51. évfolyam. 27. szám. *Budapest, 1907. julius 7.*

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Baumgarten Egmont: A gége sokszoros papillomáiról 486. lap.

Milkó Vilmos: Közlemény a szt. Rókus-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló I. sebészeti osztályáról. Az úgynevezett essentiális vesevérzésekről. 489. l.

Lichtenberg Sándor: Közlemény a heidelbergi egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Narath tanár.) Cystographia és pyelographia. 491. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. H. Oppenheim* és *R. Cassirer:* Die Encephalitis. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Marmorek:* A tuberculosisra és a tuberculosis ellenes serumra vonatkozó újabb vizsgálatok. — *Belorvostan. Albu:* A sóvanyító kúrák módszerei. — *Sebészet. Kausch:* Útbaigazítás a térdkalácsvarrat technikájára vonatkozólag. — *Kreuter:* A morphium-scopolamin-chloroform-narcosis. — *Weglowsky* Anchylosisok gyógyítása czéljából porczlemezek átültetése. — *Wolff:* Luxatio femoris centralis két esete. — *Hacker:* Az alsó állkapocs hátulsó ficzamodása. — *Bőrkórtan. A. Cedercreutz:* Adatok a condyloma acuminatum belső kezeléséhez. — *B. Sklarek:* A bőrkeményedések és tyúkszemek pathologiája. — *Venereás bántalmak. M. Möller:* A syphilissel való fertőzés átviteli módozatai. — *F. Veiel:* A gumma fertőzőképessége. *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Koellreuter:* Szer a gégepapillomák recidivájának megelőzésére. — *Grünberger:* Szer az arteria anonyma aneurysmája ellen. — *Posselt:* Mód az epefesték kimutatására a vérsavóban. 492—496. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 497. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok — Hirdetések. 497. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 498—502. lap.

Melléklet. Vereinigte Chemische Werke Akt. Ges. Charlottenburg „Atoxyl“ készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gége sokszoros papillomáiról.

Irta: *Baumgarten Egmont* dr., egyet. magántanár.

Az „Orvosi Hetilap“ 1898. évfolyamában „A gyermekek gégepapillomáiról és azok kezeléséről“ czikket közöltem és ott egyszersmind erre vonatkozó tapasztalataimat is közzétettem. Ezen idő óta többen, így: *Monselles, Massei, Némai, Harmer, Réthi* stb. ugyanezen tárgyról közölték nézeteiket. Én azon idő óta nemcsak gyermekeknél, hanem felnőtteknél is sok többszörös papillomát láttam és operáltam, és azt hiszem, hogy a kóroktana és kórjóslata tekintetében néhány új támpontot találtam és a kezelést illetőleg is a gyógyítás határait kibővítettem. Mielőtt a betegség kóroktanára áttérnék, legyen szabad néhány kórtörténetet egész röviden előadnom, mert a felnőtteknél egy különös körülményt találtam az operatióknál, a melyet azután a többieknél figyelemmel kisértem és követtem. Először három laryngofissioról szólok felnőtteknél.

I. eset. Asszony, 30 éves, szőke, sovány. Két hónapon át majd mindennap lett operálva és nagyszámú kisebb és nagyobb papilloma eltávolítva. Ez azon eset, melyet egy munkámban: „A felső légutak periodikus vérzéseiről“ (Gyógyászat, 1904, Wiener med. Presse, 1905. 16. sz.) már megemlítettem. Ennél az asszonynál az a csodálatos jelenség mutatkozott, ha már igen sok papilloma el lett távolítva, és a gége mintegy átjárhatónak mutatkozott, akkor a havi baj jelentkezésekor a papillomamaradványok megduzzadtak, a műtéthez való cocainozásnál erősen elkezdettek vérezni és oly nagy szűkületet okoztak, hogy minden beavatkozás lehetetlenné vált. Néhány nap mulva a gége tele volt papillomákkal. Minthogy ez háromszor ismétlődött és a harmadik hószámnál is ott tartottunk, a hol legelején, gégemetszést ajánlottam, a melybe a beteg szivesen egyezett bele a radikális kúra reményében.

Műtét: Tracheotomia után a gégét felhasítottam, a mi a középvonalban könnyen volt végezhető, az ollót nem is vettem igénybe; ez a körülmény akkor még nem tünt fel nekem, de mégis megjegyeztem magamnak, mert ez volt az első eset, hogy felnőttnél ily könnyen tudtam a gégét felhasítani.

A gége belfelületéről egy egész tömegét a papillomáknak távolítottam el, az aryepiglottikus redőről, helyenként ollóval a nyálkahártya egy részével együtt. Nagyon különféle papillomák voltak ott, így laposak, submucosusak stb. A műtét igen radikális volt, a gyógyulás azonban lassú. A gégebemenetnél nagyfokú szűkület jött létre. Ezek után még egy darab ideig kellett intubálnom. Kiújulás nem keletkezett, csak a hegcsatornában mutatkozott itt-ott sarjadzás, melyet el kellett távolitanom. Gyógyulás egy év mulva.

II. eset. Férfi, 25 éves, világos szőke, erős. Két év óta időnként sok papillomát távolítanak el, melyek azonban időnként kinőnek. Minthogy a betegnek, mint alkalmazottnak, nincs ideje mindig bejárni, szivesen beleegyezik a gégemetszésbe.

Műtét: Tracheotomia és laryngofissio. A pajzs- és gyűrűporczot könnyen hasítom fel késsel. A porcz igen vékony, olyan mint a gyermekeké, miért is a hangszalagok felett és alatt könnyen varrható. Altatás közben — akkor a Schleich-eljárás és a mellékvesekészítmény még ismeretlen volt — a beteg kiszabadította a könnyedén megkötött kezét és belenyúlt a nyitott gégesebbe. A narcosisból való felébredés után kiivott a szomszédja asztalkájáról egy pohár vizet. Féltem, hogy a lefolyás nem lesz sima. De már az 5. napon kiszedhettem a selyemfonalakat és 8-ad napra vékony vonalas, majdnem láthatatlan heggel, elbocsáthattam a beteget. Noha sok helyen ollóval dolgozva a nyálkahártyát is eltávolítottam, 6 hónap mulva újból látszódtak papillomák. Kénytelen voltam még ezután is nehányszor endolaryngeális úton papillomákat eltávolitani.

III. eset. 31 éves férfi, szőke. A gége tele van papillomákkal, sehol határok nem láthatók. Minthogy a beteg vidéki, tüstént elvégeztük a laryngofissiót.

Műtét: Tracheotomia, laryngofissio lokális anaesthesiával. A gégét könnyen hasithattam fel és a porczot tűvel átbökhettem. A porczlemezek vékonyak. A beteget 14 nap mulva gyógyultan bocsátottam el; azóta nem jelentkezett.

Mióta ezen körülményre figyelmes lettem, alkalmam volt még 4 papillomás esetet észlelni, de ezen eseteknek egyikében sem végeztem gégemetszést. Ezeknél a következő módon állapítottam meg, hogy *juvenilis* gégéjük van. *Átvilágítottam a gégét.* Gyermekeknél ez könnyen kivihető: ha az átvilágított gégébe tükörrel belenézünk, úgy néz ki, mintha piros bengáli fénynyel, volna kivilágítva. 10—14 éves fiúknál már nehezen történik ez meg, sovány leánygyermekeknél a 13—14. évig.

Mindenesetre a Röntgen-felvételek jobbak volnának, de a Vohsen-féle lámpával az átvilágítás, ha sikerül, sokkal kifejezettebb.

I. eset. 44 éves asszony, erősen szürkülő fekete hajzattal. Papillomák a valódi és álhangszalagokon, az asszony 2 év óta rekedt. Az átvilágítás annyira élénk, hogy műtenni lehetne mellette. Két éven át

évente kétszer távolitottak el papillomákat, most, egy év után, kisebb papillomák még láthatók.

II. eset. 45 éves asszony szürkés-feketés hajzattal. Papillomák a gégében és mélyen a légcsőben. Az átvilágítás könnyen történik, de nem annyira áttetsző, mint az első esetben. A papillomákat könnyen távolithattam el és 3 év alatt egyetlen egy kiújulás sem mutatkozott a gégében, ellenben a légcsőben gyakrabban kellett őket lenyesni. A gégében lévőket éles fogóval, a tracheában ülőket előbb élessel, majd tompával fejtettem le, később igyekeztem azokat helyükből mintegy leszakitani, most végre egy év óta nyugta van a betegnek.

III. eset. 25 éves férfi, szőke, két év óta áll kezelés alatt. A beteg egészen rekedt, de csak akkor jelentkezik, ha légzési nehézségei támadnak. A gége tele van óriási sarjakkal, melyeket először a *Löri*-féle katheterrel kitakarítok, a mire a beteg mindjárt levegőhöz jut. Egy idő óta a nagy sarjakat a *Krause*-féle kettős kürettel veszem le, de a mint a betegnek kissé megjő a hangja, kimarad és a lakatosmunkáját folytatja. A gége meglehetős vékony, könnyen kitapintható és átvilágítható. E két utóbbi beteg hosszabb időn át szedett jodot és arsent, de ez nem volt befolyással a kiújulásra. Az utóbbi betegnél, ha ismét jelentkezik, megkisérlem a Röntgen-kezelést.

IV. eset. 30 éves lengyel zsidó, szőke, az egész gégéje tele van kis, szemölcsszerű, apró, lapos papillomával. Két hónap mulva, miután minden egyes szemölcs egyenként lett kiszedve, gyógyulás. Fistulahangon beszél, mint annakelőtte. A beteget, sajnos, nem világithattam át.

Végül még egy esetet kell emlitenem. Egy 35 éves, gesztenyebarna hajú paraszt jelentkezik 3 év óta évente 1—2-szer a poliklinikán. A betegnek mogyorónyi daganata van. Az operatio után veszem észre, hogy papilloma, mely a bal hangszalag elülső alsó részéből indul ki. A beteg nem várja meg, míg a daganat annyira megnő, de ha bármily pontosan is eltávolitom a daganatot és az alapot akár chromsavval, akár pedig lapissal edzem, nem tudom a kiújulást megakadályozni. Ezen gége átvilágítása nem sikerült. Erre az esetre még vissza fogok térni, mert nem tartom teljesen azonosnak a sokszoros papillomával. Természetes, hogy ott, hol a gége felett a bőr zsirpárnával fedett, az átvilágítás nem sikerül, a bőrnek is vékonynak kell lenni.

A laryngofissionál és az átvilágításnál talált lelet arra enged következtetni, hogy eseteimben a sokszoros papillomák a még *juvenilis* gégékben találtattak. Ezeknél a gégeporczok csontosodása nem mutatkozott, az erős férfiaknál könnyen lehetett késsel a gégét felhasitani és varrni. Egyes esetekben a gégét át lehetett világitani, a mi 10 éves gyermekeknél is alig sikerül. Ez is jele annak, hogy a csontosodás még be nem állott és hogy a gégének szerkezete igen vékony. A megfigyelt férfiak mind szőkék voltak, a nők legtöbbje is. A szőke férfiakban van valami gyöngédség, ha termetesek is és nagy a bajuszuk. Hogy a felnőtteknél előforduló sokszoros papillomáknál a gége juvenilis kinézése okozat gyanánt szolgál, azt a későbbi esetek fogják kideriteni, hogy ez azonban nem véletlenség, ezt mutatják az általam leirt esetek.

Két év előtt egy 14 éves fiút, egy orvos fiát, sokszoros papillomái miatt kezeltem; a fiú még nem mutált. A gége tele volt kisebb és nagyobb papillomákkal, melyek a gégefedőig értek. Sikerült a légcsőmetszést, noha az első időben el voltunk rá készülve, mellőznünk és több mint 100 papillomát, a melyek egy 20 gm.-nyi üveget megtöltöttek, kivenni. Mindenesetre igen tanulékony fiú volt ez, a kinél az első napokban mindjárt sikerült pincettával 8—10 nagy papillomát eltávolitani, annyira, hogy azonnal elegendő levegőt kapott. Évközben többszörös kiújulás és operatio vált szükségessé. Egy év mulva a fiú feltünően kifejlődött, mutált, hatalmas ifjú lett belőle és azóta a kiújulás egészen elmaradt.

Ebben és egy hasonló esetben, azt hiszem, a papillomák az *infantilis* gégében keletkeztek. Itt tehát ez a momentum és még az alább leirandó körülmény játszott szerepet.

Egy koraibb munkámban rámutattam, hogy több esetben, különösen az ikreknél, a kiknek érdekes kórtörténetét közöltem, az anyának a szülés alatt folyása volt és a papillomák kankós alapon fejlődtek ki. Ezen körülményt azóta nem tapasztaltam. *Ziem* ezt igen plausibilis oknak tartja. *Ziem*-nek teljesen igazat adok, hogy sok betegségnél a felső légutakban a rossz egészségügyi viszonyok nagy szerepet játszanak.

Nyolcz év előtt azt irtam, hogy az illető gyermekek nem egészen szegény szülőktől származnak, hanem a középosztályhoz tartoznak. Most, annyi év mulva tünik fel nekem, hogy majdnem sohasem voltak ily fizető betegeim és hogy a középosztályhoz tartozók is meglehetős szegény emberek voltak, kik rossz lakásban éltek. A legjobb helyzetben lévő gyermekek orvosok fiai voltak. A fent emlitett fiú 4 testvérével 1 udvari szobában lakott. A többiek olyan szegények, hogy kénytelenek voltak a gyermekkórházba jönni. Csak a felnőttek egy kis része volt jobbmódú, a többi poliklinikai anyag.

Az asszonyok majdnem mind szegényvérüek és gyengék voltak, a férfiak között két erős akadt. Feltünő a férfiaknál a szőke hajzat, a nőknél, kettőt kivéve, hasonló az eset.

Az ikrek és az orvos fia fekete hajzattal birtak. A skrophulás gyermekek — úgy látszik — nem papillomások. 16 és 25 év között nem volt papillomás betegem. Az általam észlelt felnőtt egyéneknek nem volt fiatal korukban papillomájuk, így tehát ezeknek papillomáját nem lehet kiújulásnak tekintenünk. 50 éven felüli egyéneknél sem észleltem ilyen papillomákat.

Garatmandulatúltengést sem észleltem eseteimben, miért is, miképen annak előtte is már említém, az összefüggést a kettő között tagadnom kell.

A mi a kórjóslatot illeti, csak hangsúlyoznom kell, a mit erről 8 évvel ezelőtt irtam: „Tapasztalataim szerint minden papillomás gyermeknek megjön az ideje, a hol az operatio után nincs többé kiújulás. Ritka esetben szünik meg a baj mindjárt az első mütét után, legtöbb esetben hónapok és évek multán és teljesen mindegy, vajjon endolaryngeális úton, vagy a gégét felhasítva a legnagyobb gonddal szedik ki az egyes szemölcsdagokat és az alapot szétroncsolják.“

Ez áll a felnőttekre is, de ki kell jelentenem, hogy a felhasított gége után keletkező szükület tágítása sokkal fáradságosabb, mint ha a papillomákat endolaryngeális úton távolítjuk el folyvást. A túlságos radikálisan operáltak hangja se valami jó, míg ellenben a másik esetben, ha éveken át is elkínlódunk a papillomák kiszedésével, a hang a végleges gyógyulás után ideális volt.

Azt is tapasztaltam, hogy a *Löri*-féle katheterrel gyermekeknél eltávolított papillomák után gyors javulás állott be, minthogy a visszamaradt apró papillomák önmaguktól fejlődtek vissza.

Ezt a legtöbb egyéb esetben is észleltem, és pedig azon esetekben, a melyekben a kiújulás rendesen elmaradt. Eleinte, főleg a mütét első idejében, ha az ember heteken át operálja e daganatokat, kétségbe lehet esni, mert nem kevesebb, hanem mindig több és több nő utána. Egyes ilyen esetekben, ha tracheotomiát végzek, abbahagyom a kiszedést egy darab ideig, vagy laryngofissiót végzek.

Felnőtteknél gyakran megtörtént, ha hosszas fáradság után a legnagyobb gonddal távolítottam el az összes kiemelkedéseket és a gége egészen megtisztult, hogy még kendermagnyi kiemelkedés sem volt látható és a kiújulás mégsem maradt el.

A papillomás gyermekek mindig veszélyben forognak, míg a recidiváló hajlamuk elalszik. Két ily hirtelen halálesetről számoltam be, azóta nem volt ily esetem. Egyes gyermekek mégis meghaltak, többnyire olyanok, kik már rég voltak a gyermekkórházban és majdnem meggyógyultak. Mindannyian kanyaró után keletkezett tüdőgyuladásban pusztultak el. Nincs boszantóbb, mintha ily gyermekek a kórházban kanyarót kapnak, a melyet a látogatók hurczolnak be rendszerint. Az én kis betegeim végigszenvedtek vörhenyt, diphtheriát és másféle betegségeket és mind felgyógyultak; azonban kanyaró után egy se maradt meg. Ezalatt a betegség alatt a papillomák vagy egészen elmulnak, vagy lényegesen visszafejlődnek. Felnőtteknél nincs veszély, legfeljebb légcsőmetszést kell végezni.

Azt tartom, hogy a gyermekeknél, ha a gége gyógyul is, a kanült még nem szabad 6 hónapig kivenni. Ilyen kanült, intésem ellenére, némely kartárs eltávolít és az újból való légcsőmetszés nekem adott igazat, hogy a kivevés korai volt.

Ez idő óta operatio nélküli visszafejlődést nem észleltem, részlegest a légcsőmetszés után igen. Tiz éven aluli és egyáltalában kisebb gyermekeknél inkább hajszolom a légcsőmetszést, még akkor is, ha a légszomj csekély. Első sorban azért, mert nem tanácsos a légcsőmetszést az utolsó pillanatra hagyni, másodszor akadálytalanul lehet operálni és az ember nincs kitéve a mütét alatt kellemetlenségeknek, és harmadszor tracheotomizált gyermekek az endolaryngeális mütétnél jobban viselkednek, nem oly vadak, nyugodtabbak.

Nagyobb gyermekeket többször sikerült légcsőmetszés nélkül, endolaryngeális úton operálnom és meggyógyítanom, kisebbeket csak két esetben. Egyes esetekben úgy látszott, hogy sikerült légcsőmetszés nélkül czélt érnem, mert egyes gyermekeknél kevés szemölcsdaganat volt, és a gyermekek igen engedelmesek voltak, úgy, hogy a *Löri*-féle katheterrel meglehetős szabaddá tettem a

gégét. Azonban azután hirtelen megszaporodtak a papillomák minden oldalról és légcsőmetszést kellett végeznem. Egyes esetekben ez a nyári szünidő alatt történt, vagy midőn hazatértem a nyári pihenőmről.

Ez a sors érte nemcsak az endolaryngeális úton operált gyermekeket, hanem az időközben radikális gégemetszéssel gyógyultakat is és azokat, kiket kanül nélkül engedtek el haza.

A laryngofissio a felnőtteknél több kilátást nyujt a gyökeres gyógyulásra, mint a gyermekeknél. Csak egy árnyoldala van, ha az ember radikálisan operál, sok nyálkahártyát távolít el, s ekkor, sajnos, szükület támad. Több ilyen szükületet kezeltem, az eseteket utólagosan a sebészek utasították hozzám. Ha csak a papillomákat távolítjuk el, akkor biztosan számíthatunk kiújulásra. Ezért kell a középutat betartanunk; hogy mennyit és hol szabad eltávolítani, azt a papillomák operatiojánál fogom elmondani.

A prognosis azonban több egyéb körülménytől is függ. A gyermekeknél a hygienikus viszonyoktól, a táplálkozástól, a kortól és egyebektől. A felnőtteknél ugyane körülményektől és a foglalkozástól. Igy pl. a lakatoslegénynél, a ki a tüznél dolgozik és nem várhatja be a gyógyulás végét, aligha állhat be teljes gyógyulás, de a spontan visszafejlödés nincs teljesen kizárva. Ezen daganatoknál ez a körülmény csodálatos, de megmagyarázható, mert a papillomák táplálkozása hirtelen meg lett akadályozva.

Szövettanilag az összes papillomák hasonlók, miként azt *Schrötter* előadásaiban megirta. A mi különböző, az a felhám, a kötőszöveti szerkezet, a papillák alakja, de különösen az erek nagysága és vastagsága. Ez által a szemölcsdaganatok majd világospiros színüek, majd pirosak, rózsaszinüek, halványrózsás-fehér vagy szürkésfehér színüek. Néha, ha csak a hangszalagok szélein vannak, olyan halványak, hogy úgy látszik, mintha a nyálkahártya megvastagodása volna csak jelen. Az is megesett, hogy szegényvérü nöknél a papillomák néha élénkpirosak voltak, erőteljes férfiaknál pedig egész halványak. Noha az egyes papillomák szövettanilag a sokszoros papillomákkal egyezők, de klinikai szempontból szét kell öket választani. Az egyes papillomák, a melyek annyira megnőhetnek, hogy a gégét teljesen kitöltik, azonban egy körülirt helyről erednek, az operatio után kiújulhatnak, miként azt a fentemlített esetben észleltem is, azonban a kiinduló pont mindig ugyanaz marad és nem terjeszkedik szét.

Évekkel ezelőtt oly nagy, az egész gégét kitöltő daganatot láttam, hogy kénytelen voltam gége- és légcsőmetszést végezni. Ezen esetben olyan kemény volt a porcz, hogy szinte nehéz volt a csontollóval kettéhasítani. Csak a gége megnyitásakor láttam, hogy mirigyes papillomával volt dolgom. Gyermekeknél a körülirt papilloma ritkaság, felnőtteknél azonban gyakoribb, mint a sokszoros alak. A sokszoros papillomák úgy a gyermekeknél, mint a felnőtteknél a legkülönbözőbb alakúak. Főképen háromféle alakjuk fordul elő, a felnőtteknél mindhárom egyszerre. A leggyakoriabbak a nagy, bolyhos, a légzésnél fel és alá mozgó, mirigyes papillomák. A másik a lapos, mirigyes, szemölcsös formájú, mely a gyermekeknél egyedül is előfordul. A harmadik alak a granulosus alak, melyet a gége felső részeiben a fenti két alak társaságában egyszerre észleltem. Látni szétszórtan a látszólagos ép nyálkahártyaterületeken többnyire apró, vagy csoportokba osztott, nyálkahártyával fedett, kendermagnyi submucosus kiemelkedéseket, melyek, ha a gége meg van nyitva és ujjunkkal végigsimítunk rajta, szemcsés érzést adnak. Műtéteknél ilyen papillomákat hosszú ideig kisértem figyelemmel, mert azt akartam megtudni, vajjon áttörik-e a nyálkahártyát és igy sarjadzanak-e, vagy vajjon az egész papilla mint ilyen alakul-e át papillomává? Meg van emlitve ugyan, hogy a nyálkahártya papillái nem játszanak szerepet a papillomák keletkezésénél, de én ezen a nyálkahártyán kiemelkedő granulatiokat nem tudom másnak vélni, mint papilláknak. Nem sikerült azonban az átalakulást észrevenni, napokon át a kinézés ugyanaz volt, mig hirtelen azon a helyen papilloma fejlödött, vagy pedig ez a papilla, midőn az operatio megtörtént, mintegy látatlanul egy éjjelen át visszafejlödött és többé kiújulás nem fordult elő.

Átalakulásokat sokszoros papillomából rosszindulatú daganattá nem észleltem, de öregebb egyéneknél óvatosan kell a diagnosist felállítani. Mert pl. láttam esetet, mely reám azt a benyomást tette, hogy egyoldali, az álhangszalagot befedő papillomával van dolgom és a szövettanilag papillomának mutatkozó daganat eltávolítása után tünt fel, hogy az illető gégefél fixálva és infiltrálva van. Rövid vizsgálódás után a rák diagnosisát állapithattam meg, melyet annak szemölcsdagszerü sarjadzása teljesen elfedett.

Úgy mint én, valószinüleg a legtöbb gégeorvos is észlelt eseteket, a mely esetekben a gégében sokszoros papillomák voltak egyoldali elhelyezéssel, melyekről később kiderült, hogy rák. Két esetben a mélyebb helyekről eltávolított ilyen részeket megvizsgáltattam és kiderült azokról, hogy *rák*. Magam részéről azokhoz csatlakozom, akik azt állitják, hogy csak kivételesen történik a rosszindulatúba való átalakulás és hogy a rák már a priori állott fenn.

A legtöbb esetben, különösen a fejlödés kezdetén, a sokszoros papillomák a valódi hangszalagokon foglalnak helyet és azokat meg az álhangszalagokat fedik be. Máskor pedig az álhangszalagokra fekszenek és betakarják a valódikat. Míg a gyermekeknél rendesen csak a valódi hangszalagokon ülnek a daganatok, addig felnőtteknél szétszórtan lehet találni kisebb submucosus kiemelkedéseket, majd az epiglottis gégei oldalán, majd az aryepiglottikus redő szélén. Ha a sokszoros papillomák kiszélesbednek, vagy ha eleitől fogva a felnőtteknél ilyenek, akkor nemcsak a hangszalagok magasságáig emelkednek, hanem a gégefedő széléig is felnyúlnak, vagy néha az aryepiglottikus redőig.

Ritka esetben a gégén kivül is helyet foglalnak az epiglottis nyelvi része felé és az aryepiglottikus redőn túl és lefelé mélyen a tracheában. Az említett ikreknél az epiglottis úgy nézett ki, mint egy diónyi daganat, egy asszonynál a papillomák a körtealakú sinusba nyúltak, egy másik asszonynál a tracheába. Némely esetben az egész nyálkahártya belseje tele van papillomákkal. Gyermekeknél rendesen csak a hangszalagok környéke, de itt is vannak kivételek.

Minthogy a spontan visszafejlödés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, felnőtteknél ilyesmit sohasem észleltem, ennélfogva a sokszoros szemölcsdaganatokat meg kell operálni. Én rendesen a tükörkép után igazodom és első sorban azt állapitom meg, vajjon légcsőmetszést kell-e csinálni mindjárt, vagy el lehet-e ezt halasztani, vagy esetleg egészen mellőzni. Gyermekeknél 6 éven alul, ha fuldoklási tünetek vannak, vagy ha a gégetükri vizsgálatnál ilyenek mutatkoznak, légcsőmetszést végzek.

Kivételt csak azon gyermekek képeznek, a kik igen tanulékonyak és a kiknél sikerül a *Löri-féle gégekathetert*, melyet ilyen sokszoros gégepapillomáknál a gyermekeknél kizárólag használok, bevezetni és mindjárt néhány papillomát kiszakitani. El kell készülve lennünk arra is, hogy ilyen gyermekeknél, de meg azoknál is, kiknél nincsenek még stenotikus jelenségek, de még olyanoknál is, kik már tisztán kezdenek beszélni, hogy a tracheotomiát hirtelen kell megcsinálni és az illető szülőket pontosan kitanítani arra, hogy fokozódó stenosis esetén akár éjjel, akár nappal, de azonnal a kórházba menjenek. Miként már emlitettem, előfordul különösen tavaszszal, hogy ilyen látszólagos gyógyulás közepette, különösen a kezelés végén és mint mondám tavaszszal — hogy miért épen ekkor, nem tudom — egy-két nap alatt a recidiva oly hirtelen áll be, hogy a légcsőmetszés sürgössé válik és miként szintén említettem, ha a kanült a légcsőmetszetteknél előbb veszik ki, az újbóli tracheotomia elkerülhetetlen. Gyakran hetek mulnak el és az ember örül, hogy a légcsőmetszést elkerülhette, a mikor hirtelenül oly erősen nőnek a papillomák, hogy daczára a legkülönfélébb beavatkozásoknak és a nagy darabok eltávolításának, mégis légcsőmetszést kell csinálni. Fájdalom, ily körülmények között voltam többször felnőttebb gyermekeknél is. Ha jól emlékszem, a 12 éven aluli gyermekeknél öt esetben tudtam a légcsőmetszést elkerülni, s többnél egy évre, némelyeknél két évre is elhalasztani. A *Löri*-féle ablakos katheter használatáról annak idején kimerítően irtam. Most is az eredeti egyszerü alakot használom. A néhány szerző által tett módosításokat el nem fogadhatom, mert azok vagy terjedelmesebbek, vagy komplikáltabbak. Nincs az az előnyük, mint a Löri-féléknek, hogy ha azokat a gégébe vezetem, hallom a levegő átvonulását, a mi a legjobb ellenőrzés; továbbá az eddigi eszközmódosítások nehezebbek és nem karcsúak. A levegőnek átjárása a katheteren nemcsak azzal az előnynyel bir, hogy a gyermekek a mellett jól lélekzenek, ez a körülmény a módosított intubatiós csőformáknál ki van zárva, hanem még az is, hogy ha a sarjadzások nem túlságos nagyok, akkor azok a katheter nyilásán át mintegy kirepülnek. Nagyobb gyermekeknél többször mellőzhettem a légcsőmetszést; ezeket is

kezdetben a Löri-féle katheterrel operálom, de egy-két esetben, a hol sok papilloma volt, cocainozhattam és az éles pincettával dolgozhattam.

