedezését szolgáló regenerációról van szó. A chronikus és leukopeniával járó betegségek esetén mutatózó eltolódás, a mikor a normalisnál magasabb arányban találhatjuk a pálczikamagvú neutrophil leukocytákat, fiatal neutrophilek és myelocyták nélkül, *Schilling* véleménye szerint a neutrophil leukocytáknak a csontvelőben történő fejlődésgátlásáról, illetőleg degenerációjáról van szó.

Schilling a mageltolódásnak diagnostikai jelentőséget tulajdonít s klinikánkon 53 alkalommal esetben végzett utánvizsgálatot az állításait megerősítheti.

Az alábbi paradigmák, melyek megvilágítják a Schilling-féle vérvéké diagnostikai jelentőségét, klinikai eseteinkből valók. Az összes vizsgálatok *May-Grünwald-Giemsa*-festéssel készültek.

I. Normális fehérvérsejtszám mellett nagyobb eltolódást találunk chronikus fertőző betegségekben, mint például tuberculosisban, régi malariában, szervek lueses megbetegedésében. Ilyenkor a nemsegmentáltak és segmentáltak arányszáma a normalishoz képest a nemsegmentáltak felé erősen eltolódik, de a nagy eltolódás ellenére sem találunk sem fiatal neutrophileket, sem myelocytákat. Ezen vérvéké valószínűleg a neutrophileknek fejlődésgátlása révén jön létre.

1. <i>Lues hepatis.</i>		3. <i>Lues viscerum.</i>	
Fehérvérsejtszám	5300	Fehérvérsejtszám	5000
Basophil leukocyták	5	Basophil leukocyták	—
Eosinophil +	—	Eosinophil leukocyták	2
Neutrophil myelocyták	—	Neutrophil myelocyták	—
fiatal	—	fiatal	—
pálczikamagvú	18	pálczikamagvú	15
segmentált	34	segmentált	51
Lymphocyták	34	Lymphocyták	29
Monocyták	9	Monocyták	3
2. <i>Lues viscerum.</i>		4. <i>Tuberculosis pulmonum.</i>	
Fehérvérsejtszám	6100	Fehérvérsejtszám	6200
Basophil leukocyták	1	Basophil leukocyták	1
Eosinophil	6	Eosinophil leukocyták	1
Neutrophil myelocyták	—	Neutrophil myelocyták	—
fiatal	—	fiatal	—
pálczikamagvú	29	pálczikamagvú	30
segmentált	27	segmentált	34
Lymphocyták	31	Lymphocyták	30
Monocyták	6	Monocyták	4

5. <i>Malaria tertiana.</i>	
Fehérvérsejtszám	6200
Basophil leukocyták	—
Eosinophil leukocyták	—
Neutrophil myelocyták	—
fiatal	—
pálczikamagvú	15
segmentált	60
Lymphocyták	11
Monocyták	14

II. Leukopenia eseteiben, melyek cachexia révén jönnek létre, nincs eltolódás, szemben az infectious leukopeniákkal (például typhus és paratyphus), amelyeknél erős eltolódást találunk.

1. <i>Typhus abdominalis.</i>	
Fehérvérsejtszám	4200
Basophil leukocyták	—
Eosinophil leukocyták	—
Neutrophil myelocyták	—
fiatal	—
pálczikamagvú	29
segmentált	31
Lymphocyták	36
Monocyták	4

Sepsis, peritonitis eseteiben, midőn a nagy leukocytosis mellett egészen a myelocytá-sorig való regeneratív eltolódás jön létre, ez az eltolódás akkor is megmarad, ha a kifejlődő csontvelő-laesio folytán a fehérvérsejtszám normalis, illetőleg a normalis alá szállott.

1. Endocarditis acuta. Sepsis.		2. Endocarditis. Sepsis.	
Fehérvérsejtszám	4500	Fehérvérsejtszám	4000
Basophil leukocyta	1	Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	+	Eosinophil leukocyta	1
Neutrophil myelocytá	2	Neutrophil myelocytá	2
fiatal	11	fiatal	7
pálczikamagvú	34	pálczikamagvú	31
segmentált	24	segmentált	8
Lymphocytá	22	Lymphocytá	47
Monocytá	1	Monocytá	4

3. Jobb lábszártályog. Pyaemia.

Fehérvérsejtszám	6400
Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	+
Neutrophil myelocytá	6
fiatal	9
pálczikamagvú	20
segmentált	43
Lymphocytá	19
Monocytá	3

III. Leukocytosis eseteiben, a melyekben jóindulatú affectiók (angina, bronchitis) jönnek létre, kistokú eltolódás van fiatal neutrophilek, myelocyták nélkül. Súlyosabb acut infectiósi betegségek a fiatal neutrophil-sorig való eltolódással járnak.

1. Spanyol influenza (bronchopneumonia).		3. Pneumonia crouposa.	
Fehérvérsejtszám	12000	Fehérvérsejtszám	13100
Basophil leukocyta	3	Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	1	Eosinophil leukocyta	+
Neutrophil myelocytá	—	Neutrophil myelocytá	—
fiatal	6	fiatal	4
pálczikamagvú	18	pálczikamagvú	33
segmentált	45	segmentált	44
Lymphocytá	13	Lymphocytá	15
Monocytá	4	Monocytá	4

2. Bronchopneumonia.		4. Cholecystitis.	
Fehérvérsejtszám	15000	Fehérvérsejtszám	10200
Basophil leukocyta	—	Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	1	Eosinophil leukocyta	—
Neutrophil myelocytá	—	Neutrophil myelocytá	—
fiatal	1	fiatal	4
pálczikamagvú	22	pálczikamagvú	13
segmentált	54	segmentált	67
Lymphocytá	19	Lymphocytá	14
Monocytá	3	Monocytá	2

5. Appendicitis chronica az acut roham idején.

Fehérvérsejtszám	8700
Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	2
Neutrophil myelocytá	—
fiatal	1
pálczikamagvú	18
segmentált	39
Lymphocytá	32
Monocytá	8

Regeneratív eltolódást találunk például typhusban a bélvérzés idején.

Typhus abdominalis. Bélvérzés.

Fehérvérsejtszám	6200
Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	—
Neutrophil myelocytá	—
fiatal	16
pálczikamagvú	41
segmentált	20
Lymphocytá	22
Monocytá	1

Regeneratív eltolódás egészen a myelocytá-sorig septikus, gennyedéses folyamatoknál, tályogoknál található :

1. Elgenyedt májehinococcustömlő.		2. Sepsis.	
Fehérvérsejtszám	14200	Fehérvérsejtszám	14800
Basophil leukocyta	—	Basophil leukocyta	1
Eosinophil leukocyta	2	Eosinophil leukocyta	—
Neutrophil myelocytá	3	Neutrophil myelocytá	2
fiatal	7	fiatal	3
pálczikamagvú	39	pálczikamagvú	29
segmentált	34	segmentált	56
Lymphocytá	15	Lymphocytá	8
Monocytá	—	Monocytá	1

3. Bronchopneumonia abscedens. Puerperalis sepsis ?

Fehérvérsejtszám	20800
Basophil leukocyta	—
Eosinophil leukocyta	—
Neutrophil myelocytá	4
fiatal	19
pálczikamagvú	40
segmentált	26
Lymphocytá	11
Monocytá	—

Mindezek szerint a Schilling-féle vérkép minimalis munkatöbblet árán az egyszerű qualitativ vérképnél sokkal mélyebb betekintést nyújt s így elvégzése az eddig szokásos haematologiai vizsgálatok keretén belül a qualitativ vérkép helyett melegen ajánlható.

Irodalom. Részletes irodalomjegyzék található Schilling cikkében: Über die Notwendigkeit grundsätzlicher Beachtung der neutrophilen Kernverschiebung im Leukozytenbild und über praktische Erfolge dieser Methode. Zeitschrift f. kl. Med., 1920, 1.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(III. rendes ülés 1922 január 28.-án.)

Elnök: Flesch Nándor. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

A szemizomozgató magvak fejlődési hiánya.

Kacsó László: 19 éves beteget mutat be, kin magas növés, gót szápadív, iris- és opticus-coloboma, 4-0 D. cornealis astigmatismus, szabad látótér, jó pupilla-reactio és teljes alkalmazkodás van. A külső szemizmok közül nem működik: a musc. levator palp. sup., a m. rectus superior, externus, inferior és a musc. obliquus sup. A m. rectus internus, a m. obliquus inferior működik. Az internus működése azonban csak összetérítéskor van meg, oldaltnézéskor kimarad. Más agyidegek részéről elváltozás nincsen. A Wassermann-reactio negativ. A bemutató ezen lelet alapján a szemmozgató idegmagvak megfelelő részeinek abiotrophiás állapotát veszi fel és a kórképet a Möbius-féle „infantiler Kernschwund“ agenesiás csoportjába tartozónak tartja. Tekintettel arra, hogy a betegnek makrosomiás testalkata is van, közelálló gondolatlaknál véli, hogy a fejlődési zavart szenvedett terület alatt az agyalon levő belső secretiósi mirigyek is valamely biotrophiás zavart szenvedhettek és ez a zavar okozta a nagyra-növést.

Ifj. Liebermann Leó: A beteg, aki a bemutató osztályáról való, a jobb szemén Hess-féle ptosis-műtétet végzett; ugyanezt fogja a másik szemén is végezni, nemcsak kozmetikai szempontból, hanem hogy ne kelljen a betegnek állandóan hátraszegett fejjel néznie. Figyelmeztet arra, hogy ilyenkor a ptosis-műtétet igen óvatosan kell végezni, legcsekélyebb lagophthalmust sem szabad okozni, mert a cornea nem tud felfelé nézéssel védekezni. De a m. frontalis emelő hatása a felső szemhéjra így is elérhető, s ez a cél.

Kluge Endre: Arra vonatkozólag, vajjon infranuclearis okból elképzelhető-e az oculomotorius részleges kiesése, felemlíti egy esetét, a melyben az arteria carotis internának a sinus cavernosusban haladó része erősen kemény, arteriosclerosisos, s mechanikailag inzultálva, kiesést okozott az ott egymás mellett szorosan haladó III., IV. és VI. fejidegekben és előidézte az oculomotorius részleges kiesését.

Kopits Jenő: Felemlít hasonló izomműködés-kieséseket a test izomzatának a többi részén is. Két esetet volt alkalma észlelni, a hol a deltoideus elülső kötege, a biceps és brachialis internus, az ext. carpi radialis és ext. pollicis longus teljes világrahozott kiesése volt. Nem magyarázható másképpen az izomműködés hiányának az eredete, mint az elülső szürke szarvak világrahozott defectusával, a mely fejlődési rendellenességnek tekintendő.

Kacsó László: A m. rect. internus működésének kimaradása az ellenkező oldalon oldaltnézéskor azzal magyarázható, hogy az abducens-mag, mely magasabb „Blickzentrum“ az oculomotorius részére,

hiányozván, az oculomotoriusnak meglevő része sem működik oldalt-nézéskor. Nem zárható ki ugyan, hogy infranuclearisan van a bénulás oka, de mert más fejlődési rendellenességek, hiányok (opt. coloboma) is vannak s a körkép típusos alakja a Möbius-féle agenesiás hiányalagnak és mert semmi más kór-ok felvételére alap nincs, továbbá a születés óta áll fenn, fejlődési hiány vehető fel.

A központi idegrendszer megbetegedésének bonyolult esete.

Schuster Gyula: A 43 éves férfibeteg 2 évig volt az elme- és idegkórtani klinikán megfigyelés alatt; 5 éve beteg, az előrehaladó spinalis izomsorvadás és a kétoldali lenticularis laesio tünetcsoportját mutatva. A Wassermann-reactio positiv, a vizeletben sok fehérje és cukor. Merev arc, a fej- és törzstartás merev. Retropulsio. Típusos izomsorvadások, izom- és idegefajulásos reactio az összes végtagokban. Élénk reflexek. A pupillák egyenlőtlenek, renyhében reagálnak; jobboldali facialis-bénulás. A nyelv balra kitér, a beteg a jobb fülére roszszabdu hall. Szellemi tompaság. Etetni kell, kezeit használni nem tudja. Halála egy epilepsiaszerű, tonico-clonusos, 15 percig tartó roham után következett be (betegsége tartama alatt is volt egy hasonló görcsrohama). A bonczolás a jobb agyféltekébe történt hatalmas vérzést mutat, mely a jobb oldalkamarába, onnan pedig a hidba, a nyúltvelőbe, az agy-alapra és gerincvelőbe terjedt. A finomabb szövettani vizsgálat régi vérzést derít fel a jobb lenticulumban a hatalmas vérzés alatt és ettől befelé; nagysága babnyi. A bal lenticulum egészben sorvad. A bal insula és mindkét halántéklebenyvelőállománya sorvad. A vér a hidat és nyúltvelőt közvetlenül a negyedik agykamara alatt forintnagyságú kerek tömegben fúrja szét, elsorvasztva a környező pályákat. Maga a pyramis-pálya is sorvad. A kisagy egészben sorvad, mert a kéregnek majdnem összes erei elzáródottak. Az intima burjánzásán, a plasmasejtes és gömbsejtes infiltratió kívül a media és elastica megvastagodott, az agykéregben az erek körül spirochaeták lelhetők.

Büchler Pál: Már több ízben nyílt alkalma annak hangsúlyozására, hogy a hypophysis-eltározás tüneteit a diencephalon-eltározás tünetei okozhatják. A beteget élőben is látta és a *Leschke* által leírt vegetatív eltározásokat találta. Azóta influenzás encephalitis két esetében talált hasonló diencephalon-tüneteket hypophysis-megbetegedés nélkül.

A Röntgen-therapia gyakorlatilag értékes javallatai.

Holitsch Rezső: A Röntgen-sugár minden élő sejtre hatalmas hatást fejt ki. Kis sugármennyiségről feltételezzük, hogy a sejtek életműködését, nevezetesen anyagcseréjét, elválasztó működését és szaporodását fokozni tudja. Azonban ez az úgynevezett „ingerlő hatás“ általános érvényességgel még nincs bebizonyítva. Bizonyos az, hogy nagyobb sugármennyiség a sejtek életműködését megbénítja, sőt a sejteket el is öli. Előbb a sejtek szaporodása szűnik meg, protoplasmájuknak chemiai elváltozása folytán anyagcseréjük megzavarodik, végül, ha a elegendő sugárt bocsátunk rá, a sejt és a mag szétesik, meghal. Annál érzékenyebb valamely sejt fajta, minél élénkebb az anyagcseréje és minél gyorsabb a szaporodás tempója (magoszlása). Ezért a gyuladásos szövetek és a legtöbb daganatfajta és általában a proliferációval járó kóros elváltozások érzékenyebbek a Röntgen-sugár iránt, mint a környező ép szövetek. Ha ilyen electív hatásra nem számíthatunk, akkor bizonyos műfogásokat használunk: vagy védő anyagokkal takarjuk le a környező ép szövetet, vagy úgynevezett „keresztűz“-besugárással a kóros területre koncentráljuk a sugárzást. A gyakorlatban több évi tapasztalás szerint bevált a Röntgen-sugárzás a következő betegségekben:

I. Bőrbetegségek:

1. Ekzema: minden testrészen gyorsan és biztosan gyógyul, csak az acut ekzema nem alkalmas a besugáráásra. A besugárzás tisztább és gyorsabb, mint a kenőcsös kezelés.
2. Epithelioma: azok is simán gyógyulnak, a melyek előző műtét után recidiváltak.
3. Keloid: a fiatal keloid jól reagál, a régi kevésbé.
4. Verruca: mind jól reagál.
5. Psoriasis: gyorsan eltűnik a recidiva is. Tiszta kezelés.
6. Angioma: némelyik nem reagál.

7. Acne vulgaris: a faggyumirigyek sorvadnak; jól reagál.
8. Favus: besugárással az egész hajzat kihull és az újra növő haj már gombamentes.
9. Trichophytiasis: a felületes is, a mély beszűrődéssel járó is tökéletesen gyógyul.
10. Sykosis: egy-kétszer még recidivál, végül teljes gyógyulás.
11. Hypertrichosis: nők bajusza, szakála kihull, két-háromszor még utána nő, de azután nem.
12. Lupus: különösen a kifehélyesedő alakjai reagálnak jól.
13. Lichen chr. Vidal: jól reagál.
14. Lichen ruber planus: gyorsan gyógyul.
15. Mykosis fungoides: időleges, tüneti javulások.
16. Tuberculosis cutis és scrofuloderma: igen jól reagál.
17. Hyperhydrosis: besugárással a veritékmirigyek sorvadnak.
18. Pruritus: a Röntgen az ultimum refugium, pedig a legbiztosabb és leghatásosabb.

II. Belső bajok:

1. Leukaemia: minden klinikai tünet javul, jó közérzet és munkaképesség, azután recidivál, de a recidiva is javul. Végleges gyógyulás nem ismeretes.
2. Lépdaganat: minden formája (például Banti, malaria után stb.) megkisebbedik.
3. Pseudoleukaemia: mirigyek, lép megkisebbednek, anaemia javul.
4. Lymphogranulomatosis: Röntgen az egyetlen gyógyszer.
5. Lymphosarkoma és mediastinum-daganat: nagy, de nem végleges javulás.
6. Polycythaemia rubra: úgy látszik végleges gyógyulás érhető el.
7. Basedow: főként az idegrendszeri tünetek javulnak.
8. Hypophysis-daganat: kitűnő eredmények.
9. Neuralgiák: a trigeminus-, intercostalis-neuralgia, az ischias stb. gyakran megszűnik.
10. Asthma bronchiale: lép-besugárással a rohamok kimaradnak.

III. Sebészeti javallatok:

1. Peritonitis tuberculosa: az izzadmány felszívódik, gyors gyógyulás.
2. Csont- és izülettuberculosis: jó eredmények, kivéve, ha már súlyos pusztulások történtek.
3. Lymphomák: nyakon stb. majdnem mindig eltűnnek.
4. Carcinoma: néha bámulatos eredmény, máskor kevés hatás. Az inoperabilis eseteknek egyetlen gyógyszere. Sok végleges gyógyulás is ismeretes. Műtét után mindig ajánlatos a prophylaxisos besugárással a műtét helyén és a környéki mirigyek helyére.
5. Sarkoma: még jobb eredmények, mint carcinomában.
6. Struma: a parenchymás jól reagál, a cystás és fibrosus nem reagál.
7. Actinomykosis: kitűnően reagál.

IV. Nőgyógyászat:

1. Metrorrhagiák: menorrhagiák, climaxos vérzések, myomák, fibromák kitűnően reagálnak. Mindig előzetes gynaekologiai vizsgálat szükséges.
2. Carcinoma genitalis: inoperabilis esetekben is értek már el 10 éves gyógyulást.

V. Urologia:

1. Vesetuberculosis: a besugárással javult, ha mindkét vese beteg, vagy ha az egyik vesét már eltávolították és a másik is megbetegszik.
2. Heretuberculosis: kitűnő eredmények.
3. Hólyagtuberculosis: kevésbé jó eredmények.
4. Condyloma acuminatum: kitűnő eredmények.
5. Prostata-hypertrophia: műtét előtt megkisebbedő a besugárással.

Fischer Ernő: Minden szónak, a mely a Röntgen-therapia most sokat vitatott tárgyában elhangzik, objectivnek kell lennie, ezért reflektál az előadó két állítására: 1. Ingerlő adag igenis van, ezt igazolják nemcsak kísérletek, de tapasztalatok is. 2. Rosszindulatú daganatoknál nem szabad a kezelést a „Röntgenkater“ miatt elhúzni, hanem egyszerre kell adni a lehető legnagyobb adagot, melyet a szervezet és a környező szövetek sérülése nélkül adni lehet.

Simonyi Béla: A masszív adagok 2–3–4 részre való megosztását és 1–2 napos szünetekkel való alkalmazását illetően teljesen az előadó álláspontján van, mert így a beteg jelentékeny kimelésével és reá nézve nagyobb kellemetlenségek elkerülésével sikerül ugyanazt az eredményt elérni, mint az egyetlen ülésben való adagolással, ezért ez utóbbi eljárást nem tartja kellőképp megindokolhatónak. Jobban kiemelne azon szigorú indiciókat, melyek ma elsősorban a Röntgen-therapia birodalmába tartoznak. Ilyenek az epitheliomák, mindenfajájú nyirok-mirigydaganat, Basedow, basedowos és parenchymás strumák, mediastinalis tumorok, a savóshártyák, a csontok, ízületek gümös megbetegedései, ha nagyfokú destructio vagy másodlagos fertőzés nincs, végül az uterus-myomák a polyposus alakok kivételével. Ezekben az esetekben a Röntgen-therapiának oly fényesek az eredményei, hogy mulasztásnak tartja, ha a sürgősség határozott indiciója nélkül kevésbé conservatív therapiának vettenek alá, mielőtt Röntgen-besugárzásra utaltattak volna.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Stransky: Psychopathologie des Ausnahmestandes und Psychopathologie des Alltags. Bern, E. Bircher. 1921. 35 8^o l.

A szerző a Zeitschrift für Neurologie u. Psychiatrie-ben megjelent dolgozatának gondolatmenetét folytatja e füzeten a kivételes lelki állapotokról, a melyekbe az ember rendes állapotából mintegy kizökken. A kerete a kivételes állapotoknak kissé tágan van szabva és sok egymástól távoleső jelenséget foglal össze az epilepsiás rohamtól a személyiség-hasadásig, kettős személyiségig, borongós állapotig, munkaturgorig és depersonizáltságig. Célyszerűbb volna az egynemű jelenségek összefoglalása és a mennyire lehet a normalis psychologia elválasztása a pathológiától. Érintve vannak a népléktan problémái is, de inkább csak programmos vázban, mint kézzelfogható megállapításokkal. Ez a program helyes, de az olvasó többet szeretne látni a kivételből, mint a mit a szerző ad.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A Friedmann-féle szerrel a budapesti egyetem I. sz. belklinikáján szerzett tapasztalatokról számol be *Csépai Károly* az „Orvosképzés“ ez évi 1. füzetében. Káros hatást nem észleltek. A gyógyító hatásról a megfigyelés nem nagyon hosszú tartama és az esetek aránylag csekély száma miatt még nem mondhatnak végleges ítéletet, de azt hiszik, hogy a további megfigyelésekből levonandó végleges ítéletük nem fog sokban különbözni a mostanitól, a melyet így foglalnak össze: „a Friedmann-szer alapján véve indifferens a tuberculosisra, az észlelt javulások és rosszabbodások pedig pusztán azon ismert és jó részben ismeretlen tényezőkkel függnek össze, melyek a tuberculosis jó vagy rossz lefolyását irányítják.“

Sebészet.

A rossztermészetű daganatok spontán gyógyulásához szolgáltat érdekes adatot *Reichel* tanár. Az akkoriban 39 éves férfit 1902-ben vették fel a kórházba. Negyedév óta vett észre a bal halántéka táján duzzadást; arcának bal felében nagy fájdalmi voltak, a melyek a bal állkapocsba sugároztak ki. Látása a bal szemén az utóbbi időben rosszabbodott, 3 m.-ről olvasott ujjakat. A hallás is rosszabbodott volt baloldalt. Maga a daganat 3 cm. hosszú, 2½ cm.-nyire kiemelkedő volt. Minthogy jodkalium-kezelés után a fájdalmak a tűrhetetlenségig fokozódtak, műtétre határozták el magukat. Nagy lágyrészeleány készítése után a halántékcsontot megtrepanálták, mire a daganat egy része a megvastagodott durával előbugygyant; egyidejűleg sok arachnoidealis folyadék ürült. A daganat kékesvörös volt, nagyon könnyen vérzett. Erre a trepanációs nyílást megnagyobbították és egyidejűleg

a járomcsont temporaer resectióját is végezték, de mégsem érték el a daganat szélét. Minthogy a pulsus nagyon hitvány lett, félbeszakították a műtétet; tamponálás és jodoforgázás-kötés. A kiirtott daganatrészlet szövettani vizsgálata orsósejtes sarkomát eredményezett néhány óriássejttel. A rendkívül nagyfokú nedvelválasztás miatt naponként kellett a kötést változtatni. A 10. napon a csonthiányon kitolult daganatrész körülbelül a kétszeresére növekedett, szürkésfehér lepedékkel borított volt. E közben a subjectiv zavarok visszafejlődtek s körülbelül 4 héttel a műtét után a daganat kisebbedni kezdett, a nélkül, hogy részletek lökődtek volna le róla. Négy hónap múlva a daganatból semmi sem látszott, csak lencsényi nyílás jelezte a helyét; a nyíláson néhány csepp savós folyadék ürült. Később itt mély behorpadás keletkezett. 5 hónappal a műtét után az illető gyógyultán távozott s azóta mostanig egészen jól érezte magát, kovácmesterségét folytatta; csak azt panasolta, hogy a bal szemének látása és a bal fülének hallása nem javult meg és hogy nagy melegen erős munka mellett némi fejneműt érez, a mely azonban hamarosan elmúlik. Bal karjának ereje kissé csökkent. (Mediz. Gesellschaft zu Chemnitz, 1921 november 23.-i ülés.)

Szülészet és nőorvostan.

A szőlőcukrot mint a szülőfájások erősítésére alkalmas gyógyszert ajánlja *Müller*, a mainzi bábaképző assistense. A következő élettani magyarázattal támogatja sikeres kísérleteit: Az izomenergia chemiai forrása a lactacidogen, a mely *Emden* és *Laqueur* vizsgálatai szerint ha nem is azonos, de közeli rokonságban áll a hexosediphosphorsavval. Ennek tej- és phosphorsavvá való hasadásakor felszabaduló meleg változik át az izmok működésekor kinetikai energiává. A lactacidogennek ezen hasadása lényegileg nem sokban különbözik a szőlőcukornak tejsavvá való átalakulásától. A hypophysis, thyreoidea, lép, máj és bél extractumai, továbbá az ergotoxin, histamin, tyramin és adrenalin nemcsak abban hasonlítanak egymáshoz, hogy contractiót elősegítő hatással vannak a méhre, hanem abban is, hogy sympathicus-izgatás útján a májban felhalmozott glyocent aktiválják s így átmeneti hyperglykaemiát okoznak. Ezen alapon alkalmazta a szőlőcukrot előbb 10, majd 20, 40, 50%-os oldatának 10 cm³-ét intravenásan. Az optimalis concentratio az 50%-os. A hatás 30–40 percig, sőt egy óráig is eltartott. Különösen másodlagos fájásgyöngeség eseteiben látott jó hatást. (Zentralblatt f. Gyn., 1922, 4. szám.)

Raisz dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemők szokványos hányásának befolyásolásáról pépes előtetéssel ír *Epstein*. Szerinte a Röntgenvizsgálatok egész sora kimutatta, hogy a peristolés működés és a gyomorlégőhólyag nagysága között paralellismus van. Ügyetlen szoptatás, nehezen járó mell, nátha növeli az aërophagiát, csökkenti a peristolét, míg a peristole annál jobb, minél consistensebb a bekebelezett táplálék és minél kisebb az aërophagia. A gyomor annál erősebben fogja körül a táplálékot, minél keményebb az. *lippó* pépes eledelt etetve kérődző betegével, a levegő-nyelést meg tudta kevesbíteni. Ezek az elméleti okoskodások magyarázzák, hogy pépes diætára megszűnik, vagy intenzitásából vesz a szokványos hányás. Nem a tápláléknak nagyobb fajsúlya, nem a kevesebb lenyelt levegő az oka a hányás megszűnésének, hanem a fokozódó peristole az, a mely a hányást megszünteti. Ha már egy ideig pépes táplálékot ettünk a gyermekkel, akkor áttérhetünk a folyékony diætára s hányás többé nem fog jelentkezni, mert a gyomrot a peristoléra reászoktattuk. A szerző megpróbálta tehát, hogy vajjon a folyékony táplálék előtt következetesen adott sűrű pépes táplálék kis mennyiségével mennyire lehet a peristolét mint „Bedingungsreflex“-et létrehozni. Szokványosan hányó gyermekeknek 5 perczzel az étkezés előtt 2–3 kávéskanálnyi erősen besűrített pépet adott. Nem annyira a minőségre volt tekintettel, mint inkább a sűrűségre. Féltejjel, teljes tejjel, dajkatejjel, vízzel, esetleg vajas rántottlevesvel, vagy fehérjetejjel készült sűrű dara szerepelt táplálékkul. 36 esetben tett próbát, ezek közül 9

esetben már az első napon, esetleg az első adagolás után kimaradt a hányás; 22 esetben csak 3—10 nap mulva láttak javulást, a mely fokozatosan állott be; 2 esetben nem volt javulás; 1 esetben nem lehetett a hatást jól észlelni, mert a gyermek atropint is kapott. A hányás kimaradását a súlygörbének az emelkedése is követte, a mit nem lehet egyszerűen a péppel adott caloria-többletnek tulajdonítani. A péppel előtetést úgy természetesen, mint mesterségesen táplált hányó gyermekeken alkalmazták. A pépes dara adása semmiféle kellemetlenséget nem okozott, a szopási készséget nem vesztették el a gyermekek, a székük nem változott. Daczára annak, hogy fiatal csecsemőknek is (a legfiatalabb 3 hetes volt) adták, a gyermekek szívesen vették, sőt némelyek úgy megszokták, hogy addig a mellet el sem fogadták, míg a pépet meg nem kapták. A hányás kimaradása után, ha elhagyták a pépes előtetést, a hányás csak két esetben állott elő. Természetesen a táplálkozási zavar folytán előálló hányásra a pép nincsen hatással. Recidivákat is láttak, de csak közbejött infectióknál, a melyeknek lezajlása után ismét megszűnt a hányás. Csak olyan gyermekeket vettek kezelés alá, a kiknek a fejlődése a hányás folytán zavart volt, tehát a Peiser-féle atoniás hányók csoportjába tartozókat. Végeredményben tehát a péppel való előtáplálás, a melynek a nagyon könnyen keresztülvihetősége mellett még az az előnye is megvan, hogy a szoptatás folytatása lehetőségessé válik, a gyermekek szokványos hányását jól befolyásolja. A gyomor állapotát nemcsak Röntgen segítségével ellenőrizték, hanem az úgynevezett „símító kopogtatással“ is. A hallgatócsövet a bal hypochondriumra a bordaív és a kardnyujtvány közé helyezték, oly helyen, hol még gyomorkopogtatási hangot kaptunk; most ujjunkkal, vagy a kopogtató kalapács nyelével a hasat végigsímítjuk, a mikor is, ha a gyomor határán túl haladtunk, nem lassanként, hanem egyszerre megerősödik a súrolási hang és így a gyomor határát teljes pontossággal lehet meghatározni. A peristole fokozódása pépes előtetésre így is ki volt mutatható. Bár a hányás megszűnésére szolgáló ezt az eljárást épp a peristole fokozása céljából használta a szerző, távol áll tőle, hogy csak ennek a hiányára vezesse vissza a hányást, mert más tényezők is közrejátszanak. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, III. sorozat, 43. köt., 6. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Veramon néven új antineuralgicum jött forgalomba (dimethylamidophenyldimethylpyrazolon combinatioja diaethylbarbitursavval). Fájdalomcsillapító hatása 10—20 perc alatt áll be és 4—10 óra hosszát tart. A 20 centigrammos tablettákból többnyire elegendő 2-t bevenni, csak igen erős fájdalom esetén szorulunk 3 tablettára, illetőleg kétszer 2 tablettára, fél órás időközzel. Mellék tüneteket nem okoz, a megszokásától sem kell tartani. **Martin** nagyon jó eredményeket ért el vele a legkülönbözőbb eredetű fájások ellen. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 52. szám.)

Az **astaphyol** nevű újabb összetétel jodtincturából, ichthyolból, folyékony kátrányból, kámforból és perubalsamból áll; feketésbarna, higanfolyó, kellemesen aromás szagú anyag, a mely a bőrön hamar megszárad. **Lissau** szerint a bőr gyuladós bajaiban, főleg pyodermia és furunculosis esetében nagyon jó hatású. (Therap. der Gegenw., 1921, 12. füz.)

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A kormányzó **Lovrich József** dr. egyetemi magántanárnak, a budapesti bábaképző intézet igazgatójának az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta, **Szécsy Ernő** dr. és **Csordás Elemér** dr. székesfővárosi tisztí orvosoknak pedig a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet.

Magyarország Szemorvosainak Egyesülete 1922 április hó 9.-én délelőtt 10 órakor a II. sz. szemklinikán (Szigony-utca 36) tudományos összejövetelt tart. Orvosvendégeket valamennyi tudományos ülésén szívesen lát az egyesület.

A „**Pneumothorax artificialis, Internationale Vereinigung, Lugano, Schweiz**“ Prof. **Carpi** aláírásával ez évben is azzal a felhívással fordul a magyar orvosokhoz, szíveskedjenek közülni azokat, a kik a tüdőgümőkór mesterséges légmell-therapiájával foglalkoznak, az egye-

sület tagjaul jelentkezni, hogy a tüdővész gázkezelését végző orvosok nemzetközi listája lehető teljességgel legyen összeállítható. Az egyesület különnyomat-csere közvetítését, cikkeknek külföldi szaklapokba való elhelyezését is vállalja s mindennemű szakba vágó felvilágosítással készséggel szolgál. Az évi tagsági díj 5 svájci frank, de ránk magyar orvosokra nézve, tavalyi felszólalásunk alapján, mindössze 100, azaz száz koronában állapított meg. Ez az összeg akár Prof. **Carpi**-hoz Luganoba, akár **Okolicsányi-Kuthy Dezső** dr.-hoz (Budapest, VII., Kertész-utca 6. szám) küldhető.

A narancsbehozatal tilalmának megszüntetésére vonatkozó határozatot fogadott el a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien“ paediatricai szakosztálya, **Pirquet** tanár indítványára. A gyermekkori skorbut-eseteknek nagymértékű szaporodását kívánják ezzel megszüntetni, mert a narancs sok vitamint tartalmaz.

Meghalt. **W. Dunbar**, a hygiene tanára a hamburgi egyetemen, 59 éves korában márczius 19.-én. — **A. Riffel**, a hygiene tanára a karlsruhei technikai főiskolán, 90 éves korában. — **L. Burckhardt** tanár, a nürnbergi közpórház sebészeti osztályának vezetője, 50 éves korában.

Lapunk mai számához a **C. H. Boehringer Sohn, Nieder-Ingelheim a. Rh. Cadechol-Ingelheim-prospectusa** van mellékelve.

Megjelent!

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE és CZIMTÁRA

32. évfolyam 1922. évr.

Bolti ára K 350.—

„PETŐFI“ IRODALMI VÁLLALAT
Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz.

Dr. Propper Ödön

Rákóczi-út 14, II. 2. (Lift.)

orvosi kozmetikai intézete. Szépséghibák eltávolítása. Orvosi kozmetika. Bőrgyógyászat. Quarzfénykezelés. Electrotherapia. Speciális szőreltávolítás.

Telefon József 129—85. szám.

Istvánúti Sanatorium

Telefon: József 95—08 és József 42—13.

Vegy- és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez.

és vizsgyintézet részv.-társ. Budapest, VII., az István-út végén a Hermina-útnál. — Sebészet, szülészeti, nőgyógyászat. — Bel- és ideggyógyászat, Orthopaedia, Röntgen.

Bejáróknak is.

Dr. Berger Iván

orvosi laboratoriuma VIII., Rákóczi-út 13. Telefon: József 104—22

RÖNTGEN-ODELGA

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. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. Forbát

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

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

ZANDER-THERMOTHERAPIA, QUARZ

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

PÁLYÁZATOK.

5284/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a rendelőintézete fülészeti osztályán lemondás folytán megüresedett fülész-szaksegédi állásra pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények évi 3000 korona törzsfizetés és 17.500 korona drágasági pótlék, a mely illetményekhez az új orvosi illetményszerződés megkötése után még legalább havi 2000 korona rendkívüli pótlék fog járulni.

A szolgálat kiterjed az említett osztályon hétköznapon délelőtt egy órán át tartott rendelés idejében jelentkező betegek szakorvosi ellátására.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje e hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap.

A kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyújtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznapon délelőtt 11—1 óra között bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 márczius 17.-én.

Barcza Arthur s. k., igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k., min. oszt.-tanácsos.

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.

Barabás Zoltán: Közlés a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes-igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.) 139. oldal.
Kovács Ödön: Közlemény a szegedi m. kir. állami gyermekmenhelyből. Tapasztalatok a Heim-John-féle túrós tejjel. 140. oldal.
Szentkirályi Zsigmond: Közlemény a székesfővárosi Régi Szt. János-kórház nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Gusztáv József dr., egyetemi magántanár.) Gyógyító kísérletek az „intrasol” nevű új oldható kénészkeztetményvel. 141. oldal.
Bókay János: Veleszületett léphány esete. 142. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (IV. rendes ülés 1922 február 11.-én.) 143. oldal.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. W. Samson: Prostitution und Tuberkulose. — *Lapszemle. Belorvosstan. Th. Hausmann:* Typhosus betegségek gyógyítása. — *Sebészet. Föderl:* A metszésmódról epeút-műtétek alkalmával. — *Gyermekorvosstan. C. Schaeffer:* Duodenalis atresia, vagy enterospasmus? — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* 143—144. oldal.

Vegyes hírek 144—145. oldal.

Melléklet: Szemészet 1. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr., egy. ny. r. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes-igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.)

Csecsemőbetegségek gyógyítása embervér-injectiókkal.

Irta: Barabás Zoltán dr., főorvos.

A táplálkozási viszonyok rendezésével nem minden csecsemő táplálkozási zavarán tudunk segíteni. Ezért más utakat keresve, *Freeman* New-Yorkban még 1917-ben megkísérelte dystrophiás és hypotrophiás csecsemők rendszeres kezelését normalis lóvérsavóval és bámulatos eredményeket ért el. Hasonlóan jó eredményről számol be *Cl. Ferreira*, kinek egyik betege, egy 10 hónapos, 3750 grammos csecsemő, 6 hó alatt 851 cm³ lóvérsavónak 2·5—20 cm³-es adagokban való befecskendezése után testsúlyban 2 kg.-ot gyarapodott, bőre rugalmasabb, arc-színe élénkebb lett.

Czerny és *Eliasberg* újabban gümőkóros gyermekek cachexiájánál szintén a lóvérsavónak rövid időközökben, kis mennyiségben való ismételt, parenteralis adagolását ajánlotta. Szerintük a gyermekek feltűnően gyarapodtak, jó étvágyat, virágzó külsőt kaptak, ámbár az alapfolyamat lényegesebben nem változott. Az intézetünkben erre vonatkozólag történt vizsgálatok változó eredménnyel jártak (*Makai*).

Legutóbb jelent meg *Putzig* dolgozata, a ki abból indulva ki, hogy diphtheriás vérsavó befecskendezése után egy atrophiás csecsemőn feltűnő súlygyarapodást látott, 6 másik esetben is megkísérelte normalis lóserum ismételt adagolását, 4 esetben kedvező eredménnyel. Az általános állapot javult, tartós és megfelelő súlyemelkedés következett be, bár előbb is kiadós és czélszerű volt a tápláléka.

