

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Czirer László: Közlemény a kir. magy. tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., egy. ny. r. tanár.) Calcinosis interstitialis esete. 353. lap.
Szontagh Felix: Anaphylaxia, angina, polyarthritis rheumatica, endo-pericarditis, chorea, poliomyelitis. 356. lap.
Közkórházi Orvostársulat. (VIII. ülés 1921 május 25.-én.) 358. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay János, Flesch Ármin és Bókay Zoltán: A gyermekorvoslás tankönyve. — Lapszemle. Belorostan. Snapper és Dalmeier: A porphyrin-próba jelentőségéről kismennyiségű vér kimutatására a bélrendszerben. — Sebészeti. Clairmont és Suchanek: Golyvaműtét. — Lenk: A rosszúl működő gastro-entero-anastomosisok Röntgen-kezelése. — Gyermekorvosok. M. Mohr: A „tisztá” pylorus-spasmus kérdéséről. — Reiche: Az influenzának számárköhögéssel egyidőben előfordulásáról. — Tichy: A nyúlajak örökléséről. — Szemészet. Wernicke: A keratoconus okai. — Kisebb közlések az orvostudományról. 359–360. lap.

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

Calcinosis interstitialis esete.

Irta: Czirer László dr., klinikai műtő- orvos.

A calcinosis interstitialis universalis mint önálló megbetegedés ma már főleg Versé és Gaza munkái óta eléggé ismert. A megbetegedés lényege a bőrben, a bőr alatti kötőszövetben, az izmok közötti bonyókban, az izmok perimysiumában, főleg az izmok inas részletei körül, az idegek körül a perineuriumban alakul, szervetlen anyagok: mészsók lerakódása. E mészlerakódások kizárólag a kötőszövet-rendszerre szorítkoznak; főleg ízületek körül keletkeznek, a nélkül, hogy az ízülettel, vagy az ízületet alkotó csontokkal összefüggésben volnának. Az ízületek körül s főleg az izmok környezetében való lerakódásukkal az ízületek szabad mozgását korlátozzák és így többé-kevésbé súlyos zsugorodásokhoz vezethetnek. A betegség általában fiatalabb, a két első évtizedben levő egyéneket támad meg, minden feltűnőbb, hirtelen jelentkező bevezető tünet: láz, fájdalom stb. nélkül, alattomosan kezdődik s lassan halad előre. A betegség ki-látása Gaza szerint általában nem rossz, a mennyiben javulás bekövetkezik; rendszerint egyéb, közbejövő betegség folytán válik halálössé. A gyógyulásra több reményük van magasabb életkorú, mint fiatal egyéneknek. A betegségnek úgy klinikai lefolyása, mint kórbonczata teljesen tisztázott, csak keletkezésének okát fedi még ma is homály. A mikor az általunk észlelt és jóindulatú lefolyásának látszó eset köz-lésére gondoltunk, tettük azt főleg abban a reményben, hogy a betegnek hosszabb időközönként való részletes, pontos és minden irányban kiterjeszkedő megvizsgálásával talán a baj eredetét is sikerül megtalálni s ezzel kapcsolatosan a gyógyításhoz is biztosabb kézzel foghatnánk hozzá. Sajnos, a háború utáni viszonyok legyőzhetetlen akadályokat gördítettek a részletes vizsgálatok elé, úgy hogy egyelőre lemondva ezekről, az eset egyszerű ismertetésével kell megelégednünk.

Mielőtt az eset leírására rátérnénk, álljanak itt főbb vonásaiban az idevágó irodalomnak adatai.

A „calcinosis universalis” elnevezést először Krause és Trappe használta egy betegségre, a melyet kezdetben myositis ossificansnak tartottak, de a melyről az eset további észlelése folyamán kitűnt, hogy attól igen sok tekintetben különbözik. Profichet-é az érdem, hogy a francia irodalomban különféle elnevezések alatt közölt eseteknek egységes kórformába való tartozását ismerte fel; ezek: Teissier, Curtillet et Dor, Derville, Duret, Milian, Lexa (Poncet esete), Renon et Dufour esetei, a melyekhez hozzájárul még Morell-Lavallée és végül Jeanne esete, a mely utóbbit használta fel Profichet dolgozata anyagául. Ezek közül azonban ki kell választani Milian első, valamint Milian és Neveu közösen tárgyalt ese-

tét, mint a melyek minden valószínűség szerint nem tartoznak a calcinosis interstitialis universalis körképéhez. Ezek szerint a francia irodalomban nyolcz eset ismeretes.

A német irodalomban Wolf ír le 1902-ben egy esetet; 1904-ben Wildbolz ugyancsak egyet. Wildbolz emliti munkájában Riehl-nek az övéhez hasonló esetét, a melyet azonban szintén nem számíthatunk a calcinosis interstitialis universalis körképéhez. 1905-ben Dunin közölt két esetet s ugyanebben az évben Lewandowsky egyet. 1906-ban Neuwirth, 1907-ben Dietschy közöl egy-egy esetet; 1909-ben közli Krause és Trappe már calcinosis interstitialis névvel azt az esetet, a melyet kezdetben myositis ossificansnak tartottak. 1910-ben Tilp mutatott be egy esetet, 1912-ben Versé közölte egy esetnek részletes kórtani leírását, ugyanazét, a melynek klinikai részét Gaza dolgozta fel. Végül 1918-ban Mosbacher közölt egy esetet.

Feltűnő e közleményekben, hogy a betegek nagyobb része, az eseteknek mintegy 60%-a fiatal volt s hogy a betegség első tünetei majdnem kivétel nélkül a végtagokon s az ízületek körül jelentkeztek. Feltűnő továbbá, hogy az esetek legnagyobb részében a betegség minden kimutatható ok nélkül, jóformán észrevétlenül fejlődött s végül, hogy a megbetegedés lényegét alkotó mészlerakódások, a pontosan észlelt és idetartozó esetek tanúsága szerint, kizárólag a szervezet kötőszöveti részében voltak csak kimutathatók. A lerakódott mészsók vegyileg az esetek túlnyomó részében phosphorsavas calciumból s e mellett részben szénsavas calciumból állottak.

Körtörténet.

J. Aladár, 8 éves. Anyja, huga élnek, egészségesek; apja az 1914–18-iki háborúban esett el. Családjában ilyen vagy hasonló megbetegedés nem fordult elő. Beteg sohasem volt. Huga 1919-ben influenzában betegedett meg, de ő — noha folyton huga mellett tartózkodott — nem lett beteg. Anyja igen élénk fiúnak mondja. Nem ingerlékeny; idegenek között kissé félős. Jó tanuló.

Betegsége 1917 áprilisában kezdődött. Éjjelente arra ébredt, hogy a bal lába elzsibbadt. Fájdalmi sem spontán, sem nyomásra, sem mozgáskor nem voltak. Előzőleg nem hiült meg, lázas nem volt.

Ugyanebben az időben anyja észrevette, hogy a bal térdhajlatban kis, körülírt, tömött tapintatú göb fejlődik, a mely lassan növekedni kezdett. Az első göb megjelenésével körülbelül egyidejűleg hasonló, lencsényi-borsónyi nagyságú göbök támadtak mindkét oldali első hónaljredőben. E göbök fájdalmasak nem voltak, felettük a bőr épnek látszott, nem gyuladt, a karok mozgását semmi irányban sem gátolták.

Ugyanez év júniusában az első hónaljredőkben a bőr alatt már nagyobb terjedelmű megkeményedések voltak tapinthatók, a bal térdhajlat bőre alatt mindinkább nagyobbodó megkeményedés pedig felfelé terjedt a csomb hátulso felszínén, majdnem a csomb felső harmadáig. E megkeményedések a karok szabad mozgását most sem akadályozták; a járást azonban annyiban zavarták, hogy — az időközben a térdhajlatban lassan kifejlődött zsugorodás következtében — a beteg, a nélkül, hogy fájdalmi lettek volna, nem az egész bal lábával, illetőleg sarkával lépett a földre, hanem csak a lábujjaival.

1917 júliusában próbakimetszést végeztek és izomelcsontosodást (myositis ossificans) állapítván meg, műtétet nem találtak czélyszerűnek.

1918. év tavaszán hónalját vizsgálati próbakimetszés céljából s ugyanez év őszén czombját Verebély tanár megoperálta. Az utóbbit azért, mert a czomb hátulso felszínén hatalmas, elődomborodó, hullámzó terime-nagyobbodás támadt, mely áttöréssel fenyegetett.

Az akkori műtői lelet a következő: „Metszés a czomb hátulso felszínének külső oldalán hullámzó terime-nagyobbodásba. A bőnye átmetszése után a musculus biceps és vastus externus között helyet foglaló két gyermekkökölyi „tályogürege” jutunk, a melyből mintegy 200 cm³ sűrű, fehér, pépszerű folyadék ürül. Az üreg falát mészsókkal incrustált intermuscularis bonyók alkotják. A „tályog” felhúzódik a musculus gluteus alsó széléig, a hol a nervus ischiadicushoz fekszik; lefelé lenyúlik a térdárokig. Egy második metszésből a czomb hátulso felszínének belső oldalán átpaerálunk a teljesen meszes musculus gracilisre, a melyet alsó kétharmadában egészében kiirtunk. A musculus vastus internus és a musculus semimembranosus között az arteria mentén felfelé húzódik az incrustatio a czomb felső harmadáig.”

A „tályogból” nyert sárgás-fehér tejfelszerű, pépszerű folyadéknak az egyetemi élettani intézetben végzett vizsgálata (Hári tanár) a következő eredményt szolgáltatotta:

„A mikroszkopos készítményen változó nagyságú, de általában igen apró szemcsék látszanak, szintelen folyadékokban suspendálva.

Chemiai vizsgálat. Beszárítva és platínelemezen hevítve, a maradék részben szerves, de túlnyomóan szervetlen anyagból állónak bizonyul. Az izzítás után visszamaradó bő, fehér hamu oldata a foszfat- és calcium-ionok reakcióit erősen adja. Az eredeti folyadék vízzel felhígítva és aetherrel összerázva, részben feltisztul (zsír!); sósavval meg-savanyítva nagy mértékben feltisztul (oldható sók!). Az aetheres kivonatot bepárlása után kevés neutralis zsír marad vissza. Az eredeti felhígított folyadék a Millon-reactiót kifejezetten adja; a folyadék szűrletében fehérje nem mutatható ki.

A folyadékokban suspendált részecskék túlnyomóan phosphorsavas calciumból, részben finoman emulgeált neutralis zsírból, részben pedig sejtdetritusból állanak, mely utóbbi mint ilyen mikroszkopice már nem ismerhető fel.”

Utóvizsgálat (1921 április 27). Jól fejlett és táplált, magasnövésű fiú. A bőr színe halvány sárgás-barnás árnyalatú. Kötő- és látható nyálkahártyák középvérteltek. Mellkas domborad, részarányos, légzési eltérést nem mutat. Szívtompulat rendes. A szívcsúcs felett gyenge systolés zöreje. Előlekes téli, középhullámú, száma percenkint 96. Mindkét tövis felett erősen rövidült kopogtatási hang, igen érdes be-, hangos kilégzés. Rekeszek jól mozognak. Has mérsékelt elődomborodó, benne érzékenység vagy rendellenes resistentia nem tapintható. Vizelet vízszűrű, fajsúlya 1003, savi vegyhatású. Fehérje, cukor nem mutatható ki benne. Görcsö alatt igen sok epithelsejt és egy-egy fehérvérsejt.

Idegrendszer eltérést nem mutat. Hőmérséklet 37.4.

Mindkét oldali hónaljárok elülső felső szélén, főleg a musculus pectoralis major és minor inas részletének megfelelő területen, részben közvetlenül a bőr alatt, részben mélyebben, borsónyi, egészen kis mogorónyi, elég élesen elhatárolható, gömbölyded, tömött, kemény tapintatú göbök érezhetők; alattuk a mélyebb rétegekben kisebb-nagyobb göbökből álló conglomeratumok tapinthatók, a melyek nem fájdalmasak s a melyek a felkarok activ és passiv mozgását sem érzékenységükkel, sem mechanikusan nem gátolják. Felettük a bőr ránczokba nem szedhető, az alapjuk felett csak nehezen mozdíthatók el. Az az érzése van az embernek, mintha a göbökön kívül valami anyag infiltrálna a szöveteiket s okozná az elülső hónaljredők feltűnő merevségét.

Jobboldalt két, egészen felszínesen fekvő göb áttöri a bőrt és gombostűfejnyi, kis lencsényi területen sárgás-fehér, száraz, krétaszerű, egyneműnek látszó anyag tűnik elő szabadon. A göbök körüli, illetőleg az azokat fedő bőrön reakciónak nyoma nincs, csupán baloldalt van két göb fölött a bőrterület, a göbök nagyságának megfelelő terjedelemben, kis mértékben szederjesen elszíneződve.

A jobb felső végtag térfogata a baloldaliénál valamivel nagyobb, a mi talán abból magyarázható, hogy a jobboldali hónaljárokban levő nyirokcsomók is elváltozottak és ennek következtében másodlagos nyirokpangást idéznek elő a felső végtagon.

A bal czomb külső-hátulso szélén, a térdhajlattól kiindulólág felfelé haladó, mintegy 18 cm. hosszú műtői heg; ugyanígyen a czomb belső-hátulso felszínén. E hegek körüli bőrben semminemű göb vagy keményedés nem tapintható, ellenben a czomb hajlító oldalán, a térdhajlattól fel a glutaealis redőig, a mélyben merev, köteges tömött resistentia érezhető.

A két hegvonal között a térdhajlat közepén körülbelül 6 cm. hosszú, legnagyobb szélességben 1 cm. széles műtői heg, a melynek alsó végében a közepén, közvetlenül a bőr alatt, körülbelül babalaki és nagyságú s e mellett kétoldalt egy-egy borsónyi kemény, különálló göb tapintható.

A hegvonalak és környezetük, valamint a fentemlítt göbök és kemény területek sem járáskor, sem egyébként nem fájdalmasak. A beteg baloldali térdizülete hajlításos zsugorodásban van. A legnagyobb-fokú active és passive véghezvihető nyújtáskor a czomb és a lábszár által alkotott szög mintegy 165 fok. A legnagyobbfokú hajlítások e szög 80 fok. Járáskor a beteg bal sarka nem éri a földet, a testsúly a lábujjakra nehezedik és a megbetegedett lábra való lépéskor az egész törzs kissé balfelé hajlik.

Röntgen-lelet. A csontok szivacsos állománya mindenütt igen

finom, halvány rajzolatú. A csöves csontok diaphysiseinek kéregárnyéka talán valamivel keskenyebb a rendesnél. Az epiphysis-vonalak mintegy 2 mm. szélesek, éles, de egyenetlen szélűek. Az ízfelszínek mindenütt simák, szabadok.

Mindkét vállizület előtt az elülső hónaljredőben a bőr a tapintható göböknek és kemény „infiltratumnak” megfelelően egyenetlen, bodros felhőszzerű, helyenként halvány, másutt mély árnyékok láthatók, a melyek leterjednek a felkar ventralis-medialis felszínén a felkar középső harmadáig. (1. ábra.)

A bal térdizületéről készült felvételen látható a térd hajlításos tartása. A térdhajlatban tenyérnyi intensív bodros árnyék, a melynek széli részletei egészen a felszínig terjednek és megfelelnek a bőr alatt kiemelkedő göböknek. (2. ábra.) A legnagyobb elváltozások a bal czomb hajlító területén észlelhetők. Hatalmas, intensív árnyékok húzódnak le a czomb felső részletétől, az izmok inas részleteinek megfelelően mindinkább elvékonyodva, le a térdhajlatban levő tenyérnyi sötét bodros árnyékba. A musculus biceps femoris egész lefutásában, kezdve alul az inas részletétől, fel majdnem a tuberositas ossis ilei magasságáig, egyenetlen intensív árnyék alakjában látható. (3. ábra.) Hasonló képet mutatnak a musculus semitendinosus és semimembranosus alsó inas részletei. (4. ábra.)

A test egyéb helyein sem átvilágítással, sem felvételek készítésével rendellenes árnyékok nem láthatók.

Mindkét, de főleg a jobboldali tüdőcsúcs valamivel homályosabb. A jobboldali tüdőhilusban néhány borsónyi tömött folt és kifejezett sugaras nyirokút-rajzolat. Mindkét oldali rekesz jól kitér, a sinusok mély belégzéskor feltisztulnak.

Szöveti lelet. A jobboldali hónaljredő bőréből kiemelkedő és a bőrt egy helyen már áttört szürkés-fehér meszes gócot helybeli érzéstelenítésben kimetszve, az eltávolított göb és a vele szomszédos szövetrészlet mikroszkopos vizsgálata a következő eredményre vezetett:

A bőrből, illetőleg a bőraltti kötőszövetből éles kanállal kiemelt fehér, pépszerű anyag a levegőn csakhamar megalvad. Sósav hozzáadására feloldódik; sósavas oldatából oxalsavval kicsapva, górcső alatt apró szemcsékből összeálló pálczikaszerű képletek láthatók. A vegyi vizsgálat szerint az anyag 60%-a calcium-phosphat, a többi zsír és más, közelebbről meg nem határozható szerves anyag.

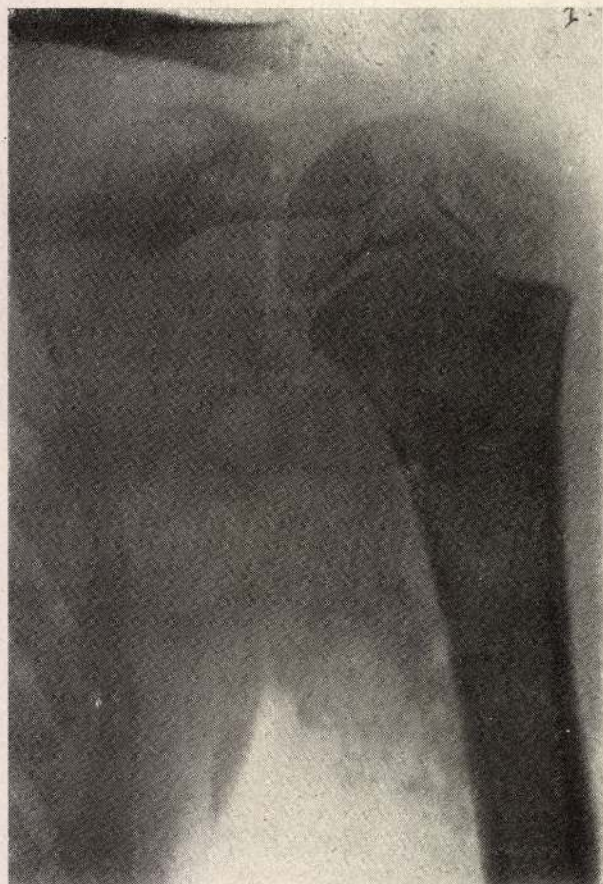
Kis nagyítással a bőr hámlja mindenütt rendes rajzolatának látszik, kivéve ott, a hol a meszes göb kiemelkedik a bőr szintjéből. Itt a papillák egymáshoz nyomottak, lelapítottak, megnyúltak. A hám alatti kötőszövetben elszórtan szabálytalan alakú és nagyságú, sötétén festődött sejtszigetek láthatók. Ez alatt a terület alatt a mélyebb rétegekben, főleg a bőraltti kötőszövetben nagy kiterjedésű, alveolaris elrendeződést mutató, amorph szemcsékből álló és haematoxylinnal erősen ibolyakékre festődő területek látszanak.

Erősebb nagyítással a hámaltti kötőszövet rostjai erősen fel-lazultak, vízenyős átvivódást mutatnak, helyenkint hyalin módon elfajultnak látszanak. A kis nagyítással látható, erősen festődő sejtszigetek főleg kis gömbsejtekből és plasmasejtekből állanak. Az amorph szemcsékből és göbökből álló területek — a melyeknek alveolaris szerkezetét a rajtuk keresztül-kasul haladó, keskenyebb-szélesebb kötőszöveti gerendák okozzák — helyenkint éles határ nélkül mennek át a szomszédos, elhaltnak látszó kötőszövetbe, másutt éles határral végződnek a szomszédos kötőszövet felé. A velük határos kötőszövet sűrű sejtes beszűrődést mutat, a mely infiltratum kis gömbsejtekből, nagymennyiségű polymorphmagvú leukocytaból és epitheloid sejtekből áll. Helyenkint a kötőszöveti rostok hézagaiban helyet foglaló amorph szemcsék közvetlen szomszédságában néhány Langhans-típusú óriássejt is látható. Az amorph szemcsék és göbök területén a szöveti szerkezet még felismerhető; a sejtmagvak azonban csak halványan vagy alig festődnek.

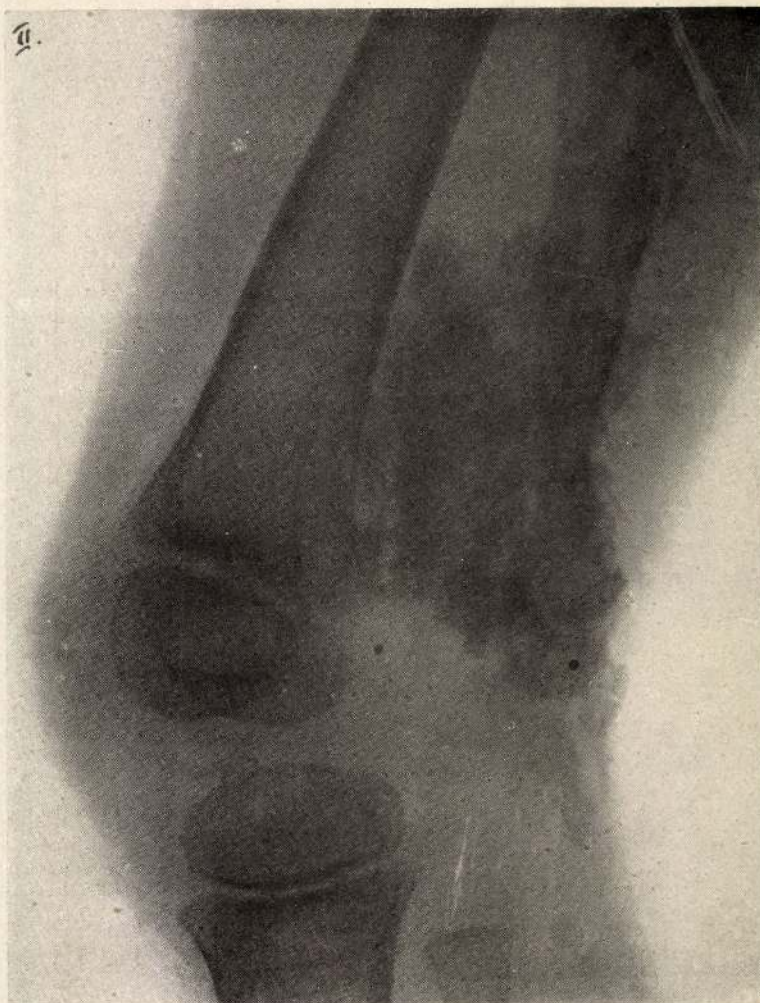
A szövettani vizsgálat szerint tehát a hámaltti kötőszövet rostjai és kötegei között amorph, anorganikus szemcsék foglalnak helyet, a melyek vegyi összetétele azonos a műtét útján nyert anyagéval, tehát phosphorsavas calciumból állanak. Ezen mészsókból álló góczok körül a kötőszövetben idült reactiv lob jelei láthatók. Ez a reactiv lob azonban aránylag kistokú, a mit az objectív elváltozások mellett a subjectív teljes fájdalomtlanság is bizonyít. Talán leginkább a „steril genyedés-hez” lehetne hasonlítani.

* * *

Mindezek szerint a calcinosis interstitialis universalis jellemző kórképével állunk szemben. Feltűnő a mi esetünkben is, hogy a betegség fiatal, nyolcz éves egyént támadott meg s feltűnő a kezdeti jelenségek teljes hiánya. A legteljesebb, állandó jó közérzet közben, lassan fejlődtek ki a megbetegedés első szembetűnő jelei: a bőrben megjelenő kemény göbök. Még a legnagyobbfokú elváltozások is, a bal térdhajlatban és czombon, teljesen észrevétlenül keletkeztek, a fiút a járásban, szaladgálásban a legcsekélyebb mértékben sem zavarták, csak a zsugorodás lassú kifejlődése hívta fel anyja figyelmét a betegségnek komolyabb voltára. A betegség esetünkben igen lassú lefolyásának és kevésbé előhaladó hajlamának mondható. 1917-ben kezdődött, körülbelül egy év alatt érte el kifejlődésének legnagyobb fokát s azóta a mai napig jóformán alig haladt előre. Az egyes mészlerakódások góczok ha valamivel terjedelmesebbek is lettek, a szervezet egyéb, eddig érintetlen helyein új góczok nem keletkeztek. Annál is inkább feltűnő ez a jóindulatúnak látszó lefolyás, mert, ha a mészlerakódás nem is generalizált — hiszen, a mint a Rönt-



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.



gen-felvételeken megítélhető, három nagy meszes gócz mutatható ki: a két hónalj tájon és a bal czombban —, az egyes mészlakódások góczok oly nagyterjedelműek, oly tömegesek, a milyen nagyterjedésű localis góczok talán az eddig között esetek egyikében sem voltak.

A megbetegedést, illetőleg helyesebben ennek látható következményeit tehát a szervezet kötőszövetében lerakódó mészsók okozzák. Arra a kérdésre természetesen, hogy melyik az elsődleges, a mészlakódás-e, vagy a kötőszövetnek valamelyes elváltozása, határozott feleletet adni nem lehet. Abból a körülményből, hogy épnek látszó, élő kötőszöveti rostok közvetlen szomszédságában, szorosan hozzájuk fekvő látunk mészszemcséket és hogy a nagyterjedésű és fokú elmeszesedett területekben még mindig látunk kifejezett szövetszerkezetet, talán inkább azt a következtetést lehetne vonni, hogy a mészsók „kicsapódása” az elsődleges és a kötőszövet sérülése, elfajulása és végeredményben elhalása a másodlagos jelenség.

Hiszen O. Chiari és M. B. Schmidt vizsgálatai óta tudjuk, hogy a mészlakódás a szövetek elsődleges elfajulása nélkül is bekövetkezhetik. M. B. Schmidt szerint a vérnek mészsókkal való telítettsége már maga előidézhethet mészlakódást az ép szövetekben. Sőt szerinte létrejöhetnek mészlakódások a nélkül, hogy a vér calcium-tartalma megnagyobbodott volna. Igaz, hogy mindkét esetben a mészlakódás rendszerint és főleg nephritis kapcsán következett be, de ritka esetekben nephritis nélkül is. És ez utóbbi esetben a mészlakódás okát nem a szövetek dystrophiájában, hanem a megváltozott oldódási viszonyokban keresi, a mit a nephritis kétségtelenül okozhat, de eddig még ismeretlen okok is előidézhethetnek. S ő a szövetek elhalását éppen a lerakódott mészhatójának tulajdonítja.

De még ha — mondjuk — boncztanilag el is lenne döntve, hogy a mészsók kicsapódása, vagy a kötőszöveti rendszer elváltozása az elsődleges, hátramarad a kérdés physiologiai része: mi okozza az egyiket vagy másikat?

Hofmeister a kísérleti szövetszövet elmeszesedést tanulmányozva, a vért tertiar phosphorsavas mészsóval telített oldatnak tartja. A vérnek azt a képességét, hogy ezt a phosphorsavas calciumot nagyobb mennyiségben oldatban tartja, az ú. n. védőcolloidok jelenlétének tulajdonítja. Az oldatban levő sók kicsapódása pedig a colloidok megbomlása, a szöveteket átáramló vér osmosis viszonyainak megzavarása következtében jönne létre.

Hasonló módon magyarázza a sók oldódási viszonyait és a különböző kicsapódások létrejöttét Lichtwitz is. Szerinte a sejtek és a szövetnedvek colloidalis volta okozza vízben egyébként nehezen oldható anyagoknak (cholesterin, phosphatok, alkáli és földcarbonatok, húgysav, oxalsavas mészsók stb.) abnormis oldhatóságát. Ha a colloid-oldat bomlása (decompositioja) következik be, ez megváltoztatja az oldódási viszonyokat és lecsapódások képződésére vezet. Ilyen de compositio általánosan következik be, hogy a colloidok más (ellentétben töltött) colloidokkal csapadék-képződés közben reagálnak.

A kicsapódások egy másik csoportja úgy keletkezik, hogy ilyen és más colloid-kicsapódások megtörténte után (elzsírosodás, elsajtosodás) a colloid-védelem a nehezen oldható sók részére csökken. S ha most például valamely elsajtosodott mirigyben mészlakódás képződik, a szöveteket átáramló szövetnedvekből addig fognak a mészsók bediffundálni és ismét lecsapódni, a míg az osmosis kicserélődés lehetősége fennáll. Ennek következtében a szervezetben a rosszabbodott oldódási viszonyokkal bíró területek vízben nehezen oldható anyagok részére mint condensatorok szerepelnek.

Hogy tehát a betegség okának ezek szerint az egész kötőszöveti rendszer elsődleges megbetegedését tekintjük-e, vagy az anyagforgalom — és pedig a calcium-anyagforgalom — zavarát, e kérdésre válaszolni nagyon nehéz. Legvalószínűbbnek találjuk mi is Versé felfogását. Föltétlenül és elsősorban

a normalis mészhatóanyagforgalomnak valamelyes megbomlását, és pedig vagy a mészható-resorptio megnövekedését, vagy talán még inkább a kiválasztás csökkenését kell elfogadnunk mint egyik tényezőt, e mellett azonban kétségtelenül szerepet játszik a kötőszöveti rendszernek mészsók lerakódására hajlamosító elváltozása is. Hiszen e nélkül nehezen volna elképzelhető, hogy miért rakódnak le a mészsók kizárólag a kötőszövetben s miért nem ott, a hol az elmeszesedés más fajainál lerakódni szoktak?

Egyszerű méshatómetastasisról beszélni itt nem lehet. A mi esetünkben sem látható a csontok részéről olyan elváltozás, mely nagyobb fokú resorptió jelenségekre engedne következtetni, a mely elváltozásnak a Virchow-féle értelemben vett „méshatómetastasis” jelen kellene lennie.

De akár az egyik hypothesis okot fogadjuk el, azt tehát, hogy a calcium-anyagforgalom zavara vezetne a mészsók lerakódásához, akár a másikat, hogy a kötőszöveti rendszernek mondjuk „rendszermegebetegedése” volna a mészsók kicsapódásának előidéző vagy kiváltó oka, vagy még tovább menve, akár mindkét valószínűségi oknak együttes jelenlétét fogadnánk el: a megbetegedés aetiologiáját egyikkel sem derítettük fel. Fennmarad minden esetben az utolsó kérdés: miért következik be a calcium-anyagforgalom zavara, vagy a kötőszöveti rendszer elsődleges megbetegedése, avagy egyszerre mindkét elváltozás?

A mi tehát ezt a kérdést, a calcinosis interstitialis universalis kezdeti okát illeti, sajnos, újat a mi esetünk sem mutat. Kíváncsinos, sőt elengedhetetlen lett volna a legapróbb részletekre kiterjeszkedő calcium-anyagforgalmi vizsgálatot végezni, ez azonban — mint már említettem — ezidő szerint keresztülvihetetlen volt. Tekintve azonban esetünkben a betegség igen lassú előhaladását s az eddigi lefolyás után ítélve jóindulatú voltát — hiszen már négy éve, hogy fennáll és aránylag nagyon kevésse haladt előre —, reményünk van arra, hogy a közeljövőben mégis csak lehetséges lesz részletes calcium-anyagforgalmi vizsgálatot végezni s ezzel talán sikerül majd némi betekintést nyerni a betegség keletkezésének lényegébe is.

A correctura átnézésakor jelent meg a Zentralorgan f. d. ges. Chir. 13. kötetének 4. füzetében Schamoff W. N. kéziratú cikkének referatuma (Szent Pétervár, 1920): „A bőralatti kőképződésről”. Két típust különböztet meg: 1. Calcinosis interstitialis universalis; ez a gyermek, illetőleg fiatalokor betegsége. Nagy kiterjedésű, gyors lefolyású, rendszerint halálos. 2. Az idősebb korban jelentkező, lassú lefolyású, kevésse kiterjedt, jóindulatú, gyógyulásra hajlamos typus. A betegség keletkezése okának a calcium-anyagcsere desorganisációját tartja, a mit az ivarmirigyek aplasiájára vezet vissza. Esetében calcium-anyagforgalmi vizsgálatot is végzett, s azt találta, hogy a vér calciumtartalma periódusokban a rendesnek tízszeresére is emelkedik.

Irodalom Beck: Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1901. — Chiari O.: Zeitschr. f. Heilk. 1907, 28. köt. — Dietschy: Zeitschr. f. klin. Med., 64. köt., 5—6. füz. — Domarus: Deutsches Archiv f. klin. Med., 122. — Dunin: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1905, 14. — von Gasa: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1912, 19. köt. — Hofmeister: Münchener med. Wochenschr. 1909; Zeitschr. f. Physiol. Chemie, 1902, 33. köt. — Jadassohn: Arch. f. Dermat. u. Syphil., 1900, 100. köt. — Jansen: Zeitschr. f. physiol. Chem., 1918, 100. köt. — Jeanne: Bulletins et mémoires de la soc. anat. de Paris, 1910. — Krause és Trappe: Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1909, 14. köt. — Lewandowsky: Virchow's Arch., 1905, 181. köt. — Lichtwitz: Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 15. sz. — Löwenbach: Arch. f. Dermat. u. Syphil., 1914, 72. köt. — Marchand: Münchener med. Wochenschr., 1910. — Milian: Thèse de Paris, 1899. — Morel-Lavallée: Revue de Thérap. — Mosbacher: Deutsches Archiv f. klin. Med., 128. köt. — Neuwirth: Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1906, 16. köt. — Ohme: Deutsches Archiv f. klin. Med., 106. köt. — Profichet: Thèse de Paris, 1900. — Riehl: Münchener med. Wochenschr., 1902, 4. sz. — M. B. Schmidt: Deutsche med. Wochenschr., 1913, 2. sz. — Staehelin: Deutsche med. Wochenschr., 1908, 37. sz. — Thibierge és Weissenbach: Ann. de Dermat. et Syphil., 1911. — Trappe: Verhandl. d. Deutschen Röntgen-Gesellschaft, 5. köt. — Trappe: Deutsche med. Wochenschr. 1918, 14. sz. — Tilp: Verhandl. d. Deutschen Path. Gesellschaft, 1910, 14. — Versé: Ziegler's Beiträge, 1912, 53. köt. — Wildbolz: Archiv f. Dermat. u. Syphil., 1904, 70. — Wolf H.: Langenbeck's Archiv, 1902.

Anaphylaxia, angina, polyarthrits rheumatica, endo-pericarditis, chorea, poliomyelitis.

Irta: Szontagh Felix dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

Most pedig áttérünk a poliomyelitisre. Mint ismeretes, legutoljára 1913-ban, Amerikában, Európában, nevezetesen Középeurópában a poliomyelitis járványosan jelent meg. Az esetek nyáron, illetve ősz elején jelentkeztek tömegesen, mint a hogy az ilyen időben való epidemiás jelentkezés erre a betegségre is jellegző, csak úgy mint másokra, például az anginára, vörhenyre stb. Hogy a poliomyelitis, ma Heine-Medin-betegség a neve, nemcsak sporadice, de epidemice is jelentkezhetik, a régebbi idők orvosai is tudták. Közülük többen már régebben is fertőzőes betegséggnek minősítették, de távolról sem gondolták, hogy ezzel a suppositióval a betegség járványos megjelenését megfejtik. Az utóbbi időben a tudományos búvárkodás megállapítottak véli a betegséggnek nemcsak fertőzőes, de ragadós természetét is, mert nagyterjedelmű járványokat volt alkalmunk észlelni. A járványok keletkezésének ez a magyarázata azonban nem bizonyult kielégítőnek. A newyorki, körülbelül 10.000 esetet felölelő járványról (25% mortalitás!) a hivatalos jelentés directe hangsúlyozza, hogy az esetek között nexus nem volt kimutatható. A nexus azonban kimutatható, ha föltételezzük, hogy egészségesek is terjeszthetik a betegséget! Éppen azért ma megdönthetetlen dogma, hogy a poliomyelitis az egészséges emberek terjesztik, talán még fokozottabb mérvben, mint a betegek. S autorok, kik ezzel a betegséggel foglalkoznak, állítólag rendelkeznek is erre vonatkozó bizonyítékokkal. Mindezek a tények ma annál kevésbé vonhatók kétségbe, mert hiszen a tudományos, nevezetesen experimentális búvárkodásnak sikerült a „kórokozót“ (invisibilis vírus alakjában) kimutatni és nevezetesen állatokon — majmokon — végzett beoltások révén, de meg immunológiai methodusok, „serumdiagnostikai vizsgálatok“ segítségével be is bizonyítani.

Mi ebben valóság, igazság, mi föltevés avagy pusztá állítás?

1913 szeptember havában egy családban 3—4 napon belül egy 8, egy 4 és egy 14 éves leány betegedett meg anginában. A 8 éves leánynál az acetonaemiával beköszöntő hurutos angina súlyos laryngitissal, hasfájdalommal és constipatióval szövődött. A poliomyelitis klinikai lefolyásából jól ismert tünetek: az úgynevezett infectiosus stadiumban nagy belső nyugtalanság, álmatlanság, nagyfokú, a vést megijesztő túlérzékenység stb. mellett hirtelen, mondhatni a Landry-féle paralysisre emlékeztető gyorsasággal, aggasztó szívgyengeséggel és akadozó lélekzéssel kapcsolatosan kifejlődött a nyakra, az egész törzsre és a négy végtagra kiterjedő bénulás. A 4 éves leánynál gyenyedésszerű angina zajlott le szövődés nélkül. Az angina igen súlyos alakban jelentkezett s a többi tünet is nyugtalanító volt, úgy hogy tartani kellett, hogy szintén bénulás fog kifejlődni. A helyzet azonban egy csapásra megjavult, a mint az arczon kétoldalt hatalmas herpesz fejlődött ki.

Senkinek sem lehet kétsége az iránt, hogy a három leánynak egyidőben történt megbetegedése nem a véletlen műve, hanem, hogy itt egy és ugyanazon betegség zajlott le mindegyiken. Az én véleményem szerint ez a három gyermek *anginában* szenvedett. A 4 évesről ez teljesen bizonyos, hiszen más nyilvánulás nem volt észlelhető rajta. A 14 évesről is állítható ez; ő nála az angina „initialis“ jelenségnek imponált, látszólag bevezetése volt az „általános fertőzésnek“; de ez utóbbi kifejlődése elmaradt s betegsége a herpesz kifejlődésével lezárult. Hát akkor a harmadiknak, a 8 évesnek a betegsége lényegében nem volt angina, hanem poliomyelitis? Hiszen valójában ez is *anginával* kezdődött, csak hogy ehhez az „általános fertőzés“ stadiuma társult, melynek folyamán kifejlődött a bénulás. Röviden: a 8 éves leánynak betegsége is angina, csak hogy lefolyása igen súlyos poliomyelitis kifejlődésével járt.

A modern fölfogás, mely a poliomyelitis „kórokozóját“ ultramikroskopos élő szervezetben tételezi föl, nem tagadná, hogy ez a három gyermek egy és ugyanazon betegségben szenvedett, de ezt nem anginának, hanem poliomyelitisnek minősítené. Ezt tette, vagy tenni kénytelen volt pl. J. Grober (Die akute epidemische Kinderlähmung. Deutsche Klinik, XIII. köt., Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien) is, a ki a következőket írja:

„Die letzten Epidemien haben uns Fälle kennen gelehrt, in denen dieses Stadium* das einzige war, das die Kranken durchmachten, ja es ist gelegentlich beobachtet worden, dass von einer Reihe von Kindern der gleichen Familie zur gleichen Zeit das eine nur eine Angina, das zweite das eben beschriebene Infektionsstadium und das dritte eine wirkliche Kinderlähmung im eigentlichen Sinne durchmachten.“

Az én három esetemet tehát Grober identikus megbetegedésnek minősítené, de nem anginának, hanem poliomyelitisnek. A 8 éves leánynál kifejlődött volna az initialis angina, az infectiosus stadium és a bénulás, a 4 éves leánynál, de meg a 14 éves leánynál is csak az initialis angina, illetve ez herpesszel. Kézenfekvő dolog, hogy ilyen fölfogás mellett a poliomyelitis „specifikus“ kórokozója okozhat csak anginát, illetve csak anginát herpesszel.

Kérdem, ki ma az az orvos, föltéve, hogy gondolkodását nem tereli az egyoldalú dogmatikus állásfoglalás csak egy irányba, a ki ezt aláírná? Poliomyelitisnek megnyilvánulása lehet egyszerű angina faucium?!

Hát ez az egyszerű tények teljes félreismerése, az empiria szolgáltatta, maguktól ékesen szóló értékes adatok hamis értelmezése. Grober-nek, ha consequens akar maradni magamagához, azt kell tanítani, hogy a poliomyelitis invisibilis vírusa „okozhat“ csak egyszerű anginát, „okozhat“ poliomyelitis, „okozhat“ csak bélzavarokat, „okozhat“ csak általános fertőzésre valló tüneteket.

Még ha a nevezetesen Römer (Experimentelle Poliomyelitis, Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilk., VIII. köt.) által, nem tagadhatni, hogy hatalmasan támogatott experimentalis basis segítségével megszerkesztett fölfogást a poliomyelitis lényegéről, mint Grober is, magamévá teszem, még akkor sem tudom ezt a tanítást elfogadni.

Mi a valóság? Nem valóság az, a mikor Römer abból a tényből, hogy a poliomyelitisrel kapcsolatosan, illetve a megbetegedés kezdetén igen gyakran látni toroktüneteket, tüneteket a lélekzőszervek részéről (bronchitist, hurutos tüdőgyuladást) és végül bélzavarokat, azt hiszi, hogy ez a klinikai értékes tapasztalat azt bizonyítaná, hogy az invisibilis vírus a száj, torok, lélekzőszervek, illetve a béltractus nyálkahártyáján át hatolt a szervezetbe. Oly fölfogás, illetve állítás ez, mely nagyon messze esik az igazságtól. Csak egyet. Hát egyszer az élő méreg, pl. tuberculosis esetében, még primaer megbetegedési gócz hátrahagyása nélkül is, csak úgy, mint a hogyan neki tetszik, egyszerűen átsétál a nyálkahártyákon, máskor a „specifikus“ „kórokozó“ (pl. diphtheria) egyszerűen tengeti életét a nyálkahártyán, megint más alkalommal, például a poliomyelitis élő vírusa, de csak a mikor neki tetszik, betör a szervezetbe és ilyen betörése jár anginával, jár bronchitissal, jár pneumoniával, jár bélirritációval, s okozza a betörés idejétől számítva már 48—72 óra múlva megnyilvánuló s Landry-féle paralysis képében esetleg halálos lefolyású poliomyelitis? Betegséget, a mely állítólag nagyon sok hasonlóságot mutat a lyssával, a melyet azonban állat harapással olt be az emberbe s a melynek 2, sőt 3 hónapig eltarthat a lappangási szaka!

A valóság, az igazság egyszerűen a következő: a poliomyelitis olyan megbetegedés, a mely diathesis megengedte basison explodál anyagforgalmi krízis képében. A betegséggnek mint anyagforgalmi krízisnek jellegére utalnak: az initialis acetonaemia, a herpesz, az angina (diathesises tünet), zavarok a béltractus részéről, hurut avagy gyulladás (diathesises tünet) a lélekző szervek részéről. Tapasztalatok bizonyították,

* Megjegyzés: t. i. az „általános infectio“ stadiuma.

hogy angina, a béltractus irritációja és a lélekzőszervek hurutos, illetve gyulladásos megbetegedése egymásnak aequivalense; vannak epidemiák, illetve vidékek, hol a poliomyelitis kórképében mint initialis jelenséggel túlnyomóan anginával, s vannak megint epidemiák, illetve vidékek, a hol mint initialis tünettel túlnyomóan bélirritációval találkoztak. Tartsuk szem előtt az anginát. Akkor egyszerűen a következő eredmény áll elő: a mint a vörheny sem más, mint olyan angina, melyet anaphylaxiaszerű manifestációk, elsősorban is a köztakaró részéről (exanthema), modifikálnak vörhenynyé, úgy a poliomyelitis sem más, mint olyan angina, a melyet anaphylaxiaszerű jelenségek az idegrendszer (elsősorban is a gerincvelő szürke állományának a megbetegedése) részéről változtatnak át poliomyelitissé. A mint vörheny esetében az anaphylaxia természetű exanthema önálló megbetegedésnek a látszatát kelti, úgy poliomyelitis esetében az idegrendszer sokszor foudroyans, épp ezért anaphylaxia természetű megbetegedése önálló betegségnek a benyomását kelti. Vörheny esetében feltételezik, poliomyelitis esetében bebizonyítottak látják a specifikus kórokozót invisibilis élő mérgek képében. Pedig a magyarázat egyszerű. A mi a poliomyelitist az anginától megkülönbözteti, nem invisibilis vírus, hanem toxinhatás. Előáll kapcsolatosan azzal az anyagforgalmi krizissel, mely láthatólag elsődlegesen az anginának keletkezéséhez vezet s mely láthatólag másodlagosan, azaz későbbben — hiszen az idegrendszer megbetegedéséről van szó (az incubatio az idegrendszer toxikus megbetegedése esetében hosszabb ideig tart) — bizonyos, legtöbbször élesen elhatárolt részeit a gerincvelőnek, az elülső szarvakat támadja meg.

Igen valószínű, hogy ez a méreghatás először is a ganglionsejteket éri, tehát a parenchyma megtámadtatása az elsődleges, a mint ezt Charcot annak idején feltételezte. Ezzel szemben a mai fölfogás szerint a folyamat nagyrészt elsődleges interstitialis affectión alapulna.

