

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.

Tóvölgyi Elemér: Laryngofissio és gégetuberculosis. 315. lap.

Szász Emil: A mellkasi izzadmányok nyomásviszonyai. 317. lap.

Rihmer Béla: A húgykőműtétek és javalataik. 319. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ernst Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn. Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. — Új könyvek. —

Lapszemle. Belorvosstan. Fein: Anginosis. — Bacmeister: Friedmann szeréről. —

Flockemann: Ideglövés utáni nagyfokú fajdalmasság. — Szülészeti és nőorvosstan.

Straus: A carcinómák postoperatív besugárzásáról. — Blumenthal: A prophylaxisos

postoperatív rákkezelésről. — Szemészet. H. Steichel: A metastasisos érhártya-carci-

nomáról. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 320–323. lap.

Vegyes hírek. 323. lap.

EREDETI KÖZLEMENYEK.

Laryngofissio és gégetuberculosis.

Irtá: Tóvölgyi Elemér dr., egyetemi magántanár.

Az 1917 május havában Rózsahegyben megtartott tuberculosis-congressuson az előadásokra kiszabott igen rövid, tíz perces idő miatt csak főbb vonásokban ismertethetem azokat az eredményeket, a melyeket a gége tuberculosus megbetegedéseiben a laryngofissióval és szűkebb értelemben véve a thyreotomiával elértem és így szükségesnek vélem, hogy az ott elmondottakat részben kiegészítsem, részben pedig ez irányú újabb tapasztalataimról is beszámoljak. Meg kell ezt tennem annyival is inkább, mert nézetem szerint a laryngofissio műtéte a gégetuberculosis therapiájában a jövőben el fogja foglalni azt a helyet, a mely méltán megilleti és így, tekintve, hogy az idevágó műtétek, az általam végzettek is beleértve, alig érik el a százharminczat, minden ez irányban végezett kísérlet kimerítő tárgyalást érdemel.

Mint csaknem minden, aránylag újabb és így idegen-szerű eljárásnál, úgy ebben az esetben is, a szakemberek túlnyomó többsége a műtét heves ellenzőinek a táborába tartozik és csodálatosképpen igen sokan vannak közöttük olyanok, a kik csak a mások tapasztalatai alapján bocsátják világgá szigorú kritikáikat.¹ A laryngofissiótól való eme nagy irtózásnak két főoka van. Az egyik ok ama nagyfokú nihilismus, a melylyel a legtöbb gégeorvos éppen a gégetuberculosis gyógyíthatóságával szemben viselkedik,² a másik ok pedig ama tagadhatatlan tény, hogy mindezekig a laryngofissió műtéteknek statistikája gégetuberculosis eseteiben nem mondható valami jónak, így például *Blumenfeld* és *Grünwald* statistikája, a mely szerint az operáltaknak csaknem fele a műtét után rövidesen meghalt, tizenkilencz esetben a gyógyulás két évnél tovább tartott, tizenegy esetben pedig a gége teljesen gyógyult, ámbár ez utóbbi betegek utóbb a tüdőbaj miatt mégis tönkrementek.

A műtét iránti bizalmat nem fokozhatták ama legújabbban ismertett esetek sem, a melyekben a betegeket rövidesen a műtét után mint jelentékenyen javultakat, sőt mint gyógyultakat mutatták be. Így többek között *Holländer* egyik 1908-ban operált betegét a műtét után nyolcz héttel, *Höl-*

¹ Még ez utóbbiakon is túlsz elfogultságában *Schmiegelov*, a ki, miután sikerült neki egy gégetuberculosis a laryngofissio segítségével meggyógyítani, kijelenti, hogy e műtétet téves diagnosis alapján hajtotta végre és gégetuberculosis eseteiben, ez eredmény dacára is, tartózkodni fog e műtét megejtésétől.

² Ich möchte vielmehr auch heute noch eher, noch eifriger, weil noch überzeugter dazu mahnen, von der einseitigen grundsätzlichen Hoffnungslosigkeit abzulassen, dadurch nicht den richtigen Moment zu verpassen, zu möglichst günstiger Zeit den Kranken chirurgische Behandlung ihres Kehlkopfes angedeihen zu lassen. (Geheim. Hofrath Dr. Krieg. Arch. f. Laryng., 1904.)

sch pedig egyik 1912-ben laryngostomizált betegét már három héttel mint gyógyultat mutatta be a berlini gége-egyesületben.³ Talán mondanom sem kell, hogy az ilyen szemfényvesztő bemutatások minden komolyságot nélkülöznek és az ajánlott műtéti eljárásnak nem hogy javára szolgálnának, de azt diskreditálják.

További helytelenség az is, hogy a legtöbb szerző ezt a műtétet úgy állítja be, mintha a beteget a további gégekezeléstől végleg megszabadítaná. Ez az eset a legnagyobb kivételek közé tartozik, sőt még azon esetekben is, a melyekben a műtét után hosszabb idő tel el recidiva nélkül, mulhatlanul szükséges, hogy időnként enyhe mentholos vagy kreosotos emulsiókat instilláljunk a gégebe mindaddig, a míg a tüdő beteg. Ez az óvrendszabály elengedhetlen, mert azt célozza, hogy a géget az esetlegesen ott veszteglő váladéktól megszabadítsuk és ezáltal a recidivának elejét vegyük.

„Tracheotomia és gégetuberculosis“ című előadásomban⁴ már részletesen beszámoltam a köpetinfectionnak a gégeire való nagy veszedelméről, valamint különösen hangsúlyoztam azt is, mily nagy vétek a tuberculosus egyén köhögésének codeinnel, heroinnal, dioninnal és más csillá-pító szerekkel való elfojtása.

A beteg gége nyugalmának a biztosítására — újból meg újból hangoztatom — ne azt a módot válasszuk, hogy a köhögést igyekezzünk minden áron elfojtani, mert úgy az elsődleges, mint a recidiváló gégetuberculosisnak éppen ez az erőszakos köhögés-csillapítás, vagy más szóval a megszüntetett köhögés következtében a gégeben pangó váladék az okozója.

A gégeinstillatiók tehát a laryngofissio műtéte után mindaddig alkalmazandók, a míg a tüdő is meggyógyult; előre kell azonban bocsátanom, hogy azok az esetek, a melyekben a műtét után a teljes tüdőgyógyulásig az instillatiókkal megelégedhetünk, sajnos, ritkán fordulnak elő. Rendszerint még a legsikerültebb műtét sem biztosíték arra nézve, hogy egy újabb laesio itt vagy ott fel ne üsse a fejt és ezeknek nézetem szerint egyedüli orvossága a galvanocauter.

Az elmondottak alapján valóban joggal tehető fel a kérdés, hogy mire való tehát a laryngofissio, ha a hosszadalmas és erélyes endolaryngealis kezeléstől e nagy beavatkozás sem szabadítja meg teljesen a beteget?

A válasz a következő: A laryngofissio segítségével a gégeben esetleg jelenlevő rejtett elváltozásokhoz is hozzá tudunk férközni. Ezekről a rejtett elváltozásokról többnyire nem is birunk addig tudomással, míg a géget teljesen fel

³ Ha én is hasonló módon jártam volna el, úgy nem is három hét, de a műtétek után két hónap múltán hat betegem közül ötöt mutathattam volna be mint gyógyultat.

⁴ Orvosegyesületi előadás, 1919.

nem tártuk, a mint azt operált eseteim legnagyobb része bizonyítja. (1., 2., 4., 5., 6. és 7. számú eset.) Ezek a rejtett elváltozások a tekintetben is fontosak, hogy rendszerint ezekből indul ki a gége szöveteinek a pusztulása. Ily rejtett elváltozás lehet például az interary-tájon rendszerint elsődlegesen mutatkozó fekélyesedés, a melyet a tükrözéskor az esetek igen nagy számában a felette levő és nem is mindig kóros eredetű elődomborodás szokott eltakarni. A Killian-féle függő laryngoskopiával (a melynél az interary-táj tudvalevően igen jól látható) sem sikerül mindig az interary-táj fekélyesedésének a megállapítása, a valódi hangszalagok alatt és a Morgagni-tasakokban meghúzódó elváltozásokról nem is szólva.

A laryngofissiónak tapasztalataim alapján a főcélja az kell hogy legyen, hogy eme rejtett elváltozásokhoz könnyen hozzáférközhessünk, nem pedig az, hogy minden beteg részletet, ha kell, ha nem, feltétlenül eltávolítsunk. E kérdésben nem értek egyet sem Hansberg-gel, még kevésbé Krieg-gel, a kinek nézete szerint a laryngofissio nem ér többet az endolaryngealis beavatkozásnál, mert a feltárt gégeben sem ismerjük fel pontosabban az elváltozásokat, mint a tükrözéssel.⁵ Eme teljesen téves nézettel szemben elegendő, ha a közleményem végén ismertetett kórtörténetekre hivatkozom; már említett hat esetem Krieg állítását teljesen megczáfolja. Úgy, mint Krieg, csak az beszélhet, a ki gégetuberculosis esetében még sohasem végzett laryngofissiót.

Ha az összes beteg részletek kiirtására megvan a lehetőség, természetesen magam is arra törekszem, hogy kóros elváltozás ne maradjon vissza, de elvem az, hogy a mennyire lehet, minden nagy sebést elkerüljek, mert e tekintetben Holländer tanárral teljesen egy nézeten vagyok, hogy a teljes kiirtás úgyszólván sohasem vihető keresztül.⁶ Ezzel szemben tehát, ha a legtöbb esetben nem is sikerül minden beteg részlet kiirtása, megelégszem azzal, ha a rejtett és nem rejtett elváltozások erős beégetésével és esetleges részleges kiirtásával olyan állapotot teremtek, mely mellett a további endolaryngealis kezelést a legnagyobb eredménnyel folytathatom. A fertőző kapunak, azaz a fekélynek a bezárásával, a mit alaposan egyedül a laryngofissio útján tudunk megtenni, még az ettől távolabb fekvő elváltozásokban is feltűnő javulás szokott beállani, élénk jelétül annak, hogy ez a fekélyesedés táplálta fertőző anyaggal a távolabbi szövetrészleteket is. A legfőbb gondunk tehát az legyen, hogy a gégeben levő összes fekélyeket alaposan kiégyessük, a körülírt granulatiókat és beszűrődéseket eltávolítsuk, de ezzel szemben a még látszólag ép nyálkahártyával bíró diffúz infiltratumokat hagyjuk a helyükön és elégedjünk meg ez utóbbiaknak esetleges ignipuncturájával.

Vandál módon minden beteg részletet eltávolítani, akár kell, akár nem, és ezzel kiterjedt, a cauterrel teljesen be sem zárható sebéseket okozni, helyénvaló gége-carcinoma esetében, de műhiba gége-tuberculosisnál. Az elmondottakból önként következik, hogy a műtéttel teljesen ki nem irtható tuberculosis gége-elváltozások nem jelentik egyúttal a műtét ellenjavallatát, a mivel korántsem akarom mondani azt, hogy ennél fogva a műtét javalata valami igen gyakori volna. Ez, mint az alább ismertetendő javalat-pontok bizonyítják, igen sok más körülménytől is függ, és főként egy pontra kell különösen figyelemmel lennünk, a mely némi támpontot nyújt arra nézve, hogy körülbelül miként fog viselkedni a tüdő és a gége a laryngofissio megejtése után.

⁵ Die Laryngofissur leistet nicht mehr, als das endolaryngeale Verfahren. Es ist eine Täuschung, wenn man meint, am gespaltenen Kehlkopf lasse sich leichter, als mit dem Spiegel, alles Kranke erkennen. So ist vorgekommen, dass die Spaltung nach kurzer Zeit wiederholt werden musste. (Arch. f. Laryng., 1904. Prof. Krieg.)

⁶ Die rein chirurgische Eliminierung des erkrankten Teiles ist gerade bei dem Sitze der vorliegenden Erkrankungsform fast nie durchführbar. Und selbst, wenn man radikal vorgehend eine Messeroperation in Szene setzt, so muss man mit dem Kranken so viel gesundes wegnehmen, dass die nothwendige Verstümmelung oft nicht im Verhältniss zur Erkrankung steht. (Prof. E. Holländer. Ther. der Gegenwart, 1907.)

Erre nézve, ha nem is tökéletesen biztos, de minden-esetre nagyon értékes útmutatással szolgálhat a laryngofissiót megelőző endolaryngealis cauterisatio. Ha ez a beavatkozás a beteget nem viseli meg túlságosan, a reactio élénk és a gégebeli szövetek a gyógyulásra erős hajlamot mutatnak, ezek mellett a tüdők állapota sem igen romlik, a reactio okozta láz nem magas és nem tart sokáig, akkor a többi javalat fennállása esetén még akkor is indikált a laryngofissio, ha kiterjedtebb tüdőbeli elváltozás van jelen.⁷ Sőt még tovább megyek. A kiterjedtebb gégebeli folyamat sem ellenjavallja minden esetben a műtétet, amennyiben, és áll ez főként a beszűrődéses folyamatokra, néha a nagyobb fokú gégetuberculosis is a kezelés folyamán kiválóképpen jóindulatúnak mutatkozik, máskor viszont egy solitaer fekélyesedésnek gyors, nagyfokú szétesés a következménye.⁸

Ha az endolaryngealis cauterisatio következtében oly nagyfokú javulás állana be, hogy ennek következményeként, avagy ismételt égetésekre a teljes gyógyulást várhatjuk, akkor természetesen a laryngofissióra szükségünk nincsen. Am a javulás még nem gyógyulás. Több száz esetem közül, a hol endolaryngealis égetést végeztem, igen sok reagált jelentékeny javulással, de ez a javulás többnyire nem volt tartós, a mint már fennebb említettem azon egyszerű okból, mert a rejtett, endolaryngealisan hozzá nem férhető laesiók továbbra is pusztították a gége szöveteit. Az endolaryngealis kísérletezéseket azonban nem húzhatjuk a végtelenbe és a hosszas habozásnak rendszerint az a vége, hogy a laryngofissio megejtésére alkalmas időpontot elmulasztjuk. A többszöri égetésnek különben is az lehet a következménye, hogy az agyonsanyargatott gége rohamos szétesésnek indul.

Nem szeretném azonban, ha a javalatok felállítására vonatkozólag fennebb hangoztatott elveimet félreértenék.

Nem minden gégetuberculosis-esetben javult a laryngofissio, sőt a legtöbb esetben ellenjavult; teljesen egyetértek Hansberg-gel abban, hogy a laryngofissio statistikája azért olyan rossz, mert rendesen elégtelen indicatiók alapján, minden szigorú kritika nélkül oly betegeken végezték, a kiknél a siker már eleve kizártnak volt tekinthető.

Hansberg eme megjegyzése azonban a tracheotomiával kombinált laryngofissióra vonatkozik, viszont a tracheotomia nélkül végezendő laryngofissio, a mit a megkülönböztetés okából egyszerűen thyreotomiának nevezünk, a mint azt tapasztalataim igazolják, mindenesetre gyakrabban javult, mint a laryngofissio.

A laryngofissio szomorú statisztikájának ugyanis az elégtelen indicatiókn kívül egy más oka is van, és ez a tracheotomia, a mely utóbbi műtétnak a tüdőkre ható romboló hatásáról már egy más alkalommal bővebben szoltam és így e helyen csupán utalok erre az igen fontos körülményre.

Ha tehát maga a tracheotomia is káros a beteg tüdőre, mennyivel jobban megviseli a tuberculosus szervezetét az, hogy a légcsőmetszésen kívül még a gége is felnyitásra kerül és e mellett még kiterjedt műtétnak is alá lesz vetve?

A laryngofissiónak tehát, tekintve hogy a műtét keretein belül a tracheotomiát is meg kell ejtenünk, barátja éppen nem vagyok, de ez nem jelenti egyúttal azt is, hogy a laryngofissiót sohasem tartom javaltnak. Mindazon esetekben, a melyekben a gégebeli elváltozás oly nagyfokú, hogy a műtét után beálló esetleges stenosis miatt a tracheotomia nem nélkülözhető, ha egyébként a tüdő állapota megengedi, a laryngofissiót meg kell ejtenünk mint ultimum refugiumot, mint egyedüli lehetőségét annak, hogy a beteget meggyógyíthatjuk. Éppen úgy, ha már a tracheotomiát vitalis indicatio miatt (kényszertracheotomia) meg kellett ejtenünk, ha a beteg állapota ezek után annyira javulna, hogy reménységünk lehet

⁷ Die Prognose des radicalen Eingriffs ist um so günstiger, je länger die Erkrankung bereits gedauert, ein ungünstiger Zustand der Lunge schliesst den Erfolg eines energischen Eingreifens nicht ohne weiteres aus. (Gründwald: Die Therap. der Kehlkopftuberculose, 1907.)

⁸ A mint azt volt mesterem, H. Krause professor is mondja: ... der Eine erliegt schnell nach kurzem Kampfe, der Andere hält Jahrelang weit verbreiteten Prozessen in Lunge und Kehlkopf stand ... (Monatschr. f. Ohrenheilk. etc., 1904.)

a felépüléshez, akkor a laryngofissio szintén javult. Magától értetődik, hogy ez esetekben minden igyekezetünkkel azon kell lennünk, hogy a légcső nyílását, mihelyt csak a gége állapota megengedi, bezárjuk.

Azon esetekben viszont, a melyekben a gégebeli elváltozások még a kezdeti szakban vannak, avagy nem oly fokúak, hogy erőteljesebb galvanocautikus beavatkozás esetén következményes stenosisból kellene tartanunk, ha az endolaryngealis cauterisatio nem vezet kellő eredményre, csupán az egyszerű thyreotomia jöhet számításba. A műtétet még meglévő javulat esetén is csupán akkor végezhetjük, ha a legszorgosabb kórházi felügyelet mellett legalább is a műtétet követő első huszonnégy órában gyakorlott műtő azonnal kéznél van az esetleges gyors tracheotomia megtételére. Ez az elővigyázat feltétlenül szükséges, mert bár eddigi hat thyreotomizált betegemen egy esetben sem volt szükség az utólagos tracheotomiára, sőt nem állott be stenosis több mint négyszáz esetben a többnyire igen alapos endolaryngealis cauterisatio után sem, ezt az eshetőséget teljes bizonyossággal sohasem zárhatjuk ki.

Mint említém, ezideig hat esetben végeztem az egyszerű thyreotomiát⁹ és ezek közül, a mi a gégebeli elváltozásokat illeti, három már több mint három éve gyógyultnak mondható. Ez az eredmény minden szónál ékeesebben bizonyítja a thyreotomia előnyét a laryngofissióval szemben.

Kuttner-nek teljesen igaza van, ha a laryngofissiót nem tartja oly ártatlan beavatkozásnak, mint azt sokan hirdetik; viszont az egyszerű thyreotomiáról elmondható, hogy ha nem is tartozik a legkönnyebb műtétek közé, a beteget ez a beavatkozás alig viseli meg jobban, mint az endolaryngealis cauterisatio.

A thyreotomia műtéte normalis viszonyok között, tekintve hogy nagyobb ér nem kerül átmetszésre, minimalis vérzéssel jár, s a gége tuberculosus szöveteinek eltávolítása után sem látunk oly nagy vérzéseket, mint a minő gyakorta előfordul a gégecarcinomák kiirtása alkalmával; mindazonáltal ama szabályokat, a melyek az esetleges nagyobb vérzés ellen irányulnak, a legkínosabb pontossággal kell betartanunk. *Lermoyez* ama nézete, hogy az extralaryngealis gégeműtéteknél főleg a tracheotomia után akkor áll be pneumonia, ha a beteg a kellő elővigyázat elmulasztása miatt vért aspirált, teljesen igaz, és ez okból thyreotomiánál, a hol tamponcanule-t nem alkalmazhatunk, a Rose-féle ferde fektetés (még pedig nagyobb fokban) elengedhetetlen.¹⁰ Sőt az esetleges utóvérzésekre való tekintettel ajánlatos a beteg ágyát is úgy elhelyezni, hogy az minden pillanatban a kívánt ferde helyzetbe legyen hozható. A mi magát a műtétet illeti, az annyira ismert, hogy részletesebb tárgyalása szükségtelen és így mindössze néhány a saját tapasztalataimból leszfűrődött fontosabb körülményre óhajtanám felhívni a figyelmet.

Az esetben, ha a gégebántalom nagyfokú elváltozása miatt nem az egyszerű thyreotomia, hanem a laryngofissio javalata áll fenn, mindenekelőtt is ama fontos kérdést kell eldöntenünk, vajjon egy avagy két részletben végezzük-e el a műtétet?

Pieniázek, a kinek százötven laryngofissiósi betege közül csak egy halt meg a műtét következtében, kedvező eredményeit annak tulajdonítja, hogy mindig két részletben végezte a műtétet, azaz a tracheotomia után nyolcz—tizennégy nappal a laryngofissiót. Mások viszont, mint *Hansberg*, a kettős műtétet csak az esetben ajánlják, ha igen legyengült, a súlyos dyspnoë miatt megcsökkent ellentállással bíró betegről van szó, avagy a tüdők is betegek.

A mi a saját tapasztalataimat illeti, tuberculosusban a tracheotomiának a tüdőkre gyakorolt romboló hatása miatt a kettős műtétnek híve szintén nem vagyok, annyival kevésbé, mert ha már meg kell ejtenünk a tracheotomiát, a beteg

* Nem lévén kórházi beteganyagom a háború vége óta, több műtét megejtésére, sajnos, alkalmam nem volt.

¹⁰ *Heryng* nézete szerint a Rose-féle fektetés még inkább elősegíti a vérzést. Én részemről ezt sohasem tapasztaltam, de még ha így volna is, a thyreotomiánál nincs más választásunk.

tüdőkre éppenséggel nem közönyös, hogy a légcső mesterseges nyitvatartásának az idejét egy-két héttel megnöveljük. Még azok az esetek is, a melyekben partialis resectiót kell végeznünk, a mi *Chiari* szerint a kettős műtét eljárást teszi szükségessé, a gégetuberculosisra nem alkalmazhatók, mert ha a beteg annyira gyenge, hogy a műtétnek egyszerre való elvégzését nem igen bírná el, nézetem szerint a laryngofissio már úgy is ellenjavalt.

(Folytatása következik.)

A mellkasi izzadmányok nyomásviszonyai.

Irta: *Szász Emil* dr., jelenleg osztályos orvos a budakeszi-i József katonai sanatoriumban.

A mellkasi nyomásviszonyok körüli felfogások határozatlansága, következetlensége nekem is nem egyszer feltűnt már. *Benczur*-nak az Orvosi Hetilap mult évfolyam 35. számában közölt cikke a mellhártyaizzadmányok csapolásáról arra készlet, hogy röviden hozzászóljak a kérdéshez és megkíséreljem a *Benczur* említette zürzavar eloszlátásához hozzájárulni. *Benczur* sem világítja meg azt megnyugtatóan. Szerintem nem mutat rá a zavar igazi okára és szintén elköveti azt a hibát, melyet a zavar főokának tartok.

Benczur a következőket mondja: „Az intrapleurális nyomás izzadmány esetén a legtöbb esetben negativ. Ez így van a látszattól eltérőleg még akkor is, ha a folyadék a rekeszizmot lenyomja, a szívet áttolja stb. E látszólagos ellentét onnan származik, hogy mi a jelzett eljárással a tüdő rugalmasság okozta nyomást mérjük, de emellett érvényesül a folyadék hydrostatikai nyomása is, a mely amattól függetlenül fejt ki mechanikai hatását.* A két fogalom összetévesztése okozza azt a sok zürzavart, a mely a mellkasi izzadmányok nyomásviszonyait illetőleg az irodalomban található. Oly kiváló észlelők is, mint *Spengler* és *Sauerbruch* azt mondják, hogy a tüdő összenyomtatása izzadmány esetén nem lehet túlnagy, hiszen a nyomás a legtöbb esetben ugyis negativ marad. Pedig negativ intrapleurális nyomás mellett is erősen összenyomhatja a tüdőt a folyadék hydrostatikai nyomása.“

Benczur e soraival nem tudok egyetérteni. Mielőtt ezt részletesen megokolnám, néhány szót kell előrebocsátanom.

Ép viszonyok mellett pleurális üreg nincsen. Ebből az következik, hogy ép viszonyok mellett fennálló interpleurális nyomásról beszélni semmiféle vonatkozásban sem helyes. Ha csapolótűvel a pleura lemezei közé hatolunk és oda egy borsónyi levegőhólyag jut, akkor már nem beszélhetünk ép viszonyokról.

A tüdőben a külső nyomás és a tüdőszövet rugalmassági ereje közti különbségnek megfelelő, negativ nyomás van, melynek nagysága ingadozó. A kilégzés alkalmával csökken, belégzéskor nő. Ennek az extrapleurális nyomásingadozásnak megvan a gyakorlati jelentősége a tüdő és az egész test nedvkeringése szempontjából. Nem tekintve a csontos mellkas szükséges physikai tulajdonságait, a tüdőszövet *concentrikusan ható rugalmassági ereje az a tényező tehát, melynek épségétől, teljes érvényesülésétől a mellüregi negativ nyomás nagysága függ. Benczur* is kiemeli ezt több helyen. De bizonyítják ezt *Tendeloo*-nak, *Sahli*-nak, *Roth*-nak *Benczur* által említett kísérleti adatai, melyek szerint, a mellkas különféle helye felett vizsgálva, más-más fokú a tűvel a pleuralemezek közé juttatott léghólyagban a negativ nyomás. Tudjuk, hogy a tüdő rugalmassági ereje nem egyforma minden helyen s így a fenti tapasztalatot ezzel kell összefüggésbe hoznunk.

Ebből következik, hogy mindaddig, míg a tüdő *collapsusa* nem teljes, azaz mindaddig, amíg a rugalmassági erő hat, a mellkasban negativ nyomásnak kell uralkodnia. A rugalmassági viszonyoktól függ, hogy mily tömegű exsudatumra van szükség, hogy a nyomás nulla legyen.

* Más helyen, de ugyanebben a közleményben a következőket olvassuk: „a hydrostatikai nyomás megítélése nem választható el a tüdő rugalmassága okozta intrapleurális nyomás viszonyaitól“ (403. o.)

Öregbebb egyéneken vagy a tüdőszövet megbetegedése esetén kevesebb folyadék vagy gáz kell a pozitív nyomás kifejlődéséhez. A mellkasban uralkodó physikai erők ismerete alapján tehát eleve elutasíthatjuk azt a feltevést, hogy a mellkasi izzadmány abszolút nagyságával arányosan közeledünk a pozitív nyomás beálltához. A mellüreg légmentes elzártsága folytán a tüdő rugalmasságával kell arányban állania annak a folyadékmennyiségnek, a mely a negatív nyomást meg tudja szüntetni. E felfogás helyességével áll vagy bukik egész okoskodásom. Éppen ezért két példával akarom világosan bemutatni a képet, melyet e nyomási viszonyokról magamnak alkottam.

Képzelnék el egy hosszabb és egy rövidebb gummi-szalagot egyik végével a falhoz rögzítve. A szabadon lógó két véget összefektetem, kézbe fogom és annyira meghúzó, hogy a rövidebb hosszának, mondjuk, kétszeresére nyuljék. Mindkét szalag meg fog feszülni. Miközben a két szalagvéget ebben a helyzetben rögzítem, egy fal felé ható rugalmassági erőt kell legyőznöm. (A szalagok hossza és az ebből származó feszültségek közti különbség két egyén tüdejének rugalmassági viszonyai közti különbséget szemlélteti.) Kezünkkel a fal felé közeledve mindinkább csökkenni fog a két szalag feszülése. Minthogy pedig a két vég egyenlő gyorsasággal közeledik a falhoz, a két szalag feszülése különböző időben fogja elérni feszülésének nullapontját. Az aránylag rugalmasabb, rövidebb szalag később. Ha ezen nullaponton túl is közeledem még kezemmel a fal felé, a megfelelő szalag petyhüdten le fog lógni. A kevésbé rugalmas szalag hamarabb kerül ebbe a helyzetbe mint a másik. A nullapont elérése előtt, a szalag szabadon lógó végpontjának a falhoz való közelítésében kezem passiv munkát végzett, a szalag maga húzta végpontját a fal felé. Amíg a szalag feszül, tehát amíg rugalmassága hat, nem kell semmi más physikai erő után kutatnom, mely ezt elvégzi. Mihelyt azonban elértem a nullapontot, nekem kellett a szalagot vinnem, hogy végpontja a falhoz közelebb essék és a szalag volt passiv. Csak ha ez a helyzet bekövetkezett, beszélhetünk arról, hogy én „tolom“ vagy „nyomom“ a szalagot a fal felé. Azt hiszem kétségbe nem vonható, hogy több, különféle rugalmasságu szalaggal kísérletezve, annak a távolságnak a nagysága, melyet a kifeszített szalag kezemben levő végének a feszülés nullapontjáiig meg kell tennie, csakis a szalag rugalmassági erejétől függ. Akár gyorsan, akár lassan ernyesztem el a szalagot, a távolság minden szalagra jellemző és állandó.

Zárjuk el ujjunk hegyével egy ideálisan záró Pravaz alsó nyílását és húzzuk teljes erővel a dugót. Ez megakad a henger közepén és alatta ritkított tér, negatív nyomás keletkezik. Képzelnék el, hogy ebben a ritkított térben megfelelő berendezés folytán megvannak a gázképződés feltételei oly értelemben, hogy ott előbb-utóbb pozitív nyomásnak kell kifejlődni. Vajjon nem lehet-e a pozitív nyomás beálltát feltétlen biztossággal kizárni mindaddig, míg a dugattyú húzása teljes erőfeszítés mellett történik? Gondolhatunk-e arra, hogy a dugattyu alatt pozitív nyomás van, mialatt ezt a henger közepénél tovább húzni nem bírjuk? Azt hiszem nem. És fordítva: ha meg tudnók manométerrel állapítani, hogy a dugattyu alatt negatív a nyomás, a dugattyut pedig, melynek helyzetét a magunk szemével figyelemmel nem kísérjük, segédünk húzza, akkor anélkül, hogy egyebet is tudnánk, feltétlen biztossággal következtethetünk arra, hogy a dugót segédünk izomereje rögzíti valahol a henger közepe táján, azaz, hogy húzó és nem toló erő rögzíti.

Ily megfontolás után azt állítom tehát, hogy mindaddig, míg a tüdő collapsusa nem teljes, azaz mindaddig, míg rugalmassági ereje hat, a mellkasban negatív nyomásnak kell uralkodnia. És fordítva: mindaddig, míg a mellkasi izzadmányban negatív a nyomás, a tüdő „összenyomva“ nem lehet. Volumenkisebbedése rugalmasságával áll összefüggésben és ennek magyarázatára felesleges más physikai erőket keresni.

Benczur fent idézett szavainak értelme tulajdonképpen a következő: Tény, hogy nagyobb izzadmánynál a rekesz le van „nyomva“, a mediastinum át van „tolva“, de az iz-

zadmányban mégis negatív a nyomás. Spengler és Sauerbruch azt mondja, hogy a tüdő nem is igen lehet összenyomva, ha negatív az izzadmányban a nyomás. Mint sokan, ez a két kiváló észlelő is elfelejti, hogy a tüdő rugalmassága és a hydrostatikai nyomás egymástól teljesen függetlenül fejt ki hatását és hogy éppúgy, mint ahogy az izzadmány a mediastinumot és diaphragmát nyomja, nyomja a tüdőt is, még pedig Pascal törvényei értelmében. Az izzadmányban valóban fennáll negatív nyomás „a látszattól eltérőleg“, de ennek megint egészen más physikai oka van: a tüdő rugalmassága. Nem hiszem, hogy Benczur szavait félremagyaráznom.

Első észrevételem az, hogy a hydrostatikai nyomás nem fejt ki hatását a tüdő rugalmassági erejétől függetlenül. Sőt én úgy képelem, hogy a tüdő concentrikus irányban ható rugalmassága a hydrostatikai nyomást problematikussá teszi, hogy ne mondjam felfüggeszti. Magam ugyan sosem végeztem a kísérletet, de kétlem, hogy a Pascal-féle kísérlet sikerüljön, ha az alsó végén pontosan odafekvő lappal zárt üveghengert vízzel telt edénybe mártjuk és a beléje töltött vízoszlop fölött légritkított teret, negatív nyomást hozunk létre. A klasszikus kísérletben, ahol a henger felső szája nyitott, az alsó záró lapra felfelé ható hydrostatikai nyomás abban a pillanatban, mikor a hengerbe töltött víz színe eléri a nagy edény vízszinét, kiegyenlítődik a hengerben levő hydrostatikai nyomással és az alsó záró lap leesik. Ha a vízoszlop felett negatív nyomást létesítünk, a lap nem fog leesni még akkor sem, ha a vízoszlop magasabb a nagy edény vízszinénél. Azt hiszem, ezt az állítást megkoczkáztathatom a kísérlet végrehajtása nélkül is.

A mellkasi viszonyoknál a physikai állapot ugyanez. Elképzelhetetlen, hogy a mellkasban a hydrostatikai nyomás érvényesüljön, hogy ez „lenyomja“ a rekeszt, „átolja“ a mediastinumot, mindaddig, míg a folyadék fölötti közegben, tehát a tüdőben negatív nyomás uralkodik, tehát mindaddig, míg a tüdő concentrációs rugalmassága ki nem merült. Ebből logikusan azt a következtetést kell levonnunk, hogy amíg az izzadmányban negatív a nyomás, addig a rekesz „lenyomását“, a mediastinum „átnyomását“ nem lehet a hydrostatikai nyomásra visszavezetni. Más magyarázatát kell keresnünk és ez szerintem a következő:

A rekesz ép viszonyok között azért domborodik fölfelé, mert a tüdő felhúzza. Más szóval: a mell- és hasüreg közti nyomás közti különbség folytán. Hullában, a mellkas feltárása után a rekesz, mint egy rongy, ide-oda libeg.

A mediastinum egyensúlyi helyzetét a középvonalban a két mellkasfél egyenlő nyomásviszonyai biztosítják.

Ha ez igaz, akkor tovább következtethetjük, hogy a rekesz fölötti nyomás fokozódásával, illetőleg a negatív nyomás csökkenésével a rekesz „lesüpped“, a Röntgen-ernyőn lelapul a hasüreg felé, a mediastinum pedig „áthúzódik“ az ép oldal felé. Minthogy pedig mellkasi izzadmány esetében csökken a mellüregben a negatív nyomás, növekedésével a nyomáscsökkenés tovább tart, a rekesz lesüppedése és a mediastinum áthúzódnása annál kifejezettebb lesz, minél nagyobb az exsudatum. Tehát „lesüppedés“-ről és „áthúzódnás“-ról szóltam.

Azt hiszem sikerült plausibilissé tennem, hogy miért van, még nagyobb izzadmány esetén is, negatív nyomás a folyadéokban.

Benczur a tényleges physikai állapottal nem megegyező feltevésből kiindulva, arra a szerintem hibás felvételre jutott, hogy a hydrostatikai nyomás függetlenül a tüdő rugalmassága okozta hatástól „nyomja“ a rekeszt és a mediastinumot. A kifogás tehát, melyet Spengler és Sauerbruch kijelentéseivel szemben felhoz, ezek szerint nem indokolt.

A két szerző helyesen fejezi ki magát. Ők a tüdő „összenyomásáról“ szólva nem a tüdő activ összehúzódnására gondolnak, hanem nyilván csak akkor beszélnek „összenyomásról“, amikor a tüdővolumen kisebbedésében a tüdőnek passív szerep jut, amikor tehát pozitív nyomás nehezedik a tüdőre, amikor az interpleuralis nyomás nagyobb a külső

légnyomásnál. Ők tulajdonképpen azt mondják, hogy az izzadmány nem nyomja össze a tüdőt, ha meggyőződünk róla, hogy az exsudatumban a nyomás negatív.

A zavart ezeknek a korántsem oly bonyolult és nehezen érthető viszonyoknak irodalmi ismertetésében tehát nem éppen a hydrostatikai és rugalmassági viszonyok összetévesztése okozza, hanem általában a fizikai viszonyok hibás megítélése és azt hiszem elsősorban az a helytelen, a valóban fennálló fizikai viszonyoknak meg nem felelő gyakorlat, hogy tüdőcollapsus helyett mindig compressióról beszélnek. Ebbe a hibába kiváló szerzők is beleesnek és köztük Benczur is. A pneumothorax-kezelést elvéve nevezik collapsus-kezelésnek, túlnyomó többségben compressió eljárásnak. Egy hibás szóhasználat elegendő ahhoz, hogy a vele összefüggő kérdéssel kapcsolatos orvosi észjárást megzavarja. A pneumothorax gyógyító hatásának magyarázatául például mindenki meggondolás nélkül elfogadja a nyugalombahelyezést. De hogy a tüdőben passiv vérbőséget idézünk fel és ezzel kiváltjuk a proliferatív jellegű szöveti folyamatokat, ezt felületesebb okoskodók fülem hallatára már nem egyszer kétségbevittek, mert paradox logikának tartják, hogy a komprimálás eredményeképpen vérbőséget várjunk. Igazuk volna a kétkedőknek, ha csakugyan komprimálnók a tüdőt, ahogy ezt neves szerzők odavetett megjegyzései alapján gondolni lehetne. *Da a tüdő csak kollabál, rugalmasságánál fogva, de összenyomva nincsen.*

A mondottakat röviden a következőkben foglalhatom össze:

Pleuralemezek közti nyomásról csak akkor beszélhetünk, ha egy interpleuralis spatium keletkezett. Akár folyadék, akár gáznemű anyag hozza létre ezt a spatiumot, ebben mindaddig negatív nyomás lesz, míg a tüdő koncentrikus rugalmassági ereje hat, míg a tüdővolumen csökkenését a tüdő activ összehúzódása idézheti elő. Minél teljesebb a collapsus, annál kisebb a negatív nyomás, a kilégzés végén talán már pozitív is. Ha tartósan kilégzési állásba jut a mellkas, mondjuk az izmok kifáradása folytán (Benczur), vagy ha a felhalmozott folyadéktömeg körül zsugorodó elváltozások fejlődnek, elképzelhető, hogy a nyomás állandóan pozitív. *Ilyenkor azonban elképzelhetetlen, hogy a tüdő rugalmassága még befolyással lehessen a mellüri nyomásviszonyokra.* Ez az állapot az, amikor valóban össze van „nyomva“ a tüdő, le „nyomva“ a rekesz, „áttolva“ a szív. Pneumothoraxnál ekkor a nyomást sohasem létesítünk, és exsudatumnai is csak rövid ideig áll fenn, például nagyobb izzadmánynál a kilégzés végén, vagy csapolás közben, ha a beteg nyugtalan és présel.

A Korányi-féle háromszög keletkezését is így magyarázom. Párhuzamosan az izzadmány nagyobbodásával, relative nő az ép oldalon a negatív nyomás, minthogy a tüdő rugalmassága caudalis vége felé fokozódik, húzó hatása itt lesz a legkifejezettebb s így a mediastinum alsó negyede — talán azért is, mert itt a legmobilisabb — át fog húzódni az ép oldal felé. Minél nagyobb az izzadmány, annál nagyobb az ép oldal szívó ereje, a tünet megjelenésének feltételei tehát annál jobbak. Egyéni eltérések a tüdő rugalmasságában és a mediastinum ellenállásában eredményezik azt, hogy a tünet nem állandó, méreteiben esetenként nagyon különböző.

Mindenképpen azonban a tüdő rugalmasságát, ezen erő koncentrikus irányát, tartom a legfontosabbnak a mellüri nyomásviszonyok kialakulása szempontjából és az itt észlelhető eltérések és törvényszerűségek elsősorban a tüdőszövet eme tulajdonságát befolyásoló physiologiai, illetőleg constitutionalis egyéni sajátságokon és a tüdőben székelő kóros folyamatokon alapulnak. Ezen tényezőktől fog függni az is, hogy az izzadmány lebocsátása közben mily mértékben változnak a nyomásviszonyok. *A hydrostatikai nyomás pedig nem fejtheti ki hatását csak a tüdő teljes collapsusa esetén.*

Benczur tapasztalatai teljesen összhangban vannak ezzel a felfogással. Ő 3 esetben észlelt pozitív nyomást. Kétszer

régi zsugorodó folyamatok okozhatták, a gyermekben pedig, ahol bizonyára igen nagy exsudatum állott fenn, nyugtalan viselkedése, talán kiabálással járó fokozott kilégzése, tarthatta fenn a nagy nyomást. Benczur is negatív nyomást észlelt nagy izzadmányok mellett is. A spontan seropneumothorax esetében a pozitív nyomást szelep okozhatta (Ventilpneumothorax).

Benczur-nak pneumothoraxnál a töltéssel kapcsolatban szerzett tapasztalatai egyeznek mindezzel. „...nitrogen-bebocsátásra bizonyos nyomásfokozódás áll be, de néhány perc múlva kiegyenlítődik, a manometer leszáll.“ És most az ominosus compressióra hivatkozik, amennyiben így folytatja: „nem valószínű, hogy ennek (a nyomáscsökkenésnek) csak a tüdő összenyomódása az oka (Benczur nyilván a tüdő rugalmas összehúzódására gondol itt, hiszen arra nem gondolhat, hogy az összenyomás nyomás-csökkenésnek lehessen a következménye), hanem nyilván a mellkasnak fokozott inspirációs állásba való eltolódása is szerepel.“

Ez az utolsó feltevés plausibilisnek látszik. Benczur nem mondja, de azt hiszem compensatorius reflexűtűnetnek fogja fel ő is ezt a belégzési állást, mely mindkét oldalon beáll és célja az insufflatio által megkisebbitett légzőfelület pótlása.

Saját tapasztalatommal az is egyezik, hogy az insufflatio elején bizonyos nyomásfokozódás áll be. Magyarázata könnyű. Beteg tüdővel van dolgunk. Benczur is bizonyára kiterjedtebb folyamatoknál alkalmazta a pneumothorax-kezelést. Ily esetekben a tüdő rugalmassága nagyon csökkent, a tüdő beszűrődött; pleuraösszenövések, de már érdesség is a pleura-felületeknek egymás fölötti elcsúszását megnehezíti, a collapsus vontatottabban áll be. Talán egy kis lökésre van szükség, hogy az összetapadás meglazuljon és a tüdő annyira amennyire összeessék. Érdekes volna e viszonyokat rendszeresen tanulmányozni.

A húgykőműtétek és javalataik.

Irta: Rihmer Béla dr., egyet. magántanár, az Új Szt. János-kórház urológiai-sebészeti osztályának főorvosa.¹

(Folytatás.)

A kőműtétek utáni recidivának három oka van: 1. A műtétkor kő, vagy törmelék maradt vissza a hólyagban. 2. A kő eltávolított; de cystitis vagy retentio, vagy mind a kettő következtében újból kő támad. 3. A műtét után a veséből a hólyagba kő jut és ott fennakad.

A magas metszés után az első módon csak úgy jöhet létre recidiva, ha a műtő több kő közül egyet ott hagy, vagy pedig a kő extractio közben széjjelmegegy és törmelék marad vissza. Az észlelt egy recidivánk 4 év múlva nephrogen eredésű volt; másutt végzett magas metszések után egy nephrogen és 3 cystitises volt.

Az összesen 5 metszési recidivával szemben 16 zúzási recidivát láttam 11 betegen; ezekből nephrogen eredésű volt 2, cystitises 3; törmelékes eredésű recidiva volt 10. Ezen 10-ből 5 idegen zúzásra esett, 5 a magunkéra. Az 5 közül 2 a revisio elől elvonta magát, 3 esetben az megtörtént. Ugy az idegen esetekben, mint az 5 saját esetemben is nagy prostata, mögötte mély tasakképződéssel volt jelen. Azt mondhatjuk, hogy míg a metszett esetekre körülbelül 30% recidiva esik, a zúzottakra ennek legalább 3—4-szerese; Legueu azt mondja, hogy a zúzási recidiva gyakoribb volta a műtő technikai hibája. Ez nem egészen így van. Ezt a recidivát le lehet szorítani a minimumra, azonban tasakképződés esetében a kiürítés fent vázolt nehézségei és a revisio tökéletlen volta mellett teljesen megszüntetni nem lehet. Megesett pl. az, hogy olyan mély tasakkal volt dolgunk, hogy sem az egyenes, sem a retrograd cystoskoppal nem tudtunk annak fenekére látni.

Azt mondhatjuk tehát, hogy a magas metszés hátránya a sipoly-képződés lehetősége, a zúzás a gyakoribb recidiva. A zúzás utáni cystitises és nephrogen eredésű recidiva ese-

¹ A közpórházi orvostársulatban tartott előadás.

teiben is, úgy mint a törmelékes recidiva eseteiben, mindig nagy prostata volt jelen, a mely azáltal, hogy pangást vagy cystitist tartott fenn, a recidiv kőképződésre alkalmat adott; vagy pedig alkalmat adott azáltal, hogy a vesékből a tasakba leszállott kövek kiürülését megakadályozta. Azt mondhatjuk tehát, hogy a recidiva minden ágában a nagy prostata elsőrangú tényező. Ez a tapasztalás arra tereli az ember gondolatát, hogy a recidiva szempontjából helyesebb eljárás az ilyen eseteket a magas metszés körébe utalni, a mely lehetővé teszi egyszersmind a nagy prostata kiirtását s így a recidiva egyik legfőbb okának megszüntetését.