Ismerve ez adatok egy részét, nem volt nehéz arra a gondolatra jönni, hogy talán czélszerűbb lesz, ha idegen fajú vérsavó helyett embervérsavót, illetőleg embervért használunk hasonló czélból. Hisz az egészséges ember vérében a gyermek normalis fejlődéséhez szükséges anyagok bizonyára megfelelőbb módon vannak képviselve, mint egy idegen fajú, állattól származó vérsavóban.

Ezt a gondolatunkat csak megerősítették a *Degkwitz* ajánlotta, kanyaró-reconvalescens vérsavóval intézetünkben *Torday Ferencz* és *Papp Karola* által végzett tömeges prophylaxisis oltások eredményei. Ugyanis a kanyaró megakadályozása mellett néhány esetben alkalmunk volt látni, hogy az azelőtt gyenge, étvágytalan, vérszegény, 3—4 éves gyermek az oltással kapcsolatban súlyban gyarapodni kezdett, s egészségi állapota e pillanattól feltűnő javulást mutatott. Ugyanezt észleltük, ha reconvalescens vérsavó helyett reconvalescensekből nyert vért injeciáltunk hasonló czélból.

Összesen 12 csecsemőnek adtunk ismételtlen vért, rendszeresen a farizomokba. A mikor ennek valami akadálya volt,

a hát bőre alá. Közülük 8-on, hol a sorozatos befecskendéseket elvégezhetjük, szép eredményt értünk el. A többi időközben, 1—2 injectio után elkerült megfigyelésünkől.

Általában úgy tapasztaltuk, hogy a heteken át megfigyelt és testsúlyban alig, vagy egyáltalában nem emelkedő, sőt apadó dystrophiás csecsemők az első-második injectio után már gyarapodni kezdenek. A 6—7. befecskendés alkalmával súlygyarapodásuk már heti 40—50 grammnak felelt meg. Ez a súlygyarapodás később az injectiók befejezése után még fokozódik, úgy, hogy van csecsemőnk, a kit két hóig figyeltünk meg a vérel kezelés után, s átlag heti 140 grammnyi, összesen 1270 grammnyi súlygyarapodást értünk el. Ez a gyarapodás nem megvetendő, ha tisztában vagyunk vele, hogy a felvétel után két hónapon keresztül a súlygyarapodás 110 gr. volt, hogy a táplálékban időközben semmi változás sem történt, ha azt látjuk, hogy más, hasonló állapotban levő gyermekeken a diaeta rendezésével semminemű eredményt sem tudunk elérni.

Nem hagyható figyelmen kívül *erythrodermia desquamativa* *Leiner*-ben szenvedő 4 esetünk, a hol a vérinjectiók feltűnő gyors javulást hoztak a bőr részéről fennálló tünetekben. S hogy ez a prompt reactio a 3000 grammon aluli gyermekek életének megmentésében nem kis szerepet játszott, ez elől a gondolat elől nem tudunk elzárkózni. Meggyőződésünk az is, hogy az *exsudativ tünetek javulásához* (ekzemák beszáradása, nedvező intertrigók gyógyulása) nem egy esetünkben az embervér-injectiók határozottan hozzájárultak. Különböző évek óta ismeretes, hogy idült ekzemák gyógyítására a sajátvér- és serum-injectiók felhasználhatók (*Spiethoff*). Egy csecsemőnk kiterjedt, makacs fejekzemája gyorsan javult a vérinjectiók megkezdése után.

A szükséges vért mindig az anyától szereztük: 10 cm³-es Rekord-fecskendővel kiszívtuk a vena medianából s beadtuk csecsemőjének a farizomzatába. Kellemetlen tünetet egy esetben sem tapasztaltunk, sem a vér befecskendezésekor, sem később. Ezért a farizomba való fecskendezéskor fölöslegesnek tartjuk *Dixon* eljárását, a ki a melaena esetében adott szülői vért az alvadás meggátlása czéljából magnesiumsulfat-oldatban fogta fel.

Az egyszerre befecskendett vér mennyisége 1—15 cm³ közt mozgott. Eleinte kis adagokkal dolgoztunk, de az eredmények később nagyobb adagok kapcsán (8—10 cm³) kedvezőbbek voltak. Átlag 3—5 naponként ismételtük, nem többször, mint 6—7-szer, úgy, hogy 50 cm³ vért többet egyik csecsemőnk sem kapott, illetőleg egyik anya sem vesztett többet. Mindenesetre oly kis mennyiség, mely az anya részéről tekintetbe sem jöhet.

A kezelt csecsemők egynémelyikén a lép időleges, feltűnő nagyobbodását észleltük épp úgy, mint *Harriehausen*, a ki csecsemők másodlagos anaemiája ellen adagolt nagyobb mennyiségű vért (30—120 cm³) a vena jugularisba.

A szék látszólag nem lett epefestékben gazdagabb. A testhőmérsék 37,3—37,5° C-nál magasabb fokot sohasem ért el, ellenkezőleg nagyon sok esetben a vérinjectio a monothermián nem változtatott. Egy esetben magas lázas csecsemőnek (influenza) is adtunk vért a nélkül, hogy ez a lázat említésremélton befolyásolta volna. Itt a lázas időre kimaradt ugyan a súlyemelkedés, de annak megszűntével gyors ütemben haladt.

Miller a vértransfusiót megfelelő indicatio és helyes alkalmazás mellett éppúgy specifikus gyógyítószernek tartja, akár a chinint vagy a salvarsant. Így a vérzést csillapítja, a vérvesztéséget pedig a vérkészítés serkentése útján kiegyenlíti. Kitűnő eredményt látott purpura, septikus vérzés, cholaemia eseteiben.

Werlhof-purpura igen súlyos esetében 7 éves leánykán 10 cm³ vér intraglutealis injectiója a szokásos calciumtherapia mellett igen hatásosnak bizonyult a mi tapasztalataink szerint is.

Nem hagyható említés nélkül, hogy néhány esetünkben a vérvételek után feltűnő módon *emelkedett* az anyáktól leadott *napi tejmennyiség*. Bizonyára psychés alapon történt ez. Ugyanis az anyáknak azt mondtuk, hogy azért adunk vért a gyermekének, mert nem tud elég tejet adni. Igyekeztek tehát az anyák a nem kellemes vérvételektől megszabadulni. Sajnos, a vérvételek megszűntével, illetőleg miután az anyák tudomásul vették, hogy ez 5—6-szor fog megtörténni egymás után, a tejszaporodás is elmaradt.

Ha arra a kérdésre akarunk már most válaszolni, hogy mi módon hat a vérinjectio, egyenes feleletet nem adhatunk. A vérmennyiség semmi esetre sem oly nagy, hogy számottevően tekintetbe jöhetne. Egyébként Rood Taylor vizsgálatai szerint nagyobb mennyiségű vérnek bőr alá fecskendése sem emeli lényegesen a haemoglobin vagy a vörösvérsejtek számát, bár Harriehausen ellenkező állásponton van. Putzig lóvérsav-injectióval a protoplasma aktiválását gondolja elérhetni. Valószínűen nem járunk távolabb a valóságtól, ha azt vesszük fel, hogy a csecsemő szervezetében hiányzó egyik-másik anyagot pótoljuk ily módon egy egészséges szervezetből származó, azonos fajú vérről. Hogy melyek e hiányzó anyagok (belső secretiós szervek váladékai, enzimek, vitaminok stb.), annak megállapítása a későbbi kutatók feladata lesz.

Irodalom. Freeman: id. Ferreira-tól. — Cl. Ferreira: Pferde-seruminjectionen zur Behandlung der kindlichen Dystrophien u. Hypotrophien. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Kinderheilk., 1920, IX., 8. 345. — Czerny: Üt. die Proteintherapie bei der Kachexie tuberculöser Kinder. Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Berlin. Sitz. 8. III. 1920. Münchener med. Wochenschr., 1920. 13. 388. — A. Czerny u. H. Eliasberg: Die Proteinkörpertherapie der Kachexie tuberculöser Kinder. Monatschr. f. Kinderheilk. 1920, XVIII. 1. — H. Putzig: Die Protoplasmaaktivierung bei der Atrophie der Säuglinge. Berliner kl. Wochenschr., 1921. 7. 151. — R. Degkwitz: Üt. Versuche mit Masern-Reconvalescentenserum. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1921. Orig. H. 1—3. — Torday F. és Papp K.: Orvosi Hetilap. 1921. — Spiethoff: A bőrreactio sajátvér- és serum-injectio után. Derm. Wochenschr. Ref. Gyógy. 1913. 47. sz. — M. Dixon: Parenteral blood in haemorrh. of the newborn. Brit. med. Journ. 1920. 3094. 539. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Kinderheilk. 1920. IX. 4. 154. — H. Harriehausen: Bluttransfusion bei Säuglingen. Med. Ver. der Schles. Ges. f. nat. Cult. zu Breslau. Sitz. 7. XI. 1919. Berliner kl. Wochenschr., 1920. 2. — G. J. Miller: Blood transfusion in modern therapeutics. Newyork med. Journ. 1920. 111. 12. 432. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Kinderheilk. 1920. IX. 7. — Rood Taylor: Das Schicksal subcutan infizierter roter Blutkörperchen. Amerik. Ges. f. Kinderheilk. Jahresversamml. in Highland Park. 1920. V. 31. Ref. Monatschr. f. Kinderheilk. 1920. XIX. 3. 260.

Közlemény a szegedi m. kir. állami gyermekmenhelyből.

Tapasztalatok a Heim-John-féle túróss tejjel.

Irta: Kovács Ödön dr., h. igazgató-főorvos.

A hasmenéssel járó táplálkozási zavarok kezelése mindig nehéz feladat volt. Szopós csecsemőknél még csak meg lehetett oldani valahogy e nehéz feladatot, mert ott volt a csaltathatlan panacea, az anyatej; a mesterségesen táplálta az azonban e panacea hiányában az inanitio Scyllája és az intolerantia Charybdise között evezve, igen gyakran nem sikerült célhoz érni. Az azelőtt szokásos nyálka- és liszt-

főzetek nem róttak ugyan nagy feladatot az emésztő szervekre, de viszont hosszasabban adva, mellettük éhen halt a gyermek, míg ha a kiéheztetést elkerülendő hamarabb nyúltunk a tehéntejhez, a szünőfélben levő általános és helyi tünetek ismét kiújultak és az eredmény ugyanaz lett, mint az előbbi esetben.

E bántalmak kezelése terén fordulópontra a Finkelstein inaugurálta fehérje-tej. Ez az aránylag elég magas caloriatartalmú tápszer nemcsak lehetővé teszi azt, hogy a tápszer-szükségletnek legalább is egy jelentékeny részét fedezzük és így az inanitiót elkerüljük a nélkül, hogy a tolerancia határát átlépni, hanem egyenesen gyógyító hatású magára a kór-folyamatra is.

A fehérje-tej alkalmazásáról Finkelstein és Meyer bebizonyította, hogy heveny táplálkozási zavaroknál nem szükséges, miként ezt eddig hittük, a zsírnak teljes megvonása. A zsír nagy mennyiségben maradhat a táplálékban, ha vele együtt nagyobb mennyiségű fehérjét és meszet is adagolunk. Így van ez a fehérje-tejnél is, a mely tulajdonképpen nem egyéb, mint caseinből és zsírból álló alvadékkal kevert és vízzel a felére felhígított iró. A tejnek oldóval való meg-alvasztásakor ugyanis a casein paracaseinre és savófehérjére hasad és a paracasein a tej mészsóival paracasein-mészsze egyesülve kicsapódik, a mely csapadék ezenfelül még jelentékeny mennyiségű mészfosphatot és zsírt is ragad magával. A fehérje-tej készítésekor ezt az alvadékat vízben suspendáljuk és a zsírmentes iróba öntjük. Már most ezek a mészsók a táplálék zsírjának hasadásakor keletkező magasabb zsírsavakat oldhatatlan szappanokká alakítják át és így előidéznek az úgynevezett mészsappanszéket. Ez azonban csak úgy lehetséges, ha a bél-tartalom reakcióját bőséges fehérje adagolásával alkálissá tesszük. Ez a fehérje-tej hatásának tulajdonképpeni lényege. A hozzákevert iró mint adjuvans szerepel, a mennyiben tejsav-tartalmánál fogva az acut táplálkozási zavaroknál rendszerint hiányosan elválasztott sósavat pótolván, a bél-tractus felsőbb szakaszaiban a bacteriumok szaporodását gátolja.

Nagy hátránya azonban a fehérje-tejnek, hogy előállításának körülményes volta miatt házilag nem készíthető el, a gyárilag előállított és dobozokba forrasztott fehérje-tej pedig már békében is olyan drága volt, hogy csak a jobbmódú betegek tudták megfizetni. Ezért azután a kórházi és szegényebb praxisban nem is az eredeti fehérje-tejet, hanem annak egy pótszerét, a Stöltzner ajánlotta és a Hoffmann-La Roche-gyár által forgalomba hozott larosant alkalmaztam, a mely annak idején igen olcsó készítmény volt. A larosan poralakú caseincalcium-készítmény, a melyből 20 gr.-ot kevertünk fél liter tejbe, a melyhez forralás és átszűrés után még fél liter forralt vizet vagy nyálkafőzetet adunk. A cukorpótlás éppen úgy történik, mint a fehérje-tejnél. A larosan-tejet sok ezer esetben alkalmaztam és a legszebb eredményeket értem el vele, a melyek semmivel sem állottak mögötte az eredeti fehérje-tejtel elért eredményeknél. Nem akarom ez állításommal az irónak fentebb említett és főleg Kleinschmidt (Zur Pathogenese und Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter, Med. Klinik, 1921, 15. szám) által hangoztatott bacteriumölő képességét kétségbe vonni, csak azt óhajtom hangsúlyozni, hogy az a gyakorlatban nem olyan fontos. Különbözik ennek a követelménynek is eleget tehetünk, ha a diaetás kezelés mellett sósavat is adagolunk a betegnek. Egy szóval, a fehérje-tej a larosan-tejtel igen jól volt pótolható, a meddig larosan rendelkezésre állott. Sajnos azonban, a különböző forradalmak, megszállások, bojkott stb. következtében mintegy két és fél év alatt larosanhöz jutni semmi áron sem tudtam. Ilyen körülmények között igazán örvendetes dolog, hogy a fehérje-tejnek egy igen használható, mondhatnám teljes értékű pótszerével rendelkezünk és ez a Heim tanár és John főorvos által felfedezett túróss tej. A vele elért eredményeket a szerzők még 1912-ben ismertették (Über die Verwendbarkeit caseinangereicherter Kuhmilch, Zeitschrift für Kinderheilkunde, 4. kötet, 1. füzet), csak hogy ez az eredeti fehérje-tej és főleg a larosan könnyen beszerezhető volta és

kényelmes előállítás módja miatt nem tudott a közhasználatba átmenni. A mai viszonyok között azonban rá vagyunk szorulva és a vele elért igazán szép eredmények a mesterséges csecsemő-táplálás egyik igen fontos tényezőjévé teszik.

A Heim-John-tej következőképpen készül:

$\frac{2}{3}$ liter nyers tejet $40\text{ }^{\circ}\text{C}$ -ú vízfürdőn oltóerjesztővel (oltó-essentia, pegnin vagy közönséges úgynevezett sajtolóporral) megalvasztunk. Az alvadás után a coagulumot finom szőrszítára tesszük és a savót lecsurgatjuk és kiöntjük. A coagulumot ezután $\frac{2}{3}$ liter forró vízben elkeverjük, majd szitán 5—6-szor áttereszjük, míg az egész teljesen homogén tejszerű folyadék lesz. Ehhez még $\frac{1}{3}$ liter forró tejet öntünk és a szükséges mennyiségű tápcukrot keverjük bele, éppen úgy, mint a fehérje-tejnél. Az ilyen módon előállított tápszer 2·14% fehérjét, 2·35% zsírt, 1·8% tejcukrot és 3% Soxhlet-cukrot tartalmaz. Caloria-tartalma: 500.

Heim és John készítményüket elsősorban acut és chronikus dyspepsia eseteiben ajánlják gyógytáplálékkul, másodszorban pedig csecsemőknek állandó tápszerül. (Die kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung. Monatschrift für Kinderheilkunde, 1913, XI. kötet, 12. füzet.) Utóbbi esetben az volna a főelőnye, hogy a vele tápláltakat dyspepsiáktól védi.

A Heim-John-tejet 1919 nyarán kedtem alkalmazni a vezetésem alatt álló városi gyermekkórházban. Az itt észlelt eseteknek túlnyomó része poliklinikai beteg volt, a kiknek azonban mi adtuk a tejkonyhában elkészített és sterilen palackozott tápszer. Az eredmények igen jók voltak, azonban a betegek ambulans volta lehetetlenné tette ellenőrzésüket és megfigyelésüket. Az 1920. év tavasza óta azonban alkalmam van a tápszer az állami gyermekmenhely csecsemő-anyagán klinikailag is kipróbálni és vele rendszeres megfigyeléseket tenni.

Eseteimnek túlnyomó része kizárólagosan mesterségesen, vagy kétféle tejjel (allaitment mixte) táplált csecsemőkön jelentkezett, hasmenéssel járt táplálkozási zavarokra vonatkozik. A beteganyag maga a képzelhető legrosszabb volt. Nagyrészt dekomponált, legyengült csecsemők, a kiknek jelentékeny része megelőzőleg a légzőszervek hurutos bántalmában, furunculosisban stb. szenvedett.

A Heim-John-tej adagolásakor szigorúan a fehérje-tej adagolásakor szokásos szabályok szerint jártunk el. A betegek rossz erőbeli állapotára való tekintettel már hat óra tea-diaeta után megkezdhető a tápszer adása, és pedig napi 300 gr.-mal. Azután a szék minőségére való tekintet nélkül másodnaponként 50—100 gr.-mal emelhetjük a napi adagot, míg a kilónként 180—200 gr.-ot elérjük. Eleinte tápcukorral nem rendelkezvén, sacharinnal édesítettük a tejet, majd a székek javulásával 3% répacukrot adtunk hozzá, a melyet fokozatosan 5%-ra emeltünk. Újabbán tápcukrot használunk.

Alimentaris intoxicatiót csak néhány esetben kezeltem túros tejjel, mert a legtöbb esetben módomban volt női tejet adni. Az eredmények ez esetekben is jók voltak. Kis számuk miatt azonban végleges ítéletet alkotni még nem tudtam. Az adagolás különben úgy történt, hogy 24 óra tea-diaeta után naponta 10-szer adtam 5 cm³ túros tejet, melyet a tünetek figyelemmel tartása mellett átlag naponként 50 gr.-mal emeltem, míg a kilónként 180—200 gr.-ot elértem.

A mi már most a túros tejjel elért eredményeket illeti, azok nagyjában teljesen megegyeznek a fehérje-tejjel és laroson-tejjel elért eredményekkel. Már egy-két napi alkalmazás után a székek száma jelentékenyen csökkent, consistentiájuk megváltozott, a mennyiben az eddig vízes, nyálkás székek faeculenssé, majd pépessé, végül keménynyé változtak. A székek változásával párhuzamosan haladt az általános tünetek javulása (láz, nyugtalanság, stb.). A Heim-John-tej elég magas caloria-tartalmú lévén, a súlyvesztés sokkal csekélyebb szokott lenni, mint nyálka- és liszt-főzet-diaeta mellett. Egyébként a reparatio beálltával a tápszer szénhidrat-tartalmát bátran emelhetjük, sőt később a székek javulásával fokozatosan nagyobb szénhidrat- és zsírtartalmú tápszeret (vajleves, stb.) adhatunk, a melyekkel a súlyvesztéséget aránylag rövid idő alatt behozhatjuk.

Sikerrel alkalmaztam ezenkívül a Heim-John-tejet szopós csecsemőknek főleg constitutionalis eredetű dyspepsiájánál is, a hol a zöld és nyálkás székek a legszabatosabb szoptatási technika dacára sem akartak megszűnni. Ily esetekben a tápszer allaitment mixte alakjában naponként 2-szer 100—150 gr.-nyi adagban adtuk, a mire rendszerint néhány nap alatt normalissá váltak a székek és az eddig ingadozó súlygörcbén egyenletes emelkedés mutatkozott.

Néhány esetben állandó tápszerül is alkalmaztam a Heim-John-tejet. Az eredménynyel itt is meg voltam elégedve. A gyermekek szépen gyarapodtak, jó volt a csontfejlődés is, exsudatív folyamatokat, furunculosisist nem észleltem. Mindazonáltal ez esetekben csakhamar felhagytam a casein-tejjel, mert ugyanilyen eredmények érhetőek el vajlevessel is, a melynek elkészítése sokkal egyszerűbb és caloria-tartalma jóval nagyobb.

A teljesség kedvéért megemlítem még, hogy erythema exsudativa *Leinert* eseteiben is kísérleteztem a Heim-John-tejjel. Az eredmény azonban itt nem volt jobb, mint a milyen a fehérje-tej vagy más kezelésmód használatakor lenni szokott.

Észleleteim eredményét a következőkben foglalom össze:

A Heim-John-féle túros tejjel egy mindenkor és mindenütt könnyen és olcsón előállítható csecsemő-tápszerrel rendelkezünk, a mely a gyakorlatban a drága és nehezen beszerezhető fehérje-tejet majdnem teljesen, annak pótszerét, a larosant pedig teljesen pótolja.

Mint ilyen sikeresen alkalmazható mindazon esetekben, a melyekben a fehérje-tej adagolása indokolt.

Közlemény a székesfevárosi Régi Szt. János-kórház nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

Gyógyító kísérletek az „intrasol“ nevű új oldható kénésőkészítményvel.*

Irta: Szentkirályi Zsigmond dr., közkórházi segédorvos.

A lues terapiájában Lewin óta számottevő helyet foglalnak el az organikus és anorganikus oldható kénésővegyületek. Az injectiós kezelésmód ezekkel a gyógyszerekkel sokkal kényelmesebb és veszélytelenebb, mint az oldhatatlan sókkal, mely utóbbiaknak alkalmazása jóval több technikai jártasságot is igényel. Igaz, hogy az oldhatatlan sók hatása a szervezetben való hosszabb megmaradásuk miatt (Depotwirkung) sokkal tartósabb, mint az oldhatóké, de ezzel szemben ez utóbbiak adagolása gyorsabb kiürülésük miatt jobban ellenőrizhető és így a kénésőmérgezés (stomatitis, enteritis, nephritis) könnyebben kerülhető el, illetőleg könnyebben állítható meg. Az oldható sók alkalmazását éppen ezért az oldhatatlan kénésőkészítmények nem is tudták a gyakorlatból kiszorítani. Mert a hol gyors kénésőhatást várunk, vagy a beteg állapota enyhébb, Hg-cumulációra kevésbé hajló kezelést igényel (fekvő állapot, erős anaemia, rossz tápláltság stb.), a bedörzöléses kúra pedig egyéb okok miatt nem foganatosítható, az oldható készítményekre mindig szüksége lesz az orvosnak. Mivel azonban a G. Lewin által eredetileg használt sublimat nem ritkán eléggé fájdalmas beszűrődéseket okoz, a gyógyszer-chemia igyekezett a fokozott kívánalmaknak oly módon megfelelni, hogy olyan kénésőkészítményeket állított elő, melyek fájdalmat, beszűrődést lehetőleg nem okoznak, sőt emellett más anyagokkal keverve, egyéb gyógyító hatásokat is idéznek elő. E tekintetben különösen az arsennel kombinált oldható kénéső-készítmények jönnek szóba. Ilyen oldható kénésővegyületeket tartalmaznak többek között az enesol, a modenol, az arsenohyrol, az *intrasol*,** melyek mindenike arsenit is tartalmaz, úgy hogy nemcsak antilueses, de egyúttal roboráló hatást is fejtenek ki. Összeállításuk a következő: az enesol és modenol 0·4% Hg-t és 0·61% As-t, az arsenohyrol 0·49% Hg-t és 0·81% As-t, az *intrasol* 1% Hg-t és 0·6% As-t tartalmaz. Minthogy az enesol, modenol és arseno-

* Minden jog fentartva.

** A „Chinoïn“ vegyi gyár (Ujpest) készíti és hozza forgalomba.

hygrol az orvosi irodalomban már kellő méltatást nyert, szükségesnek találtuk, hogy a magyar gyártmányú intrasol is vizsgálat tárgyává tegyük, hogy így a gyógyító értékéről határozott véleményt alkothassunk magunknak.

Az intrasol vízben színtelenül oldódó kristályos vegyület, melyet a gyár 2 cm³-es ampullákban sterilén hoz forgalomba; egy-egy adag 0.02 gr. Hg-t és 0.012 gr. As-t tartalmaz organikus kötésben, úgy hogy a fémek egyszerű vizsgálati eljárásokkal (kénhydrogen) nem mutathatók ki. A készítmény kétféle alakban kerül a forgalomba: anaestheticummal keverve és tisztán; az előbbi fájdalommentes intramuscularis befecskendés céljára, az utóbbi intramuscularis és intravenás injectióra alkalmas (esetleg neosalvarsannal keverve).

Az intrasol előnyeinek és esetleges hátrányainak megítélése céljából osztályunkon végzett vizsgálataink folyamán főként a következő szempontokat vettük figyelembe: 1. milyen a gyógyító hatása a klinikai tünetekre, 2. a szer alkalmazása okoz-e fájdalmat vagy beszűrődést és 3. mérgezés nem áll-e be hamarabb, mint ahogy gyógyító hatás volna észlelhető? Az intrasolnak a spirochaetákra való hatását bacteriologailag nem ellenőriztük, mivelhogy feltehető volt, hogy adott kénestartalma folytán ez a hatása egyenlő lesz bármilyen más hasonló erősségű szerrel; másrészt kiindulva abból a tapasztalatból, hogy kénestől kezelés nyomán a spirochaeták pusztulása a lueses nyilvánulásokban egyenes arányban halad a beszűrődések felszívódásával, elegendőnek tartottuk a klinikai tünetek gyógyulásának figyelemmel kísérését. A Wassermann-reactio befolyásolásának vizsgálatát sem tartottuk különösebb fontosságúnak, mert a szer recens luesben szenvedő egyéneken próbáltuk ki, a kiknek savója kivétel nélkül ++++ pozitív reactiót adott és így amúgy sem remélhettük, hogy egyetlen (neosalvarsan nélküli) kénestartalomra az erősen pozitív reactiót megváltoztassa. Itt ugyanis főként arról volt csak szó, hogy az intrasol megfelel-e azon követelményeknek, melyeket egy oldható és arsennal kombinált kénestartalommal szemben támasztunk. Hogy lehetőleg hasonló körülmények között végezhesük vizsgálatainkat, 18 és 30 év közötti úgy friss, mint recidiv természetű, secundaer lueses tünetekben szenvedő nőbetegeket választottunk beteganyagul. A tiszta intrasol a glutaeusokba végzett másodnaponkinti befecskendéssel alkalmaztuk. Elhagytuk azonban a szernek tisztán vagy neosalvarsannal keverten intravenás befecskendését, egyrészt az első módnak nem közömbös volta miatt (thrombosis), másrészt mert a Linser ajánlotta sublimat-neosalvarsan-keverék alkalmazásában sem észlelhető a két vegyi anyag hatása külön-külön.

Az alább közölt két kórrajz-kivonat mutatja vizsgálataink menetét és megfigyeléseinket.

1. K. A., 27 éves nőbeteg. Anamnesis: Eddig semmiféle antilueses kezelésben nem részesült. Status praesens: Erősen kifejezett adenitis, babnyi porczkemény mirigyek a lágyékhajlatokban, a törzsön kiselemű papulo-maculosus syphiliticus. 1921 április 27.-én Wassermann-reactio ++++ pozitív. Április 27.-én 1 ampulla intrasol. Április 28.-án az injectio helye fájdalomtalan, fölötté a bőr nem mutat elszíneződést, beszűrődés nem tapintható. Április 29.-én 1 ampulla intrasol. Április 30.-án élénken kifejezett Jarisch-Herxheimer-reactio. A második injectio helye is fájdalomtalan. Május 9.-én hetedik ampulla intrasol; a papulo-maculosus kiütés tűnőfélben. Az eddigi injectiók egyike sem okozott fájdalmat vagy beszűrődést. Különösebb salivatio nincs, stomatitis nem észlelhető. Június 27.-én huszonnegyedik ampulla intrasol. A kiütésnek csak pigmentált foltokban látható a nyoma. Az injectiók helye fájdalomtalan, beszűrődés nem tapintható, mérgeztünetet nem láttunk. Fehérje a vizeletben nincs. Ezután a beteg még öt neosalvarsant kapott.

2. G. B., 24 éves nőbeteg. Anamnesis: Eddig nem részesült kezelésben. Status praesens: Az egész törzsön annularis jellegű foltos syphiliticus. Néhány papula a külső nemi szerveken. Leukoderma colli. 1921 április 23.-án Wassermann-reactio ++++ pozitív. Április 24.-én 1 ampulla intrasol. Április 26.-án ugyanaz. Április 27.-én Jarisch-Herxheimer-reactio. Az előző két injectio helye fájdalomtalan, beszűrődés nem tapintható. Április 28.-án 1 ampulla intrasol. Április 30.-án ugyanaz, a kiütés eltűnt, az injectiók helye fájdalomtalan, beszűrődés nem tapintható. Stomatitis nincs. Május 6.-án nyolczadik ampulla intrasol. A genitalis papulák ellapultak, behámosodtak. Ezen betegünk harmincz intrasol-adagot kapott (összesen tehát 0.60 gr. Hg-t); ez idő alatt lueses nyilvánulásai teljesen eltűntek, az injectiók helye fájdalomtalan volt, beszűrődést nem tapintottunk, mérgezés-tünetet nem észleltünk. A vizeletben fehérje nem mutatható ki.

Összesen harmincz beteget kezeltünk ilyen módon; a többi huszonnyolcz kórrajzot a bemutatottakhoz való hasonlóságuk miatt mellőzzük. Az intrasol gyógyító hatásáról észleléseinket a következőkben összegezzük: 1. a szernek első vagy második adagja után elég gyakran élénk Jarisch-Herxheimer-reactio szokott mutatkozni, mely tünetből arra következtethetünk, hogy az intrasol igen gyorsan szívódott fel és erősen befolyásolta a bőrön levő beszűrődéseket; 2. recidivás jellegű esetekben körülbelül a harmadik-negyedik, friss secundaer esetekben a hatodik-hetedik injectio után a jelenségek az esetek nagy részében teljesen eltűntek, vagy legalább is nagyfokban visszafejlődtek; tíz-tizenöt injectio után a genitalis papulák és condylomák nagyrészt behámosodtak és ellapultak; 3. a kezelés egész tartama alatt alig észleltünk fájdalmasságot az injectiók helyén; számbavehető beszűrődést vagy éppen tályogképződést egyetlenegy esetben sem láttunk; 4. mérgeztüneteket vagy kellemetlen mellékhatásokat egyáltalában nem észleltünk.

Az intrasol javára pedig a következő előnyök emelhetők ki: 1. a technika egyszerű, tiszta, kényelmes és veszélytelen volta miatt általánosabb használatra alkalmas; 2. a szer gyors felszívódása miatt igen kielégítő gyógyító hatású; 3. arsen-tartalma és igen kevés mérgező volta miatt nemcsak jól fejlett betegek, de gyengébb szervezetű, esetleg más idült betegségekben szenvedő lueses egyének kezelésére is veszély nélkül használható. Nem egy esetben láttuk, hogy a manifestatiók elmúltá után a beteg szemmel láthatóan összeszedte magát, megerősödött, a mi talán részben a szer javára volt írható. Mindeme tulajdonságai miatt a magyar gyártmányú intrasol használatát legjobb meggyőződéssel ajánlhatjuk minden olyan lues-esetben, a melyben oldható kénestartalom alkalmazása indokolt. Ki kell e helyt emelnünk, hogy az intrasol nem tekintjük egyszerű pótszernek, hanem olyan gyógyszernek, mely a hasonló összetételű készítményekkel nemcsak kiállja a versenyt, hanem azokat több tekintetben (például nagyobb kénestartalom) túl is szárnyalja.

Veleszületett léphiány esete.

Közli: Bókay János dr., egyetemi tanár.

Azon szép előadás-sorozat, melyet Bálint és Verebely tanárok, továbbá Johan magántanár és Baló tanársegéd a Budapesti Kir. Orvosegyesületben tartottak s mely a hallgatóság figyelmét annyira lekötötte, behatóan foglalkozott a lép szerepével szervezetünk háztartásában. Minthogy ezen előadás-sorozatban az előadók egyike sem tért ki a veleszületett léphiányra, ezúton kívánok erre vonatkozó adatot szolgáltatni, mintegy kiegészítése gyanánt a magas színvonalú előadás-sorozatnak s a hozzá fűződött discussiónak:

A „Stefánia“-gyermekkórház beteganyagában 1919-ben észleltem egy 3½ éves, fejlődésében erősen visszamaradt leánykát, a kit cyanosis congenitával és kifejezett dobverőujjakkal mutattak be. Testsúlya 6100 gr., hossza 68 cm., mellkörfogata 40½ cm., fejkörfogata pedig 42 cm. volt.

A gyermekben transpositio arteriarum cordis volt jelen s a bonczolás, melyet nagyon tisztelt tanártársam, Buday Kálmán volt szíves végezni, teljes léphiányt állapított meg. Érdekes a májra vonatkozó bonczolás-lelet, mely a következő: A máj felülete sajátos benyomások okozta egészen szokatlan apró lebenyeket mutat, a melyek egy része szinte lapos szemölcsök alakjával bír. A máj vérdús, de szerecsendiórajzolata nincs. A teljes kórbonczolási diagnosis a következő: Defectus majoris gradus septi atriorum et ventriculorum cordis. Transpositio aortae in ventriculom dextrum. Hypoplasia arteriae pulmonalis ex ventriculo eodem oriens. Lobi parvuli supranumerarii hepatis. Mesenterium commune. Aplasia lienis. Thrombosis rami dextri venae pulmonalis cum haemorrhagia infarctiformi lobi inferioris.

Az esetet Rohrböck Ferencz dr. tanársegédem az „Orvosi Hetilap“ 1920. évfolyamának 38. számában részletesen közzétette.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1922 február 11.-én.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Az elnök fájdalmas kötelességet teljesít, midőn bejelenti *Farkas László* elhunytát életének 74. évében. Ötven éven át volt rendes tagja az egyesületnek s mint a Szt. Rókus-kórháznak és a Vöröskereszt-egylet Erzsébet-kórházának főorvosa szerzett kiváló érdemeket. Nagyrabecsült és szeretett tagtársának halálát mély fájdalommal gyászolja az egyesület és gyászának jegyzőkönyvileg is kifejezést ad.

Elnök bejelenti, hogy néhai *Stiller Bertalan* hagyatékából a család beküldte az elhunyt kisebb munkáinak gyűjteményét, melyet az egyesület köszönettel vesz és köszönetét írásban adja tudtára a családnak.

A pestis behurcolása elleni védekezés tartozik ma a közegészségügyi hatóságok legsürgősebb feladatai közé s tekintettel arra, hogy Franciaországban s Olaszországban a közelmúltban ismételt pestis- esetek fordultak elő, az Orvosegyesület vezetősége a kérdés fontosságánál fogva felkérte *Jablonowski Józsefet*, a magyar királyi állami rovartani állomás főigazgatóját, hogy a patkány és bolha szerepéről a pestis terjesztésében tudományos ülésünkön, mint vendég, előadást tartani sziveskedjék, s ő készséggel vállalkozott is az előadás megtartására. Amidőn üdvözli őt az egyesületben, felkéri előadása megtartására.

A patkány és bolha szerepe és módja a pestis terjesztésében és ennek megakadályozása.

Jablonowski József: Az előadó, miután hálás és kegyeletes szavakkal emlékezett meg néhai *Chyzer Kornél*ről, a kinek köszönheti, hogy zoologussá lett, rámutatott a pestis-történet adatai alapján arra, hogy miért mutatkozott a pestis-járvány mind az ó-korban, mind napjainkban mindig a tengerek partja mentén és mindig a kikötőkben és szomszédságukban. Mióta *Kitasato* és *Yersin* (1894) kiderítette, hogy mi a pestis okozója; mióta más kutatók kiderítették, hogy ez az okozó a patkányban is él, egyszerre világossá lett a helyzet a pestis-járványok tekintetében. Így tehát, figyelembe véve a patkány nyomában járó egyéb közegészségügyi és köz-, valamint mezőgazdasági veszedelmeket, érthető, ha a patkány ellen való védekezés ma elsőrendű fontosságú. Az előadó a patkány ellen való védekezés alapját az épületek patkánymentességében s ennek állandó fenntartásában látja, továbbá abban, hogy a patkánytól mindenáron és állandóan el kell vonni a táplálékot. Hogy ez lehetséges és biztos eredményre vezet, arra több hazai, elsősorban budapesti példát hoz fel, egyrészt, hogy miért lehet valamely nagy vállalat ma is patkánytól mentes, másrészt arra, hogy miért lehet valamely háborúszülte barakkórház valóságos patkányfészek. Rámutat ennek kapcsán a háziszemét veszedelmességére s arra, hogy a csatorna-rendszerünk is állandó forrása lehet a bajnak. A patkányirtó szerek, mérgektől, bacteriumoktól nem vár hathatós segítyt, ellenben jó és gondozott patkányfogó ebek kitűnő szolgálatokat tesznek ama vállalatoknál, a melyek például nyers és nagy mennyiségű olyan anyagot dolgoznak fel (csontot, bőrt, szeméthulladékot), a hol a patkány jó búvóhelyet és állandó élelmezést talál.

Majd áttér a kérdésnek másik oldalára, a bolha ismerettségére. Amíg nem volt ismeretes, hogy e rovarnak milyen nagy szerepe van a pestis terjesztésében, a világ keveset tudott róla. Most, hogy sok más kutató között *Verjbitski* (1902—3) kétségbevonhatatlanul megállapította a rovar pestis-közvetítő szerepét, lassanként tisztázódik az egyes bolhafajok ebbeli közreműködésének mértéke is.

Az előadó vázolja a bolha-nemzetség jellemzését; fel-említi a pestis terjesztésében résztvevő fajokat és azok jelentőségét (*Xenopsylla cheopis*, *Ceratophyllus fasciatus*, *Pulex irritans*, *Ctenocephalus felis* és *canis*, *Ceratophyllus anisus*, *Leptopsylla musculi*, *Ctenocephalus agyrtus*), meg földrajzi elterjedését, s azután sajátosságait, kivált a szűrőszáj szerkezetét ismértette. A bolha táplálkozásának alapján tár-

gyalta, hogy emésztőgyomrába miként jön a vér s ebbe a *pestit bacillus*, s miként juthat a bacillus az ürülék útján nemcsak a lárvájába, hanem többféle módon az emberbe. A bolha élettartama lehet 50 napnál is több és mert lárvája együtt élhet a kifejlődött bolhával a gabonában is, a melyben például raktárakban, teherszállító hajón a patkány is él és szaporodhatik is, érthető, hogy a bolha és a patkány révén miként jut a pestis a malommunkások közé.