Römer szerint a poliomyelitis pathogenesisét következőképpen lehetne elgondolni:

„Das Virus der Heine-Medin'schen Krankheit dringt von den lymphatischen Aufnahmeapparaten des Rachens und des Darmkanals oder von beiden aus — es wechselt das etwas in den verschiedenen Epidemien — in den Organismus ein. Von hier aus wandert es längs den in den Interstitien und in den Scheiden der peripheren Nerven vorhandenen Lymphbahnen dem Rückenmark zu. Hier angekommen erzeugt es eine leichte infiltrative Entzündung der Pia von lymphocytärem Typus und dringt weiter längs den Nerven in die eigentliche nervöse Substanz ein, wo es sich kontinuierlich besonders in den Lymphscheiden der grösseren Venen, aber auch in den im nervösen Gewebe selbst gelegenen Lymphbahnen weiter verbreitet. Dank seinen elektiven Beziehungen zum Lymphapparat kommt es besonders da zu üppiger Entwicklung, wo, wie in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarks, ein besonderer Gefäss- und damit Lymphreichtum, sowie ein sehr lockeres Gefüge des Gewebes besteht. Das Virus erzeugt hier eine infiltrative Entzündung von lymphocytärem Typus, die einmal sekundär, sei es durch Ernährungsstörungen, sei es durch direktes Übergreifen des Infiltrationsprocesses, zur Ganglienzellendegeneration und schliesslich zum Ganglienzellschwund führt. In anderen Fällen, besonders solchen von sehr schwerer Infektion, werden auch primär die Ganglienzellen befallen, ein Vorgang, an dem sich mit Regelmässigkeit eine Vernichtung derselben durch hauptsächlich lymphocytäre Fresszellen anschliesst.“

Römer ezen fölfogása felépült állatkísérletei, illetve azon leletek alapján, melyekkel a mesterségesen megbetegített s Heine-Medin-kórban elhullott majmok gerincvelőjében találkozott. Az elváltozások mikroszkopos vizsgálati eredményeiről szép fotografiai felvételek számolnak be; épp így a szöveg között sok ábra érzékíti, hogy a megbetegített állatok benuulásban szenvedtek. Mindezt a legnagyobb készséggel elismerjük.

Römer tökéletesen meg lévén győződve fölöle, hogy az a megbetegedés, melyet majmokon mesterségesen előidézt

poliomyelitisben meghalt gyermekek agyából, gerincvelőjéből, liquor cerebrospinalisából készített homogen emulsióknak intracerebralis injectiójával s melyet állatról állatra propagálni tudott, identikus az ember poliomyelitisével, mégis teljesen megoldatlannak kell hogy mondja azt a kérdést, hogyan is fertőztetik az ember még akkor is, ha Wickmann-nal együtt teljes meggyőződéssel feltételezi, hogy az átvitel csak emberről emberre, esetleg virusgazdák útján történik.

Römer ezt a kérdést nyitva hagyja. Épp így egyenesen találynak minősíti s megfejtéséhez nem talál még hypothesis sem, azt a feltűnő jelenséget, hogy a poliomyelitis évek óta járványokban explodál.

Nos hát, írjuk ki egész nyíltan. Römer-nek, ennek a kiválóan komoly, tudós orvosnak és rendkívül ügyes, következtetéseiben is óvatos bűvárnak, csak úgy mint elődjének, például Flexner-nek összes fáradozása meddő maradt. Elolvassa az ő közleményeit, az olvasó szívesen elhisz, sőt aláír mindent. De engem még ő sem tud arról meggyőzni, hogy ő majmokon az emberi poliomyelitissel identikus megbetegedést idéz elő s poliomyelitist propagál majomról majomra. Römer, csak úgy mint más autorok is más téren, tévedés áldozata. Megengedem, hogy az ő állatainak megbetegedése (feltűnő nagy a mortalitás, a mi természetes, mert szinte csodás, hogy az állatok a beavatkozást egyáltalában elbírják) valamelyes analogiát mutathat az ember poliomyelitisével. De kérdem én, hát az ember olyan feltételek között betegszik-e meg, mint a minők között mesterségesen megbetegítik, jobban mondva legtöbbször megölik az állatot? De ezt Römer maga is érezni látszik, a mikor elképzelni nem tudja, hogyan is betegít meg beteg avagy egészséges ember egészséges gyermeket az invisibilis vírussal, feltételezve természetesen „átvitellel“, a mit eddig senki sem látott, de a miben ma nem hisz, a dogmatörés bűnének elkövetését jelenti.

Römer is analogiát vél látni a lyssa és a poliomyelitis között. Hát kérdem erre: micsoda sphinx az az invisibilis vírus, melyet az egyik ember ártalom nélkül hordhat, de már pusztá érintkezés (micsoda mechanizmus segítségével?) útján átadhat másnak azzal az eredménynyel, hogy az 48 óra múlva Landry-féle paralysisben megbetegszik. Ne vegyük azok rossz néven, kik ilyen állításokat kockáztatnak, ha erre azt írom, hogy ilyenekkel nem az értelemre, de már nem is a hitre, hanem egyenesen a fantáziára apellálnak.

A mi a virusgazdák, a bacillushordozók stb. jelentőségét illeti, megírhatom ma már, hogy igenis én voltam az egyedüli, a ki már évekkel ezelőtt hirdettem és bizonyítottam, hogy ez az ötlet a milyen primitív, annyira szerencsétlen is. Szerencsétlenség a tudomány haladására, a problémák megoldására való tekintettel. Ma utalni tudok Jürgens előadására és az ehhez fűződött discussióra (Berl. mediz. Gesellschaft, 1919, V. 21). Már más fők is kezdik belátni, hogy „a bacillushordozók jelentőségét, különösen azokét, kik a betegséget nem szenvedték át, túlbecsülik“, avagy hogy a bacillushordozók leküzdése a járványok elleni küzdelemnek sebzekegy pontja. Az összes bacillushordozók legpontosabb ismerése daczára sem sikerült a typhus terjedését az elsassi fölvonulási területen az 1914. évben megakadályozni. Egyelőre ennyi is elég; jó még több is és más is. De ha abban a talapzatban, a melyen az úgynevezett fertőzőes betegségek pathogenesisének és a járványtannak mai épülete emelkedett, csak egy kő is összeomlik, meglazul az egész talapzat, pláne ha a többi kő is épp oly porhanyós; fictív talapzaton pedig a legszebb épület sem állhat meg.

A mint influenza, a mint chorea esetében olyan endogen toxinhatás érvényesül, a mely electiv hatással van a központi idegrendszer jól körülírt gócaival szemben, épp így vannak anginával avagy bélirritációval mint initialis tünettel explodáló olyan anyagforgalmi krízisek is, a mikor az anyagforgalmi zavar folyamán keletkezett olyan productumok is érvényesítik hatásukat, melyek elsősorban is a gerincvelőben bizonyos ganglionsejtcsoportokkal szemben érvényesítik pathogen hatásukat. Ilyen fölvétellel meg lehet fejteni a poliomyelitis lényegét és minden e betegség terén tapasztalható jelenséget.

Természetes, még rejtélyszerű az anyagforgalmi krízis lényege és rejtélyszerűek az exogen factorok, mint assimilative, illetve dissimilative hatásukat kifejtő principiumok.

Az elsődleges megnyilvánuláshoz, az anginához (pláne ha ez igen enyhe, sőt észrevétlen) viszonyítva, a poliomyelitis, pláne rapid lefolyás, nagy kiterjedés és halálos kimenetel esetében, a leghatalmasabb anaphylaxiás manifestációk egyike. Szerencse, hogy aránylag ritka.

A poliomyelitis (idesorolható localisatiója a csak polioencephalitis és polyneuritis képében való megjelenése, ez utóbbi ugyanis gyakran kombinálódik vele) csakúgy, mint a chorea, első helyen neuroarthritises diathesisnek a manifestációja, s mint ilyen a diathesisnek 4., de még az 5. sorozatába is beleillik. Pathogenesisében exogen fertőzés nem játszik szerepet. Sőt! Lényege csakis toxicosis, endogen eredésű toxinhatás föltételezésével érthető és fejthető meg.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. ülés 1921 május 25.-én.)

Elnök: Haberern J. Pál.

Jegyző: Torday Árpád.

Hastumor érdekes esete.

Göbl Albin: 34 éves földműves beteget mutat be. Hidegrázással, lázzal betegedett meg két hónap előtt. Nagy ascitessel és a bal mesogastriumban fekvő háromökölnyi resistentiával vették fel a Szent István-kórházba. Ascitese visszafejlődött, láza elmúlt. A körülbelül változatlanul megmaradt resistencia röntgenologice a léptől biztosan el volt különíthető, a nemi szervekkel összefüggést nem mutatott, csak kevésbé volt elmozdítható, nyomásra érzékeny. Az uretercystoskopia jól működő veséket mutatott (baloldalt két ureterszájadék). A vizeletben eleinte kevés fehérje, néhány leukocytával, később több fehérje és erythrocyták. Paranephritis anterior, mesenterialis cysta és retroperitonealis gümös mirigy perforációja között kell a differentialis diagnosit megejteni.

24 év óta fennálló lépdaganat.

Göbl Albin: 24 év óta fennálló malariás léptumor mellett kifejlődő, megaloblastos vérkézissel járó anaemia pernicioza esetéről referál.

Kis dosisú insufflatio mint diagnosticum.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: 31 éves férfibeteget mutat be Új Szent János-közkórházi osztályáról, kinek kétoldali tüdőgümőkórja volt erős intoxicatiós tünetekkel (láz, izzadás); az objectiv lelet szerint a folyamat praecipue jobboldali volt. Először a jobb pleuratregebe kapott 150 cm³ nitrogent, mire a láz engedett, de az igen heves izzadás változatlanul megmaradt. Ekkor a bal mellkasfélbe kapott 150 cm³ gázt, mire az izzadás azonnal feltűnően csökkent s a baloldali insufflatio megismétlése (250 cm³ nitrogen) után végleg megszűnt; a hőmérsék is fokozatosan a rendesre szállott alá. Ez esetben tehát a bilateralis befúvással meg volt kereshető az *activabb* folyamat helye, mely a physikai és Röntgen-vizsgálat szerint kevésbé megbetegedett tüdőfélben levőnek bizonyult és így módot nyújtott az észszerű therapiás beavatkozásra.

A vena cava elzáródásának esete.

Hasenfeld Arthur: A 38 éves munkás alsó végtagjain a gyűjtőerek 1919 januárjában kezdtek tágulni; később erősen meg is duzzadtak és lilás színűek lettek; majd ágynak dőlt és 5 hónapig volt ágyban fekvő. Utóbb hosszabb álláskor vagy járáskor elszedült és ha ilyenkor le nem ült, el is ájult. Ezért vétette fel magát a kórházba. Bőre a köldök magasságáig lényegesen hűvösebb, az alsó végtagok már fekvő helyzetben is kékesek, álláskor sötétkékesfeketék; a lábszáron vérzésektől származó foltok, a vena saphena és cruralis ágai tágultak. A legfeltűnőbb elváltozásokat a has bőrén láthatjuk, a hol újjnyi vastagra tágult, erősen kanyargó gyűjtőerek vannak, még pedig a has mindkét oldalán. A

tágult vénák egy része függőlegesen halad felfelé a Poupart-szalag közepétől a bordaívig, másik része a Poupart szalagnál vízszintes irányt vesz a csípőtaraj felé, azután felfelé fordulva a hónalj felé halad. E vénákat a Poupart-szalagnál leszorítva, kiürülnek, és a szorítástól felszabadulva, alulról telődnek. A szív kisebb a rendesnél. A pulsusnyomás kicsiny; a systolés és diastolés nyomás közti különbség 30 mm. A Wassermann-reactio positiv (+++). A vizelet rendes. A tünetek a vena cava rendszerében fennálló keringési akadályt kétségtelenné teszik, az elzáródás az iliaca communisok összeömlésének helye felett és a vena renalisok beömlése alatt van. Az elzáródás oka, minthogy minden más ok kizárható, endophlebitis luetica obliteransban keresendő. A tágult vénák biztosítják a vérátvitelt a vena cava inferiorból a vena cava sup. systemájába, és pedig egyrészt a vena iliaca comm., epigastr. inf., epigastr. sup. és mamma interna, másrészt a vena circumflexa ilei, thoracica longa, vena axillaris és vena subclavia útján. Valószínű, hogy a vena hypogastrica, lumbalis, azygos és hemiazygos útján is jut vér a vena cava sup.-ba.

Az eset prognosisa elég súlyos. Minden a szív állapotától függ. Valószínű, hogy a szívizom elégtelen táplálása következtében annak elfajulása hamarosan be fog következni. A baj aetiologiájára való tekintettel antilueses kúrát kellett elrendelnünk.

A petefészkek-átültetések eredményei és kilátásai.

Mansfeld Ottó: Előadásának első részében ismerteti mindazt, a mit az irodalom és saját tapasztalásai alapján az átültetések lesűrődött eredményének lehet tekinteni. Az autoplastika, a nő saját petefészkének vagy egyes részeinek átültetése, igen jó eredményeket ad. Egy *darabka* átültetését kell végezni az egyenes hasizom és annak elülső fasciája közé. Minden (16) esetben prima megtapadás és gyógyulás következett be. Javult az autoplastika minden oly esetben, a hol ivarérett korban levő nőn lobos vagy neoplasmás kétoldali petefészkekbetegedés miatt történik a műtét, s a hol kénytelenek vagyunk mindkét ovariumot eltávolítani. A felmetszett petefészkek középső részében csaknem kivétel nélkül találunk átültetésre alkalmas ép darabokat. Az autoplastika a *kiesési tünetek kifejlődését meggátolja, ha a méhet meg lehet tartani, az implantatum rendes hőszármót vált ki*. Vannak már 5—8 év óta ellenőrzött esetek. A más nőből átültetett peterész (homoioplastica) életképessége bizonytalanabb. Jogosult a homoioplastica sterilitas, súlyos genitális atrophia, infantilismus eseteiben. Technika: Az operálandó nő petefészkei helyükön hagyandók. Az implantálandó szeletkéek osteomalaciás nőből vagy nőrokonból vehetők és vagy a két rectus fasciája alá vagy a czombba ültetendők át. Állatkísérletek azt bizonyítják, hogy az implantatum hatására a *saját* petefészkek funkciója feléled.

Az előadás második része az auto- és homoioplastika kilátásaival foglalkozik a Steinach-elmélettel kapcsolatban. Autoplastikával operált eseteiben a *hyperfeminizálás* jelenségeit észlelte (erősbödött libido és voluptas, fokozott munkabírást stb.). Ez érdekes jelenségek magyarázatára még több adat gyűjtendő.

Az úgynevezett késői chloroform-halálról.

Sümei István: Az előadó egy 13 és egy 11 éves gyermek esetét ismerteti, kiket a Szt. László-kórházban boncolni és az I. számú kórbonczatani intézetben feldolgozni alkalma volt. Az egyik esetben appendectomia, a másikban pedig otitis media miatt trepanatio történt chloroform-narcosisban. A különböző alapbaj miatt végrehajtott teljesen különböző műtétek dacára két, illetőleg háromnapos incubatio után mindkét esetben ugyanaz a klinikai kép: icterus, láz, hányás, görcsök, deliriumok, majd mély coma és a 4—5. napon halál, lényegileg tehát májinsufficiencia volt észlelhető. Bonczoláskor a műtési terület reactionmentes. Szövettanilag a legsúlyosabb elváltozás a májban keletkezett centralis májleheny-necrosis képében. A szívben, vesékben zsír van, de a magfestés jól megtartott, a lép sem mutatott sepsisre utaló elváltozást, így

hát olyan exogen toxinra kellett gondolni aetiologiai factor gyanánt, a melynek specifikus affinitása van a májsejtek iránt, s ilyen csak egy jöhet szóba: a chloroform. Mindkét eset típusos képe úgy klinice, mint szövettanilag az úgynevezett késői chloroform-halálnak, melynek három alakját ismerjük a szerint, amint a máj, a szív, vagy a vesék részéről jelentkező tünetek állanak az előtérben. A chloroform mérgező hatása a chloroformhoz van kötve, a mely magában véve indifferens, lipidokban oldódó, de az oxydatiós processusok hatására könnyen bomló chloroform-molekulával együtt belopja magát a sejtekbe és ezek életére káros halogen vegyületek képződésére ad alkalmat. Ha azonban csak ez a momentum szerepelne, annyi százezer narcosis között sokkal gyakrabban kellene észlelni a májleheny-necrosis aránylag ritka körképét. Feltűnik az, hogy az észlelt esetek majdnem mindegyikében súlyos gyulladásos, genyedéses folyamatok, végtagangraenák, súlyos hasfolyamatok tették szükségessé a műtétet. Valószínű az, hogy bacteriumtoxinok vagy autolysises anyagcsere-termékek által feltételezett általános intoxicatiója a szervezetnek szükséges, mely az életfontosságú szervek sejtjeit rendellenesen érzékennyé teszi a chloroform iránt. A veleszületett és pillanatnyi dispositiója a szervezetnek, a fennálló alapbaj, illetőleg chronikus és lefolyt betegségek fogják meghatározni azt, hogy melyik szerv laesiója lesz az előtérben. Hogy a májinsufficiencia képe a leggyakoribb, azt az esetek nagy részében a laparotomiát szükségessé tevő hasfolyamat, a lassú keringés, a lipidokban való gazdagság stb. magyarázza meg. *Fischler* Eck-fistulás kutyákon végzett kísérleteiből kiderül, hogy a késői chloroform-halálesetekben a szervezetnek tryptikus befolyások révén a májból felszabaduló mérges hasadástermékekkel való intoxicációjáról van szó. Ha trypsin-nel előzőleg immunizálta a kutyákat, a májnecrosis nem következett be. Ebből azt a gyakorlati következtetést lehetne levonni, hogy ne csak szív- és vesebajokban, hanem anyagcserezavarokban, főként a májra utaló tünetek jelenlétekor és a heveny fertőzőbetegségekben fokozott óvatossággal használjuk a chloroformot, ha ki akarjuk kerülni a centralis májleheny-necrosis veszélyét, mely a heveny sárga májsorvadáshoz hasonlóan menthetetlenül a beteg halálára vezet. Ha nem lehet operálni helyi érzéstelenítésben, leghelyesebb aethert használni, a mely Eck-fistulás kutyákon sem idéz elő májleheny-necrosist.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Bókay János, Flesch Ármin és Bókay Zoltán: A gyermekorvoslás tankönyve. Harmadik bővített kiadás. Budapest, 1921, Mai Henrik és fia kiadása. 755 lap, 111 ábra.

Hazai tankönyvirodalmunknak ez a gyöngye alig tíz év leforgása alatt már harmadik kiadását érte meg. Az új kiadásnak csaknem minden fejezetén meglátszik a tudomány haladásának gondos tekintetbevétele, úgy hogy teljes hűséggel tükrözi vissza a gyermekorvosstan mai állását. Az új ábráknak egész sorozata pedig még könnyebben megérthetővé teszi az egyébként is nagyon világosan és az eredményesen használhatóság szempontjából mintaszerűen megírt szöveget. Összintén kívánjuk, hogy a szerzők, közöttük elsősorban *Bókay János* tanár, a kinek oroszlánrésze van a munka létesítésében és sikeres fejlesztésében, még nagyon sok alkalommal gyönyörködhessenek munkájuk megújulásában.

Lapszemle.

Belorvostan.

A porphyrin-próba jelentőségéről kismennyiségű vér kimutatására a bélsárban. Az amsterdami belklinikán végzett vizsgálatok eredménye gyanánt *Snapper* és *Dalmeier* azt állítja, hogy a bélsárnak vére való vizsgálata a gyomor és bél jótermészetű fekélyeinek diagnosztikájában csak korlátozott

jelentőséggel bír, a mennyiben az eseteknek 25%-ában a legérzékenyebb módszerekkel sem mutatható ki vér a bélsárban, másfelől pedig tetemes (körülbelül 40%) a száma azoknak a belklinikai betegeknek, a kiknek bélsárában hús- és főzelékhiyas diaeta mellett is véryomok találhatók, noha az illetőknek nincsen gyomor- vagy bélfekélyük; így elsősorban gyulladásos folyamatok a gyomor és bél közelében, főleg cholecystitis és cholelithiasis, járnak ilyen occult vérzéssel, továbbá szívbaj és májcirrhosis okozta pangás a bél falzatában, nemkülönben anaemia pernicioza és arteriosclerosis okozhat kisfokú vérzést. A gyomor és bél rossztermészetű daganatainak diagnosztikájában ellenben nagy jelentőségű az occult vér kimutatása a bélsárban, de csak akkor, ha a szokásos szín- és haemochromogen-reactiók mellett a porphyrin-reactiót is igénybe vesszük. Gyomor- és bélrák elég sok esetében (16%) ugyanis a kijutó vérfesték egész mennyisége porphyrinné alakul, a szín- és haemochromogen-próbák ennélfogva negatív eredményt adnak és csak a porphyrin-próba árulja el a kijutott vért. A porphyrin-próba negatív eredménye rossztermészetű gyomor- vagy béldaganat ellen szól; a fordítottja ennek azonban nem áll, vagyis a porphyrin-próba pozitív volta nem bizonyítja valami rossztermészetű gyomor-béldaganat jelenlétét.

A porphyrin-próba következőképpen végzendő: A vizsgálandó bélsarat főlős acetonnal összedörzsöljük, megsűrjük és a szűrőn megmaradt anyagot 1 rész jégecet és 3 rész aethylacetat elegyével újból összedörzsöljük. Szűrés után a szüredék egy részéhez $\frac{1}{4}$ -annyi pyridint és 2 csepp kénammoniumot adunk és spectroskoppal megvizsgáljuk; haemochromogen jelenlétében a jellegzetes csík látszik a sárga és zöld határán. A szüredék egy második részletéhez $\frac{1}{4}$ -annyi 10%-os sósavat és kevés aethert adva, rázás után két réteg képződik; a felső réteg a chlorophyll- és a haematin-spectrumot adhatja, az alsó pedig a jellegző kétcsíkú savanyú porphyrin-spectrumot. Az eljárás tehát elég egyszerű. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 34. szám.)

Sebészet.

Golyvaműtét után súlyos florid tüdőgümőkór fejlődött, *Clairmont* és *Suchanek* három esetében. Az illetők a műtét előtt nagyfokú légcső-stenosisban és tüdőcsúcsshurutban szenvedtek. Nyilván a strumectomia után megváltozott vérkeringés és tüdőventilatio az oka a tüdőbeli folyamat floriddá válásának. A strumectomia javallatának felállításakor tehát tekintettel kell lennünk a tüdő állapotára. (Arch. f. klin. Chir., 115. kötet, 4. füzet.)

A rosszul működő gastro-enteroanastomosisok Röntgen-kezelését ajánlja *Lenk*, a bécsi közkórház Röntgenlaboratóriumának (*Holzknicht*) segédje. Az eljárásra véletlenül jöttek rá, a mennyiben radikálisan operált gyomorrák egy esetében a műtét után prophylaxis céljából végzett röntgenezésre az anastomosis hiányos működése tetemesen megjavult. Eddig 19 esetben használták az eljárást és 13-ban sikerült megszüntetniük a zavarokat. Úgy látszik, hogy az anastomosis helyének spasmusa nagy szerepet játszik a gastro-enteroanastomosisok rosszul működésében; a röntgenezés éppen erre a spasmusra hat kedvezően. Ugyanez okból a szerző azt ajánlja, hogy ulcus-műtétek után ulcus pepticum jejuni megelőzésére rendszeres kísérleteket kellene végezni a röntgenezéssel. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 37. szám.)

Gyermekorvostan.

A „tisztá” pylorusspasmus kérdéséről ír *M. Mohr*. Szerinte „tisztá” pylorusspasmusról csak akkor lehet szó, ha a pylorus egyáltalában nem hypertrophiás, és ennek dacára a körkép súlyos stenosis képét mutatja. A bonczoláskor olyan gyomrot találunk, a melyben a gyomorkapu semmi néven nevezendő megvastagodást nem mutat, ellazult, a tartalmát vagy a betöltött vizet akadály nélkül eresztí át a bélbe, s a felvágott pyloruson semmiféle irányban sem található megvastagodás. Leír ilyen esetet, melyben időközileg atro-

pinnal kezelésre némi eredményt értek el, de a gyermek végül súlyos parenteralis infekcióban elpusztult. A gyermekben, dacára az igen erős hányásnak és a jól látható kórosan fokozott gyomor-peristalticának, a pylorus tájékán tumort nem éreztek. A szerző főnöke, *Rietschel*, a csecsemők habitualis hányását is ide sorozza, sőt egyes csecsemők szopás utáni köpését is a tiszta pylorusspasmus „forme fruste”-jének tartja. (Zeitschrift f. Kinderheilkunde, 29. kötet, 3. és 4. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

Az influenzának szamárköhhögéssel egyidőben előfordulásáról ír *Reiche* (hamburg-barmbecki kórház). Előre sejtethető volt, hogy az influenza a szamárköhhögés lefolyását hátrányosan befolyásolja, mert mindkét betegség a légutakban s a tüdőben hoz létre kóros elváltozásokat. Ezt *Reiche* a saját pertussis-osztályán jelentkezett influenza alkalmával észlelte is. Kilencz ilyen kombinált esete közül hat volt halálos végződésű. E hat eset közül háromban a pertussis első 3 hetében jelentkezett az influenza. Azon eseteiben, melyekben a pertussis már lezajlóban volt, a köhhögés-rohamok száma s erőssége növekedett. Eseteiben a pertussis-lymphocytosis az influenza beálltával gyorsan csökkent a neutrophilek javára. Az influenza lefolyása, egy kivételével, inkább az úgynevezett pneumoniás alakot mutatta, mint a toxikus. Úgy szólván összes bonczolt eseteiben feltűnt a diphtheriára emlékeztető balszívtágulat, egy esetében pedig encephalitist észlelt, mely complicatio úgy pertussisnál, mint influenzánál előfordul. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 47. szám.)

Jacobovics dr.

A nyúlajak örökléséről ír *Tichy* (Marburg). Alkalma volt egy családot megfigyelnie, a melynek törzsfája szépen mutatta e torzképződmény öröklését. Egészséges nagyszülőknek 10 gyermeke közül egy leánynak volt nyúlajka. E leánynak 6 gyermeke közül négynek volt részben csak nyúlajka, részben egyben farkastorka is. E leány egyik nem terhelt fivérének 9 gyermeke közül egynek volt nyúlajka és farkastorka. Ugyancsak egy másik fivérének gyermekei közül egynek volt nyúlajka. *Haymann*, mint legtöbbet, 5 ilyen torzképződményt talált egészséges gyermekek mellett egy családban; ez az 5 torzképződmény egyszer ugyanazon anyának 2, máskor pedig 4 egészséges gyermeke mellett fordult elő. A *Tichy* közölte 4 torzképződményes ugyanazon anyának 2 egészséges gyermeke mellett észleltetett. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 47. szám.)

Jacobovics dr.

Szemészet.

A keratoconus okait keresve, *Wernicke* arra a gondolatra jutott, hogy a glaukoma a sclerosis disseminata késői megjelenési alakja. Támaszkodik *Schnabel* leleteire, a ki glaukoma simplex eseteiben közvetlenül a papilla mögött kis üregeket talált az opticusban, úgy hogy a glaukoma simplexre a cavernás szembetegség elnevezést ajánlotta; ugyancsak *Schnabel* egy glaukomás betegének bonczolásakor sclerosis disseminatát is talált. Minthogy a pars ciliaris és iridica retinae is a középponti idegrendszerhez tartozik, ezekben is sclerosis góczokat keres. Az iris góczaival adja magyarázatát a festékvándorlásnak, melyet *Köppe* talált glaukomában. A glaukoma nagyon változatos tünetei szélszóró góczokra utalnak, mint okra, s az összefüggést az is valószínűvé teszi, hogy befolyásolni egyik betegséget sem tudjuk. Az új glaukoma-elmélet szerint a sclerosis nyomásemelkedést okoz, ha a szem elülső részét támadja meg, s excaviatión, ha a papilla környékén, vagy e mögött székel. Hogy eddig összefüggést nem találtak a két baj között, csak azt mutatja, hogy nem gondoltak rá. Az ellentétet, hogy a sclerosis a fiatal, a glaukoma az idősebb korban jelentkezik, látszólagosnak tartja, mert a súlyos sclerosisban szenvedők aránylag fiatalon elhalnak, az életben maradt könnyű lefolyású sclerosis tünetei pedig elkerülik a figyelmet a glaukomás tünetek mellett. A szerző azonban inkább csak az eszmét veti fel, a további kutatást azokra bízva, a kik kellő anyaggal és iskolázottsággal rendelkeznek. (Das Glaukom als Ausdruck der intraocularen Sclerosis disseminata. Buenos Aires. Juni, 1921.) Sz. L.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Egy új növényi fehérjekészítményt, a „Perleiwiss“-t, vizsgálta meg *His* tanár klinikáján *Salomon* és kihasználódása tekintetében a húsfehérjével egyenlő értékűnek találta. Előnye a nagy olcsósága (az emberi táplálkozásban nem használatos leguminosa-fajtából állítják elő) és e mellett nucleinokban szegénysége, miért is ajánlható olyan betegségekben, a melyekben a nucleinok lehetőleg kerülendők. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 34. szám.)

Gümöbacillusok kimutatására a köpetben *Bender* nagyon jónak találta a Ziehl-oldattal (carbolos fuchsin) festés és 3%-os sósavas alkohollal szintelenítés után az utófestést vizes pikrinsav-oldattal. (Mediz. Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländ. Kultur, 1921 május 27.-i ülés.)

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

Wassermannra vizsgált, DAJKA- intézet VI., bennlakó, hosszabb ideig megfigyelt, bőtejű dadák felett állandóan rendelkezik az orvosi Szív-u. 69. Tel.: 93-22.

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

Hüvösvölgyi Park Szanatórium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet. Hízőkúra. — Cukorbetegnek külön diéta. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90 és 50-73

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84. Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály Röntgen-laboratórium (bejáró betegek részére is.)

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m.-tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla. Laboratórium: dr. Berger Iván.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevel-ügyben szolgál.

Ujtátrafüreden Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám és a Slovákfürdőiroda (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

Telefon: József 4-12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armánd, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandl Ottó. **ZANDER-THERMOTHERAPIA, QUARZ** a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e

PÁLYAZATOK.

13/1921. eln. szám.

A Nagyméltóságú Népjelölti és Munkügyi Minister Úrnak 36973/1921. V. a. szám alatti rendelete alapján a nagyállói m. kir. állami elmeegógyintézet intézeti orvosi állására ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

A IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő 2600 kor. kezdő törzsfizetés, az ehhez tartozó háborús és drágasági segély, természetbeni lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy orvosi oklevéllel vagy annak hiteles másolatával, eddigi működésüket igazoló bizonyítvánnyal és a forradalmak alatti magatartásukat igazoló hatósági bizonyítvánnyal felszerelve és a Népjelölti és Munkügyi Minister Úr Önagyméltóságához címzett kérvényüket folyó évi október 15.-éig hozzám nyújtsák be. Pályázhatnak orvosnők is.

N a g y k á l l ó, 1921. évi augusztus hó 25.-én.

Strobl dr., igazgató.

2407/1921. sz.

Alólírott főszolgabíró a lemondás folytán megüresedett berekböszörményi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkedik.

2. 3 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás.

3. Rendes körorvosi látogatásokhoz az orvosi kör községeitől természetbeni fuvar.

4. A szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

5. A törvényben és a rendeletekben megállapított háborús, drágasági és családi segélyek illetve pótlékok.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, valamint megbízhatóságukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a folyó évi október hó 15. napjának délután 5 órájáig adják be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkésletten beadott kérvényeket figyelembe nem veszek.

Az orvosi körhöz Berekböszörmény, Körösszakál, Körösszegapáti, Magyarhomorog és Mezösas községek tartoznak.

A választás határnapjának kitűzése iránt később fogok intézkedni. Biharkeresztes, 1921 szeptember 14.

Frankó, főszolgabíró.

12570/1921. szám.

A Tolnavármegye tulajdonát képező szekszárdi Ferencz-közkórháznál elhalálozás folytán megüresedett belgyógyászati osztályos főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás a IX. fizetési osztálynak megfelelő javadalommal, háborús segély, drágasági és családi pótlékkal van mint kezdőfizetéssel egybekötve, a VIII. fizetési osztályú állássá leendő átszervezése pedig a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr előtt folyamatban van.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy pályázati kérvényüket az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előírt képesítés igazolásával legkésőbb folyó évi október 20.-ig hozzám annál inkább nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Szekszárd, 1921 szeptember 19. Forster Zoltán alispán.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton**-készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteken, mint gyermekeken **anaemia, neurasthenia, chlorosis** stb. eseteiben.

Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA” GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Károly-körut 5. ☐ Telefon: József 115—55

GARAY SAMU és TÁRSA

BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.

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

KELETI J. Budapest.

Alapított 1878. IV., Koronaherczeg-ut. 17. Telefon: 13-76.
Teljes orvosi és fogorvosi-műszer- és bitor-berendezések elsőrendű békebeli minőségben legjutányosabb árban, kedvező fizetési feltételek mellett ismét kaphatók. Törött Record-fecskendők kicserélése — orvosi műszerek köszörlése és javítása leggyorsabban eszközöltetik.

FISCHER PÉTER és TÁRSA R.-T.

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

Fiókküzetek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körut 8.

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

BOLUS ALBA STERILISATA

„LABOR“

200 gr.-onként adagolva, légmentesen elzárt eredeti csomagolásban. Készítése állandó bacteriologiai ellenőrzés mellett történik.

Kapható a gyógyszerárakban.

Készíti:

„LABOR“ gyógyszer és vegyészeti gyár részv.-társ.

Budapest, III., Bécsi-út 2128.

SANGUIFERIN DE PALLAY

GELIXIRIUM • FERRI • ALBUMINATI • POLLATSEK •
• SEU • COMBINATIONES:
C. ARSENO-MITE • C. ARSENO-FORTE • C. PHOSPHO-
TONICUM • HAEMODYNAMICUM
NEUROTICUM • STOMACHICUM • ROBORANS.

**ANAEMIA • NEURASTHENIA,
TÁPLÁLKOZÁSI • ZAVAROK,
IDEGES • KIMERÜLTÉG •
CHLOROSIS • FEJLŐDÉSI
VISSZAMARADOTTSÁG,
GYERMEKÁGYAS • NÖK • ÉS
SZOPTATÓK • VÉRSZEGÉNY-
SÉGE • ESETÉBEN • STB.**

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R-T BUDAPEST
VÁRADOR U. 30.

Röntgen-Coolidge-

berendezéssel a legideálisabb üzem.

Telefon:
68—16.

ODELGA R.-T. VI., Andrássy-út 28.

Telefon:
37—04.

Sürgőnyezim: Medodelga Budapest.

Semmering „Palace-Sanatorium“

Dr. Victor Hecht

Modern physik.-diätetikus magaslatti gyógyintézet. 1040 m. a t. sz. f. Saját tejgazdaság. Központi fűtés.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

HYPEROL

RICHTER

A hydrogensuperoxyd és carbamid kristályos szilárd vegyülete.

35% H_2O_2 .

A forgalomban lévő legconcentráltabb H_2O_2 -készítmény. Bármikor biztos töménységű H_2O_2 -oldat készíthető vele. Könnyen transportálható. Minden orvosi zsebműszertáskában elfér.

A HYPEROL poralakban és 1 gr. tablettákban kerül forgalomba.

A mellékvese friss,
érösszehúzó sa-
játáságú hatóanyaga.

TONOGEN
SUPRARENALÉ

Solutio

1:1000

cardiacum;
haemostaticum;
asthma.

RICHTER

Vérzéscsillapító.

Vérérszűkítő.

Vértelenítő.

Emeli a vérnyomást.

Nyálkahártyák lobjai. Oto-rhino-laryngologia. Gynaekologia. Szülészet. Kis-sebészet. Urologia. Stomatologia. Belgyógyászat.

Collargol

„Heyden“-féle kolloid ezüst 70% Ag-mal.

Chemotherapeutikus szer

fertőző bajok

leküzdésére az $\frac{1}{2}$ 2%-os oldat 1–10 ccm.-ének intra-
venosus befecskendezésével.

Erős helyi antisepticum

fertőzött sebek, daganatok, húgycső- és hólyaggyulladások,
endometritis, szemgyulladások stb. kezelésére localis inger-
hatás és általános mérgezési tünetek nélkül.

Röntgen-diagnosticum a hólyag, a húgyvezető utak és a vese-
medence megbetegedéseiben.

Steril szilárd Collargol:

Dobozok 10, 25, 100 ampullával à 0.4 gr. és 1 gr.,
üvegek à 10 és 25 gr.

Collargol 12%-os oldatban:

Dobozok 2 drb. à 5 ccm. oldatot tartalmazó ampullával
és 3 ampulla destillált vízzel.

Acetylin

Acetyl-salicylsav „Heyden“.

Az acetylin-tabletták vízben nagyon könnyen szétessenek, a bete-
gek jól tűrik, olcsók, kifogástalan minőségűek és biztos hatásúak.

Üvegcsövecskék 20 tablettával à 0.5 gr.

Caseosan

Steril caseinoldat „Heyden“.

A parenteralis proteintesttherapiához.

Sikerdús helyi és általános fertőzésekben, különösen ízületi bajok-
ban; a közérzet emelésére is ajánlatos.

Subcutan és intramuscularisan alkalmazható, localis ingerhatás
kizárásával, adag 1–2 ccm (5 ccm.-ig).

Adag intravenosus adagolásnál $\frac{1}{4}$ –1 ccm. (2 ccm.-ig).

Dobozok 10 ampullával à 1 ccm.

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm.

Klinikai csomagolások: Dobozok 100 ampullával à 1 ccm.

Electroferrol

Villanyos úton előállított, használatra kész sterilizett kolloid
vasoldat „Heyden“. Intravenás befecskendezésekhez 0.05% vas-
sal legfinomabban dispergálva.

Legerősebb, hatásos szer a **vérképzés** serkentésére.

Egyes adag 0.5–1 ccm.

Dobozok 10 ampullával à 1 ccm.

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm.

Electroferrol per os is adagolható:

Egyes adag 1–4 ccm. (20 csepp—1 kávéskanál).

Üvegek à 50 és 100 ccm.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

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.

Schmidt Ferencz: Közlés a Budapest székesfővárosi Zita-kórház III. belorvosi osztályáról. (Osztályos főorvos: Tornai József dr.) Az intracardialis befecskendésekről. 351. lap.

A. Petheő János: Közlés az Új Szent János-kórház gyermekosztályáról. (Főorvos: Szontagh Félix dr., egészségügyi főtanácsos, egyetemi rk. tanár.) A calcium-terápiáról a gyermekgyakorlatban. 363. lap.

Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. Kórrajzok a gyermekorvostan köréből. — **Jacobovics Béla:** Treitz-sérnyek esete csecsemőn. 364. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (A Gellért-gyógyfürdőben tartott XVIII. rendes tudományos ülés 1921 június 4.-én.) 365. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. **Jendrassik Ernő:** Belorvostani diagnostika. — **M. Cohn:** Die Lungentuberculose im Röntgenbilde. — **Új könyvek.** — **Lapszemle.** **Belorvostan.** **Heisen:** Idült izületgyulladások. — **Geigel:** A tüdővízenyő kezeléséről. — **Kühl:** A paralysis agitans gyógyítása. — **Ideg- és elmekórtan.** **S. Auerbach:** A Gordon-féle lábujjtünet. — **Szülesszet és nőorvostan.** **Ruge:** A terhesség diatetikájáról. — **Nürnberg:** A terhesség korai felismeréséről. — **Venerás betegségek.** **Ehlers:** A mitigálról. — **Kisebb közlések az orvostudományról.** 366–367. lap.

Vegyes hírek. 367. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a Budapest székesfővárosi Zita-kórház III. belorvosi osztályáról. (Osztályos főorvos: Tornai József dr.)

Az intracardialis befecskendésekről.*

Irta: **Schmidt Ferencz** dr., Balatonfüred gyógyfürdő és sanatorium igazgató-főorvosa.

Az intracardialis injectiókról **Henschen** egyik közlésében felemlíti, hogy hirtelen halálesetekben az élet legutolsó jelenségei és a valójában bekövetkezett halál között van egy rövidebb-hosszabb időköz, mely alatt még alkalma lehet az orvosnak arra, hogy egyes esetekben hirtelen és erőyes beavatkozással a haldokló életét meghosszabbítsa. A histologiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a különböző szerveknek elhalása nem egy időpontban történik és hogy az élet három legfőbb factora: az agy, a tüdő és a szív közül az animalis élet központi regulatora, az agy a „primum moriens”, míg a szív „primum movens, sed ultimum moriens”.

Nem egyszer kerülhet az orvos oly helyzetbe, a mikor a szív munkájának pár órai meghosszabbításával vagy a szívnek egyes veszélyes pillanatokon, perczen való átszervezésével a beteget a közeli haláltól megmentheti. Ezt az életmeghosszabbítást leginkább oly inger segítségével érheti el, a mely chemiaileg vagy mechanikailag izgatva a szív izomzatát és idegelemeit, annak elgyengült erejét új munkára tudja serkenteni.

A szív beidegzése extra- és intracardialis. Az extra-cardialis beidegzése nemcsak kettős, de ellentétes is. Vagus bénító és az accelerans siettető. E kétféle beidegzés, mely majd a vagustól, majd a sympathicustól kapja az impulsusokat, hasonlatos a mérleg két karjához, a midőn beidegzés változataiban nem nyugalmi állapotról és hirtelen beidegzésről, hanem tonusváltozásról van szó. Így a vegetatív idegrendszerben a sympathicus tonusfokozódás vagusbeli tonuscsökkenésre vezet és megfordítva, és létrejön a sympathicotonia és vagotonia. Ez a tonusfokozódás egyik rendszerre sem vonatkozik tartósan. A labilis idegrendszerben mindkét irányú erős tonusváltozások vannak s ennek jeleként gyorsan változik például az arc halványsága és pirossága, a szív-contractiók frequentája, a pupilla tágassága stb.

Egy és ugyanazon ideg nem mindig csak gátló vagy izgató pályákat vezet, de mind a kettőt. Így a vagus a bronchialis izomzatnak izgató, a szívizomzatnak gátló, a gyomor-bél működésének ugyancsak izgató pályákat vezet. A melli sympathicus a bronchialis izomzatnak gátló, a szívműködésnek izgató impulsusokat vezet a nervi accelerantes útján.

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületnek 1921 június 4.-én tartott XVIII. rendes tudományos ülésén tartott előadása nyomán.

A nervi accelerantes izgalma pulsus-szaporodással jár. A vagusizgalom nemcsak a pulsus-szám csökkenésében, de az ingervezetés gátlásában és a contractiók gyengeségében is nyilvánul.

E gátló és izgató pályák hatásukat valószínűleg nem közvetlenül a szívizomzatra, hanem a sűrű intracardialis idegekre, ganglionokra, idegfelületekre gyakorolják. Ezen intracardialis beidegzést megtaláljuk a pericardiumban, az epi- és endocardiumban, a szívizomban és a szívizom- és a szívburok-hártyák közötti részen.

Egyesek szerint az intracardialis idegelemek, különösen pedig a szívfalba beágyazott ganglion-sejtek a tulajdonképpeni motoros centrumai a szívnek. Ezzel ellentétes az a nézet, hogy a rythmosus összehúzódas az idegektől független sajátossága a szívizomnak és a ganglionok a szívnek sensibilis organumai.

E bonyolult beidegzési rendszer mellett gyakran megtörténhetik, hogy a szív ingerképző, ingervezető centrumaiban és elemeiben, az extra- és intracardialis beidegzések minden vonalán és helyén támadhatnak oly vezetési és ingerképzési zavarok, a melyek eredménye a szívműködés tönkretétele akár görcsök, akár bénulások, akár pedig szívrebegés (Herzflimmern) formájában.

Ilyenkor körülbelül az történik a szívben, mint a mi történik egy bonyolult villanygép berendezésében, a hol esetleg csak minimalis kis hiba, egy porszem, a vezetékek hibás érintkezése, vagy más ilyesmi miatt az egész gépezet hirtelen felmondja a szolgálatot mindaddig, míg egy hirtelen ráfűvéssel, megrázással az akadályt meg nem szüntetjük és vele a gépezet működését újra indulásra bírjuk.

Lehetséges, hogy a szív ingervezetési és ingerképzési elemeinek súlyos zavara mellett chemiai, mechanikai beavatkozással olyan erős reactiót tudunk még kiváltani, a mely legyőzi a halált okozó szívműködési akadályokat és megindítja a már-már megállott szívet.

Hirtelen szívhalálnál eddig általában a következő fegyvertárak voltak az orvosoknak: mesterséges légzés, erős villanyáram, intravenás befecskendések és direct szívmassage.

Ezek közül a mesterséges légzés alkalmazása rendszerint nagyon gyengének és alig hatásosnak bizonyult, az erős villanyáram kivételes esetben még jó eredményt hozott, a direct szívmassage főleg sebészek kezében már hatalmas fegyver volt a szív új életre keltésénél, a mennyiben a kifáradt, diastoleban megállt szívet a feszülés alól feloldta, a véráramot magában a szívizomban is megint működésbe hozta és mint erős mechanikai inger a szívizmot összehúzódasra ingerelte.

A leghatásosabb beavatkozásnak bizonyult mégis oly chemiai anyagoknak a véráramba való bevitele, melyek a legyengült, megállni akaró szívet új működésre ingerelni és indítani képesek. Az intravenás injectiók már ezt célozták,

de mivel éppen a legsúlyosabb és legsürgősebb esetekben az üres vénák az injectiót igen megnehezítik, sőt lehetetlenné tehetik és mert így az orvosok el sem juthat az agyhoz és szívhez, vagy el is jutva, a szervek nem rendelkeznek már azzal az energiával, mely a gátló okok legyőzésére és a szív működés felélénkítésére szükséges, a legtöbb esetben alkalmazásuk eredménytelen volt. Ezért újabb időben megpróbálták a verőérbe való befecskendést is, a melylyel azonban a dolgot lényegében — már physikai körülményeknél fogva is — nem igen vihették előbbre.

Ezért újabb időben mindinkább tért hódít az a törekvés, hogy ily tragikus esetekben meg kellene kísérelni az izgató, erősen ható szereket kellő concentrációban és gyorsan eljuttatni a szívhez, a mi csak az intracardialis injectióval oldható meg.

Winter már 1905-ben tanácsolta chloroformasphyxia esetében adrenalinak a szívbe való befecskendését és Van den Velden 1906-ban volt az első, ki belső indicatiók alapján már rendszeresen alkalmazta ezt az eljárást.

Ha a szívet az összes extracardialis beidegzési pályáktól megfosztjuk, tehát ha ki is vágjuk, továbbra is összehúzódásra képes. Minden okunk megvan arra a feltevésre, hogy ezen reflexmozgások magában a szívben automaticke keletkeznek és a kiinduló pont a sinus-táj és a pitvarválasztófal ganglion-sejtjei.