A magas metszéshez társuló prostatectomiát újabban gyakorolni kezdték. 1912-ben a sebész-congressuson még szórványosan szerepelnek az esetek. Freyer ezen időtájt már 181 esetről számolt be 8·84% mortalitással.* Sajnos, a világháború nem igen kedvezett az ilyen sebési kérdések tanulmányozásának és a külföldi irodalomtól elzárva, alig tudjuk megítélni, hogyan fejlődött másutt ez a kérdés. Én magam kőműtéttel kapcsolatban 3 ízben távolítottam el a prostatát: két ízben egy ülésben, egy ízben két ülésben. Az első 56 éves, naphrogen eredésű 8 hólyagköve volt. A beteg gyógyult. A második 66 éves, 7 év alatt egy idegen és egy saját zúzás után recidivált cystitises betegen a prostata enucleálása után erősebb vérzés miatt tamponálni kellett; a 3. napon a tampon elvétele után utóvérzés állott be, úgy hogy újból tamponálni kellett; az elgyöngült beteg a 18. napon kimerülésben meghalt. A harmadik 74 éves betegnek 23 nephrogen eredésű köve volt mély tasakban. Ezek kivétele után Pezzer felett varrtam a hólyagot; 6 hét múlva végeztem parasacralis vezetési érzéstelenítésben a prostatectomiát. A beteg meggyógyult.

Ezek az adatok a végleges állásfoglalásra elégtelenek.

Azonban az egy elveszített eset arra int, hogy cystitis, incomplet retentio esetében a kőműtetést és prostatectomiát egy ülésben ne végezzük. Ilyenkor a prostata vérbő, venái tágultak, könnyen vérzik. Ha a követ kivéve, drainezzük a hólyagot, a cystitis megjavul pár hét alatt, a prostata decongestiója beáll és csekélyebb veszedelemmel operálhatunk. Sőt ilyen esetekben a cavum Retzii infectiójának a veszedelme is kisebb lesz.

Eljutottam az összegezéshez és a műtéti javulatok felállításához. Mindenekelőtt meg kell említenem, hogy sokkal több esetet zúzhattam volna, mint a mennyit valójában zúztam, de kerestem a műtétek eshetőségeit s így esett meg, hogy zúzásra alkalmas esetet is metszettem; viszont igen nehéz eseteket (több kemény kő, prostata mögötti tasakban) zúztam. Ha fent azt láttuk, hogy magas metszéssel csak olyanokat veszítettünk el, a kiken a zúzás contraindicált volt, a többiek meggyógyultak. a recidiva kevesebb s a műtéttel előkészülhetünk, ha szükséges, a másodlagos prostatectomiára: akkor a két műtét közül a magas metszésnek kellene a pálmát odaítélnünk. Amde a sipolyos gyógyulás lehetősége, mely különösen erősen hájas hasfalú és fertőzött hólyagú esetben van meg, valamint az a körülmény, hogy avatott kezekben a zúzás úgyszólván veszélytelen és szinte ambuláns végezhető, indokoltá teszi a közúzást minden olyan esetben, a melyben a hólyag állapota, a kő nagysága és a magasabb húgyutak állapota azt megengedi. Nem zúzható a kő, ha a zúzóba nem fogható zsugorodott; ha a kő insaccált; ha súlyos cystitis, pyelitis vagy veselob van jelen. Lehetőleg tartózkodjunk a heveny cystitises betegek operálásától, a míg az nem javul, úgyszintén a súlyosan inficiált, lázas cysto-pyelitises betegek operálásától, ezek előbb állandó katheterrel kezelenődők. A súlyosan inficiált magaskorúak műtéte lehetőleg kerülendő. A magas kőmetszéshez társuló prostatectomia indiciói még nincsenek teljesen kiforrva és éppen azért, a ki jól tud zúzni, inkább fogja egyelőre prostata-hypertrophia

* Freyer közleményeit csak referatumból ismerem, minthogy azonban a 181 eset a prostatahypertrophia miatt végzett közel 1000 eset statisztikájából van kivéve, valószínű, hogy a műtéti indicatio alapja a hypertrophia volt és sok esetben a kő accidentalis lelet lehetett.

és tasakképződés esetében is zúzni a követ, vállalva a recidiva nagyobb százalékát, vagy az egyszerű metszéssel beérni, mintsem hogy a beteget kitegye a prostatectomiával járó magasabb mortalitas veszélyének. Azon esetekben, a melyekben a prostata-hypertrophia már incomplet retentióval jár és a beteg általános egészségi állapota, a magasabb húgyutak állapota azt megengedi; továbbá olyan esetekben, a melyekben a gyakori descendálás jeléül a prostata mögötti tasakban sok apró kő van (egy esetünkben 23), ajánlhatjuk a kőmetszéshez csatolt prostatectomiát, a melyet ilyenkor lehetőleg két ülésben végzünk. Annál is inkább ajánlható ez a műtét, mert, mint magam is tapasztaltam, az ilyen betegek a kő elvétele után, mintha a hólyag valamely stimuláló inger-től fosztódott volna meg, gyakran teljesen retentiósak lesznek és kénytelenek vállalni a katheter-élet összes veszedelmeit.

II. A húgycső- és prostatakövek műtétei.

12 húgycsőkö esetében avatkoztunk be. Közülök 10 migráló, 2 stricturával kapcsolatos (autochton) kő volt. A szűkület mögött levő követ a szűkület és egy esetben a társuló sipoly egyidejű megoldásával távolítottuk el. Egyéb-ként az elülső részben ülőket vagy fogóval húztuk ki, vagy külső húgycsőmetszést végeztünk (két esetben a pars pendulán, egy sipolylyal távozott); vagy betöltük a hólyagba és ott zúztuk össze. 4 esetben a kő a pars prostaticában ült, egyet betöltünk a hólyagba s ott zúztuk; a három többi esetben a követ sem kihúzni, sem a hólyagba tolni nem sikerült.

Ilyen esetekben a prostaticus rész gáti feltárását szokták végezni és ott a kőre reámetezni. Én ettől eltérő utat követtem, a melyet nem túlnagy kő esetében ajánlhatok. Ez a következő: a bulbuson külső metszést végzünk és a külső záróizmot gombos késsel belülről lefelé átmetszünk, mire a hátulsó húgycsőbe tág út nyílik, a melyen át mandulányi kő könnyen eltávolítható. A kő kihúzása után 48 órára állandó kathetert helyezünk be és a külső húgycsőmetszés sebét bevarrjuk. Mind a három eset simán gyógyult.

Egy ötödik, hólyagkövekkel komplikált esetben a pars prostaticában egy csontszilánk körül képződött követ a hólyag felől távolítottunk el. Ez lövési sérülés következtében képződött és az illető köve miatt egyszer már másutt magas metszést állott volt ki.

A legnagyobb húgycsőkövünk egy bulbuskő volt (15 gramm).

A valódi prostata-kövek (concretiók) ritkán teszik beavatkozás tárgyát, többnyire dissemináltak és így nem operálhatók. Egy esetünkben a Röntgen szerint a 7 kövecske a prostata kivezető csöveinek legalsó részében egy csoportban volt feltételezhető; perinealis prostatectomiát végeztünk, azonban a legszorgosabb keresés daczára sem tudtuk az összes köveket megtalálni; a beteg sipolylyal távozott az osztályról.

A prostata-kő nevét csakis ezek az esetek érdemlik meg és nem a prostatás részben fennakadt kövek. A mint látjuk, ezek műtéte nem hálás feladat.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ernst Kretschmer (Tübingen): Der sensitive Beziehungs-wahn. Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Berlin, Julius Springer. 1918. 14 M. 164 oldal.

Kraepelin a klinikai pszichiatría fejlődését a betegségek végállapotának (Endzustand) tanulmányozásától várja, ezzel szemben a szerző a betegség előtti állapot fontosságát hangsúlyozza a psychosis tartalmára, kifejlődésére vonatkozólag. Jellem alatt a psychés személyiség érzelmi és akaratbeli részét érti, melylyel szemben a személyiség másik részét az intelligencia, mint az asszociáló képességek összessége alkotja.

Igy tekintve, benső összefüggés van a lelki élelmények keletkezésének, feldolgozásának módja és a jellem között. De az elmekörtani jellemtanak tudományos módszerekkel való meg-alapozása a paranoia-kérdésnek is segítségére lehetett; minél közelebb jutott ez a psychogen felfogáshoz, annál szükségesebb lett a személyiség kifejlődésének tanulmányozása. A paranoia-complexum számos újabb alakjának megismerése is csak oda vezetett, hogy nincsen egységes paranoiás készség, hanem jellembeli különbségekre kell fordítani a figyelmet.

Kraepelin valódi chronicus paranoiáján, a paraphrenián, a paranoid schizophrenián felül itt vannak a Wernicke-féle „Zirkumscripste Autopsychose auf Grund der überwertigen Idee“, Ziehen paranoidforma neurastheniájá, Friedmann paranoid-szerű maniacodepressio esetei, Gierlich periodikus paranoiája, Janet paranoia rudimentaire-je, H. W. Maier katathym paranoiás kivánságpsychosisa; Birnbaum „Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten“-ről beszél, Kleist az involutiós paranoiát ismerteti, Ziehen a Gouvernantenwahnsinn; a fogházi paranoia és a quaeruláncsoport ismerete átvezet a paranoia characterogen értelmezéséhez, Heilbronner characterogen paranoiájához csatlakozik Friedmann enyhe systematizáló endogen paranoiája és Gaupp paranoiás dispositiója, abortív paranoiája, a melyben már a jellemkutatás kifejezett nyomaira akadunk.

A paranoiás klinikai formák tömegét Kretschmer egy új formával szaporítja, a sensitiv jelleműek vonatkoztatási psychosisával és az új kórképnek azzal rak szilárd alapot, hogy kiépíti a rendszeres psychiatriai jellemtant. Ennek alapfogalmai: 1. a benyomásfelvevő képesség (érdeklődés, suggestibilitás, ingerlékenység, érzékenység), 2. a visszatartó-képesség (a képzetekhez fűzött affectusok megtartása, megőrzése, fixálása), 3. az intrapsychés aktivitás (mely az élelményekből új érzés- és képzeteket, akaratiimpulsusokat alkot és így a psychebeli folyamat intenzitását növeli), 4. a levezetőképesség (képesség arra, hogy az ingerületet associatio, beszéd, affectuskitörés vagy cselekvés útján magából kijuttassa). Ez elemeken kívül affectusnagyság, -tartam és -nyilvánítóképesség szempontjából a jellem stheniás vagy astheniás tulajdonságáról beszélhetünk. A jellem formáit tehát öt osztályba sorozza:

1. A primitív reactio: könnyű benyomásfelvevő és kifejezőképesség mellett hiányos a visszatartóképesség (az explosivok, a haltlosek, a moral insanity-ben szenvedők, a született bűnösök, az ösztönösök, az impulsivok, a pathologiás szédelőgök). Vannak protrahált primitív reakciók, primitív psychosisok. 2. A kitéréses reactio, midőn a lelki folyamat az öntudatos szellemi feldolgozás síneiről az öntudatonkívüli sötét, ismeretlen melléksínekre tér ki (psychogen mozgási, érzési zavarok, psychogen ködös állapotok, álomszerű, automatás affectus- és associációs folyamatok. Néha keveredik a primitív reakciókkal. 3. A chronicus expansív reactio: erős visszatartó tendencia mellett fokozott benyomásfelvevőképesség, tartós intrapsychés aktivitás, korlátlan levezetőképesség, a különben stheniás egyéniségbe mintha egy astheniás tövis szorult volna (raffinált intrikusok, üldöztetéses, féltékenységi téveseszmés betegek, a küzdelem neurotikusai, a quaeruláncsoport, paranoid reformátorok, feltalálók). Jellemzi még ethikai fegyelmesség, egoismos componensek túlnyomó volta, aggodalmaskodó kötöttség. Egyik félesége közelebb áll a primitív reakciókhoz, a másik, melyet élénk joghahászó tendencia jellemez, a sensitív formához. 4. A sensitív reactio. Az élelményeivel való küzdelmet befelé invertálja. Benyomásfelvevő képességük igen nagy és csendben tartósan dolgozzák azt fel bensejükben. 5. A tisztán astheniás reactio, melyet a reactiv depressio jellemez és az előbbi formától a lágyság, megnyilatkozási szomjúság, kimerülékenység és ingerlékenység különbözteti meg.

Ezen az alapon építi fel a szerző az új kórképet. A sensitiviek vonatkoztatási psychosisa különálló kórforma, melynek jellemző aetiologiája, symptomatikája és lefolyása van. *Aetiologiájában* szerepel 1. örökléses terhelttség, 2. munka és

affectus által könnyen kimerülő constitutio, 3. reactiv módon való keletkezés, 4. sensitív jellem, melyet eme vonások alkotnak: lágy kedély, finom, megsebezhető, de önértetes, becsvágyó, önfejű, komplikált, nagyon intelligens, értékes egyéniség, szigorú etikájú, mély érzésű altruista bensőséges kedélyi étellel, az élet ütötte sebeket hosszan magukba zárják, éles önmegfigyelők, önkritikájuk fejlett, szeretni tudók és bizalmasok, félénkek, bizonytalan fellépésűek, szerények, de törekvők, hivatásukban kiválók, 5. az élelmény minősége, insufficientiájuk megszegyenítő érzése, sexualethikai conflictusok, a hivatással járó zavarok, 6. a milieuhatások, így az önértet túlfeszítettsége lealázó helyzetben, az egyedülálló hivatalnoknő, a divatjamult kisvárosi vénleány, a magábanjáró parasztleány, a munkásosztályból kikerülő autodidacta, a néptanító, kinek társadalmi elhelyezkedése nagyigényű, de be nem fogadott, exponált, anélkül, hogy azt megfelelő műveltség biztossá tehetné. *Symptomatice* az jellemzi a kórformát 1. hogy egész tartalma a pathogen élelmény körül forog, 2. hogy minden mozzanata a sensitív jellemnek megnyilvánulása, 3. gyakran kísérik neurastheniás kimerülési tünetek. *Prognosisa* jó, vagy spontán meggyógyul, vagy chronicus paranoiába megy át. Elterjedése egyes törzsek, például a sváb vidékek lakói között gyakoribb. *Elhatárolása* a rokonformák felé sikerül. Lefolyásában 7 variánsát különbözteti meg és a saját, valamint Friedmann, Gierlich és Wernicke másutt közölt kórtörténeteinek felhasználásával öt *klinikai formát* sorol fel.

1. Az aggszűzek erotikus vonatkoztatási psychosisa. Számos hysteriás tünet van a szerző kórtörténeteiben, anélkül, hogy a kitéréses és a sensitív karakterreactio közötti ellentmondást eléggé tisztázva látnánk. 2. A masturbálók hypochondriás alapon fejlődő vonatkoztatási psychosisa. 3. Hivatásbeli conflictusokhoz csatlakozó vonatkoztatási psychosis. 4. Kevert jellemformákkal járó vonatkoztatások, midőn a sensitív jellem például expansív vagy primitív vonásokkal keveredett. 5. Midőn a vonatkoztatási tendencia mint habitualis psychopathiás tulajdonság áll fenn.

Paranoia nincs, csak paranoiások vannak. Ez a könyv conclusiója. A psychologiai pathogenesis megismerése a psychiatriában egyértelmű a therapia lehetőségével. Hiányai dacára tehát örömmel üdvözljük a művet, főképp azért vagyunk hálásak, hogy figyelmünket a tudományos jellem-analys fontosságára irányozza. Aktualitást adott e kérdésnek, melynek jelentősége nemcsak psychiatriai, de művészeti is. Érdekes például, miként vált máris segítségére a jellemkutatás a Luther-biographusoknak, midőn megérteti, hogy Luther a sensitív és expansív karakter sajátosságos keveréke volt mint küzdő, mint kitartó, mint apostol, reformátor.

Kluge dr.

Új könyvek.

H. Hayek: Das Tuberculoseproblem. Berlin, J. Springer. 26 m. — J. Hainebach: Zehn Gebote für den Verkehr mit dem Arzt. Frankfurt a/M., H. Minjon. 1'60 m. — P. Hadjipetros: Über Bluttransfusion, Autotransfusion und Autoinfusion. Leipzig, J. A. Barth. 3'60 m. — A. Heffter: Handbuch der experimentellen Pharmakologie. Bd. II. 1. Hälfte. Berlin, J. Springer. 48 m. — W. Alexander und K. Kroner: Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung. 10 m. — H. Oeller: Der Krankheitsverlauf des Typhus, betrachtet vom Standpunkt der Immunitätsforschung. Jena, G. Fischer. 11. m. — A. Kronfeld: Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Berlin, J. Springer. 30. m. — C. Bucura: Die Hämophilie beim Weibe. Wien, A. Hölder. 11.20 m. — W. Neutra: Seelenmechanik und Hysterie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 34 m. — H. Hirschfeld: Die Erkrankungen der Milz. H. Eppinger und E. Ranzi: Die hepatolienalen Erkrankungen. Berlin, J. Springer. 80 m. — J. Scheffer: Vorlesungen über Histologie und Histogenese. Leipzig, W. Engelmann. 42 m. — K. Binding und A. Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig, F. Meiner. 6 m. — E. Schwalbe: Vorlesungen über Geschichte der Medizin. 3. Auflage. Jena, G. Fischer. 16 m. — H. Sicher: Anatomie und Technik der Leitungsanaesthesie im Bereich der Mundhöhle. Lehrbuch für den praktischen Zahnarzt. Berlin, J. Springer. 15 m. — O. Vulpius: Aus 25 Jahren orthopädischer Arbeit. Wien, Urban und Schwarzenberg. 3'60 m. — A. Strasser, F. Kisch und E. Sommer: Handbuch der klinischen Hydro-, Balneo- und Klimatherapie. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 70 m.

— *H. Much*: Kinder-Tuberkulose, ihre Erkennung und Behandlung. Leipzig, C. Kabitzsch. 4:80 m. — *H. Much*: Pathologische Biologie (Immunitätswissenschaft). 3. Auflage. Leipzig, C. Kabitzsch. 45:60 m. — *Bandelier-Roepke*: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. 10. Auflage. Leipzig u. Würzburg, C. Kabitzsch. 48 m. — *C. Adam*: Taschenbuch der Augenheilkunde. 4. Auflage. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 22 m. — *Koblanck*: Taschenbuch der Frauenheilkunde. 2. Auflage. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 16 m.

Lapszemle. Belorvostan.

Anginosis nevet adta *Fein* tanár (Bécs) annak az általános fertőzőbetegségnek, a mely a sepsises betegségek csoportjába tartozik s melynek első és legfeltűnőbb helybeli nyilvánulása rendszerint a torokképletekben van; a kóros góczok más szervekben csak később fejlődnek, azonban éppen úgy hiányozhatnak, mint a hogyan hiányozhatik a torokbeli folyamat. Az idetartozó eseteket eddig többnyire az anginák csoportjába tartozónak vették, helyesebb azonban ezentúl anginosisról beszélni. Az anginosis és polyarthrit is egyenlő értékű részjelensége egyugyanazon sepsises betegségeknek, nem pedig az oka és következményes állapota. A betegség aetiológiája még ismeretlen; valószínűleg különböző mikroorganizmusok okozzák. (Mediz. Klinik, 1920, 24. szám.)

Friedmann szeréről következőképpen nyilatkozik *Bacmeister* tanár. Kétségtelen, hogy specifikus szerrel állunk szemben, a mely góczreakciókra vezet. Lehetséges, hogy ezekben a góczreakciókban van valamilyen a gyógyulást elősegítő momentum, mint a hogyan a tuberculin okozta reakciók is optimalis izgatás esetén kedvező hatásúak. Tüdőgümőkór több esetében látott a szerző kedvező hatást, főleg subjectiv értelemben, a gyógyulást elősegítő tartós befolyást azonban sohasem tudott megállapítani; határozottan állítható, hogy tartós, fokozott immunitás a gümőkórral szemben a szer hatásaképpen nem áll elő. Hogy vajjon a múlt izgalmi állapot és a vele látszólag kapcsolatos múlt immunitásfokozódás elegendő-e kezdődő tüdőgümőkór-esetek meggyógyítására, ezt csak a hosszabb tapasztalás fogja megmutatni; a szerző tapasztalatai e téren nem nagyon biztatók. A szernek ártalmatlan volta nincs még bebizonyítva. Lehetséges, hogy *Friedmann* szere bele lesz illeszthető gümőkórellenes fegyvertárunkba, de semmiesetre sem therapia magna sterilisans, a minek a külvilág előtt gerálja magát. Hátránya a módszernek az izgató hatás pontos adagolásának lehetetlensége, továbbá az, hogy az esetleg túlerőssé váló izgalmat nem lehet megszüntetni. Lényeges megváltozása a gümőkór terapiájának a *Friedmann* szerétől nem várható és nagyon veszedelmes volna, ha a *Friedmann* szerében való erős hit miatt elhanyagolnánk azokat az eljárásokat, a melyek eddig többé-kevésbé eredményesnek bizonyultak a gümőkórellenes küzdelemben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 24. sz.)

Ideglövés utáni nagyfokú fájdalomosság két esetét ismertette *Flockemann* a hamburgi orvosegylet január 13.-án tartott ülésén. Mindkét esetben karidegek sérültek és ezért műtét történt. Feltűnő volt, hogy a betegek rendkívül erős fájdalmakat éreztek a sérült kar kezében, valahányszor testük valamely részét megérintették, továbbá, hogy a bőr megnedvesítése nagy mértékben csökkentette az érintésre beálló fájdalomkiváltódást; kezüket ezért állandóan nedves ruhába göngyölve tartották. Hasonló eseteket már régebben is közöltek; ilyen a *Sträussler* esete, a melyben az illetőt elmebetegségre gyanu miatt küldték vizsgálatra, mert állandóan nedvesen tartotta magát, vizet öntött alsónadrágjába és nadrágjába, valamint az ágyába; a száraz ruha okozta dörzsölés rendkívül heves fájdalmakat váltott ki az alsó végtagjain lövés okozta idegsérülés után, a míg rájött arra, hogy a bőr megnedvesítése tetemesen csökkenti a fájdalmakat. Az ilyen esetek *Oppenheim* elméletével magyarázhatók, a mely szerint a lövésű sérülés a corticalis érzésközpontoknak oly nagyfokú túlérzékenységet okozza, hogy már nagyon kisfokú érzékbenyomások erős fájdalomrohamokat válthatnak ki.

Szülészet és nőorvostan.

A carcinomák postoperatív besugárzásáról értekezik *Straus*. Több intézet ellentétes eredményeit állítja szembe egymással, de a kérdés végleges tisztázásához nagyobb anyag feldolgozását tartja szükségesnek. A cél, amelyet elérni akarunk, veszélyeztetve látja a nem elégségesen folytatott besugárzásban, a mi a visszamaradt ráksejtekre ingerként hatván, éppen ellentétes eredményre vezet. Különösen áll ez a praecarcinomás szakban levő sejtekre. Jó technika mellett azonban ez elkerülhető. A besugárzással a környező kötőszövetnek csak irritatív dosist szabad kapnia, mert a most újra talajt nyert Opitz-féle elmélet értelmében a Röntgensugarakkal csak oly állapotba hozzuk a ráksejteket, amelyben azok a környező szövet által könnyebben ártalmatlanná tehetők. Bár a ráksejtek jóval radiosensibilisek, mint a kötőszöveti sejtek, de hogy minden besugárzás úgy legyen alkalmazható, hogy a rákos sejtek reájuk nézve ártalmas, a környező kötőszövet pedig csak izgalmi dosist kapjanak, kétséges. A dolgot különben az előbbivel szemben csak másodlagos fontosságúnak tartja; nem hiszi, hogy a környező kötőszövet Röntgen-sérülése magában recidivára vezessen. Még eldöntetlen kérdés, hogy a különböző rákfajták egyenlően viselkednek-e a Röntgen-sugarakkal szemben. Hogy a besugárzás igazán prophylaxisos legyen, azonnal a műtét után kell megkezdenünk, még ha a seb gyógyulását károsan befolyásolná is. A környéki nyirokmirigyek is a besugárzás területébe esnek. A postoperatív röntgenezés mellett, amit minden esetben szükségesnek tart, különösen gyakorló orvosok számára ajánlja az intravenás atoxyl-injectiókat. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 11. füzet.)

Raisz dr.

A prophylaxisos postoperatív rákkezeltésről ír *Blumenthal*. Műtét utáni besugárzással kezelt emlőrákok recidiváinak kimutatását közli 1915-től 1919-ig. Összesen 324 esetből 178 recidivát kapott. A recidivák száma évről-évre kisebb, amit a tökéletesebb felszerelésnek és a folytonosan javuló technikának tud be. Nem besugárzott eseteknek több mint felében már az első évben belül recidiva mutatkozik. A besugárzást minél előbb, esetleg még a seb zárása előtt kell megkezdeni s eleinte 4 heti időközben, azután negyedévenként ismételni. Jó technika mellett csaknem kizártnak tartja, hogy a szunnyadó ráksejtek virulenssé váljanak. Azonban a besugárzással csak a már rákos szövetek tétetnek tönkre, de a többi sejt rákos elfajulásának tendenciája megmarad, ezért bizonyos számú recidivával számolni kell. A mi a besugárzás dacára újból képződik, az új besugárzással ismét elpusztítható, ámbár a recidiv tumor már nem oly radio-sensitiv, mint a primaer. Gyakran előfordul, hogy ahol a röntgenezés nem hat, ott még eredményre vezet a radium. Ilyen érzékenység-változás ugyanazon tumor részéről is előfordul, sőt ugyanazon sugárminőségben belül a filtrálás minőségének változása is befolyással van. A besugárzás nemcsak a műtési területet, hanem a környékbeli nyirokmirigyeket is érje. A néha igen nagy fokban jelentkező cachexia ellen az arsen, főleg az atoxylt ajánlja. A besugárzás egymagában nem biztosítja a recidivamentességet, még kevésbé tudja a metastasisokat megakadályozni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 19. szám.)

Raisz dr.

Szemészet.

A metastasisos érhártya-carcinomáról ír *H. Steichel*. A szem metastasisos megbetegedései aránylag ritkák. Hogy a genykeltők az egész szervezet elárasztásakor metastasisos úton megtámadhatják a szemet is, régen tudjuk, de hogy rosszindulatú daganatokból is indulhat ki metastasis a szem szöveteibe, arról sokáig nem volt tudomásunk, jöhet sohasem hitték azt, hogy a szem szövetei immunisak a daganat-metastasisokkal szemben. Az első idevágó közlés 1872-ből való, mikor *Perls* carcinomás érhártya-metastasis egy esetéről számolt be. Kétségtelen, hogy az ilyen esetek már előbb is előfordultak, de hogy megállapítást nem nyertek, annak okát

a szerző abban keresi, hogy egyrészt a szemdiagnózis nem volt helyes, másrészt, hogy a kórbonczolók kiterjedt carcinomatosissnál, még ha a belső szerveket egészen rendszeresen vizsgálták is át, a szem szöveteinek megvizsgálására nem fordítottak különös figyelmet. Később bonczolásra került mammarák 366 esetében a pontos és rendszeres vizsgálat csupán egy esetben derített ki metastasist a szemben; egy másik kutató mamma-carcinomában elhaltak 47 esetét, egy harmadik 733 esetét vizsgálta át rendszeresen, de a szem szövetében metastasist sohasem látott. Az esetek ritka voltára tekintettel a szerző pontosan ismerteti esetét. A lényegesebb adatok a következők: A 46 éves nőn mammacarcinoma miatt mammaamputatio történt. A mikroskopi vizsgálat: carcinoma alveolare. Alig két hónappal később kis kiterjedésű recidiva. Egy évvel később a bal szem látása mindjobban csökken, fejfájás. Szemtükörrel alig valami derengő reflex. Enucleatio bulbi sinistri. Egy további hónap múlva a fejfájás újból jelentkezik; ezúttal a jobb bulbus a szemgödörből kidülledt, mozgékonyasága jóformán minden irányban hiányzik, a felső szemhéj kissé lecsüng. Az exophthalmus mindjobban fokozódik, a ptosis és az ophthalmoplegia teljes lesz. A szaruhártya epithelje levált, a szaruhártya bágadt, érzéstelen; a szemhártya nem látható; keratitis neuroparalytica. A cornea azután lassan annyira megtisztul megfelelő orvoslás mellett, hogy a szem belseje áttekinthető: a papilla határozottan duzzadt, a vénerek, főleg a venák erősen kanyarulatossak. Körülbelül 20 hónappal a carcinomaműtét után a beteg meghalt. Az enukleált bal szem mikroskopi vizsgálata nyilvánvalóvá teszi, hogy az érhártya, a látóideg, az ideghártya és a sklera metastasissos carcinomájáról van szó, melynek szerkezete teljesen azonos a bal emlő elsődleges daganatáéval. A szerző azután az irodalomban közölt esetekkel foglalkozik és ezekből, valamint a saját esetéből a következőket állapítja meg: a metastasissos természetű érhártyacarcinoma igen kedvezőtlen prognosissú, mert az eddig észlelt esetekben mindegyik beteg a chorioidea-lis metastasiss felismerésétől számítva átlag 7 hónapon belül általános carcinomatosissban meghalt. A bajnak megállapítása nem csupán általános kórtani, hanem gyakorlati érdekű is, mert ha az elsődleges daganat még operabilisnak látszik is, az érhártyában jelentkező áttét a ráksejtek általános elterjedését bizonyítja, a mi a baj alapos, gyökeres eltávolítását eleve kizárja. Metastasissos daganatképződés a szemben leggyakrabban emlőráknál fordul elő, éppen azért vizsgáljuk meg a mammat, ha a szemben gyanus daganat kifejlődését látjuk. A leírt esetben a metastasis a vér útján az érhártyába a hátsó rövid ciliaris verőerek mentén történt, a további terjedés pedig a perivascularis és perineuralis nyirokerek mentén. A másik szemnek megbetegedése az ismertettet esetben legnagyobb valószínűség szerint a carcinomafészkeknek az egyik szemből a másikba a látóideg útján átburjánzására vezethető vissza. (Archiv f. Augenheilk., 1919, LXXXIV. köt., 3.—4. füz.)

H. K.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gyomorfekély Zweig docens szerint belsőleg kezelendő és csak ennek eredménytelensége esetén forduljunk a műtéthez, még pedig elsősorban a fekélyes rész resectiójához, kapcsolatban a pylorus eltávolításával és a fundus egy részének resectiójával. Ha ez technikai okokból nem volna kivihető, az Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztés végzendő. A gastroenterostomia határozottan elvetendő. (Mediz. Kliniik, 1920, 22. szám.)

Vegyes hírek.

Ipari- és Gyógynövénytermelők és Értékesítők Országos Egyesülete címmel a napokban egyesület alakult, amelynek védnöke *Rubinek Gyula* minister, tiszteletbeli elnökei *Mayer János* volt kisgazda-minister, *Szomjas Lajos* és *Dubravszy Róbert* államtitkárok és *Steineker Béla* dr., min. tanácsos. Elnöke *Siegescu József* dr., udv. tanácsos, ügyvezetője *Koritsánszky Ottó*. Az egyesület ideiglenes helyisége: Muzeum-körút 10, III. 21.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet
sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest,
VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatorium Zander-féle gyógyszermechanikai osztály bejáró betegek részére is.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Dr. Hill Paula, Dr. Mandler Ottó. Néhai Dr. Reich-féle **Zander** és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézet. — IV., Semmelweis u. 2. Kossuth Lajos-u.sarok.

MEDIKO-MECHANIKA, orthopádia és vizsgyógyintézet a

Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN.

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73

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

PÁLYÁZATOK.

Kötegyán, Ant, Méhkerék községekből csoportosított kötegyán körorvosi állásra, mely lemondás folytán üresedésbe jött, pályázatot hirdetek, és felhívom a pályázni óhajtozókat, miszerint szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb 1920. évi augusztus hó 10.-éig annyival is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Javadalmazás:

1. Az államtól nyert 1600 K. tőzsfizetés és 5 évenként 800 koronáig emelkedő korpótlék, háborús segély és családi pótlék.
2. Kötegyán községtől természetbeni lakás.
3. Ant és Méhkerék községtől természetbeni fuvar.
4. Szabályrendeletileg megállapított esetenkénti rendelési és látogatási díjak.

Megjegyzem, hogy a volt körorvos a m. kir. államvasutaktól mint pályorvos, a m. kir. gyermekmenhelytől mint telepórvos és a kerületi betegsegélyző pénztártól is mint pénztári orvos évi rendszeres díjazást (400—400, illetve 500 K.-t) élvezett és ezen jövedelemre a megválasztott körorvosnak is kilátása van.

Sarkad, 1920 július hó 12.

Zih Károly s. k., t. főszolgabíró.

577/1920. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye jászszági alsó járásban lévő Jászszentandrás községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 500 korona lakbér, háborús és rendkívüli segélyek.

A pályázni óhajtozókat felhívom, hogy kellően felszerelt kérelmeiket hozzám 1920. évi augusztus hó 15.-éig nyújtsák be.

Jászapáti, 1920 július 19.-én.

A h. főszolgabíró.

Orvosi műszer,

komplet, gyakorló orvos részére eladó: Bácskai, VI., Eötvös-utca 2, III. 9. délután.

A KOCH & STERZEL-féle

Lilienfeld- és Röntgen-

készülékek magyarországi egyedárúsítója

Ericsson magy. villamossági r.-t.

ezelőtt: Deckert és Homolka

Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28—09, 89—64.

Röntgen-esővek és lemezek állandóan raktáron.

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

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

Fióküzletek 1920 augusztus 1-től kezdve
VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámbáz-körút 8.Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
betegápolási cikkekben. Művétaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19-24.**ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.**

Budapest, VI., Andrassy-ut 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Eredeti gyári áron azonnali szállít **orvosi műszereket, orvosi vasbuto-
rokat, műtő és sterilizáló berendezéseket, betegápolási cikkekkel,**
kötszereket stb. — **Sürgőnycim: Meddélga Budapest.**

Pártoljuk a hadiözvegyet!

Telefon: József 39-29.

**LIBÁL ÉS TÁRSA**

látszerész és műszerész

Budapest, VIII., József-körút 7. szám.

Alapítottatott 1846.

Injectiones Eri

Az injekciós therápia céljait szolgáló használatra kész steril oldatok.

Speciallaboratorium ERI.

RÓZSAVÖLGYI IMRE BUDAPEST, VI, ARENA-UT 124.

Nervoplast - Örkeny

(Elixir vanadil com.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos sedativum, enyhe
hypnoticum, roborans és tonicum.Javalva: Neurasthenia, hystéria, epilepsia, traumás neurosis és
egyéb ideges megbetegedések ellen, így a **nőgyógyá-
szatban** ideges **dysmenorrhoea**, a klimakteriumban
előforduló ideges zavarok, az **urologiában**, sexualis
neurasthenia, enuresis nocturna stb. kezelésére.Adagolási módja felnőttek: naponta 3 evőkanállal.
gyermekek: naponta 3 kávéskanállal.**Ferglobin-Örkeny**

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémsavnak meg-
felelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.**Olcsó medicatio! Obstipatiót nem okoz!****Ferglobin - Örkeny.**

cum arseno

Tablettánként 1/2 milligramm acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, sorvasztó
betegségekben szenvedőknek és lábadozóknak.Készíti: **Örkeny Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és
gyógyvegyészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-uteza 1.**Mesterséges
napfény**— **Eredeti Hanau** —**A mindenható
szer
?**

Panacea oly értelemben, hogy minden szer, mely képes az anyagcsere fokozására és a vér javítására, egyuttal a test ellenálló-képességét erősbbiti. Éppugy képes a megbetegedett test — ha anyagcsereje utólagosan emelkedik és vérvegyülete javul — már hatásba lépett betegségi csirákat könnyebben kiválasztani. Ily értelemben hat a mesterséges napfény (eredeti Hanau) való ultraviolett-therapia, vagyis emeli az anyagcserét, leszállítja a vérnyomást és ott ér el

**sikert,
ahol más kezelési mó-
dok cserben hagynak.**

Fényes sikerek symptomatice teljesen elütő tereken, mint péld. a **tüdőbajok**, a **tuberculosis** és **tuberculosisra való gyanu**, a **rhachitis**, **görvélykór**, **börbajok**, **syphillises affectiók**, **hörgőhurut**, **álmatlan-ság**, **hajhullás** kezelésében és a **dermatologiában**.

Méltóztassék kötelezettség nélkül díjmentes nyomtatványainkat és irodalmi jegyzékünket kérni.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. Linz a. / Donau
Humboldtstrasse 48.

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.

Királyfi Géza: Közlemény a budapesti tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor, egyetemi ny. r. tanár.) A praearteriosclerosisos lesoványodás kórképéről. 325. lap.

Tóvölgyi Elemér: Laryngofissio és gégetuberculosis. 326. lap.

Rihmer Béla: A húgykőműtétek és javataik. 329. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *H. Much:* Kinder-Tuberkulose. — *A. Strasser, F. Kisch und E. Sommer:* Handbuch der klinischen Hydro-, Balneo- und Klimatotherapie. — *Lapszemle. Gyermekorvosstan. Flexner:* A Heine-Medin-kór természetéről s az ellene való védekezésről. — *Szemészet. Fuchs:* Reflexes pupilla-merevség methyalkohol-mérgezés útján. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 330–332. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor, egyetemi ny. r. tanár.)

A praearteriosclerosisos lesoványodás kórképéről.

Irta: **Királyfi Géza** dr., egyetemi magántanár, adjunctus.

A testsúlycsökkenés, a lesoványodás, az anyagforgalom olyan egyensúly-zavarának a következménye, a midőn a szervezet háztartásának mérlegében a bevétel és a kiadás között eltolódás jö létre. Vagy a bevitel csökkent meg, vagy a kiadás nőtt meg a kelletténél nagyobb mértékben. Az elsőnek a testsúlycsökkenést létrehozó szerepe kézenfekvő. A hiányos energiabevétel, a caloriadeficit a szervezet saját zsír- és fehérjekészletének fogyasztásával és így a testsúly fokozatos csökkenésével jár. A hiányos energiabevétel egyik oka a táplálék elégtelensége. Ennek egyetlen therapiája a bevitel fokozása.

A lesoványodás másik aetiologiai factora az elfogyasztott táplálék rosszabb kihasználása. Ez már sokkal bonyolultabb mechanizmus alapján fejti ki hatását. Az esetek egy részében az emésztőtractus anatomiai laesiojában kell a baj forrását keresnünk, a mely egyrészt a felhasználás tökéletlenségét — a mint azt az emésztőrendszer mirigyapparatusának vagy epithelsejtjeinek hiányos funkciójánál látjuk —, másrészt a kiürítésnek megnövekedését eredményezi, a mint az az emésztőrendszer kórosan fokozott peristaltikás működéséhez csatlakozik.

A béltractus secretió, resorptió és motoros működési zavarával járó laesio, a mely a lesoványodásra vezet, lehet magának az emésztőcsatornának az elsődleges megbetegedése, vagy lehet, hogy a bélnek e functiozavarai valamely más szervnek megbetegedéséhez másodlagos tünetként csatlakoznak. Itt szerepelnek a különböző infectiosus és intoxicatiós betegségek, a szív, tüdő, máj, vese, pankreas, vér stb. szervi megbetegedéseikhez csatlakozó consumptiók, az anyagcserebetegségek stb.

Az esetek többi részében sem az emésztőtractuson magán, sem egyéb szerveken anatomiai elváltozást felismerni nem lehet és a szervezet háztartási mérlegének deficitjét voltaképpen ama bámulatlan harmoniának a megzavarása okozza, a mely a belső secretió mirigyek között fennáll, és a mely harmoniás együttműködés az anyagcsere egyensúlyának is az egyik alapfeltétele.

Már régóta terelődött rá a figyelmem a nagy testsúlycsökkenéssel, a nagy lesoványodással járó kórképek bizonyos formájára, a melyen a klinikai képnek egy és más feltűnő jellemző vonását véltem felismerni. Klinikai és magángyakorlatomban az utolsó években halmozódtak az olyan észleletek, a midőn a betegek nagyfokú súlycsökkenésről panaszkodtak.

Ez a nagy lesoványodás, a mely a betegeket nyugtalanította, volt sokszor az egyetlen kóros jelenség, a mely orvosi tanács igénybevételére kényszerítette őket.

Azon észleletek, a melyekről ez alkalommal szólok, csupán olyan esetekre vonatkoznak, a hol excessiv nagy lesoványodásról, 6 kgr.-tól 25 kgr.-ig, vagy néha még azon túl is menő testsúlyfogyásról volt szó olyan betegeken, a kiken ez a testsúlycsökkenés aránylag rövid idő, $\frac{1}{2}$ –2 esztendő alatt következett be. Természetesen nem azokat a subjectiv becslé alapján jelzett súlycsökkenéseket értve, a melyeket a betegeknek legtöbbször jóhiszemű túlzása visz bele bemondataikba, hanem a testsúlynak mérleggel ellenőrzött, objective megítélhető fogyásait véve a számítás alapjául.

A betegeken a lesoványodás okát keresve, rendszerint elvégeztettek az összes klinikai és laboratoriumi vizsgálatok, a melyek a consumptio okának felismerésére csak távolról is esetleg felvilágosítással szolgálhattak volna: a gyomor és bél functió és Röntgen-vizsgálata, a vese és pankreas működésére vonatkozó vizsgáló eljárások, a teljes haematologiai vérkép, a tüdőcsúcsok és hilusok tüzetes physicalis és Röntgen-vizsgálata, a Wassermann-reactio stb. A legtöbb esetben ezek a vizsgálatok vagy teljesen negativ eredménnyel végződtek, vagy olyan csekély eltérést mutattak a normalistól, hogy azoknak a mélyreható elváltozásoknak, a melyek az egész szervezet egyensúlyának ilyen nagy megzavarására vezettek, semmiesetre sem lehettek az okozói.

Az bizonyos, hogy a háborús esztendők sok nyomorúsága, a mely különösen a táplálkozás terén az emberek legtöbbjét rendkívül nagy lemondásokra és megszorításokra kényszerítette, az állandó caloriadeficit révén a legtöbb lesoványodásnak igen kézenfekvő magyarázatát szolgáltatja. A háborús „soványító kúrának“ másik szomorú aetiologiai factora abban az ötesztendő megfeszített idegizgalomban, a rendkívüli psychés emóciókban keresendő, a melyek ennek a rettenetes világkatasztrófának a nyomában jártak. Mert nagyon jól tudjuk, hogy a psychés izgalmaknak, a gondnak, lelki bánatnak testsúlycsökkenő hatása sokszor vetekszik a caloriadeficit energiabevételnek romboló hatásával is.

E két körülményre mindenképpen tekintettel voltam akkor, a midőn idevágó észleleteimet gyűjtöttem. És éppen ezért lehetőleg csakis olyan esetekből igyekeztem leszűrni a tanulságokat, a melyekben sem a hiányos táplálás, sem a psychés emóciók súlycsökkenő befolyása nem szerepelt. Természetesen nehéz volna ezeket a körülményeket minden esetben teljesen kizárni éppen azért, mert két egészen heterogen tényezőről van szó, és ha az egyik esetben talán az egyik körülmény hiányzott is, esetleg jelen volt a másik és megfordítva. Másrészt azonban bizonyos az is, hogy eseteimben a testsúlycsökkenés excessiv magas fokait még az sem magyarázhatná, ha egyszer-másszor ennek a két különböző befolyásnak a kiküszöbölése talán nem is sikerült volna teljesen.

Feltűnt azonban a betegek pontos megfigyelésekor egy egészen szabályszerűleg ismétlődő körülmény, tudniillik az, hogy a betegek csaknem kivétel nélkül a 45—55 éves életkorból kerültek ki, szóval abból az életkorból, a melyben az arteriosclerosis — az egyik emberen korábban, a másikon később — kezdetét veszi. Sok eset tanulságai alapján annyira kétségtelennek látom magam előtt az összefüggést, hogy meggyőződésem szerint itt semmiesetre sem lehet véletlen coincidentiaról szó. A kórképnek egy és más, esetenként ismétlődő hasonló jellemvonása mellett, úgy hiszem, jogosult volna a testsúlyfogyásnak ezen alakjáról, az úgynevezett *praearteriosclerosis lesoványodásról*, mint a lesoványodásnak különleges formájáról beszélni. A kórképnek főjellemvonásait a következőkben foglalhatom össze: a 45—50. életév között kezdődő, az arteriosclerosis első tüneteivel beköszöntő vagy azokat megelőző igen nagyfokú lesoványodás, a mely mellett a betegeknek sem egyéb subjectiv panaszai, sem az arteriosclerosis kezdeti jelenségein kívül más objectiv elváltozásai nincsenek és a mely lesoványodásnak a prognosisa jó, mert kellő therapia, illetve túltáplálás mellett nem szokott hosszú ideig tartani és quoad pondus corporis teljes restitutióval szokott végződni.

Ezekben jellemeztem és fővonásaiban jóformán ki is merítettem azt, a mi az általam elkülönített kórképre vonatkozik.

Hogy mi az, a mi az arteriosclerosis megindulásával az anyagcsere-folyamatokat ilyen kedvezőtlen irányban befolyásolja, az egyelőre kétséges. Lehet, sőt valószínű, hogy a belső secretiónak van itt valamiféle befolyása, a melyet ezen belső secretiós szervek talán a hozzájuk vezető arteriák sclerosisos elváltozása által feltételezett működési zavarok útján fejtenek ki, a nélkül, hogy ezúttal közelebb akarnék rámutatni arra, hogy a belső secretiós apparátusban melyik szerv az, a mely ebbe a csodálatos együttműködésbe a dysharmoniót beleviszi. De hogy semmiesetre sem lehet valami mélyreható belső secretiós zavarról szó, azt mutatja éppen a kóros állapotnak muló, időleges volta.