A bolhairtásra áttérve, elsősorban a tisztaságot, a bolhahatnyesztő helyek eltávolítását, a bolhás állatoknak és hálók-fekvőhelyeknek állandó tisztántartását, elsősorban olyan helyzetnek a megteremtését említi, hogy a bolha az ember közelében meg ne maradhason. Eszerint a patkány és a bolha ellen leggyökeresebb segítség a prophylaxistól várható s ez adja azután a legbiztosabb védelmet a pestis kitörése és elharapódzása ellen is.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. W. Samson: Prostitution und Tuberkulose. Klinische und sozialmedizinische Untersuchungen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1921. Ára 18 márka.

A nagy szorgalommal megírt és igen sok adatban bővelkedő munka a prostitúciónak egy eddig figyelemre még alig méltatott kérdésével foglalkozik behatóan. Régen ismert ugyan, hogy a prostituáltak hygiene-ellenes életmódja fokozott mértékben teszi őket fogékonyvá a gümős betegségek iránt, de ebből fontosabb következtetéseket idáig még nem vontak. Pedig a gümőkóros prostituált nő a gümős fertőzés terjesztése szempontjából nagyon veszedelmes. A szerző a berlini prostituáltak egy jó részét megvizsgálván, azt találta, hogy a tüdőgümőkórban szenvedő nők $\frac{3}{4}$ része a könnyebb kezdeti szakban van, körülbelül $\frac{1}{4}$ része pedig már a közepes és súlyos stadiumban sanyalódik (*Turban-Gerhardt*-féle beosztás szerint). Feltűnő azonban, hogy a válogatás nélkül vizsgálatra került prostituált nőknek körülbelül csak 11%-a szenved tüdőgümőkórban. *Samson* ezt az aránylag jó kereseti viszonyokkal s az elég bő táplálkozással magyarázza. Érdekes az a tapasztalása, hogy a rendszeresen kezelt syphilis általában nem mozdítja elő jelentékenyebben a tuberculosis megbetegedés előhaladását. Szintúgy nem igazolható be *Samson* szerint az alkoholnak közvetlen hatása a tuberculosis-morbiditásra sem. Más tényezőkkel kapcsolatban azonban igenis van káros hatása. A tüdőgümőkór súlyosbodására a prostituáltak között annyira elterjedt dohányzásnak káros hatása kétségtelen. *Samson* részletes megokolás alapján azt követeli, hogy a prostituáltak ezentúl mindenütt a tuberculosis szempontjából is rendszeres orvosi vizsgálat alá kerüljenek. A prostituáltak orvosi ellenőrzését tehát még fokozni kívánja s így hí követője *Ribbing*-nek, a ki szerint: „Nicht fort mit der Überwachung, sondern Verbreitung und Verbesserung der Überwachung”. A nagy ügyszeretettel írt könyvecske nagy adattömegéből ennyit kívántunk rövidesen megemlíteni.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

Typhosus betegségekben, főleg kiütéses typhusban, a sedativ terapiát ajánlja *Th. Hausmann* tanár (Moszkva), szemben a szokásos excitativ terapiával. Különösen az álmatlanság és hyperpnoea teszi szükségessé a sedativ kezelést. E célból kezdetül fogva ad bromot (esetleg kevés morphiummal) convallaria majalis infusumában, mint a melynek a szívre gyakorolt hatása mellett kifejezett sedativ hatása is van. Rendelése a következő: Rp. Natrii bromati 8:0 (Morphii muriatici 0:05), Inf. convallariae majalis 6:0:180:0. M. D. S. 3-szor naponként evőkanálnyit. Ha a brom nem bizonyul elegendőnek az alvás előidézésére, a zsirsavsorozathoz tartozó valamilyen altatószert (veronal, luminal, medinal, adalin) ad

morphiummal. A fájdalmak okvetlenül leküzdendők analgeticumokkal. A beteg nyugalma mindenáron biztosítandó (kényelmes fekvőhely, minden inger távoltartása, nehogy a légzőközpont izgattassék). A szoba hőmérséke ne legyen magas, 12—13° R-nél több. A székelés rendben tartandó, jó szellőztetésről gondoskodni kell. A diatéből hús, kávé, tea stb. izgató hatása miatt törleendő; a táplálék sok vitamint és különként kb. 20—25 caloriát tartalmazzon s főleg cukorból, gyümölcsnedvből és tejből (aludt tej!) álljon. Typhus exanthematicus 56 esete közül a jelzett sedativ kezelésmód mellett egy sem végződött halálosan, a mi lehet ugyan a véletlen műve is, noha az excitáló kezelés mellett ilyen kedvező véletlent sem ő, sem más orvos eddig még nem látott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 50. szám.)

Sebészet.

A metszésmódról epeút-műtétek alkalmával ír *Föderl* tanár. A pararectalis, perrectalis, Czerny-Kocher- és Perthes-féle behatolási módokkal szemben, melyek többé-kevésbé a hasfali izomzat beidegzését nem veszik tekintetbe s ezért fibrosus izomdegeneratio révén elég gyakran adnak alkalmat postoperatív hasfal-hegsérvek keletkezésére, a retrorectalis eljárást ajánlja, mely a mellett, hogy a műtési terület jól feltárja, az izmok folytonosságát és idegeit is érintetlenül hagyja, valamint kozmetikai szempontból is kielégítő, mivel a metszés nem halad a bőrön harántul s így a rendszerint fejlődő heges behúzódások is elmaradnak. Következő módon történik: 1. Metszés a bőrön át a zsírszövetig pontosan a linea alában a proc. xiphoideustól a köldökig vagy szükség esetén azon alul (ez esetben a köldököt jobbra kerüli ki). 2. Metszés a subcutan zsírszövetben ferdén kifelé irányított kés-éllal az elülső rectus-hüvelyen át a medialis izomszél közelében. Az elülső hüvelyben meghagyott rectust a szike nyelével kihámozzuk a hátulsó hüvelyből a metszés egész terjedelmében és luxáljuk kifelé jobbra. 3. Metszés a luxált és kifelé kampózott izom lateralis hátulsó szélétől körülbelül 1½ cm.-nyire merőlegesen az előlfekvő hátulsó rectus-hüvelyen és peritoneumon át. A drainage-viszonyok itt sem rosszabbak, mint azon eljárásoknál, a hol a behatolás az egyes rétegeken keresztül különböző sikokban történik. Annak demonstrálására, hogy a retrorectalis laparotomiánál a köldökig érő median bőrmetszés nem csupán az epehólyag és epeutak megközelítését teszi lehetővé, megemlíti és leírja egy epehólyag-rákban szenvedő betegén a fenti behatolásmóddal végzett műtétét, melynél Billroth II után a májszélből körülbelül hüvelyknyi darabot reszekálva, a máj sebfelületét invaginálta a pylorikus gyomorrész lumenébe. A köldökön alul meghosszabbított metszésből az appendix is jól megközelíthető akár revisio, akár exstirpatio céljából. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 18. szám.) *Tirczka Kolos* dr.

Gyermekorvostan.

Duodenalis atresia, vagy enterospasmus? címmel egy esetét ismerteti *C. Schaeffer*, a melynek kapcsán *Ritter* ugyane folyóiratban megjelent „A duodenalis atresia keletkezéséről” írt dolgozatához fűz megjegyzéseket. Nem osztja *Ritter* nézetét, hogy csak tengelycsavarodás, hashártyalob, ductus omphalo-entericus persistens, daganat okozza a duodenum atresiáját; egyetért vele esetleg abban, hogy a megnagyobbodott máj elzáródást nem okoz, de nem szabad az organikus elzáródások mellett a functionalis elzáródásokról sem megfeledkeznünk, a mikor is a bél síma izomzatának a contractiója okozhat ugyanolyan tüneteket, mint a milyeneket *Ritter* leír. Oly esetet ismerteti, a mely az enterospasmusok csoportjába tartozik s a melyben a spasmus helye a felső bélrészletben, a duodenalis papilla alatt kellett hogy legyen.

A kisleány 5 napos korában került kezelése alá. A gyermek apja erősen cigarettázó, neurastheniás, anyja egészséges. Kihordott, fogó-szülés. A gyermek, noha az anyja mellbimbója jól fejlett, nem szopik. 30 gr. kifejt anyatejnek bekebelezése után 1—2 perc múlva erős, fájdalomtól kísért hányás, a hányás előtt és után a felső hastájékon antiperistaltica. A

táplálási idők között öklendezés közben 1—2 kávéskanálnyi epés folyadékot hány. Teljes constipatio és vizelethiány. A gyermeket atropin-kúrára fogta, a melynek hatására már aznap ismét jól szopott s éjjel már egy pelenkát is bevizesített. A gyermek ettől fogva jól szopott, bár kissé lustán; azonban constipált, sőt a katheterrel adott magas beöntést is visszatartotta, a széklet azonban atropin-adagolásra ismét megindult. Ebben az esetben tehát enterospasmus volt jelen, először a magasan fekvő bélszakaszon, később pedig az alsó bélszakaszon. Még egy hasonló esetről számol be, a melyben Hirschsprung-betegség gyanuja miatt műtétet is végeztek, de semmit sem találtak; atropin-adagolásra ez esetben is gyógyulás következett be. Bélpassage-zavar eseteiben tehát, a mikor esetleg enterospasmusra lehet gyanu, a belső kezelést nem szabad elhanyagolni. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, III. sorozat, 43. köt., 6. füzet.) *Bókay Zoltán* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A pruritus kezeléséhez szolgáltat adatot *Heidenhain* tanár saját magán tett tapasztalatával. Rendkívül kínzó viszketése támadt a lábszárain, a melyeket megtekintve, a bőr rajtuk atrophiasnak látszott. Azt következtette ebből, hogy a faggyumirigyek is atrophiasok s hogy a viszketés talán ezzel függ össze. Ezért lanolinnal erősen bedörzsölte a viszkető bőrtérületet, mire már az első alkalommal is csökkent a viszketés s a bedörzsölést néhány estén megismételve, egészen megszűnt. A hatás körülbelül egy hétig tartott. Újból megkezdve a bedörzsöléseket, a szünetek mind hosszabbak lettek, jelenleg 4—6 hétig tartanak. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1921, 49. szám, 1607. old.)

Chamillosanum néven hozzák újabban forgalomba a chamomilla folyékony kivonatát. A homburgi kórház beteganyagán végzett vizsgálatokról *Kowalzig* számol be. Klysmá alakjában alkalmazva (1 evőkanálnyi chamillosanum 1 liter langyos vízre) megnyugtató, fájdalomcsillapító és bacteriumölő hatást fejt ki s ez alapon főleg dysenteria eseteiben bizonyult jó hatásúnak. A készítmény békebeli minőségű kenőcs-alapanyagokkal kenőcské feldolgozva is forgalomba kerül; ez a kenőcs nyílt sebekre fájdalomcsillapító hatású, idült fekélyek gyógyhajlamát tetemesen elősegíti. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1922, 2. szám.)

A catamin nevű rüh-ellenes szerrel a drezdai gyermekpoliklinika fülbetegosztályán szerzett tapasztalatokról számol be *Schelcher*. A catamin 10% zincumot és 5% kén tartalmú kenőcs, a mely 3 napon át dörzsölendő be naponként egyszer; a negyedik napon fürdőt vesz a beteg. A mi a szerrel elért eredményeket illeti, ezek legalább is olyan jók voltak, mint a rendelkezésünkre álló más szerekekkel elérhetőek. Előnyként kiemelendő azonban, hogy a viszketést rendkívül gyorsan szünteti meg, hogy a kiséző ekzematát is nagyon kedvezően befolyásolja, hogy a fehérműt nem piszkítja és hogy a szaga sem kellemetlen. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 8. szám.)

Fagyásdaganat több esetében feltűnő jó eredményt látott *Emden* thyreoidea-tabletták belső használata után. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 6. szám.)

Vegyes hírek.

Az Országos Balneológiai Egyesület folyó hó 1.-én tartotta rendes évi közgyűlését. *Vámossy Zoltán* elnöki megnyitójában közölte, hogy a fürdőtörvény ügye új stadiumba lépett, s remény van a megvalósulására. *Dalmady Zoltán* főtitkár s a pénztárvizsgáló bizottság jelentését a közgyűlés tudomásul vette s a felmentvényt megadta. Az elnök bejelentette, hogy a *Tausz Béla* dr. által kitűzött 3000 koronás pályázatra: „Kivántatik Csonka-Magyarország balneographiai ismertetése, különös tekintettel a fel nem használt gyógyító értékű természeti kincsekre, és vázoltassanak az ország balneológiai fejlesztésének irányai” egy pályamunka érkezett be, melyet a bíráló bizottság alapos és értékes munkának s így a pályadíjra érdemesnek talált. A jelíges levélből kitűnt, hogy a pályanyertes mű szerzője *Kunszt János* dr., a budapesti Szent. Gellért-fürdő orvosa.

A megejtett tisztújításon az Egyesület tisztikara a következőképpen választotta meg: Elnök: *Vámossy Zoltán*. Főtitkár: *Dalmady Zoltán*.

Tudományos osztály: Elnök: *Bálint Rezső*, jegyző: *Benczur Gyula*.
Gazdasági osztály: Elnök: *Hainiss Géza*, jegyző: *Sümei József*.

A tuberculosos leküzdése Magyarországon czimmel *Tüdős Kálmán* dr., Debreczen városi tisztviselője, az országos közegészségügyi tanács rk. tagja tanulmányt írt, a mely eredetileg a „Népegészségügyben” látott napvilágot, most pedig különnyomat alakjában is megjelent, hogy közérdekű volna minél szélesebb körök számára hozzáférhető legyen. A dolgozat nagyon könnyen érthető és — a mi különösen kiemelendő — élvezetes, nem fárasztó módon foglalja össze mindazt, a mit a tuberculososról az ellene való küzdés szempontjából tudni kell. Ilyen módon nemcsak orvosok, hanem még inkább művelt laikusok nagy haszonnal tanulmányozhatják. 30 kor. áron kapható az Eggenberger-könyvkereskedésben (Budapest, Kecskeméti-utca).

Személyi hírek külföldről. *Penzoldt* tanár, a hírneves erlangeni belklinikus, a napokban ünnepelte orvosdoktorrá avatásának 50. évfordulóját. — *H. Eggeling* jeni rendkívüli tanárt a boroszlói egyetemen az anatómiai rendes tanárává nevezték ki.

Meghalt. *Szily József* dr., székesfővárosi kerületi tisztviselő orvos, 61 éves korában. — *A. Blaschko*, a venereás betegségek elleni küzdelem egyik előharcosa, 65 éves korában Berlinben.

Modern orvosi rendelő

lakással, nagy vidéki városban eladó. Érdeklődők „Modern rendelő” jellegére a *Petőfi Irodalmi Vállalathoz* Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám alá írjanak.

LEGTÖKELETESÉBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZŐ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Megjelent!

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE

és CZIMTÁRA

32. évfolyam 1922. évre.

Boltí ára K 360.—

„PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT
Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz.

Iszapkúrák

orvosi felügyelet mellett
Dr. Pajor-Sanatoriumban
Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

Dr. Szili Sándor

orvosi laboratoriuma. Budapest
V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

DAJKA-

INTÉZET, VI., Szív-utca 69. Telefon 93-22.
Wassermannra vizsgált, bőtejű, orvosilag megfigyelt
dadákkal állandóan rendelkezik.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. Doctor

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

Dr. JUSTUS

kórházi főorvos bőrgyó-
gyító és kozmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26.

Telefon József 56-76.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Szilas

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásai.

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

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

ZANDER-Üdítő SOVÁNYÍTÁS

a *Dr. Reich-féle*
ZANDER-gyógyin-
tézetben, IV., *Sem-*
melweis-u. 2. I. e.

PÁLYÁZATOK.

3453/1922. kig. szám.

Baja város közkórházánál az elmeosztályon üresedésbe jött, 1600 korona évi törzsfizetés, évi 400 korona működési pótlék és egyéb állami hozzájárulások, továbbá lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellemezéssel javadalmazott alorvosi állásra pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhívtnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Krudy Ferencz Gyula* főispán úrhoz czímezve legkésőbb folyó évi április hó 25. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Baja, 1922. évi február hó 20.-án.

A polgármesterhelyettes.

2935/1922. szám.

A *Ferencz József* kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára Ujpestnek az István-úttól keletre eső területére kiterjedő működési körrel kapcsolatos kezelőorvosi állásra pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények évi 3000 korona törzsfizetés és 7250 korona drágasági pótlék, a melyekhez az új orvosi illetmény-megállapodás után még havi 1000 korona rendkívüli pótlék fog járulni.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű. A szolgálat kiterjed a fentemlített körzeten belül lakó összes pénztári betegek kezelőorvosi ellátására.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje e hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap.

A kérvények a Pénztár vezetőségéhez czímezve nyujtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznap délelőtt 11—1 óra között bővebb felvilágosítást nyujt.

Budapest, 1922. márczius 5.-én.

Barcza Arthur s. k.,
igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k.,
min. oszt.-tanácsos.

5726/1922. szám.

A *Ferencz József* kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára az elhalálozás folytán megüresedett III. kerületi pénztári kezelőorvosi állásra pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények évi 3000 korona törzsfizetés és 17.500 korona drágasági pótlék, a mely illetményekhez az orvosi illetmény-szerződés megkötése után még havi 2000 korona rendkívüli pótlék fog járulni.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

Az alkalmazandó orvos köteles állandóan az említett kerületben lakni és az e kerületben lakó összes pénztári betegek kezelőorvosi ellátásáról gondoskodni.

A pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap.

A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez czímezve nyujtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznap délelőtt 11—1 óra között bővebb felvilágosítást nyujt.

Budapest, 1922. márczius 23.

Barcza Arthur s. k.,
igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k.,
min. oszt.-tanácsos.



DARMOL a legkötelesebb hashajtó felnőtteknek és gyermekeknek.

DIGESTOL általánosan elismert emésztőpor. A gyomorműködést javítja, a bél-működést rendezi.

LIQUOR HYPNOBROMID kellemes ízű sedativum és hypnoticum.

MENFOR gyors hatású antirheumaticum és antineuralgicum.

ANAEMIN Liebe, ARSANAEMIN

ismét minden gyógyszerertárban kapható.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen

Veifa-Werke · Frankfurt a/M

Polyphos · München

testvérházaik

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányu röntgensövet, röntgenlemez stb. eredeti gyári áron azonnal szállít:

ODELGA

Magyar
Gyógytechnikai Ipar R-T
Budapest,
VI., Andrásy-út 28. sz.
Sürgőnyczim:
Medodelga Budapest.
Telefon:
68-16. 37-04

Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerertárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor“ gyógyszerertár, Budapest, IX. Ráday-u. 18
Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai-tesztközlakat.

HORDOMALT
KELLER-FÉLE MALÁTALEVES KÉSZÍTÉSÉHEZ

FISCHER PÉTER és TÁRSA R.-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Fiókküzetek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körut 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19-24.

GUAJACOL-GLOMA
Dr. WANDER-FÉLE

A legtükéletesebb és legteljesítőképesebb

RÖNTGEN-készülékek, a KOCH és STERZEL
gyártmányok egyedárusítója

„ERICSSON“ Magy. VIII. R. T. ezeltől: DECKERT és HOMOLKA
Budapest, VI., Vörösmarty-u. 67. Telefon: 28-09, 89-64.

SANGUIFERIN  **SANGUIFERIN**

Dr. Pallay.
(Elixirium ferri albuminati Pollatsek)
et combinationes:
c. arseno mife, c. arseno forte, c. phosphoro,
c. bromo, c. jodo.

Dr. Pallay.
Tonicum. Haemodynamicum. Neuroticum.
Stomachicum. Roborans.
Anaemia, neurasthenia, táplálkozási zavarok, ideges
kimerültség, chlorosis, fejlődési visszamaradottság,
gyermekágyas nők, szoptatók vérszegénysége.

KOSMOS VEGYÉSZETI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA RÉSZVÉNYTÁRSASÁG KISPEST, DUGONITS-UTCZA 9.
Telefon: Budapest József 53-10. Sürgőnyczim: KOSMOS KISPEST.

Organotherapiás gyógyszerek:

Fehérje- és toxinmentes állapotban, belső kezelésre tablettaként, injectiós kezelésre kivonatok alakjában.

Belső kezelésre:

- Tabl. Ovarii constans összetételű ovarium-készítmény, klimakterumozavarok, amenorrhoea, dysmenorrhoea, chlorosis etc. kezelésére, valamint ovariectomiák után jelentkező kiesési tünetek ellen.
Tabl. Thyreoideae myxoedema, struma, kretinismus, obesitas, arteriosclerosis, marasmus etc. ellen.
Tabl. Hypophysis cerebri rachitis, dystrophia adiposo-genitalis etc. eseteiben.
Tabl. Testiculi sexualis infantilismus, eunuchoidismus, impotentia és sexualis gyengeség, neurasthenia, hypochondria, prostatitis, asthma sexuelle, klimakterium virile etc. ellen.
Tabl. Pankreatin a gyomor-bélrendszer zavarainál, diabetes, morbus Basedowij, icterus, anaemia perniciosa etc. eseteiben.

Injectiós kezelésre:

- Adrenalin tartós, izgalmi tünetek nélkül ható, sósavas sója a mellékvese kristályos hatóanyagának physiologiai konyhasóoldatban. Tartósan, változás nélkül hatékony, torralás nélkül sterilizálható.
Adrocain nem mérgező, nem izgató, biztos hatású, sterilizálható helyi érzéstelenítő.
Injectiones Ovarii.
Injectiones Testiculi.
Injectiones Thyreoideae.

Injectiones HYPOGLANDINI

Physiologikusan titrált, prompte ható, állandó összetételű kivonat a glandula pituitaria infundibularis részéből.

Kiválóan alkalmas:

A szülés bevezetésére és elősegítésére, post partum és post abortum vérzéseknél, myoma-vérzéseknél, metrorrhagiánál, ischuria paradoxánál, osteomalaciánál. Kétféle szivtonicum collapsusnál és toxikus vérmegnövekedésnél, valamint operációk után.

Használat:

Napi adag subcutan és intramuscularisan 0.5 ccm. háromszor napjában, intravenásan 0.5-1.0 ccm.

PILULAE KALII JODATI PERENNES SZÖLLŐSI

Labdacsonként 0.20 kalium jodatomot tartalmaz
a legpontosabban adagolva.

Jodismust nem okoz,

mert lugos kémhatása következtében a jód a gyomorban sem szabaddá nem válik, sem jódsavvá nem oxidálódik.



Klinikák, kórházak állandóan alkalmazzák
76 1/2 % tiszta jód tartalma biztosítja a
legtökéletesebb eredményeket.

Ausztria-magyarországi főraktár:]

BALLA SÁNDOR és TÁRSA
gyógyszerészeti laboratorium
Budapest, VII., Wesselényi-u. 69.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markušovszky 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.

Tornai József: Adatok a szívbetegek kórtanához, diagnosztikájához és orvoslásához. 147. oldal.

Probstner Arthur: Közlemény a budapesti Új Szt. János-kórház szülő- és nőbetegosztályáról. (Vezető-főorvos: Bäcker József dr., egy. m.-tanár.) Sebészileg kezelt chronikus adnexumtumorok elsődleges és késői gyógyulási eredményei öt évi anyagunk kapcsán. 151. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (V. rendes ülés 1922 február 18.-án) 153. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *F. Jessen:* Die operative Behandlung der Lungen-tuberkulose. — *Új könyvek.* — *Lapszemle.* Belorvosan. *Hammer:* Spontan szívrepedés esete. — *Sebészet.* *Rohde:* A laparotomizált betegek utókezeléséről. — *Bőrbajok.* *K. Burchardt:* A lupus vulgaris fertőzőképességének vizsgálata kísérleti úton. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 155–156. oldal.

Vegyes hírek. 156–157. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Adatok a szívbetegek kórtanához, diagnosztikájához és orvoslásához.*

Irta: *Tornai József* dr., egyetemi magántanár.

Mint ismeretes, annak, hogy a szív az ő nagyfontosságú, nehéz feladatát zavartalanul és pontosan teljesíthesse, egyik legelső és legfontosabb feltétele, hogy a folytonos, igazán szünet nélkül való, jelentős munkát végző szívizom maga mindenkor és állandóan kellő friss tápanyaghoz jusson, hogy az energiaforrás soha, egy pillanatra se apadjon el; vagyis, hogy elsősorban maga a szívizom a kellő mennyiségű, oxygendús vért fennakadás nélkül, egyenletesen megkaphassa. Többektől ismételtlen eszközölt állatkísérletek kétségtelenül igazolták, hogy ebben a tekintetben sokszor már a legcsekélyebb zavar, illetőleg a legkisebb fokú hiány, avagy vérelvonás a szívizomtól, kifejezett és sokszor tartós szív működés-zavarnak lehet az előidézője.

A szív kamarák izomfalának táplálása szempontjából tudvalevőleg a coronariáknak jutott a legjelentősebb szerep. És a bal kamara munkája, illetőleg táplálkozása szempontjából természetesen a bal coronaria vérárama a legnagyobb fontosságú. Ezen a helyen nem is szükséges részletezni, hogy hányféle és mily jelentős, súlyos következménye lehet közvetlenül a szívizomra és közvetve az egész vérkeringésre nézve annak, ha az egyik, avagy mindkét arteria coronarián valamely kóros elváltozás (sclerosis) támad. Egyébiránt pedig az ilyen elváltozásokon kívül még másfajta körülmények is befolyásolhatják, gátolhatják, még pedig állandóan, avagy esetleg csak átmenetileg a coronariák véráramát. Ezeket a körülményeket azonban eddig alig részesítettük, vagy legalább is nem a megillető és szükséges általános figyelemben.

Tudjuk, hogy a coronariák sclerosisa esetében ahhoz, hogy a szívizom táplálkozásának, illetőleg a szív működésének nagyon jelentékeny zavarát támadjon, nem is szükséges, hogy a coronariák egész terjedelmükben sclerosisosak legyenek. Sokszor megessik, hogy maguk a coronariák szinte érintetlenül maradnak, avagy rugalmasságuk csak kisebb mértékben szenved, ellenben az aorta felőli benyílásuk a kóros elváltozás folytán megsűkül, eltorzul, vagy egyéb változást szenved. És a legkárosabb következmények éppen a coronariák beszájadása helyének ezen jelentékeny megsűküléséből származnak. Nem is kell másra, mint arra a számtalan példára hivatkozni, a melyben rohamosan kifejlődő, súlyos angina pectoris (stenocardia) volt a hirtelen halál oka és a melyben azután az autopsia csupán a coronariák szájadéka körül támadt és a szájadékot szűkítő arteriosclerosis, avagy lues

alapján képződött megvastagodást, csomókat derített ki. A szájadéknak már kisfokú megsűkülése is jelentékeny zavart okozhat a szívizom táplálkozásában. Sokszor leginkább a bal coronaria szájadékának jelentékeny fokú megsűkülését találták annyira, hogy az legfeljebb csak közepes vastagságú gombostűnek a hegyét fogadta be. Rendes viszonyok között, ha az érfal kellő rugalmasságú, a szájadék akár a legnagyobb-fajta gombostűnek a fejét is kényelmesen befogadja.

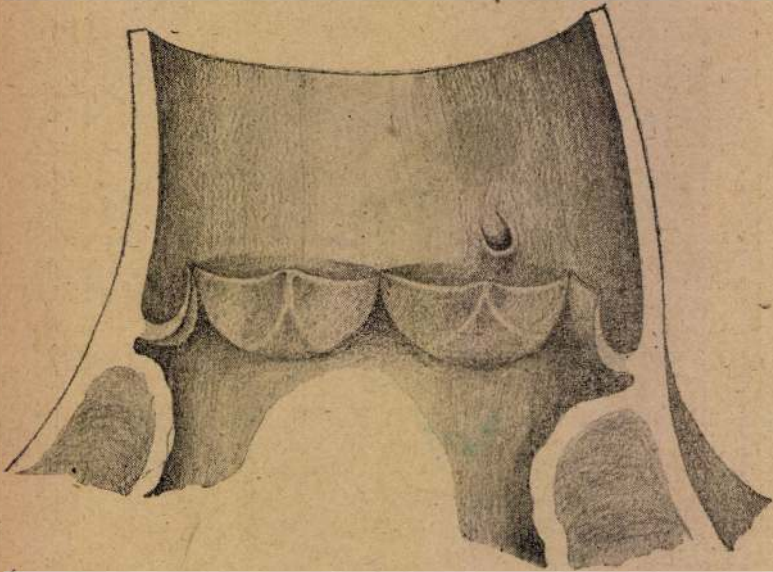
Abban, hogy rendes körülmények között a coronariákba a kellő mennyiségű vér bátran és szabadon bejuthat, az említett kis szájadékok szinte czéltudatos anatómiai alakjának és elhelyeződésének is nagyon jelentős szerepe van. Nagyon sok anatómiai kézikönyvben azonban erre a kérdésre vonatkozó közelebbi adatot, sajnálatomra, nem igen találtam. Ellenben azt tapasztaltam, hogy a legtöbb tankönyv az arteria coronaria beszájadását a valóságban nem egészen megfelelő módon és formában, s aránylag kicsinynek ábrázolja, valamint elhelyeződését is bizonyos akaratlan ferdtéssel helytelenül adja. Talán egyedül *Spalteholz* anatómiája ábrázolja a coronariák szájadékát a valósághoz némely tekintetben hasonlóan, de még itt is kissé mélyebbre vannak e kis szájadékok helyezve, mint a hol azokat a valóságban találni szoktuk. A legtöbb anatómiai munkában ugyanis a coronariák nyílását a Valsalva-öbölben, egyes művekben ezen öbölnek legelső csücskében, zúgában mintegy elbujtatva találjuk. Tagadhatatlan, hogy a coronariák szájadékának alakja és elhelyeződése nagyon változatos szokott lenni,¹ mégis rendes körülmények között a beszájadás helye legtöbbször a Valsalva-öbölnek legfelsőbb széle felett, illetőleg a megfelelő félholdképzű billentyű szabad széle felett magasán, úgy van elhelyezve, hogy azt a billentyű széle a szív systole idején se érhesse, s így ne takarhassa el. Csak mellesleg jegyzem meg, hogy ez az elhelyeződés is bizonyos czélszerűségi szempontot szolgál. A mai felfogás szerint ugyanis szív systole idején az aortabillentyű felett és azok mögött, a Valsalva-öbölben a vér áramában állandó örvénylő mozgás, körforgás uralkodik (*Kreht*), a mely a billentyűket mintegy egymáshoz szorítani, zární törekszik. Szinte bizonyosra vehető, hogy a vérnek ezen körkörös áramlása nem szűnik meg nyomban a systole végével és bizonyos, hogy az gátolná a vérnek a coronariák szájadékába való szabad bejutását, hogyha a coronariák a Valsalva-öböl mélyéből szájadzanának. Más szóval, már annál az oknál fogva is szabadabban, bátrabban juthat be a vér a coronariákba, hogy szájadékuk a vérnek ezen keresztáramlása helye felett van.

Azonkívül a legtöbb anatómiai munka a coronariák benyílását mint jelentégtelen, szinte élettelen nyílásokat ábrázolja s közelebről nem is foglalkozik velük. Pedig

¹ Nagyon sokszor találjuk például, hogy a jobb coronaria tölcserkéje úgyszólván még az aorta falából nem egy, hanem két lumenbe folytatódik, vagyis egy kisebb mellékága mindjárt az aortából ered.

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1921. évi április hó 16-i ülésén tartott előadás nyomán.

számtalan autopsia alkalmával, a közelebbi megvizsgáláskor, mondhatnám csaknem minden esetben feltűnt, hogy az aorta falában lévő kis szájadék nem csupán egyszerű, semmit sem jelentő nyílásocska, hanem úgy van megalkotva, hogy a vérnek bejutását mindenképpen megkönnyítse, a vért a coronariákba mintegy betereleje.



1. ábra.

A nyílásnak elsősorban is kifejezetten tölcséres alakja van. De talán még fontosabb az, hogy a tölcsér karimájának lefelé, az aorta billentyűje felé eső keskeny holdív alakú két-harmad része szinte ajakszerűen az aorta lumenébe kissé kiemelkedik. (Lásd az 1. és 2. ábrát.) A coronariákba a vér természetesen csak a diastole idején juthat. A diastole elején,



2. ábra.

a mikor is a vérnyomás az aorta kezdeti részén a legmagasabb, a coronariák tölcsérecskéi teljesen kifeszülnek, kitégülnak és főképpen ekkor jut érvényre az említett holdív alakú, kissé kiugró limbus, a mely az ebben az időpontban az aortaszájadék felé legnagyobb erővel és sebességgel visszalövelő és az aortabillentyűket becsapó vértömegből a szív-

izmot magát megillető vérportiónak a coronariákba való bejutását jelentékenyen megkönnyíti.

A coronariatölcsér, illetőleg annak ajakos kiemelkedése tehát egyenesen arra szolgál, hogy a vért a coronaria lumene felé és abba mintegy betereleje. E nélkül az igazán czélszerű berendezkedés nélkül nem is tudnám megérteni, hogy miképpen támadhat aorta-insufficiencia esetében a bal kamara hypertrophiájának, mint ismeretes, a lehető legnagyobb foka? Nem lenne érthető az sem, hogy miképpen látja el magát állandóan a kellő erőforrással az óriásira megnövekedett és megerősödött bal kamara, a melynek pedig éppen aorta-insufficiencia esetében az ő danaida-munkájához, még pedig sokszor évtizedeken keresztül, állandóan rendkívül bőséges energiaforrásra van szüksége.

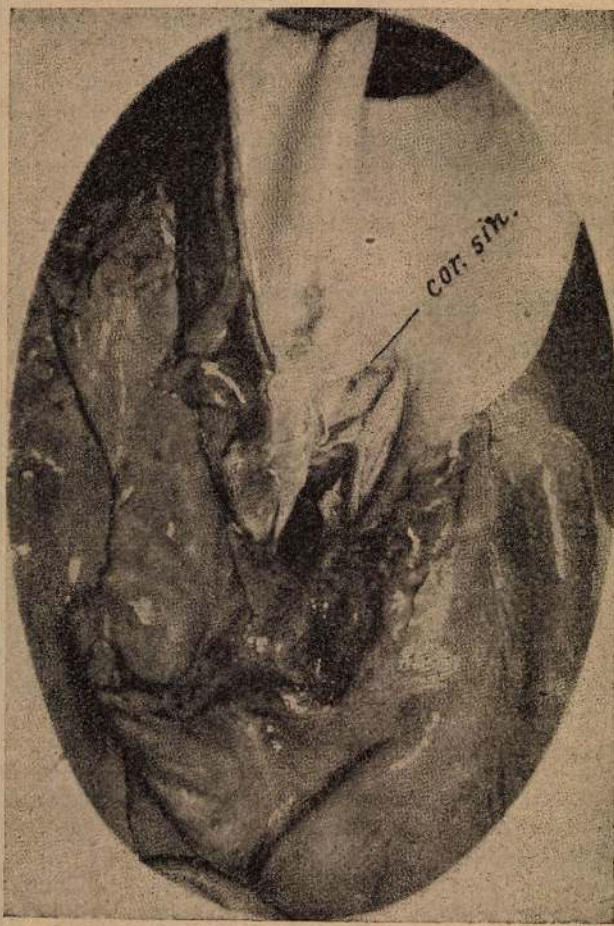
Rendes viszonyok között természetesen annak, hogy a coronariába a kellő vérmennyiség a kellő sebességgel bejuthasson, egyik főfeltétele, hogy a diastolés vérnyomás megfelelő fokú legyen. Ehhez viszont az szükséges, hogy az aortabillentyűk tökéletesen zárjanak. Érthető, hogy aorta-insufficiencia esetében ez a fontos tényező sokszor majdnem egészen hiányzik. Hisz' tudjuk, hogy éppen ezen billentyűbajban a diastolés vérnyomás a rendesnek egynegyedére, vagy egyötödére süllyed, sőt néha valósággal zérussá lesz. Az aorta-insufficiencia, mint könnyen elképzelhető, a coronariáknak, főképpen pedig a bal coronariának vérrel való ellátása szempontjából leginkább az olyan esetekben érzetetheti káros hatását, a mikor éppen a bal billentyű roncsolódott vagy pusztult el teljesen, a melynek sinusa felett ugyanis a megfelelő coronaria-tölcsér eredése van. Kétségtelenül kompenzáló jelentősége van ilyenkor egyrészt annak, hogy az aorta kezdeti részébe a diastole leelején a vérnek szokatlan nagy tömege szorul, másrészt pedig annak, hogy a diastolénak csaknem egész tartama alatt áramlik visszafelé a coronaria-szájadék előtt a vér, a miből is tehát a coronaria tölcsére, illetőleg limbusa (a mely az ilyen esetekben — mint a hogyan azt autopsia alkalmával többször láttam — kompenzáló módon szintén kitégülni, megnagyobbodik) a szükséges mennyiséget még idejére felfoghatja magának, illetőleg betereleheti a coronaria lumenébe.

A coronaria-tölcsér maga tehát a diastole elején kitégülni, kinyúlik. Azaz, hogy kinyúlik ott, a hol a kinyúlásra még kellő rugalmasságú, de ha arteriosclerosis, avagy lues a rugalmasságát részben, vagy már teljesen tönkretette, akkor a tölcsér már többé nem nyúlik ki, vagy nem a kellő mértékben. Merevsége miatt esetleg egészen változatlan marad.