Az extracardialis idegek a szív munkájára lényeges befolyást gyakorolnak, de a szív önálló mozgását megindítani nem tudják.

A szív idegeinek és izmainak chemiai anyagokkal közvetlenül való izgatásának irodalmát Henschen K. nagy vonásokban a következőkben állította össze:

Langendorff-nak, Rusche-nak és Locke-nak sikerült emlős állatoknak kivágott, megállott szívet azáltal életre keltetni, hogy testmelegű defibrinált vért, vagy Ringer-oldatot, avagy physiologiás konyhasóoldatot áramoltattak a szíven keresztül, mely alkalommal oxigénnek vagy organikus tápanyagnak, például szőlőcukornak hozzákeverésével a mesterséges szív működést 3—6 óráig, sőt néha tovább is fenn tudták tartani.

Kuliabko bebizonyította, hogy a szív működés újra beállása a postmortalis szívizom-merevségtől független, a meny nyíben sikerült 18—44 óra óta kivágott szíveket Locke-féle folyadék átáramoltatásával újra működésre bírni.

Ugyancsak ő, későbbben pedig Deneke és Hering megismételte ezen kísérleteket emberi szíveken és sikerült még 30 órával a halál beállta után kivágott szíveken is egy óráig tartó szabályos összehúzódásokat kiváltani.

Velich ebből azt a következtetést vonja le, hogy a különböző megbetegedésekben a szív nem erejének teljes ki merülése miatt mondja fel a szolgálatot, hanem olyan anyagoknak a felhalmozódása miatt, melyek működésében akadályozzák, vagy megbénítják. Ha ezen anyagokat a szív átmosásával eltávolítjuk, akkor a tetszhalott szívet néha új működésre lehet bírni. Velich kísérleteivel azt is igazolta, hogy még olyan szíveket is, a melyeket 18 órán keresztül hóban tartott, tehát a melyek meg voltak fagyva, sikerült ezen módon összehúzódásra bírni.

Spina a véráramot a szívizomnak saját ereibe vezette. Eljárása Martin és Applegard kísérletein alapult és abban állott, hogy a mellkasi aortán keresztül vezetett kanül segítségével állandó egyenletes nyomás mellett defibrinált vért nyomott a szívbe. Az aortabillentyűknek megfeszülése és elernyedése révén ily módon a vért a szívizom ereibe vezette. Spina kimutatta, hogy ha élő állaton vérsavót vagy más folyadékot fecskendünk a jobb carotisba, akkor a folyadék a véráram iránya ellenébe nyomul, az áramot a szív felé az aortabillentyű felé fordítja és a vér a szív coronariáiba nyomul. Ily módon sikerült azon állatoknak, melyeknek agyát és gerinczagyát elpusztították és a melyeknek szívet különböző mérgekkel jelentékenyen meggyengítették vagy megbénították, a szívet megint életre keltetni.

Spina tanítványának, Velich-nek sikerült egy olyan kutyán, a melyet nikotinnal megmérgeztek és a melyen az életjelenségek kialudtak, 200 cm³ physiologiás konyhasó-oldat és 1%-os szőlőcukor-oldat keverékének az említett irányban való befecskendésével újra erőteljes pulzatiót előidézni, miután a megelőzőleg thoracotomia útján feltárt szív már 10 perczig nem működött.

Mindezen kísérletek azt bizonyítják, hogy az orvosoknak igenis áll egy bizonyos idő rendelkezésére, mely alatt megfelelő eljárással a már-már nem működő szívet egyes esetekben újra mozgásba lehet hozni s ezzel az életet meghosszabbítani. Ezen idő az eddigi tapasztalások szerint átlagosan 10 percz, a mely 10 percz Battelli kísérletei szerint az idegcentrumok, a nagyagy életre keltésére is elegendő. 15 percz múlva ez már ritkán sikerül, 20 percz után pedig már egyáltalában nem sikerül az idegcentrumot új működésre bírni.

Wrede kísérletei is igazolják, hogy chloroform-halálnál csakugyan 10—15 percz a legutolsó határ a nagyagy számára, hogy a vérkeringés megszűnése után még új életre kelthető legyen.

Azonban maga a szív még sokkal tovább izgatható és életre kelthető, mint az idegközpontok. A régi mondás „nullus pulsus, nulla therapia” tehát nem mindenkor áll meg. Mesterséges légzéssel, erős villamárammal, direct szív-massage-zsal és chemiai anyagoknak a vérbe való fecskendésével néha sikerül az eltűnt pulzust újra felszínre hozni.

A leghatásosabb eljárás, chemiai anyagoknak a szívvel és vérárammal való összehozása, három módon történhet:

Először a szívburokba való befecskendéssel, másodsor a szívizomba és harmadsor a szív üregeibe való befecskendéssel.

A szívburokból az oldott anyagoknak a felszívódása csak oly gyorsan történik, mint a bőr alatti kötőszövetből: 5 percz múlva már kimutathatók a vizeletben.

Gunn és Martin úgy találta, hogy az intrapericardiumba fecskendezett anyagok a rájuk jellemző szívhatást szinte azonnal kifejtik, és pedig helybeli hatás, a helyi felszívódás, nem pedig a vérkeringés indirect útjai révén.

Rendu gümőkóros pericarditis gyógyítására már 1882-ben ajánlott intrapericardialis naphtholkámfor-befecskendést.

A sebészek műtétek alatt, hogy a megállt szívizmot új működésre bírják, már többször alkalmaztak szívizomba való befecskendéseket.

Green és Delbet atropint és coffeint fecskendeztek be a szívizomba és bár egy bizonyos ideig tartó szabályszerű összehúzódást ki tudtak váltani, hosszabb ideig tartót nem.

Hesse 20%-os kámforolajat ajánlott a szívizomba való befecskendésre.

A közvetlenül a szív üregeibe való befecskendésekkel elért eredmények biztató hatásúaknak mutatkoztak.

A háború tartama alatt több ízben olvashattunk közlést olyan esetről, a midőn egy-egy intracardialis injectio rövidebb-hosszabb ideig meghosszabbította az életet. Henschen négy ilyen esetet közöl.

Ezek közül két esetben az operatio alatt jelentkezett collapsusnál adrenalinak és pituitrinnek befecskendése után az eszmélet visszatért és általános javulás állott be, azonban mindkét esetben nagyon rövid idő, 15, illetve 45 percz múlva beállt az exitus.

A harmadik esetben a teljes collapsusban adott intracardialis injectio után teljesen jó közérzet és hatalmas erőbeli javulás után 36 óra múlva foudroyans pericarditis jelentkezett és ez okozta a halált.

A negyedik esetben egy mellkasi sérülésnél, midőn már teljes agoniában került a beteg a kórházba s operatio alatt a direct szív-massage is hatástalan volt, intrapericardialis injectio után az állapot javulni kezdett s a beteg meggyógyult.

E két utóbbi esetben az injectiók után mutatkozott jó hatást intravenás infúzióval tették tartóssá.

A legtöbbször sebészek közölnek eseteket, kik az operatio alatti asphyxiánál és collapsusnál mint legutolsó mentő

eljárás alkalmazzák, esetenként változó, teljesen egyéni tetszés és felfogás szerint.

A legtöbb esetben átmeneti sikerről számolnak be, de vannak, mint *Ruediger, Zuntz, Volkmann, Henschen* eseteiben, tartós eredmények is.

Minthogy már többen számoltak be ilyen eredményről, szükségesnek mutatkozik, hogy a „*primum non nocere*” parancsoló elvét tartva szem előtt, belorvosi szempontból ezen befecskendéseket, indicatiójukat, alkalmazásuk módjait és hatásukat szigorú kritika tárgyává tegyük és a mennyire lehet, a kérdés tisztázásához a tapasztalatainkkal hozzájáruljunk.

Wenhardt, a székesfevárosi központi kórházainak központi igazgatója szíves engedélye folytán a Zita-kórházban *Tornai*-nak és részben *Scipiadés*-nek osztályán végeztük ezen befecskendéseket, számszerint 15-öt, még pedig *Tornai*-val együtt.

Ezen befecskendéseket kivétel nélkül gyógyíthatatlan betegségektől teljesen legyengült, már kifejezetten *haldokló* szervezetekbe adtuk, mindenkor csakis olyan esetben, a midőn a halál már közvetlen a küszöbön volt, legtöbb esetben kiterjedt tüdőtuberculosisban, illetőleg inoperabilis méhrákban szenvedőknek orvosilag megállapított utolsó perceiben.

A betegek mindenkor teljes agóniában voltak, melynek jelei: tökéletes öntudatlanság, passiv hátfekvés, hörgő légzés, a corneareflex hiánya, a végtagok hidegsége, a pulsus nem tapintható vagy filiformis volta.

Az intracardialis befecskendéskor mindig a bal kamarába igyekeztünk bejutni és adrenalin, strophantin, digipuratumot, strychnint egyenként vagy kombinálva fecskendeztünk be.

(Vége következik.)

Közlés az Új Szent János-kórház gyermekosztályáról. (Főorvos: Szontágh Félix dr., egészségügyi főtanácsos, egyetemi rk. tanár.)

A calcium-therapiáról a gyermekgyakorlatban.

Irta: A. Petheő János dr., alorvos.

A calcium alkalmazása a gyógyszeres terapiában az utóbbi években különféle javulatok alapján nagy mértékben terjed. Osztályunkon a calciumchlorat 10%-os oldatát alkalmaztuk intravenásan különféle megbetegedésekben. A gyermekgyógyászatban való alkalmazása, nem tekintve az esetleges technikai nehézségeket, semmi kellemetlen utókövetkezménnyel nem járt, teljesen veszélytelennek bizonyult. 400-on felül van azon esetek száma, a hol intravenás calcium-befecskendéseket alkalmaztunk, de egy eset sem fordult elő olyan, a hol általános kellemetlen reactio miatt be kellett volna szüntetni az alkalmazást.

Nagyobb gyermekek a beadás pillanatában melegségről panaszkodtak, kisebbek és csecsemők az injectiók után mély álomba merültek, azonban sem hőemelkedést, sem görcsöket nem tapasztaltunk.

Csecsemők és 1—3 éves gyermekek venái oly vékonyak — többnyire pastosus-adiposus individuumok —, hogy a tűvel, a mely meglehetősen lecsapott hegyű, teljes képtelenség a kar vagy láb venáiba bejutni; a koponya venáiba való bejutás is meglehetősen illusorius, úgy hogy a vena facialis, vagy a vena jugularis externába injiciáltuk az erős sírás exspiriumának rövid ideje alatt. Felnöttebb gyermekeken a felkar venáit vagy a könyökhajlat jól fejlett érhalózatát használtuk fel. A rosszul fejlett, vagy gyengén táguló éren a tű néha azonnal átszalad, úgy hogy a szövetek közé jut a calcium, a mit a bőr alatt keletkező púp rögtön elárul. A nyaki venába való fecskendezéskor a fejet rögzíteni s a nyakat feszíteni kell s a már calcium-oldattal telt fecskendőt hirtelen lökéssel kell a kiduzzadó venába bökni. A bentlélt felszívással látjuk igazoltnak, a midőn pár csepp vér jelenik meg a fecskendőben. Ezek szemmel tartása mellett nekünk technikai nehézségeink nem voltak. A szövetek közé s nem venába jutott calciumchlorat kellemetlen utókövetkezményekkel jár. A zsírszövetben coagulatio necrosist okoz, a mely néha hetekig elhúzódó folyamat s meglehetősen csunya hegesedéssel gyógyul, ha nagyobb mennyiség ($\frac{1}{4}$ cm³) jut be. Még a legminimálisabb mennyiség is — pár csepp — apró körkörös sáncz

formájában rakodik ki közvetlen a bőr alá s másfél év múlva is látszik. A mellett a betegnek meglehetősen fájdalmas, kellemetlen a kar mozgatasakor. Kivitele az injectio adásának épp oly szigorú kautelák mellett történik, mint a salvarsan adása.

Az adagolásra nézve hosszas tapasztalat azt mutatta, hogy bátran lehet adni nagyobb mennyiséget is. Mi csecsemőkön 2.5 cm³-en kezdve és negyednaponként ismételve 7 cm³-ig mentünk fel, egy-egy cm³-rel emelve az adagot. Gyermekeken 5—7 cm³-től 15 cm³-ig mentünk. A szervezet jól választotta ki a vizelet és széklet útján.

Körülbelül másfél esztendő alatt a következő betegségeinkben próbáltuk ki.

Tuberculosis. 240 különféle gümőkóros megbetegedés esetében alkalmaztuk, de sem a tüdőgümőkór különböző stadiaiban, sem a bőr tuberculosis megbetegedéseiben, sem egyéb esetekben nem láttunk semmi oly határozott javulást, melyet a calcium javára írhatnánk. Tüdőgümőkórban sem a lázcsökkenésre, sem a testsúlygyarapodásra nem volt feltűnő hatással.

Bronchitis. 56 esetben alkalmaztuk úgy a fekvő, mint a bejáró beteganyagon meglehetősen szép eredménnyel. Sok esetben váladécsökkenést s a láz esését idézte elő, de különösen a dyspnoëra volt jó hatással.

E. J. 3 éves fiúcskát felvettük április 22.-én azzal a panaszszal, hogy 2 napja 40°-os láza van, nehezen, görcsösen köhög.

Jelen állapot: Közepesen fejlett, rachitises, bágyadt fiúcska. Arcz kipirult, szemek bágyadtak, gyors, szapora (80) légzés. Orrszármag-emelkedés. Ajak cyanosisos. Dyspnoë. Tüdők felett dobos kopogtatási hang s sok apró, finom crepitatio hallatszik. Szívhangok tompák, érverés 170. Hő 39.8°. Has: puffadt. Vizelet: nyomokban fehérje. Fehérvérséjt 18.000. Therapia: calciumchlorat 10%-os oldatából 5 cm³ intravenásan. Utána mély álom.

Április 23. Hő 37.2°. Pulsus 100. Dyspnoë szűnőben. Légzés 42. Fehérvérséjt 13.000. Tüdők felett kevés zöreje.

Április 26. Gyógyultan távozott.

Ily praegnans gyógyulás nem mindig állt be, de a legtöbbször 3 injectio után teljes gyógyulást értünk el minden szövödmény nélkül.

Ugyanúgy a *bronchitis chronica*, szívós hurut eseteiben alkalmazott injectiók (35 esetben) meglehetősen jó eredményeket adtak.

Asthma bronchiale. Tizenhat esetben alkalmaztuk igen szép eredménnyel. Két esetben újabb roham jelentkezett fél esztendő múlva, a melyek újabb calciumra igen szépen javultak. Két esetben csak az igen súlyos tünetek csillapodását értük el. A többi mind gyógyultan hagyta el osztályunkat.

M. G. 12 éves fiúcska felvételét 1920 április 6.-án azzal a panaszszal, hogy évek óta szenved nehéz légzésben s gyakori, különösen éjjel jelentkező fulladás-rohamokban. Orvosi kezelés alatt áll.

Jelen állapot: Közepesen fejlett, táplált. Köztakaró halvány, ajkak cyanosisosak. Mellkas domború, mélységi átmérő megnagyobbodott. Tüdőhatárok lejjebb állanak 2—3 ujjnyival. Nehézség légzés. Tüdő felett dobos kopogtatási hang, mindenütt érdes légzés, bűgás, fűtölés, szívós, száraz zörejek. Szív: jobb szív megnagyobbodott. Fokozottabb reflexek. Vizelet normalis. Fehérvérséjt 11.000. Therapia: chlorcalcium 10%-os oldatából 7 cm³ intravenásan.

Április 7. Semmi kellemetlen reactio.

Április 8. Váladécsökkenés. Nyugodtabb légzés.

Április 10. 10 cm³ calciumchlorat injectio.

Április 12. Tüdők felett egynéhány zöreje, nyugodt légzés. Gyarapodik.

Április 15. Gyógyultan távozott. Félévenként jelentkezik vizsgálatra. Teljesen jól van.

K. G. 9 hónapos csecsemő, a ki születése óta állandóan nehezen lélegzik. Hörgő, görcsös köhögés-rohamai vannak, melyek éjjelenként jelentkeznek s olyankor majd megfullad. Elkékül.

Jelen állapot: Elégé jól fejlett, táplált, 8 kg.-os csecsemő. Anyja táplálta. Turgor jó. Köztakarón ekzema, nedvedző seborrhoea a fejen. Dyspnoë, cyanosis. Tüdők felett dobos kopogtatási hang, határok lejjebb. Szívós, száraz zörejek, fűtölés, bűgás hallható. Szív ép. Lép tapintható.

Therapia: Calciumchlorat 10%-os oldatából 3 cm³ intravenásan.

Május 11. Injectio után közvetlen mély, 3 óráig tartó álom.

Május 13. Légzés nyugodt. Kevesebb zöreje.

Május 15. Calciumchlorat 7 cm³.

Május 18. A seborrhoeás felrakódás szárad, az ekzema szűnőben, a tüdőlelet rendes.

Május 20. Távozott. Félévenként bemutatják.

Spasmophilia 32 esetében alkalmaztuk úgy a fekvő, mint a bejáró beteganyagon, feltűnő jó eredménnyel. Állandó

megfigyelésünk alatt állanak, kivéve 4–5-öt, s recidiva nem fordult elő.

E. Géza 2 éves fiúcska, felvétetett márczius 18.-án azzal a panaszzal, hogy ha sír, elájul, néha minden izgalom nélkül is sikít, elvágódik, kék lesz, s félórát is ájultan fekszik.

Jelen állapot: Gyengén fejlett, feltűnően halavány rachitises gyermek. Orr-, fül-, száj-, szemnyílás tiszta. Nyelv bevont, torok erősen halavány. Szív szabad. Tüdők felett semmi eltérés. Has puffadt. Vizelet normalis. Fehérvérsajt 13.000. Naponta rohamai vannak. Therapia: 5 cm³ calciumchlorat intravenásan. Utána mély, nyugodt álom.

Márczius 21. Egypár percig tartó roham; spontán magához jött.

Márczius 23. 10 cm³ calciumchlorat.

Márczius 28. Rohama nem volt.

1½ év alatt nem volt rohama. Jól fejlődött.

Epilepsia tíz esetében alkalmaztuk, de semmi eredményt nem értünk el.

Ugyanilyen az eredmény *pertussis* eseteiben is, a hol nagyobb dosisok sem hatottak kellőleg.

Tetania 2 esetében (csecsemők) teljes gyógyulást értünk el 5 cm³ chlorcalcium egyszeri befecskendezésével.

Rachitis-t 25 esetben kezeltünk. Igen hosszas kezelés alatt álltak. 2 cm³-ról 15 cm³-ig mentünk fel, azonban különösebb javulást nem láttunk. A szervezet jól tűrte, de közbős maradt.

Alkalmaztuk még *purpura rheumatica* 3 esetében, melyek egyikében szép javulást láttunk, a másik 2 esetben azonban egyáltalán semmi befolyást sem tudtunk gyakorolni az állapota.

Diathesis exsudativa eseteiben a nedvező ekzémák beszáradását bizonyos fokig siettettem, nem oly mértékben azonban, hogy más gyógyító eszközök fölé helyeznénk a hatásában.

Próbáltuk még *enuresis nocturna* eseteiben, azonban inkább a psychés befolyás eredményezett bizonyos javulást, a mely azonban nem állandósult.

Összefoglalva eredményeinket, a következőkben állíthatjuk össze:

1. A calcium-therapiát melegen ajánlhatjuk spasmophilia, asthma bronchiale, tetania eseteiben, a mennyiben feltűnő gyors és jó eredményt állapítottunk meg.

2. Bronchiolitis és chronikus hurut eseteiben is jól hatott az intravenás calcium-injectio.

Kellő óvatossággal végezve az injectiót, a készítménynek a bőrallati kötőszövetbe való behatolása is könnyen elkerülhető, a mi esetleges kellemetlenségre, de bajra soha sem vezet. Általános kellemetlenséget nem tapasztalván, az alkalmazást nyugodt lélekkel ajánljuk.

Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.

XV.

Treitz-sérvnek esete csecsemőn.

Közl: Jacobovics Béla dr., klinikai tanársegéd.

A csecsemő- és gyermekkorban előforduló sérvek két főcsoportja közül az úgynevezett *külső sérvek* ritkán okoznak a kórisme felállításakor nehézséget. Annál nehezebb helyzet elé állítja az orvost az úgynevezett *belső sérvek* kórisméjének felállítása, a melyek magában a hasürben foglalnak helyet s a mely sérveknek kapuját tudvalevőleg mindig a hashártyának egy szegélyszerűen előugró tasakja (recessus) alkotja. Ezen recessusok közül leggyakrabban a flexura duodenojejunalistól balra helyet foglaló s a vena mesenterica inf., vagy esetleg az art. colica sinistra által alkotott *recessus duodenojejunalis* találjuk, a melynek a retroperitonealis kötőszövetbe való bemélyedése néha oly nagyfokú lehet, hogy benne a vékonybélnek esetleg nagy része is helyet foglalhat, a mikor is a Treitz-féle hernia retroperitonealis aránylag ritka kórképét látjuk magunk előtt. A klinikánkon előfordult s a csecsemőkorban ritkán észlelhető eset a következő:

* Minden jog fentartva.

V. Márta, 3 hónapos. 1919 június 27.-én vesszük fel kórházunk csecsemő-osztályára. A csecsemőt egy hónapos koráig emlőn, azután csak mesterségesen táplálták. Ezóta gyakran hány, székrekedésben szenved. Két hét óta naponta 4–5-ször hányt, széklete csak beöntésre volt. Három nap óta feltűnően nyugtalan, lázas, sokat hány, széklete nincs s hasán erős kidomborodásokat látnak. Tegnap óta nyög.

Jelen állapot: A gyengén fejlett s táplált leánycsecsemő köztakarója halvány. A turgor rossz. A nagy kutacska erősen besüppedt. A tüdők fölött mindkét oldalt hátul alul apró hólyagú nedves zörejek hallhatók. A has egészben elődomborodó, a feszes hasfalán át időnkint haránt irányban erős bélcontractiók láthatók, a mely contractiók a mesogastriumtól lefelé terjednek. A hasban rendellenes képlet nem érezhető. A pulsus igen kis hullámú, alig tapintható. Hőmérsék 39.9. A gyermek vizsgálat közben két ízben keveset hányt. A hányadék epefestéket tartalmazó nyálkából állott.

A gyermekben a vékonybélstenosis tüneteit láttuk magunk előtt, a megkülönböztetés azonban Meckel-féle diverticulum okozta bélstrangulatio, esetleges veseszületett bélszűkület, vagy Treitz-féle sérv között nem volt lehetséges. Laparotomiától a nagyfokú szívgyengeség miatt elállottunk. Cardiacumokat, hypodermoklysiseket, továbbá magas beöntést alkalmaztunk, mely utóbbira kevés zöldes, vért nem tartalmazó nyálka ürült. A gyermek állapota egyre rosszabbodott, 28.-án reggel 5 órakor exitus. Az éj folyamán kevés zöld, vért nem tartalmazó nyálkás ürülék.

Bonczlelet (Johan docens): A mérsékeltén táplált gyermekhulla hasa erősen puffadt, meglehetősen feszes. A hasüreg bal oldalán a felső bélcacsok összeestek. Pontosabb vizsgálatkor kiderült, hogy a duodenum áthajlási helyénél, ettől balra mintegy 4–5 mm.-re egy félhordalákú hashártya van, melyen keresztül egy hashártya mögötti tasakba jutunk. A redő megfelel a plica duodenojejunalisnak, a tasak bemenete pedig a recessus duodenojejunalisnak. A tasakban a jejunumnak legfelső, mintegy két arasznyi darabja fekszik, mely erősen össze volt esve. A beleken elszineződés itt sem látszik. A belekben mindenütt csak nagyon kevés tartalom van.

Diagnosis: Tracheobronchitis diffusa catarrhalis cum broncho-pneumonia hypostatica bilaterali. Hernia Treitz. Anaemia universalis levioris gradus.

Treitz-nek 1857-ben megjelent kimerítő munkája óta Pye Smith foglalkozott bővebben a Treitz-sérv anatómiájával s pathológiájával. Smith azt gondolja, hogy a retroperitonealis kötőszövet lazasága esetén hernia duodenojejunalis azon esetekben is könnyen létrejöhet, melyekben a tasak alig hogy kifejlődött, vagy egészen hiányzik s azt hiszi, hogy a flexura duodenojejunalisra gyakorolt s a hasürben létrejött nyomás alkalmas arra, hogy egy ilyen tasakot kivájjon, vagy kimélyítsen. Kraus 1884-ig 42 esetről referál. Feltűnő, hogy ezen esetekben egyszer sem sikerült élőben a kórismét felállítani, tüneteket alig okoztak s maga Kraus az általa közölt 2 esetet is csak a bonczoláskor észlelte. Seheja közlése szerint 1894-ig Sonnenburg-nak egy esete ismeretes, melyben Treitz-féle sérvet élőben körjeltek s eredményesen operáltak. Scholz-nak igen érdekes klinikai megfigyelése egy 22 éves, gyermekkorától gyenge leányra vonatkozik, a ki erősségében fölötté változó s hosszú ideig nem rosszabbodó relativ vastagbélstenosisban szenvedett s végül absolut bél-elzáródás tünetei között halt meg. A bonczolás ennek okául Treitz-féle retroperitonealis sérvet mutatott ki. Schöppler, Merkel és Andrew egy-egy hasonló bonczolatról számol be. Andrew esetében az egész vékonybél, az ileum utolsó 16 cm.-jét kivéve, egy abnormisan nagy fossa duodenojejunalisban volt elhelyezve. Egyik eset sem okozott az élőben tüneteket. E. Thomas és Maschke szintén 2–2 bonczoleletet közöl. Maschke az irodalmat áttekintve megállapítja, hogy Treitz-sérv a 2 hónapos kortól egészen a 80 éves korig volt észlelhető s főleg a férfimiben, mint azt Kraus is hangsúlyozta. Erre azonban kellő magyarázat nincs. Narath és Haberer egy-egy szerencsésen operált Treitz-sérvről tesz közlést, Barker pedig, a midőn pylorusstenosis gyanúja miatt operált, Treitz-sérvet talált. Freemann egy halálos végű műtétet említ, melynél az incarcerált Treitz-sérv miatt a coecum, a vastagbél egy kis darabja s a vékonybél jelentős részének resectiója vált szükségessé. Heller a greifswaldi orvosegyesület ülésén mutatott be egy fiatal leánykát, kin idült bélelzáródás miatt végeztek műtétet. Az egész vékonybél egy retroperitonealis sérvtömlőben foglalt helyet, mely a hasür közepét foglalta el. A sérvképződés teljesen megfelelt a Treitz által leírt sérvtypusnak. Gobiet az eddig észlelt 11 incarcerált Treitz-sérvesethez a saját, élőben körjelzett és sikerrel operált esetét, a 12.-et csatolja. Esetében 28 éves férfi heveny bélelzáródás tünetei

között a hasban egy rugalmas képlet volt tapintható, mely baloldalt a Poupart-szalagtól a bordaígvig terjedt. *Vautrin* 2 esetet operált sikeresen, egyikben a kórismét is sikerült felállítani. *Giesen*-nek csak a laparotomia alkalmával felismert és sikerrel operált esetében a jejunum felső része volt incarcerálva. Igen érdekes *Vogt*-nak eddig egyedülálló esete, melyben mindjárt a születés utáni első tápláláskor erős hányás jelentkezett s az újszülött egészen a négy nap múlva beállott exitusig úgyszólván mindent kihányt. Csak a bonczoláskor sikerült a Treitz-sérvet kimutatni. *Vogt* esetében a gyomor alatt a középvoalától balra homályosan egy kis almanagyságú képlet is volt tapintható. Peristaltika fölötté azonban nem volt látható.

A midőn a Treitz-sérvt létrejöttének módját keressük, akkor magyarázatul *Basset* felfogását kell elfogadnunk, a ki Treitz-sérvtnek 3 esetében végzett pontos vizsgálatokat. Szerinte ezen sérvt kifejlődésében veleszületett hajlam játszik szerepet s a sérvtnél oly fontos hashártyasak (recessus) már kezdetől fogva jól kifejlődött s így a sérvt lehetősége már a születéskor adva van. Ezen tasakba egy bélkacs könnyen belekerülhet, a mely azután a hasüri nyomás folytán a tasakba mindjobban benyomulhat. Ezt további bélkacsok követhetik, míg végül a sérvt igen nagy terjedelművé válhat s az abszolút bélzáródás tüneteit okozhatja. Felfogását harmadik esetével erősíti, melyet egy gyermekben észlelt, a kin a sérvt még kevéssé volt kifejezett s csak éppen a kezdetét mutatta, míg a recessus duodenojejunalis oly nagy volt, hogy abban a vékonybélnek nagyobb része is helyet foglalhatott volna. Felfogását ugyancsak megerősíti közölt esetünk és *Vogt* esete is, mely utóbbiban viszont a Treitz-sérvt mindjárt a születés után súlyos tüneteket okozott. Kérdés, hogy a *Basset* által hangoztatott veleszületett hajlam nem felel-e meg a retroperitonealis kötőszövet ama lazaságának, melyet *Pye Smith* tart a Treitz-sérvt létrejövésének egyik okául.

Esetünkben megállapíthatjuk tehát, hogy Treitz-sérvt már a kora csecsemőkorban kifejlődhetik, esetleg hosszabb ideig alig észrevehető körjeleket okoz, míg végül a teljes bélzáródás heves tüneteit idézi elő. A kórisme felállítása legtöbbször csak a laparotomia végzésekor lehetséges, mert Meckel-féle diverticulum által okozott bélstrangulációtól, vagy veleszületett bélszűkület által létrehozott bélzáródástól a megkülönböztetés úgyszólván lehetetlen. A Treitz-sérvtnek a pylorospasmustól való megkülönböztetése már könnyebb, mert ez utóbbinál gyomorperistaltika látható és epehányás nincs.

Irodalom. *Aschoff*: Pathologische Anatomie, II. kötet. — *Pye Smith*: On retroperitoneal hernia. (Guy's Hosp. Reports, XVI. Ref. Jahresb. über die Leistungen und Fortschritte des ges. Medizin, 1871, II. kötet.) — *Kraus*: Über Hernia retroperit. Treitzii. (Dissert. Erlangen, 1884.) — *Seheja*: Hernia duodenojejunalis. (Dissert. Jena, 1894.) — *Scholz W.*: Beitrag zur Diagnose der Treitz'schen Hernie. (Zeitschrift f. Heilk., 1901.) — *Andrew*: A case of hernia into the fossa duodenojejunalis. (The Lancet, 1903 jan. 24. Ref. Jahresb. über die Leist. und Fortsch. des ges. Medizin, 1903, II. kötet.) — *Freemann*: Left duodenal hernia. (Amer. Journ. Oct. Ref. ugyanott 1903, II. kötet.) — *Narath*: Zur Pathologie und Chirurgie der Hernia duodenojejunalis. (Arch. f. klin. Chir., 1903, 71. kötet, 4. f.) — *Haberer*: Ein operativ geheilter Fall von incarcerierter Treitz'scher Hernie. (Wien. klin. Wochenschrift, 1905, 11. sz.) — *Barker*: Treitz's hernia complicating gastroenterostomy. (Clinic. Soc. of London. Vol. XXV. Ref. Jahresbericht über die Leist. und Fortsch. des ges. Medizin, 1906, II. kötet.) — *Merkel*: Über einen Fall von Treitz'scher Hernie mit Bruchsackberstung. (Münchener med. Wochenschrift, 1906, 37. sz.) — *Schöppler*: Ein Fall von Hernia retroperit. Treitzii. (Virch. Arch., 1907, CLXXXVIII. kötet.) — *Vautrin*: Quelques considerations sur les hernies paraduodinales. (Revue de chir. XXVII. No. 1. Ref. Jahresbericht über die Leist. und Fortsch. des ges. Medizin, 1907, II. kötet.) — *Basset*: Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Hernien der Regio duodenojejunalis. (Virch. Arch., 1907, 190. kötet, 3. f.) — *Giesen*: Mit Erfolg operierte Einklemmung einer Hernia Treitzii. (Inaug.-Dissert. Erlangen, 1907.) — *Heller*: Medizinischer Verein in Greifswald. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1909, 31. sz.) — *Maschke*: Zwei Fälle von Treitz'scher Hernie. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, 114. kötet, 5. és 6. f.) — *Gobiet*: Ein operativ geheilter Fall von incarcerierter Treitz'scher Hernie. (Wien. klin. Wochenschrift, 1912, 12. sz.) — *E. Thomas*: Zwickauer med. Gesellschaft. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 50. szám.) — *Vogt E.*: Hernia duodenojejunalis beim Säugling. (Monatschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1913, XXXVII. kötet.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(A Gellért-gyógyfürdőben tartott XVIII. rendes tudományos ülés 1921 június 4.-én.)

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Hüttl Tivadar.

Az intracardialis befecskendésekről.

Schmidt Ferencz: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Tornai József: Az előadó által adott intracardialis befecskedésnek közvetlen hatását halálos bajban szenvedett több betegen a hozzászóló is megfigyelhette. A módszernek alkalmazása és hatásmódja eddig még egyáltalán nem volt kidolgozva. Az előadónak nagy érdeme. hogy ezen kérdés tisztázását jelentékeny lépéssel előbbre vitte. Szinte biztosra vehető, hogy az eljárás a kellő szigorú kritikával megállapított, kivételes indikációk alapján alkalmazva, az orvosi ténykedésben nem-sokára teljes polgárjogot fog szerezni.

Ma még azonban az orvosok nagy része az intracardialis befecskendés indikációja, technikája és hatásmódja felől teljesen tájékozatlan. Körülbelül úgy állunk ma vele szemben, mint valamikor — talán nem is olyan régen — az intravenás befecskendés kérdésével. Ma pedig már az intravenás befecskendést minden orvos úgyszólván mindennap alkalmazza. Sőt sokan mi mindent nem fecskendeznek be ma — büntetlenül — a sokszor igazán a kelleténél is türelmesebb vénákba! Az intracardialis befecskendés alkalmazásakor természetesen a legszigorúbb kritikával kell élnünk. Meggyőződése, hogy ezt az eljárást a jövőben már nem csupán a sebészettel foglalkozók, hanem egyenmely meghatározott esetben a belorvosok is rendszeresen fogják alkalmazni. Elsősorban belső elvérzésnek fenyegető eseteiben, bárhonnet ered is a vérzés. A mikor ugyanis a kivérzett betegnek szív munkája pillanatok alatt, fokozatosan romlik és a szívnek végleges megállása szintén csak pillanatok kérdése. Ilyen esetben, különösen pedig ha feltehetjük, hogy kivérzés nélkül az illető beteg különben még életben maradt volna: az intracardialis befecskendés — esetleg hypodermoklysis vagy intravenás infúzióval egybekapcsolva — nagyon is helyénvaló. Nézete szerint minden olyan esetben indokolt az eljárás, a mikor mérgezés (gázmérgezés), hosszas narcosis vagy kivérzés alapján a szív munka fokozatosan romlik és a haldoklásnak minden járatos orvos előtt közzismert jelei pillanatról-pillanatra mind fenyegetőbben csoportosulnak. Ilyenkor, de csakis ilyenkor van helye az intracardialis befecskedésnek. Viszont az ilyen igazán kétségbeesett esetben másféle beavatkozásnak valóban semmi értelme sincsen. Tapasztalásból mondhatjuk, hogy a hatás intenzitása és gyors jelentkezése szempontjából az eddig leghatásosabbnak tartott intravenás befecskendés az intracardialisnak még csak távolról sem léphet a nyomába. Az intracardialis befecskendéseket az előadó kizárólag nagyon súlyos bajban szenvedő haldoklóba végezte és a pillanat alatt jelentkező közvetlen hatás legtöbbször igazán szembetűnő, sokszor egyenesen frappáns volt.

A mi az eljárás technikáját illeti, a hozzászóló is azt tartja helyesebbnek, hogy iparkodjunk a szívcsúshoz lehetőleg közel a bal kamarába jutni. Így a beszúrással semmi bajt sem okozhatunk. Bárha az állatkísérletek azt igazolják, hogy kis mennyiségű levegőnek a szívbe való jutása nem okoz nagyobb bajt, a hozzászóló mégis azt tartja, hogy a befecskendés alkalmazásakor kétszeres gonddal kell ügyelnünk arra, hogy léghólyagocskák ne maradjon a fecskendőben. Éppen ezért a beszúrást után annak ellenőrzésére, hogy vajon jó helyre jutott-e a tű hegye vagy sem, a fecskendő dugattyúját visszahúzni, avagy éppen a tűről a fecskendőt levenni nem szabad. Némely esetben, ha a szív még kellő szunnyadó erővel bír, a magával a beszúrással is felrázott szívnek egy erőteljesebb systolája beprésl a vékony, hosszú tűn keresztül is 1—2 cseppnyi vért a fecskendőbe, a mi, ha a tű a bal kamarába jutott, a fecskendő tartalmát élénk világos cseresnye-pirosra festi. Hogyha pedig a folyadékot már befecskendeztük, akkor, hogy legalább utólag biztosan meggyőződhessünk arról, hogy jó helyen voltunk-e, ha a tű hegye valóban a bal kamarában van, jellegzetes, élénk rubinpiros vér jelenik meg a fecskendő hengerében.

Ambár az intracardialis befecskedésre vonatkozó közlések és leírások elég bátorítók voltak és az eljárást mindenkor csakis olyan esetekben végeztük, a mikor már igazán nem volt semmi veszíteni való, mégis az első időkben bizonyos félelemmel vettük igénybe a befecskendést. Ma azonban már bátran állítjuk, hogy ha ezt a befecskendést a megfelelő helyen és a megfelelő módon alkalmazzuk, semmiképpen sem árthatunk vele a betegnek. Mint hallottuk, nem egy olyan esetről adnak hírt a szerzők, a mikor a már haldoklónak életét az intracardialis befecskendéssel megmentették. És hogyha ezzel az eljárással, ha nem éppen minden tízedik, de csak a századik avagy akár csak a kétszázadik esetben is sikerül majd a beteg életét tartósan meghosszabbítani: már akkor is jogosult, hogy az eljárásnak különben egyszerű technikáját és indikációját minden működő orvos legalább is úgy ismerje és sajátítsa el, mint a hogy például a sokkal bonyolultabb tracheotomiát is köteles ismerni és gyakorlatilag elsajátítani.

Schmidt Ferencz: Ha végignézzük az intracardialis befecskendés irodalmát, sehol egyetlen egy esetet sem találunk, a melyben a befecskendés következménye gyanánt baj érte volna a beteget. Tehát az *Ángyán* által említett egy esettel szemben áll az összes többi eset.

Az előadó által felsorolt esetek a befecskedésnek ugyan nem éppen az indikációi, de kivétel nélkül bizonyítékai annak, hogy az intracardialis befecskendés még a teljesen legyengült szervezetet is

felrázza és legalább is órákra, napokra meghosszabbítja az életet. Joggal remélhetjük tehát, hogy adandó esetben a különben egészséges szervezetet valamely múló zavaron átsegítve, tartósan is megmentheti az életnek.

Ő maga is mindvégig azt hangsúlyozta, hogy az intracardialis befecskendés indikációját minden egyes esetben csak a legóvatosabb és a legszigorúbb körültekintéssel és kritikával szabad és lehet felállítani. Ez a beavatkozás csakis olyan esetben van megengedve, a mikor a mellőzése biztos halált jelent s a mikor viszont a más beavatkozással való próbálkozás már teljesen céltalan és úgyis hiábavaló volna.

Budapest mint fürdőváros.

Benczur Gyula: A Gellért-fürdő bemutatása.

Renner Adolf: Örömmel üdvözlö az előadót, hogy Budapest fürdőváros eszméjét felvetette. Ő maga is évek hosszú sora óta dolgozik e szép eszme megvalósításán s a Budapesten tartott nemzetközi orvosi congressuson előadást is tartott róla. Felhívja a figyelmet azokra a nagy pusztításokra, melyeket az élő fák kivágásával a kommunizmus alatt okoztak. Ha azt akarjuk, hogy fővárosunk igazi fürdőváros lehessen, akkor mintegy kertvárossá is kell tennünk.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Belorvostani diagnostika. Szerkesztette: *Jendrassik Ernő.* Írták: *Ángyán János, Csiky József, Engel Károly, Fejes Lajos, Holitsch Rezső.* Budapest, Mai Henrik és fia kiadása.

A belorvostan tankönyve után *Jendrassik Ernő* és tanítványai belorvosi diagnostikát adnak a tanulók kezébe. Nagy hiányt van hivatva pótolni ez a könyv, mert mostanáig a diagnostikát a hallgatók nagy része csak az előadások után készült, nem mindig tökéletes jegyzetektől, esetleg szigorlati kurzusjegyzetektől tanulta. Talán ez volt az egyik oka annak, hogy hallgatóink diagnostikai tudása annyi kívánni valót hagyott.

Jendrassik könyve körülbelül 600 oldalra terjed s mint előszavában mondja, abban tér el a többi hasonló munkától, hogy a vizsgálati módok leírásán kívül még tünettant is csatolt hozzá. Ilyen tünetntani fejezetek: „fájdalom a hasban“, „hasdaganat“, „a sárgaságról“, „kövérség és soványság“, „az arythmiás szív működéséről“ stb. stb. Mindmennyi jól átgondolt és megírt fejezet, a melyben a differential-diagnostikai momentumok kiemelése mellett pathogenetikai és egyéb megjegyzések is találhatók. Ezen kiegészítést a rendes diagnostikai módszerek leírásának annyira értékesnek tartom a tanuló számára, hogy a fejezetek számát a legközelebbi kiadásban még ki is bővíteném. Talán a nyomdaviszonyok megjavulása esetén egy újabb kiadásban egyebek is kissé szélesebb alapon lesznek tárgyalhatók — a mint azt *Jendrassik* az előszóban ki is fejt — s alkalom kerülhet esetleg arra is, hogy olyan kérdésekben, melyekben *Jendrassik* véleménye mereven ellenkezik mások álláspontjával, ezen más álláspont is kifejezésre jusson.

Az egyes módszerek és tünetek leírása különben nagy világosságával és plasticitásával tűnik ki s az egész munkát a megfigyelések bősége és alapossága jellemzi, a mi *Jendrassik*-nak és iskolájának mindig nagy erénye volt.

„A kórelőzmény“ című fejezetben *Jendrassik* a szokásos adatokon kívül sok megszívlelésre méltó tanácsot ad az olvasónak.

A munka nyelvezete jól érthető, szabatos és a mi fő: magyar. *Jendrassik* már régóta egyik legelső harczosa a tudományos nyelvezet magyarrá tételének s e téren ez a könyv is haladást jelent. Egyes idegenszavak átmagyarosítása ugyan még kissé idegenül hangzik, de biztosan várhatjuk, hogy e magyarosító törekvés mások munkájában is tért fog nyerni, s egységes magyar tudományos nyelvezet kifejlődésére fog vezetni.

A tanulók és a kész orvosok is hálával fogják fogadni *Jendrassik* könyvét.

Bálint Rezső.

M. Cohn: Die Lungentuberkulose im Röntgenbilde.

Leipzig, J. A. Barth. 12 márka.

A kis füzet, a melynek szövegét 10 szövegek közötti rajz és 3 táblán 12 Röntgen-kép teszi érthetőbbé, alkalmas arra, hogy

egyfelől könnyű szerrel ismerkedhessék meg az olvasó a Röntgen-vizsgálat hasznáról a tüdőgümőkör felismerésében, másfelől, hogy apadjon azoknak a száma, a kik még nem tulajdonítanak jelentőséget a szóban levő vizsgálmódnak, különösen a tüdőgümőkör korai szakának körjelzésében. A munka a „Tuberkulose-Bibliothek“ című új vállalat 2. füzeté gyanánt jelent meg.

Új könyvek:

H. Gerhartz: Taschenbuch der Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 36 m. — *K. Pönitz:* Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einfluss der Kriegserfahrungen. Berlin, J. Springer. 28 m. — *A. Grumbach:* Das Handskelett im Lichte der Röntgenstrahlen. Wien, W. Braumüller. 40 m. — *F. X. Mayr:* Fundamente zur Diagnostik der Verdauungskrankheiten. Wien, W. Braumüller. 48 m. — *L. Pincussen:* Mikromethodik. Quantitative Bestimmung der Harn- und Blutbestandteile in kleinen Mengen. Leipzig, G. Thieme. 14,40 m.

Belorvostan.

Idült izületgyulladások ellen *Heissen* nagyon ajánlja a kombinált tej-sanarthrit-kezelést. Ismételt hangsúlyozza, hogy a tej és a sanarthrit külön-külön használva, távolról sem oly kedvező hatású. Eljárása röviden a következő: reggel vízfürdőben főtt tejből 10 cm³-t fecskendez be intraglutealisán vagy a quadricepsbe; az utána jelentkező lázas reactio tetőfokán (többnyire 3 órával a tejinjectio után) 1 cm³ sanarthritet juttat a szervezetbe intravenásan, mire a hőmérsék rendszerint még $\frac{3}{4}$ —1 fokkal emelkedik. A reactio tetőfokán, a mely többnyire estefelé áll be, csaknem mindig erős melegségérzetet jeleznek a betegek, élénk sensatióktól kísérve a beteg izületekben. Rendszerint 3 ilyen kombinált befecskendezés 3—4 napos időközökben elegendő volt a betegeknek panaszmentessé tevésére. A szerző még megemlíti, hogy heveny izületcsúsz eseteiben ő is jó eredményt látott az *Edelmann* ajánlotta eljárástól, a mely tejbefecskendezés és salicyl nagy adagjainak egyidejű alkalmazásában áll; különösen a szív-szövődmények megelőzése szempontjából tartja jónak az eljárást, a melyet azonban természetesen nagyon jókor kell igénybevenni. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 17. füzet.)

A tüdővizényő kezeléséről ír *Geigel*. Fontosnak tartja, hogy a baj leküzdésére rendelkezésre álló eszközöket mind azonnal vegyük használatba. Ezek: a bal szívnek fokozott munkára élesztése (kámför, aether, coffein, strophanthin), a bal szív munkájának megkönnyítése (a bőrerek kitágítása forró láb- és kézfürdőkkel), bővérű egyénekben érvágás, elegendő oxygen odajuttatása a bal szívhez (oxygen-belégzés, s ha ez nem áll tüstént rendelkezésre, a mellkas alsó részének rhythmusos komprimálása, a mivel az alveolusokba ürült savó kipréseltetik, ezzel szabadabbá válik a lélekzés és több oxygen vétetik fel és jut a bal szívhez). (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 34. szám.)