A többi gyermeknél, akár történt légcsőmetszés, akár nem, a cocainozás nehezebben vihető keresztül mint az operálás és ezeknél egyedül a Löri-féle eljárás ajánlható. A szivacsmódszereket semmiféle formában sem fogadom el. 20 éven keresztül sok gyermeket kezeltem és ezen műtéti mód mellett igen szép száma a betegeknek teljesen meggyógyult. Mondhatom, hogy azon kevés esettől eltekintve, a melyek hirtelenül elhaltak a légcsőben mélyen ülő papillomák miatt vagy közbejött betegségek, mint speciell kanyaró miatt, az összes gyermekek tiszta hanggal gyógyultak meg. Igaz, hogy egyes esetekben nemcsak hónapokon, hanem éveken át kínlódtam és sohasem vesztettem el türelmemet és némelyikben tízszer kezdtem meg újból a dolgot, míg eredményt értem el.

A gégemetszést az utóbbi időben gyermeknél már nem is végezem. Ezt csak akkor proponálom, ha a gyermek kivételesen igen akadékos vagy ha a gyermek nem maradhat a kórházban, mert a szülők nem laknak a városban, de ezek az esetek is csak elvétve fordulnak elő. Azonban azon ritka esetekben, midőn a papillomák a légcsőbe mélyen belenyúlnak, ajánlom a laryngofissiót és a hol a kanül kicserélése már veszélylyel járhat. Ezekben megkisérlem a légcsőmetszés nyilásán át kitolakodó papillomákat chromsavval edzeni. Ez néha gyorsan és szépen sikerül is. Ha nem sikerül, gége-légcsőmetszést végzek és nemcsak a légcső, hanem a gége papillomáit is eltávolítom egyszerre.

Két eset kivételével praxisom elején soha kétszer nem végeztem egy gyermeken laryngofissiót, ez a két eset pedig olyan volt, hogy a leggondosabb kitakarítás ellenére a papillomák kiújultak. Nem látom tehát czélját annak, miként egyesek teszik, hogy 5—6 szor is végeznek egy egyénen laryngofissiót, mert ezzel nem érünk czélt és a műtétek többnyire a hang rovására mennek. A gyorsan beálló és feltünő recidivákat nyugton kell hagyni, ilyen esetekben a légcsőmetszett kis betegeimnél az endolaryngeális eltávolítást abbahagyom és megvárom a helyes időt, midőn a folyamat megnyugszik és akkor újból kezdem a kezelést.

Nagyobb gyermekeknél és felnőtteknél a légcsőmetszést többnyire el lehet elkerülni. Ha betegek jönnek a poliklinikára stenotikus tünetekkel, helybeli érzéstelenítéssel az első két ülésben annyit lehet eltávolítani, hogy elegendő levegőt kapnak. Majdnem kivétel nélkül az éles pincettával dolgozom ilyen esetekben. Az elülső szögletben a commissurán belüli papillomákat könnyen nyesem le a Löri-féle katheterrel. Túlbő sarjadzásoknál sikeresen használom a Krause-féle kettős curettet. Igen kiterjedt papillomáknál felnőtteknél, a melyek az igen alapos operatio ellenére kiújulnak, a gégemetszést végzem. Ennek az a hátránya, ha túlságos gyökeresen végezzük és a nyálkahártyából sokat távolítunk el, akkor gégeszükület áll be a heg miatt, ha pedig nem járunk el radikálisan, akkor mindjárt recidivára is számíthatunk. Mindenesetre nem nehéz a recidivákat utólagos endolaryngeális kezeléssel féken tartani. A gégemetszésnél először is ollóval vágom le az összes papillomákat, azután a nyálkahártyával együtt lenyirom az összes kiemelkedő submucosus sarjakat, továbbá azon felületeket, a melyeken az endolaryngeális kezelésnél legyorsabban jelentkezett a kiújulás. Ha a papillomák erősen kiemelkednek, az aryepiglottikus redő felső szabad szélét megkimélem, mert ha ezt lenyirom, akkor valószinüleg stenosis keletkezik. Ez alatt a nyálkahártyát bátran el lehet távolítani. A Morgagni-tasakoknak alapos kitakarítása fontos, mert úgy találtam, hogy ebből igen sokszor indulnak ki papillomák. A valódi hangszalagok nyálkahártyáját is kimélem, arról a papillomát könnyen lehet lekaparni. A gégefedő nyelvi oldalát szintén ment kell kimélni. Csak a minap láttam egy gyermeket, kinél a sebész oly alaposan végezte ezt a műtétet, hogy a porcz nekrosisba ment át és az epiglottis legnagyobb része elpusztult és a betegnek sokáig kellett bibelődnie a gégebemenet szűkületével. A paquelinnel való égetéssel is felhagytam, mert a pörk leesése után a megégetett részletek utánanőnek, inkább ollóval csapom le a gyanús helyeket. A vérzést könnyen lehet mellékveseoldattal csillapítani, a paquelin most mindig mellőzhető, de nem árt, ha készenlétben tartjuk. Olló gyanánt a szemészek által használt kis hajlított ollót használom.

Endolaryngealisan a műtét után sohasem használok többé edző szereket. A milyen jó sikerrel járt a tracheotomia sebén kiburjánzó papillomáknak edzése chromsavval, olyan eredménytelen az a gégében. Sőt azt tapasztaltam, hogy meglehetősen izgatnak és kiújulásra is alkalmat adnak.

Jodnak és arsennek belső adagolásától ama néhány esetben, a melyekben igénybe vettem, eddig semmi hasznot sem láttam. A papillomák operálása hasznos, azonban sok kitartást és türelmet követel. Az általam ajánlott Löri-féle eljárás gyermekeknél, ha jól begyakorolják, igen egyszerü és könnyü, veszélytelen és humanus, és cocain nélkül is majdnem fájdalmatlan.

Közlemény a szt. Rókus-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló I. sebészeti osztályáról.

Az úgynevezett essentiális vesevérzésekről.

Irta: *Milkó Vilmos* dr., operateur-alorvos.

Az essentiális, idiopathikus, vagy ehhez hasonló homályos értelmü jelzőket különös előszeretettel használták az orvostudomány azon idejében, midőn a betegségek legnagyobb részének aetiologiáját még sötét homály fedte és szabatos kórboncolástani és kórszövettani vizsgálatok helyett többé-kevésbé valószinü hypothesisekben kerestek magyarázatot a kórfolyamatok keletkezésére vonatkozólag.

Az újabb aetiologiai irányzat felülkerekedésével ezen jelzők használata is jórészt kiment a divatból. Egyes kórfolyamatok jelzésére nézve azonban mai napig is — bár helytelenül — fenntartotta magát.

Igy a vesevérzések egy bizonyos csoportjában, melyek közelebbi okát csak sejthetjük, de biztosan még nem tudjuk, maig is érvényben maradt és általánosan használt az „essentiális vesevérzés“ elnevezés.

De még ha elismerjük is, hogy vannak olyan vesevérzések, melyeknek kielégítő magyarázatát a vesének semmiféle anatomiai vagy szövettani elváltozása nem adja meg, akkor sem helyes az „essentiális“ kifejezés, mert a vesevérzés nem lényege, hanem csak tünete egy bántalomnak, melynek okát ez idő szerint még nem minden esetben ismerjük. Sokkal helyesebb volna tehát ezen vérzéseket „kryptogenetikus“, vagyis ismeretlen okból származó vesevérzéseknek nevezni.

Az „essentiális“ vesevérzések kérdése az utóbbi évek folyamán számos nagytekintélyü szerző részéről élénk eszmecsere tárgya volt, miáltal a kérdés több tekintetben közelebb jutott a megoldáshoz.

Az esetek egy jelentékeny nagy számának pontosabb észlelése és vizsgálata oda fejlesztette a dolgot, hogy ma már igen kicsire zsugorodik össze azon esetek száma, melyeket joggal tekinthetünk a régi értelemben vett „essentiális“ vagyis olyan vesevérzéseknek, melyeknek eredetét semmiféle vizsgálati módszerrel megállapítani nem tudjuk.

Lássuk röviden ezen kérdés történeti fejlődését.

Rayer már 1841-ben megjelent könyvében külön fejezetet szentel az essentiális vesevérzéseknek, melyeknek kielégítő magyarázatát adni nem tudja. A mult század közepe óta mindinkább előtérbe lép a betegségek aetiologiájának kórbonczolástani alapon való kutatása s ez a körülmény okozta, hogy „essentiális“ haematuriáról jó ideig nem beszélt senki. Újból actuálissá lett azonban e kérdés a vesesebészet fellendülésével, midőn több izben előfordult, hogy súlyos haematuria miatt végzett veseműteténél, hol az operateur követ vagy vesedaganatot kórismézett, a nephrotomia illetőleg nephrektomia alkalmával makroskopice teljesen ép vesét találtak s a vérzés okát felfedezni nem sikerült.

1887 óta Lauenstein, Sabatier, Anderson stb. közölt oly eseteket, melyekben nephrectomia, nephrotomia, sőt egyszerü próbaincisio után a látszólag teljesen ép veséből eredő vérzések prompt megszünése következett be.

Minthogy ilyen feltünő tapasztalatokról mások is beszámoltak, természetes volt az a törekvés, hogy ezen sajátszerü kórképnek okait kutassák s annak valami elfogadható magyarázatot adjanak.

Az első, a ki erre kisérletet tett, Senator volt, a ki 1891-ben „Über renale Hämophilie“ czimü czikkében ismeretlen eredetü

vesevérzés esetét közli, melyben a profus és gyakran ismétlődő vérzések miatt nephrectomiát kellett végezni. Minthogy a kiirtott vese makroskopice teljesen épnek bizonyult, szövettanilag is csak jelentéktelen elváltozások voltak kimutathatók s az egyén családjában haemophiliaesetek fordultak elő, Senator a vérzést a vese lokális haemophiliájával vélte megmagyarázhatni.

Senatornak ezen tetszetős magyarázata egy ideig alkalmasnak látszott az essentiális vesevérzések magyarázatára úgyannyira, hogy egyes szerzők, pl. Passet, renális haemophiliáról beszélnek, még oly esetekben is, midőn a vesevérzésen kivül a haemophilia mellett semmi objectiv bizonyíték nem volt felhozható. Az ismeretlen eredetü vesevérzéseket egyszerüen renális haemophiliának minősítették, tekintet nélkül arra, hogy maga az egyén, vagy legalább annak családtagjai a haemophilia egyéb tüneteit mutatják e vagy sem. Ez a teljes önkényes magyarázat annál kevésbé állja meg a helyét, mivel nem ismerünk semmiféle más szervet, mely az ilyen lokális haemophiliára példát mutatna. A haemophilia mindig általános megbetegedés, melynek lényege épen az, hogy a vérzés nem egy meghatározott szervből, hanem bárhonnan megindulhat, a hol valamely laesio történt.

Ez a körülmény indítja a szerzők egy részét arra, hogy az ilyen rejtélyes vérzések magyarázatára egy újabb elmélettel álljanak elő, mely a vérzések okát a vese bizonyos vasomotorius zavaraiban, angioneurosisos folyamatokban keresi.

Ezen újabb felfogás nyer kifejezést több franczia szerző, mint Legneu, Broca és Lancereaux közleményeiben, főleg azonban Klemperer 1897-ben megjelent nagyobb czikkében, melyben az angioneurosisos vesevérzés elméletét részletesen kifejti és indokolja, úgy hogy ezen elmélet főképviselőjének joggal őt tekinthetjük.

Klemperer hivatkozik azon rég ismeretes tapasztalatra, hogy neurosisos befolyások alatt a legkülönbözőbb egészséges szervekből vérzések történhetnek. Ilyenek az ú. n. vikariáló vérzések supressio mensium következtében, a hysteriás hemoptoë, haematemesis stb. Hasonló okok játszhatnak szerepet a rejtélyes eredetü nephrorrhagiák létrejövetelében. Több oly esetet említ, melyben a vesék anatomiai és szövettani vizsgálata teljesen negativ eredménynyel járt. Az ily esetek magyarázatára renális haemophiliát csak akkor volna szabad felvennünk, ha az illető egyének biztosan haemophiliások lettek volna. Csakhogy a haemophiliát még a Senator esetében sem vehetjük bebizonyítottnak, hiszen az ő betege, a családi terheltségtől eltekintve, sohasem szenvedett vérzésekben, a cystoskopiai vizsgálat, sőt maga a mütét (nephrektomia) sem okozott említésreméltó vérzést.

Észszerübb tehát az a feltevés, hogy ezen vérzések neuropathiás úton jönnek létre, a mit hathatósan támogat az a tapasztalat, hogy az ily vérzéseket a legkülönbözőbb beavatkozásokkal, mint nephrotomia, nephrektomia, egyszerü próbaincisio, sőt hólyagmosás stb. sikerült megszüntetni. Ez máskép, mint ideghatás útján nem magyarázható. Hogy miként jön létre angioneurosisos úton vesevérzés, erre nézve Klemperer felveszi azt, hogy az érszükitő idegek hüdése folytán értágulás és hyperaemia keletkezik az érfalak sejtjeinek meglazulásával.

Angioneurosisos vesevérzésre állítja a diagnosist minden oly esetben, melyben különben negativ lelet mellett a vizelet vér és húgy keverékéből áll, melyből egyéb kóros alkatrészek hiányoznak, s ha az egyén az általános neurasthenia tüneteit mutatja. A mütéti beavatkozást ily esetekben nem tartja jogosultnak, csupán akkor, ha a vérzés a belgyógyászati kezelés ellenére oly arányokat ölt, mely az életet veszélyezteti.

Közös hibája volt az eddig megjelent közleményeknek, hogy a vese pontos anatomiai és szövettani vizsgálatára kevés súlyt helyeztek. Azon esetekben, melyekben mütéti beavatkozás nem történt, mint Dieulafoy, Grosglik stb. eseteiben, a vesevérzés magyarázatára beérték a renális haemophilia vagy angioneurosis elméletével, a mit bizonyosnak annál kevésbé fogadhatunk el, mivel ezen esetek jelentékeny számában még cystoskopi vizsgálat sem történt.

A sebészileg kezelt esetek egy részében végeztek ugyan szövettani vizsgálatokat, de az itt talált, bár csekély histologiai elváltozásokat a szerzők a kellő figyelemre nem méltatták. Az esetek többségében szövettani vizsgálat egyáltalán nem történt, s a makroskopice épnek látszó vesét egészségesnek tartották.

Erre a hibára először Keersmäker mutatott rá 1897-ben egy esete kapcsán. 3 év óta fennálló profus vesevérzések mellett a vizeletben soha fehérjét, cylindereket kimutatni nem tudtak; a vérzés a bal veséből eredt, melynek uretere teljesen átjárható volt. A mütét kimutatta, hogy baloldali parenchymás veselob van jelen. Keersmäker ezen esetével egyrészt bizonyítékát szolgáltatta annak, hogy a veselob egyoldali is lehet, másrészt rámutatott arra, mily fontos szerepet játszhatik a nephritis az ismeretlen eredetü vesevérzések kóroktanában.

Rovsing 1898-ban éles birálat tárgyává teszi azon közleményeket, melyekben a vesevérzés okául haemophiliát vagy vasomotorius zavarokat vettek fel, s rámutatott arra, hogy a legtöbb ilyen esetben a vesének kifejezett anatomiai vagy histologiai elváltozásai voltak, melyek a haematuriát jobban megmagyarázzák, mint az említett theoriák. Több esetben kétségtelenül kezdődő nephritis interstitialis volt a vérzés oka.

Így pl. a Sabatier „néphralgie haematurique“ néven közölt esetében, hol a vizelet 1‰ fehérjetartalma mellett a vese kisfokú interstitiális gyuladás szövettani képét mutatta és épen így Anderson esetében, hol a vizelet sok szemcsés cylindert tartalmazott.

Israel és Piqué-Reblaud eseteiben valószinüleg vándorvese volt a vérzés oka. Még a Senator esetében is nagyon kérdéses, hogy tényleg haemophilia okozta-e a vérzést, mert a mikroskopikus vizsgálat itt is elszórt interstitiális góczokat mutatott ki a vesében.

Rovsing az összes közölt esetek közül csupán Schede és Klemperer két esetét fogadja el olyannak, melyben a vese úgy makro mint mikroskopice épnek volt tekinthető.

Saját esetei közül kettőben a vese lesülyedésében látja a vérzés okát, a mit az is bizonyítani látszik, hogy a vese visszahelyezése és fixatioja után a vérzés rögtön megszünt. A vérzésnek ily módon való keletkezését úgy képzeli, hogy a vese lesülyedése által a vesekocsány torsioja áll elő, a mi gyüjtőeres vesepangást s ez ismét egyes vékonyfalú vérerek megrepedését vonná maga után. Egy 3. esetében a vérzést a felső vesepolus füző általi összenyomásával magyarázza. Mindezen esetekben a vese feltárása és nephrotomia után a vérzés megszünt.

Rovsing tehát oda concludál, hogy essentiális vesevérzés felvételére a régi értelemben a legritkább esetben vagyunk feljogosítva, mert beható vizsgálattal úgyszólván minden esetben sikerülni fog a vérzés okát a vese valamely kifejezett anatomiai vagy szövettani elváltozásában megtalálni.

Hasonló értelemben nyilatkozik már Albarran is 1898-ban. Szerinte essentiális vesevérzés egyáltalán nem létezik. A vérzés oka igen gyakran larvált, csak igen praecis szövettani vizsgálattal kimutatható nephritis, mely klinikai tüneteket nem okoz. A vándorvesének és hydronephrosisnak is nagy szerepet tulajdonít a vérzések kóroktanában. Hogy mennyire fontos minden adott esetben pontos szövettani vizsgálatot végezni, annak bizonyítására felhoz egy általa észlelt esetet, melyben a haematuria okát a mütéttel nem sikerült felfedezni. A vese teljesen egészségesnek látszott, csupán a vesemedenczében volt nehány könnyen levonható álhártya. A górcsövi vizsgálatkor ezen álhártyák carcinomás szövetnek bizonyultak.

Mint látjuk, mindinkább előtérbe lép az a törekvés, hogy az essentiális vesevérzés fogalmának kiküszöbölésével természetesebb kórbonczolástani alapokon nyugvó magyarázatot adjanak a haematuria ezen ritkább alakjainak.

A franczia urologusok 1900-ban tartott congressusán Malherbe és Legueu (ki még néhány évvel előbb az anginoneurosisos theoria híve volt) referáló előadást tartottak az essentiális vesevérzésekről, melyben a haemophiliás és angioneurosisos theoriákat tarthatatlannak jelentik ki és hangsúlyozzák a szövettani vizsgálatok fontosságát. Szerintük essentiális vesevérzés egyáltalában nem létezik. Minden vesevérzés csupán symptomája a szervezet általános vagy a vese valamely lokális megbetegedésének. A kezelés explorativ lumbalmetszés, nephrotomia, nephropexia vagy nephrektomia lehet.

Ugyanily értelemben nyilatkozott Tedenat, Pousson, Lonmeau Albarran és Michaux. Még inkább hozzájárult e kérdés tisztázásához Israel a Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten czimü

nagyszabású munkájában kifejtett nézeteivel, melyeket röviden a következőkben foglalhatunk össze:

Tudományos szempontból értéktelenek mindazon esetek, melyekben angioneurosisos vesevérzést vettek fel, a nélkül, hogy a vese normális állapota kórszövettanilag beigazoltatott volna. Az eddig néphralgie hématurique, essentiális vesevérzés, angioneurosisos vesevérzés, renális haemophilia stb néven ismertetett kórképek túlnyomó többségében a vese gyuladásos elváltozásai mutathatók ki. Az ilyen vesevérzések leggyakoribb oka tehát a nephritis, a mit az a tapasztalat is megerősít, hogy súlyos nephritisek fennállhatnak teljesen fehérjementes vizelet és cylinderek hiánya mellett s az egyetlen tünet az időközönként támadó profus vérzés Israel az ilyen nephritiseket nem azonosítja a régi értelemben vett Bright-kórral, mely mindig kétoldali, míg az „essentiális" vesevérzések alapját tevő nephritis egyoldali is lehet. Az ilyen vérzéseknél feltétlenül indikálva van a sebészi beavatkozás, a vese lumbális feltárása és a nephrotomia (Sektionsschnitt), mert ezen beavatkozásra úgyszólván minden esetben megszünik a vérzés. Israel 11 esete közül 6-ban sikerült végleges gyógyulást elérni. Azon esetekben, melyekben a górcsövi vizsgálat a vesében kóros elváltozásokat kimutatni nem tudott, valószinűnek tartja, hogy a vese periodice keletkező congestiv duzzadása okozza a vérzéseket s a vesetok feszülése által a kólikaszerű fájdalmakat, melyeket az ily esetekben gyakran észlelünk.

Incisiora ez a feszülés csökken, a rendes vérkeringési viszonyok helyreállanak s ez okozná a vérzés és fájdalmak megszünését. Épen ezen therapiás eredményekből kiindulva helytelennek sőt veszélyesnek tartja a Klemperer-féle theoriát, mely alkalmas arra, hogy az egyedül czélhoz vezető sebészi beavatkozástól elriaszszon bennünket.

Israel ezen közlései nagy érdeklődést keltettek és tudományos szempontból csakugyan nagy értékkel birnak, mert az általa megfigyelt esetek úgy a klinikai észlelés, mint az esetek kórszövettani vizsgálata szempontjából semmi kivánnivalót sem hagynak fenn.

Épen ezért kevés visszhangra talált Senatornak 1902-ben megjelent közleménye, melyben Israel fentidézett állításainak czáfolatába bocsátkozva azon állítást koczkáztatja meg, hogy kisebb gyuladásos góczok jelenléte a vesében még nem bizonyítja azt, hogy a vérzés okát itt kell keresni. Ilyen minimális szövettani elváltozások mellett a vesét még egészségesnek lehet tekinteni, s a vérzés oka valószinűleg másban (kezdődő tuberculosis, concrementképződés, haemorrhagiás diathesis stb.) rejlik.

A szerzők túlnyomó többsége ma az Israel, Rovsing, Albarran által képviselt álláspontot fogadja el, kik az anatomice és histologice ép veséből eredő „essentiális vérzések" létezését tagadják. Az essentiális vérzések fogalmának kiküszöbölése mellett emelt szót újabban Zuckerkandl is, ki elfogadja Israel ama nézetét, hogy az ily vérzések bonczolástani alapját a vese gyuladásos elváltozásaiban legtöbbször megtaláljuk.

Saját eseteiben a szövettani vizsgálat nephritis haemorrhagicát és glomerulitis proliferanst mutatott ki. A vérzések gyógyítására melegen ajánlja az általa sikerrel alkalmazott vesedecapsulatiót.

Hazai irodalmunkban legújabban Illyés közölte egy esetét, melyben a profus vesevérzések miatt végzett nephrotomiánál a vesét teljesen normálisnak találta. A próbaexcisioval eltávolított vesedarabka a górcsövi vizsgálatkor egészséges veseszövetnek bizonyult. További észlelés lesz hivatva eldönteni, vajjon ezen eset csakugyan az ú. n. essentiális vérzések közé számítható-e

Közlemény a heidelbergi egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Narath tanár.)

Cystographia és pyelographia.

Irta: *Lichtenberg Sándor* dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

A vesemedenczének röntgenogrammja három irányban szolgálhat értékes felvilágositással:

1. a vesemedencze *alakjára*, illetőleg az ureter és vesemedencze kölcsönös helyzetére vonatkozólag,

2. a vesemedencze *nagyságára* vonatkozólag, a miből a *kapacitására* vonhatunk következtetést,

3. a vesemedencze *skeletotopiájára*, vagyis a vesemedencze és a csontváz bonczolástani viszonyulatára vonatkozólag.

Hyrtl-nek a vesemedencze morphologiájára vonatkozó vizsgálatai szerint, a melyeknek eredményei mind e mai napig érvényben maradtak, a vesemedencze alakja rendkivül változó. Mégis lehetséges a formák elemzése útján azokat három typusra visszavezetni. Megkülönböztethetünk 1. ú. n. dichotomikusan oszló uretert, tulajdonképeni vesemedencze nélkül. Az e csoporthoz tartozó vesében elég gyakran találjuk a szerv parenchymája kétfelé oszlásának jeleit, úgy hogy ezen esetekben kisfokú fejlődési rendellenességre gondolhatunk. Sebészi szempontból azért fontosak ezen esetek, mert — a mire *Zondek* mutatott rá — ezeknél többnyire csak az egyik ureterhez tartozó veserészlet szokott megbetegedni, úgy hogy itt a vese resectiojával radikális eredmé nyeket tudunk elérni.

Másodszor megkülönböztethetjük az ú. n. valódi vesemedenczét nagy és kis kelyhekkel. Ez a typikus és leggyakoribb formája a vesemedenczének.

A harmadik ennél ritkábban előforduló eset az ú. n. fél vesemedencze esete. Ennél a dichotomikusan oszló ureternek hátulsó ága tágul ki vesemedenczévé. Az elülső ág csak egy nagy kehely méretéig fejlödik. Ezen három főforma az első és másodrangú kelyhek és a fornixok változásai folytán rendkivül sokféle változatban fordulhat elő. Hullaveséken a medenczének kollargollal való megtöltése útján végzett vizsgálataink folyamán mi is ennek megfelelő eredményekhez jutottunk.

Természetes, hogy a vesemedencze formájának meghatározása gyakorlati szempontból nem nagy jelentőségü. Sokkal fontosabb azon szögletnek a pyelogramm mal való feltüntetése, a melyben az ureter a vesemedenczét elhagyja. Tudjuk, hogy az ureternek ezen helyen való megtöretése súlyos subjectiv tüneteken kivül pangáshoz, a vesemedencze tágulásához, a vese megbetegedéséhez vezethet. Ezen, különösen vándorvesénél, vagy a vese veleszületett dystopiájánál előforduló állapotnak kellő időben való felismerése által a baj czéltudatos, nem is mindig operativ kezelés útján volna befolyásolható.

Ezen szöglet vándorvesénél nem mindig egyforma, hanem az egyén helyzete szerint változó, állásnál minden valószinüség szerint a legkifejezettebb. Hogy tehát álló egyénen is felvehessük a vesemedenczét, az *Albers-Schönberg* féle apparatust akképen módositottuk, hogy az a falon a függélyes síkban volt a szükséghez képest beállítható. Ezen irányban kisérleteink még folyamatban vannak.

A pyelogramm nagyságából következtetünk a projectio okozta differentia levonása után a vesemedencze nagyságára, illetőleg kapacitására. Normális körülmények között a vesemedencze kapacitása 3—5 cm^3-t tesz ki. *Kelly* és *Luys* ráutaltak arra, hogy mily fontos a vesemedencze kapacitásának mérése sok kórisme megállapításánál. A mérést úgy foganatosithatjuk, hogy miután a bevezetett ureter-katheteren át a residuális vizelet lecsorgását megvártuk, azon át egy kaliberezett fecskendővel indifferens vagy antiseptikus folyadékot fecskendezünk be, ügyelvén arra, hogy mikor jelezi a beteg a vesemedencze túlteltségére mutató fájdalmat. Ezen eljárás azért bizonytalan, mert nem tudhatjuk, hogy a katheteren befecskendezett folyadék valóban mind a medenczébe került-e fel, vagy pedig a katheter mellett visszafolyt-e a hólyagba. Ezen eljárás kombinálása a pyelographiával, akképen, hogy egyéb folyadék helyett kollargolt fecskendezünk be, azt sokkalta biztosabbá teszi.