Nagyon gyakori, mint tudjuk, hogy az arteriosclerosis, valamint a lues is éppen az aortának kezdeti részére különös előszeretettel telepszik. A sclerosis folyamat ugyanis a legtöbbször ezen a helyen indul meg, a minek magyarázata egyébképpen részben a vérkeringésnek dinamikai körülményeiben kereshető. Sokszor megesik, hogy az aorta kezdeti részén támadt sclerosis folyamat hosszú éveken keresztül nem is halad tovább e helyről. Autopsia alkalmával mindennap látjuk, hogy csupán az aorta billentyűi körül vannak kisebb-nagyobb, többé-kevésbé kiemelkedő, kemény sárgás csomócskák, vagy meszes lerakódások, illetőleg hegek. Sokszor tapasztaltam, hogy ezek a csomók éppen a coronariák, de főképpen a bal coronaria beszájadása helye köré telepszének le különös előszeretettel. Minden valószínűség szerint ezen különleges elhelyeződés oka is elsősorban és főképpen haemodinamiai természetű. Többször láttam ilyen kisebb-nagyobb kidudorodó csomót a bal coronaria szájadékának felső szélén. Érthető, hogy a coronariáknak vérrel való ellátása szempontjából mit jelent az, ha a coronaria-tölcsérnek éppen azon szélén, illetőleg részén, a mely rendes körülmények között inkább mintegy a tölcsér mélye, belseje irányába vezető csuszató szerepét játssza (lásd a 2. ábrát), a betörekvő vér útjába akadályul egy vagy több kiemelkedő kemény gőb tolakodik. Az ilyen gőb ugyanis nemhogy be-, hanem inkább még eltereli a vért a coronaria nyílásától, miképpen a patak a medrébe dobott nagy követ kikerüli avagy átszökik felette. Kétszeresen érzetetheti az ilyen a coronaria szájadéka körül lévő sclerosis

elváltozás az ő káros hatását, ha a rekesz magasra van fel-
tolva, illetőleg, ha a szív haránt helyzetbe jut. Ilyenkor ugyanis
az ilyen kemény göbcsé még jobban kidudorodik az aorta
lumene felé, illetőleg a coronaria szájadéka elé és a coronaria-
tölcsér alsó részén lévő, szintén megkeményedett, rugalmatlan
ajakos szegély már inkább mint valami billentyű ráfeszül,
ráfekszik a tölcsér lumenére s azt félig eltakarja, elzárja.
(Lásd a 3. ábrát.)

Ha az elmondottakat szem előtt tartjuk, valóban cso-
dálkozunk kell azon, hogy viszont bizonyos, de minden-
esetre kivételes esetekben a szív vérrel kevésbé jól való
ellátásához is mennyire alkalmazkodik. Mert autopsia alkalmával
a coronaria-tölcsérnek feltűnő megszűkülését nem egy-
szer találjuk a nélkül, hogy az élőben az nagyobb bajokat
okozott volna. Viszont azonban kétségtelen, hogy a coronaria-
nyílásnak jelentékeny megszűkülése mellett a szívnek az élet-
ben nem is igen lehetett valami nagy tartalékereje. És az is
bizonyos, hogy az ilyen esetek nagy többségében az egyén



3. ábra.

fokozatos leromlásának és végezetül a többnyire hirtelenül
beálló halálának is a coronariák vérrel való ellátásának foko-
zatos romlása, illetőleg a coronaria-szájadéknak fokozatos
szűkülése a közvetlen oka.

A coronariák vérkeringésének mechanizmusát az teszi
tökéletessé, illetőleg a vérnek az aortából a coronariába
akadály nélkül való, szinte síma bejutását még az is elősegíti,
hogy a befogadó tölcsérkének tengelye, főképpen pedig a bal
coronariáé, nem merőlegesen indul ki az aorta falából,² hanem
abból felülről lefelé, a kamarák felé szinte egyenes irányban
folytatódik. A coronaria sinistra tölcsérének hossz tengelye az
aorta ascendens tengelyével nagyon tompa-, közel 180 fokú
szöget alkot. És így az aortából a bal coronariába, főképpen
ennek leszálló ágába kerülő vérsugár alig szenved tengely-
törést: szinte majdnem nyílegyenes, síma az útja lefelé.

² Mint ahogy pedig azt némely anatómiai munkában is ábrázolva
látjuk.

(Lásd a 4. ábrát.) Könnyen érthető, hogy a rekesznek, illető-
leg a szívnek már kismértékű feltolódása nemcsak, mint említet-
tük, a coronaria-tölcsér limbusának helyzetét és alakját vál-
toztatja meg károsan, de megváltoztatja főképpen a bal
coronaria tengelyének az aorta tengelyéhez való viszonyát,
szintén nagy kárára a coronaria-vérkeringésnek.



4. ábra.

A rekeszizom állásának, helyzetének
tagadhatatlanul nagy befolyása van a coro-
nariáknak vérrel való megtelődésére is. A szív
helyete és tartása, illetőleg a szív hosszten-
gelyének a nagyerek (aorta, pulmonalis) hossz-
tengelyéhez való viszonya ugyanis nagyrészt
a rekeszizom állásától függ. A kellő mély
rekeszállás mellett a szív hossz tengelye és a
nagyerek (főleg aorta) tengelye közötti szög-
let tompa. Vagyis így a vérnek a szívből a
nagyerekbe való bejutása megkönnyített. Ilyen
rekeszállásban, illetőleg szívtartásban a bal
kamarából az aortába a kellő mennyiségű vér
a kellő nyomással és sebességgel kerül, s
viszont az aortából is a coronariákba aka-
dálytalanul s a kellő sebességgel jut be.
Magas rekeszálláskor ellenben a szív- és a
nagyerek tengelye már kevésbé tompa-, sőt
néha közel derékszöveget alkot, s a szív a
mellkasban ilyenkor majdnem egészen harántul
fekszik³ és így már a vérnek egyrészt a nagy-
erekbe való, másrészt az aortából a coro-
nariákba, főképpen pedig a bal coronariába
való útja tengelytörést szenved. Ezt a szög-
lettörést, illetve csavarodást hullákon a re-
kesznek feltolásával nagyon könnyen utá-
nozhátjuk. Hogy accidentalis zörejek, mint
mindnyájan tudjuk, legtöbbször a pulmo-
nalisban támadnak, ennek is jórészt ebben a
szögletviszonyban kereshető az oka, a mint azt *Treupel*,⁴
Herz,⁵ *Ortner*⁶ és mások nyomatékosan hangsúlyozzák. Az
ilyen feltolt rekeszállás mellett beállott torsio alapján azon-
ban nemcsak a pulmonalisban, hanem az aortában is sokszor
támad accidentalis systolés zöreje. A rekesz feltolódása okozta
toriso miatt a vér a kamarákból a nagyerekbe csak erősebb
surlódással kerülhet. Ez egyrészt feleslegesen fokozott munka-
többletet ró különösen a bal kamarára, másrészt pedig a
tartós erős surlódás miatt a nagyereknek főképpen kezdeti
részén időelötti, rohamosan fejlődő sclerosisos elváltozás
indulhat meg. Hogy pedig ez az aortában könnyebben és
hamarabb fejlődik, mint a pulmonalisban, az csak természetes.

A rekesznek kellő, mélyebb állásakor a vérkeringés
szempontjából nemcsak a szív tengelye van kedvezőbb és
előnyösebb helyzetben, hanem maga a szívizom is és fő-
képpen a bal kamara. Tudjuk ugyanis, hogy a szív az elülső
mellkasfal és a rekeszdomborulat alkotta árokban fekszik.
Hogyha a rekesz magasabbra nyomul, ezáltal az említett árok
mélyebbé, de egyszersmind keskenyebbé, szűkebbé, kényel-
metlenebbé válik és ebbe a szív, leginkább pedig a bal
kamara erősebben beleszorul, beleékelődik és a systoléja, de
leginkább a diastoléja jelentékeny gátlást szenved. Ilyen
helyzetben a bal coronaria is a közbeékelődött tüdő nyomása
útján kisebb-nagyobb mértékben szintén összenyomódik. A
rekesznek ilyenféle feltolódása ugyan sokszor csak átmeneti
szokott lenni, mert többnyire csupán a gyomornak, a belek-
nek túlteltségével függ össze. De ha az ilyen feltolódás, mint
a hogy elégszer tapasztaljuk, sűrűn ismétlődik, abból a
coronariák szájadékának említett torsiója, megszűkülése, ille-
tőleg a coronaria törzsének összelapítása alapján a szívizom

³ A radiologusok elnevezése szerint ilyen alakú és helyzetű az
úgynevezett aorta-configurációs szívnek „fekvő tojás” vagy „úszó kacsá”
formája.

⁴ *Treupel G.*: Über systolische, funktionelle Herzgeräusche.
Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 51. szám, 1511. lap.

⁵ *Herz M.*: Herzkrankheiten, Wien, 1912, 122. lap.

⁶ *Ortner N.*: A Krause P. kiadásában megjelent: Lehrbuch der
klinischen Diagnostik 237. lapján.

táplálkozása, illetőleg működése szempontjából sokszor már nemcsak átmeneti, de állandó zavar is támadhat.

A coronariák a tüdő részéről a belélekezés idején rendes viszonyok között is bizonyos nyomást szenvednek. De ezt a nyomást viszont teljesen kompenzálja, hogy a mennyire tágul és terjeszkedik a tüdő a belélekezéskor, ugyananyival, sőt talán még többel, mélyebbre nyomul a rekesz, miáltal, mint már említettük, a szívnek előnyös tengelyforgása, helyzetváltozása folytán a coronariák beszájadzása, tölcseire is kellőképpen kitér, kinyúlik és azonfelül a bal coronaria tengelye is az aorta tengelyéhez a vérnek kellő bejuthatása szempontjából a lehető legelőnyösebb helyzetbe jut.

A feltolt rekesz, mint említettük, a szívet az ő szabad, kellő nagyságú revolúciós térfogatváltozásaiban korlátozza. Főképpen pedig a diastole szenved jelentékenyebben, miáltal a szív nem fogadhatja be a kellő vérquantumot. És ha ez a zavar tartós, akkor ennek következménye gyanánt a vénás rendszerben, ha nem is éppen pangás, de bizonyos állandó túlteltség támad. Minden körülmény pedig, a mi a szívet az ő activ diastolájában hátráltatja, egyszersmind a szívizom kellő táplálkozásának is újjában áll. Hogyha pedig az ilyen gátlás tartós, akkor ez, idők multán, a szívizomnak lassú, de fokozatos elfajulását és ennek sokféle, ismert következményét vonhatja maga után.

Az elmondottakból következik, hogy hájasság, plethora, terjedelmes, feszes has stb. esetében nemcsak az okoz bajt, hogy a rekesz állandóan magasra van feltolva, hanem az is, hogy nagyon csekély lélekezéses mozgást végez. Holott pedig a rekesznek kiadó mozgása a szívizom táplálkozása szempontjából mintegy az automatás masszálás jelenlétével is bír. Általában véve a rekesznek kellő, kiadó mozgása a szomszédos szervek megfelelő működésének és vérrel kellő módon való ellátásának is nagyon hathatós segédeszköze. Tudjuk például, hogy az epeáramlás szempontjából elengedhetetlen követelmény, hogy a rekesz kiadós lélekezéses kilengéseket végezzen. A jobboldali rekeszfél megbénulása (pleuritis chron.) már nem egyszer volt a máj megnagyobbodásával együttjáró kifejezett sárgaságnak közvetlen felidéző oka. Kísérletek igazolják azt is, hogy a bal rekeszfélnek renyhe mozgása, illetőleg bénulása viszont a gyomornak kellő időre való kiürülését gátolja; helyesebben mondva: a kellő, kiadó rekeszmovement a gyomornak kellő időben való kiürítéséhez, illetőleg a motoros működés megfelelő ellátásához nagyban hozzájárul.

A szívnek rythmus-zavara esetében magam többször tapasztaltam, hogy kisebbfokú, lappangó extrasystolés arythmia magas rekeszállás mellett nyomban kifejezetté válik. Ilyenkor ugyanis arra, hogy az arythmiát felidézzük, többnyire már az is elegendő, ha felszólítjuk a beteget, hogy kissé erőltetett kilégzés tetőfokán kis ideig ne lélegezzék. Hogy ilyenkor valóban a rekesz feltolódása váltja ki az arythmiát, bizonyítja, hogy ugyanazon esetekben erőltetett belélekezéses rekeszállás mellett az extrasystolia nem váltódik ki, jobban mondva: nem fokozódik.⁷ Az arythmiát ilyen esetekben még azzal is felidézhetjük, ha a rekeszt és ezzel együtt a szívet a bal bordaív alatt benyomott tenyerünkkel kissé feltoljuk. Egyébként pedig, hogy a rekesznek magasra való tolodása az arythmiát kiválthatja, illetőleg fokozhatja, azt terheseken is, a terheség vége felé nem éppen ritkán tapasztalhatjuk.

Megemlítem pótlólag még, hogy többször megismételt hullakísérelt alkalmával mindannyiszor tapasztaltuk, hogy a szívre gyakorolt egyenletes, egészen enyhe külső nyomás esetében is a coronariákat megtöltő véres víznek kisebb-nagyobb része a coronaria-tölcseire keresztül visszacsurgott az aortába. Hasonlót tapasztaltunk akkor is, hogyha a szívnek a bal rekeszfél feltolásával bizonyos tengelycsavarodását, illetőleg harántul való elhelyeződését okoztuk. Azt hiszem némiképp ez is igazolja, hogy a szívre kívülről ható nyomás, valamint a szívnek harántul való elhelyeződése a coronariáknak vérrel való ellátására káros befolyású.

⁷ Hogy pedig ilyenkor a vagus befolyását teljesen kizárhassuk, vizsgálataink eszközlése előtt betegeink közül többnek atropint is adtunk.

Az eddig elmondottakból önként adódik, hogy minden megfelelő esetben arra kell törekedni, hogy a rekeszizom feltolódását lehetőleg meggátoljuk, másrészt pedig arra, hogy a rekesz mentől kiadósabb lélekezés mozgást végezzen. Különösen kell küzdenünk a hájasodás és főképpen a has elhajasodása ellen. A táplálékok közül a nagytömegű, könnyen erjedésre hajló tápanyagokat tiltsuk el. Gondoskodjunk a beleknek kellő időben és a kellő mértékben való kiürüléséről. Túltöltött gyomorral író- vagy munka-asztal mellett való tartós ülés, görnyedés egészségünkre nagyon káros befolyású helyzetet. Ézzel a rekesznek nemcsak legnagyobb fokú feltolódása, hanem a rekeszmovementnek majdnem teljes megbénulása is együttjár. Pedig éppen arra kell törekedni, hogy a rekeszmovementet minél kiadósabbá tegyük. Bizonyos cél-tudatos és akaratlagos, kissé erőltetett lélekezés mozgásokkal ugyanis a rekeszmozgásokat fokozhatjuk is. Ha akarom, tudok mélyen lélekezni úgy, hogy csak a mellkasom táguljon; de ha akarom, tudok úgy is, hogy főképpen a rekeszizomomat dolgoztatom, illetőleg kényszerítem arra, hogy a legmélyebbre szálljon. A lélekezésnek ezen különböző típusait ugyanazon egyénen a legszembeötlőbb demonstrálja a Röntgen-átvilágítás.

Adott esetben tehát a többek között olyanféle utasítást adhatunk, hogy az illető egyén naponta többször is, néhány percig álló- vagy fekvő- (de semmi esetre sem ülő-) helyzetben mély lélekezést vegyen, de lehetőleg úgy, hogy a mellkasa ne táguljon, hanem inkább lefelé mintegy a hasával lélegezzék. Hogy pedig könnyebben megértse a beteg, hogy



5. ábra.

mit kívánunk tőle, czélszerű, ha a kétféle lélekezést mi saját magunkon előbb eldemonstráljuk előtte.

Szívrythmusváltozásokat kapunk többször olyankor is, ha a betegek felszólításunkra bizonyos kényelmetlen testtartásban helyezkednek el. Így például szokatlanul alacsony ülőhelyen való, szinte guggoló ülés rendszerint fokozza az arythmiát. Szintúgy fokozódik némely arythmia, hogyha a bal oldalára fekszik a beteg. Egyébiránt laikusok előtt is általánosan ösmeretes tapasztalás, hogy a bal oldalon való fekvésben nagyon sok ember kényelmetlenséget, többször kellemetlenséget érez, leginkább pedig a szíve részéről. Annál inkább érzékeny a már nem egészen egészséges szív a bal oldalon való fekvéssel szemben. Arythmiára hajlamos szívekben különösen könnyen lehet az arythmiát baloldali fekvésben felidézni, hogyha a szívnek kényelmetlen helyzetét még azzal is fokozzuk, hogy a beteget könyökére fektetjük úgy, hogy a könyöke szinte közvetlenül nyomja, szorítja a szívet. (Lásd az 5. ábrát.) Az ilyen fekvés tehát nagyon „egészségtelen”. És csakugyan sok egyénnél az ilyen fekvésben nyugodt, hosszú álom nem is szokott beállni.

Annál egészségesebb a leírt fekvésnek mintegy az ellenkezője: a jobb oldalon való elhelyezkedés, még pedig úgy, hogy az alsó végtagok kinyújtva, vagy csak alig felhúzza legyenek. Ezen kívül, hogy a szabad lélekezést, illetőleg a szív munkáját még a bal kar súlya se gátolhassa, ezen

karunkat, illetőleg az alkart megfelelő módon felpolcoljuk: kemény, úgynevezett diványvankosra helyezük. (Lásd a 6. ábrát.) Ebben a fekvésben a szív elhelyeződése is csakugyan a legkedvezőbb. Ilyenkor a rekesz bal fele a szokottnál még kissé mélyebbre is jut, s a rekesznek lélekzések mozgását és a szívnek revolúcióját, leginkább pedig a diastoláját kívülről semmi sem gátolja. Közismert dolog, hogy az emésztés szempontjából is előnyös az utóbbi fekvés, mert a gyomortartalom a duodenum felé éppen ebben a testtartásban ürülhet ki a legkönnyebben és leghamarább. Ez a körülmény pedig a kellő, szabad szív működés szempontjából közvetve szintén jelentőséges. A telt gyomor, mint ismeretes, a rekeszt balfelé felszorítja, vagy legalább is szabad mozgásában többé-kevésbé korlátozza, a mivel viszont természetesen a szív munka, leginkább pedig a szívdiastole gátlása jár együtt. Tehát a szív munka szempontjából is kívánatos, hogy a gyomor az ő tartalmát minél rövidebb idő alatt és minél alaposabban továbbítsa.

A szív megtelődése és kiürülése közben, vagyis úgy a kellő diastole, mint a systole lezajlásában, valamint az egész vérkeringés mechanizmusában a nehézségi erőnek is határozott szerepe van. Hogy ez így van, egyik példa rá az elégtelenül dolgozó szív esete, a mikor is a szívizom insuficienciájának nyoma elsősorban éppen azon ponton mutat-



6. ábra.

kozik, a hol annak helyét a nehézségerő kijelöli. Baloldalt való fekvésben a szív systole részben a nehézségerő ellenébe dolgozik, míg jobb oldalon való fekvésben a systolét ez az erő nemcsak hogy nem gátolja, de sőt inkább támogatja. Vizzel megtöltött gummifecskendő tartalmát jóval könnyebben és hamarabb tudjuk kinyomni, hogyha a fecskendő csöve lefelé és nem felfelé van irányítva.

Egyébiránt pedig a fizikai erőnek a megváltozott, beteggé lett vérkeringés mechanizmusában is nagyon fontos szerepük van. A vérkeringés megbetegedésének közvetlen következménye is a legtöbbször szorosán véve mechanikai, illetőleg hydrodinamikai jellegű. A vérkör ugyanis nem egyéb, mint egy igazán tökéletes zárt csőhálózat és ennek központjában a legfontosabb mozgóerő: a legtökéletesebb, a legideálisabb szerkezetű dupla kétrekeszes szívó-nyomó szivattyú. Az ép, egészséges keringés fenntartásában, bárha a szívnek, illetőleg az ereknek működése a legjelentőségesebb fontosságú, de ezeken kívül még számos jelentős, nagyobb-részt mechanikai tényező is közrejátszik. Ha ezek közül bármelyik megbetegszik, „elromlik“, a következményes betegség lényege az egész csőhálózatra, avagy annak kisebb-nagyobb részére, szakaszára kiható szintén mechanikai zavar lesz.

Hiszen a vérkeringés betegségeinek mai orvoslása is végelemzésben szintén nem egyéb, mint mechanikai segítő erőnek céltudatos alkalmazása. És ezen felfogással jól

összeegyeztethető a legtöbb és leghasználatosabb úgynevezett szívgyógyszernek hatásmódja is, a mi végeredményben tulajdonképpen szintén mechanikailag ható tényezők fokozott munkájának mesterséges kiváltása. De még sokkal jobban összeegyeztethető ezen felfogással a ma már a szívtherápiában legáltalánosabban és legszívesebben alkalmazott fizikai orvoslásmódoknak és ezek között is a fürdőtherápiának mindenféle idevágó formája. Mert hiszen végső elemzésben ezek mindegyike a vérkeringés megváltozott, „elromlott“ mechanizmusának ugyancsak mechanikai, fizikai úton való orvoslását, „reparálását“ célozza. A fizikai orvoslásmódoknak kincsébányája azonban még nincsen teljesen kiaknázva.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti Új Szt. János-kórház szülő- és nőbetegosztályáról. (Vezető főorvos: Bäcker József dr., egy. m.-tanár.)

Sebészileg kezelt chronikus adnexumtumorkok elsődleges és késői gyógyulási eredményei öt évi anyagunk kapcsán.

Írta: Probstner Arthur dr., alorvos.

A méh függelékeinek gyuladós betegségei, melyek az úgynevezett lobos adnexumtumorkok kifejlődéséhez vezetnek, a női megbetegedéseknek tekintélyes részét alkotják. E betegségek leggyakoribb oka az ascendáló gonorrhoea és a puerperális fertőzés. Általában véve jötményesültségű betegségeknek minősíthetők, melyek az esetek nagy százalékában palliatív kezelésre megnyugszanak, azonban egy részük évekig tartó betegeskedés forrásává, sőt senyvedés (cachexia gonorrhoeica) okozójává lehet, különösen a szegény néposztályban, munkaképtelenné téve a beteget. Ezért a sebészeti irány terfoglalásával igen nagy mértékben fellendült ezen bajok műtéti kezelése. Különösen a múlt század utolsó évtizedében élénk vita tárgya volt, vajjon a műtéti, vagy a conservatív gyógyításnak adassék-e előny. Abban körülbelül megegyeztünk, hogy a heveny esetek nem operálandók. Az operateurök legtöbbször ma csak a chronikus recidiváló eseteket operálja nyugalmi állapotban. Sok vita folyt arról is, vajjon a hüvelyi vagy a hasi úton végzett műtét célszerűbb-e? Manapság mondhatjuk, a laparotomia útján való operálás a lényegesen elterjedtebb, aminek az oka a műtéti terület jobb áttekinthetőségében, az appendix ellenőrzésének lehetőségében és a melléksérülések ritkább előfordulásában rejlik. Kevésbé alakult ki egyöntetű vélemény abban a tekintetben, hogy mennyire menjünk a konzerválásban, mennyit és mit távolítsunk el. Sokan a legmesszebbmenő conservatismust hirdetik, igyekeznek kevés ovariumszövetet meghagyni, a betapadt tubaszajadékokat megnyitni, a méhet vagy annak legalább egy részét megtartani; mások radicalisan járnak el, és ott, a hol a betegség az összes belső nemiszervekre reá-terjedt és folytonosan kiújuló gyuladásokat okoz, mindent eltávolítanak. A radicalis műtét gyökeresebb gyógyulást ígér, de maga után vonja a mesterséges climaxot, annak esetleges kellemetlen tüneteivel. A conservatív műtét azonban nem biztosítja a folyamat megnyugvását; a tubacsonk újabb gyuladás kiinduló pontja lehet, a visszahagyott méhen csonk-izzadmányok keletkezhetnek, újabb összenövészek támadnak és ugyanannyi kellemetlenséget okozhatnak a betegnek, mint a műtét előtt. A puerperális eredetű gyuladásoknál makroszkopailag ugyan durvább, súlyosabb elváltozások vannak, de a folyamat rendszeren egyoldalú lévén, ezekben szó lehet a konzerváló műtéti eljárásokról (abscessus ovarii).

Osztályunkon állandóan kísérleteztünk a két módszerrel, s ez alapon jutottunk el azokhoz a megállapításokhoz, melyeket a magyar sebészcongressuson kifejtettünk. A fentiek szemmel-tartása és a beteg socialis helyzetének mérlegelése mellett, tipusos műtétünk a női lobos genitális megoperálásakor a totalis exstirpatio. A műtétet legalább három hónapos láztalan állapot után végezzük, midőn a beteg többször ismételt vizsgálatra sem reagál hőemelkedéssel.

A műtét menete nagyjából a következő: A linea alban, vagy Pfannenstiel-metszéssel megnyitva a hasat, tájékozódunk. Ha radicalis műtetre határozzuk el magunkat, tompán vagy élesen kiszabadítjuk a méhet esetleges összenövéséből és Muzeux-vel megragadva, kihúzzuk a medencéből, miáltal az adnexumok is jobban hozzáférhetővé válnak, s kiszabadításuk a szem ellenőrzése mellett történik. A most közlendő 101 eset közül egyszer sem volt szükségünk sem az uterus felezésére, sem izolált kiirtására. Ha a méh és függelékei teljesen szabaddá vannak téve, sorban lekötjük és átvágjuk az őket tápláló ereket, először a ligamentum infundibulopelvicum- és rotundumokat, majd a plica vesicouterina át-metszése után letolva a hólyagot a collumról és parametriumokról, lekötjük az uterinákat (en masse) s végül kiollózzuk a portiót a hüvelyboltozatból. Peritonizálás: körkörös oda-tűzzük a hüvelyconkhhoz a hólyag, illetőleg Douglas peritoneumát és egyesítjük a ligamentum latum lemezeit. A peritonizálást sokszor zavarja a hashártya részleges hiánya, a midőn a szomszéd ép szervek kiséghetnek, például a sigmakacs. A hüvelyboltozatot nem egyesítjük, sőt nyitva tartjuk egy kis jodoformgaze-csíkkal, mely széttartja a hüvely felső részét, de a hasüregbe nem nyúlik be. Conservativ műtétek esetén a tubát mindig ékalakban metsszük ki a méhfalból és az interstitialis részét kiégetjük, a méh falát csomós varratokkal egyesítjük; a többit en masse kötjük le. A hasfalat rétegenként egyesítjük. Az appendixet, ha lobosodás legcsekélyebb jele mutatkozik, mindig eltávolítjuk.

Osztályunk 12 éves anyagát a magyar sebészcongressus elé terjesztettük. Jelen cikk feladata azóta szerzett tapasztalataink folytatólagos ismertetése. Fentjelzett elveink mellett a legutóbbi 5 évben (1916–20) 129 műtétet végeztünk. Műteteink legnagyobb része radicalis volt (101), conservative 28 esetben jártunk el. Az appendix 58 esetben lett eltávolítva, részben lobosodás, részben bélsárgöbök miatt; négy esetben a beteg adnexumhoz volt hozzánőve. Ez 58 járulékos appendektomia a gyógyulást egy esetben sem zavarta meg.

Melléksérülés 7 esetben fordult elő (valamennyi radicalis műtét alkalmával), egy-egy esetben a vékonybél, rectum, hólyag és ureter, két esetben a sigmabél, 7. esetünkben az ureter és a rectum sérült meg. Ezen utóbbi műtétünkörök ökölnyi gennyes tumorokkal volt dolgunk, melyek környezetiükkel szívós, heges összenövésben voltak s így kihámozásuk különös nehézséget okozott; a beteg peritonitisben pusztult el. Az előbbi 6 eset közül ötben sima gyógyulás, egyben lázas volt a reconvalescentia.

A 101 radicalis műtét után 5 beteg meghalt, a conservative operáltak közül egyet sem vesztettünk el. Ezt a nagy különbséget érthetővé teszi az a körülmény, hogy a dolog természete szerint a conservativ esetek mindig könnyebbek, az anatómiai elváltozások lényegtelenebbek. Hogy az esetek súlyossága a döntő, akkor is kitűnik, ha tovább részletezzük a radicalis műtétek eseteit.

A 101 esetből pyosalpinx vagy pyovarium szerepelt 28-szor, ezek közül meghalt 3 = 10.7% mortalitás, a 73 nem tályagos eset körül meghalt 2 = 2.7%.

Halálok 2-szer peritonitis, 2-szer sepsis, 1-szer embolia. Ez utóbbi esetben gyermekfőnyi fibromás uterus komplikálta a kórképet. Mortalitásunk nagyjából megfelel más szerzők adatainak, kiknél a radicalis műtétekre vonatkozólag 26% (Walthard) — 10%-ot (Schauta 1899) találunk, a conservativ műtéteket illetőleg pedig 0.8 (Amberger 1909) — 7.2%-ot. (Esch 1904—06.) Az egyes operateurök különböző eredményeit valószínűleg az magyarázza, hogy az indicatio felállítására és a műtét idejének megválasztására nem történik egységes szempont szerint.

Későbbi gyógyulási eredményeink mérlegelése céljából betegeinket a műtét után 1—5 évvel megvizsgáltam. Sajnos, a külső körülmények következtében (megszállás stb.) csak 84 operáltunkat ellenőrizhettem személyesen. Teljesen gyógyultnak minősíttem azt, akin kifogástalan objectiv lelet mellett zavartalan munkaképesség és panaszmentesség állapítható meg. Ilyennek találtam 67 radicalisan operált közül 59-et

= 88.1%. Hét esetben = 10.5% az eredmény nem volt kifogástalan, és pedig: 3 nem nyerte teljesen vissza munkaképességét, 1-en diónyi, vizsgálatkor érzékeny izzadmány volt tapintható, 1 másiknak a szűk és érzékeny hüvelybe a coitus alkalmával fájdalmakat okozott, 2 alhasi fájdalmakról panaszkodott (ezek közül egyen teljesen negativ a lelet, a másikon diónyi érzékeny resistentia volt kimutatható), de mindannyi lényegesen jobban érezte magát, mint a műtét előtt. Egy esetben (1.4%) a műtét előtti panaszok nagyrésze a műtét után is megmaradt, magyarázata tojásnyi exsudatum a kis-medencében, ezt az esetet gyógyulatlanak tekintem. Ha csak a munkaképességet vesszük tekintetbe, a teljes gyógyulás 95.5%, és gyógyulatlanak egy sem tekinthető, mert az előbb említett és többféle szempontból szigorúan elbírálva gyógyulatlanak minősített beteg is el bírja látni elég fárasztó munkáját. Meg kell jegyezni, hogy midőn itt teljes subjectiv jóérzésről beszélek, nem veszem figyelembe az úgynevezett kiesési tüneteket, melyekről külön lesz szó.

Késői eredményeink conservativ műtétek után kevésbé jók. 17 betegünk közül:

gyógyultnak tekinthető --- 12 = 70.6%
nem teljesen kifogástalan --- 3 = 17.6%
gyógyulatlan --- 2 = 11.8%

Hasonló eredményeket kapott Thaler: 68%, 20%, 12%. A 3 nem teljesen gyógyult közül:

1 nem nyerte vissza teljesen munkaképességét, 1 alhasi fájdalmakról panaszkodik (magyarázata tojásnyi izzadmány a kiirtott adnexum helyén), 1-nek erős folyása van és munkánál hamar kimerül. Tisztán munkaképesség szempontjából vizsgálva 81% tekinthető gyógyultnak.

Postoperativ hasfal-sérvet egy betegünkön sem láttam.

A végleges gyógyulás szempontjából nézve az elért eredményeket, feltétlenül a radicalis eljárás az elsőség.

Ezt bizonyítják az irodalom adatai is:

Szerző	Végleges gyógyulás		Megjegyzés
	radicalis műtét után %	conserv. műtét után %	
Baruch (Czempin)	84.6 abd. műtét	46.3	Egyoldali adnexum-kiirtás
Henkel (Olshausen)	80.9 abd. műtét	50.6	
Chrobak	---	67.8	
Flockemann	---	89.0	
Schiffmann - Patek	91.6 abd. műtét	64.3	
Schiffmann - Patek	---	38.4	Kétoldali adnexum-kiirtás
Schauta	93.5 abd. és vag. műtét egyesítve	73.9	Csupán munkaképesség szempontjából vizsgálva
Thaler	---	68.0	
Buschbeck	89.5 vag. műtét	---	
Mainzer (Landau)	92.0 vag. műtét	---	
Panchet (Richelot)	94.0 vag. műtét	64.0	Kétoldali adnexum-kiirtás
Lawson-Tait	94.0	---	Egyoldali adnexum-kiirtás
Zinsser	---	67.0	A Beuttner-féle fundalis ékkimetszéssel, egy vagy két ovarium visszahagyásával, tubák eltávolításával
Becker (Küstner)	---	75.6	
Frigyesi	85.0 abd. műtét	60.0	
Walthard (1918)	100.0 abd. műtét	60.0	
Schenk	90.0	---	
Schmid	---	83.0	
Saját eredmény	88.1 abd. műtét	70.6	

A radicalis műtét hátránya az előnyei mellett, hogy a beteg menstruációját és a petefészek belső secretiók működését elveszti. A conceptio lehetőségének elvesztése kevésbé érinti, mert hiszen a kétoldali gyuladásban szenvedők rendszerint úgyis sterilek.

Kétségtelen, hogy a hószám elvesztése és a korai climax beállta igen erős psychés hatású lehet némely betegre; kérdés csak az, hogy ez a káros hatás olyan nagyfokú-e, hogy a beteg munkaképességét, életkedvét lényegesen zavarja, és ezzel a műtét jó eredményét kétségessé teszi.

Nebesky kissé erőteljesen fejezi ki magát, midőn azt mondja, hogy könnyebb az operaturnek a leggyuladtabb és összenőttébb genitálékát teljesen kiirtani, mint azokat a legtöbb patientsnek végleg nélkülözni. Belső nemi szerveiktől részben vagy egészben megfosztott nőknek a műtét után jelentkező ideges zavarait többen méltatták figyelemre (*Glaevecke, Mainzer, Baruch, Thaler, Schiffmann-Patek*), de az eredményeket igen különbözően értékelték. Egyes klinikusok később azt a megfigyelést tették, hogy myomotomia eseteiben egy vagy két ovarium visszahagyása még nem mentesít mindig az úgynevezett „kiesési tünetek“ kifejlődése ellen (*Baisch, Cernach*), illetőleg az ovarium megtartása csupán 1·2—2·8%-ban kiméli meg az operáltakat a műtét után jelentkező ideges zavaroktól (*Sarvey, Walthard, Tauffer, Senn*) és hogy ezen zavarok jelentkezésére a kornak nincs befolyása. *Sarvey* és *Martin* conservatív műtétek (például enucleatio) után is látott úgynevezett kiesési tüneteket. Kétségtelen, hogy nem írható minden műtét után jelentkező ideges zavar az ovarium hiányának számlájára, hanem itt más tényezők is szerepelhetnek. *Fritsch* figyelmeztetett először, hogy a kiesési tünetek jelentkezésére az ideges dispositio igen nagy fontossággal bír. Az idegrendszer hatását a női genitálékra *Walthard* tanulmányozta behatóan és igen nagy figyelmet fordított a betegek műtét előtti ideges panaszaira és azt találta, hogy maga a climacterium nem direct szükségszerű oka a psychoneurosisos állapotnak és kíséző tüneteinek. Genitalis megbetegedésekben a psychoneurosisos tünetek igen gyakoriak és gyakran eltűnnek műtét után. *Walthard* a kiesési tünetek primaer okának nem az ovariumfunctio kiesését, de az idegrendszernek már a műtét előtt fennállott ingerlékenységét tekinti. Az ovariumfunctio kiesése az alkalmi ok, mely csak praedisponáltakon vált ki ideges tünetcomplexumot és ennek megfelelőleg a kiesési tünetek prophylaxisa nem az ovariumok megtartása, de a fokozott ingerlékenységű idegrendszer figyelembevételével a műtét indicatiójának felállításakor. *Walthard* myoma miatt total-exstirpált nőkön tette megfigyeléseit, de hasonló észleletek vannak adnexumtumorok miatt operált betegeken is (*K. Fraenkel*).

A kiesési tüneteket utóvizsgálatra jelentkezett betegeinken (*K. Fraenkel* nyomán, az összehasonlítás kedvéért) következőképpen csoportosítottam:

- I. Trophiás zavarok (elhízás, külső genitale sorvadása).
- II. Vasomotoros zavarok (vértolulás, izzadás, szívdobogás).
- III. Psychés zavarok.

I. Elhízást egyetlenegy esetben sem észleltem. A betegek nagy része régi, egészséges korabeli súlyát kapta vissza. A külső genitálék atrophiaja sohasem nagyfokú, egy esetben okozott a szűk és érzékeny vagina cohabitációs nehézségeket, melyek állítólag a műtét előtt nem voltak meg.

II. Vasomotoros zavarokat 67%-ban találtunk. Legtöbb betegünk hevülésben, vértolulásban szenvedett, mely némelyeken naponta többször, másokon csupán hónaponként 1—2-szer jelentkezett, nagyobb fokot mindössze 14%-ban ért el és az esetek $\frac{4}{5}$ -ében néhány hónap alatt, legkésőbb egy éven belül megszűnt. 67 totalexstirpáltunk közül 4 szédülésben, 2—2 álmatlanságban, illetőleg erős izzadásban szenvedett, mely tünetek szintén megszűntek pár hónap alatt.

Ezek a tünetek sohasem értek el olyan fokot, hogy a beteget munkaképességében vagy életkedvében erősebben zavarták volna, legtöbbször csak mint egész lényegtelen jelenségekről emlékeztek meg róla.

III. Psychés zavarokat egy esetben sem észleltünk. A libido-voluptas általában változatlan maradt, illetőleg gyakran fokozódott; ennek okát abban látjuk, hogy műtét után a coituskor jelentkező fájdalmak elmaradnak.

Nagyjából hasonló eredményekről számol be *Kurt Fraenkel* 25 eset kapcsán.

Betegeinken korai öregedés külső jelét nem találtuk. Az erősebb kiesési tüneteket mutatók kivétel nélkül ideges asszonyok s a tünetek kombinált organotherapiára (tablettae thyreoideae, tablettae ovarii, tablettae corp. lutei, glanduovin) rendszerint eltűntek vagy enyhültek.

Operáltjainkat minden esetben megkérdeztük, hogy meg vannak-e elégedve a műtét eredményével s egy sem akadt, ki a korai climax tünetei miatt nem érezte volna magát gyogyultnak, s a mennyiben az ideges zavarok miatt panaszkodott is, bőven kárpótolva érzi magát a helyreállított munkaképességgel és panaszmentességgel. Azt sem szabad elfelejtenünk, hogy a physiologiai climaxon is igen különbözően esnek át az asszonyok, némelyek szinte észrevétlenül, mások évekig tartó és súlyos panaszokkal. Műteteink alapján levont tapasztalataink azt mutatják, hogy a műtét okozta climax praecox és a természetes climax között különbség nincs.

Összefoglalás.

1. A műtét therapiát csupán évek óta fennálló, többször kiújuló, minden conservatív kezeléssel daczó, súlyos panaszokat vagy munkaképtelenséget okozó esetekben választjuk, hónapokkal a legutolsó gyuladás lezajlása után.

A hol a conservatív kezelés összes lehetőségeit a beteg socialis helyzete miatt kimeríteni nem bírjuk, a műtét indicatióját hamarabb állítjuk fel.

2. Szabály szerint a radicalis eljárást követjük és csupán határozottan egy oldalra szorítókozó gyuladásoknál (puerperalis) járunk el conservative.

3. Radicalis műteteinkkel sikerült nem egész 5% mortalitás mellett 88·1%-ban végleges gyogyulást elérni, illetőleg 95·5%-ot teljesen munkaképesé tenni.

