

# 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.

Scpiades Elemér: A mesterséges hüvelykészítésről. 273. lap.

Hollaender Leó: Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., ny. r. tanár.) Kísérletek az anaemia perniciosus gyógyítására. 277. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Szülészet és nőorvostan. Pfleiderer: A gátvédelem új módjáról. — Gyermekorvostan. Grosser: A gyermekek gümőkórjának diagnostikája. — Venerás betegségek. G. Fantl: A spirochaeták mérégállóságának kérdése. — Húgy-szervi betegségek. O. Schwarz: A pollakisuria gyógyításáról. — Kisebb közlések az orvgyakorlatra. 278–280. lap.

Vegyes hírek. 280. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## A mesterséges hüvelykészítésről.

Közli: Scpiades Elemér dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A fejlődéstanból tudjuk, hogy a felnőtt nőben egységes egészet alkotni látszó összes nemi szervek három egymástól lényegileg különböző képződményből keletkeznek.

Az egyetlen lényeges nemi szerv, a petefészek, a csirimirigyből képződik.

A járulékos nemi szervek közül pedig a belsők a két Müller-féle csőből fejlődnek ki, még pedig úgy, hogy a kürtök az említett csöveknek legfelső, párosnak maradó részéből, a méh és a hüvely pedig e csöveknek egymással összeolvadó középső, illetőleg alsó részéből keletkeznek.

A szeméremtestnek nevezett külső nemi szervek végül a Müller-csővek alsó, vakon végződő kúpjával, az úgynevezett Müller-féle dombbal, szemközt besüppedő sinus urogenitalisból alakulnak ki.

A női nemi szerveken mutatkozó fejlődési rendelleneségek leggyakrabban előforduló formáit a Müller-csőveknek és főként azok középső és alsó harmadának anomáliái szolgáltatják.

Ezek közül is leggyakrabban találkozunk a fejlődési rendellenességeknek azon fajtáival, melyek onnan származnak, hogy a Müller-csőveknek alsó vagy középső harmada csak tökéletlenül vagy egyáltalán nem olvad össze. Ezen képződési hibának a legkülönbözőbb nevű duplicitások az eredményei, melyek közül megint a Müller-csővek alsó harmadának, tehát a hüvelynek a duplicitásai a leggyakoribbak.

A gyakoriság szempontjából mindjárt ezek után az a fejlődési rendellenesség következik, mikor a hüvelylyé összeolvadt Müller-csőveknek alsó, vakon végződő kúpját a sinus urogenitalistól elválasztó fal nem kopik át. Ilyenkor hymenalis atresiáról szólunk.

A legritkábbak végül azok a fejlődési rendellenességek, melyek onnan származnak, hogy a Müller-csővek egyik vagy mindkét oldalán egészen vagy egyes szakaszokon egyáltalán nem fejlődtek. Ebből keletkeznek a legkülönbözőbb genitális aplasiák, melyek között megint a Müller-cső alsó harmadának, tehát a hüvelynek az aplasiái a leggyakoribbak.

Ismeretes az is, hogy a női nemi szervek a fejlődési rendellenességek nem tartoznak éppen a túlságosan ritkaságok közé. Ennek bizonyására hozom fel, hogy azon időszakból, mikor a fővárosi Szent Rókus központi kórház szülő- és nőbeteg-osztályát mint helyettes főorvos vezettem, az első 16 hónapnak 3248 szülészeti és nőgyógyászati fekvőbeteget felölölő anyagában nekem is 6-szor (azaz 0.2%-ban) volt alkalmam a nemi szervek fejlődési rendellenességeivel találkozni. Ezek közül a duplicitások csoportjába tartozott 3 (1918 február havi 107. sz. szül. kim.: uterus bicornis a bal szarv

terhességével, spontan szülés kiviselt magzattal. 1918 november havi 4. sz. női kim.: uterus didelphis bicollis, vagina partim septa. Tumor adn. l. utr. post abort. Lobellenes és felszívató kezelés. 1918 október havi 42. sz. női kim.: vagina septa, septum-kimetszés), a gynatresiák csoportjába 1 (1917 december havi 12. sz. női kim.: atresia hymenalis, haematokolpos, hymenincisio), végül az aplasiák csoportjába kettő, és pedig két aplasia vaginae.

Ez az utóbbi két eset volt mind között a legérdekesebb. Róluk s azoknak kapcsán a mesterséges hüvelykészítés kérdéseiről kívánok itt most beszámolni.

A mesterséges hüvelykészítést célzó eljárások első csoportjába azon műtéti tevékenységek sorolandók, melyek valamely *lebenykészítő eljárással* igyekeztek a közösülésre alkalmas járatokat teremteni. Ezen eljárások első kísérleteivel 1872-ben Heppner-nél találkozunk legkorábban.

Az ide tartozó műtéteknek azonban két nagy hibájuk volt.

Az egyik hiba az volt, hogy a nagy fáradtsággal készített mesterséges hüvely a lebenyeknek, főként a hüvely magasabb szakaszaiban elkövetkezett elhalása folytán — egy-két szerencsésebb esetet nem tekintve (például Mackenrodt, Pozzi, Isaac és Brothers, Brettauer, Abady esetei) — idők folytán belülről kifelé haladólag vagy teljesen elzáródott, vagy legalább annyira megszűkült, hogy, mint Pozzi mondotta, az ilyen egyének hüvelyének műszerrel való mindennapos tágitása olyan szükségletté vált, mint prostatásoknál a katheterezés. Ferguson pedig olyan esetet is leírt, melyben ezen folytonos hüvelytágitások hatása alatt vaginismus fejlődött ki.

A lebennyel való hüvelykészítő eljárásoknak másik nagy hibája pedig az volt, hogy azok a külső nemi szerveket és azok környékét igen gyakran nagy mértékben elalaktalanították.

Az ide tartozó műtéti eljárások között, úgy látszik, még legtöbbször tartják azon Bumm-féle műtétet, mely a kisajkak redőjének szétfejtése útján igyekszik a hólyag és rectum között készített kötőszövetes hüvelyjárat falának bélelésére megfelelő lebenyeket kapni. Azonban maga a műtét kigondolója erről is azt mondja, hogy a vele készíthető vak tasak nagyobb igényeknek megfelelni egyáltalán nem alkalmas.

Nem csoda ezért, hogy Fritsch a lebenykészítés útján történő hüvelykészítést nagyon problémás értékű plastikai mesterkedésnek nyilvánította, s az sem, hogy Menge is a Veit-féle kézikönyv legutolsó kiadásában úgy nyilatkozott, hogy ilyen módon mesterséges hüvelyt készíteni nem érdemes.

Az általam eddig látott vagy tudomásomra jutott magyar származású esetek mind a kolpopoésiseknek ez első csoportjába tartoztak. Ilyen a Tauffer-klinikának egy-két esete, továbbá a budapesti poliklinika emlékiratában Kubinyi által közölt azon eset, melyben ő a mesterséges hüvely fedésére

készített lebeenyeket keztyűujjszerűleg varrván össze, tűrte be a hüvely részére kpraeparált tasakba, végül Pólya-nak egy esete, mely nálunk mindezek között a legnagyobb hírességre tett szert. Ebben az esetben Pólya egy — némi csökevényes hüvelylyel rendelkező — egyénen a gát bőréből csúcsával egészen az anusig érő téglányalakú lebenyt készített. Ezután a nagyajkak hátulsó felét szélesen felfrissítette, a gátlebenyt pedig hámos felszínével befordította a készitendő hüvelybe s bél-czérnavarratokkal hozzávarrta a nagyajkak belső sebszéléhez. Végül a gáton levő bőrdefectust a sebszéléknek a közép-vonalban silkworm-öltésekkel való egyesítésével tüntette el.

Ez az eset pedig azáltal vált nevezetessé, mert az operált nő puella publicává lett s 18—20 coitust is végzett naponta. A műtétről azonban maga Pólya azt mondja, hogy vele csak 6 cm. hosszú hüvelyt tudott készíteni. Az anatómiai eredmény sem volt ideális, mert a közösülésre alkalmas járat nem feküdt a vagina szokott irányában. Végül az eljárás nem is minden eset megoldására alkalmas, a mit bizonyít az is, hogy Pólya maga sem tudta egy olyan esetben alkalmazni, a hol előzőleg semminemű vaginalis tasak sem volt, továbbá a gát is rövid volt, meg a nagyajkak is hiányosan voltak fejlődve. Mindez lehetett az oka annak, hogy tudtommal a Pólya-féle eljárás további követőket máig sem talált.

A hüvelykészítő eljárások második csoportjába azok a műtétek tartoznak, melyek a méhnek a hasür felül végzett kiirtása után, vagy méhür hiányában a Douglas-redőnek harántul való meghasítása után a medenczebeli hashártyát húzták be fonalak segítségével a hólyag és végbél között előzőleg praeparált hüvelyjáratba.

Az első, a ki a medenczebeli hashártyát behúzta a hüvelynek praeparált kötőszövetes járatba s azt a hüvelybemenet széleihez rögzítette, a szentpétervári Ott volt. Tőle függetlenül Stöckel végzett még egy hasonló műtétet. Ide számít Kroemer-nek is egy esete, melyben a nevezett hüvelyrák miatt végzett teljes méh- és hüvelykiirtás után bélelte ki a vagina kötőszövetes csövét a hashártya behúzásával. E körbe végül Dreyfus-nak egy esete is, melyben ő sérvtömlő bevarrásával pótolta a hiányzó hüvelyt.

Ezek közül a Stöckel- és Kroemer-féle esetek végeredménye ismeretes. A hüvely mindkét esetben megrövidült és elhegesedett, mint a hogy az a peritoneumnak kényes hámját és a hashártyának adhaesiókra való nagy hajlamosságát tekintve, alig is volt másként várható.

A hüvelykészítő eljárások harmadik csoportját végül azok a műtétek alkotják, melyek reszekált beldarabokkal törekednek a hiányzó hüvelyt pótolni. S mint Guggisberg is mondja, ma ezen műtéti eljárások vannak az érdeklődés homlokterében.

Baldwin (1904), Häberlin (1907) és Mori (1908) voltak egymástól függetlenül azok, a kiktől a bélből való hüvelykészítés gondolata származik. Közülök Häberlin csak az elméletnél maradt, a másik két szerző ellenben a gondolatot practice is végrehajtotta.

Közülök a japán Mori a kijotoi nőorvosi congressuson mutatta be esetét, melyben egy az ileumból kiiktatott vékonybélkacsot implantált szimplán és hosszában az előzőleg kpraeparált hüvelytasakba.

S le kell szögezni, hogy ekkor a felháborodásnak egész vihara zúdult Mori ellen azon merészségeért, hogy — mint mondták — a műtét veszélyeivel arányban nem álló nyereségért — a potentia coeundi lehetővé tételéért — betegét ilyen nagy vállalkozásba vitte bele.

Sőt tudni kell, hogy azóta is hallatszottak hangok, például német részről a Franz-é, magyar részről a Pólya-é, melyek azt mondták, hogy a műtők „a béltransplantációval valamivel túlméntek a megengedhetőnek határán. Mert bárminő fontos is az illető nőre nézve psychés és socialis szempontból a közösülési képesség megszerzése, egy nem az élet megtartása és a megzavart egészség helyreállítása céljából véghezvitt műtét alkalmából nem szabad őt a bélresectio és különösen a béltransplantatio folytán a hasürön át vonuló niesenterium-kötég veszélyeinek kitenünk.“

Az e fajta kifogásokkal szemben azonban három nagyon megfontolandó körülményre kell rámutatni.

Az egyik ilyen körülményt Anderes, továbbá Krafft-Ebing (id. Schubert után) és Pozzi közlései szolgáltatták. Az első ugyanis ezek közül arra mutatott rá, hogy, mint esetében is, az ilyen egyéneknél történő közösülési kísérletek az urethrának csaknem mindig elkövetkező lassú tágíttatása folytán fájdalmakra és másodlagosan cystitisekre vezetnek, melyek a következményes elváltozások (pl. pyelitis stb.) folytán még az egyén életét is veszélyeztethetik. Ugyancsak szerinte, valamint a másik említett két szerző szerint is, a nemi szerveknek efajta fejlődési rendellenességeivel együtt járó tökéletlenség-érzet sok nőnél előbb-utóbb bizonyos psychés depressióra vezet, mely akárhány nőt már az elmebetegség szomorú világába sodort, sőt az öngyilkosságba is kergetett.

Szóval kétségtelen, hogy vannak esetek, melyekben az efajta fejlődési rendellenesség fennforgása vagy megmaradása valóban az egészség súlyos megzavartatásával jár, sőt néha életveszedelmet is jelent.

Egy másik figyelemreméltó körülmény az, hogy — mint azt a mindinkább szaporodó közlemények mutatják — az ilyen rendellenességben szenvedő nők, annak ellenére, hogy az impotentia generandi megmaradásáról és a végzendő műtét veszedelmességéről felvilágosíttatnak, mindinkább halmozódó számmal, sőt néha sikertelen kísérletek után ismételen is (pl. Papanicol) odaadják magukat az ilyen jelentős műtéti vállalkozásokra.

Vagyis tehát úgy látszik, hogy a műtét árán nyerhető ellenértéket az ilyen egyének maguk értékelik olyan nagyra, melyért még életüket kockára tenni is érdemesnek tartják. S ezt meg is lehet érteni. Egy olyan nevű nőorvos, mint Fehling mondja ugyanis, hogy a nő az ilyen veleszületett defectusok következményeitől sokkal súlyosabban szenved, mint a férfi, mert a nő egész lényé a fajszaporítás folyamataira lévén beállítva, azokkal s az ezekhez tartozó cselekményeknek lehetőségével áll vagy bukik, míg a férfinnál a nemi ingerület ténye inkább átmeneti és időközönként fellépő.

S hogy ez a két éppen elmondott figyelemreméltó körülmény valóban ilyen nagyjelentőségű, azt egy harmadik bizonyítja. S ez az, hogy azok között, a kik az efajta műtétet jogosságával egyetértenek, vagy olyanokat maguk is végeztek, ma már Abadie, Amann, Bumm, Fehling, Franqué, Gersuny, Guggisberg, Halban, Kroemer, Kroenig, Müller, Ott, Pfannenstiel, Stöckel, Schauta és Wertheim stb. neveivel, tehát a gynaeologia legragyogóbb nevű képviselőivel találkozunk. Már pedig bizonyos, hogy e felsoroltak jogtalanságra és könnyelműségre sem hirnevöket, sem lelkiismeretöket nem adták volna oda.

S ezek az éppen említettek járultak ahhoz, hogy az ezen kérdésekhez füződő vitákból ma már annyi leszűrődött, hogy minden olyan esetben, ha a nő férjhez akar menni, vagy ha defectusa miatt válás fenyegeti, ha a nő sexualisan erősen szenved, ha psychés depressio van jelen vagy fenyeget, ha a fejlődési defectus mellett folytatott közösülési kísérletek fájdalomnak vagy megbetegedésnek lettek okozói és végül, ha functionáló elzáródott méh van jelen, a nő kérésére s annak felvilágosítása után a bélből történő hüvelykészítést végezni nemcsak jogos, hanem szükséges (Stöckel), sőt némelyek szerint ilyenkor megtagadni egyszerűen inhumanus (Guggisberg).

En ezért tovább nem is időzöm ezen kérdésnél, hanem újra felveszem fejtegetéseimnek elhagyott fonalát. Adós maradtam ugyanis annak az elmondásával, hogy a másik szerző, a ki a hiányzó hüvelynek vékonybélből való pótlását szintén önállólag hajtotta gyakorlatilag végre, t. i. az amerikai Baldwin, miként oldotta meg ezt a feladatot. Ő e célra egy szintén az ileumból kiiktatott, s a bélpassage-nak Murphy-gombbal végzett helyreállítása után mindkét végén elzárt s ketté hajtott bélkacsot húzott be a Douglason készített nyíláson át a hólyag és rectum között mesterséges hüvelynek praeparált járatba s e kacsnak alsó kúpját lemetszván, annak széleit a szeméremrésbe kivarrrta. Később pedig, hogy a hüvely tá-

gabb legyen, az előbb készített vagina duplexnek sarkantyú-szerű válaszfalát elroncsolta.

Ezen műtéttől alakult ki a vékonybélből történő hüvelykésztésnek először *Stöckel* által leírt az a módja, melyet a *Doederlein-Kroenig*-féle műtéttani tankönyv is felvett paradigmának.

Ezt a *Baldwin-Stöckel*-féle műtétet végeztem én is első esetemben, melynek tárgya egy 26 éves, 7 év óta férjezett földmivesasszony volt, a ki még 1918 februárjában azzal a panaszszal fordult hozzám (L. 1918 II. havi 41. sz. női kimenőt), hogy állítólag „összenövése van, ezért nem tud közölni s e miatt férje el akar tőle válni.“ Megemlíttette még kérdésekre, hogy nemi vágyai és érzései normalisak, továbbá, hogy 16 éves kora óta minden hónapban két napon át fej- és gyomorfájása szokott lenni.

A közepesen fejlett és táplált nőn átlagos teriméjű emlőket, normalis faszőrzetet találtam. A járulékos nemi szervekből azonban csupán a sinus urogenitalisból fejlődött rész van meg a hymenalis gyűrűvel együtt, a hüvely ellenben teljesen hiányzik. A végbelen át végzett vizsgálatkor méh egyáltalán nem, sőt biztosan petefészkek sem tapinthatók. Hogy azonban petefészkeknek lenniök kell, azt az egyének teljesen normalis secundaer nemi sajátosságai bizonyították.

Kétségtelen tehát, hogy legalább is aplasia vaginaeval volt dolgunk.

Tekintetbe véve az egyén fiatalágát, normalisan jelentkező nemi vágyait és érzéseit, hogy őt a fenyegető családi katastróphától megmentsük, szóba hoztuk a mesterséges hüvelykésztés lehetőségét. S miután annak ellenére, hogy őt férjével együtt tanuk előtt felvilágosítottuk arról, hogy gyermekük a műtét után sem lehet, továbbá arról is, hogy a műtét jelentőséges, annak végrehajtását mindketten mégis akarták, vállalkoztunk a műtetre.

Hogy miért éppen a *Baldwin-Stöckel*-féle műtétet választottuk, annak az volt az oka, hogy a bélből történő mesterséges hüvelykésztéseknek a vékonybelet felhasználó módja mutatkozott legelterjedtebbnek az irodalomban. Vékonybélből történő hüvelykésztést ugyanis előttünk összesen már 32-t közöltek, ezek között is *Mori* szerint 5-öt (*Mori* 1, *Müller-Lajos Ferdinand* bajor királyi herceg 1, *Fialban* 1, *Bumm* 1, *Cholin* [*Quénu* módosításával] 1), *Baldwin-Stöckel* szerint pedig 27-et (*Abadie* 1, *Anderes* 1, *Baldwin* 4, *Bonney* 1, *Broccha* 1, *Boldt* 2, *Fellenberg* 1, *Georgescu* 2 [az egyiknél az első ülésben a medenczebeli hashártya kivarrása *Ott-Stöckel* szerint], *Gertzen* 1, *Guggisberg* 1, *Henckel* 2, *Juvara* 1, *Papanicol* 1, *Protopoulos* 1, *Pitha* 4, *Stöckel* 1, *Senecal* 1, *Ward* 1 [ezen esetben rendszeres menstruatio állott bel]), úgy hogy tehát az általunk a vékonybélből készített hüvely a 33., a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárással pedig a 28. az irodalomban.

A *Baldwin-Stöckel*-féle eljárás végzése mellett szólott ezenkívül az irodalomból lesűrhetőnek látszó az a tapasztalás is, hogy vele tágasabb hüvelyt lehet készíteni, meg a mesenteriumnak nagyfokú vongálatfását is jobban lehet elkerülni, mint a *Mori*-féle eljárással.

A műtétet a beteg beleinek szokott előkészítése után 1919 márczius 9.-én végeztük és pedig külön műszerasztalt készítve elő a hüvelyi műtéthez is, meg a hasmetszéshez is, továbbá a műtőn és műszerelőn kívül külön segédlettel a vaginalis és az abdominalis műtéthez.

Chloroform-aether-narcosisban mindenekelőtt a vulva felől gummikeztyűvel kezdtük meg a műtétet. A hymenalis gyűrű által körülrített körön belül körmetszést végeztünk s kíméztük a hüvelybemenetet záró bőrlapot. Ezután köszondát vezetve a hólyagba s vastag Hegar-tágítót a rectumba, nagy óvatossággal igyekeztünk a septum rectovaginalet szétpraeparálni. Majdnem semmi kötőszövetet sem találtunk az említett üreges szervek között, miért is a praeparálás igen nehéz volt s bármennyire vigyáztunk is, az introitustól számított kb. 2 cm.-nyi magasságban beleestünk a rectumba kb. fillérnyi tágasságban. A bél sebét csomós catgut-varratokkal azonnal két rétegben zártuk, azután pedig folytattuk felfelé a praeparálást mindaddig, míg a septum rectovaginale kúpján a szövet felfelé már olyan vékonynak mutatkozott, hogy feltételezhettük, miszerint már csak a peritoneum választ el bennünket a hasirtól. Ekkor félbeszakítva a hüvely felőli műtétet, a kikészített járatot steril xeroformos gázezal kitamponáltuk.

Most a műtő és a műszerelő keztyűt váltván, cserélt személyezettel a laparotomiára tértünk át. A peritoneum megnyitása után megke-

restük a coecumot s onnan az ileumra menve, előhúztuk annak azt a darabját, a melyik a symphysisig leginkább le volt húzható. A mesenterium azonban kissé rövidnek mutatkozott s a bélkacsnak a symphysisig való lehúzását éppen csak megengedte. Ekkor az ileumnak kb. 30 cm.-es darabját selyemfonakkal való lekötés után kirekesztettük, bekötve ezen fonalakon túl kb. 1½ cm. távolságban egy-egy selyemfonállal az oda- és az elvezető bélrészleteket is. Atvágvá most a fonalak között a vékonybelet a négy csomk alatt, a béllal kissé párallel behasítottuk a mesenteriumot, a csomkokat begyűrtük s fölöttük a serosát csomós catgut-varratokkal (minden öltést frissen kifőzött más-más tüvel és tűtartóval végezve) egy rétegben egyesítettük. A 4 csomk elvarrása után pedig az odavezető és az elvezető bélkacsokat side to side anastomosissal lege artis két réteg catguttal egyesítettük. Hogy azonban ezt tehesük, a mesenteriumot a kiiktatott s az összehozandó bélkacsok között hosszában elég mélyen be kellett hasítani, a mikor is az így támadt sebszélek vérzését csomós catgut-varratokkal kellett csillapítani. Ennek végeztével segédrel a hüvelyjárat tamponjának eltávolítása után görbitett magfogót tolatunk fel a hüvely felől a medenczefenék hashártyájának előbóltosítására.

S mint ekkor kitűnt, a Douglas meglehetősen mélyen fektűt, kiderült továbbá az is, hogy mindkét petefészkek és kiűrt is megvan, normalis, sőt az adnexumok tövében egy-egy mogyóronyi csőkevényes méh is látható, melyektől egy harántul futó köteg halad a hólyag ver-texén 3-4 harántujnyi hosszúságban, mely a két méhcsőkevényt lécz-szerűen összeköti.

A Douglas peritoneumának megnyitása meglehetősen barátság-talan érzéssel járt. A magfogó felvezetése ugyanis a kötőszövetes járat-ban nem volt olyan simán és biztonságosan felvezethető, mint az a hámmal borított rendes hüvelyben történni szokott s jóformán képtelen-ség volt megítélni, hol van a bedomborodó szöveten a peritoneumnak és a hólyagnak a határa. Mikor pedig a magfogóra való ráemelés után a Douglas megnyitása megtörtént, hasonlóan nem volt bátorságos a nyíl-lásnak oldalt való éles tágitása, mert nem lehetett tudni, mikor metszhetünk be valahol a rectumba vagy a hólyagba. Ezért a nyílás tágitását csupán a magfogó szétterpesztése útján tompán végeztük.

Ekkor a kiiktatott belet duplára hajtvá, annak legmesszebbre jutó része körül erős selyemfonalat húztunk át a mesenteriumon. Ezt a fonalat most átadtuk a magfogóba s vele mint gyeplővel húztunk át a kettőzött bélkacsot az előzetesen készített hüvelyi kötőszövetes csa-tornába. Hangoztatnom kell, hogy a bél áthúzása a szűk nyíláson a tömeges rövid mesenterium mellett csak meglehetősen erős húzással sikerült.

Most újra az első személyezettel és más instrumentariummal a hüvely felől kerültünk s igen erős húzással a belet a szeméremrésig lehuza, azt csomós catgut-varratokkal a szeméremrésbe kirögzítettük. Ezután megnyitottuk a bélkacs kúpját s az így készen lévő vagina duplexbe a szeméremrés xeroformozása után steril xeroformos gaze-szikot toltunk. E fölé pedig masticollal fedőkötést helyeztünk.

Végül keztyű- és instrumentariumcsere után a második segéd-személyezettel újra a has felé kerültünk, a hol revideálva a bél és me-senterium helyzetét, ezt rendben találtuk, miért is zártuk a hasat a szokott etageokban (peritoneum, izom, fascia, zsír-catgutvarratok, a bőr egyesítése Michel-kapcsokkal) s a hasra masticollal fedőkötést alkalmaztunk.

Az igen hosszadalmas (körülbelül 2½ óra), de jó narcosisban folyt műtét után a beteg kétszer huszonnégy órán át hypodermoklysisen kívül semmi táplálékot sem kapott. A 2. és 3. napon egyszer láz mutatkozott, melynek közelebbi oka nem volt kideríthető. Ezt leszámítva, a sebgyógyulás zavartalanul haladt egészen a 6. napig, a mikor az első bő szék ellenére 38° C temperaturával a beteg újra lázassá lett s vizeletét nem tudta tartani. A 7. napon végzett kapocskiszedéskor a hasseb per primam gyógyult, reactionmentes. A szeméremrés tája bélsártól szennyezett, biztosan azonban nem tudjuk megítélni, vajjon ez a rectum szétvált sérüléséből származik-e, vagy csak oda került szenny. A szeméremrés felől mintha vizeletsurgás is volna, biztossággal azonban ez nem dönthető el. A szeméremrésben a bélfal kivarrási helye kissé necrosisos. A hüvelybe magasan be lehet tekinteni.

Ezután a beteg, a ki állandó kathetert hord, a 10.-11. napon újra lázas, 38° C-ig emelkedő hőmérsékekkel, a minek az okát abban találjuk, hogy a végbél sebé lencsenyi helyen megnyílt, tehát rectovaginalis sipoly keletkezett, továbbá abban, hogy a szeméremrésbe kivarrt bél legalsó része nekrotizált, sőt körülbelül 2 cm. hosszúságban vissza is húzódt. Vizeletsurgás ekkor biztosan nincs, ellenben a vizeletben bőséges geny található, miért is helmitolt és 1%-os lapis-szal instillatiókat rendelünk.

Erre újra láztalanul folyik a gyógyulás egészen a 21. napig, a mely időtől kezdve 10 napon át magas, akár 39-8°-ig emelkedő hőmérsékek zavarják a lefolyást, a melyeknek okát egy igen súlyos cystitisben találjuk. Elhagyva az instillatiókat, eleinte tisztán helmitolt nyujtunk, mint-hogy azonban erre a hőmérsék nem csökken, a vizeletben pedig a geny igen sok, hydrargyrum oxycyanatum 1/4000-hez való oldatával hólyag-mosásokat rendelünk s mert az állapot hamarosan erre sem javul, naponként egyszer intravenás neosalvarsan-injectiókat (0-15) végzünk, összesen 6-szor. A beteg erre már a 4. injectio után láztalaná válik s állandóan az is marad s a műtét utáni 44. napon ideális linearis laparotomia-heggel, még sarjadzó hüvelybemenettel, szűken ujjnyi, de úgy jobb-, mint balirányban jó hosszú hüvelylyel, csekély rectovaginalis sipolylyal, mely mellett azonban kemény székét tart s a vizeletben geny-nyel s e miatt salolrendeléssel távozik.

Ujra több mint 10 hónappal az első műtét után látjuk a beteget.

(L. 1919 február havi 36. sz. női kim.) Ekkor jól érzi magát s azt mondja, hogy vizeletét tudja tartani, szelei és néha a híg bélsár azonban a szeméremrésén távoznak. Közösüléskor eleinte fájdalmi voltak, melyek később egészen megszűntek s ma e műveletet teljesen rendes nemi érzések mellett végzi. Férje pedig azt vallja, hogy az asszonynyal jól tud közöszülni, „csak nem ártana, ha a nyílás egy kicsit tágabb lenne“.

Vizsgálatkor a hasheg ideális. A vestibulum vaginae körülbelül nagy féldiónyi üreget alkot. Az introitus vaginae félcseresznye nagyságú pirosító képlet alakjában tűnik elő. A szeméremrés körül intertrigo nincs. A hüvelybemeneten 25-ös Hegar egészen könnyen átvezethető. Ezzel mérve, a hüvely hossza 8.5 cm.-nek mutatkozik. Kombinált vizsgálatkor azonban az ujj 10 cm.-nyire is feltolható, sőt e távolság fölött még mindig lument lehet érezni. A vizsgáló ujj előszeretettel balra tér, de jobbra is felvezethető s a két hüvely közötti septum magasan bár, de jól érezhető. A bal hüvelyfél a jobbnál valamivel tágasabbnak tetszik.

A hüvelybemenet kezdetén, annak éppen a vestibulumba való átmenetele határán, tehát mondhatni a hymenalis gyűrű basisánál, körülbelül félbabnyi recto-vaginalis sipoly szondázható. A csapolt vizelet tiszta.

A sipoly zárása érdekében 4 nappal a felvétel után chloroform-aethernarcosisban vájt kutatót vezettünk be a rectumból a sipolyon át a hüvelybe s erre sagittáisan késsel rámetszve átvágtuk a gátnak közbeeső hidját. Majd felfrissítettük a sipoly szeleit. Végül úgy, mint a teljes gátrepedés plastikájánál, az anus felé kivezetett sodronyvarratokkal megvarrtuk a rectumot, majd a szeméremrés felé kivezetett hasonló varratokkal a hüvelyt s a gát sebet is sodronyvarratokkal zártuk. A beteg egyetlen hőemelkedés nélkül gyógyult s a műtét utáni 18. napon per primam egyesült sebbel, jól functionáló végbéllel és sphincterrel hagyja el az osztályt.

S ha most levonjuk ezen éppen részletezett műtét tanulságait, az első, a mit ki kell emelnünk, az, hogy e műtétet, mint azt *Papanicol* és *Bumm* is mondja, nem lehet — mint egyesek állítják — sem az egyszerű, sem a rövid idő alatt megoldható műtéti eljárások közé sorolni. Mert bizony a műtétet megindító vaginalis műtétből a hasmetszéshez s abból újra a hüvelyi műtéthez, sőt, ha nagyon körültekintők akarunk lenni, abból megint a hasi műtéthez való átnyergelés, még ha mindkét műtéti úthoz külön instrumentariumot és személyzetet használunk is, rendkívül megnyújtja a műtétet. Pedig a műtét már azért is hosszú, mert a két helyen történő bélresectio, a négy bélcsonknak ellátása s az újabb anastomosisok létesítése meglehetősen hosszadalmas és pepecselő munka. S még ehhez járul, hogy a béllumenek ismételt megnyitása, a többes számú bélvarrat s a különböző műtéti utakhoz történő ismételt átnyergelés igen nagy exactságot és az asepsis szempontjából rendkívül körültekintést kíván nemcsak a műtétől, hanem az egész segédszemélyzet-től is.

És hogy az asepsis még járatos kézben sem óvható meg mindig teljesen, azt a műtét közben *Stöckel* által készített törölő-(tupfer)-próbák mutatták, melyek a hasürnek a műtét kapcsán coli-val történt szennyezését igazolták be, a mi *Stöckel* esetében csak hasfali abscessusra, *Abadie* esetében a has felől áttört, de később spontan záródott bélsársipolyra, *Pitha* 4 esete közül pedig kétfőben — ügylátszik a bélvarratok elégtelensége folytán is — hashártyagyulladás következtében halálra vezetett.

Pedig a mondottakkal még nincs is kifejezve a műtét egész veszélyessége, mert *Guggisberg* egy esete is halálosan végződött, még pedig azért, mert a Douglas szűk nyílása strangulálta a belet, illetve a tápláló mesenteriumot, aminek következtében a hüvelybe kihúzott egész bélkacs gangrenes-kált s alulról felfelé haladó fertőzés folytán peritonitis fejlődött, a mivel a *Baldwin-Stöckel*-féle műtét eddigi összes mortalitása (3:28) 10.7%-ra szaporodott.

S az éppen említett halálos incidens alapján *Guggisberg* azt ajánlja, hogy az ilyen műtétekkor a Douglas nyílását a strangulatio elkerülése érdekében szélesen nyissuk meg. Hallottuk azonban az általam végzett műtét részletezése kapcsán, hogy ezt a nyílást élesen tágítani a szomszédos szervek határainak bizonytalansága miatt nem nagyon bátorságos. Viszont ha meg a nyílást csupán tompán tágítjuk, az nem mindig sikerül akkorára, mint a milyennek szeretnők.

A Douglas-nyílás minősége pedig csak az egyik tényező a mesenterium thrombosisának és a bél következményes elhalásának lehetőségében. A másik tényezőt egyrészt a mesenteriumnak az összehajtott bélkacs mellett való

tömegessége, másrészt annak vongáltatási foka szolgáltatja, melyek közül az elsöre *Guggisberg*, az utóbbira pedig *Stöckel* mutatott rá. *Guggisberg* azt hiszi, hogy a belet egyszerűen lehúzó Mori-féle eljárásnál a mesenterium kevésbé van veszélyeztetve. Kitűnt azonban, hogy egy Mori-féle műtétnél *Abadie* a belet csak alig tudta a mesenterium alsó végének feszülése folytán a szeméremrésbe húzni, viszont láttuk, hogy én meg a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárásnál tudtam a mesenterium feszessége és tömegessége folytán a belet csak jelentékeny erő kifejtésével a szeméremrésbe vonszolni. Szerencsére ezen inconvenienciából baj sem az *Abadie*, sem az én esetemben nem keletkezett, úgy látszik azonban, hogy a megbeszélrt irányban a baj úgy a Mori-, mint a *Baldwin* féle eljárásnál egyformán fenyeget.

Az *Abadie*-féle és a magam esetének tanulsága azonban még egy másik kérdés felvetését is szükségessé teszi s ez az, vajjon, mint *Schubert* is mondja, nem lehetséges e, hogy adott esetben egyszer olyan rövid mesenteriummal is találkozhatunk, mely a vékonybélből történő hüvelykésztést egyáltalán meg sem engedi.

S hogy a mesenteriumnál maradjunk, ennek részéről még egy másik veszély lehetőségére is rámutattak (*Stöckel*, *Schubert*, *Pólya* stb.), s ez a lehúzott bél mesenterialis kötegeknek a hasürön való maradó átvonulása, a mi esetleg ileusra vezethet. Igaz, ez a veszély az eddigi 33 esetben nem igazolódott, de azért számolni kell vele.

Éppen így nem igazolódott be eddig az a *Schubert* által felvetett lehetőség sem, hogy a bél-anastomosis helyén strictura keletkezhetik. Mindenesetre azonban ez is olyan körülmény, amelynek lehetőségét szem előtt kell tartani.

Nem hallgathatom el azt sem, hogy az intervesico-rectalis-járat kikészítése egyáltalán nem játszi könnyűségű — mint azt *Papanicol* fölemlíti —, hanem egyike a műtét legkényesebb momentumainak. Vaginalis aplasia eseteiben ugyanis jól váló réteg a hólyag és a hüvely között gyakran nem szokott lenni s a található szövetmennyiség is oly kevés, hogy a praeparálás nagyon kockázatos. Hogy a melléksértések ilyenkor könnyű lehetőségének *Stöckel* részéről történt hangoztatása mennyire indokolt, élénken bizonyítja az én esetem, a hol annak ellenére, hogy az ellenőrző eszközöket, a hólyagba köszondának, a rectumba pedig Hegar-tágítónak a bevezetésével, igénybe vettem, a rectumba mindjárt a praeparálás kezdetén beleestem.

Pedig a hólyag- és rectum-sértés veszedelme, mint már hallottuk, nem csupán ilyenkor, hanem a Douglas-peritoneumának megnyitásakor és tágításakor is fenyeget s ezt a veszedelmet nem hárítja el az sem, ha *Stöckel* ajánlatára az intervesico-rectalis járatot egészen odáig praeparáljuk fel, míg a hasüregtől már csak a peritoneum választ el, továbbá az sem, ha a peritoneumot magfogóval böketjük keresztül. Az elég keskeny és hegyes magfogó ugyanis a kötőszövetes falu járatban nem halad oly simán, mint azt totalexstirpatioknál a rendes hámmal bélelt hüvelyfalon tapasztaljuk, hanem könnyen gyűr be maga előtt — mint esetemben is tapasztaltuk — hólyag- vagy rectum-falat. Azt hiszem azonban, hogy a melléksértés veszedelmén enyhíthetnénk ilyenkor azzal, hogy a peritoneum átbökését tompavégű abortusfogóval végezzük, mert utóbbival a készített nyílás tágítását is kiadósabban eszközölhetnők.