A jobb vese a lapoczkavonalban a 11. bordáig felér. Alsó sarka 3 harántujjnyira fekszik a crista ileitől. Hilusát a 2. ágyékcsigolya magasságában találjuk, az ágyékizom laterális szélén. A bal ennél valamivel magasabban fekszik. A pyelogrammon megitélhető ezen normális skeletotopia megváltozása.

Végül használható a pyelographia a vese aránylag gyakori fejlődési rendellenességeinek felismerésére. Idevonatkozó esettel eddig nem rendelkezünk.

Normális tágságú ureternél a befecskendezett kollargol, hacsak occlusiós kathetert nem használunk, az ureter ürének egyenetlen tágassága miatt a hólyagba visszafolyik ugyan, de kóro-

san tágult ureterek úgy látszik jól feltüntethetők ez eljárással. Természetesen ismernünk kell az ureternek pontos lefutását, hajlásait, tágulatait és szükületeit (Altuchov, Robinson), melyeknek ismertetésére itt nem terjeszkedhetek ki. A pyolographiát többnyire azon esetekben csináltuk, melyekben kólikaszerű fájdalmak, vagy egyéb bizonytalan hasi tünetek, megfelelő a vesére utaló kórkép mellett, a vesemedencze dilatatiojának gyanúját keltették fel és az alapos tájékozódás az indicatiók felállításának érdekében szükségessé vált. Az ureterkathetert az ismert aseptikus kautelák szemmeltartásával lehetőleg magasan, esetleg egészen a vesemedenczébe felvezettük, erre a cystoskopot eltávolítva a beteget a Röntgen-lámpa alá szállítottuk. Nehány esetben az ureterkatheterben egy vékony ezüstmandrin feküdt. A nyomó diaphragma azon helyre lett beállítva, a hol a palpatio alapján a vesét gyanítottuk. Ha így a felvételhez minden elő volt készítve, a katheteren át felmelegített, többnyire 5% kollargololdatot fecskendeztünk be nagyon óvatosan, egészen addig, a míg a beteg az illető vesében keletkező fájdalmakról kezdett panaszkodni. Azon betegeink, kiknél a pyelogramm a medencze tágulását mutatta, az egész procedurát úgyszólván fájdalom nélkül tűrték el. A fájdalmasság egyébiránt pár percz mulva csökken, és az ureterkatheter eltávolítása, illetve a szabad lefolyás helyreállítása után csakhamar megszünik. Ha a fájdalmak erősek volnának, egy kis mennyiségü folyadék visszaszívása vagy lebocsátása által könnyíthetünk a betegen. Egy centigm. morphiumnak a pyelographia előtt körülbelül 1/2 órával bőr alatt való alkalmazása által a betegek majdnem minden fájdalomtól mentek voltak. Ha 20 cm^3 és több befecskendezése után a betegek még csak nyomást sem éreztek veséjük táján, igen valószinü volt, hogy a kollargol a hólyagba folyt vissza. Ezen esetekben tényleg nem is kaptuk meg a vesemedencze árnyékképét. Az expositio körülbelül 3 perczig tartott középpuha vagy puhább lámpával. A felvétel után vagy aspiráltuk a katheteren hagyott fecskendővel a kollargolt és a vesemedenczét langyos bórsavoldattal öblítettük ki, vagy pedig egyszerüen eltávolítottuk a kathetert. Pyelitis eseteiben kollargollal öblítettük ki a vesemedenczét igen jó eredménynyel.

Káros utóhatását ezen vizsgálatainknak sohasem észleltük. Némely esetben a vizsgálat napján veséjük táján állandó kisfokú tompa fájdalomról panaszkodtak a betegek.

17 esetben végeztük a pyelographiát, 16-szor nőkön. 2-szer mindkét, 9 szer a jobb és 6-szor a bal oldalon. Kilencz esetben oly kitünően sikerült a felvétel, hogy a nyert kép a gyógybeavatkozás alapját képezhette. Két esetben nephropexiát csináltunk a pyelogramm alapján, két izben az eljárás nem volt operativ. Hogy az indicatiók helyesen voltak-e megválasztva, azt tekintettel az azóta eltelt idö rövidségére, még nem állíthatjuk teljes biztonsággal.

Négy esetben a képek nem volták ilyen élesek, mindamellett el lehetett rajtuk jól igazodni. Négy esetben végül eredménytelen volt az eljárás, a lemezen nem kaptuk meg a medencze képét. E balsikerek oka vagy az lehetett, hogy a befecskendezett kollargol visszafolyt a hólyagba, vagy az, hogy a vese nem volt helyesen beállítva, vagy hogy a beteg nyugtalan volt a felvétel alatt, e mellett igen kövér és a befecskendezett folyadék aránylag kevés volt.

A jól sikerült felvételeknél a befecskendezett kollargol mennyisége 3—5 és 60 cm^3 között ingadozott. Vesekő esetében a kollargol a követ elfedi. Jó tehát olyan esetekben, melyek köre is gyanúsak, előzőleg vagy utólag a vesét kollargol nélkül is felvenni.

Ezek után egy pár vesemedenczefelvételünket óhajtom a t. orvosegyletnek bemutatni.

Egy 32 esztendös multiparának fájdalmas jobboldali vándorveséje volt. A vesemedencze a 3. ágyékcsigolya magasságában fekszik, tágult — megtöltéséhez 24 cm^3 kollargololdat volt szükséges — a kelyhek szintén tágultak. Az ureter lefutása, a meddig a lemezen követhető, normális. A nephropexia 24 órával a pyelographia után lett végrehajtva és ez alkolommal a vese hilusának környékét feketésnek találtuk. Többi esetünk nem lett ily gyorsan a vizsgálat után operálva, és így ezen a kollargol mélyhatására jellemző tüneményt többször nem észleltük.

Azon 23 éves leány, kitöl ezen pyelogramm származik, kisfokú, de igen fájdalmas jobboldali vándorvesében szenvedett. A medencze itt is valamivel mélyebben áll a rendesnél, az ureter pedig a nyakán meg van törve. A vese mint jól kivehető árnyék jelent meg a képen. A kelyhek nem láthatók. Ugy látszik, hogy ezek csak akkor látszanak jól, ha egy bizonyos tágultsági fokot elértek. Nephropexia.

Igen szép képet nyertünk egy harmadik betegünknél. A 38 éves nőbeteg körülbelül egy év óta szenvedett jobboldali felhasi fájdalmakban. Vizeletében időnként fehérje jelent meg. Ureterkatheterismus útján ki volt mutatható, hogy a fehérje föleg a jobboldali veséből származik. A pyelogrammon láthatjuk, hogy a jobb vese jelentékenyen lefelé és a középvonal felé sülyedt. Az ureter nyaka a 4. ágyékcsigolya felső szélének magasságában fekszik, erősen meg van törve, míg az ureter maga majdnem kissujjvastagságig tágult és lefutási iránya a normálissal ellenkező. A vesemedencze szintén tágult, sőt egyes tágult kelyhek is láthatók a képen. A kezelés egyelőre conservativ.

Általános enteroptosisnak egy esetében, előtérben álló vándorvesepanaszoknál, egy 26 éves nőn végeztük a pyelographiát. Ez egy dichotomikusan elágazó uretert mutat medencze nélkül, megtört, kissé tágult és anormális lefutású ureterrel. A vese egy ágyékcsigolyával mélyebben áll a rendesnél.

Egy 30 éves nő a jobboldali hydronephrotikus vese által okozott intermittens fájdalomrohamokban szenvedett. A felvételen látható a kisfokban tágult vesemedencze, mely körülbelül normális helyzetü, és a megtört kissé tágult ureter rajza.

Végül igen kitünő tájékoztatást nyertünk a pyelographia útján egy 26 éves nőbetegünknél. Az asszony az utolsó 7 év lefolyása alatt 6-szor szült. Körülbelül egy év óta gyakran voltak hányástól kisért fájdalmai és görcsrohamai hasában. Pontos vizsgálattal két, körülbelül egyforma nagy daganatot lehetett a hasban tapintani, melyek jól mozgathatók voltak. Az egyik egy baloldali vándorvese volt, a másik minden valószinüség szerint egy baloldali adnextumor. A körüladott felvételeken látható, hogy a rendkivül tág vesemedencze körülbelül a 3. lumbális csigolya magasságában fekszik, a kelyhek erősen kitágultak, és az ureterbe való átmenet S alakban megtört. Az ureter a linea innominatáig ujjnyi, helyenként hüvelyknyi vastag és erősen dislokált. Az ureter curvatura marginalisának megfelelően ismét megtörés látható. Innen kezdve normális lefutású és tágasságú az ureter. Az operatio, mely a vese rögzítéséből és a hasi tumornak (ovariumcysta) egy kis peritoneális nyiláson ugyanazon seben át való eltávolításából állott, megerősítette a diagnosist. Az ureter szükületét a hasi tumor okozta, mely egy kocsánynyal az uretert vongálta.

Az orvosegyesület igazgató tanácsának szíves engedélyeért, és azon előzékenységeért, melylyel nekem rövid itt tartózkodásom alatt ezen előadás megtartását lehetővé tette, leghálásabb köszönetemet fejezem ki.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Encephalitis Von Prof. **H. Oppenheim** und Doz **R. Cassirer.** Zweite umgearbeitete Auflage. Wien, 1907. Alfred Hölder. 133 lap.

Az encephalitis fogalma még ugyanabban a zavarban van, mint a melyben a myelitisé vagy a neuritisé. *Oppenheim* és *Cassirer* sem rendezték a fennálló összevisszaságot, bár kiemelik, hogy különféle bajokat soroltak egymás mellé. Ez nem hiba, mert ilyen felosztást mostani ismereteink alapján következetesen keresztülvinni még nem lehet. Vezető elv volna, úgy hiszem, hogy legalább is a fertőzésen alapuló, a gyuladásos és a méreghatásból támadt elváltozásokat kellene egymástól elválasztani. Akkor nem kerülnének encephalitis név alá az autointoxicatio, trauma, gomba-, hús- és halmérgezés, a szesz-, nicotin-, szénsav-, ólommérgezés, az influenza, epidemiás cerebrospinális meningitis következtében támadt bajok. Eltérők esetenként a tünetek, különbözők a kórboncztani elváltozások és a kórjóslat is úgyannyira, hogy az egyes tünetcsoportokat úgy a kóroktani, mint a tünettani és kór-

boncztani fejezetben külön-külön kellett a szerzőknek tárgyalni. Mindehhez még hozzájárul, hogy egy folyamat többféle helybelisítése is változtat a klinikai képen.

Mint tünetcsoport bizonyos önállóságra tett szert *Wernicke* kórképe, a poliencephalitis superior haemorrhagica, a poliencephalitis inferior acuta, a poliencephalomyelitis, az influenzás, a hevenyés encephalitis és a *Strümpell*-féle, a poliomyelitis-szel rokon poliencephalitis, a mely a szürke állomány megbetegedése és gyermekbénulásos hemiplegiát okoz. Ezek az alakok azonban nem egyszer egymásba folynak.

Az elöttünk fekvő munka egyik szerzője, *Oppenheim* nemcsak ezzel a könyvvel járult hozzá sok idevonatkozó kérdés tisztázásához, hanem több a szaklapokban megjelent kutatásával, a mely leginkább a nem genyes encephalitisre és annak gyógyulására vonatkozik.

A gyakorló orvost a munkának a kórjelzésre, kórjóslatra és gyógyításra vonatkozó fejezete fogja leginkább érdekelni. Ezekből a következőket emeljük ki.

Az encephalitis acuta *kórjelzés* ritkán állapítható meg biztossággal, egyelőre be kell érnünk a valószinüséggel. Ha alkoholistán hirtelen ophthalmoplegia támad, folytonos alvással, deliriumokkal, valószinü a Wernicke-féle poliencephalitis superior haemorrhagica. Némi megszorítást okoz, hogy nehány ilyen bonczolt esetben, mint a milyent *Oppenheim* is közölt, a középponti megbetegedésen kivül neuritis is volt kimutatható a szemizmok idegeiben, bár az ophthalmoplegia magvi eredetünek látszott. A fertőző betegségekhez társuló poliencephalitiseket azoktól, a melyekben bonczoláskor semmit sem lehet találni a megfelelő idegrendszerrészeken, tünetileg megkülönböztetni egyáltalán nem lehet. De ezeket nem is kell különválasztani, mert a hirtelen halál okozhatja azt, hogy szemmel látható sérülés nem fejlődött ki. Ezektől nem különböznek a hús-, hal-, kolbász- és gombamérgezésen alapuló esetek sem, a melyekben rendesen szintén nemleges a kórbonczolástani lelet. A subacut encephalitis pontis összetéveszthető daganattal, de a lefolyás tumor esetén lassubb. A luestől való megkülönböztetés nehéz lehet, mert ezen részek luese lázzal is járhat; a kérdést az egyéb luestünetek gyakran eldöntik. A vérzés és lágyulás inkább idősebb embereken és hirtelenebb módon támad. Bajos lesz eldönteni, hogy trauma után ú. n. késői traumás apoplexia vagy encephalitis fejlődött-e az adott esetben. A polyneuritist a poliencephalomyelitistől az idegtörzsek fájdalmassága különbözteti meg. A poliencephalitis és myasthenia megkülönböztetése annyival is inkább nehéz, mert a myastheniáról eltérők a nézetek. A kifejezett kimerülési reactio myasthenia mellett szól, de hiányozhatik a myastheniában. *Oppenheim* szerint a myastheniában nincs elfajulási reactio és nem lehet atrophia. Ezt a nézetet azonban sokan nem fogadják el. A *Strümpell* féle szürkeagykéregencephalitis többnyire könnyen megkülönböztethető az agyvérzéstől és agyencephalomalaciától. Az előbbi fiatal, nem szívbajos egyéneken támad nem egyszerre és sokszor lázzal jár A lumbalpunctio egyelőre nem használható fel a kórjelzésre. Nagyon fontos továbbá, hogy gyermeken lassan fejlődő fokozódó hemiplegiák nem mindig tumorból származnak. *Oppenheim* érdeme, hogy ezt kimutatta; az ezt okozó kórfolyamat lényege még nem ismeretes biztossággal, talán idült nem genyes encephalitisről van szó. Néha infectiós bajok után meningitishez hasonló tünetcsoport támad, a mely a véres poliencephalitistől nehezen különböztethető meg és bonczolásnál ilyenkor gyakran nincs meningitis.

A *kórjóslat* tekintetében *Oppenheim* a következőket tartja szem előtt, de kiemeli, hogy azokban absolut érvényességü szabályokat látni nem szabad. Hirtelen coma és magas láz valószinüvé teszi a halálos kimenetelt. Decubitus és elgyengülés szintén rosszat jelent. Lassú fejlődés, a coma kis foka, a gócztünetek uralkodása a képen kedvezőbb jelek. Cheyne-Stokes lélegzés veszedelmes. Az érverés kicsiny, gyors és rendetlen volta kedvezőtlen jel, de rendetlen érverés daczára is történt már gyógyulás. Fontos az általános erőállapot. Az encephalitist megelőző fertőző betegség súlyosságából nem lehet következtetni az encephalitis súlyosságára. Kora gyermekkori encephalitis sokszor gyógyul, de többnyire bénulás visszamaradásával. Az encephalitis pontis és bulbi halálozása körülbelül 50%, utána gyakran sclerosis polyinsularis fejlődik.

Gyógyításról tulajdonkép nem lehet beszélni a gyógyuláskor sem. Mindent kerüljünk, a mi a vérnek a fejbe nyomulását fokozza: kávét, alkoholt, teát, izgalmat, mozgást. A beteg ágyban feküdjék, magasan alátámasztott fejjel. A táplálkozás folyékony legyen. A szék és vizelet ellenőrzésre szorul. A lenyirt fejre jégzacskó vagy hideg borítás ajánlatos. A piócza a proc. mastoideus fölé alkalmazva jobb, mint az érvágás, de nem alkalmazható vérszegény emberen. Hashajtásra nagy calomeladat szolgáljon, ha nincs is székrekedés, desinfectio czéljából. Az unguent. colloidal. Credé megkisérelhető, néha a kénesőbedörzsölés hasznosnak látszott. Antipyreticum, hüvös bepakolás láz jelenlétekor, csillapító szerek nyugtalanságkor szükségesek. A lumbalpunctiót *Oppenheim* veszedelmesnek és czéltalannak tartja. A gyógyuláskor visszamaradó bénulásokat villamos árammal kell kezelni.

Oppenheim és *Cassirer* munkája a Nothnagel-gyüjtemény legjobbjai közé tartozik. *Kollarits Jenő* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tuberculosisra és a tuberculosis ellenes serumra vonatkozó újabb vizsgálatairól számol be *Marmorek*. Kutatásainak kiindulási pontja azon észlelet volt, hogy fiatal tuberculosisbacillusok folyékony táptalajon tenyésztve, egészen más festődési, tenyészeti és biologiai tulajdonságokkal birnak, mint régi culturák, egyúttal az utóbbiaknál virulensebbek, de virulentiájukat bizonyos fokon túl nem növelhetjük. Ezen fiatal culturák virulentiáját tengerimalaczon vizsgálva azt észlelte, hogy az oltás után bacillaemia s tovahaladó tuberculosis keletkezik és hogy a vérbe került bacillusok virulentiája csökken. Ezen, a vér által gyengített virulentiájú bacillusokkal — jobban mondva az ezeket tartalmazó vérrel — kisérletezett most már tovább s első sorban a *fertőzési kapunak a betegség fejlődésére s kiterjedésére való befolyását* vizsgálta. Előrehaladott tuberculosisban szenvedő állat vérével oltott be tengerimalaczokat. Három hónap mulva megölte az állatokat s azt találta, hogy a subcutan oltás után lassú lefolyású gümókór származott: sajtos tályog az oltás helyén, a lágyéki mirigyek elsajtosodása, néhány gümös gócz a lépben. Azon állatok, melyeket a hasür felől, verő- vagy gyüjtőeres úton fertőzött, 3 hónap mulva rendesen nem mutatnak elváltozásokat; előfordul azonban néha, hogy a gyüjtőeres úton inficiált állat tüdejében néhány gümös csomó támad, míg az egyidejüleg a verőér felől fertőzött állat teljesen ép. Tehát a verőeres vér baktericid hatása nagyobb, mint a gyüjtőeresé. Legkevésbé gyengiti a bacillusokat a böralatti kötőszövet. Hogy a *veleszületett hajlamosság* kérdését megoldja, a szerző gümókóros állatból származó vérrel a hasür felől 33 gümókóros és 31 egészséges anyától származó fiatal (átlag 2—3 hetes) tengerimalaczot fertőzött. Az állatokat $2^1/_2$—4 hónap mulva leölve azt találta, hogy míg az egészséges anyától származó állatok elváltozásokat nem mutatnak, addig a nagyfokú (bacillaemiás) tuberculosisban szenvedő anyától származó állatokban gümők fejlődtek a nagy csepleszben, a lépben s nagyon korán a tüdőben. A bonczolástani lelet alapján kimondható, hogy tengerimalacznál csakugyan van veleszületett hajlamosság. Ez legnagyobb a 3. hétig, a korral csökkenni látszik. Azon észlelet, hogy a hajlamos tengerimalaczban és az emberi tuberculosissal fertőzött fehér egerekben (a melyeknek phagocytáit chininsók bevitelével gyengítettük) nagyon korán fejlődik tüdőgümókór, arra enged következtetni, hogy a gümókóros folyamatnak a tüdőben való localisatioja összefüggésben van a kórokozó virus s a szervezet védőereje közti aránynyal oly értelemben, hogy annál könnyebben jön létre tüdőtuberculosis, minél inkább változik az arány az előbbi javára, illetve az utóbbi rovására. A szervezet védőkészülékét gyengiti a hajlamosság vagy chininsók befecskendezése, a bakteriumok virulentiáját fokozhatjuk tuberculinbefecskendezéssel, a mikor a tuberculosisbacillus toxintermelése fokozódik. Csakugyan azt látjuk, hogy ha az emlitett vérrel a hasür felől fertőzött tengerimalaczokat tuberculinnal kezelünk, gümókóros elváltozások fejlődnek a cseplesz- és lépgümőkön kivül a tüdőben, főképen felső lebenyében. Hogy nem egyedül a tüdőcsúcs anatomiai viszonyai (nagyszámú a peritracheális nyirokcsomókkal összefüggő

nyirokút) játszanak szerepet ezen localisatio létrejöttében, kitünik abból, hogy ha a vena jugularisba viszszük a tuberculosisos vért, a mikor a tüdő egyenletesen árasztatik el bakteriummal, akkor is a tuberculinbefecskendésre a felső vagy a felső és alsó lebenyben származik gümőkór (egy esetben typhusos caverna), míg a tüdő többi része és egyéb szervek épek maradnak.

A gümőkóros vérrel intraperitoneálisan fertőzött tengerimalacz nem lesz gümőkóros, de ha 2—3 napon belül a fertőzés után tuberculinnal kezeljük, gümőkóros elváltozások támadnak benne annak jeléül, hogy a bacillusok a hasüregben nem pusztulnak el mindjárt, hanem néhány napig latens állapotban maradnak. Lehetséges, hogy természetes viszonyok között a gümőkóros szervezet egyes helyein a szövetek által gyengített bacillusok a tuberculinhoz hasonló anyagok által virulensebbé lesznek.

Az *immunitást* vizsgálandó, Marmorek az említett vérrel beoltott tengerimalaczokat 8—10 nap mulva híg bacillus-emulsioval fertőzte a hasüreg felől, s ellenőrzés végett előre be nem oltott állatokat is fertőzött ezen bacillusfejettel. A vizsgálat eredménye az, hogy némi immunitás csakugyan fejlődik; határozott különbség volt észlelhető az előre fertőzött és a kontrollállatok között. Majdnem teljessé lett az immunitás, ha az oltást antituberculosus serumának befecskendésével kombinálta.

A tuberculosisellenes serummal úgy végezte vizsgálatait, hogy tengerimalaczokat fertőzött a hasür felől 2—4 napos felhigított tenyészettel, közvetlenül a fertőzés után pedig beoltotta őket a serummal, a verőérbe, gyüjtőérbe, hasüregbe vagy a bőr alá fecskendezvén azt. Az állatokat 4—6 hét mulva leölte. Kellő dosis alkalmazásával s a legkedvezőbb úton, a gyüjtőérbe, adva a savót, sikerült a gümőkór kifejlődését megakadályozni. A gyüjtőeres serumoltás után következik hatásosság tekintetében a verőeres, a böralatti és hasüri. Gyüjtőérbe oltva a serum körülbelül a fertőzés utáni 2—3. napon adva még megakadályozza a gümőkór kifejlődését, később adva már csak kivételesen érünk el eredményt. A szerző a serumot akkor tekinti gyógyitási czélokra megfelelőnek, ha 10 cm^3-e közvetlenül a fertőzés után a gyüjtőérbe fecskendezve, a tuberculosis kifejlődését tengerimalaczban legalább 4 hétig meg tudja akadályozni.

Hogy a serumnak az emberi gümőkórra gyakorolt hatásáról valamennyire biztos itéletet mondhassanak, olyan betegeken próbálták ki, a kikben annyira előhaladt a folyamat, hogy a kórisme kétségtelen, a prognosis pedig elég kedvezőtlen volt. A savó használatának első idejében általában negativ eredményekről számoltak be. Ennek az volt az oka, hogy a képet a savó idegen fehérjéje által előidézett mellektünetek uralták: vérbőség, duzzadás, fájdalmasság az oltás helyén, bőrkiütések, láz stb.

E tünetek a serum esetleges jótékony hatását teljesen eltakarhatták a figyelők szeme elől. Az oltás technikája később annyiban módosult, hogy csak minden másnap oltanak 3 hétig, utána pedig 2—3 heti pausa következik, mely alatt az oltás előidézte változások visszafejlődnek. Legjobb a serumnak a végbélbe való bevitele. Innen változatlanul szívódik fel s mellékhatások nem keletkeznek. A jobb technika használata óta meglehetősen kedvező nyilatkozatokat tesznek a klinikusok, különösen a sebészet körébe vágó tuberculosisesetekben (csont- és izülettuberculosis, nyirokcsomó-, hashártya-, gégefő- és szemtuberculosis); ezeknek körülbelül 1/4 e gyógyul, 1/4 e nagy fokban javul, 1/4-ét kedvezően befolyásolja a serum. A tüdőtuberculosis serumgyógyitásáról kedvező eredményt alig közöltek eddig a szerzők, a minek oka egyrészt, hogy a javulás nem kórismézhető oly könnyen, mint a sebészeti gümőkóros betegségek anatomiai változásai, hogy csak rövid idő óta alkalmazzák és azonkivül a tüdőgümőkór (különösen a gyorsabb lefolyású) rendesen kevert (streptococcus hozzájárulása által létrejött) fertőzés eredménye. Hogy a kevert fertőzésen alapuló tüdőgümőkórban is lehessen eredményt várni, Marmorek a gümőkóros lovakat az emberből kitenyésztett streptococcustörzsekkel (valami 400) is beoltotta, a mi által kétféle hatású serumot nyert.

Bár az eredmények még nem valami fényesek, annyi azonban a nagyobb anyag felett rendelkező s hosszabb idő óta a serumkezelést alkalmazó klinikusok észlelete alapján bizonyos, hogy a serummal sokszor érhetünk el eredményt oly esetekben, mikor minden más beavatkozás hiábavalónak bizonyul. Az eddigi észleletek tehát legalább is a savó további alkalmazására s hatásának elfogulatlan vizsgálatára buzdítanak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 20. sz.)

Belorvostan.