4. Conservatív műteteink végleges gyogyulási eredményei, az esetek igen szigorú megválogatása mellett is, rosszabbak a radicalis műtétek eredményeinél.

5. Az úgynevezett kiesési tünetek elsősorban ideges dispositióval bíró nőkön fejlődtek ki, de egy esetben sem értek el olyan fokot, hogy a műtét jó eredményét lerontották volna.

Irodalom. *Amberger*: Zur Operation der Pyosalpinxerkrankungen. Beiträge zur klin. Chirurgie. 1909, 61. köt. — *Bäcker*: A medenczebéli genyedésekről (Magyar Sebészárság munkálatai). — *Baruch*: Spätresultate von doppelseitigen Adnexoperationen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 42. köt. — *Cernach*: Über die Primär- u. Dauerresultate der op. Myombehandlung. — *Esch*: Beitr. zur op. Behandl. chr. entz. Adnexerkr. durch Laparat. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 59. köt. — *Fraenkel*: Über die Mortalität u. die Spätresultate der abd. Radikaloperation bei den rez. entz. Erkr. d. inneren Genit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 81. köt. — *Frigyesi*: Az idült lobos adnexmegbetegedések sebészi gyogykezeléséről. Orvosi Hetilap. Gynaekologia, 1906. — *Glaevecke*: Körp. u. geistige Veränderungen am weibl. Körper etc. Archiv f. Gyn. XXXV., 1889. — *Mainzer*: 200 vaginale Radikaloperationen. Archiv f. Gyn. LIV., 1897. — *Schiffmann-Patek*: Die oper. Therapie d. chr. entz. Adnextumoren. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1911, 34. köt. — *Schmid*: Über conserv. Adnexop. Archiv f. Gyn. 1920, I. füzet. — *Thaler*: Die entz. Adnexerkr. m. bes. Berücksichtigung der op. Therapie. Archiv f. Gyn. 93. köt. — *Veit*: Die Erkrankungen der Tube. Handb. d. Gynäkologie. — *Walhard*: Über die sogen. psychoneurot. Ausfallserscheinungen. Zbl. f. Gynäkologie. 1908, 17. sz. — *Walhard*: Über die Bedeutung psychoneur. Symptome f. d. Gynäkologie. Zbl. f. Gyn. 1912, 16. sz. — *Walhard*: Der Einfluss d. Nervensystems auf die Functionen der weibl. Genitalien. Prakt. Ergebnisse d. Geb. u. Gyn. 1910. II. évf. — *Walhard*: Die Spätresultate der abd. Totalexstirpation. Münch. med. Wochenschr., 1918, 14. sz. — *Zinsser*: Zur Therapie der entz. Erkrankungen der Adnexe. Prakt. Erg. 1909—10. I. évf.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1922 február 18.-án.)

Elnök: **Hutyra Ferencz.**

Jegyző: **Fekete Sándor.**

Magas feszültségű váltóáram okozta sérülés.

Kelen Béla: A bemutatott 8 nap előtt a Radiosilex-Röntgen-készüléket tápláló 130 ezer voltos 500 periodusú szabályos váltóáramból (sinusáram) gyors egymásutánban két 28 cm. hosszú szikra érte. Fényes, vastag lánggal kigyózó szikrák voltak, a melyek számítás szerint 2 lóerőt képviseltek. A többrétegű ruhát perzselt szélű lyukkal ütötték át. Az

adatok, a melyekből a szív viselkedésére a betegség lefolyásában következtetni lehetne. A szívizomban fejlődött tályogok okozta szívroptura nagyon ritka; eddig csak 5 ilyen eset volt ismeretes. (Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten, 1922, 3. szám.)

Sebészet.

A laparatomizált betegek utókezeléséről ír *Rohde*, a freiburgi sebészeti klinika orvosa. A laparatomizált betegek gyógyulása nem csupán a műteti technika tökéletességétől függ, hanem fontos szerep jut az utókezelésnek is. *Rehn* már 1900-ban felismerte az utókezelés fontosságát. Míg előtte a legfontosabbnak tartották, hogy a laparatomizált betegek a lehető legnagyobb nyugalomban fekdjenek, addig ő ezzel ellenkezőleg a testnek activ és passiv mozgását, légzőgymnasztikát, a bélperistaltica fokozását, a beteg ülő és ferde helyzetben való fektetését ajánlotta.

Rohde röviden ismerteti a klinikájukon alkalmazott eljárásokat; legfontosabbnak tartja a laparatomizált betegnek azonnal a műtét után ülőhelyzetbe juttatását, mert ebben a helyzetben kikapcsolódik a hasprés, aminek megint folyamánya a bélperistaltica megindulása. Ülőhelyzetben a medence a legmélyebben fekvő pont. A sebtermékek, bacteriumok a Douglas fenekén mint legmélyebb ponton fognak összegyűlni, az itt összegyűlt bomlástermékeket pedig könnyű levezetni drainage útján. A műtét után azonnal mindent elkövetnek, hogy a bél működését fenntartsák, fokozzák. Célja ennek az, hogy a beleket megmozgatva, megakadályozzák a belek letapadását. Ha fertőzött a műteti terület, a fokozott peristalticával nagyobb területen osztódik el a fertőző anyag, s így könnyebben tudja a szervezet leküzdeni a fertőzést. A peristaltica fokozza a peritoneum vér- és nyirok-keringését s így az infectio csökken. A fokozott peristaltica megakadályozza a postoperativ ileus kifejlődését. *Nözel* fontosnak tartja, hogy műtét után a belek visszakerüljenek arra a helyre, a hol a műtét előtt voltak. Ha peritoneumtól fosztott területre letapad egy bélkacs, a peristaltica fokozásával nem ritkán megszüntethető a lenövése. A peristalticát azzal tartja fenn, hogy műtét után a hasat melegíti (thermophor, villanymelegítő stb.).

A meleg hyperaemiát okoz a gyomor-béltractusban, ez pedig a peristalticát kedvezően befolyásolja. Peristalticára ingerli a beleket konyhasó-oldat adagolásával is, amelyet Katzenstein-féle cseppinfusio alakjában a végbélbe ad. A műtét első napján physostigmint, glanduitrint használt intramuscularisan vagy per os. A postoperativ ileus és peritonitis kezelésében legfontosabb szerepet tulajdonít annak, hogy a beteggel azonnal a műtét után mozgásgyakorlatokat végeztet. Gyakran változtatja a beteg helyzetét, az ülőhelyzetben levő beteget a vízszintesbe hozza, majd ismét az előbbi helyzetbe. Erre a célra *Rehn* ágyat szerkesztett, a melynek támlája tetszés szerint emelhető, vagy süllyeszthető; a beteg térde alá jól kitömött hengeres párnát tesz; ezt az ágyat „peritonitis-ágyának” keresztelte el. Nem híve a korai felkelésnek, inkább az ágyban végeztet mozgást a beteggel. (Klinische Wochenschrift, 1922, 13. szám.) *Sztehló dr.*

Bőrbajok.

A lupus vulgaris fertőzőképességét vizsgálta kísérleti úton *K. Burchardi*. E kérdéssel több vizsgáló foglalkozott az utóbbi években. 1913-ban *Stern* a pörkökkel borított lupusos felületeket megtisztítva, az onnan kiszivárgó nedvet, valamint a felületes kaparással nyert szövetrészeket konyhasó-oldattal keverte s az így létrejött suspensiót 1—2 cm³-nyi mennyiségben tengerimalaczok inguinalis hajlatába subcutan befecskendezte. A kísérletek mintegy 70%-ban positiv oltási eredményre vezettek. *Stern* a virulens tuberculosis-bacillusok kísérleti továbbviteléből azt következteti, hogy főként a fekélyes lupusos folyamat a tuberculosis továbbterjesztésének számbavehető tényezője lehet. Egyben azt gondolja, hogy az arc-lupus tovaterjedése az esetek nagyobb számában autoinoculatio révén megy végbe. Ezzel szemben a „Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose” „lupusbizottságában” *Jadassohn* kijelentette (1919), hogy nagy különb-

séget kell tennünk a legérzékenyebb állat — a tengerimalacz — mesterséges oltásának eredménye és az embernek véletlen fertőzési lehetősége között. Véleménye szerint a lupus nem tekinthető a tuberculosis fertőzésre veszedelmes alakjának. *Jadassohn* nézetét a lupusbizottság egyhangúlag magáévá tette. A lupus fertőzőképességének kérdése a gyakorlat szempontjából azonban mégis fontos. A közönség ugyanis jobban fél a lupusos betegektől, mint a tüdőgümőkórban szenvedőktől. Kórházi elhelyezésük ezért mindenfelé sok nehézségbe ütközik. *Burchardi* a Stern-féle kísérleteket megismételte, de már eleve abból a helyes feltevésből indult ki, hogy a gyakorlatra nézve csak az a fontos, hogy a lupusos var, pikkely, geny fertőzőképes-e? Világos ugyanis, hogy szövetkaparék e kérdésben a gyakorlatra nézve nem jöhet szóba. A szerző a következő, négyféle kísérleti sorozatban vizsgálta a kérdést: 1. 27 tengerimalacz oltása lupusos varral s rajta tapadó genynyel és savóval. 2. 21 tengerimalacz oltása granulatiós szövetrel és véres exsudatummal. 3. Oly lupusos esetek nedvének és felületes szövetének oltási anyagul való felhasználása, melyeknek varas felrakódása az első sorozatban szolgált kísérleti anyagul. 4. Lupusos ornyálkahártyának váladéka és felületes szövete. A szerző részletes kísérleti eredményei a következőkben foglalhatók össze: 1. Fekélyes lupus crustáival és genyével végzett oltások tengerimalaczokban nem hoztak létre tuberculosisot. 2. Fekélyes lupusból eredő felületesen lekapart szövet az esetek 90%-ában állati tuberculosisot létesít. 3. A nyálkahártya fekélyes lupusa az 1—2. ponthoz hasonló adatokat szolgáltatott a beoltott anyag minemősége szerint. 4. 15%-os antiforminnak 1—2 órás behatása által a bőr- és nyálkahártya fekélyes lupusának crustáit és szövetét olyanira sikerült a kísérő bacteriumoktól megszabadítani, hogy az állatok vegyes fertőzését el lehetett hátrítani. Az eljárás a gümős infectiót azért nem akadályozta meg. 5. *Stern* positiv kísérleti eredményeit mindezek szerint tehát arra kell visszavezetnünk, hogy kísérleteiben ő szövetalkotórészeket használt fel. 6. Mivelhogy lupusos szövetnek más egyénekre való átoltása nem jöhet szóba, a szerző vizsgálatai megerősítik azt a gyakorlati tapasztalást, hogy a bőr- és nyálkahártya fekélyes lupusának csak igen csekély az infectiositása. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 6. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A climacteriumos zavarok gyógyítására vonatkozó kísérleteiről számolt be *Halban* a „Gesellschaft der Aerzte in Wien” február 24.-én tartott ülésén. Abból indult ki, hogy a climaxban előforduló congestiók a sympathicus izgalmi állapotában gyökereznek és a petefészekműködés kiesésével válnak nyilvánvalóvá. Ez alapon theobromin-készítményeket és nitroglycerint próbált használni. Nagyon jó eredményeket ért el a *klimasan* nevű szerrel, a melyet tabletták alakjában hoznak forgalomba s a mely theobromint, calcium lacticumot és nitroglycerint tartalmaz. Naponként 4—5 tableta 6—8 nap alatt eredményre vezet; nagyon ritkák azok az esetek, a melyekben eredmény nem mutatkozik; néha fejfájás áll be.

A calcihyd urotropin összeköttetése calciummal. Az urotropin mint antisepticum hat (belső használat mellett a köpetben kimutatható), a calcium pedig a gyuladást és elválasztást csökkenti. Ilyen módon a calcihyd jó szolgálatot tesz a légutak hurutos és gyuladós megbetegedéseiben 1—2 grammos adagban naponként 3—4-szer. Kis gyermekeknek következő módon rendelhető: Rp. Calcihyd 10·0; Aqu. destill. 70·0; Syr. cort. aurant. 30·0. D. S. Naponként 3-szor kávé-s-gyermekkanállal, a gyermek kora szerint. (Klin.-therap. Wochenschrift, 1921, 37. és 38. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Barabás Zoltán dr.*, kolozsvári állami gyermekmenhelyi igazgató-főorvost címének meghagyásával a budapesti állami gyermekmenhelyhez főorvossá nevezte ki a m. kir. népjóléti és munkügyi minster.

Megbízás. Az igazságügyminister *Türk Szilárd dr.-t* az egr-i kir. törvényszék területén törvényszéki orvosi valamint az állami kir. tör-

ANAEMIN Liebe, ARSANAEMIN

ismét minden gyógyszerárban kapható.

Máté Mihály orvosi műszerész üzletét megvettem. Legfőbb főrekvésem, hogy igen tisztelt vevőim mindennemű igényeit a legnagyobb pontossággal, minden jogos és méltányos kívánság figyelembe vételével és előzékenységgel elégítsem ki.

LUSZTIG JENŐ ORVOSI MŰSZERÉSZ
Budapest, IV., Múzeum-körút 31. Telefon: József 103-74.

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

BURGENLAND

TATZMANNSDORF

Régismert gyógyfürdő, főleg mindennemű női betegségeknél, szívbajoknál, vérszegénységnél és sápkórnál, továbbá emésztési és vizeleti szervek bajai ellen.

Természetes vasláp- (moór-) fürdők.

Természetes szénsavas, vasas, glaubersós és lithion-tartalmú források!

Gyógytényezők à la Franzensbad! VIZGYÓGYINTÉZET!

VASUTI ÖSSZEKÖTTETÉS: Budapest—Szombathely—Tatzmannsdorf (Tarcsafürdő).
Elsőrendű ellátás!

Fürdőidény: május 15-től.

Dependance: gymiótfalvai kastély, gyönyörű, régi parkkal.

ELSŐRENDŰ PENSIO!

Felvilágosítást nyújt: Fürdőigazgatóság Tatzmannsdorf, vagy Budapesten: a Menetjegyiroda, V, Vigadó-épület és az összes fiókjai. (Ezen intézmény szobarendelést elfogad, visumot megszerez és pénztátalást eszközöl.)

Marienbad világfürdő

Idény: május 1.-étől október 1.-éig.

Kizárólagosan természetes szénsavfürdők, különböző erősségben, **acélfürdők**, **gázfürdők** ömlő szénsavgázban, **ásvány-lápfürdők**, saját láptelepekről.

Subalpin éghajlat, szél ellen védett, napos erdei fekvés, terepgyógyutak.

Glaubersós források a legkedvezőbb koncentrációban (Kreuzbrunnen, Ferdinandsbrunnen), **földes források** (Rudolfsquelle), **alkalikus savanyúvíz** (Waldquelle), **acélfürdők** (Ambrosiusbrunnen, mint legerősebb elismert tiszta vasforrás).

Inhalatoriumok, radium-emanatorium, gőzfürdő, hidegvíz-kúrák, medico-mechanikai és Röntgen-therapia stb.

Javallatok:

Székrekedés, idősült gyomor- és bélhurtok, epe- és májbajok. — **Felfúvódás**, általános vértódulás okozta zavarok és alhasi vérbőség. — Fokozódott vérnyomás, arteriosclerosis, szív- és vesebajok (vesesclerosis stb.). — **Elhízás**, Szívelzsírosodás, cukorbetegség, húgysavas diathesis, epe- és hólyagkövek. — **Köszvény**, csúz, ischias és egyéb neuralgiák. — **Női bajok** és hószámvazatok. — Vérszegénység és sápkórnál, alkati és ideges gyöngeségi állapotok. — Basedow.

Különös kedvezmények gyenge valutájú országbeli vendégek számára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Stadtrat, Abt. I. 22.

ARSOFERRIN

TEKTOLETTES

KIVÁLÓ HATÁSÚ ARSEN-VAS PRÄPARATUM.

ALKALMAZÁSA: ANAEMIA

RECONVALESCENTIA

ALULTÁPLÁLTSÁG STB. ESETEIBEN.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

HYPEROL

RICHTER

A hydrogensuperoxyd és carbamid kristályos szilárd vegyülete.

35% H₂O₂.

A forgalomban lévő legconcentráltabb H₂O₂-készítmény. Bármikor biztos töménységű H₂O₂-oldat készíthető vele. Könnyen transportálható. Minden orvosi zsebműszertáskában elfér.

A HYPEROL poralakban és 1 gr. tablettákban kerül forgalomba.

A mellékvese friss, érösszehúzó sajátosságú hatóanyaga.

TONOGEN

SUPRARENALÉ

Solutio 1:1000 { cardiacum ;
haemostaticum ;
asthma.

RICHTER

Vérzéscsillapító.

Vérérszűkítő.

Vértelenítő.

Emeli a vérnyomást.

Nyálkahártyák lobbjai. Oto-rhino-laryngológia. Gynaekologia. Szülészet. Kis-sebészet. Urologia. Stomatologia. Belgyógyászat.

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.

Lévai József: A golyvaműtétről. 159. oldal.

Tornai József: Adatok a szívbetegségek kórtanához, diagnostikájához és orvoslásához. 161. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (VI. rendes ülés 1922 február 25.-én.) 164. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. Krasemann: Säuglings- und Kleinkinderpflege. — Lapszemle. Belorvos. J. Bauer: A haemoklasiás krízisről. — Sebészet. Mandl: A műtét utáni tüdőszövődményekről. — Gyermekorvos. E. Czapski: A cukornapokról a gyermekkori vesegyulladás kezelésében. — Kisebb közlések az orvostudományról. 165—166. oldal.

Vegetárius hírek. 166. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A golyvaműtétről.*

Irtta: Lévai József dr., m. kir. udv. tanácsos, az Országos Munkásbiztosító Pénztár kórházának igazg.-főorvosa és sebészeti osztályának vezetője.

A golyvaműtét technikájában az egyes sebészeknél lényeges eltérés mutatkozik a következő sarkalatos kérdések körül: 1. Bódításban, vagy helybeli érzéstelenítéssel hajtassék-e végre a műtét? 2. A golyvához vezető főbb verőerek praeventive leköttessenek-e, vagy nem; szabad-e mind a négy arteria thyreoidea-t lekötöni? 3. Enucleatio, resectio, excisio útján, vagy kombinált módszerrel irtassék-e ki a golyva? 4. Minő legyen a csont ellátása? 5. Drainezéssel vagy drainezés nélkül egyesíttessék-e a sebzés?

Mivel a golyvaműtét technikájában az említett kérdéseknek döntő befolyása van a műtét eredményére, az az érdemes cél, hogy ezeket a kérdéseket tisztázzam, arra indított, hogy — miután az évek folyamán a különböző, eleve elfogadható operálási eljárásokat számos esetben kipróbáltam és a magam részéről helyesnek talált egyöntetű eljárásban megállapodtam — osztályomon ez eljárás szerint 100 golyvaműtétet sorozatosan azonos műtéti berendezéssel, állandó segédlettel hajtassék végre.

Az operáltak közül 54 férfi, 46 nő, a legfiatalabb 13 éves, a legidősebb 60 éves volt. A legtöbb esetben szövettani vizsgálattal igazolt diagnosis szerint volt: 2 struma cystica, 3 struma nodosa, 18 struma vasculosa, 20 struma colloides és 57 struma parenchymatosa. Volt több két férfiökölnyi nagyságú golyva, egy 54 cm. nyakkörfogattal, egy gyermekfejnyi; 2 esetben a golyva felső szarva szokatlanul magasra terjedt, 9 esetben pedig oly mélyen a mellkasba, hogy a szegycsont felett tompulat volt kimutatható. 5 betegen az ilyen substernalis golyva nyomása folytán a mellkas felső részén kitágult gyűjtőerek voltak, egyik betegnek az arca vizenyős volt. Egy operált betegen nagyfokú insufficiencia valvulae bicuspidalis, kettőn emphysema volt jelen. Három operálton kezdődő, kilenczen kifejlődött morbus Basedowival volt a golyva kapcsolatban.**

Mielőtt a felvetett kérdéseket egyenként tárgyalnám, előrebocsájtom, hogy a műtétek körül minden tekintetben a legszigorúbb asepsist követem. A szokásos előkészítést és izolálást azzal egészítem ki, hogy az operálandó beteg orrára és szájára háromszoros mullréteggel bevont Esmarch-féle

* Előadás a Magyar Sebésztársaság VIII. nagygyűlésén 1921 szeptember hó 16.-án.

** Többször előfordult, hogy ugyanabból a gyárból két-három golyvás, a Visegrádi-utcai tanonczotthonból pláne öt golyvás került rövid időn belül műtetre. Ha csakugyan van golyvaendemia a fővárosban, mint ezt Vas J. dr. az O. H. 1918. évi 51. számában jelezte, ez megmagyarázná azt, hogy osztályomon mind gyakoribbak a csoportosan jelentkező golyvás betegek.

altatókosarat erősítünk. Ez a kosár a műtét területét kellően megóvjá a beteg szája és orra részéről eredhető fertőzéstől és nincs úgy útjában a segédkezőnek, mint a Büngegener-féle kengyelre erősített kendő.

1. Golyvaműtétet a németek majdnem kivétel nélkül helybeli érzéstelenítés mellett végeznek, az angolok — bizonyára mert jól begyakorlott narkotizáló specialistáik vannak — a bódítás mellett vannak, leginkább a cseppenkint adagolt aether mellett (*Silk* intrarectalis olajos aethert, *Harold Low* intratrachealis aetheres bódítást ajánl), az amerikaiak is jórészt a bódítás hívei (*Mayo testvérek* stb.), úgyszintén a francziák is.

A bódítás a helybeli érzéstelenítéssel szemben sokféle hátránnyal jár. A helybeli érzéstelenítés veszélytelen, a bódítás sokféle módon kockáztatja a beteg életét. Ébren levő betegen műtét közben azonnal észre lehet venni a nervus recurrens érintését és a gégeinek bántalmazását és az ilyen beteg mentes a sebfertőzésnek attól a lehetőségétől, a mely a bódítással gyakran együtt járó hányáskor van meg. Mivel ezek szerint a golyvaműtéttel járó kockázatot lényegesen csökkentik, ezért elvből helybeli érzéstelenítéssel végzem a műtétet, Höchst-féle tablettákból frissen készített novocain-adrenalin-oldattal *Braun-Hackenbruch* szerint fecskendezvén be a szert. A befecskendezés elkészülvén, legalább 5 percig várunk a műtéttel.

A helybeli érzéstelenítés minden esetben bevált, jóllehet az operáltak között több fiatalok (hat 16 éves és hat 15 éves) volt. Egy esetben mutatkozott 20 éves férfin, a kit kezdődő Basedow tünetivel jókora struma vasculosa miatt operáltam, műtét közben hirtelen beállott, a pupillák kitágulásával, az arc nagyfokú kipirulásával és az izomzatnak görcsös összehúzódásával járó izgalom, a mely $1\frac{1}{2}$ cgr. morphium befecskendezésére 5 perc múlva megszűnt, úgy hogy a félbeszakadt műtétet zavartalanul be lehetett fejezni. A beteg utólag nem emlékezett az izgalom alatt történetekre. Az a körülmény, hogy az izgalom nem közvetlenül a befecskendezés után, hanem műtét közben jelentkezett, valószínűvé teszi, hogy nem a novocain-adrenalin okozta, hanem műtét közben valamely nyakidegnek az izgatása váltotta ki az ideges betegben az izgalmat, a mely semmi esetre sem okozott akkora zavart, mint a mennyit okoz egy ugyanannyi ideig tartó, bódítás közben keletkezett asphyxia. Bódítást 100 műtét közül csak 15 esetben végeztem, vagy zsenge kor, vagy veleszületett hiányos intelligencia miatt.

2. A golyvaműtéttel járó vérzés elhárítása érdekében *Mason J. Tate* a szabaddá tett pajzsmirigynek 2—3 naponként fractionált elektrokauterisatióját ajánlja, *Bartlett* struma vasculosa eseteiben lekötötte az arteria thyreoidea superiorit és másik ülésben végzi a strumektomiát, *Zoege v. Manteuffel* segédlettel nyomatja le, *Hahn* gummival bevont csipeszszel szorítja le ideiglenesen a golyvához vezető főverőereket, *Bose* a szabaddá tett és mobilizált golyvát az alapján gummicsovel szorítja le,

Kocher ellenben technikájában a fősúlyt a főverőereknek minél előbb való lekötésére helyezi. Madlener mind a négy verőér lekötése után egy esetben szövetelhalást és hosszadalmas genyedést tapasztalt, nem köt le többet, mint $3\frac{1}{2}$ éret. Haltsed vizsgálatai szerint az epitheltesteket az arteria thyreoidea inferior egyik ágacska, vagy a felső és alsó pajzsmirigy-erőeret összekötő érnek egy ágacska látja el vérrel, ezért, nehogy az epitheltestek elhalása és tetania következzen be, sok neves sebész nem köti le mind a négy verőér törzsét. Delore és Alamartine vizsgálatai szerint a légcső és bázisig verőereiből accessorius ágak jutnak az epitheltestekhez; az epitheltestek szabad átültetésekor szerzett tapasztalatok is a mellett szólnak, hogy ezek a képletek nem érzékenyek a vérellátás időleges hiányosságaival szemben. Sok nagy tapasztalatú sebész, például Enderlen, Hotz, Kreuter mindanegy főverőér lekötése után semminemű ártalmas következményt nem látott.

Bizonyos az, hogy az epitheltest filigrán szövete, a zúzás iránt érzékeny, és mert külső erőszakos behatással szemben kényes a nervus recurrens is, a golyvaműtét technikájában az az eljárás követendő, a mely biztosabb garantiát nyújt az epitheltesteknek és a nervus recurrensnek külső erőszakos behatástól való megóvására. Erre a körülményre való tekintettel golyvaműtét alkalmával a következő technikát követem: Lehetőleg alatt Kocher-féle symmetriás harántmetszést ejtek a köztakarón és platysmán, az izomzatot lehetőleg magasan metszem át; átmetszem egész terjedelmében a külső tokot, az átmetszett gyűjtőereket — hogy a sok fityegő csipesz útban ne legyen — lekötöm és máris hozzálátok a főverőerek praeventiv lekötéséhez. Az arteria thyreoidea superiorat a golyva felső polusa felett, az arteria thyreoidea inferiorat a carotis belső szélé közelében, elágazódása előtt kötöm le. Miután a külső tok egész hosszában át van metszve és valamennyi gyűjtőeret, a mely a verőértörzs felkeresésekor és a golyva kiemelésekor útban van, átmetszettem, elegendő teret kapok és majdnem kivétel nélkül könnyű szerrel és jól láthatóan hozzá tudtam férni az arteria thyreoidea inferior törzséhez. Az arteria thyreoidea inferior törzsének felkeresése és lekötése közben — távol törtévé az eljárás — az epitheltestekkel és a nervus recurrenssal nem is jutok érintkezésbe.

59 esetben az egyik oldalon az arteria thyreoidea superiorat és inferiorat, 41 esetben mind a két oldalon mind a négy főverőeret kötöttem le. A helyes lekötést biztosan jelzi az a körülmény, hogy a golyva élénkörös színe halványabb lesz és szederjessé válik.

3. A golyva kiirtásának módjai közül az enucleatio csupán egyes csomóknak vagy cystáknak kihámozására való; a gyökeres műtét vagy excisio, vagy resectio útján történhet. Ezek közül az érdemel előnyt, a melyik a nervus recurrensnek és az epitheltesteknek biztosabb védelmet ad. Az excisiót Kocher honosította meg, excisio után Bally-nek 40%, Eiselsberg-nek 20, Krönlein-nek 10% postoperativ recurrensbénulása volt. A resectiót Mikulicz hozta divatba; mióta klinikáján ezt a módot alkalmazták, egyetlen recurrens-bénulást sem észleltek. Oly gyakorlott mester, mint Kocher, excisio mellett is bizonyára meg tudja óvni a recurrens-ideget és az epitheltesteket bántalmazástól, de a ki mind a két módot sok esetben végigpróbálta, velem együtt kell, hogy megállapítsa, miszerint az excisio, különösen ha a tracheáról annyira leemeli a golyvát, hogy ez kocsányon lóg, a nyak nemesebb képleteiben mélyreható elváltozást hoz létre és sokkal nagyobb veszélybe hozza a légcsövet, a nervus recurrens és az epitheltesteket, mint a resectio, a mely a pajzsmirigy és légcső között levő természetes összeköttetést sokkal kevésbé bolygatja meg, és a nyak szöveteinek azt a részét, a melyben a nervus recurrens és az epitheltestek foglalnak helyet, békében hagyja.

Két betegem cystát enucleáltam, a többi esetben kivétel nélkül resectiót végeztem. 40 esetben egyoldali lebenyt, 17 esetben egyoldali és középső lebenyt, 41 esetben mindkétoldali lebenyt, ezek közül 2 esetben kétoldali lebenyt és a középső kórosan elváltozott lebenyt is reszekáltam.

4. A kiirtott golyva csonkjának ellátási módja a gyógyulásra nézve épp oly döntő fontosságú, mint a petefészektömlő csonkjának peritonizálása.

Excisio után is meghagynak a légcsőn több-kevesebb pajzsmirigy-részletet. Barnhill szerint 20–30 gr. pajzsmirigy-szövet elegendő, Beilby elegendőnek tartja, ha a golyva szöveteinek $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{10}$ része marad meg, de egyrészt — nemrégiben Demmer is felhívta erre a figyelmet — a benthagyott szövet később zsugorodik és a keletkező heg is kárt tehet a recurrens-idegben, másrészt az excisio után visszamaradt csonk szabadon maradt sebfelülete kezdetben parenchymás utóvérzésre hajlamos és mindenesetre termel struma-serumot. Ezeknek a hátrányoknak kiküszöbölése végett Dubs az átmetszett elülső nyakizomzat mély rétegét varrja a golyva-csonkhoz, a mi ha összetapadásra vezet, természetellenesen rögzíti az izomzatot; Hilgenberg a sternocleidomastoideusból vett lapos húsdarabokat varr a golyva csonkjára; de egyik mód sem akadályozza meg a parenchymás vérzést és a savó kiszívargását.

Véleményem szerint a golyvaműtét után való zavartalan gyógyulás biztosítására a golyva csonkját be kell borítani és elzárni a seb környező szöveteitől. A praeventiv verőérlekötés mellett végzett resectiónál, nem lévén a vérzés számottevő, nyugodtan ki lehet szabni a csonkot úgy, hogy ne legyen nagy, de elegendő arra, hogy „U“ alakban elhelyezett csomós, vagy szalvéta-szegélyszerű szűcsvarrattal a csonk sebfelületei jól egymáshoz simuljanak, és a csonkot a golyva megmaradt tokjával beborítva, az egészséges pajzsmirigyhez hasonló képlet maradjon vissza, a melyben utólagos parenchymás vérzésre és savószívargásra nincs tér és mely felett az összevarrt izomzat akadálytalanul mozoghat.

5. Azt a kérdést, hogy drainezéssel, vagy drainezés nélkül egyesítsék-e a seb, eldönti az a mód, a hogyan a csonk ellátva van. A ki excisiót végez, kénytelen draint alkalmazni, mert a csonk szabadon maradt felülete váladékot termel. Mikulicz iskolája resectio után varrja és beborítja a csonkot, ennek folytán alig van alkalom váladék keletkezésére és így teljesen egyesítheti a sebet; Reinbach, Capelle, Garvé, Brunner drain alkalmazása nélkül egyesíti a sebzést.

A XVI. nemzetközi orvosi congressusnak sebészeti szakosztályában tartott előadásomban kifejtettem, hogy a sebészeti technikában használatos drainezés a legtöbb esetben nem felel meg a physika követelményeinek. Destillált víz számára használatos palackból vagy cseppentő üvegből csak úgy lehet a váladékot kibocsátani az egyik csövön, ha egy másik csövön levegő hatolhat be a kifolyt folyadék helyébe. A sebüreg ugyan legtöbbször nem merev falú, de ha ruganyos falú is, olyan például, mint a folyadékbefecskendezésre használatos csővel ellátott gummiballon, egy csövön át szintén nem folyik ki belőle a folyadék, csak abban az esetben, ha külsőleg nyomást gyakorolunk rá; de kellő nyomás esetén a sebből drain nélkül, a varratok hézagai között is kiürül a váladék. A sebüregbe helyezett drainsövön át tehát csak úgy ürülhet ki a sebváladék, ha ugyanebbe az üregbe az első cső mellé egy másik cső is behelyeztetik, a melyik a kiszívargott váladék helyébe levegőt vezet. A seb két zugába külön-külön behelyezett üvegcső (Kocher), vagy gummicső (Eiselsberg, Lotsch stb.), vagy mullszalag (Rehn) a seb váladékának elvezetése szempontjából a physika törvényei értelmében, de tapasztalás szerint is teljesen hatástalan. A mullkanóc csak dugaszol, a seb zugaiba helyezett csöveken csak a nagy nyomás alatt levő váladék feles része ürül ki addig, míg a váladék a drainsövön be nem sűrűsödik és a cső el nem dugaszolódik. Ellenben oly irányban hatásos a drainezés, hogy mint idegen test izgatja a seb szöveteit és alkalmat ad arra, hogy kívülről fertőző anyag jusson a sebben levő váladékhoz. Ha a sebben levő váladék, mint ezt resectio és a csonknak beborítása és összevarrása után tapasztaljuk, nem sok és a sebet drainnel nem izgatjuk, a vér- és nyirokáramlásnak rendszerint gyors kiegyenlítődéssel zavartalanul fel szokott szívódnia.

Részemről műtétek kapcsán egyáltalán nem alkalmazok prophylaxisos célból draint, és golyvakiirtáskor a csonk meg-

felelő ellátása után prophylaxis szempontjából egyáltalán szükségtelen a drainezés. A szóban levő kérdés tisztázására szánt *100 golyva-operatio alkalmával egyetlen egy esetben sem alkalmaztam draint*. A csonk ellátása után átmetezett izomzatot, a platysmát és a bőr alatti kötőszövetet — a bőr hege utólagos kiszélesedésének elejét veendő — külön rétegben varrom, a bőrt egyesítem, collodiumcsíkkal fedem, és az első három napra a golyva ágyának enyhe összenyomása céljából a collodium-csík fölé kötést teszek.

Érlekedésre és elstülyesztett, valamint bőrvarratra általában selymet használók; golyvaműtétek alkalmával, hosszas próbálgatás és megfelelő tapasztalat után, rendes szokásomtól eltérően, érlekedésre és elstülyesztett varratokra catgut használatában állapodtam meg, a melyet Billmann-oidatban mindig frissen készítették. Golyvaműtét alkalmával ugyanis a golyva szövetéből minden gondosság mellett valamennyi vér és savó bejut a seb szövetei közé, a golyva szövetéből is könnyen ellökődhetik egy-egy részlet; így golyvaműtét után fertőző csírák megtelepedésére megvan az alkalmas talaj. A két-három nap alatt helyreálló nedvkeringés ártalmatlanná tudja tenni a sebben levő életképtelen anyagokat és fertőző csírákat, de ha nedvszívó anyag, így különösen ha selyem van a sebben elstülyesztve, ez magába fogadja és rögzíti a fertőző csírákat. És ha ennek folytán genyedés keletkezik, a selyem nehezen lökődik ki. A catgut nem nedvszívó, a beléje impraegnált nagyobb mennyiségű jód is alkalmatlanná teszi az első kritikus napokban fertőző csírák letelepedésére és ha ez kivételesen mégis megtörténne, tapasztalat szerint sokkal gyorsabban lökődik ki, mint a selyem. Vékony, „1“-es catgutot használók, mert ezt biztosabban lehet sterilizálni és impregnálni. A friss catgut erős, jól simul és csomózása biztosan tart. Óvatosság okáért a főverőér törzsét kettősen kötöm le és a centralis végnek lekötési fonalát az ér csonkjához öltöm. A vastagabb catgutfonál merevebb, könnyen lecsúszik vagy csomója kibomlik és utóvérzésre adhat alkalmat.

A tárgyalásul kitűzött kérdéseknek tisztázására szolgáló, 100 operált golyva-esetnek gyógyulási eredménye a következőleg alakult.

A műtét kapcsán meghalt egy 60 éves emphysemás beteg, a kibén igen nagy substernalis struma nyomás folytán gyűjtőeres pangást, hörghurutot és nehéz légzést okozott. Három heti észlelés alatt állapota állandóan rosszabbodott; a beteg sürgetésére, vitalis indicatio alapján végeztem a műtétet. A struma kifejtése és a kétoldali resectio helybeli érzéstelenítéssel elég könnyen, csekély vérvesztéssel ment. A beteg egy napig jól érezte magát, másnap szívgyengeség tünetei között hirtelen meghalt. A boncolás (*Nachtnebel* dr.) steril sebész, a légsző jobb oldalán kis felszívódásban levő vérömlenyt és mindkét tüdő alsó lebenyében savós beszűrődést talált.

Egy 16 éves fiún a jobboldali és középső lebeny resectiója után két óra múlva az arteria thyroidea superiorból jelentékenyebb vérzés indult meg, a mely újabb lekötésre megszűnt. A vérzést ebben az esetben a kivételesen vastagabb catgutfonál lecsúszása okozta; egyébként teljesen gyógyult. Őt operálton a műtét után jelentéktelen vérömleny keletkezett, a mely minden beavatkozás és minden zavar nélkül egy héten belül felszívódott és nem gátolta meg a per primam összeforradást.

A mi a golyvaműtét alkalmával mutatkozni szokott szövődeményeket illeti, egy esetben 17 éves fiún kétoldali struma parenchymatosa per primam gyógyulással végződött resectiója után rekedtség maradt vissza, a melynek okául a gégevizsgálat a hangszalagok belőveltségét és hiányos működését állapította meg. Hat heti villanyozásra a rekedtség megszűnt és a gégevizsgálat a hangszalagok működésének javulását konstataálta. Viszont három betegen a műtét előtt gégevizsgálattal megállapított paresis nervi recurrentis okozta rekedtség a műtét után néhány hétre feltűnően javult. Tetaniára gyanus tünet három esetben közvetlenül a műtét után jelentkezett, de minden lényeges zavar nélkül egy héten belül megszűnt. Hat betegen egy pár tized hőemelkedés kíséretében kis, körülhatárolt, nem progrediáló duzzanat mutatkozott, a

melyből a bőrvarrat kiszédesése után egy-egy catgutfonál lökődött ki. Ezek a betegek minden számottevő zavar nélkül átlag 12 nap alatt vonalas heggel, teljes működésképeséggel gyógyultak. 93 betegen 8 nap alatt értünk el per primam gyógyulást.

Végeredményben 100 golyvás betegünk közül műtét útján — egy halálesetet leszámítva — 99 esetben vonalas heggel teljes gyógyulást sikerült elérnünk.