Meg kell most említenem, hogy, mint esetem részletes ismertetéséből kitűnt, *Baldwin*-nak azt a propositióját, hogy a kettős vagina válaszfalát később, a hüvely nagyobb tágasságának elérésére, roncsoljuk el, én nem követtem. Nem pedig azért, mert ezt az eljárást, az egyetlen *Henckel*-en kívül, még senki sem végezte. A közösülésre ugyanis a tapasztalások szerint már a Mori-féle egyszerű bélimplantatio is elegendő tágasságú hüvelyt adott. Ennél pedig a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárás eredetileg is tágabb hüvelyt készít. Ezen felül pedig *Stöckel* még azt is tapasztalta, hogy esetében a kettős bélcső szárai idővel úgy tolódtak el, hogy egyik (esetében a bal) mindig mélyebbé, a másik pedig mindig sekélyebbé változott. Ezért ő még azt sem tartotta kizártnak,

hogy idővel az eredetileg kettős hüvely magától vagina simplex-szé változhat. S bár *Stöckel*-nek ez a legutóbbi feltevése eddig nem igazolódott, mégis megemlítem, hogy esetemben az ellenőrző vizsgálatkor én is azt tudtam megállapítani, hogy a vizsgáló ujj talán a bal hüvelyfélnek véletlenül alkalmasabb helyzete folytán előszeretettel mindig inkább ezen hüvelyfélbe jutott s hogy ez a hüvelyfél, talán annak a coitusok folytán véletlenül gyakrabban történő frequentálása következtében, a jobboldalánál tágasabbnak mutatkozott. S mindezekhez még egy további tapasztalás is járul. Nevezetesen *Papanicol*, továbbá én is azt láttuk, hogy a gyógyulás alatt a vulvaris varratvonal niveaujából a bélkacs alsó vége, részben a bél kivarrott részének necrosisa, részben bizonyára a mesenteriumnak húzó hatása alatt, feljebb vongálódik, a mi a tágasabb alsó egyszerű hüvelycső meghosszabbítására kedvezően hat közre. Nem hallgathatom el azonban azt sem, hogy *Ruge* — ugyan szerző és közlemény idézése nélkül — olyan esetről is tesz említést, melyben a mesenterium húzása az implantált belet nemcsak feljebb, hanem az intervesico-rectalis járatból egészen is kivongálta, úgy hogy ez utóbbi később teljesen elhegesedett.

Meg kell továbbá említenem, hogy az ilyen vékonybél-implantatio utján operált egyéneknek — mint arra *Stöckel* figyelmeztetett — esetleg számolnunk kell a hüvelyül szolgáló bélkacsnak bővebb, bár talán csak időleges, például csupán az étkezések után meginduló secretiójával is. Ennek bekövetkezését azonban — a Bumm-féle s ebben is csak valamivel bővebb secretiót mutató esetet leszámítva — az eddigi közlemények egyikében sem írták le. Az én esetemben sem volt a betegnek ez irányban semminemű panasa, ilyen folyásra valló intertrigót nem találtunk rajta. Mindössze a digitalis vizsgálatok vagy a tükörrel való feltárások kapcsán lehetett a bélből híg nyálkászerű s kissé barnás-sárgára színeződött váladék távozását kimutatni. Mindenesetre megszívlelendő azonban *Stöckel*-nek az az ajánlata, hogy az ilyen egyéneknek mindig figyelmeztessük arra, hogy ha folyásuk támadna, öblítésre edző vagy éppen mérges szereket sohase használjanak.

S ha még azt is megmondom, hogy az eddig ellenőrzött esetekben — mint a mi esetünkben is — a közösülések mindkét fél részére — a kezdet apró és normalis körülmények között sem hiányzó kellemetlenségeit nem tekintve (vérzés, kisebb-nagyobb fájdalmak, hányásinger stb.) — teljesen kielégítő eredménnyel történtek, továbbá, hogy *Bumm*-nak azt az aggodalmát, miszerint a vékonybélfallal bélelt hüvelybe történő közösülések esetleg peritonealis izgalmaknak lehetnek forrásai, az ellenőrző eredmények nem tudták igazolni, mindent elmondottam, a mit a vékonybélből történő hüvelykészítő műtétekről tudni szükséges.

(Folytatása következik).

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső ny. r. tanár.)

### Kísérletek az anaemia perniciosa gyógyítására.

Irta: *Hollaender Leó* dr., egyet. tanársegéd.

Az essentialis anaemia perniciosa egyik legkifejezettebb tünetének, a vörös vérszám nagyfokú megkevesbbedésének tulajdonképpen okával nem vagyunk tisztában. Két tényező szerepelhet: egyrészt a vérkészítés hibás volta, másrészt a vörös vérszám pusztulása. A klinikai és a kórbonczolástani képben legtöbbnyire mindkét tényező jeleit megtaláljuk. *Hirschfeld*<sup>1</sup> szerint minden elméletnek, mely az anaemia perniciosa pathogenesisére vonatkozik, fel kell vennie egy myelotoxikus agenszt és lehetséges, hogy a fokozott szétesés csupán annak a következménye, hogy a vörös vérszám kevésbé életképesek; lehetséges, hogy ugyanazon agens előmozdítja a fokozott vérszám pusztulást is. Általában a legtöbb szerző szerint a fokozott szétesés maga nem lehet az oka az anaemiának és a halálos kimenetelnek.

Az anaemia perniciosa ellen használatos gyógyító beavatkozások közül a legrégebbiek és nagyrészt még ma is használatosak azt célozzák, hogy a vérszámkészítő szerveket fokozott működésre bírják. Erre szolgálnak az arsen, a vas, újabban az aolan (*Müller*<sup>2</sup>), a venaesectiók stb. Az így elért eredmény azonban nagyon kétséges és a legjobb esetben is

csak hosszabb-rövidebb ideig tartó remissiókról van szó. Önként adódott az, hogy a vérkészítésre lényegesen hatni nem tudván, próbálkozzunk meg azzal, hogy megakadályozzuk a fokozott vérszám pusztulását. Azok a kísérletek, melyek ilyen irányban eddig cholesterinnel és glicerinnel (*Morgenroth* és *Reicher*,<sup>3</sup> *Vetlesen*<sup>4</sup>) folytak, nem vezettek a kívánt eredményre.

Tudjuk azt, hogy a szervezetben vörösvérsejt-szétesés állandóan folyik physiologiás körülmények között is és hogy ezen sejtpusztításban igen fontos szerepet játszik a lép. A lépben már régebben egy haemolysises anyagot próbáltak kimutatni, mely a sejteket extracellularisan pusztítaná el; vannak szerzők (*Hirschfeld*<sup>5</sup>), a kik valószínűnek tartják, hogy ily anyagoknak szerepük van a vérszám pusztításban. Hogy a lép egyáltalán a vörös vérszám pusztításában, sőt talán a felszabadult haemoglobinnal való epefestékképzésben is szerepet játszik, azt *v. d. Bergh*<sup>6</sup> kísérletei látszanak bizonyítani, a ki phenylhydrazinnal mérgezett állatokon — tehát nagyfokú vörösvérsejt-szétesésnél —, valamint anaemia perniciosaiban is azt találta, hogy a vena lienalis savója több epefestéket tartalmaz, mint a szervezet többi venájából való savó. Ennek a körülménynek — hogy tudniillik bilirubinképződés a májon kívül is történhet — nagy jelentősége van általában az icterus pathogenesis szempontjából, de az anaemia perniciosa és a haemolysises icterus pathológiája szempontjából is.

*Minkowski* és *Naunyn*<sup>7</sup> 1886-ban közölt kísérletei után azt kellett hinni, hogy anhepatogen icterus nem létezik. Az ő vizsgálataik eredményét azonban megdönteni látszanak *Mc Nee*<sup>8</sup> vizsgálatai, a ki kimutatta, hogy az icterus keletkezése nincsen a májhoz, vagy egyáltalán egy bizonyos szerv működéséhez kötve, mert a vörös vérszám pusztulása, illetve a szétesett vörös vérszám phagocytálása nem egy szerv sejtjeiben, hanem egy bizonyos sejtrendszerben történik. E sejtek a májban már régebben mint *Kupffer*-féle csillagsejtek voltak ismertek és kiderült, hogy hozzájuk teljesen hasonlóknak vannak a lépben, a csontvelőben és a nyirokmirigyekben s. *Aschoff* ezen sejtrendszer reticulo-endothelialis anyagcsere-apparatusnak nevezte el. Ezen sejteknek *Aschoff* és iskolája (*Lepehne*<sup>9</sup>) vizsgálatai szerint nemcsak a vörös vérszám pusztításában és phagocytálásában, hanem az epefesték készítésében is jelentős szerepük lehet. Hasonló eredményre jutott *Whipple* és *Hooper*<sup>10</sup> is.

Gondolnunk kell tehát arra, hogy ezen sejtrendszernek a haemolysissal járó endogen folyamatokban — a milyenek az anaemia perniciosa felfognunk kell — bizonyos szerep jut. Hogy ez így van, azt talán bizonyítják a lépkiirtás után észlelt javulások. E javulások azonban csak időlegesek, a minek oka — mint *Lepehne* és *Schmidt* kísérletei igazolják — talán abban keresendő, hogy a lépkiirtás után a máj reticulo-endothelialis sejtjei hyperplasiássá válnak, a mi a haemolysis újból való megindulását eredményezi. A máj *Kupffer*-sejtjei lépkiirtottakban megsaporodnak és a májban egy lépszövet-féleséget alkotnak, a mely átveszi a lép vérszám pusztító működését. *Hirschfeld* ezt a leletet megerősíti.

A haemolysis megállítását illetőleg tehát olyan eszközre volna szükségünk, a melyekkel e sejtrendszer működését kedvezőtlenül tudjuk befolyásolni, annál inkább, mert a lépkiirtás igen súlyos beavatkozás. Erre vonatkozólag bizonyos támpontokat nyertünk azon vizsgálatokban, a melyek szerint a reticulo-endothelialis sejtek nemcsak a vörös vérszám pusztításában, hanem általában a vörösvérsejt-szám pusztításában is szemben gyakorolnak phagocytáló hatást, hanem minden a véráramba jutott corpuscularis anyaggal szemben is. *Voigt*<sup>11</sup> állatkísérletekkel kimutatta, hogy intravenásan adott colloidalis ezüst adagolása után az ezüst-szemcsék az egyes szervekben különbözőképpen viselkednek. A legnagyobb felhalmozódást észlelte a vérkészítő szervekben: a lépben, a csontvelőben, valamint a májban. *Lepehne* vizsgálatai pedig kimutatták, hogy a reticuloendothelialis apparatus sejtjei a colloidalis ezüstszemcsék felvétele által *működésüküket elveszítik*, azaz a további vörösvérsejt-pusztításra képtelenek.

Felvehető volt, hogy a fentiek szerint *collargollal* az anaemia perniciosa ellen előnyösen tudunk hatni. Tekintve azonban azt, hogy a collargollal csak a vörösvérsejt-pusztítást tudjuk esetleg befolyásolni, a vörösvérsejt-készítést valószínű-

leg nem, szükséges, hogy az erre ható szereket (arsen, vas) a collargollal együttesen adjuk.

A collargolt — hacsak valamely akadály nem forgott fenn — intravenásan adtuk; ha ez nem volt lehetséges (például nem megfelelő vénák miatt), akkor unguentum colloidalis Credé-t használtunk 10%-os kenőcs alakjában. Ez utóbbit 3—5 gr.-os adagokban, lehetőleg naponta a test más-más helyén alkalmaztuk úgy, a mint az a kénesős inunctiók kúránál használatos. Intravenásan mi az argentum colloidalis 10/00-s oldatát használtuk. (Egy esetben argosolt.) Az ezüstszemcsék gyorsabban és tökéletesebben rakódnak le a májban, a lépben és a csontvelőben, mint a colloid jodezust (Voigt). Az injiciálható oldathoz lehetőleg csak az injectio előtt közvetlenül adjuk az isotonizáló konyhasóoldatot, mert később az a testecskék durvulására, csomósodására vezet. A folyadék lehetőleg tiszta barnaszínű legyen, zölde-színű barnába játszó szín kicsapódásra mutat. Voigt szerint a lép és csontvelő ezüsttartalma colloidezust-injectiók után nagyobb, ha több kisebb, mint ha egy nagyobb injectiót adunk. Mi 5 cm<sup>3</sup>-es injectiókat minden kellemetlen melléktünet nélkül naponta adtunk 18—20 napon keresztül is, és kétségtelen, hogy a még huzamosabb használat is teljesen ártalmatlan.

Sajnos, 1919 május óta csak 3 olyan eset állott rendelkezésünkre, melyben az argentum colloidalis-therapia szóba jöhetett, úgy hogy az eredmények egyelőre nem olyanok, hogy végleges következtetéseket vonhatnánk le belőlük. A három eset közül kettőben azonkívül olyan szövödmények fejlődtek, a melyek a tiszta megítélést lehetetlenné teszik, de azért a benyomásunk az eddig végzett kísérletekből mégis az, hogy az argentum colloidalisval a vérképet előnyösen lehet befolyásolni.

Eseteink lefolyása a következő volt:

I. H. M., 60 éves asszony. Felvételt a klinikára 1919 július 23.-án. Örökléses terheltég nincsen. Előzőleg beteg nem volt. Alkoholabusust bevall. 2 1/2 év óta érzi magát betegnek. Különösen két hónap óta igen gyenge, étvágytalan, sokat fogyott. A jól fejlett nőbeteg arc-színe igen halvány, ugyanilyenek a nyálkahártyák is. Májszél tapintható. Lép nem. A gyomorban szabad HCl nincsen. Összaciditás 6. A vizeletben epefesték nem mutatható ki; az urobilin-, urobilinogen-reactio positiv, a Wassermann-reactio negativ.

Vérkép:

vörös vérsajt	1,420,000
fehér	6,600
haemoglobin	55%
festődési index	1.9
neutrophil leukocyta	52%
kis lymphocyta	38%
nagy	5%
eosinophil	2%
átmeneti	3%
nagyfokú anisocytosis	
poikilocytosis	
1 normoblast	

A kezelést natrium arsenicosum-injectiókkal kezdjük meg, valamint pankrinadagolással. Három hét múlva a vörösvérsejtszám 1,520,000-re megy fel, majd ismét lesüllyed 1,050,000-re. Szeptember 12.-én unguentum arg. colloidalisval kenőkúrát kezdünk. Öt kenés után a vérsejtszám 1,100,000; elég jó közérzet, étvágy; testsúlyban gyarapodik. Csekély megszakításokkal naponta adott kenések után a vörösvérsejtszám november 4.-én 1,930,000, december 2.-án 2,300,000. Haemoglobin 40%. Festődési index 0.8.

December 15.-étől naponta egy intravenás argosol-injectio Hét. injectio után a vörös vérsejtszám 2,720,000. Haemoglobin 50%. Festődési index 0.9.

Január elején nagyfokú hasmenések, oedemák kíséretében a tüdőkből súlyos hurutos tünetek mutatkoznak.

Január 13.-án meghal.

A bonczolás (Buday tanár) anaemia perniciosának megfelelő csontvelő-eltávolítás mellett acut dysenteriat és súlyos bronchitist derített ki.

2. B. A., 52 éves asszonyt 1919 szeptember 6.-án vettük fel a klinikára. Az anamnesisben örökléses terheltég nincsen. Előzőleg beteg nem volt. 1914 szeptember óta 23 kg.-ot fogyott, igen gyenge, gyakran fáj a feje, szédül. A közepesen fejlett nőbeteg arc-színe viasz-sárga, nyálkahártyái halványak. A máj nem, a lép alsó polusa tapintható. A székben féregrészek vagy peték nem találhatók. A gyomorban szabad HCl nincsen, az összaciditás 6. A vizeletben idegen alkotórész nincsen.

Vérkép:

vörös vérsajt	1,160,000
fehér	3,800
haemoglobin	47%
festődési index	1.2
polynuclearis leukocyta	50%
kis lymphocyta	36%
nagy	8%
átmeneti	2%
eosinophil	4%
anisocytosis	
poikilocytosis	
polychromasia	
normoblastok	

Eleinte tisztán arsenit próbáltunk adni, majd a kombinált collargol-arsenkezelésre térünk át. Másodnapként adott 5 intravenás argentum colloidalis-injectio után a vörösvérsejtszám 1,950,000.

Mint hogy a rossz vénák miatt az injectiók további adása nehézségekbe ütközött, az intravenás injectiókat elhagyjuk és subcutan arsenit, belsőleg pankrint adunk, ezenkívül naponként unguentum argenti colloidalis-bedörzsölést. 10 napi kezelés után 2,000,000-ra való emelkedés után a vérsejtszám 1,785,000.

Rövid szünet után a kenéseket újból megkezdjük és 13 nap múlva a vérsejtszám 2,540,000.

Szeptember 16.-án a beteg elhagyja a klinikát 2,670,000 vörös vérsajttal. Távozásakor közérzése kitünő, két kilót hizott, erősnek érzi magát, arc-színe jó. Azóta a beteg többször meglátogatta klinikánkat változatlanul jó állapotban.

3. J. Gy., 55 éves asszony, 1919 október 3.-án került a klinikára igen legyengült állapotban. Örökléses terheltég nincsen. Előzőleg beteg nem volt. Hat hónap óta vannak dyspepsiás panaszai. Gyenge, szédül. Halvány, fakó bőr. Igen halvány nyálkahártyák. A bokák kis fokban oedemások. Máj, lép nem tapintható. Gyomorban szabad HCl nincsen, összaciditás 8.

Vérkép:

vörös vérsajt	1,050,000
haemoglobin	23%
festődési index	0.8
neutrophil leukocyta	60%
kis lymphocyta	25%
nagy	10%
eosinophil	2%
átmeneti	3%

Kisfokú anisocytosis.

A beteg natrium arsenicosum-injectiók mellett 40 argentum colloidalis-bedörzsölést kapott, a mire a vörösvérsejtszám 2,336,000-re emelkedett. (Haemoglobin 65%, festődési index 1.18.) Mérsékelt anisocytosis és poikilocytosis fennáll. Később myelitis tünetei jelentkeztek, a mely complicatióival együtt (cystitis) uralkodott a kórképen, a vérkép azonban állandóan jó maradt és a halál előtt két nappal 2,460,000 vörösvérsejtszám volt 0.9 festődési index-szel.

A bonczolási jegyzőkönyv szerint (Buday tanár) a czombcsont csontveleje általában zsíros, igen halvány, benne mogorónyi vérzés látható.

Ismételjük, hogy e fenti esetekből nem kívánunk messze-menő következtetéseket levonni, mégis az argentum colloidalisval kombinált arsenkezelés anaemia perniciososa, haemolysis icterus eseteiben eléggé megokoltnak látszik, úgy hogy a vele való további kísérletezés ajánlható.\*

Irodalom. <sup>1</sup> Hirschfeld: Zeitschr. f. klin. Med. 1919, 2. és 3. füz. — <sup>2</sup> Müller: Deutsche med. Wochenschr., 1919, 12. sz. — <sup>3</sup> Morgenroth és Reicher: Berliner klin. Wochenschr., 1907, 38. sz. — <sup>4</sup> Vellesen: Norsk. Magazin for laegeridens kal., 1909, 5. sz. — <sup>5</sup> Hirschfeld: Deutsche med. Wochenschr., 1915, 37. és 38. sz. — <sup>6</sup> v. d. Bergh: Der Gallenfarbstoff im Blute. Leiden-Leipzig, 1918. — <sup>7</sup> Minkowski és Naunyn: Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1886, 21. köt. — <sup>8</sup> Mc Nee: Med. Klinik, 1913, 28. sz. — <sup>9</sup> Lepehne: Ziegler's Beiträge, 64. köt. — <sup>10</sup> Lepehne: Münchener med. Wochenschr., 1919, 23. sz. — <sup>11</sup> Whipple és Hooper: Journal of exper. Medic., 1913, 17. sz. — <sup>12</sup> Voigt: Biochem. Zeitschr., 62. és 63. köt. — <sup>13</sup> Voigt: Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., 44. köt. — <sup>14</sup> Voigt: Biochem. Zeitschr., 1918, 89. köt.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Szülészeti és nőorvostan.

A gátvédelem új módjáról ír Pfleiderer ulmi gyakorlóorvos. A jelenleg használatos gátvédelmet a gát zúzása, morzsolása miatt elveti. Módszerét, melyet állítólag tíz év óta jó eredménnyel alkalmaz, melegen ajánlja a szakorvosok figyelmébe.

A hüvelyt nem öblíti, mert a hüvely sikamlós nyálkáját ezzel eltávolíthatná. Vizsgálatot csak a végbélen át végez, de ugyanazon kezével védi módszere szerint a gátat is. A szülőnőt a gát domborodásakor nem Sims szerint a bal oldalára, hanem a jobb oldalára fekteti. Jobb kezét az anya bal czombja felett átnyújtva, laposan a magzat fejére helyezi és ujjai hegyével a gátat a végbél felé tologatja.

Tudvalevő, hogy a jobb kéz szerepe a gátvédelemlél nem a gát komprimálása, hanem annak a táguláshoz való

\* A Deutsche mediz. Wochenschrift 1920. évi 7. számában A. W. Fischer hasonló elméleti alapon ajánlja a collargolt. Kísérleteket még nem végzett. Mi az I. sz. belklinikán e közlemény megjelenése előtt, 1919 szeptemberében kezdtük meg idevonatkozó kísérleteinket.

fokozatos hozzászoktatása. Nem azért tartjuk ott a kezünket, hogy a gátat a magzat feje felé nyomva zúzzuk, hanem egyrészt azért, hogy a végbél előrenyomulását és szennyező tartalmának kiömlését megakadályozzuk, másrészt pedig azért, hogy a gátat tenyerünkkel a fejre visszatolva, a fej kilépési átmérőjének megfelelően a gátnak ideje legyen tágulnia. A bal kéz szerepe a fejnek teljes flexióban való tartása és a tarkó kifejtése a szeméremív alatt úgy, hogy a fej a lehető legkisebb átmérővel lassan haladjon át a szeméremrésen.

Az asepsis érzésének teljes hiányára vall az előzetes keztyű nélkül végzett végbélen át való vizsgálat és aztán a fertőzött kézzel a szülés levezetése.

A szerző módszerét csak mint visszaesést foghatjuk fel és a gát épsége, valamint a láztalan gyermekágy érdekében senkinek sem ajánljuk. (Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 23. szám.)  
Komássy dr.

### Gyermekorvostan.

**A gyermekek gümőkórjának diagnostikáját** tárgyalja összefoglalóan *Grosser docens*. A gümőkór diagnostikájában, főleg az első stadiumban (primaer gócz a tüdőben vagy a peribronchialis mirigyekben) és a secundaer stadiumban (mirigy-, bőr-, csont-, agyhártya-, peritoneum-gümőkór) a miliaris tuberculosis okoz nehézséget, míg a tüdőphthisis, a tertiaer stadium rendszerint csak a pubertásban vagy még később fordul elő. E két stadium tünettanát tárgyalja kimerítően *Grosser*. Az anamnesisben nemcsak a szülők, hanem a gyermekekkel foglalkozó egyének után is érdeklődünk (játsszótársak, személyzet). A habitus nem mértékadó, sokszor látni viruló erőbeli állapot mellett meningitis tuberculosát kifejlődni. A testsúly megítélésekor gondoljunk az exsudatív, hypotrop, dekompenzált gyermekekre is. A hőmérsék ingadozását nem mindig gümőkór okozza, gyakran látjuk azt az orrgaratürege megbetegedései, főleg pedig neuropathia mellett. Éjjeli izzadás esetén, a mely inkább csak kifejezett tüdőgümőkórban van meg, gondolnunk kell angioneurosisra, rachitisre is. Fontosabbak a diagnosisira az áll alatti, a kulcsonti árkokban levő és az elülső hónaljvonalban a mellkas hosszában rózsafüzérszerűen elhelyezett mirigyduzzanatok. (Figyelembe veendőek heveny fertőző megbetegedések, tonsillitisek.) *Hamburger* nagy súlyt helyez a bőrtuberculidokra, melyek még jobban előtűnnek, ha a közelükben Pirquet-oltást végzünk. Legnagyobb nehézséget (a trachea és az elülső mellkasfal közti levő szív, nagyerek, főleg a thymus miatt) a peribronchialis mirigyek kimutatása okoz; ezek közül inkább a bifurcatiós, kevésbé a tracheobronchialis mirigyek betegszenek meg. A *Smith*-tünet (erősen hátrahajlított fej mellett a manubrium sterni felett hallgatózva, a vena cava összenyomása folytán zúgó zörejt hallunk) nem megbízható. Jellegző az érczes jellegű köhögés (nagyobb gyermekeken néha az ideges köhögéstől semmiképpen sem különböztethető meg). Fontos tünet az expiratiós stridor (légcsőszűkületnél is jelenvan, de ott a hang nem tiszta). A percussió tünetek közül a *Korányi Frigyes* és a *de la Camp* módszerének vannak hívei (normalisan a csigolyatövisnyulványokon kopogtatva, a tompa hangot adó 3. nyakcsigolya nyulványától lefelé a 6. hátcsigolya nyulványáig tisztább, innen a 9. hátcsigolyáig tiszta tüdőhangot kapunk, s így az ettől eltérő, kóros elváltozás sokszor kimutatható). *Engel* szerint azonban a legtöbb mirigy a trachea előtt fekszik, a mi megingatja e módszer anatómiai alapját. Hallgatózóskor *d'Espine* tünetét tartja a leghasználhatóbbnak. (A trachea a 7. nyakcsigolyáig közvetlen a gerincoszlopon fekszik, innen kezdve a gerincoszlop hátrahajlik. Ezért ha a gyermekkel hangosan 33-at mondatunk, a gerincoszlop felett hallgatózva a 7. nyakcsigolyáig hangos légcsőhangot hallunk, amely itt hirtelen megszűnik. Még kifejezettebb e tünet, ha a 33-at suttogva mondatjuk, amikor egy sajátos mellékhangot „chucotement“ is hallunk.) A Röntgenvizsgálat a peribronchialis mirigyek diagnostikájában igen sok esetben nem megbízható, mert épp a leggyakrabban megbetegedő bifurcatiós mirigyek a hilustól, a közép-

árnyékoktól (szív nagyerek, thymus) fedettek. *Hulka* egy a lapjával a szív felé, csúcsával laterálsan fordított háromszöget tart különösen jellegzőnek. A legmértékadóbb diagnosticum a specifikus Pirquet-reactio. Nem gümőkóros egyéneknél sohasem pozitív a Pirquet. Ha pedig gümőkórra gyanú mellett negatív a Pirquet, 7 nap múlva megismétlendő és csak 48 óra múlva olvasandó le. Megbízhatóbb eredményt kapunk, ha  $\frac{1}{1000}$  hígítású altuberculint (negatív eredménynél felmenve az  $\frac{1}{10}$  hígításig) fecskendezünk be subcutan, vagy még helyesebben intracutan. Értékesíteni a Pirquet-reactiót annyiban tudjuk, hogy a pozitív eredmény azt jelenti, hogy a szervezet gümőkórosan fertőzött. Actív gümőkórban a Pirquet többször egymásután pozitív, kétszer negatív Pirquet pozitív intracutan oltással valószínűleg inactív folyamatot jelent. A csecsemőkórban minden gümőkórt actívnek veszünk fel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 14. és 15. szám.)

Rohrböck Ferencz dr.

### Venereás betegségek.

**A spirochaeták méregállóságának kérdését vizsgálta** *G. Fantl* (Prága). A prágai német dermatologiai klinikáról a közelmúltban azokról a vizsgálatokról értesültünk, melyeket a különböző antilueses szerek hatásáról végeztek. E vizsgálatok azt a meglepő eredményt adták, hogy a kénéső nemcsak nem öli meg a szervezetben a spirochaetákat, hanem hogy ellenkezőleg a spirochaeták a kénésővel előzetesen bőven kezelt esetekben salvarsan nyomán jóval később tűnnek el a syphilitikus jelenségekből, mint azt az előzetesen nem kezelt esetekben rendszerint látjuk. E jelenség *Stejskal* szerint úgy magyarázható, hogy a spirochaeták a kénésőt tartalmazó közegben növekedve, fokozott ellenállóképességet nyernek a salvarsannal szemben. A szerző ezt a kérdést most a szervezeten kívül levő oly spirochaetákon vizsgálta kísérletileg, melyek részben kénésővel hosszabban kezelt lueses egyénektől eredtek. A kérdés tehát az volt, hogy az ilyen spirochaeták káros hatásokra valóban tovább tartják-e meg mozgóképességüket. *Fantl* e vizsgálatait szobahőmérsékleten nedves kamrában végezte. A vizsgálat elsősorban arra irányult, hogy a spirochaeták natív készítményben, majd meg salvarsan és sublimat hozzáadására mennyi ideig maradnak mozgó állapotban. Vizsgálat alá ily módon 56 beteg került. A spirochaeták élettartama igen különbözőnek mutatkozott. Mindenesetre a legtöbb esetben elég nagy az időbeli eltérés a spirochaeták élettartama között a szerint, hogy a kénésős kezelés előtt vagy azután történt-e azoknak a vizsgálata. Az előzetesen kezelt spirochaeták élettartama általában jóval hosszabb volt. A mozgás 24 óránál tovább rendszerint nem tart. Ezzel szemben a spirochaeta refringensek jóval tovább tartják meg mozgóképességüket. Érdekesekek azok a vizsgálatok, melyek a spirochaetaanyagának salvarsan- és sublimat-oldattal való keverésére irányultak. Az eredmény itt is az volt, hogy a spirochaeták mozgóképessége jóval rövidebb ideig tart, ha előzetesen nem voltak kénésővel kezelve. Míg a kénésős kezelés nélküli spirochaeták e mérgekre rövidesen elhalnak, addig a kénésős spirochaeták ugyanolyan mérgek hatására még órákon át megtartják mozgásukat. Bizonyos, hogy e vizsgálatok szükségképpen igen sok hibaforrást rejtenek magukban, de azért általuk mégis bizonyos megfontolni való irányítást nyerünk a syphilitisre vonatkozóan. Így az antilueses kezelést főként erős salvarsan-injectiókra kellene alapítani, melyek hivatva vannak a spirochaetákat előlenni, s a kénésőre utóbb csak akkor kerülne a sor, ha a spirochaeták már elpusztultak, a mikor az utóbbi gyógyszerrel csak a syphilitikus beszűrődések felszívódását várjuk. E fölvetel mellett máris bizonyos klinikai s főként serologiai adatok szólnak. Nem szabad azonban megfeledkeznünk arról sem, hogy vannak kivételesen oly esetek is, a melyek éppen a salvarsannal szemben igen resistensen viselkednek. A szerző erre vonatkozóan igen tanulságos esetet közöl. (Dermatolog. Wochenschrift, 1920, 6. sz.)  
*Guszman*.

### Húgyszervi betegségek.

A pollakisuria gyógyításáról tartott előadást O. Schwarz a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ február 13.-i ülésén. Nem a vizelet gyakorisága jellegző erre a megbetegedésre, hanem a vizelet-inger intenzitása, a melynek oka a detrusor tonus-fokozódása Pal fejtegetései értelmében. A gyógyításban három nézőpont jöhet tekintetbe: 1. az inger kirekesztése, 2. az ingerhez szoktatás és 3. a detrusor-tonus csökkentése. Az inger kirekesztése elérhető állandó katheter alkalmazásával; ezt a módot már ismételtelen ajánlották és többen láttak tőle eredményt. Az ingerhez való hozzászoktatás abban áll, hogy belopódzó ingerekkel, elsősorban a hólyagnak tágitásával és öblítésével, meleg folyadék segítségével Janet eljárása szerint, fokozatosan megterheljük a detrusort. A detrusor tonusának csökkenését gyógyszerekkel eddig még nem sikerült elérni; a többi között az atropin is hatástalannak bizonyult. Ujabb vizsgálatok kimutatván, hogy a calcium a bél, az erek, a légzőizmok tonusát csökkenti, kísérletet tettek ezzel a szerrel, még pedig chlorcalcium-hugyanag (afenil) alakjában, a 10%-os oldatból 1 cm<sup>3</sup>-t fecskendezve be intravenásan. Az eredmény feltűnő volt. 34 eset közül csak 3-ban nem mutatkozott hatás. Egy befecskendezés hatása rendszerint 3–4 napig tart; a befecskendezéseknek többször megismétlése után néha tartós az eredmény.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Sycosis egy esetében néhány nap alatt gyógyulást ért el Bayer a Binz által fagyásdaganat ellen ajánlott kenőcs-csel: Rp. Calcar. chlorat. 2·0; Ungu. paraffini ad 20·0. M. f. ungu. D. in vitro fusco. A beteg helyek 5 percig dörzsölendők be e kenőcs-csel és utána leukoplasttal fedendők. Az eljárás naponként megismétlendő. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1920, 19. sz.)

Influenza ellen prophylacticumként Plesch jodgőzők belégzését ajánlja. Tányérra néhány csepp jodtincturát öntünk; a felszabaduló jodgőzőket közvetlen közletről (mintha szagoltatnánk) légeztetjük be naponként 2–3-szor. Olyan esetekben, a melyekben a jod ellenjavalt (például Basedow-kór fennforgásakor), helyénvaló az óvatosság; egyébként azonban — kislekű, rövid ideig tartó náthát leszámítva — semmiféle káros hatása sincs a jod-belégzésnek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 19. szám.)

### Vegyes hírek.

Megjelent: A gyermekorvostan története. A Stefánia gyermek-kórház (ezelőtt „Pesti szegény gyermek-kórház“) 80 éves fennállása alkalmából írta Bókay János dr. egyetemi tanár. Különlenyomat az „Orvosképzés“-ből. Budapest, Franklin-társulat, 1920.

A bécsi egyetem orvostörténeti intézete, a mely Neuburger tanár vezetése alatt áll, végre türethető hajlékot kapott a régi Josefium épületében.

Az angol és amerikai szivarkákról az utóbbi időkben az a hír keringett, hogy opium-tartalmuk folytán súlyos egészségkárosodást okozhatnak. A német állami egészségügyi hivatal e hírek alapján pontos vizsgálatokat végeztetett, de sem opiumot, sem ennek az alkaloidait nem tudták kimutatni a gyanúsított szivarkákban.

Meghalt. G. Klein rendkívüli tanár, a müncheni egyetem gynaecologiai poliklinikájának vezetője, 60 éves korában június 15.-én.

A „Charité“ poliklinika igazgatósága pályázatot hirdet a Röntgenlaboratoriumot vezető főorvosi állásra. Pályázni lehet 1920 július hó 14.-éig.

## Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

## 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, diagnosztikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegségek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyögymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

## MEDIKO-MECHANIKA, orthopädia 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.

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.

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

**Hüvösvölgyi Park Sanatorium** klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Villamos megallo. Telefon: 145–90.

### PÁLYÁZATOK.

685. szám.

Szatmár vármegye csengeri járásában üresedésben levő csengeri **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, 1200 kor. háborús segély, 4800 kor. drágasági segély, 600 kor. lakpénz, 800 kor. fuvar-átalány.

Pályázatok 1920. évi augusztus hó 15.-éig adandók be.

A választás kitzzése iránt a pályázati határidő lejártával fogok intézkedni.

C s e n g e r, 1920 június 21.

A főszolgabíró.

A lemondás folytán megüresedett mezőkövácsházi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz tartoznak Mezőkövácsháza mint székhely, Reformátuskövácsháza, Végegyháza.

Javadalmazás: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított 1600 kor. kezdőfizetés, a mely ötvenként a nyugdíjba beszámító 200 korona korpótlékkal emelkedik, a korpótlék azonban 800 koronánál több nem lehet, továbbá a törvényszerű háborús és drágasági segély. Természetbeni lakás. Reformátuskövácsháza és Végegyháza községek részéről a rendes heti látogatási napok alkalmával természetben kiszolgáltatandó fuvar.

Látogatási és rendelési díjak:

Az orvos lakásán, valamint a rendes heti orvoslátogatási napokon a kölközsegekben (rendelő helységben) nappal 5 kor., éjjel 10 kor.

A beteg lakásán nappal 8 kor., éjjel 15 kor.; ez érvényes a kölközsegekben is a látogatási napokon. A községek külterületén, illetve a tanyákon a fenti látogatási díjakon kívül oda és vissza kilométerenként 1–1 kor. távolsági díj és természetbeni fuvar illeti meg az orvost. Nem látogatási napokon Reformátuskövácsházán 12 korona, Végegyházán 15 korona látogatási díj és természetbeni fuvarilletmény illeti meg az orvost.

Sebészeti, szülészeti, szemészeti és fogorvosi, nemkülönbben minden más műtétért a vármegyei szabályrendeletben megállapított díjak ötszöröse illeti meg az orvost.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy pályázati kérvényeiket, oklevéllel és kórházi gyakorlatot igazoló bizonyítvánnyal s netalán egyéb okmányokkal felszerelve hozzám folyó évi augusztus hó 15.-éig annál is inkább nyujtsák be, mivel helytelenül felszerelt, vagy elkésve érkezett pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

A választás határnappját később állapítom meg.