A soványító kúrák módszereiről ir *Albu*, berlini magántanár. Az elhájasodott egyének csökkent ellentállóképességgel birnak az intercurrens s főleg fertöző betegségekkel szemben, a minek főoka az, hogy a szivizom munkáját az izomrostokat körülvevő s átszövő zsír tetemesen megnehezíti, olykor annyira, hogy a szívnek pulsuslassubbodásban vagy csekély szabálytalanságban nyilvánuló működészavara, sőt szívgyengeség, a szívizom megbetegedése fejlődik ki. Érthető tehát, hogy az elhájasodás a szív- és vesebajokat kedvezőtlenül bonyolítja, az alkohol romboló hatását pedig nagyban elősegíti. Az említett szívműködési zavarok gyógyítása, de főképen az intercurrens betegségekben bekövetkezhető veszélyek elkerülése végett, tehát prophylaxis czéljából kimondhatja az orvos (és csakis az orvos!) a soványító kúra javalt voltát mindazoknál, kiknek súlya a nagyságuknak s koruknak megfelelő középtestsúlyt körülbelül 15—20 kgm.-mal meghaladja. A belső szervéknek pontos vizsgálat útján kiderített állapota, különösen a szív viselkedése fogja meghatározni a kúra mineműségét és technikáját. Már a legrégibb soványító kúrák (Banting, Ebstein-, Oertel-féle) a testállomány feleslegének, főképen a zsírnak elhasználását hiányos táplálással: *a szükségesnél kisebb chemiai energia bevitelével* igyekszenek elérni. Oertel ezenfelül még erélyes izommunkát s elégtelen folyadékfelvételt ajánl, a mit Schweninger általánosit, különösen evés közben tiltva meg az ivást. E gyógymódoknak helyes alapelvük mellett hátrányuk, hogy bizonyos egyoldalúságot teremtenek a táplálkozásban, a mennyiben vagy a zsírt, vagy a szénhydratokat vonják meg főleg a szervezettől. A soványító kúrák közben újabban végzett anyagforgalmi kisérletek tanulsága szerint a fő, a mire ügyelnünk kell s a minek szem elöl tévesztése veszélyes lehet, a *test fehérjeállományának megtartása*. A 1100—1400 cal.ra redukált táplálék minőségét e határon belül változtathatjuk, de a fehérjéből a napi élettani adagnál (100 gm. illetve 1 kgm. testsúlyra 1—1·2 gm.) kevesebbet nyujtani nem szabad. Többet adni, mint azt a Harvey-Banting kúra teszi, czélszerütlen, mert vagy felesleges megterhelése az anyagcserének, vagy a kúra czéljaival ellenkezőleg hízlal. Sokféle táplálékot adjunk, de ne sokat, hogy az illető jóllakjék, s mégis hiányosan táplálkozzék. A tapasztalat szerint legkönnyebben elérhető ez *növényi diaetával*. A növényi táplálék nagyobb terjedelme miatt megtölti az emésztőcsatornát, kisebb kihasználhatósága miatt chemiai energia kerül a szervezetbe, viszont fehérjetartalma kielégítő, ha a magvas és hüvelyes veteményeket veszszük igénybe. E mellett nagy változatosságot nyujt, melyet fokozhatunk azzal, hogy 3—4 szer hetenként délben hústáplálékot engedünk meg. Ezen elvek szerint összeállított étlap volna a következő: „8 órakor: 1/2 liter iró vagy nagy csésze saccharinnal édesített tea, 75 gm. barna kenyér 20 gm. vajjal, 100—125 gm. nyers gyümölcs. 1 órakor: 1. Zöldség vagy főzelékleves. 2. 100—150 gm. borsó, bab vagy lencse, esetleg burgonyával. 3. Egy tányér kel vagy spárga, zöld hüvelyes vetemények, sárgarépa s hasonlók. 4. Egy tányér ugorka-, zeller-, paprika-, burgonyasaláta. A hüvelyesek helyébe esetleg 200 gm. főtt sovány hús. 7 órakor: Nagy csésze tea saccharinnal. 75 gm. kenyér 20 gm. vajjal, hozzá champignon vagy burgonya, retek, s efélék. Nyers gyümölcs. Ital gyanánt saccharinnal édesített limonádé tetszés szerint." E diaetán az eset természetéhez képest úgy a mennyiség, mint a minőség tekintetében változtathatunk. A betegek hajlamaival (kedvencz étel stb.) ne törődjünk, de viszont ne utáltassuk meg velük a kúrát nagyon egyoldalú koszttal. Különféle táplálékok rendelésével, az étlap gyakori változtatásával érhetjük el, hogy a betegek hosszan türik a kúrát, a mi pedig feltétlenül szükséges az eredményhez. Az elzsírosodott egyénnek állandóan meg kell változtatnia élet- és táplálkozásmódját, különben ha előbbi életmódjához visszatér, a kúra alatt beállott súlyveszteség ismét kiegyenlitődik. Háromszori étkezés, 6—7 órai éjjeli alvás, utána hideg fürdő vagy lemosás, a déli pihenés elhagyása, nappal folytonos tevékenység, a kényelmet szolgáló tényezők mellőzése, az alkoholtól, füstölt s halhústól, czukortól való tartózkodás azon

tényezők, melyek a hosszú ideig folytatott soványító kúrát eredményessé s az eredményt állandóvá teszik.

Sokan alkalmazzák az ú. n. „burgonyakúrát“, míg mások határozottan tiltják a nagy keményítőtartalom állítólagos hízlaló hatása miatt. Egyik szélső álláspont sem helyes, a burgonya rossz kihasználhatósága, nagy térfogata miatt más anyagok kihasználását s az étvágyat kedvezőtlenül befolyásolja, a miből érthető, hogy sem nem hízlal, sem kizárólagos soványító módszernek a betegek ellenkezése folytán nem válik be. A burgonya felvétele a soványító étrendbe változatosság szempontjából mindenesetre jogosult és czélszerű. A folyadékfelvételnek szomjaztatásig menő megszorítása az anyagcserekisérletek szerint semmi befolyással sincs a szervezet zsírforgalmára, tehát teljesen felesleges. A szerző eltiltja a tápanyagokban gazdag leveseket s italokat, de e mellett megenged 1½ l.-ig haladó folyadékbevitelt. Sok folyadék bevitele nem ajánlatos, mert fokozza az étvágyat.

A táplálkozás szigorú szabályozása legyen főelve minden soványító kúrának. Az annyira divatos ivókúrák (Marienbad, Kissingen, Homburg stb.) gyors soványító hatása is tulajdonképen főképen ezen alapszik, mert ezen vizek — hashajtó tulajdonságukon kivül — semmiféle az anyagforgalmat fokozó hatással nem birnak. Ezen soványító kúrák eredménye nem tartós azért, mert a beteg rövid idő alatt nem tanulván meg a soványítás módszerét, ha hazakerül, régi életmódját folytatja. Czélszerűbb ezért a kúrát otthon végeztetni, vagy ha nem lehetséges, jól vezetett sanatoriumba utasítjuk a patienst, a hol belénevelik a diaeta s a kúra egyéb segédeszközeinek helyes és tartós alkalmazását.

Kisérletek bizonyítják, hogy hideg és még inkább izzasztó *fürdők* fokozzák az anyagforgalmat. Mivel azonban a hatás csak rövid ideig tart s úgy látszik inkább a fehérjeelégés fokozódik és (izzasztó fürdőben) a szervezet víztartalma fogy, azért erélyes soványító gyógymódként a hydrotherapia nem szerepelhet. Az *izommunka* csak egyidejű hiányos táplálás mellett hat soványítólag, különben fokozza ugyan az anyagforgalmat, de az étvágyat is növeli s a fehérjelerakódást elősegíti. Hiányos táplálás esetén is csak az erélyes izommunka jöhet számba mint soványító módszer: főleg a hegymászás, kerékpározás, lovaglás, evezés stb. Az activ és passiv gymnastika, séta nem mutatkozik eredményesnek.

A gyógyszeres therapiában említendő a jod, a mely újabb vizsgálatok szerint csak szerves vegyületeiben hatásos (számos titkos szernek alkotórésze). A kisérletek észszerűnek mutatják a borax adagolását (0·4—0·5 gm. pro dosi 3—4-szer napjában), szükséges azonban ilyenkor a bél és a vesék ellenőrzése, mert az erélyes vízelvonás miatt diarrhoea, illetve nephritis fejlődhetik. Legideálisabb soványító szerek a thyreoideakészítmények, a melyek részben a vízelvonás, de főképen a zsírelégés fokozása útján csökkentik a testsúlyt. Kellemetlen mellékhatásai népszerűtlenné tették, noha e mellékhatások csak az ügyetlen alkalmazás eredményei; ügyes orvos kezében ártalmatlanok s hatásosak. A soványító kúra sohasem végezhető határozott séma szerint. A kor, az elhájasodás foka, az élethivatás és a szokások szerint szabandó meg mindig a kúra. (Medizinische Klinik, 1907. 14. szám.)

Sebészet.

A térdkalácsvarrat technikájára vonatkozólag ad útbaigazításokat *Kausch*. Térdkalácstörésnél általánosan elfogadott szabály, hogy véresen csak akkor avatkozzunk be, midőn a lábszár egész nyújtókészüléke erősebben sérült; ha a beteg a lábszárát csak némileg is tudja nyújtani, a sebészek nagyobb része a műtéttől eláll. Kausch szerint azonban a varrat indicatioját ki kell terjesztenünk azon esetekre is, midőn a törvégek között diastasis jött létre, mivel ilyenkor conservativ kezelésnél csontos összenövés nem áll be.

A műtétnél Kausch nagy ívalakú, domborulatával felfelé néző metszéssel hatol be. A patellát vastag dróttal varrja; a varratok számát az esethez képest változtatja. Legalább egy varratot a patella egész vastagságán át vezet. A periosteumot és lágyrészeket külön varrja silkwormmal. Mielőtt a bőrt egyesíti, a térdet 100—110°-ra behajlítja azon czélból, hogy a varratok tartósságáról meggyőződhessék. A bőrvarrat után erős nyomókötést alkalmaz. A műtétet követő napon masszálja a végtagot; a harmadik napon óvatos passiv mozgatást kezd. Tíz nap mulva eltávolítja a bőrvarratokat és 2 héttel a műtét után a beteg kis térdtokkal már fennjár. Kausch azon meggyőződésének ád kifejezést, hogy a térdkalácsvarratnál sokkal jobb a functionális végeredmény, ha módszere szerint járunk el, s a térdet a műtét után erősen hajlított helyzetben rögzítjük. (Centralblatt für Chirurgie, 1907. 19. szám.) *Gergő.*

A morphium-scopolamin-chloroform-narcosis *Kreuter* szerint, a ki tapasztalatait Graser tanár klinikáján szerezte, a betegre nézve különösebb veszélylyel nem jár, még elgyengült egyéneknek is ajánlható, ha behatóbb műtétet végezünk. Az eljárás csak azon műtétekben ellenjavalt, melyeket az arczon, szájüregben és a légutakon végzünk, szóval ott, hol az aspiratio veszélye fenyeget és hathatós expectoratio kivánatos. Itt a postoperativ somnolentia határozottan veszélyes. Kreuter ezen altatási módszer nagy előnyeként említi, hogy a betegek a műtét előtt alusznak, ez által a műtéttel járó összes izgalmaktól megszabadulnak. Hátránya ezen narcosisnak, hogy a felébredés után a betegeket intensiv szomjúság kinozza, mely közel 24 óráig tart. Azonban épen ezen tünet egy másik előnynyel jár: a szervezet secretiós folyamatainak gátlásánál a légzőutakban is csökken a nyálkaelválasztás és Kreuter ebben látja okát annak, hogy a morphium-scopolamin-chloroform-narcosisnál postoperativ pneumoniák nem keletkeznek. 100 esetben nem észlelt pneumoniát, de még bronchitist sem. *Kümmell* a postoperativ pneumoniák számát a *Roth-Dräger*-féle készülékkel 2½0/0-ra, morphium-scopolamin-narcosissal pedig ½0/0-ra szorította le (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 9. szám.) *Gergő.*

Anchylosisok gyógyítása czéljából porczlemezek átültetésével kisérletezett *Weglowszky*. Könyökanchylosis esetében úgy járt el, hogy az izület feltárása után mindenekelőtt a formátlan csonttömegből a csontvégek alakját képezte ki, ezután a VI—VII. bordáról vett porczlemezeket ültetett át az újonnan képzett csontos ízvégekre. A perichondriumot külön nem varrta, mivel a szorosan egymáshoz fekvő csontvégek a porczrétegeket helyzetükben rögzítették. Weglowszky a könyököt 10 napig gypsben rögzítette, utána pedig activ és passiv mozgásokat végeztetett. Egy hó mulva a könyökizület 60—70°-nyi terjedelemben könnyen mozgott, a pronatio és supinatio teljes volt. Egyik betege 5 hóval a műtét után pleuropneumoniában hunyt el; a megejtett szövettani vizsgálat kiderítette, hogy a csontfelszin és porcz között teljes kötőszövetösszenövés jött létre, elhalás a porczokon sehol sem volt kimutatható. Ezen észlelésének kapcsán Weglowszky utánvizsgálatokra buzdít egyéb anchylosisoknál is. (Centralbl. f. Chirurgie, 1907. 17. füzet.) *Gergő.*

Luxatio femoris centralis két esetét közli *Wolff*. Mindkét esetben a ficzamodás a csípőre való esés folytán jött létre; az egyik betegnél a repositio azonnal megtörtént, utána a beteg extensiós kötésben 5 hétig feküdt, 3 hónappal a sérülés után elég jó functionális eredménynyel távozott. A második esetben a sérülés idült voltára való tekintettel (2½ hónap) művi beavatkozás nem történt. A két kóresettel kapcsolatban Wolff behatóbban értekezik ezen bántalom kórképéről és kezeléséről. Szerinte *Simon* felfogása, mely szerint luxatio femoris centralis állandóan többszöri medenczetöréshez társuló complicatio volna, helytelen; legalább is mind a két eset, mely 18 illetve 21 éves korú betegre vonatkozik, látszólag azt bizonyítja, hogy a trauma nem okvetlenül okoz izvápaperforatiót, hanem egyes esetekben csak csökkenti az izvápa fenekének resistentiáját a czombfejecs állandó nyomásával szemben. Ilyenkor a czombfejecs csak később fokozatosan nyomul be a medenczébe. (Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie, LII. kötet, 3. füzet.) *Gergő.*

Az alsó állkapocs hátulsó ficzamodásáról ir hosszabb tanulmányt *Hacker*. Casuistikai esetek közlése után az alábbi következtetéseket vonja.

1. Ha az alsó állkapocs fogai teljesen hiányzanak és hátulsó ficzam keletkezik, az ismert, jellegzetes tüneteken kivül cyanosis sőt dispnoë is jöhet létre az által, hogy egyrészt a száj-, másrészt az orrgaratüreg elzáródik.

2. A kétoldali hátulsó ficzamodás az arcznak jellegzetes

alaki elváltozásával jár: az arcz alacsonyabb, a nasolabiális redő elsimul, az orczák kidudorodnak stb.

3. A luxatio mandibulae postica a koponya csontvázának csak bizonyos anatomiai eltérései mellett lehetséges, ezek nőknél gyakoriabbak (az os tympanicum és a fossa tymp. styl. mast. sajátosságai stb.).

4. Oly egyének, kik habituális elülső ficzamban szenvednek, hátsó ficzamra is hajlamosabbak.

5. A ficzam repositiojának physiologiai módszere abban áll, hogy az állkapcsot szögletéhez közel átfogjuk, lefelé és előfelé húzzuk, ezután tengelye körül úgy forgatjuk, hogy az áll hátra- és lefelé, a mandibula fejecse pedig fel és előfelé fordul.

6. Habituális állkapocsficzamoknál (elülső és hátulsó) alkoholinjectiók ajánlatosak magába a tokszalagba és környezetébe. (Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie, LII. kötet 3. füzet.) *Gergő.*

Bőrkórtan.

A condyloma acuminatum belső kezeléséhez nyujt adatokat *A. Cedercreutz.* Ismeretes, hogy az úgynevezett verrucae planae belső kezeléssel némiképen befolyásolhatók. E czélból leginkább az arsenkészítmények és a magnesiumsók, főleg a magnesium sulfuricum jöhetnek tekintetbe. Tekintve, hogy *Blaschko* a verrucae planae és a condylomata acum. között lényegileg alig lát különbséget, a szerző az utóbbiaknak belső arsenkezelését kisérelte meg. Ily vizsgálatokat előtte már *Aronstam* is végzett, még pedig elég jó eredménynyel, mert azt látta, hogy papillomás daganatocskák belső arsen- és magnes. sulfur.-kezelésre visszafejlődtek. Hasonló eredményre vezet állítólag a calcium hydratum, a tinctura thujae occid. (1·0—2·0), a tinct. cocci cacti, a kalium permang. (0·03) és és még több más szernek hosszas belső használata. A szerző a condylomák ellenében csak az arsent kisérelte meg, összesen 3 esetben. Az arsenkezelés igen hosszasan tartott, átlag 3—6 hónapig. Az első esetben 100, a harmadikban 400 ázsiai pilulára volt szükség, mig a condylomák elmultak. Ezek átlag borsónyiak voltak. A szerző tapasztalata szerint csak azon condylomák mulaszthatók el, melyek nincsenek nagyon elszarúsodva. A száraz, szarús tömegek elmulása csaknem bevárhatatlan, hiszen még a puha daganatocskák is csak vajmi lassan sorvadnak. Gyakorlatilag tehát alig van értéke a belső kezelésnek, mert épen csak bizonyos ritkább esetekben (túlfélénk betegek, húgycsőben ülő condylomák.) jöhet szóba. (Dermatol. Centralblatt, 1907. 8. f.) *Guszman.*

A bőrkeményedések és tyúkszemek pathologiájából közöl részletes tanulmányt *B. Sklarek,* a ki tanulmányának eredményeképén a következő tételeket állítja fel: 1. A bőrkeményedések hyperkeratosisok. Ezekben lényegileg — az eleidintől eltekintve — normális szarúréteg képeztetik. 2. A bőrkeményedések nem csak pangásos keratosisok, mert a hámsejteknek fokozott proliferatioja állandóan kimutatható, mely nemcsak akanthosisban, hanem a mitosisok fokozódásában is nyilvánul. 3. A megnagyobbodott sejtes proliferationak oka nem gyuladáson, hanem (passiv?) hyperaemián alapul. 4. A tyúkszemek, alakjuktól eltekintve, abban különböznek a bőrkeményedésektől, hogy a központi csapnak szarús rétegében festhető magok találhatók. Annak ellenére, hogy ezen utóbbi jelenség analog a gyuladásos parakeratosissal, mégis hiányzanak a tyúkszemeken szorosan vett lobos jelenségek. (Archiv f. Dermatolog. u. Syphilis, 85. k. 1—3. f.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A syphilissel való fertőzés átviteli módozatairól ir tanulságos közleményt *M. Möller* (Stockholm). A szerző érdekes tanulmányából a következő pontokat emeli ki különösen: 1. A fertőzési források felkutatása confrontatiora vezet, a mi által némely, addig figyelemre nem méltatott ragályozó tényező (syphilises egyén) megvizsgálás, illetőleg kezelés alá kerül. 2. A confrontatiók azért is szükségesek, mert általuk a ragályos genitális bajok terjedésének részleteit mind jobban megismerjük, a mi pedig a bántalmak prophylaxisára nézve nagyfontosságú. 3. A fertőző egyén igen gyakran nincsen tudatában annak, hogy baja ragályos. 4. A syphilis tovaterjedésének oka: *a)* legtöbbször észre nem vett primaer affectio, *b)* genitális, másodlagos tünetek (főként nők). De lehetséges a tovaterjedés *c)* genitális symptomák nélkül, *d)* sőt olykor a syphilis latens szakában is. 5. Bizonyos, hogy a fertőzés mindennemü egyéb lokális genitális bántalom által is terjed. Ilyenek a sclerosis helyén jelentkező herpes, condyl. acum., scabies, molluscum contag. stb. 6. Közösülést üző egyének gyakori és rendszeres vizsgálata nem nyujt biztosságot az iránt, hogy a betegséget nem terjesztik. *Mert kivétel nélkül minden syphilises egyén ragályozónak tekintendő betegségének első esztendejében.* Nem változtat a dolgon, ha ez időn belül látható tünetek nincsenek is jelen. 7. Fontosabb és helyesebb, ha inkább ritkábban, de alaposan és teljesen vizsgáljuk meg a syphilises betegeket. 8. Ilyenkor nagy súly helyezendő az alapos helyi és általános kezelésre. *Fournier*-nek azon igyekezete, hogy „a kezeléssel kipusztítsuk a syphilist", a legjobb prophylacticum. 9. Legfontosabb tényező azonban a személyes óvatosság, tehát az individuális prophylaxis. Ennek alapfeltétele azonban az, hogy a legszélesebb néprétegek is szert tegyenek e tekintetben a szükséges ismeretekre. (Zeitschrift f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten, 1907. 2—3. f.) *Guszman.*

A gumma fertőzőképességét bizonyítja *F. Veiel* esete. Általános még most is az a nézet, hogy a tertiaer jelenségek, különösen pedig a gummák igen csekély fertőzőképességgel birnak. De a syphilidologok egy része tovább megy s azt állítja, hogy a gummák útján egyáltalában nem jöhet létre syphilises fertőzés. Mások ismét azt állítják, hogy a syphilisnek bármely nyilvánulása okozhat fertőzést. Mindkét irányzat védelmére vannak adatok, bár sokkal mérvadóbbak azon vizsgálatok, melyeket pl. *Finger* és *Landsteiner* végeztek s a melyekből kiderül, hogy gummás anyaggal átoltható a syphilis majmokra. De klinikai positiv adatok is vannak elvétve, melyek a gummának ragályozó voltát bizonyítják. Ezek mind oly esetekre vonatkoznak, a hol a házas férfiak feleségüket fertőzték a genitaliákon ülő exulcerált gummáik révén. Ezzel szemben *Joseph*-nek két esetében daczára a penisen ülő gummának és a további közösülésnek, a nők nem kapták meg a syphilist. A szerző esete a következő: 30 éves nős férfi 7 évvel előbb luest acquirált. A lues csak az első esztendőben járt tünetekkel. A kezelés csak belső volt. Negyedévi házasság után a penisen a régi primaer affectio helyén gumma fejlődött ki, a mely csakhamar kifekélyesedett. Negyedévvel később a feleségén friss luesjelenségek mutatkoztak, a melyekből következtetve a nő syphilise körülbelül 3 hónaposnak volt tartható. Igen valószinü tehát, hogy fertőzést ezen esetben a gumma okozta. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis 85. k. 1—3. f. Neisser's Festschrift, II. k.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gégepapillomák recidivájának megelőzésére *Koellreuter* arsennek belső használatát ajánlja. *Körner* tanár rostocki klinikáján több esetet észlelt, a melyekben eltávolításuk után mindig kiújultak a papillomák, a mi azonban megszünt, ha az újbóli eltávolítás után arsent használtak belsőleg az illetők, még pedig 9 milligrammot naponként. Az arsenkezelést hosszú ideig, éveken át is kell folytatni. (Ref. Therapie der Gegenwart, 1907. 5. füzet.)

Az arteria anonyma aneurysmájának lényeges javulását látta *Grünberger* gelatina használata után. A 10%-os oldatból 30—50 cm³ t fecskendezett be hetenként egyszer. Nyolcz befecskendezés után a jobboldali recurrens hűdése, a jobboldali plexus brachialis és a jobb vena anonyma összenyomatása, valamint a bal bronchus szükülete megszünt, a látható daganat jelentékenyen megkisebbedett, pulzálása pedig erősen csökkent. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 7. szám.)

Az epefesték kimutatására a vérsavóban nagyon érzékeny módot ajánl *Posselt.* Módszere, a mely jó szolgálatokat tehet az icterusnak jókor való felismerésében, tulajdonképen csak módosítása a Hamel által évekkel ezelőtt ajánlottnak. Az ujjból vagy a fülczimpából kiserkenő vért egy kis U-alakú capillarisban (hosszúsága 8—10 cm., átmérője 1 mm.) felfogva, centrifugáljuk; icterus esetén a kiváló serum kanári- vagy czitromsárga színü. (Zentralbl. f. innere Med., 1907. 20. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1907. 3. füzet. *Tellyesniczky Kálmán:* Az osztódási testecskék keletkezéséről. *Mansfeld Géza:* A normális vér zsírbontó képessége. *Kabdebó György:* A rhodan képződéséről és sorsáról a szervezetben. *Buday Kálmán:* Rákstatistikai adatok.

Gyógyászat, 1907. 24. szám. *Stein Adolf:* Megjegyzések a plastikus Röntgen-képek készítéséről és gyakorlati értékéről. *Zwillinger Hugó:* Rögzíthető orrtükör. 25. szám. *Borbély Samu:* A Bier-féle hyperaemizáló eljárás. *Fejér Gyula:* Szemészeti közlemények. 26. szám. *Lukács Hugó:* és *Fabinyi Rudolf:* A pellagra kórboncztanához. *Fejér Gyula:* Szemészeti közlemények. *Alexander Béla:* Plastikus Röntgen-képek.

Orvosok lapja, 1907. 24—26. szám. *Hausner József:* Gyakorlati adat a hysteria tanához, különös tekintettel az akinesia algera és az astasia-abasia kórképére, valamint a Jendrássik-féle gyógymódra.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 24. szám. *Kétly László:* Szemelvények a szünidei cursus belgyógyászati előadásaiból. 25 és 26. szám. *Bäcker József:* A méh helyzetváltozásainak jelentősége és gyógyítása. *Bucsányi Gyula:* Calomel a phthiseo-therapiában. „Gyermekorvos" melléklet, 2. szám. *Grósz Gyula:* Atypikus lefolyású súlyos hasi hagymáz gyógyult esete. *Alapy Henrik:* Bronchoskopia segélyével kórisméezett mediastinális tályog gyógyult esete. „Szemészeti lapok" melléklet, 2. szám. *Vidéky Richárd:* Vakság koponyadifformitás következtében. *Davidovics Izidor:* Az anaemia perniciosa szemfenéki elváltozásairól.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Török Béla* dr.-t a szabadkai közkórházhoz tiszteletbeli főorvossá, *Weisz Ármin* dr.-t pedig az aradmegyei közkórházhoz alorvossá nevezték ki. — *Kincs Miklós* dr.-t Zilah város helyettes tisztiorvosává nevezték ki.

Választás. *Ország Lajos* dr.-t Szepetneken körorvossá választották. — *Schönpflug Béla* dr.-t a nagykárolyi 1. egészségügyi kör orvosává, *Spitzer Vilmos* dr.-t pedig Abán községi orvossá választották.

Jubileum. *Kerbolt László* dr. sárosdi körorvost a napokban melegen ünnepelték abból az alkalomból, hogy 25 év óta működik a szenvedő emberiség javára.

A belügyministeriumban létesített nyilvános köpetvizsgáló állomásra vonatkozó rendeletét a belügyminister a következő pótló intézkedéssel látta el:

„Rendeletem megjelenése óta már több izben előfordult, hogy nem orvos magánegyének is küldtek be vizsgálat végett köpetet. Miután ebből a vizsgálat eredményének közlése után kellemetlenségek és visszaélések származhatnának s miután a szállítást szabályozó idézett körrendelet csakis az orvosok által vizsgálat végett feladott postai szállítmányokra vonatkozik, felhivom a Czimet, megfelelő módon tegye közzé, hogy az emlitett itteni köpetvizsgáló-állomásra kizárólag csakis orvosok küldhetnek köpetet s csakis ezek kapnak az eredményről hivatalos díjtalan értesitést."

A pécsi teljes orvosi kar f. hó 25.-én *Mende Lajos* dr. kir. tanácsos, ny. megyei főorvos elnöklete alatt értekezletet tartott s a báró Hirsch Mór betegsegélyző egylettel szemben a boykottot egyszersmindenkorra kimondotta. A nevezett egyletnek jelenlegi két orvosa azonnal lemondott s kimondotta az értekezlet, hogy az ezen állást akár a jelenben, akár a jövőben elfoglaló orvossal az érintkezést úgy orvosi, mint társadalmi téren meg fogja szakitani. A Hirsch-egyletnek számlájára orvosi rendelést eszközölni, egyleti könyvbe vényt irni nem fognak. A boykottnak oka az, hogy a Hirsch-egylet előbbi két orvosát, a kik pedig az alapszabályok szerint már véglegesek voltak, indokolatlanul, az orvosi tisztességet alapjában sértő módon elmozditotta állásukból.

A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatoriumegyesülete a napokban bocsátotta közzé IX. évi jelentését, terjedelmes, 110 lapra terjedő füzet alakjában. A sok érdekes adatot tartalmazó füzetet az érdeklődők figyelmébe ajánljuk.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület junius hóban 871 esetben nyujtott első segitséget; ezenkivül 733 szállitást végzett, 87 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 34 esetben vaklárma miatt vonult ki. A junius havi működési főösszeg 1725.

Az egyetemi II. sz. nőbeteg-klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét junius hóban 103 esetben vették igénybe. A műtétek száma 91 volt.

Megjelent. *Stiller Bertalan:* Az astheniás alkati betegség. Budapest, Franklin-társulat. Ára 4 k. — A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1907.-i évkönyve. Összeállitotta: *Vámossy Zoltán* dr. főtitkár.

„Az egészség könyvtára" czimű vállalatból, a melyet *Gerlóczy Zsigmond* dr. szerkesztésében az országos közegészségi egyesület ad ki, megjelent a 3. és 4. kötet. Az egyikben *Vámossy Zoltán* dr. ir a mérgezésekről, a másikban pedig *Szegedy-Maszák Elemér* dr. a tuberculosisról. Az izléses külsejű kötetek elsejének az ára 2 K., a másodikáé 1 K.