Külön hangsúlyozom, hogy 3 a Basedow-kór kezdeti szakában levő és 9 kifejlődött Basedow-kórban szenvedő (az utóbbiak legnagyobb részét nagy fokban leromlottak, rendkívül idegesek, szapora szív működésűek voltak) betegen végzett, minden esetben kétoldali golyva-resectio minden zavar nélkül kifogástalanul gyógyult. Basedowos operáltjaink rendszeren már egy héttel a műtét után subjective jobban érezték magukat, néhány hét múlva a javulás mindegyiken már objectiv tünetekben is mutatkozott.

Meghatározott elveknek szem előtt tartásával osztályomon egyöntetű eljárással, azonos körülmények között sorozatosan végrehajtott 100 golyvaműtét-esetben nyert tapasztalataimból és elért gyógyulási eredményeimből a kitűzött kérdésekre a választ a következőkben összegezhetem:

1. A golyvaműtét helybeli érzéstelenítéssel történjék.
2. A golyvához vezető főverőerek törzse praeventive lekötendő; mind a négy arteria thyroideát káros következmény nélkül le lehet kötni.
3. A nervus recurrens és az epitheltestek megóvása érdekében a golyva szabály szerint resectio útján irrandó ki.
4. A golyva belső és hátsó részéből és tokjából meg kell hagyni annyit, hogy a csonk beborítható és varrattal egyesíthető legyen.
5. Az átmetezett lágyrészek rétegenként minden drainezés nélkül egyesítendőek.

Adatok a szívbetegségek kórtanához, diagnostikájához és orvoslásához.

Irta: *Tornai József* dr., egyetemi magántanár.

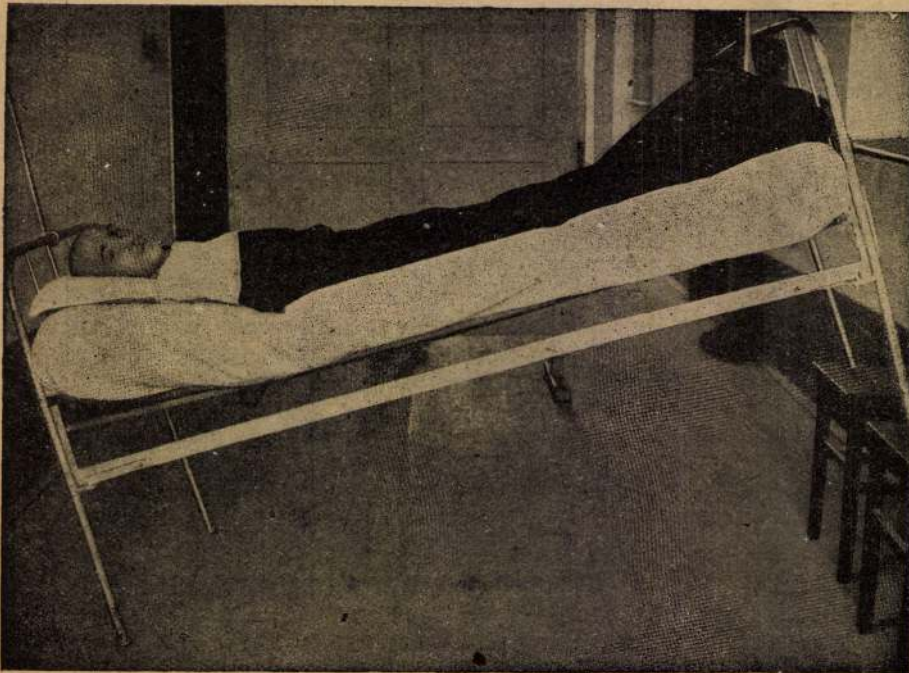
(Folytatás.)

Ismeretes, hogy valamely billentyű, „zárószelep“ elégtelensége esetében kisebb-nagyobb vértömeg, éppen a szeleplek tökéletlen zárása miatt, a szívrevolutio egyes phasisa szerint a rosszul zárt szájadékon keresztül, látszólag haszontalanul, ide-oda lökődik. Mindnyájan tudjuk, hogy az insufficienciák közül az aortabillentyűk elégtelensége az, a mikor a legnagyobb mennyiséget érheti el ez a haszontalanul ide-oda hullámzó vértömeg. A legvilágosabb physikai alapon magyarázható és legkönnyebben érthető, hogy ez a vérballast annál nagyobb, minél nagyobb a zárószelep elégtelensége, minél nagyobb az aortabeli diastolés nyomás és minél hosszabbra nyúló és minél teljesebb a szívnek, illetőleg a bal kamarának diastoléja. Már most aztán vannak még kisebb-nagyobb olyan tényezők, melyek ezen főtényezőknek hatását egyik vagy másik irányban befolyásolhatják. Ilyen tényező például az aortának a szívvel, jobban mondva a bal kamarával szemben való helyzete, vagyis más szóval: a betegnek testtartása.

Már régebbi tankönyvekben is olvashatjuk, hogy az aortainsufficiencia okozta diastolés zörej a betegnek álló, illetőleg ülő helyzetében sokkal erőteljesebb és sokszor hosszabbra is nyúló, mint fekvő helyzetében.⁸ Ennek oka nagyon világos és a statika törvényével könnyen magyarázható. Álló és ülő helyzetben ugyanis az aortából a szívbe visszatóduló vérnek az útja sokkal könnyebb, mint fekvő helyzetben. Csak természetes, hogy a visszafolyó vér mennyisége annál kevesebb, minél kevésbé érvényesülhet ez a nehézkedési törvény. Úgy teoriában könnyen elképzelhető, hogy ha az ilyen aortainsufficienciás szívet úgy helyeznők el, hogy ne az aorta jusson a szív fölé, hanem fordítva: a szív kerüljön függőlegesen az aorta fölé, akkor az aortából visszacsurgó vér tömege elenyésző csekély, jóformán nulla lenne. Természetesen ezt a testhelyzetet élő emberen tartósan bajosan tudjuk felidézni,

⁸ Viszont pedig mitralis insufficiencia esetében a systolés zörej, mint ismeretes, rendszeren éppen fekvő helyzetben a legerőteljesebb.

mert az említett helyzet egyenesen azt követeli, hogy az illetőt egyszerűen a feje tetejére állítsuk. Azonban ahhoz, hogy az ilyen aortainsufficienciás szívben a visszacsurgó vér tömegét jelentékenyen megkisebbsük, nem éppen szükséges, hogy a beteget a fejére állítsuk. Jóval kevésbé kényelmetlen elhelyezéssel is biztosan elérhetjük azt. Nem kell hozzá más, mint az, hogy az ágynak, vagy a vizsgálati asztalnak láb-



7. ábra.

végét a beteggel együtt kissé felemeljük, legfeljebb csak annyira, hogy az asztallap, vagy az ágy széle a vízszintessel csak mintegy 20—22 fokú szöveget alkosson. Ezt pedig legegyszerűbben úgy érjük el, hogy az ágynak lábfeleli végét két lábát két székkal felpolcoljuk. (Lásd a 7. ábrát.)

Ha aortainsufficienciás betegeinken különféle testtartásban összehasonlító vizsgálatokat eszközölünk, többször találjuk, hogy az aortán hallott diastolés zörej az említett, mérsékeltén rézsutos fekvésben feltűnően gyengébb és sokkal rövidebben elhangzó, mint akár vízszintes fekvésben. Sőt azt is többször tapasztaltam, hogy az ilyen rézsutos fekvésben a különben nem nagyon erős és nem hosszúra nyúlt diastolés zörej egészen eltűnik. Olyan esetben pedig, hol a diastolés zörej mellett az aorta második hangja is még megtartott, ez a hang az ily rézsutos fekvésben sokkal tisztábban hangzó. Míg ha ugyanazt a beteget ülő vagy álló helyzetben hallgatjuk, akkor ez a hang az erőteljes, némelykor szinte zúgó zörej áramában egészen eltompul, elmosódik. Egyébiránt pedig az aorta második hangja jól záró billentyűk mellett, mint ismeretes, sok esetben inkább álló, vagy ülő helyzetben szokott élénkebb, hangosabb lenni. Ez a tapasztalás is azt igazolja, hogy álló helyzetben az aorta billentyűire nagyobb vérömlés nehezedik, mint fekvőben.

A diastolés zörejnek és hangnak említett viselkedésén kívül még egyéb jelenségek is kétségtelenül igazolják, hogy a rézsutos fekvésben — legalább is addig, a míg ez a fekvés tart — az aortából az elégtelenül záró billentyűk mellett jóval kisebb vértömeg csurog vissza a bal kamara.

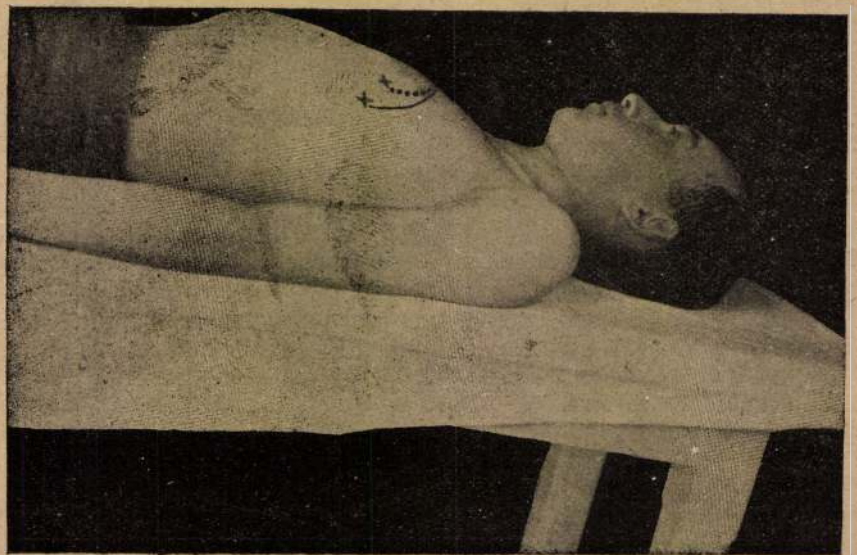
Ha az ilyen aortainsufficienciás szív csúcslökésének helyét és minőségét a betegnek különféle testtartásában összehasonlítólag vizsgáljuk, szintén nagyon értékes adatokat kapunk. A legtöbb megfelelő esetben ugyanis a szívcsúcslökés rézsutos fekvésben már alig néhány perc múlva is feltűnően beljebb húzódik (lásd a 8. ábrát), szóval eredeti, physiologiás helyéhez közeledik és ezenkívül emelő jellegéből határo-

zattan sokat veszít. Mindnyájan tudjuk, hogy aortainsufficiencia eseteiben a compensatio határán belül a szívcsúcslökés kihelyeződésének, a bal kamara dilatációjának és hypertrophiájának foka az insufficiencia fokával, illetőleg a visszacsurgó vér mennyiségével arányos. A rézsutos fekvésben, bárha természetesen az insufficiencia foka — az úgynevezett relativ insufficiencia esetét kivéve — ilyenkor sem nagyon kisebbedhetik, mégis azonban a visszacsurgó vér mennyisége a már fentebb említett okokból jelentékenyen csökken és így ennek a csökkenésnek arányában a bal kamara dilatációjára, már a mennyire ez a pathologia-anatomia szempontjából lehetséges, szintén megkisebbedik.

A dilatatio foka tehát, mint említettük, az insufficiencia fokának megfelelő szokott lenni. A kik azonban ezzel a kérdéssel közelebbről foglalkoztak és klinikai tapasztalataikat a bonczasztalon látottakkal is kiegészíteni szokták, tudják, hogy ez a dilatatio, elsősorban pedig éppen aortainsufficiencia esetében, még látszólag a teljes compensatio határán belül is, rendszerint túllépi a megengedett mértéket. Érthető tehát, hogy rézsutos fekvésben a szív az aorta-insufficienciának úgyszólván minden esetében, kivétel nélkül, kifejezetten megkisebbedik.

A megkisebbedést pedig a leginkább szembevető módon a Röntgen-átvilágítás mutatja. Ilyen rézsutos fekvésben való átvilágításkor a szív, de leginkább természetesen a bal kamara, szinte pillanatok alatt, úgyszólván szemünk láttára húzódik beljebb. De a Röntgen-átvilágításból a szívnek a rézsutos fekvésben való tehermentesülése még másképpen is kitűnik. Az aorta árnyékszegélye is mindkét oldalról visszahúzódik, megkeskenyedik és e mellett feltűnik,

hogy az aorta-insufficiencia minden kifejezett esetében látható határozott, nagy lüktetése az aortának, rézsutos helyzetben mintegy megszelidül: kisebbé, csenedesebbé, nyugodtabbá válik. A mi szintén szemmel látható bizonyítéka annak, hogy ilyenkor az aorta csak megkisebbedett systolés vértömegeknek könnyebb terhét és megkisebbedett traumáját viseli. Átvilágításkor még az is feltűnik, hogy a bal kamara szin-

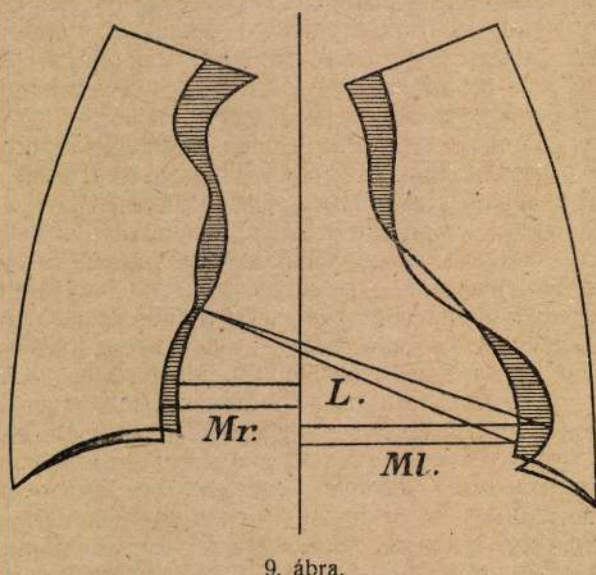


8. ábra.

tén jelentékenyen visszahúzódt, megkeskenyedett árnyékszegélye — szinte ellentétben az aortáéval — egyszerűen feltűnően nagy, élénk systolés kilengéseket ír le. A Röntgen-árnyékon is látható tehát, hogy a bal kamara a felesleges, túlterhelő és túlfeszítő nagy terhétől szabadulva, felfrissült erővel, könnyebben és úgyszólván akadálytalanul, teljes energiával végzi munkáját. A bal kamara felfrissülését az is

igazolja, hogy árnyékképének megkeskenyedése, illetőleg kiadó nagy kilengése a rézsutos helyzetből a vízszintesbe való visszahelyezése után is még rövidebb-hosszabb ideig megmarad.

A 9. ábra ilyen közepes nagyságú aorta-insufficienciás szívnek rézsutfektetésben való megkisebbedését mutatja. Előbb vízszintfektetésben vettük fel a szívnek orthodiagrammját, majd pedig ugyanezen szivalak belsejébe rajzoltuk a rézsutos fekvésben nyert szív-orthodiagrammot is. A megkisebbedés fokát köröskörül ferde vonalakkal beárnyékoltt szegély mutatja. A szív orthodiagrammjának a középvonaltól mért átmérője jobbfelé (Mr) vízszintfektetésben 6,6, rézsutfektetésben 6 cm. volt; a balfelőli átmérő (MI) 11,7, illetve 10,5, a hosszanti átmérő pedig (L) 18, illetőleg 16,5 cm. volt. Az átmérők megrövidülése tehát rézsutfektetésben 0,6—1,5 cm.-nyi volt. Az aorta-árnyék harántátmérőjének rézsutfektetésben való megrövidülése szintén nagyon kifejezett. Természetes, hogy ez a megkisebbedés nem csupán egy átmérőre (a frontálisra), hanem valamennyire (és így a sagittálisra is) vonatkozik. Nagyobb fokú aorta-insufficiencia esetében ez a megkisebbedés még ennél is szembetűnőbb szokott lenni.



9. ábra.

Az elmondottakból tehát kiténik, hogy rézsutos elhelyezésben a vérrel túltelt és túlfeszített szívnek, bal kamarának felesleges tartalmát a szó szoros értelmében kiöntjük. Megfelelő esetben az ilyen rendszeresen megismételt tartós rézsutos fektetésnek, véleményem szerint, nem kicsinyelhető orvoslástani jelentősége és értéke van. Tudjuk, hogy éppen az aortainsufficienciát még a régi orvosok is már egyszerű rátekintéssel felismerték. Ennek a billentyűhibának feltűnő ismertető jelei éppen a szívnek, a bal kamarának szünet nélkül való, szinte messziről látható, mondhatnám emberfeletti munkájától, erőlködésétől származnak. Ha módunkban van a bal kamarának felesleges, de véglegesen le nem rázható terhét legalább ideig-óráig, bárha csak átmenetileg is megkönnyíteni, ezzel a szívnek alkalmat adunk a felüdülésre, fel-frissülésre.

A rézsutos fektetést még más szempontból is hasznos orvosló módszernek tartom. Többünknek volt alkalma olyan szív autopsiáját látni, a melyben a friss vagy nemrég folyó endocarditis avagy lueses folyamat az aorta billentyűre vagy az aorta egész kezdeti részére telepedett. Ismeretes, hogy az endocarditis csomócskák vagy fekélyek sokszor a legszívebben a billentyű szabad szélére vagy záródási felszínére rakódnak, miáltal is ezen részeknek szívósságát, ellentállóképességét jelentősen csökkentik s állandóan veszedelemmel fenyegetik. Valamely elhalt egyén ép szívének aorta-billentyűit csak alig s csak bizonyos erőfeszítéssel tudjuk elszakítani. Ellenben az ilyen endocarditistól gyengített, szinte macerált billentyű elszakításához alig kell nagyobb erő. Sokszor az ilyen billentyű széle a billentyű-zsákba dugott ujjunk hegyének mérsékelt feszítése alatt is szétmállik. Ugyanez áll,

még pedig sokszor kifejezettebben, lueses aortitis eseteiben is. Mindezekkel pedig csupán azt óhajtom igazolni, hogy friss avagy frissen visszatért endocarditis, illetőleg aorta-lues esetében nem egészen közömbös az, hogy mekkora nyomást vagy feszítést kell az aorta-billentyűnek a diastole alatt kitarítani. Ha pedig módunkban áll ezt a nyomást csökkenteni — mint ahogyan az a rézsutfektetéssel rövidebb-hosszabb időre valóban módunkban van —, akkor hatalmunkban áll az is, hogy a friss aorta-endocarditisnek romboló, az aorta-szájadék defektusát célzó munkáját jelentősen ellen-súlyozzuk.

A rendszeres rézsutfektetéssel legtöbbet érhetünk el kezdődő insufficiencia eseteiben, leginkább pedig olyan esetben, a hol feltehetjük, hogy egyelőre még csak relativ insufficientiával van dolgunk. Mindannyiunkkal megesezt már, hogy egyik-másik betegünkön, bárha az aortainsufficienciának kétségbe nem vonható valamennyi jellemző tünetét megtaláltuk, mégis a mikor autopsiára került a sor, a kórboncznok az insufficienciát nem igazolta: a billentyű a szokott víz-próba alkalmával tökéletesen jól zárónak bizonyultak. Ellenben az ilyen esetek egyik csoportjában, az aortának leg-alább is a kezdeti részében kifejezett sclerosisos elváltozás volt, másik, sajnos, manapság azt kell mondanunk, jóval nagyobb csoportjában pedig az aortaluesnek makroszkoposan is jól felismerhető képét találtuk. Mindkét kórformáról, főképpen pedig az utóbbiról ismeretes, hogy az érfal rugalmasságát, ellentálló képességét, némely esetben rohamos tempóban és jelentősen csökkenti, s ilyen módon könnyen ad alkalmat relativ insufficientia keletkezésére.

Nem ritkán akadunk különösen javakorabeli férfibetegeink között olyanra, kiben az egyszerű physikai vizsgálat alkalmával is az aortát a szokottnál szélesebbnek, az aorta második hangját pedig feltűnően, az életkornak nem megfelelő módon ékeltnek és metallikus színezetűnek találjuk. E mellett még gyakran hallunk ugyanazon esetben rövid, érdes systolés zörejt az aorta kezdeti részén, főképpen az úgynevezett ötödik hallgatódzási ponton, leginkább pedig előrehajlott s még inkább az általam régebben ajánlott „négykézláb-testtartásban“ való hallgatódzaskor. Ilyen esetekben teljes jogunk van a fentebb említett pathologiai folyamatokra, legelső sorban pedig luesre gondolni. Nem egyszer történt meg, a mint hogy azt mi magunk között többször előre is megjósoltuk, hogy ha az ilyen beteg utasításainkat nem tudta, avagy nem akarta követni, hogy újból való jelentkezésekor hónapok, de gyakran — lues esetében — már hetek múlva is az eléggé kifejezett aortainsufficiencia képét hozta elének. Az ilyen rohamosan kifejlődő esetben mi mindig a luest tekintjük felidéző oknak és megmaradunk ezen álláspontunk mellett a körelőzmény minden negativitása ellenére, még akkor is, ha feltevésünket a Wassermann-féle vérsavó-reactio nem is igazolja teljes mértékben.

Az ilyen aortalues okozta relativ insufficientia eseteiben tapasztalhatjuk kiváltképpen, hogy az álló helyzetben hallható diastolés zörejt fekvő helyzetben már csak alig, rézsutos helyzetben meg egyáltalán nem hallható. A rézsutos fektetésnek erélyes antilueses kúrával egybekötve az ilyen esetekben van mondhatnám a legüdvösebb és legnagyobb jelentősége. Ilyen esetekben ugyanis az így kombinált kezelésmódra az insufficientia tünetei akár nyomtalanul vissza is fejlődhetnek, bizonyosságául annak, hogy feltevésünk helyes volt: a bajt lues okozta és az insufficientia csak relativ volt. Ilyen esetben erélyes kenőkére, avagy megfelelő kénészítménynek harmad-negyednapos intraglutealis befecskendése mellett hetenkint 25—30 centigr. neosalvarsant adunk és a beteget naponta akár kétszer is $\frac{1}{2}$ —1 óra hosszú rézsut fektetjük.

Tudvalevő, hogy az incompenzatio felé haladó aorta-insufficiencia esetében abból is származhatik veszély, ha a bal kamara az insufficientia fokához mérten a diastole alatt nem tud kellőképpen tágulni. Ennek közvetlen következménye az, hogy az aortából már a diastole legeslegelején nagy erővel és nagy tömegben visszatolakodó vér a pitvar felől betörekvő vérmennyiségnek jogos helyét elfoglalja. Ha pedig ez

sokáig tart, akkor — csak úgy, mint a mitralis szájadék bajaiban — a következményes pangás a kisvérkörben, a jobbszív-dilatatio szinte elmaradhatlan. Ilyen esetben aztán a szívtompulat jobbfelé is fokról-fokra megnagyobbodik. Ha módunkban van ilyenkor a vérnek a bal pitvar felől jövő útját egyengetni, ezzel természetesen a kisvérkörbeli pangást, a jobbszív-dilatatiót is csökkentjük, esetleg el is tüntethetjük. Már a rézsutfektetéssel való próbálkozás kezdetén így kezelt betegek közül többen tapasztaltam, hogy a bőrre szokás szerint felrajzolt szívtompulat jobbfelől hátrahagyott, és pedig nem ritkán két-három harántujjal keskenyedett, visszahúzódott. Tartósabb rézsutfektetés után nem is szélesedett ki többé az előbbeni terjedelmére.

A rézsutos elhelyezés haszonnal járhat aortastenosis esetében is. Mert ezen helyzetben a bal kamara az ő tartalmát a szűkült szájadékon keresztül könnyebben tudja áthajtani, mint bármely más testhelyzetben. A rézsutfekvést néhány aortastenosisos betegünkkel is használtattuk és ilyenkor is a szívcsúcslökésnek — ha az megelőzőleg kihelyezett volt — bárha kisebb mérvű, de határozott beljebbhúzódását tapasztaltuk. A dolog természetében rejlik, hogy az aortaszájadék szűkülete esetében az aorta felett hallott, különösen érdes systolés zörejt rézsutfektetéskor (ellentétben az insufficiencia diastolés zörejének viselkedésével) még sokkal kifejezettebbé, érdeesebbé válik. A mi egyébiránt szintén csak annak a bizonyossága, hogy a bal kamara ilyen helyzetben könnyebben tud szabadulni tartalmától.

Aortainsufficienciával társult másféle billentyűhiba, például mitralis insufficiencia esetében a rézsutfektetést már nem alkalmazhatjuk minden megfontolás nélkül. A mitralis insufficiencia mechanizmusából könnyen érthető, hogy az ilyen rézsutos testhelyzet nem éppen kedvez a compensációnak. Ez a szájadékhiba ugyanis a keringésre való káros befolyását ilyen testhelyzetben csak még jobban érvényesíti, a mi abból is kiténik, hogy ilyen helyzetben a systolés zörejt a szívcsúcson, illetőleg a szívbasis bal felén sokkal erőteljesebb, mint más testhelyzetben. Hanem azért a kombinációnak olyan esetében, a mikor felvehetjük, hogy az aortainsufficiencia a nagyobb fokú és nagyobb jelentőségű, és felvehetjük, hogy a bal pitvar, illetőleg a jobb kamara kellő erővel és frissességgel bír a mitralis hiba kompenzálására, a rendszeresen végzett rézsutfektetéstől szintén várhatunk sikert.

(Vége következik.)

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1922 február 25.-én.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán

Tejinjectiókkal kezelt chorea minor-esetek.

Kern Tibor: A bemutató a polyarthritisek tejinjectiókkal való kezelésének kedvező eredményei alapján, tekintettel arra az aetiológiai összefüggésre, mely a polyarthritisek és chorea között fennáll, chorea minorban szenvedő betegek tejinjectiókkal való kezelését kísérte meg az I. belklinikán. Ezideig 3 igen súlyos chorea minorban szenvedőt kezelt ily módon. A valóságos jactatióig fokozódó choreás rángások 3—4 intramuscularis 5—10 cm³-es tejinjectio után 4 héten belül megszűntek. A kedvező eredmények alapján ajánlja az eljárást. A hatást a Weichardt-féle protoplasma-aktiválási theoria alapján értelmezi.

Bókay János: Felhívja a figyelmet arra, hogy neosalvarsan intravenás befecskendezésére chorea gravis eseteinek egész sorozatában feltűnően gyors gyógyeredményt látott.

Az anaemiák kórtanának és gyógyításának egyes kérdéseiről.

Bálint Rezső: Az anaemiák kórtana hosszabb ideig főleg morfológiai alapon épült fel s gyógyításában is kevés volt a pathogenetikai fejlődés. Az utolsó évtized két új motívumot vitt bele az anaemiák kórtanába; az egyik a haemolysis, a másik ezen haemolysis felismerésének, illetőleg a vérmegújulás quantitativ vizsgálatának tana. Váolja az Aschoff-

iskola vizsgálatait a reticuloendothelialis anyagcsererendszert illetőleg, ennek szerepét a haemolysis és epefesték-készítés folyamatában, majd kitér az anhepatogen icterusra, melynek létezését megerősítette a vezetése alatt álló klinikán végzett kísérleti sorozat, a melylyel *Ernst* és *Szappanyos* túlélő kutyalépnek vérrel való átáramoltatása közben bilirubin képződését tudta megállapítani. Tekintve ezt a kísérleti eredményt, valamint *Eppinger* lépvizsgálatait és mások egyéb kísérleteinek, továbbá az emberi lép-kiirtásoknak eredményét, arra következtet, hogy haemolysises anaemiákban úgy a haemolysis, mint az epefesték-képződés nagyrészt a lépben folyik le, a mi a lépkiirtás jó eredményét elméletileg is magyarázza. Egyebekben klinikájának vizsgálatai alapján megerősíti *Berg* vizsgálatait. Bemutat egy haemolysises anaemiában szenvedő egyént, a ki lépkiirtás után meggyógyult. Kiemeli, hogy ez egyén vérszójának resistentiája a műtét után is csökkent maradt, a mi arra mutat, hogy e resistencia-csökkenés nem lényeges tényezője a haemolysis létrejöttének.

Azután áttér az anaemia perniciosa kérdésére, a melynek minden esetében megvan a csontvelő csökkent regenerációs képessége, de rendszerint haemolysis is van jelen. E haemolysis kimutatására klinikáján duodenalis szondán nyert nedv bilirubintartalmát határozták meg. E módszer sok hibaforrással jár, de az eredmények a normális vérmegújodást illetőleg oly nagy differentiát mutatnak a pathogen haemolysis értékével szemben, hogy mégis felhasználhatók a kóros haemolysis diagnózisában. E haemolysis megszüntetésére a reticuloendothelialis apparatus paralyzálását, esetleg a lép-kiirtást ajánlja. Az előbbi módszert klinikáján *Hollaender* használta colloidalis ezüstnek befecskendezése útján s néhány — mindenestre könnyebb — esetben jó eredményt látott. Egy ily betegét bemutat, a kit körülbelül 3 éve kezelnek így igen jó eredménnyel úgy a vérképet, mint a beteg általános állapotát illetőleg. Súlyos esetekben *Eppinger*-rel egyetértőleg a lépkiirtást ajánlja. Bemutat egy esetet, a hol 2 $\frac{1}{2}$ évvel a lépkiirtás után, a mely a beteg igen rossz állapotában végeztetett, az eredmény elég jó. Olyan gyógyulások, mint haemolysises icterusnál, anaemia perniciosa-esetekben nem látott. Végre a Banti-kórról beszél, a melynek terén nem ért egészen egyet *Eppinger*-rel a kórkép körülhatárolása szempontjából s a betegség típusos klinikai, valamint különösen típusos szövettani leletei megjelenését és lefolyását fontosabbnak tartja e szempontból, mint a follicularis, illetőleg pulpalis fibroadenoma jelentőségét. Beszámol egy esetről, a melyben majdnem acut módon, mérsékelt lázak kíséretében súlyos anaemia fejlődött ki. Majd bemutat eseteket, a melyekben korai műtét után teljes gyógyulás állott be. Végre beszámol egy esetről, a melyben több mint 10 év előtt végezték Banti-kór miatt a splenektomiát s most is teljesen jól van.

A haemolysises anaemiák és az úgynevezett reticuloendothelialis apparatus.

Johan Béla: Előadásának bevezetésében áttekintést nyújt arról, hogy a szervek részint egy tömegbe egyesítik sajátlagos működésű sejtjeiket, részint pedig a szervek elemei a test igen különböző részeiben vannak elszórva és mégis egy szervnek alkotórészei. Könnyebb az olyan szervek vizsgálata, a melyek egy tömegbe egyesítik sajátlagos sejtjeiket. Egy olyan apparatus (szerv), a melynek elemei a testben erősen szét vannak szórva, az úgynevezett reticuloendothelialis apparatus. Azt a kérdést, hogy mi bizonyítja azt, hogy ez apparatusnak oly különböző helyeken lévő sejtjei tulajdonképpen összetartoznak, egy kísérlet adataival bizonyítja: tust injiciált nyulak fülvenájába s ennek szemcséit a reticuloendothelialis apparatusnak különböző helyeken lévő sejtjeiben találta meg. Hasonló képeket látott akkor, a midőn a tust a bőr alatti kötőszövetbe fecskendezte: itt is mononuclearis sejtek vették a szemcséket magukba. Megemlékezik a kórbonczani intézetben egyéb anyagokkal végzett hasonló kísérletekről. E vizsgálatok kiderítették azt, hogy a makrophag apparatusnak két részlete van: az egyik, a mely a vérpályák falát alkotja, a másik, a mely a szövetekben, szervekben van. A makrophag apparatus

veszi magába a pusztuló vörösvérsejteket is. A vörösvérsejtek bennük darabokra esnek szét, belőlük pigment képződik, a mely egy idő múlva a vasreactiót adja. Vegyileg ez egyszerű vasvegyületnek bizonyult. A kórbonczani intézetben végzett vegyi vizsgálatok is igazolták, hogy a phagocytáló szervezetben több a vas mint egyebütt. A bőr alatti kötőszövetben és egyéb szervezetben szintén makrophagok veszik magukba a vörös vérsejteket és belőlük hasonlóképpen haemosiderint készítenek. A bonyolult haemoglobín-moleculából a makrophagban egy idő múlva csak az egyszerű összetételű haemosiderint látjuk, a molecula festékes részéből, mint ez vegyi reakciókkal a bőr alatti kötőszövetbe történő vérzések folyadékában kimutatható, epefesték képződik.

Az epefesték-képzés a makrophag apparatus működése; a májsejtek a készített epefestéket csak kiválasztják. Az előadó ilyen szempontból osztályozza a sárgaság fajtáit pangásos, pleiochromiás és paracoliás sárgaságra. A haemolysises anaemiákban az icterus pleiochromiás.

Kétségtelen, hogy a haemolysises anaemiákban és az úgynevezett haemolysises icterusban fokozott a vörösvérsejt-szétesés, és hogy mégsem áll be haemoglobinaemia, annak az az oka, hogy a szétesés nem szabadon a vérben, hanem a makrophag-apparatusban történik. A vörösvérsejtek fokozott szétesésének a jele még tisztázatlan. A vörösvérsejtek pusztulásának oka azonban úgy látszik egyes esetekben mégis csak a lépben van, legalább e mellett szól az, hogy jellegzetes perniciosus anaemiák is gyógyulhatnak splenectomia után. Az előadó bonczolt egy carcinomában elhunyt asszonyt, a kinek lépét több mint két évvel azelőtt kivették. Bonczoláskor az anaemia perniciosának semmi jele sem volt található s a halál előtti klinikai megfigyelés is gyógyulást mutatott. Végül az előadó az állatok perniciosus anaemiájáról és a makrophag apparatusnak a therapiában (colloidalis oldatok injeciálásakor) való szerepéről szól.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Krasemann: Säuglings- und Kleinkinderpflege.

2. Aufl. Leipzig, G. Thieme, 1922.

Egy éven belül második kiadását érte meg *Krasemann* könyve, melyben mindaz, a mire egy gyermekápolónőnek szüksége van, kérdés és felelet formájában röviden, ügyesen összefoglalva bennfoglaltatik. Rövidsége néhol kissé erősen érezteti velünk, hogy egy, az egész anyagot részletesen tárgyaló könyvet, e mellett a tanulók nem nélkülözhetnek s hogy a könyv, mint az egész tárgyat felölelő compendium, tulajdonképpen a vizsgára készülők számára van írva, ahogy azt maga a szerző is elgondolta könyve megírásakor. Ennek a czélnek azonban a legteljesebb mértékben megfelel.

A mű terjedelme 90 oldal s 620 kérdést és feleletet tartalmaz. A kiállítása a nehéz viszonyokhoz képest igen jó. Ára füzve 15 m.

Tüdős dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A haemoklasiás krízisről ír *J. Bauer*. Körülbelül egy évvel ezelőtt mutatott rá *Widal* arra, hogy a májinsufficiens szervezet fehérjetartalmú tápláléknak peroralis bevitelére ágynyugalom és üres gyomor mellett egészen sajtóságon viselkedik, a mennyiben a fehérvérsejtek száma a perifériás vérben erősen csökken (rendes állapotban inkább kissé emelkedik vagy változatlan marad), a verőeres nyomás is csökken, a vérsavó refractiós értéke kisebb lesz és a vér alvadésképesége fokozódik. Ez a haemoklasiás krízis. Létrejöttét *Widal* következőképpen magyarázza. Rendes körülmények között a fehérjék peptonszerű hasadástermékeinek egy kis része a bélből felszívódik, a kapuér vérevel a májba jut és itt ártalmatlanná tétetik. Májbajokban a májnak ez az ú. n. proteopectikus működése hiányos s azért az említett hasadástermékek válto-

zatlanul mennek át a májon és jutnak a nagyvérkörbe éppen úgy, mint a mikor parenteralisan, vagyis a bél és a máj kikerülésével juttatjuk őket a szervezetbe; ilyenkor is (például kevés pepton intravenás befecskendezése után) az áll be, a mi a haemoklasiás krízisben, vagyis a fehérvérsejtek száma és a vérsavó refractiós értéke kisebb lesz és a vér alvadésképesége fokozódik. A haemoklasiás krízis *Widal* szerint megvan a májparenchyma valamennyi diffus megkárosodása esetén. *Bauer* nagyszámú esetben tett vizsgálódásai alapján arra az eredményre jutott, hogy a haemoklasiás krízis beállta csakugyan májinsufficienciára enged következtetni, a krízis hiánya azonban nem szól okvetetlenül rendes májműködés mellett. Mindenesetre hasznos módszer birtokába jutottunk a haemoklasiás krízisben, a magyarázatát illetőleg azonban úgy látszik nem olyan egyszerűek a viszonyok, mint a hogyan *Widal* gondolta, úgy hogy a kérdés még beható további tanulmányozást igényel. (Deutsche med. Wochenschrift, 1921, 50. sz.) Ezzel kapcsolatban megemlítjük *Holzer* és *Schilling* vizsgálatát, a melyek szerint a *Widal*-féle haemoklasiás krízis an- és subacid gyomorhurut eseteiben is megvan, így tehát nem tekinthető specifikusnak a máj csökkent működésére. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 46. sz.)

Sebészet.