M e z ő k ö v á c s h á z a, 1920 június hó 21.-én.

1539/1920. kig. szám.

Főszolgabíró szabadságon:

Balka, tb. főszolgabíró.

A nagykamarasi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A kör két községből áll: Nagykamaras és Almáskamaras, melyek egymástól két kilométer távolságban fekszenek és az út elsőrendű törvényhatósági műút.

Az állás javadalmazása: 1600 kor. törzsfizetés, 800 kor. személyi pótlék, 400 kor. lakbér és 240 kor. útiátalány. Ezekon kívül a rendes háborús segély, rendkívüli 4800 kor. évi drágasági segély, továbbá családi pótlék és a praxisból váró jövedelem.

Nagykamaras községhez tartozó 1300 lelket számláló Bánkut pusztai József főhercegi uradalom egyezség szerinti tiszteletdíja.

Megjegyzem, hogy a megválasztandó körorvosnak kézi gyógytár tartására is joga lesz.

Pályázni szándékozó orvosdoktorokat felhívom, hogy orvosi oklevél, születési bizonyítvány és egyéb működési bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi július hó 25.-éig küldjék be.

E l e k, 1920 június hó 19.-én,

933/1920. szám.

Főszolgabíró szabadságon:

Szvidrán József dr., szolgabíró.



# 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.

Kopits Jenő: Világrahozott csípőizületi ficzamosodás spontán gyógyulása. 281. lap.

Scipiades Elemér: A mesterséges hüvelykészítésről. 283. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosok. Singer: Pankreatitis luetica. — Veneréus betegségek. A. Martin: A syphilis történetéhez Németországban a 15. és 16. században — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 287—288. lap.

Vegyes hírek. 288. lap.

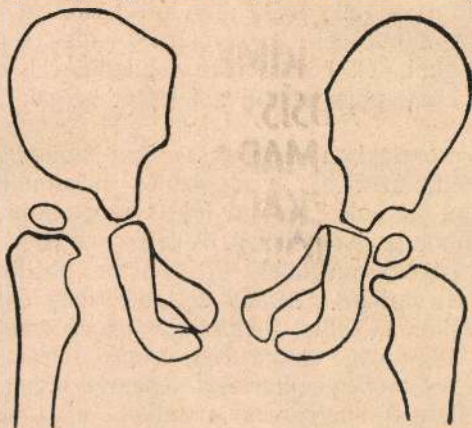
## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Világrahozott csípőizületi ficzamosodás spontán gyógyulása.

Irta: Kopits Jenő dr., egyetemi rk. tanár.

A közelmúltban, a gyógykezelésben álló nagyszámú világrahozott csípőizületi ficzamosodások között, oly jelenséget volt alkalmam észlelni, mint eddig soha: a ficzamosodásnak spontán gyógyulását. Hasonló eseteket keresve a rendelkezésemre álló irodalomban, azok oly kis számmal lelhetők, hogy az ily esetek ritkaságszámba mennek s létrejöttük magyarázata oly kevéssé meggyőző, hogy ezidőszertint kellően megmagyarázottnak éppen nem tekinthetők.

Észleltem a következő: B. T. 15 hónapos leánygyermeket anyja 1916 szept. 24.-én azzal a panasszal hozza rendelésemre, hogy gyermeke egy éves kora óta, mióta járni



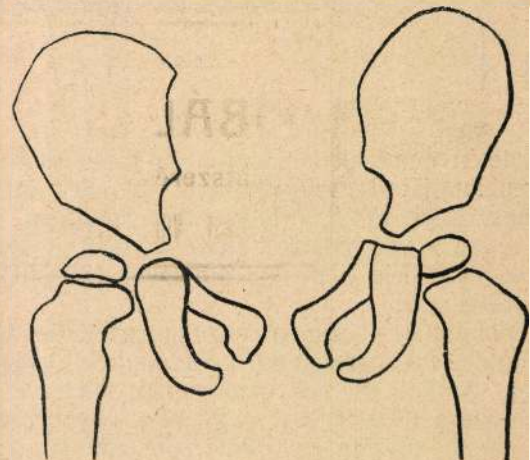
1. ábra.

kezd, sántit. A gyermek atyja, mint segédszolgálatos népfelkelő akkor a „Soroksári-úti hadikórházban“ teljesített katonai szolgálatot, a hol megmutatta gyermekét az orvosoknak, a kik Röntgen-felvételt készítetvén róla, baloldali csípőizületi ficzamosodást állapítottak meg. Gyógykezelés végett hozzám utasították. Megvizsgálva konstatalem, hogy a gyermek elég biztosan jár, azonban bal oldalára biczeg. Bal lábra állítva, Trendelenburg-tünetet mutat, a bal oldalon a czombfejecs a szokott helyén, a czombverőér alatt, nem tapintható, hanem magasabban, az elülső-felső csípőtővis mögött és alatt van, a trochanter csúcsa 1½ cm.-rel a Roser-Nelaton vonal felett áll, a bal alsó végtag ugyanennyivel rövidebb az ellenkező oldalánál. Az említett helyen készült Röntgen-felvétel lemeze, melyet magával hozott (1. ábra), a bal csípőizületi ficzamosodását mutatja. Az izületi vápa üres, felső boltozata hiányzik, az úgynevezett kicsúszási barázda jól felismerhető, a fejecs jóval az Y-alakú porc szintje felett látható, az izületi vápá-

tól meglehetősen távolságban oldalt, csontmagva valamivel kisebb az ellenkező oldalánál, a czombcsont medialis izületi vége nagyfokú anteversióban van, a czombnyak árnyékképe annak úgyszólván teljesen sagittalis vetületében látszik. Tehát úgy klinikai vizsgálattal, mint Röntgen-felvételen a bal csípőizület teljes ficzamosodása volt konstataható, mely függetlenül két különböző helyen állapított meg; az én vizsgálatom tulajdonképpen mint ellenőrző vizsgálat erősítette meg a már kimondott diagnosist.

A bántalom megállapítása után, minthogy a gyógykezelést rendszeren a gyermek két éves korában szoktam megkezdeni, azon meghagyással küldtem el az anyát, hogy két éves korában hozza el a gyermekét műtetre.

1917 június 24.-én, meghagyásomhoz híven, az anya bemutatja gyermekét. Meglepetésemre a gyermek alig sántít,



2. ábra.

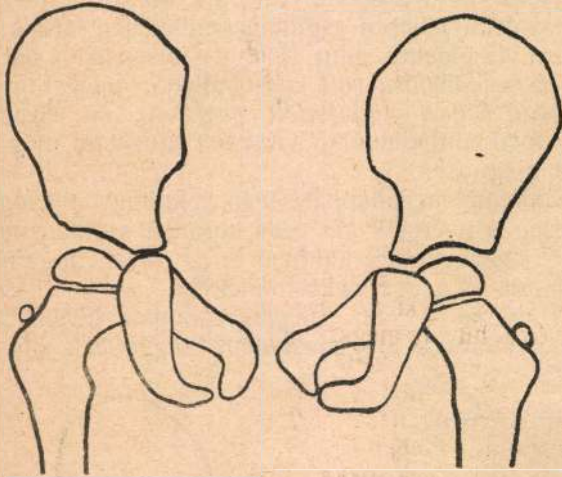
úgy jár, mint a nemrégiben eredményes gyógykezelésen átesett gyermekek szoktak. Anyja kijelenti ismételt kérdésemre, hogy gyermekét semmiféle gyógykezelésben nem részesítette, járása javulásának okát adni nem tudja. Röntgen-felvételt készítettek, mely meglepetésemre a régebben ficzamosodottnak talált izületen a ficzamosodás megszűntét mutatja (2. ábra). Az izületi vápát a bal oldalon is kitölti a fejecs, bár még nem fekszik oly mélyen benne, mint a jobboldali; az izületi vápa még hiányos, felső boltozata még nem ívelt, hanem egyenes vonalban ferdén fut le, de a csípőcsont külső körvonalával találkozási helyén szögletet alkot, miáltal az izületi vápa már kifejezetten határolva van. A fejecs teljesen azonos nagyságú az ellenkező oldalival s feltűnő, mennyire megszűnt a fejecsnak az előbbi lemezen konstataált anteversiója, mindkét czombnyak árnyékképe annak teljesen azonos vetületét mutatja.

Megállapítjuk tehát a kilencz hónap előtt ficzamosodott-

nak konstataált ízület regenerációjának a megindulását, úgy klinice, mint röntgenologic. Az érdekes folyamatot mutató gyermeket további vizsgálatra ismét berendeljük.

Egy és egynegyed év múlva, 1918 okt. 16.-án a gyermeket ugyancsak bemutatják. Sántításnak semmi nyoma sem látható járáskor, a czombfejecs helyén tapintható, a trochanter csúcsa a Roser-Nelaton vonalban, Trendelenburg-tünet nincsen. A készített Röntgen-felvétel (3. ábra) az ízület teljes regenerációját mutatja. Az ízületen nyoma sem látszik, hogy valaha ficzamosodott volt, a czombfejecs éppen oly mélyen ül az ízületi vápában, mint az ellenkező oldali. Az ízületi vápa feneke valamivel vastagabb a másik oldalnál, az ismert könyecsepp-rajzolat kifejezettebb, felső boltozatának a rajzolata teljesen ívelt, congruens a fejecs körvonalával, a különbözőzeti távolság a kettő között a normalisnak megfelelő. A fejecs szabályos alakú és nagyságú, a czombnyak a frontális síkban fekszik, talán valamivel rövidebb az ellenkező oldalnál.

A harmadik vizsgálatkor, tehát az első vizsgálattól számított két év múlva, a ficzamosodott ízületet úgy klinice, mint röntgenologic, anatómiai értelemben teljesen regenerálva, épnek találtam. Észletem teljes volt, mert alkalmam nyílt a



3. ábra.

gyermek ízületén nemcsak a világrahozott ficzamosodást, hanem annak regenerációját is megállapítani és megfigyelésemet minden phasisában Röntgen-felvétellel ellenőrizni. Hosszú évek alatt, mióta a világrahozott ficzamosodások gyógykezelésével foglalkozom, még nem volt alkalmam hasonló folyamatot végigésszelnem.

Az irodalomban e czímen közölt esetek leírásai nem mutatják mind ily kifogástalanul a ficzamosodás gyógyulását. Nem találtam minden esetben határozottan kifejezve, hogy a fejecs ficzamosodása teljes volt-e, vagy csak úgynevezett sublaxatióban állott, melyen az ízület regenerációját találtattam. Ez szerintem a folyamat meghatározására nagyon fontos döntő körülmény. Sublaxatio esetén ugyanis az ízületi vápán a világrahozott ficzamosodás minden jele megvan, de a ficzamosodás leglényegesebb kelléke, a fejecs kellő eltolódása hiányzik. Ilyen eseteket volt alkalmam a Magyar Sebész-Társaság 1908. évi nagygyűlésén bemutatni, a midőn annak a nézetemnek adtam kifejezést, hogy az ilyen esetek befejezett kóralakok, melyek ilyen stadiumban mint sublaxatiók, a fejecs későbbi eltolódása nélkül, fennállhatnak. Bővebb tapasztalatom alapján a világrahozott csípőizületi ficzamosodás kóroktanáról írt legutóbbi cikkemben<sup>1</sup> közöltem több hasonló esetet, melyek tulajdonképpen nem is sublaxatiók, hanem aplasiás ízületek, melyeken a ficzamosodás lehetősége adva volt ugyan, de annak kifejlődése elmaradt. Hasonló esetekben az ízületi vápa későbbi regenerációjával az ízület világrahozott hibájának a meggyógyulása könnyebben érthető, mint teljes ficzamosodás esetén. Nézetem szerint az ilyen ízületek regenerációját nem nevezhető jogosan a ficzamosodás spontán gyógyulásának, mert ficzamosodás tulajdonképpen nem is volt.

Kifejezetten ilyen aplasiás ízület látható Wollenberg esetének a Röntgen-képén,<sup>2</sup> ugyanilyenek tartom a Rager által leírt anatómiai készítményt.<sup>3</sup> Csak leírásból ismerem P. A. Müller esetét, Ruprecht<sup>3</sup> esetét s Kaiser 1 esetét,<sup>4</sup> Joachimsthal eseteit,<sup>5</sup> valamint Bradford két esetét,<sup>6</sup> melyekről nem volt alkalmam Röntgen-képet láthatni. Ezeknek hova-sorozásáról nem is mondhatok véleményt.

A Drehmann<sup>7</sup> mindhárom esetéhez mellékelt Röntgen-képen azonban a teljes ficzamosodás kifejezetten látható.

Ez utóbbi esetekhez sorozható az általam észlelt eset is, melyben nemcsak az aplasiás acetabulum regenerálódása volt észlelhető, hanem egyúttal a kificzamosodott fejecs reponálódása is. Ilyen esetekben szólhatunk joggal a ficzamosodás gyógyulásáról. Míg az úgynevezett sublaxatiós esetekben az ízület regenerációját, ha a ficzamosodás nem következett be, könnyen megérthető, addig itt a legnagyobb nehézséggel állunk szemben annak a kérdésnek a megoldásában, hogy ilyen teljesen kificzamosodott fejecsű ízület beavatkozás nélküli gyógyulásának a folyamata miként jött létre.

Az ízületi vápa regenerációját, eddigi tapasztalataink szerint, a fejecs reponálása után várható csak a fejecsnek az ízületi vápára gyakorolt nyomása, még inkább az ezzel helyre állított normalis ízületi funkciók következtében. Ettől a folyamattól várjuk a ficzamosodott ízület gyógyítását a fejecs műtéti repositiója után, midőn a fejecset céltudatosan redukáljuk az ízületi vápába.

P. A. Müller<sup>4</sup> bemutatott spontán gyógyult esetében a gyógyulás okául véletlenül bekövetkezett olyan traumát említ, mely alkalmas lehetett a fejecs repositiójára. A gyermek, anyja előadása szerint, maximalisan széjjel terpesztett czombokkal úgy esett el, hogy gátja a földet érte. Utána a gyermek erősen sántított, fájlalta czombját egy ideig, sőt az elesésre következő két hónapban is időnként járáskor fájdalmi voltak, de mindinkább feltűnt, hogy a gyermek kevesebbet sántít, mint azelőtt, majd egy idő múlva teljesen jól járt. Müller esete gyógyulását úgy képzeli, hogy a repositiót a trauma okozta, melynek köszönhető a bekövetkezett gyógyulás. Müller bemutatása alkalmával a discussióban résztvevő Ruprecht hasonló esetei gyógyulása okának a gyermekek ápolásakor, a genitálék hintóporozása alkalmával, a czombok gyakori erős abductióját tekinti a fejecset beigazító momentumnak.

Mindezen esetekben a repositio a leírt módon csakugyan bekövetkezhett, azonban a csípőizületi ficzamosodás gyógykezeléséből jól tudjuk, hogy a fejecs repositiója még nem jelenti a ficzamosodás gyógyulását. A fejecs helyben maradása a repositiót követő megfelelő helyzetben beállított végtag megrögzítésétől várható. Müller esetében még elképzelhető, hogy az eleséskor az ízület distortióját okozó trauma egyúttal az ízületi tokszalag sérülésével, annak retractionját eredményezte s a fejecs helybentartását lehetővé tette; a Ruprecht által felhozott magyarázat azonban, a czombok megújuló abductiója, véleményem szerint nem állja meg a helyét. Egyik esetben sincsen olyan momentum adva, melyből a fejecs egy bizonyos helyzetben rögzítésére következtethetnénk.

Leírt esetem decursusában semmi olyan körülményt sem sikerült felfedeznem, mellyel a gyógyulást valamiképpen összefüggésbe lehetett volna hozni.

Drehmann felvétele szerint a fejecs átalakulása az, mely a kificzamosodott fejecsnek az ízületi vápába beigazodását okozza. Drehmann a fejecs meredek állásának s antetorsiójának a csökkenését tartja olyan változásnak, mely a ficzamosodás gyógyulását létrehozza. Bővebb fejtegetéssel és érvekkel azonban nem támogatja e véleményét. Mindenesetre a fejecsnek ilyenmő átalakulással járó helyzetváltozása az ízületi felszíneknek egymáshoz való viszonylatában oly változást okoz, mely nagy szerepet játszik az ízület regenerációjában.

Esetemben is a Röntgen-felvételen nagyon jól látható s követhető a czombnyak eredetileg nagyfokú anteversiójának s meredek állásának a csökkenése, a minek következtében a

fejec mintegy közeledett, odahajlott az izületi vápához. Míg az első Röntgen-felvétel (1. ábra) a czombnyak annyira meredek, hogy teljesen a czombcsont tengelyének a folytatásában fekszik s a fejec annyira anteversióban áll, hogy annak teljesen sagittalis vetületi árnyékát kapjuk, addig a későbbi felvételeken (2. és 3. ábra), midőn már a fejec reponált helyzetbe került, a czombnyak hajlása és a fejec helyzete teljesen normalisnak mondható, azonos az ép oldalival.

*Le Damany*<sup>8</sup> a fejec medialis végének alak-, illetve helyzetváltozását a czombcsont fejlődése normalis folyamán tartja. Vizsgálatai szerint az intrauterinális élet első felében a czombnyaknak egyáltalán nincsen torsiója, annak második felében a fejec már kezd előre csavarodni, melynek legnagyobb fokát az ujszülöttön éri el. A fejec anteversiója a méhen kívüli életben egyre kisebb fokú lesz; míg ujszülöttön a czombnyak csavarodási szöglete 35°-ot ér el, addig felnőttn 12°-ra csökken.

Ugyanezen fejlődési átalakuláson megy át a reponált fejec is a gyógykezelés folyamán. A czombcsont e normalis fejlődési átalakulásának az ismeretével érthető meg, hogy a fejec anteversiója rendes körülmények között, mint tapasztalataink mutatják, a ficzamosodás gyógykezelésében nem csinál annyi bajt, mint az ember várná. Ha az erősen anteversióban levő fejecet is sikerül a végtag megfelelő posztójában az izületi vápában centralisan megtartani a rögzítési periódus alatt, akkor sikerül a ficzamosodást meggyógyítani. Ilyenkor a gyógyulás eleinte csak functionalis, csak később, minden különös beavatkozás nélkül, a normalis functio behatása alatt, a fejec átalakulásával és ezzel párhuzamosan az izületi vápa fejlődésével lesz a gyógyulás végleges, az izületi csontvégek átalakulásával anatómiai. Ezt a folyamatot Röntgenfelvételeinken mindennap követhetjük eseteink gyógykezelésének az ellenőrzése alkalmával. *Galeazzi*<sup>9</sup> egyenesen a fejec ez átalakulási folyamatát használja ki a ficzamosodás gyógyítására. A rendszeren alkalmazott repositio mifogásoktól eltérően a fejec anteversiója megszüntetésére irányuló manipulációkkal igyekszik narcosisban a fejecet az izületi vápával érintkezésbe hozni s ott megtartani. Rögzítésre a végtag mérsékelt flexióját, abductióját s erős befelé rotációját alkalmazza, mellyel, véleménye szerint, a czombcsont csipőizületi végének fokozatos detorsióját idézi elő, aminek tulajdonítja a közleményében bemutatott jó gyógyulási eredményeit.

A fejec meredek állása és anteversiója normalis fejlődéssel járó detorsiójának tehát a ficzamosodás gyógyulásában nagy fontossága van, azonban úgy látjuk, hogy a *czombnyaknak ez a korrigáló alakváltozása csak a fejec repositiója után következik be, e nélkül az anteversio nemhogy javulna, sőt inkább folyton fokozódik s végül a fejec teljes deformálódására vezet.*

A czombnyaknak *Drehmann* és a magam esetében is látható alakváltozása kétségen kívül összefüggésbe hozható a ficzamosodás gyógyulásával. Ha azonban csupán ettől volna a ficzamosodás gyógyulása várható, akkor nem menne a spontan gyógyulás ritkaság számba, sőt számítanunk is kellene rá. Nem adja tehát a fejecnek a nyak alakváltozásával összefüggő helyzetváltozása a ficzamosodás spontan gyógyulásának teljesen kielégítő olyan magyarázatát, melyben megnyugodhatnánk. Keresnünk kell még más tényezőket is, melyek közrejátszanak a ficzamosodás gyógyulása megindításában olyképen, hogy a fejecet az izületi vápával tartósan érintkezésbe hozzák, a mi azután lehetővé teszi a czombfejec normalis detorsiójának az érvényesülését a gyógyulás létrehozására. Ilyen tényezők keresése, illetve felismerése adja meg tulajdonképpen az egész kérdés kulcsát.

Ismertetett esetemben, mint említettem, ilyen momentumot, sajnos, nem sikerült megállapítanom, alap nélküli kombinációkba pedig nem akarok bocsátkozni. A jövő feladatának tartom ilyenek kutatását különösen olyan korban bemutatott fiatal ficzamosodásos gyermekek megfigyelésével, akik koruknál fogva repositióra még nem alkalmasak. Ezek viselkedésének és Röntgen-felvételeinek a megfigyelésével talán sikerülni fog

majd alkalmas adatokat nyernünk, melyeket érvényesíthetünk a spontan gyógyulás ma még megmagyarázottak nem mondható kérdésének a megoldására.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Kopits*: Adatok a világrahozott csipőizületi ficzamosodás kórszarmazásához. Orvosi Hetilap, 1919. — <sup>2</sup> *Wollenberg*: Spontanheilung der ang. Hüftluxation. Zentralblatt f. Chir. u. mech. Orth., 1916. — <sup>3</sup> *Rager*: Einige Bemerkungen über Subluxationsstellung bei Luxatio coxae congenita. Zeitschr. f. orth. Chir. VIII. kötet, 1901. — <sup>4</sup> Sitzung der Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden, 1910. XII. 3. Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 7. szám. — <sup>5</sup> *Joachimsthal*: Diagnose u. Behandlung der ang. Hüftverrenkung im Säuglingsalter. Berliner klin. Wochenschrift, 1909, 50. szám. — <sup>6</sup> *Bradford*: Beiträge zur kongen. Hüftgelenksluxation. Zeitschr. f. orth. Chir. XXXIV. köt., 1914. — <sup>7</sup> *Drehmann*: Weitere Beiträge zur unblut. Behandlung der angeb. Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orth. Chir. XX. kötet, 1908. — <sup>8</sup> *Le Damany*: Die angeborene Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orth. Chir. XXI. köt., 1908. — <sup>9</sup> *Galeazzi*: Ueber die unblutige Behandlung der kongen. Hüftgelenksverrenkung. Zeitschr. f. orth. Chir., XXX. kötet, 1913.

### A mesterséges hüvelykészítésről.

Közlő: *Scipiades Elemér* dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos. (Vége.)

Áttérek most a *végbélből történő hüvelykészítő eljárások* ismertetésére.

A végbelet először *Gersuny* használta hüvely készítésére, három esetben úgy, hogy annak elülső falából a sphincternek átvágása után hosszanti csíkot vágott ki s azzal borította a kötőszövetben praeparált hüvelyjárat elülső falát. A rectumnak a sphincter ani varrása nélkül három etage-ban zárt elülső fala fölött ellenben a hüvely hátulsó falát három esetben hámboríték nélkül hagyta, egy esetben pedig Thierschféle lebenynyel borította. A három első közül két esetben az így operált betegek állandóan kautschuk-csapot hordtak hüvelyükben, hogy annak zsugorodását elkerüljék. Abban az egy betegben pedig, a ki az ilyen csap hordását elmulasztotta, a mesterséges hüvely megszűnt. Nem közömbös végül, hogy az operáltak közül kettőn rectovaginalis sipoly támadt a gyógyulás alatt, mely az egyiken a megkísérelt zárás után megint kiujult. Ugyancsak sipolyt látott keletkezni *Puppel* is egy így operált betegben.

A *Gersuny*-énál sokkal életrevalóbb volt az a gondolat, melyet *Wertheim* vetett fel még a Schauta-klinikán való működése idejében s mely úgy szólott, hogy: aplasia vaginae esetén reszekáljuk a rectumot s annak kiiktatott darabját használjuk fel a hiányzó hüvely pótlására. *Wertheim*-nek azonban igen rövidre szabott közléséből nem deríthető ki, hogy e műtétet ő miként végezte. Minthogy pedig egyrészt az ígért terjedelmesebb közleménnyel adós maradt, másrészt, mert *Schauta* 8 évvel később egy ilyen tárgyú discussio kapcsán ezen műtét eljárásról még csak említést sem tett, ezekből — mint *Schubert* is mondja — az következik, hogy a Schauta-klinika ezen eljárásnak további ajánlásától elállott.

Továbbfejlődése volt a gondolatnak *Snegireff*-nek az az ajánlata, hogy az ilyen betegeknek az os coccigisnek resectiója után e helyen anus praeternaturalis készítsünk, coitusra pedig használtsuk a helyén hagyott rectumot. Ezen eljárás azonban két súlyos kifogásolni való volt. Egyik hibája volt a műtétnek az anus coccigeus készítése, mely egy újabb tökéletlenség beiktatását jelenti a szervezetbe, nemcsak, hanem az egyén egészségének súlyos károsodására is vezethet. A másik kifogásolni való pedig az az etikai irányú defectusa volt ennek az eljárásnak, hogy a közönség terroremmel a helyén hagyott végbelet jelölje ki. Eltekintve ugyanis attól, hogy az ilyen közönség a legtöbb férfi illúzióit feltétlenül rontaná, a paederastiának ily módon való propagálása révén bizonyos immoralitást is vinne be a nemi életbe. Méltán mondják ezért a szerzők a *Snegireff*-féle eljárást barbárnak.

Sokkal megszívlelendőbbnek mutatkozott elméletben *Wertheim*-nek az az *Albrecht* által közölt eljárása, amely a hólyag és rectum között végzett járatkészítés után parasacralis metszésből a farcsikcsontnak, sőt a két utolsó keresztcsont-csigolyának resectióját is végezte. Ezután innen megnyitva a plica peritoneit, előhúzta a flexura romanát a hólyag mögött

s lemeztve azt a rectumnak pars analisáról, kivezette a vulvába. Most az analis rectumrész felső csomkját beleimplantálta oldalt a lehúzott flexurába. Egy-két hét eltelté után aztán a flexura vulvaris részét az implantációs hely alatt levágta s az így keletkező mindkét bélcsontot végül vakon elvarrta.

A kivitelben azonban ez az újabb *Wertheim-Albrecht*-féle eljárás nem mutatkozott nagyon követendőnek. Ugyanis csupán egy esetben járt minden irányban kedvező eredménnyel. Egy esetben ellenben a betegnek bélsársipolya támadt. A harmadik esetben végül a hüvely czéljaira lehúzott béldarab egészen elhalt. *Ruge* különben még azt is nehézményezi ezen eljárásban, hogy a hasírt egy kellőleg át nem tekinthető helyen nyitja meg, a mi annál veszélyesebb, mert e nyílás közelében több vastagbélcsont fekszik, mint könnyen előálló fertőzés forrása.

Megint más módon készített *Amann* hüvelyt a végbélből. Ő egy vaginalis aplasiában szenvedő egyéneken — a kin *stumpum violentum* kapcsán vulvo-rectalis sipoly keletkezett — a sipoly nyílást nem zárta, hanem egy az ampulla recti elülső falából készített tasakot varrt ki a sipoly nyílás széléhez s ebből alkotott hüvelyt. Ezután pedig a rectum elülső falának csomkját az anus elülső ívébe belevarrta s végül a gátat is restituálta. Hasonlóan járt el *Pitha* is egy esetében.

Ennek a csupán nagyon tág rectum-ampulla esetén keresztülvihető műtétnek kapcsán támadt *Amann*-nak az a gondolata, hogy a jövőben az aplasiás vaginák pótlására a reszekált és sphinctere nélkül a szeméremrésbe varrandó alsó rectum-részt kell felhasználni. A magasabb flexura-részletet pedig a keresztcsont alsó csúcsának resectiója után mint végbelet az előbbi rectum-rész mögött lehúzva, be kell varrni az anus sphincterébe.

Erre az *Amann* által theoretice felvetett gondolatra töle is, meg egymástól is egészen függetlenül az orosz *Popoff* és a német *Schubert* is rájött, az előbbi pláne *Amann*-nál is korábban, sőt e gondolatot practice is eredményesen hajtották végre, még pedig *Popoff* a farkcsikcsont resectiója nélkül, *Schubert* ellenben annak eltávolítása után.

Minthogy azonban *Popoff* közlése a nehezen hozzáférhető „*Russki Wratsch*“-ban orosz nyelven jelent csupán meg, az ő műtétje szélesebb körben nem vált ismeretessé. Ezért a kolpoplastikának ezt a módját csupán *Schubert* nevéhez kötve említik.

Ezt a *Popoff-Schubert*-féle eljárást alkalmaztam én is egy aplasia vaginaeval elem került második esetben.

Ennek tárgya egy 26 éves egyén volt, a ki két év előtt keresett fel először orvost azért, mert havibaja még mindig nem jelentkezett. Orvosa akkor vérszegénység ellen kezelte. Hozzánk most azért jött, mert férjhez akar menni s tudja, hogy hüvelye nincs. Kérdezősködésünkre megtudtuk még, hogy nemi vágyaival (*voluptas*) a beteg rendben van, libidója pedig gyakori.

Vizsgálatkor az egyén közepesen fejlettnak és tápláltnak mutatkozik. Emlői teljesen jól fejlettek, szeméremszőrzete rendes, külső nemi szervei normálisak. Hymenális nyílása nincs, ellenben a hymen gyűrűjén belül egy fél mogorónyi tasak látható. Rectalis vizsgálatkor hüvelynek vagy méhnek a nyomát sem tapintjuk, ellenben a hólyag fundusán harántul egy lécz tapintható, mely jobb- és baloldalt a medenczefalon vész el. Jobboldalt magasan a csípőkereszt-vájalatban kis mogorónyi, baloldalt minden valószínűség szerint jó babnyi ovarium tapintható.

Miután a beteget felvilágosítottuk arról, hogy baján csak elég nagy műtét árán javíthatunk, arról is, hogy gyermeke azután sem lehet, a műtétet 1919. jan. 2.-án végeztük chloroformather-narcosisban.

Megelőzőleg a beteget két huszonnégy órán át kiadós per os eszközzel hashajtásnak vetettük alá, amit a műtét megelőző este még beöntéssel egészítettünk ki. Némelyek a műtét előtti napra híg diatét ajánlanak. A műtét reggelén, két órával az operatio előtt, 30 csepp opiumot (vannak, a kik e helyett  $1\frac{1}{2}$  cgr. morphin-atropint adnak), közvetlen a műtét előtt pedig  $3\frac{1}{4}$ -os borvízzel rectum-öblítést kapott, melyet követőleg a végbelet kiszárítottuk és xeroformos gazecikkal enyhén kitamponáltuk.

A műtéthez a beteget jobboldali oldalfekvésben helyeztük el s a segédekkel széthuzatva a szeméremrészt, mindenekelőtt az introitus vaginae metszettük körül pontosan a hymen gyűrűjén belül köszondának a húgycsőbe való bevezetése mellett. A tasakon túl semminemű járatot nem praeparáltunk a hólyag és a rectum között, hanem a felsőbb területet a mérsékelt parenchymás vérzés ellen steril xeroformos gaze-zal lazán kitamponáltuk. Ezután a végbélnyíláson kívül eső bőrt fönt-lent, továbbá jobb- és baloldalon egy-egy Lumniczer-féle csípővel megragadva, széttártuk a végbélnyílást s azon belül kb. 1 cm. mélységben a nyálkahártyán körmettszést végeztünk. Most Kocher-féle csípőkkel kifogva a rectumcső széléit, azt részben tompán, részben élesen, kb. 3 cm. magasságban lepraeparáltuk a sphincterről. Fekve hagyva a csípőket, egy golyószerű nagy diónyi gaze-tamponnal felszerelt magfogót toltunk fel a rectumba kb. 12 cm. magasságba. Ekkor kb. 5 cm.-nyire az anus felett kiindulva, a farbevágás mentén 10–12 cm.-es sagittalis-metszést ejtettünk a keresztcsontra fölfelé, annak körülbelül közép-magasságáig, mindenütt a csontig járva a kés-sel. Eddig a műtét menetében jóformán egyáltalán nem volt vérzés. Most is csupán néhány bőrág vérzik. Ezeket azonnal lefogtuk és bekötöttük. Ennek végeztével a sebszékelyes szétkampozása után reszekáltuk a farkcsikcsontot, majd kitapintottuk a farkcsikcsont csúcsát s arra kívülről befelé nyomást gyakorolva, jeleztük magunknak ezen csontnak a keresztcsonttal való izesülése helyét. Az izületre késsel harántul rámetstettünk. A kifczamított csontot *Museux*-vel megragadva, helyéből kicsavartuk s összekötetéseiből ollóval kivágtuk. A seb alsó zugától a keresztcsont csúcsáig így támadt területen sagittalis metszést ejtettünk a fascia pelvisre, melyet, miután annak sebszékelyeit két Lumniczer-csípővel kifogtuk, a sebet egész hosszában felhasítottunk.

Az így tátongó seben a rectumba dugott magfogó tamponjával most előbboltosítottuk kb. 12 cm. magasságban a rectumot s azt jobbról és balról igyekeztünk gyűrűszerűen körülpraeparálni. A műtétnek ez volt a legkényesebb és legnehezebb fázisa. Rendkívül nehéz volt ugyanis megítélni, hogy meddig terjed befelé a rectum elülső fala. A tájékozódás érdekében kénytelenek is voltunk a tampon a rectumból kihúzni s a praeparálást a rectumba vitt meztelen ujjunkkal ellenőrizni, a mi megint azért nehezítette meg a műtétet, mert az egyetlen külső ujjal egymagában a praeparálás nagyon nehéz volt.

Ezért is egy más esetben a műtétet úgy végeztük, hogy a rectumot ezen magasságban a rectumba tett ujj ellenőrzése mellett a kötőszövetben előretolt bélklammerrel egész vastagságában lefognók. Vagy pedig, hogy honoráljuk *Strassmann*-nak azt az aggodalmát, mely szerint a bélklammerrel való zúzás ronthatja a bélcsontok tápláltságát, e műszert egészen mellőznők s az ujj ellenőrzése mellett *Dechan*-tűbe fűzött vastag selyemmel ölténék körül és kötnék le a belet, majd kihúzva a rectumból ujjunkat keztyűt váltanánk s csupán ekkor fognánk hozzá a fonal mentén a rectum körülpraeparálásához.

Mikor a végbél a jelzett gyűrűben köröskörül ki volt szabadítva, gazecsikot vezetünk köréje s úgy húztuk elő. Ekkor következett volna a felső colonrészt mobilizálása. A vongálás alatt azonban az analis rectum-rész annyira előhúzódott, hogy féltettük annak tápláltságát, ezért jobbnak láttuk a gazecsik fölött és alatt egy-egy bélklammer betolni, melyek között a rectumot úgy vágtuk át, hogy a metszést közvetlenül a felső klammer alsó szélén végeztük. Az így reszekált alsó rectum-rész kiálló felső csúcskét tova futó catgut-varratok zártuk, majd a csomkot egy második rétegben *Lembert*-féle csomós catgut-varratokkal fordítottuk be.

Ezalatt a bél felső csomkja törlőbe volt csavarva klammerjével együtt, de egy része közben a klammerből kicsúszott. A szennyezés szempontjából azonban ez, minthogy a bél teljesen üres volt, szerencsére nem okozott bajt.

Most következett a felső bélrészlet lehúzása. Ennek érdekében a praeparálás a keresztcsont és végbél között a fontos. Itt végeztük mi is azt egy-két feszülőköteggel duplán történt leköttése és átvágása útján. Egy-két feszülő-köteget mi a Douglas felé is lekötöttünk és átvágtunk. Erre azonban, úgy látszik, nincs szükség és pedig annál kevésbbé, mert azzal a veszélylyel jár, hogy a Douglas megnyílik. Körülbelül két filléresnyi terjedelemben esetünkben is megnyílt a Douglas, jóllehet itt az játszott közre, hogy az a szokottnál mélyebbre terjedt.

Miután a sigma kellő mélységig le volt húzható, mindenekelőtt a reszekált analis rectum-részlet felső csomkját függesztettük fel egy-egy vastag catgut-varrattal a keresztcsont csúcsa közelében jobb- és baloldalt a fascia pelvis-hez. Ezután a rectumnak analis végén az azt kirögzítő kochereket 4 irányban catgut-öltésekkel helyettesítettük, melyeket azonban nem csomóztunk. Majd egy ujjal a sphincter fölött az anusból, a másik ujjal a hüvelybemenet tasakjából szembe praeparálva átfúrtuk a gát mögött a rectum és szeméremrés közötti septumot, jó két harántujjnyira tágítva az így keletkezett járatot. Most a szeméremrészből görbített magfogót toltunk be ezen említett járaton át az anusba, azzal megragadtuk a rectum analis csomkjának catgut-gyepelőit s azokkal áthúztuk a végbelet a szeméremrésbe. Itt mindenekelőtt 4 irányban elsüllyesztett csomós catgut-varratokkal a környezethez rögzítettük az analis csomkot, majd nyálkahártyájának széléit csomós bélczer-na-varratokkal köröskörül kivarrtuk a szeméremrés sebéhez. Az így készített hüvelycsőbe végül gazecsikot toltunk.