A paralysis agitans pathogenesise még homályos. Némelyek a lencse mag elváltozását veszik fel, mások a belső secretio zavarára gondolnak. Ez utóbbi alapon kísérletet tettek parathyreoidin-készítményekkel, de nagyon változó eredménnyel. *Kühl* legújabbban esetet közölt, a melyben az élő borjúból kivett mellékpajzsmirigyeknek két helyen a has bőre alá ültetése után feltűnő javulás következett be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 34. szám.)

Ideg- és elmekórtan.

A Gordon-féle lábujjtünettel foglalkozik *S. Auerbach*, ki azt lábikratünetnek nevezi. (Abban áll, hogy két ujjunk közé szorítva a gastrocnemius izomzatát, kezünket lefelé húzzuk, mire az öregujj dorsalflexióba jut. Némelyek *[Cimbal]* Trömmer-tünet néven írják le. *Ref.*) Szerinte igen sokszor kiváltható olyankor, a mikor sem Babinski, sem Oppenheim, sem Mendel-Bachterew, sem Rossolimo, sem lábfejcionus még nincs, ezeknek mintegy előfutárja. A cortico-spinalis neuron laesiojának kezdetét jelzi, sőt fennáll olyankor is, midőn csupán távolhatás körébe jutott az utóbbi s így fontos lehet a therapiás indicatio szempontjából, mert a *reparabilitas* idejében mutatkozik már. A Babinski-tünet kifejlődésekor már el

is szokott tűnni, a tünetek visszafejlődése során azonban újra mutatkozhatik, s ezért sérülési residuumok kimutatására törvényszéki jelentősége lehet. Kiemeli a tünetnek rendkívüli használhatóságát a *rhinogen és otogen complicatiók* korai felismerésére. (Med. Klinik, 1921, 37. szám.) Kluge dr.

Szülészet és nőorvostan.

A terhesség diatetikájáról tartott előadást Ruge a berlini gynaekologiai társaság június 10.-i ülésén. Arra vonatkozólag, hogy a terhesség utolsó hónapjaiban mennyire tartják be a sexualis abstinenciát, 410 férjes nő kikerdezéséből kiderült, hogy az utolsó 2 hónapban 78.5%, az utolsó hónapban pedig 53% még rendszeresen cohabitált, jórészt nyilván abból a babonás hitből kifolyólag, hogy a gyakori nemi érintkezés megkönnyíti a bekövetkezendő szülést. Eredményként 9-szer koraszülés (hólyagrepedés), 6-szor vérzés és 14-szer lázas gyermekágy volt kimutatható. A háborús évek tapasztalatai szerint főleg vegetariánus diéta mellett ritkább az eklampsia; ezért terhességben a fehérje- és zsírbevitelt lehetőleg korlátozandónak tartja. A túlságos tejfogyasztás is kerülendő, mert pyelitis fejlődését segíti elő. A discussióban Keller kételyét fejezi ki, hogy az eklampsia-esetek megkevesbedésében a háború alatt csupán a táplálkozás módja játszott volna szerepet; hiszen tudjuk, hogy a szegények között sokkal gyakoribb az eklampsia, mint a jómódúak között, falun ritkább, mint a városban. Strassmann az eklampsia prophylaxisa szempontjából fontosnak tartja, hogy azok a nők, a kiknek vizeletében fehérje mutatható ki, legalább 8 nappal a szülés előtt már ágyban maradjanak.

A terhesség kora felismerésére a renalis glykosuria a hamburgi egyetem nőbetegklinikáján szerzett tapasztalatok szerint jól használható, a mint azt Nürnbergi docens írja. Az eljárás, melyet Frank és Nothmann ajánlott volt először, a következő: a húgyhólyagnak catheterrel kiürítése után $\frac{1}{2}$ liter teában oldott 100 gramm szőlőcukrot fogyasztunk el és $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1, $1\frac{1}{4}$ és $1\frac{1}{2}$ óra múlva újból eltávolítjuk catheterrel a vizeletet és megvizsgáljuk cukor jelenlétére. Minthogy azonban 100 gramm szőlőcukor bevitel után nem csak a terhességben, hanem más bajokban is (májbetegségek, thyreotoxikus állapotok, latens diabetes) cukor jelenik meg a vizeletben: a vér cukortartalmát is meg kell állapítani; ez utóbbi esetekben ugyanis a vér cukortartalma is nagyobbodik, a terhességben ellenben a normalis határok között marad. Terhességben a cukor a vizeletben többnyire $\frac{3}{4}$ órával a cukor elfogyasztása után jelenik meg, de kivételesen még $1\frac{1}{2}$ óra múlva is jelentkezhetik. A klinika eddig 71 idetartozó megfigyeléssel rendelkezik, a melyekből kiderült, hogy valamennyi esetben, a melyben I—III. hónapi terhesség volt jelen, a renalis glykosuria kimutatható volt. Természetesen lehetnek esetek, a melyekben terhesség mellett egyúttal kóros hyperglykaemia van jelen, vagy pedig renalis glykosuria áll fenn terhesség nélkül. Ennélfogva a reactio positiv volta csak valószínű jele a terhességnek. A reactio negativ eredménye azonban úgyszólván teljes bizonyossággal szól intact terhesség ellen. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 38. szám.)

Venereás betegségek.

A „mitigal“-t ajánlja csecsemők scabiese ellenében Ehlers (Braunschweig). A csecsemők és kis gyermekek scabiese Németországban is mind jobban terjed. Oka ennek főként a rossz lakásviszonyok s a fehérnemű nagymérvű hiánya. A felnőtteken alkalmazott legtöbb scabies-ellenes szer kellő gyöngítésben sem teljesen veszély nélküli a csecsemőkre s a kellemetlen mellékhatások sok bajt okoznak. Az alkalmazható styrax, perubalsam pedig aránytalanul drága. A szerző ezért felhívja a figyelmet a „mitigal“ nevű új ruhellenes szerre, melyet a Beyer & Co. gyár hoz forgalomba. A mitigál sűrű olajos külsejű, szerves kénvegyület, mely vízben nem, alkoholban, acetonban és benzolban azonban oldódik. A kúra abból áll, hogy a csecsemő testét 3 ízben, naponta egyszer, bedörzsöljük a szerrel, a 4. napon pedig megfürdetjük

a beteget. A szernek a szerző eddigi tapasztalása szerint kellemetlen mellékhatása nincsen s a scabiesen kívül az azzal szövődő pyodermiát s ekzemat is gyógyítja. Egy-egy csecsemő kúrájához körülbelül 75—100 gr. anyag szükséges. A mitigál a fehérneműt nem rongálja s alig szennyezi. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 36. sz.) Guszman.

Kisebb közlések az orvostudományról.

Csonttörés eseteiben a késedelmeskedő callus-képződés elősegítésére Arnava 6 napos időközökben $1-2\text{ cm}^3 1-2\%$ -os osmiumsavat fecskendez a törésvégék közé, összesen körülbelül öt alkalommal. A befecskendezés után mintegy 20 percig tartó égető fájdalom áll be, továbbá kiskókú oedemás duzzadás és hőemelkedés; ez utóbbiak 24 óra alatt megszűnnek. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 1010. l.)

Antihæmorrhagiás serum. Dufour vizsgálatai szerint az anaphylaxia stadiumában a vér alvadésképesége erősen fokozott; a vérnek ez a fokozott alvadékonysága passive átvihető s ily módon különböző fajta vérzések ellen hatásos. A serumot főleg házinyulak véréből készítik; $10-20\text{ cm}^3$ fecskendezendő be ismételtén. (Presse méd., 1921, 33. old.)

Vegyes hírek.

A debreczeni Tisza István tudomány-egyetem új tanárai. A kormányzó Huzella Tivadart (anatomia), Belák Sándort (gyógyszertan), Csiky Józsefet (belorvostan), Benedek Lászlót (elmekórtan), Szontagh Félixet (gyermekorvostan) és Neuber Edét (bőrkórtan) az V. fizetési osztályban nyilvános rendes tanárrá nevezte ki.

Személyi hírek külföldről. Gerhardt utódjává a wüzburgi egyetem belklinikai tanszékére P. Morawitz greifswaldi tanárt hívták meg.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. Korbsch szerint cholelithiasis és pyelitis legtöbb esetében a Gruber-Vidal-reactio positiv. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 36. szám.) — 34 epileptikus agyveljét vizsgálta meg Pollak és valamennyiben, főleg a kéregben, a veleszületett kevesebbetérőség (Minderwertigkeit) jeleit találta; ezen az alapon váltódik ki valamelyes ok behatására az epilepsia. (Arb. a. d. neurol. Inst., Wien, 23. kötet, 1. füzet.) — Internáltakon Shearby sok esetben találta az egyik vagy mindkét fülkagyló saját szerű duzzanatát, a mely néha oly hirtelenül fejlődött, hogy 1—2 esetben phlegmonét vettek fel, a bemetszés azonban nem adott gyentét; később kiderült, hogy az illetők valamennyien enyhe scorbutban szenvedtek s megfelelő diéta intézkedésekre meg is szűnt a fül-duzzadás. (The Practitioner, 1921, 3. füzet.)

Meghalt. Perényi Dezső dr., székesfevárosi gyakorló orvos, 59 éves korában. — P. J. Freyer, a prostata sebészete terén elismert tekintély, 70 éves korában szeptember 9.-én.

Dr. Szili Sándor

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

Orthopaedia,

gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termék, vizgyógyintézet a Dr. PAJOR-Sanatóriumban Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

Dr. Szilas

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevelet-ügyben szolgál: Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 17. szám és a Szlovákfürdőiroda (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. Doctor orvosi laboratóriuma Budapest,

IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Istvánuti Szanatórium

és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sarok. — Ig.-főorvos: Dr. Schuster Gyula v. e. l. tanár. Sebészeti, szülészeti, nőgyógyászati. — Bel- és ideggyógyászati, Orthopaedia, Röntgen.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferenc József rakpart 26.

Telefon József 56-76

Dr. JAKAB-féle **LIGET-SANATORIUM**

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikai és fizikoterapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyögymechanikai osztály, elektroterápia bejáró betegek részére is.

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

ZANDER-Üdítő SOVÁNYÍTÁS

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

PÁLYÁZATOK.

A budapesti orth. izr. hitközség „Bíró Dániel”-gyógyintézetében az orvosai, illetve segédorvosai állás betöltendő.

Kellően felszerelt pályázatok október 15.-éig a hitközségi irodába (Dob-utca 35) intézendők.

Dr. Rosenák, igazgató-főorvos.

4765/1921. fh. sz.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár:

1. a III. kerület Matróz-utca, Filatori-gáton innen a Vörösvári-út páratlan számú oldala és a külső Bécsi-úti ipartelepek által határolt területre 31.200 korona összilletmény,

2. az V. kerületben a Lipót-körút, Duna, Csanádi-utca és Váci-út által határolt területre 25.440 korona évi összilletmény,

3. az V. kerületben a Süllő-Árbócz-Zsilip és a Váci-út páros számú oldala által határolt területre 31.200 korona összilletmény mellett pályázatot hirdet.

A pályázati kérvények 1921 október hó 22.-éig bezárólag ezen pénztár főorvosi hivatalában nyújtandók be és diplomamásolattal, curriculum vitaevel, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal, valamint a személyazonosságot igazoló okmányokkal szerelendő fel. Hiányosan felszerelt kérvények nem vehetők figyelembe. A megválasztott kezelő-orvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia.

Az állásra vonatkozó egyéb felvilágosítások a Pénztár főorvosi hivatalában VIII., Köztemető-út 19/b, I. emelet, 41. sz. alatt szerezhetők.

Budapest, 1921 szeptember 23.

Angyal dr.

a pénztár vezetésével megbízott
ministeri tanácsos.

13/1921. eln. szám.

A Nagyméltóságú Népjóléti és Munkügyi Minister Úrnak 36973/1921. V. a. szám alatti rendelete alapján a nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézet intézeti orvosi állására ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

A IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő 2600 kor. kezdő törzsfizetés, az ehhez tartozó háborús és drágasági segély, természetbeni lakás, fűtés, világítás és ételmezés.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy orvosi oklevéllel vagy annak hiteles másolatával, eddigi működésüket igazoló bizonyítvánnyal és a forradalmak alatti magatartásukat igazoló hatósági bizonyítvánnyal felszerelt és a Népjóléti és Munkügyi Minister Úr Önagyméltóságához címzett kérvényüket folyó évi október 15.-éig hozzám nyújtsák be. Pályázhatnak orvosnők is.

Nagykálló, 1921. évi augusztus hó 25.-én.

Strobl dr., igazgató.

Laboránsnő, ki Röntgen-kurzust végzett, s a vérvizsgálatban is teljesen jártas, **állást keres.** Vidékiek előnyben.

Cím:

Tóthné, Budapest, Verbőczy-utca 13, I. emelet.

MERAN Téli klímás gyógyhely Olaszországban.

1. Sanatorium Stefanie. Elsőrangú, minden kényelemmel és modern gyógyeszközzel felszerelt gyógyház szív-, vese-, ideg- és anyagcserebetegek részére.

2. Sanatorium Hungaria. Tüdőbetegek részére. Tüdőbetegek részére. Tüdőbetegek részére. Tüdőbetegek részére. Tüdőbetegek részére.

Dermaforine

Törv. védve.

Fertőtlenítő.

Teljesen szagtalan, nem izgató, desodoráló, szárító (erősen adszorbeáló)

sebhintőpor.

Alkalmazás: sebhintőpor, gaze, 5-10%-os kenőcsök. STERILIZÁLHATÓ.

Minden gyógyszerárban és nagy droguériában kapható.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serumtermelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

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

Ezelőtt II., ker. Margit-körut 45.

Új telefonszám 58-97.

Lilienfeld- és Röntgen-

készülékek magyarországi egyedárúsítója

Ericsson magyar villamossági részv. társ.

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

Röntgen-ösövek és lemezek állandóan raktáron.

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

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

„Jó Pásztor” gyógyszerár, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festékeket.

KOSMOS

VEGYÉSZETI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA RÉSZVÉNYTÁRSASÁG KISPEST, DUGONITS-UTCA 9.

Telefon: Budapest József 53-10.

Sürgőnycím: KOSMOS KISPEST.

Organotherapiás gyógyszerek:

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

Belső kezelésre:

Injekciós kezelésre:

Tabl. Ovarii constans összetételű ovarium-készítmény, klimakterios zavarok, amenorrhoea, dysmenorrhoea, chlorosis etc. kezelésére, valamint ovariectomiák után jelentkező kiesési tünetek ellen.

Tabl. Thyreoideae myxoedema, struma, kretinismus, obesitas, arteriosclerosis, marasmus etc. ellen.

Tabl. Hypophysis cerebri rachitis, dystrophia adiposo-genitalis etc. eseteiben.

Tabl. Testiculi sexualis infantilismus, eunuchoidismus, impotentia és sexualis gyengeség, neurasthenia, hypochondria, prostatitis, asthma sexuelle, klimakterium virile etc. ellen.

Tabl. Pankreatin a gyomor-bélrendszer zavarainál, diabetes, morbus Basedowii, icterus, anaemia perniciosa etc. eseteiben.

Adrenalin tartós, izgalmi tünetek nélkül ható, sósavas sója a mellékvese kristályos hatóanyagának physiologiai konyhas oldatban.

Tartósan, változás nélkül hatékony, forralás nélkül sterilizálható.

Adrocin nem mérgező, nem izgató, biztos hatású, sterilizálható helyi érzéstelenítő.

Injectiones Ovarii.

Injectiones Testiculi.

Injectiones Thyreoideae.

Injectiones HYPOGLANDIN

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

Kiválóan alkalmas:

Használat:

A szülés bevezetésére és elősegítésére, post partum és post abortum vérzéseknél, myoma-vérzéseknél, metrorrhagiánál, ischuria paradoxánál, osteomalaciánál. Kifűző szivtonicus collapsusnál és toxikus vérnyomás-csökkenésnél, valamint operációk után.

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

Semmering „Palace-Sanatorium”

Dr. Victor Hecht

Modern physik.-diätetikus magaslatti gyógyintézet. 1040 m. a t. sz. f. Saját tejjgazdaság. Központi fűtés.

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.

Rihmer Béla: A prostata sebészete. 369. lap.

Pekanovich István: Egyszerű és olcsó eszköz mesterséges légmell készítéséhez, után-töltéshez, exsudatumok lecsapolásához, próbacsapoláshoz. 371. lap.

Schmidt Ferencz: Közlés a Budapest székesfővárosi Zita-kórház III. belorvosi osztályáról. (Osztályos főorvos: Tornai József dr.) Az intracardialis befecskendésekről. 372. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Hoffmann: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. — Lapszemle. Belorvos. Hampeln: A mediastinalis daganatoknak korán felismerése. — Koester: A tüdőcsúcsok viselkedése pleuritis és pneumonia eseteiben. — Graefe: A diabetes kezelése. — Sebészeti Közlés: A vérbefecskendezésekről rák eseteiben. — Elme- és idegkór. Mohr: Lelki folyamatok hatásáról az endokrin szervekre. — Venerás betegségek. H. és E. Davidsohn: A Hutchinson-fog jelentőségéről. — Húgyszervi betegségek. F. Necker: Gümöbacilusok a vizeletben. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 374–375. lap.

Vegyes hírek. 376. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A prostata sebészete.

Írta: Rihmer Béla dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A Magyar Sebésztársaság az 1921. évi VIII. nagygyűlésére kitzúta a prostata sebészetét és a kérdés egyik referenszül delegált. A megtisztelő megbízásból reám háruló feladat a prostata-gyenedések, a prostata-kövek és a prostatismus sebészetének megbeszélése, a melynek az alábbiakban teszek eleget.

I. A prostata-gyenedések.

Az abscedáló prostatitis a teljesen ivarérett és utána a hajlott korban a leggyakoribb. Osztályomon 17 esetet észleltünk, kettőt — mely eredményénél fogva emlékezetemben megmaradt — ex consilio láttam. Ezen 19 esetből 6 gonorrhoeás előzményekkel (2 chronikus) jött, kettőnek stricturája volt, egynek pyelitis, egy prostata-túltengéssel és chronikus pyelonephritissel jött, két esetben a prostata-gyenedés a túltengés következtében beállott urosepsis részjelensége volt. Hét eset előzményében semmi okot sem találtunk. Az észlelt eseteknek $\frac{1}{3}$ -a volt blennorrhoeás eredésű, kevesebb, mint az irodalomban általában jelzik. (Day 90%-ra teszi, Kretschmer 43 esetéből 30, Randal 16 esetéből 8 volt blennorrhoeás eredésű.) Ha azonban a stricturához és prostata-hypertrophiához társuló azon eseteket is hozzáveszem, melyekben kathetereztek, valamint a pyelitis esetet (ureterkatheterezés után), akkor a 19 esetből 12-ben, az esetek körülbelül $\frac{2}{3}$ -ában az *infectio a húgycső felől* történt. Ez megegyezik az általános tapasztalással. Az *infectio* második útja a *nyirokutak*, melyek a végbél, gát és herezacskó felől vezetnek a prostatához. (Fischer herezacskó-elfagyás után látott prostata-gyenedést.) Végül fertőződik a mirigy *áttételt* útján. Ide tartoznak a legkülönbözőbb megbetegedésekhez társuló gyenedések. Wildbolz 24 metastasis esetéből 14 influenzához társult, 8 gyomor- és bélmegbetegedéshez, 2 anginához, 1 furunculushoz. Praetorius említi, hogy a legutóbbi évben a Németországban észlelt sok prostata-gyenedés az ugyanazon időben fennálló furunculosis-járványban leli magyarázatát.

A rejtélyes eredésű prostata-gyenedések egy része ilyen, a vérpálya felőli *infectio* következtében támad; kétségtelen, hogy egy másik részében a chronikus prostatitis szerepel ok gyanánt. A *gonococcus* még az acut esetekben is kevesebb szerepet játszik, mint gondolnók. Kretschmer újabban közölt 30 blennorrhoeás esetéből a folyásban mindössze 16-szor, a tályogban 18-szor tudták kimutatni. A legtöbbször secundaer fertőzés áll fenn, szerepelnek az összes genyesztő csírák, de anaërobok is. Minthogy mindezek az ép húgycsőben is fellelhetők, sőt anaërobok is (*Jungano*), a másodlagos fertőzés

lehetősége kézenfekvő. A kankós idősült prostata-gyulladás bacteriumflórájában a gonococcus még hátrább kerül. Culver 1916-ban 34 esetből, melynek 85%-a egy vagy több kankón ment keresztül és 70%-ban a geny bacteriumtartalmú volt, 30%-ban pedig steril, a kinyomott prostataváladékban a következő csírákat találta:

	Egyedül	Társként
Staphylococcus albus	4	5
Anaërob staphylococcus	1	—
Streptococcus haemolyticus	3	1
Anaërob streptococcus	1	1
Diphtheroid bacterium	3	—
Coli	—	1
Proteus	—	2
Mikrococcus catarrhalis	—	1
Gram-negativ anaërob coccus	1	—
Gram-negativ anaërob diplococcus	—	1
Gonococcus	3	1

és figyelmeztet arra, hogy a steril gyenedések oka anaërob csíra lehet.

A heveny kankóhoz társuló prostata-gyulladás vizeleti nehézségeivel, fájdalmával vagy lázával hamar magára tereli a figyelmet. Fontos azonban tudnunk, hogy az abscedáló prostatitis, mely áttéti vagy chronikus prostatitises eredésű s a mely a magasabb korban is jelentkezhet, a septikus lázon kívül gyakran semmi más tünettel nem jár. (Jankovics és Fischer esete.) Ha tehát a septikus lázmenet semmi okát sem találjuk, a férfibeteg prostatáját mindig nézzük meg.

Bennünket a kankóhoz társuló úgynevezett catarrhalis és follicularis prostata-gyulladások csak annyiban érdekelnek, hogy belőlük kifejlődhetik a parenchymás gyulladás, mely vagy felszívódik, vagy elgenyvedve prostata-tályogra vezet. Ezt a kifejlődést a kankós prostata-gyulladás helytelen kezelése nagy mértékben elősegíti. Különösen ki kell emelnünk a *massagét*, az edző szerekkel való kezelést, a szondázást a kankó subacut időszakában. De még a chronikus esetekben is a helytelenül és durván alkalmazott massage, a szondázás, a cystoskopia, egyéb ártalmak, heves coitus, gát-títés, lovaglás fellármázhatja a prostata szunnyadó bacteriumait, melyek között, mint fent láttuk, súlyos infectiók csírái vannak. Nem szabad olyan prostatát masszálni vagy instrumentálisan vizsgálni, mely érzékeny. Ha a prostata érzékeny és duzzadt, a chronikus catarrhalis váladék eldughatja kivezető nyílásait, a massagera a folliculus megrepedhet, fertőző tartalma a stromába jut és kész a kötőszöveti lob s az izzadmány elgenyvedhet. Ezért osztályomon szabály, hogy öt napig Arzberger-készülékkel melegítéseket végeztünk és ha erre fellágyul a catarrhalis nyálkás dugasz, a massage fájdalomtalan lesz és bőven és könnyen exprimálható a váladék s üríthető ki időnkint tovább. Ennyit szükségesnek tartottam a *prophylaxis* szempontjából elmondani.

Ha a prostatitis parenchymatosa beállott, a lobellenes régi kezelés és torpid lefolyású esetekben tejinjectio mellett résen kell lennünk, mert az elgyenedés egyik napról a másikra beállhat. Az észlelt 36 esetből felszívódott 17. Ezek mind blennorrhoeás eredésűek voltak. A 6 esetben alkalmazott tejinjectióra a felszívódás gyorsan bekövetkezett 4 esetben, a lefolyás nem gyorsult 2 esetben.

Ha csak a hátulsó húgycsőhöz tartozó mirigycsoport betegszik meg, mint legtöbbször kankónál, mely rövid kivezető csövekkel az ondódomb felett nyílik a húgycsőbe, az odavaló betörés igen gyakori és gyors, ezért észlelték a szerzők legtöbbször a húgycsőbe való betörést. (Lafont 104 esetéből 73.) Sokkal súlyosabbak a viszonyok, hogyha a retrospermatikus rész, a valódi prostata betegszik meg, s a legsúlyosabb, ha ennek felső mirigyei genyednek el. A súlyosodást az teszi, hogy ez esetekben a genyedés közeledik a prostata körüli gyűjtőeres fonathoz, a melyben thrombophlebitist okoz, mely sepsisre vezethet, a tályog áttörhet a peritoneumba, ami septikus peritonitishez vezet. Mindkettőből láttam egy-egy szomorú példát. Szerencsére az utóbbi eset ritka, bár Minet mégis 8 esetet szedett össze. Az áttörés a húgycső után a legtöbbször a rectumba, vagy a prostata szélén az ischio-rectalis árokba történik és a tályog megjelenik a gáton, de feljebb is áttörheti a Denonviliers-fasciát és medencze-phlegmonera vezethet. A prostata-tályog veszélyei a thrombophlebitis a sepsissel, a medencze-phlegmone sepsissel és ha egyidejűleg tört át a húgycső a végbélbe, a húgycső-végbél-fistula. Ezeknek a veszedelmeknek a beteget kitennünk nem szabad és minden olyan esetben, a melyben nem a mondott periurethralis részre szorítkozik az elgyenedés, mely különben is igen gyorsan betör a húgycsőbe (és a mely esetekben lehet keveset várni), hanem a végbél felől tapintható a felpuhulás, a tályogot azonnal meg kell nyitni. Az észlelt 19 esetből leszámítva kettőt, a melyben az agastyánok urosepsisének csak részjelensége volt a prostata-tályog és súlyos állapotuk már semmiféle beavatkozást nem indokolt, 17 esetünkben beavatkoztunk rögtön 9-ben, ezek közül gyógyult 8, meghalt egy 65 éves hypertrophiás, ki az állandó katheterre abscedált, de kinek már régi pyelonephritise is volt, melyhez az abscedálással új góczok társultak. Egy, sajnos, húgycső-végbél-fistulával gyógyult; a műtő megsértette a végbélet s ez a beteg hónapokkal később a fistulazárás műtete után sepsisben elpusztult; azonban a gyors feltárás szempontjából ez az eset is úgy ítéltető meg, hogy a genygócz kiürítése a genyedést megszüntette. Ezen 9 gyors beavatkozással szemben 8 esetben váratlan álláspont mellett vagy a tályog áttörése és rossz kiürülés miatt avatkozva be, a következő lefolyásokat észleltük:

1. Rejtélyes eredésű eset. A tályog áttört a húgycsőbe s végbélbe (a lázaskodás 9. és 11. napján), már a 11. napon thrombosis támadt a vena spermaticában, utána thrombosis a cruralisban, pneumonia állott be, a 21. napon exitus.

2. Egy blennorrhoeás eredésű tályog áttört a húgycsőbe, rossz kiürülés miatt perinealis prostatotomia. Meghalt medencze-phlegmonehoz járuló sepsisben.

3. Egy blennorrhoeás eredésű tályog (ex consilio) áttört a peritoneumba. 2×24 óra alatt peritonitisben elpusztult.

4—5. Két tályog az osztályon áttört a hólyagba. Az egyik medencze-phlegmoneval sepsisben elpusztult, a másik gyógyult.

6. Áttört a végbélbe, gyógyult.

7. Áttört a gátra, incisióval gyógyult.

A 8. esetben a gáti húgycsőszűkület külső metszésekor a bevezetett vájt szondával nyitottam meg egy kis tályogot. Gyógyult, de kiöblösödés maradt vissza, melyben a későbbi szondázáskor a szondák fennakadtak.

A 8 esetből tehát elpusztult 4.

A váratlan, illetőleg későbbi beavatkozás eredményei tehát sokkal rosszabbak, mint a gyors beavatkozásai. A húgycsőbe vagy hólyagba való áttörés nem vezetett mindig kellő kiürülésre és a pangás thrombophlebitist, medencze-phlegmonet, sepsist eredményezett.

Ilyen súlyos és végzetes complicatiókat a gyors beavatkozás esetében egyet sem láttunk.

A tályog kiürítésének több módja van.

1. *Felszúrás a húgycső felől.* Az újabb irodalomban csak két szerző szólalt fel mellette: *Rajmond*, ki, miután, perinealis prostatotomia egy esetében a megnyitást ismételnie kellett, további 8 esetben kisgörbületű, hegyes végű eszközzel a húgycső felől bökte fel a tályogot és a többi methodussal szemben gyors (6 nap alatti) gyógyulást ért el; *Praetorius* pedig 6 esetben külső húgycsőmetszést végzett és a külső húgycsősphinctert lefelé bemetszve, feltárta a pars prostaticát és a bedomborodó tályogot a húgycső felől megnyitotta. Azután draint helyezett a bemetszés nyílásán át a prostatás részbe. Gyors gyógyuláson kívül előnynek tartja, hogy később (a másik lebenyben fejlődő) tályog esetén a seb tágitása után azt is fel lehet szűrni. Kétségtelen, hogy *Rajmond* eljárása elvetendő vak eljárás. *Praetorius*-éra azt kell mondanunk, hogy a kiürülés nem mindig tökéletes (esetem), mely nézethez társul az újabb irodalomban *Randal* is.

2. *Megnyitás a végbél felől.* Sohasem szabad oly esetekben végezni, a midőn a tályog a húgycső felé már áttört, vagy a végbél és a prostata közti húgycsőrészek nincsenek még összenöve. Csak a végbél felé áttöréssel fenyegető esetekre való. A fistula urethrorectalis eshetőségével jár.

3. A *perinealis prostatotomia* a legáltalánosabban gyakorolt műtét (esetünkben 8). Előnye a jó drainezés, helyes technikával a fistula urethro-rectalis elkerülhető, esetleges medencze-phlegmone megdrainezhető. Hátránya a lassú gyógyulás, néha perinealis genyedő hajszálpoly fennmaradása (1 eset). Hátrányai dacára ezt a műtét methodust kell ajánlani minden olyan esetben, a melyben a végbél felől tapintható tályogot találunk.

Vannak azután elszórt apró genyedések a prostatában, melyek ismétlődő lázakat okoznak, nem folynak össze, időnként a húgycső felé ki-kiürülnek. Gyakran prostata-tütnegésesek szenvednek benne, néha prostata-kövesek, ilyenek, ha más akadály nincs (chronikus sepsis), a prostatectomiát javaltatják. Egyes esetekben pedig a vaccinás kezelést kísérelhetjük meg, vagy parenteralis fehérje- (tej- vagy caseosan-) injectiókkal igyekszünk a szervezetnek védelmi készségét aktiválni.

Ellenben alig lesz követője *Marion*-nak, aki chronikus prostatitis follicularisnál a persistáló folyás, fájdalmak és sexualis neurasthenia miatt 6 esetben *Freyer* szerint enukleálta a prostatát (alighanem a húgycső körüli mirigycsoportot).

II. A prostata-kövek.

Meg kell különböztetni a valódi prostata-köveket a prostatás húgycsőrésztől. Az előbbieket a parenchymában képződnek, az utóbbiak többnyire a veséből vagy hólyagból szállanak le és a húgycsőben fennakadnak, s ha diverticulumot létesítenek, valódi prostata-köveknek imponálnak. Képződhetnek a húgycsőben is, főleg strictura mögött. A valódi prostata-kövek a concretiókból származnak. Ha kitöltik a folliculust, annak hámját izgatják és ez mészsók lerakódásával felel (Joung). Ezek a kövek a húgycsőkövekkel szemben ritkák. Osztályomon az arány 1:6 volt. Többnyire többszörösek (esetünkben 7, *Fowler* 94, *Cholozoff* 130) és dissemináltak. Ritkán okoznak tüneteket, néha égést, gyakori vizelést, fájdalmakat különösen coituskor; prostata-genyedést is okozhatnak. Genyes prostatitis minden bacteriumos infectio állandó hiánya mellett prostata-köre utal (*Brükner*). A helybeli lelet változó. Néha a prostata nagyobb, tömöttebb, máskor normalis. Ha ezen tünetek alapján gondolunk rá, a Röntgen kimutathatja. Ha árnyékot kapunk a nyak körül s a húgycső szabad — a hólyagban tükröl nem találunk követ —, prostata-kő van jelen.

Operálni csak solitaer köveket lehet eredményesen. Ezekre perineotomiával hatolunk be; a disseminált kövek nem kereshetők mind fel s egy-egy ott marad. Néha prostatectomiánál, mint véletlen leletet, találunk ilyen disseminált köveket.

A pars prostatica köveinek eltávolítására a következő módok vannak:

1. Betoljuk a hólyagba és elzúzzuk (1 eset).
2. A hólyag felől operáljuk, ha hólyagkövekkel van kombinálva (1 eset).
3. Perineotomia útján távolítjuk el.

Az utóbbi műtét helyett én 4 esetben következőképp jártam el: Külső gátmetszés után a sphincter externust gombos késsel lefelé átmetszünk, mire tág bemenetet kapunk a hátulsó húgycsőbe. Nagy mandulanagyságú kövek fogóval kihúzhatók. A külső metszést zárva, 24 órára állandó kathetert helyezünk be. Az esetek mind jól gyógyultak, úgy hogy a perinealis prostatotomiát, illetőleg urethrotomiát csak akkor ajánlanám, ha ezzel a methodussal nem érnénk célt, azaz mandulányinál nagyobb kövek esetében. A fistulaképződés veszélyével jár.

(Folytatása következik.)

Egyszerű és olcsó eszköz mesterséges légmell készítéséhez, utántöltéshez, exsudatumok lecsapolásához, próbacsapoláshoz.

Irta: *Pekanovich István* dr., kórházi főorvos.

A mesterséges légmell alkalmazása, mint ismeretes, kétféle módon történik, a Brauer-féle és a Forlanini-féle eljárással. A Brauer-methodus lényege, hogy kis metszés és az izmok szétfejtése mellett keressük fel a szabad mellhártyát, a melyet közvetlenül látunk s így a kellő ellenőrzés mellett szűrhatunk át egy tompavégű, belülről üres tűvel. A tüdő megsértése és az ennek folytán előállható veszélyek tehát tökéletesen kiküszöbölhetők.

A Forlanini-féle eljárás lényegében nem más, mint egyszerű szűrés a két mellhártyalemez közé. Tekintve azonban, hogy a két pleuralis lemez egymáson fekszik, könnyen érthető, hogy a két mellhártyalemez közé való beszűréssel a tüdő könnyen megsértődhetik, a mi légemboliára és különböző más complicatiókra vezethet. Nyilvánvaló, hogy a konzervatívek és óvatosak inkább a teljes biztonságot nyújtó Brauer-féle eljárás mellett voltak. A mesterséges légmell-therapia első idejében, azt hiszem, többségben is voltak a Brauer-féle műtét barátai.

Az utántöltések — mivel a tüdő megsértésének veszélye már nem forog fenn — mindkét esetben a Forlanini-féle szűréssel történnek.

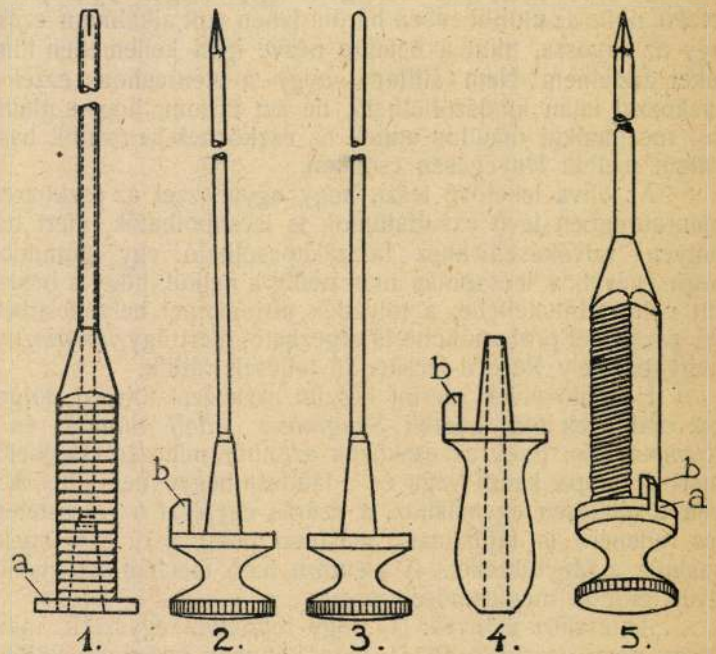
A mesterséges légmell-therapiáról immár egy évtizede gyűjtött tapasztalatok arról győzték meg, hogy a Forlanini-féle szűrési methodus is teljesen veszélytelen és ha nem is kivétel nélkül, de a legtöbb esetben ezzel az eljárással készíthetjük az első légmell. Az utóbbi egy esztendő alatt kezelt mintegy 60 eset közül csak két esetben szorultunk a Brauer-féle műtetre. Áll ez annál is inkább, mert jól tudjuk, hogy milyen nehezen egyeznek bele a műtétbe a tüdőbetegek, bármilyen kicsiny műtét is az.

A gyakorlati követelményeknek óhajt megfelelni az a tű, a melyet jelenleg használók s a melynek összeállítására a gyakorlati élet követelményei vittek rá.

A műszer négy darabból áll: 1. belülről üres, tompán végződő tű, 2. beleillő lándzsa, 3. tompavégű mandrin, 4. olíva.

1. A belül üres, tompán végződő tű alsó része négy-szögletes, két oldalán rovátkált *nyelet* alkot, a mely kissé hosszúka, hogy jól megfogható és az ujjak között jól rögzíthető legyen. A nyél alsó peremén (a) bevágás van, a hová a tűbe járó lándzsa nyelén és az oliván levő (b) csapocská illeszkedik. Ezáltal úgy a tűben levő lándzsa, mint az úgynevezett olíva a tűhöz légmentesen rögzíthető. A tű tompa hegyén alig látható 4—5 mm. hosszú bevágás van, a mely lehetővé teszi a tű lumenének a helyütt való tágulását. 2. A lándzsa nyele kerek s az említett (b) csapocská van rajta, hosszabb, mint az üres tű, úgy hogy beléthatatva, a hegye mintegy 3—4 mm.-nyire áll ki. A fej lándzsaszerű s négy éle van, a minek következtében a szűrés alig okoz fájdalmat és rendkívül kis erő igényel. A beszűrés enyhe nyomással igen könnyen eszközölhető. A lándzsa feje szélesebb, míg a

nyak karcsu, úgy hogy az 1. sz. üres tű tompa vége a nyakra rásimul, a mivel elérhetem azt, hogy a szűrés közben a tű úgy a bőrön, mint az izomzaton, valamint a külső, fali pleurán rendkívül könnyen hatol át és fájdalmat alig okoz.



A műszernél ennek a körülménynek tulajdonítok legnagyobb fontosságot. A mellett ugyanis, hogy a szűrés igen könnyen megy és úgyszólván fájdalomtalan, elérjük azt is, hogy az eszköz simán megy a szövetek közé s nem szakít, mint az a tompavégű tűknél előfordul. A lándzsa kihúzása könnyen történik, mert az üres tű hegye, mint említve volt, be van vágva, tágul és így a lándzsa szélesebb fejt át-bocsátja.

A műtét következőképpen történik: A megfelelő módon kijelölt beszűrési helyet 1% novocain-oldattal úgy a bőrben, mint az izom között egészen a pleuráig érzéstelenítjük s az eszköz 1. és 2. számmal jelzett részeit egymásba tolva, a jobb kezünk középső és mutatóujja közé fogjuk, míg a hüvelykujunkat a lándzsa nyelének megfelelő kerek gombnak támasztjuk. A bal kéz mutató- és hüvelykujával a megfelelő borda felső szélét tapintjuk ki az érzéstelenített hely két oldalán: a hüvelykujjal gyakorolt enyhe nyomás mellett először a bőrt, majd a bordaközi izomzatot szűrjük át, a mit a beteg az érzéstelenítés mellett egyáltalán nem érez. Ha óvatosan előrehaladva, a pleuráig jutott el a lándzsa hegye, azt a beteg egy kis fájdalomérzéssel rögtön jelzi, mert a fali mellhártya rendkívül érzékeny. Hosszabb gyakorlat után már legtöbbször a jobb kezünkkel megérezzük azt a pillanatot, a melyben a lándzsa hegye a mellhártyát éri. Ha most az eszközt egy-két mm.-nyire enyhén tovább nyomjuk, a parietalis pleura át van szűrve, a nélkül azonban, hogy a tű hegye a tüdő takaró mellhártyát átbökte, illetve a tüdőt megsértette volna, mert hisz a lándzsa hegye nem annyira hosszú. Ha most a lándzsát óvatosan visszahúzzuk a jobb kezünkkel, a tompavégű tűt egyidejűleg lassan előre nyomhatjuk a balkéz mutató- és hüvelykujja segítségével. Ha a lándzsát eltávolítjuk és a manometer gummicsővére ráhúzott olívát tesszük a helyére, meggyőződhetünk arról, hogy a szabad pleuraüregbe jutottunk, a mint az az esetek 99%-ában valóban úgy is történik. Ha a manometer nem játszik, a 3. számmal jelzett mandrint eresztjük a tűbe óvatosan az esetleg eldugult tű kitisztítására. A mandrin 1½—2 cm.-rel hosszabb, mint maga az üres tű, úgy hogy a vége annak a hegyén jóval túl ér. A mandrin nyele kerek, hogy az ujjak között jól forgatható legyen, nincsen rajta a kis illeszkedő (b) csapocská sem, hogy a forgómozgásokat ne akadályozza.

Az eszköz segítségével készített nagyszámú légmellnél és utántöltésnél egyetlen esetben sem sértettem meg a tüdőt,

a mit az óvatosságból a töltés előtt bevezetett mandrinnal ellenőriztem (vér!). A pneumothorax készítése minden egyes esetben kivétel nélkül sikerült.

A mióta ezzel az eszközzel dolgozom, az úgynevezett pleurashock-tünetcsoporthoz eddigelé egy betegen sem jelentkezett, noha az utóbbi évben három ízben volt alkalmam ezeket úgy az orvosra, mint a betegre nézve igen kellemetlen tüneteket észlelnem. Nem állítom, hogy a pleurashock ezzel az eszközzel talán kiküszöbölhető, de azt tartom, hogy a pleurát erő mechanikai insultus ennek az eszköznek az óvatos használata mellett lényegesen csökken.

Az olíva lehetővé teszi, hogy ugyanezzel az eszközzel a pleuraüregben levő exsudatumok is lecsapolhatók, mert bármilyen szívókészülékhez hozzákapcsolható egy gummicső segítségével, a lecsapolás után pedig a nélkül, hogy a beszűrt tüőt változtatni kellene, a folyadék nitrogénnel helyettesíthető. Az eszközzel próbapunctio is végezhető, mert úgy van készítve, hogy bármely Record-fecskendő teljesen ráillik.

Hasonló elvek szerint készült eszközzel többen dolgoztak már évek óta, köztük *Saugmann, Adolf Schmidt* és *F. Klempeter* is. Ezek az eszközök azonban nehezen kezelhetők, mert a tompa kanül vége és a lándzsa hegye nem illeszkedő, tökéletesen egymáshoz, a szűrés egyrészt az érzéstelenítés ellenére is fájdalmas, másrészt pedig a tű a szűréskor szakítja a lágyrészeket. A pleurára ható mechanikai insultus ilyen módon meglehetősen nagy.

Az eszköz előnyei: 1. hogy rendkívül egyszerű, mindössze négy darabból áll; 2. igen könnyen kezelhető, különös szakismeretet nem igényel, s a ki a kezébe veszi, rendeltetésével és a felhasználásának a módjával minden magyarázat nélkül tisztában van; 3. nagy előnye, hogy sokoldalúan használható, így más eszközök beszerzését feleslegessé teszi. Mint említve volt, az első légmell készítésén kívül használható utántöltésre, bármilyen folyadék lecsapolására a mellkas-, sőt a hasüregből is, mert elég nagy kaliberű. Elegendő hosszú, úgy hogy szükség esetén lumbalpunctióra is felhasználható. 4. Nem utolsó előnye, hogy magyar kezek készítik, így az idegen gyártmányokat feleslegessé teszi. Végül 5. feltűnően olcsó (120 korona).

Többoldalú használhatósága még növeli az olcsóságát, mert más eszközök bevásárlását nélkülözhetővé teszi. Kapható a MONE orvosi műszerüzem üzletében (Budapest, IX. ker., Üllői-út 1. sz.), a melynek műhelyében készül.

Közlés a Budapest székesfővárosi Zita-kórház III. belorvosi osztályáról. (Osztályos főorvos: Tornai József dr.)

Az intracardialis befecskendésekről.*

Írta: *Schmidt Ferencz* dr., Balatonfüred gyógyfürdő és sanatorium igazgató-főorvosa.

(Vége.)

A 15 esetből csupán négynek lefolyását közlöm. A többi eset története is teljesen hasonló.

1. F. F. 32 éves. Klinikai diagnózis: cc. portionis uteri, infiltr. parametr. lateris utriusque. A beteg csontig lesoványodott. Mindkét alsó végtag egészen a csípőig vizenyős. A beteg teljesen öntudatlan, passív hátfekvésben van; külső ingerekre nem reagál; két nap óta nem táplálkozik. Szemrész félig nyitott, szemgolyók mélyen ülők. Légzés felületes, időnként Cheyne-Stokes-typusú. Pulsus alig tapintható, percenként 136. Szívhangok alig hallhatók. A beszűrés a negyedik bordaközben. 0.20 gr. coffeint, 0.02 cm³ adrenalin-oldatot + 2 cm³ destillált vizet fecskendeztünk be. Injectio után nyomban élénkebb a pulsus, az első pillanatokban kissé arhythmias, később rythmosus: 120. Öntudata feltisztul, betakarja magát, míg azelőtt a nyitott szemére szállt légy sem zavarta, most el kergeti azt. Öntudata visszatértevel gyermekeit kívánja látni és míg azelőtt nyelni egyáltalában nem tudott, most pár korty levest lenyel és maga kér vizet. Szemei élénkebbek, pilláit teljesen be tudja csukni. 25 perc múlva pulsus a jól olvasható: 106. 1 1/2 óra múlva eszméleténél van még, a pulsus gyengén tapintható, percenként 86, a légzés egyenletes, felületes. Az intracardialis befecskendés után még 12 óra hosszat élt. Bonczoláskor szíven a beszűrés helye csak nehezen volt megtalálható és a bal kamarába behatoló volt.

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületnek 1921 június 4.-én tartott XVIII. rendes tudományos ülésén tartott előadása nyomán.