A műtét utáni tüdőszövődményekről ír *Mandl*, a ki a Hoehenegg-klinika beteganyagát vizsgálta át. A statisztikából kimaradtak azok a betegek, a kiken a műtét előtt tüdő- vagy szívelváltozást találtak. Mindenekelőtt megfigyelték, hogy a különböző bódító eljárások mily befolyással vannak a post-operatív tüdőcomplicatiók gyakoriságára. Egyszerűség kedvéért megkülönböztettek egyrészt localanaesthesiát (inclusive vezetési és lumbalis anaesthesiát), másrészt általános narcosist, s erre vonatkozólag a chloroform-, az aether- és a Billroth-keverék-narcosis között különbséget nem találtak. Strumánál gyakrabban jelentkeztek tüdőcomplicatiók általános narcosis, mint localis anaesthesia után; herniánál ennek az ellenkezőjét tapasztalták. A mi a gyomorműtéseket illeti, a tüdő-elváltozások gyakorisága inkább a beavatkozás mineműségétől, mint a narcosis módjától függ. Resectióknál gyakrabban fejlődött ki pneumonia, mint gastroenterostomiáknál s itt is általános narcosis után súlyosabb mértékben, mint localis anaesthesia után. Minél távolabb a has légzési körletétől (Atmungsbereich) történik a műtėti beavatkozás, annál ritkábban jelentkeznek a tüdőcomplicatiók. 1379 sérv- és hasműtét után 211 ízben, azaz 14.5%-ban, 1585 esetben végzett fej-, nyak-, szájüreg-, mamma-, rectum- vagy végtag-műtét után csak 135 esetben, azaz 8.5%-ban, sőt meglehetősen legenyégtült rectum-rákban szénvedő 478 betegen végzett radicalis műtét után 19 esetben, azaz 3.9%-ban láttak a tüdő részéről elváltozást. Ezek az adatok a retentiós pneumoniát illetőleg *Czerny* feltevéseinek adnak igazat, mely szerint a pneumonia gyakorisága mindenekelőtt a beavatkozás localisatiójától függ. Jelentőséggel bír a varrás módja is. Így feltehető, hogy a hernia-műtét után beálló pneumoniák oka részben a Bassini-varrat különösen fájdalmas volta, a mennyiben ez s a subjectiv fájdalomérzés a beteg hiányos expectoratiójához vezet, a mi a tüdőelváltozás kifejlődését elősegíti. Fontos szerepet játszik a lehülés is. Így a téli hónapokban gyakrabban láttak kifejlődni pneumoniát; 1919/20-ban, a midőn a fűtés a szénhiány miatt a klinikán nem volt tökéletes, gyakrabban mint máskor. A tüdőcomplicatiók ellen prophylactikusan, a digitoxinnak az erekre való therapiás hatását véve alapul, a Knoll-féle digipuratumnak három-négy cm³-nyi mennyiségét fecskendezték be intramuscularisan vagy a m. tensor fasciae latae-ba, vagy a m. deltoideusba közvetlenül, vagy legkésőbb negyedórával a műtét után. Ily módon sikerült a tüdőcomplicatiókat, melyek ez eljárás nélkül az esetek 27%-ában jelentkeztek, 8%-ra leszorítani. E hatás részben az általános vérelőszlás megváltozásából, részben a tüdőerek azon reakciójából magyarázható, mely a digitoxin felvételére jelentkezik. A gyakorlati tapasztalatot theoretice támogatják *Mautner*, *Pick*, *Schulz* és *Airila* munkái, valamint *Eppinger* és *Wagner* állat-

kísérletei, kiknek újabban sikerült kimutatni, hogy a tüdő erei digitoxinnal befolyásolhatók. A digipuratum adagolása prophylacticum gyanánt különböző aetiologiájú tüdőcomplicatióknál (lehlés, hypostasis, shock, retentio, embolia, aspiratio) igen jól bevált. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 18 szám.)
Tirczka Kolos dr.

Gyermekorvostan.

A cukornapokról a gyermekkori vesegyulladás kezelésében ír E. Czapski a jeni egyetemi gyermekklinikáról. Noorden volt az első, a ki acut nephritisben és a chronikus nephritis exacerbatióinál ajánlja anuria, NaCl- és N-retentio esetén napi 150—200 gramm cukor bevitelét körülbelül 4—5 napon át, hogy ezzel a vesék munkája a lehető legkevesebbé szorítkozzék. A szerző két esetben: 9 éves leányon és ugyanolyan korú fiún alkalmazta a cukorbevitt a súlyos uraemia előtti szakban és meglepő jó eredményt látott. Az oedemák visszafejlődtek, a vizelet mennyisége megszaporodott, fehérjertartalma csökkent, míg a NaCl- és N-kiválasztás egyszerre magasra emelkedett. A szerző két egymásutáni napon át egy heti időközben megismételve adott a betegeknek a testsúly kg.-jára számítva 10 gr. cukrot. Ezt egy liter malátakávéban feloldva, tetszésszerinti időközben egy nap alatt fogyasztotta el. A betegek nagyon szívesen vették, semmi nemű dyspepsiás zavart nem okozott. A cukornapok hatásmódját a szerző következőképpen magyarázza: a cukor a szervezetben tökéletesen elégvén, kiválasztása nem ró a vesére nagyobb munkát, mint a folyadék maga, úgy hogy a vese egész megmaradt functionalis képességét a szervezetben felhalmozott NaCl és N kiválasztására fordíthatja. A cukornapok alkalmazását mint egyszerű és kellemes diietetikai segédeszközt a szerző nagyon ajánlja a gyakorlati orvosok figyelmébe. (Klinische Wochenschrift, 1922, 1. szám.)

Farnos Ilona dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A hypotonin vérnyomást csökkentő hatását vizsgálta Dresel a berlini egyetem 2. számú belklinikáján. Genuin hypertonia kezdeti szakában csaknem kivétel nélkül nagyon jó volt az eredmény; előrehaladt súlyos esetekben ugyan nem lehetett a vérnyomást a rendes értékére leszorítani, de azért ilyenkor is megvolt a kedvező, még pedig hosszabb ideig tartó hatás. Kellemetlen melléktüneteket nem okoz a hypotonin (egy diamino-csoport összeköttetése isovaleriana-savval), csak néhány esetben mutatkozott múltó émelygés. A hatás lassan, többnyire 3—4 nap múlva következik be. Naponként 2—3-szor adandó egy 0,3 grammos tableta, ezt 10 nap múlva 3—5 napos szünet követi; ilyen módon váltogatva használandó a szer 2—3 hónapig. (Klinische Wochenschrift, 1922, 9. szám.)

Csecsemőkori tetania több esetében *Freudenberg* és *György* a heidelbergi egyetem gyermekklinikáján jó eredménnyel használta a szalmiákot (ammonium chloratum purissimum), a melyből fiatalabb csecsemőknek 3 grammot, körülbelül egy éveseknek pedig 6 gr.-ot kell adni naponként, 5 részletre elosztva, 10%-os oldatban a táplálékhoz (tej, pép) keverve. A szerzők megjegyzik, hogy postoperatív tetania egy esetében is sikerrel alkalmazták a szalmiák-therapiát. (Klinische Wochenschrift, 1922, 9. szám.)

Vegyes hírek.

Holzwarth Jenő dr.
Meggalt 1922 április 14.-én.

Keresztény megadással, hősiessé tirt hosszú testi és lelki szenvedés után nyugodni tért a Röntgen-sugarak első magyar áldozata, nehezen betölthető ürt hagyva szűkebb szakmájában, a sebészetben, a melyet oly nagy szeretettel művelt, a meddig a Röntgen-sugarak okozta roncsoló folyamat következtében fokozatosan csonkuló kezei csak bírták; s az orvosi közigazgatásban, a melyet az utóbbi években már súlyosan beteg szervezete dacára is oly eredményesen szolgált. De szinte betölthetetlen az az ürt, a mely megmaradt mindazok szívében, a kiket oly

korán kettétörtött életében jó sorsuk bármi múltó érintkezésbe hozott vele. Emlékét kegyelettel fogjuk őrizni és átadni a jövőendő nemzedékeknek!

Kitüntetés. A kormányzó *Sándorfi Miksa* dr. tiszteletbeli megyei főorvosnak, nyugalmazott veszprémi járásorvosnak a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1922 április 29.-én tartandó tudományos ülésének napirendje a következő: *Bemutató:* 1. *Holitsch Rezső:* Érdekesebb fogröntgenképek. 2. *Rihmer Béla:* Prostatazsugorodás miatt 20 éve fennálló teljes vizeletrekedés műtéttel gyógyítva. *Előadás:* 1. *Duzár József:* Encephalitisserü járvány csecsemő-osztályon. 2. *Keller Kálmán:* Hypertoniás oldatok intravenás infúziójának osmosis hatása. Therapiás megjegyzések.

Közegészségügyi ministeriumot létesítettek újabban Kanadában, Délafrikában, Ausztráliában és Japánban.

Dr. Cukor Miklós Liget-sanatoriumi főorvos orvosi működését Franzensbadban május hó 1.-én megkezdi. (Telefon József 61—04.)

Lapunk mai számához *Balla Sándor* és *Társ*a gyógyszerészeti laboratorium prospectusa van mellékelve.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

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

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

DAJKA- INTÉZET, VI., Szív-uteza 69, Telefon 93—22. Wassermannra vizsgált, bőtejű, orvosilag megfigyelt dadákkal állandóan rendelkezik.

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

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

RÖNTGEN-ODELGA

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

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrása.

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

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

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: Dr. Mel'ha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER- ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

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

PÁLYÁZATOK.

1648/1922. szám.

Zalavármegye tapolczai járásához tartozó újonnan rendszeresített kővágóörsi községi orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Javadalom: Természetbeni lakás, 1600 korona törzsfizetés, megfelelő államssegélyek és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

Egyben a megválasztottra nézve a község biztosítja, hogy a községhez tartozó Révfülöp fürdőhelynek hivatalos orvosa lesz.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi május hó 20.-áig küldjék be.

A választás idejét külön fogom kitűzni.

Tapolcz, 1922. évi április hó 9.-én.

Polgár Ferencz s. k., fősolgabíró.

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.

Tóthfalussy Imre: Közlemény a kir. magy. Pázmány Péter tud.-egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., egy. ny. rendes tanár.) Az Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztésről. 167. oldal.

Tornai József: Adatok a szívbetegségek kórtanához, diagnostikájához és orvoslásához. 169. oldal.

Keszly István: A soproni Erzsébet-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató-főorvos: Király Jenő dr.) Circularis hüvelyszakadásnak érdekes esete. 170. oldal.

Kopits Jenő: Holzwarth Jenő dr. †. 171. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (VII. rendes ülés 1922 márczius 4.-én. 172. oldal.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. K. Zieler:* Die Geschlechtskrankheiten. Ihr Wesen, ihre Erkennung und Behandlung. — *Lapszemle. Belorvostan. Snapper:* A colica porphyruricáról. — *Sebészet. Wohlgemuth:* Késő vérzés léprepedés után. — *Gyermekorvostan. G. Stern:* A csecsemőkori ruminációról. — *Veneréus betegségek. F. W. Oelze:* A neosalvarsan-cyarsalnak egyidejű kombinált injectiója. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 173—174. oldal.

Vegyes hírek. 174. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a kir. magy. Pázmány Péter tud.-egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., egy. ny. rendes tanár.)

Az Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztésről.*

Irta: Tóthfalussy Imre dr., egy. tanársegéd.

A gyomor- és duodenum-fekély sebészete az utolsó években nagy változásokon ment keresztül, a nélkül, hogy most már véglegesen megállapodott irányelvekről szólhatnánk. A míg néhány év előtt még arról folyt a vita, vajjon ulcus pepticum esetén csak gastroenterostomiát végezzünk-e, vagy pedig a pylorust ideiglenesen vagy véglegesen kirekesszük, addig ma már azok a sebészek, a kik nagy statisztikákkal, sőt ezrekremenő (*Ch. H. Mayo*,¹ *Haberer*²), operált és utóvizsgált gyomoresetekkel rendelkeznek, azon álláspont felé közelednek, hogy ulcus esetén, ha csak lehet, mindig reszekáljunk, ha pedig nem lehet, csak egyszerűen gastroenterostomiát végezzünk.

Jelen dolgozatban a II. sebészeti klinika 8 éves anyaga alapján igyekeztünk ezeket a vitás kérdéseket némely szempontból megvilágítani, még pedig az Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztés eredményeinek bírálata alapján.

A műtét, melyet *Doyen*, majd tőle függetlenül *Eiselsberg*³ végzett először, lényegileg abból áll, hogy a gyomrot a pylorus felett közvetlenül, vagy az antrum pylorinál keresztben átvágjuk, a gyomorlumeneket vakon elzárjuk és azután a cardia felé eső gyomorrésztelen rendes gastroenterostomiát végzünk.

Valamely műtéti eljárást helyesen megítélni csak úgy lehet, ha nemcsak a momentan elért operatív eredményeket tekintjük, hanem a végső gyógyulási eredményeket is mérlegeljük; különösen áll ez a gyomorműtétekre, melyeknél az eredeti gyomorbaj recidivájával még évek múlva is számolni kell.

Hosszú éveken keresztül az egyszerű gastroenterostomia dominálta az ulcus pylori és duodeni terapiáját, csak a mikor a tapasztalat azt mutatta, hogy nyitott pylorus mellett nagyon gyakran nem gyógyul ki az ulcus, továbbá, hogy könnyen vérzés és más szövödmények jelentkezhetnek, akkor kezdtek áttérni a beteg gyomor- vagy duodenumrésztelen kirekesztésére; végezték még inoperabilis pylorus-carcinoma eseteiben is a kirekesztést (*Eiselsberg*³), hogy ezáltal megakadályozzák a tumor irritációját a gyomornedv által, és így a tumor perforációját és az esetleges vérzést megelőzzék, de ezt az indicatiót mai nap már csaknem minden sebész elhagyta. Mint ritkább indicatiót megemlíthetjük még az esetlegesen fennálló duodenalis sipolyt is.

* Előadás a Magyar Sebésztársaság 1921 szeptember 14—16.-án tartott nagygyűlésén.

Hogy ulcus pepticum pylori vagy duodeni mely eseteiben végezzünk pylorus-kirekesztést, és hogy egyáltalában ez a műtét jogosult-e, arra vonatkozólag a vélemények nagyon eltérők és a kérdés még koránt sincsen tisztázva. Egyes sebészek, mint például *Haberer*, a kik azelőtt az ulcus duodeni és a pylori műtéténél a pylorus-kirekesztést az egyedül célhozvezető terapiának tartották, a legutóbbi időben a kirekesztés ellen szólaltak fel és az ulcus resectiója mellett foglalnak állást; sőt vannak, a kik egyenesen károsnak minősítik ezt az eljárást (*Mayo*), és maga *Eiselsberg* is nagyon visszavonult eredeti álláspontjától, a mennyiben szintén a resectiót ajánlja.

Hogy egyik methodussal sem érhetünk el tulajdonképpen végleges eredményt, annak magyarázata abban rejlik, hogy a míg a bajnak okát nem ismerjük, nem is tudjuk ezt az okot megszüntetni. A míg az ulcus aetiológiája tisztázva nincs, nem is várhatunk az eddigi műtéti eljárásoktól teljes bizonyossággal gyógyulást. Hogy mennyiben sikerül az eddigi teoriák szerint az ulcus pepticumot okozó hyperchlorhydriát, hypersecretiót, angiospasmust és legfőképpen az ismeretlen eredetű *ulcusos dispositiót* műtéti eljárásainkkal kedvezően befolyásolni, arról véleményt adni még korai volna.

Vizsgáljuk most azokat a befolyásokat, melyeket a pylorus-kirekesztés a gyomor- vagy duodenalis ulcus pepticumra gyakorol. Elsősorban megakadályozza, hogy a savanyú és többnyire hyperacid gyomornedv állandóan izgassa a fekélyes területet, és így a fekély gyógyulásának egyik feltétele adva van. Igaz, hogy az egyszerű gastroenterostomiának is meg lehet ez a hatása, a mennyiben az ilyen betegek majdnem mindig fennálló pylorospasmus következtében a gyomortartalom a gastroenterostomia nyílásán keresztül ürül és így a fekély szintén nyugalomba jut. Hanem éppen olyan mértékben, a mint a fekély gyógyul, a pylorospasmus is enged és tapasztalatból tudjuk, hogy nyitott pylorus mellett a gyomortartalomnak egy része vagy akár az egész is a gastroenterostomia daczára a pyloruson halad át, a mi által a gyógyulóban lévő fekély recidiválásának feltétele ismét bekövetkezik.

A subjectív tünetek közül a fájdalom az, mely a pylorus-kirekesztés által úgyszólván egy csapásra megszűnik, nemcsak azért, mert a gyomortartalom nem érinti a fekélyes területet, hanem azért is, mert a gyomor átvágása által a kizárt fájdalmas pylorus nem vesz részt a gyomor peristaltikájában; a kirekesztett gyomorreszen esetlegesen fennálló perigastritikus összenövések sem vongáltatnak, a mi szintén fájdalomcsökkenéssel jár; a kizárt pylorus idegei szintén átlesznek végva, a mire maga *Eiselsberg* is nagy súlyt fektet.

A gyomor átvágásának kedvező következménye azonkívül a kirekesztett rész nyálkahártyájának atrophijája, kevesebb gyomornedv képződik benne, a mi tehát ismét jótékony hatással van a fekély gyógyulására.

Egy másik előnye a pylorus-kirekesztésnek, hogy circulus vitiosus nem képződhetik; igaz, hogy ez a complicatio hátulsó gastroenterostomiánál ritka, nem is láttuk soha, de mégis előfordulhat.

A gyomorchemismus is bizonyos változásokon megy keresztül, aminek magyarázatára vonatkozólag azonban nagyon eltérők a vélemények; a tapasztalat által beigazoltnak látszik, hogy a gastroenterostomia következtében a gyomorba folyó alkális pankreasnedv és epe lejjebb szállítja a többnyire jelenlevő hyperaciditást; azonban azt is tekintetbe kell venni, hogy a kirekesztés által megszüntetett pylorus-reflex gátlólag hat a gyomor motilitására és a gyomornedv képződésére; ennek következtében az étel tovább pang a gyomorban és kevesebb gyomornedvvel érintkezik, a mi elősegíti a különböző bomlásfolyamatokat és így az amúgy is beteg nyálkahártyát károsan befolyásolja.

Hogy eme, a gyomor lassúbb kiürülésére vonatkozó theoria helyes-e, annak a mi tapasztalataink mindenesetre ellentmondanak, mert a mint a Röntgen-utóvizsgálatokkal meggyőződöttünk, a gyomor az Eiselsberg-féle műtét után gyorsabban ürül ki, tehát ételpangásnak alkalom adva nincs.

A pylorus-kirekesztésnek rovására írnak még egy késői műtéti complicatiót, t. i. azt, hogy ezen műtét után állítólag sokkal gyakrabban jelentkezik ulcus pepticum jejuni. *Haberer* 20%-ban látta, míg egyszerű gastroenterostomia eseteiben ez az arány 1% volt és ulcus-resectióknál pedig egyáltalában nem fordult elő. Ezt úgy magyarázza, hogy a visszamaradó pyloruson jelentkező spasmusok reflexes úton növelik az ulcusos dispositiót. Mi ezt a complicatiót 14 utóvizsgált eset közül egy esetben láttuk, a mi 7%-nak felel meg, tehát nem olyan gyakran, mint *Haberer*.

Az Eiselsberg-féle kirekesztés előnyeinek és hátrányainak rövid vázolója után lássuk az indicatiókat, melyeknél eddig ezt a műtétet végeztük.

A gyomor- és duodenalis fekély sebészi kezelésére vonatkozólag a II. sz. sebészeti klinika irányelve az, hogy a műtéti beavatkozás akkor jogosult, ha hosszabb ideig tartó belgyógyászati kezelés mellett a beteg nem javul, ha állandó vérzések a beteget lerontják és röntgenologic elváltozás kimutatható; ez az utóbbi feltétel hiánya azonban nem teszi feleslegessé a műtétet. A betegeket csaknem kivétel nélkül már akkor kapjuk, a mikor azok eredménytelen belgyógyászati kezelés után maguk kívánják a műtétet.

Magát az Eiselsberg-féle kirekesztést olyan esetekben végeztük, midőn a műtétkor kiderült, hogy a pyloruson, az antrumon vagy a duodenumban látható vagy tapintható ulcus van jelen. Még olyan esetekben is végeztük, a melyekben kóros elváltozást ugyan sem látni, sem érezni nem lehetett a pyloruson vagy duodenumon, azonban az állandó occult vérzések, a typosos fájdalmak, nyomási érzékenység stb. miatt ilyen peptikus fekély létezését okvetlenül fel kellett vennünk. Heges pylorus-szűkület mellett is végeztük némely esetben, akkor, ha a hegesedés még nem látszott véglegesen befejezettnek, de félni lehetett attól, hogy az ulcerosus folyamat exacerbál. Természetesen régi, kemény heges pylorusok esetén megelégedtünk az egyszerű gastroenterostomiával. Malignus daganat egy esetében sem végeztük a műtétet, úgyszintén duodenalis sipolyt sem volt alkalmunk látni és ennek gyógykezelésére a pylorus-kirekesztést megkísérelni.

Arra a talán jogosan feltehető ellenvetésre, hogy reszekálható ulcusokat miért nem távolítottunk el resectióval, csak azt jegyezzük meg, hogy eseteink legnagyobb része arra az időre esik, midőn az ulcus operatív terapiája még nem terelődött olyan radicalis irányba, mint most; az álláspontunk még ma is az, hogy az ulcus resectiója sokkal nagyobb beavatkozás lévén, mint akár a gastroenterostomia, akár a kirekesztés, olyan esetekben, a melyekben a beteg állapota ezt a nagy beavatkozást contraindikálja, inkább pylorus-kirekesztést végzünk. Természetesen callosus ulcus-esetekben, a melyekben néha a műtétkor sem lehet eldönteni, vajjon nem carcinomával állunk-e szemben, mi is feltétlenül a resectio hívei vagyunk.

Ulcus duodeni eseteiben eddig sohasem végeztünk resectiót, hanem a priori mindjárt kirekesztést végeztünk; hogy ulcus duodeni eseteiben, a mint azt különösen *Haberer* kiemeli, éppen a pylorus-kirekesztés az oka a postoperatív ulcus pepticum képződésének, azt a mi tapasztalataink nem látszanak megerősíteni.

A mi a műtéti technikát illeti, a kirekesztést mindig az antrum pylorinál, tehát 1—2 harántujnyira a pylorus felett végezzük, még abban az esetben is, ha közvetlenül a pyloruson vagy magán a duodenumon székel a bántalom. Mind-egyik esetben Hüttl-féle varrógéppel dolgoztunk, mely teljesen asepsissé teszi a műtétet és rendkívül meggyorsítja. Csak két esetben láttuk a gépnek hátrányát, midőn a gépvarrás az egyik esetben egy másik ulcuson haladt át, melyet műtétkor nem is láttunk és ebből halálos vérzés támadt a gyomorür felé; a másik esetben a gépvarrás még heges gyomor területre esett, a mi azután varrat-insufficienciára vezetett. De általában a gép működésével nagyon meg voltunk elégedve.

A mióta egyik esetünkben előfordult, hogy a cardialis gyomorcsonk első vége kitágult és elvesztvén az omentum minus átvágása által függesztő készülékének egy részét, lelogott a kismedencze felé és ezáltal ebben a gyomorcsonkban pangás állott be, mindig úgy járunk el, hogy a két vakon elvarrt gyomorcsonkot három catgut-öltéssel egymással összevarrjuk, miáltal a gyomor helyzete normalis alakot ölt.

A cardialis gyomorcsonkon mindig gastroenterostomia retrocolica postica verticalist (*Mayo*) végzünk, lehetőleg rövid jejunalis kacsccsal.

Lássuk most röviden eseteink statisztikai kimutatását, mely sajnos, nem tökéletes, mert a betegek egy része megszallt területen lévén, kérdezősködésünkre választ nem kaptunk. Az 55 eset közül 47 férfi, 8 nő; a 40 éven felüli kor erősebben volt képviselve. Ulcus pylori 42 esetben volt jelen, beleszámítva ebbe a még florid és a már lezajlóban levő ulcusokat, melyeken már hegesedést tapintottunk, vagy pedig láttunk a megfelelő serosa-részleten. 4 esetben a kiscsörgőbületen a pylorus felett volt az ulcus tapintható; 5 esetben a duodenumon lehetett kétséget kizárólag az ulcust megállapítani. 2 esetben perigastritiszes összenövések következtében a pylorus szögletörést szenvedett és ez okozta a beteg panaszát.

A mi a műtéti halálozási arányszámot illeti, az sajnos, elég magas: 14.4% (55 esetből 8). Ebbe azonban bele van számítva 5 halálos bronchopneumonia a műtétet követő 2—23. napon, a mi bár természetesen a műtéttel szorosan összefügg, de mégsem írható a pylorus-kirekesztés rovására, hiszen előfordulhatott volna egyszerű gastroenterostomia után is. Directe a műtét rovására három eset írható, két halálos utóvérzés és egy diffus peritonitis. Az utóvérzések közül az egyik a duodenalis csonkból történt arrosio folytán, a másik azáltal keletkezett a cardialis gyomorcsonkból, hogy a gépvarrás egy másik, a műtétnél nem észlelt ulcus ventriculin ment keresztül. Egy peritonitis pedig azért állott elő, mert a gépvarrás egy a kiscsörgőbületen ülő ulcus mellett még heges gyomor falon haladt át és daczára a pontos serosa-varratnak, melylyel a gépvarrást természetesen mindig elszütyesztjük, a varratok mégis szétváltak.

A mi már most a késői eredményeket illeti, sajnos, csak 14 esetben sikerült eddig magán a betegen pontos utóvizsgálatokat végezni. A legrégebbi utánvizsgált eset 7 éves és 8 hónapos, a legfiatalabb 6 hónapos.

Hogy mindjárt azzal a súlyos complicatióval végezzünk, melyet legújában a pylorus-kirekesztés rovására írnak, tudni illik a postoperatív ulcus pepticummal, ez a 14 eset közül csak 1 esetben volt röntgenologic megállapítható; a beteg a műtét után 8 hónapig nagyon jól érezte magát, majd újra kezdődtek a gyomorpanaszai. A Röntgen-vizsgálat ulcus pepticumot mutatott a gastroenterostomia helyén, tehát ott, a hol az postoperative elő szokott fordulni. A beteg állapota azonban diaetás kezelésre annyira javult, hogy újabb műtéti beavatkozásra nem volt szükség.

A többi 13 eset recidivamentes; a pylorus-kirekesztés utáni ulcus pepticum jejuni complicatióját tehát az esetek 7%-ában láttuk (14 eset közül 1 eset), a mi messze visszamarad a *Haberer* által tapasztalt 20%-tól.

A többi utóvizsgált beteg teljesen jól van. A legtöbbön 6—18 kgr.-nyi hízást konstatahadtunk. A gyomor chemismusára vonatkozó utóvizsgálatok minden esetben a hyperaciditas és hyperchlorhydria csökkenését mutatják. A Röntgen-utóvizsgálat szintén kedvező: a gyomor minden esetben jól ürül, az azelőtt tágult gyomor feltűnően megkisebbedett, általában a köldök felett egy harántujjnyira terjed. Tehát nem konstatahadtuk azt, a mit különösen a Hochenegg-iskola kifogásol a pylorus-kirekesztésre vonatkozólag, hogy a gyomortartalom tovább pang a gyomorban, mint egyszerű gastroenterostomiánál.

Röviden összefoglalva tapasztalatainkat, nyugodtan állíthatjuk, hogy bár a pylorus-kirekesztés nem felelt meg teljesen azoknak a várakozásoknak, melyeket annak idején hozzáfűztek, mégis arravaló esetekben üdvös hatással van az ulcus további sorsára és a betegnek végleges gyógyulást nyújthat; a míg azonban az ulcusos dispositiót nem fogjuk kellően megismerni és ezzel a causalis therapiának nem lesznek megadva a feltételei, addig egyik műtéti methodus sem lesz tökéletes.

(Megjegyzés: A jelenlegi nehéz sajtóviszonyok miatt a kórtörténeteket még kivonatban sem közölhetjük, sem az egyes esetek kritikai tárgyalásába nem bocsátkozhatunk; az irodalmi adatok is csak a legfontosabb dolgozatok megemlítésére szorítkozhatunk.)

Irodalom. ¹ *Mayo Ch. H.*: Gastric and duodenal ulcers. *Annals of Surgery*, 1921, 73. k. — ² *Haberer*: Über Prophylaxe und Therapie des Ulcus pepticum jejuni. *Therapeutische Halbmonatshefte*, 35. évf., 7. füzet. — ³ *Eiselsberg*: Über Ausschaltung inoperabler Pylorus-Stricturen. *Archiv für klinische Chirurgie*, 1895, 50. k.

Adatok a szívbetegségek kórtanához, diagnostikájához és orvoslásához.

Irta: *Tornai József* dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

A rézsutos elhelyezést a legtöbb beteg hamar megszokja és akár órákon keresztül is meglehetősen jól tűri. Egyébiránt ez az elhelyezés még csak kényelmetlenséget sem okozhat az aortaszájadék bajaiban szenvedőknek. Hisz régóta tudjuk, hogy éppen az ilyen bajban szenvedők, egyenes ellentétben más billentyűhibában szenvedőkkel, vízszintesen (akár párna nélkül is) fektüdni nemcsak tudnak, hanem szeretnek is. Egyébiránt ebben a körülményben is, mint tudjuk, a természetnek korrigáló törekvése nyilvánul meg. Mert hiszen csak természetes, hogy aortainsufficiencia mellett vízszintes helyzetben az aorta mellékágai, illetőleg a hajszálerecskék könnyebben juthatnak kellő mennyiségű verőeres vérhez, mint ülő vagy álló helyzetben. Ebből pedig önként következik, hogy rézsutfektetéssel a természetnek említett kompenzáló törekvését nagyon hatásosan támogathatjuk.

Intelligens betegeink közül egyik-másik a nélkül, hogy a rézsutfektetés céljával tisztában lett volna, önként megjegyezte, hogy ezen fekvésben a szíve sokkal nyugodtabb s a kellemetlen szívdobogás, szorítás-, feszülés-érzés a szív-tájékon határozottan engedett. Némelyik beteg azonban a rézsutfektetés első pillanatában úgy érzi, mintha vére kissé a fejébe tódulna. Másik meg bizonyos „kopogást” érez a fejében. De mindezek a jelenségek csekélyfokúak és nagyon hamar múlnak. Minden valószínűség szerint felvehetjük, hogy a rézsutos fekvésnek első pillanataiban — a meddig ugyanis a szívből és aortából kiöntött vérnek egyenletes elosztódása a nagyvérkörben bekövetkezik — a test felső felébe s így az agyba is nagyobb vértömeg kerül. A minek egyébiránt egyik objectív bizonyítéka az arcnak ilyenkor többször látható kipirulása. Ezen körülményeknek szemmel tartásával az ágy végének felemelését, különösen pedig idősebb egyének nagyobb fokú aortainsufficienciája eseteiben lehetőleg lassú tempóban kell eszközölni, valamint az eljárás befejeztével az ágy lábának lebocsátását is, hogy a vér elosztódásában, főképpen az agy felé, nagyobb hullámzást ne okozunk.

Az ilyen mérsékelt rézsutos fekvésben a szív hossz tengelye és a test hossz tengelye közötti szöglet nem igen változik meg, illetőleg a szív nem kerül haránt helyzetbe. A rekesz ilyen testhelyzetben még alig, vagy egyáltalán nem nyomul magasabbra, s így a mellüri negatív nyomás sem változik. A lélekzés és mellüri vérkeringés mechanizmusa semmit sem szenved ezen testhelyzetben. Az ágy végét azonban nem szabad, de nem is szükséges még magasabbra emelni, mert akkor már a rekesz is magasabbra nyomul és így a szív hossz tengelye is más helyzetbe kerülhet, miért is közte és a nagyerek, főképpen az aorta tengelye között már bizonyos elcsavarodás támadhat, a mi pedig a vérnek a szívből való szabad kiáramlása útjába, mint már említettük, jelentékeny akadályt gördít.

Annak bizonyosságát, hogy aorta-insufficiencia esetében a rézsutos elhelyezésnek az egész vérkeringésre határozottan korrigáló jelentősége van, a vérnyomásméréssel számadatokban is megtalálhatjuk. Ezen billentyűhiba esetében, tudvalévőleg, a vérnyomásméréskor meglehetősen jellemző adatokat szoktunk nyerni. A legáltalánosabb az, hogy kifejezett insufficiencia esetében a minimalis (diastolés) nyomás rendkívül alacsony, sokszor jóformán nulla szokott lenni. Ellenben a maximalis nyomás — a meddig ugyanis a bal kamara izomereje megtartott — meglehetősen magas. A kisebb verőerekbe és főképpen a capillariskba tehát éppen csak annyi vér juthat, a mennyit a szív a systolés vérhullám tetőfokán oda átdobott. Holott a véráram egyenletességének, folytonosságának fenn tartásában a diastolés, állandó nyomásnak volna jóformán a legjelentősebb szerepe.

Magam több ilyen betegen, a betegnek különféle testtartásban és helyzetben eszközöltem ismételtén vérnyomásmérést. És szinte törvényszerű következetességgel úgy találtam, hogy a minimalis vérnyomás vízszintes helyzetben nagyobb, mint ülő helyzetben, és rézsutos fekvésben viszont jóval nagyobb, mint vízszint-fekvésben. Ilyenkor megközelíti a rendes, physiologiás fokát. Ellenben a maximalis nyomás vízszint-fekvésben határozottan kisebb, mint ülő helyzetben, és rézsutfekvésben még valamikéval kisebb, mint vízszintfekvésben. Ez adatokból, úgy hiszem, joggal következtethetjük, hogy vízszintes helyzetben, de még sokkal inkább rézsut fekvés az arteriákból diastole idején is meglehetősen nyomás alatt, egyenletesen áramlik a vér a capillariskok felé. Egészséges szívű és egészséges érrendszerű egyénekben a vérnyomás maximuma és minimuma is vízszint-fekvésben kissé magasabb, mint ülő helyzetben; rézsutfekvésben pedig a vérnyomás vagy ugyanazon a fokon marad, mint vízszintfekvésben volt, vagy úgy a minimum, mint a maximum még vagy 1—3 fokkal továbbemelkedik.

Aorta-insufficienciásokon elég érdekes a pulsus viselkedése különféle testtartás mellett. A pulsus száma fekvő helyzetben valamivel alacsonyabb, mint álló, vagy ülő helyzetben. Rézsutfekvésben vagy ugyanaz marad, mint vízszintes testhelyzetben, avagy 1—2-vel még kevesebb lesz. De sokkal jellemzőbb a pulsus minőségének, teltségének változása. A míg ugyanis álló, vagy ülő helyzetben kifejezetten peczkelő pulsust kapunk, addig a pulsus e peczkelő jellegét vízszintes, de még sokkal inkább rézsutos testhelyzetben jóformán egészen elveszíti és a rendes, szelid pulsus képében jelentkezik. Érthető, hogy az ilyen testhelyzetben az egész verőeres rendszert szintén megkíméljük, pihentetjük, a peczkelő, durva pulsusnak szünet nélkül való koptatásától.

A rézsutfektetésnek a diagnostika szempontjából is többször, még pedig több kérdésben vehetjük hasznát. Legtöbbször azt a kérdést, hogy adott esetben az aorta-insufficiencia tisztán, avagy más billentyűhibával társulva áll-e fenn, a leghamarább és legbiztosabban az e testtartásban való vizsgálással dönthetjük el. Aorta-insufficiencia eseteiben, tudvalévőleg, többször hallunk az egész szív felett erős systolés zörejt is, de nem mindig mondhatjuk ki egész határozottan, hogy mitralis insufficiencia is fennforog-e vagy sem. Különösen pedig azt nem, hogy a mitralis insufficiencia endocarditis alapján származott-e, avagy pedig — a mi ilyen esetben szintén

gyakori — a bal kamarának pangásos kitágulása nyomán támadt muscularis (vagy relativ) insufficientia? Rézsutos fekvésben, mint említettük, az aorta-insufficiencia diastolés zöreje jelentékenyen elhalványul, megrövidül, sőt esetleg egészen eltűnik. A valóságos mitralis insufficientia zöreje pedig éppen ilyenkor jut érvényre, ellenben a pangásosan kitágult bal kamara visszahúzódása folytán a muscularis vagy relativ insufficientia és ennek systolés zöreje többé-kevésbé megszűnik. Különbözik pedig a valódi — valvularis — mitralis insufficientiának systolés zörejét több esetben *csakis ilyen testtartásban* hallottuk egészen tisztán és elkülönítve. A pulmonalis második hangjának ékeltsége is többször csupán ebben a testhelyzetben vált kifejezetté. A bal gyűjtőeres szájadék szűkületének tünetei is sokszor csak ezen testtartásban észlelhetők. Az aortainsufficiencia diastolés zöreje, mint ismeretes, gyakran olyan erős és hosszúra nyúló, hogy minden más zörejt szinte elföd. Rézsutfektetéskor aztán a gyűjtőeres szájadék szűkületének diastolés, illetőleg praesystolés zöreje természetesen jobban érvényesülhet. Ugyancsak jobban érvényre jut így a szívcsúcson az első hangnak a stenosisra jellemző koppanó saját-sága.

Ebben a testtartásban dönthetjük el egész biztosan a kérdést, hogy az aorta-insufficiencia tünetei mellett a bal gyűjtőeres szájadék szűkületének talált tünetei valóságos szűkülettől, avagy — a mi éppen aorta-insufficiencia esetében szintén nem ritkaság — csupán csak az úgynevezett Flint-féle relativ, functionalis szűkülettől eredők-e? Utóbbi esetben ugyanis a szűkület tünetei rézsutfektetésben természetesen inkább elhalványulnak.

Meg kell azonban említeni, hogy az aorta-insufficienciás bal kamara nemcsak rézsutfekvésben, hanem az egyszerű jobb oldalon való fekvésben is megkisebbedik, visszahúzódik, s a diastolés zöreje így is kissé megrövidül, míg ellenben a többi így is inkább érvényre juthat. Azonban mindez a rézsutfektetésben jóval tisztábban és sokkal kifejezettebben érvényesül.

Még külön is kiemelem, hogy azt a kérdést, hogy a mitralis insufficientiának aorta-insufficienciával társuló, egyébképpen bármely testhelyzetben kétségtelenül felismerhető combinatiója mellett stenosis ostii venosi sinistri is fennforog-e, vagy sem, mi sok esetben egyesegyedül csak a rézsutfektetésben való vizsgálással tudtuk eldönteni.

Az utóbbi időben néhány olyan esettel volt dolgom, a melyben a szívnek jelentékeny megnagyobbodása, rendetlen, majdnem az arhythmia perpetua típusában nyilvánvaló működése, pangásos jelenségek stb. alapján a többnyire már idősebb egyénekben myodegeneratio cordis és ezzel együtt természetesen teljesen kilátástalan prognosist vettünk fel. Rézsutfektetéskor azután az egyik ilyen esetben a tiszta, egy másik esetben pedig a mitralis insufficientiával társult stenosis ostii venosi sinistrine könnyen felismerhető kifejezett tüneteit találtuk. Mindakét betegünkön azután a compensatio, bár lassan, hetek alatt, de teljesen helyreállt.

A rézsutos testhelyzetben való vizsgálat alkalmával, mint az eddig elmondottakból is kiviláglik, a szívizomnak erőbeli állapotára vonatkozólag is elég felvilágosítást nyerhetünk. A többek között ebben a fektetésben megtudhatjuk, hogy a bal kamarának kitágulásából mennyi esik a compensatio és mennyi a decompensatio rovására? Kellő szív-erő mellett a rézsutfektetésben visszahúzódott bal kamara a fektetés megszűnte után is, mint már említettük, megkisebbedett alakját legalább egy ideig megtartja. A mitralis szájadék bajaival való társulás esetében, ha rézsutfektetéskor a bal pitvar, illetőleg a jobb szív kitágul — a mit nemcsak Röntgen-átvilágítással, de egyszerűen kopogtatással is könnyen és biztosan felismerhetünk —, ebből az említett szív-részek izomerejének gyengeségére, kifáradottságára joggal következtethetünk. Ha a bal gyűjtőeres szájadék szűkületének esetében a hallott praesystolés zöreje ebben a testtartásban gyengébb avagy talán egészen el is tűnik, ez természetesen a bal pitvarnak kifejezett gyengeségét jelenti.

Az elmondottakból az egyszerű rézsutfektetésnek úgy diagnostikai, mint orvoslástani jelentősége eléggé kiviláglik.