Most a felső bélcsomk klammerját helyettesítettük néhány catgut-gyepelővel. Majd a bőr alatt, az analis rectum-csont mögött, végül tompán lepraeparáltunk a végbélnyílásig s e járaton magfogót toltunk alulról felfelé, melylyel megragadtuk a felső bélrész catgut-gyepelőit s a csatornán át az anusba húztuk a sigma csomkját, a hol azt négy irányban elsüllyesztett csomós catgut-varratokkal a sphincterhez rögz-

zítettük, nyálkahártyájának széleit pedig köröskörül az anus-nyílás sebébe csomós bélczérvával kivarrtuk.

Ezután a fascia pelvis elzárása következett erős csomós catgut-varratokkal, amit megelőzőleg a Douglas sebébe, valamint az új rectum jobb- és baloldala mellé egy-egy gazecsíkot helyeztünk el, melyeket a fasciavarrat legalsó zugában kivezettünk. Most csomós catgut-zsírvarratok és csomós silkworm-bélvarratok következtek, melyeket széleiken mastisollal leragasztott száraz gazezal fedtünk. Végül pedig a végbélbe gazezal körülcsavart s Mikulicz-kenőccsel bevont gummidraint helyeztünk.

Az egész gyógyulást csupán a 12. napon ismeretlen okból jelentkezett egyetlen 38<sup>o</sup> C-ű hőmérsék zavarta, különben teljes iztalan-ságban folyt. Az első 24 órában a beteget minden táplálkozástól távol-tartottuk s csak a 2. naptól fogva kezdtünk neki folyadékot nyújtani, mely mellett egészen az 5. napig megmaradtunk, mikor is pépes diatára térünk át. Ezeket kívül pedig, a szék visszatartása érdekében, a 2. nap-tól egészen a 7.-ig kétszer napjában 15 csepp opiumot adtunk.

A beteg, kivált az első 24 órában, erős fájdalomról panaszkodott, melyek azonban a 3. napra lényegesen csökkentek. A végbélbe helye-zett cső a 4. napon kiesett s többé nem is helyeztük vissza. Az 5. napon távolítottuk el a végbél két oldalára helyezett drainsíkokat, a Douglasba helyezett gazecsíkot ellenben egészen a 7. napig fekve hagy-tuk. Utóbbinak eltávolításakor körülbelül evőkanálnyi sanguinolens sűrű, de nem genyes sebváladék ömlött ki, miért is a sebzúgba vékony gummidraint helyeztünk be.

A 8. napon történt az első hashajtás keserűvízzel. Ugyanekkor már szelekkel szemben is teljes volt a continencia.

A 10. napon történt varratkiszedéskor a keresztcsont fölötti seb-vonal per primam gyógyult, alsó drainezett zúgát kivéve. A drain innen is kiesett, vissza egyelőre nem helyeztük.

A beteg a 11. napon felkelt, ülni azonban egyelőre nem tudott. Az ugyanekkor eszközölt vizsgálatkor a szeméremrésbe kivarrt bél-részlet legalsó nyálkahártyaszélei kissé necrosisosak. A hüvely körül-belül 8 cm. hosszú, környezete kissé resistensnek mutatkozik. A végbél-nyílásban kissé érzékeny babnyi nodus látható. Ugyanekkor a varratvonal legalsó zuga körülbelül 2 cm. hosszúságban tátong s innen a szonda egy felfelé haladó tasakba vezet, a honnan sanguinolens törmelékes kevés sebváladék ürül. Ehhez a varratvonal középső harmadában a 16. napon egy második lencsényi nyílás is társult. Ezeket gazecsíkokkal draineztük, míg nem a műtét utáni 32. napra a felsőbbik nyílás kölesnyire, az alsóbbik árpagyöngynagyságnyra sarjadzott, mikor is a beteget tel-jesen rendben levő hüvellyel és végbéllel s ülőfürdőkre vonatkozó utasításokkal elbocsátottuk.

Hat héttel később az egyén controll-vizsgálatra jelentkezett. Ekkor műtéti hege vonalasan, végbeje jól fungálóknak, hüvelye 8 cm. hosszúnak s 25-ös Hegar számára kényelmesen átjárhatónak, maga az egyén pedig teljesen panaszmentesnek bizonyult, a ki egyben nagyon boldognak mondotta magát, hogy bajától megszabadítottuk.

A mi most ezen műtétnek, mely az irodalomban eddig a 14., tanulságait illeti, elsőnek azt kell hangsúlyoznunk, hogy ezt a műtétet a betegnek változatlan helyzetében és sokkal gyorsabban tudtuk végrehajtani (körülbelül 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óra alatt), mint a Stöckel-Baldwin-féle műtétet. Hallottuk azt is, hogy betegünk sokkal enyhébb gyógyfolyás után ágyából is, meg a kórházból is hamarabb szabadult, mint a másik, Baldwin-Stöckel-féle eljárással operált beteg. S abban a 13 esetben (Popoff 1, Schubert 4, Floël 1, Rosenstein 1, Mayer 1, Kroemer 1, Franqué 1, Engel 1, Strassmann 1, Fehling 1), melyet más műtők operáltak, hasonló volt a tapasztalás, mégis azzal a kivétellel, hogy Kroemer esetében a para-sacralis seb per secundam, sőt a Franqué esetében necro-sisokkal gyógyult, amelyek kapcsán ez utóbbi esetben a lehúzott végbél hátulsó falán bélsársipoly is keletkezett, mely azonban a sarjadzás alatt spontan és minden következmény nélkül záródott. Ezen két esetben azonban már a műtétben meg volt az oka a gyógyulás említett zavarának. Kroemer esetében ugyanis az anális rectumcsont felpraeparálásakor megsérült és varratra szorult. Franqué esetében pedig a rectum elülső falának izolálása volt igen nehéz, egyrészt a Douglas-tasaknak mélysége, másrészt a csökevényes uterus-nak a Douglas peritoneumával együtt a rectumra való tapa-dása folytán, úgy hogy annak leszabadítása csak a szövete-eknek jelentékeny zúratása és ollózása árán sikerült.

Azonban ezen szövödményeknek, továbbá annak elle-nére, hogy a Douglas esetünkben is, Franqué esetében is megnyílt, Strassmann esetében pedig principiell megnyitta-tott, a Popoff-Schubert-féle műtét kapcsán eddig haláleset egy sincs még az irodalomban feljegyezve.

S ebben úgy látszik két dolognak van lényeges része. Az egyik ez irányban fontos tényező az, hogy a mennyiben a sebgyógyulásban zavar mutatkozik, az egész sebterület

könnyen kinyitható, hozzáférhető és megdrainezhető. A másik tényező pedig a Schubert által kidolgozott szellemes műtéti technika, melynek lényegéhez esetünkben mi is tartottuk magunkat.

Nem hallgathatjuk el azonban, hogy akadtak műtők, így Franqué, Rosenstein, Floël, Strassmann, a kik a Schubert-féle technikát nem mindenben követték, így egyesek a mű-tétet nem végzik a betegnek jobboldali fekvésében, hanem az operatiót magát kömetező helyzetben végzik (például Floël), vagy legalább ilyen helyzetben kezdik s oldalra való fektetés-ben csak azután folytatják (például Franqué).

Én azonban a magam részéről semmi tekintetben sem láttam az oldalfeketésben való operálást nehézkesnek. A műtét alatti helyzetváltoztatást pedig az asepsis szempontjá-ból egyenesen hátrányosnak tartom. Popoff megint a fark-csíksontot hagyta egészen helyén, Franqué pedig ezt a csontot csak időlegesen reszekálta, mint a hogy azt Schubert is ajánlotta egyik közleményében. Úgy látszik azonban, hogy a farkcsíksontnak eltávolítása egyrészt minden következmény nélkül végezhető, másrészt bennhagyása szűkíti a terrenumot és nehezíti a műtétet. Ezért propositiójától maga Schubert is elállott s ugyanezért e csont eltávolításához a műtők zöme is ragaszkodott.

Egy másik lényegtelen módosítás Rosenstein-től szár-mazik, a ki a végbélcsontoknak a szeméremrésbe és az anusba való kivarását sodronnyal ajánlja végezni, a hólyagba pedig a műtét után állandó katheret vezet be. Én az utóbbi-nak célját nem látom. A sodronnyvarratok alkalmazásában pedig ott, a hol már úgyis vannak elsűlyesztett catgut-var-ratok, nem látok olyan előnyt, melyért a hozzájuk elvből ragaszkodást szükségesnek látnám.

Az a figyelmeztetés megint, hogy a hüvely céljárta reszekált rectumrész felső végét ne a lig. spinoso-sacrumhoz rögzítsük, mint azt Schubert eredetileg ajánlotta, hanem a fascia pelvishez, Strassmann-tól és Fehling-től származik. Így jártam el, mint mondtam, én is az esetemben. S ezt a figyelmeztetést követni azért okos, mert az említett liga-mentumhoz való rögzítéskor az arteria pudendát sérthet-jük meg.

Sokkal lényegesebb módosítás volna ezeknél Floël-nek az az ajánlata, hogy a Schubert-féle műtétet ne egy, hanem két ülésben végezzük. A sigma mobilizálása és lehúzása kapcsán ugyanis szerinte mindig fenyeget annak a lehetősége, hogy a végbél céljaira lehúzott sigmabél elhal. Már pedig ezt szerinte biztosan el lehetne kerülni, ha az első ülésben való operáláskor csupán a farkcsíksont resectióját s a le-húzendő bél körülpraeparálását végeznők el, mely után utóbbi lazán körültauponálva, a sebet néhány provisorius varrattal elzáránk. A végleges műtétet ellenben csupán egy-két nap múlva akkor végeznők el, mikorra az izolált bél-darabban a vérkeringés annyira megerősödött, hogy a bél életképességeért többé nem kell aggódnunk. Eddig azonban Floël ajánlatát senki sem követte, sőt egyesek (például Strass-mann, Schubert) határozottan ellene nyilatkoztak, és pedig azért, mert, mint Schubert mondja, egyrészt nehezen fogja magát bármely beteg a két ülésben való operatióra elhatá-rozni, másrészt vele a bél táplálata szemponjtából nem is nyernénk, mert anastomosisok csupán a körülpraeparált bél-részleten keletkeznének, ezeket azonban a végleges műtétkor a bél lehúzása alkalmával újra meg kellene bontanunk. Végül pedig a Floël-műtéttel ártanánk is, mert a bélnek körül-tauponálása veszélyekkel is járhatna.

Különbö is Schubert szerint a béllehalás az ő metho-dusa szerinti hüvelykészítésnél, a hol a belet aránylag kicsi helyről mobilizáljuk, mert csupán a hátulsó falán praeparáljuk ki, korántsem fenyeget annyira, mint a carcinoma miatt végzett Kraschke-féle operatióknál történő béllehúzásnál, a hol a belet sokkal magasabbról és teljes körülpraeparálás után vagyunk kénytelenek lehúzni. S valóban legalább az eddig közölt esetek Schubert-nek igazat is adtak, mert béllehalás egy eset-ben sem következett be.

Strassmann egyik módosításának is a béllehalás ellen

való védekezés volna a célja. Ő azt ajánlotta, hogy az analis rectum-rész körülmetszését olyan magasságban végezzük, hogy a végbélnyílásban épségben magmaradhasson az eredeti analis nyálkahártyának egy gyűrűszerű darabja. Ha ugyanis ebbe az ú. n. analis manzsettába húzzuk és varrjuk bele majd a lehúzott sigmát, szerinte annak tápláltatását jobban biztosítjuk, mint az eredeti *Schubert*-féle eljárással.

*Franz, Fehling* és *Schubert* azonban ezen *Strassmann*-féle módosításnak határozottan ellene nyilatkoztak, és pedig, mint *Schubert* mondja, legfőképpen azért, mert az analis manzsetta készítésével a hüvelykészítés céljaira szolgáló bél egy részét elveszítjük. Már pedig ennek az lesz a következménye, hogy ha az említett célra elegendő hosszúságú beldarabot akarunk szerezni, a peritoneumot, mint azt *Strassmann* is tette, principiell meg kell nyitnunk, ez pedig már önmagában is hátrányos. Még inkább hátrányos az a cél, amiért a peritoneumot megnyitjuk, nevezetesen az, hogy a belet magasabbra mobilizálhassuk és reszekálhassuk, mint a *Schubert*-féle eljárásnál. Így ugyanis erősen veszélyeztetjük a lehúzódnál bél tápláltatását, mert a mobilizálással és resectióval könnyen meghaladhatjuk az arteria haemorrhoidalis superior és media területét, a melyben pedig a mobilizálást és resectiót végezni legelőnyösebb. Ugyanezért nehézmenyendezendő *Fehling*-nek is az a szándéka, hogy — mert szerinte a hüvely részére kiiktatott beldarab állítólag bizonyos hajlamosságot mutat a zsugorodásra — jövő esetekben a belet a *Schubert*-féle terrenumnál magasabban akarja reszekálni.

Szóval a mások észleletei is, meg a magunk tapasztalása is arra a conclusióra vezetnek, hogy a *Schubert*-féle műtét technikáján — eltekintve talán a bél körülprae-parálása céljából általunk ajánlott csekély módosítástól — legjobb, ha nem változtatunk.

Egy további megfelelésre váró kérdés most az, vajjon, ha a *Baldwin-Stöckel* és a *Popoff-Schubert*-féle műtét között összehasonlítást teszünk, ez melyiknek a javára fog kiütni.

S itt mindenekelőtt a mások véleményét regisztrálom.

*Stöckel*-nek az a nézete, hogy a vagina constructiójához a hasmetszésnek elvileg való igénybevétele mindenképpen ajánlatos, mert csupán ennek segítségével lehetséges a genitalis tractus állapotáról biztos ítéletet alkotni. Különben is ő azt hiszi, hogy a vékonybélben való operálás elvileg egyszerűbb s a sebgyógyulás szempontjából biztosabb, s e hitben *Georgescu* pláne annyira megy, hogy a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárással az aplasia vaginae gyógyításának kérdését végleg megoldottnak mondja.

Homlokegyenest ellenkezik ezzel a *Mayer* véleménye, a ki szerint ma a kopolastica kérdése abban az irányban dönthető el, hogy a jövő feltétlenül a *Popoff-Schubert*-féle operatióé. *Fehling* szerint ugyan nem áll az, hogy a *Schubert*-féle operatio egyszerű. *Schubert, Rosenstein, Franqué* és *Strassmann* szerint azonban kétségtelen, hogy az sokkal egyszerűbb is, meg veszélytelenebb is, mint a *Mori* vagy a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárás. Mindenekelőtt ugyanis a *Popoff-Schubert*-féle technika egy sebben operál, átnyergelésre nem szorul, kevésbé szövődmenyes. Melléksértés keletkezését szinte teljesen kizárja. Az asepsis betartását legalább is a peritoneum szempontjából jobban biztosítja, ezért is mentesít a hashártyagyulladás ellen. Végrehajtásának lehetősége nem függ a mesenterium zsirosságának esélyeitől. Nem jár a hernia veszélyével sem, nem fenyeget a mesenterialis thrombosis, a bél-anastomosis helyén a strictura, sem pedig az ileus. Végül a műtét után maradó heg sem olyan, mely a laikusnak is mindjárt szemébe tűnik. S éppen ezek voltak azok a súlyos érvek, melyek *Rosenstein*-t és *Floël*-t arra a conclusióra vezették, hogy a *Schubert*-féle operatio minden más eddig ismert hüvelykészítő eljárásnál előnyösebb.

A műtöknök eddig ismerteteit két csoportja között áll azonban még egy harmadik is, a melybe *Pitha, Kroemer, Mayer* és *Ruge* tartozik, a kik nem ragaszkodnak mereven sem a *Baldwin-Stöckel*, sem a *Popoff-Schubert*-féle eljárásához,

hanem az azok között való választást megszabott indicatiókhöz kötik, illetőleg helyettök mindig vagy legalább adott esetben más eljárások választását ajánlják. Még leginkább egy irány felé hajlik közülük *Pitha*, a ki azt mondja, hogy sem a *Baldwin-Stöckel*-, sem a *Schubert*-féle eljárás nem olyan tökéletes ugyan, hogy módosításra ne szorulna s szerinte az is bizonyos, hogy a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárás veszélyesebb, mégis inkább ehhez ragaszkodjunk. *Kroemer* viszont azon az állásponton van, hogy a hüvelykészítésre általában a rectum választandó, a vékonybelet ellenben csak akkor válasszuk, ha valami okból — genitalis rudimentumok megállapítása vagy haematometra, illetőleg haematosalpinx eltávolítása céljából — laparotomiát kell végezni. *Strassmann* azonban nem osztja *Kroemer* álláspontját, mert ő laparotomia szüksége esetén is a colont választaná, de úgy, hogy felülről csak a colon mobilizálását és resectióját végezné, mely után az aboralis csonkot véglegesen, az oralisat ellenben csak provisóriusan zárná, majd bevarrván a hasat, a műtétet alulról folytatná.

*Ruge* is a colon választásához ragaszkodik, csak hogy teljesen új methodust ajánl. Ő mindig hasmetszés útján végzi műtétjét és pedig, mint mondja, azért, mert a perineosacralis operatiók a flexurán technikailag sokkal nehezebbek, nehezebb az exact vérzéscsillapítás, az asepsis is kevésbé óvható, végül mert a perineosacralis műtétknél — a hasüri műtétek exacte elvarrott sebével szemben — legalább is részben drainezésre, tamponálásra szorulunk. Ezért ő azon egy esetében, melyben teljes eredményt ért el, úgy végezte műtétjét, hogy mindenekelőtt kipróbálta, melyik kacs a flexurának volt legjobban lehúzható. Ebből aztán a hüvely céljaira egy 15 cm.-es darabot kiiktatott czérnával való be-kötés és a csonkok befordítása után, a flexura másik két csonkját pedig end to end egyesítette. Ezután a vulva felől csatornát furt a medenczén keresztül s azon a kiiktatott beldarab alsó végét varratának gyepelőjénél fogva kihúzta s a szeméremrésbe kivarotta, felső csonkjához pedig a peritoneumot hozzáaggatta. Végül a flexura mesenteriumát catgut-varratokkal úgy rögzítette a kihúzott bél tápláló nyeléhez (*Gefässstiel*), hogy azt a hasüri flexura a többi béltartalomtól teljesen elválasztotta.

A felsoroltakkal azonban az alternáló műtétek ajánlásának sora nincsen még lezárva. *Kroemer* és *Ruge* ugyanis a bél választását hüvelykészítésre csak akkor ajánlja, ha a vaginának teljes aplasiája van jelen. Olyankor ellenben, ha a hüvely csak csökevényes vagy elhegesedést (atresia) szerzett (*Kroemer*) s emellett functionáló méh (haematometra) is van jelen (*Ruge*), a *Pfannenstiel*-féle eljárás választását mondják helyesnek.

*Pfannenstiel* ugyanis egy olyan egyént, a kiben az introitus vaginae egy 1½ cm. hosszú vak hüvelytasak képviselte, következőképpen operált meg. Mindenekelőtt a vak hüvelytasak kúpjából kiindulva, járatot praeparált a hólyag és rectum között. Ezután laparotomia útján felkereste a méhet, letolta a hólyagot, majd a méh elülső falát felhajtva, szondát tolt a cervicalis csatornába s azzal a vakon végződő portiót átbökte. Most zárta a méh sebet és a hasat. Végül pedig magfogót tolt az intervesico-rectalis tasakba, annak kúpját a hasür felé átbökte, majd a portiót még a hasüri műtétkor beleöltött fonalak segítségével behúzta a kötőszövetes járatba, a hol a csökevényes hüvely kúpjának sebszéleivel köröskörül egyesítette. S az eredmény később meglepő lett. A feszülés alatt bevarrt méhnek felfelé irányuló húzása ugyanis a hüvelyt annyira kinyújtotta, hogy az egészen elfogadható hosszúságúvá változott. S ugyanígy járt *Vineberg* is egy esetében, viszont *Cohn*-nak a *Pfannenstiel*-féle műtét egy olyan esetben, a hol a méh magasan helyezkedett el, nem sikerült.

Regisztrálván azonban mindezen véleményeket és ajánlatokat, nem lehet elhallgatnunk, hogy az itt megnevezett szerzők közül azok, a kik a *Baldwin-Stöckel*-féle eljárásat dicsérik, *Popoff-Schubert*-féle műtétet nem végeztek. Viszont, a kik meg a hüvelynek parasacralis uton a végbéltől való

készítését ajánlják, kolpoplasticát vékonybélből nem csináltak. Azok között végül, a kik megint más eljárást ajánlanak, akár-hány akad, aki sem *Baldwin-Stöckel*-, sem *Popoff-Schubert*-féle műtétet nem végzett.

S legalább is az eddig megjelent közlemények szerint, úgy látszik, magam vagyok egyedül olyan\*, a ki mind a két műtétet megpróbáltam. S éppen ez adja a bátorságot arra, hogy conclusiót vonjak és kimondjam, miszerint én másoknak és magamnak a tapasztalásain okulva, a teljes aplasia esetén kellő indicatio alapján szükségessé váló hüvelykészítésre általában mindig a bélkiiktatást választanám, még pedig egyszerűbb és veszélytelenebb voltánál fogva, jöllehet valamivel rövidebb hüvelyt ad, a végbélnek *Popoff-Schubert*-féle eljárással végzendő kiiktatását; e pillanatban általam praecizirozni nem is tudott, nagyon kivételes körülményeknek kellene közrejárásani avégből, hogy magamat adott esetben még egyszer a *Baldwin-Stöckel* féle műtétre szánjam. A *Pfannenstiel*-féle műtétet ellenben csupán csökevényes hüvely vagy szerzett atresia esetén, még biztosan functionáló méh mellett, de ekkor is kizárólag csak akkor választanám, ha annak sikerére könnyen és biztosan volna kilátás.

**Irodalom.** *Abadie*: Revue de gyn. et de chir. abdominale, 1911, XVI. kötet, 1. oldal. — *Albrecht*: Deutsche Zeitschrift f. Chirurg., 122. kötet, 3. és 4. füzet. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1914, 29. sz. — *Anderes*: Beiträge z. Geb. u. Gyn., 19. kötet. — *Boldt*: Zentralbl. f. Gyn., 1914, 26. sz. Med. Record, 1914, 12.—14. sz., 85. kötet. — *Bonney*: Lancet, 1913 okt. 11., 1159. old. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1914, 6. sz. — *Brocha*: Revue mens. de gyn., d'obst. et de ped., 8. évf. 4. sz. Zentralbl. f. Gyn., 1913, 31. sz. — *Bumm*: Zentralbl. f. Gyn., 1912, 856. old. — *Cholin*: Russische Aerzte-Zeitung, 1913, 49. sz. Monatschrift f. Geb. u. Gyn., 41. kötet, 346. old. — *Doederlein-Kroenig*: Operative Gynaekologie, 1912, Leipzig, G. Thieme. 715. old. — *Fehling*: Zentralbl. f. Gyn., 1915, 33. sz. — *Fellenberg*: Schweizerische Rundsch. f. Med., 1915, 8. sz. Zentralbl. f. Gyn., 1916, 1. sz. — *Gertzen*: Russische Aerzte-Zeitung, 1913, 49. sz. Ref. Monatschrift f. Geb. u. Gyn., 41. kötet, 346. old. — *Georgescu*: Deutsche med. Wschrift, 1916, 32. sz. — *Guggisberg*: Zentralbl. f. Gyn., 1915, 47. sz. — *Henckel*: Zentralbl. f. Gyn., 1913, 2. sz. — *Juvara*: Leon C. Inaug. Diss. Ghetzeu Jassi, 1912 márczius. — *Kerr*: Surgery, gynecology and obstetrics. Vol XVIII. 5. sz. — *Kopelovitz*: Inaug. Dissert. Bern, 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1917, 10. sz. — *Kroemer*: Praktische Ergebnisse d. Geburtsh. u. Gyn., 1912, (Az enyémet kiegészítő irodalom.) — *Kubinyi*: Festschrift der Budapester Poliklinik. Zentralbl. f. Gyn., 1910. — *Meyssner*: Inaug. Diss., Strassburg, 1915. — *Meyer*: Zentralbl. f. Gyn., 1918, 37. sz. — *Montgomery*: Ref. Journ. Amer. Assoc. X. — *Pitha*: Casopis lek. Cesk., 1914, 47. sz. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 22. sz. — *Pozzi*: Revue de gyn. et de chir. abdom., 1911. XVII. kötet, 97. old. — *Polya*: Orvosi Hetilap, 1911. — *Protopopescu*: Revista stiintelor med. 1913 márczius. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1917, 10. sz. — *Rosenstein*: Zentralbl. f. Gyn., 1916, 46. sz. — *Ruge*: Deutsche med. Wschrift, 1914, 3. sz. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1914, 14. sz. — *Schauta*: Zentralbl. f. Gyn., 1905, 1. sz. — *Sénéchal*: Gaz. des hôp., 1914, 82. sz. — *Ward*: Surgery, gynec. and obstetrics, XXI. kötet, 5. sz. Zentralbl. f. Gyn., 1916, 35. sz. — *Wertheim*: Zentralbl. f. Gyn., 1897, 1. sz.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Pankreatitis luetica** esetét ismertette *Singer* a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ május 14.-én tartott ülésén. A 44 éves nő január elején betegedett meg gyomorfájással, hányással, a máj mérsékelt megnagyobbodásával, icterussal és kistökű fehérjevizeléssel. A húgyban 1·1% cukor volt kimutatható; a napi cukorkiválasztás 13·67 grammot tett. Epepangást vettek fel és karlsbadi vizet rendeltek. Szigorú diaeta közbeiktatott főzelék-napokkal nem vezetett eredményre, a cukorkiválasztás megmaradt. A pankreas megbetegedésére terelődött ekkor a gyanu s az ez irányban végzett vizsgálatok pozitív eredményűek voltak: a Cammidge-reactio pozitív eredményt adott, a duodenalis sonda trypsin hiányát derítette ki, nemkülönben a trypase és amylase hiányát is; a salol-próba kifejezetten elhúzódott volt. E közben a beteg tovább fogyott, icterusa fokozódott; most már egy harántul

\* Azóta még *Brossmann* H. közölt mindkét módszer szerint operált 1—1 esetet (Zentralbl. f. Gyn. 1920., 10. sz. 240. lap) s az enyémmel teljesen hasonló tapasztalásokra jutott.

futó resistentia is tapintható volt, a Wassermann-reactio pedig positiv. Salvarsant a bemutató nem mert használni a májra esetleg gyakorolt káros hatás miatt, hanem calomelt adott (5 centigrammot háromszor naponként), a mire a máj megkisebbedett; ekkor injectiós kúrát adott salicylkénesevel és modenollal, mire az icterus teljesen megszűnt, a szénhidrat-tolerantia fokozódott, a testsúly 10 kilóval emelkedett, a salol-próba rendessé vált. A bemutató szerint ez esetben lueses pankreatitis vehető fel a pankreas fejének megnagyobbodásával és a ductus choledochus összenyomásával.

### Venereás betegségek.

**A syphilis történetéhez Németországban a 15. és 16. században** nyújt adatokat *A. Martin* (Nauheim). Ismeretes, hogy már hosszabb idő óta folyik a vita a syphilis amerikai eredetéről, mely vitában a vezető szerepet *J. Bloch* és *K. Sudhoff* viszi. Az előbbi szerző az amerikai eredet mellett kardoskodik, az utóbbi ezt vitatja. Sőt *Sudhoff* egyenesen tagadja, hogy Németországban a 15. század végén és a 16. század elején syphilisepidemia uralkodott volna, továbbá azt is, hogy Németországba a syphilist 1495—1496-ban svájci és német katonák cipelték volna be Itáliából. A szerző főként erre a kérdésre vonatkozóan végezte történeti tanulmányát. Az *augzburgi* (Clemens Sender), a felső Elsassból eredő *rufachi* (Maternus Berler plébános) és az *erfurti* (Konrad Stolle) krónikából a szerző részletesen közölt idézetekkel azt bizonyítja, hogy az említett korban Németországban syphilis-epidemia igenis dühöngött, melyet akkoriban mint valamely addig ismeretlen betegséget írtak le. A betegség góczokban terjedt s főként súlyos, sokszor gyors halálos lefolyásával tűnt ki. De *Sudhoff* nem tekinti a német krónikákat hiteles forrásoknak s azt hiszi, hogy azok a syphilisre vonatkozó intelmeket az 1495-ben *Miksa* császár által kibocsátott „Gotteslästereredikt“-ből vették. Ezt a felvételt a szerző részletes adatokkal megcáfolja, a menyiben kimutatja, hogy *Miksa* császár wormsí ediktuma csak megtiltja az embereknek az istenkáromlást, hogy Isten a jövőben csapásokat ne küldjön az emberekre. Ezzel szemben újra kiemeli, hogy a krónikások újabb, eddig ismeretlen csapásokról tesznek részletesen említést. A syphilis leküzdésére abban az időben azokat az intézkedéseket tették, melyek a régi pestises időkben már ismeretesek voltak. Ezek abból álltak, hogy a városok kapuit bezárták, a csöcselüket kizavarták a városból, a fürdők látogatását veszedelmesnek mondták, processiókat tartottak s egy pestis-orvost (Pestbader, Pestscherer) neveztek ki. *Sudhoff* legerősebb fegyvere a syphilis amerikai eredete ellenében az a történeti tény, hogy egy a 15. század első feléből származó receptgyűjteményben két ízben fordul elő a mal, illetőleg male franzo. A szerző szerint ez nem dönt amellett, hogy Itáliában a syphilist már Amerika felfedezése előtt ismerték volna, mert a mal franzo nem tudományos elnevezés, hanem a nép által használatos kifejezés, mely mindenféle egyéb betegséget is jelenthetett. Analoziaként felemlíti, hogy (Hanssen szerint) az influenzát 1580-ban spanyol betegségnek is nevezték, holott a 16. században morbus hispanicus elnevezés alatt általánosan a syphilist értették.

A krónikások írásaikban a syphilisbetegek számáról is tesznek említést. A 16. század legelején (1502) új kórházat nyitottak, melyben az első évben 100 szegény syphilises beteget ápoltak. *Sudhoff* szerint igazsága mellett (hogy t. i. nem is volt nagy syphilisjárványról szó) a régi frankfurti adókönyvek is szólnak. Ezeket *Tille* közölte. Frankfurtnak (a/M.) a 15. század végén körülbelül 7600 lakója volt. Az 1496.-i adóregiszterben 5, az 1497.-iben 11 adózó neve mellett fel van tüntetve a „male franzo“. Ez a jelzés a szerző véleménye szerint alkalmasint adóelengedésre vonatkozik, a mire egyébként írott adat is van, nem jelenti azonban *Sudhoff* magyarázata szerint azt, hogy csak oly kevés volt a syphilises adózó polgár. (Dermatologische Wochenschrift, 1920, 14—15. szám.)

*Guszman.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Morphinistákat** *Hornung* 12 óránként adott 2 gramm veronallal szoktatott el a morphiuntól. A veronalt az említett adagban addig adja, a míg mérsékelt mérgezés-tünetek jelentkeznek (anuria, motoros nyugtalanság), a mi átlag 8 gramm elfogyasztása után szokott bekövetkezni. Utána még kevés scopolamint ad. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 17. szám.)

**A diureticumok hatásáról nephritisekben** tartott előadást *Hirschfeld* a „Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin“ május 17.-i ülésén. A gyakorlat szempontjából fontos az a megállapítása, hogy húsmentes kímélő diéta mellett aránylag kevés diureticummal (például 1 gramm diuretin és 0.15 gramm fol. digitalis pro die) erős diuresis érhető el, noha rendes diéta mellett diureticumok nagy adagjai is esetleg hatástalanok. Tekintetbe veendő az is, hogy nagy adagok sokszor akadályozzák a diuresist, míg kicsinyek növelik.

**Tüdögümőkórban** *Beer* szerint a megbetegedett tüdőcsúcok fölött erős bőrérzékenység van; enyhe tüérintésre többé-kevésbé kifejezett pirosság, sőt urticariaszerű hólyag keletkezik. E vizsgálat egészen kezdődő folyamatoknál is pozitív eredményt ad, de legkifejezettebb az eredménye cavernák fölött. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 22. szám.)

**Oxyuriasis** ellen *Koslowsky* nagyon ajánlja a *butolant* (p-benzylphenolcarbaminsavester). Nagyobb gyermekeknek és felnőtteknek 0.5 gr.-os, 4—12 éves gyermekeknek 0.25 gr.-os, kisebb gyermekeknek megfelelően még kisebb adagokban adandó. A szer csaknem teljesen íz nélküli és semmiféle káros mellékhatása nincs; az említett adag naponként 3-szor veendő be kevés vízzel egy héten át; az első 2—3 napon klysma is adandó rákövetkező megtisztogatásával a végbél tájékának. 8 nap elteltével ricinus-olajat vesz be a beteg s ezzel a kúra be van fejezve. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 14. és 15. sz.)

### Vegyes hírek.

**Felhívás.** A Budapesti Orvosok Szövetségének belügyministeri rendelet alapján kiküldött igazoló bizottsága, hogy feladatának lelkiismeretesen megfelelhessen, azon kéréssel fordul az „Orvosi Hetilap” olvasóihoz, hogy minden olyan budapesti orvos nevét hozza a bizottság tudomására, a ki a kommunizmus érdekeit közvetlenül szóval vagy írással előmozdította. A bizottság csak azon esetben teljesítheti kötelességét, ha ilyen adatoknak birtokában van. Értesítések egyenesen a bizottsághoz (VIII., Szentkirályi-utca 21.) küldendők pontos címmel és névvel ellátva.

**Kisebb közlések az orvostudományok köréből.** Emlőn táplált csecsemőn kifejezett *skorbutot* észlelt *Wengraf*. Minthogy az anyán nem mutathatók ki a skorbut tünetei, talán úgy értelmezhető ez az eset, hogy azok az anyagok, amelyek hiánya miatt a skorbut ered, az anyában nem voltak meg elegendő mennyiségben; minthogy azonban a felnőttek kevésbé hajlamosak e betegségre, mint a kiskorú gyermekek, maga az anya nem betegedett meg, csecsemője azonban igen, mert nem kapta meg az anyja tejével a kellő mennyiségű skorbutellenes anyagot. (Gesellsch. f. inn. Mediz. u. Kinderheilkunde in Wien, márcz. 25.-i ülés.) — Az *epilepsia Röntgen-kezelését*, a mely néhány esetben állítólag jó eredményre vezetett, *Lenk* határozottan elítéli; nemcsak hogy hasznát nem látta, hanem úgylátszik néha a baj súlyosbodását is okozhatja. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 25. szám.) — *Bacmeister* eseteket közöl, a melyek a herpes zoster contagiosus voltát bizonyítják. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 25. szám.) — Az 1917. év legvégén és az 1918. év első negyedében az ingolstadt tartalékkórházakban 13 haláleset fordult elő *heveny sárga májorvadás* következtében; valamennyi eset syphilisben szenvedőkre vonatkozik, akik 1917 október és november havában kombinált antilueses kezelésben (kénesó és salvarsan) részesültek. (Zeitschrift für klin. Medizin, 88. kötet, 5. és 6. füzet.) — *Gyomorrák* két esetében *Rollin* a betegek fiatal gyermekeinek vérének fecskendezte be (kétszer hetenként 2 cm<sup>3</sup>-t) abból a fellevelesből indulva ki, hogy a fiatalok serumában antianyagok vannak az általa feltételezett rákparaziták ellen; mindkét esetben javulás következett be. (Aerztlicher Verein in Hamburg, június 1.-én tartott ülés.)

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. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

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

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

## Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47<sup>o</sup> C forrásai Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m. tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

**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-uteza 47. szám. Diéta, diagnosztikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

### PÁLYÁZATOK.

3696/1920. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett **kötcsei kórorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvostudor urakat, akik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat, politikai magatartásukat igazoló okmányaikkal, továbbá születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket 1920. évi augusztus hó 1.-éig bezárólag alulírottához annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket figyelembe nem veendem.

A választás napját illetőleg később fogok intézkedni.

A kórorvos javadalmazása:

1. Az állampénztár által fizetendő 1600 K. törzsfizetés és 4, egyenként 200—200 K-s ötdéves korpótlék.

2. Lakbér 600 K.

3. Az 1908. évi XXXVIII. t. cz. értelmében Somogyvármegye 942—22053 1912. k.-gy. számú szabályrendeletével megállapított fuvarátalány, látogatási, rendelési és műtési díjak, amelyek újabban a drágasági viszonyoknak megfelelőleg felemeltettek.

Megjegyzetitek még, hogy a közel 1000 fűrdővendég látogatta Szárszó balatonparti községben a fűrdőorvosi teendőknél július és augusztus hónapokban való ellátása a felsőbb hatóságoknak az előbb kikérendő engedélye és feltételei alapján a fűrdőegyesülettel megegyezéstől is függ.