Wenckebach beszél az 50 éves férfiről, az öregedő emberről, a férfi-climax időszakáról. Az ő 50 éves férfia azonban ellenkezőleg a jól táplált, adipositasra hajlamos ember típusát mutatja. Hogy itt két különálló dologról van szó, az nyilvánvaló. *Wenckebach* 50 éves férfiat a climax beköszöntése jellemzi. A *praearteriosclerosis lesoványodás* kora, úgy látszik, megelőzi a climax időszakát. Abban a belső secretiós zavarban, a melyet a *praearteriosclerosis lesoványodás* mutató emberen feltételezünk, az ivarmirigyek úgylátszik nem vesznek részt, mert az ivarmirigyek hypofunctiója, ezek belső secretumának kiesése, éppen ellentétes következménnyel szokott járni és nem lesoványodásra, hanem súlygyarapodásra, hízási hajlamra vezet.

Természetesen nem minden vérrelmeszesedést kísér ilyen praemonitorius lesoványodás és nagyon sok emberen csöndben, lassan, minden tünet nélkül köszönt be az arteriosclerosis. A legtöbbször azonban a kettő közötti összefüggés kétségtelenül kideríthető.

A mi az arteriosclerosis és a lesoványodás időbeli összefüggését illeti, leggyakrabban azt láttam eseteimben, hogy a súlycsökkenés mintegy praemonitorius jele a beköszöntő arteriosclerosisnak, a melynek klinikai tüneteit néha hetekkel, hónapokkal megelőzi. Vannak azután esetek, a melyekben körülbelül egyidejűleg áll be a vérrelmeszesedés tüneteivel, máskor viszont az arteriosclerosis az, a mely előbb jelentkezik és csak rövidebb vagy hosszabb idővel utána mutatkozik a súlycsökkenés. A nagyfokú lesoványodás ezeken a betegek rendszerint nem okozza a más eredetű súlycsökkenésekkel többnyire együttjáró subjectiv kellemetlenségeket, gyengeségérzést, bágyadságot, gyors elfáradást stb. A betegeket igen sokszor a környezetük figyelmezteti kóros állapotukra, vagy akárhányszor csak ruháikon, a melyek mindinkább bönek bizonyulnak, veszik észre nagymérvű lesoványodásukat. Természetesen a betegek idegrendszere, temperamentuma, reagálóképessége különböző és vannak közöttük olyanok, a kiken ez a testsúlyfogyás együttjár a gyengeség subjectiv érzésével,

vagy a lefogyás okozta psychés behatás az, a mi a különböző depressiv jellegű idegrendszeri panaszok kútforrása. És végül azután egy része ezeknek a nem egészen tünetmentes lesoványodásoknak azokból az esetekből kerül ki, a melyekben éppen maga a kezdődő vérrelmeszesedés az, a mire a subjectiv és talán objectiv tünetek is visszavezethetők.

Jogos ellenvetés lehetne a *praearteriosclerosis lesoványodás* felvétele ellen az, hogy hiszen az arteriosclerosis nem a háború teremtette meg és az arteriosclerosis megvolt a háború előtt is. Természetes ellenvetés, a melynek jogosságát vitatni nem akarom. Csupán annyit óhajtok ezzel szemben megjegyezni, hogy a *praearteriosclerosis lesoványodás* esetei igenis megvoltak a háború előtt is, csak hiányoztak azok a lesoványodások, a melyek csakugyan a rossz táplálkozás és a háborús psychés befolyások következményei. Abban, hogy a jól szituáltak között, a kiknek táplálkozása az utolsó évek viszonyai folytán legkevésbé változott meg, az arteriosclerosis korában olyan gyakran észlelünk lesoványodást, mikor az illetővel ugyanazon háztartásban élők testsúlya nem változott, bizonyítékát látom annak, hogy ez a kor és a vele járó változások az organismusban a soványodásra praedisponálnak. Ez a praedispositio az oka annak, hogy hasonló életviszonyok között éppen ezek az emberek soványodnak le leginkább a körülmények kedvezőtlen megváltozása folytán, vagy talán azok megváltozása nélkül is.

A *praearteriosclerosis lesoványodás* prognosisa, a mint fentebb hangsúlyoztam, jó. Ha a túltáplálási therapia kellő időben beavatkozik, akkor néhány hétnél tovább rendszerint nem tart, a míg a súlygyarapodás a statusquot ismét eléri. Egyszer-másszor hónapokig húzódik el a kóros állapot, de még olyankor is, a mikor a fehérjeappositio lassan indul meg, jogos kilátást nyújthatunk arra, hogy az eredeti testsúly részben vagy egészben vissza fog térni. A therapia természetesen csupán diaetás gyógykezelés lehet, a melynek caloriában gazdag, bőséges, vegyes étrendből kell állania. Különösen a táplálék szénhydrat- és zsirtartalma az, a melynek előtérbe juttatása a diaetában czélszerűnek látszik. És még egy megszívlelendő szabály: tudniillik az, hogy a jodtherapiát, a melyet máskülönben az arteriosclerosis szempontjából elrendelni hajlandók volnánk, ezekben az esetekben mellőzzük mindaddig, a míg a régi testsúly legalább nagy részben visszatért. A hosszas jodadagolás, a mint ismeretes, amúgy is igen sokszor súlycsökkenést hoz létre, ezért kell különösen kerülnünk olyankor, a mikor a kórkép előtérében éppen a nagyfokú lesoványodás áll.

Hogy a szervezet egyensúly-zavarának, a mely a *praearteriosclerosis lesoványodás*ra vezet, mi a lényege, hol van a támadási pontja, erre megfelelő esetekben végzendő pontos anyagcserevizsgálatok lesznek hivatva világosságot deríteni. Ezúttal nem volt más czélom, mint felhívni a figyelmet arra, hogy olyankor, a mikor a betegek nagy testsúlyfogyásról panaszkodnak és a minden irányba kiterjedő alapos vizsgálat a lesoványodásra semmiféle magyarázatot szolgáltatni nem tud, a kritikus életkorban lévő egyénekben gondoljunk a *praearteriosclerosis lesoványodás* lehetőségére.

Laryngofissio és gégetuberculosis.

Irta: *Tóvölgyi Elemér* dr., egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

A mi magát a műtétet illeti: miután a bőr és lágyrészek szétválasztásával a ligamentum hyo-thyroidumot szabaddá tettük, mielőtt a gége felmetszéséhez fognánk, Pravaz segélyével a ligamentumon keresztül $\frac{1}{2}$ cm³ 20%-os cocainoldatot fecskendezünk a gége ürterébe. E művelet után egy perczzel a gége már annyira érzéstelen, hogy az átmetszéskor egyébként mindenestre beálló köhögésrohamok elmaradnak, a mi annyival inkább fontos, mert így az átmetszéskor sokkal pontosabban tarthatjuk magunkat a középvonalhoz, mint ha a gége heves mozgásokat végez. A középvonalhoz pedig két okból is feltétlenül ragaszkodnunk kell, mert míg egyrészt minden ferde metszéssel a hangszalagokat sértjük,

másrészt a ferde metszés a pajzsporcznak tuberculosisnál amúgy is késlekedő összeforradását még inkább megnehezíti. Az ily oldalt hajló metszési felületnél a műtét után beálló köhögés és a nyak mozgásai folytán a szétvágott porczlemezek egymás fölé igyekeznek csúszni és ezt még a legtökéletesebb varrással sem tudjuk megakadályozni.

Hogy a gégebeli elváltozásokhoz jól hozzáférhessünk, a metszést felfelé terjeszszük ki a nyelvcsontig, míg a gyűrűporczot, hacsak valami subglottikus elváltozás azt egyenesen nem követeli, ne vágjuk át, minthogy a pajzsporcz-lemezek összeforrasztása már egymagában is tuberculosis eseteiben igen nagy nehézségekbe ütközik.

A beteg részletek eltávolítására legcélszerűbbnek tartom a lapjára hajlított görbe ollót, mert ez a műszer a gége belső hajlásaihoz jól odasimul, a visszamaradó sebfelület sima és egyenletes, nem olyan roncsolt, mint a különböző kürettek használata után.

Az interary-tájon levő fekélyek és granulatiók eltávolítására az általam szerkesztett úgynevezett interary-spatulát szoktam használni. Ezt a műszert a thyreotomia-seb felső szegletén át az ary-porcok mögé vezetem; ily módon nemcsak szilárd alapra helyezem az interary-táj lágyrészeit, de ezt a gégerészletet egyúttal bizonyos fokig ki is emelhetem, a mivel úgy a kiirtás, mint a visszamaradó sebfelület beégetése nagyon meg van könnyítve. A beégetést sokan a galvano-, mások viszont a thermocauterrel szeretik végezni, holott tapasztalataim szerint a legtöbb esetben mind a két fajta égetőre szükség van. Könnyen hozzáférhető nagyobb sebzéseknél a thermocauter a célszerűbb, a rejtett, kisebb terjedelmű részleteknél az esetnek legmegfelelőbb alakkal bíró galvanocauter előnyösebb. Az égetés elhagyása és a sebzéseknél, a mint azt sok műtő teszi, csupán tejsavval, trichlor-ecetsavval avagy chromsavval való bedörzsölése nézetem szerint a legnagyobb műhiba, a mit e műtét folyamán elkövethetünk. Ezek az edző szerek nemhogy véglegesen, de még órákra sem védik meg az új sebzéseket és kikapart ulcusokat a reinfectiótól, a mint hogy én több ezer esetem közül valóban egyre sem emlékezem, a hol e három edző szer közül bármelyikkel csak egy ízben is sikerült volna a tuberculosis ulceratiót meggyógyítanom. Ezzel szemben az égetés előtt sohasem mulasztom el a Mandl-féle ulsanin 2%-os olajos oldatával a sebek beecsetelését és végül ugyancsak ulsaninnal az egész gége beporozását, sőt a biztonság okáért, mielőtt a szétválasztott pajzsporczokat összevarrnam, az egész metszési felületet alaposan végigecsetelem. Nem fog ez ártani az esetben sem, ha különben a műtét folyamán nagyon vigyáztunk arra, hogy a sebszélékhez semmi se jusson a fertőző anyagból.

A felmetszett gége bevarrása, a mint azt *Blumenthal* is mondja, egyike a műtét legkényesebb és legnehezebb részeinek, és éppen ezért fokozott figyelmet érdemel.

Legelső sorban ama fontos kérdésben kell itt döntenünk, vajjon egyedül a porczhártyát foglaljuk-e be a varrásba, avagy magát a porczot is?

Semon nézete szerint a porczot keresztülszűrni nem szabad, minthogy így sarjképződés állhat elő, a mi utóbb a hangszalagok adductióját megnehezíti. Ez a szabály csakugyan minden gégebajra nézve érvényes, csupán a tuberculosis kivétel, mert ez utóbbi bajban az egészséges sarjadzás, sajnos, olyan kistökű, hogy a hangszalagok mozgási szabadságát egy cseppet sem fogja korlátozni.

Hansberg szintén nem barátja a porcz varrásának, mert a porcz könnyen fertőződhetik és perichondritis fejlődhetik.

Ezzel szemben én a legutóbbi műtéteim alkalmával a porczot mindig befoglaltam a varrásba és ezt a cselekedetemet sohasem volt okom megbánni. Hangsúlyoznom kell, hogy minél alaposabban varrjuk egymáshoz az elválasztott porcz-széleket, annál jobb, mert így némi reménységünk lehet arra, hogy fistula képződését elkerülhetjük. *Holländer* egy esetében, hol a porcz-széleket ezüstdróttal varrta össze, fistula egyáltalán nem állott elő.

Eseteimben a fistulaképződést, dacára a leglelkisimere-

tesebb varrásnak, egy esetben sem sikerült elkerülnöm, de legalább azokban, a melyekben a porczot is befoglaltam a varrásba, a fistula, ellentétben a többi esetemmel, csupán a lig. conicumra szorítkozott.

Ez az utólagos fistulaképződés a thyreotomia műtétének egyetlen árnyoldala és éppen ez a kellemetlen és hosszadalmas szövődmény teszi szemlélhetővé amaz óriási különbséget, a mely a tuberculosisban és a más gégebajban szenvedő beteg szövetregeneratio képessége között fennáll. Egy carcinomában szenvedő betegemen például, akin laryngostomiát végeztem és akin a rákos elfajulás a pajzsporczot már úgyszólván teljesen elpusztította, dacára eme nagymérvű pusztulásnak, csak ismételt műtétekkel tudtam a sebet nyitvatartani,¹¹ oly nagymérvű volt az összeforradásra való hajlamosság.

Két esetben ez a fistula félévig, egyben több mint nyolcz hónapig, egyben pedig több mint másfél évig állott fenn¹² és hogy végül is elzáródásra tudtam bírni, ezt pusztán az erélyes quarzlámpa-sugárzásnak köszönhettem. Ez okból a sugárzást ajánlatos már a műtét utáni napon megkezdeni, mert így még a legtöbb reményünk lehet arra, hogy a fistulaképződést elkerülhetjük.

A fistulaképződésnek, a tuberculosis szöveteknek gyengébb regeneratióképessége mellett, még egy igen fontos oka van, sőt mondhatnám fontosabb mint az első, és ez a köpet okozta infectio.

Bő és sok bacillust tartalmazó köpet esetén ugyanis a sebfelületek infectióját elkerülni úgyszólván lehetetlen. Nem azokat a sebfelületeket értem, a melyek a gége bensejében a műtét után visszamaradnak, mert ezeket eléggé megvédi a cauter okozta varosodás, de vonatkozik ez a szétválasztott porczok és ligamentumok metszési felületére. Eme felületek között a legpontosabb varrás dacára is sok rés marad, a melyen át a köpet révén az infectio bekövetkezhetik, még pedig rendszerint a gége ama részeiig, a melyek az interary-tájjal, a köpet par excellence tapadási helyével szemben fekszenek, azaz a pajzsporczok összetapadásának alsó részlete és a lig. conicum. A pajzsporcz felső részletében és a lig. hyo-thyreoideumban fistulaképződést sohasem tapasztaltam.

A köpetinfectio veszélye és ezzel a fistula-képződés lehetősége az egyszerű thyreotomiánál sokkal nagyobb, mint a laryngofissiónál, mert az előbbi esetben az egész köpet az operált területen át távozik, míg az utóbbiban a tracheotomia nyílásán keresztül. Mindazonáltal, mint azt mások is tapasztalták, laryngofissiók után is elég gyakran képződik fistula és egy esetben, a melyben a makacsan fennálló fistula miatt utólagosan tracheotomiát végeztem, hogy a gégesebet a köpetinfectiótól megszabadítsam, nem a fistula gyógyulását értem el, hanem azt, hogy a fistula sebe hovatovább egybeolvadt a tracheotomia nyílásával és ez a tátongó nagy rés bizony eléggé szomorú eredménynek volt mondható.

Az imént mondottak alapján a thyreotomia javalatának felállításakor még három körülményt kell különösen figyelembe venni, nevezetesen a köpet mennyiségét, bacillustartalmát és a köhögésinger nagyságát. Bő és sok bacillust tartalmazó köpet eselén, főleg ha az elégtelen köhögés miatt a váladék hosszasan időzik a gégében, a műtét határozottan ellenjavalt. A köhögésinger erős volta egymagában nem ellenjavalt, mindössze a műtét utáni négy-öt napon át erősen csillapítandó, anélkül azonban, hogy elfojtani igyekeznénk. A könnyebb fajta köhögésinger viszont kívánatos, mert az operált géget ezáltal ért megrázkódtatás sokkal kevesebb kárt okoz, mint köhögés hiányában a sebfelületen pangó váladék.

Végezetül még a laryngostomiáról, más szóval az átmetszett gége hosszabb ideig való nyitvatartásáról óhajtánék röviden megemlékezni, mint a mely műtét eljárását újabban

¹¹ Szabály ellenére a kiterjedt rákos elfajulás miatt a nyak bőrét nem varrhattam reá a metszésfelületre.

¹² *Hansberg* egy esetében a fistula szintén egy esztendőnél tovább állott fenn.

gégetuberculosis eseteiben is megkíséreltek néhányan. Ama nézetekből, a melyeket jelen közleményemben részletesen kifejtettem, önként következik, hogy a mennyire helyénvalónak tartom ezt a műtétet gégedaganat, főleg rák eseteiben, annyira ellensége vagyok gégetuberculosisban.

A gégetuberculosis extralaryngealis műtéteinél legfőbb szabály az, hogy a természetellenes nyílások, a mint csak lehetséges, azonnal bezárassanak.

A laryngostomia eme szabályllyal éppen ellenkezően a felmetszett géget erőszakosan nyitva igyekszik tartani, a minek az lesz a szomorú eredménye, hogy később, mikor már elérkezettnek látjuk az idejét, az összeforrasztás nem sikerül, avagy igen tökéletlen módon. Ezzel a nagy hátránnyal semmiesetre sem ér fel az az előny, hogy a kitamponált gége a nyitvatartás ideje alatt a köpetinféctiótól meg van kímélve és hogy ez idő alatt a beteg részleteket közvetlenül kezelhetjük.

Tapasztalataim alapján az extralaryngealis műtétek közül gégetuberculosisban elsősorban a thyreotomia jöhet szóba, kivételesen pedig, ha ez már nem javalt, a laryngofissio, főként a thyreotomia a kellő indiciók betartása mellett gégetuberculosis eseteiben a jövőben a legeredményesebb műtétek közé fog tartozni.

Az egyszerű thyreotomia javalatai.

Javalt a műtét: 1. Jóindulatot mutató folyamat mellett még akkor is, ha a vizsgálat a bántalom nagyobb fokát állapította meg.

2. Láztalan vagy subfebrilis állapot mellett.

3. Ha kisebb mennyiségű, bacillus-szegényebb a köpet.

4. Ha normalis vagy kevésbé fokozott a köhögésinger.

5. Ha az esetleges súlyfogyás az utóbbi hónapok alatt nem volt rohamos.

6. Ha a gégebántalom az előző galvanocaustikás beavatkozásra elég erősen reagált és a gyógyulásra hajlamot mutatott.

Nem javalt a műtét: 1. Rosszindulatúnak mutatókozó tüdőfolyamat esetén, tekintet nélkül annak fokára.

2. Ha magasabb a láz.

3. Ha bő, sok bacillust tartalmaz a köpet.

4. Ha csökkent a köhögésinger.

5. Ha állandó, nagyobb fokú a súlyfogyás (és étvágytalanság).

6. Ha a gégebéli elváltozás oly nagyfokú, hogy műtét esetén a tracheotomia nélkülözhetetlen.

7. Ha quarlámpa nem áll rendelkezésre (mint közleményemben kifejtettem, a fistulák begyógyítására a quarlámpa használata feltétlen szükséges).

A laryngofissio javalatai.

Javalt a műtét: 1. Igen nagy ellentállást mutató, kisebb fokú tüdőbántalom esetén.

2. Ha nincs láz.

3. Ha kisebb mennyiségű, bacillus-szegényebb a köpet.

4. Ha normalis vagy kevésbé fokozott a köhögésinger.

5. Ha a tüdőbaj kezdete óta lényegtelenebb a súlyfogyás (10 kilón lehetőleg alul).

6. Ha a gégebántalom az előző galvanocaustikás beavatkozásra élesen reagált és a gyógyulásra hajlamot mutatott. (Magától értetődik, hogy ha a bántalom oly nagyfokú, hogy a galvanocaustikára stenosis állhat elő, akkor az előzetes prognostikai égetésről le kell mondanunk.)

7. Ha a partialis resectio elkerülhetetlen.

8. Ha stenosis laryngis van jelen. (Nagyfokú stenosis esetén a tracheotomia vitalis indicatio, de ha ily esetekben egyébként a laryngofissio javalatai nem is állnak fenn — hacsak nem moribund esetről van szó —, a műtét kövesse a tracheotomiát, mint egyedüli lehetősége a gyógyulásnak.)

Nem javalt a műtét: 1. Nagyobb fokú tüdőbántalom esetén még akkor sem, ha a lefolyás különben eléggé jóindulatú.

2. Subfebrilis vagy lázas állapot mellett.

3. Ha bő, sok bacillust tartalmaz a köpet.

4. Ha állandó, bár kisebb fokú súlyfogyás van (havonta 1—2 kiló).

A csökkent köhögésinger itt nem ellenjavallat, mert a tracheotomia után a köhögés amúgy is nagyon fokozódik.

(Eseteimben, mint a mellékelt kórtörténetek mutatják, műtéteimet még nem a saját, hanem a mások által felállított javallatok alapján végeztem. De éppen e műtéteim alkalmával szerzett tapasztalatok, egybevetve a galvanocaustikával kezelt több száz esetemmel, vetették meg az alapját az imént felállított indicióknak.)

Az indiciók pontjai közé, minthogy ezideig csak férfibetegeken végzett műtétekről számolhatok be, a terhesség igen nehéz problémáját nem vehettem fel. Mint általában ismeretes, a terhességben a gégetuberculosis rendszerint jelentékenyen romlani szokott, úgy hogy a legtöbb szerző szerint a gégefolyamat a mesterséges elvetélést teszi indikálttá.

A kérdés, a mely ez esetben önkéntelenül felmerül, az, vajjon ha egyébként az egyszerű thyreotomia javalata fennáll, nem lehetne-e a thyreotomia segélyével a műleges elvetélést elkerülni?

Tekintve, hogy a thyreotomia, a mint már említettem, alig viseli meg jobban a beteget, mint az endolaryngealis beavatkozás, megfelelő esetben feltétlenül a műtét mellett foglalnék állást, ha a fistula létrejövetelét biztosan meg tudnám akadályozni. Ez azonban, mint láttuk, ezidőszert nem igen áll a hatalmunkban, már pedig az esetleg hónapokig fennálló fistula a terhesség által amúgy is erősen igénybe vett szervezetet annyira megviselné, hogy a bár eredményes műtét nagyobb kárára volna a betegnek, mint hasznára.

A thyreotomira felállított javaslataim alapján mindenestre több oly esetet fogunk találni, a melyek a műtétre alkalmasak, mint az eddigi indiciók alapján, a mennyiben én még kisebb fokú gégebéli elváltozások esetén is inkább vagyok híve a thyreotomiának, mint az endolaryngealis próbálkozásoknak.

Híve vagyok főként, a mint azt már fennebb kifejtettem, az endolaryngealisan hozzá nem férhető rejtett elváltozások miatt. Igaz ugyan, hogy ez a rejtett elváltozás (rendszerint ulceratio), ha az interary-tájon székel, a Killian-féle függő laryngoskopiával elég könnyen hozzáférhető, de csak abban az esetben, ha az arytaenoid porczok nincsenek túlságosan megrúszadva. Ez az utóbbi eset azonban éppen az interary-táj fekélyei mellett ritka, rendszerint az ary-porczok perichondritisével járó nagyfokú duzzadás is társul hozzá. A gége elülső részén levő elváltozásoknál viszont a Killan-féle függő laryngoskopia sem árul el többet, mint az egyszerű tükrözés.

Az elmondottak dacára ezidőszert nézetem szerint az egyszerű thyreotomia is, mint legkisebb extralaryngealis beavatkozás, gégetuberculosis eseteiben nem igen fog meghonosodni. Az alkalmas esetek háromnegyed részében vagy a beteg, vagy hozzátartozói a műtétet borzadva utasítják vissza. Az olyan tuberculosis egyén ugyanis, akin az egyszerű thyreotomia javalatai még megvannak, rendszerint még igen jó közérzettel bír és az eme bántalommal járó optimismusnál fogva állapotát nem tartja olyan komolynak, hogy nézete szerint ily nagy műtétre volna szükség. Ebben a véleményemben még inkább megerősítik az extralaryngealis beavatkozást ellenző és e tekintetben nagy többségben levő orvosok is, a kik a beteg tüdejét eddig kezelték. A beteg tehát vagy végleg eltűnik szemünk elől, vagy a bántalom olyan szakában jelentkezik újból, a mikor már semmiféle beavatkozás sem javalt és csak tüneti kezelésre szorítkozhatunk.¹

A műtétől való irtózással szemben mi, a műtétet ajánlók, még abban a tekintetben is hátrányban vagyunk, hogy a betegtől vagy hozzátartozóitól a műtétre való enge-

¹ A besztercebányai Hadigondozóban két év alatt 350 gégetuberculosis-eset közül 33-ban találtam javaltnak a laryngofissiót és a thyreotomiát, de mindössze hét beteg egyezett a műtétbe.

délyt kiterőszakolnunk nem szabad, mert bár *Hansberg*-nek igaz van abban, hogy minden lelkiismeretes orvosnak kötelessége azt a methodust alkalmazni a betegen, a mely habár nem veszélytelen, de egyedüli eljárás, a mivel az egészségét visszaadhatjuk,² de viszont korántsem biztosíthatjuk arról a beteget, hogy egészségét teljes bizonyossággal vissza fogjuk adni.

Ezt a biztos gyógyulást ilyen alattomos bajban, a milyen a tuberculosis, akkor sem ígérhetjük, ha meg is van a lehetőség reá, hogy a műtéttel minden kóros részletet el tudunk távolítani (*Hansberg*). Mert ha ez utóbbi esetleg sikerül is, még ez sem ment meg bennünket teljes bizonyossággal a recidivától, a mely még könnyebben beállhat a már nem teljesen intact gége szöveteiben, mint a hogy beállott az elsődleges gégebántalom. De egyébként is ama kérdésre, hogy adott esetben el tudunk-e távolítani minden kóros részletet, avagy nem, éppen a baj természeténél fogva igen nehéz felelni, a mint hogy éppen gégetuberculosisban sokszor igen nehéz arra a kérdésre is felelnünk, hogy melyik fajta beavatkozás volna czélszerűbb? Nincs szabály kivétel nélkül!

És éppen gégetuberculosis eseteiben nagyon sok a kivétel, ahol nem ragaszkodhatunk mereven a szabályokhoz, a meglévő, avagy meg nem lévő javulatokhoz, hanem esetről-esetre, tapasztalataink alapján és legjobb lelkiismeretünk szerint kell elbírálnunk a körülményeket.

(Vége következik.)

A húgykőműtétek és javalataik.

Irta: *Röhmer Béla* dr., egyet. magántanár, az Új Szt. János-kórház urológiai-sebészeti osztályának főorvosa.*

(Folytatás.)

III. A vese- és ureterkövek műtétei.

A vese- és ureterkövek szintén referatum tárgya voltak az említett sebész-nagygyűlésen. Azonban a kőműtétek részletes statisztikájáról, a referenseket is beleszámítva, csak ketten számoltak be. *Herczel* 18 operált eset kapcsán. Végzett: 3 pyelotomiát és 2 nephrolithotomiát aseptikus esetben; 6 nephrotomiát és 7 nephrectomiát inficiált esetben. 1 nephrotomizáltja meghalt. *Hülll* 9 nephrotomiát végzett 2 pyelotomiával és 4 nephrectomiával szemben, tehát 15 esetben operált 2 veszteséggel (1 nephrotomia, 1 nephrectomia).

Én akkor 11 esetről számoltam be, melyből 1 nephrotomiát ureterkő miatt végeztem. Veseműtéteim azóta 46 betegen végzett 49 műtetre emelkedtek. Végeztem pedig:

1. Öt nephrolithotomiát primaer varrattal. Ezek közül 1 utóvérzés miatt az 5. napon nephrectomiára került. Gyógyult mind az öt.

2. Három nephrolithotomiát varrattal drain felett. Egy kétoldali chronikus pyelitissel és egyoldali korallkövekkel a kelyhekben meghalt a 11. napon pneumoniában.

3. Két nephrostomiát tamponálással, az egyiket solitaer vesén, ez gyógyult, a másik sepsisben operált meghalt enteritisben. Kétoldali nephrostomiát 1 ülésben kőbeékelődéshez társult kétoldali inficiált hydronephrosis esetében. Gyógyult.**

4. 12 pyelotomiát (1 kétoldali), gyógyult mind a 12.

5. Nephrectomiát végeztem 25-öt; 14 esetben nagy kövese vagy pyonephrotikus kövese miatt, 1 pyonephrosissal meghalt septikus pneumoniában; egyszer vesekőhöz társult tuberculosis esetében; kétszer nagy korallkő miatt; kétszer társult hydronephrosis miatt; egy ízben vesetályog és nagy functionalis kiesés indikálta; két esetben a vesemedence súlyos sérülése, egyszer nephrotomia utáni súlyos késői utóvérzés volt a műtét oka. Két esetben a műtét okáról nincs feljegyzésem.

² . . . jeder gewissenhafte Arzt wird es aber für seine Pflicht halten, eine Methode bei seinen Kranken anzuwenden, die zwar nie ganz ohne Gefahr, aber geeignet ist einem Kranken, der sonst unrettbar verloren sein würde, die Gesundheit wiederzugeben. (Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Bd. IV., S. 255.)

* A közkórházi orvostársulatban tartott előadás.

** Előadásomban tévesen pyelostomiának jeleztem.

Amint méltóztatnak látni, a nephrolithotomiát a pyelotomia és nephrectomia előnyére megszorítottam. Mielőtt ennek okára rátérnék, a mi már a javulatok körébe tartozik, röviden végzek a *technikával*.

A vesekősebészet elején inkább a pyelotomiát gyakorolták, majd kiszorította a *nephrolithotomia*, vagyis az a műtét, amidőn a vese domborulatán bemetszve jutunk a medenczébe. Ezt a műtétet vagy vezetési anaesthesiában (paravertebralis anaesthesia), vagy altatásban végeztem. A vezetési érzéstelenítés a vese kiluxálásakor nem biztosít teljes érzéstelenséget, de 1—2 csepp narcoformmal biztosíthatjuk az átmenetet a nyugodt dolgozáshoz. Így járunk el akkor is, ha a beteg félnksége miatt nyugtalan, egész rövid narcoformbódulatból magához térve, ha a vezetési érzéstelenség igazán jó, nyugodtan és fájdalom nélkül operálhatunk. A műtétet ferde lumbalis metszéssel kezdjük, lehetőleg úgy, hogy a metszés felső vége a XII. bordára hajoljon fel; borda-resectióhoz mindig elő kell készítenünk. Vesekő eseteiben, még ha az eset simának látszik is, a zsírostok túltengése, máskor sclerotizáló perinephritis, mely összenövésekre vezet, gyakran van jelen. A túltengett zsíros tokot ki kell irtani. Ha a vese magasan áll és összenövések fixálják, ne erőszakoskodjunk a bordák alatt a sötétben való tompa kiszabadítással, beszakíthatjuk a pleurát, máskor meg a vese könnyen kiszabadul, de azért mert capsuláját lenyúztuk, subcapsularisan luxáltuk ki a vesét, a mi a műtét alatti vérzés csillapítását megnehezíti és a műtét végén a varratot és így a végleges vérzés-csillapítást illusoriussá teszi. Tehát ne fukarkodjunk, ha kell, a subperiostalis bordaresectióval, hogy helyet kapjunk. Ha a vese nincs is magasabban, a rostos tok összenövése a környezettel könnyen annak lenyúzására vezet, mert a veséről könnyebben válik le, mint a környezetről, mellyel összenőtt. Ezért összenövések esetén ne erőltessük a tompa dolgozást, hanem dolgozzunk a Mayo ollóval élesen. A legnagyobb óvatossággal kell eljárni összenövések esetén az érkocsány és a medence felé. Az utóbbi elvékonyodott lehet és könnyen rendetlenül beszakad. Ha a vesét környezetéből kiszabadíthatjuk, két eset lehetséges: kiluxálható a sebbe, vagy érkocsánya rövid lévén, a seb mélyén marad. Az előbbi esetben leszorítjuk drainbe bűjtött érszorítóval a kocsányt, az utóbbi esetben a segéd, esetleg mi magunk egyik kezünkkel a psoashoz szorítjuk a kocsányt és így vértelenítjük a vesét. A vesét lehetőleg a középső és alsó harmad határán, $\frac{1}{2}$ cm.-re a domborulat középvonalától, a hátulsó felszín felé metsszük be. (*Zondeck*-féle vonal.) Itt jutunk be legkönnyebben az alsó rövidebb és tágabb kehelybe. Ne gondoljuk, hogy az ú. n. *Zondeck*-féle vonal nem vérzik. A vese két nagy végágakban végződő elülső és hátulsó érrendszere néha csak 1— $\frac{1}{2}$ cm. hosszúságban nem hajlik át a túlsó oldalra. Bemetszésünkkel be kell jutnunk a vesemedenczébe. Ez annál nehezebb, minél egészségesebb a vese és minél szűkebb a medence. Ilyen esetben könnyen a medenczefal mellé kerülünk és a sinusba lukadhatunk ki. Azért, ha ilyenkor egy kehelybe jutottunk, rögtön vályús szondát teszünk be és ezen tágitjuk a sebet. Ha a medenczében levő követ tapintottuk, meg kell néznünk mozog-e, ha nem, akkor szondával körüljárjuk; rángatni nem szabad, mert a kő a medence falát kibökhetheti. Ha már a Röntgen azt mutatta, hogy kehelykő van jelen, igyekezzünk palpációval megállapítani, hogy melyikben van, s arra messzünk reá. Néha a kehelykő gombszerű fejjel másodlagos kehelyben ül, jól körül kell járni és nem kiszakítani, mert a gomb ottmaradhat. Minden korallszerű nyúlványt körül kell járni és kiszabadítani. Ha a követ a medenczéből kivesszük, le kell tapintani a felső kelyhet, úgy, hogy a kisujjat dugjuk bele és bimanuálisan tapintunk. Mindezen manőverezéshez egy kell, amiről néha megfelelkeznek és akkor ügyetlenkedés a vége, t. i. az érszorítót úgy kell feltenni az érkocsányra, hogy az a vesétől távol legyen és a medenczét szabadon hagyja. Még ennek a védelme alatt történik a varrat nagy görbe tükkel, catgut-tel úgy, hogy 1— $\frac{1}{2}$ cm.-nyire jó mélyen öltünk be a medence nyálkahártyája előtt közvetlenül jövén ki a sebbe

és hatolva be a tulsó oldalra. Előbb tegyük fel az összes varratokat, csak azután csomózzunk; ennek az elmulasztása utóvérzéssel járhat, mert az utolsó varratnál nem látjuk jól, hol öltünk be és a seb egy része nem fekszik össze. Tok nélkül ne varrjunk, ha lenyúzódt, készítsük ki és fektessük vissza. Enélkül a varrat könnyen átvág. Ha a vese ptotikus, varratok segélyével mindig függesszük fel. Így elkerülhetünk ureter-megtörést és vérrekedést a medenczében. A vese mögé drain helyezve zárjuk a hasfalat. Ha a vese inficiált, de még varrható, az egész eltérés az, hogy drain helyezünk a medenczébe és e felett zárjuk a vesét.

Mielőtt a vesét bevarrjuk, ha előzőleg alulról nem szondáztuk meg az uretert, tegyük meg felülről. Erre a célra epekőszondát használunk.

Ma már közismert dolog, hogy a nephrolithotomia legnagyobb veszedelme az utóvérzés, mely jöhet a műtét után közvetlenül vagy később, akár a 14. napig is. Csodálatos módon, mintha az utolsó két évtizedben gyakoribb volna, mint volt régen. (Eiselsberg csak nemrég közölt egy esetet.) Ezt talán úgy lehet magyarázni, hogy a Röntgen-diagnostika haladásával ma korábbi eseteket operálunk, mint régen, tehát több esetet ép parenchymával és erekkel és ezek véreznek a legjobban. Ahol chronikus infectio vagy sclerosis van jelen, a vérzés veszedelme kisebb.

A közvetlenül bekövetkező vérzés varratinsufficienciát jelent. Vérezni ugyan minden eset vérzik, egy-két napig véres a vizelet, olyfokú vérzést azonban, mely rögtön a műtét után beavatkozást igényelt volna, csak egyet láttam. Ez a seb részleges szétvétele és a vesére való nyomótamponálásra előállt. Ugyanez az eset és egy másik 9 napra újból élénkebben vérezt, de beavatkozni nem kellett. Ellenben egy másik esetben két nappal a műtét után beállt utóvérzés miatt az 5. napon ki kellett venni a vesét, mert a 140 es pulsusu betegen a primára gyógyult vesevarrat szétvételével és tamponálással nem mertem kísérletezni.

Az ilyen utóvérzés létrejötte vagy a seb infectiosus szétválásának, vagy annak a következménye, hogy vérrög dugaszolja el az uretert és a retentio a vesesebet széjjelrepszti akkor, a mikor a catgut már nem jól tart. Lehet a szétválás részleges, mint eseteimben, ezek csak lefelé véreznek; lehet teljes, ami ha oly időben esik meg, a midőn a betegből a drain is kivettük, a hasfal alatt a vese körüli térbe vérzik a beteg és a vérzést a collapsus árulja el. Ez a bizonytalanság készítetett arra, hogy egyidőben lazán tamponáltam a medenczét és a kivezetett csikig varrtam a vesét. A csik kétségtelenül jól vezetett, de az infectio veszélye miatt elhagytam. Ellenben még asepsises esetben sem varrom be többé teljesen a vesét, hanem drainezek. Alig lassúbb a gyógyulás, a drain biztosítja a vér jó kiszivárgását és megment az ureter későbbi vérrög-eltömeszelődésétől és az ez úton való utóvérzés lehetőségétől.

A nephrolithotomia egyik hátránya, hogy minden varrat szűrőszaturnájára körül a veseállomány tönkremegy, az így keletkezett functionalis kiesés később teljesen helyreáll, de az első napokban, mint azt több esetemben láttam, bizony nagy. A nephrotomizált vese napokig alig választ el vizeletet. Tudnunk kell ezt, a midőn a másik oldal betegsége miatt conservative kell eljárunk; számításba kell vennünk, hogy ilyenkor napokig csak a másik szintén beteg vese secretiós működésére van utalva a szervezet. Súlyosan esik a látba ez a kiesés természetesen akkor, ha solitaer vesén végezzük a nephrotomiát.

A nephrostomiánál a vesét szélesen feltárjuk, két sebszélét a hasfalhoz varrjuk, üregeit kitakarítjuk és tamponáljuk. Kétszer végeztem vesekő, kétszer ureterkő esetében, az ezek miatt végzett eseteket is ideveszem. Az első esetben a 48 éves férfinak 4 napja rázóhideges lázai voltak. A bal vesemedenczébe kőbeékelődése volt. Nephrostomiát végeztem, a sebszél demarkálódott, a veséhez vezető seb szürkés, diphtheriás lepedéket kapott, a seb feltisztult, a beteg láztalan lett, de toxikus enteritis jelentkezett, a mely a legyengült beteget a 14. napon elragadta. A második esetben

szintén sepsisben operáltam, a kő, melyet a Röntgen nem jelzett, az uretert zárta el, a beteg már 12 napja lázas volt, közvetlenül a műtét előtt pneumoniát állott ki. Az óriásira megnagyobbodott vesét bemetszettem és tamponáltam. A nephrostomia után az 5. napon a tamponált veséből a tamponok mellett halálos késői utóvérzés állott be. A rögtön utántamponálás megállította a vérzést, de oly jelentékeny mennyiségű vért veszített a beteg, hogy pár óra alatt kiszivedett. Éppen ezen két esetből okulva, nephritis aposthematosos további két esetében már nephrectomiát végeztem és pyonephrosis esetében is mindig radikálisan jártam el.

Kőbeékelődéshez társult kétoldali inficiált hydronephrosis esetében úgy jártam el, hogy a vesét ott, a hol a parenchyma pár milliméterre elvékonyodott, bemetszettem és a vese-medencze kimenetébe ékeltem követ (kétoldali műtét 1 ülésben) eltávolítva, a vese sebet a hasfalhoz kiszegtem és a vesét draineztem; a sipoly gyorsan záródott. (Ez a beteg előadásom óta a műtét után 5 évre, jobboldali, egy éve feltört sipolylyal újból osztályomra került. A vese ismét óriásira meg volt megnagyobbodva. A sipoly tágítása után a több rekeszű zsákból egy ludtojánsyi és egy kisebb követ távolítottam el. A beteg, kinek másik veséje is insufficiens volt, a 16. napon uraemiában elpusztult. A hydronephrosis vese egyes rekeszeiben még 3 apró kő volt.)

Anuria eseteiben kétszer végeztem nephrostomiát. Egyszer solitaer vesén a medencze-kimenetben beékelődött kő miatt, 24 órás anuriánál; a bemetszett óriási vese sebszéle demarkálódott. A beteg meggyógyult. Egy másik esetben az ureterben levő követ sem az ureter-katheter, sem a Röntgen nem jelezte. Az anuria 6. napján operáltam, utána a veseműködés megindult, de a beteg toxikus enteritisben elpusztult.

Az eddig elmondottak elegendők arra, hogy a nephrostomiát súlyos és veszedelmes műtétnek tartssuk. Veszedelme az utóvérzés, mely leginkább fenyeget ép vese vagy acute congestionált nagy vese esetében, létrejöhet a primaer varrat teljes gyógyulása mellett még a 2. héten is, és mint láttuk, előfordulhat nephrostomia és tamponade mellett is.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

H. Much: Kinder-Tuberkulose. Leipzig, Verlag von Curt Kabitzsch, 1920.

Ismeretes, hogy újabban — nem minden alap nélkül — a felnőtteken megnyilvánuló gümőkört oly betegségnek tartják, a mely tulajdonképpen már a harmadik szaka egy oly kóros folyamatnak, a melynek első és második szaka a gyermekkorban folyt le. E felfogás értelmében a gümőkór elleni eredményes küzdelem szempontjából rendkívül fontos a gyermekkorban többnyire lappangva lefolyó betegségnek, vagyis a betegség első és második szakának lehetőleg korán való felismerése és befolyásolása. Ezt akarja lehetővé tenni a szerző kis, mintegy két ívre terjedő munkájával, a melyben röviden összefoglalja mindazt, a mit e téren az orvosnak tudnia és tennie kell. Szinte szokatlan orvosi munkában az az egyszerűség, minden a tudományosság látszatát kelteni akaró sallangtól mentesség, a mivel a kis füzet írva van. Követendő példa lehet arra, hogy milyen módon kell fontos kérdéseket a nagy orvosi közönség számára tárgyalni. A füzet ára 4:80 m.

A. Strasser, F. Kisch und E. Sommer: Handbuch der klinischen Hydro-, Balneo- und Klimatotherapie. Berlin—Wien. Urban und Schwarzenberg. Ára 70 márka.

Közel ezer lapra terjedő kötetben foglalta össze a címében jelzett három ismert nevű szerző mindazt, a mit a mindennapi életben oly nagy szerepet vivő hydro-, balneo- és klimatoterapia terén eddig megismertünk. A szerzők első-sorban a gyakorlóorvos igényeit tartván szem előtt, tartó-

kodtak a hosszadalmas elméleti fejtegetésektől s az elméletből éppen csak annyit adtak, a mennyi okvetetlenül szükséges ahhoz, hogy azok a részek, a melyek már nem tisztán az empirián alapulnak, könnyebben legyenek megérthetők. Annál kimerítőbben tárgyalják a használat módjait, a technikai részleteket, szóval mindazt, a mit a gyakorlat szempontjából tudni kell. Megfelelő helyen jó ábrák segítik elő a megértést. Szívesen hívjuk fel orvostársaink figyelmét a munkára mint olyanra, a mely megérdemli, hogy helyet foglaljon a gyakorlóorvos által állandóan igénybevett munkák sorában.

Lapszemle.

Gyermekorvostan.

A Heine-Medin-kór természetéről s az ellene való védekezésről ír Flexner. A Rockefeller-intézet vizsgálatai megállapították, hogy a gyermekhűdés fertőző-ragályos kór, amelynek okozója mikroskoppal látható, fajlagos mikroorganizmus, s ezt tiszta tenyészetben is sikerül előállítani. A mikroorganizmus részben a beteg központi idegrendszerében, az orr és torok nyálkahártyáján, egyes belső szervekben volt kimutatható, de a keringő vérben sohasem volt található. De nemcsak beteg emberek fennt leirt szerveiben, hanem egészséges emberek orr- és torok-nyálkahártyáján is ki volt mutatható a mikroorganizmus, kiváltképpen olyanokon, akik poliomyelitises beteg közelében tartózkodtak.

A mikroorganizmus elhelyezkedése, külseje és elosztódása azonos, akár a meningealis, akár az abortív, akár pedig a rendes typhust mutatja a megbetegedés.

A kísérletek megmutatták azt, hogy a mikroorganizmus a beteg szervezetet az orr, torok és bél váladékával hagyja el. Régebbi kísérletek azt látszottak bizonyítani, hogy a házi legyek a betegséget egészséges egyénekre csipéssel átvihetik; újabban azonban a betegségnak a betegről légyecsipés útján direct átvitele egészséges emberre nem látszik beigazoltnak, mert a keringő vér a virust nem tartalmazza, a csipés tehát nem lehet ártalmas. A legyekkel, bolhákkal, tetvekkel, poloskákkal és szunyogokkal végzett kísérletek során egészséges majomra beteg majomról a fertőzést átvinni csupán egyszer, poloska útján, sikerült. A vírus a testbe az orr-, torok-nyálkahártyán át a nyirokrendszernek közvetítésével jut és így fertőződik a központi idegrendszer.