Meghalt. *Lovrich Gyula* dr. m. kir. kincstári kerületi főorvos junius hó 17.-én 72 éves korában Nagybányán. — *E. H. Bennett* dr., a dublini Trinity-collegeon a sebészet ny. r. tanára, igen jeles sebész, junius 21.-én, 70 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. Genuában junius 22.-én nagy ünnepélyességgel ülték meg *E. Maragliano* tanár 25 éves tanári jubileumát. Tanitványai ez alkalommal díszkötetet adtak ki, s barátai Baccelli tanár kezdeményezésére Maragliano-alapot gyüjtöttek, melynek kamataiból évenkét a tuberculosisról szóló legjobb munka fog jutalmaztatni. — A bécsi egyetemen a jövő tanévre rektorrá a szövettan tanárát, *Ebner* dr.-t s az orvosi kar dékánjává a törvényszéki orvostan tanárát, *Paltauf* dr.-t választották. — *Krehl* heidelbergi tanár a Leyden tanár utódjává Berlinbe történt meghivást nem fogadta el. — *Neisser* dr.-t, a dermatologia rendkivüli tanárát a boroszlói egyetemen rendes tanárrá nevezték ki. — A prágai német egyetem kórboncolástani tanszékére *R. Kretz* dr.-t, a bécsi Ferencz-József-kórház prosectorát hivták meg.

A franczia sebésztársaság október 7.-én tartja 20. congressusát Párisban, P. Berger tanár elnöklésével. Megvitatásra a következő themák vannak kitűzve. 1. A Röntgen-sugarak hatása a rosszindulatú daganatokra (referensek: Béclère, Paris és Manoury, Chartres). 2. Az idegek, izmok és inak transplantatioja a bénulások gyógyitására (referensek: Kirmisson, Paris és Gaudier, Lille). 3. A chronikus sebészi bántalmakról (tuberculosis és rák) s a munkásbalesetekhez való viszonyukról. (Referensek: Segond, Paris és Jeanbrau, Montpellier).

A német urologiai társulat I. congressusát október 2.-ától 5. éig tartja Bécsben. Referálásra a következő tárgyakat tűzték ki: 1. Vesedaganatok; referens *Küster* és *Eiselsberg*. 2. Vesekövek; referens *Kümmell, Holzknecht* és *Kienböck*. 3. Albuminuria; referens *Noorden* és *Posner*.

A boroszlói egyetem orvosi karának személyzete október 10.-étől 26.-áig gyakorlatokkal és bemutatásokkal kapcsolatos előadásokat tart orvosok számára. A részletes tervezetet és a résztvevés feltételeit illető megkeresések *Uhthoff* tanárhoz (Breslau, XVI., Maxstrasse 2) intézendők.

Mai számunkhoz a Vereinigte Chemische Werke Act.-Ges. Charlottenburg czég „Atoxyl" czimű prospectusa van mellékelve.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Vízgyógyintézet a „Fasor" (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

SIPOS DEZSŐ dr. rendel **KARLSBADBAN**· Markt, Haus Prinz von Wales.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd· **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Dr. Kopits Jenő Budapest, VII., Kerepesi-út 18. testegyenesitő intézetét f. é. augusztus 1-étől **VIII., Gyöngytyúk-utcza 14. sz.** alá helyezi át.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 1703

DR. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

ERDŐS JÁNOS DR. az élvezeti szerektől (alc., nic., coff.) származó betegségek szakorvosa
Rákos-Szt.-Mihály, Remény-utcza 5. sz. a. Rendel délután 4—6

Dr. CUKOR rendel **Franzensbadban** nő- és szivbetegeknek. Hotel „Holzer", Kulmerstrasse. 4116

Dr. WIDDER BERTALAN operateur **testegyenesitő** (orthopädia) intézete **csont- és izületi** (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: delelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

Simonyi Béla dr. Modern **RÖNTGEN**-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek.
Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49—57.
Vibratiós massage.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1907 április 24.-én.) 498. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (III. ülés 1907 február hó 28.-án.) 500. l. — Szegedi Orvosegyesület. (1907 április 10.-én tartott ülés.) 501. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1907. évi február hó 23.-án tartott IV. szakülés.) 502. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1907 április 24.-én.)

Elnök: **Medvei Béla.** Jegyző: **Török Béla.**

Witzel-féle cholecystotomia esete.

Pólya Jenő: A 34 éves napszámosnő 8 hó óta gyomorgörcsökben szenved, melyek majdnem minden héten megjelennek s néhány óráig tartanak. Ezen alkalommal zöldessárga folyadékot is szokott hányni.

A karlsbadi kúra csak múló javulást hozott és azért folyó évi február 25.-én a szt. Margit-kórházba vétette fel magát.

A meglehetősen halvány és lesoványodott beteg mellkasi szervei épek. Öt hónapos terhességnek megfelelő nagyságú méh. A jobb bordaív alatt az epehólyagnak megfelelő fájdalmasság nyomásra, a mely mély belégzéskor fokozódik. A has egyébként puha, nem érzékeny.

Diagnosis: Cholecystitis chronica, cholelithiasis.

Műtét 1907 február 27.-én. Behatolás a jobb rectuson át. Az epehólyag körülbelül lúdtojásnyi, benne számos kő van; ezeket az epehólyag megnyitása után kiürítjük, a midőn is zavaros epével 54 sárga facettált kő távozik. Most az epehólyag serosáját az epehólyag egész hosszában bemetszszük, s a muscularis és serosa között haladva az epehólyagot ágyából kifejtjük. Az elötünő a. cysticát catguttal lekötjük, ép így a cysticust is, s azután az epehólyagot eltávolítjuk. A csonk és a májágy felett a serosát kétsoros Lembert-varrattal összevarrjuk. Ezután a hashártyát tovafutó, az izmot és fasciát csomós, a bőrt szintén tovafutó varrattal egyesítjük. Collodiumcsík.

A lefolyás teljesen sima, láztalan. Fonálkiszedés a 8. napon, a seb per primam egyesült. Három héttel a műtét után (márczius 23) teljesen gyógyulva távozott. Azóta görcsei nem jelentkeznek. Április hóban abortus, mely simán folyt le.

A Witzel-féle eljárás az epehólyagkiürtás terén nagy haladást jelent. A gyógyulás viszonyait egyszerűsíti, a gyógyulás tartamát megrövidíti, s az utólagos sérvképződés és adhaesiós nehézségek veszélyét csökkenti.

Műtéttel meggyógyított diffus genyes hashártyagyuladás.

Pólya Jenő: A 36 éves asszonynak 1906 februárjától kezdődőleg emésztési és székletéti zavarai voltak. 1906 április 24.-én hirtelen heves fájdalmakat kapott hasában, melyek annyira fokozódtak, hogy kínjában hentergett. Egyszersmind hányás, csuklás jelentkezett, a szék és szél elakadt. Mivel állapota 4 napon át folyton rosszabbodott, április 28.-án a szt. Margit-kórházba vétette fel magát.

Április 29.-én láttam a beteget a következő jelenállapotban: A jól fejlett és táplált nő hasa hordószerüen felpuffadt, mindenütt a legkisebb érintésre is rendkivül érzékeny, folyton hány, csuklik, pulsusa kicsiny, könnyen elnyomható, száma 140, a légzés szapora, erőlködő, a hőmérsék 37·9.

A genitális vizsgálat negativ. Szelek magas beöntésre sem indulnak.

Diagnosis: Peritonitis diffusa verosimiliter ex appendicitide.

Műtét rögtön aethernarcosisban. Bemetszés a köldöktől a symphysisig a középvonalban. A belek mind erősen puffadtak, egymáshoz fibrinosus álhártyákkal rögzítettek, közülök mindenünnen, valamint a gyomor tájáról is zavaros, genyes savó, másutt tiszta geny ürül. Az appendix ép. A méh puha, a rendesnél nagyobb, hozzá több bélkacs tapadt, körülötte geny. A gyuladás tehát úgylátszik a méhből indult ki. A méh környékét csíkokkal tamponáljuk, a belekre szélesen kiterített tampont fektetünk, s a hassebet néhány varrattal közelítjük. A műtét után hypodermoklysis. A beteg collabált, de másnap a pulsus javul, ugyanaznap estéjén klysmára szék és szél indul, a csíkok mellett bő váladék ürül. Első csíkváltás május 10.-én. A hasseb széle nekrosisos, csak a fonalak tartják, s ezek kivétele után egész hosszában szétválik és belek feküsznek elő. A hőmérsék a műtét utáni héten normálisra szállott, május 18. és 19.-én azonban 38·8—38·9-ig emelkedik újra. Ezenkivül állandó székletéti inger jelentkezik, a szék és szél elakad. A Douglasban egy nagy gyermekfejnyi daganatot érzünk, melyet ujjal megnyitunk a végbélen át, s melyből egy liter dögbüzü geny ömlik. Ezután a bélpassage újból helyreáll, a beteg láztalan lesz. Május 24. és 26.-án hasgörcsök kiséretében a szelek újra elakadnak, morphin- és atropin-befecskendezésekkel azonban e görcsöket sikerül megszüntetni s a bélpassaget újból szabaddá tenni. Ezután a gyógyulás simán haladt tovább, a nagy sebfelület megtisztult, szépen sarjadzott.

Junius 19.-én másodlagos varrat. A heges szélt körülmetszve, a callosus granulatiokat a belekről lehúzzuk, a megvastagodott fali peritoneum szélét megkeressük és csomós varratokkal összehúzzuk. A rectust felkeressük, hüvelyét felhasítjuk, az izmot azonban nem sikerül összehoznunk, mert a varratok a nagy diastasis miatt folyton kiszakadnak. Erős átöltő varratokkal varrjuk össze a sebet. Teljesen láztalan lefolyás, gyógyulás per primam. 1906 julius 7.-én jó közérzettel gyógyulva hagyta el a kórházat.

Jelenleg kövér, teljesen jól érzi magát, bélmüködése jó, a genitaliákban diffus baloldali izzadmányon kivül nincs eltérés.

Milkó Vilmos: Két esetben próbálták meg Witzel eljárását és megerősítheti az előadó tapasztalatát. A kihámozás könnyen sikerül, a tamponálás sokkal kisebb. A nagy tamponade miatt összenövés jöhet létre a cysticuscsonk és a duodenum között úgy, hogy egy esetben gastro-enterostomiát kellett végezniök.

Pólya Jenő: Könnyebb esetekben jól beválik az eljárás, de a hol geny van, a hol choledochus-drainage is szükséges, nem alkalmas.

Vesegümőkór ép ureter és hólyag mellett. Vesekiirtás.

Rihmer Béla: A 28 éves nőbeteg 1904-ben, utolsó terhessége folyamán vette észre, hogy gyakrabban kell vizelnie; 1906 ban a vizelés végén görcsök jelentkeztek és égés a húgycsőben, s körülbelül ezen idő óta mindkét, de különösen jobboldali vesetáji fájdalmak. Jelenleg vizelési ingerei ingadozók, néha 2 óráig is kitartja, máskor félóránként, sőt 10 perczenként is vizel. A vizelet zavaros, bő pelyhes üledékkel, kissé savi, genyet és ½‰ fehérjét tartalmaz. Savállókat nem találunk, vesealakelemek nincsenek. A mellkasi szervek és genitaliák épek. Mindkét vese, de különösen a jobb leszállott, az utóbbi egész terjedelmében tapintható, nem nagyobb. Cystoskopos vizsgálattal a hólyag ép, csak a jobb ureternyilás kissé belövelt. Az ureterkatheterismus a következő eredményt adja: Jobb: 110 gm., világossárga, diffuse zavaros, genyes, savi, fjs. = 1006, fagyp. = 0·38 C., geny positiv, fehérje 3‰; mikroskoppal sok geny, 1—2 vörösvérsejt. Bal vese: 22 gm. vörhenyes véres, erősen savi vizelet. Fagyp. = 1·98 C., a vérnek megfelelő fehérjét tartalmaz; mikroskop alatt friss vörösvérsejtek, genysejt nincs. A betegnek vizeletével állatot oltottunk, mely 4 hét mulva gümős lett. Erre 1907 márczius 20.-án újból felvettük a szt. Margit-kórházba és 23.-án a vesét kiirtottuk. Az ureter felső részét külön kipraeparálva, épnek találtuk és a seb elülső végébe rögzítettük; az ércsonkot rövidsége miatt úgy láttuk el, hogy a csiptetőket rajta hagytuk. A seb egy részét szükítettük. Sima gyógyulás, piros egészséges sarjakkal. Jelenleg a katheterrel vett vizeletben alig találunk genyet. Az ilyen esetek a legszebb gyógyulásra vezetnek.

Gümős alapon fejlődött nagy genyes vese. Vesekiirtás.

Rihmer Béla: Ez az eset sokkal súlyosabb állapotban került műtétre, de épen azért érdekes, mert mutatja, hogy a beteg vese elvételével, noha súlyosan beteg uretert és hólyagot hagyunk vissza, a beteg általános egészségi állapota mily kedvezően befolyásolható. A 24 éves asszony 1906 október havában jelentkezett szt. Margit-kórházi rendelésemen, gyakori vizelési ingerekkel és fájdalmas vizeléssel. Baja egy évvel ezelőtt gyakori vizeléssel kezdődött, melyhez később tenesmus és vérvizelés társult. Pár hónapra rá a jobb vesetájon fájdalom jelentkezett, mely a has felé sugárzott ki. Egy év alatt erősen megfogyott, éjjel izzad. Jelenleg 15—20 perczenként vizel, éjjel 3/4 óránként. Felvételkor a hő 37·9.° Vizelete 900 gm., fajs. 1025, gyengén savi, genyet és megfelelő fehérjét tartalmaz; sok, sűrű üledéke tiszta geny. A lesoványodott halvány nő tüdőcsúcsai felett eltérés nincs. A májtompulat elül rendes, hátul a gerincz mellett a 8. illetve 9. bordán tompulat kezdődik, mely a medenczéig terjed. Elül a jobb bordaív alatt nagy férfiökölnyi, a légzéseket követő, alul lekerekített daganat. A bal vese nem tapintható. Vaginális vizsgálatnál a jobb medenczefalon szorosan a csonthoz rögzített és felfelé húzódó köteg (ureter) tapintható. A Douglasban jól kitapintható kisebb-nagyobb, kissé tömött, könnyen mozgatható, flottáló göbcsék. A bal medencze szabad. A hólyag tapintásra rendkivül érzékeny, capacitása nincs. A belövelt folyadékot görcsösen kiszorítja. Cystoskopia, segregatio nem végezhető. A jobb vesetájon a 12. borda alatt próbapunctiós tüvel beszúrva genyet kapunk. Megfigyelésünk idején a beteg folytonosan lázas és így a másik vese állapotának ismerete nélkül vagyunk kénytelenek a műtétet végezni, annál is inkább, mert a szokatlanul magasra terjedő tompulat, mely mellett a vese nem terjed mélyen, vesekörüli tályogra engedett következtetni. A műtét végzésekor (november 21.-én) azután kiderült, hogy a geny a tokot még nem törte át, maga a vese terjedt fel ilyen magasra. A vese körüljárása és leválasztása elég könnyen ment, kivéve a felső polusét, a melyet ujjal nem tudtam elérni. A vesének punctioval való megkisebbítése után ez is sikerült és a vese elég könnyen és hamar lett eltávolítva. A csonkot kocsányositani kellett, azután selyemfonállal lekötöttük és a fonalakat hosszúra hagytuk. Az uretert, mint rendesen, először kerestük fel és catguttal elkötve, átvágtuk és az elülső zugba rögzítettük. Erősen elváltozott uretert kellett benhagynunk, a beteg állapota és az inficiált vesetartalom miatt elálltunk az ureterkiirtástól. A beteg a műtét után még soká lázas volt, a nagy sebüreg lassan húzódott össze, a gümős sarjak ellen folytonos jodozással küzdöttünk, s a napokban a még most is fennálló sipolyt kikaparluk. A beteg most is igen gyakran vizel, a vizelése kevésbé fájdalmas. Megkisérlettük a hólyag kezelését jodoformos olajjal, higanyoxycyanát befecskendezéssel, egyiket sem tűrte. A műtét óta a beteg feltünően meghízott és megerősödött. Meg fogunk nála kisérleni óvatos tuberculinkezelést.

Ez alkalommal bemutatja *egy harmadik eset készítményét*; a vesekiirtást 5 héttel ezelőtt végezte. A készítmény a két előbb bemutatott vese között foglalhat helyet, már nagyobb tályogok láthatók, de még nem érte el a nagyobbodás azt a nagyságot, melyet az előbbi esetben láttunk. A súlyos ureterelváltozás és másodlagos fertőzés, a mely az ilyen nagy genyes vesezsákok létrejöttét előidézi, már ebben az esetben is jelen volt.

Weisz Ferencz: Az előadó 2. esetét nem lehetett hólyagtükörrel megvizsgálni és az uretereket megkatheterizálni, minthogy a hólyag nem tűrt meg semmit. Hasonló esetekben az oxygengáz beválik. A külföldi irodalmi közlemények biztatók. Az oxygent tudniillik az úgyszólván kapacitásnélküli hólyagok, melyek alig 10—20 cm³ folyadékot tűrnek, fájdalomcsillapító hatása miatt jót tűrik, másrészt az ily gázzal való megtöltéskor a cystoskopi kép ép oly élesen és tisztán látható, mint akármelyik más átlátszó folyadékkal való megtöltés után és végül az oxygennek állitólag gyógyító hatása is érvényesül.

Ilyen esetekben még egy kitünő diagnostikai segédeszközzel birunk a segregatorban. Haberern osztályán oly esetben, a midőn a hólyagnak nincs kapacitása és a 2 vese elválasztását külön-külön kell ismerni, a Luys-féle segregatort használjuk és ennek alkalmazása még oly esetben is sikerül és czélra vezet, midőn a hólyag 10 cm³ folyadékot sem tűr el.

Végül bátor vagyok az előadó úrtól kérdezni, hogy vajjon a műtét óta történt-e hólyagtükörrel vizsgálat, illetőleg lehetséges volt-e, mert tudvalevőleg ily tuberculosisos hólyagok a vese kiirtása után spontan, minden gyógybeavatkozás nélkül javulnak és esetleg érdekes volna tudni, hogy milyen állapotban van a visszamaradt ureter, esetleg a másik oldali vese és ureter működése.

Rihmer Béla: A segregatorról nincs kedvező tapasztalata, a betegek nem tűrik. Hólyaggümőkórban mindkét oldalt kapunk genyet. Vitális indicatio esetében operálunk. A betegnek most is rossz a hólyagja és ha megvizsgálnók, még rosszabb lenne.

Weisz Ferencz: A francziák annyira lelkesednek a segregatorokért, hogy az ureterkatheter fölé helyezik és Hartmann pl. a tankönyvében azt irja, hogy az ureter-katheterismust ma már nem igen gyakorolja, a mióta egy sokkal egyszerübb eljárással, a segregatorok alkalmazásával a vesék elválasztó működését külön-külön meg tudja határozni.

Balás Dezső: Hasonló esetet észlelt. A beteg folyó évi február 21.-én tétetett át Hochhalt osztályáról Janny osztályára. Baja 4 hó óta áll fenn. Hasa jobb felében kisugárzó fájdalmak. Óránként kell vizelnie. Mellkasi szervei épek. A bal fossa iliacában gyermekfejnyi hullámzó, fájdalmas, kissé mozgatható vándorvese. A jobb vese, a genitaliák épek. A vizelet savi, 1014 fajsúlyú, bőven tartalmaz genyet. Diffus cystitis purulenta, a bal ureter beszájadzása dudorzatos. A jobb vese vizelete tiszta, a bal veséből nem jött vizelet, mert a sűrű geny eldugaszolta a kathetert. Márczius 13.-án aethernarcosisban exstirpatio. A kéregállományban disseminált tuberculosis és ehhez társult pyonephrosis. Folyó hó 6.-áig jól volt a beteg, gyarapodott. Ekkor rázóhideg, a bal vesében fájdalmak, a hő 39·9 C.° A vizelet kevesebb, genyes; uraemiás tünetek nincsenek. A jobb vesemedencze punctiora genyet ad. Április 19.-én a beteg meghalt. Diffus cystitis, ureteritis és pyelitis purulenta. A tüdőben elmeszesedett gócz. Tehát elsődleges bal vesegümőkór, melyből pyelitis, cystitis purulenta és 24 nap mulva másik oldali pyelitis támadt, mely megölte a beteget. A nephrotomia kérdése szóba kerülhet. Gerster végzett ilyen esetben nephrotomiát, a mikor a gyógyszeres kezelés nem vezetett czélhoz.

Luxatio lentis symmetrica.

Balogh Ernő: 53 éves kovács. Előadja, hogy mindkét szemével 3 hét óta lát rosszul. Jobb szeméhez 5 év előtt félkilós vasdarab vágódott és szeme alatt megsérült. A zygomaticum felett a bőr alatt jelenleg is tapintható egy 20 mm. hosszúságú, ide-oda mozgatható vasrudacska, mely azonban egy még régebbi sérülésből származik. Bal szeme környékét 15 év előtt szintén egy negyed kilónál súlyosabb vasdarab sértette meg az alsó szemhéj alatt. Jelenleg is láthatók a sérülés nyomai heges kötegek alakjában.

A szemeken külsőleg semmi elváltozás (a jobb szemen az iris néha rezeg), de ha oldalagos megvilágitásban tekintjük, feltünik, hogy mindkét oldalon a pupilla színeződése nem egyforma, felül sokkal feketébb, alul szürkés, sőt ezen szürke tömeg éles convex határú.

A jobb szemen a felső sarlóalakú fekete terület sokkal nagyobb, a bal szemen kisebb, de feltünik, hogy felülről rostok húzódnak és tapadnak a szürke tömeg convexitásához. Világos tehát, hogy mindkét oldalon a lencse lefelé luxálva van, a mit még jobban észlelhetünk, ha átvilágítunk, mert a lencse convex széle mint fekete vonal mutatkozik a fény totális reflexioja folytán. Egyenes képben a jobb szemen egyszerre két papillát láthatunk a lencsén és az aphakiás területen keresztül.

A jobb szem visusa 5/30, melyet concav 2 D üveg 5/20-ra javít. A bal szem visusa 2/50, melyet concav 8 D üveg 5/30-ra corrigál.

Közelben a jobb szem + 3·50 D üveggel a Csapodi-olvasókönyv II. sorozatát, a bal szem a XIII-at olvassa.

A bal szem néha monoculáris kettős látással bir. A rövidlátóságot pedig azon körülményből lehet megmagyarázni, hogy a lencse függesztő készüléke elvesztette tonusát, a lencse domborubb lett és így az általa erősebben összegyüjtött sugarak szétszórására a betegnek concav üvegre van szüksége, hogy a reczehártyán némileg éles képet kapjon.

A jobb szemen a lencse nemcsak lefelé, hanem hátrafelé is luxálódott, sőt ha a beteg erősen felfelé tekint, akkor a lencse teljesen eltünik az üvegtest mélyében. A bal szemben látható rostok a zonula Zinni megnyúlt szalagjai.

A lencsének kétoldali subluxatioja a zonula Zinni rostjainak sorvadásával függ össze, az elszenvedett kétoldali contusio direct úton azt elő nem idézte, mert a rossz látás évekkel később mutatkozott.

A szemfenék, az üvegtest tiszta, a tápláló hártya látszólag nincs megbetegedve, úgy hogy a függesztőkészülék meglazulásának okát e körülményben sem lehet felfedezni.

Jackson-epilepsia spontan gyógyult esete.

Keller Kálmán: P. J., 32 éves, nős, kosárfonó 8 év óta epilepsia nocturnaszerű betegségben szenved a hozzátartozók bemondása szerint. Az eszméletlenségi görcsrohamok eleinte ½ évenként, az utóbbi időben már havonta is mindig éjjel jelentkeztek. Felvétetett a szt. István-kórház idegosztályára 1907 márczius 13.-án. Egy hete a jobb testfélben gyengeség jelentkezett, ugyanez idő óta e testfélen naponta számtalan, ½ óránként ismétlődő, Jackson-typusú roham eszméletlenséggel; hányni nem hányt soha, egy gyermeke egy hónapos korban halt el, nején abortus nem volt. Luest tagad, mérsékelt potus.

Jobboldali teljes flaccid hemiplegia ugyancsak a jobboldali facialis paresisével. A nyelv kiöltéskor kissé jobb felé deviál, de elég jól mozog. Beszéde nehézkes, gagyogó. A szemfenék teljesen ép (Blaskovics).

A pupillák egyenlők, kerekek, fényre a roham után kissé gyengén reagálnak. A jobboldali paresises testfél inreflexei fokozottabbak a baloldaliaknál. Jobboldalt clonus. A sensibilitás intact. A beteg kábult, a perceptio erősen csökkent.

Naponta 15—38 Jackson-epilepsiás roham a jobboldali flaccid hemiplegiás testfélben, mely a jobb felvégtagon kezdődik és innen terjed át az arczra és az alsó végtagra egyidejüleg.

E rohamok megszüntetésére 1907 márczius 19. én operatio czéljából áttétetett Herczel sebészeti osztályára a következő diagnosissal: Jackson-epilepsia, jobboldalt kivántatik a bal motoros kéregmező feltárása a sulcus centralis Rolandi felett.

A műtét kivitelére azonban szükség nem volt, a mennyiben az átszállítás után a görcsrohamok spontan megszüntek 2—3 nap alatt, a flaccid jobboldali hemiplegia szintén megjavult, úgy hogy a beteg 1907 április 2.-án a kórházat saját lábán hagyta el.

Hogy itt a trepanatio javalata okvetlenül fennforgott, az a dolog természetéből folyik.

Más kérdés azonban, vajjon mi idézte elő ezt az életet veszélyeztető rendkivül súlyos Jackson-epilepsiát, mely rohamosan köszöntött be és 14 nap alatt a hemiplegiával együtt spontan meggyógyult?

A felelet erre csak az lehet, hogy tekintettel arra a körülményre, hogy betegünk a bemondás szerint alkalmasint genuin epilepsiában évek óta szenved, nem zárható ki, hogy egy ilyen roham alkalmával a bal kéregmezőben, illetőleg az agyhártyákban vérzés következett be, mely a maga részéről nyomás folytán hemiplegiát és Jackson-rohamokat idézett elő. E mellett szól az is, hogy körülbelül 2 hét alatt ment át az eset a gyógyulásba, annyi idő alatt ugyanis, mint a mennyi a vér felszivódására szükséges.

Lueses gummosus encephalitis és daganat természetesen szintén szóba jöhetne, de ellenök szól az anamnesis és a kórlefolyás.

Salgó Jakab: Genuin epilepsiás egyénen támadt a Jackson-epilepsia. Bátor vagyok figyelmeztetni, hogy az epilepsiás rángási rohamok olyan sokfélék, olyan különös formákat öltenek, hogy ezen formai eltérésből külön kóralakra következtetni nem igen lehet. Annak a felvételnek, hogy a rángás folytán vérzés állott volna be, ellene szól, hogy az egész folyamat néhány nap alatt lezajlott és a kéreg részéről semmi tünet (hűdés) nem maradt vissza, úgy hogy nem utasitható el a feltevés, hogy egy különben epilepsiás egyénnek rángásai különös alakot vettek fel. Ilyen különböző sensorius és sensibilitási zavarok fenn szoktak állani. Csak a mult héten is felvételre került egy status epilepticusban levő beteg, a kin a rángások után teljes amaurosis támadt. Ennek okát nem derítette ki a vizsgálat: postepilepsiás tünet volt. Néhány nap mulva helyreállott a látás. Napokig tartó aphasia, hemiplegia keletkezhetik, mely gyorsan jön és megy.

Keller Kálmán: Maguk a Jackson-typusú rohamok a jobb testfélen nem vezettek volna az organikus elváltozás felvételére, hanem a flaccid hemiplegia utalt rá. A rohamok sú yos lefolyásúak voltak, félóránként jelentkeztek és az eszmélet megtartásával jártak. Lueses enkephalitis mellett is szóltak e tünetek. Biztos véleményt mondani nem lehetett.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1907 február hó 28.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Arnold.**

Az álhártyaletolás és az álhártyaeltömeszelődés lehetősége az O'Dwyer-eljárásnál.