2. N. P. 51 éves. Klinikai diagnózis: cystocarcinoma ovari lateris dextri; cachexia. A beteg teljesen elaszott, öntudatlan, önmagával tehetetlen, passív hátfekvés. Csontig lesoványodott. Semmire sem reagál. Pulsusa felületes, alig olvasható, 140 körül percenként. A szívhangok gyengék, tompák, a légzés felületes, arhythmias, dispnoes. Facies hipocratica. Intracardialis injectio: 2 mgr. strychnin, 2 csepp tonogen, 2 cm³ destillált víz. Beszűrés után pillanatok alatt szapora, kissé arhythmias, majd csakhamar rythmosus szív működés. A pulsus állandóan 140 körüli ugyan, de teltebb, mint azelőtt. A beteg erősebb hozzáállásra gyengén reagál. Az injectio után a beteg még 48 óráig élt, a befecskendést követő éjjelen feltűnő élénk lett, követelte, hogy adjanak neki enni, oly erővel, hogy később több beteg nyugalma érdekében még morphium-injectiót is kapott. Bonczoláskor az injectio nyoma a szíven alig látszott, a pericardium üregében semmi vér sem volt.

3. S. V. 22 éves gyári munkás. Diagnózis: phthisis pulmonum, enteritis et peritonitis chronica tuberculosa. Csontig lesoványodott, rendkívül anaemiás, öntudatlan; passív hátfekvésben van. Semmiféle beavatkozásra nem reagál. Végtagjai hidegek, reggel 5 órától fogva nem táplálkozik. Radialis pulsus nem tapintható, carotison gyengén; a pulsus bradycardiás typusú, száma 68. Intracardialis injectio: 0.2 cm³ strophantin-oldat, ugyanannyi adrenalin-oldat, 2 cm³ destillált víz. Változás annyiban jelentkezett, hogy a radialis pulsus megjelent és pár perc múlva jól tapinthatóvá vált. Halvány arca kissé színesebb lett, félig nyitott szemrészét jobban feltárta. Carotis-pulsusa teltebb, de a bradycardiás typus megmaradt. Légzés szabadabb. Injectio után 20 óráig élt. Az intracardialis injectio helyét csak hosszas keresés után lehetett a szíven megtalálni. Behatolás helye a bal kamara falán a szívcsúshoz közel, belül az egyik papillaris izmon megy keresztül.

4. D. J. 32 éves, irodaszolga neje. Diagnózis: myelitis dorsolumbalis transversa gravis, decubitus, cystopyelitis, sepsis. Már három napja haldokló. Körülbelül 36 órája öntudatlan, ugyanannyi ideje nem táplálkozik. Feltűnően anaemiás, a szemgolyók beesettek. Facies hipocratica. Fúvásra, csipésre, szűrésre egyáltalán nem reagál. Száj és szemrész félig nyitva. Légzés dyspnoes, felületes, száma percenként 48. Pulsus rendkívül szapora, alig tapintható, száma percenként 168. Végtagok hűvösek. Intracardialis injectio: 20 mgr. coffein, 2 mgr. strychnin, 3 csepp tonogen, 2 cm³ destillált víz. Az injectiót követő pillanatokban erőteljes nyögéssel reagál. A pulsus bár most is gyenge, azonban határozottan ritkábbá válik. Percenként 138. Öt perc múlva az injectio után a szemek kissé nyitva, erős fúvásra behúnyja, pulsus teltebb, száma 120. Légzése mélyebb és kiadósabb. Az injectio után még 9 óráig élt. Az intracardialis injectio helye a bal kamara falában a csúshoz és septumhoz közel a bal kamara üregébe vezet; a pericardiumban semmi vérzés sem volt.

Az intracardialis injectio minden esetében a szív működés, a légzés jelentékeny javulása, erősödése volt észlelhető, a radialis-pulsus megjelenik, az arc kis színt kap, az élettelenül, öntudatlanul, reflexek nélkül fekvő beteg öntudata néha visszatér, környezetét megismeri, a kérdésekre felel, kívánságokat fejez ki és a 24 órán vagy azon túl sem táplálkozó betegek közül nem egy enni kért vagy a kéretlenül nyújtott ételt elfogadta. Egy esetben csupán 2 óráig élt az injectio után a beteg, de a legtöbb esetben 12 és 20 óra körüli időig, de volt olyan is, a ki 48 órán túl élt. Fájdalom sohasem jelentetett.

A befecskendés céljából a bal kamara a legtöbb esetben elég jól hozzáférhető és a befecskendés helyéül ajánlható, mert innen jut leghamarább az orvosszer a központi idegrendszerhez és mert a bal szívnek a többinél jóval hatalmasabb izomzatára gyakorolt közvetlen hatástól remélhető, hogy az eredmény jobb, mint ha bármely más helyet választanánk. A beszűrés a szívcsúcs közelében eszközöltük s minthogy a legtöbb betegünknek megközelítőleg rendes nagyságú szíve volt, az esetek túlnyomó számában a negyedik bordaközben végeztük, és pedig úgy, hogy kikopogtatva a szív bal határát, ezen határ szélén, a gerincoszlop felé és kissé felfelé irányított kiskaliberű, de nagyon hosszú tűvel (körülbelül 12—14 cm.) átszúrtuk a lágyrészeket, a bőr alatti kötőszövetet, a pleurát, a tüdőt, a szívburkot, s lassan előretoltuk a tűt, míg a szívhez értünk.

Hogy a szívet elértük, abból tudtuk, hogy az ellentállás lényegesen megnövekedett és hogy a szív mozgásai áttevődtek a türe. Ekkor a tűt 1—2 cm.-rel még előretoltuk és az akadály megszűnéséből és a tű hegyének mozgathatóságából következtettünk arra, hogy a szív izomzatán átjutottunk. Ekkor a folyadékot lassan befecskendeztük. Egy esetben, midőn kicsi szívnél (Tropfherz) nem kellőleg a gerincoszlop felé irányított tűvel végeztük a befecskendést, tangentialisan szúrtuk át a bal kamara izomzatát és a befecskendés a szívizomzatba történt.

Egy másik esetben a kikopogtatott bal szívhatárnál valamivel beljebb eszközöltük a beszúrást és ekkor a jobb kamarába jutottunk.

Ha a befecskendés bevégezte után néhány csepp vért szívunk a tübe, a tü kihúzásakor a vér színéből rögtön megtudjuk, hogy a bal vagy a jobb szívben voltunk-e.

Midőn a szívizmot a tüvel elérjük, a szív lökései időnként néha húzó-vonó mozgásokba mennek át, mely mozgások lényegesen fokozódnak az alatt az idő alatt, míg a tü a szívizmon keresztüljutott. Ezen húzó-vonó mozgást észleltük azon esetben is, a midőn szívizommozgást a beszúrt tü alig közvetített. A türe átvezetett szívizommozgásból következtetni lehetett a szívizom erejére, a mely eseteinkben természetesen a legtöbbször csak mint erőtlenség, gyenge mozgás jelentkezett. A húzó-vonó mozgások között a szívizgalom jeleként néha sorozatos extrasystolék jelentkeztek, mely rendellenesség rendszerint a folyadék befecskendése utáni első pillanatokban is tartott. Pár másodperc alatt ezen izgalmi jelenségek a legtöbb esetben eltűntek és erőteljesebb és rendezettebb összehúzómozgásoknak adtak helyet.

Mint már említettük, kivétel nélkül minden esetben az erőbeli állapotnak, különösen pedig a szív erejének lényeges, habár csak időszakos javulását észleltük és nem egyszer a beteg öntudata is feltisztult.

Az esetek legnagyobb részét a Szent István-kórház prosecturájában boncolták. A pericardiumban csak egyetlen esetben, az említett jobb kamarába történt befecskendés esetében találtak kevés, alig néhány cm³-nyi vért, a többi esetben nem, és a szívizomban a szúrás helyét sok esetben csak keresgélés után lehetett megtalálni.

A feltűnő és erőteljes hatás, melyet ezen befecskendés után minden egyes esetben észlelni lehetett és a mely a haldokló életét órákra, itt-ott napokra meghosszabbította, nemcsak az orvosszernak magára a szívre és az agyra való hatásának tudható be. Jelentékeny szerepe lehet ebben azon erős izgalomnak is, melyet a szívizom és a szívburkok át-szúrása okoz. Továbbá azon thermalis és mechanikai ingernek, mely a szívizomra és a szív idegelemeire hatva, mint hatalmas inger felkurbácsolja a szívnek végső erejét, felkurbácsolja az idegeket, az izmokat és kényszeríti a már teljesen ellankadt szívet is arra, hogy feladatát tovább végezze.

Mint befecskendésre alkalmas folyadékok csak olyan oldatok jöhetnek tekintetbe, a melyek vagy a szívizomra, vagy az idegapparatusra hatnak és a melyeknek hatása rögtön. Ilyen anyagok elsősorban a kámfor, a coffein, a strophantin, az adrenalin, pituitrin, digitalis és strychnin.

A kámfor *Gottlieb* szerint az ingerképző szervekre hat, a pillanatok óta megállt szívet új összehúzódnásra tudja hozni, a tartós szívrebégésre való hajlamot lefokozza és rendes mozgássá változtatja.

Boruttau kimutatta, hogy a kivágott macska- és kutya-szívet, a melyek libegő mozgásban vannak, kámfortartalmú sóoldattal kezelve, ezen folyadék a libegéseket megszünteti és a mozgást rythmusossá teszi.

A coffein szintén izgatónak hat az ingerképző készülékre és így directe tudja izgatni a szívet, növeli a szív izomrostjainak az erejét, javítja a szív munkáját, megnagyobbítja az amplitudót és kitágítja a coronariákat. Adagja 20—40 cgr.

A strophantin a szívizom rugalmasságát növeli és hatása tartósabb, mint egyéb szereké, ezért coffeinnel kombinálva különösen alkalmas arra, hogy élesztési kísérletet végezzünk vele. Adagja 0.2—0.5 mgr., physiologiai konyhasóoldattal hígítva.

A digitalispraeparatumnak hatása az idevágó irodalom szerint úgy látszik kevésbé gyors. Valószínű azonban, hogy keverve a gyorsan ható szerekkel, például strophantinnal, adrenallinnal, szintén be fog az válni.

Az intracardialis befecskendések egyik leghatásosabb szerének az adrenalin bizonyult.

Hirtelen támadt központi idegbénulás eseteiben, például chloralhydrat-mérgezésnél, bacteriumaemiánál, toxin-aemia okozta bénulásoknál, vagy pedig a splanchnicus-érterület

bénulásakor a teljesen lesüllyedt vérnyomást adrenallinnal megint normalissá lehet tenni. Az adrenallinnak a hatása annyira szembeszökkenő, hogy többen csakis adrenallint használtak. *Boruttau* úgy találta, hogy az adrenalin heterotop ingerképződés esetében kamararemegést szokott előidézni; azonban valószínűleg úgy van a dolog, hogy adrenallinnak csak a túl magas adagai járnak ily veszélyes következményekkel, mert a legyengült szívet a túl magas vérnyomás folytán leküzdhetetlen feladat elé állítják. Kellő adagban adva, ez a káros hatás nem jut kifejezésre.

Csépay vizsgálatai szerint az általában használt adrenalin-adag $\frac{1}{50}$ része (0.02 mgr.) intravenás injectionál már kifejezett (30—60 cm.-nyi) vérnyomásemelkedést okoz.

A hypophysisnek az adrenalinhoz hasonló, de jelentékenyen gyengébb hatása van.

Mi az első időben az ismert és eddig is intravenás alkalmazásra legtöbbször használni szokott szívizgató szereknek csaknem valamennyi formáját alkalmaztuk. Az utóbbi időben azonban ezek közül legtöbbször és legszívesebben csak a strophantint és a tonogent adtuk együtt vagy külön-külön, kicsiny adagban. Általában már az első időben is csak óvatos kicsiny adagokat használtunk s ezeket is rendszerint 2 cm³ steril destillált vízzel hígítva fecskendeztük be. A legutóbb végzett befecskendésekhez 0.2—0.3 cm³ strophantint 0.1—0.2 cm³ tonogenoldattal keverve és 2—3 cm³ steril destillált vízzel hígítva használtunk.

Az intracardialis injectióra vonatkozólag általános érvényűek a következő szabályok:

A befecskendéskor mindig vigyázni kell arra, hogy a folyadékot lassan fecskendezzük be a szívbe, mert a gyors befecskendés a szívnek tetaniás görcsét válthatja ki és a szívet systolében megállíthatja. Rendkívül fontos továbbá, hogy a túl adagolástól óvakodjunk. A tapasztalatok azt mutatják, hogy tartós eredményt csakis ott értek el, hol kisebb dosisú injectiót alkalmaztak. Ezen kis adagok a szívet rythmusos összehúzódnásra tudják bírni a nélkül, hogy kimerítenék azt. A túl nagy adagok pedig görcsokozóul hathatnak. Az injectiónak megismétlése csak az esetben indokolt, ha kis adagot adtunk, vagy pedig ha gyógyszert változtattunk.

A szívbe való befecskendésekkel nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a szívizomnak vannak olyan veszedelmes területei, melyeknek sérülései irreparabilis, súlyos következményekkel járnak. Ilyen veszedelmes terület a Remak-féle szívgyanglion körüli és melletti hely, mindenekelőtt a Kronecker-féle coordinációs centrum. *Kronecker* és *Schmeyer* szerint ilyen coordinációs centrum a kamaraseptum első harmadának az alsó határán van az atrio-ventricularis barázda szomszédságában.

Ha a kutya szívét ezen helyen tüvel megsértik, halált okozó delirium cordis vagy azonnali halál áll be, míg számos más szúrás a kamarák más helyén a szívmozgásokat nem igen zavarja. Azonban nem bizonyos, hogy ezen coordinációs centrum az emberben is ugyanazon helyen van-e. Az anatómusok vizsgálatai szerint az emberi szívnek legérzékenyebb ganglionsejtjei a jobb pitvar hátulsó falában, a sulcus terminalisban, a pitvarválasztófalban és a kamaraseptum felső harmadában vannak.

Ha a His-Tawara-féle ingervezető csomókat, illetőleg kötegeket átvágják, azonnali kamarabénulás áll be és a kamarák esetleg csak percek múlva és akkor is csak a saját alacsonyabb értékű automatiájukkal folytatják munkájukat, mi-alatt a pitvarok továbbműködnek. *Schepelmann* állatkísérletekben azt tapasztalta, hogy ha a pitvarkamrai határ izomrostja csak kicsit is megsérült, a bal kamara diastolében megállva maradt, bár a légzés nem változott és a pitvarok, valamint a jobb kamara továbbműködött.

Spangaroff szerint, ha a szív a sulcus longitudinalis anterior felső és középső harmada táján megsérül, szívbénulás áll be.

Az injectio alkalmával kerülendő tájak tehát:

1. a pitvarok és a kamarák választófal,

2. a His-Tawara-köteg területe,
3. a Spangaroff-féle terület (felső és középső harmada a sulcus longitudinalis anterior elülső részének),
4. a szívbasison a két vena cava beömlési helye (sinus auricularis-rendszer helye),
5. az atrioventricularis elválasztó rész hátulso fele.

Mint már említettem, mi a bal kamarának csúcsi részét kerestük ki. Mint a physiologiából is általánosan ismert dolog, ez a rész úgy az ingerkeltés, mint az ingervezetés szempontjából a legkisebb jelentőségű. A befecskendés céljára hosszú, de vékony tűt használunk. A beszúrás helyét a bőrön természetesen a szokott módon megtisztítjuk és jodtincturával bekenjük. A befecskendést megelőzőleg a beszúrás helyét kezdetben 2—3 phiola novocain-oldat felhasználásával érzéstelenítettük.

Az intracardialis injectio indicatói:

1. Acut szívhalál, ha még valamelyes légzés van, de a hol a vérkeringés hiányossága miatt az orvosszer már más úton nem vitetik tova. Itt a legtöbb esetben arról van szó, hogy a szívet, melynek működését a beidegzés váratlan zavara súlyosan bénította vagy megállította, a nehéz perczeken chemiai, mechanikai izgatással átsegítsük.

2. Betegség okozta szívkiemerülésnél, a collapsus állapotában, egyes mérgezéseknél (chloralhydrat, toxinok), a hol a szív erejét az orvosszerek még nem merítették ki, és a hol a leggyorsabb és legenergiusabb beavatkozásra van szükség. Például súlyos collapsusnál, hol a vénák üressége vagy egyéb okok miatt az intravenás injectióval már elkésznek.

3. Súlyos altatási synkopénél, hol a szív ugyanazon állapotban van, mint chloroformmérgezésnél és a szív működés megindításával és fenntartásával időt és alkalmat adunk a vérnek, hogy chloroformteltségétől is megszabaduljon.

4. Súlyos vérzés okozta collapsusnál, hol ezen injectio révén időt nyerhetünk a vénába történő infúzióra, a melylyel aztán egyrészt a vér mennyiségét pótolhatjuk, másrészt a szív erejét tartósan kedvezően befolyásolhatjuk.

Henschen szerint megkísérélhető még villamáramutés és fagyás okozta szívmegállásnál és szívmegeállásnál is.

Összegezve az elmondottakat, láthatjuk, hogy az intracardialis befecskendés nem egészen közömbös beavatkozás. Oly általános alkalmazásra, mint az intravenás injectio, nem tarthat számot, de azt már most is egész biztossággal kimondhatjuk, hogy bizonyos indiciókra szorítkozva, határozott jogosultságot fog nyerni annál is inkább, mert technikája egyszerű és gyors, kellő elővigyázat mellett veszélytelen és mert alkalmazása épp oly esetekben válik szükségessé, a hol az elhagyása biztos halált jelent.

Az általam említett esetekben az intracardialis injectiónak nem szorosan vett indiciói állottak fenn, de bizonyító erővel bírnak oly irányban: hogy ha a betegségtől teljesen legyengült, életképességében legsúlyosabban megtámadott szervezetnek az életet sikerül ily injectiókkal órákra, sőt napokra meghosszabbítani, akkor joggal várhatjuk, hogy oly esetekben, a hol különben egészséges szervek múló, de súlyos zavarainak leküzdéséről van szó, az életet ily módon tartósan is meghosszabbíthatjuk.

Az orvost ha valahol, úgy valóban ebben a kérdésben a lelkiismeretes felkészültség mellett gyors és megfontolt ítélőképessége fogja elhatározásában és cselekvésében az egyedül helyes és habozás nélkül követhető útra irányítani és azon egyenesen és biztosan vezetni.

Irodalom. Henschen: Die Wiederbelebung des Herzens durch peri- und intrakardiale Injektion, durch Herzaderlass und Herzinfusion. — L. R. Müller: Das vegetative Nervensystem. — Dörner: Ein Fall von Wiederherstellung der Herztätigkeit durch intrakardiale Injektion. — Esch: Zur Frage der unmittelbaren Einspritzung von Arzneimitteln in das Herz bei hochgradiger Lebensgefahr. — W. Hesse: Zur intrakardialen Injektion. — Ruediger: Die intrakardiale Injektion. — Szubinski: Unmittelbare Einspritzung in das Herz bei hochgradiger Lebensgefahr. — J. Volkmann: Zur intrakardialen Injektion bei Kollapszuständen.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

H. Hoffmann: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Genealogisch-charakterologische Untersuchungen. Berlin, Springer, 1921, 233 o. Ára 154 márka.

A Kretschmer által inaugurált karakterológiai típus-kutatást klinikai munkatársának a müncheni Forschungsanstaltban végzett vizsgálatai genealogiai irányban kiegészítik és igazolják. Négy formakörre, a schizoid, a cyclikus, azonfelül — bár erre vonatkozólag még az ő anyaga is kevés — az epilepsiás és a paranoid csoportra terjeszkedik ki. A schizoid formakör recessiv jellegűleg, azaz discontinualisan öröklődik, 9% az átlagosan manifestálódó megbetegedés. Ezzel szemben a cyclikus karakter-csoport öröklékenysége dominans jellegű, jellemző, hogy míg a cyclikus constitúciók között a hypomaniás gyakoribb, mint a depressiv, a megbetegedések között a depressiós a gyakoribb. A schizoid formakör genealogiai kutatása kideríti, hogy az egyes schizopheniás tünetek szinte photographiás hűséggel öröklődnek, például egy család több generációjának schizopheniás betegein mindig szaglási érzéksalódások jelentkeztek. Ezen a módon a genealogia teljesen igazolja a klinikai megfigyelést, a schizophrenia egyes alakjai, a katatonia, hebefrenia, paranoidos formák elválasztása valóban jogosult volt. Bár az epilepsiás karakterformán belül is sok a schizoid vonás, általában mégis külön formakör. A paraphreniák ellenben a genealogia fényénél nagyobb részt a schizophrenia körébe olvadnak, a mely véleményét szerzőnek Maier, sőt maga Kraepelin is osztja legújában. A könyv gazdagon föl van szerelve casuistikával és genealogiai táblákkal; alapelve mesterének, Rüdín-nek tanítása: az örökléskutatást a statisztika teszi természettudománnyá. A skepticismus még soha sem ért el eredményt a tudományban, mondja a szerző. Egyelőre adjunk igazat neki.

Kluge dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A mediastinalis daganatoknak korán felismerését segíti elő az a jelenség, a melyre Hampeln hívja fel a figyelmet három eset történetének ismertetése kapcsán. Ez a jelenség nem más, mint a fej és a nyak hyperaemiás-cyanosisos megduzzadása vénás, illetőleg vénás-lymphás pangás folytán. A szerző e jelenséget úgy magyarázza, hogy az elülső mediastinum középső részén sok fontos szerv érintkezik, a mi úgy látszik elősegíti rossztermészetű daganatok, főleg sarkomák fejlődését e helyen; de ugyanott vannak a nagy vena-törzsek is, a melyekre a fejlődő daganat nyomást gyakorolva, pangás áll be bennük. De a fej és a nyak nyirok-áramlása is zavart szenvedhet a ductus thoracicusnak a mediastinalis daganat okozta összenyomtatása miatt. Minthogy pedig a vénás pangás következménye a fejen és nyakon megszűnhetik collateralis keringés kifejlődése folytán, a fej és nyak nyirokereinek ellenben nem állanak rendelkezésre kielégítő collateralisok, a melyeknek kifejlődése folytán a nyirokpangás megszűnhetné: a fej és nyak hyperaemiája és cyanosisa visszafejlődhetik és csak egyszerűen oedemaszerű duzzadás lehet jelen egy időre. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 36. szám.)

A tüdőcsúcsok viselkedését pleuritis és pneumonia eseteiben tanulmányozta Koester. Arra az eredményre jutott, hogy úgy száraz, mint exsudatióval járó pleuritis mellett az eseteknek túlnyomó többségében a beteg oldálnak megfelelő tüdőcsúcs a Röntgen-átvilágítás alkalmával kifejezetten sötétebb. Az eseteknek egy részében ez nyilván onnan ered, hogy a tüdőcsúcs beszűrődött; hiszen tudjuk, hogy a pleuritis-eseteknek nagy része gümőkóros eredetű. Az eseteknek más részében azonban nem vehető fel gümőkóros beszűrődés; az okot ilyenkor abban kereshetjük, hogy a pleuritis miatt erősen gyengült légzés atelektasia fejlődésére vezet az illető tüdőcsúcsban. Ugyanilyen okból találunk csúcsárnyékok

pneumonia eseteiben is (a szerző 5 eset közül 4-ben találta a megfelelő tüdőcsúcsot sötétebbnek). E leletekből tehát az következik, hogy pleuritis és pneumonia eseteiben a megfelelő oldali tüdőcsúcs árnyékoltságából vagy kissé tompult kopogtatási hangjából még nem szabad tüdőcsúcsgümőkorrá következtetni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 36. sz.)

Diabetesben ama kedvező eredmények alapján, a melyeket caramel (égetett cukor) használatával értek el, *Grafe* kísérletet tett más pörkölt szénhidrátok használatával. Nagyobb mennyiségű zsírral pörköléssel jóízű ételek voltak készíthetők rizsből, darából, burgonyából, kenyérből, s ezeknek használata mellett a cukorkiválasztás az előzőnek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{10}$ -ére csökkent; az acidosisra is kifejezett volt a kedvező hatás, az illető ételek kihasználódása is nagyon jónak bizonyult. (Naturhistorisch-medizinischer Verein in Heidelberg, 1921 május 24.-i ülés.)

Sebészet.

A vérbefecskendezésekről rák eseteiben tartott előadást *Kümmell* a hamburgi orvosegylet május 17.-i ülésén. *Rollin* az elmúlt télen gyomorrák két esetét demonstrálta, a melyekben kis mennyiség (2—5 cm³) vérnek ismételt befecskendezésére az általános állapot tetemesen javult és a rákos daganat is visszafejlődésnek indult. Ez alapon kísérlete meg az előadó az eljárást rák mintegy 20 esetében. A vért a beteg gyermekeitől vagy vérrokonaitól vette. Az általános állapot múló javulása a legtöbb esetben meg volt állapítható, magának a rákos megbetegedésnek javulása azonban egy esetben sem volt kimutatható. Az eljárást egyébként már *Bier* is használta, de szintén csak múló javulást látott, gyógyulást sohasem. A kis vérmennyiségek ismételt bőr alá fecskendezése kétségtelenül javítja az általános erőbeli állapotot, az étvágyat és a közérzetet s azért alkalmas esetekben ajánlható; magát a daganatot azonban — legalább az eddigi tapasztalatok szerint — nem befolyásolja.

Elme- és idegkórtan.

Lelki folyamatok hatásáról az endokrin szervekre ír *Mohr*. Nemcsak az endokrin szervek befolyásolják a lelki életet, hanem, mint azt a lelkes kutatók oly könnyen elfelejtik, fordítva is, corticalis folyamatoknak is van befolyásuk a hormonok termelésére. A chlorosis és diabetes psychés úton befolyásolható, menorrhagiák, menstruációs anomaliák, klimacteriumos panaszok, terhesek hányása psychés úton gyógyíthatók, a tejscretio fennakadása esetén újra megindítható, obstipatio, asthma bronchiale, Basedow, gyomorpanaszok, néha a homosexualitás lényegesen befolyásolható. Kiemeli egy leány körtörténetét, a ki öröklött lueses retinitise okozta lelki megrázkódtatás hatása alatt 16 éves korában minden erotikus dolgot szigorúan száműz lelkéből és ime a már megindult pubertásfejlődés hirtelen félbenmarad. A psychés okok felismerése és felvilágosítás után a fejlődés hirtelen újra megindul, a havibaj beáll, emlői, előbb a jobb, aztán a bal, kifejlődnek, infantilis genitáliái kifejlődnek és általános állapota viruló lesz. (Zentralblatt für die ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1921 aug. 1.) *Kluge dr.*

Venereás betegségek.

A Hutchinson-fog jelentőségéről ír *H. és E. Davidsohn* (Berlin). A Hutchinson-féle fogdegenerációról már sok tudományos vita folyt. A szerzők egyike (*H. Davidsohn*) a múlt évben statisztikai alapon újra arra az eredményre jutott, hogy a Hutchinson-fog pathognomonikus a congenitalis lues diagnózisában és hogy az az általa vizsgált congenitalisan lueses árvagyermekek között 40%-ban fordul elő. *Kranz* e határozott vélemény helyességét kétségbe vonja s azt állítja, hogy a Hutchinson-féle fogat nem lehet határozott pathognomonikus jelnek tartani. Ő minden foganomaliát, tehát a lueses fogdystrophiát is belső secretiós zavarokra (dysfunctio) vezeti vissza. A szerzők jelen közlése czáfolja *Kranz* felfogását s újra kimutatja, hogy a Hutchinson-fog határozott stigmája a congenitalisan lueses gyermeknek, s hogy az pathogno-

monikus. E jel semmiféle kezelésmóddal nem szüntethető meg. Ismert dolog, hogy Hutchinson-fog (tuskóalakú csőkevényes korona, melynek rágó-élén féloldalalkú vájulat van) olykor keratitis parenchymatosával és centralis süket-séggel szövődik, a mikor a Hutchinson-féle triasról beszélünk. A teljes trias csaknem biztos jel arra nézve, hogy congenitalis lues-sel állunk szemben. De a trias előfordulása meglehetősen ritka. Az egyik tagja, a centralis süketesség, különben is gyakran csak később, a pubertáson túl jelentkezik. A keratitis parenchymatosa, mely a congenitalisan lueses gyermekeknek körülbelül egy harmadában (*Groenouw*) fordul elő, simán folyhat le s egyébként is nem csak lueses alapon fejlődő betegségnek ismerjük. A leggyakoribb és legbiztosabb jel tehát a triasból kétségtelenül a foganomalia. A szerzők mindazon eseteiben, a melyekben a foganomalia fennforgott, a Wassermann-reactio pozitívnak mutatkozott. A szerzők újra kiemelik, hogy a 6 éven felüli congenitalisan lueses gyermekek 40%-ában a Hutchinson-fog kimutatható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 36. szám.) *Guszmán.*

Húgyszervi betegségek.

Gümöb bacillusok a vizeletben most már 14 év óta találhatók egy esetben, a melyet *F. Necker* ismertet. A jelenleg 37 éves férfi 14 évvel ezelőtt jelentkezett először idült gonorrhoeás urethritis posteriorral és prostatitissel. Vizeletét tengerimalaczbába oltva, egészen váratlanul pozitív eredményt kaptak: az állat 11 hét múlva oltási gümőkórban elpusztult. A következő években azután ismételtelen beoltottak tengerimalaczkokat, mindig pozitív eredménnyel (1914-ig 11 ilyen oltás történt, mindig katheterrel vett vizelettel). Megjegyzendő, hogy az illető állandóan jól érezte magát, a leggondosabb klinikai és Röntgen-vizsgálat sem tudott semmiféle gümőkóros gócot kimutatni a szervezetében. Egy ízben (1908-ban) a bal ureterből vett vizeletben mikroskoppal is találtak gümöb bacillusokat. A folyó év elején végzett vizsgálat alkalmával, a mikor szintén teljesen panaszmentes volt az illető, a vizeletével ismét sikerült tengerimalaczkot gümőkórossá tenni. A szerző azt hiszi, hogy a gümöb bacillusok ez esetben talán a prosztatában székelő kis gümőkóros gócból erednek; a prostata jobb lebenyének felső részletében ugyanis az egész 14 év alatt változatlanul maradt kis tömöttebb részlet volt tapintható. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1921, 39. és 40. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A terhelességi vizketést *Rissmann* szerint leggyorsabban Ringer-oldatnak bőr alá vagy az izomzatba fecskendezése szünteti meg, a mint ő ezt már régebben ajánlotta. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 24. szám.) Ha azonban ez a mód külső körülmények miatt nehezen használható, a következő összetételű szereknek belső használata is eredményre vezet, ámbár nem oly gyorsan: Rp. Natrii bicarbon., Natrii phosphor., ferri oxyd. sacchar. solub. aa 3·0; Calcii phosphorici 12·0. Naponként 3-szor veendő be 1—1 gramm. Vagy: Rp. Calcii carbon. praecip., Calcii posph. aa 5·0; Ferri lactici 1·0. Naponként 3-szor késhegynyi. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 38. szám.)

Climacteriumos zavarok ellen *Abel* nagyon jó eredménnyel használja a Gehe-gyár előállította *transannont*, a mely 10% calciumot, 3% calcium ichthyolicumot, 1% magnesiumot, 2·5% aloë-kivonatot és 0·3% oleum salviaet tartalmaz. Naponként 3-szor veendő be 1—1 szem, evés után, 6—8 héten át; utána szünet, míg a zavarok újból jelentkeznek; a hatás rendszerint 2—3 hónapig tart. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 34. szám, 1099. oldal.)

A syphilis kórokozójának festésére új eljárást ajánl *Ruppert*. Technikája a következő: a tárgylemezre vékonyan fölkenet és levegőn jól megszáritott készítményt 1—2 percze beteszszük Ruge-féle A-oldatba (jegecset 1 r., formalin 20 r., víz 100 r.); leöblítés után „Brillant-Reinblau-8 G extra” tömény vizes oldatát öntjük a készítményre és jól felforraljuk; lehűlés után leöblítjük és 5-szörösen hígított Ziehl-féle car-

bolos fuchsinnal 3 másodperczig utánfestjük. Az ily módon festett készítményen a spirochaeták ibolyavörös színben tűnnek fel kissé vöröses alapon. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 36. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. Preysz Kornél dr. nyugalmazott közegészségügyi felügyelőt a népjóléti és munkaügyi ministeriumhoz osztálytanácsossá nevezte ki a kormányzó.

Virchow születésének 100. évfordulója volt e hó 13-án.

A „Falu Országos Szövetség” közegészségügyi szakosztálya 1921 október hó 18-án (kedden) és október hó 19-én (szerdán) délután 1/2 órákor az OMGE nagy üléstermében (IX., Köztelek-utca 8. sz., II. emelet) ülést tart, melynek tárgya: „Közegészségügyünk és a falu” nagy kérdésének megvitatása. **Steuer György dr.** államtitkárnak és **Kovács Sándor dr. tb.** megyei főorvosnak ez év április havában megtartott előadásai kapcsán. A vitát vezeti **Gerlőczy Zsigmond dr.** egyetemi tanár, a szakosztály elnöke. Felszólalásra eddig jelentkeztek: **Balogh Ernő dr.** közközházi főorvos, **Fenyvessy Béla dr.** egyet. tanár, **Grósz Emil dr.** egyet. tanár, **György Tibor dr.** ministeri tanácsos, **Liebermann Leó dr.** egyet. tanár, **Ruffy Pál** államtitkár, **Torday Ferencz dr.** egyet. magántanár, **Verzár Gyula dr.** egyet. tanársegéd, **Weis István dr.** min. oszt. tanácsos, **Grosch Károly dr.**, **Bexheft Ármán dr.**

A **Siesta-sanatorium** új orvosi vezetéssel, ideg-, bel- és tüdő betegek részére, központi fűtéssel téli üzemre berendezve rendelkezésre áll. Vezető főorvos: **Stockinger János dr.** A belgyógyászati diéta osztály vezetője: **Radó Vilmos dr.** Vegyi és Röntgen-laboratorium, vizgyógy, elektromos gyógyosztály és géptorna, valamint **Bergonié** soványító kezelést bejárók részére is. Napi árak teljes ellátással 500–600 korona. I., Ráth György-utca 5. Telefon 113–87. Déli vasútól 2 percz.

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hő-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevele-ügyben szolgál. Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám és a Slovákfürdőiroda (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

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

Hüvösvölgyi Park Szanatórium

Klimatikus, physialis és diéta gyógyintézet. Hízkúra. — Czukorbetegnek külön diéta. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145–90 és 50–73

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály Röntgen-laboratorium (bejáró betegek részére is.)

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: **Dr. Benczúr Gyula**, egyet. magántanár. Inhalatorium: **dr. Tóvölgyi Elemér**, egyet. m.-tanár. Gépgyógyászat: **dr. Erdős Géza**. Röntgen-laboratorium: **dr. Simonyi Béla**. Laboratorium: **dr. Berger Iván**.

Telefon: József 4–12. Igazg.-tulajd.: **Dr. Melha Armand**, **Dr. M.-né Hilf Paula**, **Dr. Mandler Ottó**. **ZANDER- GYERMECTORNA** a **Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben**, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

DE WANDER-FÉLE
MALÁTA-KIVONAT

Dr. PÁPAY

Himlőnyirok

Dysenteria-szerűm

Orvosi diagnosztikai laboratorium

PÁLYÁZATOK.

A **Charité Poliklinika** egy sebészeti főorvosi állásra pályázatot hirdet. A folyamodványok 1921 október 31.-éig adhatók be Csengery-utca 69. sz. alatt.

5003/1921. fh. szám.

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

1. I. kerület, Államvasúti töltés, a Honvédlaktanyát kivéve Sasad, Sasad-dűlő, Dobogó, Keserűvíz-források, Kelenvölgy, Csurgó-út és Mohai-út által határolt területre évi 31.200 kor. összilletmény mellett;

2. Ehmán-telepre évi 20.400 korona összilletménnyel.

A pályázati kérvények 1921. évi november hó 2.-áig bezárólag ezen pénztár főorvosi hivatalában nyújtandók be és diplomamásolat, curriculum vitae, az eddigi szolgálatot bizonyító okiratokkal, valamint a személyazonosságot igazoló okmányokkal felszerelendő. Hiányosan felszerelt kérvények nem vehetők figyelembe. A megválasztott kezelőorvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia. Az állásokra vonatkozó egyéb felvilágosítások a Pénztár főorvosi hivatalában (VIII., Köztetető-út 19/b, I. emelet 41. szám alatt) szerezhetők be.

Budapest, 1921 október 6.

Angyal dr.,

a pénztár vezetésével megbízott
ministeri tanácsos.

6681/1921. szám.

Csonka Biharmegyeében az előléptetés folytán megüresedett **derecskei járási tisztiorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. Ezen állás az 1904. évi X. t.-cz. értelmében X. fizetési osztály szerint 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, hivatalos kiszállásoknál az utiköltség megtérítése, valamint a törvények és rendeletek alapján járó pótlékokkal van javadalmazva, s elnyeréséhez orvosi oklevél, 2 évi orvosi gyakorlat és tisztiorvosi képesítés kívántatik meg.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy fent jelzett okmányokkal, valamint nem a megye szolgálatában állóknak a forradalmi idő alatti viselkedésüket igazoló okmányokkal felszerelt, 5 kor. bélyeggel ellátott, főispán úr ő méltósága **dr. Kovács Nagy Sándor**-hoz címzett kérvényeiket hozzám folyó hó 30.-áig adják be, mivel a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Berettyóújfalun, 1921 október hó 5.-én. Az alispán.

Vidéki közkórházba menne

ingyen, csak teljes ellátásért diplomás orvos.

Cím: **Dr. V. S. Budapest, VIII., Kun-utca 12, IV. 35.**

A therapiában fontos és bevált gyógyszerek.

Arsorobin: Natr. methylarsen. (5% és 10%) subcut. inj. az arsen-kezelés indicatioinál.
Argosol: isotonias kollold ezüstoldat; intramusc. és intraven. inj. Septikus bántalmak és tbc.-nél.
Hydarsol: (Hydrarg. salicyl., arsen.)
Hyspargol: (Corrosiv) Lues.

Kalcinált calc. bromat. puliss. hypertoniás oldatai:

Optocalcil -haemostatic. haemoptoe, asthma, metrorrhagia, urticaria ellen. Pro inj. intrav.
Optocalcil -antidiarrhoic. Bélhurut, dysenteria, gümőkóros hasmenések ellen. Pro inj. intrav.

MARBERGER GYULA orvossággyártó laboratorium UJPEST

KELETI J. Budapest.

Alapított 1878. IV., Koronaherczeg-u. 17. Telefon: 13-76. Teljes orvosi és fogorvosi műszer- és butor-berendezések elsőrendű bekebeli minőségben legjutányosabb árban, kedvező fizetési feltételek mellett ismét kaphatók. Törött Record-fecskendők kicserélése — orvosi műszerek köszörlése és javítása leggyorsabban eszközöltetik.

FISCHER PÉTER és TÁRSA R.-T.

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

Fióközletek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körút 8. Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás. Telefon József 19–24.

ANACOT-PASTILLA

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Csépai Károly: Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. r. tanár.) Az emberi szervezet adrenalin-érzékenységről. 377. lap.

Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. Kórrajzok a gyermekorvosstan köréből. — Ujj Sára: Intubációval okozott gége-álult (fausse route) gyógyult esete. 378. lap.

Rihmer Béla: A prostata sebészete. 380. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Max Joseph: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. — Lapszemle. Belorvosstan. K. Mendel: Steinach fiatalító eljárásáról. — Sebészet. Jenckel: Az empyema kezeléséről. — Ideg- és elmekórtan. Mayer: A paraphreniákról. — Gyermekorvosstan. Simon Flexner és Harold L. Amoss: A poliomyelitis-infectio nasalis útjára vonatkozó kísérletekről. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. 382–383. lap.

Vegyes hírek. 383. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Az emberi szervezet adrenalin-érzékenységről.

Irta: Csépai Károly dr., tanársegéd.

Bauer, Petrén és Thorling, Falta, Newbrough-Nobel és mások vizsgálatai óta a mellékvese-kivonatoknak az ember pulzusára és vérnyomására gyakorolt hatásából bizonyos pathognostikai következtetéseket szokás vonni, a mennyiben a szervezetek különböző adrenalin-reactiójából különböző adrenalin-érzékenységre következtetnek. Adrenalin injectiója után a gyorsan kifejlődő és jelentékeny vérnyomásemelkedést a szervezet fokozott adrenalin-érzékenysége jelének tekintik, míg ha vérnyomásemelkedés alig vagy egyáltalán nem mutatható ki, csökkent érzékenységről vagy adrenalin-érzékletlenségről beszélnek. Az alábbi adatok egybehangzóan azt mutatják, hogy ez a felfogás általánosan elfogadást nyert.

Falta, Newbrough és Nobel például a vérnyomásemelkedést tartják emberen az adrenalinhatás legállandóbb jelének. Tetaniánál 1 mgr. adrenalin subcutan injectiója után a vérnyomás rohamosan a magasba szökik, míg 60 egyéb esetben lassan kifejlődő vérnyomásemelkedést találtak. A gyorsan kifejlődő és jelentékeny vérnyomásemelkedést a sympathicus-végkészülékek fokozott tevékenysége gyanánt fogják fel, míg a normalisnak mondott lassúbb reactiót a sympathicus fokozott érzékenysége ellen tartják bizonyítónak: „Azon körülmény, hogy egyetlen esetben (diabetes) sem találtunk feltűnő gyors és erős vérnyomásfokozódást, a sympathicus-végkészülékek különös érzékenysége ellen szól.” Schmidt dementia praecox 34 esetében 0.4–0.5 mgr. adrenalin adva, subcutan vérnyomásemelkedést alig, vagy egyáltalában nem kapott. Ezen alapon az ily betegeknek adrenalin-érzékletlenségét tételezett fel. Schittenhelm és Hecht oedema-betegségben szenvedőknek 1 mgr. adrenalin adva subcutan, 11 eset közül 8-ban nem kaptak vérnyomásemelkedést: „A szervezet ugyanazon viselkedése ez, a mit oly betegekben szoktunk észlelni, kiknek centralis vagy periferiás vasomotor-bénulásuk van. Peritonitises vérnyomáscsökkenésnél, továbbá fertőző betegségekben alacsony vérnyomással, az adrenalin azért nem okoz vérnyomásfokozódást, mert az erek a szerre már nem reagálnak”. Dresel szerint: „1 cm. 10/100 adrenalin-oldatot subcutan adva és 5–10–15–20 percz múlva a vérnyomást megmérve, tiszta képet kapunk a vegetativ idegrendszer tonusa felől.” Arnstein és Schlesinger 0.3–0.8 mgr. adrenalin adtak subcutan öreg egyéneknek és azt találták, hogy a vérnyomás egyáltalán nem, vagy csak alig változott. Magyarázatul a szív kimerülését és a vasodilatatorok izgmát adják. Schiff és Epstein Dresel vizsgálataiból indultak ki és gyermekeknek 1/2 mgr. adrenalin adtak subcutan. Halvány gyermekeken

csekély vérnyomásemelkedést, vagy egyáltalán semmi reactiót sem észleltek. Ezen csekély hatást hiányos vasomotoros innervációval és az érrendszer functionalis kisebbértékűségével magyarázzák.

Ezek az adatok kétségtelenül mutatják, hogy a fent említett nézet, mely szerint az adrenalin-injectio után kifejlődő vérnyomásemelkedés kisebb vagy nagyobb foka a szervezet adrenalin-érzékenységeinek kifejezője, általános elfogadást nyert. Ezen természetesen nem változtat az a körülmény, hogy sokan nem adrenalin-érzékenységről beszélnek, hanem ezzel analog, sokszor ennél többetmondó és messzebbmenő kifejezéseket (vasomotoros innervatio, vagotoniás és sympathocotoniás constitutio) használnak. Az adrenalin-érzékenység tulajdonképpen csak annak a kifejezője, hogy a szervezet bizonyos érterületei (elsősorban a splanchnicus-terület) hogyan reagálnak a vérpályába bejutott adrenalinra. Ha a fent említett adatok helyességét akarjuk elbírálni, a kérdés tehát odamódosul, hogy az adrenalin-injectio után kifejlődő vérnyomásemelkedés mennyiben kifejezője a splanchnicus területén végbemenő érhatásnak.

Az állatkísérletek azt mutatják, hogy az intravenásan adott adrenalin vérnyomást fokozó hatása megfelelő szív működés mellett a legszorosabb összefüggésben van a splanchnicus-érterület összehúzódásával. Ilyenkor tehát a kifejlődő vérnyomásemelkedés az illető állat adrenalin-érzékenységének hű tükre. Emberen azonban a kísérleti berendezés egy nagy különbségével kell számolni, és pedig, hogy az összes eddigi kísérletekben az adrenalin subcutan adták. Már pedig a subcutan szövetből elsősorban felszívódásra kell kerülnie az adrenalinnak, hogy vérnyomást fokozó hatását kifejthesse és így könnyen elképzelhető, hogy a felszívódási viszonyok különbözősége miatt egyszer több, másszor kevesebb adrenalin jut a vérpályába ugyanazon idő alatt. Ily módon előfordulhatnak esetek, a melyek tulajdonképpen adrenalin iránt érzékenyek, de a subcutan szövetből nem szívódván fel az adrenalin, vérnyomásemelkedést nem fogunk kapni. Viszont lehetnek olyan szervezetek, melyek a normalis adrenalin-érzékenység határán belül vannak, de a felszívódási viszonyok oly kedvezőek, hogy gyorsan és nagyobb mennyiségben jut az adrenalin a vérpályába. Mindkét esetben normalis lehet az adrenalin-érzékenység, de egyik esetben egyáltalában nem kapunk vérnyomásemelkedést, a másokban pedig fokozott reactiót fogunk látni.

A subcutan adrenalin-injectio után észlelhető vérnyomásemelkedés tehát nem lehet a szervezet valódi adrenalin-érzékenységének kifejezője. A mit ilyenkor látunk, az a szervezet látszólagos adrenalin-érzékenysége, a melynél a valódi adrenalin-érzékenység mellett a felszívódási viszonyok is jelentékeny szerepet játszanak.