T a b, 1920. évi június hó 29.-én.

Báró Weipenbach Iván, főszolgabíró.

A szabolcsmegyei „Erzsébet”-közkórházban lemondás folytán megüresedett **alorvosi és segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása évi 1600 korona, a segédorvosi állásé évi 1400 korona, mindkettőnél a kórházban lakás és teljes ellátás, az engedélyezett háborús és drágasági segélyekkel együtt. Az állásokra okleveles, vagy egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvosok és orvosnők pályázhatnak.

A pályázati kérvények folyó évi július 15.-éig Szabolcsvármegye főispánjához címezve a közkórház igazgatóságához nyújtandók be.

N y i r e g y h á z a, 1920. július 2.-án.

Klekner Károly dr.,  
kórházigazgató főorvos.

A vas megyei Fehérkereszt Egyesület szombathelyi gyermek-kórházában lemondás folytán egy **másodorvosi állás** megüresedett, melyre ezennel pályázatot hirdetek. A gyermekgyógyászatban jártasak előnyben részesülnek. Fizetés évi 1200 korona törzsfizetés, havi 400 korona háborús segély, I. oszt. élelmezés, kötelező bentlakás (csak nőtlen orvosok pályázhatnak). Pályázat határideje folyó évi július 31. A pályázatok a vas megyei Fehérkereszt Egyesület kórházbizottságához címezve, a gyermekkórház igazgatóságához Szombathelyen nyújtandók be működési bizonyítvánnyal és diploma-másolattal egyetemben.

S z o m b a t h e l y, 1920. évi július 2.-án.

Szenti János dr., ig. főorvos.



# 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.

**Blaskovics László:** A kötőhártya beszegéséről és a kúszóhártya operálásáról beszegő varrattal. 289. lap.  
**Blaskovics László:** Szarufestés korommal. 290. lap.  
**Ifj. Imre József:** Közlemény a pozsonyi magyar királyi tudományegyetem szemklinikájáról. (Igazgató: ifj. Imre József dr., tanár.) Adatok a szembeli nyomás szabályozódásának kérdéséhez. 291. lap.

**Liebermann Leó:** Magyarország Szemorvosainak Egyesülete XII. közgyűlésének tárgyalásai. 294. lap.  
**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Szemészet.* Hess: Adatok a glaukoma tanához. — *Neubner:* A szemgolyó eltávolítása után jelentkező kötőhártyagyulladás orvoslása. 304. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A kötőhártya beszegéséről és a kúszóhártya operálásáról beszegő varrattal.\*

Irta: *Blaskovics László* dr., egyetemi ny. rk. tanár.

A szaruról a kötőhártyára átmenő sebfelület forradásos zsugorodása hozza létre a pterygoidot. A kötőhártya e reá-növésének megakadályozására már mintegy 15 éve jó sikerrel alkalmazom a kötőhártya ama sebszélének beszegését, a mely a szaru sebfelülete felé fordul. Még klinikai assistenskoromban észleltem egy, részben a szarun, részben a kötőhártyán székelő dermoidot, a melynek kiirtása után csúnya pterygoid keletkezett. Ennek operálása után kétszer is kiújult az odanövés, míg végre harmadizban sikerült megszüntetnünk. Ez az eset adta meg az impulsust, hogy egy hasonló esetben valami módon meggátolni iparkodjam a kötőhártyának a szarura való kúszását.

A kiirtás alkalmával ebben az esetben is a szokásos módon jártam el. A daganatot a kötőhártya peripheriája felé V-alakban találkozó két metszéssel határoltam el. Innen kiindulva fejtettem le a daganatot lándzsával. A szarun meglehetősen mély gödör támadt. Az ilyennek kitöltődése a szaru-szövet hiányos sarjadzása folytán tudvalevően igen lassan szokott bekövetkezni, s ez ad okot a kötőhártyának a szaru sebfelületére való fokozatos reá húzódására. A kötőhártyát, *Schulek* szerint, a szaru szélénél két tangentialis bemetszéssel szoktuk könnyebben eltolhatóvá tenni és a sebszéléket T-alakban egyesíteni. Az odanövés meggátolására a szaruhoz legközelebb fekvő varratot úgy helyeztem el, hogy a kötőhártya sebszéle bekunkorodjék, ezenfelül a sebszéléket az inhártyához is odavartam. Ezt igen egyszerűen úgy végezhetjük el, hogy a kötőhártya egyik sebszélét előbb valamivel hátrább — mintegy 3 mm.-nyire a szaru felé fordult sebszélétől — öltjük át, azután 1 mm.-nyire a sebszélétől újból átöltjük belső felületéről a felszín felé. Ezután az inhártya néhány felszínes szálát is befoglaljuk a varratba, s végül a kötőhártya másik sebszélével hasonlóan járunk el. De most — természetesen — előbb öltünk be a kötőhártya sebszéle közelében és utóbb valamivel hátrább ki. A csomózással a kötőhártya sebszéle beszegődik, és ezt a duplicaturát a varrat egyúttal a sclerához is szorítja. Ezt a varrást, a melyet „beszegő varrat”-nak szeretnék elnevezni, a szaru szélétől valamivel távolabb lehet elhelyezni, hogy ezzel is gátoljuk a kötőhártya előrehaladását a szaru felé.

A beszegő varrat ebben az esetben teljes sikerrel járt. A szaru gödrének hetekig tartó kitelődése ellenére a kötőhártya ránövése nem következett be. Ezt, úgy hiszem, annak tulajdoníthatjuk, hogy a bekunkorított kötőhártyarészlet a saját

\* Magyarország Szemorvosai Egyesületének ezévi congressusán tartott előadás.

sebfelületéhez nőtt. A kötőhártya hámlójának burjánzása annak legalsó rétegéből indul ki, ha tehát a sebszél be van szegve, nem haladhat egyenesen a szaru sebfelülete felé, hanem hátrafelé kell nőnie, míg végre át tud hajolni a sclera felületére. Ehhez mindenesetre 1—2 hétre van szükség, s ez alatt, ha a szaru sebgödre nem is telik ki, de legalább bevonódik hámlósejtréteggel, a mely a kötőhártya ránövését lehetetlenné teszi.

A beszegő varratot ez eset óta számtalanszor alkalmaztam, mindig jó sikerrel. Mert nem egyedül a ritka corneo-scleralis daganatok kiirtása után, hanem számos más esetben is fenyegethet pterygoid keletkezése. Így szemhéjodanövés lefejtése után, ha az a szarura is ráterjedt; valamint jó hasznát vesszük, magától értetődően, a pterygoid műtéténel is. A szemhéj odanövésekor is voltaképpen erről van legtöbbször szó, hiszen rendszerint találunk ilyen esetekben egy kis kötőhártyamaradványt, a mely pterygoidszerűen húzódik a szarura. Ezt a pterygoidszerű redőt a szaruról lefejtve, legjobb *Arlt* szerint a szemhéji kötőhártya sebfelületének fedésére felhasználni. Ha ezután a szemtekei kötőhártya sebfelületét akár egyszerű oldal-bemetszések után a sebszélék összehúzásával fedjük, akár kötőhártya-plastikát csinálunk *Teale* szerint, mindenképpen fennáll a veszedelem, hogy az odahúzott vagy fektetett kötőhártya a szaru sebfelületére nő. Ezért a szaru felé forduló sebszélék beszegését, s ha ez nem lehetséges, legalább az inhártyához való rögzítését gyakorolom.

A beszegő varratot legújabbán — eddig négy esetben — a kúszóhártya operálásakor is felhasználtam. A kúszóhártyát legszívesebben *Mac Reynolds* szerint operálok, a mióta *Kuhnt* szóbeli ajánlatára e műtétmódot kipróbáltam. Ennek is lesz már idestova 12 éve. E műtétnek hatása módját eleinte nem értettem meg teljesen, míg egy esetben meg nem figyeltem a gyógyulás folyamatát. *Mac Reynolds* műtété tudvalevően hasonló *Desmarres* pterygium-műtétéhez azzal a különbséggel, hogy a míg *Desmarres* a kúszóhártya fejét megfelelő kötőhártya-sebbe varrja bele, addig *Mac Reynolds* a felfejtett kötőhártya alá helyezi. Azt észleltem már most (hogy mások hogyan látták, nem tudom), hogy a kúszóhártya nem marad meg új helyén véglegesen. Csak ideig-óráig tapad a kötőhártya alatt az inhártyához. Hetek alatt — nyilván a szemmozgások befolyására — a régi helyére visszahúzódik. Ehhez azonban annyi idő kell, hogy ezalatt a szaru sebfelülete behámosodhatik. Ez azután megakadályozza a kötőhártyának újból a szarura való növését.

A jó eredmények ellenére kis, kezdődő kúszóhártya esetekben megmaradtam *Arlt* egyszerűbb eljárásánál, már azért is, mert nem okoz semmiféle ránczolódnást a kötőhártyán, még ideiglenesen sem. Igaz, hogy a ránczolódnások elsimulnak, de mégis lehetséges, hogy ez a hely állandóan érzettebb marad, a mi feltűnő. *Arlt* eljárása után ezt nem észleltem, de viszont megújulást láttam, a mi kisebb és jórészt kozmetikai beavat-

kozásnál különösen bosszantó. Ezért gondoltam arra, hogy nem lehetne-e a beszegő varratot a kúszóhártya ellen is használni, legalább is a kezdődők ellen.

Követett eljárásom a következő volt. A kúszóhártyát gondosan lefejttem a szaruról. Itt már régen úgy járok el, hogy nem fogom össze csípővel a kúszóhártya nyakát egészen, miként *Arlt* ajánlja. Az összenyalábolt kötőhártya alatt találokra áttolt lándzsa ugyanis könnyen hagy egyes részeket a szarun, vagy mélyebben vág a kelleténél. Tanácsosabb finom fogascsípővel a kúszóhártyának csak az egyik szélét megfogni, s apró metszésekkel fokról-fokra lefejtteni a szaruról lapjára hajlított lándzsával. E közben szemünkkel ellenőrizhetjük a lándzsa haladását, ügyelhetünk tehát arra, hogy sem kötőhártyarészletet ne hagyjunk a szarun, sem ép szarurészletet ne fejtünk le. Az előbbi a kisebb hiba, mert kijavítható, a maradékok a szaruról utólag lefejtethők vagy lekaphatók (sokszor az egész kúszóhártya lekapható a szaru felületéről), de lehet óvatosan kauterrel is elpusztítani a visszamaradt részeket. A corneának simára tétele azért fontos, mert az ilyen sebfelület hamarabb vonódik be csillogó epithellel, ez pedig a siker szempontjából, de meg szépségi okból is fontos.

A lefejtést kis darabon a szaru szélén túl kell folytatni. Ha a kötőhártyát most eleresztjük, a kúszóhártya feje magától visszahúzódik 4–5 mm.-nyire a szaru szélétől. E helyen rögzítem a kúszóhártya fejét a beszegő varrattal. Vagyis a kúszóhártya fejétől mintegy 3 mm.-rel hátrább öltöm át először a kötőhártyát, a fej szélénél másodszor, ezután függőleges öltéssel néhány episclerális rostot vagy a belső egyenes inának néhány rostját fogom a varratba, majd mellette újból kétszeresen öltöm át a kúszóhártya fejét, de előbb a szél közelében s csak azután hátrább. Végül a két fonalvéget jól megcsomózom. Mindez persze finom tüveit, finom fekete fonallal történik.

A kúszóhártya feje ezzel be van kunkorítva és a sclerához vagy az izom tapadó vonalához rögzítve. Előtte mintegy 4 mm.-nyi darabon az inhártya meztelen, s e sebfelület átmege a szaru felszínére. Eddig négy ilyen operálást végeztem. Az első esetben a gyógyulás folyamatát gondosan figyeltem meg nagyítóval. A szaru sebfelülete 3–4 nap múlva már csillog, de a felszín eleinte még göröngyös és csak később simul el. Az inhártya sebfelülete lassabban húzódik össze, fokozatosan borul be hámlóval, a mely a kötőhártya felső és alsó sebszéléről burjánzik mindjobban a sclera felületére. A második hét vége felé az egész sebfelület már hámlóval borított. A varratot az 5. napon vettük ki. A bekunkorított fej ekkor még a régi helyén van. Ezentúl igen lassan közeledik a szaru széléhez. Két héttel a műtét után még mindig kis redőt alkot és csak mintegy félúton közeledett a szaru széléhez. A redő teljes elsimulása csak 4–5 hét múltán következik be. Ennyi idő bőven elég a sebfelület teljes consolidatiojához, s így remélhető, hogy a gyógyulás végleges. A kozmetikai eredmény kifogástalan.

### Szarufestés korommal.\*

Irta: *Blaskovics László* dr., egyetemi ny. rk. tanár.

A szaru forradásainak tetoválása tudvalevően nem tisztán szépség-kérdés, hanem optikai eredményre is számítunk igen gyakran. E részben a szarufestés feladata igen kényes. Optikai javítást akkor várhatunk inkább, ha a tetovált hely minél kevésbé ereszt át a fénysugarakat s ha élesen határolódik el a szaru átlátszó része felé. Ha tiszta corneát tetoválunk — a mit egy ízben végeztem aniridia miatt a káprázás csökkentésére —, jól észlelhetjük, hogy mennyi fénysugár hatol át a befestett területen. Az említett esetben fokális világítással a szaru tetovált része koromszín feketének látszott, szemtükörrel való átvilágításkor mégis festékes vonalakból való hálózatot lehetett csak látni, melynek közeiből bőven volt vörös fény nyerhető. Különösen az optikai feladatnak ez a

\* Magyarország Szemorvosai Egyesületének ez évi congressusán tartott előadás.

tökéletlen megoldása okolja meg, hogy festési eljárásunkon javítani iparkodjunk.

A tetováló módszerek közül legtökéletesebbnek látszik *Schulek* eljárása, a melyet eddig követtem is. Javítani rajta főképp három irányban lenne mégis kívánatos. Lehetően átlátszatlanabbá kellene tenni a tetovált területet, továbbá megakadályozni azt, hogy a felszántott terület oly sokáig rücskös maradjon és végül, hogy a befestett terület széle szürke udvart kapjon.

E hibák több forrásból származnak. Mint ismeretes, *Schulek* a befestendő terület felszántását ajánlotta, sűrű, a szaru rétegeit ferdén érő, felszínes metszésekkel. A bemetszéseket függőleges, vízszintes és mindkét diagonális irányban végezte oly sűrűn, hogy 1–1 mm.-nyi sávra 2–3 metszés is esett. E területre dörzsölte rá a pépesen sűrű tuskeveréket függőleges, vízszintes és körkörös simításokkal. Az így bekent tus egy része természetesen kimosódik a könnyektől, de el is lökődhetik a festést követő napokban, mert a felszántott terület némely részecskéje, kivált az epithel, elhalhat némely helyen. A behámosodás csak az ellökődés után következhetik be, ennek folytán marad a befestett terület jó ideig rücskös és a szem vörös. Minél több apró részlet nekrotizál, annál több bedörzsölt tus-szemcse fog az elhaló részekkel eltávolodni. Minél lassúbb a befestett terület behámosodása, annál több alkalom van, hogy a könnyek egyes tus-szemcséket kimossanak. Ezeket véglegesen az epithel-réteg tartatja csak elzárva a könnyáramtól.

Ne feledjük azt sem, hogy az epithel forradások fölött gyakran tetemesen megvastagodott. Ilyenkor abba a hibába eshetünk, hogy nem szántjuk fel a szarut elég mélyen. Ez már azért is megeshetik, mert a kés a síma felületen könnyen siklik tova, anélkül, hogy a szaru szövetébe hatolna. Viszont, ha mély bemetszésekre törekednénk minden esetben, annak tennők ki magunkat, hogy többször megesnénk a szaru teljes átmetszése, kivált ha vékony, a mi nem mindig ítéhető meg teljes bizonyossággal (*keratectasia ex ulcere*).

A tetovált hely körül keletkező udvar tekintetében három körülmény is játszhatik előmozdító szerepet. Az egyik a fertőzés, a másik a tusnak chemiai tekintetben nem közömbös volta és végül a nekrotizáló folyamattal járó reactio. A fertőzés dolgában ki kell emelnünk, hogy a Kinában készülő legfinomabb tus legkevésbé sem készül tiszta módon, fertőtlenítése pedig a műtét előtt sohasem egészen tökéletes. De fertőzésre utólag is támadhat alkalom, ha a befestett terület behámosodása késik.

A chemiai közömbösség tekintetében kifogás tehető ama ragasztó-anyagok ellen, a melyeket a tusfesték készítésekor használnak. Ezeket nem ismerjük, mert a kinaiak el nem árulják a készítés módját. Arra vagyunk tehát utalva, hogy a tus kipróbáljuk reactionmentessége tekintetében. Ez persze rendszerint az operálandókon történik, hacsak előbb kísérleti állaton nem akarjuk kitapasztalni a beszerzett tus chemiai közömbösségét.

Az elmondott nehézségeken következő módon iparkodtam segíteni. Mindenekelőtt a tetoválandó területen a hámló-réteget akár késsel, akár *Mayhöfer*-féle kanállal lekaphatom. Ennek két haszna van. A kés először is biztosan a szaru rétegeibe jut még felszínes metszésekor is, nem siklik el a síma felületen, viszont a befestendő területen túl kevésbé könnyen hatol be. Másodszor nem támadnak a sebfelületen epithelrongyok, melyeknek előbb teljesen el kell lökődniök, hogy az epithel reáburjánózhasson. A felszín tehát hamarabb behámosodhatik, rövidebb ideig lesz rücskös s a tus-szemcsék hamarabb vannak bezárva. Utólagos fertőzésre is kevesebb az alkalom. A szem alig vörösödik ki.

A felszántó bemetszéseknek ferdén való behatolása a szaru rétegeibe jó gondolatnak látszik. Ezzel ugyanis a bevitt tusrétegek cserépfedélszerűen sorakoznak egymás mellé, tehát megvan a lehetőség, hogy legalább a függőlegesen beható fénysugarak át nem hatolhatnak. A ferde bemetszések másik haszna, hogy mélyebben vágathatunk, anélkül, hogy a szaru teljes átmetszése veszélyének tennők ki magunkat. E

haszon annál figyelemreméltóbb, mert a szaruforradások helyén — mint említettük — a cornea gyakran vékonyabb a rendesnél. Helytelennek látszik azonban négy irányból is ferde metszéseket ejteni. Ezzel ugyanis egyes szarurészletek teljesen kieshetnek, ha a metszések egymással találkoznak a mélyben. De ha nem is találkoznak, könnyen hoznak létre elhaló szarufoszálányokat.

Ha két egymásra merőleges, de a felszínre ferde irányban hatolunk be a szaru rétegeibe, apró oszlopoknak kell keletkezniök, a melyek az egyik átlós irányba dőlnek. Figyelembe véve a könnyáram irányát, kívánatos, hogy az oszlopocskák a belső szemzúg felé dőljenek, mert akkor a mögöttük elhelyeződő festékszemcsék védve vannak a könnyektől való kisodortatás ellen. Ezért felül-kívlről, be- és lefelé haladó és alul-kívlről, be- és felfelé, vagyis  $\times$  alakban haladó metszések lennének szükségesek. Ha ezek mindegyike oly módon hatol ferdén a szaru rétegeibe, hogy a belső szemzúg felé alkot hegyes szöveget a szaru felszínével, akkor előállanak a kívánt, befelé dülő oszlopocskák. Ha fontosabbnak vélnők, hogy négy irányban történjenek bemetszések, csak úgy kerülhető ki, hogy a metszések a mélyben ne találkozhassanak, ha valamennyi merőlegesen hatol a szaruba.

E kérdésnél fontosabbnak vélném azonban, hogy biztosan steril és chemiailag közömbös festőanyagra tegyünk szert. A tus tudvalevően koromból készül. Ennek összetapasztására használt ragasztóanyag céljainkra felesleges, sőt ártalmas lehet. Így jöttem arra a gondolatra, hogy a kormot magam állítsam elő. Egyszerű gyertyalángot használok e célra, melylyel egy tárgylemezt kellő vastagságban bekormosítok. Az üveglemezt előbb megtisztítjuk alkohollal vagy éterrel. Ez csak a piszok eltávolítására szolgál. A sterilizést maga a gyertyaláng végzi el, a melybe tartjuk. Egy-két perc alatt az üvegen elég vastag koromréteg támad, a mely biztosan steril és idegen anyagot sem tartalmaz, ha arra ügyelünk, hogy a gyertyabél ne érintse az üveget bekormozása közben. Legfeljebb talán némi stearin-gőz érheti a lemezt, de ez aligha lehet számottevő. Első ízben azt is megvizsgáltam, hogy az így nyert koromszemcsék vannak-e olyan finomak, mint a tus-szemcsék. Mikroskop alatt könnyű volt erről meggyőződnöm. Semmi különbség sem látható a tus-szemcsék és a gyertyalángból nyert korom szemcséi között.

A szaru felszántása után a tárgylemezről finom lapoc (Beer-féle spatula) segítségével felkanalazunk egy kevés kormot s ezt a sebfelületre dörzsöljük. Mindössze annyi kellemtelenség jár ezzel, hogy a korom könnyen elszáll, ellenben hasznos, hogy felesleges vizet nem viszünk a koromszemcsékkel a szaru mélyébe, mint a tussal való festéskor. A szaru egészen száraz felszínű lesz dörzsölés közben. Több-ször is vihetünk kormot a sebfelületre. Ha némi benedvesítés kívánatos, erre kevés könnyfolyadékot használhatunk fel.

Feleslegesnek gondolnám a koromnak fölös módon való rákenését, hiszen ez utólag nem fog a metszésekbe hatolni s mint idegen test a szemet hiábavalóan izgatja. Inkább azt ajánlhatom, hogy a műtét befejeztével pislogtassuk néhányszor a beteget. Így a fölös korom az alsó áthajlásba és a belső szemzúg tájára gyűlik, a honnan a szem bekötése előtt jól kinyomott nedves tamponnal kitörölhetjük. Ez az eljárás arra is jó, hogy meggyőződhetünk műtétünk közvetlen sikeréről.

Műtét után száraz kötés ajánlatos. Felbontáskor nem mossuk a szemet vízsugárral, szóval az eljárás azonos azzal, melyet a Schulek-féle eredeti tetoválás után követni szoktunk. A szem bekötése azonban rövidebb ideig elegendő, mert 2—3 nap múltán a festett hely már teljesen síma és csillogó. A szem az ilyen tetoválást kitűnően tűri, alig vörösödik ki utána, udvar a befestett terület körül nem támad. A tetovált hely mindenkor intenzíve fekete lett. Eddigi tapasztalataim alapján (8—10 esetben végeztem az eljárást) melegen ajánlhatom Schulek módszerének e kis változtatását.

\*

A véletlen lehetővé tette, hogy egyik tetovált esetemből mikroskopi készítményt szerezhettem. A műtét előtt tömött

forradás volt a szaru közepén szivárványbenövésével, erősen túltengett degenerált hámmal. A benövés abszolút glaukomát és teljes szemteketágulatot okozott. A szivárványban coloboma volt egy év előtti operálás eredményeként. A szemteke eltávolítása intraocularis vérzés miatt volt szükséges, mert nagy fájdalom támadt a megvakult szemben. A készítményen normalis vastagságú epithel látszik, a korom a forradásban nagy mennyiségben lelhető fel, kis részben közvetlenül az epithel alatt, sőt ebben magában is. Sejtes beszűrődésnek nyoma sincs, sem a tetovált területen, sem ezen túl. De egyes phagocyták máris működésben vannak (néhány héttel a műtét után), hogy a koromszemcséket elhordják. Bizonyos azonban, hogy olyan eljárás bajosan képzelhető el, hogy valamilyen festőanyag a szaru szövetében állandóan megmaradjon. A készítmény mindazonáltal igazolja a koromnak közömbös voltát.

Közlemény a pozsonyi magyar kir. tudományegyetem szemklinikájáról. (Igazgató: ifj. Imre József dr. tanár.)

### Adatok a szembeli nyomás szabályozódásának kérdéséhez.

Irta: ifj. Imre József dr., egyetemi-ny. r. tanár.

Leber klasszikus szépségű művében<sup>1</sup> a következő, általánosan idézett tételket leljük: „a szemteke hydrostatikai tekintetben folyadékkal telt, nagyjában gömbalakú rugalmas tok, melynek falai és belseje bizonyos nyomás alatt állanak: ez az intraocularis nyomás. A nyomás nagysága a rugalmas tok teltségi állapotától függ, tehát az üvegtest és csarnokvíz volumenétől, másfelől a szem burkán belül levő erek vértartalmától.“ Ez eddig egészen tiszta és érthető megállapítás. Mi szabályozza azonban a szem rugalmas burkának teltségi állapotát, vagyis az üvegtest és csarnokvíz volumenét, meg a szembeli erek teltségi állapotát? Más szóval: mi szabályozza a szembeli nyomást? Erre Leber a következőket feleli: „a szemnyomást a vérnyomás okozza s a mennyire tudjuk, létrejövételében semmi más erő nem vesz részt.“ Szerinte az érbeli nyomás révén áll fenn az intraocularis folyadék folytonos elválásztása és megújulása.

Adamiuk, Hippel, Grünhagen vizsgálatai szerint a test nagy arteriáiban mutatkozó minden nyomás-emelkedés és esés megfelelő változásokat okoz a szem tensiójában is. Ezt bizonyítják azok a következetesen végzett pontos vizsgálatok is, a melyek Köllner<sup>2</sup> közléseiben vannak ismertetve. Napjában többször, egyidejű vérnyomásméréssel együtt végezte a tonometeres vizsgálatokat s ezek úgy a normalis, mint a glaucoma simplexben szenvedő szemeken azt mutatták, hogy a tensio híven követi a vérnyomás napi ingadozásait. Azt a következtetést vonja vizsgálataiból, hogy glaucoma simplex oly eseteiben, a melyekben a szem nem mutat a vérnyomásával egyenmű ingadozásokat, valószínűleg helybeli keringési zavarok komplikálják a helyzetet.

A vérnyomás múló ingadozása tehát, szintén múltán, a szemnyomás változásában is kimutatható. Maradandó vérnyomás-emelkedésnél azonban érvényesül a szemnyomás reguláló hatása is, melylyel a szembeli vérteltséget bizonyos határok közé szorítja. Bizonyos szabályozó befolyást a vasomotoros idegeknek is tulajdonítanak, bár tudjuk, hogy ezek átvágása nem jár nagyobb és tartós változásokkal. Ezek befolyásának tulajdonítja Leber is, hogy nagy vérnyomással járó betegségek kíséretében nem lelünk fokozott szemnyomást, sőt esetleg csökkent a tensio. A szűkült retina-erek fokozott érfal-tonusa fogja fel ilyenkor szerinte a vérnyomás-fokozódás hatását.

Magunkévá tehetjük Wessely<sup>3</sup> erre vonatkozó fejtegetéseit is és meggyőzőnek tartom mindazt, a mit az életkor növekedésével kapcsolatos szemnyomásbeli lassú csökkenés

<sup>1</sup> Graefe-Saemisch: Handbuch. 2. kiadás, II. kötet, 2. rész. Leber: Die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges.

<sup>2</sup> Arch. für Augenheilkunde, 81. kötet, 120. oldal; 83. kötet, 135. oldal.

<sup>3</sup> Wessely: Die Beziehungen zwischen Augendruck und allgem. Kreislauf. Arch. für Augenheilkunde, 83. kötet, 1918.

magyarázatául ad. Bár az irodalom bőven szolgáltat adatokat arra, hogy a normalis tensio az életkorral aligha csökken. De azokban az esetekben, a hol csökkent nyomást lelünk, *Wessely* magyarázata, mely az érfalak rugalmasságának csökkenésére van alapítva, jogosult.

Mindezek mellett azonban felelet nélkül marad egy-néhány kérdés, melyek véleményem szerint sem mechanikai, sem vasomotoros magyarázatokkal nem oldhatók meg.

1. Látunk eseteket, a mikor a vérnyomás különösebb változása nélkül a szem nyomása *tartósan* megváltozik.

2. Látunk arra is példát, hogy vérnyomás-emelkedés mellett, annak daczára, hogy a korrall járó érfal-változásokat kizárhatjuk, például egészen fiatal egyéneken, egyébként teljesen ép szemeken tartós nyomáscsökkenés áll fenn.

3. Viszont szintén egyébként teljesen ép szemeken nyomásemelkedést lelhetünk, anélkül, hogy a vérnyomás kifejezetten emelkedett volna, sőt talán a kornak megfelelő átlagon alul maradt. Kell tehát valami olyan tényezőnek lennie, a mely a vérnyomástól függetlenül a szem tensiójának változására tartós befolyással van.

Az 1909. év óta végeztem vizsgálatokat a Schiötz-féle tonometerrel. Eleinte arra gyűjtöttem adatokat, hogy vajjon csakugyan kimutatható-e a korrall járó szemnyomás-csökkenés, másfelől vérnyomás-emelkedéssel járó betegségekben szenvedőkre vonatkozó adatokat gyűjtöttem a szemnyomás változásairól. Az előző kérdésben eredményeim inkább amellet saórltak, hogy az életkornak nincs feltűnő befolyása a szemtensióra. A fokozott vérnyomású betegek szemtensióját pedig normalisnak, sőt sok esetben kissé csökkentnek találtam. Vizsgálataim közlését nem tartottam fontosnak, mert az irodalomban egyre nagyobb számmal jelentek meg hasonló eredményeket mutató vizsgálatssorozatok.

Az elmúlt év nyarán egy rendkívüli eset került elénk, a mely újabb lökést adott a szembeni nyomást szabályozó tényezők keresésére.

Egy 33 éves nőt hoztak a pozsonyi szemklinika ambulantiájára, a ki már a vizsgáló-helyiségbe lépésekor a legkülönösebb benyomást tette a jelenlevő orvosokra. A kipírult arcú beteg mindkét szeme le van csukva, a szemhéjak petyhüdtek, a szemzúgokban kevés váladék. A jobb szemhéjak széttárasakor a kissé lelapult, „rhytidosis corneae” képét mutató szaruhártya alsó harmadában vízszintes irányú, egyik szélétől a másikig terjedő exulceratio válik láthatóvá, mely alul csaknem a limbusig terjed, a cornea többi része fenn és lenn szürkés, duzzadt, bágadt fényű, keratomalaciára emlékeztető. A cornea felső, kissé áttűnő részén át megállapítható, hogy csarnok van. A szemteke kissé hátrasüllyednek látszik, annyira petyhüdt, hogy a sclerán hol itt, hol ott behorpadások jelentkeznek, aszerint, hogy a szemhéjakat hogyan tartjuk. Az alsó szemhéj lehúzásakor a bulbusnak a szemhéjhoz tapadása elég ahhoz, hogy a szem burkát valósággal magával húzza. Ilyenkor a felső egyenes izom irányában mély redő támad a sclerán.

A bal szem képe a jobbtól csak annyiban különbözik, hogy a szaru alsó harmadában itt csak mély, sárgás infiltratio látszik. A szaruhártya felszíne szurkált, bágadt. A csarnok itt mélyebb a rendesnél.

A jobb szem két hét óta nem lát, a balon három napja. (Jobb szem fényérzés két méterről, localisatio jó; bal szem 1/2 méterről fényérzés, localisatio a centrumig szűkült.) Tensio egyáltalában nem mérhető. Hangsúlyoznom kell, hogy a mérsékelt conjunctivalis injectiót nem tekintve, semmi nagyobb izalmi jelenség nem volt konstatható. Ha a kis belőveltség és könnyezés nem lett volna, a kép néhány napos holttest fonnyadt szeméire emlékeztetett volna.

Tekintettel arra, hogy a szív működés megszűnése után is marad még 8 mm. intraocularis nyomás és az elvéreztetett nyúl intraocularis nyomása is körülbelül ennyi (*Leber* szerint 9 mm.), bizonyos, hogy ezt a nyomáscsökkenést semmiféle vérnyomáscsökkenéssel vagy keringési zavarral nem magyarázhatjuk. Fel kellett tennünk, hogy a szem elváltozásai csak következményei voltak a rendkívüli fokú hypotoniának. Még akkor is, ha állandó fistula miatt nagy mértékben hypotoniás a szem, konstathálhatjuk a szem burkainak némi ellenállását, a mely abban nyilvánul, hogy a szemteke alakját kisebb hatások, például az alsó szemhéj lehúzása, vagy a szemhéjak széttárasa nem tudják megváltoztatni, vagy ha igen, ez a változás legfeljebb a cornea kis lelapulásában, hajlékonyságában, de nem a sclera teknőszerű besüppedésében nyilvánul.

A belgyógyászati vizsgálat semmi különösebb eltérést nem mutatott ki a belső szervek részéről. Mivel 8. hónapban grávida, nőorvosi vizsgálatot is végeztettünk, de ez sem derített ki rendellenességet.

A magunk részéről a következőket jegyeztük meg a beteg habitusára vonatkozólag: jól táplált, pirosposzsgás asszony, a graviditást kísérő ismeretes jelenségek, vaskos ajkak, kissé duzzadt orr, duzzadt nyak. Járása rossz, fáradékony, lábait fájlalja.

Hogy röviden a lefolyásról is beszámoljak, el kell mondanom, hogy ez éppen olyan meglepő volt, mint maga a körkép. Tekintettel arra, hogy a nyomáscsökkenést tekintettük a primaer szemelváltozásnak, 4%-os NaCl-oldatot injiciáltunk naponta a bulbaris conjunctiva alá, ezenkívül a cornealis folyamatra tekintettel, collargol-oldatot csepegtettünk, bár a bakteriologiai vizsgálat és a kísérleti oltások pathogen bakteriumot nem derítettek ki. A beteg néhány napi kezelés után már ki tudta nyitni a szemét, a cornea borúsága engedett, a tensio 4–5 nap alatt kifejezetten javulni kezdett, a 12. naptól fogva már tonometerrel mérhető, a felvételkor hiányos fényérzés már az ötödik napon egészen jó, az első hét végén jobb szemén már ujjakat számol, 21 nappal a felvétele után jobb szemén 6/18, bal szemén 2/60 látása van, a tensio jobb szemén 13 mm. Hg., balon 12 mm. Hg. Mindkét corneán a felvételkor leírt beszűrődésnek megfelelően a mélybe terjedő vaskos hegszövet. Ebben az állapotban távozott.

Nagyon sok gondot okozott a sajátságos körkép tisztázása. Abba a képbe, melyet ophthalmomalacia néven ismerünk, sehogysen illett bele, de jobb hiányában — hogy ezáltal a hypotonia domináló voltát demonstráljuk — „ophthalmomalacia exulcerans” diagnosissal könyveltük el a beteget. Nem lévén más támpont, a graviditással összefüggésben igyekeztem valami magyarázatot lelteni a betegség eredetére. Átgondoltam, hogy mi tekintetben áll be feltűnőbb változás a grávida szervezetének életműködésében. Már az első lépésnél gondolkozóba kellett esnem. Az ovarium működésének kiesése, mint azt az erre vonatkozó vizsgálatoknak egész sora mutatja, más belső elválasztású mirigyek hyperfunctióját váltja ki. Ismertek azok az adatok, a melyek a graviditas alatti hypophysis-hyperfunctiót, a hypophysisnek igen jelentékeny megnagyobbodását mutatták ki. Elsősorban a hypophysis, másfelől, bár kevésbbé kifejezetten, a thyreoidea működése jut graviditas alatt túlsúlyra. Mivel a hypophysisre vonatkozó adatok a mellett szólnak, hogy ennek a vérnyomásra, valamint az intracranialis nyomásra befolyása van,<sup>4</sup> másfelől tudjuk, hogy a szervezet anyagcseréjének szabályozásában is fontos szerepet játszik, az a gondolat merült fel bennem, hogy vajjon nem volna-e lehetséges összefüggést lennem az e beteg a külső elváltozásokban is kifejezetten mutatókozó hyperpituitarismus és a szem rendkívüli hypotoniája között?

Közben a megszálló csehek a saját embereiket ültették a klinikáinkba s várnom kellett a vizsgálatokkal, míg ismét alkalmam nyílik beteggel foglalkoznom. A véletlen segítségemre volt, mert alig néhány héttel Budapestre érkezésem után egy fiatal kollega a testvérnénjét hozta hozzám vizsgálat végett, azzal, hogy máshol már látóidegsorvadást állapítottak meg a beteg mindkét szemén.

A 35 éves nő jobb szemének látása 3/4 évvel ezelőtt meglehetősen hirtelen kezdett romlani. Mivel centralis színscotomája is volt, egyik szemész melléküreggyenyedés gyanúja alapján orrműtétet végeztetett rajta, eredmény nélkül. Később teljes decoloratio fejlődött ki. Luesre is gyanakodtak, mert a férje régebben antilueses kezelés alatt állott, Wassermann-reactio negatív, antilueses kúrása állapota nem javult, sőt azóta kezdett a bal szeme is romlani.