Az orvoslástan szempontjából a physikai orvoslásmódoknak ama csoportjában foglalható az, szerény nézetem szerint, méltó helyet, a melyikbe mai felfogásunk szerint az úgynevezett szívkimélő eljárásokat sorozzuk. Alkalmazásától adott esetben annál nagyobb sikert várhatunk, minél előbb kezdjük meg annak rendszeres használatát. Vagyis tehát már abban az időben, a mikor a szívizom még kellő erővel, frissességgel rendelkezik.

Egyébiránt bizony nagyon üdvös és kívánatos volna, ha ezt a szabályt általában a szívbetegségek orvoslásában mindenkor hűségesen be is tarthatnánk. Mennyi bajt és szenvedést lehetne elkerülni, ha a testi s lelki izgalmaktól kifáradt, meggyötört s kimélést, pihenést áhító és azt jogosan igényelő szívet mindenkor, még pedig idejében, érdeme szerint kipihentetnők? Digitalisszal helyre nem hozható hibákat és mulasztásokat már soha többé nem pótolhatunk. Friss, elég jó erőben levő szívnek még nem kell a digitalis, a túlfárasztott, kimerült szívnek már nem használ a digitalis. A physikai orvoslástan egyes tényezőinek a megfelelő helyen, időben és megfelelő formában való czéltudatos, rendszeres alkalmazása többet használhat, mint valamennyi belső orvosszerünk együttvéve.

Az előbbiek alapján nyugodtan merem kimondani, hogy az ismertett, igazán könnyen és minden különösebb berendezkedés nélkül végezhető egyszerű rézsutfektetésnek úgy a diagnostika, valamint az orvoslástan szempontjából való használhatóságáról igazán könnyen szerezhet, a ki csak akar, közvetlen meggyőződést.

A soproni Erzsébet-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató-főorvos: Király Jenő dr.)

Circularis hüvelyszakadásnak érdekes esete.

Közli: Keszly István dr., alorvos.

A szülés folyamán támadt hüvelysérüléseket nem tekintve — a melyek majdnem mindig gátrepedéssel kapcsolatosak —, a vagina traumás megbetegedései nem gyakoriak. Ezeknek is nagy részét coitus idézi elő (többnyire senilis, vagy infantilis vagináról van szó): fornix-repedés, vagy, a mi jellegzetes, paravaginalis sérülés, a mikor a penis a hüvelyfalon áthaladva, -álatat fúr magának (*Neugebauer*). Bűnös abortusok megindításakor is nem egyszer sérülést ejt vagy perforálja az avatatlan kéz a hüvelyboltzatot. Továbbá több eset ismeretes az irodalomból, a mikor túlerélyes gynaekologiai vizsgálat idézte elő a vagina-sérülést.

A véletlen balesetek alkalmával, közvetlenül a hüvelynek irányuló trauma miatt támadt hüvelysérülések aránylag a legritkábbak. Ezek is többnyire a fornixot érik.

A következőkben egy baleseti sérülésről számolok be, mely úgy a sérülés minőségét, mint keletkezésének módját tekintve, ritkaságszámba megy:

A 20 éves szűz folyó évi április 5.-én ablaktisztítás közben 1 méter magasról leesett egy söröspalaczkra, oly szerencsétlenül, hogy a palaczk nyaka átfúrta a leány ruházatát, a hüvelybe nyomult és csak ügygyel-bajjal tudták eltávolítani. A következő napon a leányt beszállították kórházunkba. Megvizsgáltam és a következőt találtam: A baloldali tuber ischii táján jókora almanagságú haematoma, felette a bőr kékes-lilás, érintésre fájdalmas. A hymen alsó része három lebenyre szakadt, melyek vérral beivódottak. A commissura posterior, valamint a gát bőre ép. A hüvely körkörösön leszakadt és befelé gyűrődött. A rectum és a húgycső alsó része szabadon fekszik, de sértetlen, a vizelet tiszta. A gát bőre alatt 3—4 cm. mély sebtasak, mely közlekedik a bal tuber ischii felett lévő, fent leírt haematomával. A vagina mélyebb részei, valamint a portio sértetlenek.

Kezelés: A vagina restructiója varratokkal, a normalis viszonyoknak megfelelően. Drainezés lefelé, a baloldali tuber ischii felett ejtett bőrseben keresztül.

1922 április 19.-én a beteg gyógyultan távozott.

Nyilvánvaló, hogy a trauma először a baloldali tuber ischiit érte, innen csúszott a palaczk, a hymen áttörése után,

a vaginába. Az egész hüvelycső közvetlen a hymen mögött circularisan leszakadt és letolatott a paravaginalis kötőszövetről, valamint a rectumról és urethráról. A hüvelysérülésnek ilyen volta, valamint keletkezésének mikéntje nem mindennapos és mint ritka casuistikai adatot érdemesnek találtam a közlésre.

Holzwarth Jenő dr. †

1874—1922.

Az orvosi hivatás gyakorlása, mint más értelmi foglalkozások közül egyik sem, a szellemi munka végzése mellett legnagyobb mértékben igénybe veszi az orvos fizikumát is, erejét gyorsan letöri, csakhamar öreggé teszi és korai halálát okozza. Ez általános orvossorsón kívül ott leleselkedik reá hivatása teljesítése közben alattomosan számos oly veszedelem, mely bármikor kivédhetetlenül támadhatja meg szervezetét s hivatása vértanujává avatva, tragikusan oltja ki életét. Orvostársaink egyik legjobbika, *Holzwarth Jenő* dr. hunyta le szemét nagypéntek éjszakáján hosszú szenvedés után, megcsonkított, tönkretett testtel, mint hivatásának áldozata.

1898-ban, fiatal orvos korában, midőn mint műtőnövendék a *Dollinger* tanár vezetése alatt állott I. számú sebészeti klinikára került, a ma már hatásában ismert és annyi áldást hozó, akkor pár évvel előbb felfedezett Röntgen-sugár nálunk is, mint a külföldi klinikákon mindenütt, élénk tanulmányozás tárgya volt. A sok megfigyelést, időtöltést és kitarást igénylő studiumra a klinika legszorgalmasabb orvosai vállalkoztak, köztük ő is. Az egész napot és az éjjel egy részét is a Röntgenlaboratoriumban töltötte, tanulmányozva felvételeken a sugár hatását, tapasztalatilag állapítva meg az egyes testrészek exponálási idejének szükséges hosszát, miközben mintegy fűrésztötte vértelen testét s főleg kezeit az ismeretlen sugár kényében, melynek ártalmas, szövetroncsoló hatását akkor még sem ő, sem senki más nem ismerte. Hosszú évek szorgalmas munkája hálátlanul fizetett, mert évek múlva kezei csakhamar jelentkeztek a pusztulás jelei s ezidőben ugyanezen téren dolgozó külföldi társai szomorú sorsára jutott, intő példának az utánuk következő kutatóknak, a kik az ő sorsukból tanulták meg a védekezés szükségességét. Így szolgáltatott ő is a saját teste pusztulásával addig nem ismert adatokat a Röntgen-sugár veszedelmes hatásához. Szomorúbb bemutatást még nem láttam az Orvosegyesületben, mint midőn saját pusztulásnak induló fekélyes kezei mutatta be a Röntgen-sugár eme hatását a hallgatóságnak, mely megrendülve nézte s hallgatta előadását. A káros hatás felismerése után ha nem is hagyta el teljesen a röntgenezést, csökkentette ezirányú működését, kezei pusztulása azonban tovább haladt előre s egyik ujját a másik után kellett eltávolítani, mígnem kezei teljesen csonkák lettek. A baj nem volt többé megállítható, rákos elfajulásba ment át, ereje megtörött, elegendő, dőlczeg alakja összeroskadt. Az ezután következő években már csak az emberfeletti testi és lelki szenvedések kálváriáját járta, melytől végül most bekövetkezett halála váltotta meg.

Sebésznek készült! És hogy jeles sebész legyen, minden kelléke megvolt hozzá. Mint fiatal műtőnövendék korán feltűnt nagy szorgalmával, lelkiismeretes munkájával, tudásával és kézi ügyességével. Nem volt ága a sebészetnek, mely ne érdekelt volna és csakhamar valamennyiben otthon volt. Egyidőben behatóan foglalkozott orthopaediával is s már műtőnövendék korában hosszú időn át önállóan vezette a klinika nagy tudást és munkásságot igénylő népes ambulanciáját. Buzgó munkássága nemsokára meghozta főnöke elismerését, mert hamarosan a klinika második, majd első tanársegéde lett. Ekkor fejthette ki tehetségét igazán: a műtő-sebészetben tökéletesítette tudását, az orvostanhallgatók képzésében buzgón kivette részét és a klinika vezetésében odaadó munkásságával mesterének igazán jobb keze lett. Egész idejét és munkásságát a klinikának szentelte, kora reggel már a kór-

termekben járt s a késő esti órák is ugyanott vagy íróasztala mellett találták, a fiatalság éveiben kínálkozó egyéb szórakozásról és örömeiről lemondva. Életcéljának egyedül állásával járó kötelességeinek buzgó és pontos teljesítését tekintette.

Sokoldalú napi munkájában elfáradva, pihenő idejét irodalmi működésre fordította, miről különösen a *Dollinger* tanár szerkesztésében évenként megjelenő, a klinika működéséről és gazdag tapasztalatait összefoglaló „Sebészeti módszerek” kötetei tanuskodnak, melyek megírásának oroszánrésze neki jutott; ezenkívül számos szakértekezéssel gyarapította az orvosi irodalmat. Az Orvosegyesület, annak sebészeti szakosztálya, a Magyar Sebészársulat ülésői nem múltak el az ő előadása vagy bemutatása nélkül. E mellett éveken át mindezen tudományos társulatok sok munkával járó tiltkari teendőit látta el. Tudományos munkássága elismerésül 1912-ben az „Általános sebészet”-ből magántanárrá habilitáltattott.

A klinika szolgálatában továbbra is megmaradt s mint adjunctus vett részt ezután annak vezetésében, de sajnos, ujjai fokozatos elvesztésével lassankint kénytelen volt lemondani műtétek végzéséről. Látva sebészi tevékenységének és pályájának derékban kettétörését, nagy lelki rázkódáson ment át. Ott állott nagy tudásával, tette készségével s munkabíráásával sebészi működésre képtelenül, kezei csonkasága miatt megbénítva. Mestere, *Dollinger* tanár nem is gondolt arra, hogy megváljon kedvenc tanítványától a tudomány szolgálatában szerzett fogyatkozása miatt, sőt jóakaróan buzdította és bölcsen úgy irányította tovább pályáját, hogy más irányú munkában találjon teret tehetsége kifejtésére. A „Sebészeti műtétan” oktatása reformáltatott éppen abban az időben, a sebészeti klinikát vezető tanárok elfoglaltságuk miatt nem adhatták már tovább elő e fontos tárgyat mint mellékstudiumot. Olyan előadóra volt szükség, a ki egész munkásságát szentelheti e tárgynak. Kiválóbban képzett szakembert nem is találhattak volna e tudományszakra, mint *Holzwarth*-ot. Az orvosi facultás tanári kara *Dollinger* ajánlatára egyhangúan őt jelölte ez állásra s terjesztette fel a miniszternek, a ki mint fizetéses nyilvános rendkívüli tanárt bízta meg e tantárgy előadásával. Szeretettel és kedvvel fogott hozzá új tárgya buzgó tanításához, mert a tanításban mindig kedvét lelte. A klinikai adjuncturát ezután sem hagyta el s ha operálásra képtelen is volt, a műtőasztal mellett állva tanította és irányította a műtőnövendékeket és tanársegédeket munkájukban. Mesterének nagy megnyugvására szolgált az a tudat, hogy reá bízva távollétében a klinikát, annak vezetése szigorúan intencionális szerint történik.

Nagy szervező- és vezetőképességét a hadvezetőség egészségügyi osztálya is értékelte. A bolgár-török háborúban a Magyar-Vöröskereszt Sofiában felállított kórháza élére mint orvosi tanácsadó küldetett le. Küldetésének kitűnően megfelelt, a bolgár királyi pár nagy bizalmával s küldetése végén magas rendjellel tüntette ki, királyunk pedig a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta érdemei elismerésül. A nagy háborút törzsorvosi rangban szolgált végig, testi csonkasága miatt a klinikán működő sebészeti csoport élén, később a rokkantak kórházainak a felügyelő igazgatóját bízták reá, mely állásában Mesterének, *Dollinger* tanárnak, a helyettese volt.

A háború végével baja, sajnos, annyira rosszabbodott s újabb csonkításokkal kezei annyira romlottak, hogy le kellett mondania sebészi pályájának sok sikert ígérő folytatásáról, mert annak gyakorlására képtelenné vált. A munkához edzett tanárnak ott kellett hagyni végképpen a gyakorlati oktatást igénylő katedrát, s élete delén pályát kellett változtatnia. Az akkor szervezett Népjóléti és Munkaügyi Ministeriumhoz neveztetett ki ministeri tanácsosnak a kórházi ügyosztály élére. Hogy e kénytelen pályaváltoztatás mennyire megingatta lelki harmoniáját, azt csak mi tudjuk, kiknek sokszor keserűen panaszkodott. Nélkülözte a betegeket, a klinika sokoldalú mozgalmas munkáját, nem elégítették ki ambícióját a poros akták. Hiába vigasztaltuk az új állásában reá váró szép hivatással, hogy ő, mint a gyakorlati orvostudományok és a kórházigygyek kiváló ismerője, tudását a haza szolgálatában

mily hasznosan érvényesítheti, resignáltan kézlegyintéssel intette le a vigasztaló szavakat. Kötelességét azonban itt is pontosan teljesítette, hivatalos órákat nem ismerve, régi szokása szerint fáradhatatlanul egész napját hivatalos ügyei intézésében töltötte el, míg pár hónappal halála előtt baja súlyosbodása ágnak nem döntötte.

Rövid életében csak barátokat szerzett magának, ellenégei nem voltak. Egyenes, őszinte modorával, mely alaptermészete volt, mindenkit lebilincsel, a ki vele csak egyszer is érintkezett. Betegai szelid bánásmódja és tudása miatt imádták s szeretettel ragaszkodtak hozzá. Fellebbvalói, a kikről távollétükben is csak a legnagyobb tisztelet hangján szóltak, megbecsülték megbízható jelleméért és kötelességtudásáért, míg lefelé szerény modorával és igazságosságával alárendeltjei szeretetét nyerte meg. Megható volt az a ragaszkodás, melylyel mestere, *Dollinger* tanár iránt viseltetett, mely mindig őszinte volt és együttműködésüket a kölcsönös szeretet és bizalom kovácsolta szorosra. Pályatársai és barátai mindig a lekötelező kedvesség mintaképének tisztelték, a kire mindig számíthattak és a kiből sohasem csalódtak.

Temetése az őszinte részvét, a megindító gyász és bánat megnyilvánulásai között folyt le. A nagyszámú gyászoló közönség nem a hivatalos küldöttségekből telt ki, hanem mélyen meghatót barátok, hivataltársak és ismerősök álltak körül virággal dúsan borított ravatalát, a kiket mind szívük meleg érzése hozott oda. Hivatali főnöke, *Bernoldk* minister, a kormány nevében búcsúztatta el. Megható Mesterünk, *Dollinger* tanár, meleg szavakban adott kifejezést mindnyájunk érzelmeinek. Szébb szavakkal nem is lehet tanítványt jellemezni, mint a hogyan e gyászbeszéd tette: „Jelleme a hűség anyagából épült fel és mivelhogy egy szemernyi álnokság sem volt benne, mindvégig hű maradt családja hagyományos jellemességéhez, hű maradt mesteréhez, hű maradt barátaihoz, kikhez lelkének rokonszenve fűzte és hű maradt tudományához, a melyet életcéljének választott, a melynek minden tehetségét és energiáját felajánlotta, a melynek vezérkarába emelkedett fel és a melynek szolgálatában végzete szerint sok évi szenvedés után martírom-halált kellett szenvednie.“ A gyászoló közönség a nyitott sírig kísérte, melynél hivataltársai nevében *Kerekes* és *Gyulay* ministeri tanácsosok búcsúztatták a legjobb kollégát.

Holzwarth Jenő dr. önfeláldozó élete nemes példaul szolgálhat az utókornak, miként áldozza az igaz férfi és az őzletlen derék orvos egész életét hivatásának. Mindnyájan, kik szerettük őt életében, meggyászoljuk halálában és kedves emlékét szeretettel zárjuk szívünkbe mindenkorra.

Kopits Jenő dr.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1922 márczius 4.-én.)

Elnök: *Hutyra Ferencz.* Jegyző: *Lehoczky-Semmelweis Kálmán.*

Süketség érdekes esete.

Liebermann Tódor: Olyan beteget mutat be, kinek jobb füle ép dobhártya mellett teljes süketség jeleit adta úgy, hogy a diagnosis „idegeredetű süketség“ lehetett volna. A labyrinthus részéről a halláson kívül kiesési tünet nem volt. Viszont a pneumatikus tükörrel való vizsgálat a kalapács teljes mozdulatlanságát árulta el.

A *Hambangh-féle* hangperceptió elmélet alapján állva, melyet *Rejtő* physikai kísérletei oly szépen támogatnak, lehetségesnek tartotta, hogy a teljes süketség nem idegeredetű, hanem az által jött létre, hogy az ankylosisosan fixált kalapács a kengyel mozgásait teszi lehetetlenné; a kerek ablak ettől függetlenül merev, az endolympha tehát — *Rejtő* és *Trötsch* kísérleteivel analog módon — nem rezeghet, ezért nem szolgáltathatja a hallószőrök adaequat ingereit.

A beteg beleegyezésével és tájékoztatása után tehát kísérletképpen elvégezte a kalapács-eltávolítás nem egészen

veszélytelen műtétét (1921 december 12.-én). A kalapács nyelének legalsó része csontosan oda volt nőve (sebészi ankylosis) a promontoriumhoz és a műtétkor letört.

A beteg közvetlenül a műtét után és a bemutatószig változatlanul 2 méterről nyomatékossal sutogó beszédet hall az operált fülén.

A bemutató az esetet *experimentum crucis*nak tartja a *Hambangh-Trötsch-Rejtő-theoriák* valódiságára.

Szász Tibor: Miután a hangvezető-apparatusnak nincsen olyan megbetegedése, a mely teljes süketséget okozna, a bemutatót esetet functionális süketségnek tartja s ez az oka a csodálatos eredménynek.

Rejtő Sándor: Úgy látja, hogy *Szász* félreértette a bemutatót, mert egyáltalán nincs szó otosclerosisról, hanem az úgynevezett post-catarhalis adhaesiók közé tartozik az eset. Olyan nagy összenövésnél, hol a kalapácsmarkolat eltörik, nem beszélhetünk „functionális“ megbetegedésről. Az ilyen összenövések műteti gyógyítása elavult. Azért tünt el a szokásos eljárások sorából, mert mindaddig dobhártya-ablakokkal és tenotomiával kísérleteztünk. A bemutató ideája új és szép jövője van, mert éppen a legsúlyosabb esetekben használható. Nem tartja szükségesnek a műtét veszélyességét hangsúlyozni, mert az minimális.

Liebermann Tódor: Nem tarthatja functionális süketségnek azt, melyet esetében leküzdött, mert itt a gyermekkor óta fennálló egyoldali süketségről van szó. A műtétet elavulttá talán a hibás indicatiók alapján végzése tette. Az eredmény azonban előre sohasem lehet biztos.

A lépképzés javallatai.

Verebély Tibor: Bevezetésül összefoglalásban ismerteti a lép működését, a melyet 5 csoportba foglal össze:

a) A lép vérkészítő szerepét a szövettani vizsgálatok és az egészséges meg kóros lép kiirtása kapcsán beálló vér-elváltozások alapján ismerteti. Az utóbbiak közül legfeltűnőbb a vörösvérsejtek megszáporodása, a mely elváltozásnak tanulmányozása volt kiindulópontja az egész modern lépsebészetnek. b) Az anyagforgalmi jelentőségben főleg a vasforgalomra tér ki. c) A lép emésztési (fermentatív), d) belső elváltozások (endokrin) és e) az immunitás kifejlődésében betöltött hivatását ismerteti rövid vonásokban.

Ezek alapján mint tételt állítja fel, 1. hogy a lép a szervezetben fontos szerepet tölt be, 2. hogy e szerep azonban nem pótolhatatlan, 3. hogy bizonyos körülmények között a lép működése a májra, a szervezetre nézve veszélyes lehet.

Ezen megállapítás alapján veszi sorra a lép azon elváltozásait, a melyek lépképzésre adhatnak alkalmat. Ez elváltozásokat két nagy csoportra osztja:

A *mechanopathiás* elváltozások közé a lépsérüléseket és a vándorlépet sorolja. A lépsérülések közül a repedéseknek keletkezésével foglalkozik részben ama tanulmány alapján, melyet a törvényszéki intézet sérülései anyagából állítottatott össze. A sérülések kezelését illetőleg álláspontra az, hogy lép-repedés és lövés eseteiben a lép kiirtandó, szúrás és metszés eseteiben pedig varrandó. A vándorlép kiirtása csak akkor jogosult, ha a lép már előzőleg kóros volt, vagy a vándorlás folytán kórossá lett.

A *megalospleniák* közül az első csoportba a *protopathiás* lépdaganatokat, nevezetesen a lép neoplasmáit és cystáit sorolja, a mely utóbbiak közül a vérzéses cystáknál nem tartja indokoltnak a kiirtást. A *deuteropathiás* lépdaganatok első csoportja a fertőzőes lépdaganatok, melyek közül a malariás lépdaganattal, a léptályoggal, lépgümőkórral és echinococcus-sal foglalkozik. A circulációs és hepatopathiás lépdaganatok kiirtását illetőleg *Eppinger* vizsgálataira hivatkozik, a meny nyiben saját tapasztalata nincs. A kísérleteket azonban splenektomiával az irodalmi adatok alapján felette érdekesnek tartja.

A lépdaganatok harmadik csoportjába a *rendszermegebetegedések* kapcsán fejlődő lépdaganatok tartoznak, a hová az erythro-poëticus (polyglobulia, icterus haemolyticus, Banti-betegség, anaemia splenica, anaemia pernicioza), a leuko-poëticus (leukaemia, aleukaemia, lymphosarkoma) és a thrombocytopoëticus rendszer (thrombopenia) kapcsán fejlődő lépdaganatokat és a *Gaucher-féle* lépdaganatot sorolja.

47 lépműtete kapcsán mindezekkel szemben körülírja állásponjtját.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

K. Zieler: Die Geschlechtskrankheiten. Ihr Wesen, ihre Erkennung und Behandlung. Mit 17 Abbildungen im Text und auf einer Tafel. II. vermehrte Auflage. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1922. Ára kötve 31 márka.

A kis munka hasznosságát legjobban az bizonyítja, hogy szerzőjének, a ki a würzburgi egyetem professora, rövid két esztendő alatt immár a második kiadást kellett sajtó alá rendeznie. S valóban, a mit a nemi betegségekről minden orvosnak tudnia kell, azt e 12 füve terjedő könyvecskében röviden, világosan mind megtalálja. A klinikai és laboratoriumi vizsgálatok s főként a therapiás eljárások a szükséges részletességgel vannak tárgyalva, a mivel szemben a klinikai körképek inkább csak vázlatosan vannak jellemezve. Kitérő áttekintést különösen a syphilis fejezete nyújt, mely a műnek mintegy kétharmadát foglalja el s a legnagyobb könnyedséggel csoportosítva tárja föl mindazokat az adatokat, melyekről az orvosi gyakorlatban minduntalan szó esik. A syphilis gyógyításában a szerző egyébként a kombinált kéneső-salvarsan-kezelésnek híve. A ki rövid, de azért alapos áttekintést óhajt szerezni a nemi betegségekről, a könyvet nagy haszonnal fogja olvasni.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

A colica porphyrinuricáról ír Snapper tanár (Amsterdam) három eset részletes ismertetése kapcsán. A betegség következő tünetekkel jár: erős has- és ágyéktáji fájdalomrohamok hányással és székrekedéssel; a rohamok alatt a vizelet sötétvörös, sok porphyrin-tartalmazó; több roham után a betegeknek mintegy a fele a központi és a periferiás idegrendszer hűdéseinek jelenségei között elpusztul. A szerző esetei közül is kettő (17 és 24 éves nő) halálosan végződött; a harmadik (33 éves férfi) beteg még él, enyhébb rohamai azonban most is vannak időnként s a vizelete most is sötétvörös, sok porphyrin-tartalmazó. A betegséget sokszor összetévesztik nephrolithiasissal, a mennyiben véresnek gondolják a vizeletet; a vér spectroscopos vizsgálata azonban tüstént felderíti a valót, a mi nagyon fontos, mert a szóban levő betegség prognosisa rossz; ha a betegek a rohamok közötti időben egészen jól érzik is magukat, az esetleges halálos recidiva állandóan fenyegeti őket. (Klinische Wochenschr., 1922, 12. sz.)

Sebészet.

Késő vérzés léprepedés után. Auto-baleset után, melynél a külső látható sérülések jelentéktelenek voltak, 8 nappal beállott lépvérzés esetét ismerteti Wohlgemuth. A léprepedésből eredő utóvérzések háromféleképpen jöhetnek létre: 1. Csak a lépparenchyma szakad, a tok ép marad, a vérzés a tok alá történik. A haematoma lassan nő, és egy idő múlva a tok megrepedésére vezet. 2. Repedés a tokon és parenchymán át. A vérzést egy szövettárcsa tamponálja, mely a repedésbe szorul. 3. A rupturát vércsögagulum tamponálja, mely csekély trauma behatására felszabadul. Van még egy 4. feltevés is, mely szerint a traumás shock ér-contracturát idéz elő s ez állítja el a vérzést. A vérzéscsillapítás e módja csak rövid ideig állhat fenn. Az említett esetben a 3. lehetőség volt jelen. A therapia extirpatio, mely után sorozatosan vizsgálva a vérképet, a következő megfigyelést tette. Kezdetben rövid ideig csökken az erythrocyták száma s a haemoglobin mennyisége, majd normalissá válik. Ezenkívül lymphocytákkal észlelt megfelelő neutrophil leukocyta-csökkenéssel és eosinophiliát. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 27. szám.)

Tircza Kolos dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori ruminációról ír G. Stern. A gyermekori kérődzésnek ma már körülbelül 30 közölt esete van, de aetiológiája annyira homályos, hogy a szerző esetének ismer-

tetését indokoltnak tartja. Neuropathiás 8 hónapos leánykáról van szó, ki már 4 hetes kora óta minden étkezés után visszahagyja a táplálékot, a melyet azután részben ismét elnyel. A normalis súlyú gyermek minden étkezés után 5 percczel kezd kérődzni, a mely folyamat órákig tart s a mely alatt a gyermek kifejezetten megelégedettnek látszik s ha 6—8 idegen áll is az ágya körül, a csámcsogással és öklendezéssel nem hagy fel. Az egész idő alatt jókedvűen rugdalózik, a hasa nincsen felpuffadva, gyomorcontractiók, peristaltica nem mutathatók ki. A Röntgen-vizsgálat alkalmával, melyet citobaryumos péppel végeztek, antiperistalticát nem lehetett kimutatni s a pyloruson át kisebb-nagyobb mennyiség gyomortartalom megy át a duodenumba. Időnként minden átmenet nélkül nyílik a cardia és nagyobb mennyiségű pép kerül fel a szájba, a mely azután a folytonos rágómozgások alatt megint lassanként lekerül a gyomorba. Ez alatt az actus alatt sincs antiperistaltica. E kérődzést ugyanily körülmények és tünetek között háromszor is sikerült megfigyelni s a mikor a gyomor nem egészen telt, akkor a léghólyagot löki ki hangos bőfögéssel a csecsemő és ezt ismét követi a tápláléknak a szájba való felszorítása. A gyermeket hosszú ideig figyelték, de Ippö-féle hasfekvésben fixálva, a diatán változtatásokat eszközölve, sem szűnt meg a kérődzés. Egy éves korában még mindig kérődzött, ekkor bronchopneumoniában elhalt és a bonczoláskor semmiféle gyomorelváltozás nem volt kimutatható. Az összes szerzők által leírt esetekben terheltég, neuropathia mutatható ki. R. L. Müller arra utal, hogy az emberi kérődzés az ősember atavismusos maradványa. A szerző ahhoz a nézethez csatlakozik, hogy a kérődzés a gyomorbéltractus functionalis gyengeségéhez csatlakozó oly kóros reactio, a melyet az élvezés vágya hoz létre és a mely élvezettel van összekötve. Gyógyszerek adagolásával nem érünk célra, inkább a diatás (például pépes táplálék adagolása), psychés eljárások (körülhordozás, környezetváltoztatás stb.) azok, a melyek hatásosak. Tagadhatatlan, hogy a 7—8 hónapos csecsemő már tudja, hogy ezt tennie nem szabad és Schelble leírja, hogy a rumináló gyermek a kérődzést azonnal abbahagyta, a mikor a környezet arcjátékával a haragot mimelte. Az Ippö-féle elhelyezés csak az „adaequat izgalom“ értékével bír s ha a gyermek ezt a helyzetet megszokta, ebben is vígan kérődzik tovább. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, III. sorozat, 43. kötet, 6. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

Venereás betegségek.

A neosalvarsan-cyarsalnak egyidejű kombinált injectiójával kísérletezett F. W. Oelze (Leipzig). Ismeretes, hogy 1919-ben Linser a salvarsan-sublimat-oldategyüttes alkalmazását vezette be a syphilis-therapiába. Az eljárás főelőnye, hogy a kombinált kezelés ily módon egyszerűbb és fájdalomtalan, a mi kétségtelenül nagy gyakorlati jelentőségű. A Linser-féle keverék sötét izsapszerű csapadék lévén, Oelze Boedecker kemikussal egyetemben oly kéneső-vegyületet állított elő, mely neosalvarsannal összehozva kevésbé átlátszatlan csapadékot ad. Az új kéneső-készítményt cyarsal néven a J. R. Riedel gyár készíti. A szerző első tapasztalásait már egy év előtt közölte, úgy hogy most az azóta szerzett újabb észleléseiről számol be. Tapasztalása eddig 8000 injectióra támaszkodik. Gyógyító kísérletei eléggé biztatók, mert a tünetek gyorsan mulnak, kellemetlen mellékhatások pedig nem szoktak mutatkozni. A jó hatást Oelze főként azzal a körülménnyel magyarázza, hogy a cyarsalnak a neosalvarsannal való keverése pillanatában kéneső-kolloid keletkezik, mely különösen finom dispersitású. A szerző által alkalmazott adagok elég magasak, a mennyiben a férfibetegek kúránként 6 gr. neosalvarsant kapnak (hetenként kétszer 0.60 gr. neosalvarsan + 1—1.5 cm³ cyarsal). A cyarsalnak egymagában való intravenás befecskendezését nem ajánlja. A cyarsal-neosalvarsan-therapiáról eddig Lenzmann, Gutmann és Heymann, továbbá Fabian számolt be. Valamennyien elég kielégítő eredményt tapasztaltak s nagyban megerősítik Oelze észlelését. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 5. szám.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Influenzás bronchiolitis és bronchopneumonia eseteiben *Neukirch* és *Reichmann* szerint a düsseldorfi belklinikán nagyon jó eredménnyel használják a suprarenint bőr alá fecskendezés alakjában. Rövid ideig tartó szívdobogást leszámítva, más kellemetlen mellékhatást nem tapasztaltak, még hypertonia eseteiben sem. Az adag $\frac{1}{2}$ —1 cm³ az 1 pro mille oldatból, naponként 2—3-szor. (Klin. Wochenschr., 1922, 9. sz.)

A **cholaktol mint epehajtó szer.** *Heinz*, a gyógyszer-tanára az erlangeni egyetemen, hívta fel a figyelmet először a borsosmenthaolaj epehajtó tulajdonságára. Hatása ugyanolyan erős, mint a natrium choleincimé, de nem rendelkezik ez utóbbi szernek kellemetlen bélizgató hatásával; ezenkívül az íze sem oly rossz, különösen ha cukrozott pastillák alakjában használjuk, a melyek 0.025 gramm ol. menthae pip.-tartalommal cholaktol néven vannak forgalomban. Legújabbán *Schonger* közli az erlangeni belklinikán néhány epekőbaj-estét, a melyekben a cholaktolt nagyon jó eredménnyel használták Több napon át veendő naponként 3-szor 3—4 tablettát. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1922, 12. sz.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Ertl János* dr.-t a m. kir. népjóléti minister a budapesti állami gyermekmenhely főorvosává nevezte ki.

Választás. *Ziffary Zénó* dr.-t székesfővárosi kerületi orvosává választották.

A **hatósági orvosok pénztári orvosi szolgálata** tárgyában a m. kir. kormány a következő rendeletet bocsátotta ki: A magy. királyi ministerium a betegségi és balesetbiztosítás ideiglenes szabályozása tárgyában az 1919. évi szeptember hó 30. napján 5400/1919. M. E. sz. alatt kibocsátott rendelet kiegészítésül az 1920. I. t.-cikk 10. §-ában foglalt felhatalmazás alapján a hatósági orvosok pénztári orvosi szolgálatára vonatkozólag a következőket rendeli: 1. §. A hatósági orvosok (községi és körorvosok, valamint városi, nem tisztí orvosok) az 1907. évi XIX. t.-cikk hatálya alá eső pénztárak (Országos Munkásbiztosító Pénztár, kerületi munkásbiztosító pénztárak, vállalati és magánegyesületi betegsegélyező pénztárak, bányatárs-pénztárak, dohánygyári betegsegélyező pénztárak) pénztári orvosi teendőinek az erre vonatkozólag fennálló szabályok szerint való ellátására kötelesek. E kötelezettség alól a népjóléti és munkaügyi minister akár a pénztár, akár a hatósági orvos előterjesztésére nyomatékos okból felmentést adhat. 2. §. A hatósági orvosok pénztári orvosi díjazását a pénztár és az orvos között kötött és szabályszerűen jóváhagyott szerződés állapítja meg. 3. §. Ha a 2. §-ban megjelölt szerződés lejárt, a nélkül, hogy a pénztár és a hatósági orvos között újabb joghatályos szerződés keletkezett volna, a hatósági orvos a szerződés hatálya megszűntének időpontjától kezdve legkésőbb 1922. évi január hó 1. napjától számítva az 1921. évben élvezett összilletményeit, továbbá mint drágasági pótléktöbbletet az addig élvezett, nyugdíjba beszámítható javadalmazásának és drágasági pótlékának 100%-át kapja illetményképpen, a mely a hatályban volt szerződésben megállapított módon és részletekben esedékes. 4. §. Az a hatósági orvos, a ki eddig a pénztárral szerződéses viszonyban nem állt, díjazás fejében a lakóhelyén működött pénztári orvos 1921. évi december hó 31.-éig élvezett szerződéses összilletményét, úgyszintén mint drágasági pótléktöbbletet annak nyugdíjba beszámítható javadalmazásának és drágasági pótlékának 100%-át kapja illetményül. Ha a pénztárnak a hatósági orvos lakóhelyén két vagy több szerződéses orvosa volt, a hatósági orvos a lakóhelyén az 1921. évben legnagyobb illetményt élvezett pénztári kezelőorvos összilletményeit és mint drágasági pótléktöbbletet annak nyugdíjba beszámítható javadalmazásának és drágasági pótlékának 100%-át kapja illetményül. Az illetmények kifizetésének módjára és részleteinek esedékességére a 3. §-ban foglalt rendelkezés nyer alkalmazást. A jelen § alkalmazásánál az előbb működött pénztári orvos esetleges korpótlékai a hatósági orvos javára figyelembe nem vehetők. 5. §. Az a hatósági orvos, a ki a jelen rendeletben megszabott kötelességének teljesítését megtagadja, vagy teljesítésében mulasztást tanúsít, fegyelmi vétséget követ el. Érintetlenül marad az őt a fennálló jogszabályok értelmében terhelő egyéb felelőssége is.

Hibaigazítás. Lapunk 16. számában a 155. oldal 1. hasábjának 49. és 50. sorában Kaufmann helyett *Laufenauer*, Esquides helyett pedig *Esquirol* olvasandó.

Ifj. Molnár Béla dr., a III. sz. belklinikai v. tanársegédje rendelését megkezdte Karlsbadban (Parkstrasse 39. Haus New-York).

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma
Tátraháza
(Magas-Tátrában.)
Reichenhali rendszerű **Inhalatorium**. Fekvő-csarnokok. Helio-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra.
Pensio. Teljes ellátás naponta 4-szeri étkezéssel, különös kedvezmények Magyarországbeli vendégek számára. — Prospectust küld, fölvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerez a sanatorium budapesti igazgatósága, VIII., Népszínház-utca 31. Telefon József 113—05. Magyar-olasz bank.

Értesítés!

Czégfőnökünk és édesatyánknak

PESTI ALFRÉD

kereskedelmi tanácsosnak

oly végtelen tragikus körülmények között bekövetkezett elhalálózása folytán mi alulírott fiai, kik már hosszú éveken keresztül munkatársai voltunk, a

„Petőfi“ Irodalmi Vállalat

vezetését átvettük és minden igyekezetünkkel azon leszünk, hogy azt megboldogult édesatyánk intenciói, hagyományai és közismerten szigorú üzleti elvei alapján továbbvezessük.

A midőn a t. orvos urakat kérjük, hogy czégünkkel szemben mindenkoron tanúsított jóindulatukkal és bizalmukkal továbbra is megtisztelni kegyelkedjenek, igérjük, hogy az eddigi kellemes üzleti összeköttetésünk fenntartására a jövőben is minden lehető el fogunk követni és maradunk

kiváló tisztelettel

PESTI EMIL

PESTI ERNŐ

Dr. Propper Ödön

Rákóczi-út 14, II. 2. (Lift.)

orvosi kozmetikai intézete. Szépség hibák eltávolítása. Orvosi kozmetika. Bőrgyógyászat. Quarzfény-kezelés. Electrotherapia. Speciális szőrtávolítás.

Telefon József 129—85. szám.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE**Újtátrafüreden**

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légtúrák. 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., Ferencz József rakpart 26.

Telefon József 56—76.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma

VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma

VIII., Rákóczi-út 13. Telefon: József 104—22

Istvánúti Sanatorium és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII. az István-út végén a Hermina-útnál. — Sebészet, szülészet, nőgyógyászat. — Bel- és idegyógyászat, Orthopaedia, Röntgen. **Bejáróknak is.**

Telefon: József 95—08 és József 42—13. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez.

RÖNTGEN-ODELGA

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Otto. **ZANDER - TEST - EGYENESÍTÉS** a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2, 1. e.

Mikroszkopot immersióval

vennék.

Dr. Martényi, Baglyasalja, Salgótarján mellett.



ERIGON
A LEGMODERNEBB
GUAJACOL
KÉSZÍTMÉNY