Ha a szervezet valódi adrenalin-érzékenységét akarjuk meghatározni, akkor csak azt az utat választhatjuk, a melyet

az állatkísérletekben is használunk: a felszívódási viszonyok szerepének kirekesztése csakis az adrenalin intravenás alkalmazásával történhetik. Az adrenalinós állatkísérleteket összevetve az embereken végzett megfigyelésekkel, mégis az tűnik szembe, hogy utóbbiakon ezt az eljárást tulajdonképpen nem alkalmazták. Kérdés, mi volt ennek az oka? Az irodalom adatai azt mutatják, hogy egy-két esetben megkísérelték az adrenalin intravenás alkalmazását (*Schmidt, Hecht-Schittenhelm*), azonban oly adagban adták, a minőt vasomotor-bénulás esetében therapiailag szokás használni. Ezen adagok kísérleteim szerint ilyen célból túl magasak, a mennyiben 0.5—1 mgr. adrenalin adva intravenásan, a legsúlyosabb collapsus képét kapjuk: a beteg halotthalvány, hideg veríték lepi el, pulsusa nem tapintható. Természetes, hogy a megfigyelők ilyen esetekben nem sokat törődtek a vérnyomással, hanem minden igyekezetüket a beteg életrehozása, coffein, kámfor és digalen adagolása foglalta le. Ily módon történt, hogy azon csekély számú esetben, a hol diagnostikai célból akartak adrenalin intravenás adni, egyetlen egyszer sem történt vérnyomás-mérés.

Kísérleteim, melyeket *Fornet*-tel végeztem, azt mutatták, hogy emberen már sokkal csekélyebb adrenalin-mennyiséggel is jelentékeny vérnyomásemelkedés érhető el. Intravenás alkalmazásnál 0.04—0.05 mgr. adrenalin 100 cm.-nél (*Recklinghausen*) nagyobb vérnyomásemelkedést okoz. 0.01—0.02 mgr. injectiója után a vérnyomásemelkedés 30—60 cm. és gyakran még 0.005 mgr.-tól is kifejezett hatást észleltünk. Ily módon az ember, a kísérleti állatokkal összehasonlítva, egyike az adrenalin iránt leginkább érzékeny szervezeteknek. A vérnyomásemelkedés igen rövid ideig tart, 2—5 perc alatt az eredeti szintre vagy az alá tér vissza. A pulsus szám az első másodpercekben ritkulást, azután kifejezett szaporodást mutat, de az injectiót követő második percben ez a pulsus hatás megszűnik. Ezen megfigyelések alapján az adrenalin igen sok esetben adtam intravenásan és sohasem fordult elő komolyabb kellemetlenség. Kísérleteimmel részben azon legkisebb adrenalin-mennyiséget határoztam meg, mely mellett kifejezett vérnyomásemelkedés volt észlelhető, részben pedig közepes adag mellett megfigyeltem a reactio lefolyását, és pedig úgy, hogy 1—2—3—5 és 10 percczel 0.01—0.04 mgr. adrenalin intravenás injectiója után a pulsus-számot és vérnyomást meghatároztam. Az adrenalin-adag nagyságánál a beteg testsúlyát is tekintetbe vettem.

A vizsgálatokat mindig két észlelő végezte. Az egyik adta az intravenás injectiót és a pulsust számolta, a másik ugyanakkor a másik karon Recklinghausen-készülékkel a vérnyomást mérte. Minden kísérlet előtt ellenőrzésképpen physiologiai konyhasó-injectiót adtunk intravenásan.

Az intravenás alkalmazás mellett minden esetben subcutan is adtam az adrenalin, sok esetben intramuscularisan is. Észleleteimet, melyek több száz esetre vonatkoznak, az alábbiakban összegezhetem. Az intramuscularis és subcutan alkalmazási mód között a hatás szempontjából lényeges különbség nincsen. Oly esetekben, a hol az adrenalin subcutan nem hatott, intramuscularis alkalmazásnál (biceps, quadriceps femoris) nem mutatkozott hatás. Olyankor pedig, mikor subcutan injectióra erős vérnyomásemelkedést kapunk, intramuscularis alkalmazásnál hasonló hatást észleltünk. Ebből az következik, hogy az intramuscularis alkalmazás nem használható a szervezet valódi adrenalin-érzékenységének vizsgálatára. Annyival is inkább kiemelendő az a körülmény, mert *Rosenow* éppen a felszívódási hiba elkerülésére a subcutan adrenalin-injectio helyett az intramuscularist ajánlotta. Míg a subcutan és intramuscularis injectio hatása között lényeges különbséget nem lehetett kimutatni, annyival szembetűnőbb volt az eltérés a subcutan és az intravenásan alkalmazott adrenalin hatása között.

A vizsgált esetek között nagyon sokat láttam, a hol 0.5—1 mgr. adrenalin subcutan injectiója után alig vagy egyáltalán nem mutatkozott vérnyomásemelkedés, míg 0.02—0.03 mgr. intravenás alkalmazása után úgyszólván kivétel nélkül kifejezett vérnyomásemelkedést lehetett megállapítani. Több

oly esetet észleltem, melyben a subcutan adrenalin-injectio egyáltalán nem okozott vérnyomásemelkedést, míg az intravenás injectióra nemcsak hogy nem csökkent, hanem egyenesen fokozott vérnyomásemelkedés mutatkozott. Mindez eléggé bizonyítja, hogy mennyire jogosult a látszólagos és valódi adrenalin-érzékenység között különbséget tenni. Kísérleteim azt mutatják, hogy a különböző szervezetek látszólagos adrenalin-érzékenysége igen tág határok között mozog, a mennyiben a subcutan adrenalin-injectio után gyakran egyáltalán nem, máskor pedig gyors és jelentékeny vérnyomásemelkedés mutatkozik. Ezzel szemben a szervezetek valódi adrenalin-érzékenységében sokkal kisebb az eltérés. Sok száz megfigyelésben egyszer sem fordult elő, hogy 0.02—0.03 mgr. adrenalin intravenás alkalmazása után kifejezett vérnyomásemelkedés ne mutatkozott volna, tekintet nélkül arra, hogy a subcutan adrenalin-injectióra reagáltak-e vagy nem. Nem számíthatók ide azon esetek, melyek a legsúlyosabb vasomotor-bénulás tüneteit mutatták (haldokló betegek). Ily esetekben a szervezet valódi adrenalin-érzékenysége valóban lefokozott, a mennyiben az intravenás adag 10—20-szorosát kellett alkalmazni, hogy vérnyomásemelkedést kapjunk.

Ez adatokból az következik, hogy az irodalom fentemlített vizsgálati eredményei az intravenás módszerrel újból átvizsgálandók. Tekintve azt, hogy eddig csak a látszólagos adrenalin-érzékenységet határozták meg, tekintve továbbá a látszólagos és valódi adrenalin-érzékenység között fennálló messzeemenő különbséget, nem tartom valószínűtlennek, hogy az irodalmi ismertetésben felsorolt összes esetek (adrenalin-érzékenység és túlerzékenység, hiányos vasomotoros innervatio, kisebb értékű érrendszer, sympathicotoniás és vagotoniás constitutio stb.) mindannyian téves következtetésen alapulnak és tulajdonképpen semmi közük sincsen a szervezet adrenalin-érzékenységéhez, hanem az adrenalinnak a subcutan szövetből való különböző felszívódásából származnak.

Irodalom. *Bauer*: Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 1912, 107. — *Petrén és Thorling*: Zeitschr. f. klin. Medizin, 1911, 73. — *Falta, Newbrough és Nobel*: Zeitschr. f. klin. Medizin, 72. — *Schmidt*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1914. — *Schittenhelm és Hecht*: Die Ödemkrankheit, 1919. — *Dresel*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1919. — *Arnstein és Schlesinger*: Wiener klin. Wochenschr., 1919. — *Schiff és Epstein*: Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 91. 2. füzet.

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: *Bókay János* dr., egyet. nyilv. r. tanár.

XVI.

Intubációval okozott gége-álút (fausse route) gyógyult esete.

Közli: *Ujf Sára* dr., egyet. tanársegéd.

S. György, 7 éves gyermek. 1920 márczius 1.-én délelőtt vétetett fel a kórház diphtheria-osztályára azon panasszal, hogy 2 nap óta lázas, nehezen lélelzik és ugató köhögése van. Állítólag 1 1/2 év előtt már volt croupja, a midőn intubálva is volt. Az akkor történt intubációról és a betegség lefolyásáról az adatokat beszerezni nem sikerült.

Jól fejlett és közepesen táplált gyermek. A torokképletek enyhén belőveltek, lepedék nincs. A nyakmirigyek nem duzzadtak. A hang rekedt, a köhögés ugató. Hangos, nagy fokban nehezített légzés, erős scrobicularis és jugularis behúzódtástól kísérve. Hőmérsék 38.6° C. Serum-oltás 9000 I. E-gel és a gyermeket azonnal gőzsátorba helyezték. Délután a nehéz légzés annyira fokozódik, hogy műtéti beavatkozás válik szükségessé. Este 1 1/8 órakor megintubáljuk a korának megfelelő, tehát V. számú ebonit-tubussal. A tubus eléggé könnyen vezethető be, de a teljes letolás csak bizonyos erő kifejtése mellett sikerül. Intubálás után a légzés teljesen felszabadul.

Márczius 2. Hőmérsék 39°—40° között ingadozik. Közérzet elég jó. Légzés szabad.

Márczius 3. Status idem. Hőmérsék 40°. A tubus fonálát elrágta.

Márczius 4. Hőmérsék 38°—39° között. Extubáljuk délelőtt 3 1/10 órakor a megmaradt fonaldarab segítségével. Közvetlenül az extubálás után elég jól lélelzik, de csakhamar dyspnoe áll be, mely hirtelen annyira fokozódik, hogy 1/4 óra múlva intubálni kell a gyermeket. Az

* Minden jog fentartva.

intubatio azonban a korának megfelelő V. számú tubussal nem sikerül, — a dyspnoé fenyegetővé válik, miért is megkíséréljük a IV. számú, 4—5 éves kornak megfelelő tubust bevezetni, a mi minden akadály nélkül sikerül s a légzés felszabadul.

Márczius 5. Nyugodtan lélezkzik fekvő tubussal.

Márczius 6. Délután 3/4 10 órakor extubáljuk. Egész nap jól lélezkzik.

Márczius 7. Hőmérsék 37°—38° között. Megelőző éjjel a légzés már nem volt olyan zavartalan, mint 6.-án nappal, s fokról-fokra rosszabbodik, végül is hirtelen nagyfokú légzési insufficiencia fejlődik ki, úgy hogy az ápolónő sürgősen kéri az orvost reggel 6 órakor. A gyermek állapotára való tekintettel és ismerve az eddig történt két intubatio menetét, nem is teszünk kísérletet az V. számú tubussal, hanem mindjárt a IV. számút vesszük elő, melyet a gégebemenetre ráállítani sikerül, de bevezetni nem. Egy-két eredménytelen kísérlet után gyorsan elővesszük a 3 éves kornak megfelelő III. számú tubust, miközben a gyermek csak nagy erőfeszítés mellett vesz mély lélekzetet és erősen cyanosisos. A III. számú tubussal is érezzük az előbbi akadályt, de bizonyos erőfeszítéssel sikerül a tubust letolni. Azonban a légzés nem szabadul fel, sőt teljes asphyxia áll be. Azon hitben, hogy az asphyxia csak a hosszadalmas intubatio-kísérletek miatt fejlődött ki a már előzőleg megvolt nagy dyspnoéból, először is fekvő tubus mellett mesterséges légzést próbálunk meg, de eredménytelenül. Ekkor tűnik fel a műtőasztalon fekvő gyermek, hogy a nyakán, pontosan a középvonalban, körülbelül a pajzsporc alatt a bőr szegletesen kiemelkedik, mely kiemelkedést a bőr alatt fekvő kemény, hosszúka, sima felületű, felülről és belülről, le- és kifelé haladó tárgy okozza, kétségtelenül a tubus, mely perforálva a géget, jutott a nyak bőre alá. A tubust fekvő hagyluk s azonnal tracheotomiát végzünk. A kiemelkedésnek megfelelően hosszanti bormetszést ejtve csakugyan rájutunk a bóraltti kötőszövetben a tubus alsó végére, melyet lassan visszatolunk, úgy hogy eltűnik a gégebe: így módon előttünk van a perforációs nyílás. A nyílást lefelé tágitjuk, a canulet behelyezzük, a tubust a szájon át eltávolítjuk s hozzáfogunk a mesterséges légzéshez. Örömmel láttuk, hogy a gyermek csakhamar magához tér s elég nyugodtan lélezkzik. Sem a műtét alatt, sem a tubus kihúzása után vérzés nem volt, csak a mesterséges légzés abbahagyása után kellett a sebtampont több ízben váltani, mert erősebben átvért.

Márczius 8. Légzés nyugodt. Közérzet elég jó.

Márczius 9. Canule-váltás. Seb tiszta. Bóraltti emphysema nincs.

Márczius 10. A canule-ön át álhártyát köhög ki. Hőmérsék 37.5° körül.

Márczius 17. Belső canule kivétele után bedugott ablakos canule-lel elég jól lélezkzik.

Márczius 22. Délután 3/4 10 órakor intubatio IV. számú tubussal, a mi simán megy. A cricotracheotomia sebtamponáljuk. Utána nyugodt légzés és viselkedés.

Márczius 23. Délután 3/4 10 órakor extubatio. 10 perc múlva nagyfokú légszomj, mire a cricotracheotomia-nyílásról, mely már eléggé összehúzódott, a kötést eltávolítjuk s a légszomj enyhül, a nélkül, hogy a nyílást tágitani kellene. 10 órakor intubáljuk az V. számú tubussal, mely kis nyomással levezethető. Légzés nyugodt.

Márczius 25. Délután 3/4 10 órakor extubatio, 10 perc múlva kífokú cyanosis, miért is a cricotracheotomia-nyíláson a gaze-tampont meglazítjuk. Egész nap jól lélezkzik.

Márczius 27. Nappal jól lélezkzik, de miután estefelé a légzés kissé nehezített, a canulet éjjelre visszahelyezzük.

Márczius 28. Canule-lel hagyluk nappal is. Bedugott canule-lel is jól lélezkzik. Láztalan.

Márczius 29. Délután 3/4 10 órakor canule-eltávolítás. Jól lélezkzik. A délután folyamán kissé nehezített légzés, 3/4 6-kor intubáljuk.

Márczius 30. Délután 8 órakor végleges extubatio. Teljesen jól lélezkzik. Cricotracheotomia-nyílás gombostűfejnyire húzódtott össze.

Április 9. Teljesen kifogástalan közérzet, nyugodt légzés. Hang rekedtes. Cricotracheotomia helyén lencsényi heg. Gégetükri lelet: A gége nyálkahártyája mérsékelten befelé, a bal hangszalag úgy phonatiónál, mint légzésnél mozdulatlan. A kórházat gyógyultan elhagyja.

Az eset több szempontból egyedülálló és figyelmet érdemel. Mint láttuk, a gége falát teljesen perforáló álút képződött az intubatio kapcsán, melyet azonban röviddel a keletkezés után felismertünk s az azonnal végzett cricotracheotomia lehetővé tette a teljes gyógyulást. Nem hagyandó figyelmen kívül, hogy az álútképződés dacára a decanulement eléggé simán és aránylag rövid idő alatt, egy hónapon belül sikerült.

Miért nem gondoltunk azonnal az intubatio után s még a mesterséges légzés bevezetése előtt álútra? Álútra kell hogy gondoljunk, ha az intubatio után a légzés nem szabadul fel, sőt csakhamar asphyxia áll be, a mi esetünkben be is következett, de ezt kimerülésnek magyaráztuk. Továbbá, ha a tubus ferdén áll a gégebemenet felett valamely oldalra hajolva, amit nem észleltünk s ezt úgy magyarázhatjuk, hogy a tubus oldalra nem is dőlhetett, mert mint láttuk, előre, a középvonalban perforáltunk s így legfeljebb azt észlelhetjük volna, hogy a tubus felső nyílása nem annyira felfelé, mint inkább hátrafelé néz. Erre azonban azon izgalomban, a mit a gyermek súlyos asphyxiája okozott, nem is ügyeltünk. Az álút

jele továbbá a vérzés és a bóraltti emphysema megjelenése. Mindkét tünet hiányzott, valószínűleg azért, mert a tubus, melyet a tracheotomia alatt is bent hagytunk, a vérzést önmaga tamponálta s csak a tubuseltávolítás és a gyermek magához térése után jelentkezett. Az emphysemafejlődést pedig az azonnal végzett cricotracheotomia akadályozta meg, hiszen éppen a perforációs nyílást tágitottuk s levegő nem is kerülhetett a bőr alá. S végül a legbiztosabb jele a perforációnak, mely nekünk is megkönnyítette a diagnosis felállítását, mely azonban nincs meg minden esetben, ha a tubus alsó végét a tracheán kívül a bőr alatt tapinthatjuk.

Hogy milyen irányban történt a perforatio, vagyis milyen volt az álút fekvése, erre csak feltevéseink vannak, minthogy a perforatiót in vivo konstatáltuk, ellentétben a legtöbb esettel, hol a perforációra tulajdonképpen a bonczoláskor jöttek rá és pontosan vizsgálhatták. Feltevésünk a következő: minthogy a tubus a sagittális síkban feküdt s az alsó vége pontosan a középvonalban volt érezhető a bőr alatt s a műtétkor a perforációs nyílást kellett csak tágitanunk a gyűrűporc és a felső trachealis porcgyűrűk átmetszésével, úgy képzeljük, hogy a ligamentum conicumot fúrta át s jutott a bőr alá. Létrejöttéhez hozzájárult, hogy akadályozott lévén a tubus bevezetése, a fenyegető asphyxia miatti aggodalmunkban nagyobb erőt fejtettünk ki, mint a milyen e kényes műtétnél megengedett s e mellett az intubator nyelét is a megengedett magasságon túl emeltük. Ezen tülemeléssel magyarázható meg az előre való perforálás, mely előre való perforálás azonban ezen esetben szerencse volt, mert hiszen tulajdonképpen tág értelemben tracheotomiát végeztünk, a mit csak be kellett fejezni a bormetszéssel és a nyílás tágitásával. Vagyis a rögtön végzett cricotracheotomia mintegy meg nem történtté tette a perforatiót, s a perforatio veszedelme, hogy bóraltti emphysema fejlődjék s hogy a zúzott szövetek inficiálása után bűzös tályog keletkezzék, esetünkben nem következett be, mert a perforatio mélyen, csaknem a tracheotomia szokásos helyének megfelelően volt s kifelé közlekedett a bőrseben át. Tehát ugyanazon körülmények állottak fenn, mint egy szabályszerűen végzett tracheotomiánál, a melynél kellő sebkezelés mellett infectiótól tartani nem kell.

Mi volt az az akadály, mely a fokozottabb erővel való intubatiohoz vezetett? Ez olyan pont, melyre határozott választ adni nem tudunk. Mindenesetre mint akadályt kizárhatjuk tömeges álhártya jelenlétét, mert a gyermek az előző intubatiók alatt álhártyát egyáltalában nem köpött s a cricotracheotomia-nyíláson át is csak egy ízben expectorált membranát. Felvehetjük-e, hogy a 1 1/2 év előtt lefolyt croup után maradt vissza gégeszfűkület? Az a véleményünk, hogy nem, mert hiszen az első intubationál a korának megfelelő tubus könnyedén lement. Így nem marad más hátra, mint az intubatio akadályát a glottis-görcsben keresni. Variot véleménye szerint a tapasztalat kényszerít elfogadni, hogy a spasmodikus tünetek jelentékeny szerepet játszanak a laryngitis crouposában. Általában az a tapasztalat, hogy a sok álhártyát termelő croupok nem a leggörcsösebbek, legfullasztóbbak és fordítva. Ezt különben a mi esetünk is bizonyítja. Nem kétséges ma már, hogy ezen görcsök időnként jelentkeznek s a suffocatiós rohamot ijesztővé teszik, de kellemetlenné válnak az intubatiókor, mert azonnal jelentkezhetnek, a mint a tapintó ujját a gégeig vezetjük. Variot szerint az ujjhegygyel néha jól is érezni a hirtelen beálló contractiót. Főleg 2 éven aluli gyermekeken fordul elő és idősebb gyermekek közül a neuropathias alkatúakon.

A spasmus glottidis, azonkívül hogy suffocatiós rohamot idézhet elő, gyakran elég erős, sőt csaknem leküzdhetetlen akadály lehet a tubusbevezetésnek. Hiába tolja a műtő gyengéden az intubator, hogy a hangszalagok engedjenek, nem érezni a legkisebb nyílást sem, a hová a tubus behatolhatna. Várni kell tehát türelmesen, hogy a spasmus engedjen s miután a gyermek közben hirtelen lélekzetet vesz, haladhat csak át a tubus elég erős zökkenéssel. De előfordulhat, hogy a spasmus fennáll egész addig, míg az asphyxia teljes. Az ilyen gyermekeket esetleg mesterséges légzéssel sem lehet magához

téríteni s ekkor jogosult a tracheotomia. Sőt néha jogosult akkor is, ha mesterséges légzéssel magához térítjük, mert igen gyakran az újabb intubatio eredménytelen, mert az újabb intubációs kísérlet csak növeli a spasmust. S ez az a körülmény, mely oka lehet az álútsinálásnak. Erős spasmus glottidis esetében ugyanis hiába próbáljuk a tubust a hangrésbe vezetni: erős akadály előtt állunk és ha a megengedettnél nagyobb erőt fejtünk ki, a tubus a kisebb ellentállást nyújtó *Morgagni*-tasakba téved és előáll a fausse route leggyakoribb alakja. Esetünkben a perforatio nem a hangszalagok felett, hanem alatt történt, a mit úgy magyarázunk, hogy a tubussal nagyobb erő kifejtése mellett a hangrés-görccsöt legyőztük s a hangrésen áthaladtunk, e közben azonban ezen nagyobb erő kifejtést hirtelen megállítani már nem sikerült s így az intubator nyelének egyidejűleg nagyobb fokban való emelésével, a mi a tubus alsó végét előre irányította, a tubus nem a trachea hosszirányában haladt előre, hanem az elülső falába ütődött s hatolt át rajta.

Az egyedüli teendő, melylyel a gyermek megmenthető, ha álútképződést konstataitunk, a *rögtöni* tracheotomia. Őrizkedni kell az újabb intubációs kísérlettől, mert annak a veszedelemnek vagyunk kitéve, hogy a tubus újból és újból az álútba téved. Egyetlen egy esetet említ *Heymann*, hol a perforatio története s a tubus kihúzása után a nehéz légzés megszűnt, újból intubálni többé nem kellett s a gyermek tracheotomia nélkül gyógyult, igaz, hogy hosszú és kínos betegség után, a képződött perilaryngealis tályog lassú hegesedésével. Tehát ma már általánosan elfogadott vélemény, hogy az álút gyógyulási lehetőségének egyedüli módja a rögtön végzett tracheotomia, azonban hogy a tracheotomia milyen eredményt ad, erre nézve részletesebb közléseket az irodalomban nem találtunk.

Irodalom. *Bókay J.*: Az intubációs traumáról. 1901. — *Bókay J.*: Die Lehre von der Intubation. 1908. — *Grancher-Comby*: Traité des maladies de l'enfance. 1904, III. köt. — *Variot-Glover*: Laryngites aiguës. — *Heymann*: Les indications actuelles de la tracheotomie dans le croup de l'enfant. Thèse 1897, Paris. — *Hugues*: Les inconvenients de l'intubation laryngée dans le croup. Thèse 1895, Lyon. — *Sargnon*: Tubage et tracheotomie. 1900. — *Variot*: La diphtherie et la serumtherapie. 1898.

A prostata sebészete.

Irta: *Rihmer Béla* dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Folytatás.)

III. A prostatismus.

Leghelyesebb megnevezése azon vizelés-zavaroknak, melyek a hólyagnyak körüli mirigyes túltengés (hypertrophia) vagy a hólyagnyak körüli mirigyes sorvadása (atrophia), sclerosis (*contracture of the neck of the bladder*) következtében állnak be.

A) A prostata túltengése.

Aetiologiája ma is homályos. *Guyon-Saunois* arteriosclerosis-elmélete régen megdőlt. Újabban annyiban támadt fel, hogy *Loeseke* a hátulsó lebenyben súlyos arteriosclerost talált sorvadással és a középső lebeny túltengését vikariáló jelenségnek tartja. *Ciechanowsky* lobos elméletét már *Ráskai* megtámadta vizsgálatai alapján, legújabbán pedig *Cuttat* vizsgált eset alapján teljesen kizárja. Ő és *Veszprémi* megelőző szövettani vizsgálatai szerint nem tartozik a tulajdonképpeni tumorok közé.

Cuttat szerint a folyamat degeneratio fibroepithelialis, a túltengésben a stroma és a mirigyes rész egyformán vesz részt. *Legueu* szerint a baj az összes mirigyes, izmos és kötőszövetes elemek túltengésében áll, ezt a túltengést bizonyos hormonok idézik elő abban az időben, a melyben a prostata működése hanyatlik. Ezekből látható, hogy az aetiológia ma is homályos és az ezen alapuló gyógykezelésnek nincs biztos alapja (organotherapia, *Rohleder*).

A sebészeti pathologiai elváltozások ismerete nagyot haladt s ezt a sebészeti aera megindulásának köszönhetjük.

Jores, Motz, Cuneo, Albarran, Zuckerkandl és *Tandler* vizsgálataiból ma a következőkben összegezhetjük a képet:

1. A prostatás húgycső előtt vannak az Aschoff-féle mirigyek, ezek a túltengésben sohasem vesznek részt.

2. A belső szájadék nyálkahártyája alatt, de a sphincter felett vannak mirigyek (*Jores*), a melyek túltengése úgynevezett középső lebeny-képződéssel jár, mely uvulaszerű (egy esetem, mögötte 8 darab kövel), gömbalakú (1 esetem, galambtojásnyi) és végül haránt barriere-alakú lehet.

3. A prostata húgycső mögötti mirigyei a maguk összességében sohasem tengenek túl. Csak az úgynevezett praespermikus rész (*Albarran*), a mely az ondódomb és a hólyag belső nyílása közt, az ondókilövelő csövek előtt fekszik (*lobus medius Zuckerkandl*). Ezt a mirigycsoportot fibromuscularis réteg választja el a prostata többi részétől. (Sphincter interprostatique *Motz*, hátrahúzott belső sphincter, *Zuckerkandl*.) A prostata azon része, mely az ondókivezető csövek mögött foglal helyet és a húgycsővel az ondódomb alatt jut érintkezésbe, nemcsak nem teng túl, de nyomási atrophiat szenved és a túltengett részt alulról tok módjára körülveszi (*Motz, Cuneo, Zuckerkandl, Tandler*). A két réteg közt válóréteg van és ebben történik a prostata kiirtása. Tehát nem az egész prostatát vesszük ki, mint azt *Freyer* eleinte hitte, és helytelen, ha még újabb műtéti könyvben is *Freyer*-féle totalis prostatectomiáról beszélnek. Ez alatt ma az extracapsularis, például *Joung*-féle műtetet értjük, melyet szerzője rosszindulatú daganatoknak tart fenn.

4. A túltengés két lebenyből áll, a melyek a hátulsó commissurában egyesülnek, elül csak összefeksznek, de itt többnyire szétválaszthatók. A túltengés felemeli a belső szájadékot, sőt a sphincter előtt, melyet szétnyom, a hólyagba nyomulhat és ismét középső lebenyt alkothat, meghosszabbítja, devialja a húgycsövet. Ha a sphincter előtt felnyomul a hólyagba, felette csak a nyálkahártya van. Máskor a túltengés a sphinctert és a trigonum elejét felemeli, ilyenkor vastagabb izomréteg lehet felette. Ezeket fontos tudnunk, mert műtéti jelentőségük van.

A túltengés egymagában nem okoz minden esetben prostatismust; sokszor láthatjuk más betegségben elhaltak bonczolásakor, hogy a nagy prostata nekik semmiféle bajt sem okozott, sem retentio, sem következményei nem voltak. Ezért a túltengés jelenléte egymagában nem javasolhatja a műtetet. A túltengés nagysága és a retentio egymással semmiféle viszonyban sem áll. A retentio létrejöttében nagyobb szerepe van a túltengett rész helyzeti viszonyának a belső szájadékhoz és a húgycsőhöz, a belső szájadék beálló merevségére befolyással bírnak a lobos és ideges ingerek (*Legueu*).

A prostata-túltengés gyógyítása. Az organotherapia (*Rohleder*) ingatag alapon nyugszik. A röntgenezésnek kétféle módja van: 1. A besugárzás a gát vagy a végbél felől. Az eredményeket a retentiós szakban általában rossznak mondhatjuk. *Oppenheimer* 12 esetéből egy sem javult. A prostatismus első szakában vagy kis residuum mellett egyesek javulást mutatnak; különösen jó hatást láttak az ideges tünetekre (*Nordendoff*). Viszont nagyobb dosisokra észleltek izgalmakat, retentiót és a cystitis fellobbanását, a mi vigyázatra int. 2. A herék besugárzását elméleti alapon *Wilms* ajánlotta. Meggyőző bizonyítékok nincsenek. *Nemenow* állatkísérletei a sorvadás helyett az izmos és mirigyes szövet szaporodását mutatták.

A katheterismus. Nagy jelentősége mellett, a mely a pillanatnyi veszély és kín elhárításában áll, nem méltatták eléggé a katheter veszélyeit.

Osztályomon 31 akut retentiót leszámitva, kik mind gyógyultan mentek ki: chronikus incomplet retentióval kezelt 95-ből meghalt 23 urosepsisben; ischuria paradoxával kezelt 16-ból meghalt 8 urosepsisben; chronikus complet retentióval kezelt 5-ből meghalt 2 urosepsisben.

A 116 chronikus prostatismusban szenvedő katheterkezelése 33 halálózással járt (ezek többnyire előzetes katheterezés után súlyos állapotban jöttek), s ha hozzávesszük azt

az 5-öt, a kit még cystostomiával sem tudtunk megmenteni a sepsistől, 121-re 38 halálozás esik: 31%. Kétségtelen, hogy a javultán távozók közül is sok esett később az urosepsis áldozatául. Ezek után nem fog feltűnést kelteni *Squier* statisztikája; szerinte a nem operáltak 69%-a a betegségből kifolyó cachexiában pusztul el és azoknak az átlagos élettartama, a kik katheter-életet élnek, a fele (2 és 8 hó) azokénak, a kik nem katheterizáltaknak (4 és 8 hó). Ezek megdöbbentő adatok és túlszárnyalják a legrosszabb műtéti statisztikát. Ne vezessen félre, hogy láttunk jó socialis helyzetben levőket, kik ezt az átlagot messze túlhaladják (én például 20 éves katheter-életet is láttam). A túlnyomó többség az urosepsis felé halad, mely megrövidíti az életét.

A *Bottini-műtét* a hypertrophia kezelésében a prostatectomiával szemben erősen hátrászorult, úgyszólván teljesen a prostatismus másik csoportjának műtete lett (l. ott).

A *cystostomia*. *Poncet* continens alhas-sipolyt akart készíteni, a mi ritkán sikerült, ebből lett a mai cystostomia; a midőn *Pezzer* felett varrjuk a hólyagot. *Rovsing* kiterjedten alkalmazza. Egy időben egy sorozatban kísérletet tettem vele, az eredmények a következők:

Uraemia vagy urosepsis 18 esetét operáltam; meghalt 5, gyógyult 13. A 13 gyógyult közül az előzőleg megkísérelt állandó katheter-kezelés sikertelen volt 7 esetben. A gyógyultak későbbi sorsa:

1. Él jólétben 6 éve (jelenleg 71 éves).
2. Él kőképződéssel és fájdalmakkal 3 évig, további sorsa ismeretlen.
3. Él 6 éve (jelenleg 81 éves) kőképződéssel, fájdalmakkal.
4. Él 1½ évig jólétben, meghalt myodegenerációban.
5. Él 1¼ évig, meghalt urosepsisben (tumor?).
6. Él 3 hónapja (uraemiás tünetek eltűntek); a secundaer műtétet megtagadta.
7. Él 7 hétig; a láz, étvágytalanság eltűnt, a fájdalmak fennmaradtak. Ekkor másutt végezett secundaer prostatectomiában elhunyt.
8. Él 3 hónapja, súlyos infectiója lezajlott, az uraemia javult (73 éves).

5-nek későbbi sorsa ismeretlen.
Chronikus incomplet retentio infectióval, láz és uraemiás jelenségek nélkül operáltatott 4, gyógyult 4.

1. Jólétben él 7 éve, jelenleg 75 éves, a radicalis műtétbe nem egyezik bele.

2. Él ¾ évig; 64 éves korban asthma tünetei közt pusztult el.
3. Él 3 hónapja, 80 éves, közhűzés után recidivával operáltam. Nagy fájdalmak fennmaradtak. Ezek dacára hízott.

4. Másutt végzett prostatectomia után recidivával cystostomozzuk, sorsa ismeretlen.

Chronikus complet retentióval operáltam 8-at, gyógyult 8.

1. Él 7 éve teljes jólétben, jelenleg 74 éves.

2. Él teljes jólétben 4 évig, 80 éves korban 6 heti betegség után elhalt urosepsisben.

3. Él 2 éve teljes jólétben (műtétkor nephritis acuta).

4. Él 3 évig, halál 74 éves korban, oka ismeretlen.

5. 2 év múlva másutt sikeres prostatectomiát végeztek (előzőleg kőképződés).

6. 2¼ évre meghalt végelgyengülésben; kora ismeretlen.

7. 2 évre fájdalmak miatt másutt prostatectomiát végeztek.

8. 82 éves; sorsa ismeretlen.

Ha már most összegezzük az eredményeket: *kétségtelen, hogy többen a katheterismus átlagos életkorát meghaladó időt értek meg cystostomiával teljes jólétben*, másokon azonban a *Pezzer* kőképződésre vezetett, ismét mások psychice rosszul tűrték. Egyet például egy hó múlva zárnom kellett. Ismét másokon fájdalmak jelentkeztek kőképződés nélkül. Ezek a kisugárzó fájdalmak a gátra és penisbe, melyek alapjául *Alapy* prostatitist talált, elkeserítik az illető életét és kikényszerítik a secundaer műtétet. Ezen hátrányok következtében a *cystostomia nem ajánlható ott, a hol a prostatectomia még kivihető*.

Ellenben, ha az uraemiák és urosepsisek sorozatát nézzük, megmentettünk vele egy sorozat embert, a kin nem segített az állandó katheter és több mint valószínű, hogy rövidesen elpusztult volna. Az *urosepsis és uraemia kezelésében a cystostomia messze felette áll az állandó katheternek, hatása gyorsabb és pontosabb*. Végül egyes esetekben, melyekben a prostatectomia ellenjavalt, a katheterizálás nem vihető ki, vagy folytonos vérzéseket, lázakat okoz, a gyakori vizezésinger socialisan lehetetlenné teszi a beteget, ezzel az állapottal szemben tűrhetőbb állapotot teremtünk a cystostomiával. *Alapy* mutatta ki, hogy ezen desperát esetek közül is hosz-

szabb drainage után még egy nagy csoport sikeresen, radicalisan meg volt operálható (14 esetből 10 gyógyulás). A cystostomiával a súlyos esetekben nyert tapasztalatok vezettek engem a secundaer prostatectomiára és ma, midőn megnyílt a külföldi irodalom számunkra, bámulva olvasom, hogy Európával szemben Amerikában ez a kérdés mennyire actualissá lett.

A radicalis műtéti gyógykezelés.

Referens társam a primaer prostatectomiával és ennek válfajaival foglalkozott. Én reám a kétszakaszos prostatectomia kérdésének tárgyalása jutott.

A kétszakaszos Freyer-műtétet mintegy 10 éve kezdtek szórványosan végezni nálunk. 1914-ben az utolsó sebésznapgyűlésen *Haberern* osztályáról jelent meg ez irányban közlés.

Én a kérdés tárgyalását összefogom a Freyer-műtét veszélyeinek megbeszélésével és megvilágítom a secundaer prostatectomia szerepét azok elkerülésében és megállapítom az indicatióit.

A vérzés. Freyer nem tartotta a vérzést komoly szövdménynek (bár első sorozatában igen súlyos vérzésekről olvastam) és leküzdésére elegendőnek tartotta a prostata-fészek masszálását a végbélbe vezetett ujjal és a forróvíz-irrigatiót a hólyag felől. Ha átnézzük az irodalmat, más képet kapunk. A vérzés veszedelmét nagyon is értékelik és hogy meggátlására a Freyer-eljárást nem tartják elegendőnek, mutatja az a sokféle mód, melylyel ellene küzdenek.

Igy előző calcium-, lóserum-, ergotin-adagolással, helybelileg tonogenes körülífcskendéssel, tamponálással, gaze-zel, a húgycső felől bevezetett colpeurynterrel; tamponáddal, a húgycső felé kiüríthető higanyzacskó segítségével; tamponáddal a visszahelyezett prostatával, zsirlebens-átültetéssel a fészekbe, végül a fészek falának körülöltésével. A vérzés elkerülésének kétségtelenül első feltétele a kihámozás helyes technikája. Ennek a válórétégben, az izmos tokon belül kell történnie; ha már az izomzat közé tévedünk, mint ezt hullán megállapíthattam, 100 meg 100 apró gyűjtőér lumene látható. A plexus prostaticus sérült, a vérzés nagy. Ezen jó válórétég megtalálása tehát fontos. Ha a prostata a sphinctert hátranyomja és a hólyagba mered, felette csak elvékonyodott nyálkahártya van, a melyen áthatolva, az adenoma fibrosus saját tokjára jutunk. Ha nem mered be, csak felemeli a belső szájadékot és trigonumot, a belső sphincter akár fél cm. vastagságig fedheti. Ilyenkor könnyebb a lemezei közé tévedni. Ezen esetekben, ha kivihető, szorgalmazzuk az urethralis kihámozást. Az urethraba dugva ujjunkat, szétrobbantjuk és onnan hátrafelé kerüljük meg a prostatát. Néha ez nem sikerül, akkor lehetőleg a belső nyíláshoz közel kell körülmetászeni a nyálkahártyát (*Zuckerlandt*).

A jó rétegben való dolgozás mellett is lehet vérzés. Ez kétféle. A fészekből venosus, a nyálkahártyaszélből lehet arteriosus is. Azt tapasztaltam, hogy a fészek vérzése minimalis, ha a kivétel után jól összehúzódik; élénkebb, ha a fészek izmos fala atoniás. Ha nagy retentióban operálunk vagy ahhoz közel, a prostata vérbő, a pangásos vérbőség a síma izomzat savós átívódására vezet, atoniás lesz. Nem szabad ilyen eseteket előzetes kezelés nélkül operálni; előbb csapolással vagy cystostomiával decongestionáljuk a prostatát. A nyálkahártyából való bővebb vérzés mindig a felső zúgból áll be (*Cabot*) és legcélszerűbben mély, 1 vagy 2 harántul fektetett varrattal csillapítható.

Ma már a szerzők túlnyomó része elhagyta az eredeti Freyer-féle módot és éppen a vérzés miatt feltárással, a szem ellenőrzése mellett operál.

A kétszakaszos műtét ellenében felhozták, hogy az átmeneti redő mélyebb állása következtében a feltárási korlátolt. Ennek elkerülése egyszerű: messze a symphysistől, magasra húzva a hólyagot, kell a sipolyt készíteni. A másik fontos dolog, hogy a második műtétnél dobjunk ki minden heget. Ez azért is czélszerű, mert így a sipolyos gyógyulás esélye kisebb. *Kümmel* a sipolynylást laminariákkal tágitja. Egy esetben kíséreltem meg, a nyílás nem tárgult ki eléggé, úgy hogy

mégis a magam eljárásához, az összes hegek kiirtásához kellett fordulnom, hogy a történetesen a jelzett felső zúgból támadt élénkebb vérzés miatt az öltéseket feltehessem. Ilyen eljárás mellett csak lazán tamponálunk s ezt 48–72 óra múlva elvesszük; ha atonia volt jelen, akkor a kivétel előtt is ergotint adunk. A szoros és hosszas tamponade kerülendő. Mögötte infectio állhat be, mely utóvérzésre, infectious thrombosisra, emboliára adhat alkalmat. Az utóvérzés másik oka visszahagyott prostatarész lehet. Erre a műtétkor ügyelni kell, ha a prostata nem egyben jött ki, revideáljuk bimanualisan a fészket.

A shock. Betegeink többnyire érelmeszesedésben szenvednek. A prostata idegdús szerv, traumára igen érzékeny, a behatást a központ felé tovább adja és a szív reagál rá. A legsímább műtét után is a pulsus felszökken. Az ilyen beteget még narcosisnak is kitenni: fokozása a szív bántalmazásának. Legueu mutatta ki, hogy narcosisban operált betegeinek halálozása 10%, a helyi érzéstelenítésben operáltaké 5%. A helyi érzéstelenítésnek különböző módjai vannak elterjedve: a lumbalis, a parasacralis vezetési anaesthesia, a fészkek körülírtcskendése. Én minden hólyag-, végbél- és gát-műtétet parasacralis érzéstelenítésben végzek és nem dicsérhetem eléggé. A másodlagos műtétkor a középvonal helyét és a fistula környékét infiltráljuk. A mi már most a secundaer műtétet illeti, az a tapasztalásom, hogy a két-szakaszos műtét a műtési shockot feltűnően enyhíti, példa reá az itt bemutatott 80 éves törődött aggastyán. Különösen fontos a szív kímélése súlyosabb arteriosclerosis esetén.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Prof. Max Joseph: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. 8. Auflage. Leipzig, 1921. Verlag von Georg Thieme. Ára füzve 27, kötve 34 márka.

Joseph híres tankönyvét nem kell e helyen újra méltatnunk, megtettük azt már az előbbi kiadások ismertetésekor. Ilyképpen csak annak a kiemelésére kell szorítkoznunk, hogy a munkát 8. kiadásában is a nagy gyakorlati érzék, a kitűnő leírás és az arányos beosztás jellemzi. A leírás oktató hatását jelentékenyen fokozza a nagyrészt jól sikerült 54 ábra. A mai súlyos viszonyokat jellemzi, hogy az új kiadású könyv terjedelme nem hogy bővült volna, hanem egyenesen csökkent (14 ív) s az irodalmi adatok is nagyrésztben elmaradtak. A szerzőnek azonban ez a szükséges kurtítás is jól sikerült s műve teljesen megtartotta értékét. A nemibajok terén (syphilis, lágycékély, gonorrhoea) szakszerű tájékozódást kereső orvosnak és orvoshallgatónak nagy hasznára válhatik a könyv áttanulmányozása.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

Steinach fiatalító eljárását bírálja K. Mendel. Mindezekelőtt megállapítja — a mint már mások is tették —, hogy a pubertás-mirigy létezése egyelőre még csak feltevés. Nincs bebizonyítva, hogy a vas deferens leköltése, illetőleg a here és mellékhere közötti összefüggés megszüntetése a közbülső sejteket felélesztené. A patkányokon végzett kísérletek eredménye nem vihető át az emberre, mert a patkány, meg az ember öregedése különböző két dolog. A mi a Steinach szerint eddig kezelt eseteket illeti, az eredmények nem állják ki a szigorú kritikát, főleg a suggestiv befolyás nem zárható ki. Egyébként a beavatkozás káros is lehet, a mit bizonyítanak a prostatikusokon végzett vasektomia után fejlődött psychosisok, de bizonyít a szerző egy esete is, a melyben egy egészséges, de aránylag korán öregedett 61 éves férfi a Steinach-műtét után súlyos psychosist kapott erősen kifejezett sexualis színezetű izgalmi állapotokkal és sexualis irányú téveszmékkel; a betegség halállal végződött. (Deutsche med.

Wochenschrift, 1921, 34. szám.) — Ezzel kapcsolatban megjegyezzük, hogy Fiebiger szerint Steinach kísérleti állatainak szőrzete, főleg a scrotumon és a farkon, nem az öregség, hanem valami bőrbaj miatt volt hiányos. (Wiener klinische Wochenschrift, 1921, 30. szám.)

Sebészet.

Az empyema kezeléséhez szolgáltat adatot Jenckel egy eset ismertetése kapcsán. 18 éves betegen influenzás pneumonia után baloldali empyema-műtétet végeztek, a mely után fistula maradt vissza. A nagy empyema-üreg megkisebítése céljából, minthogy a legkülönbözőbb szerekkel (konyhasó-oldat, Dakin-oldat, trypaflavin, vuzin, humanol, jodoformglycerin, Beck-féle bismuth-pasta) való kezelés eredménytelen volt, thoracoplasticát is ajánlottak, ezt a nagy beavatkozást azonban a beteg leromlott állapota miatt nem merték végezni. 18 hónappal a fistula fennállása után kezdte meg a szerző az empyema-üreg kitöltését pepsin-oldattal, a melyet nemrégiben Unna ajánlott kiterjedt bőrhegek ellen. A következő oldatot használta: Rp. Pepsini 10·0, Acidi borici 30·0, Aquae destill. ad 1000·0. Fölvehetőnek vélte, hogy ez az oldat a vastag pleura-kérgesedéseket, a melyek első-sorban akadályozzák a komprimálva volt tüdő kítágulását, fel fogja oldani. Eleinte kétnaponként fecskendezett be a fistulán át 30–50 cm³-t a betegnek az ép oldalon fekvése mellett s hosszabb ideig hagyta benn, sokszor estétől reggelig. E mellett nagy súlyt helyezett a rendszeres légzés-gyakorlatra. Az eredmény az volt, hogy kb. négy hónap alatt a fistula záródott s az illető jelenleg teljesen egészségesnek érzi magát, tüdeje egészen kítágult, a légzés mindenütt puhaséjtes, csak a volt fistula közelében van egy kis tompult hely; a mellkason nincs deformatio és scoliosis sincs. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 36. szám.)

Ideg- és elmekórtan.

A paraphreniákról tartott előadást a müncheni német elmekutatóintézetben Mayer. Az a kérdés, mi lett azokból a betegekből, a kiknek megfigyelése alapján Kraepelin ezt a kórformát 1912-ben a dementia praecox keretéből különválasztotta; fönn tartható-e még mindig, hogy a paraphrenia külön kórkép. 78, mindig az 50. életév körül kezdődött eset katamnesise során kiderül, hogy a 9 esetben tett paraphrenia phantastica diagnosis később mind dementia paranoidesre változott, a 13 expansiv paraphreniából 5 lett felismerhető mint schizophrenia, öt eset megtartotta különállását. 11 paraphrenia confabulatoriából öt lett schizophrenia, hat megmaradt az eredeti diagnosisnál, a 45 paraphrenia systematicából 11-ről derült ki, hogy schizophrenia, 17 azonban további lefolyásában is megfelelt a Kraepelin adta képnek. Valószínű, hogy az egész csoport közeli rokonságban áll a dementia praecoxszal s attól a schizoid alaptüneteknek cyclusos tünetekkel való réteges keverődése, valamint a késői kezdet folytán különbözik. Hozzászólásában Kraepelin elismeri, hogy nosologiai különállásra a paraphrenia nem tarthat számot, a dementia praecoxhoz tartozik, klinikailag azonban mégis helyesnek tartja a megkülönböztetését. (Zentralblatt für d. ges. Neurologie u. Psychiatr., 1921 aug. 1.) Kluge dr.