Bókay János: 1. Álhártyaletolás intubatio közben aránylag ritkán észlelhető s csak a legritkább esetben válik végzetessé. A bekövetkezett asphyxia rögtöni extubatioval a legtöbbször megszüntethető, a mennyiben a mobilissá tett vaskos álhártya a tubus kivétele után úgyszólván azonnal expectoráltatik. Ha ez nem következik be azonnal, mesterséges légzés, illetőleg másodlagos légcsőmetszés végzendő.

2. Intubált egyénnél a tubusnak álhártyával való eldugaszolása nem gyakori jelenség s ha elő is fordul, a legtöbbször kedvező megoldást nyer az által, hogy az obturált tubus az eldugaszoló álhártyával együtt erős köhögéssel a légcsőből kiküszöböltetik. Hogy az esetleges obturatio végzetessé ne válhassék, a folytonos felügyelet, vagyis kellőleg kioktatott ápoló folytonos ügyelete elengedhetlenül szükséges. A tubust rögzítő fonálnak meghagyása s rögzítése a nyakon az intubatio után lehetővé teszi, hogy a rögtöni extubatio obturatio esetén esetleg nem orvos által is végezhető legyen.

Az oesophagoskopiáról.

Winternitz M. Arnold és Paunz Márk. (Eredeti közléseink során egész terjedelemben hozzuk).

Patkóvese mellett végzett vesekiirtás esete.

Winternitz M. Arnold. (Lásd a „Budapesti kir. orvosegyesület“ XVI. rendes üléséről szóló tudósitást lapunk 20. számában.)

(IV. ülés 1907 május hó 2.-án.)

Elnök: **Haberern J. Pál.** Jegyző: **Winternitz Arnold.**

Sequesterképződés útján gyógyult subcutan májsérülés.

Fogarassy Viktor: D. G. huszárt közvetlen közelből ló rúgja meg jobboldalt, a mire összeesik, 4 óráig eszméletlen és 2 napon át hányásingere van. 50 órával a sérülés után kerül a kórházba. St. pr.: Beesett szemek, aggodalmas arczkifejezés, felületes légzés, perczenként 36, az érverés kicsi, de eléggé telt, perczenként 106. Hőmérsék 38·6°. Lapocz-, máj- és ileocoecális táji fájdalmak. A jobb tüdő felett elül a 4., hátul az 5. bordától lefelé tompulat, alig hallható légzés, gyengült pectoral fremitus. A májtompulat a bordaivig terjed, azon alul a musc. rectus lateralis szélétől kifelé fájdalmas, dobos színezetü tompulat; a hasfalak deszkakemények, a köldök magasságában erős harántbarázda. Másnap erős láz, 39° mellett icterus universalis, a vizelet napi mennyisége 500 gm, erős epefesték-reactioval. Öt nappal később a láz, icterus és a has jobb felében levő tompulat eltünik. Tizennégy napig láztalan, subjectiv javulás, táplálékfelvétel. Ekkor rázóhideg, magas láz; a próbapunctio a mellüregben genyet mutat ki, miért is morphin-aethernarcosisban a hónaljvonalban a 8. bordaközben thoracotomia; ugyanakkor a rekeszizom alól 500—600 gm.-nyi, epével kevert véres geny ürül. Erre 11 napig majdnem teljes láztalanság után ismét magas láz, a mélyből próbapunctioval genyet kapunk elzsirosodott májsejtekkel. Morphium-aethernarcosisban a thoracotomia helyén a 8. és 9. borda resectioja után a rekeszizom alatt levő tályogüregből férfiököl nagyságának megfelelő zsirosan elfajult májrészletek távolíttatnak el; tamponálás után nyitott kezelés mellett 10 hét mulva teljes gyógyulás.

A bemutató esete kapcsán azon véleményének ad kifejezést, hogy a tan- és kézikönyvek részéről a májsérülésekben még diagnostikai czélból is ajánlott laparotomia végzése azon esetben, ha életveszélyes vérzés nincs, nem javult. Ezen felfogást megerősíti a délafrikai, valamint az orosz-japán háborúban észlelt és conservative kezelt hassérüléseknek kedvező statistikája is.

Transperitoneális úton kiirtott vesesarkomák.

Winternitz Arnold: Rosszindulatú vesedaganatoknál, ha a bordaív alól kiemelkedve a köldök niveauját és a középvonalat elérik vagy e határokat meghaladják, a transperitoneális műtétmódot ajánlja. Nagyobb méretű vesedaganatok ugyanis tömegük háromnegyedével tulajdonképen már intraperitoneális fekvésüek és csak egy kisebb hátulsó-felső részletük fekszik extraperitoneálisan a vese normális helyzetének megfelőleg. A növekvő vesedaganatok ugyanis növekedésük közben nem emelik le az oldalsó hasfal peritoneumát, hanem csak a colont tolják elő, az oldalsó hasfal peritoneuma és a mesocolon külső lemezébe való áthajlási redő pedig a helyén marad. Innen van, hogy extraperitonealiter a nagyobb daganatok alsó polusát megkerülni nem igen lehet. Azonkivül tekintetbe kell venni, hogy a rosszindulatú daganatok igen gyorsan összenőnek az őket fedő peritoneummal, ez tehát a tumorral együtt kiirtható.

A transperitoneális eljárás előnyei: 1. kényelmes és jó áttekintést nyujt a fennálló viszonyok felől; 2. a colon letolása után a chilus erei a műtét korai szakában már leköthetők, mi által a vérvesztés minimális; 3. a daganatot fedő, azzal esetleg összenőtt hashártya kiirtható.

A bemutató a műtétet egy a köldöktől kiinduló harántmetszésből végzi, melyhez szükség szerint még a középvonalban csatol egyet. A tumor ágya felett a hátulsó hasfal peritoneumát egyesíti és az extraperitoneális üreget a lumbaltáj felé drainezi.

Eddig a műtétet 5 esetben végezte gyermekkori vesesarkomák miatt. Egy esetében a tumor a vesegyüjtőéren át már a v. cavába tört; ezen esete halállal s a többi gyógyulással végződött.

A vena jugularis alákötésének kérdéséről infectiosus lateralsinusthrombosis esetében.

Török Béla. (Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.)

Fleischmann László: Csak néhány szóval óhajtom jelezni azon álláspontot, melyet a Böke tanár vezetése alatti fülészeti tanszék és az ezzel kapcsolatos Rókus-kórházi fülosztály elfoglal. Mi elvileg minden otogen sinusthrombosisnál lekötjük a vena jugularist két okból: 1. praeventive, 2. mert a gyógykezeléshez hozzátartozó factor. Praeventive azért, mert a sinusthrombosist megoperálni a jugularis alákötése nélkül nem is szabad. Gondoljunk csak azon veszélyekre, melyeket az egy óráig tartó műtét a thrombosisra nézve jelent. Minthogy kivülről nem tudjuk, hogy a thrombus solid-e, vagy ellágyult, sohasem mondhatjuk, hogy az előzetes trepanatio folytán nem jutnak-e thrombusrészek a véráramba. Hogy milyen könnyen juthatnak venából thrombusok a véráramba, láthatjuk a gyermekágyasoknál, a kik pedig nyugodtan fekszenek, míg itt a koponya folyton rázkódtatást szenved. Ezért a v. jugularis primaer alákötendő. Természetesen máskép áll a dolog, a hol a diagnosis nem biztos, mert először a csontműtétet kell elvégezni és mihelyt a műtét azon phasisához értünk, melyben megállapítható a sinusthrombosis, alá kell kötni a v. jugularist. Nem elégedhetünk meg a primaer gócz kiirtásával a következő okokból. A sinusthrombosis két részből áll: thrombosisból és phlebitisből. A phlebitis fennmarad a műtét után, még ha a thrombust teljesen sikerült is eltávolítani. Tudjuk, hogy a tamponade után jelentkező thrombusok újból ellágyulhatnak és elgenyedhetnek épen a phlebitis folytán és igy direct pyaemiának teszszük ki a beteget, ha a v. jugularist nem kötjük alá. A phlebitis nemcsak a laterális sinusfalra szoritkozik, hanem a viscerális lemeze is meg van betegedve, ez újból okot szolgáltathat arra, hogy a képződött thrombusok elgenyedjenek

A sinusthrombosis műtéte után nem deferveskál a beteg 1—2—3—7 napig, hőemelkedések és hidegrázások jelentkeznek, jeléül annak, hogy a phlebitisből thrombus képződött. Ezért minden esetben alákötjük a vena jugularist. Ez a mi álláspontunk.

Winternitz Arnold: A diagnostikája a kérdésnek nem könnyű dolog. Rövid idővel ezelőtt egy esetében a thrombosis a vena jugularisban a subclaviáig terjedt a nélkül, hogy a nyakon ki lehetett volna mutatni, sőt az operationál is szépen undulált a v. facialis alatt és vért tartalmazott a jugularis, a facialis benyilása felett azonban üszkös thrombus által teljesen el volt zárva. A thrombus a vena facialis alatt csak a jugularisnak hátulsó falára szoritkozott és mint úgynevezett fali thrombus terjedt le a subclaviáig. A klinikai tünetek azonban thrombosis mellett szóltak. A mellett vagyok, hogy a sinus sigmoideus thrombosisa esetén okvetlenül aláköttessék a v. jugularis a v. facialis felett, de meg kell nézni az alatta levő részt is, nincs-e esetleg a lehágó részben fali thrombus.

Azon postulatum, hogy a vena jugularist előre kössük le és azután csináljuk a radikális műtétet és irtsuk ki a thrombust, azt hiszem, csak theoriás értékű, mert a sinusthrombosis diagnosisa nem egészen biztos. Helyesebb az, hogy az ember megcsinálja előbb a radikális műtétet, szabaddá teszi a sinus falát és ha thrombust talál, leköti a vena jugularist.

Szegedi Orvosegyesület.

(1907 április 10.-én tartott ülés.)

Elnök: **Faragó Ödön** dr. Jegyző: **Berger Mór** dr.

(Vége.)

4. Eisenstein Károly: „Újabb szülészi dolgok.“

A szülészeti reformok főbbjeit ismerteti, úgy a mint a szegedi női klinikán elfogadva vannak. A pubiotomiát nagy nyereségnek tartja, de csakis akkor megengedhetőnek, ha kivüle már csak a perforatio jöhetne szóba, tehát ha a szük medencze a szülés alatt konstatáltatik, és mindig magas fogó kisérlete után. Technika tekintetében subcutan eljárást követnek, kis bőrbemetszések alkalmazásával.

A művi koraszülést mindig megindítandónak tartja, ha a medenczeszükület jelentékenyebb foka már a terhesség alatt konstatálható (9 cm.-nél kisebb conj. vera). A szegedi női klinikán kizárólag a Champetier-féle metreurynter van e czélra használatban és az eredmények minden tekintetben kitünőek.

A conjugata verát directe mérő eljárások közül a Zweifel- és a Gauss-féle mérők alkalmazását mutatja be; a mérés kivitelét elég egyszerünek, bár néha elég fájdalmasnak is mondja. A mérésnek a legnagyobb gondossággal kell történnie, mert igen sok hibaforrást kell elkerülni. A nyert számok a conj. diagonalis után való becslés által nyertektől nem sokban térnek el, azoknál inkább valamivel nagyobbak. Ha az ujjal való indirect becsléssel megelégszünk, a symphysis alakját minden esetben pontosan meg kell állapitani, mert néha annak csak a felső része igen vastag és a medenczeüreg felé elöugró. A Gauss szerinti mérés mellett persze az ebből származható tévedések elkerültetnek.

A méhszájt tágító eljárások kapcsán a metreurysis egyéb alkalmazásait ismerteti. Annak használatát mint fájdalomkeltő szerét, továbbá a méhszáj lassú és gyors tágítására. Átjárható nyakcsatorna mellett, ha a portio nem túlságosan húsos vagy rigid, a ballontágítást a legalkalmasabbnak tartja a gyors tágítás czéljaira is. Keresztfekvésnél időelőtti hólyagrepedés eseteiben szintén kitünő szolgálatot tesz, nemkülönben 4—7 havi abortusoknál, ha szük méhszáj, hosszú portio és fájdalomgyengeség találkoznak, mely esetekben az egyéb módszerek alkalmazása sokszor igen nagy nehézséggel jár, különösen macerált magzatoknál.

A Dührssen-féle mély bemetszéseket hüvelygátbemetszéssel igen nagy beavatkozásnak tartja.

A Bossi-féle tágítónak Knapp-féle modificatióját mutatja be. A műszert a klinikán elég gyakran alkalmazzák és sokszor érnek el vele igen szép eredményt. A méhszáj mély berepedései gyakoriak használata után. 10 eset közül kettőben a repedés a parametriumot nyitotta meg, de egyetlen egy esetben sem okozott complicatiót láz vagy a gyermekágy alteratioja alakjában. Indicatiók tekintetében a legjobb meggyőződéssel csatlakozhatnak Leopoldhoz, ki contraindicatiót lát a műszer használata ellen tömeges portio és hosszabb nyakcsatorna jelenlétében.

A Dührssen-féle vaginális császármetszést nem tartja a Bossi-féle tágítóval concurráló eljárásnak. Érintetlen szülőutak mellett, különösen első szülőnőknél, és a terhesség koraibb hónapjaiban az utóbbi contraindikált lévén, mindenesetre igen nagy nehézségekkel kivihető, az idevágó esetek teljesen a vaginális császármetszés számára tartandók fenn. Ez utóbbi eljárás 15 percz alatt fejezi be a szülést az említett esetekben, melyekben más szóba sem jöhet. Mann tanár egyszer végezte a műtétet, mely úgy az anyára mint a magzatra nézve áldásosnak bizonyult. Minthogy eklampsiánál a szülés haladéktalan befejezésének nagy előnyei ma már vitán felül állanak, a vaginális császármetszés helye is szilárdul meg van határozva a szülészeti műtétek sorában, mint oly eljárásé, mely ezt a rögtöni befejezést minden körülmények között lehetővé teszi.

Az előadáshoz hozzászólt: Boros József, Kovács József és Wolf Ferencz.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907. évi február hó 23.-án tartott IV. szakülés.)

Elnök: **Turcsa János.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Makara Lajos: „Tapasztalatok a lumbális analgesiáról és e tan mai állása".

Felesleges volna ma már fejtegetni, milyen fontos szerepe volt a műtéti érzéketlenítésnek a sebészet fejlődése körül és milyen érdeme van azon bizalomban, melynek ez idő szerint a sebészet örvend. Természetesnek találjuk tehát az érdeklődést, melylyel úgy az orvosi világ, mint a nagy közönség minden e téren felmerülő haladás iránt viseltetik. A klinikáknak kötelessége az értékesnek látszó módszereket kipróbálni és tapasztalataik alapján tárgyilagos bírálatot mondani. Ez indította előadót mai előadása megtartására.

Előadó felsorolja az altatás terén történt haladást, ismerteti a helyi érzéketlenítést, részletesen tárgyalja a *lumbalanalgesia* történeti fejlődését, majd személyes tapasztalatairól szól. Nehezen tudott szabadulni az idegenkedéstől oly módszerrel szemben, melynek veszélyeit a nacrosisénél nagyobbnak látta, a nélkül, hogy megfelelő előnyei lettek volna. Csak a midőn a stovainanalgesiák sikereit nagy számmal közölték, látott a módszerben mást, mint érdekes élettani kisérletet.

Két novocain-suprarenin-esettől eltekintve kizárólag *stovain-epirenint* használt. Megkisérelték a lumbalanalgesiát összesen 150 betegen; kettőn a gerincz elferdülése miatt nem sikerült, s így maradt 148, kik közül 127 férfi, 23 nő. A legfiatalabb 17, a legöregebb 70 éves volt. Végeztek a 148 betegen 66 szabad lágyéksérv, 3 szabad czombsérv, 23 kizárt lágyéksérv, 2 kizárt czombsérv, 4 sérv és hydrokele, 5 hydrokele, 1 vulvadaganat, 5 herekiirtás, 2 varikokele, 1 végbélrák, 3 sipoly, 12 aranyér, 3 külső húgycsőmetszés, 4 hólyagkő-műtétet, a czombon 5, a térden 6, a lábszáron 18, a lábon 2 műtétet.

A két novocain-adrenalin-esetből az egyiken beállott az analgesia, a másikon nem.

A 146 stovain esetből

teljes analgesia volt	. .	106 esetben.
rövid „ „	. .	9 „
hypaesthesia „	. .	12 „
nem állt be az analgesia	.	19 „

Az analgesia rendszerint 4—5 percz alatt állott be, ritkán később. A liquor kifolyása nélkül sohasem injiciáltak. A műtét alatt súlyosabb mellékhatásokat nem észlelt, egy betegen mutatkozott mérsékelt collapsus, a mely kámfor befecskendése után megszünt, egyen hányás mellett gyenge érverés, 3 hányás, egyen émelygés. Nem ilyen kifogástalanok az *utóhatást* illető eredmények. 83 esetben nem volt számbavehető panasz, 19 esetben volt fejfájás, 12 esetben hátfájás, 21 esetben fej- és hátfájás, 1 esetben tarkófájdalom, 8 esetben hányás, 2 esetben álmatlanság, 1 esetben étvágytalanság.

Előadását a következőkben foglalja össze:

1. Legalkalmasabb szereink a *stovain* és a *tropacocain*.

2. A jól sikerült lumbalanalgesia a műtőre és betegre kellemesebb, mint az altatás.

3. Baja a módszernek, hogy hatása nem mondható meg előre, némely esetben az analgesia nem sikerül, máskor túlságosan rövid ideig tart.

4. Ellenjavalt gyermekeknél, fertőző gyuladásoknál és ideges egyéneknél.

5. A lumbalanalgesia használhatósága korlátolt.

Szóval a lumbalanalgesia nem konkurrens módszere a narcosisnak, *de vannak olyan előnyei is, hogy használatát továbbra is fenntartandónak véli*, de azért *törekvésünk súlypontja továbbra is a narcosisok tökéletesítése legyen.*

(1907 márczius hó 2.-án tartott szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Szegedy József hasi actinomycosis esetét mutatja be.**

Pár héttel ezelőtt egy hasfali actinomycosis-esetet mutatott be. Érdemesnek tartotta a jelenlegi eset bemutatását is, egyfelől hogy felhivja a figyelmet a betegség gyakoribb előfordulására, másfelől, hogy a multkori súlyos esettel szemben a betegségnek mintegy könnyü alakját mutassa be. A jelen eset egész lefolyásában szokatlan enyhe volt s kis beavatkozásra feltünő rövid idő alatt gyógyult.

S. F. 20 éves asztalossegéd, felvétetett 1906 deczember 21.-én. A beteg előadja, hogy két és fél évvel ezelőtt állítólag súlyemelés után jobb oldala fájni kezdett, majd alhasának jobb felében daganat képződött, mely szürke kenőcs alkalmazására öt hét alatt elmult. Görcse, hasmenése, székrekedése, láza nem volt. E bajának elmultával ismét teljesen egészségesnek érezte magát, míg öt héttel ezelőtt állítólag ismét nagyobb teher emelésére fájdalmak jelentkeztek alhasának jobb felében, melyek járás és munka közben fokozódtak.

Felvételkor a has egészben véve puha tapintatú, a jobb hypogastrium nyomásra kissé fájdalmas, e helyen resistentia tapintható, mely tömött és sima felszinü, a csípőtányérral összefüggésben látszik lenni; a resistens térfogatmegnagyobbodás a spina ant. sup. magasságában kezdődik és le- és befelé majdnem a Poupart-szálagig, illetve a középvonalig terjed, felette a hasfal szabadon mozgatható, ellenben a daganat fix, nem mozgatható. Hőemelkedés nincs.

1907 január 5.-én a lelet változatlan; próbapunctio a homályos fluctuatio miatt, de a lelet negativ. Január 12.-én. A daganat növekszik, a hasfal nem tolható el felette, a hőmérsék fokozatosan emelkedik.

Január 28.-án. Incisio; a Poupart-szálaggal párhuzamosan kb. 10 cm. hosszú metszés. A hasfal megnyitása után sarjszövettel kitöltött üregbe jut, éles kanállal való kikaparás után jodoformgazé-tamponálást és drainaget alkalmaz. A sarjszövetben *Félegyházi Ernő* actinomyces-szemcséket talált.

A beteg másodnaponkénti kötést kap, a beszürődés gyorsan visszafejlődik, az üregből igen kevés váladék ürül. Jelenleg csupán felületes kis sarjadzó seb látható.

Elfer Aladár kérdi az előadótól, vajjon az eddig észlelt esetekben mindig a jobb oldalon találta-e az actinomycosist?

Hevesi Imre hozzászólásában felemlíti, hogy a sugárgombabetegség lefolyásában csakugyan, mint a bemutató is emlitette, nagy eltérések mutatkoznak. Még az általán könnyebbnek tartott állkapocs-actinomycosis-esetek közt is vannak igen súlyos alakok, melyek gyorsan, egy két hónap alatt már a koponyaalapot elérik, míg máskor a folyamat egy fél—egy éven át is aránylag felületes marad. Felemlíti ezt illustráló két esetét. Az egyikben 20 éves, erőteljes asszonyban súlyos, a másikban, 14 éves vézna fiúban aránylag enyhe volt a lefolyás. Erdélyben az utóbbi időben, 1900 óta, a mikor hozzászóló az elsőt bemutatta, mind gyakrabban kerülnek észlelés alá az actinomycosis-esetek.

2. **Konrádi Dániel a veszettség gyors és biztos kórismézésének nehézségeiről szól.** Legkönnyebb a kórisme, ha az élő állaton jelentkező tüneteket látja az ember, ámbár vannak úgynevezett *atypusos* alakok, melyekben a tünetek nem olyan jellemzetesek. Már jóval bizonytalanabb a kórisme megállapítása az állat tetemvizsgálatából, mert a gyomorban található idegen testek, az emésztőcsatorna és a légzőszervek kisebb nagyobb fokú hurutja hiányozhatnak, vagy pedig más okokból is származhatnak. Legbiztosabb módnak bizonyult ilyen esetekben az állatkisérlet. Ez azonban csak 2—3 hét mulva ad felvilágositást.

Érthető tehát, hogy mily érdeklődéssel fogadta a tudományos világ *Negri* fölfedezését, a kinek vizsgálódásai szerint a kóbórveszettségben elhullott állat (főleg kutya) Ammon-szarvában, valamint a központi idegrendszer más helyein határozott alakkal és szerkezettel biró képletek vannak, melyeket az előadó rajzokon demonstrál. Ezeket a testecskéket *Negri* a veszettség parasitáinak tartotta és protozoonoknak nézte. Egészséges, vagy másféle betegségben elpusztult állatokban sohasem találta s így a veszettségre fajlagosaknak mondja. *Negri* felfedezését a buvárok igen nagy része megerősítette, csupán parasitatermészetük ellen támadtak ellenvetések. Valódi természetük ma sincs megállapítva, de az a körülmény, hogy a mikor megtalálták, az állatkisérlet is bizonyító volt, nagy mértékben emelte diagnostikai jelentőségüket. Előadó ismerteti ezután a *Negri*-testecskék eddigi irodalmát és bemutat kóborveszettségben elhullott kutyából, valamint megállapodott ragálylyal (fix virus) beoltott nyúlból származó *Negri*-féle

testeket. Vizsgálódásait tovább folytatja különösen abban az irányban, hogy vajjon megtalálhatók-e ezek a testecskék mindazokban a részekben, a melyek a fertőző anyagot tartalmazzák, különösen a nyálban és nyálmirigyekben, melyekben a kimutatásuk eddig még senkinek sem sikerült.

PÁLYÁZATOK.

2602/907. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú határozatával **Csikszentsimon** székhelylyel újjászervezett **oltmenti körorvosi állásra**, melyhez Tusnád, Csikverebes, Aratószeg, Csikszentsimon, Csikszentimre és Csikszentkirály községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi **julius hó 30.-áig** adják be. Ezen határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: 1560 korona évi fizetés, 180 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási dijak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvosi állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1907. évi junius hó 24.-én.

3—1 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2602/907. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú végh. határozatával újjászervezett **csikszentmártoni körorvosi állásra**, melyhez Csiknémaság, Csikszentgyörgybácskafalva, Csikszentmárton, Csikcserefalva, Kozmás és Lázárfalva községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi **julius hó 30.-áig** hozzám adják be. Határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: évi 1620 korona fizetés, 240 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási dijak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvos állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1907. évi junius hó 24.-én.

3—1 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2399/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásában levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi és prigori körjegyzőségek, valamint a pervovai körjegyzőségből Pervova és Sumicza községek. A kör tehát 12 községből áll egyelőre, valószinüleg ide lesz csatolva még Lapusnicsel község is.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott dijak.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. § ában, illetve 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előirt képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi **augusztus hó 15.-éig** hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választás határnapja tekintetében később fogok intézkedni és erről pályázók értesitve lesznek.

Megjegyeztetik, hogy Bozovics község 4500 lakossal bir, van kir. járásbirósága telekkönyvi hivatallal, adóhivatala, 3 takarékpénztára, 6 ügyvéde, nagy az intelligenceiája, ezzel szemben magánorvos itt letelepedve nincs, ennél fogva magángyakorlatra megfelelő kilátás van.

Bozovics, 1907. évi junius hó 25.-én.

3—1 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

4402/907. sz.

A Budapesti Kerületi Általános Munkásbetegsegélyző Pénztár Igazgatósága a következő **orvosi állásokra** hirdet pályázatot:

1. F. évi julius hó 15.-én betöltendő évi 1600 korona kezdő fizetéssel javadalmazott kezelőorvosi állásra **Erzsébetfalván**.

2. F. évi julius hó 15.-én betöltendő évi 1200 korona kezdő fizetéssel javadalmazott orvosi állásra Budapesten a Dohány-utcza, Csányi-utcza, Dob-utcza és Kazinczy-utcza közötti területen.

3. F. évi julius hó 15.-én betöltendő évi 1600 korona kezdő fizetéssel javadalmazott kezelőorvosi állásra Budapesten az V. ker. u. n. Vizafogó területére. Az ide megválasztandó orvosnak a Vácsi-uton kell laknia.

A kellően felszerelt kérvények f. hó 12-éig a Budapesti Kerületi Általános Munkásbetegsegélyző Pénztár főorvosi hivatalához (VII., Dob-utcza 75, I. 10) nyujtandók be.

Budapest, 1907. évi julius hó 1.-én.

Az Igazgatóság.

201/907. eln. sz.

Bihar vármegye közkórháza elmebeteg-osztályánál egy **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

Ezen megürült, s főispáni kinevezés útján betöltendő, évi 1200 korona fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évüket töltő orvos urak is pályázhatnak.

Felhivom pályázni óhajtó urakat, hogy Bihar vármegye főispánjához czimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám **julius hó 15. napjáig** adják be.

Nagyvárad, 1907. évi julius hó 3.-án.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

524/907. sz.

Talpas községben az **orvosi állás** megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatás, 40 fillér halottkémlési és 40 fillér hüsszemledijjal egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi **julius hó 31.-éig** adják be.

Kisjenő, 1907. évi julius hó 2.-án.

3—1 *A főszolgabiró.*

11,942/907. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, elelmezés, fütéssel és világitással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi **julius hó 17. napjáig** méltóságos Dr. Ambrozovics Lajos főispán úrhoz czimezve nyujtsák be.

Szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1907. évi julius hó 17.-én.

3—2 *A polgármester.*

319/907. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegü megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi **1600 korona** fizetéssel, két szobából álló bútorozott lakással, fütés és világitás élvezetével javadalmaztatik azon hozzáadással, hogy a fizetés 1908. évi január hó 1.-étől számitólag — belügyministeri döntés alatt álló törvényhatósági határozattal — 2000 koronára lett felemelve.