A mikroorganizmus az orr és torok nyálkahártyáján való élethez szükséges erős ellentállóképességgel rendelkezik; reáköhögés, náthás orrváladékkal fertőzött kéz, reáprüsszentés vagy fertőzött kézzel érintett ételek, tárgyak közvetítik a fertőzést. A mikroorganizmus a magas hőmérséketet, a beszárítást és az enyhébb desinfiaciós hatását játszva állja ki. Csupán a napsugárral szemben nincs ellentállóképessége, az hamarosan elpusztítja. Terjesztésében a házi állatok (kutyá, macska, disznó, tyúk, kacsá, liba, ló és juh) nem játszanak szerepet, az ezeken régóta ismert paralysis nem azonos a gyermekhűdésével. A kór terjedésének útja a jó közlekedési utakon, vonatokon, hajókon át vezet. A vírus a fertőzött szervezetben különböző hosszú ideig marad meg. A kísérletek az mutatták, hogy a majom-paralysis bekövetkezése után körülbelül 3 hét múlva a gerincvelőben a virust már nem, míg az orr-, torok-váladékban még hosszú ideig ki lehet mutatni. A nyálkahártyán hat hónap volt az a leghosszabb idő, a mely alatt fertőzés bekövetkezése után a vírus majomban még ki volt mutatható; emberben öt hónap múlva látták utoljára a fertőzés bekövetkezése után, hogy a nyálkahártya még tartalmazza a mikroorganizmusokat.

Az epidemiák súlyossága és a halálozási szám igen változó lehet, s a kísérletekben is nagyon különbözően viselkedett a vírus. Az emberi paralysis vírusa például majomra kezdetben gyengén virulens, de többszörös majompassage után a virulencia óriási módon növekszik, majd ismét leszáll a rendes kezdeti fokra, esetleg még ez alá is. Így van ez az emberi fertőzésekben is.

Nem minden gyermek egyformán fokékonny a betegséggel szemben. Azt látjuk, hogy általánosságban minél fiatalabb,

annál fogékonyabb; e mellett egyéni különbségek is vannak, egyugyanazon család egyes gyermekei súlyosan, mások csak az abortív formában betegszenek meg és éppenezek az abortív esetek terjesztik esetleg hihetetlen mértékben a betegséget.

Az incubatio hossza változó, rendszeren 8 napra tehető, de láttak 2 napos és 2 hetes incubatiót is.

A fertőzőképesség practice 6 hétre tehető, bár, mint láttuk, 5 hónapig is fertőzőképes lehet az egyén.

A betegség egyszeri kiállása az egész életre immunitást biztosít a betegséggel szemben. A kísérletek azt mutatták, hogy a betegség kiállása után még husz évvel is annyi antitestet tartalmaz a vérsavó, hogy a fertőző anyagot kémilöcsőben végzett kísérletben teljesen megköti.

Majmokon sikerült néha az activ immunizálás is kisebb virus-adagok rendszeres befecskendésével, e módszer azonban tökéletlen, amennyiben igen gyakran az immunizálás alatt hűdések állottak be. A passiv immunizálás (fertőzőesen átment majom vérsavójának befecskendése egészséges állatba) nem megbízható, mert igen rövid ideig tart.

A kísérletek, amelyeket reconvalescens-serummal végeztek, a paralysis gyógyításában igen sokat ígérők. A serumot a gerinczűrbe kell fecskendeni, azonban gyakorlatilag jövője ezen eljárásnak nincsen, mert csak az emberi reconvalescens serum és a kísérleti paralysisből kigyógyult majom seruma alkalmas a befecskedésre és így nincs elegendő serum a kísérletek s a gyógyítás nagyobbmértvű keresztülviteléhez.

A gyógyszeres kezelésnél az egyetlen szer, a mely szóba jöhet, a hexamethylenamin, de a majom-kísérletek szerint nem sokat várhatunk e szertől sem. (*Substance of an adress before the New-York Academy of Medicine, July 13, 1916. Published by the Rockefeller Institute for Medical Research, New-York City, 1916.*) Bókay Zoltán dr.

Szemészet.

Reflexes pupilla-merevség methylalkohol-mérgezés folytán. Fuchs igen részletesen ismertetett esetének következő lényeges adatairól emlékszünk meg. A beteg $\frac{1}{2}$ deciliter rum-essentiát ivott, melynek methylalkohol-tartalma 40%-ot tett ki. Rövidesen végtagjait bágyadtnak érezte, szédült, a tárgyak elmosódottak a szemei előtt; időnként fényjelenségek. A tünetek 5 napig változatlanul fennállottak, a mikor a beteg a klinikát felkereste. A vizsgálat a következőket állapította meg: a szem gyors oldalmozgásai fájdalmasak, fájdalmas a szemgolyóra gyakorolt nyomás is. Mindkét pupilla egyformán szűk, átmérőjük kisebb 2 mm.-nél, a fényre való reakciójuk csekély és renyhe bár, de megvan, összehajlásra a reactio kifogástalan. Mindkét látóideg fő pirossabb színű, a vénák kanyarodottak és tágultak; a fényérzés hiányos, a vetítés bizonytalan. Therapia: izzasztás aspirinnal. 5 nappal később a pupillák fényre egyáltalában nem mozognak többé, összehajlásra és alkalmazkodásra azonban a reakciójuk jó, szóval időközben teljes reflexes pupillamerevség fejlődött ki. Mikor a beteg körülbelül egy hónappal később a klinikát elhagyja, a reflexes pupilla-merevség változatlanul fennáll, a látóideg fő halvány, nem élesen határolt, a vénák rendes tágasságúak, a verőerek ellenben a rendszeren vékonyabbak. A jobb papilla körül apró, élesen határolt foltok, a vena nasalis superioron két hosszúságú, papillanagyságú, szürke színű, kissé kiemelkedő csikolt gócz.

Ez esetben tehát a methylalkohollal történt mérgezés után mindkét szemén látóidegsorvadás, valóságos kétoldali reflexes pupillamerevség és pupillaszűkület fejlődött ki; azonkívül megállapítható volt a mammillaris tájékon hypaesthesiás terület, az inreflexek csökkenése és az izom- és idegtörzsek fájdalma nyomásra. Luesre semmi adat sincs; a lues-reactióknak mindegyike teljesen nemleges. A szerző felveti a kérdést, vajjon alkoholos polyneuritisről vagy valóságos tabesről van-e szó, melyet a methylalkohollal történt mérgezés talán csupán csak siettetett. I z utóbbi mellett a pupillaszűkület, a reflexes pupillamerevség, a hypaesthesiás terület és az in-

reflexek csökkentek voltak, tabes ellen pedig a nemleges anamnesis és a lues-reactiók nemlegesek voltak; polyneuritis alcoholica mellett bizonyít az izom- és idegtörzseknek nyomásra fájdalmas volta. A myosis és a Robertson-tünet a tabest látszik valószínűvé tenni. Kétségtelen, hogy vannak tabes-esetek, a melyekben mind a négy lues-reactio nemleges; ez azonban csak lezajlott tabes progressiva eseteiben fordul elő. A szerző tehát a polyneuritis alcoholica mellett foglal állást. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1919, XLII. kötet, 1—2. füzet.)

H. K.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **tüdögümőkór therapiájában** a kovasavat már régebben használják és csak nemrégiben hívta fel a figyelmet Kühn egy tea használatára, a mely kovasavat bőven tartalmazó növényekből készül. Újabb közlésében a silicol-tablettákat ajánlja (Lecinwerke, Hannover), a melyek fehérjéhez kötött colloidalis SiO₂-t tartalmaznak 0.1 gramm mennyiségben. Naponként 3-szor veendő be belőlük 1—2 darab az étkezések után. Intramuscularis befecskendezésre használandó 0.3%-os SiO₂-oldat is van forgalomban; 1/2—1 cm³ fecskendezendő be belőle. Czélszerűnek tartja a szerző többhetes siliciumtherapia és néhány napos szünet után egy ideig calciumot adni valamilyen alakban, például kalzantabletták, trikalkol stb. alakjában. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 19. szám.)

Oxyuriasis ellen a bécsi egyetem gyermekbeteg-klinikáján jó eredménnyel használják az *antoxurin* néven újabban forgalomba hozott szert, a mely nem más, mint chlorozott benzol, keratinezett és chokoladdal bevont pilulák alakjában; minden egyes pilula 0.05 gramm hatóanyagot tartalmaz. A 6. életévig 5 pilulát, a 6.-tól a 10. évig 6—7 pilulát, a 10. éven túl pedig 7—10 pilulát kell bevenni naponként 4 napon keresztül, még pedig valami hashajtóval. R. Wagner, a ki a klinika eredményeiről beszámol, sohasem látott káros hatást. A hashajtó gyanánt adott calomelt 1 centigrammos adagban adták az antoxurin-pilulákkal együtt; csak az idősebb gyermekek, a kiknek 7—10 pilulát kellett adni, kaptak kevesebbet (minden 2. pilulával 0.01 gr. calomelt). 70 beteg közül 4 napi használat után 12 szabadult meg az oxyuriasisoktól; két vagy több négynapos kúra után 43 gyógyult meg; teljes gyógyulás nem következett be 8 esetben és eredménytelen maradt a kezelés 7 esetben. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1920, 19. szám.)

Gümőkóros eredetű mellhártyaizzadásmány eseteiben Loeper és Grosdidier jó eredménnyel használja az intravenás urotropin-befecskendezéseket. Hidegen készített 25%-os oldatot használnak, a melyből átlagban 6 cm³-t (1.5 gramm urotropint) fecskendeznek be naponként. (Progress med., 1918, 51. szám.)

Heveny orrhurut ellen F. Deutsch docens a calciumot és dionint ajánlja; az első lobellenes és az exsudatiót csökkentő hatása miatt, az utóbbit pedig sedativ, a reflexingerlékenységet mérséklő hatása alapján. Az adagolás módja a következő: Rp. Calcii lactici 3.0—4.0; Dionini 0.04; Aquae destill. 100.0; Syr. rub. id. 50.0. Egy nap alatt elfogyasztandó. (Wiener mediz. Wochenschr., 1920, 6. sz.)

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma
IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán
sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest,
VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti, női-
betegek, szülőknek. — Rádium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium

Hüvösvölgyi Park Sanatorium
Klimatikus, physicalis és diétaes gyógyintézet.
Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-uteza 47. szám. Diétás, diagnosztikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete
I. ker., Lenke-út. Telefon: József 83-21. szám.

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

Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet. pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétaes konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m. tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né
Dr. Hill Paula, Dr. Mandler
Ottó. Néhai Dr. Reich-féle

Zander

és tökéletesen felszerelt
fizikai gyógyintézete. —
IV., Semmelweis u. 2.
Kossuth Lajos-u. sarok.

PÁLYAZAT.

4736/1920 kzg. szám.

A megüresedett **balatonszentgyörgyi kórorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kórhöz, Balatonszentgyörgy székhelyen kívül, Balatonberény, Főnyed, Hóllád, Sávoly, Somogyfámsón és Vörs községek tartoznak.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpóték, a megállapított drágasági és háborús segély. 800 korona lakbér, 650 korona fuvarátalány, mely ezidőszert háromszorosra van felemelve (1950). Továbbá a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási és műteti díjak.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi augusztus hó 23.-áig adják be. A választást augusztus hó 26.-án d. e. 11 órakor a balatonszentgyörgyi jegyzői irodában fogom megejteni.

Marczali, 1920. évi július hó 30.-án.

A h. főszolgabíró.

MÁTÉ MIHÁLY, orvosi műszerész
Budapest, IV., Muzeum-körut 31. Telefon: József 103-74.
kedvező fizetési feltételekkel
azonnal szállit

teljesen complet bel-, sebész-, orr-, fill-, gége-, urológiai- nőgyógyászati-,
szülészeti felszereléseket, legjobb kivitelben a legutányosabb árban.

GARAY SAMU és TÁRSA
BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.

Orvosi műszer-, kötszer- s művétaggyár. Betegápolási cikkek, has-
és sérvkötők, kórházi vasbutorok s állatorvosi műszerek raktára.

TÖRÖTT RECORD FECSKENDŐK

kicserélése, orvosi műszerek köszörlése és javítása a leggyorsabban eszközöltetik. Teljes orvosi és fogorvosi berendezések elsőrendű minőségben és legutányosabb árban kedvező fizetési feltétellel kaphatók.

Keleti J. orvosi műszergyáros, Budapest IV., Koronaherczeg-u. 17.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serumtermelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-út 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker., Margit-körut 45.

Új telefonszám 58-97.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tassy Iván: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.) A baryumchlorid fájástkeltő szerepe. 333. lap.
Schuster Gyula: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A schizopreniás elmebetegség kóroktanáról. 334. lap.
Rihmer Béla: A hügykömütetek és javataik. 335. lap.
Tóvölgyi Elemér: Laryngofissio és gégetuberculosis. 337. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. Fründ: A lőtt sebek egyesítéséről. — **L. és O. Bossert:** A Friedmann-féle vaccina. — **Dürig:** Renyhén sarjadzó fekélyek. — **Floer:** Helyi érzéstelenítés. — **Szülészeti és nőorvosok. Labhardt:** A sárga test befolyása a havivérzésre. — **Gyermekorvosok. Starek:** Az idiotia amaurotica familiaris casuistikájához. — **B. Wirz. Pfaundler:** A késő gyermekkorbeli latens congenitalis syphilisről. — **Szemészet. Hensen:** A salvarsán hatásáról lueses szembetegségekben. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 338–340. lap.
Vegyes hírek. 340. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem I. számú női klinikájáról
 (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.)

A baryumchlorid fájástkeltő szerepe.

Irta: Tassy Iván dr., tanársegéd.

Gyakori complicatioja a szülésnek a szülőfájások hiánya vagy elégtelensége. A fájdalom-gyengeség leküzdésére sokféle módszerrel rendelkezünk. Legrégibbek a physicalis eljárások, melyekkel mechanikai vagy thermalis úton igyekeztek a méh-izomzatot összehúzódnásra bírni. Ilyen a massage, a mérsékelt expressio (*Kristeller*), a meleg fürdő, borogatás, öblítés. Újabbak a chemiai izgatószerke. A kipróbált vegyületek, növényi és legújabbban állati szervkivonatok száma igen nagy. Hogy csak a fontosabbakat említsük: secale, chinin, strychnin (*Duff, Abranjanoff*), pilocarpin, cukor (*Payer*), hypophysis, suprarenin (*Freund* 1908). Nem hiányoznak kísérletek a méh, sőt a méh és az emlőbimbó egyidejű elektromos izgatásával sem (*Amman, Freund, Bumm*). Az összes eljárások célja a méhet a természeteshez hasonló munkára bírni. Megkívánók az eljárástól még azt is, hogy biztosan hasson és bármikor alkalmazható legyen. Ilyen ideális szerünk azonban nincs.

Újabb az anorganikus baryum-sóknak a síma izmokra való hatását iparkodtak e célra felhasználni. Mivel a baryum erős szívmeleg, a szükséges töménységben csakis helybelileg alkalmazhatjuk. Helyben a baryumsók már aránylag kis töménységben is (1/2–1%) erősen izgatnak, heves fájdalmakat okoznak. *Franz* (Wiener klinische Wochenschrift, 1919, 11. szám) a baryumchloridnak vizes oldatát fecskendezi a terhes méh portiójába olyanformán, mint kis gynaekologiai műtétek előtt a cocaint szoktuk. A portióba elül, hátul és kétoldalt a baryumchlorid 4%-os oldatából 1/2–2 cm³-nyit, vagyis 0.2–0.8 baryumchloridot fecskendez és ezt a szükség szerint megismétli egy nap többször is.

Az eljárás hátránya, hogy a szert vaginalisan kell alkalmazni. A szülészeti gyakorlatban nem közömbös, bármilyen gondos tisztogatást vételezünk is fel a vaginában, a portio körül való ismételt beavatkozás. Fertőzött esetekben, a melyekben pedig leggyakrabban szorulnánk fájást kiváltó szerekre, egyenesen tiltott. *Franz* említi, hogy a baryumchlorid a terhesség vége felé, vagy éppen a szülés folyamata alatt sokkal gyengébben hat, sőt néha hatástalan. Valószínűleg azért, mert a kinyúlt, elvékonyodott méh izomzatát a portio felől ilyenkor a túvel elérni majdnem lehetetlen. A baryumchlorid alkalmazhatósága tehát a szülészetben a tisztán kezelt, biztosan nem fertőzött abortusokra redukálódik.

A baryumchlorid hatását ebből a szempontból mérlegelt 16 esetben próbáltuk ki. Eseteink túlnyomó része a művi abortusok sorából került, a midőn a vetélést csak megindí-

tottuk, azután spontán befejeződését vártuk. Az adagolt mennyiségre vonatkozólag mindjárt eleinte valószínűnek látszott, hogy nem a bevitt baryumchlorid absolut mennyisége a fontos (a toxikus dosis 0.20 centigramm), hanem mint minden helybeli hatásra szánt szernél, a concentratio foka és az alkalmazás helye az irányadó. 4%-os oldattal kezdve, a méhszáj körül a portióba, körülbelül 2 cm. mélyen, elül, hátul és kétoldalt egyenletesen elosztva összesen 2–5 cm³-t fecskendeztünk az izomba. A hatás minden esetben másodpercsek alatt jelentkezett. Heves, rövid megszakításokkal állandó fájdalmak állottak be, a melyeket multiparák határozottan a szülőfájásokhoz hasonlónak mondtak. A fájdalmak az említett concentratio mellett 2–6 óráig állottak fenn, azután lassanként alábbhagytak. Sok esetben a fájdalmak szüntével még néhány óráig tartó, de jelentéktelen égető érzés maradt vissza. Ha a *Franz* ajánlotta 4%-os vagy concentráltabb oldatokat használjuk, a fájdalmak, melyek már a befecskendezés alatt jelentkeznek, rendkívül hevesek lehetnek még akkor is, ha a bevitt baryum-só absolut mennyisége különben csekély. Az ajánlott 4%-os oldatot már töménynek találjuk.

Egy esetünkben például 3 hónapos terhes nőn 5 cm³ 4%-os baryumchlorid nemcsak embertelen fájdalmakat váltott ki, de dacára 0.015 morphium adásának, még a hasprés is működésbe lépett. Az asszony két óráig úgy nyomott és erőlködött, mint ezt csak szűkmedenczés szülésekkor látjuk. Ezután még hat óráig tartó kínzó fájdalmak voltak, melyeket a VIII. P. a tágulási időszak fájdalmához mondott hasonlóknak. Jellemző, hogy az óriási fájdalmak ellenére az abortus nemcsak hogy be nem fejeződött, de még csak meg sem indult. Később manualisan kellett azt befejeznünk.

Hogy a szándékon felüli vehemens hatást elkerüljük, hígabb oldatokra térünk át. Az oldat összetételének módosításakor az a gondolat is vezetett, hogy ha hypertoniás, tehát vízelvonó oldatot fecskendezünk be, ez már egyedül vízelvonó sajátágánál fogva is izgatni fogja az izmot. A glycerinnel töltött *Baumm*-hólyaghoz hasonló jelenségnek kell előállania. Ezért új oldatainkban fokozatosan csökkentettük a baryumchlorid mennyiségét. Így készülték 4–2, majd 1%-os baryumchloriddal hypertonizált physiologiás konyhasó-oldatok.

Az eljárás ilyen módon sokkal kíméletesebb lett, már a 2%-os hypertoniás oldattal ugyanannyi ideig tartó, de sokkal kevésbé kínzó fájdalmakat észleltünk. Hígabb oldatokra a fájdalmak nem kezdődnek rögtön, hanem csak néhány perc múlva. Nem is annyira állandóak. A fájdalommentes szünetek nem másodpercsek, hanem percsek.

A higitást tovább folytatva, végül kísérletet tettünk baryumchlorid nélkül egyszerű hypertoniás (2%-os) konyhasó-oldattal, a midőn minőségileg teljesen hasonló eredményt értünk el, a mely csak az időtartamban és az intenzitásban tért el a baryumchlorid okozta hatástól.

A baryumchlorid-befecskendések hatása az alkalmazás környezetében levő izmok összehúzódásában és intenzív szülő-fájásokhoz hasonló érzésben nyilvánul. Ez a fájdalmas contractio azonban állandó, a méh izomzata tetaniás összehúzódásban van, azokban a rövid időközökben is, a mikor a fájdalom relative csökken, tehát fájásszünetről beszélhetnénk. Legerősebb contractióban van az az izomcsoport, a hova a befecskendést adtuk. Mivel pedig ez a belső méhszaj tájéka, itt fog a méh elsősorban és legintenzívebben összehúzódni. Hogy ez csakugyan így van, jól láthattuk egy esetünkben:

III.-P. IV. hónapban grávida. A terhesség megszakítása florid tüdőgümőkór miatt javalt. Méhszajtagítás a 18-as számú Hegar-ig (tehát majdnem két ujjnyira), burokrepesztés, ezután 5 cm³ 2%-os hypertoniás baryumchloridot kap a portio négy helyére elosztva. A körülbelül két perc múlva beálló erőteljes contractio úgy összehúzta az imént még majdnem két ujjnyira tág belső méhszaját, hogy rajta keresztül vékony gazecsisokkal alig lehetett tamponálni. A fájdalmak négy óra hosszat tartottak, azután lassan elmúltak.

A baryumchlorid összehúzódásra ingerli ugyan a méh sima izomelemeit, főként ha a ganglionokat is éri s ez az összehúzódás addig tart, míg a nedvkeringés a sőt ki nem mosta, vagy az izom ki nem fáradt. Nem hoz létre azonban periodusos összehúzódásokat, a melyek nélkül pedig a méh tartalma nem ürül ki. Annál kevésbé, mert a felizgatott izomcsoport a méh alsó szakaszában van, nem pedig a fundusban. Így a baryumchlorid bár hatalmas fájást keltő szer, hatásában nem azonos a természetes szülőfájásokkal, sem pedig azokat pótolni nem tudja. Ha az oldat módosításával a természetest a külsőségeken inkább megközelítő fájásokat hozhatunk is létre, lényegükben tetaniás jellegüket megtartják. Régi szereink, a hő, a chinin, a hypophysis jobbak, mert ezek alkalomadtán mindannyian összehúzódásokat, utánuk következő teljes elernyedéssel tudnak előidézni. Nézetünk szerint a baryumchlorid hatása közelebb áll a secale-készítményekéhez, a mennyiben görcsös összehúzódást hoz létre, mely később hosszú ideig tartó tonusba megy át, valószínűleg a só teljes kimosódásáig. Ez lehet a magyarázata annak is, hogy miért látott *Franz* jó eredményt atoniás vérzés esetén a baryumsó befecskendezésétől.

Mi teljes eredményt egyszer sem értünk el. Két esetben az abortus további művi beavatkozás nélkül fejeződött ugyan be, de az általános negatív eredmény mellett, ezt bizvást a III., illetve V. napon per os adott chininnek tulajdoníthatjuk. Incomplet abortus 3 esetében mindannyiszor manualis befejezésre kényszerültünk. Szülés közben nem próbáltuk ki, tekintettel a szer kellő helyen való alkalmazásának nagy nehézségeire és mivel az eredményt eleve kilátástalannak, sőt a magzatra veszélyesnek tartottuk.

Káros vagy kellemetlen mellékhatásokat, leszámítva a fájalmakat, nem észleltünk. A baryumnak a szívre és vesére való mérgező távolhatása még 0'20 cgr.-os adag után sem mutatkozott.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A schizophreniás elmebetegség kóroktanáról.*

Irta: *Schuster Gyula* dr., I. tanársegéd.

A dementia praecox klinikai képét *Kraepelin*, *Aschaffenburg*, *Weigand*, *Stransky*, *Bleuler*, *Moravcsik* a maga teljességében kidolgozta már, s habár az egyes esetek egyéni vonásokat tüntethetnek fel, és a különféle kórtünetek egymástól eltérőek lehetnek, úgy hogy a schizophrenia öt formáját különböztethetjük meg (dementia praecox simplex, hebephreniás, stuporos, katatonias és paranoidos forma), a kórkép mindig súlyos elbutulással, szellemi megsemmisüléssel végződik. A mennyire egységes a klinikai felfogás, annyira eltérők a pathogenesisre vonatkozó nézetek, s ha a terjedelmes irodalmat elolvassuk, a szövettani elváltozások és kórtani vizsgálatok alapján felmerülő különböző véleményeket, egymás-

* A szerző német nyelven megjelenendő nagyobb munkájának kivonata.

nak ellentmondó elméleteket találunk, melyek a betegség lényegét, aetiológiáját egyáltalában nem tisztázzák.

E helyt eme nézeteket felsorolni czéltalan volna, mégis egynéhány uralkodó eszmét felemlíteni kívánok. Sokan a dementia praecoxot „endogen megbetegedésnek”, „öröklött elmebajnak” tartják, s míg a bűvárok nagy része a schizophreniát a serdüléssel hozza összefüggésbe, vannak, kik a betegség keletkezését illetőleg mereven tagadják, hogy a szervezet eme forradalmi átalakulásának szerepe volna a dementia praecox keletkezésében. Leginkább az a felfogás uralkodik a pszichiátriában, hogy a dementia praecox a központi idegrendszer elsődleges megbetegedése, melynek egy specifikus kórfolyamat felel meg s nem egy primær belső secretiós megbetegedés; eme bűvárok hivatkoznak a belső secretiós szervek kis jelentőségére a pszichiátriában, főleg pedig a generatiós mirigyek csekély korokozó szerepére (*Reichardt*).

A központi idegrendszer megbetegedése következtében keletkeznek a trophiás zavarok, hiszen az anyagcsere és a szervek trophiás viszonyai a központi idegrendszertől függenek, talán éppen a belső secretiós szerveknek a központi idegrendszer megbetegedése által befolyásolása következtében.

A szövettani vizsgálatok korántsem vezettek oly eredményre, mint a paralysisben; az elváltozások nem specifikusak. *Reichardt* „kóros, colloidos agyanyag kicsapódásokban” véli megtalálni a betegség lényegét, felváltva a központi idegrendszer egyes elemeinek elfolyósodásával, és a liquorképződés zavarával gondolja a schizophreniás elmebetegség okát megfejthetni.

De az újabb vizsgálatok mindinkább valószínűvé teszik, hogy a belső secretiós szervek működésében való harmoniazavar bizonyos egyéneken elmebetegségre való hajlamot, mint rejtett készséget létesítő, alkati sajátságokat okoz, s nem tagadható a generatiós és pubertas-mirigyek nagy szerepe nemcsak a pszichiátriában, hanem az egész pathológiában és characterológiában. Azt, hogy ki milyenre nő, milyen az idegrendszere, izgatható-e vagy kevésbé izgatható, nemcsak a központi idegrendszer alkata, hanem a belső secretiós szervek egymáshoz való viszonya, állapota befolyásolja döntően (*Bascdow*, *myxoedema*, különféle temperamentumok).

Bizonyos alkati és szellemi típusokat jelenleg inkább a belső secretiós szervek működési állapota alapján tudunk legjobban megkülönböztetni, meghatározni; a belső secretiós szervekhez kísérletileg jobban hozzáférhetünk és a psychosikot is inkább a belső secretiós szervek kísérleti kutatásából fogjuk megérthetni. A belső secretiós szervek biológiai, vegyi, kísérleti kutatása már eddig is nagyon fontos adatokat szolgáltatott. Ezt szemben *Reichardt* megállapításaival. Az elmebetegségek aetiológiájának felderítésére, tisztázására a belső secretiós kutatások még csak a kezdet-kezdetén vannak; a dementia praecoxra vonatkozó anatómiai és biológiai belső secretiós vizsgálatok igen csekély számúak és ezek is ellentmondók; az én idevágó vizsgálataimnak úgy anatómiai, mint biológiai eredményei azonban egybevágók. *Haberkant*, *Sarbo*, *Van der Scheer* a dementia praecox keretében gyakran észlelte az osteomalaciás megbetegedést mint szövödményt, míg magam több heveny dementia praecox-esetben a rögtön a halál után a carotisokon át fixált hypophysisben, herékben, ovariumokban igen fontos elváltozásokat találtam. Nevezetesen a hypophysis elülső lebenyében az eosinophil sejtek degenerálódtak, számuk feltűnő kevés, túlnyomók a basophil sejtek, a mirigy és ideghypophysis határán daraszerű, egészen sajátos nagymennyiségű eosinophil colloid szaporodott fel.

A fiatal (19, 20, 28 éves) egyének heréinek csatornákai körül a kötőszövet nagy mértékben megszorodott, az interstitialis mirigyszövet *hyperplasiás*, ugyanígy van ez az ovariumban is, hol a mirigy szövete atrophias, az interstitialis ovariumszövet *hyperplasiás*.

A schizophreniás betegek csontjai (kézcsontok, alkarcsontok) a röntgenológiai vizsgálatok szerint gracilisek, vékonyak (*Elischer* dr. magántanár).

Az 1914-ben általam megkezdett, majd főnököm utasítására főleg *Alexander* dr. által végzett serológiai vizsgálatok-

ból kiderült, hogy a katatonias betegekben a hypophysis, here, ovarium, pajzsmirigy fehérjeje bontódik és a beteg serumában az Abderhalden-kísérlet alkalmával nagyfokú fehérjeconcentratio keletkezik, szemben a beteg inaktivált savójával végzett kísérletekkel, hol a fehérjeconcentratio úgyszólván változatlan maradt.

Ügylátszik a csontnövés és az idegrendszer alkata tekintetében finomabb chemiai szempontból a hypophysisnek nagy szerepe van.

Steinach nagy jelentőségű kísérleteiből kiderül, hogy az elaggásban nemcsak a pubertasmirigy, hanem a hypophysis is szerepel; a pubertasmirigy és hypophysis közt nagyon szoros a correlációs viszony (Simmonds hypophysises cachexiája, az elaggás legnagyobb foka, mely egyes betegségek keretében észlelhető).

Az akromegalia és osteomalacia közt a következő alkati különbségeket lehet Bab szerint symptoma-táblázatba összeállítani.

Akromegalia	Osteomalacia
1. Ovariumok sorvadása.	1. Ovarium hyperfunctiója.
2. Hypophysektómia után gyógyulás.	2. Castratio után gyógyulás.
3. Kezdet a klimakteriumban.	3. Szellemi fertilitas. Libido.
4. A menses a hypophysektómia után megindul.	4. Terhességek után rosszabbodás.
5. Nincs terhesség.	5. Gyakori terhesség.
6. A glykosuria gyakori.	6. Nincs glykosuria.
7. Gyakori a myxoedemával való szövődés.	7. Gyakori a Basedowval való szövődés.

Tudvalevő, hogy a schizophreniások vago-toniások, adrenalin-érzékletlenek, úgy hogy 0.4—0.5 mgr. adrenalin bőr alá fecskendezésére gyakran vérnyomás-csökkenéssel reagálnak és sohasem vérnyomás-emelkedéssel, míg az egészséges egyének és elmebetegek egyéb csoportjaiba tartozók 40—80 mm.-es vérnyomás-emelkedéssel felelnek; leginkább az acute stuporos, katatonias betegekben feltűnő az adrenalin-érzékletlenség (Schmidt W.).

A schizophreniások alkati typusa vizsgálataim szerint éppen az akromegaliás alkati typussal ellenkezik, mint ezt az alábbi symptoma-táblázat mutatja.

Akromegalia	Dementia praecox
1. A csontok és lágyrészek kóros növése, az akrális részek megnagyobbodása.	1. A lágyrészek cachexiája, a csontok gracilis, vékony volta, az akrális részek, kéz, koponya kicsinyisége.
2. A mirigyhypophysis eosinophil sejteinek kóros növése (daganat).	2. Az eosinophil sejtek sorvadása, absolute csekély száma. Hypophysis-atrophia acut dementia praecox, katatonia eseteiben.
3. Ovariumok, herék sorvadása.	3. Az ovarium, here interstitialis mirigy-szövetének hyperplasiája. Status hypoplasticus.
4. A lágyrészek turgorja.	4. A lágyrészek cachexiája, vérszegénysége.
5. Glykosuria, glykaemia.	5. Adrenalin-érzékletlenség.
6. Hypophysektómia után gyógyulás.	6. Részleges thyreoidectomia után gyógyulás. Gyógyulás és meglepő javulás hypophysis-, ovarium-, here-készítmények adagolására (Hajdú Lilly dr.).
7. A betegség kezdete a klimakteriumba esik.	7. A pubertás idejébe esik a betegség kezdete.
8. Hypophysektómia után megindulhat a menstruatio. Myxoedemával gyakran szövődik.	8. A psychosis a havibaj jelentkezésekor kezdődik. Basedowval gyakran szövődik.

A szövettani lelet egybehangzó a biológiai bontási kísérletek eredményével, a klinikai megfigyelés legtöbb adatával, továbbá azzal a ténnyel, hogy a schizophreniás cachexia nagyon hasonló a Simmonds-féle hypophysises cachexiához. Steinach kísérletei szerint az elaggás vagy a physiologiás cachexia a pubertas-mirigy elváltozása, mely a legszorosabb viszonyban van a hypophysis-sel.

A dementia praecox tehát részletjelensége egy kóros alkati állapot keretén belül kifejlődő, időelőtti elaggásnak vagy cachexiának, mely ellen a szervezet védekezni igyekszik (hyperplasia a pubertasmirigyben). A psychés tünetek az anyagi folyamatot tükrözik vissza a szertefoszlás jelenségében úgy az associációk, valamint a praxiák terén, nemkülönben az anyagi folyamat végeredményét, az elaggást.

Szeretett és nagybecsült főnökömnek, Moravcsik E. Emil dr. egyetemi tanár úrnak állandóan élvezett nagyértékű utasításaiért és segítségeért e helyt hálás köszönetemet kell tolmácsolnom. De nem mulaszthatom el az alkalmat, hogy Elischer Gyula dr. magántanár úrnak is nagyértékű vizsgálataiért, számos remek koponya- és végtag-Röntgen-képeért, hálás köszönetemet nyilvánítsam.

A húgykőműtétek és javalataik.

Irta: Rihmer Béla dr., egyet. magántanár, az Új Szt. János-kórház urológiai-sebészeti osztályának főorvosa.*

(Vége.)

Az itt említett veszélyek tolták ismét előtérbe a pyelotomiát. Én 12 pyelotomiát végeztem és mind fistula nélkül gyógyult. Pyelotomiánál a vese kiluxálásáig minden úgy megy, mint a nephrotomiánál. A vesemedence hátsó fala, mely kevésbé érzett, alkalmasabb a bemetszésre, ehhez azonban ki kell luxálni a vesét; ha az érkocsány rövid, ez nem sikerül, ilyenkor jól beválik az Illyés ajánlotta pyelotomia anterior, ha a kő nem nagy. Néha azonban egyáltalában nincs medence, az ureter a sinusig tart, egész kis követ az ureter bemetszésével még így is ki lehet venni. Pyelotomia esetében fokozott gondossággal kell a medenczét kikészíteni, ne csupaszítsuk le nagyon, mert a varráskor a környező szöveteknek jó hasznát vehetjük. Ha a követ kivettük, kisujjunkat bevezetve, a kelyheket letapintjuk, az esetleges törmelék bevezetett katheterrel kimossuk. Ezután bélvarrat módjára finom felszívódó catguttal zárjuk a medenczét. Ha a vese ptotikus, mindig felfüggeszttem a tok segélyével, a varrat közelébe draint tesztek és zárom a sebet. Összesen egy varratom engedett, az is gyorsan gyógyult. Tartott a varrat oly esetben is, a melyben a műtét után magas lázakkal járó pyelitis állott be. Egyéb complicatiót nem láttam. Nagyon vigyázni kell a limbus szélén futó erekre, tompán fel kell őket tolni, megsértésük nehezen csillapítható vérzésekre vezethet.

A mi már most az én tapasztalataimat illeti, a nephrotomia és pyelotomia között határozottan az utóbbinak adok előnyt, csak ha igen nagy kövek vagy súlyosabb infectio van jelen, tartom szükségesnek a nephrotomiát, ha ugyan nem a beteg vese kiirtása az előnyösebb. A pyelotomia hátrányát hozható fel, hogy a vese áttekintése nehezebb. Tökéletes áttekintést a nephrotomia sem nyújt. Ha az alsó kelyhen át bejutottunk a medenczébe, a felső szűkebb kelyhen, mely hosszabb is, épp úgy le kell tapintani, mint a pyelotomiánál, vagy be kell metszeni a felső kelyhet is. A másodlagos kelyhek revisiója épp úgy tapintás segélyével történik, mint a pyelotomiánál és ha utóbbi esetekben követ tapintunk a parenchymán át, még mindig rámettszhetünk. Úgy nephrotomia, mint pyelotomia eseteiben láthattam, hogy a revisio sohasem lehet elég tökéletes. Volt olyan esetem, hogy a Röntgen csak egy követ mutatott ki, a nephrotomiánál már két kis kehelykövet találtam másodlagos kelyhekben és a midőn a beteg gyógyulása után újból megröntgeneztettem, egy kis babnyi árnyék, mely a műtét előtti képen nem volt jelen, most jelezte, hogy még egy kisebb kő van

* A közokrási orvostársulatban tartott előadás.

a másodlagos kelyhek valamelyikében. Pyelotomia után is láttam egészen kis köveket távozni, pár hónap telvén el, valószínűleg nem új kövek voltak. A Röntgen-kép elégtelensége és a vese tökéletes átvizsgálásának lehetetlensége, sajnos, kis eldugott kehelykövek ottmaradásának veszedelmével jár.¹ A recidiva eshetősége tehát mindkét műtétnél megvan. Eddigi tapasztalásaim szerint azonban nem gyakori; a két fent jelzett eseten kívül csak még egy saját esetet láttam. Ez azonban évek múlva okozván az első tüneteket, valószínűleg új kő is volt; ezenkívül láttam egy már másutt kétszeri nephrotomiát kiállott egyénben újbóli recidivát babnyi kehelykő alakjában. Apró kövecské visszamaradásának lehetősége arra int, hogy a műtét, illetve a felgyógyulás után a beteggel hosszabb ideig és bőven itassunk folyadékot.

A *nephrectomia technikájáról* nem sok mondanivalóm van. Kétféle kórboncolástani elváltozás irányítja. Vagy fibrolipomatosus túltengés van megoldható összenövésekkel, vagy a sclerotikus perinephritisnek az a súlyos alakja, midőn a vese a környezetével teljesen összeolvadt és a környező szervek sérülésének veszélye nélkül ki nem készíthető. Sérülhet a pleura, a duodenum, a colon, a vena cava (egy esetben oldallekötés). Minthogy ilyen esetekben a rostos tok a környezettel erősen összenőtt, a veséről könnyen lejön, az úgynevezett subcapsularis nephrectomiát végezzük. Én csak előre és felfelé végezem subcapsularisan, hátul nincs mitől tartani, ott extracapsularisan dolgozok. Így könnyebb az érkocsány kiképzése. Ha ugyanis a vesét körüljártuk, s a hilusra feltéve a nagy érszorítót és leszorítva, a felette levő veserést elvettük, elég a hátrahajlott capsulán a érszorító előtt ejtett félkör alakú metszés, hogy az ércsonkot és uretert kikészítsük.

A nephrectomia, mint mutiláló műtét, tekintettel arra, hogy a másik vesében is keletkezhet kő, csak akkor indikált, ha a vese megtartása *veszedelmes, czéltalan vagy lehetetlen*. Veszedelmes a vese megtartása, ha acut septikus lázak mellett át van szöve miliaris tályogokkal; a nephrotomia nem mindig állítja meg a folyamatot és a perinephrium infectiójának veszélyével jár. A pyonephrosis calculosánál legtöbbször czéltalan a vese megtartása, hiszen például *Kümmel* statisztikája szerint 20 nephrectomizált betege közül egy sem halt meg, 24 nephrotomizáltból ellenben három és amellett még 8 esetben a vesét másodlagosan mégis ki kellett venni, mert ilyenkor a sipolyképződés és végtelen genyedés elég gyakori. Én ilyen esetekben mindig radikálisan jártam el. Azokat a veséket, amelyeknek medenczében kívül kelyhei tele vannak kővel (kövese), nem tudjuk kitakarítani, ezeket is el kell távolítani. Természetesen mindig előfeltétel a másik vese functio-képessége. Ne gondoljuk azonban, hogy ha a maradó oldal beteg és a köves oldalon nephrectomia helyett csak nephrotomiát végeztünk, sokkal kisebb veszedelemmel jártunk el. A nephrotomia összes veszedelmei mellett még fennáll az a veszedelem, hogy a nephrotomizált vese működése az első napokban kiesik és egyedül a maradó, szintén beteg vesére hárul a kiválasztás egész munkája.

Volt aztán két olyan esetem, amelyben korallkő mellett nagy functionalis kiesés lévén jelen, kiirtottam a vesét, mely atrophíára vezető nephritisen kívül más elváltozást nem mutatott. Ezen esetekben conservative járhattam volna el.

Összevéve a mondottakat: a Röntgen, a functionalis vizsgálat és még a műtét autopsia dönt afelett, hogy a vesét kivegyük-e; és ha csak sclerotizáló nephritis (kövesék nephritise általában) van jelen, a vese csökkent functióval is megtartandó. Így tehát a nephritis aposthematososa, a pyonephrosis és az ú. n. kövese indikálja a nephrectomiát, ezenkívül csak súlyos műtétí sérülés vagy csillapíthatatlan utóvérzés.

Ha a vesekő kétoldali (3. esetemben), indicatiónkat az esethez kell szabni, nem szabad merev szabályokat követni. Ha a kő biztosan a két medenczében ül és pyelotomiával eltávolítható, végezhető ez akár egy ülésben is. Ha az egyik

¹ Ilyent észleltem az előadásom óta operált recidiv köves hydro-nephrosis esetében.

köves vese genyedést okoz már és nem rázóhideges lázakat, de a functionalis vizsgálat és Röntgen szerint megtartható, azt kell előbb bemetszeni és a relative épet később operáljuk. Ha anuria van jelen, azt a vesét kell bemetszeni, amelyik az anamnesis és Röntgen szerint újabban beteg, a kevésbé beteget, mert ez a bemetszésre hamarabb lesz functio-képes, míg a régebben beteg esetleg már teljesen tönkrement. Ha a kétoldali kő kehelykő, nehezebb az eset. Ilyenkor az esetben, ha az egyik vese functiója csökkent, de lázak a sürgős bemetszését nem indokolják, a kő pedig a Röntgen szerint könnyen kivehető, operálhatjuk először ezt az oldalt. De ha a Röntgen szerint a functiójában csökkent vesében több nagyobb kő van vagy a vese tele van apró kövekkel, operáljuk előbb az épebb oldalt, mert esetleg a betegeből oldalról a műtétkor kiderül, hogy kiirtandó és akkor az egészséges oldal kisebb követ solitaer vesén kell majd nephrotomiával eltávolítani, a mi a műtét utáni functionalis kiesésre (l. fent) való tekintettel veszedelmesebb. Nem veszélytelen az utóbbi esetben a betegre a 2. műtét hosszabb elodázása sem, mert a kő lecsúszhat az ureterbe és fennakadva anuriát idézhet elő.

Összegezve a kőműtétekről mondottakat, kitűnik, hogy a kövek eltávolítására többféle műtét kínálkozik, s ezeknek indicatiói az eset szerint változnak. Vitalis indicatio a rázóhideges lázak és az anuria. Tekintettel a pyelotomia veszélytelen voltára, én minden olyan köves betegnek, akinek a medenczében nagyobb kő van, semhogy az per vias naturales távozhassék, ajánlom a műtétet. Ha a kő pyelotomiával nem távolítható el, de gyakori kólikát, genyedést, lázakat, vérzéseket okoz, szintén ajánlom a műtétet: a nephrotomiát, nephritis aposthematososa és pyonephrosis esetén a vesékiirtást. Vesekőműtétem 46 egyénen végzett 49 műtét után 3 beteg elvesztésével jártak, a mi 6.1% mortalitásnak felel meg, ezek mind súlyosan inficiált esetek voltak. 19 aseptikus esetem mind meggyógyult.

Az *ureterkövek műtéteiről* aránylag kevesebb a tapasztalatom. Összesen 6 esetben avatkoztam be. 3 esetben a kő az ureter glycerines vagy olajos beöntésére távozott. Ezen esetek közül egy 4 napos anuriával jött. Egy esetben a kő az ureter intramuscularis részében ült, ezt magas metszés útján távolítottam el. Két súlyos esetemet a nephrostomia tárgyalásakor már fent említettem. Az egyiket sepsisben operáltam, a másikat 6 napos anuriában. Az első az 5. napon utóvérzés miatt a tamponált veséből, a másik toxikus enteritisben pusztult el. Ezen esetek mutatják, hogy az ureterkövek, amelyek néha nyugodtan és tünetek nélkül ülnek meg, máskor igen súlyos complicatiónkat idéznek elő. Ismétlődő rázóhideges láz esetén, továbbá anuria mellett, az utóbbi esetben, ha olajos beöntésre a kő 24 óra alatt nem távozott, operálni kell. A késedelem a következő veszélyekkel jár: rázóhidegek esetén nephritis aposthematososa, sepsis; anuria esetén súlyos uraemia és a vese irreparabilis súlyos anatómiai elváltozása állhat be. Ezek a vitalis indicatiók, melyek teljesen azonosak a vesekő vitalis indicatióival, hiszen a jelzett tüneteket a vesekő szintén a vesemedence-kimenetbe való beékelődésével okozza.