Gyermekorvostan.

A poliomyelitis-infectio nasalis útjára vonatkozó kísérletekről számol be Simon Flexner és Harold L. Amoss (Rockefeller-Institute). 1. A közölt kísérletek látszólagos különbözőségük dacára adatokat szolgáltatnak azokra a feltételekre vonatkozóan, a melyek alapját teszik a fogékony-ságnak vagy fogékolanságnak a poliomyelitis-infectióval szemben. 2. Bizonyos majmok igen ellentállók az orron keresztül történő infectióval szemben, valószínűleg a nasalis mucosa ama képessége miatt, hogy el tudja pusztítani, vagy valamiképpen ártalmatlanná tudja tenni a bevitt virust. 3. A nasalis mucosának ez a sajátosága a vérben előforduló specifikus védőanyagoktól különbözik. 4. Hatékony orrnyalhártya megakadályozza az erőszakkal bevitt virusnak behatolását az agy- és gerinczvelőbe. 5. Az erőszakkal alkalmazott polio-

myelitis-virus a nem hatékony ornyálkahártyán határtalan ideig elél, míg a hatékony nyálkahártyán csak aránylag rövid ideig. 6. Az ornyálkahártyának védőereje egymagában nem elegendő arra, hogy a bevitt vírus terjedését megakadályozza, a mennyiben csekély sérülés olyan független szerkezeteken át, a milyen a plexus chorioideus, már megkönnyíti a vírus behatolását az orrból a központi idegrendszerbe. 7. A normalis ornyálkahártya tehát megbecsülhetetlen védelmet jelent a poliomyelitis-virussal való fertőzés ellen; az egészséges és chronikus virusgazdák nagy számát valószínűleg ezen nyálkahártya védekező tevékenysége tételezi fel és tartja féken. 8. Chemiai antisepticumok oly ornyálkahártyán alkalmazva, a melyen a vírus megtapadt, nem nagy védőhatást fejtenek ki és kétes értékűek. Sőt nem lehetetlen, hogy a mennyiben az ornyálkahártya pusztító sajátságait a vírusra előnytelenül befolyásolják, egyenesen károsak. 9. Az ornyálkahártyára vitt vírussal való infectiót még a terjedésre alkalmas föltételek mellett is meg lehet előzni poliomyelitis ellenes savónak a vérbe való fecskendezésével. Ámbár az immun-serum támadásának módja és helye csak távoli hozzávetéssel állapítható meg, mégis az összes adatok számbavétele alapján valószínűnek látszik, hogy az immun-serum és a vírus találkozásának helye a subarachnoidealis ür. (The Journal of Experimental Med., XXXI. köt., 2. sz., 123—134. o.) Zentai P. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A postoperatív pneumonia megelőzésére Specker jó eredménnyel használta az antipneumococcus-serumot. 37 olyan betegnek adta, a kik nagy mértékben gyanusak voltak, hogy pneumonia fejlődhetik a műtét után (már meglevő bronchitis, elgyengült öreg egyének stb.); 20 cm³ serum subcutan befecskendezése után egy sem kapott pneumoniát. (Schweizer med. Wochenschrift, 1921, 549. oldal.)

Apyron névvel azelőtt az acetylsalicylsavas lithium volt forgalomban. Ujabbban az acetylsalicylsavas magnesiumot illetik e névvel és ajánlják izületcsúsz és neuralgiák ellen. H. Fischer szerint különösen ischias eseteiben feltűnően jók a vele elért eredmények; naponként kétszer fecskendezendő be intraglutaecalisán 1 gramm 3—5 cm³ steril vízben feloldva. (Therapie der Gegenwart, 1921, 277. oldal.)

Vegyes hírek.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület e hó 15.-én tartotta alapításának évfordulóját, a melynek egyetlen tárgya Bársony János előadása volt a rák terapiájáról. Az osztatlan tetszésben részesült s a hallgatóság érdeklődését — 2½ óras tartama dacára — mindvégig lekötött előadás bevezető és zárórészét az alábbiakban adjuk:

„Balassa János neve jőjön az ajakamra abban a pillanatban legeslegesóne, a mikor a mai napon e tisztas emelvényről Önökhöz szólni kezdek. A magyar orvostörténelem örökös emlékü nagyságai között is kimagasló két olyan értékkel lehet dicsekednünk, a kik intra et extra muros vezércsillagként ragyognak a mi és az utánunk jövők útjára. Balassa és Semmelweis a mi példaképünk, a mi dicsőségünk. A legszebb hivatást ezen a világon az orvos tölti be. A papét tudnám vele összehasonlítani, de még azt is csak utána helyezni. A földi összes boldogságnak a testi egészségben rejlik az alapja. Ennek hijján nem létezik tökéletes lelki egyensúly sem. A pap az utóbbit hivatott ápolni. Mikor pedig maguk közül az orvosok emelnek valakit a piedestálra s öröktűzet gyújtanak az emlékezetének, akkor az közel annyit jelent, mint ha a papok közül a legtisztéletremélőbbat szentté avatják fel. Balassa, Semmelweis, két név, két fogalom! A tisztesség, a jó szív, a lelkiismeret, a tudás bokréta köve! A magyar orvosi rend történelmi nagy férfiai, a kiknek emlékét megőrizni, érdemeikre az utódokat figyelmeztetni, érnyeikre buzdítani s őket példányképpül tisztelni minden kornak hazafias kötelessége. Ennek a kötelességünknek iparkodunk eleget tenni ma.

Azt gondolom, hogy a legformásabb volna, ha a Balassa-emlékünnepen én, a szülész és nőorvos, az ő nagy kortársának és barátjának, Semmelweis-nak kedvelt themájáról, a gyermekágyi lázról tartanék előadást. Hogy nem így teszek és egy másik tárgyról fogok ezúttal beszélni, annak a magyarázatát elsősorban az a körülmény adja meg, hogy a gyermekágyi lázról már 1909-ben a nemzetközi orvosi congressuson, 1911-ben erről a podiumról és 1917-ben az orvosi továbbképzés központi bizottságának megbízásából ugyancsak e tárgyról volt alkalmam a magyar orvosi kart — gondolom — elég kimerítő módon tájékoztatni. A bacterium-betegséggel szemben követendő terapiát tekintve, mind ezen előadásaim lényege abban csúcsosodott ki, hogy a gyógyítás egy-egy segédeszközök felhasználásával csakis chemiai úton válhatik valóvá. 1909 óta csakugyan jóformán teljesen áttért a gyógyítás a chemotherapiára. Sokkal többet mondani, mint 1917-ben mondtam, nincs még

a módomban. A negyedszeri ismétlés visszaélés volna. Az új beszámolásnak pár év múlva jön el az ideje. Most tehát a gynaeckológiából választottam tárgyat. A szülést a gyermekágyi láz, a nőorvost a méh-rák problémája sanyargatja a legelső sorban. Az előbbiről a tapasztalataimat itt már előadtam. Most a másikkal szeretném ugyanezt megtenni. Utóvégre idestovább a negyedik évtizedemet töltöm be mint gyakorló-orvos és ez időn keresztül végigcsináltam minden töprenkedést, próbálgatást a betegséggel szemben. Kialakult bennem is bizonyos vélemény. Idegen befolyástól mentesen, a magam mai álláspontjáról, a bennem fejlődött gondolatokról akarok tehát én most szólni. Rövid összefoglalásban a rák, kiváltképpen a méh-rák és a terapiája adja a tárgyat.

„Végül pedig visszatérek oda, ahonnan indultam s befejezésül okát adom még egyszer annak, hogy a mai napra ezt a themát választottam. Tettem először is azért, mert azt tartom, hogy tulajdonképpen mindenkinek közölünk, a kit hosszú étellel áldott meg az Isten, az élete alkonyán kötelessége beszámolni a tapasztalatairól. Ez a legkevesebb, a mit a hosszú életért hálából az utódok számára leróhat. A rák a legnagyobb ellensége az emberi testnek s ellenében össze kell fogni minden időknek. A második okom meg, mert a betegség ellenében folytatott küzdelem közben a legnagyobb túlzásokat lehet tapasztalni. És én a mai napot, a melyen a legjobb embert, a legelkiismeretesebb orvost ünnepejük, tartom a legalkalmasabbnak arra, hogy az orvos-társaimat óvjam minden téren és minden tekintetben a szertelen túlhajtások ellen, a gyakorló orvos-társaimat pedig, a kik a nagy többséget teszik, figyelmeztessen és egyúttal kérjem, hogy legalább ők ne siessenek, hiszen náluk a prioritás kérdése nem játszik szerepet, hanem várják be mindig türelmesen a végét a vitáknak.

Hogy alkalmat nyertem mindezt elmondani, ezért hálát érzek az orvosegyesület és főképpen annak általam őszintén nagyrabecsült elnöke, Bókay János tanártársam és jó barátom iránt!

És most még egy szavam van Hozzád, nagy Balassa János! Ma nekem jutott a szerencse, hogy Neked áldozzam, hogy Téged köszöntsek. Téged, a tudásban nagy Balassa Jánost, én, a melletted kicsiny Bársony Jánost. Egy tekintetben azonban mégis egyenlőek vagyunk: a hazafiságunkban, meg abban, hogy Te sirtál, én meg most sírok a hazámért, szép Magyarországiért. A mikor ma befejezem a feladatomat és eltávozzom innen, Hozzád méltóbb módon Tőled nem búcsúzhatom el, mintha megfogadom, hogy úgy magam, mint tanítványaim továbbra is minden tekintetben mintaképpül fogunk tekinteni és nem fogunk nyugodni, elkövetünk mindent, hogy, ha majd, nem sokára, magam is odaérek Hozzád, ne a keserűség, hanem az öröm könnyeit tudjam Neked vinni Nagy Magyarországból. Bízál bennünk! Addig is, a viszontlátásig is, az emlékeidet áldja meg az Isten!

Személyi hírek külföldről. Schmincke müncheni rendkívüli tanár elfogadta a meghívást a gráci egyetem kórbonczatani tanszékére. — D. Ackermann würzburgi rendkívüli tanárt meghívták a berlini egyetem pathologiai intézete chemiai osztályának vezetőjévé, Salkowski utódjává. — E. Fromm freiburgi rendkívüli tanárt az alkalmazott orvosi chemia és R. Wasicky bécsi rendkívüli tanárt a pharmacognosia rendes tanárává nevezték ki a bécsi egyetemen.

MERAN Téli klímás gyógyhely Olaszországban.

1. Sanatorium Stefanie. Elsőrangú, minden kényelemmel és modern gyógyeszközzel felszerelt gyógyház szív-, vese-, ideg- és anyagcserebeteglek részére.

2. Sanatorium Hungaria. Tulajdonos és vezető orvos Dr. Binder R. Pormentes fekvésű, hygiénés gyógyintézet tüdőbeteglek számára. Fekvőcsarnokok, elsőrangú ellátás, gondos ápolás. Tulajdonos: Dr. Szontagh-Fraporti M. Vezető orvos: Dr. Gara Géza.

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női- és vizgyógyintézet részére. Vegyi Röntgen-laboratorium

Istvánuti Szanatórium

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56—76.

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikai és fizikoterapiás gyógyintézet bel- és idegbeteglek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógymechanikai osztály, elektroterapia bejáró beteglek részére is.

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

Orthopaedia, gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termék, vizgyógyintézet a Dr. PAJOR-Sanatoriumban Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevelet-ügyben szolgál: **Ingatlanbank**, Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 17. szám és a **Slovákfürdőiroda** (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

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

**ZANDER-
ELEKTRO-HYDROTHERAPIA**

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

PÁLYÁZATOK.

A Magyar Általános Köszénbánya Részvénytársulat tatabányai szénbánya- és iparműveinél társpénztári orvosi állás betöltendő.

A pályázótól megkívánatik, hogy az összes gyógytudományok tudora legyen, Magyarországon graduáltatott, vagy oklevele Magyarországon nostrifikáltatott; ép, egészséges testi szervezet, nőtlen állapot és a 40. évet túl nem haladott életkor.

A kik hosszabb gyermekorvosi gyakorlatot tudnak felmutatni, előnyben részesülnek.

Az állás javadalmazása: évi kezdő fixfizetés 5000 kor., a társulatnak teljesítendő egészségügyi szolgálatért (tisztviselők gyógykezeléséért) évi 2000 kor., egyéb drágasági pótlékok az igazgatóság által időközönként megállapítandó változó összegben, ezidő szerint 32.426 kor., összesen évi 39.426 kor., természetbeni szabad lakás, fűtés és világítással.

A megválasztandó orvos köteles magát a társpénztári alapszabályok rendelkezéseinek alávetni.

Az okmánymásolatokkal felszerelt kérvények **1921 november 1.-éig** „Társpénztári Elnökség, Tatabánya, Komárommegye” címre küldendők.

Balassagyarmat nagyközségben elhalálozás folytán megüresedett egyik pénztári orvosi állásra pályázatot hirdetünk.

A körzetet képezi a községnek budapest-kassai állami útról kelet felé eső része, beleértve a Rákóczi-út páratlan házszámú oldalát.

A kezelőorvos illetményei: évi 2600 korona kezdőfizetés, 100% drágasági pótlék és 286 korona kocsibérátalány; illetmények tetemes felemelése felsőbb jóváhagyás alatt van.

Kellően felszerelt pályázati kérvények a kerületi munkásbiztosító pénztárhoz folyó évi október hó 31.-ének d. e. 11 órájáig nyújtandók be, az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Balassagyarmat, 1921. évi október hó 14.-én.

Kovács Jakab s. k.,
igazgató.

Pongrácz György s. k.,
a ker. pénztár vezetésével megb. min. biztos,
vm. főjegyző.

11932/1921.

A nagykanizsai városi közkórháznál üresedésben lévő s a XI. fizetési osztálybeli illetmények élvezetével egybekötött bennlakó segédorvosi állásra pályázatot hirdetünk.

A pályázati kérvények a folyamodó orvostudori képesítését, korát, magyar állampolgárságát, erkölcsi megbízhatóságát és eddigi működését igazoló okiratokkal felszerelendők s legkésőbb **1921. évi november hó 10.-én déli 12 óráig** a városi tanács iktató hivatalába benyújtandók.

Az elkésve érkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.
Nagykanizsa, 1921. évi október hó 13.-án.

A városi tanács.

10701/1921.

Zemplénnérmegye törvényhatóságánál nyugdíjazás folytán megüresedett szerencsi járásorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtának, hogy orvosi oklevéllel és tisztiorvosi bizonyítvánnyal, valamint eddigi alkalmaztatásukat s a forradalom, kommunizmus és idegen megszállás alatt tanúsított magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt szabályszerű pályázati kérvényeiket Zemplénnérmegye főispánjához címezve, hozzám **1921. évi november hó 15.-éig** nyújtsák be.

A betöltendő járásorvosi állás javadalmazása: X. fizetési osztályban megállapított törzsfizetés, a szolgálati helynek megfelelő lakáspénz, továbbá a megállapított utiátalány és a jelenleg fennálló törvények és rendeletek alapján járó pótlékok és segélyek.

Sátoraljaújhely, 1921 október 8.

Bernáth s. k., h. alispán.

Vidéki közkórházba menne

ingyen, csak teljes ellátásért diplomás orvos.

Cím: Dr. V. S. Budapest, VIII., Kun-utca 12, IV. 35.

Mélybesugárzásra a „Radio-Silex“

a legteljesítőképebb Röntgen

Ericsson magy. villamossági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka

Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.
Röntgen-esővek és lemezek állandóan raktáron.

VALORAL

Brom-borneol-valerianat lecithinnel kombinálva

Igen hatásos sedativum, tonieum, enyhe hypnoticum.
Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen.

Készít: Szűts Pál Deák Ferencz gyógyszerháza Budapest, VI.,
Deák Ferencz-tér, Anker-palota. Telefon 93-01.



Ausztria legkedveltebb magaslati gyógyhelye a

SEMMEERING!

2 óránira Bécestől — 1000 m magasságban.

Legszebb őszi tartózkodás.

Legjobb alkalom utókúrák számára a következő gyógyintézetekben és sanatoriumokban:

Kuranstalt Panhans Semmering (Főorvosok: Dr. M. Siegel egészségügyi tanácsos és Dr. K. Linnert; mindketten francziául beszélnek).

Kur- und Wasserheilanstalt Waldhof d. Südbahnhotels (Főorvos: Dr. Ender).

Kurhaus Semmering (Főorvos: Dr. Hansy egészségügyi tanácsos).

Palace-Sanatorium (Főorvos: Dr. V. Hecht).

Sanatorium Vecsei (Főorvos: Dr. A. Schmidt).

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 KÖZLEMÉNYEK.

Verzár Gyula: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetemnek a székesfővárosi Szent Rókus központi kórház fülészeti osztályával kapcsolatos fülészeti tanszékéről. (Tanszékigazgató: Krepuska Géza dr., egyetemi tanár.) A radicalis üreg utókezeléséről. 385. lap.

Rihmer Béla: A prostata sebészete. 388. lap.

Országos Osztály: A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének IV. nagygyűlése. 390. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. S. Jessner: Ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvos. Pal: A papaverin egy pótszeréről. — Elme- és idegkór. Dreyfus: A syphilogen pupillaanomáliák prognózisáról. — Börstein: Az izézés corticalis localisatiójáról. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 391–392. lap.

Vegyes hírek. 392. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetemnek a székesfővárosi Szent Rókus központi kórház fülészeti osztályával kapcsolatos fülészeti tanszékéről. (Tanszékigazgató: Krepuska Géza dr., egyetemi tanár.)

A radicalis üreg utókezeléséről.*

Irta: **Verzár Gyula** dr., egyetemi tanársegéd.

Kevés szó esik utóbbi időkben a radicalis műtétről s utókezeléséről úgy az irodalomban, mint szakegyesületekben. A mi szakosztályunkban *Török* tanártól hallottunk a kérdéssel legutoljára szólni, a mikor ő gummi-ballonnal utókezelt betegeit mutatta be. Kétségtelen, hogy őt is az a gondolat és szándék vezette, hogy a tamponnal való körülményes kezelést egyszerűsítse és annak a beteg szempontjából fájdalmas mivoltát tekintve, az utókezelést a betegnek elviselhetőbbé tegye. Én azt hiszem, hogy az utókezelés kérdése abban a formában, a melyben ma csaknem általánosan elterjedt, nem záródott be, azért vagyok bátor a kérdéssel foglalkozni.

A radicalis üregnek utókezeléséről, illetve azokról az eredményekről kívánok beszámolni, melyeket az általános felfogás szerint nem szabályos, az irodalomban nem egész helyesen „tampon nélkül való” kezelésnek nevezett módon értem el.

Mielőtt azonban tárgyamra térnék, talán nem lesz felesleges elmondani, mi az a radicalis műtét, melyről szó lesz és hogyan született meg. Ott kezdem, a hol 31 évvel ezelőtt állott a fülsebészet. Akkor már ismerték az antrotomiát, a melyet heveny csecsnnyújtvány-genyedés esetén ma is teljesen kielégítőnek tartunk. A még régebbi időkhez képest nagy haladás volt már ez is, a mikor, bár elméleti tudósokban nem volt hiány, sebészileg semmit sem, vagy később egy csontig hatoló metszést (*Wilde*-féle metszés) mertek csinálni. A *Schwartz*-féle műtét, az antrotomia lett volna hivatva a dobüregben s a recessus epitympanicusban chronikusan lefolyó folyamatokat, így a cholesteatomát is operative megoldani, a mi a különböző átfecskendésre szolgáló kanülök segítségével sem ment. Egy dogma volt a továbbfejlődés útjában, az a felfogás, hogy a hallójárat csontos falához nyúlni nem szabad, mert az a hallójárat atresziájára vezet. Ezt a dogmát döntötték meg *Zaufal* és *Stacke* csaknem egy időben egymástól függetlenül; levésték a hallójárat csontos falának azt a részét, mely a csecsnnyújtvány, illetőleg a *Schwartz*-féle antrotomia-üreget elválasztja a dobüregtől és recessus epitympanicustól s ezzel a csecsnnyújtványüregből, aditus ad antrumtól, recessus epitympanicusból, dobüregből, s külső hallójáratból egységes nagy, jól áttekinthető s a kóros részek eltávolítására könnyen hozzáférhető üreget készítettek. Ez az úgynevezett „total

radical” műtét; megteremtői a sebészet komoly ágát alkotó, ma már virágzó fülsebészetnek a megalapozói.

Az utókezelést illetőleg már *Zaufal* és *Stacke* sem járt el egyformán. Míg *Zaufal* a radicalis üregnek kiképzése után a keztyűujjszerűen az üregbe lógó porcizos hangvezetőt egyszerűen reszekálta s a fül mögötti sebet bevarrván, a hallójáraton át tamponált, addig *Stacke* a lágy hangvezetőt hosszában felhasítva, lebeny formájában felhasználta az üreg egy részének befedésére, a retroauricularis sebet nyitva hagyta, az üreget jodoformos gaze-zal szorosan tamponálta s tamponált mindaddig, míg a „Kuppelraum und Aditus” wenigstens von der Seite her überhäutet sind, etwa in der 4–6. Woche“ (idézet *Gerber* után, Archiv für Ohrenheilkunde, 70). A tampon szerepelt mint gyógytényező. A tamponnak a *Stacke*-féle értelemben az volt a hivatása, hogy az üreg falán burjánzó sarjakat növésekben megakadályozza, mintegy redressálja, továbbá, hogy megakadályozza az egymással szemben lévő felületekről növe sarjak összeborulását, hidak, zárt tasakok képződését, s hogy az üreg műtéttel nyert alakját ily módon biztosítsa mindaddig, míg a hallójárat elülső s a lebenynyé átalakított hátulsó fala felől a hámosodás megindult, illetőleg a tamponnak mintegy a védelme alatt befejeződött.

A seb gyógyulásáról fülészeti vonatkozásban az Orvosi Hetilap folyó évi 5. számában megjelent szerény közleményemben említettem, hogy a gyógyulás első szaka egy reactiv szövetet, még pedig sarjszövetet produkáló gyuladás, melynek elimináló, bizonyos fokban védő szerepe van. A sarjadzás feltétlen és elengedhetlen kelléke a gyógyulásnak, kimaradása, mint legyengült szervezetű, cachexiás egyénekben megtörténik, a gyógyulás megakadását, vagy hiányát jelenti. A gyógyulás második szaka a regeneratio, a mikor a hámos elem elterül a sarjadzó sebfelületen s az azelőtt sejt- és nedvdús szövetet zsugorodó hegszövevé alakítja. Tamponnal a sarjadzást megakasztani nem lehet, sőt a tampon, mint inger, a szervezetet sarjképzésre serkenti. Minthogy erre a sarjadzásra a gyógyulás első szakában szükség van, a tampon jó szolgálatot tesz; a gyógyulás második szakában azonban a hámos kedvező viszonyokat (ventilatio, világosság) akadályozza s ezenfelül túlsarjadzást okoz, miért károsnak mondható.

A gyógyulás eredménye két tényezőtől függ: 1. a jól végzett műtétől, 2. attól, hogy a gyógyulás két phasisának tekintetbe vételével segítségére voltunk-e a szervezetnek, vagy akadályt gördítettünk-e az útjába.

A mi a műtét jóságát illeti, rövid vonásokban bár, de egyes részletkérdésekre ki kell terjeszkednem. Legfontosabb, hogy mindent, a mi kóros, eltávolítsunk, de viszont főlegesen módon jó területeket — például már behamosodott dobüreget — ne kaparjunk ki. Az üreg egyenletes és sima falú legyen, zugokat sehol ne hagyjunk a csontban; különösen hangsúlyozandónak tartom a recessus laterális falának levését. A szervezetnek, hogy úgy mondjam, stilusa lekere-

* Előadás betegek bemutatásával a Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1921 április 29.-én tartott ülésén.

kített, gömbölyded formát ismer; szögleteket, kiugrásokat kerekítsünk le; vonatkozik ez főleg az úgynevezett „sarkantyú“-ra. Az üreg semmivel se legyen nagyobb, mint a minőt a kóros viszonyok éppen megkívánnak, de viszont annyira szűkre se szabjuk, hogy a lebenyt jól el ne tudjuk helyezni. A lebenyre vonatkozólag *Lange* val (Passows Beitr., 3. szám), a ki közömbösnek mondja annak formáját, nem értek teljesen egyet; különösen a sokmetszésű lebenyt kifogásolom, mert egyes apró részei életképtelenek, zsugorodó csont lesz belőlük, másrészt ahány metszés, annival több sarjadzó, sokszor kellemetlenül túlsarjadzó felület; másrészt a porcba is behatoló metszéssel alkotott lebenyeket kifogásolom, nemcsak mert csunya eredményt adnak, hanem azért is, mert perichondritis veszélyének teszik ki a beteget. A retroauricularis sebet, hacsak sinus vagy dura, esetleg agy miatt nem feltétlenül szükséges, végig varrjuk be; nem látom szükségét, miért hagyjunk egy kis rést alul nyitva, s különösen miért dugjunk be oda is egy kis tamponocskát.

A mi a 2. pont alatti tényezőt illeti, ez tulajdonképpen a tamponnal, vagy a „tampon nélkül való“ kezelés kérdése. Legelőször is le kell szögezmem, hogy a „tampon nélküli“ kifejezés nem helyes, mert valamennyien, a kik erről a kérdésről írtak, az első 6—10 napig tamponáltak, másrészt meg a tamponnal utókezelők is a gyógyfolyás egy későbbi időszakában ugyancsak tampon nélkül fejezik be a kezelést. Mivel azonban az irodalomban általában így szerepel, használok én is a kifejezést.

A radicalis műtét megteremtői tamponáltak, mint fentebb említettem. De már *Stacke* így ír: „Es ist mir früher häufig vorgekommen, dass in Fällen, wo die engste Partie der Knochenhöhlen, der Aditus und Atticus, nur noch einen schmalen Spalt darstellten, dessen Lumen nach Entfernung des Tampons nicht einmal sichtbar, sondern nur noch mit der Sonde nachweisbar war, dieser Spalt sich nach dem Weglassen der Tamponade in wenigen Tagen spontan durch Anschwellung der Wände derartig weiterte, dass nun wieder die ursprüngliche Form vollkommen hergestellt war.“ (Idézet *Stein* után. Archiv für Ohrenheilkunde, 70.)

Azt az állítást, hogy a behamosítást a levegő és világosság hozzájárulása előmozdítja, *Siebenmann*-nak 1893-ban a Berliner kl. Wochenschrift 1. számában megjelent cikkében találhatni. A legjobb eszköz és mód, írja összefoglalásában, „die Herstellung freier Luftventilation“.

A tampon nélküli kezelés *Zarniko* nevéhez fűződik, ki az 5—6. napon végzett tamponkiszedés után borsavporbefúvással utókezelt betegeit. Eredményeiről 1898 május 17.-én a hamburgi orvosegyesületben számolt be. Töle függetlenül tért el a tamponos kezelés módjától *A. von zur Mühlen* (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 39., Archiv für Ohrenheilkunde, 71., Archiv für Ohrenheilkunde, 73.). Közölt esetei nem alkalmasak arra, hogy követőket szerezzenek; a stricturák, álhártyás lenövések mind oly momentumok, melyekkel a tampon nélküli való kezelés ellenesei a maguk álláspontját támogathatták.

Helyszüke miatt az irodalomnak csak rövid s vázlatos ismertetésére terjeszkedhetem ki. Talán kissé túlzó optimismus nyilatkozik meg azon szerzők cikkeiben, a kik a tampon nélküli való kezelés mellett foglaltak állást (*F. Voss, Gerber, Stein, Lieck*), a mit talán azzal tudnék megmagyarázni, hogy a körülményes, hosszadalmas és — ez az, a mit magam részéről minden további nélkül helyben hagyok — a betegnek annyira fájdalmas tamponos kezelést egyszerűbb, a betegnek fájdalmat nem okozó kezeléssel váltották fel. Nem hiányzik viszont a túlzás azon szerzők részéről sem, a kik a szabályos tamponálás védelmében a tampon nélküli kezelést elvitázhatlan előnyeit nem ismerték el (*Sonntag, Izemer, Panse, Uffenorde*).

Ruttin „Zur tamponlosen Nachbehandlung, mit Bemerkungen über die Ausheilung nach der Radikaloperation“ (Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1908) című dolgozatában nemcsak a kezelés módjával foglalkozik, hanem a radicalis üreg gyógyulásának, mint sebgyógyulásnak kérdésével is. A gyógyulási kategóriáit alkalmasnak találtam a saját eseteim

beosztására is, a mire később fogok rátérni. Nem ellenzője a tampon nélkül való kezelésnek, csak a túlságos optimismustól int.

Magyar szerzők közül az 1909-ben Budapesten tartott congressuson *Neubauer* szólott a tampon nélküli kezelésről, mint a hozzászólásokból (*Schwartz, Politzer, Grant, Baber, Welty, Frey*) megállapítható, a nélkül, hogy álláspontja győzött volna.

A fülészeti tan- és egyéb könyvekben (*Politzer, Urbantschitsch, Denker-Brünings, Alexander, Heine, Lange* stb.), lényegtelen különbségeket — mint például a kötőszert milyensége (jodoformgaze, jodoformdocht, vioform, isoform) — leszámítva, az utókezelés módjával a tamponos kezelést találjuk, azzal az utasítással, hogy az első 2—3 kötés után „lazán“ tamponáljunk. Egyes szerzők — nem ok nélkül — a „szoros“ tamponálás hátrányait nyomatékosan kiemelik, s például *Heine* egyenesen hibának minősíti, mert — mint mondja — nemcsak fájdalmas, de célszerűtlen, mivel nemcsak hogy nem sikerül a sarjakat visszanyomni, hanem ellenkezőleg azok jobban burjánognak, a kötésváltáskor véreznek, s nem marad más hátra, mint az üreget narcosisban egyszer, kétszer, esetleg többször is kikaparni, míg végre „die Kraft der Granulationbildung erschöpft war, und sie in den gehörigen Grenzen blieb“. *Boeninghaus* írja könyvében, hogy egyes betegeit nem tudván végig utókezelní, tampon nélkül hagyta, s azok így is meggyógyultak.

Krepuska tanár intézetében következőleg járunk el: a műtét után 10—15 cm. hosszú, 1—1½ cm. széles, szélein beszegett jodoformos gaze-csíkokat vezetünk be az üregbe, az első a dobüregbe, recessusba, s onnan áthajtva az adituson át az antrumba, úgy hogy szabad rés az üreg fala és a kötszer között ne maradjon; ezután a csecsnyujtványüreget tömjük ki szorosan, s végül a legtöbbször *Stacke-Jansen* szerint készített lebenyt — melyet öltéssel fixálni nem szoktunk — szintén szoros tamponnal az üreg fenekéhez rögzítjük. Retroauricularis sebet csak kivételesen hagyunk nyitva, különben Michel-kapocscsal egyesítjük. Első kötésváltás, ha csak valami incidens előbb nem teszi szükségessé, az 5—6. napon, további kötéscsere másodnaponként. A váladék mennyisége szerint kifecskendezés vagy csak tiszta kitörlés után kezdetben igyekszünk az üreget még pontosan — bár nem oly szorosan, mint műtét után — jodoformgaze-csíkkal kitölteni, később, ha az üreg falát egyenletes rétegben piros, jó sarjak vonták be, megkísérjük az üreget 24 órán át szabadon hagyni; ha túlsarjadzásra van hajlam, újból tamponálunk, ha nincs, a tampon elhagyjuk. Sokszor már a második-harmadik héttől kezdve tampon nem használunk. Túltengő sarjakat trichlor-ecetsavval, ferrum sesquichloratum tömény oldatával szoktunk edzeni, vagy a hol összenövések készülnek, a mi bizony a tampon daczára is megtörténik néha, kis Hartmann-kanállal szedjük le a sarjakat.

Hogy ettől a kifogástalan gyógyulási eredményt adó kezeléstől eltértem, kísérlet volt, melyre *Zarniko*-nak a Zeitschrift für Ohrenheilkunde 75. számában és főleg *Linck*-nek a Zeitschrift für Ohrenheilkunde 77. számában megjelent közleményei csábítottak. Miután az első kísérleteim sikerültek, különösen a kezelés fájdalomtalan voltán felbuzdulva, kértem mélyen tisztelt főnökömtől engedélyt, hogy a kezelést rendszeresen folytathassam. A midőn az eredményeimről beszámolókat, elmulaszthatlan kötelességnek teszek eleget, a mikor *Krepuska* tanárnak hálás köszönetemet fejezem ki szíves támogatásáért és azon sok és nagybecsű útmutatásért, melylyel a fülsebészetnek a műtét végzésénél nem sokkal kevésbé fontos és nehéz részében: a sebkezelésben segítségemre volt.

Az eseteket a kedvezőnek vagy kedvezőtlennek ígérkező kilátások latolgatásának tekintetbe vétele nélkül úgy állítottam össze, a mint azokat operáltam, avagy utókezelésük reám bízott. Pontosán feljegyeztem csaknem napról-napra a változásokat. Helyszüke miatt — sajnos — az esetek közlésére nem terjeszkedhetem ki; legyen szabad hivatkoznom arra, hogy a betegek előállítható nagy részét az otológiai szak-

osztályban bemutattam, a vidéken lakókról a beérkezett válasszok alapján számoltam ott be, a kikről semmit sem tudhatam meg, levonásba vettem.

Ismételtén hangsúlyozom, hogy az osztályunkon alkalmazott és leírt utókezeléssel elért eredményeink minden igényt kielégítenek és sem ezen, sem előbbi közleményemmel a tamponos kezelés ellen állást foglalni nem czélom. Be kell azonban ismernem, hogy a „tampon nélkül való” kezelést sem tartom a limine visszautasítandónak. A sebet magára hagyni, gyógyuljon, a hogy akar, vagy a hogyan tud — mint azt az optimisták tették —, vagy az önkezelést megengedni — mint például *Mühlen* tette —, épp olyan túlzásnak kell mondanom, mint azt a másik végletet — a melyet nem egy-két véletlen folytán alkalmam volt tapasztalni —, a mikor hónapok után is tampon nyomnak a beteg fülébe. Feltétlenül szükséges, hogy a beteg kezdetben naponkénti megfigyelés alatt álljon, hogy a sebnek minden zúgát pontosan átvizsgálhassuk. A tamponos kezeléshez hozzászokott szemnek szokatlan látvány, a hogyan a sarjak viselkednek, s könnyen hajlandó volna vagy azok kicsípésére, vagy újból való tamponozásra határozni magát. Az egyik hely, a hol a sarjak sokszor ijesztően jelennek meg, mindjárt a hallójárat bemenete; ezt a lebeny lemettsége után visszamaradt csontból nővő sarjak szokták szűkíteni s azt a látszatot keltik, mintha az egész üreget betemetnék. Ezek jóindulatú túlsarjadzások; mint tapasztaltam, vagy néhány nappal a tampon elhagyása után, vagy csak egész későn, közel már a gyógyulás befejezéséhez jelentkeznek. Egy erősebb szondára csavart s ferrum sesquichloratumba mártott vattával alapjukról erőiesen ledörzsölve ezeket a sarjakat, jó pörk marad vissza a helyükön, mely alatt a további gyógyulás simán folyik tovább. Azok a puha sarjak, melyek — ez a tamponálás elhagyása után pár napon belül szokott történni — az egész üreget egyenletesen vonják be s az üreget in toto szűkítik, szintén jóindulatúak, a csipeszbe fogott vattával mintegy szétfúszhatók. A veszedelmes hely az úgynevezett áthajlási rés. Az itt jelentkező sarjak, a míg puhák, úgy mint az előbbi esetben, a csipeszbe vett vattával ledörzsölhetők s a rés, mint ilyen, helyreáll. Sok esetben azonban naponkénti szétfeszítés dacára az áthajlási rés mégis csak megszűkül, most azonban már szívósabb és könnyű szerrel el nem távolítható kötőszövetes sarjakkal telődik meg. Ezt további sorsára hagyni már nem merem. Voltak esetek, hogy ezeknek a szívós sarjakkal kettős kanállal történt lecsípése után a rés megmaradt s a kötőszövetes átalakulás előrehaladtával normalis tágasságú lett; több esetemben azonban ez csak akkor következett be, amikor néhány napon át az üreg újból való tamponálását végeztem. Hogy annak a principiumnak, hogy levegő jusson a fülbe, megfeleljek, a külső kötést, a mint a retroauricularis seb begyógyult, elhagytam. Ott, a hol a retroauricularis seb a nyolczadik napon, a mikor a belső tamponokat kiszedve, azt üresen hagytam, még nem volt rendben, ablakos kötést alkalmaztam, a kagyló előtt és mögött vezetett tűrák között a kagylót szabadon hagyva, vékony vattadarabkát helyeztem a hangvezető bemenetébe, a mit a betegnek, vagy gyermekeken az ápolószemélyzetnek kellett cserélni. Olyan külső kötések szükségességét, a minőket *Link* az általános sebészetből a „nyitott sebkezelés” követőitől vett át, nem láttam.

43 beteg közül 3 kétoldalt operáltatott s kezeltetett tampon nélkül; szerepel tehát 46 radicalis üreg.

A mi a gyógyulást illeti, *Lange* definitiója szerint az a fül gyógyult, melynek genyede megszűnt, száraz, melynek ürege az operációval nyert alakot megtartotta, fala mindenütt behámosodott. *Alexander* nem annyira rigorosus. Szerinte négy típusa a gyógyulásnak fordulhat elő: 1. megfelel a fentinek; 2. a tuba dobüregi része álhártyásan zárul; 3. dobüreg álhártyás záródása; 4. dobüreg kötőszövetes kitelődése. Úgy a gyógyulás, mint a postoperatív hallóképesség tekintetében ezeket egyenlő értékűnek minősíti (lásd tankönyvének 216. oldalát). *Ruttin* 3 kategóriát állít fel: 1. eredeti behámosodott üreg (*Lange* értelmében); 2. teljes behámosodás hidak hátra-

hagyásával a) száraz öböllel, b) nedvező tasakkal; 3. gyógyulás nyálkahártyabéléssel (*Schleimhautheilung*).

Észlelt eseteimben a *Ruttin* szerinti gyógyulási típusokat találtam a 2. b) kivételével, és pedig:

1. alakját megtartott száraz üreg	--- --	23	55%
2. száraz üreg hídképződéssel	--- --	3	7%
3. nyálkahártyabéléssel gyógyult	--- --	11	26%
4. nem gyógyult	--- --	5	12%
Kezelésből korán kimaradt, további soráról nem tudunk	--- --	4	

46

A nyálkahártya-typusú gyógyulásról meg kell jegyeznem, hogy ezen üregek a műtétet nyert configurációjukat megtartották, faluk a tuba beszájadási helyét leszámítva, mindenütt hámmal fedett és száraz, a tuba körüli rész azonban nyálkás váladékkal fedett. Kitérésük után duzzadságukkal, a piros színükkel ütnek el a többi gyógyult területtől. Idővel, mint a 11 esetből eddig 4-ben bekövetkezett, a nyálkahártya metaplasziát szenved el s így átmegy az 1. kategóriabeli gyógyulási csoportba. Viszont az is igaz, hogy ezek a fülek az orrgarat hurutja esetén könnyen újból megbetegedhetnek, az ilyen fül a hurut tartama alatt megint váladékos lesz, a váladék a hámot fellazítja, macerálja, átmenetileg azt a látszatot kelti, hogy a műtét eredménytelen volt. Tamponnal utókezelteken is láttam hasonló több esetben, azonban határozottan kevesebb számmal. A 26%-nyi nyálkahártya-typusú gyógyulás a tampon nélküli kezelésnek egyik gyenge oldala. Úgy látszik, a tuba dobüregi nyílásának elzáródásához — legalább a 26%-ban — 8 napnál tovább tartó tamponizgalomra lett volna szükség. Az 5 nem gyógyult esetből 3-ban kifejezetten gümőkór szerepelt, ezek más módon sem gyógyultak volna; a fennmaradó 2 esetben a gyógyulás kimaradásának okát nem tudom megadni.

A gyógytartam <i>Stacke</i> szerint	--- --	3½ hó
<i>Körner</i>	--- --	94—97 nap
<i>Heine</i>	--- --	2—3 hó
<i>Lieck</i>	--- --	11 hét
osztályunk tapasztalatai	--- --	8—10 hét.

A következő kimutatásba csak azokat az eseteket soroltam, a melyekben az üreg száraz lett a műtét után. Nem vettem be tehát az előbbi kimutatás 3. pontjában szereplő 11 esetből csak azt a 4-et, a hol a nyálkahártya a metaplaszián átment már; a többi 7 esetet relative gyógyultnak tekintem s csak idő kérdése, hogy az üreg száraz legyen. Nem szerepel természetesen a 4. és 5. pont alatti összesen 9 eset sem. Ezek előrebocsátása után a gyógyulás idejére vonatkozó számszerű kimutatás következőképpen alakul:

6 hét előtt gyógyult	--- --	10	33%
8—10 hét alatt	--- --	14	47%
3 hónap	--- --	2	7%
½ év	--- --	4	13%

Az esetek csaknem felében a gyógyulás ideje ugyanaz, mint tapasztalataink szerint a tamponnal kezeltéknél szokott lenni. Az esetek egy tekintélyes része ennél korábban, nem lényegtelen része később gyógyult, úgy hogy a számok talán kissé a tampon nélküli kezelés mellett szólnak, nem oly mértékben azonban, hogy ennek alapján állítani lehetne, hogy tampon nélkül a seb gyorsabban gyógyul.

Abban a vitában, mely a tampon nélküli kezelés kapcsán felvetődött, *Uffenorde* a hallás miatt tett kifogást, hangsúlyozván, hogy olyan vaskos sarjak, mint a minőket *Stein*, *Mühlen*, *Zarniko* eseteikben a dobüreg medialis falán leírtak, a hallást károsan befolyásolják. *Alexander*-nek e tekintetben vallott álláspontjára már fentebb hivatkoztam. Eseteimet a hallás változása szempontjából is átvizsgálván, erről a következő kimutatásban számolhatok be:

Hallás nem változott	--- --	7 esetben	18%
„ javult	--- --	17	64%
„ rosszabbodott	--- --	2	8%

Ezen kimutatásba természetesen csak azokat vehettem be, kiken a hallás mértéke úgy a műtét előtt, mint a gyógyulás befejeztével pontosan megállapítható volt. Sajnos, az esetek nagy részében ezen adatok hézagossak s e miatt ezt a statisztikát bizonyító erejűnek nem állítom; annyit következtethetünk belőle csupán, hogy a hallás nem rosszabbodott nagyobb arányban, mint szokott más kezelésmód mellett is.

Rövid végső következtetésképp legyen szabad annyit mondanom, hogy a tampon nélkül való kezelés felett kár lenne napirendre térni. Kétségtelenül vannak hibái; ilyen az én tapasztalásom szerint a tuba nyitvamaradása s az ezzel kapcsolatos aránylag gyakori nyálkahártya-typusú gyulladás. Ezzel szemben áll azonban egy elvitázhatatlan nagy előnye: sok fájdalomtól kíméli meg a beteget.

A prostata sebészete.

Irta: *Rihmer Béla* dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Vége.)

Az *infectio* már a műtét előtt fennállhat és kórházi betegeken majdnem szabályszerű. Foka és kiterjedése igen különböző lehet. Határolt lehet a hólyagra, lehet könnyű vagy súlyos természetű, felhágat a vesékre és ott is könnyebb láztalan pyelitist vagy középsúlyos, sőt igen súlyos pyelonephritist okozhat. Először a hólyaginfectióról szólnunk. Jelentősége két irányú: a hólyagot teljesen desiniciálni nem lehet és így a kihámózáskor fertőző anyagok kerülnek be a fészekbe. Ha a tonus jó, a fészek összehúzódik s rendesen legyőzi az infectiót. Ha atonia van és tamponálni kell: mennél szorosabban és hosszabb ideig tamponálunk, annál inkább áll fenn a tampon mögötti genyedés veszélye. Ezért kell jó rétegben dolgozni, jól vérzést csillapítani, lazán, rövid ideig tamponálni s atoniás esetben ergotint adni. A másik veszedelem a cavum Retzii infectiója; ha beállott, végtelen genyedésre vezető súlyos complicatio. Sem a Freyer-féle, sem más drainage nem ment meg biztosan tőle. *Egy biztos eljárás van: a kétszakaszos műtét, a midőn az első műtét után a Retzius-ür összenövésekkel lezárul.* A cystostomiának az az előnye is van, hogy a hólyagot a második műtéig intensive kezelhetjük, a nélkül, hogy a beteget az állandó katheterrel az ágyhoz szegeznők. Igen súlyos alkalikus cystitisek esetében operáltam így sikeresen, míg pericystitisben elvesztettem primaer operált, nem is súlyosan inficiált esetet.

A vesék infectiója már a műtét előtt fennállhat, mint egyszerű pyelitis, láz nélkül, jó vesefunctióval, vagy már időnként láz, urosepsis van jelen. Kétségtelen, hogy ezen esetekben a vesék functionalis vizsgálatának igen nagy jelentősége van, éppen úgy, mint azon aseptikus chronikus rekedések esetében, a melyek distensióval járnak. Ezért ezeket együtt tárgyaljuk a következő fejezetben.

A vese *elégtelensége*. Ismert klinikai tünetei néha nyilvánvalók, de máskor kevésbé kifejezett tünetek mellett is jelen lehet. Az ureterek, vesemedence már tág, a kiválasztás rossz küszöbre beállítva (polyuria, alacsony fajsúly) labilis egyensúlyt tart fenn, mely gyorsan átbillenhet nyílt uraemiába. Ezek a distensió betegek, a kiken, mint említettem, a katheterismus veszélye is nagyobb. Igen fontos ezeknél a műtét előtt a *vesefunctio* meghatározása. Azt, a mit Freyer régebben mondott, hogy nem ismer ellenindicatiót mást, mint a cachexiát, ma már alig fogadja el valaki. Az ő statisztikájában a műtét után elhaltak túlnyomó százaléka uraemiában pusztult el s ez így van másoknál is. A statisztikában chronikus shocknak, szívgyengeségnek, kimerültségnek jelzett halál-ok sokszor tulajdonképpen uraemia.