Felhivom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerüen felszerelt, Csik vármegye főispánjához czimzett kérvényeiket **1907. évi julius hó 15.-éig** alantirt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1907. évi junius hó 10.-én.

3—2 *Dobribán Antal* dr., kórházi igazgató.

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

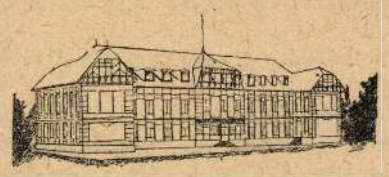
kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.



„Hévíz"-Szanatorium és Gyógyszálloda

(Keszthely-Hévíz, Za a m.)

10 holdas meleg iszaptó, iszapgöngyölések, fürdők, massage, villamozás a házban.

Pensionrendszer, diaetás gyógymód.

Prospektussal és felvilágositással szivesen szolgál **„Hévíz"-Szanatorium és Gyógyszálloda igazgatósága** és **Schulhof Vilmos** dr. fürdőorvos.

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka.

Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elháritja ezeket.

A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: NESTLÉ

Wien I., Biberstrasse 11.

Helyettest keres azonnal

4146

2—3 hónapra **Dr. Horovitz Arthur** járásorvos, Girált, Sáros vm. **Feltételek. A hivatalos és magánorvosi teendők elvégzéséért:** 1. lakás, 2. a magángyakorlatból befolyó jövedelem, 3. hivatalos utak fuvardíjának megtérítése, 4. 100 kor. havonként. Ajánlatokban a képesítés és nyelvismeretek megjelölése szükséges.

Dr. EMMERICH gyógyintézete

Morphium- Heroin- Cocain stb., Alkohol-,

idegbetegek részére. **BADEN-BADEN.** Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskendő 4—6 hét mulva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

= Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.) — 3303

Tulajdonos és vezető orvos: **Dr. Arthur Meyer. – 2 orvos.**

Hunnia-forrás természetes, alkalikus, sós savanyúvíz.

3602

Ezen gyógyvízben az uralkodó alkatrészek mennyisége (19·6794 gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette úgyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmulja. Nagy előnye a víznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes izű és könnyen emészthető.

— Főraktár: **Édeskuty L., Budapest.** — Kútkezelőség: **Brassó.** —

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(„Margittelep" Beregmegye)

a **gyomor, belek, húgyhólyag** s különösen a **légzőszervek hurutos** bántalmainál **igen jó hatású** még akkoris, ha **vérzések esete** forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson. 3652

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. 3580

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Dr. Faragó és Társa

vegyi, orvosi és gyógyszerészeti laboratorium

Budapest, IV., Deák Ferencz-utcza 21.

Teljesit diagnostikai és bacteriologiai vizsgálatokat: vizelet-, köpet-, vér-, bélsár- stb. analysiseket. 2665

Vezető: Dr. Faragó Andor, kir. törvényszéki hites vegyész.

Vidéki megrendelések is pontosan eszközöltetnek.

Név védve. **Extractum** Név védve

Chinae „Nanning"

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

1858

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

TARCSA gyógyfürdő Vas vármegyében. — Glaubersótartalmu szénsavdús vas-források. Természetes szénsavas (aczél) és vasas, valamint vasláp-(moor)-fürdők. A tarcsai vasláp — mely a franzensbadihoz hasonló — dr. Hankó tnr., a tudományos akadémia tagjának vegyelemzése szerint **Magyarországon a legjobb, sőt a világhirü Marienbadit is jóval felülmulja úgy vastartalomban, mint szerves alkatrészekben. Ujonnan épült modern hidegvizgyógyintézet férfi- és női osztálylyal.** Kényelmesen berendezett **olcsó lakások,** vendéglőkben **izletes** és páratlanul **olcsó étkezés,** új kávéház és tejcsarnok, villanyvilágitás, térzene, szép kirándulások, kellemes hüvös éghajlat, gyógyszertár. Állandó fürdőorvosok: **dr. Barta Kornél** v. tanársegéd és **dr. Glück Gyula** a vizgyógyintézet vezetője. **A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység, ideges bántalmak, szívbajok, csúzos** (rheumás) **megbetegedések,** továbbá a **légzési — emésztési — és vizeleti szervek** bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május hó 19.-től szeptember hó végéig

Elő- és utósaisonban tetemesen olcsóbb árak. Tarcsai Károly-forrás igen kedvelt borvíz és hurutos bántalmaknál kiváló hatású. Lakás- és ásványvízmegrendelések a fürdőigazgatósághoz intézendők. Kivánatra prospectus. **Vasuti állomás, posta és távirda helyben. Budapestről és Győrből »Tarcsa-fürdő« föliratú közvetlen I. és II. osztályú kocsik közlekednek naponta oda és vissza.**

Előpatak

gyógyfürdő kiválóan jó eredménynyel használható a **gyomor, vese, hólyag és a méh hurutos bántalmainál, máj- és lépbajoknál, köszvény és csüznál, altesti pangásoknál, valamint bármely az idegesség alapján fejlődő betegségeknél.** A nagyhirü **előpataki gyógyvizek** orvosi javaslat szerinti ivása, összekötve a megfelelő és itt feltalálható kisegitő gyógyeszközökkel (meleg és hideg fürdők, vízgyógyintézeti kezelés, massage, svédtorna, diaetetikus étrend) **rendkivül kedvező eredményt mutat fel.** Fürdőidény: **május 15.-étől szeptember 15.-éig.** Vasúti állomás: Földvár és Sepsiszentgyörgy, honnan állandó olcsó kocsiközlekedés van. Lakás, ellátás olcsó és választékos. Az elő- és utóidényben (május 15.-től junius 15.-éig és aug. 20.-tól szept. 15.-éig) a gyógy- és zenedijnak fele fizetendő, lakások 50%-al és ellátás is sokkal olcsóbb. **Az előpataki ásványvíz,** mely a szénsavdús, égvényes vasas vizek között első helyet foglal el, mint gyógyeszköz, háznál is használható és **üdítő, kellemes ital** tisztán vagy borral vegyítve, nagy kedveltségnek örvend. Itthon és a külföldön évenként egy millió palaczknál több kerül forgalomba. Szétküldési hely Előpatak, de kapható a legtöbb városban és nagyobb kereskedésben.

3825

Prospektust kivánatra ingyen küld az igazgatóság

Rodagen

Uj specifikus gyógyszer

2 grammos tablettákban vagy por alakjában.

Morbus Basedowii ellen

3222

(V. ö. Burghart & Blumenthal. Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom ingyen.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzufer 16.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítással szivesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

LUBLÓFÜRDŐ

kiterjedt fenyveserdők között.

Szénsavas-, vasas- (pezsgő) és moórfürdők.

Vasas források felette dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi-gyógymód. Kitünő sikerű vérszegénységnél, az idegrendszer idült bajainál, szivbántalmaknál, általánosan gyengeségnél, súlyos betegségek, testi és szellemi túlerőltetés után, különösen pedig női bajoknál. Pormentes, védett fekvés (556 m.). — Állandó fürdőorvos: **dr. Platzer Sándor** volt tanársegéd néhai Kézmárszky tanár egyet. klinikáján. — Kényelmes lakások, kitünő vendéglő jutányos árak mellett. — Posta- és távirda-állomás. — **Elő- és utóévadban** tetemes árkedvezmények. — Bővebb felvilágositással szolgál és képes prospektust küld

az uradalmi fürdőgondnokság Lubló-fürdőn
(Szepesmegye).

DARUVÁR FÜRDŐ

Szlavoniában, a Délivasut állomása.

A Szlavon középhegység egyik kies völgyében.

Vasas hőforrások és iszapfürdők 34-50 C°.

Fangó-gyógykezelés, hidegvízkúra, massage, villamos kezelés.

Kitünő gyógyeredmények vérszegénységnél, női bajoknál, csúzos és köszvényes bántalmaknál és idegfájdalmaknál, különösen ischiasnál.

* Egész évben nyitva. Mérsékelt árak. *

Szép berendezésü lakószobák, olvasóterem, fürdő-zenekar, kölcsönkönyvtár, Lawn-tennis, tekepálya, érdekes kirándulások stb. stb.

Az elő- és utóévényben tetemes árengedmények.

Prospektusokkal szivesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

Thurzó-Füred

Gölniczbánya mellett déli Szepességben.

Remek ősi fenyvesben fekvő klimatikus gyógyhely és vízgyógyintézet.

Igen védett hely, enyhe szép tavaszi időjárással.

Kúrák már május hó 15-től fogva állandó fürdőorvos vezetése alatt.

Igen olcsó előszezon. Teljes ellátás (koszt, lakás és kiszolgálás) **heti 16—18 forint.** — Részletes prospektus az igazgatóságnál szerezhető be. 4112

Első szaktekintélyek használják.

Üvegje 1.50, 2.50 és 4.50 korona.

Waltersdorfer Pál
droguista
Budapest, VII., Rákóczi-út 8. szám.

! Törvényileg védve !

Waltersdorfer-féle

Benzinol

az Aether és Benzin helyettesitője, orvosi czélokra.

Nem tűzveszélyes!

Nem ég! Nem robban!

Óvakodjunk utánzatoktól!!!

A Waltersdorfer-féle „BENZINOL" kapható a legtöbb gyógyszertár és drogeriában, vagy a fenti főraktárban.

Kórházaknak kiválóan előnyös árak.

Számos elismerő levél.

VIZGYÓGYINTÉZET

VÖSLAU-GAINFARN.

Déli vasúttal 1 órányira Bécstől. Egész éven át nyitva.

Vasuti, posta-, távirda- és telefon-állomás (Vöslau 12).

Valamennyi természetes diaetetikus gyógymód. — Négy külön szakmára oktatott segédorvos.

Prospektusokat küld az intézet vezetősége vagy a vezető-tulajdonos:

Dr. THEODOR FRIEDMANN, WIEN, I., Operngasse 16. — Telefon 7274.

Az intézetben egy magyar ajkú segédorvos is van.

Boroszno gyógyfürdő

Zólyom megyében.

Vasuti állomás. Posta, távirda, telefon a fürdőtelepen.

Gyógytényezői: **Glaubersós** forrásai a karlsbadi vízzel csaknem azonos összetételüek lévén, indikáltak gyomor-, bél-, májbajoknál, diabetesnél stb. Jól berendezett **vízgyógyintézet:** szénsavas-, kénes-, fenyőfürdők; elektrotherapia. **Fürdőorvos:** Wiesinger Frigyes dr. Budapestről. Száznál több tiszta, száraz szoba. Diaetetikus konyha. **Olcsó árak.** Prospektust szivesen küld az **igazgatóság.**

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyuvíz. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.

Budapesti képviselő: 3698

Nádas Márton.

Kútkezelőség: Brassó.

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál

a vízben oldható, jó izű és kitünően emészthető Guajacol-készitmény:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy

Capsulae Guajacoli comp. Hell

3270 Synonim: **Aphthisin** capsulákban

legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

A **Guajacol-készítmény** a legmegbizhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készitmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

Adag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokocska.

Irodalom: „A tüdőtuberculosis kezeléséhez", Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez", Aerztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése", Aerztliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez", Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kivánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokocska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.

G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

51. évfolyam. 28. szám. *Budapest, 1907. julius 14.*

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tóth Imre: Védekezés az ipari ólommérgezések ellen. 504. lap.

Sándor István: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár. A haemangiomák gyógykezeléséről. 506. lap.

Milkó Vilmos: Közlemény a szt. Rókus-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló I. sebészeti osztályáról. Az úgynevezett essentiális vesevérzésekről. 508. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. J. Hochenegg:* Lehrbuch der speciellen Chirurgie. — *Orlowski:* Die Impotenz des Mannes. — *Lapszemle. Belorvostan. Schnütgen:* A gyomorfekély gyógyitása Senator módszere szerint. — *Marcou:* A salétromsavas higany diagnostikai alkalmazása — *Williams:* A diazoreactio prognostikai értéke gümőkóros betegeken. — *Caesaris-Demel:* Módszer a genyes gyuladás diagnostizálására. — *Sebészet. Noll:* Az appendicitis histologiája. — *Asch:* Állatkisérlet a szemizombénulások keletkezésének magyarázatára lumbális anaesthesia után. — *Lengfellner:* Eljárás lúdtalpbetétek keszitésére. — *Gyermekorvostan. Ausset:* A diphtheriás hűdések kezelése gyógysavóval. — *Bőrkórtan. Brenning:* Atoxylmérgezés. — *F. Krzysztalowitz:* A botryomykosis. — *Húgyszervi betegségek. Rochet* és *Thevenot:* Prostatacarcinoma esete. — *Viett:* Az omoról. — *H. L. Kretschmer:* Az essentiális vesevérzés kérdése. — *Venereás bántalmak. A. Karwowski:* Az intramusculáris higanybefecskendések technikájának módositása. — *P. Witte:* A syphilises primaer affectio kimetszésének hatásossága. — *Fülorvostan. Urbantschitsch:* A fibrolysin használata a középfül betegségeiben. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Wootton:* Szer a chloroform- vagy aetherbódítás utáni hányás megszüntetésére. — *Ströll:* Szer pruritus senilis ellen. — *Riva:* A galvanizálás haszna gastroptosis esetében. 510—514. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 514. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok — Hirdetések. 514. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 515—518. lap.

Mellékletek. *Réczey Imre:* A budapesti kir. m. tud.-egyetemi 2. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1906. évben.
— F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Secacornin" készitménye. — Vereinigte Chemische Werke Akt. Ges. Charlottenburg „Atoxyl" készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Védekezés az ipari ólommérgezések ellen.[1]

Irta: *Tóth Imre* dr., bányakerületi főorvos.

Az ólommérgezés.

Az ólom, ólomkészitmények és ólomásványok csak akkor hatnak mérgezőleg, ha a gyomorba kerülve, ott a gyomorsav által oldhatók; tehát az ólomnak kénnel való vegyülete, az ólomsulfid, a galenit, minthogy a gyomorban oldhatatlan vegyület, az emberi szervezetre nem ártalmas, nem mérgező. Maga a fémólom a gyomorba jutva nem oldható, a fémólom felülete a levegővel érintkezve oxydálódik, s idővel vastagabb oxydkéreggel vonódik be, mely később részben szénsavas ólommá is válik, midőn a levegőből szénsavat vesz fel.

1. A fémólom az emberi testtel való érintkezésnél, tehát a kézben való fogásnál a kézre tapad, az emberi testtel való érintkezésnél a testnek izzadtságváladéka által, melyben savas vegyületek is vannak, gyorsan oxydálódik, egyébként a fémólom, midőn vékony rétegben a levegőnek van kitéve, rövid idő alatt oxydálódik; tehát maga a fémólommal való érintkezés, a testnek, a ruhának és a kezeknek ezzel való bepiszkolása veszélyes.

2. A szénsavas ólom (kohlensaures Blei), ólomcarbonat (Bleicarbonat) a természetben mint ásvány cerussit, Weissbleierz ($PbCO_3$) néven fordul elő. Gyártásánál a munkás részben kezeit, testét, ruháját piszkolja be, részben a kamrák kiürítése, az ólomfehér örlése, csomagolása közben a levegőbe kevert igen finom ólomcarbonatport lélekzi be. Hasonlóképen a bányamunkás az érczkő repesztése, az ércz szállitása, az érczkő választása (scheiden), törése mellett részben kezeit, ruháját piszkolja be, részben a levegőbe kevert érczport lélekzi be.

3. Mint érczek előfordulnak még az ólomgálicz (Bleivitriol), a zöld és barna ólomércz, a mimesit, de ritkán; ezek is a gyomorban oldható ólomvegyületek.

4. Az ólomoxyd (Bleioxyd) PbO. Keletkezik a fémólom felületén, a kohókban vagy iparban, midőn az ólmot vagy ólomöntvényeket olvasztott állapotban tartósan hevitjük, de az ólom egyszerü megolvasztásánál is. Kohókban az ezüst és ólomérczek kohósitásánál melléktermény gyanánt állitják elő és mázanyagnak (lythargium, Bleiglätte) nevezik. Előállitásakor az olvadt ólom fölé levegőt fújnak, mely alkalommal mint ólomgőz a pest nyilásain a munkahelyiségekbe áramlik ki. Ily ólomgőzök keletkeznek s jutnak a levegőbe a tovalapátoló pesteknél (Fortschaufelungsofen) is, midőn a megolvadt érczsalakot (Erzschlacke) kihúzzák és az olvasztópesteknél, midőn azokat időszakonként megcsapolják. A pörkölő- és olvasztópesteknél az ólomgőzök mellett sok kénecssav (Schwäflige Säure) SO_2 is jut a levegőbe.

Az ólomoxydot (Bleioxyd) gyorsabb kihülésnél sárga vagy ezüst mázaganyagnak, lassú kihülésnél vörös színü vagy arany mázaganyagnak hivjuk, színe szerint. A sárga, alaktalan, meg nem olvasztott ólomoxydot massicot néven ismerjük, mindezen vegyületek a gyomorban oldhatók.

5. A miniumot vagy mennige-t (sandix Pb_3O_4) az alaktalan sárga ólomoxydból (massicot) nyerjük, ha alkalmas kemenczékben 300—400 C°-ra hevitjük; téglaszinü vörös por, az iparban sokféle alkalmazást nyer; mérgező.

6. Ólomsulfat (Bleisulfat $PbSO_4$) fehér por, mely vízben oldhatatlan, fémchloridok oldatai oldják, tehát mérgező.

7. Ólomchlorid (Bleichlorid $PbCl_2$) a chlorozó pörkölésnél keletkezik és ha valamely ólomoldatot sósavval elegyitünk; szintén mérgező.

8. Ólomacetat (eczetsavas ólom, Bleiacetat, Essigsaures Bleioxyd) keletkezik, ha ólomoxydot eczetsavban oldunk, vagy ólmot eczetsav gőzének teszünk ki. A rossz, ólomtartalmú zinnel bevont edényekben, ha savanyú ételeket főzünk vagy tartunk, vagy rossz, nem teljes ólomsilicáttá átváltozott mázagos cserépedényekben savanyú ételeket tartunk, főzünk, akkor eczetsavas, almasavas stb. ólom keletkezik.

9. Az iparban az ólom vegyeiből különféle festékeket állí-

[1] A nemzetközi „Arbeitsamt" (Basel) pályázatán dicséretet nyert és megvételre ajánlott pályamunka.

tanak elő; a festékkészítés nagyobb részben gyárilag, gyárakban történik, mindazáltal itt is ólommérgezésnek vannak a munkások kitéve; hasonlóképen az ólomból készült festékhasználók, tehát a festők, mázolók, fényesítők (lakkirozók). Az ólomból különféle öntvényeket is készítenek, így a betüöntéshez, ezen ólomöntvények épen oly veszélyesek, mint a tiszta fémólom a vele foglalkozó munkásokra.

Az iparban igen sokféle az ólommal való foglalkozás, az iparhygienében fel vannak ezek sorolva, azért ezen foglalkozások felsorolása mellőzhető. Az ólommal vagy ólomkészítménynyel, ólomöntvénynyel való foglalkozás a munkásokra egyaránt többékevésbé veszélyes, mérgező.

10. A szállóporkamrák (fémkohók), a szénsavas ólomkamrák (Bleicarbonat) kiürítésénél és tisztogatásánál a munkás ólommérgezésnek nagyobb mértékben van kitéve.

Az ólommal és ólomvegyekkel való mérgezés következő módokon történik:

Az ólom vagy a gyomorban oldható vegye a gyomorba jut, s ott feloldódva, a vérkeringésbe kerül. Az ólom és vegye a levegőből lélekzés által jut a szervezetbe, a lélekzésnél, ha ez az orron át történik, ólom rakódik le az orr nyálkahártyáján, midőn a levegő a garatba jut, itt tágabb űrbe kerül, a levegő áramlása meglassúdik, a levegőben tartalmazott ólom a garat falaira rakódik le; a gégenyilás szükebb, itt a légáramlás újra gyorsul. Minden bizonnyal a légutak nyálkahártyáin és a tüdő hólyagocskáiban is történik az ólomnak lerakódása, azonban úgy látszik, a veszély inkább a száj- és garatüreg falain megtapadt ólomtól ered.

Ha a lélekzés a szájon át történik, akkor két izben lassúdik meg a belélekzett levegő áramlása: a szájnyilás szükebb, a szájür tágabb, az ínyvitorláknál és manduláknál újra szükebb a nyilás, a garatban tágabb, tehát a száj- és garatüregben, hol a légáramlás lassubb, rakódik le inkább az ólom, bár tapasztalatból tudjuk, hogy akadály mellett is szokott az ólom lerakódni, s így ez az ínyvitorlákon és mandulákon is megtörténik.

A munkás midőn ólomgőzökkel, porfinom ólomkészítményekkel terhelt levegőben foglalkozik vagy tartózkodik, ólommal piszkolja be magát, az ólom megtapad az egész testén, tehát első sorban kezein, arczán, ajkain, fején, nyakán, ruháin, s midőn kezeivel ruháit érinti, azokról újra kezeihez tapad. Sok munkásnak szokása száját kezével vagy ólomtól piszkos ruhájával megtörölni, s így az ólom ajkaira tapad, s evés, ivás közben ajkairól gyomrába kerül. A munkás, midőn ólomtól piszkos kézzel eszik, kezéről szilárd ételeihez tapad az ólom, s így a gyomrába kerül. Nemkülönben, ha ólomporos levegőben tartja ételeit, vagy ólomgőzös helyen tartott nyitott edényből vizet stb. iszik, ezzel szintén ólmot visz gyomrába.

Ólmot vihet még gyomrába, midőn ilyen helyeken dohányzik, mert pipájára, szivarjára, czigarettájára ólom rakódik le, melyről az ólmot szintén lenyeli. A dohányrágás mellett is ólmot nyel le, a mennyiben a dohányt ólompiszkos kezével teszi szájába.

Épen ily módon jut az ólom, ólomércz, ólomvegy a bányászok, festők, mázolók, fényesítők, betüszedők s más egyéb ólommal vagy ólomkészítményekkel foglalkozók gyomrába.

Az ólommérgezés elhárítása.

Ólommérgezés ott nem történhetik, hol nincs ólom vagy ólomvegy, ólomkészítmény; tehát gyárakban, kohókban sem, ha a munkás ólompor-ólomgőzökkel terhelt levegőt nem lélekzik be, ólommal sem kezeit, sem száját, sem testét vagy ruháit nem szennyezi be. Ezen okból az ólommal vagy ólomkészítményekkel foglalkozó munkásoknál oda kell törekedni, hogy a vele való foglalkozásnál ólom se a levegőbe, se a talajba, se a munkás testére, se ruháira, se ételébe, se italába ne kerüljön. Ezen ideális állapotot azonban nagyon nehezen lehet elérni, de megközelíteni igen, a hol pedig az ólommal való érintkezés el nem kerülhető, ott oda kell törekedni, hogy a munkás a veszélyre kioktattassék, az adott szabályoknak betartására és testének alapos megtisztítására megtaníttassék s azt megtenni kényszeríttessék is.

Ezen czél elérésére a fémkohókat külön berendezéssel kell ellátni.

A fémkohók berendezése.

Az ólmosító kohókat akként kell berendezni, s a műveleteket oly módon végezni, hogy ólomgőzök, ólompor ne jusson a levegőbe, s így a munkahelyek talaja, falai, bútorai, levegője, s az ott lévő munkaeszközök ólommal ne szennyeztessenek.

A Hungthinton-Heberlein-féle eljárás mellett az ólomérczek mészszel való keverésénél és pörkölésénél alacsonyabb hőmérsékнél pörköltetnek meg, az elegy nem olvasztatik meg, s így a kihúzásnál kevés ólomgőz illan el; a converterbe helyeztetvén, rajta levegő hajtatik keresztül s a további vegybomlás így éretik el; a keletkező gőzök s a keresztülhajtott levegő a converter fölé állított magas kürtön vagy a központi kéménybe, vagy a magasabb légrétegbe lesznek vezetve. Az olvasztásnái alacsonyabb hőmérséknél lesz az ólom megolvasztva, csapoláskor gyengén vörösizzó, s így, minthogy az ólom nem forralásig van hevítve, belőle csak kevesebb ólomgőz (ólomoxyd) illan el. Ezen Hungthinton-Heberlein-féle eljárásnál a munkás aránytalanul kisebb veszélyeknek van kitéve a mérgezés szempontjából.

A Parkes-féle ezüsttelenítésnél a keletkező ólomgőzök szintén a központi kéménybe szívatnak fel, s a munkahelyiségbe nem áramolnak. A Rajna melletti kohókban a pörkölés s még inkább az olvasztás mondhatni nyilt épületekben történik, s így a keletkező ólomgőzök nagy térben oszlanak el. Ezek tagadhatlan előnyök a kohósításnál, mindazáltal ezen kohósítási folyamatok mellett is jut ólom a levegőbe s így a munkás testére.

A felsőharzi, freibergi, sziléziai, pribrami, leobeni, magyarországi kohókban már zárt épületekben történik a pörkölés, olvasztás és üzés, még pedig gyakran, a régi német eljárás szerint, a pörkölésnél az elegy megolvasztatik (elsalakító pörkölés), a pestekben magas fehér izzóhőnél olvasztanak, s az ólom leválasztása a régi német eljárással történik; mindhárom művelet mellett sok ólomgőz keletkezik, s ha felfogásáról illetőleg elvezetéséről nincs gondoskodva, a munkahely levegője, falai, butorai, a munkaszerszámok, a talaj ólommal fertőztetnek nagy mértékben s a munkás ólommérgezésnek nagy fokban van kitéve.

Ezen pörkölő és üző eljárásoknál oda kell törekedni, hogy a keletkező ólomgőzök a központi kéménybe, mely újabban már minden kohónál létesítve van, szívassanak fel, s a kohó munkahelyiségeibe egyáltalán ne kerüljenek.

Ezen czélt a következő berendezésekkel érhetjük el:

Az új pörkölő pestek, illetőleg a régi pörkölők a tatarozásnál akként rendezendők be, hogy a pörkölék kihúzásánál ólomgőz csakis a központi kéménybe illanhasson; e czélból az utolsó munkaosztály fenekén nyilás hagyandó, mely nyilás tűzálló téglával elzárható; ezen nyilás alatt, illetőleg a pörkölő utolsó osztálya alatt egy oly űr van, melybe egy vascsille állítható be akként, hogy a munkanyilásból kieső pörkölék a csillébe essék.

Ezen üreg a kihúzás alatt mindkét oldalon, ha kettős a pörkölő, jól zárható vasajtóval elzáratik. Midőn a pörköléket, megolvasztott érczsalakot a pestből ki akarják húzni, a csillét a nyilás alá állítják, az üreg ajtaját bezárják, s most a tűzálló téglát megnyitván, a salakot, pörkölt érczet a vascsillébe ürítik; a csillébe esésnél a pörkölékből elszálló fémgőzök a pest nyilásán a pestbe jutnak vissza, s a pesten át a központi kéménybe kerülnek. A pörkölékkel telt csille addig hagyandó a pest alatt, míg a pörkölék annyira ki nem hült, hogy abból gőzök már nem illannak el. A csille eltávolítása után a pest nyilása elzáratik és a szomszédos osztályból a pörkölék ide az utolsó osztályba lapátoltatik.

Az ily berendezéssel nem biró pörkölő pesteknél a kén- és fémgőzök eltávolítását, illetőleg a központi kéménybe történő vezetését következő módon lehet kivinni. A kihúzó nyilás elé és alá vassíneken járó vascsille állítandó a pesthez szorosan illesztve, ezen csille fölé négyszegletes vasszekrény (pléhből) húzható, mely szekrényen a munkanyilással szemben akkora nyilások hagyatnak, hogy a munkás a pestben levő pörkölt érczet vagy megolvadt érczsalakot azokon át a csillébe kihúzhassa. A szekrény tetején 30—40 cm.-nyi átmérőjü füstcső van, mely vagy a szabadba vezet, vagy sokkal helyesebb, ha ezen füstcső meg van hajlítva akként, hogy vége a tűzrács alá nyilik; a tűzrácsnak kétoldalt levő nyilásai jól záró ajtókkal kétoldalt azon időre, míg a kihúzás

történik és a pörkölékből kén- és fémgőzök illannak el, zárva tartatnak; így a tűz élesztésére megkivántató levegő a csövön át szivatik be, és a levegővel együtt a kihúzott pörkölékből vagy érczsalakból elillanó kén és fémgőzök is kénytelenek a tűzrácson át a pestbe menni, honnét a központi kéménybe jutnak, s a munkahely levegője tőlük meg van mentve. Midőn a szekrény kéménye a szabadba nyilik, a munkahelyből ekkor is elvezeti a kén- és ólomgőzöket, azonban ezek a kohó levegőjét rontják, s az ólom egy része a pörkölő tetején és a kohó talaján ülepszik le, s így a kohóban foglalkozókra káros.