Ajánljuk még a műtétet gyakori eredménytelen kólika esetében, ha a kő nagyobb, semhogy eltávozhatna. A kólikák retentiókat jelentenek és a veseparenchyma veszedelmét. Ha valahol fontos a Röntgen, akkor ez esetekben az, mert a 30 cm. hosszú ureteren megmutatja hol messzünk a kőre. A medenczekimenetbe illeszkedő kő esetében a lumbalis metszést végezzük, a linea innominata magasságában beékeltnél a spina anterior magasságában, ha juxtavesicalis a kő, a Poupart-szalag felett, ha a hólyagbéli uretervégbe ékelt, a symphysis felett a középvonalban fogunk bemetszeni. Az intramuralis kőre gyanús árnyéknál természetesen hólyagtükörrel ellenőrizni kell, nem hólyagkőről van-e szó? Az ú. n. medenczefoltok elkülönítését az ureterkőtől fotografálható katheterrel mint ismeretes dolgot említtem meg. Mint méltóztattak látni, az ureter kezdeti részébe és alsó szakába ékelt esetekről vannak műtétí tapasztalataim és olyanokról, amelyekben a kő a műtét előtt nem volt kimutatható. Mert

meg kell jegyeznünk azt, hogy negatív Röntgen és feltolható ureterkatheter mellett is lehet kő az ureterben. Mint láthatták, nincsen tapasztalásom a linea innominata táján beékelt kövekről, a juxtavesicalis ureterkövekről.

Nagyon helyesen hangsúlyozta *Israel* egyik munkájában a Röntgen-localisatio fontosságát az ureterkövek sebészetében. A pontos localisatio lehetővé teszi a rámetasztázást, a keresés idejét megrövidíti és így a műtétet könnyebbé teszi; de láthatták, t. Uraim, előadásom egész vonalán is, hogy a vesé- és ureter-kövek műtéti javulatának felállításában mily jelentős szerepe van a ó Röntgen-laboratoriumnak.

Laryngofissio és gégetuberculosis.

Irta: *Tövölgyi Elemér* dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

Thyreotomiával és laryngofissióval kezelt eseteim:

I. *D. János*, 41 éves tanító. Felvétetett 1916 április 5. Tüdőbaja egy év előtt az orosz fronton kezdődött. Melle és háta fájt, köhögött, rekedt volt. Baja kezdetén több ízben nagyfokú haemoptoé.

Diagnosis: Infiltr. apic. praec. I. sin. granul. interarytaen. 1916 április 12.-étől 1916 június 6.-éig menthollal, ulsaninnal, tejsavval, conc. salicyl-olddal (*Tövölgyi*) sikertelenül kezelve. 1916 június 6.-án az interary-granulatio galvanocauticával leégetve. A reactio csekély. Egy hét múlva háromheti szabadságra távozott.

1916 július 3. Újból granulatio az interary-tájon, e mellett a bal álhanszál kezdődő beszűrődése mellett a bal proc. vocalis kezdődő fekélyesedése. A tüdőbeli állapot változatlan.

1916 november 1. Tüdőbeli állapot ugyanaz. Láztalan. A gége, daczára a kezelésnek, mindinkább romlik.

1916 november 8. Röntgen-lelet: Mindkét csúcás diffuse árnyékolt, a rekesz igen korlátoltan mozog.

1916 november 9. Thyreotomia. Erősebb venosus vérzés. Az interary-táj granulatiójának középső részén mély töleszerű fekélyesedés, amely a tükrözéssel látható nem volt.

Az interary-granulatio és a bal ary-porc felső részlete lapjára hajlított ollóval eltávolítva, a bal álhanszál beszűrődése és a hangszál-ulcus erősen beégetve úgy paquelinnel, mint galvanocauterrel.

Varráskor csak a perichondriumon át vezetett öltések. 1916 november 10. Erős reactio, nyelni nem tud.

A légzés másnap stenosisossá válik, de tracheotomiára azért nem került a sor. Erős köhögés-rohamok. A nyelés valamivel javult, a seb egész hosszában felnyílt. Egy héti a géget nyitva kezeltem, majd újból bevarrtam, ám a következő nap a seb újból kinyílt.

Hogy a további köpetfertőzést elkerüljem és a váladéknak más utat adjak, november 19.-én tracheotomia sup. A műtét az igen duzzadt pajzsmirigy és a duzzadt szövetek miatt igen nehéz volt, de a beteg jól állotta ki.

November 22. A gége belseje igen szép, erősen javult.

November 25. A thyreotomia újból megnyílt alsó sebszélének bevarrása. Az állapot ezidőtől állandóan rosszabbodott. Hovatovább a gégeben is szétesések mutatkoztak, a gégeséb, daczára az ismételt varrásoknak, újból és újból megnyílt. A tüdők állapota rohamos romlásnak indult. A beteg a műtét óta állandóan 38–38,5° C. lázzal küzdött és 1917 január 14.-én, tehát a műtét után két hóval és 5 nappal meghalt.

Bonczolás: Nagyfokú adhaesiók. Alig leválasztható tüdők. Erősen elmeszesedett bordák. Régi pericarditis, balszív-hypertrophia. A bal felső lebenyben diónyi régi caverna, u. itt igen sűrűn babnyi-mogyorónyi, részben friss cavernák. Jobb csúcásban régi tuberculosis nagy sajtos góczok, ugyanilyenek az egész baltüdőben. Relative legegészségesebb a jobb alsó lebeny disseminált tuberculotikus göbökkel. Belsőben a tuberculosisnak szintén nyomai. Diagnosis: Tub. gangraenosa pulm. Tub. intestini. Bonczoló orvos: *Spiegel* dr.

II. *D. Mihály*, 24 éves földmives. Felvétetett 1916 október 4.-én. Tüdőbaja 1916 januárjában az orosz fronton kezdődött. Április és május hóban kisebbfokú haemoptoé. Bajának kezdete óta négy kilót fogyott. Láztalan. Koch három vizsgálat alkalmával ++.

Diagnosis: Cat. apic. praec. I. sin. cat. bronchial.

Gégelelet: Granulationes interarytaen. magn. gr. Infiltr. chord. I. u. Röntgen-lelet: Mindkét, de főleg a baloldali felső lebeny diffuse árnyékolt. A rekesz korlátoltan mozog.

1916. október 6. Thyreotomia. A gége belseje ugyanazt a képet mutatja, mint a tükrözéskor, ezenkívül a jobb ary-porc belső felületének a tükrözéssel nem konstátált rejtett infiltratióját.

Ugy az interary-táj, a jobb ary-porc, mint mindkét hangszál beszűrődése mélyen a Morgagni-tasakba beégetve. Varráskor a gégeporczot érintetlenül hagytam. A reactio minimalis volt. Fájdalom nem jelentkezett. A gége-seb igen szépen gyógyult. Subfebrilis.

Két hét múlva a lig. conoides táján fistula képződött s bevarrása daczára újból megnyílt.

1917 január 3. A gége belseje teljesen gyógyult, a fistula azonban gyógyulásra semmi hajlamot sem mutat.

Egy hét óta profus hasmenés, étvágytalan. Igen legyengült. Január 19. A műtét utáni tizenegyedik héten exitus.

Bonczolás: A tüdők, főleg a balsúcban, adhaesiókkal rögzítve. A bal tüdő diffuse göbös tapintatu. Mindkét tüdőfélben számtalan régi caverna, a legnagyobb gyermekkökönyi. A jobb alsó lebenyben hypostatikus pneumonia. A hilus-mirigyek részben elsajtosodva, részben elmeszesedve, megnagyobbodott zsíros máj. A bél alsó szakaszában régi tuberculosis fekélyek és idült hurut. Nyílt laryngofissió seb, mely genyed. A hangszalagok magasságában a nyálkahártya elül összenőtt, ezzel szemben a pajz-porc teljes egészében szétnyílt, összeforradásnak semmi nyoma. Ugy a hangszalagok, mint az interarytaenoid táj gyógyultak. Diagnosis: Phthisis pulm. cum cavernis. Tub. intestini et enteritis chron. Hepar adiposum.

III. *G. Sándor*, 26 éves czégvezető. Felvétetett 1916 október 14.-én. Tüdőbaja, melyet még a háború előtt szerzett, bevonulása óta súlyosbodott. Jelenleg csupán gégepanaszai vannak. Igen rekedt. Több ízben volt haemoptoéje.

Diagnosis: Cat. apicis praec. I. dextr. Gégelelet: Az interary-tájon félborsónyi, a felső részletén kifehélyesedett granulatio; az arytaenoid porcok kissé duzzadtak és gyuladtak. Az epiglottis elülső és felső részlete erősen beszűrődött.

1916 október 19. Thyreotomia. A granulatio görbe ollóval lemetszve, alapja paquelinnel beégetve.

Október 20. A gégeben közepes reactio. Nagyfokú dysphagia, de tejet tud nyelni. Lázás.

Oktober 27. A duzzadás csaknem teljesen megszűnt, jól nyel. A varratok eltávolítása.

November 8. A külső seb igen szép, a lig. conoides táján lencsényi felhám-hiány, ennek közepén kis fistula.

December 2. Gége teljesen rendben. Kétnaponkénti menthol-eucalyptal installatiók. A fistula fennáll.

Január 5. A fistula begyógyítása céljából quarzlampa-sugárzások. Subfebrilis. Röntgen-lelet: Jobb csúcás homályosabb, u. itt góczárnyék. Jobb rekeszfél korlátoltan mozog. Baloldalt hilus-mirigyek.

1917. február 3. Beszűrődött epiglottis, amely eddig egy állapotban volt, galvanocautikus tűszúrásokkal kezelve. A gége rendben. A fistula még fennáll.

1917 június 11. Esténként néha még subfebrilis. Négy kilót hizott.

A kulcs fölött még tompulat, de csupán érdes-sejtes légzés. A fistula már három hó óta gyógyult, a gége rendben.

A beteg 1918 január 8.-án jelentkezett újból a fővárosban rendelésem. Gégeben kiskóly aryaenoiditis, a fistula teljesen begyógyulva. Márcziusban hivatalt vállalt és ez idő óta állapota nem változott. Több mint 2 és 1/2 éve gyógyult.

IV. *B. Miklós*, 21 éves kereskedő. Felvétetett 1916 november 2.-án. Tüdőbaját még a háború előtt szerezte, bevonulása óta bántalma súlyosbodott.

Hátában és mellében szúrásokat érez, köhög. Rekedt. Terheltség nem mutatható ki. 1915–16-ban több ízben haemoptoé.

Gégelelet: Erősebbfokú granulatio az interary-tájon, a jobb hangszál kissé beszűrődött. Láztalan. Diagnosis: Infiltr. apic. I. sin. Pleurit. sicca. I. sin.

1916 november 9. Thyreotomia. A gége felmetzésekor kitűnt, hogy a granulatiók egy mélyre terjedő lencsényi fekélyt takartak el. A granulatiók görbe ollóval levágva, alapjuk és a fekély galvanocauterrel beégetve.

November 22. A lig. conoides táján fistula.

1917 január 1. A gége igen szép. A bal hangszál még kissé duzzadt.

Január 5. A fistula miatt quarzlampa-sugárzások. Subfebrilis. Intravenás hetol-injectiók.

Február 10. Két nap óta láztalan. A már begyógyult fistula újból megnyílt, de újból massan hegedni kezdett és három hét alatt újból teljesen begyógyult. Ez idő alatt subfebrilis, majd láztalan. A gége rendben. Röntgen-lelet: A bal csúcás árnyékolt, baloldalt hilus-árnyék, a bal rekesz korlátoltan mozog.

Június 13. Műleges pneumothorax baloldalt *Forlanini* szerint. 600 cm³ nitrogen gáz.

Szeptember 29. A betegnek panaszai nincsenek, a gége rendben. Elbocsátatott.

A beteg 1918 márczius 1.-én fővárosi rendelésemre újból jelentkezett. A kulcs és tövis fölötti árkokban kissé tompult kopogtatási hang. Ugyane helyeken érdes légzés.

A gége teljesen rendben. Az étvágy jó. Öt kilót hizott.

1919. Október 5. A rossz közlekedési viszonyok miatt, mint vidéken tartózkodó, hozzátartozóival izenteti, hogy teljesen jól érzi magát.

V. *H. Mihály*, 23 éves földmives. Felvétetett 1916 november 3.-án. 1916 április havában az orosz harcztéren szerezte tüdőbaját. A gégeben mindkét álhanszál erősen beszűrődött. Kisebbszámú perichondritis az aryporczokon. A valódi hangszalagok is beszűrődtek, a bal proc. vocalis kifehélyesedett. Láztalan.

Hús napig felváltva ulsanin-(2%) ecsetelést és menthol-emulsió-instillatiót kapott, azonban semmiféle javulás sem mutatkozott, sőt a beszűrődés növekedett és a gége állandóan váladékkal volt telve.

1916 november 23.-án tracheotomia. Az igen duzzadt, vérbő pajzsmirigy miatt a műtét hús perczig tartott. Az egy hét múlva végezendő laryngofissio miatt a bőrmetszést a nyelvcsonttól a jugulumig ejtettem, és miután a légyszöveteket a gégeporczig felpraeparáltam, felületes bőrvarratot alkalmaztam.

November 30.-án a varratok eltávolítása után *laryngofissio*. A jobb *arytaen. porcz* belső felületén egy a tükrözéssel nem konstatalható nagy kifeléyesedés. A jobb áhangszál és az *arytaen. porcz* belső legnagyobb része eltávolítva (görbe olló). A bal áhangszál-infiltratum szintén eltávolítva. A baloldali Morgagni-tasak infiltratuma kivágva. Mindkét hangszál és az eltávolított részek helyén támadt seb a galvanocauterrel és paquelin-el erősen beégetve. Varrás a porczon át.

Deczember 1. Nagyfokú dysphagia. Tápláló klyisma. Igen tapadós váladék miatt tágasabb canule a tracheába.

1916 deczember 7. Szívgyengeség tünetei között exitus.

Bonczolás: A bal tüdőcsúcsban *férfiökölnyi, genynyel* telt régi *tályog!* Az egész bal tüdőfelében elszórtan miliaris gümök. A jobb tüdőcsúcsban kisalmányi elszórtodott, genyes szűrésben lévő gócz. Úgy a felső, mint az alsó lebeny telve miliaris tuberculummal. A jobb auriculában régi thrombus. A légcsőben a canulenek megfelelően kezdődő decubitus, ez alatt a légcső hátulsó falán a decubitus alatt három cm.-nyire lencsemekkoraságú gümökörös fekély. A gégeség itt-ott gyógyulóban. Makroszkopice az áhangszál tuberculosus szövete teljesen eltávolítottak látszik.

VI. F. Szilveszter, 27 éves gazdálkodó. Felvétetett 1916 július 2.-án. Tüdőbaja az orosz fronton kezdődött húsz hónapi szolgálat után. Bajának kezdete óta körülbelül 13 kilót fogyott. Koch egy ízben negatív, egy ízben +. Láztalan.

A gégeszeti rendelkezés november 3.-án jelentkezett első ízben, rekedtség panaszával. Gégelelet: mindkét hangszál beszűródött és egész hosszában mindkettő kifeléyesedett. Az interarytaenoid. tájon lencsényi granulatio.

November 16. *Thyreotomia*. A jobb interarytáj-granulatio és mind a két hangszál mélyen kiegészve galvanocauterrel, *úgyszintén az interarytáj közepén lévő lencsényi ulceratio, a mely a tükrözéskor látható nem volt.* A Morgagni-tasakok mindkét oldalon, minthogy az ulceratio oda is behúzódott, mélyen beégetve. Igen erős varrás a porczon át.

November 17. Duzzadás ++. Reactio ++. Nyelni elég jól tud.

November 23. Mindvégig jól tud nyelni. A gége igen szép. Duzzadás +. Reactiv gyulladás ++. Naponta menthol-anaesthesin-emulsió instillatiója.

November 26. A varratok eltávolítása.

Deczember 8. A lig. conoides táján kis fistula.

1917 január 3. Első quazrlámpa-sugárzás a fistula környékére 15 percig.

1917 június 20. A *fistula* négy hete teljesen be van gyógyulva. A gége rendben. A bal kulcs felett tompult kopogtatási hang, érdes légzéssel. Röntgen: A bal csúcs árnyékolt. Hilus-árnyékok. A jobb sinus kitöltött. A szív bal felé megnagyobbodott. Az utóbbi négy hét alatt három kilót hizott. Mint katonai szolgálatra alkalmatlan, kérésére hazabocsátatott.

Az 1919. év elején értesített, hogy bár tüdejével állandó kezelés alatt áll még, jól érezi magát, a géjét illetőleg semmi panaszja sincs.

VII. Sz. Mihály, 30 éves czipész. Felvétetett 1917 június 13.-án. Tüdőbaját 1916-ban a katonaságnál szerezte. Felvétele előtt nyolcz hóig állott különböző kórházakban kezelés alatt.

A gégeben mindkét hangszál erősen beszűródött, hosszában kifeléyesedett. Az interarytáj-tájon granulatio. A bal aryporcz duzzadt, gyuladt. Röntgen: A bal felső lebeny erősen árnyékolt, jobboldalt a csúcs felé húzódó árnyék. A rekesz mind a két oldalon korlátoltan mozog. Koch több ízben +++.

Diagnosis: Infiltr. apic. pr. l. d. Insuff. bicusp. Tbc. laryngis. Másfél hónapi kezelésre a gége kifejezettebb hajlamot mutat a javulásra.

1917 augusztus 4. *Thyreotomia*. Az *ulceratio a bal hangszalagon a Morgagni-tasakba behúzódik. Az interarytáj-tájon három féllencsényi, tükrözéskor nem látható mély ulceratio.* A fekélyek galvanocauterrel beégetve, a granulatiók paquelinnel leégetve. A bal ary-porcz érintetlenül hagyva.

Augusztus 7. A beteg közérzete a műtét óta jó, nyelése szabad. Erős köhögésrohamok folytán mindkét arcfél emphysemája állott elő, de 48 óra alatt megszűnt.

Augusztus 15. A lig. conoides táján fistula.

Szeptember 20. A gége teljesen gyógyult. A tüdők állapota változatlan. Két kilót hizott. A műtét után egy hétig 38-7° C.-ig terjedő lázak, ez időtől kezdve subfebrilis.

A beteg 1919 január 13.-án jelentkezett fővárosi rendelésében. A gége hegesen gyógyult, a fistula még fennáll, nem genyed, csupán vékony szondával járható át. A tüdők állapota ezzel szemben nagyon rosszabbodott.

Több havi kezelés alatt a tüdők állapota folyton romlott, viszont a gége ennek dacára gyógyult maradt. A thyreotomia műtete után két év múlva exitus.

Összefoglalás.

Hat thyreotomizált esetben közül kettőben a bonczolat is mutatta, hogy oly súlyos tüdőbeli elváltozások voltak jelen, hogy a gége teljes gyógyulásával sem volt az exitus elkerülhető.

Első számú esetemben különben az előző endolaryngealis égetés eredménytelensége már nyíltan megmutatta, hogy az extralaryngealis műtét sem vezethet sikerre. Ezt az intő

jelet azonban, kellő tapasztalat hiányában, még nem vettem figyelembe. Az aránylag rövid idő alatt beálló nagyfokú súlyfogyás sem tette javallttá a műtétet, de én ezt a nagy mértékű lesoványodást főként a háború okozta izgalomnak és gyenge táplálkozásnak tulajdonítottam. A beteg a műtét után még így is két hónál tovább élt és a tüdő állapotát tekintve, nem hiszem, hogy a műtét a beteg életét jelentékenyen megrövidítette volna.

A második esetben, daczára a folytonos tüdőromlásnak, a gége mégis meggyógyult. Ez eset súlyosságát nagy fokban emelte az életben nem diagnoskált, régi keletű bélgümökör.

Hetedik esetem legeklatánsabban bizonyítja a thyreotomia óriási előnyét a többi eljárással szemben. E betegnek az igen súlyos tüdőbaja mellett még szívbaja is volt. A gégebaj is aránylag nagyfokúnak volt mondható és daczára ennek, a beteg a műtét után még két évig élt a nélkül, hogy a marandandó rekedtségen kívül bármi más gégepanasza lett volna. Ez a beteg a thyreotomia nélkül a széteső gégetuberculosis rendkívüli kínjaitól semmiesetre sem szabadult volna meg és a mellett a műtéttel életét legalább másfél évvel meghosszabbítottuk.

Harmadik, negyedik és hatodik esetemben a gége, noha a tüdő még mindhárom esetben beteg, már több mint három éve gyógyult.

Végül az ötödik esetben, a melyben a műtét után két hét múlva következett be a halál, nem tekintve azt, hogy laryngofissiót és nem egyszerű thyreotomiát végeztem, mint a bonczolás mutatta, miliaris tuberculosis állott fenn. Ez esetben természetesen mindenféle műtét ellenjavallt lett volna, ha a klinikai vizsgálat csak a legtávolabbról is gyaníttatja, hogy a tüdőbajnak ily végzettszerű, súlyos alakjával állunk szemben.

Eseteimből mindenesetre levonhatjuk azt a tanulságot, hogy a javalatok felállításában nem lehetünk eléggé óvatosak, de viszont, ha az indicatio megvan, semmiesetre se késlekedjünk a thyreotomiával.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A *lőtt sebek egyesítéséről* ír Fründ. Nézete szerint a lövésű sérülések 60—70%-a varrattal egyesíthető a sérülés utáni 12—24, esetleg 36 órán belül. A beszennyezett sebeket natriumhypochlorid-oldattal kimossa, a roncsolt részeket az ép szövetekben haladó metszéssel eltávolítja s a sebszéleket egyesíti. Fontos, hogy az összes lágyrészeket eltávolítsuk. A teljesen elhalt szövetrészek alatt van a szöveteknek még egy zónája, a mely szintén molecularis rázkódást szenvedett s így fertőzést keltő csírákkal szemben az ellenállása kisebb. Ezért ezt a zónát is el kell távolítani, mert az ebbe a zónába eső véretek falának molecularis sérülése következtében a szövetek táplálkozása csökkent és a fertőzés következtében tönkremegy. Az életképes és a nem életképes szövetek közti határt Dakin-oldattal állapíthatjuk meg. A nem életképes szövetek Dakin-oldatra szürkés-barnás színt kapnak és ezt meg is tartják, míg azok a szövetek, amelyek életképességüket még visszanyerhetik, a Dakin-oldat behatására kapott szürkés színüket pár perc múlva elveszítik és normalis színüket nyerik vissza. Ő a Dakin-oldat helyett szivesebben használ natriumhypochlorid-oldatot, melynek hatása ugyanaz, de az előállításával sokkal egyszerűbb. Kimetszéssel és varrással kezelt eseteinek 90—95%-a per primam gyógyult; a többi százalék pár napi kezelés után — mivel a sebszélek gyorsan feltisztultak — alkalmassá válik a per secundam egyesítésre. A varrott sérülést sohasem drainezi. Oly nagyobb lágyrészsérülést, melyet varrattal nem lehet egyesíteni, egyrétegű jodoformgaze-csikkal fed be úgy, hogy a sebfelületből semmisen látható és föléje száraz kötést tesz. A jodoformgaze a fibrinkicsapódás folytán a sebfelülettel összetapad és

a sebfelületre épp oly védőhatást gyakorol, mint a normalis bőr, alatta a sebfelület élénk piros marad, úgy, hogy ha 8 nap múlva a jodoformgázeltávolítjuk, a sebfelület alkalmassá válik a secundaer egyesítésre vagy a plasticára. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 20. szám.)

Kovács János dr.

A Friedmann-féle vaccinával 40 gyermeket kezelt L. és O. Bossert. Az esetek közt előfordult a sebészi gümőkör legtöbb faja. Ha nem is lehet tagadni a szernek itt-ott jó-tékony hatását, kétségtelen az is, hogy gyakran káros mellékhatások járnak az adagolásával (urticaria, abscedálás). A góczok gyorsabb gyógyulását nem szabad a szertől várunk. Kedvező esetekben is csak 2–3 év múlva mutatkozik a hatás; ennyi idő alatt pedig hasonló eredményt érhetünk el az eddigi eljárásokkal is. A befecskendés után hosszabb idővel is megjelentek újabb góczok, még pedig egészen váratlanul, a betegek közérzete pedig nem javult. Mindkét körülményből arra következtethetünk, hogy a szer csupán a betegség külső tüneteit szünteti meg. Ezzel ellentétben napfénykezelés után helybeli gyógyulás mellett az általános állapot is kedvező szokott maradni. Azonkívül gyakran látunk itt beolvadást áttörés nélkül, míg a Friedmann-szernél gyakran marad sipoly. Bátran lemondhatunk tehát a sebészi gümőkör kezelésében ezen szerről, mert hatásában elmarad a megszokott sugár- és napfénykezeléssel elérhető mögött. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 2. szám.) Kelemen György dr.

Renyhén sarjadzó fekélyeket, a melyek nagyobb lágyrészsérülések után keletkező hegedések közepén szoktak a rossz szövettápláltsági viszonyok mellett fejlődni, Dürig magasnyomású forró hypermanganos öblítésekkel gyógyít. Ezen öblítésekkel a heg vérellátását javítva, a renyhén sarjadzó fekélyek hámosodását iparkodik elősegíteni. Eljárása abban áll, hogy 2 liter ürtartalmú irrigatort két méter magasra állít, az irrigator üvegcsővét pedig gombostűfejnyire szűkíti. Ezen át 10 percen keresztül öblíti a fekélyt 40° C hőmérsékű kalium hypermanganicum vörösborszínű oldatával. Utána szárazkötés. Az eljárást naponként ismétli. A fekély szennyes lepedékét már néhány nap múlva tiszta granulatio váltja fel, úgy hogy transplantatio végezhető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 44. szám.)

Csákányi dr.

Helyi érzéstelenítésre Floer az anaesthesinum solubile-t (subcutan) ajánlja. Az anaesthesin phenolsulfosavas sójának 1%-os vizes oldata. A többi anaestheticummal szemben sokáig eltartható, többször kifőzhető anélkül, hogy a hatását veszítené. Mérgező hatása csekély. Állatokon kilogrammonként 16 gr. okoz csak intoxicációs jelenségeket. A pathogen csirák fejlődését akadályozza, éppen azért furunculosis eseteiben is ajánlható. Oldatát 0.8% konyhasó hozzáadásával isotoniássá tesszük. Nagyon olcsó. Jó anaesthesiát ad, mely 15–20 percig tart. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 52. szám.)

Kovács János dr.

Szüléset és nőorvostan.

A sárga test befolyását a havivérzésre úgy értelmezi Labhardt tanár (Basel), hogy a sárga test a méhnyálkahártyát havonta terhességre készíti elő; szerinte a méh minden hónapban terhességre és nem havivérzésre készül; ezért helytelen „praemenstrualis” állapotról beszélni. Ezt a szakot Labhardt „Aufbau“-nak nevezi, a mely időbelileg egybeesik a sárga test fejlődésével és virágzásával. Ha a pete nem termékenyített meg, akkor a nyálkahártyának a terhességre való előkészülete feleslegessé válik, a nyálkahártya visszafejlődik és részben leöklődik vérzés közben, ez a havivérzés. Ezt a tisztán méhbeli visszafejlődési folyamatot „Abbau“-nak nevezi, amelynek erősségére és időtartamára közvetlenül sem a sárga test, sem a petefészek nincs befolyással. Közvetve azonban a sárga test befolyásolja a vérzés beállását, mert menstruatio csak akkor kezdődik, ha a sárga test hormonja megszűnik hatni, vagyis megkezdődik

az elfajulás a méh nyálkahártyájában, a hajszálerek elfajulásnak, megrepednek és hám alatti vérömlenyek keletkeznek. Lehet, hogy a Seitz-féle lipamin a sárga test azon hormonja, a mely a méhnyálkahártya „praegravid” átalakulását előidézi. Ha a sárga test rendellenesen működik hyper- vagy hypofunctio utján, akkor a méhnyálkahártyára gyakorolt hatása a rendesnél nagyobb vagy kisebb lesz, ennél fogva be nem következett terhességnél a nyálkahártya leöklődése erősebb vagy gyöngébb lehet. A Seitz-féle luteolipoidnak nincs specifikus hatása a havivérzésre. Az, hogy a sárgatest eltávolítása vagy pedig a menstruációs időköz második felében történt kétoldali petefészekkiirtás után mégis beáll a havivérzés, bizonyítja, hogy a havivérzés független a petefészek-től és annak erőssége és időtartama más tényezőktől függ. A havivérzés megszűnését elsősorban physiologiai sebgyógyulásnak veszi. A menorrhagiát pedig a méh elégtelen összehúzódó képessége okozza (submucosus és intramuralis myomás göbnél, idősült metritisnél kötőszövet-szaporodás, pubertási vérzéseknél a méh fejlődésében való visszamaradása miatt). Az idegrendszernek is lényeges szerepe van a vérzés létrejöttében, az idegrendszer utján a belső secretiós mirigyek is hathatnak a menstruációs vérzésre fokozólag vagy gyöngítőleg (Basedow, adrenalin, pituglandol). A méhváladék is hatással van a vérzésre, amennyiben elősegíti vagy gyengíti a vér alvadéskéességét. Végül constitutionalis momentumok is szerepelnek. A kóros folyamatok oka, amely vérzésre vezet, ovarialis eredetű lehet, de a kóros vérzés maga, mint a normalis menstruatio, tisztán méheredetű, a petefészeknek nincs menstruatiót gátló specialis hormonja. Ezért menorrhagiák csökkentésére a petefészekkészítmények nem jobbak, sőt talán kevésbé alkalmasak, mint más belső secretiós mirigyek készítményei (pituglandol, adrenalin). (Zentralblatt für Gyn., 1920, 8. szám.)

Lehoczky.

Gyermekorvostan.

Az idiotia amaurotica familiaris casuistikáját bővíti Starek tanár közleményével, amelyben egy lengyelországi nemesi (keresztény) család három leánygyermekéről számol be. Mindhárom az első év második felében mutatkozott a betegség; a két első 13 hónapos korában halt meg, a harmadikat 14 hónapos korában látta. Két fiugyermek egészséges. Az anyai ágon többször családon belüli házasság, az utódokon degenerációs jelek. Érdekes, hogy csak a leánygyermek betegedett meg, a mit eddig ilyen kifejezetten nem észleltek. A betegség anatómiai lényege: a ganglionsejtek és a központi idegrendszer rostjainak kiterjedt degenerációja. Aetiologiája ismeretlen. Ez esetek alapján a kórt mint degenerációs jelenséget foghatnánk fel. (Monatschrift f. Kinderheilk., XVIII. k., 2. f.)

Tüdös dr.

A késő gyermekkorbeli latens congenitalis syphilliről ír B. Wirz. Pfaundler vetette fel a kérdést, hogy gyakori-e a méhenbelüli lueses fertőzés után a klinikailag latens időszak, a mely a második gyermekkorba is beletnyúlik. Wirz tehát csak azon eseteket tette vizsgálatá tárgyává, amelyekben sem lueses anamnesis nem volt, sem lueses jelek nem találtak. Az 5–14 éves korból válogatta ki a gyermekeket, szóval olyan korúakat, akiken a congenitalis lues mint lues tarda jelentkezik.

Teljesen egészségesnek látszó gyermekeken 3%-ban volt positiv a Wassermann-reactio.

Saenger újszülötteken 69%-ban talált positiv Wassermann-reactiót.

A congenitalis lueses iskoláskorú gyermekek száma csakugyan nagyobb, mint azt klinikailag egészségesnek látszó gyermekeken végzett Wassermann-vizsgálatok alapján találták.

Vizsgálatai és elméleti megfontolásai alapján valószínű, hogy a Saenger találta szám és az iskolás korban talált szám összhangba hozható. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, XIX. k., 4. f.)

Tüdös dr.

Szemészet.

A salvarsan hatásáról lueses szembetegségekben.
Hensen azt látja, hogy 9 évi használat ellenére sem egyező az orvosok vélemény a salvarsan alkalmazásáról és adagolásáról szembajokban. A maga részéről a salvarsant igen jó tüneti gyógyszernek gondolja sok lueses szembajban. Még jobb azonban a kombinált orvoslás. Veszületett luesnél jelentkező keratitis parenchymatosa eseteiben a salvarsan kedvezően hat az izgalmi tünetekre és a kísérő iritisre. Kénesóval együtt az orvoslás tartamát megrövidíti, magára a szaruhártyafolyamatra azonban semmi hatása sincs. Nagyon jó hatással van a lues II. szakában fejlődő iritisre és iridocyclitisre. Szemizombénulás eseteiben a salvarsan hatása, éppen úgy mint a kénesóé is, bizonytalan. Nem lueses egyén egészséges látóidegére hatástalan. Tabeszes atrophianál nem használ, sőt a látás gyors leromlását okozhatja, de azért a szem szigorú ellenőrzése mellett nem ellenjavalt a használata. Nem lueses eredetű retina- és látóideg-megbetegedésekben ellenjavalt. Fontos körülmény a tabeszes látóidegmegbetegés korai diagnózis (a retina sötétben való adaptációjának vizsgálatával), mert a folyamat akkor esetleg még gyógyítható. A látóideg gyuladása a lues II. szakában a salvarsan nagyon kedvező befolyással van, míg a lues III. szakában a kénesókezelés eredményesebb. A kénesóval ellentétben a salvarsannal orvoslásnak az a hátránya, hogy lappangó lueses göczokat mobilizálhat, miáltal az agyidegekben a változások állandósulnak. A másodlagos szakban igen jó eredményeket érhetünk el salvarsannal, míg a későbbi luest célszerűbb kénesóval és joddal orvosolni. Ha a beteg ezt nem tűri, vagy ha gyorsabb hatást kívánunk elérni, akkor a salvarsanhoz fordulhatunk. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1919, LXIII. köt.)
H. B.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tüdővérzés eseteiben Lunde szerint 3 cm³ 20%-os kámforolaj befecskendezése és az alsó végtagok leköttése után csaknem minden esetben azonnal elállt a vérköpés. (Beitr. zur Klinik der Tuberkulose, 43. k., 2. f.)

A vér kimutatására a bélsárban nagyon megbízhatónak mondja Boas a benzidinpróbának Gregersen-féle módosítását: a vizsgálandó bélsárból kendermagnyi részletet fehér alapon levő tárgyúvegen gyufaszállal vékonyan szétkenünk és néhány cseppet adunk hozzá a következő, frissen készített oldatból: 0.025 gramm benzidin és 0.1 gramm baryum superoxydatum 5 cm³ 50%-os ecetsavban feloldva; ha vér van a bélsárban, annak mennyisége szerint néhány másodperc alatt kék vagy zöld szineződés mutatkozik. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 40. szám.)

Vegyes hírek.

A budapesti tisztiorvosi vizsgálatok és tanfolyam tárgyában a népjóléti és munkaügyi kir. ministerium a következő hirdetményt közli: A tisztiorvosi képesítést szabályozó rendelet módosítása tárgyában kiadott 22.925/1919. N. M. sz. rendeletnek megfelelően f. évi szeptember hó 20.-ától december hó 11.-éig Budapesten tisztiorvosi tanfolyam és ezt követően tisztiorvosi vizsgálatok fognak tartatni. E vizsgálatokra és az azokat megelőző kötelező tanfolyamra ez alkalommal is elsősorban azok az orvosok fognak bocsáttatni, a kik jelenleg betöltött állásukra azzal a feltétellel nevezettek ki, hogy a tisztiorvosi képesítést a legközelebbi tisztiorvosi vizsgálatok alkalmával megszerzik. Felhívom ennél fogva azokat az orvosokat, a kik a fentemlélt tisztiorvosi vizsgára és az előkészítő tanfolyamra jelentkezni kívánnak, hogy a 22.925/1919. N. M. sz. rendelet 12. §-ában foglaltak szerint felszerelt kérvényeiket a vizsgálóbizottságok közös elnökéhez: Fáy Aladár dr. államtitkár (Budapest, Nemzeti palota, Népjóléti és Munkaügyi Ministerium) címére f. évi augusztus hó 20.-áig küldjék be. A tanfolyamra vonatkozóan közelebbi értesítést annak vezetője, Békésy Géza dr. h. államtitkár (Budapest, Nemzeti palota, Népjóléti és Munkaügyi Ministerium) nyújt.

Meghalt. L. Rydygier, a sebészet tanára Lembergben.

Személyi hírek külföldről. H. Schlesinger és V. Hanke bécsi címzetes rendkívüli tanárokat nyilván rendkívüli tanárrá nevezték ki. — Killian dr.-t a berlini egyetemen a laryngologia rendes tanárává léptették elő. — Flechsig tanár Lipcsében megválik tanszékétől; utódjává O. Bumke breslauer tanárt hívták meg. — G. Bessau breslauer docent a marburgi egyetemen újonnan felállított gyermekorvostani tanszékre nevezték ki rendkívüli tanári minőségben.

„The Journal of General Physiology” címmel a Rockefeller Institute kiadásában Jacques Loeb és W. J. V. Osterhout szerkesztésével 1918 szeptember havában új folyóirat indult meg, mely címének megfelelően, szigorúan csak általános élettani érdekű munkálatokat közöl. Az új folyóirat tehát szükségletet van hivatva kielégíteni; s hogy ezen hivatásának lelkiismeretesen meg is felel, arról nemcsak a szerkesztők neve kezéskedik, hanem bizonyosságot tesz róla az 1920 március haváig megjelent 10 füzet gazdag tartalma is.

Pestis. Tunis déli partvidékét pestis-fertőzőtnek nyilvánították. A MONE Műszerüzem Szövetkezet, a magyar orvosok nemzeti egyesületének altruista alapítása, mint a Hangya tagja, Szenkirályi-utca 45. sz. alatt levő ipartelepén megkezdte működését; orvosi műszereket, művegtagokat, kötszereket, betegápolási és különlegességi cikkeket gyárt és árúsít. Nikkelezéseket és javításokat is a legpontosabban és legjutányosabban végez.

Fischer Péter és Társa r.-t. orvosi műszer, orthopédiai eszközök és kötszerek gyára tisztelettel értesíti a t. orvos urakat, hogy VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körút 8. sz. alatti fióküzleteit kozmetikai és háztartási cikkekkal kibővívte **megnyitotta.**

Lapunk mai számához a „Nutricia” tejüzemi és tápszeripari r.-t. prospektusa van mellékelve.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26.

Telefon József 56-76

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Dr. Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó, Néhai Dr. Reich-féle **Zander** és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézete. — IV., Semmelweis u. 2. Kossuth Lajos-u.sarok.

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnosztikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgálóintézet, inhalatorium Zander-féle gyógyszermechanikai osztály bejáró betegek részére is.

MEDIKO-MECHANIKA, orthopédia és vizsgyógyintézet a

Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN.

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87-73

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

Dr. SZEGŐ-féle orvosi dajkavizsgáló intézet. Vezető orvos: Dr. Weisz Manó. Telefon: 93-22. Budapest, VI., Sziv-u. 69. I. emelet.

PÁLYÁZATOK.

12.308/1920. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyzőpénztár kórház sebészeti osztályán rendszeresített két, egyenként évi 7000 korona fizetéssel, továbbá tízóraiból és ebédből, illetve ügyeletes szolgálat esetén teljes élelmezésből álló természetbeni ellátással díjazott **segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az alkalmaztatás egyelőre ideiglenes jellegű. A pályázati kérvények benyújtásának határideje a hirdetés megjelenésétől számított **14 nap.** A kérvények a pénztár vezetőségéhez címezve nyújtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a pénztár igazgatója hétköznapon d. e. 11-1 óra között bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1920 augusztus 5.
Barcza s. k., igazgató. Gáspár dr. s. k., ministeri osztálytanácsos.

A Budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvóintézetben üresedésben lévő **orvosgyakornoki állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Illetmény: havi 60 korona fizetés, 60 korona háborús segély, 250 korona drágasági segély, természetbeni lakás, fűtés, világítás.

Kérvények az intézet igazgatóságához a Munkaügyi és Népjóléti Ministeriumhoz címezve **legkésőbb f. évi augusztus hó 21.-éig** benyújtandók.

Budapest, 1920 augusztus hó 1.-én.

Nagy Dezső, igazgató-helyettes.

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.

Vidakovits Kamill: Közlemény a kolozsvári magyar tudományegyetem sebészeti klinikájáról. Az ulcus jejuni pepticumról. 141. lap.
Szabó József: Orthopaed rögzítő kötések és készülékek hatása a fogazatra. 343. lap.
Morelli Gusztáv: Közlemény a budapesti magy. tud.-egyetem stomatológiai klinikájáról. (Vezető: Szabó József dr., magántanár.) A szájüreg leukaemiás megbetegedései. 344. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Holló: A felnőtt kor chronikus gümös tüdőbetegségeinek klinikai és diagnostikai kettéosztása. (Izolált phthisis és juvenilis típusú gümőkór) — **H. Much:** Pathologische Biologie. — **Bandelier-Roepke:** Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. — **Szemézet. Hagen:** A csarnokvíz ujraképződése az emberi szemben. — **G. Franz:** Hypotoniával járó intraocularis daganat. — **Gyermekorvostan. Kleinschmidt:** A zsír mint kártékony tényező a csecsemőáplálkozásban. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 347—348. lap.
Vegyes hírek. 348. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári magyar tudományegyetem sebészeti klinikájáról.

Az ulcus jejuni pepticumról.

Irta: **Vidakovits Kamill** dr., egyet. cz. rk. tanár, a klinika megbízott vezetője.

Alig ismerünk sebészeti beavatkozást, mely eredményével a beteget és az orvost egyaránt közvetlenül oly nagy örömmel és meglepéssel tudja eltölteni, mint a gyomor és duodenalis fekély, illetve pylorus-szűkület miatt sikeresen végzett gastroenteroanastomosis. Az addig minden életörömtől megfosztott, táplálkozni nem tudó és a legnagyobb kínok mellett lassan pusztuló beteg e műtét szerencsés kiállása esetén szinte egy csapással újra visszaadatik az életnek és örömeinek, és ezzel mint munkaképes egyén a társadalomnak is. Ezrei és ezrei e szerencsétleneknek, kikre a legszomorúbb sors várt, mentettek meg szenvedéseiktől, mióta **Wölfler** 1881-ben a gastroenterostomia szerencsés gondolatával megajándékozta az emberiséget. Ámde nincs öröm ürm nélkül. Minden nagyobb anyaggal rendelkező sebésznek nem egy ízben nagy szomorúságára tapasztalnia kellett, hogy gastroenterostomizált betegének a legbiztatóbb és legörvendetesebb módon helyreálló egészségében előbb vagy utóbb megint súlyos zavar állott be oly tünetek mellett, a minőket már eredeti bántalma is okozott. Ma tudjuk, hogy az állapot rosszrafordulásának az oka újabb fekély, mely nem a gyomorban, nem a duodenumban, hanem a jejunumban keletkezett. Sajnosan kell tapasztalnunk, hogy e szövődmény fejlődhet minden gastroenterostomia után, de nagy örömeinkre és nagy szerencsésjére a betegeknek mégis csak nagy ritkán találkoztunk vele.

Az ulcus jejuni ismerete nem régi keletű, a vele foglalkozó irodalom még alig húszéves. Eltekintve azon elszigetelten álló közleménytől, mely a múlt század közepén 1861-ben jelent meg **Wagner** tollából, az ulcus jejuni igazi méltánylásban csak 1899 óta **Braun** első részletes leírása után részesült. Azóta számos casuistikai közlemény mellett a sebészek legjelesebbjeitől is több dolgozat jelent meg e betegségről, úgy hogy az ulcus jejunival foglalkozó irodalom ma már tekintélyes kötetű nőtt meg.

Figyelmessé tétetvén **Braun** dolgozatával e kórképre, a sebészek és kutatók nagy buzgósággal láttak hozzá e betegség tanulmányozásához, mely különös jelentőséget nyert azért, hogy a fekély képződésének összefüggése a gastroenterostomia műtétjével kétségtelen beigazolást nyert. Ezen áldásos, nagyjelentőségű és rendkívül gyakori alkalmazásra szert tett műtét tekintélyének megóvása érdekében ki kellett deríteni, hogy mennyiben, mimódon és miáltal járul hozzá e műtét a fekély keletkezéséhez. E kérdés feltétlen megoldást követelt. Klinikai megfigyelések és kísérleti tanulmányok alap-

ján sikerült is rövid idő alatt ismereteinket annyira gazdagítani, hogy ma már sok tekintetben tiszta fogalmaink vannak az ulcus jejuni kórképéről. Bármily nagy haladást mutat is azonban az elmúlt húsz év kitartó munkája, kimerítve a kérdés távolról sincs még. Különösen két tekintetben hiányosak még ismereteink, és pedig a baj aetiológiájának és terapiájának tekintetében. Ismerjük a fekély lényegét, mely azonos a gyomor- és duodenalis fekélylyel, ettől csak megjelenésének körülményei által különbözvén; ismerjük a kóroktanban szereplő tényezők egy részét, azoknak fontosságát; de éppen olyan kevéssé ismerjük a fekély létrejövetelének végokát, mint a hogyan egyáltalán nem ismerjük a gyomor vagy duodenalis fekélyét sem. Tudjuk, hogy mindig a gyomor-bélszájadékkészítés műtétje után fejlődik, de nem tudjuk még, hogy melyik az a momentum, a mely az egyik esetben kiváltja a fekélyt, máskor meg nem, holott sokszor teljesen hasonló viszonyok, a gyomor ugyanazon secretoralis és működésbeli viszonyai mellett, ugyanazon technikával végezzük a műtétet. Éppen így vetődnek fel kérdések a therapia szempontjából is, melyekre ezidőszert még nem tudunk határozott feleletet adni. Bár aziránt alig van kétség, hogy a therapiának sebészinek kell lennie, mégis adódnak esetek, melyekben a sebészi beavatkozás nem látszik célszerűnek: ilyenek például azok az esetek, melyekben a fekély a hasfallal és a szomszéd szervekkel kiterjedten összenőtt, ezek az úgynevezett lobos tumoros esetek. Ezeknek műtéve oly nehéz és olyan veszélyes lehet, hogy szívesebben kísérjük meg a műtét nélküli therapiát. Ide sorolhatjuk például azon eseteket, melyek diagnostikailag nem tisztázhatók eléggé; továbbá azon eseteket, melyek nem okoznak olyan súlyos tüneteket, hogy miattuk a beteg maga követelné a műtétet. Ime, csak néhány eset, melyekben a követendő eljárás tekintetében határozott megállapodás még nem jött létre.