Jelen állapot: Jobb szemén 6/36, bal szemén 6/12 látás, decolorált papillák, vörös-zöld centralis scotoma, teljesen kifejezett *bitemporalis hemianopsia*.

Évek óta évente csak 1–2 menstruációja van, ezóta a sexualis ösztön is teljesen kialudt, évek óta fokozatosan hízik: Az egész körkép határozottan hypophysis-tumor mellett szól.

A belorvosi és Röntgen-vizsgálat eredménye: hypophysis-tumor. Kérésre vérnyomását is megméri, ez 190 mm. Riva-Rocci szerint. A szem tensiója jobboldalt 13 mm., baloldalt 15 mm. Hg nyomás.

Az első ezirányban vizsgált eset tehát kettős tanulságot eredményezett. Egyfelől megerősödött az a feltevés, hogy a hyperpituitarismus a szem nyomásának csökkenésével járhat, másfelől fiatal egyéneken, a hol az előbb említett érváltozások még nem szerepelhetnek, igen nagy vérnyomással egyidejűleg csökkent szemtensiót leltem.<sup>5</sup>

Egy második esetet is sikerült lennem, melyben a hypophysis-tumor diagnózisát a Röntgen-lelet is megerősítette. Typusos látótér-kiesés és a papillák decoloratiója mellett a 32 éves férfi vérnyomása 128 mm. Riva-Rocci, a szem tensiója jobboldalt 11 mm., baloldalt 13 mm. Vagyis igen kifejezett hypotonia.

<sup>4</sup> Lásd *Cyon, Schäfer és Vincent, Silvestri, Hallion és Carrion, Falta és Ivcovcics* vizsgálatait. (*Biedl: Innere Sekretion*, 1916.)

<sup>5</sup> A normalis szemtensio határát 16–25 mm. Hg nyomást fogadunk el.

mészeti szakosztályának tárgyalásai alapján azt a glaucoma simplex eseteire is kiterjesztettem, bár eredetileg ezen alakban *Lagrange* sclerectomiáját óhajtottam nagyobb számmal végezni. Bár az elért eredmények elég kedvezőek, azt hiszem elég okunk van arra, hogy a trepanatiót ne fogadjuk el még véglegesen pótló műtétnak. A trepanatio korántsem olyan könnyű műtét, mint azt némelyek állítják. A késő infectiókat a technikánk ugyan csökkenti, de ennek fejében a filtratio biztonsága szenved. A trepan élessége nehezen kontrollálható, nem eléggé éles trepan által készített nyílás könnyebben zárul el. Az iris becsipődése kevésbé rugalmas iris mellett megtörténhetik, a repositio kétséges és kockázatos, a trepan scleralis elhelyezése a corpus ciliare sértheti. Mindezen okoknál fogva glaucoma simplex eseteiben ezentúl nagyobb számmal a *Lagrange* műtétét szándékozom végezni és azért, mert ez alakban legjobban használható ki *Lagrange* műtétének jó oldala: a scleralis nyílás szabatos kimérése. A harmadik operálást, a cyclodialysist már 14 év előtt is végeztem, de akkor csak vak szemeken s főleg glaucoma infl. absolutum, sőt degenerativum eseteiben, 1906—1918-ig összesen 25-ször.

Az eredmény nem volt biztató s nem tudtam magam reá szólni, hogy látó szemeken is nagyobb számmal kipróbáljam. *Salus* nak a Klin. Monatsbl. utolsó számában megjelent alapos cikke, melyben 600 esetről számol be, azonban meggyőződt arról, hogy a cyclodialysis azon műtétek közé tartozik, a melyek a további kísérletezést nemcsak megengedik, hanem egyenesen megkívánják. Az eddigi műtétek lefolyása biztató, de végleges állásfoglalást csak hosszabb ideig észlelt nagyobb számú eset után tartok megengedhetőnek. Ilyen körülmények között az indicatiókat a legközelebbi időszakra a következőképpen állítom fel:

Glaucoma inflammatorium in stadio prodromorum: *iridectomia*.

Glaucoma inflammatorium acutum, ha sikerül a pupilla megszűkítése: *iridectomia*.

Glaucoma inflammatorium chronicum: *cyclodialysis* (eddig *trepanatio*).

Glaucoma simplex: *cyclodialysis*, *sclerectomia iriskimet- széssel* (*Lagrange*).

Glaucoma juvenile: *sclerotomia anterior*.

Az így gyűjtött tapasztalatok fogják eldönteni, hogy a 3 pótló műtét közül melyik mikor végzendő. Annyi máris kétségtelen előttem, hogy az iridectomiát egyik sem szorítja ki. Azok is, akik az iridectomiát elejtették, visszatértek hozzá. *Graefe* műtétének biztonságával a glaucoma inflammatorium kezdeti szakában egyik sem mérkőzik, mennél korábban jönnek a betegek, annál gyakrabban végezhető. A pótló műtétek eredményének megítélésére, amennyiben ma nem rendelkezünk elegendő tapasztalatokkal, nagyon kívánatos volna, ha az egyesület tagjai az adatgyűjtésre vállalkoznának s két év múlva azokról beszámolnának.

*Scholtz* statisztikájából, id. *Imre* közléseiből, de a saját tapasztalatainkból is tudjuk, hogy a glaucoma a vakág leggyakoribb oka. Valóban érdemes, hogy e betegség gyógyításával ismételve és ismételve foglalkozzunk.

**Hozzászólások:** *Ditrói Gábor*: Mit csináljunk glaucoma malignum eseteiben? Milyen legyen az általános kezelés? A kolozsvári szemklinikán mindig nagy súlyt helyeztünk az általános kezelésre: vérnyomáscsökkentés, testi-lelki nyugalom, alkohol-elvonás, növényi koszt és utólag jód, illetőleg jodlecithin huzamos adagolása.

A gyógyszeres kezelésben kipróbáltuk az arecolin-t (hydrochlor. et hydrobrom.). A hatás sokkal gyorsabb, mint a pilocarpin után, de nem olyan tartós.

*Iji Imre József*: A glaucoma simplexnél, malignus glaucoma gyanújánál okvetlenül cyclodialysist ajánl, prodromáknál, acut glaucománál az iridectomia oly jól bevált, hogy nincs ok eltérni tőle. A jól végzett cyclodialysis igen enyhe beavatkozás, mely szükség esetén ismételhető. A trepanatiónál sebészebbnek, exactabbnak és kiméletesebbnek tartja a *Lagrange* iridosclerectomiáját.

*Liebermann Leó* (egyszersmind *Molnár Mária* előadásához is:) Idézi, amit a scleratrepantio által okozott sympathiás gyuladás lehetőségéről a Budapesti Orvosi Ujság folyó évi április 8-iki számában, *Hegner* cikkének ismertetéséhez fűzött megjegyzései közt írt: hogy sem késői infectiót, sem sympathiás gyuladást scleratrepantio betegin nem látott, de teljesen érthetőnek tartja, ha egy rosszul sikerült trepanatio esetleg olyan trauma jellegével bír, mely sympathizáló iridocyclitis kiváltására alkalmas.

A *Molnár Mária* tagtárs által ismertetett eset az ilyen rosszul sikerült trepanatio minden kriteriumával bír. A mi nem úgy értendő, hogy technikailag rosszul sikerült, hanem az eset volt olyan, hogy nem sikerülhetett jobban. Az sem következik ebből, hogy ilyen esetben nem lett volna szabad a trepanálást megkísérteni. A trepanálással néha még olyan absolut glaucomás szemek is megmenthetők, azaz megtarthatók, melyeknek másféle műtéttel való megmentésére gondolni sem lehet. De ismétli azt, a mit már 1914-ben a glaucoma-műtétekről tartott összefoglaló előadásában, mint az I. számú szemklinikai által vallott álláspontot, leszögeztet: hogy a trepanálás ilyenkor mindig csak kísérletnek tekintendő s eredménye nem vehető biztosra. A kísérlet pedig vagy sikerül, vagy nem sikerül. Ha sikerrel jár, jó, ha nem jár sikerrel, a továbbiakban úgy kell eljárni, mint ha a mentő kísérlet meg sem történt volna, azaz enukleálni kell a szemet, sőt most már egy további indicatio alapján csak annál sürgősebben kell enukleálni, mert a sikertelen trepanálás olyan helyzetet teremthet, mely a sympathiás gyuladás veszélyét rejti magában.

Ha nem így járunk el, nem csak a betegnek árthatunk a sikertelen mentőkísérlettel, hanem a trepanálás hasznának objectív megítélését is megnehezítjük azzal, ha túlsokat várunk tőle, lehetetlen esetekben próbáljuk mint ultimum refugiumot alkalmazni s az ilyenkor mutatkozó balsikereket átvisszük a sima esetek statisztikájába is mint rontó factort. *Grósz Emil* az „Orvosképzés” utolsóévi számában közölte, hogy 10 trepanált bulbust kellett enukleálni, de hozzátette, hogy ennek nincs jelentősége, mert ezek valamennyien eleve is menthetetlenek látszó szemek voltak, melyeket éppen azért trepanáltak, mert más műtéttel való megmentésük szóba sem jöhetett volna.

Ha ezen az alapon állva, a műtéti eredményeket csak egyforma viszonyokat mutató szemekre nézve állítjuk össze, akkor egészen más eredményekre fogunk jutni a trepanatio veszélyességének kérdésével illetően. Minél több rossz eredményről hall vagy olvas, annál kevésbé veszedelmesnek kezdi látni a trepanálást, mert mindinkább kiderül, hogy ezek vagy technikailag hibás műtét után, vagy a priori kilátástalan esetekben fordultak elő. Annyira, hogy ő (szólv) maga is kezd ingadozni abból a szempontból, hogy nem túlságosan doctrinaer-e az a felfogása, melyet eddig következetesen vallott, hogy trepanálással csak oly esetek kezelendők, melyekben az iridektomia nem jöhet szóba vagy nem tanácsos. A minap látta egy 6—7 évvel ezelőtt operált betegét, akin a glaucoma simplex és inflammatorium átmeneti formája volt jelen s akin ezért az egyik szemén iridektomia, a másikon trepanálás történt. A beteg az iridektomiás szemével elégedetlen az astigmatismus és káprázás miatt, a trepanált kerekpupillás szemével boldog. Objective mindkettő egyformán jó állapotban van. Persze, ha nem volna egyik szeme kerekpupillás és astigmatismusmentes, egyformán meg volna elégedve mindkettővel, ez azonban nem ellenérv. Ez ideálisan sima eset volt s most éppenséggel nem olyan, mintha a trepanatióból még valaha baja származhatnék. De éppen ez esetekben nem szoktuk tudvalevőleg a trepanálást végezni, olyan óvatosságból, mely talán nem egészen indokolt.

*Waldman Iván*: Nem lát lényeges hatáskülönbséget a *Lagrange* és *Elliot* műtéte között, mindkettőnél a sclera-kimetszésre s fistula készítésére törekszünk. Nem tartja technikailag az *Elliot*-ot nehezebbnek a *Lagrange*-nál: a korongnak az elülső csarnokba való beesése is könnyen elkerülhető, ha a trepanát kissé ferdén helyezük reá a sclerára. Eldöntendőnek tartja, vajon teljes iridectomiát vagy gyöki kimetszést végezzünk trepanatióval? Utóbbi után gyakoribb a pupillaszéli lenyívás. *Fischer* oedema-therapiája alapján natriumcitrat-oldatot fecskendeztek a kötőhártya alá glaucomás szemekben, de ez a tensiót nem befolyásolta. Megemlíti, hogy Abderhalden-reakcióit végzett 5 glaucoma-esetben thyreoideával, pozitív eredménnyel. Ugyancsak pozitív eredményt kapott e szervvel kerato-conjunctivitisben, sympathiás gyuladásban pedig uveaszórvettel.

*Szokolik Ede*: Ha a trepanatio nem hatékony, mi ennek az oka? A trepanálás megismételhető; vajon a *Lagrange* és a *cyclodialysis* is?

*Imre József*: *Waldmann*-nak válaszolva fenntartja állítását, hogy a *Lagrange* műtéte sebészebb, mint a trepanálás.

*Grósz Emil*: Az általános és gyógyszeres kezeléssel nem szolt, kivételesen évtizedekig megakadályozták a mioticumok a glaucomás roham kitörését. — Trepanatióval a gyöki iriskimetszés előnye, hogy a mioticumok jobban hatnak, de könnyebben keletkeznek synchiák. A trepanatio előnye, hogy megismételhető. A methodus hátránya, hogy a trepan jósa nem ítéhető meg olyan biztosan, mint a késé, már pedig a zúzott széli nyílás könnyebben záródik el. — Több műtéti methodus combinatiója is lehetséges, sőt tanácsos.

## 2. Liebermann Leó: A trachoma gyógyítása.

A háború alatt a trachoma gyógyításának kérdése ismét jobban előtérbe került, mert nagy tömegeket kellett gyógyítani. A tapasztalatok és a közlések mutatják, hogy lényeges újítást több mint két évtized óta nem lehet felmutatni. *Kuhnt*-nak 1897-ben megjelent klasszikus monographiája pontosan megjelölte a követendő utakat, a melyektől az eljárás egyöntetűsége volna várható. Azonban legtöbbször csak egy vagy néhány részletet ragadnak ki s ilyen részlet-eljárások alkalmazásával kelnek egymással versenyre, ahelyett, hogy helyes fogalmat alkotnának maguknak arról, hogy melyik

gyógyító principiumtól mi várható s hogy tehát esetről-esetre mely principiumokat kell feltétlenül alkalmazni s hogy melyiktől milyen módon való keresztülvitel mellett lehet csak kellő eredményt várni.

Az előadó a szóba jövő gyógyító principiumokat következőképen osztályozza: I. A felület alterálása gyógyszerekkel. II. A kötőhártya megtisztítása a csomóktól és a felület sebészi kezelése. III. A felület és a mély szövetek mechanikai kezelése. IV. Kóros részeket tartalmazó képletek kiirtása in toto. V. A pannus direct kezelése. VI. Következmenyes állapotok műtéti megszüntetése. VII. A trachomától független, de a gyógyulást gátló szövödmények kezelése.

Ezek mindannyian annyira különböző principiumok, hogy egyik a másikat nem, vagy csak igen kis részben helyettesítheti.

Ad I. Úgy az ecsetelés, mint a sublimatos ledörzsölés, valamint a szilárd edzőszerek alkalmazása mindig kifordító-műszer fölött kifestített kötőhártyán történjék, mert az áthajlás redőibe csak így tud bejutni a gyógyszer. Desmarres-kanál, Zvarinyi-féle evertur alkalmas e célra. Legjobb a hurokban (nem tömör lapátban) végződő Desmarres-kanál. A kifordító-műszer alkalmazása ilyenkor mint massage is hat, tehát mint III. alá tartozó principium is érvényesül. A használatos gyógyszerek ismeretesek. Eleinte főképpen a 2%-os arg. nitr. jön szóba.

Ad II. Ne legyen elvi vita, hogy a csomók lekaparása vagy kinyomása a jobb eljárás. Az esetek legnagyobb részében mindkettőt kell végezni, még pedig egy ülésben, mert az első a felületet, az utóbbi a mély csomókat tudja biztosabban eltávolítani, illetve szétzúzni. Az utóbbi előnye az, hogy műtőasztal, aseptikus előkészületek és assistentia nélkül is végezhető, tehát a gyakorlóorvos kezébe is inkább való. Az eljárás szükség szerint sűrűn megismétlendő, akár egy-kéthetenként újra. A csomók kezelése alatt nem azok eltávolításának ilyen eljárásokkal való megkísérlését kell érteni egyszer vagy nagyon hosszú időközökben, hanem azok tényleges eltávolítását, ha kell, újra meg újra.

Szóba jöhet még egyes csomóknak hegyes galvanokauterrel való kiegészítése, valamint mély tarsusbeszűródés esetén annak sűrű szurkálása hegyes késsel, lándzsátúvel stb.

Ad III. A massage egyik legfontosabb gyógyító eljárás. Legjobban végezhető gömbösvégű (súlyzóalakú) üvegpalczikával, a szemhéjra kívülről reáhelyezett ujjal fokozva a nyomást. Fontos, hogy az ápolószemélyzet végezheti, sőt hamar megtanulja a beteg is. A kórházi, illetve specialis orvosi kezelés abbahagyása után a betegnek sokáig folytatnia kell, így legvalószínűbb a recidiva elkerülése. Legjobb hozzá a cupr. aluminatumos amyllum-glycerinkenőcs.

Ad IV. A radicalis excisio indicatióját az előadó nagyon megszorítja. Az áthajlási redők excisioját egészen elveti, legfeljebb a felső tarsalis kötőhártyarész eltávolítása lehet szükséges, ritka esetben, mert ez az, a mely régi, elhanyagolt esetekben makacsul ellenállhat a kezelésnek, nem pedig az áthajlási kötőhártya. Ennek eltávolítása történhet egymagában vagy a tarsusporcz egyidejű megfordításával, vagy annak eltávolításával. Az utóbbira is jóval ritkábban mutatkozik indicatio, a mióta a tarsusmegfordítást tudjuk végezni *Blaskovics* szerint. A kötőhártya kimetszési defectusa minden esetben az áthajlási conjunctiva előzetes felpraeparálása után annak varratokkal való lehozásával pótlendő.\*)

Ad V. A pannus direct kezelésére ritkán van szükség, mert rendszeren párhuzamosan gyógyul a kötőhártyával. Ha mégis kezelni kell, a felszínes keratitisek ellen szokásos egyéb eljárások jönnek csak tekintetbe. Fontos a pannus kifehélyesedésének okát megkeresni. Legtöbbször trichiasis okozza, mely ellen azonnal el kell járni. Kevés befordult pillaszőr esetén elektrolysises epilatio az egyetlen helyes eljárás, nagyobb fokú trichiasis VI. alatti műtéti eljárásokat kíván.

Az VI. Ez az egyetlen fejezet, melyben fontos haladásról lehet beszámolni. A heges szemhéjbefordulás ellen *Blas-*

\*) A kötőhártyaexcisiónak a fentiekben ajánlott új típusával, ennek technikájával és eredményeivel az előadó később külön közlésben fog részletesebben foglalkozni.

*kovics* tarsusmegfordítását (tarsoplastika) kell végezni, mely által elesik úgy a tarsektomia, mint a Flarer-féle pillaszőr-sorkiirtás indicatiója. Az utóbbi durván csonkító műtetet a felső szemhéjon immár műhibának kell minősíteni. A szemzúgok mellett egymagában jelenlevő entropium ellen *Spencer-Watson* margino-plastikája is jó.

Ad VII. A gyógyulást hátráltató szövödmények, illetve disponáló momentumok gyógyítására a szokottnál sokkal nagyobb gond fordítandó. Különösen fontos a lymphatismus általános és orr-garatbeli jelenségeinek leküzdése gyógy-szeres, diatás és operatív úton.

Conclusiók: Mindenkor az illető eset természete által megkívánt valamennyi gyógyító principium alkalmazandó. Ezeknek czélszerű kombinálásával mindig aránylag egyszerű modus procedendit lehet találni. A hol nincs szemész, a gyakorlóorvos közreműködése nélkülözhetetlen, mert a betegség lefolyása többször oly hosszadalmas, hogy a vidékről jött beteg rendszerint nem várhatja meg a kórházi szemosztályon vagy a szemész keze alatt a teljes gyógyulást. A gyakorlóorvost azonban pontos tanácssal kell ellátni az egyszerű gyógyítójeljárások folytatására, vagy a beteg saját maga által folytatott kezelésének ellenőrzésére.

(Egész terjedelmében megjelent a Budapesti Orvosi Ujság 1920. évi 22.—23. számában.)

**Hozzászólások:** *Blaskovics László:* Az excisio forn. sup. indicatiót nagyon megszorította. Ott ajánlja csak, a hol az elváltozások elhatároltak, illetőleg minden kóros rész jól kimetszhető. Ha ez nem lehetséges, többszörös Imre-féle kaparást végez, esetleg kauterezéssel kombinálva. A mélyen ülő, vagy tokkal bíró csomókat galvanokauterrel távolítja el. Az alsó áthajlási redő kimetszése az entropium szempontjából nem veszedelmes. De ritkán végzi.

*Szokolik Ede:* 1%-os lapis-becseppentéseket használ leöblítés nélkül.

*Liebermann Leó:* Nem közvetlen hatásában veszedelmesnek, de céltalannak tartja az alsó áthajlási excisiot, mert ez a része a conjunctivának conservativ kezelésre is gyógyul, míg a tarsalis conjunctiva mégis beteg marad s ennek további zsugorodása hozhatja magával az entropium veszedelmét, ha az áthajlási conjunctiva-felesleget kivágjuk.

### III. Előadások.

#### 1. Brana János: A trachoma gyógykezelése.

Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

#### 2. Waldmann Iván: A szem tolerantiája idegentestekkel szemben.

Az előadó ismerteti azon tényezőket, melyektől a szem további sorsa függ a beléje jutott idegentestek következtében. Majd az egyes szóba jövő idegentesteknek a szem belsejében kifejtett hatásáról, valamint a szem egyes szöveteinek különböző tolerantiájáról beszél. Végül oly esetekről számol be, hol a szem annak különböző szöveteibe jutott különböző idegentestekkel szemben hosszabb időn át tolerantiát mutatott. Ez esetek mind az egyetemi I. számú szemklinika beteganyagából, az 1914-től 1920-ig jelentkezett sérülésekből származnak. Ez idő alatt 456 beteg jelentkezett intraocularis idegentesttel, melyek közül 77 esetben a szem feltűnő tolerantiát tanúsított. Ezek közül az idegentest

a szaruhártya mélyében volt	5 esetben
az inhártyában	2 „
az elülső csaknokban	7 „
az irisben	4 „
a lencsében	6 „
az üvegtestben	39 „
az ideghártyában	14 „

A leghosszabb észlelési idő 12 év volt, a többi néhány hónap és több év között váltakozik.

Az egyes idegentestek közül

acél volt	7 esetben	sörét	1 esetben
vas	16 „	dynamit	2 „
réz	8 „	bádóg	1 „
gránátzilánk	22 „	bombazilánk	1 „
srapnelszilánk	6 „	kő	2 „
robbanó anyag	6 „	üveg	1 „
		pikaszőr	4 „

Észlelései alapján arra a conclusióra jut, hogy a szem a belsejébe jutott különböző idegentestekkel szemben néha szokatlanul nagy toleranciával viselkedhetik; e tolerancia függ természetesen az idegentest minőségétől s elhelyezkedésétől, de olykor a szem érzékenyebb részei is egyébként erős chemiai hatással bíró idegentesteket hosszabb időn keresztül minden gyulladásos reactio nélkül megtűrnek. Ebből természetesen nem következik az, hogy a könnyen eltávolítható, tehát elsősorban mágneses idegentestet ne extraháljuk; de semmiestre sem indokolt a nem mágneses idegentestnek a szem mélyebb részeiből egyébként békés szemből való eltávolítási kísérlete, mert ez sok és súlyos veszélyt rejt magában.

Végül a sérüléssel hálógyogok spontan felszívódása — idegentestnek a szemben való jelenléte mellett — annak műtéti eltávolításakor tekintetbe veendő.

**Hozzászólások:** *Blaskovics László:* Esetet említ, melyben löször fűrődött a szembe, mely ostorvégből csapódott bele. A corneán s az iris gyökén át az üvegtestbe hatolt; a cornealis vége letörött, úgy hogy csak a csarnoknak karéjos sebbel való megnyitása révén volt kihúzható. Három hétig volt a szemben, izgalom nélkül.

*Ditrői Gábor:* Egy esetében két pillaszőr 12 évig volt az elülső csarnokban; úgy jutottak bele, hogy elpattanó húr csapta meg a szemet. A kezdetben támadt heves gyulladás hamar megbékült. Az idegentestek nem okozván izgalmat, nem operálták az illetőt.

*Csapody István:* Levegőhólyagokat látott az üvegtestben, frissen belejutott aczélszilánk mellett. Össze lehetett volna téveszteni luxált lencsével. Az aczélszilánkot mágnessel eltávolították, a levegő néhány órával később felszívódott.

### 3. Albrich Konrád: Az iontophoresis eredményeiről.

Daczára annak, hogy az iontophoresis már 12 év óta a szemészetben a nélkülözhetetlen eljárások közé tartozik, azt a feltűnő tényt konstatálhatjuk, hogy aránylag igen kevés helyen alkalmazzák. A legtöbb német klinika például se mellette, se ellene nem foglalt állást. A legújabb német tankönyvek, (*Axenfeld, Römer*) nem is említik. Az előadó nem akar új dolgokról beszámolni, hanem csak a saját tapasztalatai alapján az eddigi, az irodalomban lefektetett eredményeket akarja megerősíteni és kimutatni, hogy az eljárás a legnagyobb figyelmet érdemli.

Az irodalmi adatok és a saját tapasztalatai alapján a következőt lehet megállapítani:

1. Fertőzéses corneabántalmak körülbelül 99%-ban gyógyulnak és pedig 97% az első héten belül. A visszamaradó heg nem nagyobb, mint az eredeti anyagihiány, feltűnően vékony és a további kezelés alatt — chlor- jod- ion — még lényegesen javul. 588 eset.

2. A trophoneurosis corneabántalmak (recidiváló erosio, herpes corneae stb.) egynéhány nap alatt biztosan gyógyulnak. 154 eset.

3. Kevésbé feltűnő, de éppen resistens esetekben előnyös a hatás keratitis parenchymatosa eseteiben.

4. A corneahomályokra vonatkozólag a vélemények különbözők. Néhány szerző igen jó eredményről számol be, mások minden befolyásolhatóságot tagadnak. Ezen ellentmondás valószínűleg arra vezethető vissza, hogy a kezelés sok esetben nem tartott eléggé sokáig. *Snyder* eredményeit semmi más eljárással nem lehetett volna elérni. Igaz, hogy például egy esetben, a melyben a V.  $\frac{6}{60}$ -ról  $\frac{6}{9}$ -re javult, 76-szori kezelésre volt szükség.

5. Scrophulosus fekélyek és mély beszűrődések, még ha hetekig daczoltak is más kezelési eljárásokkal, rövid időn belül tisztulnak. Keratitis fascicularis egyszeri-háromszori kezelés után minden esetben gyógyul. Éppígy viselkedik a lymphás eredetű blepharospasmus és kötőhártyatütség.

6. Scleritis és episcleritis semmi más eljárással megközelíthetőleg sem befolyásolható olyan előnyösen, mint az iontophoresissal. Erre különösen *Imre* mutatott rá.

7. Trachoma eseteiben legalább is igen becses segítő-eljárást képvisel.

8. Parinaud-féle kötőhártyagyulladás két esete kétszeri kezelés után hegképződés nélkül 14 nap alatt gyógyult.

**Hozzászólások:** *Erdős Ödön:* Az I. szemklinikán az iontophoresistól csak episcleritis eseteiben láttak jó eredményt. Keratitis e lagophthalmo egy esete 5—6 iontophoresis után gyógyult  $\frac{5}{20}$  visussal.

*Imre József:* Eddig nem gondolta, de most megengedi, hogy minden ulcus serpens gyógyul ez eljárásra. A hiba azt volt, ha nem sikerült, hogy a beszűrődött zúgokat nem Lubowski-tüvel kezelték. Az is hiba volt talán, hogy *Wirtz* rövid időt ajánlott. A Zn-ion perczenként 0.1 mm.-t halad, úgy hogy a 2 percz igen rövid idő. Minél higabb az oldat, annál jobb lehet az ionhatás ( $\frac{1}{2}$ — $1^{\circ}$ ). Ulcus serpensnél elég gyakori a sec. glaukoma, azért atropint óvatosan alkalmazzunk. A hypopyon viselkedése nem mutatja a bacteriumok virulentiájának. A kiszabaduló endotoxinok idézik elő a hypopyon növekedését. 1 mm. távolságból vörösen izzó kauterrel is próbálkozott, néha jó eredménnyel, néha eredménytelenül. Papillaris súlyos trachoma eseteiben a mechanikai kezeléssel együtt igen jó az iontophoresis. Keratitis fasciculosa, renyhe pannus, scleritis eseteiben is minden egyéb kezelésmódnál jobb.

### 4. Blaskovics László: A kötőhártya beszegéséről és a kúszóhártya operálásáról beszélő varrattal.

Mai számunkban egész terjedelmében van közölve.

**Hozzászólások:** *Grósz Emil:* A pterygium fejének *Arlt* szerint lándzsával való leválasztását ő is elhagyta, mert részek szoktak visszamaradni. A pterygium leválasztása után fedetlenül maradó scleraterület jobb fedésére két segédmeiszést végez a limbus mentén s a kötőhártyát *Pagenstecher-Schulek* szerint húzza össze.

*Blaskovics László:* A Pagenstecher-Schulek-módszer jó, de ennél is alkalmazná a beszegést.

*Liebermann Leó:* A pterygium leválasztására nem lándzsát, hanem kétélű kést használ, mely egyenes lándzsaszerű hegyben végződik.

*Imre József:* Bőrlebenyek lefejtésére két késmintát ajánlott: kétélű hegyes szikét és ívben áthajló élű dupla kést. Az első pterygium operálására is alkalmas.

### 5. Blaskovics László: Szarufestés korommal.

Mai számunkban egész terjedelmében van közölve.

**Hozzászólások:** *Grósz Emil:* A tus dörzsölése sublimattal történt, a mi szintén nem közömbös; ezért is jobb a *Blaskovics* ajánlotta korom. A tetoválást egyébként csak cicatrix simplexre, vagy vastag leukomára tartja megengedhetőnek, különben a felszántás kaput nyithat a fertőzésnek a szem belsejébe. Festés után többször látott gyuladást.

*Blaskovics László:* A festést ő is csak tömött forradásnál alkalmazza. De talán megeshetik, hogy ez maga felpuhítja a forradást s ezért okozhat fertőzést. Egyébként ilyen tetoválásra úgysis többnyire rossz látású szemek szoktak kerülni.

### 6. Horváth Béla: Szembeli idegentestek okozta lencsetekhomály.

Gyermekek mutat be, kinek szemében több rézszilánk van 1919 szeptember 16.-a óta. Az idegentestek az üvegtestben vannak felfüggesztve. A szem teljesen reactionmentes volt november 10.-éig, azután megfigyelés alól kikerült, s újra csak ez év május havába látta. A szem ezidőszereint külsőleg teljesen ép, a lencsetek alatt azonban éppen a pupilla rendes nagyságának megfelelően szürkés-kékes homály látható, mely felett a lencsetek finoman szurkált (chagrinozott), s mely oldalt beeső világitás mellett szivárványszínűnek látszik. A homályt a lencse peripheriájával küllőszerű, kevésbé feltűnő homályos kötegek kötik össze. A hátulsi tok is homályosnak látszik. A homályok teljesen átvilágíthatók, úgy hogy a szemfenék elég élesen látható, s a beteg visusa ezen szemén:  $\frac{5}{10}$ . Az üvegtest finoman rostozott, s a szem mozgásakor a rostozat és a rostok között levő barnás nagyobb és porszerű, apró, fehéresen csillogó szemcsézettesség hullámzó mozgásokat végez. A bemutató azt hiszi, hogy a lencsehomály keletkezésében, mely az eddig észlelt esetekben rendszerint csak a pupilla területére szorítkozott, a fényhatásnak lehet valami szerepe, aminek bizonyítására azonban további megfigyelésre van szükség.

\* \* \*

A tudományos ülés végén *Grósz Emil* emelkedett szó-lásra s a következőket mondotta:

A kik az egyesület bölcsőjénél állottak, láthatják a tudományos munkásság nagyarányú haladását. A jelen gyűlés oly magas színvonalú volt, mint a külföldiek. Még örvedetesebb, hogy részben fiatalok produktáltak e niveau.

Néhány éve *Imre* indítványozta, hogy többször tartsunk ülést. Ezzel az igazgató-választmány foglalkozik. Régen külföldre igyekeztünk jutni s így tanulni. Most ez nehéz, azért egymás klinikáját, osztályát látogassuk, hogy ezzel ösztönzést kapjunk a munkára.

*Hoor Károly* az egyesület nevében köszönetet mond az eddigi ügyvezető elnöknek, *Grósz Emil*-nek, a ki 15 éven át annyi fáradsággal és az imént is megnyilvánult nagy eredménnyel vezette az egyesületet.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Lapszemle.

## Szemészet.

**Adatok a glaukoma tanárhoz.** Az elsődleges glaukománál általában észlelhető sekélyesedését a csarnokzúgnak némelyek akként magyarázzák, hogy a sugártest véreire lényegesebben megtelnek és kitágulnak, miáltal az egész sugártest megduzzad és az elülső csarnok felé domborodik. Mások a lencse egyenlítője és a sugárnyúlványok közötti terület megszűkülését tartják a glaukomát kiváltó elsődleges körülménynek. Hess formalinban rögzített és aequatorialisan kettévágott szemeket erős megvilágítás mellett loupe-nagyítással vizsgált; utóbb szövettani készítményeket is csinált. Ezeket sem a sugártest duzzadását, sem pedig a lencse körül való tér megszűkülését nem látta. Rendkívül sok szemet vizsgált meg az előbb említett módon, de kétségbevonja, hogy a sugártest bővérőségét és duzzadását enukleált szemeken egyáltalában meg lehessen állapítani. Még ha feltesszük is azt, hogy élőben a sugártest vérbő és duzzadt, ezt az enucleatio után, minthogy a szemből a vér nagyrésze elfolyt, már nem láthatjuk. Hess szerint a sugártest duzzadása és a lencse körül való tér szűk volta a glaukoma aetiológiájában nagyon kérdéses szerepet játszik. (Archiv für Augenheilkunde, 1919, LXXXIV. kötet, 3—4. füzet.) R. Gy.

**A szemgolyó eltávolítása után jelentkező kötőhártyagyulladás orvoslása.** A szemgolyó eltávolítása után visszamaradt conjunctivalis hurut gyógyítására a noviformos száraz kezelést ajánlja Neubner. A szokásos lapisoldat, az enyhébb összehúzó szerek, a gyakori fertőtlenítő kiöblítések ismételt cserben hagynak és a hurut a vendégszem viselésekor állandó; sokszor a leggondosabb vizsgálat sem deríti ki a hurut okát, mert a conjunctivalis tömlő elég tágas, heges kötegek nincsenek benne, a műszem síma, lekerekített szélű, tisztogatása rendszeresen történik és a kötőhártya mégsem tűri. Az eredményes orvoslás ilyenkor az, hogy naponta egyszer a kötőhártya-tömlő kitorulása után bőven noviformport szórunk belé és ezt a hurut megszűnéséig, illetve néhány nappal tovább folytatjuk. A váladékképződés már 2—3 nap alatt annyira csökken, hogy a beteg a műszemét is hordhatja néhány órára. Hogy nem hiányzó bulbusnál a bő váladékú conjunctivitisek egyes eseteiben ez a száraz kezelés nem ad ilyen jó eredményt, annak a száruhátya izgalma miatt beálló fokozott könny-elválasztás az oka, mely a száraz kezelést lehetetlenné teszi. Másféle szárító porokkal a szerző nem is kísérletezett, mert a noviformmal elért eredmények teljesen kielégítették. (Zentralbl. für praktische Augenheilk., 1919, március—áprilisi füzet.) Sz. L.

**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, diagnosztikus és physiotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratóriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatórium Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

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

**MEDIKO-MECHANIKA**, orthopédia és vizsgyógyintézet a Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN. Budapest, VIII., Vas-utca 17.

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

## Dr. SZEGŐ-féle orvosi dajkavizsgáló intézet.

Vezető orvos: Dr. Weisz Manó. Telefon: 93—22. Budapest, VII., Sziv-u 69, I. em.

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

Dr. Mella 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,

## PÁLYÁZATOK.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár az Ujpesten (Károlyi-utca, Attila-utca, Baross-utca és Főthi-út közötti terület, továbbá a Baross-utca páratlan számú oldala; a megyeri uradalmi házak) és Sós-kúton üresedésben levő **kezelőorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A pályázati határidő **1920 július 24.-én** jár le. A pályázati kérvények a fenti pénztár főorvosi hivatalában (VIII., Köztemető-út 19/b, I. em., 41) nyújtandók be. Ugyanitt részletes felvilágosítást adnak az állásokra vonatkozólag hétköznapokon d. e. 9—11 óráig.

Budapest, 1920 július 7.-én.  
3007/1920 fh. Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár vezetésével megbízott ministeri tanácsos.

Szatmár vármegye csengeri járásában üresedésben levő csengeri **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, 1200 kor. háborús segély, 4800 kor. drágasági segély, 600 kor. lakpénz, 800 kor. fuvarátalány. Pályázatok 1920. évi augusztus hó 15.-éig adandók be.

A választás kifizése iránt a pályázati határidő lejártával fogok intézkedni.

Csenger, 1920 június 21.  
685. szám. A főszolgabíró.

A lemondás folytán megüresedett mezőkovácsházi **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az egészségügyi körhöz tartoznak Mezőkovácsháza mint székhely, Reformátuskovács-háza, Végegyháza.