A functionalis vizsgálatok közül azok, a melyek csak a vizeletre vonatkoznak, nem mindig elegendők. Ezek a higitás-, indigocarmin-, phenolsulfophtalein-próba. A higitás néha jó vesék mellett is kimarad. Az indigocarmin és phenolsulfophtalein pedig azotaemia esetén is jelentkezhet. Nem az a fontosabb, hogy mit választ ki a vese, hanem hogy mit tart vissza.

A prostatectomia előtti functionalis vizsgálatkor tehát a vér összetételének vizsgálata a fontosabb. Erre szolgál a vér-kryoskopia, a maradéknitrogen, az ureumnitrogen meghatározása, melyet kiegészítünk a vérnyomásméréssel. A maradéknitrogen felső határát 50 mgr.-%-nak vesszük. Az ureumnitrogen 20 mgr.-% (*Dobson*), mások szerint 33 mgr.-% (*Walker*). Mi a maradéknitrogent határoztuk meg. Eseteim a következők:

1. R. J., 65 éves, súlyos uraemiás tünetek, δ : 0.62, maradéknitrogen 138 mgr.-%. Vérnyomás 138 Hg-mm. Meghal pár nap múlva uraemiában.

2. Sz. K., 72 éves. Egy hónap óta étvágytalan, hány. Aseptikus incomplet retentio distensióval. Higitás: 1011–1005-ig. Indigocarmin: 15 perc múlva, intensiven 25 perc múlva. δ : 0.56, maradéknitrogen 67.5 mgr.-%. Vérnyomás 155 Hg-mm. Cystostomiára 3 hétre: Higitás: 1011–1005. Indigo: 16 perc múlva intensiven, maradéknitrogen 43.8 mgr.-%. 5 hétre: Higitás: 1017–1003. Indigo: 12 perc, maradéknitrogen 38.8 mgr.-%. Tünetek elmúltak.

3. O. Á., 78 éves, 190 cm. magas, súlya ruhástól 49 kg. Étvágytalan, gyenge, szomjas. Incomplet retentio. Higitás: 1020–1009. Indigo: 10 perc múlva. δ : 0.57, maradéknitrogen 48.62 mgr.-%. Vérnyomás: 158 Hg-mm. Cystostomiára étvágya megjön. 4 hét alatt 7 kg.-ot hízik és daczára a bő táplálkozásnak, a maradéknitrogen 6 hét múlva 24 mgr.-%-ra esik le. (Prostatectomia, gyógyult.)

4. F. J., 80 éves, incomplet retentio, infectio, láz, emaciatio. Állandó katheter-kezelés elégtelen. δ : 0.58, maradéknitrogen: 51.1 mgr.-%. Cystostomiára láztalan lesz, megerősödik. Secundaer prostatectomia. Gyógyult.

5. L. J., 65 éves. Évek óta chronikus complet retentio. Ismétlődő prostata-tályog. Szomjas. Maradéknitrogen 30 mgr.-%. δ : 0.57. Vérnyomás 110 Hg-mm. Cystostomia után gyorsan javul.

6. P. J., 73 éves. Két éve complet retentio, uraemiás tünetek nélkül. Higitás: 1016–1004. Indigo: 8 perc alatt intensiven. δ : 0.56; maradéknitrogen: 38 mgr.-%. Vérnyomás: 115 Hg-mm. Primaer prostatectomia, gyógyult.

7. P. D., 73 éves. Infectio, láz, epididymitis. δ : 0.55. Higitás: 1018–1016. Maradéknitrogen: 25.2 mgr.-%. Secundaer prostatectomia, gyógyult.

A súlyos megbetegedést a magas δ s magas maradéknitrogen jelezte. Az igazán sima, toxemia-tünetek nélküli esetek 30 mgr.-% alatt voltak; csak egy 38 mgr.-%, a húgy-mérgezéses tünetűek 67.5, 43.8, 48.62, 51.1 mgr.-%-kal szerepeltek, úgy hogy a felső határt 50 mgr.-% alá kell tennünk. Az ilyen betegek vesekiválasztása nem jó, a primaer prostatectomia veszélyes s mielőtt operálnánk a vesét, tehermentesíteni kell. Ez történhetik állandó katheterrel, vagy cystostomiával. Én feltétlenül az utóbbinak adok előnyt, még pedig a következő okokból:

A betegek jobban tűrik, mint az állandó kathetert, elkerülhetjük a komplikáló epididymitist, prostatitist, gyorsabban hat a vesepangásra, *Kümmell* szerint a vese merevsége már az 5. napon enged, nem szegezvén ágyhoz a beteget, általános egészségi állapota gyorsabban javul.

Ha *Oppenheimer* azt mondja, hogy ritka kivétellel kellett cystostomiát végeznie, mert az állandó katheterrel is célt ért (de látjuk eseteiből, hogy megesett, hogy 3 hónapig hagyta a kathetert bent), akkor oly esetben, mint fent, a melyben a 43 kg.-ra lesóványodott beteg 4 héttel a cystostomia után 7 kg.-ot hízott, 6 hét múlva a húgy-mérgezés jelenségei eltűntek és sikeresen lett operálva — azt gondolom, ágyhoz szegezéssel ily eredményt elérni nem lehet. Ellenben a katheterismus fejezetében láttuk, hogy egy nagy % ezek közül katheter-kezelés mellett tönkrement és a cystostomia fejezetében kimutattam, hogy az infectiótól és uraemiától megmentettünk egy sorozat beteget, kiken állandó katheterrel nem tudtunk eredményt elérni. Az előkészítő katheterismus már sokakat tönkretett; ezek úgy szerepelvén, hogy nem lehetett rajtuk segíteni, ki kapcsolódnak a prostatismus sebészi kezelésének statisztikájából.

A kétszakaszos műtétnek hátrányai is vannak.

Nagy distensio mellett veszélyes cystostomiát végezni, a hirtelen kiürülésre bevérzés támadhat a vesében és a labilis egyensúlyból az állapot nyílt uraemiába csaphat át. Ilyen betegek hólyagját 3–4 nap alatt fokozatosan szárazra kell csapolni, s ezután készíteni a sipolyt. Freyer fő kifogása az, hogy az I. műtét hege a II.-nál zavarólag hat, mert nem lehet a hasfalat a kihámózáshoz jól benyomni. Ez kikerülhető, ha minden heget kimetszünk. A peritonealis redő mély beállításának el-

kerüléséről már beszéltem. Végül hátránya, hogy a has-seb nehezebben záródik, s néha egy harmadik műtéttel kell zárni.

Az előnyök és hátrányok összevetése után ki kell még térnem a statisztikára s a külföldi irodalom állásfoglalására.

A primaer prostatectomia mortalitása a legutóbbi időben is széles határok közt ingadozik. Peak 500 eset alapján 0·8%-tól 42%-ig ingadozónak mondja. Miként lehet ez és mi játszik közre? A legközelebb jár magyarázatával Dobson, a ki 1921-ben a Royal College of Surgeons előtt a következőket mondotta, a midőn Freyer 3% mortalitását említette: „Ezt az eredményt csak szigorú kiválasztással lehet elérni, ellenkezőleg a mortalitás 15–20%.” „Világos, hogy alacsony mortalitás elérése végett — nem mindig a legkívánatosabb cél a sebész számára — a műtét lehetséges jótéteményét a szenvedők igen tekintélyes számától meg kell vonnunk. Különösen jó eredmények érhetők el a kórházi beteganyagon jóval felül álló osztályban. Ezek rendszerint művelt emberek, a betegség korai szakában kérnek tanácsot, több bátorságuk van, hogy az esélyekkel szembeszálljanak és ezért korábban operáltatnak, mint átlagban a kórházi betegek. A hólyagjuk kevésbé fertőzött és nem szenvednek oly általánosan megromlott veseműködésben.”

Kümmell a következőket mondja: „A műtők azt hiszik, hogy a magas kor, általános erőtlenség, súlyos arteriosclerosis, urosepsis és sokszor a vesék utólagos megbetegedése korlátokat szabnak indicatióknak és ha ilyen symptomák vannak, nem javallják a műtétet. Ezzel jó statisztikát lehet elérni.”

Ezeket a kijelentéseket bizonyos fokig rectifikálnám. Minden emporiumban vannak olyanok, kiknek gyakorlata a kórházi anyagot erősen túlhaladta, s így a jó esetek a rosszakat erősen lenyomják; hozzá kell vennünk, hogy sokan a vesefunkciókra nem voltak tekintettel, hogy a technikai részben is sok az autodidakta s így érthető a kisebb statisztikák magasabb mortalitása. Viszont vannak kicsi, de jó eredményű sorozatok. A jó technikai kivített elismervé, ezekre igazán áll Dobson és Kümmell mondása a kiválasztásról.

Nézzük már most a kétszakaszos műtétek statisztikáját. Én 12 kétszakaszos műtétet végeztem túltengés miatt. A betegek kora 80, 78, 77, 74, 73, 71, 67, 66, 64, 62, 57, 54. Egy eset primaer prostatectomiára volt való. Egy esetben (74 év) 23 kő kivétele után másodlagosan operáltam, háromnak veseelégtelensége volt, egynek láza, mely állandó kathe-terre nem javult (80 év), ötnek súlyos, nem javuló cystitis, egynek súlyos arteriosclerosis volt. Ezek mind meggyógyultak.

Kümmell 30 esetet operált, mind súlyos esetek voltak, egy 80 éves pusztult el három hétre emboliában.

Graham 20 esetéből egyet sem veszített.

Wisched 120 esetéből 87-et operált két szakaszban, az összes mortalitás 4, míg 2 otthon halt el utóbb.

Ezek a primaer prostatectomia nagy sorozataihoz képest kis számok, nézzünk tehát egy pár véleményt az irodalomból.

Németek: von Hoffmann (Hohenegg-klinika): Az időszakos hólyag-sipolylyal a vese működése majdnem teljesen rendbehozható és később a prostata másodlagosan eredményesen eltávolítható.

Francziák: Pauchet: Ki lehet terjeszteni a műtét indicatiókat a kétszakaszos eljárással. Carlier: Mióta két szakaszban operál, alig talál ellenjavallatra. Michon: Ha azotaemia van jelen és azt a prostata-túltengés okozza, az csak azt jelenti, hogy két szakaszban kell operálni.

Angolok: Dobson: Igen nagy értéket tulajdonít a kétszakaszos műtétnak, főleg kórházban sokszor végzi; az első megrövidíti a második műtétet. Kövek elvehetők, a cystitist javítjuk, a vesét tehermentesítjük és az általános egészségi állapot javul.

Amerikaiak: Martin Livermoore: Kifejezett cystitis esetén két-szakaszos műtétet ajánlanak. Soresy: A pericystitis csak kétszakaszos műtéttel kerülhető el. Mitchell: A retentio elhárítására az előzetes cystostomiát ajánlja, a veseinsufficiencia jelenségei 2–3 hét alatt eltűnnek. Két szakaszban operált egy esetet sem veszített. White: A kétszakaszos a választott műtét. Az előkészítő állandó kathe-terrel a betegek rosszul tűrik, nincs is szükség reá. Syngleton: Ha a maradék-nitrogen magasabb, két szakaszban kell operálni. Pilcher: Rossz veseműködés cystostomiára gyorsan javul, az állandó kathe-terrel teljesen elveti. Deawer: Cystitis mellett és minden régebben kathe-terezett esetben előzetes cystostomiát végez. Semmi sem nyomta le a prostatectomia mortalitását annyira, mint az előzetes cystostomia.

Teljesen a kétszakaszos műtetre ment át: Muzum, Wiener, Carter.

Ebből a rövid irodalmi szemléből láthatjuk, hogy különösen Amerikában a kétszakaszos műtét annyira elterjedt, hogy egyesek normaliter azt végzik.

Thompson és Guyon tekintélye alapján 25 év előtt kilátástalannak tartották a prostatatúltengés radicalis sebészi kezelését, mert a kitágult hólyagot nem tartották összehúzódnakra képesnek. A katheterismus volt a fő therapeutikai eszköz. Ma el kell terjednie a meggyőződésnek, hogy ez nemcsak elégtelen, de veszedelmes gyógykezelésmód. Át kell mennie a köztudatba annak, hogy prostatatúltengés kezdetén, érve ez alatt azt, a midőn a chronikus retentio már beállott, de sem distensio, sem infectio s rossz veseműködés nincsen, igen jó eredménnyel operálhatni egy ülésben; a súlyosan inficiáltak, a vese-insufficienciások, emaciáltak nagy sorozatát menthetjük meg a kétszakaszos műtéttel, melyet azért kell szorgalmaznunk, mert az előkészítő katheterismusnál a cystostomia gyorsabban hat és mert miatta sok tönkremegy.

A prostatisme sans prostate. A Thompson-Civiale-Guyon-féle hólyagincontinentia-elméletnek legnagyobb támasza volt. Ma tudjuk, hogy szintén a belső nyak körüli kóros elváltozások okozzák. Kórképe nem egységes. Vannak átmeneti alakok. Adenoma van, de a chronikus gyulladás miatt sclerotikus és kicsi. Ilyen esetet magam is operáltam. Máskor tiszta adenoma van, a mely a Jores-féle mirigyekből indulva ki (a pathologiai-anatomiai fejezetben említettem), a többféle alakú középső lebenyt alkotja. Igen kis (Fayol esetében például babnyi) ilyen középső lebeny is okozhat retentiót.

A legnagyobb csoportot azon elváltozások adják, a melyek Amerikában *contracture of the neck of the bladder* név alatt ismeretesek (Chetwood, Fuller, Keyes, Young). Ez tulajdonképpen a hátulsó húgycsőhöz tartozó úgynevezett praespermatikus rész chronikus sclerotizáló lobja, mely átterjed a hólyagnyakra és azt merevvé teszi (Barth, Dubs, Steiner, Mező esetei stb.). Az igazi *atrophia* a legritkább (Posner esete).

Végül vannak nervosus contracturák. Ilyen lehet a tabes korai előjele, de láttam olyan esetet is, melyben a tabes egyéb jelei még évek mulva sem jelentkeztek. Egyik esetében a megejtett műtét megállapította a contracturát és az ék-alakban kivágott sphincter-rész az alatta levő szövetekkel semmi sclerotikus vagy adenomás elváltozást nem mutatott.

A prostatismus ezen válfaja, mely, mint láttuk, többféle eredésű, nem is olyan ritka. Alexander (1915) az utolsó három évben aggon észlelt súlyos hólyag-insufficiencia 110 esetéből 23 = 21% úgynevezett *atrophia* volt. Bandel 1917-ben 300 prostatismus-készítményéből 18% volt úgynevezett „median bar”, szövettani jellege szerint 10% fibrosus (chronikus interstitialis prostatitis eredménye), 8% glandularis volt (ezekben is chronikus lobosodást talált okként).

Mindezen különböző provenienciájú akadályok a belső szájadék és a hátulsó húgycső körül a prostatismus ugyanazon klinikai képét adják, mint a hypertrophia. A betegek végsorsa is ugyanaz. Érthető, hogy műtét radicalis kezelésük a törekvés tárgya.

A műtét eljárások sokfélesége, a melyet a prostatismus ezen alakjánál látunk, jelzi, hogy a nézetek még nem alakultak ki.

Azon esetekben, melyekben kis adenoma van, ez könnyen enukleálható, de ha sclerosis járul hozzá, már nehezebben; a sclerosis tiszta eseteiben enukleálásról szó sem lehet, a mit itt leírtak, az inkább excisio. És ebben a csoportban sok a recidiva. Magam is láttam már másutt végzett műtétek után elég gyorsan beállni. Ez érthető, mert minden hegyszövet kiirtása nem is igen vihető ki, épp úgy nem ezen hátulsó stricturánál, mint az előlő rész callosus szűkeleténél. Éppen ezért ez esetekben a retentio megszüntetését célzó belső műtétek indokoltak, mert meg is ismételhetők. Különösen Amerikában fejlődtek ki methodusok. Chetwood műtete kombinált perinealis bemetszés után a merev nyak *cauterisatiójából* áll. Young egy endoszkopos kimetszőt készített, híressé vált „punch operation”-ja azonban sokszor vérzéssel és infectióval járt, ezért mások a Bugbee-féle fulguratiós eljárással

pusztítják el az akadályt. Nem rendelkezvén a megfelelő eszközzel, személyes tapasztalásom nincs, de azt gondolom, hogy a Freudenberg-féle javított Bottini-eszközzel ezen esetekben jó eredményeket lehet elérni. Ez irányban Remeté-nek vannak tapasztalatai. Ismétlem: recidivákra van kilátás. Keyes egy esetében a beteget először Bürger (előttem ismeretlen) methodusa szerint operálta, aztán enucleatiót végzett, majd kétszer Young szerint operálta, végül Bottini-val és a türelmes betegnek azontúl is 200 gr. residuum volt. Squier 2 ilyen makacs esetben jó eredménnyel végezte a tokon kívüli teljes prostata-kiirtást.

A nervosus contracturák műtete még kevesebb eredménnyel kecsegtet. Mert míg a kicsi adenomák, a sclerosisok egy része a prostata ondódomb feletti részét szűkíti csak meg, ezek a contracturák az egész hátulsó húgycsőn végigvonuló belső sphincterre vonatkoznak, a mint ezt egy, bár momentán sikeresen operált esetben megállapíthattam. Ezért ezt a csoportot szem előtt kell tartani és a többitől elkülöníteni kell.

Természetesen a prostatismus ezen alakjánál, az úgynevezett prostatisme sans prostate-nál, a mennyiben a suprapubikus műtétet indikáljuk, és ez áll különösen az első két csoportra, a kétszakaszos műtétnek ugyanazon tere van, mint a hypertrophiánál, úgy hogy ezek után levonhatom a végső következtetéseket.

1. A prostatismus katheter-kezelése nagyobb mortalitással jár, mint a műtét.

2. Az acut retentiókat kivéve, melyek egy-két csapolásra eltűnnek, minden olyan esetben, a melyben tartósan vagy állandóan csapolni kell, fel kell ajánlani a betegnek a műtétet, feltéve, hogy azt más súlyos szervi bajok nem ellenzik.

3. A primaer prostatectomia az aseptikus nem nagy retentiók műtete; ide számíthatók a könnyű infectiók, a melyek katheter-kezelésre és hólyagmosásra gyorsan javulnak.

4. A súlyosan inficiáltak, a distensiósok, húgymérgezések, emaciáltak, a súlyosabb arteriosclerotikusok két szakaszban még sikeresen operálhatók.

5. A kétszakaszos műtét az indicatiók messze kitolhatók a nélkül, hogy a mortalitás emelkedne, sőt elterjedése remélhetőleg csökkenteni fogja a Freyer-féle műtét mortalitását, mely átlagban 15%-ra tehető.

6. A cystostomia mint végleges műtét ajánlható ott, ahol a radicalis ki nem vihető és a katheterismus kivihetetlen, vagy elégtelennek bizonyul. Ilyen esetekben megnyújtja az életet, mert kitolja a veseinsufficienciát, illetve megjavítja.

7. Az úgynevezett atrophía sclerosisos eseteiben az endourethralis műtéteknek (Bottini, Young, Bugbee) megvan a létjogosultságuk, de számolni kell a recidiva lehetőségével.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének IV. nagygyűlése.

Ismerteti: Országos Osztály dr., I. titkár.

Báró Korányi Sándor elnöki megnyitójában kifejti, hogy a tuberculosis-halálozás növekedését a háború alatt nem új fertőzések okozták, hanem az életviszonyok olyan megváltozása, a mely megtörte a nép ellenálló erejét. Az így bekövetkezett gyors elhalálozás elvitte közülünk a betegekbe, a gyengébbeket és az a selectio, a melyhez ez a folyamat vezetett, 3—4 év alatt a tuberculosis-halálozás csökkenésében jut kifejezésre. Azonban ez a csökkenés csak ideiglenes lehet, azt újabb emelkedés fogja követni. A trianoni ítélet következményei kényelmetlenül megszabják azt, mekkora a lakosok ama maximális száma, a melyet Csonka-Magyarország tartósan el tud tartani. A többit vagy ki fog vándorolni, vagy kihál. Kihalásának legfőbb tényezője a nyomor talaján nőtt tuberculosis. Ezzel szemben sanatoriumokkal, kórházakkal, dispensaire-ekkel védekezni nem lehet. A védekezésnek csak egy módja van: okos gazdálkodás, okos politika, a mely lehetővé teszi, hogy minél többen élhessenek meg abból, amink maradt. A tuberculosis elleni

actionnak a békében bevált módszereivel ma csak azt lehet elérni, hogy azoknak, a kik már betegek, minél nagyobb részén segítsünk.

Buday László h. államtitkár, műegyetemi tanár vendégképpen a tuberculosis-statisztikáról szóló referatutumát ismertette. Az egészségügyi statisztikában a klinikai, illetőleg sanatoriumi számadatokat kiegészítendőnek tartja a társadalmilag egyöntetű kérdésekre vonatkozó adatokkal. A morbiditas megállapítása céljából fejlesztendőnek tartja a munkásbiztosító pénztárak statisztikáját és a kötelező betegségbejelentést. Az 1920. évi népszámlálásnál megkísérelte a tüdőbetegek összeírását. A mortalitási statisztika értékét csökkenti, hogy a beteg gyakran idegen milieuban hal meg; a szervek szerinti megkülönböztetés hibás, mert az orvoshalottkének is tévedhetnek. A munkásbiztosítás 1911. évi adatai szerint a betegség-esetek 6, a betegségi napok 12%-a gümőkóros volt, Lipcsében ez utóbbiak száma 6%. A 20—24 éves korban a leggyakoribb a megbetegedés, majd a 25—29 évesben, főleg a nyomdász, könyvkötő, vas- és rézsztergályos, szabó, varrónő, kávésségéd, pinczér stb. foglalkozásúaknál. Békeidőben mintegy 60.000 volt az évi halálozás, 1000 lélekre 3:26, 1920-ban 19.501, tehát 2:49, e szám azonban nem jelent csökkenést, minthogy a korösszetétel megváltozott, hiányoznak a tuberculosisnak nagyon kitett életkorok. Már a háború előtt javulást láthattunk; de azért statisztikánk a külfölddel szemben nagyon kedvezőtlen volt. A gümőkört illetőleg leginkább érdekelt korosztályt a háború és a spanyol influenza okozta embervesztés meggritkította. Ez embervesztés és a 1 1/2 millió elmaradt születés szükségessé teszik a gümőkór elleni küzdelem intenzitásának fokozását.

Fáy Aladár hozzászólásában hangsúlyozza, hogy a statisztikai adatszolgáltatás csak akkor nyújthat általánosítható tanulságú eredményt, ha minél szélesebb körre és minél részletesebb vizsgálatra terjed ki. Utal azokra a nehézségekre, melyekre a megbetegedési statisztikánál bukkanunk; az eredmény teljesen más a serologiai, röntgenológiai és klinikai módszerekkel való dolgozásnál. Az egyéni megítélés különbözőségét nem tekintve, azonos módszerrel is különböző időben különböző eredményeket kaphatunk és azt sem tudhatjuk, milyen megnyilvánulási alaponál vegyük fel a tuberculosisist a morbiditási statisztikába. Azon statisztikai számnak, hogy a halottak hány százaléka halt meg gümőkórban, nem tulajdonít értéket, minthogy járványos betegségek fennállása esetén kevesebben jutnak abba a helyzetbe, hogy gümőkórban haljanak el, mert a járványos bajok ragadják el a gümőkórosok nagy részét. Bár nem teljesen hibátlan módszernek, de mégis legjobbnak tekintti a gümőkórban elhaltak számának az élők számához való viszonyítását.

Lukács György a referatumból a társadalom munkásságára nézve kíván következtetést levonni. A háború és a spanyoljárvány nagyon sok gümőkóros egyént idő előtt pusztított el, az utolsó két-három évben a tuberculosis-halálozási statisztika javult. E statisztika-javulásból azonban a társadalomnak nem szabad azt a következtetést levonnia, hogy a helyzet javult. A szólok ezt csak átmenetinek tartja, a mint a folyó év első felének rosszabb adatai is mutatják, ezért részen kell állanunk. Üdvözlö a tuberculosis-törvény felvetésének gondolatát, a melyet meg kell alkotni mint alapot, melyen a viszonyok javulásának bekövetkeztével tovább építhetünk, bár a rossz lakáviszonyok és az élelmezés a jelenben eredményes munkát nem tesznek lehetővé.

Juba Adolf felemlíti, hogy a tanulók rendszeres egészségügyi vizsgálata azok morbiditására vonatkozólag érdekes adatokat szolgáltat. Így Angliában minden elemi iskolai tanulót 8 évi iskolázása alatt háromszor megvizsgálják, azonban csak klinikai vizsgálattal; a Röntgen- és köpetvizsgálat keresztülvihetetlen.

Tüdős Kálmán (Debrecen) a kötelező bejelentésnek nem tulajdonít értéket, az legfeljebb az adatgyűjtést szolgálhatja. A halálozási statisztika nagy hiányossága, hogy a gyermekkorban előforduló esetek legnagyobb része nem foglaltatik benne; kíváncsúnak tartja, hogy az igazgató-tanács foglalkozzék e kérdéssel.

Bókay János évek óta figyelemmel kíséri a meningitis tuberculosa halálozási viszonyait a fővárosban. Összeállítása azt mutatja, hogy az utolsó 10 évben a halálozási szám folyton növekedik, de az általános gümőkór-halálozás kilengéseit (1917—1919) nem mutatja.

Buday László zárszavában kiemeli a nagy tömegre terjedő és a szűk körre szorított statisztika eltérő jelentőségét; a statisztika technikai hibáinak ismeretése után utal arra, hogy a gyermekkori tuberculosis-esetek pontosabb felvételéhez a halálóki nomenclatura reformja szükséges.

Scharl Pál „Az angol-magyar segítőbizottság részvétele Magyarország tuberculosis-küzdelmében” című előadásában vázolja a magyarországi gümőkór elleni küzdelem válságos helyzetét 1919 őszén, midőn Angolországból a „Save the children found” 10.000 fontos adománya megérkezett. Ebből

az összegből az Erzsébet királyné-sanatoriumban ingyenes helyeket létesítettek, 300 gümőkóros beteget kezeltek a Balaton melletti sanatoriumokban, 1200 veszélyeztetett gyermeket Svájcba küldtek, a fővárosi tüdőbeteggondozó intézetek személyzetét szaporították és értékes élelmiszersegélyben részesítették. Az ország első gyermeksanatoriumát sebészi tuberculosisban szenvedő betegek részére a bizottság helyezte üzembe. Az ország hálaja kíséri az angol adakozók áldozatkészségét.

Kovacsics Sándor (Tét) „Tuberculosis és lakás” címen tartott előadásában a gümőkór elleni védekezés súlypontját a falusi lakásra helyezi és oly építési szabályrendelet megalkotását sürgeti, mely a gümőkórt terjesztő tényezőket kiküszöböli. Ismerteti lakásvizsgálatainak szomorú eredményeit.

Juba Adolf hozzászólásában fájja, hogy a falusi lakásviszonyokat javító kormányintezkedések nem történtek még meg és kéri az igazgatótanácsot, hogy felterjesztési jogával éljen.

Illyés Géza az urogenitalis tuberculosisról tartott referatumban előadta, hogy a gümős folyamat a véráram útján jut el a vesébe, a mellékherébe vagy az ondóhólyagba, melyekből a váladékáram irányát követve terjed tovább, tehát a veséből a vizeletáram irányában a hólyag felé, a mellékheréből az ondósinóron át felfelé. Váladékpangás vagy antiperistaltikás mozgások esetén retrograd irányban is terjedhet a gümős folyamat. A diagnosis megállapítása sokszor késik, minthogy chronikus módon, legtöbbször elmosódott tünetekkel, a beteg általános erőbeli állapotától függően gyakran kedvezően szokott lefolyni. A vesefolyamat radicalis beavatkozást igényel, a mulasztás súlyos következményekkel járhat. A genitális folyamatok ellen általában conservativabban járhatunk el.

Kovács József hozzászólásában felhívja a figyelmét a simultan localisatióra, mikor a tüdőtuberculosis egyidőben az urogenitalis rendszer (leggyakrabban a vese) részéről jelentkeznek tünetek, ezek az alakok nem szoktak kedvezőtlen lefolyásúak lenni. Kiemeli, hogy juvenilis haematuriánál vesetuberculosisra kell gondolni.

Geszti József (Debreczen) „Vizsgálatok a localis tuberculinallergiának és más fajidegen fehérjével szemben való érzékenységnek egymáshoz való viszonyáról” című előadásában azokról a vizsgálatokról számol be, melyeket különböző fajidegen fehérjéknek (tuberculin, lósavó, tej, illetve caseosan) egymással kombinált subcutan és intracutan befecskendezése útján tüdőbetegeken eszközölt. Kísérleteinek eredményét a következő négy pontban foglalja össze: 1. Azok a betegek, a kik tejre (caseosanra) és lósavóra erőteljesen reagáltak, tuberculinra is élénk reakciót mutattak. 2. Lósavóval akár az intézetben, akár régebben sensibilizált betegek igen erőteljes, sőt néha heves tuberculin-érzékenységet tanúsítanak. Ugyanezek a betegek tejre, illetve caseosanra is erőteljesen reagálnak. 3. Tejjel, illetve caseosannal, de főképpen lósavóval sensibilizált betegekben egyes esetekben régi oltások is kiújultak, még pedig nem specifikus ingerlésre is. 4. Tuberculinnal szemben anergiássá vált betegek más fajidegen fehérjével szemben is anergiásoknak bizonyultak. Hogy a lósavóval, illetőleg caseosannal történt sensibilizálás a tuberculin-allergiát fokozza, azt az előadó kísérletileg bebizonyította s erre vonatkozólag ábrákat is bemutat. Úgy ezt, valamint azt a jelenséget, hogy a régi oltások a nem specifikus ingerlésre is kiújulnak, az előadó a proteinanyagnak a sejtre gyakorolt ingerlő hatásával magyarázza, melynek következtében a sejtek az a specifikus működése fokozódik, a mely az adott időben éppen reáramlik.

Torday Árpád az intracutan reactio diagnostikai értékéről szólva, kimutatja, hogy ezen oltási eljárással ugyan nagyobb százalékban kapott pozitív eredményt, mint a Pirquet-félével, azonban nem tudta megállapítani, melyik töménységű oldatot lehet irányadónak elfogadni. Általában ez eljárással, miként a többi hasonló módszerrel, activ folyamatot az inactívól megkülönböztetni nem tudott. A bőr különböző érzékenysége s egyéb exogen okok befolyásolják a reakciót, ezenfelül a reactio erőssége az alkalmazott oldattól is függhet. Nagyobb százalékban kapott pozitív eredményt 1:1000 hígításban a könnyű esetekben, csekélyebb százalékban az előrehaladot-

takban. Az élénk reakciót mutató esetek tehát kedvezőbbnek látszanak, azonban ezt általánosítani nem lehet, mert negatív lehet ezen hígításnál a reactio klinice teljesen kedvező esetekben is. A vélemény kimondására a reactio positiv vagy negativ volta nem lehet döntő. A prognosist a pontos észlelés, Röntgen-átvilágítás stb. mellett is ezt az eljárást csak nagy óvatossággal lehet felhasználni.

Somogyi István hozzászólva említi, hogy activ immunisatióval tapasztalta, hogy a kezelés folyamán a Pirquet-reactio intenzitása fokozatosan csökken. Hogy ez a csökkenés az immun-titernek az emelkedésével függ össze, azt a Hollaender-féle seroreactióval végzett vizsgálatok igazolják. Minél erősebb kötést ad ugyanis a még nem kezelt betegek seruma tuberculinnal, vagyis minél magasabb azok immun-titere, annál gyengébb a Pirquet-reactio. Ezek szerint tehát azt mondhatjuk, hogy minél inkább eltörlődik az egyensúlyi állapot a fertőzés támadó ereje és a szervezet védekezőképessége között a szervezet javára, annál gyengébb a Pirquet-reactio, s megfordítva, ha az egyensúlyi állapot a fertőzés támadó ereje felé tolódik el, a Pirquet-reactio intenzitása nagyobb lesz.

Országh Oszkár annak példaként, hogy a gümőkóros szervezet a betegség súlyossága szerint nemcsak a tuberculinnal, hanem másféle tényezőkkel szemben is eltérően viselkedik, ismerteti tonsillitis-járvány és himlőjárvány alkalmával szerzett tapasztalatait. A mandulagyuladást főleg az I. stadiumban levő betegek kapták meg, a III. stadiumban levő 17 közül csak egy. A himlőoltás az I. és II. stadiumban szinte minden esetben megfogamzott, csak a III. stadiumbeli betegek felénél mutatkozott eredménytelennek.

Kentzler Gyula az idegen fehérjék által előidézett allergiás reactio-fokozás értékét abban látja, hogy a folyamat aktivitása a mutató tuberculin-allergiás reactio alakjában tudomásunkra kerül és így basist ad arra, hogy ezen az alapon esetleg specifikus kezelés indítható legyen. Felemlíti, hogy a tuberculosis kapcsolatosan gyakran észlelhető thyreoida-duzzanat és hyperthyreoidosis eseteiben az allergia fokozott, a mely fokozódást éppen a pajzsmirigyműködés fokozott volta idézte elő, a mint azt vizsgálataival megállapította.

Geszti József szerint az allergia mindaddig kíváncsú, míg a gümőkóros folyamat nem gyógyult meg. Az allergia aktiválása természetesen nem egyértelmű a gümőkóros megbetegedés aktiválásával.

Torday Árpád: A reakciót nem-specifikus tényezők is befolyásolhatják. Így egy betegén, kin az összes oltások negatívak voltak, lázas bántalom jelentkezett, mire az oltások helyén infiltrátumok keletkeztek. Az allergia ugyan prognostikailag kedvezőnek mondható, de nem minden körformánál, mert lehet olyan állapot is, a mikor a szervezet cellular-immunitása annyira erősödött, hogy fokozott antitoxintermelésre szűksége nincs (positív anergia) s ezért bizonyos esetekben a kezelésnek éppen ezen állapot elérésére kell törekednie.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

S. Jessner: Ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. 5., verbesserte Auflage. Verlag von Curt Kabitzsch. Leipzig, 1921.

E kis, mindössze 4 ívre terjedő füzet, mely a szerző annyira ismert dermatológiai előadásainak 7. száma, azzal a crux medicorummal foglalkozik behatóan, mely annyi szenvedést okoz a betegnek, fáradozást a gondos orvosnak. A füzetben részletesen találjuk leírva a lábszárfelekély általános és helyi kezelését, szem előtt tartva, hogy a beteg az ágyban való fekvést elkerülje. A lényeg mindenesetre az, s ezt Jessner külön kiemeli, hogy a lábszárfelekély ellenében nem elegendő valamely különös gyógyszerrel küzdenünk, hanem szükséges, hogy az egész gyógyító eljárás észszerű legyen. A füzet ára 8 márka.

Guszmán.

Új könyvek:

W. Lahm: Radium-Tiefentherapie. Das Problem der modernen Radiumbehandlung des Krebses. Mit einer Einführung von E. Kehrler. Dresden, Th. Steinkopff. 5 m. — **Plate und Lorenzen:** Zeitgemässe Erwägungen für die Einrichtung von physikalisch-therapeutischen Anstalten. Hamburg, Boysen und Maasch. 5.50 m. — **L. Heine:** Die Krankheiten des Auges im Zusammenhang mit der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Berlin, J. Springer. 195 m. — **W. Gaza:** Grundriss der Wundversorgung und Wundbehandlung. Berlin, J. Springer. 56 m. — **H. F. O. Haberland:** Die anaërobe Wundinfektion. Stuttgart, F. Enke. 102 m. — **H. Hoffmann:** Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin, J. Springer. 126 m. — **L. Lichtwitz:** Die Praxis der Nierenkrankheiten. Berlin, J. Springer. 45 m. — **A. Moll:** Behandlung der Homosexualität. Bonn, Marcus und Weber. 14 m. — **W. Weisbach:** Wassermannsche Reaktion und Ausflockungsreaktionen nach Sachs-

Georgi und Meinicke im Lichte neuerer Forschung. Jena, G. Fischer. 9 m. — A. Weil: Die innere Sekretion. Berlin, J. Springer. 140 m. — G. Herxheimer: Grundlagen der pathologischen Anatomie. (Zugleich 15. Auflage des Grundrisses der pathologischen Anatomie von Schmaus-Herxheimer.) Wiesbaden, J. F. Bergmann. 126 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A papaverin egy pótyszeréről ír Pal tanár. A kezdeményezésére *Madit* (Baltimore) által folytatott vizsgálatok kiderítették, hogy a papaverinben foglalt benzylcsoport az, a melytől a papaverin hatása a síma izomzatra függ. Ez alapján megkísérelték a benzylalkoholt és benzylbenzoatot, s ugyanazt a hatást látták tőlük, a melyet a papaverin fejt ki. Rosszul oldódásuk és kellemetlen ízük miatt azonban indokolt volt a további kutatás, s a Hoffmann-La Roche-gyárnak sikerült is vízben könnyen oldódó benzyl-összeköttetéseket előállítani, még pedig a phtalsavmonobenzylamid natrium- és calciumsóját. Ezek a készítmények egyelőre *akineton* néven kerülnek forgalomba; a natrium-összeköttetés 25%-os oldata subcutan, intramuscularis és intravenás befecskendezésre használható, a calcium-összeköttetés pedig a szájon át adásra. A farmakológiai vizsgálatok szerint az *akineton* qualitative ugyanolyan hatású, mint a papaverin, quantitative azonban gyengébb s azért sokkal nagyobb adagban kell használni: subcutan 0.5—2.0 grammos, intravenásan 0.25—1.5 grammos és belsőleg 0.5—4.0 grammos adagban. Mérgező hatása alig van, kellemetlen mellékhatása nincs, csak nagy ritkán okoz hányásingert. Görcsoldó és fájdalomcsillapító hatása 20—30 perc múlva áll be. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 36. sz.)

Elme- és idegkórtan.

A syphilogen pupillaanomaliák prognózisáról tartott előadást Dreyfus és 107 esetnek 1—9 éven át történt megfigyelése alapján arra az eredményre jut, hogy a döntő a liquor viselkedése. A hol legalább is évek óta nem kezelték a syphilist és a liquor mégis negatív, majdnem bizonyos, hogy a lues cerebri fejlődése a pupillaanomaliák fennmaradása ellenére megállt s ha a savó is negatív, kezelésre nem szorul. Hozzászólásában 29 tíz év óta ellenőrzött eset kapcsán *Nonne* úgy találja, hogy a pupillaanomalía még pozitív liquor esetén sem jelent okvetlenül progrediáló folyamatot, felfogását azonban Dreyfus túloptimistának tartja. (Zentralblatt für d. ges. Neur. u. Psych., 1921, okt. 1.)

Kluge dr.

Az ízérzés corticalis localisatiójáról tartott előadást Börnstein és szemben ama felvétellel, mely szerint az ízérzés kérgi vetülete ugyanaz lenne, mint a szaglásé, azt látja bizonyítva, hogy a keresett hely az operculumban van. Négy esetben az operculum sérülése után az ellenkező oldali felén a nyelvnek ízlés-zavar mutatkozott. (Zentralblatt für d. ges. Neur. u. Psych., 1921, 512. o.)

Kluge dr.

Kisebbs közlések az orvosgyakorlatra.

Scleroderma egy esetében Hammer tetemes javulást látott a thyreoidea és a thymus röntgenezése után. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1921, 35. szám.)

Meghülés okozta gyakori vizelés ellen *Badrach* nagyon jóhatásúnak találta a papaverint. Abból indult ki, hogy a szóban levő baj a húgyhólyagfénék síma izomzatának görcséből ered, a papaverin pedig specifikusan görcscsillapító hatású a síma izomzatra. Bőr alá fecskendezés alakjában adja e szer, 0.05—0.06 grammos adagban, öt napon át naponként, azután kétnaponként. Javulás már az első befecskendezés után mutatkozik; átlagban 6—7 befecskendezésre van szükség. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1921, 39/40. sz.)

Vegyes hírek.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszternek 51.191/1921. számú rendelete az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap tárgyában intézkedő 1921. évi XLVI. törvényzikkre vonatkozó rendelkezésének végrehajtásáról. Az 1921/22.-i költségvetési év augusztus hó 1.-étől december hó végéig viselendő közterhekről és fedezendő állami kiadásokról szóló 1921. évi XXXIV. törvényzikk módosítása és az ezzel

kapcsolatos intézkedések tárgyában hozott 1921. évi XLVI. törvényzikk felhatalmazta a kormányt, hogy az állami tisztviselők (nyugdíjasok és özvegyek) és családtagjaik gyógykezelési költségeinek fedezhetése céljából kezelés alá tartozó Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alapot létesíthessen, hogy ennek az alaphoz gyarapítására egyrészt az állam bevételeiből havonként 12,000.000 koronát fordíthasson, másrészt az igényjogosult tisztviselőktől (nyugdíjasoktól és özvegyektől) készpénzben kapott összes járandóságaiknak 20%-át kitevő járulékot szedhessen és hogy rendeleti úton szabályozhassa az említett alap igénybevehetésének feltételeit, részleteit és módzatait. Minthogy a nagyjelentőségű törvényes rendelkezésnek egész terjedelmében való végrehajtása az ezzel járó széleskörű rendelkezésekre való tekintettel szükségképpen bizonyos időhaladékkal jár, másrészt pedig a tisztviselők gyógykezelésére vonatkozó igények kielégítése további haladékok nem tűr, szükségesnek látom, hogy az idézett törvény szerint igényjogosultaknak orvosi gyógykezeléséről folyó évi november hó 1. napjától kezdve ideiglenes intézkedéssel gondoskodjam. Az előrebocsátottakra tekintettel az 1921. évi október hó 23.-án tartott ministertanács felhatalmazása alapján a következőket rendelem: 1. Feljogosítom az összes állami tisztviselőket, nyugdíjas állami tisztviselőket és állami tisztviselők nyugdíjas özvegyeit, hogy lakóhelyükön, vagy ha ott orvos nem laknék, a lakóhelyükhöz legközelebb levő helységben lakó olyan orvossal, a ki az Országos Orvosszövetség erre vonatkozó felhívásának eleget tenni kész, megállapodást létesíthessenek arra nézve, hogy az orvos az illető igényjogosultnak és ama családtagjainak gyógykezelését, a kik után az családi pótlékot élvez, háziiorvosi minőségben elvállalja olyan díjazás fejében, a melyet a felállítandó Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap az utóbb megállapítandó mértékben és módzatok szerint az Országos Orvosszövetség közbenjöttével fog kifizetni. Az ily megállapodások a folyó évi november hó 15.-éig a tényleges szolgálatban levő tisztviselők által hivatalfőnökökükhöz, a nyugdíjasok által pedig az illetményeiket számfejtő hivatalhoz nyújtandók be, a mely hivatal a tisztviselői szolgálati állását, illetőleg a nyugdíjasnak ebbeli minőségét, úgyszintén a családi pótlékra igényjogosult hozzátartozók számát az orvosi megállapodásra vezetett záradékkal igazolván, ezeket a megállapodásokat összesítő jegyzék kíséretében hozzám haladéktalanul feljegyteszi. 2. A háziiorvos írásbeli hozzájárulásával és a közvetlen felettes hatóságnál történt előzetes bejelentéssel az 1. pontban felsorolt igényjogosultak díjtalan gyógykezelés végett az orvosszövetség által kijelölendő szakorvosokhoz is fordulhatnak. A fogorvosi kezelésnél nemes főlemk ingyenes igénybevételére e rendelkezés nem ad jogot. 3. A megállapodás alapján működő háziiorvosok és a szakorvosok ebben a minőségükben további intézkedésemig csak a Magyar Gyógyszerkönyv III. kiadásában foglalt hivatalos gyógyszereket és azokat a gyógyszerkülönlegességeket rendelhetik, a melyeknek az Országos Munkásbiztosító Pénztár tagjai részére való rendelkezése engedélyeztetett. A tisztviselői vényként kifejezetten megjelölendő orvosi vényekre a gyógyszerárak a gyógyszereket ingyen szolgáltatják ki. A gyógyszerárak a vonatkozó vényeket kifizetés végett havonként hozzám terjesztik fel. 4. Az állami, köz- és nyilvános jellegű kórházak és gyógyintézetek, úgyszintén a később kijelölendő magán-gyógyintézetek az 1. pontban megjelölt igényjogosultak után folyó évi november hó 1.-étől felmerült ápolási költségek megtérítését az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alaptól igényelhetik. Ezekről az ápolástól sem előleg, sem megtérítés nem kérhető. A vonatkozó tartozási kimutatásokat havonként hozzám kell felterjeszteni. Az elmebetegség gyógyintézeti ápolási költségeinek megtérítéséről külön rendelettel fogok intézkedni. 5. Az 1921. évi november hó 1.-étől kezdve az igényjogosultakat a törvényes feltételek szerint megillető gyermekágyi segélyek folyósítása és kifizetése, úgyszintén egyéb szolgáltatások engedélyezése iránt később intézkedem.

A kopenhageni Finsen-intézet október 23.-án ünnepelte fennállásának negyedszázados fordulóját. Ez alkalommal avatták fel a sebészeti gümőkör kezelésére létesített új osztályt, a melynek berendezéséhez az állam 3 1/2 millió dán koronával járult hozzá.

Meghalt. Szikszay Sándor dr., a pestvidéki kir. törvényszék orvosa, 75 éves korában. — G. Merkel 87 éves korában Nürnbergben; az elhunyt nemcsak tudományos vizsgálataival és a nürnbergi mintaszerű kórház építésével tette ismertté nevét, hanem orvostársadalmi téren is vezető szerepet játszott. — R. Bonnet, a bonni egyetem nyugalmazott anatomia-tanára, 71 éves korában.

Lapunk mai számához Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serumintézet részvény-társaság prospectusa van mellékelve.

A gyermektápszerügyi tanács javaslata alapján
13.901/1920 VIII. C. M. K. M. szám alatt engedélyezve.

„Funk gyermektápszere“

Rationalis összetételű megbízható csecsemőtáplisz. Specificum ablactatio előtt.

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

Hüvösvölgyi Park Szanatórium

Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet. Hízkúra. — Csukorbetegnek külön diéta. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145—90 és 50—73

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.