Mindeme kérdések tisztázása céljából a sebészre és egyáltalában az orvosra még nagy munka vár, melyből részét kivenni mindenkinek kötelessége, a ki gyakorlati sebészettel foglalkozik. E feladatnak megfelelnünk elsősorban azzal, ha minden kezünk ügyébe eső beteget pontos tanulmányunk tárgyává teszünk, főleg a még homályos kérdések szempontjából, melyeknek megoldásától várható csak, hogy e súlyos, az életet is a legnagyobb mértékben veszélyeztető baj megelőzésének és gyökeres gyógyításának titka kideríthető legyen.

Jelen dolgozatomban is ezt a célt véltem szolgálni, midőn saját tapasztalataimról számolok be. A részletkérdések könnyebb megértése céljából szükségesnek láttam a betegségről szerzett eddigi általános ismereteinket röviden vázolni.

Megelőzőleg eseteink rövid kórtörténetét közlöm.

I. eset. T. M., 27 éves napszámos. Felvétetett 1907 május hó 1.-én.

A kórelőzményben az örökölhetőség tulajdonságával bíró beteg-

szünk. A duodenum rendkívül tág. A gyomron gastroenterostomia retrocolica posterior, melynek odavezető kacsja vastagbél módjára kitágult. A gyomorbélzáradék helyén gyermekököllyi tumor, mely a colonná összenőtt, az egész daganat a gerincoszlophoz lazán rögzített (a mesenterium nagyfokú zsugorodása következtében). A colon lefejtése után megvizsgálva a gastroenterostomia nyílását, kiderült, hogy az odavezető kacs felől be lehet jutni a gyomorba, ellenben az odavezető kacsba a gyomor felől ujjunkat bedugni nem tudjuk. A heges mesenterium sarkantyú alakjában benyúlik a gyomorbélzáradékba, melynek szélei meg vannak vastagodva, míg maga a nyílás mérsékelten meg van szűkülve. Mivel ezen lelet alapján az ulcus jejuni diagnosisa felett nem lehetett kétség, gyökeres műtétre határozzuk el magunkat, és pedig a gastroenterostomia nyílásának resectiójára az oda- és elvezető kacs egy részével együtt és új gastroenterostomia készítésére. A kivitele ezen tervnek az odavezető kacs rövidsége és a mesenterium heges zsugorodása miatt nagy nehézséggel sikerült csak. Először leválasztjuk a belet a gyomorról, kivágjuk a gyomor heges részét és újból bevarrjuk a gyomor-sebet; majd reszekáljuk a belet, ennek végeit end to end ismét egyesítjük — ez volt a műtét legnehezebb része — és végül új gastroenterostomia retrocolica posteriort végzünk hosszabb idevezető kacsral.

A beteg a műtétet, mely éppen két óráig tartott, jól kiállotta és azóta jól érzi magát. Ulcusdiaetán él.*

A műtét útján nyert készítményen azt látjuk, hogy a fekély a gastroenterostomia nyílásával szemben a bélnek mesenterialis tapadása helyén van és harántirányban félkör alakúlag majdnem az egész nyálkahártyára kiterjed; körülbelül 3 cm. hosszú és 1/2 cm. széles; szélei vastagok, hegesek. A körülötte lefolyt hegesezés a mesenteriumot sarkantyú alakjában a bél lumenébe húzta, a sarkantyú az elvezető kacs felé billentyűszerűen elzárja a kimenetelt a gyomorból.

* * *

I. Az ulcus jejuni fogalma, jelentősége és gyakorisága.

Az ulcus jejuni fogalmának tisztázása céljából a következőket kell előrebocsátani. A gastroenterostomia után a varrások helyén olyan elváltozások jönnek létre, melyek tévesen mint jejunális fekélyek lettek értelmezve: a varrások széleinek heges megvastagodása és a nyílás megszűkülése. Ilyeneket látunk első számú esetünkben majdnem minden műtét után fejlődni. Az ilyen elváltozások sokáig mint jejunális fekélyek szerepeltek és lettek leírva, sok félreértésre és téves magyarázatra adva okot. Ma ezeket élesen megkülönböztetjük az igazi jejunális fekélyektől, úgy hogy ezzel a névvel csakis fekélyt illetünk, vagyis olyant, mely vagy önállóan fejlődik a jejunumban, vagy pedig a gastroenterostomia varrásai helyén képződik. Nem számítjuk ide az előbbi említett elváltozásokat, akár felismerhetők még a gyuladással tünetek — lobos infiltratum a nyílás szélein, — akár már nem, vagyis midőn már csak szűk gyűrűt találunk a gastroenterostomia helyén. *Wilkie* éles különbséget tesz a két elváltozás között, bár klinikailag ugyanazt a képet mutatják. *Haberer* szerint az utóbbinak létrejövésében egész más tényezők szerepelnek: így első sorban a pylorus szűk voltának megszűnése, a mi gastroenterostomia után előfordulhat, de főleg a Murphy-gomb alkalmazása után látjuk gyakran a gyomorbélzáradéknak megszűkülését, mert a gomb csak mérsékelten tág nyílás készítését engedi meg. Állításának igaz voltát azzal bizonyítja, hogy egyik esetében, melyet pontosan megvizsgáltatott, a gastroenterostomia megszűkülő nyílásának szélein semminemű heges folyamatot nem észlelhetett; azért arra a következtetésre jut, hogy a gastroenterostomia nyílása lobosodás és fekélyképződés nélkül is megszűkülhet. Ezek után és alapján fel kell tételezni, hogy az esetek egy részében a varrások helyén infectio következtében lobosodás áll be, lobos daganat képződésével, anélkül azonban, hogy fekély is képződne. Erre okot szolgáltat valószerűleg a varrásra használt selyemfonál, mely néha hónapok alatt sem tud leválni és ellőködni. Úgy látszik, hogy vannak egyének, akiken minden varrás idővel — előbb-utóbb — ezen elváltozást szenved el, amint ezt az I. sz. betegünk mutatja, úgy hogy arra kell gondolni, hogy ezen egyének különös hajlandósággal bírnak a béltractus laesiói után hypertrophiás heg képződésére.

Az *ulcus jejuni pepticum* jelentősége nem annyira gyakoriságában, mint inkább abban rejlik, hogy nagy hajlandósága van egyrészt vérzésre, másrészt pedig áttörésre a szabad

* A beteggel 1918 december havában találkoztam újból, utazás közben, véletlenül; ekkor előadta, hogy teljesen jól érzi magát, meghízott, semminemű gyomorpanasza nincsen.

hasírbe vagy a szomszédos szervekbe. Különös jelentőséget ad e betegségnek az is, hogy csakis gastroenterostomia után fejlődik, tehát következménye egy igen gyakran végzett sebészeti beavatkozásnak; és mivel még nem tudjuk, hogy mennyiben járul hozzá ezen műtét is — talán technikai kivitele által — a fekély képződéséhez, a jejunális ulcus révén a gastroenterostomia kérdésének teljesen új áttanulmányozása vált szükségessé az egyes műtéti változások értékének megállapítása céljából. És ebben rejlik az ulcus jejuni egy másik jelentősége.

A mi klinikánkon körülbelül 180 jóindulatú gyomorbántalom miatt végzett gastroenterostomia után két ízben láttunk ulcus jejunit (ha az I. sz. esetünkben a II. műtét után észlelt elváltozást is annak vesszük); ez az arányszám megegyezik más szerzők észleleteivel is, v. *Roopen* szerint 939 gastroenterostomiára esik 10 fekély, tehát körülbelül 1%-ban fordul elő.

Férfiakon aránytalanul gyakrabban észlelhető, mint nőknél; a *van Roojen* által összegyűjtött 66 eset közül 52 észleltetett férfin és csak 14 nön; tehát férfiakon 79%-ban; *Paterson* szerint 78, *Schostak* szerint 91%-ban. E számoknál azonban tekintetbe kell venni, hogy gastroenterostomiát férfiakon egyáltalán sokkal gyakrabban végzünk, mint nőknél, innét a nőkre eső sokkal kisebb szám. A nők tudvalevőleg inkább a gyomorfekély iránt bírnak hajlandósággal, már a duodenalis fekély is sokkal gyakrabban fordul elő férfiakon, mint nőknél. Talán a duodenalis fekélyek iránti nagyobb inclinatioja a férfi nemnek az oka annak is, hogy a jejunális fekély is gyakrabban észlelhető férfin. Klinikánkon 31 gyomor- és duodenalis fekély perforatióját észleltük (10 év alatt), ezek között csak két nő szerepel, mindkettő gyomorfekélylyel, míg a férfiak csaknem kivétel nélkül duodenalis fekélylyel bírtak.

(Folytatása következik.)

Orthopaed rögzítő kötések és készülékek hatása a fogazatra.

Közli: *Szabó József* dr., egyetemi magántanár.

Legyen szabad néhány szóval e helyen felhívnom a figyelmet orthopaed készülékeknek éppen nem kívánatos, de újabban mind több esetben megfigyelt ama hatására, melyet a fogazaton okozhatnak. Ez a hatás különösen a serdülő gyermekkorban, a fogváltás, az állandó fogak beigazodása alatt, végeredményben a fogsorok *occlusiójára* végzetes.

A 11 1/2 éves leánybeteg 1916-ban került kezelésembe a következő állapotban: alsó fogsorban a szemfogak, kis őrlők előtörőfélben, a már megjelent I. nagy őrlők mélyen szúvasok, a négy metszőfog nem ívben, hanem egyenes vonalban sorakozik egymás mellé. A felső sorban a kis őrlők előtörőben, a szemfogak még nem mutatkoznak, a metszők valamelyest előredőlnék. Nagyfokú és feltűnő az eltérés a fogsorok találkozás módjában. Szájcsukáskor tulajdonképpen csupán a jobboldali I. nagy őrlő érintkezik (artikulál) ellenlábás fogával: a felső I. nagy őrlővel, még pedig úgy, hogy medialis fele jut érintkezésbe a felső distalis felével, a mi a rendes viszonyoktól jelentékeny eltérést jelent. Az alsó nagy őrlő körülbelül 6 mm.-re tolodott distalisan. A többi fog szájcsukáskor egyáltalában nem érintkezik egymással, az egyenesbe igazodott 4 alsó metsző a felső szájpadra harap a felső első kisőrlőket összekötő egyenes vonalában úgy, hogy szájcsukáskor az alsó metszők körülbelül 1.2 ctm.-rel kerültek a felsők mögé a középvonalban.

A beteg előzőleg 1 1/2 évig spondylitis miatt extensió készüléket viselt. A készülék elülső megtámasztási pontja kétségtelenül az állkapocsnak az állcsúcsot alkotó elülső részlete. Nem kétséges, hogy az állkapocsra ható tartós nyomás éppen a fogváltás, a fogaknak sorbaigazodása periodusa alatt az oka a leírt rendellenességnek. Ez a hatás talán közvetlenül az elülső alsó fogakra érvényesült, de másrészt talán és főleg kényszerbeállítást okozott az állkapocsizületben, mely hosszú időn át az állkapocs mozgását

előre, tehát a protrusióját akadályozta. E feltevésem helyesége mellett szól a *therapia sikere*. A beteget ugyanis megszabadítjuk készülékétől és az alsó állcsontot Angle-féle standard-készülékkel néhány hónap alatt teljes egészében előre húzzuk (jumping the bite) s az occlusiót így javítjuk. A kezelés tehát nem oly módon javította a fogsorok occlusióját, hogy az egyes fogakat mozgatta el és hozta normalis vagy azt megközelítő érintkezésbe, hanem az egész alsó állcsontot húzta előre úgy, hogy a fogak az állkapocs ezen propulsiós helyzetében jutottak normalis vagy közel normalis occlusióba. A kezelés lényegében tehát ugyanazon módon javított az anomálián, mint a hogy az anomáliát előidéző tényező: ez (az extenziós készülék) az állkapcsot retropulsiós helyzetbe kényszerítette, a kezelés pedig propulsiós helyzetbe hozta és az állkapcsot ebben rögzítette. A kezelés részleteiről itt szólni nem gondolom helyénvalónak, az a fogszabályozással foglalkozó szakorvosok elé és kezébe való.

E helyen fel akartam hívni orthopaed kollegáim figyelmét kötéseik, készülékeik ezen lehetséges, de éppen nem kívánatos mellékhatására. E kötések, rögzítő, nyújtókészülékek megtámasztása módja megválasztásakor, mechanikai hatásuk ellenőrzésekor mindenesetre azok hatására a fogsorokra, az occlusióra is gondosan figyelniünk kell, különösen a serdülő korban.

Az irodalomban itt-ott találok csak adatot az orthopaed készülékek hasonló hatásáról. Ezek közül csupán néhányat akarnék itt megemlíteni. *Ménart*¹ már 1900-ban reámutat hasonló készülékek ilyen hatására; még bővebben fejti ki az ilyen hatásokat *Spitzer* és *Werndorff*² 1907-ben, *Osten Sacken*³ 1909-ben. *Lind*⁴ 35 éves nőbetegén, a ki szintén spondylitis miatt éveken át (1906-tól 1911-ig) Glisson-nyújtókészüléket viselt, a fentleírtakhoz hasonló occlusiós zavarokat tapasztalt. *Lind* ilyen készülékek tartós alkalmazása alatt praeventive intraoralis fogászati retentiós készülékek alkalmazását sürgeti.

Közlemény a budapesti magy. tud. egyetem stomatológiai klinikájáról. (Vezető: Szabó József dr., magántanár.)

A szájüreg leukaemiás megbetegedései.

Irta: *Morelli Gusztáv dr.*

Az irodalomban bőven közölt leukaemia-esetek, főleg a belgyógyászat szempontjai szerint lévén csoportosítva, a száj leukaemiás elváltozásait nem juttatják kellő érvényre, mert a sok egyéb adat között nem tekinthetők át eléggé. Az alábbiakban a szájelváltozások a fogorvos szempontjából vannak leírva, míg a leukaemia egyéb tünetei csak érintetnek, mint-hogy az erre vonatkozó anyag meghaladja e közlés kereteit. Ugyanez okból a leukaemia egyes alakjai között levő különbség sem fejthető ki, annál kevésbbé, mert a száj leukaemiás elváltozásai valamennyi leukaemia-alak mellett előfordulnak. A leukaemia-esetek legnagyobb része a belgyógyász kezelése alá kerül és a fogorvos a már diagnoskált esetben könnyen megválaszthatja a kezelés módját. Vannak azonban esetek (*Bradford* és *Shaw*, valamint alább közölt esetem), ahol a betegség minden előzmény nélkül mint szájbetegség kezdődött és e miatt a beteg a fogorvost kereste fel először. Ilyenkor a fogorvosnak kell a leukaemiát felismernie a beavatkozások, a *therapia* és a *prognosis* helyes megállapítása és megítélése céljából, mert a helyi tünetek kezelésén kívül az alapbajnak idejekorán való belgyógyászati kezelhetőségéért is az övé a felelősség.

Virchow állapította meg először a leukaemia leglényesebb tünetét, a fehérvérsejtek megszorodását. *Ehrlich* a fehérvérsejtek alaktani különbözőségei szerint a leukaemia egyes fajait egymástól elválasztotta és e felosztás, bár azóta

¹ Étude pratique sur le mai de Pott. Paris, 1900. Cit. *Treymann*: Deformities of the jaws following treatment for spondylitis. (D. Cosmos, 1913, 1216. lap.)

² Ueber die artificielle Deformierung des Unterkiefers. Verh. der Ges. f. Orthopäd. Chir. 1907, 11. k. 55 l.

³ Ref. in Zeitschrift f. Orthop. Chir. 1919. XXIII. kötet, 353. lap.

⁴ D. Cosmos, 1913, 13. l.

módosítva (*H. Hirschfeld*), úgy a klinikai tünetek, mint a vérkép tekintetében nagyjában még ma is fennáll. E szerint van myeloid és lymphatikus leukaemia, melyek közül az első főleg a csontvelő és a lép, az utóbbi inkább a nyirok-mirigyek és a lymphoid szövet hyperplasiájával jár.

A betegség aetiológiája homályos. Az acut lymphatikus leukaemia gyors és végzetes lefolyása, állandó lázzal és a szervezetnek napról-napra való fokozódó leromlásával, heveny fertőző betegségekre enged következtetni. *Ellermann* és *Bang*-nak sikerült tyuk lymphatikus leukaemiáját más tyukra átoltani. Emberről állatra ez azonban még nem sikerült, úgyszintén a vérben leírt mikroorganizmusokat, így a *Löwit*-féle haemamoebákat vagy a *Pröscher*-féle spirochaetákat, az ellenőrző kutatók nem találták meg. Ezidőszerint tehát e betegséget a nyirok- és vérképző-rendszer nem fertőzőes, essentialis megbetegedéseinek sorába iktatják (*Pinkus*, *Leube*). Az átöröklésnek nincs kimutatható szerepe. A lefolyás tartama 4—8 hét, de lehet pár nap is (*Senator*), míg az idősült alakok éveig eltarthatnak. Az esetek $\frac{2}{3}$ -a a felnőttségkorban fordul elő, gyermekek aránylag gyakran betegszenek meg. A kezdet lappangó, rendszeren meg sem állapítható, néha csak a véletlen vezet a baj felismerésére. Így volt eset, hogy egy látszólag komoly ok nélküli orrvérzés alkalmával végzett vérvizsgálat már nagy fehérvérsejt-számot mutatott ki (*Theodor*). Néha hirtelen kezdődik a baj úgy, hogy a beteg mindjárt ágyba kerül.

Az általános kezdeti tünetek: gyengeség, fej- és torokfájás, légszomj, nehézség érzése a tagokban, a mellben, szédülés, lázérzés. Gyakran sápadt, kissé pöffedt az arc, néha kistökű orrvérzés, torok- és foghús-duzzadás mutatkozik. Mind e tünetek azonban hiányozhatnak is.

A leukaemia sarkalatos tünetei: a nyirok- és vérképző szervek systemájának hyperplasiája, a nyálkahártyák haemorrhagiás duzzadása és necrotizálása, végül a fehérvérsejtek megszorodása. E főtüneteken kívül mint melléktünetek szerepelnek az arc- és testbőr halványsága, lesóványodás, fokozott húgysav- és phosphorsav-kiválasztás (*Minkowski*), a szív működés szaporasága. Láz az acut lymphatikus leukaemiában majdnem mindig van és az élet végén igen magas lehet (40—41° C.). A láz görbe a typhus abdominalis vagy a sepsis hőmenetére emlékeztet.

A szájüregben e tünetekből a nyirok-mirigyek és nyirok-szövet megduzzadása, a nyálkahártyák nekrotizálása és a haemorrhagiás diathesis szerepel. Az elváltozás kezdete rendszerint a foghús kistökű duzzadása és vérzékenysége. A gingiva ilyenkor az interdentalis papillák táján kiemelkedő, kissé belövelt, de a belöveltség a duzzadással nem arányos, mert helyenkint duzzadást lehet észrevenni belöveltség nélkül is. A duzzadás nem fájdalmas, nem piros, sőt inkább livíd, a macerált epitheltől hamvasnak tűnik fel és az egyenetlen alapszínben igen apró szürkés pontocskák látszanak sűrűn elszórva. A duzzadás különböző mérvű lehet, erős progressio esetén a fogakat a gingiva egészen a rágó élekgig beborítja, a nélkül, hogy fájdalmassá vagy lobossá válnék. A duzzadás legkifejezettebb az alsó incisivusok labialis foghús-szegélyén. A foghús néha elemelhető a fogaktól. A fogak mozgása a rendesnél nagyobb. A duzzadás tetején az addig ép epithel rövid idő alatt lefoszlik és a mucosa elhal. Az elhalás területén sárgás-szürke, czafatos, egyenetlen felület látható, a mely az ép részek éles, kissé duzzadt szélétől vonalszerűleg van elhatárolva. Az elhalt szövet mennyisége különböző, néha csak felületes, vékony lepedékszerű, máskor az ottani lágyrészek teljes átmetszetére kiterjedve, a csonthártyáig terjed. Az elhalás rendszeren gyorsan terjed úgy a felületen, mint a mélybe és az egész elhalt tömeg igen bűzös. A necrosis szélein és alapján az elhalásban levő szövet érintésre, valamint spontan is könnyen vérzik és a véralvadék szintén hozzájárul a bomlástermékekhez. Az elhalás helye a gyakoriság sorrendjében az interdentalis papillákból kiindulva a foghús, a kemény szájpad, az ajak, a lágy szájpad, a pofák, valamint a garat nyálkahártyája. A nyálkahártyák, de különösen a foghús vérzékenysége a második jellemző tünet.

Különösen a fogaktól emelhető foghús-szélek, mint a melyeket a traumák leginkább érnek, vörösösek, kifoszlottak és apró, egészen friss vagy már régebbi vérzésekből eredt véralvadékokkal vannak borítva és ezért piszkos, barna-vörös szegély húzódik végig a fogakon. A vérzések főleg az orrból vezethetnek halálra, de a szájból is nagymennyiségű vér ömlhet ki, úgy spontan (*Schmid H.* és *Türk*), mint traumák vagy sebészi beavatkozások után, sőt *Chapelle* foghúzás utáni halálos vérzést látott. A vérzés helyén gyakran fejlődik körülírt fekélyedés vagy necrosis, így főleg foghúzás (*Spitzer*) után. Néha a vérzés helyéről nomaszterű elhalás indul ki, mely a fent leírt spontan elhalással azonos. A foghús változásával párhuzamosan a garat és a szájfénék mirigyei is megduzzadnak. A tonsillák és a nyelvgyök lymphoid szöveteinek hyperplasiája lapos beszüremkedést okozhat, mely a nyelést, a légzést akadályozza. Ugyanez okból a submaxillaris és a sublingualis mirigyek megnagyobbodnak, valamint a nyakon számos apró mirigy tapintható ki. A nyáleválasztás fokozott. Az elhalt szövettömegek bűzös váladéka, a foghús és a fekélyek vérzéséből eredő alvadék, a rendesnél több nyál és a nyelési nehézség folytán a szájból visszamaradó étel-, italmaradékok a garat lymphoid szöveteinek infiltrációja okozta szájlégzés miatt a szájból besűrűsödnek és piszkos barna, vastag, a nyelvet, a foghúst, a szájpaddást, de különösen a nyálkahártya áthajlási redőit borító lepedékké halmozódnak, a mely rettentő bűzt áraszt. A lázas, kiszáradt ajkak szélén a beszáradt véres váladék *rendesen szegélyt* rajzol (*Beutor, Seelig, Scherber, Jeanselme és Weil, Ostwald*). E jellegzetes szájképet *Mosler* stomatitis leukaemicának, a vérzésekre hajlamos foghúszduzzadást *Partsch* gingivitis haemorrhagicának nevezte el. Ez elnevezésekből az következnék, hogy e tünetek lobos eredetűek. A klinikai észlelés és a szövettani vizsgálatok azonban nem igazolják ezt. *Askanazy* és *Kraus* szerint a száj és bél leukaemiás elváltozásai a nyálkahártya lymphatikus beszűrődéséből erednek. A beszűrődés következtében a szövet tumorszerűen megvastagszik, az epithel megfeszül, kitágul, megvékonyodik és levál. E leválást főleg traumás hatások segítik elő. Az epitheltől lecsupaszított mucosa, mely az infiltratio folytán a rendes élet- és ellenálló-képességét elvesztette, szabadon van a szájból levő bacteriumok pusztító hatásának kitéve. A vérzések is azáltal jönnek létre, hogy az érfalak nyiroksejtekkel szüremkednek be és egyrészt per diapedesim, másrészt az érfalak szakadékonysága miatt a legkisebb traumára megrepedve távozhatnak a vér belőlük.

A szövettani kép rendszerint a papillák oedemás duzzanatát mutatja; bennük és a subpapillaris rétegben egymagvú sejtekből álló csomók láthatók, melyek főleg a véreket kísérik. Az egész interdentalis papilla rendkívül sok sejttel beszűrűt, csak az alapon és a közepén van kevés kötőszövet. A papillacsúcson az epithel lefoszlott. A véretek tágultak és az ér körüli sejtcsoportok között, melyek az eset szerint lymphocytákból vagy myelocytákból állanak, vérzésből származó thrombusok vannak. Az elhalási zóna meglehetősen élesen határolt; kereksejtes beszűrődést, mint a lob reakcióját, rendszerint nem lehet találni. Bacteriumok a necrosisos helyeken a felület felől a mélységbe csökkenő számmal láthatók.

Hinterberger szerint a necrosis és ulceratio egy kívülről bejutó bacteriumtól ered és a szervezet általános fertőzése a nyirokpályák útján megy végbe. *Buday* szerint, minthogy noma és infectious gangraena eseteiben legmélyebben a bacillus fusiformis és spirillumok láthatók, valószínű, hogy ezek együttesen támadják meg a szövetet és az ép szövetbe is behatolnak. A spirillum a szövet ellenállóképességét csökkenti, míg a b. fusiformis lobot és így lobgátat vált ki, mely a továbbterjedésnek egy ideig ellenáll. Leukaemiában azonban tapasztalat szerint a necrosisos helyen elsődlegesen csak fehérsejt-infiltratio mutatható ki és az így életképességében csökkent szövetbe másodlagosan jutnak be a bacteriumok. Természetes, hogy itt a bacteriumok éppen úgy kifejtik hatásukat, mint nem leukaemiás gangraena eseteiben.

A diagnosist a vérvizsgálat a legtöbb esetben eldönti,

kivéve pseudoleukaemiában, amely azonban igen ritka; a beható belgyógyászati vizsgálat mindig mutat pozitív elváltozásokat, a melyek közül *Epstein* éppen a korán beálló szájtüneteket és a nyálmirigyek duzzadását tartja jellemzőnek. *A vérvizsgálatra mint gyanuok elegendő az anaemia és foghús-vérzés*, de különösen a foghús necrosis, sőt minden oly más tünet nélküli foghús-duzzanat is, a melynek oka nem lehető meg és a mely pár nap alatt nem mutat javulást. Természetes, hogy a mirigyduzzanatok és a leukaemia egyéb tünetei után is mindig kutatni kell. A vérvizsgálat a belgyógyász feladata és inkább végeztessék sokszor hiába, mint egyszer későn. Minthogy a leukaemia nem gyógyul és mindig halálos végű, a korai diagnosis nem quo ad vitam, hanem inkább a követendő orvosi és fogorvosi kezelés mikéntjére nézve fontos, mert némelykor mégis érhető el javulás.

Nobel szerint az esetek 70%-ában fordulnak elő elváltozások a szájból, a melyek, a szájtünetekkel kezdődő eseteket nem is számítva, előbb-utóbb a fogorvos segítségét igénylik.

A szájtünetek csak akkor javulnak, ha az alapbaj is javulást mutat (*Mosler*). A kezdeti tünetek ellen elegendő a hydrogensuperoxyd 2%-os oldata, a melylyel a beteg lehetőleg gyakran öblíti a száját. Edző szerek alkalmazása vagy thermokauterizálás nem czélszerű, mert a hámréteget sértik és így az ulceratiót elősegítik.

Necrosisoknál a rettentő szájbűz miatt az elhalt szövet-tömegek excochleatioja van javulva, úgyszintén eltávolítandók az elhalt fogak és csontrészek is. Minden sebészi beavatkozás alkalmával a vérzésre fokozott figyelem fordítandó. A műtéli terület jódtincturával ecsetelendő és xeroform- vagy jodoform-gaze-zal tamponálandó. Utókezelésre naponként többször szájjirrigatio végzendő, hydrogensuperoxyd 2%-os oldatával, mert a beteg nem tud kellőképpen öblögetni. A lepedékek, a szájnyal és az ételmaradékok nedves gyapotpamacsokkal törölnődök ki.

A kórjósolat absolute rossz, megjegyzendő azonban, hogy a szájtünetek rendszeren a beteg életének vége felé fejlődnek ki, ha pedig már kezdetben megvannak, az eset igen rossz-indulatú és gyors lefolyású. A közölt esetekben (*Spitzer, Kraus*), úgyszintén az alábbi két esetben is a betegek a szájtünetek kezdetétől számítva 2—4 hét alatt meghaltak.

Az elkülönítő kórjelzés szempontjából a mirigyduzzanatok a foghús elváltozásaival együtt könnyen azt a benyomást kelthetik, hogy gyuladással periodontitissel, vagy periostitissel van dolgunk, különösen, ha necrosisos foggyökök vagy cariosus fogak vannak. Feltűnő azonban a lob egyéb tüneteinek hiánya, mert a duzzanat nem nagyon fájdalmas, nem meleg és nem bővel, az arcbőr nem piros felette. Még feltűnőbb, hogy a daganat napok múlva sem változik, „kopogó fájdalom”, megpuhulás, genyképződés, szóval a lobos periostitisre jellemző lefolyás nem következik be.

Ezenkívül számbajövő betegségek a typhus abdominalis, a sepsis, az erythema toxicum, a morbus maculosus Werlhoffi, továbbá a skorbut, a melyek mind okozhatnak a szájból necrosisos elváltozásokat, a nomát és a stomatitis gangraenosát nem is tekintve. Az egyes betegségekre jellemző tünetek hiánya, de főleg a véresejtszámlálás eredménye azonban mindig meg fogja adni a kellő irányítást a helyes diagnosis felállítására.

A mondottak kiegészítésül szolgáljanak a következő esetek:

I. L. K., 13 éves leány, 1919 márczius 26.-án foghúsának fájdalmassága miatt jelentkezett. Anamnesis: Pár nap óta állítólag kemény falatra ráharapva, a bal felső $\frac{5}{5}$ és $\frac{6}{6}$ között a foghús fájdalmas. Más panaszja nincs, különben egészséges. A korához képest jól fejlett és táplált gyermek kissé halvány, de különben normális. A már említett két fog között az interdentalis papilla duzzadt, kissé bővel, a teljesen ép fogaktól kissé emelhető. Különben a szájból elváltozás nincs, a $\frac{7}{7}$ helyén, a mely évek előtt távolított el, necrosis. Kezelés: hydrogensuperoxyd 2%-os oldatával való irrigatio és utasítás a szájnál otthon való öblítésére.

Márczius 28. A fenti helyen az interdentalis papilla bár duzzadt, de a fájdalmasság megszűnt, ellenben a bal alsó álkapocs-fél főleg a $\frac{7}{7}$ helyén fájdalmas és ugyanott a submaxillaris mirigy megnagyobbodott és fájdalmas. Kezelés: szájjirrigatio 2%-os hydrogensuperoxyddal.

Márczius 31. Az alsó álkapocs duzzanata javult, a mirigy kevésbé

nagy, nem fájdalmas, ellenben a bal felső 5 és 6 közti interdentalis papilla ismét duzzad.

Április 1. A gyermek lázas (38,2°), a fenti papilla csúcán kis felületes necrosis, a mely elhalt epithelből áll.

Április 4. A láz kissé enyhült, a necrosis a papilla mélyebb rétegeibe terjed, az egész gingiva kissé duzzadt, de nem lobos. Foetor ex ore. A bal alsó állkapocs-fél duzzanata változatlan, de nem fájdalmas. jobb felső 3/ tejcaninus fájdalmas, erősen mozog és injectio nélkül extraháltatott.

Április 8. Erős fájdalmak a felső állkapocsfélen, a necrosis terjed a kemény szájpaddal felé, a láz állandó, 38 és 39° között.

Április 10. A necrosis terjedésével nyelési nehézségek jelentkeztek, valamint a jobb felső 3/ helyén a gingiva erősen duzzadt, de nem belövelt. A bal felső kemény szájpaddal mintegy fillérnyi elhalás, mely czafatos, bűzös tömegekből áll és az anyaghiány alja egyenetlen piszkos, sárga, kisebb véralvadékoktól rögös felület. Az ép szájpaddal felé az elhalás élesen elhatárolt, a normális nyálkahártyánál kissé pirosabb, 1 milliméternyi keskeny csikkal. Láz 38,5—39,5° között. Tekintettel a beteg folyton rosszabbodó állapotára, a stomatológiái klinikára szállítatik.

Április 12. A klinikán anamnestice csontfájdalmak említettek, melyek azonban elmúltak. A kóros állapot csak a fent leírt szájtünetekre szorítkozik. A bal kemény szájpaddal fillérnyi necrosis rohamosan terjed.

Április 16.-án a bal felső 5 és 6, valamint az alveolaris processus egészen az ép szövetig eltávolították. Az 5 és 6 teljesen ép volt.

Április 18. A bal alsó állkapocsfélen a felsőhöz hasonló kiterjedt nyálkahártya-elhalás, mire a 6 és 7, valamint a proc. alveolaris eltávolították.

Április 19. Az eddig tisztán buccalis tünetekhez lassan anaemia, a nyaki és submaxillaris mirigyek duzzadása, továbbá lépduzzanat társul. Mindezek együttvéve a leukaemia gyanuját keltik és ezt a vérvizsgálat igazolja; ugyanis:

vörös vörsejtek száma	1,930.000
fehér vörsejtek száma	70.800
haemoglobin	30%
alvadási idő	7'30"

Qualitativ vérkép:

neutrophil leukocyta	9%
eosinophil	1%
átmeneti	3%
kis lymphocyta	7%
nagy lymphocyta	7%
lymphoblast	73%

A vizelet normalis, néhány leukocyta van benne.

Április 21. A műtétek helyén a necrosis nem terjed, ellenben a jobb felső állkapocsfélen a 3/ helyéből kiindulva új necrosis fejlődik és a gingiva felületileg még ép részein a submucosa igen erősen duzzadt, úgy hogy a duzzadt gingiva a fogak egész felületét, sőt a rágófelületeket is borítja. A foghús-szegélyen piszkos, sárgás lepedék, érintésre könnyen vérzik. A száj a szájlégzés folytán beszárado nyáltól és a tökéletlen nyelés miatt visszamaradt tápláléktól majdnem mindegyütt, főleg az áthajlási redőkön és a nyelv gyökén sűrű, barnás, piszkos sárga, rendkívül bűzös lepedékekkel bevonott. A nyaki és bal submaxillaris mirigyek igen duzzadtak. Láz az egész idő alatt 37,3—39,0° C közt rázóhideg nélkül. Ily állapotban átszállították a Bródy Adél-kórházba, ahol a megejtett vérvizsgálat nagyjában változatlan eredményt adott. A beteg itt április 28.-án meghalt. **Diagnosis: Acut lymphatikus leukaemia.**

II. K. I., 36 éves. Felvételt az I. belklinikára 1919 márczius hó 1.-én.

Anamnesis: Anyja csontbetegségben halt meg. 1914-, 1915- és 1917-ben ízületi fájdalmak, 1917 óta hasában daganat, gyenge, soványodik, 1918 márciusában lábai 10 napig duzzadtak voltak. 1917 óta a beteg több ízben volt a klinikán, ahol myeloid leukaemiát állapítottak meg. Jelenleg mirigyek a nyakon, az inguinalis tájon, a jobb hónaljban. A lép megnagyobbodott, előre a linea alba 2 ujjal haladja meg, felfelé a VI. borda alsó széléig terjed, lefelé a bordaívét két ujjnyival meghaladja. **Vérkép:**

vörös vörsejtek száma	3,140.000
fehér vörsejtek száma	268.000
haemoglobin	45%
festődési index	0,72
neutrophil leukocyta	50%
kis lymphocyta	2%
neutrophil myelocyta	40%
myeloblast	8%

Időnként subfebrilis.

Május 1. A jobb arcfél kissé dagadt, a gingiva fehér, nyúlós lepedékekkel borított, helyenként a felső incisivusok felett a hám foszlott, a foghús egyenetlenül duzzadt, minden különösebb lobos tünet nélkül. A bal felső középső metsző felett és mellett a lágyszövetek buccalisan elhaltak, ugyanígy jobboldalt alul a II. és III. őrlő buccalis felszínének megfelelőleg, az alsó középső metszők között, baloldalt alul a II. kis-őrlő buccalis felszínének, valamint jobboldalt felül a III. nagy-őrlő palatinális felszínének megfelelőleg.

Május 7. A buccalis elhalások nagy mértékben terjednek, elül a felső ajak belső felületére is ráhúzódtak.

Vérvizsgálat:

vörös vörsejtek száma	2,929.000
fehér vörsejtek száma	269.000
haemoglobin	32%
polynuclearis leukocyta	4%
basophil leukocyta	0,3%
átmeneti leukocyta	7%
kis lymphocyta	13%
nagy lymphocyta	31%
neutrophil myelocyta	40%
basophil myelocyta	2%
eosinophil myelocyta	0,3%
myeloblast	2%

Május 8. Excochleatioval a felső és alsó állkapocs necrosisai eltávolítottak.

Május 14. Szivgyengeség tünetei között meghalt. **Diagnosis: Myeloid leukaemia.**

A tudományegyetem I. számú kórboncolóintézetében végzett boncolás jegyzőkönyvi kivonata: **Diagnosis: Leukaemia myeloides.** Hyperplasia lienis, hepatitis et nodorum lymphaticorum. Medulla ossium grisea in sterno et femore. Stomatitis gangraenosa gingivae, labii superioris oris, buccae et regionis palati duri et mollis. Tonsillitis gangraenosa dextra. Infiltratio myelocytica nodulorum lymphaticorum intestini crassi et deinde exulceratio earundem. Hypostasis et oedema pulmonum, haemorrhagiae lobi inferioris pulmonis utriusque. Pleuritis adhaesiva chronica fibrosa lateris dextri. Hydrothorax, hydropericadium, ascites. Degeneratio adiposa et infiltratio myelocytica renum.

A szájeletet a következő: A fogak hiányosak. Az alsó fogsorból csupán a szemfogak és mindkét oldali praemolarisok vannak meg, a felső fogsorban jobb oldalon az összes molarisok hiányoznak, valamint a négy metsző fog is, míg a fogsor balfele egyébként ép. A hiányzó fogak helyén a lágyszövetek a csontig terjedőleg pépszertűek, szürkés-sárga színűek, bűzősek, ez az elváltozás a fogmeder-nyúlványról ráterjed ék alakban a felső ajak belső felszínére, továbbá a szájpaddal jobb oldalára, majdnem egészen a középvonalig a 2. praemolaristól hátrafelé eső területen. Hasonló az elváltozás az alsó állkapocs mindkét oldalán és elül a metszőfogaknak megfelelő területen. A fogínytól a poára átszálló nyálkahártya kis terjedelemben hasonlóképpen elszűkösödött.

A felsőajakból kimetszett rész szöveti vizsgálata a következő leletet adja: Az egész metszet területén a szövet sűrűn tele van szörva myelocytákkal, amelyek közt főként a neutrophil és basophil granulatiójúak vannak nagyobb tömegben, míg az eosinophil granulatiójúak csekély számmal találhatók.

Az ép hámmal borított terület éles határral megy át a hámfosztott elváltozott részbe. Ezen a területen a felszín szakadozott vagy detritus-szerűen széteső és haematoxylineosin-festéssel kékre színeződött bacteriumok nagy tömegeit tartalmazza. Ez alatt elég vastag rétegben fibrinfonalak szövetekéből álló lepedék következnek. A lepedék alatt közvetlenül sűrű beszűrődéses zóna látható, a mely néhány leukocytából, főlegében azonban myelocytából áll. Vannak területek, ahol a felületen levő törmeléken lepedék alatt közvetlenül eléggé mélyre terjedően és az épebb rész felé élesen határoltan szabálytalan duzzadt rostokból álló hálózat látszik, a magfestődés teljes hiányával. Az ép rész határán hasonlóképpen látható a csekélyebb fokú myelocytás beszűrődés. Az elváltozást mutató területen az erek lumenét itt-ott fibrin-reczézettből álló rögök töltik ki. Bacterium-festéssel kezelt metszeteken erős nagytással a felszínen levő törmeléken részben a legkülönbözőbb coccus- és bacillus-alakok láthatók. A mélyebb rétegekben helyenként szintén különböző coccusok is vannak, de legnagyobb tömegben hosszú fonalakká nőtt fusiformis bacillusok szövetekébe látszik, ezenkívül itt spirochaeták is találhatók elég nagy mennyiségben. Ezek a telepek helyenként mélyen az ép szövetbe is benyomulnak s az izomrostok, mirigyek közt is fellelhetők.

Az első esetben feltűnő a szájtünetekkel való kezdet, a gyors, végzetes lefolyás és a haemorrhagiák igen csekély volta, úgy, hogy még a kétszeri tetemes sebészi beavatkozás sem járt nagyobb vérzéssel vagy utóvérzéssel. **Ez eset bizonyítja, hogy a fogorvosnak már a legcsekélyebb foghús-duzzanatnál is gondolnia kell a leukaemia lehetőségére.**

A második eset szövettani vizsgálata úgy a száj, mint a bél kóros képleteiben csakis fehérvérsejt-beszűrődést mutatott, a necrosisos zónát alig túlhaladó bacteriumokkal.

Mindkét eset közös jelensége a **necrosisok lobnélküli kezdete és kifejlődése**, miért is úgy ez észleletek, mint az irodalmi közlések alapján megállapítható, hogy a stomatitis leukaemica (Mosler) helyett, mint amely téves kórtani fogalmat ébreszt, helyesebb volna a **stoma leukaemica** elnevezés.

Irodalom. Bradford and Shaw: Five cases of acute Leukemia, Med. chir. Trans., 1899, 8. sz., 343. o. — Virchow: Virchows Archiv. I. köt. 563. o. — Ehrlich: Leukämie. Nothnagel's spec. Path. u. Ther. — H. Hirschfeld: Fortschritte auf dem Gebiete der Blutkrankheiten. Die deutsche Klinik, I. ptk. 300. o. — Ellermann and Bang: Fortschritte auf dem Gebiete der Blutkrankheiten. Die deutsche Klinik, I.

pótk. 318. o. — *Löwit*: Fortschritte auf dem Gebiete der Blutkrankheiten. — *Pröscher*: Fortschritte auf dem Gebiete der Blutkrankheiten. Die deutsche Klinik, I. pótk. 317. o. — *Pinkus*: H. Nothnagel's spec. Path. u. Ther. VIII. köt. — *Leube*: Über Leukämie. Die deutsche Klinik, III. köt. 177. o. — *Senator*: Berlin. klin. Wochenschrift, 1890. — *Theodor*: Acute Leukaemie im Kindesalter. Archiv f. Kinderheilkunde, 1897, 22. köt., 47. o. — *Minkowski*: Ref. des 17. Congr. f. innere Med. 1899. — *Misch*: Lehrbuch der Grenzgebiete der Med. u. Zahnheilkunde, 110. o. — *Spitzer*: Zur path. Histologie der Gingiva bei acuter Leukaemie. Oestr.-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde, 1908. XXIV. köt. 217. o. — *Mosler*: Virchows Archiv. XLII. köt. — *Partsch*: Handbuch der Zahnheilkunde, Berlin, 1917. — *Askanazy*: Archiv. f. path. Anat. u. Physiologie, 1894. — *Kraus*: Nothnagel's spec. Path. u. Ther. XVI. köt. I. rész. — *Hinterberger*: Deutsches Archiv. f. klin. Med., 1891. — *Buday*: Zur Pathogenese der gangraenösen Mund- u. Rachenentzündungen. Ziegler's Beiträge zur path. Anatomie u. allg. Pathologie, 38. köt. 1906. — *Ebstein*: Deutsches Archiv für klin. Med. 1889. — *Nobel*: Deutsche Medizinisch-Zeitung, 1892. évf. 1176. o. — *Schmid H.*: Primäre Zahnfleischblutungen, sekundäre gangraenöse Gingivitis bei einem Leukämischen mit Exitus. D. M. f. Z., 1888. évf., 5. füzet, 189. o. — *Türk*: Zahnfleischblutungen als Hauptsymptom bei neutrophiler Hyperplasie des myeloid. Apparates. A. W. m. Z. 1903. év, 9. füzet; ref. Oe. Z. f. Stom. 1903. év, 5. füzet. — *Bautor*: Fall von akuter Leukämie, Allg. med. Zentral-Z. 1898. évf. 1069. o. — *Seelig*: Ein Fall von akuter Leukämie, Zbl. f. Kinderheilkunde, 1896. évf. 285. o. — *Scherber*: Zur Klinik und Aetiologie der nekrotisierenden Stomatitisformen. D. med. Wochenschrift, 1907, 1134. o. — *Jeanselme und Weil*: Ein Fall von akuter Leukämie. D. Zahnärztl. Wochenschrift, 1904, 376. o. — *Ostwald*: Akute Leukämie. Korr.-bl. für Schweiz. Aerzte, 1904. évf. 5. füzet. — *Bauer*: Die Patho-Histologie der Gingivitis leukaemica. Zft. f. Mund- u. Kiefer-Chir. 1918. évf., 2. füzet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Holló: A felnőtt kor chronikus gümős tüdőbetegségeinek klinikai és diagnostikai kettéosztása. (Izolált phthisis és juvenilis típusú gümőkór.)