Javadalmazás: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított 1600 kor. kezdőfizetés, a mely ötvenként a nyugdíjba beszámító 200 korona korpótlékkal emelkedik, a korpótlék azonban 800 koronánál több nem lehet, továbbá a törvényszerű háborús és drágasági segély. Természetbeni lakás. Reformátuskovács-háza és Végegyháza községek részéről a rendes heti látogatási napok alkalmával természetben kiszolgáltatandó fuvar.

Látogatási és rendelési díjak:  
Az orvos lakásán, valamint a rendes heti orvoslátogatási napokon a külközségekben (rendelő helységben) nappal 5 kor., éjjel 10 kor.

A beteg lakásán nappal 8 kor., éjjel 15 kor.; ez érvényes a külközségekben is a látogatási napokon. A községek külterületén, illetve a tanyákon a fenti látogatási díjakon kívül oda és vissza kilométerenként 1—1 kor. távolsági díj és természetbeni fuvar illeti meg az orvost. Nem látogatási napokon Reformátuskovács-házán 12 korona, Végegyháza 15 korona látogatási díj és természetbeni fuvarilletmény illeti meg az orvost.

Sebészeti, szülészeti, szemészeti és fogorvosi, nemkülönben minden más műtétért a vármegyei szabályrendeletben megállapított díjak ötszöröse illeti meg az orvost.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy pályázati kérvényeiket, oklevéllel és kórházi gyakorlatot igazoló bizonyítvánnyal s netalán egyéb okmányokkal felszerelve hozzám folyó évi augusztus hó 15.-éig annál is inkább nyújtsák be, mivel helytelenül felszerelt, vagy elkésve érkezett pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

A választás határnapját később állapítom meg.  
Mezőkovácsháza, 1920 június hó 21.-én.

Főszolgabíró szabadságon:  
1539/1920. kig. szám. Balka, tb. főszolgabíró.

Az elhalálozás folytán megüresedett **kötcsei körorvosi állásra** pályázatot hirdet. Felhívom mindazon orvostudor urakat, akik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat, politikai magatartásukat igazoló okmányaikkal, továbbá születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket 1920. évi augusztus hó 1.-éig bezárólag alulírottához annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket figyelembe nem veendem.

A választás napját illetőleg később fogok intézkedni.  
A körorvos javadalmazása:  
1. Az állampénztár által fizetendő 1600 K. törzsfizetés és 4, egyenként 200—200 K-s ötödéves korpótlék.  
2. Lakbér 600 K.  
3. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében Somogyvármegye

942—22053 1912. k.-gy. számú szabályrendeletével megállapított fuvarátalány, látogatási, rendelési és műteti díjak, amelyek újabban a drágasági viszonyoknak megfelelőleg felemeltettek.

Megjegyeztetik még, hogy a közel 1000 fűrdővendég látogatta Szárszó balatonparti községben a fűrdőorvosi teendőknek július és augusztus hónapokban való ellátása a felsőbb hatóságoknak az előbb kikérendő engedélye és feltételei alapján a fűrdőegyesülettel megegyezéstől is függ.

T a b, 1920. évi június hó 29.-én.  
3696/1920. szám. Báro Weipenbach Iván, főszolgabíró.



# 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.

**Rihmer Béla:** A húgykőműtétek és javalataik. 305. lap.  
**Schuster Gyula:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Adatok a hűdéses elmezavar kóroktanához. 308. lap.  
**Focher László:** Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal Révész-utcai Gyógyintézeté idegostályáról. (Főorvos: Focher László dr.) Adatok a Wilson-betegség (progressiv lenticularis degeneratio) pszichológiájához. 309. lap.

**Bókay János:** Schiller betegsége 311. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Sebészet. Holfelder:* A tabeses gyomorkrizisek sebészeti kezeléséről. — *Gyermekorvostan. Ch. Schöne:* Van-e joga az orvosnak súlyos diphtheria-esetekben a gyógsavó-kezelést elmulasztani? — *Emma Schindler:* A csecsemők szivárványhártyája színéről. — *Törvényszéki orvostan. Loewe:* Methylenkék kimutatása hullarészekben. — *Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.* 312–313. lap.  
**Vegyes hírek.** 313. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## A húgykőműtétek és javalataik.

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

A Magyar Sebésztársaság 1912. évi nagygyűlésén napirendre tűzte a húgykövek sebészetét. A kérdéshez akkor 31 operált eset kapcsán szoltam hozzá; azóta eseteim 157-re szaporodtak és ez az anyag, melynek alapján a kőműtéteket és indicatióikat tárgyalni fogom. Előrebocsátom az alsó húgyutak kőműtéteit.

## I. A hólyag-, húgycső- és prostatakő műtétei.

1. A hólyagkő-műtétek kifejlődésének megvilágításához szükséges egy pár régi adatra visszanyúlnom.

A durva empiria kora után a Cheselden-féle oldalgátmetszést végezték; kisebb kövek esetében és ritkábban a median gátmetszést. A XIX. század elején a műtét mortalitása fiatalokon 20%, idősebbeken 30% fölé emelkedett, úgy hogy magasabb korban alig mertek operálni. Ez a mortalitas indította meg a kísérleteket a közúzásra. A mint *Civiale* trilabeját a mai alakú zúzós váltotta fel, a műtét elterjedt és bár kiterjesztették a magaskorúakra is, a mortalitas leszállott. Így például nálunk is *Balassa*-nál 17.5%-ra. A következő korban *Kovács* gyermekeken gátmetszést és felnőtteken leginkább zúzást végzett; úgy hogy 20 éven felüli korú egyéneken 203 zúzással szemben mindössze 9 gátmetszést és még 4 magasmetszést végzett. (*Prochnow* jubilaris statisztikája.) Kőműtéteinek összmortalitása 8%-ra szállt alá. Már az ő idejében tért hódított a magasmetszés, melyet *Peter Franco* először a XVI. században végzett, de a praeantiseptikus időben tért hódítani nem tudott. *Kovács* maga nem gyakorolta, tanítványa *Antal* ellenben felkarolta. Ez a műtét aztán, úgy mint külföldön, nálunk is kiszorította a gátmetszést, sőt hangok emelkedtek, hogy a nem modern és veszedelmes közúzást is ki fogja szorítani. Lássuk, hogy az 1912.-i nagygyűlésen a magyar sebészek milyen arányban és eredménnyel végezték a két műtétet:

**Makara:** 37 magasmetszés 0 halálozással  
30 zúzás 2 „

Összesen 67 műtét 2 halálozással

**Bakó:** 12 magasmetszés 1 halálozással  
65 zúzás 5 „

Összesen 77 műtét 6 halálozással

**Dollinger:** 34 magasmetszés ? halálozással  
73 zúzás ? „

Összesen 107 műtét 6 halálozással

<sup>1</sup> A közkórházi orvostársulatban tartott előadás.

**Haberern:** 29 magasmetszés 1 halálozással  
11 zúzás 1 „

Összesen 40 műtét 2 halálozással

**Herczel:** 39 magasmetszés 1 halálozással  
10 zúzás 0 „

Összesen 49 műtét 1 halálozással

**Hüllt:** 10 magasmetszés 3 halálozással  
7 zúzás 1 „

Összesen 17 műtét 4 halálozással

**Illyés:** 13 magasmetszés 2 halálozással  
90 zúzás 1 „

Összesen 103 műtét 3 halálozással

**Remete:** 26 magasmetszés 2 halálozással  
90 zúzás 2 „

Összesen 116 műtét 4 halálozással

**Réczey:** 69 magasmetszés 13 halálozással  
5 zúzás 0 „

Összesen 74 műtét 13 halálozással

Ezen statisztikák nehezen hasonlíthatók össze; részben túlkicsinyek, hiányosak és különböző korból valók. Mégis úgy látszik, hogy azok, a kik a zúzással szemben aránytalanul többet metszettek, több beteget is vesztek. Így egykorúak közt *Bakó*-val szemben *Réczey*. Viszont megállapítható volt, hogy még azok is, a kik túlnyomóan zúztak, aránytalanul többet utaltak a magasmetszés körébe, mint *Kovács*. Már akkor hangsúlyoztam volt, hogy a zúzós mai jobb statisztikája annak köszönheti létrejöttét, hogy a zúzós szempontjából veszélyes eseteket metszettek. Ez emeli a magasmetszés mortalitását és csökkenti a zúzósét; hamis világításba állítja a két műtétet egymás ellen, holott a kettő kiegészíti egymást. Így például *Guyon* 2.7% zúzási veszteségével szemben 24.4% a magasmetszéseié; *Frisch*-nél 2.6%-al szemben 12.7%; *Zuckerlandl*-nál 3.8%-al szemben 13.5%. *Legueu* 157 közúzása 1.5%, 23 magasmetszése 13% mortalitással járt: 180 műtete összesen 3.8% mortalitással. A párisi urológiai klinika 20 évi statisztikája szerint 913 zúzós mortalitása 2.7%, 78 metszésé 10.2%; az összmortalitás a két műtét után 4%.

Ha azt akarjuk tudni, hogy a hólyagköveket milyen eredménnyel operáljuk, mindkét műtét eseteit összevonva kell a mortalitást kiszámítani és ez adja meg a hólyagkő műtét gyógyításának mai eredményét. Az eredmény elbírálásakor fektintettel kell lenni az anyagra is, mert ha például *Assendelft* tisztán magasmetszéssel operált 460 esete csak 3.02% mortalitással járt, tudnunk kell, hogy főleg ifjúkorúakat operált.

Ezek előrebocsátásával térek át saját eseteimre.

Hólyagkő miatt végeztem felnőtton 32 magasmetszést,

50 zúzást. Ezenkívül végeztem még gyermekeken egy gátmeteszést (gyógyult); 2 cystostomizált betegből a sipoly véres tágtásával extraháltam a köveket (gyógyultak, egy pyelitisben később meghalt). Csillapíthatatlan fájdalmi miatt operáltam egy 73 éves férfit 2 diónyi diverticulumkő miatt. A diverticulum gomblyuknyi nyílással közlekedett a hólyaggal (meghalt a 11. napon pneumoniában). Végül a kőmetszésen kívül végeztem 3 betegen prostatectomiát is. Az utóbbi eseteket egyelőre elhagyva, a fenti statisztikához való csatlakozása miatt csak a 32 magasmetszéssel és 50 zúzással foglalkozom.

A 32 magasmetszésből 3 nő volt. Az operáltak koráról pontos feljegyzés 23 esetről van:

18 éves	---	1	60—65 éves	---	7
25—30	"	2	65—70	"	2
40—45	"	2	70—75	"	4
50—55	"	1	75—80	"	1
55—60	"	3			

A betegek többsége 60 évnél idősb, magas, sőt hajlott korú volt. A legkisebb eltávolított kő súlya 3·6 gr. (súlyos pyelitis); a legnagyobb 152 gr. A kövek száma 1—23 közt váltakozott. Teljesen síma eset volt 6; metszés után recidivált 2; zúzás után súlyosabb cystitis 5; súlyosabb cysto-pyelitis 4; nagyfokú prostatatútnegés tasakképződéssel 13 esetben volt jelen, nephritissel komplikálva volt 2 eset. A magasmetszésből a műtét következtében meghalt 4, és pedig:

1. 72 éves, bűzös cystitis, lúdtójasnyi insaccált kövel a nagy prostata mögötti tasakban. A hólyagot a hasfalhoz kiszegtük. Elpusztult 3 héttel a műtét után tüdőemboliában, a midőn a feltisztult hólyagsebet varrandó, a műtöbe hozattuk.

2. 79 éves, kétszer másutt végzett zúzás után recidivált cystitises, 70 gr. kapacitással; a nagy prostata mögötti tasakban egy diónyi és két mogyorónyi kő. A hólyagot Pezzer felett varrtuk. A műtét utáni 3. napon bevérzett; a hólyagot ki kellett üríteni (jó maréknyi coagululum). A kitakarítás után a vérzés nem ismétlődött. A 11. napon a folyton gyengülő beteg elaludt.

3. 69 éves, acut retentióval, nagy prostatával és a mögötti lévő tasakban 9 mogyorónyi kövel. Pezzer felett varrtuk. Bevérzett a hólyagba a második napon; kitakarítás után két nap mulva újból, ekkor a gyógyult hólyag-varratrészt szétvettük és tamponáltunk; még aznap pneumonia jelentkezett, mely két nap mulva elragadta.

4. 73 éves prostatás, a tasakba beékelt 5 kövel, lázas, pyelitises, régen kezelés alatt. Vizelet lúgos kémhatású. A hólyagot kiszegtük, a köveket kanállal távolítottuk el, a prostatából élénken vérezvén, a tasakot tamponáltuk. A negyedik nap bűzös hasmenés jelentkezett, a mely elragadta.  *Sectio: Cystitis diphtheritica, pyelitis, atrophia renis.*

Ezekon kívül elvesztettem még egy 56 éves, súlyos lázas pyelitises beteget nem a műtét következtében, hanem pyelitisben a műtét után egy hónap mulva.

Közúzást végeztem 50-et (köztük 3 nő volt); ezek mind meggyógyultak! A betegek kora:

25—30 év között	---	2	55—60 év között	---	9
35—40	"	3	60—65	"	12
45—50	"	4	65—70	"	5
50—55	"	3	70—80	"	4

A betegek tehát túlnyomóan 60 évnél idősebbek voltak. Összevonva a magasmetszés és zúzás eseteit: 82 műtetre esik 4 műtét halálozás, azaz 4·8%; a távoli mortalitással együtt 6·1%.

*Műtét technika.* A magasmetszést mindig helybeli érzés-telenítésben végzem légfelfúvás mellett, a melynek hátrányát sohasem láttam. Igaz, hogy azzal az elővigyázatossággal jártam el, hogy 100 gr.-nál több levegőt nem engedtem a hólyagba jutni, ezt is csak akkor, a midőn a hasfalakat már átmetszettük volt és a praevésicalis zsírt visszatoltuk. Ekkor a felemelkedő hólyagot az áthajlási redő előtt két Kocherrel megfogjuk, a kettő között azonnal beszúrunk és lefelé tágtjuk a sebet. Ez az eljárás, ha előzőleg a hólyagot szárazra lecsapoltuk, a perivesicalis tért a fertőzéstől megóvjá. Ettől

az eljárástól csak akkor térünk el, ha a hólyag vérzett, vagy ha nagyon kicsiny volt. Ilyenkor itinerariumot használtunk. A hólyag megnyitása után két sebszélét fonállal felöltjük, ezzel a segéd a hólyagot felhúzza és széjjeltartja. Ezután következik a kő kihúzása kőfogóval. Ha puha, vigyázni kell, hogy szét ne málljon, mert bacteriumtartalmu törmeléke a perivesicalis tért, a melyből ki nem takarítható, fertőzi. Sok apró kő esetében a kőkanalat használjuk. Az eltávolítás után revideálni kell a hólyagot, mert különösen nagy és mély tasak esetében a prostata két oldalán könnyen meghúzódhat kisebb kő. A legjobb revisio az ujjal való tapintás. Utána keztyűt cserélünk és a varrat következik. Ha az eset teljesen aseptikus, kétsoros catgutvarrattal zárjuk a hólyagot és a symphysis mögé helyezett drainig a hasfalat. Állandó katetert nem teszünk be, szükség esetén csapolunk. Ha a hólyag fertőzött, 20 Ch. számú Pezzer-katheter felett varrjuk. A Pezzernek nem szabad a symphysisre támaszkodva a czombok közé lehajlani. A hasfalon ferdén kissé felfelé tartva, előtte és mögötte is zárjuk a hasfalat és oldalt hajtva, meghosszabbítjuk, úgy, hogy a todalékcső az ágy alatt lévő kacsába lógjon. A Pezzer 12 napig hagyjuk benn. Elvétele után egy-két napra állandó katetert helyezünk be, mire a nyílás gyorsan szűkül, rendszerint a negyedik héten gyógyul. Súlyosabb cystitis vagy cystopyelitis esetén a draint hosszabb ideig tartottuk benn. Lúgos cystitis eseteiben a fenti eljárástól eltérőleg, ha lehet, már előre kiszegtük a hólyagot, vagy rögtön a kő kivétele után. Az összes prima varratok gyógyultak, a Pezzer fölötti varratok közül kettő sipollyal gyógyult. A hosszabban nyitva tartott esetek közül egy nagyobb hasfali sérvet láttunk. A sipolyok közül az első esetben, mely egyike a legrégebben operált eseteimnek, az ötödik napon vevén ki a Pezzer, a hólyagvarrat szétment. A fistulát utólag zártam. Ugy ez az eset, mint egy másik, a melyben hasfali genyedés fejlődött, igen hájas hasfalú egyén volt; a második eset zárása nem sikerült. Feltűnő, és ezt szeretném kiemelni, hogy az inficiált hólyag Pezzer fölött varrva, milyen jól gyógyul. Itt említem meg, hogy két másutt operált recidiva esetében a magas metszés újbóli végzésekor is a középvonalban metszettünk be és minden heg kiirtása után az ép hólyagfalat Pezzer felett zártuk, ezek is jól gyógyultak. Ha a Pezzer kivétele után a 4. héten nem zárul a sipoly, akkor megkaparjuk. A jelzett két callosus sipolyon kívül még egy esetünk távozott, időnként gyöngyöző hajszálsipollyal, a melynek végleges záródása, nem lévén callosus, várható volt. Az itt leírt műtét technikai eljárásnak köszönhető, hogy a régebben oly félős perivesicalis phlegmonét végtelen genyedésével egy esetben sem láttuk. Ellenben, mint már fent jeleztem, 3 esetünkben utóvérzés állott be, mindenek szerint a prostatából. 79, 73, 69 éves, nagy prostatájú egyének voltak, egy cystitises, kettő súlyosan fertőzött. Nem észleltünk ellenben soha a hólyagfalból vagy a hólyag körüli vénákból utóvérzést, a mely csak akkor állhat be, ha metszésünkkel nagyon erősen a nyakhoz közeledtünk és a plexus vesico-prostaticust megsértettük.

Én azt hiszem, t. Uraim, hogy a kőmetszés technikájában a haladást abban kell látni, hogy mellőzzük a narcosist és a perivesicalis tért inficiált esetekben megóvjuk a műtétkor a fertőzéstől; fertőzött esetekben a hólyagvarrat szétválását és a perivesicalis tér későbbi fertőzését megakadályozzuk azzal, hogy ilyenkor Pezzer felett varrjuk a hólyagot. A Pezzer jobban zár, mint a Guyon-Perrier-féle catheter és kellő meghosszabbítás mellett a szívó drainage is jobb.

Igen nagy hátránya a műtétnek a sipoly-képződés lehetősége és a ki a szépen gyógyult esetek sorozata után csak egy ilyet lát, a beteget lehangoló kellemetlenségeivel, a nehéz másodlagos műtét zárással, az már félig híve lesz a zúzásnak, melyre áttérek.

A közúzás. Nem írom le eszközeit és menetét, utalok Guyon könyvére, melynek világos irálya és jó képei felülmúlhatatlanok, de nem hallgathatok el egy pár személyes tapasztalást. Kovács azt tartotta, hogy a zúzáshoz individua-

lis tehetség kell és az ember reájön arra, hogy az valójában így is van, nem minden tanítványa sajátította el. Ez a tehetség abban áll, hogy mint mondotta, tapintó érzékünket ki kell tudnunk helyezni eszközünk végére. Természetesen különösen áll ez a zúzás szempontjából nehezebb esetekre. A zúzásban nem eléggé járatos jobb, ha ezekhez nem nyul.

A nehezebb esetek technikájával kissé bővebben szeretnék foglalkozni. Hacsak a beteg nem nagyon érzékeny és kislelkű, nem altatok, de míg könnyebb esetekben azelőtt a hólyagot  $\beta$ -eucain-, majd 1%-os novocain-injectióval (előzetesen morphin subcutan) érzésteleníttem, ma úgyszólván kizárólag parasacralis vezetési érzéstelenítésben operálok és nem tudom eléggé dicsérni. Fontos azonban az, hogy az injectio megejtése után 30 percet várjunk. Ezután úgy az eszköz bevezetése, mint a zúzás és törmelék kitakarítása teljesen fájdalomtalan; a beteg rendszerint az altató helyén álló ú. n. „társalgóval“ beszélget. A zúzáshoz tér kell, ha ez az optiumból leszűkül, a zúzás nehezebbé válik és ha mégis belefogunk, gyorsan és jól kell zúzni. Ezek többnyire cystitises betegek; ilyenkor a hólyag tensióba hozatalra még mély narcosisban is összehúzódnással felel, az bukik bele, a ki erőszakolja, hogy a capacitást növelje, inkább kisebb capacitás mellett dolgozzunk, semhogy a hólyagot összehúzódnásokra ingereljük. A legnagyobb nehézséget a nagy prostata okozza, különösen, ha mögötte tasak képződött és a kő benne ül. Ha a kő vagy kövek ilyen tasakban fekszenek és ez elég tág, a kő kicsi, a zúzás a tasakban is végezhető. Jobb azonban a követ onnan kigördíteni úgy, hogy erősen Trendelenburgba hozzuk a beteget és a hólyag kupolájába gördülő követ ott zúzzuk el. Megezik, hogy a tasak hátulsó szélén a plica interureterica peremszerűen előugrik, a kő nem bukik át rajta.

Ekkor lefordított ormánnyal megfogjuk, a tasakból kiemeljük, hátra visszük és ott szétzúzzuk. Ilyen esetekben jobb, ha a törmelék tovább indirect fogással fogjuk meg és zúzzuk, mert az eszköz ide-oda mozgásával beseperhetjük a törmelék a tasakba. Ez abban áll, hogy a Trendelenburgba hozott beteg kupolájának neki támasztjuk az ormányt, kissé deprimáljuk vele a kupolát, ezután az eszközt kinyitjuk és a segéd két tenyerével váltogatva a beteg tomporára ütöget. A kövek az eszköz orránya hajlásába gurulnak bele és összezú-

zatnak. A zúzás után következik a kimosás és az aspirálás. A nagy hólyag kiürítéséhez ma is legjobban szeretem a Kovács-féle kimosást használni; a prostata mögötti tasak törmelék aspirálásához azonban a Kovács-énál erősebb görbületű eszközök szükségesek. A kitakarítás után 24 órára állandó kathetert helyezünk el, azután pár napig mossuk a hólyagot és akkor cystoskoppal revideáljuk. Bizonyos, hogy szabályul kell odaállítani, hogy a követ lehetőleg egy ülésben távolítsuk el; az is bizonyos azonban, hogy ezen szabályhoz való görcsös ragaszkodás megbosszulhatja magát, ha t. i. a felingerelt hólyaggal daczolunk. Régebben, a midőn hólyagbeli érzéstelenítéssel dolgoztam, inkább több ülésen zúztam a követ, mintsem, hogy a felingerelt hólyaggal daczolva, erőltessem az egy ülésen való összezúzást. A parasacralis anaesthesia bevezetése óta ez alig esett meg. A szűk és mély tasakképződés nagyon megnehezíti a beléjutott törmelék kitakarítását. Ha megfelelő orrmányú eszközökkel be is jutunk, alig tudunk mozogni és a falak közelsége miatt az aspirálás nehezen megy; különösen akkor, ha a prostata megvérvződött és a tasakban véralvadék összetapasztja a törmelékét; ilyenkor czélszerűbb a nagy hólyagot kiüríteni, 24 órára állandó kathetert tenni be és azután revideálni az aspiratorokkal újból a tasakot. Így a tasak okozta nehézségeket a legtöbbször legyőzhetjük, de nem mindig és ezek bizonyos esetekben okai a prostata-túltengések kőrecidívái egy részének. Műtét után prostatalobot, periprostatitis, sepsist sohasem észleltem. Egy-két heregyuladást, egy esetben 3 hónapig elhúzódó cystitist láttam. Ugyazintén nem láttam nagyobb fokú vérzést sem. Nem zúzzunk jobban, mint elődeink. A zúzás terén a haladás főképp a narcosis mellőzésében áll; gondolom ez és az a körülmény, melyet már fent említettem, hogy az igen nehéz eseteket a metszés körébe utaltuk, javította meg statisztikánkat.

Ha a fistulaképződést mint a magas-metszés hátrányát ott tárgyaltuk, itt térünk át a recidiva kérdésére, és pedig mind a két műtét szempontjából.

88 hólyagkőre 21 recidiva esik; helyesebben 88 hólyagkőves betegből 15 betegen 21 recidívát láttam vagy állapítottam meg. 11 recidívával jött, 2 ismételt recidívával, 10-et láttam a magam műtétei után.

(Folytatása következik.)

A recidívákat az alábbi táblázatban állítottam össze.

Név	Kor	Kő	Magas-metszés másutt	Saját magas-metszés	Zúzás másutt	Saját zúzás	Cystitis	Prostata	Recidiva ideje	Revisio	Recidiva minősége
P. K. ....	69	urat	—	—	—	1	—	nagy	6 év	cystoskop	nephrogen 2 kis kő
K. K. ....	70	ph.	—	—	—	1	súlyos	—	2½ év	aspiratorral	cystitises
H. K. ....	61	ur.	—	—	—	1	súlyos	nagy	1 év	elvonta magát	törmelékes
P. K. ....	58	több ur.	—	—	—	1	—	igen nagy	2 év	aspiratorral	törmelékes
P. ....	64	több ur.	—	—	1	1	—	igen nagy	4 év 1 év	közúzóval	törmelékes
T. J. ....	60	ur.	—	—	1	1	—	igen nagy	1 év	elvonta magát	törmelékes
R. S. ....	62	ur.	—	—	1	1	igen erős	igen nagy	4 év 3 év	cystoskop	cystitises
M. J. ....	79	—	—	—	kétizben	—	van	nagy	—	—	törmelékes
R. P. ....	66	több apró ur.	—	—	—	1	—	nagy	2 évre 16 drb apró	cystoskop	nephrogen
Sz. K. ....	76	—	—	—	1	—	van	nagy	—	—	szögletes, törmeléknek megfelelő kő
R. J. ....	55	2 nagy ph.	—	1	—	1	—	igen nagy	4 év 1 év	cystoskop	1 nephrogen 2 törmelék?
G. F. ....	57	—	kétszeri	—	—	—	súlyos	—	5 év 3 hó	—	cystitises
H. F. ....	61	ur.	1	—	—	—	van	—	5 év	—	nephrogen
L. J. ....	28	ph.	1	—	—	—	van	—	5 év	—	lövési seb, cystitis 2 drb szilánkkövel
K.-né ....	35	ph.	—	—	1	—	lúgos	—	7 év	—	cystitises

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

### Adatok a hűdéses elmezavar kóroktanához.

Irta: Schuster Gyula dr., I. tanársegéd.

A paralysis progressivára vonatkozó beható parasitológiai és kórszövettani vizsgálatokat már nem sokkal *Noguchi* közlése után megindítottam főnököm megbízásából a budapesti egyetem elme- és idegkórtani klinikáján, de a háború kitörése és hadbavonulásom megszakította őket, úgy hogy csak 1918 végével folytathattam újra. A klinika nagy beteganyagának feldolgozása közben, a feldolgozott anyag részletes közlése előtt, már most czélszerűnek tartok eme kis, előleges közlemény keretében, megfigyeléseim eredményéből levonható néhány következtetést leszögezni, nevezetesen a központi idegrendszerben és *gerincvelőben* a spirochaeták elhelyeződése tekintetében, továbbá parasitológiai és klinikai,



1. ábra.

valamint therapiás szempontból támpontokat szolgáltatni a további vizsgálatokhoz és kísérletekhez.

De egyúttal felhasználom az alkalmat arra is, hogy *sclerosis polyinsularis* egy esetében nyert érdekes leleteimről beszámoljak. A nagyobb cikkek közlésére kedvezőtlen jelenlegi viszonyok arra kényszerítettek, hogy leleteimet csakis keretekbe szorítsam; leleteimről és eredményeimről bővebben egyrészt az orvosegyesületben fogok beszámolni, másrészt egy terjedelmesebb közlemény keretében kívánok foglalkozni.

*Jahnel* előtt *Levaditi*, *Marie*, *Bunkowsky*, *Moore* stb., majd *Hauptmann* a spirochaeták nagy tömegekben való megjelenését mutatta ki oly betegek agyvelőkérgében, kik rohamokkal kapcsolatos, hűdéses elmezavarban szenvedtek; a rohamokat directe a spirochaeták hirtelen megsaporodására vezették vissza s a megsaporodott kórokozók mechanikai és toxikus hatásának tulajdonítottak. Vizsgálataim során kiderült, hogy az egyszerű lefolyású, roham nélkül lezajló hűdéses elmezavar keretében is a központi idegrendszer kérgében, főleg a kéreg alsóbb rétegeiben rengeteg sok kórokozót lehet találni, még pedig oly tömegben, hogy szinte a spirochaeták tiszta tenyészetének képét tárhatják a vizsgáló elé (1. ábra).

Hűdéses elmezavar több (nyolcz) esetében azt találtam, hogy a spirochaeták főtömegei a kéreg és velőállomány határán találhatók, még akkor is, ha a kórokozó nem gócszerűleg (*Jahnel*, *Hauptmann*), hanem diffuse lepi el az agyvelőkérget.

Vajjon a kórokozók, a spirochaeták eme agykéregrétegekben leülepednek-e, vagy itt megrekedve szaporodnak, a keringési viszonyoktól és mikrochemiai kedvező körülményektől függően oly kérdés, melyre nehéz jelenleg biztos feleletet adni; viszont legyen szabad néhány, véleményem szerint idevágó pathológiai megfigyelést említenem, a melyek számbavételével a központi idegrendszer kéreg- és velőállományának határát úgy pathológiai, mint klinikai szempontból jelentőséges helynek lehet minősíteni.

A sclerosis multiplex azon eseteiben, amelyekben a központi idegrendszer is megtámadott, a sclerosisos foltok rendszeren a kéreg- és velőállomány határán vannak legnagyobb mennyiségben elszórva.

*Siemerling* után az elme- és idegkórtani klinikán észlelt és feldolgozott egy acut és egy chronikus eset kapcsán ismét igazoltnak láttam, hogy a velőshüvelykiesések a kéreg alatt és a kéreg alsó határán fekszenek. A sclerosisishoz



2. ábra.

közeliállás és a gliomához hasonló, *Rossolimo*, *Angyán*, *Schilder* és mások által ismertetett diffus sclerosis és a sclerosis periaxialis diffusa nevű kórkép keretében észlelt nagyterjedelmű velőshüvely szétesési góczok is közvetlenül a kéreg alatt helyezkednek el, helyenként a kéregre is ráterjedve, míg hűdéses elmezavar egyes eseteiben a *Siemerling*, *Spielmeyer*, *Borda*, *Fischer* által ismertetett velőshüvelyi, foltos szétesések, mely elváltozások a sclerosis multiplexnél találhatóéhoz teljesen hasonlítanak, szintén a kéreg- és velőállomány határán fordulnak elő; mindezek az adatok azt a feltevést látszanak igazolni, hogy a központi idegrendszernek vannak egyes helyei, amelyek kórtani szempontból bizonyos mikrochemiai sajátosságokkal és ezért fontossággal bírnak s esetünkben a paralysis progressiva kóroktanára vonatkoztatva, parasitológiai szempontból a kéreg alsó rétegei látszanak a spirochaetákhoz mikrochemiai affinitással birni.

A spirochaeták éppen e helyen fordulnak elő a legnagyobb mennyiségben s az úgynevezett degenerációs formák inkább a kéregállomány felsőbb rétegeiben találhatók. Itt említem meg, hogy egy klinikailag is rendkívül sajátosságos lefolyású sclerosis multiplex esetében a kéregben diffuse elhelyezkedett, finom spirochaetákat sikerült kimutatnom (2. és 3. ábra), mely lelet amellet szól, hogy a sclerosis multiplex és paralysis között kóroktani szempontból sok rokonság van, hiszen az arany sol-reactio éppen csak a góczos gerinczagi keményedésben, a sclerosis multiplexben hasonló viselkedésű, mint a paralysisben vagy lues cerebrosपालisban, s valószínű, hogy

Kühn és Steiner spirochaetái a pallidához nagyon közelálló törzsek.

Vizsgálataimból még a következő megfigyelést kívánom felemlíteni. A spirochaeták kimutatása sohasem sikerült oly hűdéssel elmezavarban szenvedett betegek agyában, a kiken a halál után két órával a carotisokon keresztül az agyat 10%-os formalinnal fecskendeztem ki, azt gondolván, hogy ily módon a központi idegrendszer kérgében, főleg az erek körül nagy számmal és tömegekben élő spirochaetákat jól és gyorsan fixálhatom, de úgy látszik, a formalin-áram elsodorja a spirochaetákat, vagy a véletlen kapcsán a spirochaeták éppen ez esetekben nem voltak eleve a vizsgált szövetdarabokban. Ha felvesszük azt, hogy a spirochaetákat a formalin-áram elsodorja, akkor ez therapiás szempontból kedvező tény-körülmény volna, hiszen a Knauer-féle carotis-injectiók eredményeit megítélni még alig tudjuk.

Feltűnő azonban, hogy mindig sikerült még az elszört kórokozókat is kimutatni, ha a központi idegrendszert nem kifecskendezéssel keményítettem meg.



3. ábra.

Vizsgálataim eredményei röviden a következők:

1. A központi idegrendszerben nagy mennyiségű spirochaeta van az egyszerű lefolyású, rohammentes paralysisben is.

2. A spirochaeták főtömegei a kéreg legalsó rétegeiben vannak leülepedve, vagy ott szaporodnak el és onnan lepik el a kéreg egyéb területeit, míg a kéreg szöveti elváltozásai diffusak lehetnek; a velőshüvelyi elváltozások éppen a kéreg és velőshüvelyi pályák határán a legkifejezettebbek.

3. Egy sclerosis multiplex esetből kifolyólag, melyben a kéreg mélyebb rétegeiben finom spirochaetákat sikerült kimutatnom, a sclerose en plaques és paralysis velőshüvelyi elváltozásai között rokonságot vélek található a szöveti reactio tekintetében, a mennyiben mindkét esetben a spirochaetás megbetegedésre gócszerű velőshüvely-szétesés következik be, melynek praedilectiósi helye a kéreg és velőállomány határa.

Mindenesetre vizsgálataimat a jövőben ebben az irányban fokozott mértékben kiterjesztem, jelenleg is egy acut sclerosis multiplex esetben finom spirochaetákat találtam.

4. A formalin-kifecskendezés nem alkalmas a központi idegrendszerben levő spirochaeták kimutatására.

Nem mulasztatom el az alkalmat, hogy nagyrabecsült főnökömnek, Moravcsik E. Emil tanár úrnak sokszor élvezett utasításaiért és tanácsaiért e helyt mély és őszinte hálámat ne fejezzem ki.

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal Révész-utcai Gyógyintézete idegosztályáról. (Főorvos: Focher László dr.)

### Adatok a Wilson-betegség (progressiv lenticularis degeneratio) pszichológiájához.\*

Írta: Focher László dr.

A progressiv lenticularis degeneratióknak, ennek a Wilson, londoni neurologusról elnevezett, ismeretlen aetiológiájú, progressiv rendszer-megbetegedésnek egy esetét először Frerichs írta le 1854-ben a máj betegségeiről szóló munkájában. Az eset bonczolásleletét is közli: a májban interstitialis hypertrophián, az agyvelőben vérbőségen kívül semmi feltűnőt sem talált. Azóta körülbelül 40 esetet közöltek. A betegség anatómiai substratumát Ormerod ismerte fel először 1892-ben a lencsemagban, rendszeresen pedig Wilson foglalta össze 1912-ben. A betegségnek különös érdekességet ad, hogy tipikus esetei az associatív és kritikai képesség csökkenése által feltételezett gyermekességben, fokozott suggestibilitásban, gondtalanságban, eupóriában és primitív gondolkodásban nyilvánuló psychés elváltozást mutatnak anélkül, hogy ezek az elváltozások anatómiai substratumát, egyéb tapasztalatainknak megfelelően, a nagy agykéregben megtalálják.

Egyedül Bostroem esetében mutatott a bonczolás a májban talált necrosis és kötőszövetes hyperplasia, meg a lencsemagban és nucleus dentatusban talált elváltozások mellett a nagy- és kisagykéregben is elváltozást. Ez esetben idetartozását azonban a májban talált necrosis és a betegség lefolyása: pár hetes fennállás után hirtelen halál, legalább is kérdésessé teszi. Schütte pyramis-tünetekkel, Dziembowsky hemiplegiával és hydrocephalus internussal, Garbini idősült alkoholizmussal, arteriosclerosissal és apoplexiával szövődött esetei semmiesetre sem értékesíthetők e betegség klinikai és pathologiai képének felépítésére.