Nem új kórképet akar leírni a szerző, csupán külön elnevezéssel és részletes leírással el akarja választani a túlnyomó többségben a pubertás kora után fejlődő banalis phthisist a tüdőtuberculosisnak másik, ebben a korban megjelenő és szerinte éppen ezért a phthisis-sel legtöbbször összetévesztett, teljesen jóindulatu alakjától. Ama subjective sokat szenvedők csoportja ez, akik sanatoriumból sanatoriumba járnak anélkül, hogy sohasem kielégítő állapotuk javulna. A helytelen orvosi diagnosis *Holló* szerint ezekben az esetekben „kezdődő phthisis.“ Pedig élesen elválaszthatók az euporiás, piros pozsgás phthisicusoktól, akik rohamokban jelentkező és hygienés-diaetás kezelésre könnyen javuló exacerbatiójukat kiheverve, látszólag ismét egészségesen éldegelnek a legközelebbi rohamig, míg ezeknek többszöri ismétlődése le nem rontja őket. Jól ismerjük ezt a két típust. *Holló* jól, bár kissé hosszadalmasan jellemzi ezt a két alakot. Azért fektet rá nagy súlyt, mert általában kezdődő phthisisnek tartják ezt a jóindulatu kórkepet, illetőleg a tankönyvekben és diagnostikai referatumokban leírt és a phthisis kezdeti tüneteinek nyilvánított syndromák ennek a phthisisre sohasem vezető különálló kórképnek felelnek meg, mely pedig, ha évek alatt is, de mindig meggyógyul.

Sokkal érdekesebb, bár összehasonlíthatatlanul nehezebb feladat ennek a két eddig is ismert képnek biológiai alapjait keresni. Tulajdonképpen a legfontosabb problémát érinti, a progressióra hajlamosító biológiai fogyatékoság lényegét. A tuberculosis-kutatás legszebb, de legbonyolultabb és ennek folytán legkevésbé tisztázott kérdése ez.

Holló abból a tekintélyes pathologusoktól felállított tételből indul ki, hogy a gümőkór kialakulására nem annyira az első fertőzés, mint inkább a mindenkori allergia bír befolyással. Más-más allergiás szaknak más-más kórkép felel meg. A Ranke-féle felosztás alapján a tüdőre vonatkoztatva 3 stadiumot állapít meg: 1. A primaer gócz és a terjedelemben lényegesen nagyobb regionalis nyirokcsomók elváltozása a perifocalis gyuladás tüneteivel. 2. Haematogen localisatiók, domináló perifocalis elváltozások, exsudatív jelleg, elsajtosodás. 3. A folyamat endobronchialis, intracanalicularis ter-

jeszkedése, tehát parenchymás elhelyezkedés, torpid megjelenés, haematogen áttételek hiánya: „izolált“ phthisis. Az első esetet felnőtteken mellőzhetjük. Az „izolált“, a felnőtt kor betegségét tevő phthisis mellett azonban a generalizált alak is előfordulhat ebben a korban, ha a gyermekkori fertőzés enyhességénél fogva ez az (itt rendszeres) alak elkésik a megnyilvánulásával. Ilyenkor aztán nem különböztetik meg ezt a felnőtt korban megszokott phthisistól, annál kevésbé, mert a mellkasban a talán meg sem állapítható elsődleges góczon kívül makroszkopos elváltozásokat találnak néhány nyirokképlet, pleuralis, interstitialis folyamat képében. Kifejti, hogy a familiaris, személyes anamnesis, az objectiv elváltozások, a tuberculin-reactio és a physicalis diagnostica segítségével a felnőtt kor phthisisét ettől az elkésített típustól jól el lehet különíteni és utóbbit „juvenilis“ típusnak nevezi el, amivel csak azt akarja jelezni, hogy nem a gyermekkor és nem a felnőttkor típusos tüdőelváltozásai közé tartozik.

Ennek a juvenilis típusnak négy alakját különbözteti meg: 1. a hilustáj gümőkórja; 2. a pleuralis, interstitialis gümőkór; 3. a gyermekkori haematogen sebészi gümőkór végső lejtői és 4. a gümőkórral összefüggő habitualis elváltozások. Nem egészen érthető, hogy *Holló* mi alapon állítja, hogy ezeket a minden időben jóindulatonak ismert megbetegedéseket összetévesztik a phthisissel. Mert azt elősmeri, hogy phthisissel is végződhetnek.

A juvenilis alaknak ezen „kötőszövetesnek“ nevezhető jellegével szembenáll a phthisis intracanalicularis jellege. *Ez tulajdonképpen a mi régi felfogásunk a kötőszövetes, fibrosus elváltozások és a benignitás közti szoros összefüggésről, szemben a parenchymás exsudatív jellegű folyamatok malignitásával. Holló* immunobiológiai magyarázatot is fűz felfogásához, nevezetesen a phthisis kialakulásához, és a következőket mondja: a phthisis azért *izolált*, mert a szervezet *győzött*, a kórokozó kiszorult a csatáról, a szervezet többi része *már immunis*, és csak a tüdő sajátos szerkezete, fontos physiologiai szerepe folytán válik a gümőkór elhelyezkedése végzetessé. Ezt a magyarázatot nehéz elfogadni. Heuristics értékű elméletekre ebben a különleges kérdésben nagy szükségünk van, de ezeknek egyszerűeknek és logikusoknak kell lenniök.

Holló meghatározása, mely szerint a phthisis diagnosa kizárólag az anatómiai elv, az intracanalicularis terjedés és parenchymás elhelyezkedés alapján történhetik, elfogadható. *De azt hiszem ugyanez áll a tiszta juvenilis alakra is, a mely interstitialis elhelyezkedésű.* Ennek feltételeit az allergiának nevezett összetett biológiai és különösen „kötőszövetes“ sajátosságban kell keresnünk. Ha tehát az intracanalicularis terjeszkedés okát keressük, sokkal egyszerűbbnek, logikusabbnak látszik, ha az *allergiában beálló fogyatékosággal oki összefüggésben, az interstitialis pályák áttörésével magyarázzuk az endobronchialis tovaterjedést, tehát a phthisis kifejlődésének első feltételét.* De ez is csak speculatio s ezért e helyen nem folytatom.

Szász dr.

H. Much: Pathologische Biologie. Dritte Auflage. Leipzig, Verlag von Curt Kabitzsch, 1920.

Az ismert nevű szerző „Immunitätswissenschaft“ című, már két kiadásban megjelent munkájának új kiadása viseli a fenti címet. Lehetne ugyan vitatkozni azon, vajjon jogosult-e a címváltoztatás, mert ez az új kiadás is tisztán csak az immunitásra vonatkozó kérdésekkel foglalkozik, már pedig a pathologiai biológia körébe talán egyéb kérdések is beillesztendők. Egyébként azonban csak dicséretet mondhatunk a könyvről és állíthatjuk, hogy az immunitásról szóló tannal foglalkozó nagyszámú, részben nagyon jó munka között a *Much* munkája felel meg legjobban annak a célnak, hogy a sokszor nagyon bonyodalmas immunitástani kérdésekről aránylag könnyű szerrel jól átnézhető képet adjon. E szempontból a kezdő részére ez a munka ajánlható legjobban; de az immunitástannal behatóbban foglalkozó is haszonnal olvashatja el *Much* könyvét, mert a tárgyalás folyamán élénken világít a még megoldandó kérdések tömegére, nemkülönben éles kritikával utal az idetartozó vizsgálatok alkalmával elkövetett nem egy botlásra. A könyv ára fűzve 45 m árka 60 fillér

Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Zehnte Auflage. Leipzig und Würzburg, 1920. Verlag von Curt Kabitzsch. Ára füzve 48 márka.

Egészen felesleges dolog ismertetni olyan tudományos munkát, amelyből 12 esztendő alatt 10 kiadás jelent meg; hiszen ez a tény már egymagában bizonyítja időszerűségét és jóságát. Inkább csak azért jelezzük a jubilarisnak mondható új kiadás megjelenését, hogy felhívjuk rá figyelmét olyanoknak, akik talán még nem tudnának a létezéséről, és hogy ennek kapcsán szót tegyünk. *Friedmann* szerető, amelyet a munka szintén nagyon tárgyilagosan és behatóan ismertet éppen arra való tekintettel, hogy a szer átdadták a szabad forgalomnak olyan külső körülmények között, amelyek azt a látszatot keltették, hogy csakugyan teljesen biztosan ható gümőkórellenes szerrel állunk szemben. Pedig erről szó sincsen; a vélemények a szer értékéről még nagyon ellentmondók, teljesen ártalmatlan volta sincs még beigazolva, amint ez az előttünk levő munkának idevonatkozó részében felsorolt adatokból kitűnik. Véleményünk szerint semmiképpen sem indokolt a szernek már most bevitelére az általános gyakorlatba; várjuk meg, amíg a szer megvizsgálására kiküldött nagy bizottság kimondja a végleges ítéletét.

Szemészet.

A csarnokvíz ujjaképződése az emberi szemben
Hagen (Christiania) vizsgálatai szerint nem úgy történik, mint az állati szemben. Házinyúlban és általában emlős állatokban a punctio után a sugártest választja ki a fibrindús csarnokvizet, és ez újabb punctióra még fibrindúsabb lesz. Az emberi szemben az ujjaképződött csarnokvíz az üvegtestből származik; ez a folyadék ismételt lebocsátás után is fibrinben és fehérjében szegény marad. Az állati szem tensiója a punctio után percek alatt helyreáll, míg az emberi szemé félóra múlva is lényegesen csökkent, tehát az első esetben a csarnokvíznek kívülről, a véráramból kellett a szembe jutni a sugártest útján, a második esetben pedig a szemből kellett a pótlásnak történni, a mi csak az üvegtestből lehetséges. A szerző nem vonja kétségbe, hogy az emberi szem intraocularis folyadékát végeredményben a sugártest termeli, de ez lassan történik, míg a csarnokvíz percek alatt pótlódik. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1920, XLIV. kötet.) R. A.

Hypotoniával járó intraocularis daganat. Sarkoma chorioideae három esetét közli *G. Franz* (Kiel). A szem nem volt sorvadt, a szövettani vizsgálat nem derített ki sem necrosist a daganatban, sem gyuladást az uveában, a mi másodlagos uton esetleg hypotoniát okozhatna. A nyitott Schlemm-csatorna és a csarnokzug épsége csak a hypertonia kimaradását magyarázza, de nem a hypotoniát. A retinaleválás és üvegtestzsugorodás pedig a hypertoniával járó eseteket is jellemzi. Mindebből az következik, hogy az intraocularis daganat mellett gyuladással szövődés nélkül is csökkent lehet a tensio, továbbá, hogy a hypotonia nem döntheti el teljes bizonyossággal, hogy retinaleválással van-e dolgunk és nem daganattal. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1920, XLIV. kötet.) R. A.

Gyermekorvostan.

A zsír mint kártékony tényező a csecsemőtáplálásban címmel értekezik *Kleinschmiedt*. Az anyatej zsírja erős quantitativ ingadozásoknak van alávetve, de rendes körülmények közt a csecsemő jól tud alkalmazkodni hozzá. Sokszor azonban úgy a zsírdús, mint a zsírszegény tej előidézhethet dyspepsiás állapotokat, sőt az is előfordul, hogy ugyanaz a tej az egyik csecsemőn dyspepsiás székleteket idéz elő, a gyermek nem gyarapszik, míg a másik gyermek szép székletek mellett pompásan fejlődik. Valószínűleg tehát nemcsak a tej mennyisége és minősége a mértékadó, hanem egy bizonyos alkati tényezővel is számolni kell. E nézetét még jobban igazoltnak látja *Kleinschmiedt* a szokványos hányásnál. Míg *Finkelstein* e hányás okát tisztán a zsírnak tulajdonítja,

addig a szerző *Schloss*-szal együtt azt mondja, hogy bárminő összetételű táplálékra beállhat a hányás és viszont bármilyen változtatásra megszűnhetik. Az igazi ok valószínűleg endogen természetű. Az acetonaemiás hányás okát is inkább a szénhidrat-anyagcsere zavarának, mint a zsírdús táplálásnak tulajdonítja. Zsír iránti idiosyncrasiát nem fogad el. A mestersegesen táplált csecsemők acut táplálkozás-zavarában a tejnek a meleg stb. hatása folytán beállott ectogen bomlását (zsírsavképződést) nem fogadja el úgy, mint azt eddig általában tették. A *Bökay* állatkísérleteire támaszkodó nézetnek, hogy bacteriumhatás folytán a tejben a táplálkozás előtt zsírsavak képződnek, kisebb fontosságot tulajdonít ugyan, de viszont nem is veti el azt teljesen. Véleménye szerint a csecsemő fokozott reactio-képessége a lényegesebb momentum, mert a leromlott, sensibilis bélidegrendszerű gyermek könnyebben betegszik meg, mint az egészséges. Endogen zsírsavképződésnél főleg a belekben képződő szabad zsírsavak tűnnek fel az acut táplálkozási-zavarokban, és pedig leginkább ecetsav, a mely a tej zsírjában praeformálva nincsen; a szerző tehát a zsírsavak képződése tekintetében ennek kevesebb fontosságot tulajdonít, mint a szénhidratoknak. Az idősült táplálkozás-zavarok pathogenesisében szerinte a *Czerny-Keller*-féle tejártalom (és nem zsírártalom) lényeges, de nem egyedüli oka a zsír, a mely mellett a szénhidratok kevés volta vagy egyformasága is szerepet játszik. Az exsudativ diathesis jelenségeit, fokozódását nem kizárólagosan a zsírnak — mint *Czerny* —, hanem épp oly mérvben a szénhidratoknak is tulajdonítja. A nehezen fejlődő, diatás rendszabályokra sem reagáló ekzemák nem annyira az exsudativ diathesis jelenségei, mint inkább neurodermitisek. Az erythrodermia desquamativáról egyrészt nem fogadja el, hogy az mindig dyspepsiás jelenségekkel jár, másrészt azonban saját kísérletei alapján megállapítja, hogy a zsír ily esetekben káros. A rachitis fejlődését a zsírok nem segítik elő. Míg tehát a zsírok egyrészt nem oly ártalmasak, mint eddig általában gondolták, sok esetben azokat más alakban nyújtva (vajastej, fehérjetej), a zsírok káros hatását vagy egészben, vagy részben kiküszöbölhetjük, másrészt azonban bizonyos esetekben az óvatosság helyénvaló. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 12. sz.)

Rohrböck Ferencz dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A digimorvalt, a mely tablettá alakban 0.05 gramm titrál digitalis-levelet, 0.005 gramm morphium hydrochloricumot és 0.1 gramm menthol-valerianatot tartalmaz, *Engel* nagyon ajánlja szívbajosok kezelésére, a mennyiben összetétele folytán egyfelől mint tonicum, másfelől mint sedativum is hat. (Mediz. Klinik, 1920, 22. szám.)

Az elektroferrol nevű colloidalis ezüstkészítményre hívja fel a figyelmet *Heinz* erlangeni tanár. 0.5—1.0 cm³ mennyiségben intravenásan befecskendezve rendkívül erős izgató hatást fejt ki a vértképző szervekre. Többnyire egy befecskendés elegendő; szükség esetén 14 nap után megismételhető az injectio. A befecskendés után múló hőemelkedés 38.6°-ig és fejfájás szokott beállani. Esetleg a szájon át bevéését is meg lehetne kísérelni (20 cseppet kávéskanálnyi vízben), noha ilyen használatmód mellett nem várható az a feltűnő erős hatás a csontvelőre, mint az intravenás befecskendezés után. (Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 25. szám.)

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. *W. Hueck* müncheni docerist meghívták a rostocki egyetem kórboncolóstan tanszékére. — A göttingeni egyetemen megüresedett anatómiai tanszékre *M. Voit*, a dermatologiai tanszékre pedig *E. Riecke* neveztetett ki.

Meghalt. *A. Politzer* tanár, a hírneves bécsi fülörvos, augusztus 10.-én 85 éves korában.

A védhímlőoltásért járó díjat a kir. népjóléti és munkaügyi minister f. évi január 1.-étől visszamenőleg egységesen minden egyes oltásért 50 fillérben állapította meg.

Kinevezés. A kir. népjóléti és munkaügyi minister *Kontz Károly* dr.-t a budapest-angyalföldi elmeógyógyintézethez *Ballus Sarolta* dr.-t a szegedi gyermekmenhelyhez és *Miron Zoltán* dr.-t a kecskeméti gyermekmenhelyhez másodorvossá nevezte ki.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Dollinger Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., ny. r. tanár.) Mindkét orsócsont világrahozott ficzamosodása. 349. lap.

ifj. Molnár Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) Vizenyők kezelése pajzsmirigy-készítményekkel. 350. lap.

Vidakovits Kamill: Közlemény a kolozsvári magyar tudományegyetem sebészeti klinikájáról. Az ulcus jejuni pepticumról. 353. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Ideg- és elmebetegségekről. Anton és Voelker: A paralysis gyógyítása. — Eigelsberg: Gerincvelősebészet. — Belorvostan. Eppinger: A tüdő kórtanához. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. 355–356. lap.

Vegyes hírek. 356. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr. ny. r. tanár.)

Mindkét orsócsont világrahozott ficzamosodása.

Irta: *Dollinger Béla* dr., egyetemi magántanár.

Klinikai testgyógyászati rendelésünket a 18 éves leány azon panaszszal kereste fel, hogy emlékezete óta mindkét könyökének különös alakja van és hogy nagyritkán kissé érzékenyebbé válik. Nagyobb fájdalmat és működés-zavart könyökizületében nem észlelt, ezért eddig nem is gyógykezelték és orvosnak be sem mutatták. A jól fejlett leány rendes születéssel jött a világra, egészséges családból származik, családjában veleszületett vagy szerzett elgörbülés nem fordult elő.

Az első vizsgálatkor úgy látszik, hogy mindkét felső végtag nagyjából normalis, kivéve, hogy a bal könyökizület nagyon enyhe varus-állásban van. Pontosabb megfigyeléskor azonban kitűnik, hogy mindkét orsócsont fejecsének megfelelőleg a könyökizület körvonala megváltoztak, a fejecs mindkétoldalt látszólag megnagyobbodott, a mit az okoz, hogy *mindkét fejecs oldalt kificzamosodott*. Tapintáskor az izületi perem és az eltorzult fovea tisztán érezhető. A működés vizsgálatakor azt tapasztaljuk, hogy a *jobb* könyökizület úgy active, mint passive teljesen behajlítható és kinyújtható, de a beteg azt mérsékelt behajlított állásban szokta tartani. A forgató mozgás, különösen a supinatio, úgy active, mint passive korlátoltan történik. A *bal* könyökizület activ és passiv hajlítása illetve feszítése teljesen kivihető. A forgatás úgy active, mint passive korlátolt, a supinatio itt is korlátoltabb. A rotatio ezen korlátoltsága egyik végtagon sem okoz nagyobb zavart, mivel a beteg azt szinte öntudatlanul a vállizület forgatásával pótolja.

A *Röntgen-képeken* azt látjuk, hogy a *jobb* könyök ventrodorsalis és radioulnaris irányú felvételein az orsócsont fejecse a külső oldal felé kificzamosodott és ezáltal a felkar-orsócsonti, valamint az orsó-singcsonti izesülés megszűnt. A kificzamosodott orsócsont a könyökizületen kissé *túlnőtt* és oldalt lehajlik a singkampó csúcsa felé. Az izületi perem belső oldala azonban megközelíti a felkar-fejecsét, sőt egy pontban érintkezni is látszik vele. Az orsócsont-fejecs maga feltűnően kicsiny, fejletlen és nincs arányban a látszólag nagyra nőtt nyakkal és orsócsonti érdességgel. Fokozza ezt a képet az is, hogy az orsócsont izületi pereme szabálytalan, elmosódott és hogy az izületek megfelelően a homorú felszín helyett egy kis szabálytalan kidomborodás látható. A felkar fejecse ugyancsak ellapult és fejletlen, körvonala elmosódott. A porcboríték úgy az orsócsont, valamint a felkar fejecsének felszínén teljesen hiányzik. A kificzamosodás miatt egymással nem érintkező izületvégek árnyéka gyöngye, elmosódott és *mérszegenynek* látszik. A mérszegenység oka itt nyilván

az izfelszinek tétlenségében rejlik. Feltűnő ezenkívül az is, hogy a különben ép singcsont teste az izvég felett elhajlik és az orsócsont felé domború görbületet alkot. A *bal* oldali könyökizület Röntgen-felvételén a kép ugyanaz; az orsócsont-fejecs itt még kisebb, szabálytalan gömbalakú.

E Röntgen-képek kétségtelenné teszik, hogy kétoldali orsócsont-ficzamosodás áll fenn, mely a beteg előadása szerint világrahozott. Nyilvánvaló, hogy az izvégek sorvadását, illetőleg túltengését *correlatiós zavar okozza*. A correlatiós zavar lényege ez esetben az, hogy a radiohumeralis és ulnoradialis izesülés megszűnt és ezzel *megszűnvn az izületi végek közötti physiologiás nyomási és feszülési viszony, azok részint tökéletlenül fejlődtek, részint túlnőttek*. Hogy ez esetben az elsődleges kórbonczitani elváltozás a ficzamosodás volt-e, vagy az izületi végek tökéletlen kifejlődése, azt a világrahozott ficzamosodások kórtanának mai ismerete mellett nem tudjuk határozottan eldönteni. Ha a ficzamosodást vesszük elsődleges tényezőnek, akkor az ezáltal okozott correlatiós zavar következménye a tétlensége folytán szabálytalan izvég; viszont ha az izvégek fejletlenségét tartjuk elsődlegesnek, akkor az ezáltal okozott correlatiós zavar következménye maga a ficzamosodás. Kórbonczitani szempontból figyelemreméltó, hogy az izvégek ezen túlnövése és sorvadása az idősült ficzamosodásoknál is előfordul. Itt különösen az orsócsont-fejecs túlnövését figyelték meg. *Stimson* a törésekről és ficzamosodásokról szóló könyvében felemlíti *J. C. Larkin* egy esetét, melyben a 40 éves beteg 2 éves korában kificzamosodott orsócsontjának proximalis vége a serdülő korban annyira növekedett, hogy végre az orsócsont fejecse a bőrt kitágítva majdnem 4 cm.-nyire kiemelkedett a könyökizület hátulsó feléből. A túlnövés oka nyilván ez esetben is az izesülés megszűnése következtében előállott correlatiós zavarban rejlik.

Érdekes a Röntgen-képeken látható, már előbb említett *singcsont-elgörbülés* is, mely abban áll, hogy mindkét singcsont az orsócsont felé domború görbületet alkot. A singcsont ez elhajlása miatt majdnem a középvonalba és a felkar hosszanti tengelyének irányába kerül. Világos, hogy ez elgörbülést az okozza, hogy az orsócsont kificzamosodása miatt annak a felkarral való bonczitani folytonossága megszűnik és a működésből mintegy kikapcsolódik, szerepét pedig a működés közben mintegy pótlásul a középvonalba görbült singcsont veszi át. A singcsont ez elgörbülésének okát legjobban *Wolf J.*-nek (1892) az elferdülések eredetét magyarázó elmélete fejezi ki, mely szerint az elferdülés lényege: *»functionelle Anpassung an pathologische veränderte statische Verhältnisse.«*

A veleszületett orsócsont-ficzamosodás kórtanában mindazon okok szerepelnek, melyek már régóta vita tárgya és röviden a következőkben foglalhatók össze:

1. hibás embryonalis fejlődés (vitium primae formationis);

2. intrauterin növési és megterhelési zavarok (amnionos összenövések);

3. a szüléshez csatlakozó neuropathiás spasmusos folyamatok.

Érdekes, hogy *B. Künne* egy 1913-ban megjelent közleményében e spasmusos bénulásokat, mint elsődleges kóroktani tényezőt, éppen a világrahozott orsócsont-ficzamodásnak több, jól megfigyelt esetével igyekszik bizonyítani. Több esetében ugyanis az újszülöttnak Little-kórja volt és a bénulás a többi végtagon is fennállott. *A szerző ezért a ficzamosodások okát is a Little-kórban keresi*, bár maga is bevallja, hogy e feltevést nem lehet általánosítani. *Künne* feltevése mellett szól, hogy *Hoffa*, *Ludloff*, *Gaugele*, *Weber* és *Lorenz* Little kóros gyermekeken a csípőizületben szintén észlelt bénulásos ficzamosodásokat.

Észlelt betegem kórtörténetében a kóroktant bármely irányban felderítő tényezőt nem találtam.

Ez érdekes kórkép pontosabb tanulmányozása, úgy mint a többi világrahozott ficzamosodásé, egybeesik a röntgenológia fejlődésével. A jó Röntgen-kép itt is előfeltétele a pontos körjelzésnek. A világrahozott orsócsont-ficzamosodást ilyen értelemben legelőször *Hoffa* ismertette, aki 31 esetről számolt be, ezek közül 12 esetben mindkét orsócsont kificzamosodásáról volt szó. Újabban *B. Künne* foglalkozott e tárgygyal s szerinte legalább 62 eset ősmertes. A régebbi megfigyelők közül: *Dupuytren*, *Adams*, *Cruveilhier*, *Chaussier*, *Verneuil*, *Bessel-Hagen* és *Smith* foglalkozott e tárgygyal. Az újabb szerzők közül *Piccioli*, *Cléret*, *Belot-Chaperon*, *Lawrie*, *Mac-Gavin*, *Chlumsky*, *Riss*, *Leisrink*, *Broca* és *Mouchet* közleményei fontosabbak. Az utóbbiak közül különösen *Broca* és *Mouchet* nevét kell kiemelni, akik »*Difformités congenitales des membres*« című művükben klasszikus leírásban ismertették e kórkép pathológiáját és a ficzamosodás okozta bonczani elváltozásokat.

E kórkép pathológiájára vonatkozólag az irodalomban a következő adatokat találtam. Az esetek túlnyomóan nagy része egyoldali ficzamosodás, a kétoldali ficzamosodások ritkák. A kificzamosodás minden bonczani irányban létrejöhet, de leggyakoribb a hátulsó ficzamosodás. *Cléret* és *Bienvenu* esetében az orsócsont oldalsó ficzamosodása medialis irányban, illetőleg a singcsont felé történt. Itt említem meg, hogy a singcsont izolált világrahozott ficzamosodását eddig nem figyelték meg. *Hoffa* egy esetében az orsócsont ficzamosodása mellett a singcsont teljesen hiányzott. E ficzamosodások mellett gyakran más világrahozott ficzamosodásokat és elgörbüléseket is észleltek, így például caput obstipumot, kétoldali térd- és kéztőficzamosodást, dongalábat és vállficzamosodást stb. Különösen jellemző e ficzamosodásokra az izületi végék túlnövése vagy sorvadtsága. Az orsócsont vége rendszeren hypertrophiás, a felkar izületi vége pedig majdnem minden esetben atrophiás szokott lenni. Több esetben, például *Kölliker* esetében (Röntgen-képét lásd *Joachimsthal* „Handbuch für orthopädische Chirurgie“ II. kötetében), a fejecs teljesen hiányzott és a végén kihagyott izvég messze túlnötte az izület határait. Az izület epiphysiseinek megváltozása következtében megváltozik a szalagszerkezet és a tokszalag is. *Riss R.* doktori értekezésében (Páris, 1901—1902) bőven foglalkozik ez utóbbi elváltozásokkal, tőle tudjuk meg, hogy gyakran pót- és számfelleti szalagok képződnek.

Gyakorlati szempontból e ficzamosodások leglényesebb következménye az általuk okozott működés-zavar. Ezen működés-zavar legfőbb oka a túlnöött orsócsont, mely valamely irányban az izület működésének útjába kerül és azt hátráltatja. A működés-zavar alakja és foka a ficzamosodás irányától függ. Az elülső ficzamosodásoknál a feszítés teljes, a hajlítás azonban korlátolt, mivel a felkarba ütköző, rendszeren túlnöött orsócsont-izvég azt megakadályozza. A hátulsó ficzamosodásoknál a hajlítás teljes, a feszítés azonban korlátolt; itt az orsócsont izvége a felkar izületi végének hátulsó felületével jön összeütközésbe. A forgató mozgás mindkét esetben többé-kevésbé korlátolt, legkorlátoltabb a supinatio a hátulsó ficzamosodásoknál. Az oldalsó ficzamosodások működés-

zavarai nem ennyire egységesek. A hajlítás és feszítés sok esetben teljes; a forgatás majdnem minden esetben jelentékenyen korlátolt. A könyökizületnek e néha súlyos működés-zavaraihoz mérten az izület körüli izmok is átalakulnak, különösen a biceps, az extensorok és a supinator longus szokott jelentékenyen sorvadni és fejletlen lenni. Ugyancsak a kórbonczani viszonyokkal áll összefüggésben a legtöbb esetben leírt cubitus valgus vagy varus is, mely utóbbi az én esetemben is megtalálható.

A világrahozott orsócsont-ficzamosodás gyógykezeléséről nem sokat tudunk. Az első pillanatban a vértelen helyreállításra gondolunk és nagyon fiatal korban ez talán sikerülne is. Sajnos azonban, hogy mivel a ficzamosodás élénken feltűnő zavarokat nem okoz, a beteget hozzátartozói rendszerint későn hozzák az orvoshoz és ilyenkor a helyreállítás már nem sikerül. *Hoffa* egy esetben jó eredményt ért el az orsócsont fejecsének resectiójával; más szerzők azonban nem ajánlják ezt az eljárást, mert a működés-zavar e műtét után is megmarad. *Langenbeck* egy súlyosabb esetében az egész izületet reszekálta, *Ghaleazzi* pedig plastikai eljárással ért el jó eredményt. Az én esetemben súlyosabb működés-zavarok és fájdalmak nem állottak fenn és így gyógykezelésre szükségem nem volt.

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

Vizenyők kezelése pajzsmirigykészítményekkel.

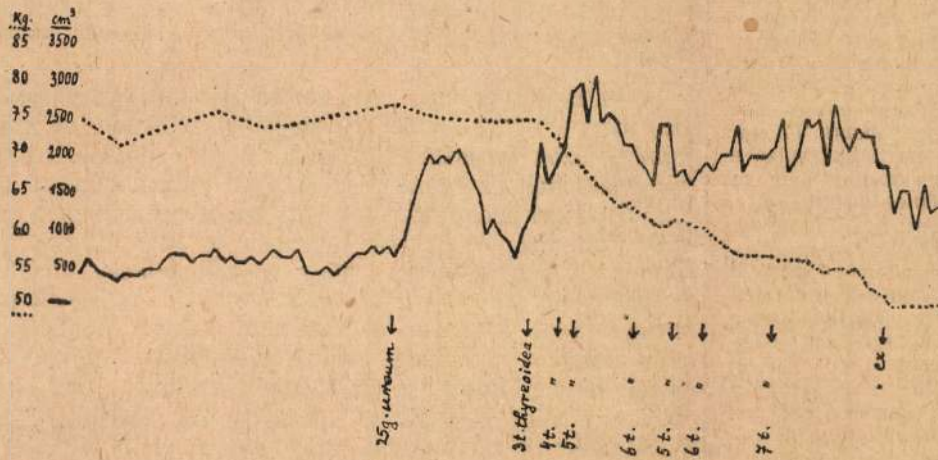
Irta: ifj. Molnár Béla dr., klinikai gyakornok.

A pajzsmirigy működésének megállapítása végett állatokon és emberen végzett kísérletek alkalmával már számos kutató észlelte a pajzsmirigynek a vizeletválasztást fokozó hatását. Közöttük *Coronedi* a pajzsmirigy kivonatát élettani húgyhajtónak tartja. A myxoedema, kretinismus eseteiben gyógyító célból adagolt pajzsmirigykészítmények, különösen a kezelés elején, szintén fokozzák a vizeletválasztást (*Gauthier*, *Magnus-Levy*, *Wagner v. Jauregg*). *Heinsheimer* volt azonban az első, a ki a pajzsmirigykészítményeket húgyhajtásra ajánlotta. 1895-ben megjelent munkájában azt írja, hogy „a fokozott vizeletválasztás állandó megfigyelése arra a gondolatra vezet, hogy a pajzsmirigyot ott is alkalmazni kell, a hol magát a vizeletválasztást akarjuk fokozni, vagyis oedema, hasvízkór, anasarca, savós izzadmány, heveny és idősült vesegyulladás, szívbillentyűbaj és vérnyomáscsökkenéssel járó más betegségek eseteiben“. *Dieballa* és *Ilyés* (1897) megállapították a pajzsmirigynek a vizeletválasztást fokozó hatását Bright-kóros betegeken. *Alison* (1897) Bright-kórban, *Lange* (1899) nephropathia gravidarumban húgyhajtás céljából már sikerrel adagolt pajzsmirigykészítményeket. Újabban *Thevenot* (1913), majd *Eppinger* és *Steiner* (1917) különböző eredetű oedemás betegeknek adtak pajzsmirigytablettákat. *Eppinger* abból az ellentétből indult ki, a mely a Basedow-kóros és a myxoedemás betegek bőre között mutatkozik. Az előbbieknél a bőr vékony, rugalmas, áttetsző, finoman érzett, nedves, az utóbbiaké vastag, nem áttetsző, ráncos, száraz, első tekintetre emlékeztet az oedemás bőrre. *Eppinger* vizsgálatai azt mutatják, hogy a pajzsmirigy működése és az oedemára való hajlam között csakugyan van összefüggés, a mennyiben fokozott pajzsmirigyműködés csökkenti a bőrnek, illetőleg a bőr alatti kötőszövetnek folyadékfelvételképességét, a csökkent pajzsmirigyműködés ellenben fokozza azt. Oedemás betegek egy részén sikerült neki pajzsmirigykészítmények adagolásával a bőr alatti kötőszövet folyadék-tartalmát csökkenteni s ezzel a vizeletválasztást fokozni. Nagy jelentőségű kísérletekkel igyekezett azután a pajzsmirigy húgyhajtó hatásának magyarázatát adni, és kimutatta azt, hogy a pajzsmirigynek semmi hatása sincs a vesére és tisztán azért fokozza a vizeletválasztást, mert fokozza a szövetnedveknek a hajszálerekből a szövethézagokba, illetőleg innen vissza, a hajszálerekbe való átáramlását.

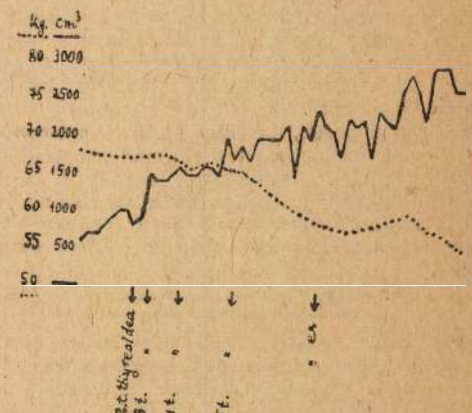
Eppinger vizsgálatainak elméleti jelentőségét az azóta megjelent munkák szerzői (*Strauss*, *Korányi*, *Lichtwitz*, *Munk*)

valamennyien elismerik, a pajzsmirigykészítményeknek gyakorlati kipróbálásáról azonban feltűnően kevés irodalmi adat áll rendelkezésünkre. *Volhard* említ egy genuin nephrosis-esetet, a melyben eleinte jó eredményt ért el ureummal, később azonban csak pajzsmirigytablettákkal sikerült a vizeletelválasztást megindítania. Ugyancsak egy nephrosisos oedema-esetben elért kitűnő eredményről számol be *Korányi*. *Pribram* a prágai Jaksch-klinika néhány esetében adagolt pajzsmirigykészítményt; egyik be is mutatott esetében vörheny után fejlődött recidiváló nephritisről volt szó, a melyben mindenféle húgyhajtószer hatástalannak bizonyult, de napi két pajzsmirigytablettára erős diuresist és 20 kg. testsúlycsökkenést okozott. Bemutatásához hozzászólt *Pick*, a ki saját eseteiben nem látott eredményt a pajzsmirigytablettáktól. Ezekon kívül csak *Korányi* említ egy myxoedemás betegen karlsbadi kúra után fejlődött oedemát, és *Lichtwitz* egy myxoedemás és két sclerodermiás oedemát, a melyekben kiválóan bevált a pajzsmirigygyógymód. Ez utóbbi négy esetben természetesen hypothyreoidismusról volt szó, s ilyenkor nyilvánvaló a pajzsmirigy-étetés jó hatása.

Eppinger a vese- és szív-eredetű oedemák mindenféle alakjában, valamint a tüdőtágulás következtében fejlődött oedemák és az ascitissal járó májcirrhosisok eseteiben adott pajzsmirigykészítményeket és észlelései alapján a következő



I. görbe. (Nephrosis chronica.)



II. görbe. (Nephritis subacuta.)

javallatokat és ellenjavallatokat állítja fel: Jó eredményt várhatunk myodegeneratio cordis, nephrosis és nephrosisos színezetű nephritis eseteiben; nem jó az eredmény vesesclerosist és tüdőtágulást kísérő oedema, valamint májcirrhosisos ascites eseteiben, végül pedig ellenjavalltnak tartja a pajzsmirigykezelést a szívbillentyű hibáiból származó szívelégtelenség és a szív koszorúereinek sclerosisa mellett. A pajzsmirigykészítményeknek a szívre való hatása közismert, azonkívül nagyobb adagban egyéb kellemetlen mellékhatásai is lehetnek (szapora pulsus, testsúlycsökkenés, hasmenés, hányás, étvágytalanság, izzadás, reszketés stb.), ezért az ellenjavalt esetekben egyáltalában ne, s a javalltakban is csak akkor rendeljük, ha egyéb húgyhajtó szereink és eljárásaink már mind cserben hagytak, és mint *Eppinger* maga is írja, ilyenkor se várjunk minden esetben jó eredményt. Vannak esetek, a melyekben a szer kitűnő hatású, más esetekben viszont teljesen negatív az eredmény. Általában csak akkor várhatunk sikert, ha húgyanyagretentio nincs és a vesének csak sókiválasztási küszöbe emelkedett, de a vese só és víz kiválasztására még képes.

Eppinger napi egy, 0,3 gr. szárazanyagának megfelelő tablettával kezdi a kezelést, napi 4 tablettánál feljebb sohasem megy és ha a vizeletelválasztás nem indul meg 2—3 heti adagolás után, a kezelést abbahagyja. Mi mindig a Richter-féle pajzsmirigytablettákat használjuk, a melyek 0,5 gr. szárazanyagának felelnek meg. A kezelést rendszeren napi 2 tablettával kezdjük s volt olyan esetünk is, a melyben napi 7 tablettáig emelkedtünk, a nélkül, hogy a legcsekélyebb kellemetlen mellékhatást észleltük volna.

Klinikánkon az utolsó két évben 20 esetben volt alkalomunk kipróbálni a pajzsmirigytabletták húgyhajtó hatását és ezirányú tapasztalatainkról óhajtok röviden beszámolni.

A legjobb eredményeket a fentiek szerint nephrosis eseteiben várhatjuk. A múlt évben 4 nephrosisos betegünknek adtunk pajzsmirigytablettákat.

Az egyik csak két napig szedte, azután apoplexiát kapott és a tablettákat elhagyta.

Másik, lues congenitában és 5 hónap óta súlyos nephrosisos szenvedő, 24 éves férfibetegünk 3 hétig szedte a pajzsmirigytablettákat, ezalatt vizeletének napi mennyisége kissé fokozódott, testsúlya kevéssé csökkent, de az oedemát a kezelés lényegesen nem befolyásolta s a tabletták elhagyása után újból csökkent a vizelet mennyisége és emelkedett a testsúly.

Harmadik, másfél év óta nephrosisos szenvedő, 41 éves férfibetegünk nagy oedemával, 98 kg.-os testsúllyal, vizeletében 20‰ fehérjével jött a klinikára. Két heti sikertelen kezelés után kezdtük meg a pajzsmirigyadagolást napi 1½ tablettával s fokozatosan emelkedtünk napi 5 tablettáig. Már néhány nap múlva lényegesen emelkedett a vizelet mennyisége s 2 hónapi kezelésünk alatt a beteg oedemája megszűnt, testsúlya 13 kg.-mal csökkent, de vizeletének fehérjetartalma még mindig 10‰ volt.

Negyedik esetünkben még fényesebb eredményt értünk el a pajzsmirigykezeléssel. 30 éves férfiről volt szó, a ki 1 év óta szenvedett luesben és 3 hónap óta nephrosisos. Felvételek az alsó végtagokon, a hát, a has és az arcz bőrén nagyfokú oedemát találtunk. A hasban szabad folyadék volt kimutatható. A vizelet Esbach szerint 17‰ fehérjét tartalmazott, üledékében számos hyalin és szemcsés henger, vese-

hámsejt és kevés genyesejt volt látható. Vérnyomás Riva-Rocci szerint 100—145 mm. A vérsavó Wassermann-reakciója + + +, maradék-nitrogéntartalma 0,028‰. A testsúly 74,5 kg. A beteget állandóan sószegény diétán tartottuk, adtunk neki coffein-befecskendezéseket, diuretint belsőleg és intravenásan, santheosét, theophyllint intravenásan, juniperus-főzetet, digitalis-főzetet, jodkaliumot, neosalvarsant, ureumot, de 9 heti kezelés után is testsúlya 75,8 kg. volt, vizelete 12‰ fehérjét tartalmazott, vizeletelválasztása nem érte el a napi 1000 cm³-t, csak az ureum hatása alatt emelkedett 2000 cm³-ig. Ilyen körülmények között kezdtük el a pajzsmirigytabletták adagolását, eleinte napi 3 tablettával, később fokozatosan napi 7 tablettáig mentünk fel. Összesen 44 napig adtuk a tablettákat, ezalatt a beteg testsúlya 53,7 kg.-ra csökkent, oedemái megszűntek, vizelete a kezelés után 3—4‰ fehérjét tartalmazott. A hosszas és bőséges pajzsmirigyadagolás kellemetlen tüneteket egyáltalában nem okozott, még a pulsus szaporaságát sem fokozta. A beteget ezután még 7 hétig észleltük, diuresise állandóan jó volt, oedemák nem mutatkoztak, testsúlya 52 és 55 kg. között, a vizelet fehérjetartalma 3 és 6‰ között ingadozott, üledéke változatlan maradt. A vese functionális vizsgálata nem mutatott javulást, az oedemák kiürítése után végzett alkalmazkodási kísérlet eredménye szerint a vese sem higitani, sem koncentrálni nem tudott, a vizelet asthenuriás* volt (fajsúlya egy liter folyadék itatása előtt is, után is 1010 és 1012 között mozgott). A pajzsmirigykezelés jó hatása tehát tisztán tüneti, csak az oedema kiválasztását segíti elő, de a veseműködés javulását nem hozza létre. (Lásd az I. görbét.)

A nephritiseket acut, subacut és chronicus lefolyásukra szoktuk felosztani és a pajzsmirigy-kezelés hatásának megítélése szempontjából is czélszerű e felosztás mel-

* *Volhard* a vizeletkiválasztásnak ezt a típusát isostenuriásnak nevezi. Czélszerűbb azonban a *Korányi* által eredetileg alkalmazott asthenuria elnevezés, a mely a hypostenuria legmagasabb fokát jelenti, a melyben a koncentráció és higitó erő nemcsak csökkent, hanem teljesen elveszett. Az isostenuria kifejezés inkább egyenletes koncentráció vagy higitó működésnek felel meg.

lett megmaradni. Az acut esetek oedemája rendszeren nem szokott olyan makacs lenni, hogy szokásos kezelésünk mellett a pajzsmirigyre is szorulnánk, ellenben a subacut időszakba jutott nephritis-esetek közül 5-ben kísérleteztünk vele.

Első betegünk betegségének hetedik hetében kapott napi 1, illetőleg 2 pajzsmirigytablettát, ezt a kezelést azonban csak egy hétig folytattuk, miközben a vizelet napi mennyisége 500–1000 cm³-ről felemelkedett 1000–1500 cm³-re, azután a beteg hányni kezdett, s más gyógyszerekre tértünk át.

Második betegünket három hete fennálló nephritissel kaptuk és miután 3 hétig különféle diureticumokat adagoltunk sikertelenül, betegségének hetedik hetében napi 2 pajzsmirigytablettával is kísérletet tettünk. Eredmény erre sem mutatkozott, s a beteg állandó uraemiás tünetek között meghalt.

Harmadik nephritises betegünk betegségének negyedik hetében jött a klinikára, egész testére kiterjedő oedemával. Három hétig mindenféle huyghajtó kezelést és gyógyszert alkalmaztunk eredmény nélkül, ezért a kezelés negyedik hetében pajzsmirigytablettákat kezdünk adagolni, előbb két, azután három tablettát naponként, azonban a diuresis erre sem indult meg, s a beteg tüdőoedema beállta után meghalt.

Negyedik nephritises betegünk, akinek nephritise bronchopneumoniával és polyneuritiszel szövődött, betegségének hatodik hetében kezdett szedni napi két, majd három pajzsmirigytablettát. Nyolcz napi használat után elhagytuk ezeket, mert a beteg pulsusa állandóan 120 felett mozgott. (A tabletták szedése előtt is ilyen számú volt.) Ezalatt vizeletválasztása napi 1000–1200-ra emelkedett, oedemája jelentősen csökkent.

Ötödik esetünk egy hónap óta fennálló nephritissel, 67,5 kg. testsúllyal, anasarzával, ascitissel, cyanosissal, jobb- és balfél kissé megnagyobbodott szívvel, ékelt II. aorta-hanggal, 150 mm.-es vérnyomással, 16‰ fehérjét, számos vörös és fehér vérszövet, vesehámszövet, hyalin és szemcsés hengert tartalmazó vizelettel jött a klinikára. 9 napi eredménytelen kezelés után, mialatt hydrothoraxa is fejlődött, tértünk át napi 2 tablettára pajzsmirigyre, a mely adagot fokozatosan napi 5 tablettára emeltük fel. Mellette háromszor naponta 0,20 gr. coffeint is adtunk a bőr alá. A pajzsmirigykezelés harmadik napján a vizelet mennyisége, a mely eddig egyszer sem haladta meg az 1000 cm³-t, felemelkedett 1500 cm³-re, később 2000-re és 3000-re is. 24 napig adtuk a tablettákat, ezalatt a beteg testsúlya 67,5 kg.-ról 58,5-re csökkent, s a gyógyszer elhagyása után a bőséges vizeletválasztás tovább tartott, úgy hogy az oedema teljesen visszaféjődött. A vizeletválasztásra tehát ebben az esetben éppúgy, mint a fenn említett nephrosis-esetben, kitünő hatást fejtett ki a pajzsmirigy, azonban a vese kóros elváltozásaira ebben az esetben sem hatott. A functionalis vizsgálat a diuresis megindulása után is azt mutatta, hogy a vese rosszul hígít és rosszul koncentrál, a vizet késve választja ki; a vizeletben a fehérje a pajzsmirigykezelés megkezdésekor már csak 6‰ volt, ez ugyan lement később 3‰-re, de az üledék változatlan maradt. A vörösvér-maradék-nitrogéntartalma 0,097‰-ről 0,061-re csökkent, a vérnyomás azonban 150 mm.-ről 170-re emelkedett. A kezelés befejeztével a beteg napi 6–10 gr. konyhasót és 70–80 gr. fehérjének megfelelő nitrogént jól kiválasztott, s oedema nélkül hagyta el a klinikát. (Lásd a II. görbét.)

Az 5 subacut eseten kívül 3 időszült esetben is megkíséreltük a pajzsmirigykezelést.

Egyikük csak négy napig szedte a tablettákat, miközben testsúlya 2 és 1/2 kg.-mal csökkent, azután más okból elhagyta a klinikát.

A másik betegét 10 hónap óta fennálló nephritissel, az egész testre kiterjedő oedemával, hydrothorax-szal, ascites-szel vettük fel. 3 havi kezelésünk alatt 3 ízben próbáltuk meg rajta a pajzsmirigykezelést, azonban néhány nap után minden alkalommal el kellett hagynunk a beállott hasmenés és pulsus-szaporodás miatt. Ez volt különben az egyetlen esetünk, amelyben ezeket a kellemetlen mellékhatásokat észleltük. A körkép egyébként is súlyos, az oedema nehezen befolyásolható, a kórjósolat rossz volt a kezelés egész ideje alatt.

Nephritis chronicában szenvedő harmadik betegünknek insufficientia bicuspidalisban volt.

Ezzel kapcsolatban áttérünk a szívbetegségeket kísérő oedemák tárgyalására. Említettük már, hogy *Eppinger* kiváló sikerrel adagolta a pajzsmirigyét myodegeneratio cordis esetében, ellenjavaltnak tartja azonban a szívbillentyűk hibáiból származó szívelégtelenségben. Hozzáteszi, hogy vannak olyan esetek is, amelyekben látszólag aránytalanság áll fenn a vérkeringési rendszer kimutatható elváltozásai és a nagyfokú oedema között. Ezek az esetek hasonlítanak a myodegeneratio cordis eseteihez azzal a különbséggel, hogy annak tünetei mellett még jól kompenzált vitium tünetei is kimutathatók. A pajzsmirigy ilyen esetekben is kitünően befolyásolta az oedema kiürülését.

Klinikánknak myodegeneratio cordisban szenvedett betegek közül csak 5 esetben kezdünk pajzsmirigyadagolást. Közülök 4 súlyos beteg csak 4–8 napig kapta a tablettákat, jó hatást egyikükön sem észleltünk, s néhány nappal utóbb

mind a 4 meghalt. Ez a 4 amugy is eredménytelen eset kevés ahhoz, hogy belőle megítélhessük a pajzsmirigynek a myodegeneratio cordis kiserő oedemára való hatását.

Ujabbán még egy myodegeneratiós betegünknek adtunk pajzsmirigytablettákat, de erről később fogunk szólni a digitalissal való kombinációval kapcsolatban.

Három szervi szívbetegünkön is kísérletet tettünk a pajzsmirigytablettákkal, s egyikükön sikerült is a vizelet-elválasztást megindítani.

Nephritis chronicában és insufficientia bicuspidalisban szenvedő említett betegünk három hétig szedte a pajzsmirigytablettákat eredmény nélkül.

Másik szívbetegünk is a kéthegyű billentyű elégtelenségében szenvedett, s miután már kimerítettünk mindenféle gyógymódot, 5 napig pajzsmirigytablettát is adtunk. Eredményt ezzel sem értünk el, néhány nappal később a beteg meghalt.

A harmadik beteg 14 év óta szenvedett insufficientia bicuspidalisban és stenosis ostii venosi sinistri-ben. Életének utolsó heteiben vizeletválasztása erősen csökkent, oedemája nagymértékben fokozódott. Vizeletének napi mennyisége fokozatosan csökkent napi 200 cm³-ig, huyghajtó és a szívre ható gyógyszereink és a Karell-kúra hatástalanok voltak. Ekkor kezdtek el digitalis-főzet mellett az óvatos pajzsmirigyadagolást, amit 18 napig folytattunk. Ezalatt a vizelet napi mennyisége felemelkedett 2200 cm³-ig, az oedema teljesen megszűnt, a beteg feltünően összeszedte magát. A kezelést naponta háromszor fél tablettával kezdtük és ötször fél tablettáig emelkedtünk. A pulsus-szám a kezelés előtt 100 és 120 között volt, a kezelés után csökkent 80-ra. A beteg azután még 10 napig élt. A boncolás a kéthegyű billentyű elégtelenségét és a bal gyűjtőeres szájadék igen nagyfokú szűkületét mutatta.

Az utolsó esetben nem tisztán pajzsmirigykezelésről van szó, mert a beteg egyidejűleg digitalist is kapott. *Wagner v. Jauregg* azon tapasztalása alapján, hogy syphilisben a pajzsmirigytabletták az egyidejűleg adagolt jodnak hatását fokozzák, *Eppinger* megpróbálta súlyos ascites eseteiben a pajzsmirigy-calomel és vitium eseteiben a pajzsmirigy-digitalis kombinációt olyan módon, hogy a calomelnek, illetőleg a digitalisnak hatástalan alkalmazása után a betegnek pajzsmirigyét adott a azután megismételte a calomel, illetőleg digitalis adását. A calomelnél nem látott eredményt a közbeiktatott pajzsmirigykezeléstől, a digitalisnál azonban igen. Néhány esetében, ahol a digitalis hatástalannak látszott, a pajzsmirigytabletták alkalmazása után megismételt digitalis-adagolás eredménnyel járt. Ennek dacára óva int a pajzsmirigynek szívbetegségeiben való gyakori alkalmazásától. Esetünkben a pajzsmirigygyel egyidejűleg adtuk a digitalis-főzetet és hosszas adagolás után sem láttunk kellemetlen mellékhatást.

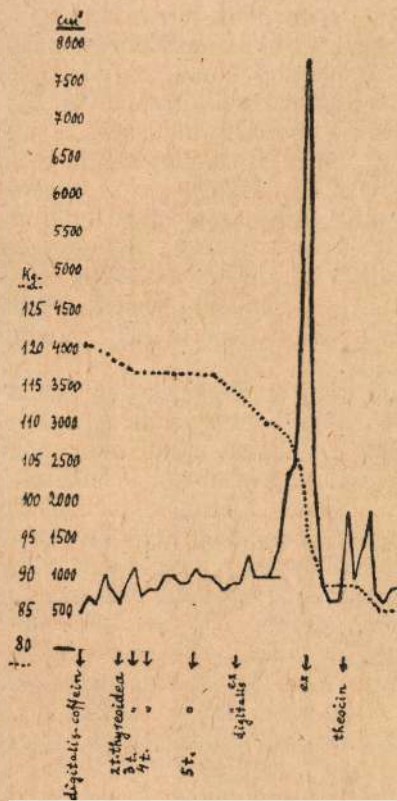
Ujabbán myodegeneratio cordis egy esetében alkalmaztuk a pajzsmirigy-digitalis kombinációt úgy, hogy hatástalan digitalis- és Karell-kúra után pajzsmirigyét adagoltunk és utána ismét digitalis-Karell-kúrát végeztünk.

50 éves nőbetegéről van szó, akin fél év óta légzési nehézségek, 3 hónap óta oedemák mutatkoztak. Felvételekor az alsó végtagok és a has bőre erősen oedemás, a hasban szabad folyadék is kimutatható, a szívtompulat jobb fele mérsékelten megnagyobbodott, a szívhangok tompák, az érverés szapora, arhythmiás, száma percenként 120. A vizelet fehérjét nyomokban tartalmaz. A beteg testsúlya 120,4 kg. A beteget 3 napig Karell-kúrán tartottuk, s 1 hétig digitalist és coffeint adtunk eredmény nélkül. Ezután 16 napig szedett pajzsmirigytablettákat (3-szor naponta 2–5 tablettát), de lényeges hatást nem láttunk tőle. A tabletták elhagyása után megismételtük a Karell-kúrát és a digitalis adagolását, amire a vizeletválasztás hatalmasan fokozódott (napi 7800 cm³-ig), a testsúly pedig 12 nap alatt 24 kg.-mal csökkent. Hat hetes kezelésünk alatt a beteg 34 kg.-ot veszített testsúlyából, s oedema nélkül, telt, feszes, rythmusos pulussal, percenként 80-as pulsus-számmal hagyta el a klinikát. Érdekes, hogy a pulsus-szám úgy ebben az esetben, mint az előbbiben nemcsak, hogy nem emelkedett, hanem percenként 120-ról 80-ra csökkent. (Lásd a III. görbét.)

Meg kell még emlékeznünk egy lymphogranulomatosisban és acromegaliában szenvedett betegünkről, akin betegsége folyamán szívelégtelenség következményeképpen nagyfokú oedema, ascites, hydrothorax fejlődött és akinek más, hatástalannak bizonyult gyógyszerek után pajzsmirigytablettákat is adagoltunk.

A 41 éves nőbeteget 2 évig kezeltük, de már 10–11 évvel azelőtt vette észre, hogy végtagjai, orra, álla nőnek, azonkívül gyakran

szervenved heves főfájásokban; ugyanazon idő óta menstruációja mind irtkábbá vált, s 5 év óta teljesen elmaradt. Ezen panaszaihoz körülbelül másfél évvel ezelőtt munkadyspnoë és anasarca járult. Amikor a pajzsmirigykezelést megkezdjük, a betegnek 68 kg.-os testsúlya és nagyfokú anasarca, ascitese és hydrothoraxa volt. Csak 6 napon át kapott 3-szor naponta 1 tablettát s erre diabetes insipidusra emlékeztető hatalmas polyuria indult meg, úgy hogy vizeletének napi mennyisége meghaladta a 6 litert. Ez a polyuriás időszak 2 hétig tartott, ezalatt vizenyője lényegesen kevesbedett, testsúlya 58 kg.-ra csökkent. A következő hónapokban még kétszer jelentkezett néhány napig tartó, de sokkal kisebb fokú polyuria. Pajzsmirigytablettákat ez alkalommal már nem kapott a beteg, azonban állandóan szedett egyéb cardiacumokat és húgyhajtó szereket. Az első és legfeltűnőbb polyuriás időszak ugyan közvetlenül követte a 6 napos pajzsmirigykezelést, azonban annál kevésbé állíthatjuk, hogy biztosan annak volt a következménye, mert lényegesen kisebb fokban ugyan, de még kétszer jelentkezett a nélkül is a polyuria és mert a beteg hypophysis-daganatban szenvedett, a mely az acromegalia tünetein kívül diabetes insipidust is okozhatott. Valószínűnek látszik azonban, hogy az acromegaliás betegen a pajzsmirigyadagolás valami módon megzavarta a belső secretiósi mirigyek egyensúlyát, s ilyen módon okozta a nagyfokú vizeletválasztást.



III. görbe. (Myodegeneratio cordis.)

Végeredményben tehát a pajzsmirigykezeléstől úgy vese-, mint szívbajos betegekben igen jó eredményeket láttunk, de eredménytelen eseteink is voltak. Káros mellékhatást nem észleltünk. Azokban az esetekben, amelyekben más húgyhajtó szerrel célt nem érünk, a pajzsmirigykezelést a beteg állandó megfigyelése mellett meg kell kísérelnünk.

Irodalom. Alison: Brit. med. Journ. 1897. — Biedl: Innere Sekretion. III. Aufl. 1. Bd. Berlin—Wien. 1916. — Coronedi: Boll. scienz. Med. 80. cit. Biedl. — Diebala-Illyés: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 39. k. 1897. — Eppinger-Steiner: W. kl. W. 1917. — Eppinger: Zur Pathol. u. Ther. d. menschl. Ödems. Berlin, 1917. — Gauthier: Les médications thyroïdennes. Paris. 1902. — Heinsheimer: Entwicklung u. jetziger Stand der Schilddrüsenbehandlung. München, 1895. — Korányi: Krankheiten der Harnorgane. (Diagn. u. ther. Irrt. v. Schwalbe). Leipzig, 1918. — Korányi: Orvosképzés. 1918. — Magnus Levy: Erkrankungen der Schilddrüse. (Handb. der Pathologie des Stoffw. v. Noorden, II. Aufl. Berlin, 1917.) — Lange: Ztschrft. f. Geb. u. Gyn. X. k. 1899. — Lichtwitz: Ther. Monatshefte, 1917. — Lichtwitz: Klin. Chemie. Berlin, 1918. — Munk: Pathol. u. Klinik der Nephrosen, Nephritiden u. Schrumpfnieren. Berlin—Wien, 1918. — Příbram: Gem. ärztl. Vortragsabende in Prag, 1917, ref. Med. Klin. 1917. 46. — Pick: u. o. — Strauss: Die Nephritiden. II. Aufl. Berlin—Wien. 1917. — Thevenot: Traitement thyroïdien des néphrites. Progr. méd. 1913, cit. Eppinger. — Volhard: Die doppelseitigen hämatogenen Nierenerkrankungen (in Mohr-Staehelin: Handb. d. inn. Med. Bd. III.) — Wagner v. Jauregg: Schilddrüse. (Wagner v. Jauregg u. Bayer: Lehrb. d. Organotherapie, Leipzig. 1914.)

Közlemény a kolozsvári magyar tudományegyetem sebészeti klinikájáról.

Az ulcus jejuni pepticumról.

Irta: *Vidakovits Kamill* dr., egyet. cz. rk. tanár, a klinika megbízott vezetője.

(Folytatás.)

Egy másik gyakorlatilag fontos tapasztalat az, hogy az ulcus jejuni a gastroenterostomia különböző válfajai után különböző gyakorisággal fejlődik, gyakrabban az elülső, mint a hátsó gyomorbélszajkésztések, leggyakrabban a Roux-féle gastroenterostomia után. v. Roojen kimutatásából kiderül, hogy 189 elülső gastroenterostomiára esik 6, 444 hátulsóra pedig 4 jejunalis fekély, vagyis 444 elülsőre 14 fekély. Eszerint az elülső gastroenterostomiára több mint kétszer annyi jejunalis fekély esik. Pontosabb kimutatás készítése azért nem lehetséges, mert az esetek mindenütt csak summarisan vannak említve és nem részletesen, hogy például a Roux-féle műtét után talált fekélyek száma egyáltalában hány ilyen műtét után észleltetett.

v. Roojen következő táblázata is csak ily szempontból értékesíthető, és csak azt mutatja, hogy az egyes műtéti válfajok után egyáltalában hány esetben észleltetett a fekély.

Gastroenterostomia antecol. ant.	29
" " és anastomosis	12
" " y-formis	10
összesen	51.
" retrocol. post.	22
" " és anastomosis	1
" " y-formis	3
" antecol. "	1
összesen	27
" retrocol. anter.	1

Eszerint az elülső gastroenterostomia után hétszer gyakoribb a fekély, mint a hátsó után. Hogy az egyes számok hány megfelelő műtét után észleltettek, erre nézve csakis az egyes szerzőknek összstatisztikája adhat felvilágosítást. A táblázatnak ilyen értelmezése mellett például a Roux-féle gastroenterostomia után jelentkezett 13 eset igen magas számot jelent, mert a műtétnek ezt az alakját általában sokkal kevesebbet gyakorolják, mint a többi, ha ennek dacára még itt is elég magas számot kapunk, ez azt bizonyítja, hogy a Roux-féle műtét után aránytalanul gyakoribb a jejunalis fekély, mint a többi után.

Mi elvileg csakis hátsó gastroenterostomiát végzünk és csak kivételes esetekben, kényszerítő körülmények hatása alatt fordulunk más műtéti válfajhoz, így az I. sz. esetünkben a műtő a Roux-féle műtétet végezte, és ebben az esetben csakugyan képződött is fekély. Egyébként csak még egy esetben láttunk jejunális fekélyt, ez esetben azonban a gastroenterostomosis nem a mi klinikánkon végeztetett (talán Murphy-gombbal!). Úgy, hogy azt mondhatjuk, hogy mi hátsó gastroenterostomia után egyáltalában nem láttunk jejunális fekélyt.

II. Az ulcus jejuni aetiologiája.

Az ulcus jejuni pepticum aetiologiájában igen különböző tényezők játszanak szerepet, ezek között kétségtelenül a sósav, illetve a gyomor emésztőnedve játszsza a főszerepet, mely a gastroenterostomia után oly bélrészeket ér, melyekkel különben csakis az epével és pankreasnedvvel való közömbösíttetése után jut érintkezésbe. Minél távolabb esik a gyomorbélszajadék készítéséhez vett beldarab a gyomortól, annál kisebb a resistentiája a gyomor emésztőnedvével szemben, azért gyakoribb a fekély az elülső gastroenterostomia után, melyhez tudvalevőleg sokkal hosszabb bélkacsot kell használnunk. Épp úgy gyakoribb azon műtéti válfajok után, melyeknél a sósav közömbösíttetlenül éri el a belet, tehát főleg a Roux-féle műtét után, valamint a Braun-féle anastomosissal párosult elülső gastroenterostomia után.

Mindkét tekintetben a mi eseteink különös figyelmet

érdemelnek, különösen az I. sz., mely valóságos kísérleti értékekkel bír.

Az I. sz. betegén az első műtét után — gastroenterostomia antecol. ant. Braun-féle anastomosis nélkül — nem fejlődik ulcus jejuni, dacára annak, hogy nagyfokú hyperaciditás van jelen. A gastroenterostomia nyílása megszűkül, a jejunumban sarkantyú képződik, melynek következtében az odavezető kacs gyomorszerűen kitágul, vagyis circulus vitiosus fejlődik ki. Ezen lelet alapján, különösen a sarkantyú miatt, mégis fel kell vetni a kérdést, vajjon a sarkantyú nem volt-e egy a gyomorszájadékkal szembenfekvő jejunális ulcus következménye? A kérdésre nemmel kell felelnünk, és pedig azért, mert eltekintve attól, hogy a műtét lap nem emlékezik meg arról, hogy a sarkantyú nagyfokú (vagy egyáltalában) heges megvastagodást mutatott volna, a mi ulcus esetén mindenesetre jelen lett volna, a beteg nem panaszkodott fájdalomról. Már pedig nem gondolható, hogy a gyomorszájadékkal szemben lévő ulcus ilyeneket nem okozott volna. Tapasztalataink azt mutatják, hogy az itt székelő ulcusok igen fájdalmasak. Ezt a tényt mindkét esetünk igazolja, ahol, midőn az ulcus e helyen találtuk, a betegek a legrettenetesebb fájdalomról panaszkodtak, a mi abból magyarázható, hogy a fekély úgy a gyomornedv — mely hyperacid volt —, mint az ételrészek mechanikai izgatásának is állandóan és közvetlenül ki van téve. A beteg csak nagy mértékű hányás állott fenn, fájdalmai ellenben nem voltak. A hányások a második műtét után, mely anastomosis készítésében állott az oda- és elvezetőkacs között, megszűntek és a beteg utána 15 hónapig jól érzi magát. Ezen jólléte is amellet bizonyít, hogy nem lehetett ulcusa, mert különben mégis csak lettek volna valamelyes kellemetlenségei ezen második műtétje után is. Most azonban egyszerre fájdalomról kezd panaszkodni a beteg, nagyfokú hyperaciditás mellett. A harmadik műtétkor olyan leletre akadunk, mely kétségtelenül ulcus mellett szól. Ugyanis a gastroenterostomia nyílása rendkívül módon meg van szűkülve, szélei callosusak, körülötte kiterjedt összenövések vannak. Ilyen callosus tömeg csakis ulcus után vagy mellett észlelhető. Sajnos, a kórrajzban a műtét után nyert készítmény leírása hiányzik.

A betegség eddigi lefolyásából következik, hogy amíg a gyomornedv epével és pankreasnedvvel együtt haladt át a gyomorbélszájadékon — tehát az első műtét utáni állapotnál —, fekély nem képződött, mert hiszen az egyszerű gastroenterostomia antecol. anteriornál e nedvek először regurgitálnak a gyomorba; de igenis képződött, mikor a Braun-féle anastomosis az epe-pankreasnedvet vagy annak legalább is egy részét továbbította a bélbe anélkül, hogy a gyomorbélszájadékkal érintkezett volna.

Ezen harmadik beavatkozás alkalmával végzett hátulsó gastroenterostomia után a beteg két és fél évig jól érzi magát, csak közben van egyszer véres széke. Tehát ulcusnak kell jelen lennie! Ezen idő elteltével fájdalomról kezd panaszkodni és ismét rosszul lesz. Az utolsó műtét után két évvel végzett újabb — tehát negyedik — műtét alkalmával kiderül, hogy a gastroenterostomia nyílása ép, ellenben a Braun-féle anastomosis nyílásánál van a passagezavar. Arról nincs említés téve, hogy itt ulcus volna, ellenben kiterjedt összenövések találtak a gyomor hátulsó fala és az oda varrt belek között. Itt is felvethetjük a kérdést, vajjon nem képződött-e most az anastomosisnál fekély? A fájdalmak fekély mellett szólnak, éppúgy az előző vérzés is. Hogy a gyomorbélszájadékban nem volt fekély, azt a műtét lelet külön kiemeli. A Braun-féle anastomosisnál fennállott akadály oka az összenövésekben is lehetett. Joggal kérdezhetjük tehát, vajjon nem a régi pylorikus fekély okozta-e újból az ulcuspanaszokat? Mert hiszen az ulcus gyógyulására nézve a nagyfokú pangás miatt igen kedvezőtlen viszonyok állottak fenn.

Ezen feltevés mellett szól a Röntgen-vizsgálat is, melylyel az találtatott, hogy a bismutpép legnagyobb része ismét a pyloruson át távozik, hogy tehát a gastroenterostomia nem jól működött, hogy a pylorus ismét nagyobb munkát volt kénytelen végezni és így nem volt nyugalomba helyezve. Feltevésünk tehát annál inkább jogosult, mert amint a műtét alkalmával kiderült, a pylorus is nagyfokban meg volt szűkülve. Szűk és

működő pylorus fekély esetén nagy fájdalomokat okozhat. A véres szék nem szól a pylorus ulcusa ellen, mert abban az időben a beteg még egyáltalában nem hányt, azaz az innét eredő vér a bélbe jutott és nem a gyomorba, illetve abból hányás útján kifelé.

Mindezek alapján nem állíthatjuk, hogy a Braun-féle anastomosis nyílását zsugorodó ulcus szűkítette volna meg.

Ez alkalommal olyan gastroenterostomiát végeztek, mely után a beteg panaszai úgyszólván azonnal visszatértek. Amint a műtét jegyzőkönyvből kiderül, Roux-féle műtét végeztetett, vagyis az a félesége a gyomorszájadékkészítésnek, mely után a fekélyképződésnek előbb említett káros körülményei leginkább érvényesülnek, midőn a sósav közömbösítetlenül érintkezik a jejunum egy darabjával és midőn a szájadékkészítéshez távoli béldarabot kell használni. Valóban a beteg most igazi ulcustünetek jelentkeznek: rettenetes fájdalmak, melyek úgyszólván állandóan fennállanak és nagyfokú vérhányás, valamint véres széklet is. A két évvel később végzett újabb beavatkozás alkalmával tipikus ulcus jejunit találunk a gastroenterostomia helyén.

Ezen utolsó beavatkozás után az ulcus talán már azonnal a műtét után keletkezett, dacára annak, hogy a gyomorsav viszonyai nem voltak nagyon abnormalisak, összaciditás 30, szabadsósav 25.

Ezen esetünk a kísérlet tanulságának erejével igazolja a mondottak igaz voltát. Bizonyító erejük e tapasztalatoknak annál nagyobb, mert egy és ugyanazon egyéneken szereztettek, amikor tehát mindig ugyanazon egyéni viszonyokkal, ugyanazon dispositióval számolhattunk; úgy hogy ezen észlelésekből joggal azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a fekélyképződések oka itt — dispositio mellett — csakis a különböző műtétekben, illetve az általuk teremtett különböző viszonyokban rejlik.

Levonhatjuk ezen megfigyelésekből azt a következtetést is, hogy az ulcus jejuni nem mindig csakis hyperaciditás mellett képződik. Az utolsó műtét után aránylag alacsony sósavértékek mellett leggyorsabban keletkezett az ulcus. Ezzel szemben mikor a sósav igen soknak találtatott, ulcus csak lassan vagy egyáltalában nem fejlődött. Eszerint azt kell hinni, hogy nem szükséges mindig hyperaciditás jelenléte az ulcus kifejlődéséhez, hanem inkább csak az, hogy gyomornedv egyáltalában jelen legyen. Hyperaciditás mellett talán még gyorsabban képződik a fekély, ha erre egyébként a feltételek meg vannak adva. Klinikai tapasztalataink amellet szólnak, hogy rendszeren sósav túltermelése mellett jön létre a fekély. Hiszen az ulcus jejunit chronikus fekély eseteiben észleljük csak, és csak egyetlen egy esetet ismerünk, amikor anacid gyomor mellett fejlődött fekély a jejunumban, Lennander esetében, amelyben carcinoma és nem ulcus ventriculi után képződött. v. Roojen szerint 25 eset közül 17-ben hyperaciditás volt jelen.

Az állatkísérletek sem dönthettek teljes bizonyossággal a hyperaciditás jelenlétének feltétlen szükségessége mellett. Hazai szerzők közül Borszékly foglalkozott az ulcus jejuni pepticum kísérleti úton való előállításával. E célból 12 kutyán végzett mindenféle gastroenterostomiák, pylorus-szűkítéssel és anélkül, és állatait hónapokon keresztül sósavval etette. Mégis csak egyetlenegy esetben észlelhetett jejunális fekélyt (az állat a műtét utáni 16. napon perforatio következtében elpusztult).

Katzenstein két esetben látott ulcus jejunit kísérleti állatain, megjegyzendő azonban, hogy mindkét esetben a bél nyálkahártyáját durván sértette és tiszta sósavval etette. Nyilvánvaló, hogy az így keletkezett ulcusokat nem szabad az emberben előfordulókkal azonosnak tekinteni, legalább is nem a létrejövetele viszonyokat illetőleg. Ilyen durva sértés a műtétkor sohasem történik. A többi szerző kísérleti eredményei igen ellentmondók, csak kivételesen találkozunk egy-egy trauma nélkül fejlődött ulcussal, így Watts esetében. Bidtel esetében az epe-pankreas közös vezetéke a bőrbe volt kivezetve.

Az ulcus jejuni kifejlődésében tehát nemcsak a sósavnak jut szerep — ez kivülálglik különben abból is, hogy az esetek egy részében az odavezető kacsban találtatott az ulcus, tehát olyan helyen, ahová a sósav el sem szokott jutni —, hanem valószínűleg más tényezőknek is. Ilyen első sorban az előbbi kísérletekben már említett trauma, a nyálkahártya sérülése. Nagyon való-

színűnek látszik, hogy egy a gyomor-emésztéshez nem szokott bélnyálkahártyán lévő sérülés a gyomornedv hatása alatt fekélyé alakul át. Ezt az aetiologias momentumot az emberi ulcus jejuni-nál sem lehet elutasítani, mert a műtét alkalmával kisebb-nagyobb trauma mindig éri a belet, különösen a bélfogók alkalmazása által, de kemény ételrészecskék által utólag is sérülhet még a nyálkahártya. Talán a sarkantyúképződés is ilyen a gyomornyílással szemben fekvő nyálkahártyasérülés következménye, kisebbfokú sérülések esetén, amelyeknek helyzeténél fogva a bélrészlet nagyon is ki van téve. Azonban kívülről is érheti a belet trauma.

II. számú esetünkben a külső traumát mint aetiologias momentumot nem lehet elutasítani. Azt látjuk, hogy a beteg a gastroenterostomia után egy évig teljesen jól érezte magát, ekkor gyomra táját erősen megüti gerendába. Azonnal vért hány és igen heves fájdalmakat érez; ezen pillanattól kezdve beteg. Nem tehető fel, hogy neki addig lett volna már ulcusa; annak ugyanis a harcztéri rendetlen élet és táplálkozás mellett okvetlenül kellett volna tüneteket okoznia annál is inkább, mert az ulcus, mint a műtét alkalmával látható volt, a gyomor nyílásával szemben foglalt helyet. Azért joggal tehetjük fel, hogy az útés a gastroenterostomia helyét érve, megsértette a nyálkahártyát, mely sérülés a sósav hatása alatt ulcussá alakult át. Ebből magyarázhatók az azonnali fájdalmak és a későbbiek is. Hogy csakugyan a gyomor vagy bél durvább sérítése jött létre a megütés alkalmával, azt az azonnali vérhányás bizonyítja. Trauma és fekélyképződés olyan gyorsan követte egymást, hogy köztük az ok és okozati viszonyt fel kell venni.

Ezek mellett az okok egész sorát vették még fel. Így *Rotgans*, *Schostak*, *Haberer* és mások a nyálkahártya varrásának nem elég szabatos voltát okolják, mint a fekélyt megindító egyik momentumot. Az előbb elmondottak alapján a varrás hiányossága mellett éppen úgy maradhatnak sebhelyek, mint a traumás sérülések után, ezért arra kell törekednünk, hogy a nyálkahártya egyesítése a legnagyobb pontossággal történjék. *Kocher* egy ízben görcsös alapon fennálló stagnatiót észlelt az egyik kacsban és hajlandó feltételezni, hogy az ulcus kifejlődése e pangás következménye volt. Mások a pankreasnedv és epe hiányából — a bél egy részében — magyarázzák a fekélyképződést, amint azt *Bickel* már említett esete bizonyítaná, melyben az epe és pankreas vezetéke a bőrbe volt kivarrva. *v. Roojen* szerint azonban a kísérleteknek nem szabad túlnagy jelentőséget tulajdonítani, mert a papilla Vaterin túl is fordulhat elő duodenalis fekély, tehát közvetlenül az epének a bélbe való ömlése helyén is. Másrészt a jejunum odavezető kacsában is létrejöhet a fekély. Különben is *Katzenstein* kísérleteiből tudjuk, hogy a gastroenterostomia bármely fajtájánál epe mindig regurgitál a gyomorba, tehát epe mindig található minden bélrészletben a gyomorbeáradékképződés után. Végül *Tiegel* és mások a mesenterialis erek sértését, illetve azoknak sclerosis voltát okolják mint előidéző tényezőket.

Végül meg kell még emlékezni az idegbefolyás szerepéről is az emésztőtractus fekélyes folyamatainak kóroktanában. Azonban ismereteink e téren még olyan szűkösek és ellentmondók, hogy végleges ítéletet ezek alapján nem szabad még mondanunk. Nem fér azonban kétség ahhoz, hogy bizonyos fekélyek létrejövetelében nagy jelentősége van, így elsősorban fiatal chlorotikákon. Ezen rendkívül labilis érbeidegzés alatt álló egyénekben az erek falában beálló tartós görcsös állapot olyan táplálkozási elváltozásokat okozhat a gyomor falában, mely a fekély kifejlődésének jó talaja lehet. Ugyancsak idegbefolyás következménye ezen egyéneknek hyperaciditása is. Ha e két feltétel találkozik — rossztáplált gyomorfallal és hyperaciditással —, könnyen fejlődhet fekély is. Másképpen áll a dolog a vagusbeidegzés kiesése mellett. Általánosságban ma azt kell mondani, hogy a vagus átmetése után fekélyek fejlődhetnek a gyomorban. A szerzők egy része pozitív eredményű kísérletekről számol be. Így *Zironi* eseteinek 63%-ában látott fekélyt fejlődni, ha állatainak vagusát a cardia felett átmetsette; *Ophüls* és *Szeren* hasonló eredményekről számol be; viszont más szerzők tagadják a vagusnak e szerepét, így *Donati*. Ugyancsak állatkísérletek alapján ismerjük a ganglion coeliacum és plexus coeliacus szerepét a gyomor, illetve bélfekélyek ki-

fejlődésében. *Kawamura* e képletek kiirtása után pozitív eredményt észlelt, de nemcsak akkor, ha e képleteket kiirtotta, hanem akkor is, ha ezeket egyszerűen megbolygatta, illetve az állat hasüregét összeturkálta. E tapasztalat mindenesetre nagy értékkel bír számunkra gyakorlati szempontból, mert hiszen minden műtéti beavatkozás a gyomron vagy bélen a hasüreg szerveinek megbolygatását jelenti. Azonban meg kell jegyeznünk, hogy e kísérletek eredményét nem szabad minden további kritika nélkül az emberre is vonatkoztatni, más az állati szervezet és más az emberé, a mi már abból is kitűnik, hogy állatokon idiopathiás gyomor- vagy bélfekélyt nem is észlelünk, de kísérletileg is csak igen nehezen sikerül ilyen létrehozni. Tudjuk, hogy a kutya gyomornedvében olyan nagy mennyiségben van jelen sósav, a milyen mennyiségben emberben még a leghatározottabb viszonyok mellett sem fordul elő. Ezért van az, hogy a kutyát igen koncentrált sósavval kell etetni, és gyomrát vagy belét igen súlyosan kell traumásan sérteni, hogy e szervek nyálkahártyáján fekély képződjék. E kísérletek eredményét tehát csak cum grano salis szabad az emberre vonatkoztatni, miért is az idegbefolyás szerepének kérdését is nyílt kérdésnek kell tekintenünk és megoldását annyival inkább nehezebbnek tartanunk, mert olyan kísérleteket, mint az említettek, emberen — érthető okokból — nem lehet végezni.

Végül meg kell említenünk *Gundermann* kísérleteit is, a ki a máj ereinek leköttése, illetve a májnak ezáltal okozott szöveti sérülése után a jejunumban, illetve a duodenumban multiplex fekélyképződést észlelt. Hogy mennyiben alkalmazható e kísérletek eredménye az emberre, azt szintén nem lehet még megítélni.

Mindezen okok felvétele azonban még nem elegendő a fekély létrejövetelének magyarázatához, mert ha csak ezek szerepelnének, akkor sokkal gyakrabban kellene a jejunalis fekélyrel találkozunk, mint ahogy azt eddig észleltük. A gastroenterostomiával létesített új állapot mindig ugyanaz, a gyomor savbeli viszonyai sem változnak meg egyszerre a gastroenterostomia után, a technikánk is mindig ugyanaz és mégis körülbelül csak egy százalékban fejlődik ulcus. Itt tehát még valaminek kell közreműködnie, a mit eddig nem ismerünk, ezt az ismeretlent jobb híjján dispositiónak nevezük. Ma a dispositio még általános fogalom, de talán sikerülni fog idővel ezt a valamit is helybeli vagy általános szervezetbeli elváltozások alapján közelebbről meghatározni. Hogy a dispositio nagy szerepet játszik az ulcusok aetiologiájában, azt I. sz. esetünk kétségtelenül bizonyítja és bizonyítja az az esetek is, melyekben az egyik ulcus meggyógyulása után másik keletkezett, a mint azt műtétek és obdukciónál alkalmával nem egy ízben tapasztalták már.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Ideg- és elme-kórtan.

A paralysis gyógyítása. *Anton* és *Voelker* a sinus confluens felől kívánja az agyat a *Pregl* ajánlotta jodoldattal, mely parasitotrop és közömbös az agyszövetre, sterilizálni s a paralysist ily módon gyógyítani. Vizsgálatai szerint a sinus confluens felől az agydúcok, az agykéreg és a mélyebb agykocsi részecskék is elérhetők és kifecskendezhetők antisepsis folyadékkal. (Eme gondolatokért a referens kísérletileg hullákon orosz fogságában megkezdte s a paralysis és sclerosis multiplex fertőzési útjáról írt munkájában más oldalról világítja meg; az agy sterilizését *Knauer* módszerével az arteriosus vérpályán keresztül és a venosus vérpályák útján együttesen kellene megkísérlni.) (Münchener med. Wochenschrift, 1920, 33. szám.) *Schuster Gyula dr.*

Gerinczvelősebeszet. *Eigelsberg* a bajor sebészeti társaság 1920 június 26.-án tartott ülésén 142 gerinczvelő-műtétről számolt be. 108 esetben a körülírt meningitis serosa tünetei fejlődtek ki. Az orthopaediai kezelés a teljesen béná-

kat is talpraállította. Feltűnő volt, hogy egy erysipelas-esetben az orbáncz a bőrérzéstelenség határán megállott. Frontalis irányú Röntgen-felvételekkel az egész kis csigolyatestgócok (spondylitis) is kimutathatók. A tumorok kimutatása nehéz. Cauda-tumor eseteiben a keresztstáji fájdalmak és egyvagy kétoldali Achilles-inreflexhiány az egyedüli kórtünetek.
Schuster Gyula dr.

Belorvostan.

A **tüdő kórta**hoz szolgált adatokat *Eppinger és Wagner*. Elsősorban a tüdő obliteráló endarteriitisének kórképével foglalkoznak az irodalomban található adatok és öt saját megfigyelésük alapján. Az idetartozó eseteket sem az élön, sem a bonczoláson nem szokták felismerni, többnyire csak a mikroskopi vizsgálat állapítja meg a bajt, a mely a következő tünetekkel jár: Nagyfokú cyanosis és vizenyő feltűnően csekély nehézlégzés mellett, a Röntgen-kép nem jelez tüdőbeli pangást, a kevés köpetben nincsenek úgynevezett szívbafejtek, a bal szív kicsiny, a jobb szív ellenben hatalmasan megnagyobbodott, a pulsus kicsiny, nagy a hajlandóság tüdőinfarctusok képződésére. Anatomice az arteria pulmonalis legkisebb ágainak endarteriitise mutatható ki. — A továbbiakban a tüdőerek gyógyszeres befolyásolására vonatkozó kísérletekről számolnak be a szerzők, a melyekből kiderült, hogy a kis vércör ereinek külön szabályozó mechanizmusuk van. Digitalis nagy adagban összehúzza a tüdőereket, papaverin és coffein ellenben kitágítja; nagy digitalis-adagok használatakor ezért czélszerű ez utóbb említett szerek egyikével kombinálni a digitalist. (Wiener Archiv für innere Medizin, 1. köt., 1. füz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A nátha és angina megelőzésére és gyógyítására *Finck* nagyon ajánlja a jodot kis adagban. A következő oldatot használja: jod. pur. 0.3, kal. jodat. 3.0, aqu. destill. 30.0; gyermekek 10 éves korig 5 cseppet, nagyobb gyermekek és felnőttek 8 cseppet, nagyon erőteljes emberek 10 cseppet vesznek 1/4 pohár vízben és ezt még 1/2 pohár vízzel leöblítik. Prophylaxisos czélzattól ez az imént említett adag naponként egyszer, gyógyítás czéljából pedig kétszer (2 órával a reggeli után és este a lefekvés előtt) adandó; a javulás beállta után még 10 napig veendő be naponként egyszer az orvosság. Végül megjegyzi a szerző, hogy a jod nagyon jó szolgálatokat tehet azon fertőző betegségek megelőzésére, a melyek alkalmasint a légzőutak nyálkahártyáján át jutnak a szervezetbe; ilyen a kanyaró, a vörheny, a variola, az influenza. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 15. sz.)

A pertussis chinin-therapiájáról ír *Stardk*. Ajánlja a chininum sulfuricumot és hydrochloricumot suppositorium alakjában, továbbá a chineonalt (chinin veronallal); ez utóbbi adható belsőleg tablettákban, egy évre 0.05 gramm mennyiségben naponként 4—5-ször; legjobb e tablettákat valamilyen pépes ételbe keverve, megrágás nélkül lenyeletni; suppositorium alakjában is adható; egy suppositorium az említett adag kétszeresét tartalmazza és naponként kétfő alkalmaztassék. Bőr alá fecskendezésre leginkább a fussalvint (hydrochininum hydrochloricum) használják. Ez intramuscularisan adva egy esetben súlyos necrosist okozott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 16. szám.)

Vegyes hírek.

Socialhygienés akadémiaikat állítanak fel Németországban Breslauban, Charlottenburgban és Düsseldorfban. Elő fogják adni a socialis hygienét, a socialis pathológiát, a socialis törvényhozást, az élet- és balesetbiztosítást, az orvosok organisatióját. Egy-egy tanfolyam négy hónapig fog tartani. Az első tanfolyam Breslauban már ez év októberében lesz megtartva; vezetésével *Prausnitz* tanárt bízták meg.

Személyi hírek külföldről. *R. L. Müller* würzburgi rendkívüli tanárt kinevezték az erlangeni egyetem belorvostani tanszékére. — *A. Grotjahn* docens a berlini egyetemen a socialis hygiene rendes tanára lett. — *Piskacek*, a bécsi bábaképző igazgatója, az egyetemi rendkívüli tanári címet kapta. — *O. Kleinschmidt* dr.-t a lipcsei egyetemen a sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki.

• *Meghalt. H. Ahrens* tanár, a heidelbergi egyetem fogászati intézetének igazgatója. — *L. Dreyer*, a sebészet rendkívüli tanára Breslauban.

Óvás! Budapesten egyedül jogosított **eredeti Dr. Zander** prof. rendszerű gyógyintézet **nem bérbeadó.** **Dr. Melha Armand,** **Dr. Melháné dr. Hilf Paula,** **Dr. Mandler Ottó,** **Dr. Reich Miklós-féle Zander-intézet (IV., Semmelweis-u. 2.) igazgató-tulajdonosai.**

A Gábor Andor és Társa czég értesíti a mélyen tisztelt Orvosi kart, hogy eredeti *Finzelberg Ergotin* érkezett. A tévedések elkerülése végett megjegyezzük, hogy a fennálló törvények értelmében Ergotint csak gyógyszerész árusíthat és ennél fogva ezen készítményt csak gyógyszerészeknek szállítjuk.

MEDIKO-MECHANIKA, orthopádia és vizsgyógyintézet a **Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN.**

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. **Budapest, VII., Városligeti fasor 9.** Telefon: József 15—26.

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnosztikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatorium Zander-féle gyógyszermechanikai osztály bejáró betegek részére is.

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

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

PÁLYÁZAT.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító-Pénztár a budai oldalon a III. kerületben, továbbá Kispesten és Ujpesten megüresedett egy-egy kezelőorvosi állásra, valamint három ellenőrzőorvosi állásra pályázatot hirdet.

Az oklevélmásolattal, curriculum vitae-vel és az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal felszerelt pályázati kérvények 1920 szeptember 20.-áig ezen pénztár főorvosi hivatalában (VIII., Köztemető-út 19/b, I. em.) nyújtandók be. Ugyanitt hétköznap d. e. 10—1 óra között az állásokra vonatkozó közelebbi felvilágosítást adnak.

Budapest, 1920 augusztus 24.

Gáspár Ferencz dr. s. k.,
3596/1920. fh. a pénztár vezetésével megbízott kormánybiztos.

Piliszentiváni bányatelepünkre keresünk fiatal orvost jó javadalmazással és kérjük a tisztelt pályázó orvos urakat, ajánlataikat a Budapestvidéki köszénbánya r.-t. társaságának címezve, V., Lipót-körút 12. sz. alatt leadni szíveskedjenek. Az állás minél előbb foglalandó el. Az állással megállapodásszerű készpénzilletményeken kívül még természetbeni lakás, fűtés, világítás és ételmezői kedvezmények is járulnak.

Fango-Gyógyintézet

Hungária fürdőben (VII., Nyár-utca 7.)

Intézeti rendelés d. e. 9—12-ig, otthon d. u. 3—5-ig. Rheuma, ischias, izom- és ízületi elváltozások. Massage és electrotherapia. — Házi kezelések.
Dr. Vándor Dezső e. kórházi főorvos.

Zebegényi-féle

steril injekciós oldatok

fiolákban; pontos adagolás, gondos készítés.

„ARANY KERESZT” gyógyszerház

Budapest, V., Nádor-utca 24.

FISCHER PÉTER és TÁRSA R.-T.

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

Fióközlétek 1920 augusztus 1-től kezdve

VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körút 8.

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19—24.