A betegség tünetei: a 10.—26. életévben, addig erőteljes, erős, többnyire nem terhelt egyéneken spontan jelentkező, symmetriás vagy csakhamar symmetriássá váló, intendált mozgásra és izgalomra fokozódó, de teljesen legfeljebb csak az alváskor szünetelő clonusok a végtagok és gyakran a törzs, a nyak és a fej izmaiban. A külső és belső szemizmok az eddig leírt esetekben egészségesek maradtak, ellenben gyakori a gége, a garat és a nyelv izmainak résztvétele folytán mutatkozó dysarthria és dysphagia. Igen korán szoktak jelentkezni izomtonus-fokozódások is, a melyek az első pillanatra contracturák képét adják, de a melyek nemcsak passive, hanem active is leküzdhetők és csak terminalisan fejlődnek belőlük contracturák. A betegség további tünetei: lassú, monoton beszéd, a már említett psychés zavar, alimentarisan könnyen kiváltható glykosuria s a szemgolyók protrusiója. Mind e tünetek feltartóztatlanul progrediálnak és nyelészavar vagy intercurrens betegségek (bronchopneumonia) folytán 4 hó—7 év alatt halálra vezetnek. A bőr- és inreflexek (ha a spasmusok a kiváltásukat megengedik) normalisak vagy mérsékelten fokozottak, pyramis-laesio tünetei, nystagmus, pupillaris tünetek hiányoznak, az izmok és idegek elektromos ingerlékenysége rendes.

A betegség gyógyítással nem befolyásolható.

Bonczolásakor a corpus striatum és főleg a lencsemag területén találunk symmetriás idegsejt-pusztulást, gliosist és üregképződést, a lenticularis pályákban pedig másodlagos elfajulást (fasc. lenticulo-thalamicus Foreli és rubrolenticularis). Ezenkívül minden esetben hypertrophiás májcirrhosist.

A betegség aetiológiáját és lényegét nem ismerjük. Némi útmutatást ad az, hogy icterus gravis neonatorum eseteiben szerzett tapasztalatok szerint a májfesték a corpus striatumot s ezen belül a lencsemagot elective festi. Lehet, hogy a máj valamilyen specifikus megbetegedése az első s a specifikus elváltozás termelte májtóxinok betegítik meg a nucleus lenticularist. Az intoxicatiós eredet mellett szólna a psychés elváltozás is, ha az agylocalisatióról szóló tudásunk minden pontjában szilárd volna.

\* A Budapesti Orvosegyesület Idegkórtani Szakosztályában tartott előadás.

Betegem 23 éves nőtlen gyógyszerész, 15 éves korában gonorrhoeát szerzett, 16 éves korában gonitise volt, más előző betegséget, nevezetesen luest, icterust, terheltséget, dohányzást tagad; hetenként körülbelül 1 liter bort fogyasztott. Ez előtt mintegy 2½ évvel, nagy fáradságok után, egyébként előtte ismeretlen okból, bal keze, ha használni akarta, remegni kezdett. Állapota azóta folyton romlott, a reszketés szimmetriássá vált, fokozódott s csakhamar állandó lett. Múlt év őszén *Gonda* módszerével eredménytelenül kezelték, más kezelésben nem részesült.

1918 december 13.-án a beteg zsigerei kopogtatásra, hallgatódzásra és tapintásra épek, tengéleti funkciói zavartalanok. Vizelete kóros alkotórészt nem mutat. 100 gr. cukorfogyasztása után az első vizeletrészletben *cukor jelenik meg*. Fehérvérsejtképe eosinophiliát (9%, 3%, 5%) és mononucleor sist (7%, 5%, 5%) mutat (*Klein*). Vérsavójának Wassermann-reactiója negatív (*Sulzer*). A beteg végtagjait erősen addukálva s némileg flektálva fekszik és ül. Járása bizonytalan, imbolygó. Fejével biccentő mozgásokat végez, végtagjain pedig többnyire szimmetriás, intendált mozgásra és emótióra a nem innervált izmokban is fokozódó, nagy kilengésű clonusok figyelhetők meg, melyek alváskor is csak kis időre szünetelnek teljesen.

A beteg izomereje testalkatának megfelelő. Minden physiologiás mozgás active is kivihető. Beszédkor a bal szájszéli kisé visszarad. Protrusio bulbi és Graefe-tünet jelezve.

Arczkifejezése keveset változik, állandóan mosolygó. Beszéde lassú, szótágoló, monoton.

Ín- és bőrreflexei élénkek. Szemfeneke (*Rados*) ép. Az izmok s idegek elektromos ingerlékenysége normalis. A szemmozgások szabadok. Láb- és quadricepsclonus, Babinski-, Mendel-, Bechterew-, Oppenheim- és más kóros tünet nincs.

A beteg hangulata változatlanul meglegedett, jókedvű. Igen jól érzi magát. Összes psychés funkcióit a perseveratio, a stereotypia, az associációk sekélyessége és a kritika gyengesége jellemzi; különösen a megragadó emlékezése feltűnően jó s ilyen is maradt. A conservatív emlékezés a közvetlenhez képest feltűnően gyenge s hibás reproductioninak minősége élénken utal a beteg kritikájának sekélyes voltára. A *Ranschburg* szópármódszerével történt emlékezés-vizsgálat eredményét az I. táblázat tünteti fel részletesen.

I. táblázat.

Emlékezés-vizsgálat Ranschburg módszerével.

1. 1919 január 7/8.

Ai:	86%	Ti:	20 mp.
Ac + 24:	52%	Tc + 24:	22 mp.
H. r. i.:	1 belső rokonság 1 külső rokonság 1 szókiegészítés 1 perseveratio (értelmetlen)	} 2 rokonság	
H. r. c. + 24:	1 szókiegészítés 1 perseveratio.		

2. 1919 márczius 29/30.

Ai:	90%	Ti:	14 mp.
Ac + 24:	66%	Tc + 24:	12 mp.
H. r. i.:	1 szókiegészítés 1 értelmetlen		
H. r. c. + 24:	1 belső rokonság 3 külső rokonság 3 szókiegészítés 1 értelmetlen.	} 4 rokonság	

*Jelmagyarázat.* Ai: a közvetlen emlékezés (megragadás) terjedelme; Ti: ennek reakciós ideje; Ac + 24: a 24 óra múlva való megtartó emlékezés terjedelme; Tc + 24: ennek reakciós ideje; H. r. i.: a hibás reproduktio minősége a közvetlen emlékezésnél; H. r. c. + 24: ugyanaz 24 óra múlva való közvetlen emlékezésnél.

A mint látjuk, az emlékezőképesség rosszabbodásáról a 4½ hónapos megfigyelés alatt nem lehet beszélni. A közvetlen emlékezés mindkét esetben jó, illetve nagyon jó, a megtartó emlékezés pedig mindkét esetben a normalitás alsó határához közelálló ugyan, de még a normalitás határán belül van. A hibák minősége a beteg tanultságával élénk ellentétben álló kritikai gyengeségre utal.

Hatjegyű számsorokat 6 közül hat esetben, hétjegyűeket 6 közül 3 esetben kifogástalanul, 1 esetben permutatióval, 1 esetben öt jeggyel, 1 esetben essentialis hibával ismételt.

Optikai szófeldfogóképessége (II. táblázat) mélyen a normalitás alsó határa alatt lévőknek látszik. Egy- és kéttagú szavakat normalis felnőtt lateiner, de gyakorlottabb földműves is, 1/10 mp. alatt 100%-ban olvas el.

II. táblázat.

Optikai szófeldfogás 1/10 mp. exp. idő mellett a Ranschburg-féle mnemometerrel vizsgálva 1919 január 7.-én.

Helyesen fogott fel egytagú szavakból először	50%	} -ot
másodszor	80%	
Helyesen fogott fel kéttagú szavakból először	50%	
másodszor	60%	

Az eredmény gyengeségében része lehet a fej állandó mozgásának is, mely a nyugodt megfigyelést zavarja, bár igyekeztem az expositióra egy-egy nyugodt percet kiválasztani. Mindenesetre feltűnő az illúziók mineműsége, a perseveratiók nagy szerepe:

III. táblázat.

A felfogás-vizsgálat alkalmával létrejött 32 illúzió közül

Értelmetlen	18.2%
Perseverativ	31.8%
Perseverativ és optikai vagy acustikai hasonlóságon alapuló	13.6%
Közvetve perseverativ	4.5%
Optikai vagy acustikai hasonlóságon alapuló	31.8%

Kritikai képessége már múlt év decemberében is — tanultságához képest — feltűnően gyenge volt. Betegségével szemben való tájékozatlanságán, az emlékezés-vizsgálatkor adott téves reproduction és a felfogás-vizsgálatkor adott illúziók minőségén kívül distinctiói is élénk világot vetnek e kérdésre.

1918 december 14.-én arra a kérdésre, hogy mi a különbség:

1. *siettség és kapkodás között?*

a felelet:

„aki kapkod, az annyira siet, hogy nem is gondolja meg, hogy mit csinál;“

2. *kegyetlenség és hajthatatlanság között?*

„a hajthatatlanság az, hogy nem lehet rábeszélni vagy meghajlítani; a kegyetlenség az, ha kinez másokat;“

3. *vakmerőség és bátorság között?*

„vakmerő az, aki veszélynek teszi ki magát; a bátor ember szembeáll a veszéllyel;“

4. *engedékenység és erélytelenség között?*

„engedékeny az, ha enged a szónak; erélytelenség az, ha mindjárt enged;“

5. *vallásosság és bigottság között?*

„aki nagyon vallásos, az bigott;“

6. *falánkság és nagyékiúség között?*

„ugyanaz;“

7. *vitatkozás és feleselés között?*

„ha nem okokat mond, hanem csak gorombáskodik.“ Kritikai képességében a lefolyt 4 hó alatt határozott súlyedés állott be. 1919 április 11.-én a kérdésekre, hogy mi a különbség:

1. *hazugság és tévedés között?*

a felelet: „a hazugság rossz szándékú, a tévedés téves is lehet és nem rossz;“

2. *fukarság és takarékoság között?*

„az egyik jó, a másik rossz;“

3. *szerénység és alázatosság között?*

„az alázatosság nem mindig szép s túlságba vive nem jó; a szerénység mindig szép erény;“

4. *következetesség és csökönység között?*

„a következetes ember azt mondják, hogy derék ember, míg a csökönység, az nem jó szokás;“

5. *óvatosság és félénkség között?*

„óvatosnak lenni jó, félénkség, az pedig . . . . .;“

6. *félénkség és gyávaság között?*

„félénk, aki nagyon könnyen elijed, gyáva az pedig . . . . .;“

## 7. szónoklás és beszélgetés között?

„hogyan szónokolni nagyobb képzettség kell, míg beszélni mindenki tud.“

Kisegítő kérdésekre: „mikor mondjuk valakiről, hogy . . . . . és mikor, hogy . . . . .“ ugyanilyen feleletet kapunk.

Combinatív képessége *Masselon* szerint vizsgálva 1918 december 14.-én a normalitás keretén belül levőnek látszik. Arra a felszólításra, hogy mondjon egy mondatot, melyben az előre mondott 3 szó benne van, következőképpen reagál:

1. óra, vonat, megáll,

„órám megállása folytán lekéstem a vonatot;“ 14·6 mp.;

2. fiu, nadrág, verés,

„a fiu nadrágját elszakítván verést kapott;“ 12·0 mp.;

3. ablak, utca, por,

0; 60 mp.;

4. séta, eső, nátha,

„esőben sétálván náthát kaptam.“

1919 március 30.-án *Rossolimo* szerint vizsgálva (successiv képek magyarázata) 10 feladat közül 2-t fejt meg a normalis 9·8 helyett.

1919 április 11.-én újból *Masselon* szerint vizsgálva, a következő eredményt mutatja:

1. erdő, nyul, agár:

„erdőben a nyulat kergeti az agár;“ 12·4 mp.;

2. kémény, kolbász, megéhezttem:

„a kéményben levő kolbász jó, de nem úgy, ha az ember megéhezik tőle;“ 22·8 mp.;

3. Budapest, pénz, folyó:

„Budapesten a Duna-folyó áthidalása sok pénzbe került;“ 14·6 mp.;

4. eső, gazda, vetés:

„esőben a gazda haza vonul a vetésről;“ 7·8 mp.

Associatív már 1919 január 18.-án is igen sekélyek; szóösszetételek, beszédbeli reminiscenciák és perseveratiók jelentős szerepet visznek közöttük. 1919 március 31.-én a külső és belső rokonságon alapuló associációk még jobban háttérbe szorulnak a szókiegészítések, perseveratiók, hangzási associációk, ismétlések és magyarázhatatlan associációk mögött. Részletesen:

## IV. táblázat.

Associatív vizsgálat 1919 január 18.-án.

Belső rokonság	29·70/100	2·4 mp.
Külső rokonság	29·70/100	1·8 mp.
Rokonság összesen	59·40/100	
Szóösszetétel és beszédbeli reminiscencia	18·80/100	2·4 mp.
Perseveratio	10·80/100	1·4 mp.
Szókiegészítés	5·40/100	1·9 mp.
Hangzási associatio	2·70/100	2·0 mp.
Ismétlés	2·70/100	7·2 mp.
Magyarázhatatlan		

## V. táblázat.

Associatív vizsgálat 1919 március 31.-én.

Belső rokonság	25·00/100	2·4 mp.
Külső rokonság	10·00/100	2·3 mp.
Rokonság összesen	35·00/100	
Szóösszetétel és beszédbeli reminiscencia	27·50/100	2·2 mp.
Perseveratio	20·00/100	1·9 mp.
Szókiegészítés	7·50/100	2·8 mp.
Hangzási associatio	2·50/100	7·2 mp.
Ismétlés	5·00/100	3·5 mp.
Magyarázhatatlan	2·50/100	2·8 mp.

Betegünk állapota a különböző psycho- és chemotherapeutikai (jod, fibrolysin, sedativumok) kísérletektől függetlenül — mint a psychés jelenségeken is láttuk — progressive rosszabbodott.

A bemutatott, nagyon tipusos kórkép mellett a differentialis diagnosissal alig kell foglalkoznunk. A Westphal-Strümpell-féle pseudosclerosis képéből, mely lehet, hogy e betegségnek csak kiterjedtebb alakja, egyelőre hiányoznak a cornea gyűrű, az epileptiformis rohamok, a durva psychés kiesések, a lassult szemmozgások. A psychoneurosis ellen szól a decursus, a beszéd jellege, az alimentaris glykosuria s a hyperkinesiseknek elvonással és suggestióval szemben

való resistentiája az egyébként erősen suggestibilis egyénnél. Sclerosis multiplex ellen szól az in- és hasreflexek viselkedése, a nystagmus és a pyramis-tünetek hiánya. Az Unverricht-féle myocloniára, a Friedreich-féle paramyoclonia multiplexre és a neuritis interstitialis hypertrophica-nak Marie-féle típusára csak az első pillanatban gondolhatunk.

A beteg szomorú sorsát előre tudjuk. Igyekezni fogok öt szem előtt tartani s annak idején a kórszövettani képről beszámolok.

A készüléket igénylő pszichológiai vizsgálatokat az állami gyógypedagógiai-pszichológiai laboratóriumban végeztetem *Ransburg* tanár engedelmével, miért is leghálásabb köszönetemet kifejezni kedves kötelességemnek tartom.

## Schiller betegsége.\*

Írta: *Bókay János* dr., egyet. tanár.

*Nassauer* rövidke cikkében feleleveníti *Schiller* ifjúkori barátjának, *Streicher A.*-nak 1833-ban megjelent, „*Schillers Flucht*“ című munkájában a nagy német költő halálhozó megbetegedésére vonatkozó néhány sorát, mely szabad fordításban a következő: „... *Schiller* Mannheimból, hol „*A rablók*“ című darabjának előadásán titokban jelen volt, részben anyagi viszonyai, részben betegsége miatt rosszkedvűen és leverten tért vissza Stuttgartba. Az a betegség, mely akkoron egész Európán végigpusztított, különösen erős náthával és huruttal járt, melyet orosz náthának vagy influenzának neveztek s oly ragályos volt, hogy a szerző azt, midőn *Schiller*-t megérkezte után megölelte, néhány perczczel később hidegrázással oly erősen megkapta, hogy azonnal haza kellett sietnie és ágyba feküdnie.“

Hogy ezek szerint *Schiller* 45½ éves korában influenzának esett áldozatul, az a fentiek szerint kétségtelennek látszik. Hogy az influenzás fertőzés csakhamar oly végzetes következményű lett rajta, annak magyarázatát az adja, hogy a költő akkor a tüdőtuberculosisnak már elég előhaladott szakában lehetett. Erre utal az a bonczolási jegyzőkönyv, melyet *Huschka* dr. állított ki s melyet *Hofmeister K.* „*Schillers Leben*“ című, Stuttgartban 1842-ben megjelent munkájában tett közzé.\*\*

A kérdéses bonczolási jegyzőkönyv a következő: 1. A bordaporczok általában igen nagy fokban el vannak meszesedve. 2. A bal tüdő a fali pleurával annyira össze van növe és magával a szívburokkal oly ligamentosan függ össze, hogy ez az összenövés késsel alig választható szét tökéletesen. Ez a tüdő rothadt, üszkös és pépszerű, úgylátszik, hogy már régóta desorganizált. 3. A jobb tüdő épebb, de mégis genyegőczokkal átszótt, márványozott s e genyegőczokból genyegcseppeket lehet kinyomni. 4. A szív üres zacskó képét mutatja, ránczos, bőrszerű. Ezt a bőrszerű zacskót, mely a normalisnál nagyobb volt, könnyen sikerült darabokra tépni. 5. A máj rendes, csak a szélein üszkös (hullarothadás). 6. Az epehólyag a rendesnél megegyeszer nagyobb és epével telít. 7. A lép kétharmaddal nagyobb a rendesnél. 8. A máj elülső homorú széle (domború felület?) a környezettel összenőtt. 9. A bal és jobb vese állománya zsugorodott („in ihrer Substanz aufgelöst“). 10. A belek a peritoneummal jobboldalt, kevésbé a baloldalon, összenőttek. 11. A hólyag és a gyomor ép.

A bonczolásnál jelenvolt *Herder* dr. szerint a tüdő állapota oly súlyos volt, hogy ha *Schiller* utolsó betegségét szerencsésen át is éli, félévénél hosszabb ideig alig maradhatott volna életben.

*Schiller*, ki sokat betegeskedett, gyermekkorában gyengébb alkatú volt, az exsudatív diathesis tüneteit mutatta, a mit bizonyít az az egészségi bizonyítvány, melyet róla 1773-ban, a Karlsschule-ba való felvétele alkalmával állítottak ki, s mely szabad fordításban a következő:

„Solitude, 1773 jan. 16. *Schiller Frigyes Kristóf János*,

\* Megjegyzések *M. Nassauer*-nek, a Münchener med. Wochenschrift 1920. évi 25. számában írott cikkéhez.

\*\* Lásd: *H. Vierordt*: Medizinisches aus der Geschichte. Tübingen, 1896.

marbach-i születésű, 13 éves, a megejtett vizsgálatnál, nem tekintve a kisebesedett fejet (ekzemás kiütés!) és kissé fagyott lábakat, egészségesnek találtatott. T. Hof- und Militär-Pflanzschule. Medicus D. Storr.“

Schiller Weimarban a legmagasabb férfi volt (6' 2" = 193.6 cm.) s már serdülő korában phthisicus habitust mutatott.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

A tabeses gyomorkrizisek sebészeti kezeléséről ír *Holfelder*, a frankfurti egyetem sebészeti klinikájának segédje. A tabeses gyomorkriziseknek sokszor rendkívüli súlyossága és a belorvosi kezeléssel dacolása már évtizedekkel ezelőtt arra birt némelyeket, hogy magán a gyomron különböző sebészeti beavatkozásokat végezzenek. Ezek a kísérletezések természetesen eredménytelenek maradtak, mert nem ismervén akkoriban még e baj pathogenesisét, nem lehettek erre tekintettel. A követendő utat *Jaboulay* mutatta meg 1900-ban; ő a plexus solaris nyújtásával akart befolyást gyakorolni a sympathicus-idegrendszerre s ennek útján a gyomor-krizisekre. Eljárását azonban csak kevesen követték, mert az eredmények nem voltak nagyon feltűnők. Csak egy évvel később terelődött nagyobb mértékben a figyelem a kérdésre *Foerster* felléptével. Vizsgálatai szerint a gastrikus krizisek oka mindig az érző gyomoridegek izolált megbetegedésében keresendő. A motoros izgalmi jelenségek, a hányás, a hypersecretio, a hasfalfeszülés mind csak reflex útján keletkeznek. A sebészeti beavatkozás javulatának felállításakor tehát egészen közömbös, vajjon a fájdalmak, vagy pedig a motoros izgalmi jelenségek állanak-e a klinikai kép előterében. Lényeges ellenben a megállapítása annak, vajjon az érző sympathicus-rostok — amelyek a splanchnicusokon és a hátulsó spinalis ganglionokon át húzódnak a központi idegrendszerhez — betegek-e, avagy a vagus a színhelye a betegségnek? A vagus sclerosisát *Foerster* szerint a fokozott epigastralis reflex és főleg a szívtünetek és gégezarok egyidejű fennállása jellegzi. E tünetek jelenlétében csak a vagusvégződés subphrenikus átmetszése a cardiánál jön tekintetbe (*Exner*). Ez a műtét elég könnyű, de természetesen csak a gastrikus kriziseket befolyásolja, a többi vagus-zavart nem. Minthogy a vagusvégzések tartalmaznak a gyomor összes mozgató idegrostjait, átmetszésük teljes gyomorhűdésre és atoniára vezet; ezért egyidejűleg elegendően tág gastroenterostomiát is kell végezni. A vagus-átmetszést eddig még csak kevés esetben végezték, mert az eseteknek csak elenyésző kis százalékában vezethetők vissza a gastrikus krizisek a vagus megbetegedésére; ezekben az esetekben azonban biztos eredmény várható a beavatkozástól. Az eseteknek túlnyomó többségében a splanchnicusokkal összefüggő érző sympathicus-rostok betegek. A gyomor sympathicus-ágai először a ganglion semilunare táján koncentrálódnak és innen jutnak a két splanchnicusba. A n. splanchnicus major a gerinczvelővel az 5.—9. intercostalis ideghez vezető rami communicantes útján áll összefüggésben. A n. splanchnicus minor hasonló módon a 10.—12. intercostalis ideggel áll összefüggésben. A *Foerster*-műtét e pályák sensibilis részének átmetszését célozza azon az egyetlen egy helyen, ahol izoláltan felkereshető, tudillik a hátulsó gerinczvelőgyökereknél. A gerinczvelő szabaddá tétele után felkeressük a hátulsó gyökereket és intraduralisan átmetszszük mindkét oldalon. Eleinte csak a 7.—9. dorsalis gyökereket vágják át, minthogy az eredmény azonban csak muló volt a tabeses megbetegedésnek a szomszédos gyökerekre továbbterjedése folytán, később sokkal kiterjedtebb resectiókat végeztek, az 5. mellkas-csigolyától a 2. ágyék-csigolyáig. Így végezve a műtétet, csak kivételesen észleltek, akkor is csak nagyon enyhe recidivákat. A gerinczcsatorna tág megnyitása természetesen nagy beavatkozás és nagy óvatosságot igényel.

A frankfurti klinikán egyidőben végzik a műtétet helyi érzéstelenítésben; csak a gyökerek átmetszése előtt adnak néhány csepp chloraethylt. A beteget úgy fektetik, hogy a gerinczcsatornának szabaddá teendő része a legmagasabban fekdjék és hogy a fej sokkal mélyebben legyen a liquorkifolyás lehető csökkentésére. Tehát hasfekvésben végzik a műtétet kissé domborodó háttal. A dura zsák összevarrását rendkívül gondosan kell végezni; sűrű tovaftató varratot kell alkalmazni legfinomabb érvarratselyemmel. A műtét természetesen csak olyan betegeken hajtható végre, akik még elegendő erővel rendelkeznek. Nagyon leromlott betegeken *König* ajánlatára előbb a beteg idegpályák vezetésének megszakítását novocain-injectiókkal kíséreljük meg. E czéra paravertebralis vezetési anaesthesiát végzünk az 5. hátszervénytől az 1. ágyékszervényig 2%-os novocain-suprareninnel. Az erre beálló fájdalomtalan rövid időszakot felhasználjuk a beteg erősítésére, esetleg meg is ismétéljük ezt az eljárást, míg a beteg annyira megerősödik, hogy rászánhatjuk magunkat a *Foerster*-műtetre. Ily módon eljárva, tetemesen kisebbedik e műtét halálozása. A dura-zsák széles megnyitása veszélyének elkerülése végett *Guleke* extraduralisan metszi át a hátulsó gyökereket az itt szorosban együttfekvő elülső gyökerektől izolálásuk után, a mi nem mindig könnyű dolog és a sokszor meglevő összenövések miatt nagyon időtrabló. *Franke* más módon iparkodik elkerülni a gerinczcsatorna megnyitását: mindkét oldalt a hátulsó bordaíveken egy-egy mély hosszmetzést ejt, fölkeresi az egyes bordaközti idegeket, átmetszi őket és a *Thiersch*-féle idegnyújtás módjára kiszakítja a centralis végüket; ezzel rendszerint együtt kiszakítódnak az odatartozó ganglionok is. E műtét eredményei megközelítőleg olyanok, mint a *Foerster*-é, noha a megbetegedett pályák átmetszése nem történhetik ugyanolyan szabatosan. A frankfurti klinikán nem végezték még ezt a műtétet, mert az intercostalis idegek kiszakításával ez a vegyes idegcsoport elroncsoltatván, az elülső hasfalak irreperabilis hűdése marad vissza. Magának a gerinczvelőnek a megkárosodását az idegek kiszakítása következtében még nem látták; a pleura megsértésétől azonban óvakodni kell. A szerző véleménye szerint a *Franke* műtete azokban az esetekben jöhetne szóba, amelyekben a beteg a megismételt paravertebralis novocain-injectiókkal sem hozható olyan állapotba, hogy a *Foerster*-műtétet kibírja, avagy a melyekben a beteg elutasítja a *Foerster*-műtétet, a *Franke*-műtét esetleges következményei tekintetében azonban beleegyezését adja. *Schüssler* még periferiásabban támadja meg a bajt; szerinte a hátulsó gyökereknek megbetegedése a beteg periferiás idegek, főleg az ischiadicusok okozta állandó izgalom folytán jön létre; ezért kétoldali ischiadicus-megnyújtást végez. Véleménye szerint minden esetben kísérletet kell előbb tenni ezzel az aránylag kis beavatkozással, mielőtt a *Foerster*-műtetre szánánk magunkat. Ezzel szemben a szerző megjegyzi, hogy még nem volt esetük, amelyben a klinikai tünetek alapján azt a meggyőződést meríthették volna, hogy a gastrikus krizisek az ischiadicusok előzetes megbetegedése folytán másodlagosan okozottak; ennél fogva nem is végzik az ischiadicus-nyújtást. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 11. füzet.)

#### Gyermekorvostan.

Van-e joga az orvosnak súlyos diphtheria-esetekben a gyógsavó-kezelést elmulasztani? címen *Ch. Schöne* határozottan állást foglal a közönséges lóserumkezeléssel szemben és az orvosi lelkiismerettel összeegyeztethetetlennek tartja, hogy súlyos diphtheriát ne antioxiikus gyógsavóval kezeljenek. *Bingel* statisztikája nem dokumentálja eléggé a lóserummal elért eredményeket, az egy pár helyen megindult kísérletek egyáltalában nem voltak kielégítőek, az állatkísérletek pedig teljesen megczáfólják a lóserum állítólagos antioxiikus hatását. (Med. Klinik, 1920, 15. szám.)

D. Bakay Emma.

A csecsemők szivárványhártyája színéről *Emma Schindler* érdekes összehasonlító statisztikát közöl, mellyel



bizonyítja, hogy a táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőkön körülbelül kétszer oly gyakori a szürkés-barna iris, mint az egészséges csecsemőkön. Több ízben észlelték a szivárványhártya megsötétülését idősült táplálkozási zavar kifejlődése kapcsán, és így közelfekvőnek látszik, hogy a dekomponált csecsemők sajátos szürkés bőrszíne és az iris színváltozása közt összefüggést keressünk. Míg a fiziologiánál kék színű csecsemő-iris feltűnő pigmenthiányt mutat, az iris ezen kóros esetekben észlelt színváltozása pigment-lerakódással magyarázható, mely a vérsejtek fokozott széteséséből állhat elő. Ha ezen iris pigment haematogennek bizonyul, akkor kapcsolatba hozható a dekomponált csecsemők boncolásakor *Helmholtz* által észlelt máj- és lép-haemosiderosissal. (Zeitschrift f. Kinderheilkunde, XIX. kötet, 4. füzet.)

D. Bakay Emma.

### Törvényszéki orvostan.

**Methylenkék kimutatása hullarészekben.** A törvényszéki orvosi gyakorlat eseteinek változatossága sokszor állítja a szakértőket olyan feladatok elé, amelyek megoldása módját megelőző esetek nem adják meg. Így került *Loewe*, a göttingeni egyetemi gyógyszer-tani intézet tanára, abba a helyzetbe, hogy előfordult esettel kapcsolatosan maga kellett, hogy megkeresse azt az eljárást, amelylyel régi, össze-száradt holttest-részekben methylenkék-festék jelenlétét meg lehet állapítani. Maga az eset nem nagyobb jelentőségű. Magzatelhajtás után gyermekágyi fertőzésben elhalt fiatal nő holttestének megvizsgálása alkalmával feltűnő zöld színt találtak a belső részekben. A törvényszéki orvosok nyilván nem gondolva arra, hogy a festődés gyógyító eljárással kapcsolatosan utólag is létrejöhetett — a mi később beigazolódt — fennakadtak a különös festődésen és vegyvizsgálatot indítványoztak. A szerző vizsgálati anyagként diónagyságú, össze-száradt, az eltört üveg törmelékével újságpapírba beszáradt göböt kapott, melyből 96%-os alkohollal kivonatot készített, mikor is a festék sötét-zöld felhőként oldódott, majd az alkoholt vízfürdőn elpárologtatta és a maradékból vízzel a kivonathoz hasonló zöldszínű oldatot nyert. Ezt az oldatot spektroszkoppal, valamint alkálival szemben való viselkedésére vizsgálta. A spektroszkopi elnyelési csíkok a methylenkék csíkainak nem feleltek meg, de a mikor a szerző az oldatot zinkporral és sósavval megtisztította, az így nyert oldattal a methylenkék spektrumához hasonló képet kapott.

A kémiai vizsgálatkor észlelt eltérések okának kutatása még nem vezetett végleges eredményre. Míg a methylenkék alkáli hozzáadására csak napok, illetőleg órák múlva szintelenedik el, addig a gyengén savanyú vizsgálati anyag alkálira úgyszólván pillanat alatt elvesztette a színét. A kémiai reakciók közti különbség is a szerző szerint az oldat szennyezettségére utal. Kísérleteket végzett számos ferment-szerű redukálóanyaggal, továbbá hullarészekből készült kivonatokkal és végül olyan anyagokkal is, melyeknek egyrészt életvegytani jelentőségük van, másrészt oszlásnak indult hullarészekben is előfordulhatnak. Ezen kísérletekből kitért, hogy a használt anyagok egy része — nevezetesen az utolsó csoportban szereplő anyagok — közömbös vagy savanyú közegben ugyan nem, azonban alkális közegben redukál. Megemlítendő, hogy a redukáló anyagok közt, amelyek valószínűleg a hullában is jelen vannak, főleg a glikokol, a kreatin és a glikosamin szerepel. (Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med., 1919, okt.)

B.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Pörkök eltávolítása az orrból műtét, idősült melléküreggyenedés után, nemkülönben ozaena eseteiben** *Griessmann* pepsin-bórsavkeveréket használ: Rp. Pepsini 20:0, Acidi boric 10:0. Ebből a porból naponként 5—6-szor kell felszippanítani, ezenkívül a belőle készített langyos oldattal (két késhegynyi 1/2 liter felforralt vízre) naponként háromszor öblítést kell végezni. (Beitr. z. Anat. d. Ohres, 1920, 128. 1.)

**A pásztortáskáról mint a secale cornutum pótszeréről** már megemlékeztünk. Újabban *Walther* giesseni tanár ír róla, megemlítve, hogy a *Denzel-czég thlaspan* néven forgalomba hoz egy folyékony tartós készítményt, amely a pásztortáskából készül és jó eredménnyel használható 20—30 cseppnyi adagban olyan esetekben, amelyekben eddig a secale cornutum használata volt javalt. Minthogy a készítmény nem nagyon jóízű, *Walther* ízjavítókkal adja: Rp. Extr. burs. past. 25:0; Tinct. aurant. 5:0. Tinct. chinae comp. 20:0, D. S. 2—3-szor 1/2—1 teáskanálnyit. (Mediz. Klinik, 1920, 24. szám.)

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** A kormányzó *Illyés Géza* dr., egyet. rendkívüli tanárt az urológiai sebészet ny. rendes tanárává nevezte ki.

**Meghalt.** *Wittchen László* dr., nyugalmazott ezredes-orvos, 59 éves korában, július 10-én. — *Szemes Sándor* dr., Kenderes község orvosa, 56 éves korában.

A **Budapesti Orvosok Szövetségének** titkársága ezentúl a szövetség saját helyiségében (VIII., Szentkirályi-utca 21) minden hétfőn és csütörtökön délután 6—7 óra között hivatalos órát tart.

A **népjóléti és munkaügyi minisztérium által előállított dysenteria-serum** dr. Pécsi Dani és dr. Pécsi István oltóanyag-termelőknél bármily mennyiségben kapható (IV., Eskü-út 6, I. emelet.)

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

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

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

Termális és fizioterápiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gégyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár. Inhalatorium: *Dr. Tölglyi Elemér*, egyet. m. tanár. Gégyógyászat: *Dr. Erdős Géza*. Röntgen-laboratorium: *Dr. Simonyi Béla*.

**Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM**

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

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA**

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

**Hüvösvölgyi Park Sanatorium**

Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet. Budapest, I., Hídegyházi-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145—90

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,

**Rendelőt**

főlszerelés nélkül átvenne, esetleg helyettesítést el-

vállalna jól képzett bőrgyógyász. Cím a „Petőfi” Irodalmi Vállalatnál Budapest, VII., Kertész-utca 16.

**Uj! Villamos irigátor. Uj!** Patent jelű minden jobb orvosi műszertárban kapható, lakásban, nyaralóban, szállodában nélkülözhetetlen. Electromos főzőedény áruház, Fhg Sándor-u. 25. Telefon: J. 13—57.

**A Városmajor-utcai gyógyintézetben**

a modernül felszerelt hydro-physicotherápiás intézet bejáró betegek számára újból megnyílt. — Szakorvosi felügyelet.

# Ultraviolett- Therapia

Eredeti magaslati napfény Hanau

Ujabb irodalom:

Die Lichtbehandlung des Haarausfalls.  
Von Dr. Fr. Nagelschmidt, Berlin. 70 old.  
oktáv. 87 ábrával.

Ára kötve 6,60 M. és drágasági felár.

Diathermie und Lichtbehandlung des  
Auges. Von Dr. Koeppel, Halle a. S. 210.  
old. oktáv. 63 ábrával.

Ára kötve 18,00 M. és drágasági felár.

Skrofulose, ihre Ursachen, Bedeutung und  
Heilung. Ein Beitrag zur Bekämpfung des  
Lupus von Dr. med. F. Thedering, Olden-  
burg. 18 old. oktáv.

Ára kötve 1,75 M. és drágasági felár.

**Uj!** Várószobákba és a paci- **Uj!**  
ensek körébe való terjesz-  
tésére. Künstliche Höhen-  
sonne Original Hanau. Eine Erläuterung  
für Nichtärzte von Hippolyt Males.  
1/2 oktáv, 18 old. 2 ábrával. 10 drb. 1,50 M.

Kapható az alulírt cégnél:

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

**Ortopéd cipő-készítmények**  
**GERŐ ADOLF FIA** cégnél  
BUDAPEST, IV., Kossuth Lajos-utca 4. szám.  
Különlegesség: **GERSONATOR** ludtalpbetét.

**ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.**

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

Eredeti gyári áron azonnai szállít **orvosi műszereket, orvosi vasbuto-  
rokat, műtő és sterilizáló berendezéseket, betegápolási cikkekét,**  
kötszereket stb. — **Sürgőnycim: Medodelga Budapest.**



**PILULAE  
KALII JODATI  
PERENNES  
SZÖLLÖSI**

## Nervoplast - Örkény

(Elixir vanadii comp.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos sedativum, enyhe  
hypnotikum, roborans és tonicum.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, epilepsia, traumás neurosis és  
egyéb ideges megbetegedések ellen, így a nőgyógyá-  
szatban ideges dysmenorrhoeánál, a klimakteriumban  
előforduló ideges zavarok, az urologiában, sexualis  
neurasthenia, enuresis nocturna stb. kezelésére.

Adagolási módja felnőttek: naponta 3 evőkanállal.  
gyermek: naponta 3 kávéskanállal.

## Ferglobin-Örkény

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

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0,03 gr. fémsavnak meg-  
felelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

**Olcsó medicatio! Obstipatiót nem okoz!**

## Ferglobin - Örkény.

cum arseno

Tablettánként 1/2 milligramm acid arsenicosumot tartalmaz.

**Tonicum. Roborans. Stomachicum.**

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, sorvasztó  
betegségekben szenvedőknek és lábadozóknak.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf” gyógyszerháza és  
gyógyvegyészeti laboratoriuma  
Budapest, IV., Váci-utca 1.