A Pilz-féle olvasztók mellett a csapolásnál keletkező kén- és fémgőzöket az előbbihez hasonló berendezéssel lehet felfogni és a központi kéménybe, esetleg a tető fölé vezetni. A pestnek az elegypad alatti részén vaspléhből nyolczszegletes tölcsér készitendő 1—2 méter hosszban, ezen tölcsér oly széles legyen, hogy a csapoló gödrökön (ilyen 3 van) és a salakcsurgón túlérjen, azaz azon körnél, melyben ezek elhelyezvék, szélesebb legyen; minden oldalon egy fel- és leemelhető szárny lóg le ellensúlyozókkal, ezen szárnyak sarkokkal vannak a tölcsérhez erősitve, s tetszés szerint felemelhetők, függélyesen leereszthetők, s egymással összekapcsolhatók akként, hogy a pestet teljesen körülzárják; a talaj felett 5—6 cm.-nyire érnek le.

Minden csapoló nyilással szemben nyitható és zárható ajtó van, melyen egy kisebb reteszszel bezárható nyilás van. A tölcsér tetején két kéménycső van, 70—80 cm. átmérővel, ezek vagy a tető felett nyilnak, vagy a központi kéménybe is bekapcsolhatók. Ezen bekapcsoló nyilás rendesen zárva van, csupán csapoláskor lesz a központi kéménynyel összenyitva; a pest torka a csapolás ideje alatt deszka- vagy helyesebben pléhfedővel záratik, hogy a központi kéménybe történő légáramlás a pest adagoló nyilásán (száján) át ne történhessék; egyébként a kémények csak a szabadba vezetnek, s az olvasztó épület erélyes szellőztetését szolgálják.

Ily berendezés mellett az olvasztó pestek csapolásánál keletkező kén- és fémgőzök a központi kéménybe jutnak, hol a szállóporkamrákban a fémgőzök nagy részét megnyerjük.

Ha ezen kémények az épület felett nyilnak, akkor is elvezetik az olvasztó épületből a kén- és fémgőzöket, s nagyon jótékony hatást gyakorolnak; azonban miként a pörkölő pesteknél említettük, itt is a kén- és fémgőzök egy része az épület tetejére csapódik le, más része a kohó levegőjébe jut, s ebből egy rész szintén a kohó talajába kerül, s így a kohómunkásokra ártalmas.

Az üző- vagy lángpesteknél a pest munkanyilása fölé négyszögletes tölcsér készitendő, mely a központi kéménynyel van összekötve; e tölcsér alatt a pest munkanyilása elé egy koczka váza jön vasból mint toldalék, melynek jobb és bal oldalán két lapja a vashoz van erősítve, 3 lapja hiányzik s pedig a felső és alsó és a munkanyilás melletti; ez utóbbival szemben, tehát a munkanyilással szemben, sarkon forgó lap azaz ajtó van, mely nyitható és zárható; ezen ajtón reteszszel nyitható és zárható megfelelő kisebb nyilás is van, azon czélból, hogy a munkás ezen nyiláson át is megfigyelhesse a pestben véghezmenő folyamatot, sőt a mázagcsurgatást is szabályozhassa, a nélkül, hogy az egész ajtót nyitva kellene tartania. Ezen berendezéssel, ha a központi kéménynek elég erős légvonatja van, el lehet érni, hogy a munkanyilásból legcsekélyebb ólomgőz sem illan el a munkatérbe, ha pedig a légvonat nem elég erős, a vezetékbe szélkerék volna illesztendő, melyet villamos erő hajt és a keletkező gőzök eltávolítását a központi kéménybe biztosítja. Az adagolónyilás is így szerelendő fel.

Magától értetődik, hogy a pest adagolónyilásai s azok a helyek, hol a fúvókák a pestbe hatolnak, gondosan legyenek elzárva s agyaggal betapasztva; ha az agyag száradás folytán megrepedezik, ismételve tapasztandó; a legnagyobb gond fordítandó arra, hogy csekély rés se maradjon, melyen keresztül ólomgőz áramolhatna a munkahelyiségbe. Helyes intézkedés, ha az üzőhütők felett a tetőtől 8—10 meter magasságban kémény állíttatik; ezen kémény átmérője legalább 40—50 cm. legyen, s anyaga deszka vagy vaspléh. Ezen át a netalán keletkező fémgőzök az épületből eltávoznak, s arra szolgál, hogy az épületet élénken szellőztesse, a mi annál biztosabb és élénkebb, a mennyiben a pest felett állván, a pestből meleg áramlik ki s ezen meleg a légvezetés gyorsaságát hathatósan előmozdítja.

A kohóépületek, pörkölők, olvasztók, lángpestek tetején eddig nyilás volt hagyva az egész épület hosszában, a mely nagy nyiláson a kiáramlott kén- és fémgőzöknek kellett eltávozni; ezen építkezési szokás a kémények felállításával elhagyható, főleg a lángpesteknél, ha a tető fölé minden egyes lángpest felett 8—10 meter magas kémény állíttatik.

Ezen felül a pörkölő, olvasztó és lángpestek épületének belső talaja keramitlapokkal akként rakandó ki, hogy bár csekély, de természetes eséssel birjon, s a talaj megmosására használt víz arról elfolyhasson. Az elfolyó víz csatornájában iszapgödrök állítandók a fémeknek felfogására. A munkahelyek belső falai simák legyenek, vízüveggel vonandók be, s naponta vízfecskendezéssel tisztára mosandók.

A munkaeszközök nyelei nedves rongygyal több izben naponta tisztára törlendők.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.

A haemangiomák gyógykezeléséről.[1]

Irta: *Sándor István* dr., műtőnövendék.

A haemangiomák az esetek túlnyomó részében a fejen és arczon fordulnak elő és pedig gyakrabban nőknél mint férfiaknál; kezelésük tehát már kozmetikai szempontból is igen fontos feladata a sebésznek. A nagyobb és a bőr papilláris rétegében kifejlődött haemangiomát azonban igen vékony epidermisréteg fedi és így épen exponált helyzetük miatt a haemangiomák gyakori traumáknak vannak kitéve, sokszor vezetnek kellemetlen vérzésekre, inficiáltatás esetén pedig, mint a sepsisnek tág kapui, közvetlen életveszélylyel fenyegethetik viselőjüket. A haemangiomát meg kellett tehát gyógyítanunk, még pedig a legtöbb esetben akként, hogy beavatkozásunknak lehetőleg semmi vagy mentől csekélyebb torzító nyoma maradjon. A klinikán az 1897/98. tanévtől az 1905/6. tanév végéig 44 haemangiomás beteg került, némelyike több izben is, felvételre.

Az ezeken végzett gyógyító eljárások és a velük elért eredmények teszik ezen dolgozat alapját. Legyen szabad e helyen is mesteremnek, Dollinger tanár úrnak a megbizásért és a munkám közben adott szives útbaigazításaiért e helyen is hálás köszönetem kifejezni.

A felvett betegek közt volt 24 nő és 20 férfi. *Elhelyezését illetőleg* 24 betegnél volt a haemangioma az arczon 54·5%, 6 betegnél a koponyán 13·6%, ez utóbbiak közül is csak kettőnél a hajas fejbőr alatt, míg a többinél a homlok és halántéktájon. Vagyis betegeink 68·1%-ában a haemangioma a fejen volt és csak kisebb harmadában, 31·9%-ban a szájürben, a nyakon, a törzsön és a végtagokon. A *fejen előforduló* haemangiomák gyakorisága, mely a nagyobb statistikák szerint is az esetek jó két harmada, a fejnek jobban kifejlett és sürübb véreres hálózatában leli magyarázatát. Anyagunkon a fej haemangiomáinak gyakoriságát magyarázó Virchow-féle fissurális theoria megerősítését nem mutathatjuk ki. Eseteinkben az angiomák rendszerint már sokkal nagyobbak voltak, semhogy egy bizonyos zsigerív záródási helyén való keletkezésüket biztossággal kimutathattuk volna. Egy haemangiomás betegünkön sem volt fissurális fejlődési rendellenesség, ellenben a zsigerívek fejlődési rendellenességei miatt ugyanezen idő alatt a klinikán megfordult betegek egyikénél sem találtunk haemangiomát. Egyébként a fejen ülő haemangiomák ily nagy arányszáma a testen egyebütt előfordulókkal szemben csakis a gyógykezelést igénybevevő betegekre vonatkozhatik. Feltehető ugyanis, hogy igen sokan, kiknek a haemangiomája nincs feltünő helyen, míg a daganat kellemetlenséget nem okoz, orvoshoz nem is fordulnak.

Aetiologice végig tekintve anyagunkat, 27 esetben a betegek vagy hozzátartozóik maguk kiemelték a daganat congenitális voltát. Mivel vérerek a felhámnak s képleteinek kivételével minden szövetben vannak, vérérdaganat is előfordulhat bárhol a nélkül,

[1] Kivonatban előadva a klinika 1906 deczember 7.-én tartott első tudományos estéjén.

hogy az embryonális sejteknek talajuktól való elszakadását (Cohnheim daganat-theoriája) fel kellene vennünk. Mindenesetre azonban az embryonális sejteknek bizonyos biologiai tumorképződésre vezető elváltozása mellett szól a veleszületett angiomák nagy száma, akár a sejteknek ismeretlen inger folytán beállott proliferatioja van jelen, a növekedési energia emelkedése a sejt egyéb vegetativ functioinak rovására (Beneke, Lubarsch, stb.), akár pedig a környezet ellenállásának csökkenése toxikus (Marchand) vagy egyéb ismeretlen behatások folytán, a mely így meggyengülten nem tud a daganatot alkotó sejtek növekedésének ellenállni.

Két beteg a daganat keletkezését traumára, még pedig erősebb zúzódásra vezeti vissza. A congenitális angiomásak közül 8 említ traumát a daganat növekedése okául. Oly körülmények, melyek a mellett szólnak, hogy a trauma ki tudja váltani a daganatsejteknek esetleg szunyadó proliferatioját. Többi betegünknél ismeretlen okból fejlödött a haemangioma. Ezek a betegek legnagyobbrészt igen fiatalok voltak (5—8 éves) és aránylag nagy tumorral jelentkeztek, úgy, hogy ezeknél is igen korai időre kell a daganat keletkezési idejét visszavezetni. Mindössze egy 19 éves betegünknél kell a daganat keletkezési idejét ily aránylag előrehaladottabb korra tennünk; ez a beteg 3 hó óta észlelte daganatának növését, mely daganat kis tojásnyi angioma racemosum venosum volt a bal alkaron. Aetiologice más csoportba kell hogy tartozzanak az aggkorban keletkező teleangiektasiás szemölcsök, melyek kórszövettanilag haemangiomák. Ily bántalom miatt természetesen nem állott beteg klinikai kezelésünk alatt.

Kórboncolástanilag a tumor cavernosus szerepelt leggyakrabban. Egy esetben a cavernosus tumornak angioma cirsoides-szé való átalakulása volt jelen. Egy esetben angiolipoma, kettőben angiofibroma volt a kórszövettani diagnosis. Ugyancsak két esetben haemangiomás és lymphangiomás részletek vegyest fordultak elő a daganatban. Öt esetben eltokolt, a többiben diffus növekedésü tumort kezeltünk.

A *diagnosist* a daganat külső megjelenéséből is igen könnyü volt az esetek nagy többségében megtenni. Biztosan vezetett bennünket főleg a cavernosus tumoroknál az igen kifejezett compressibilitás, vagyis a daganat összenyomhatósága, másrészről a daganatnak pangás esetén való megnagyobbodása, illetve feszesebb, keményebb volta. S így, bár átlag meglehetős biztossággal felállítható a haemangiomák klinikai diagnosisa, egy esetben mégis félrevezettek bennünket bizonyos mellékkörülmények.

Az *55 éves* férfibeteg születése óta fennálló anyajegyét 26 év előtt megsértette. Ez azóta állandóan növekszik, *2 éve gyorsabban*, az utóbbi időben felületén kisebbedett. A jobb lábszár elülső felületén fél tojásnyi, kiemelkedő, élesen határolt, kifekélyesedett, sarjakkal fedett, a bőrrel együtt mozgatható tömött tumor, a térdalji és inguinális mirigyek megnagyobbodottak. Klinikai diagnosis: carcinoma epitheliale ex naevo ortum. Mütét: az inguinális és térdalatti mirigyek kiirtása, a tumornak az épben való excisioja. Feltünt, hogy a daganat a fasciával nincs összekapaszkodva. A megejtett kórszövettani vizsgálat diagnosisa: angioma capillare simplex és lobosan megduzzadt nyirokmirigyek.

Gyógykezelésben 37 beteg részesült, miután 7 az ajánlott eljárásba nem egyezvén, változatlan állapotban hagyta el a klinikát. Az angiomák gyógykezelése három nagy csoportba osztható: mütéti, thermocaustikai és vegyi eljárásokra, melyek mindenike megfelelő indicatiók mellett alkalmaztatik a klinikán.

Az antisepsis aerája előtt egyrészt a nagyobb sebek genyedésétől, másrészt a nagy vérzéstől való félelem kellőképen magyarázza a mütéti eljárások háttérbe szorulását. A felületes és kis kiterjedésü angioma simplexek, a régi nomenclatura teleangiektasiái sok esetben önmaguktól is visszafejlődnek. Még inkább vélték ezt elérni collodium-bekenéssel, arra számítva, hogy a megszáradó collodiumréteg állandó nyomást gyakorol a kitágult erekre. Ilyen nyomással való kezelést azután nagyobb cavernosus angiomáknál is megkiséreltek, különböző módon alkalmazott nyomókötésekkel.

A methodus azonban nem vált be, mert csekély nyomás esetén eredménytelen volt, nagyobb nyomás pedig kellemetlen gangraenákat okozott. Egy másik kezelési methodust maga a természet mutatott. Tudniillik nem egyszer az angioma területén lezajlott acut genyes gyuladás után az angiomák megkisebbednek, sőt kisebb daganatok el is tünnek. Igen számos eljárást irtak le, melyekkel e czélt elérni igyekeztek. Ilyen volt gombostüknek a tumorba való szurkálása, ilyen a legkülönbözőbb folyadékokba áztatott fonalaknak a tumoron való keresztülhúzása.

Mindazon folyadékokat és vegyszereket, a melyekbe az ilyen áthúzott fonalakat áztatták és a mely vegyszereket a tumorra külsőleg is egyik és másik sebész alkalmazott, igen hosszas volna leirnom. Szerepelnek ebben a jodtincturától a croton olajig, a Piazza-folyadéktól (Ferr. sesquichl., konyhasó és víz) a zincum chloratumig és a sokfélekép modifikált étető pastákig majdnem az összes bőrizgató, lobokozó és vérmegalvadást előidéző vegyszerek. Igen elterjedt volt a vaccinatio kisebb angiomákba, valamint a himlőnyirokba áztatott fonalaknak a tumoron való áthúzása. Ugyancsak hasonló vegyszereket alkalmaztak a tumorba való injiciálás alakjában is. Különösen a ferrum sesquichloratumtól vártak e téren nagy eredményt, a mely azonban csak ritkán állott be, ellenben a halálos kimenetelü complicatiók úgy látszik nem tartoztak a ritkaságok közé. Albert (Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 1877. I. kötet 194. l.) igen elitélőleg nyilatkozik e methodusról, mint a melynél a „thrombosis a nagyobb elvezető gyüjtőerekkel biró angiomáknál jóval az angioma határán túl is terjedhet, miként a bonczjegyzőkönyvek igazolják, egészen a szivig. És bár — folytatja — ez a veszély nem fenyeget ott, hol a circuláris compressio alkalmazható, mint pl. a homlokon, de megeshetik, hogy az angioma elüszkösödik, egészében kilökődik és épen oly torzító és mély heget kapunk, mintha étető pastát vagy maró ásványsavat alkalmaztunk volna az epidermis eltávolítása után". Sokkal szebb eredménynyel alkalmazták az ignipuncturát főleg kisebb angiomák elpusztitására. Megtüzesített tükkel, a melyekre a hőkapacitás fokozása czéljából nagyobb fémfejeket alkalmaztak, szurkálták körül a haemangiomát, rendszerint több ülésben. Ha a kör be volt fejezve, megvárták a reactiv lob lezajlását és megismételték az eljárást egy kisebb körben, így haladva lassan előre a tumor centruma felé. Dumreicher az angioma alakját parafalapra rajzolta, ezen keresztül szurkálta a tüket és így egyszerre az egész területet megégetvén, rövidítette az eljárást. Némelyek nagyobb megtüzesített vasakkal igyekeztek a tumort szétroncsolni. Mindezen eljárások ma már a multéi; az előbbiek megbizhatlanok, részben veszélyesek és torzító hegeket hagynak vissza, az utóbbiak helyét a Paquelin-égető és a galvanokauter foglalta el. Mint azonban látni fogjuk, még ma is vannak igen fontos indicatiók alapján alkalmazott egyes újabb vegyi eljárásaink, a melyeket épen ott alkalmazunk a legszivesebben, hol a jelenleg már tágabb tért nyert mütéti eljárások cserben hagynak.

A mütéti eljárások ugyanis természetszerüleg csak akkor válhattak gyakoriabbá, a midőn a mütők az anti- és asepsis védőszárnyai alatt biztosabban számíthattak az általuk ejtett sebek per primam gyógyulására, a mi a kozmetikai mütéteknél rendkivül fontos követelmény. A daganat gyökeres excisioja, a hol az anatomiai viszonyok megengedik, feltétlenül a leggyorsabb, és mivel jóindulatú daganattal van dolgunk, a legbiztosabb eljárás. Mütét a törzsön ésvégtagon ülő angiomáknál majdnem mindig végrehajtható annál is inkább, mert ezek, ha igen kiterjedtek is, gyakran eltokoltak vagy egyes izmokra vonatkoznak, szemben a fejen levőkkel, hol az eltokolt angioma sokkal ritkább. Ha a végtagok bőrében volnának esetleg excessiv nagyságú diffus cavernosus angiomák kifejlődve, a melyek kiirtása után keletkező bőrdefectus behegedése a végtag functioképességét akadályozná, úgy itt is más eljárásokhoz kell fordulnunk. Az arczon ülő kisebb diffus angiomáknál lehetőleg az ép és kóros határán vitt metszéssel a daganatot eltávolítjuk, s a mennyiben a metszés daganatos területre esnék, a visszamaradó daganatrészletet Bergmann ajánlata szerint éles kanállal kaparjuk ki. Ezáltal a vérzéscsillapítás válik könnyebbé, mert a kikaparás után a diffus vérzés megszünik és a daganattal közlekedő néhány vérért könnyü lesz ellátnunk. Mint már említém, ezt az eljárást leginkább oly esetben alkalmaztuk, a midőn a keletkezett defectust a sebszélek összevarrásával, vagy egyszerü, nem torzító plastikával fedhettük. Az excisionál, főleg a koponyán, Dollinger tanár előzetes vérzéscsillapítást szokott alkalmazni akként, hogy a daganatot a vezetendő metszéstől mint-

egy 1·5 cm. távolságban a csontig hatoló visszaöltő varratokkal körülvarrja. Különösen jól bevált ez a methodus a később említendő részleges excisióknál, azonkivül egy nőbetegünknél, kinek a bal fejfelét a fültől az orbitáig, részben a felső szemhéj közepéig és a járomívtől a fejtetőig terjedő, nagyrészt racemosusan elfajult angioma cavernosum foglalta el. Ezzel a körülvarró methodussal távolította el Dollinger tanár a felső szemhéjban ülő göb kivételével teljesen az egész nagy daganatot, hosszabb időközökben operálva 4 részletben. A beteg immár négy éve recidivamentes, a kozmetikai eredmény jó. 24 betegnél végeztük az exscisiót, 15 beteg varrata per primam gyógyult, 6 betegnél kisebb-nagyobb genyedés miatt a varratok nem tartottak, 3 beteg sebét nem lehetett teljesen bevarrni s a gyógyulás sarjadzás útján következett be. *Utólagos értesülést 10 betegtől kaphattam, egynek sincs a műtét helyén kiújulása.* Négy esetben nagy arcz- vagy nyak- haemangiomában szenvedő betegnél egyes göbök mozgathatóságuk, vagy a bőrrel össze nem kapaszkodott voltuk miatt exstirpatiora alkalmasnak látszottak, avagy pedig elektrolysises vagy magnesiumos kezelés alatt azokká váltak. Ezekben az esetekben az ilyen göb exstirpatioját végeztük a fent leirt körülöltő methodus igénybevétele mellett, aránylag csekély vérzéssel.

Ily műtétet végzett Dollinger tanár összes betegeink között a legnagyobb kiterjedésű angiomában szenvedő 19 éves férfibetegünkön, kinél akkor a veleszületett angioma az egész bal fejfelet és nyakat le a kulcscsontig elfoglalta. A narcosis elején az excitatiós stadiumban a garatba is leterjedő angioma megduzzadt, a beteg fuldokolni kezdett. Az a circulus vitiosus állott elő, hogy mentől jobban fuldoklott a beteg, annál inkább duzzadt a garatot elzáró angioma, és így Dollinger tanár kénytelen volt a nyaki angiomán keresztül életmentő tracheotomiát végezni, és kanülön át altatva a beteget, a műtétet végrehajtani.

Némelykor a tumor helyzete nagyobb beavatkozást tesz szükségessé. Igy egy 20 éves férfibetegünk retrobulbáris angiomáját Krönlein-féle osteoplastikai resectio útján távolította el Dollinger tanár. A tumor el volt tokolva, s egy ér lekötése nélkül sikerült azt az orbita képleteiből kihámozni. A seb per primam gyógyult, a szem igen korlátozott mozgási képessége majdnem teljesen visszatért. Diffus, a szemüreg képleteire is ráterjedő angiománál exenteratio orbitae is szükségessé válhat, mint azt Weinlechner említi. Egy 16 éves férfibetegnél koponyaalapi angiofibromát Partsch-féle műtéttel távolított el Dollinger tanár. A beteg nagy vérzésekkel, igen legyengült állapotban jött be. Másutt endonasális úton távolítottak el részleteket a daganatból. A daganat a sella turcica és clivus alapja tájáról indult ki, az orrgaratot, a jobb orrüreget és az antrum Highmorit kitöltötte. A vérzés a két carotis externa előzetes lekötése mellett is tetemes volt. A gyógyulás simán folyt le, a beteg csakhamar összeszedte magát. Három hóval a műtét után recidivával jelentkezett, a műtétbe azonban, minthogy az orrán keresztül elég levegőt kapott, semmiképen sem volt hajlandó beleegyezni. Újabb három hó mulva ismét teljesen leromlott állapotban kereste fel a klinikát. Az egész orrüreget és orrgaratot nagy részben kifekélyesedett, felette vérzékeny tumor töltötte ki. A beteg az ekkor már mindenesetre veszélyesnek jelzett műtétbe nem egyezvén, távozott. Valószinü, bár értesülést róla nem kaphattam, hogy azóta elhalt.

A tumorhoz vezető erek lekötését akár a tumor közvetlen közelében, akár pedig az illető tájhoz vezető nagyobb verőérnek in continuitate való lekötését többen végezték, minthogy plausibilisnek látszott, hogy ily módon a tumor vérkeringése csökkenvén, kisebbedése érhető el. Valóban azonban oly számos tápláló erük van az angiomáknak, hogy a hozzávezető összes ágak lekötése kivihetetlen. A carotis externa lekötése pedig arczangiománál, a mint azt eseteink, melyekben ez kisérletként megtörtént, bizonyítják, teljesen eredménytelen. Három eset közül csak egyben látszott *igen csekély eredmény*, ez utóbbi is hosszas elektrolysises kezelés alatt állott. A carotis communis lekötését nem tartjuk helyesnek és így nem végeztük, bár Bruns nagy arczangioma gyógyulását érte el ez úton. Ha a tumor nem is kisebbedik, mindenesetre a benne lévő vérnyomás csökken a carotis externa lekötése után. Ennek a körülménynek jó hasznát vettük egy betegünknél, a ki angioma buccaeban szenvedett, mely részben a gingivára is ráterjedt. A foghúzás után már nyolcz napja minden tamponade ellenére ismétlődő nagy utóvérzések rendkivül legyengitették, mely vérzések a carotis externa lekötése után nem jelentkeztek újból.

(Vége következik.)

Az úgynevezett essentiális vesevérzésekről.

Irta: *Milkó Vilmos* dr., operateur-alorvos.

(Vége.)

Mindezek után joggal vethetjük fel azt a kérdést, vajjon vannak-e mégis olyan vesevérzések, melyeknél a vérzés magyarázatául szolgáló minden anatomiai substratum hiányzik? Vajjon elfogadhatjuk e teljes egészében az Israel, Rovsing, Albarran felfogását, hogy minden vesevérzés okát a vesének, ha még oly csekély anatomiai vagy szövettani elváltozásaiban kell keresnünk? Szerény véleményünk az, hogy ilyen exclusiv álláspontra helyezkednünk ez idő szerint még nem lehet és pedig a következő okokból.

Igaz ugyan, hogy profus vesevérzések a vesének már minimális szövettani elváltozásai mellett is előfordulnak. Hogy egyebet ne említsünk, a vesetuberculosis kezdeti szakában haematuria lehet az első és egyetlen tünet, oly időben, midőn a vesében szövettani elváltozások még alig mutathatók ki. Lehetséges az is, hogy az ilyen kevéssé kifejezett mikroskopi elváltozások a vizsgálók figyelmét bizonyos esetekben elkerülhetik, de másfelől elvitázhatatlan tény az is, hogy teljesen megbizható szerzők, mint Schede, Klemperer, újabban Wulff, Illyés és mások részéről vesevérzés oly esetei közöltettek, melyekben gondos és szabatos vizsgálatok ellenére a vesében kóros elváltozások kimutathatók nem voltak.

Ne feledjük el azt sem, hogy még a közelmultban is épen kórboncztani oldalról, és pedig olyan előkelő szaktekintélyek részéről, mint Paltauf és Albrecht, hangzott el az a kijelentés, hogy az essentiális vesevérzés fogalmát teljesen elejteni egyelőre még nem lehet, mivel több általuk vizsgált esetben a vesében kifejezett kóros elváltozásokat találni nem tudtak és végül ama nézetüknek adtak kifejezést, hogy azon minimális szövettani elváltozások, melyeket az ily esetekben találtak, aligha képezhetik a vérzés okát, hanem talán csak másodlagosan, a vérzés következményeképen keletkeznek. Casper egy legújabban megjelent közleményében ugyancsak kétségbe vonja azt, hogy ezen minimális elváltozások megérdemelnék a nephritis elnevezést és valószinütlennek tartja, hogy a profus vérzések ezek által okoztatnának.

Hogy profus vesevérzések előfordulhatnak minden kimutatható ok nélkül és anatomice teljesen ép vese mellett, annak bizonyítására szolgálhat egy általam észlelt eset is, melynek kórtörténetét a következőkben közlöm.

H. V. 30 éves hajadon varrónő, azelőtt mindig egészséges volt. Családjában tuberculosis nem fordult elő, nem köhög, vért nem köpött soha, venereás infectiót tagad. Menstruatioja 16 éves kora óta mindig rendes időben és mennyiségben jelentkezett.

A beteg a saját személyére nézve semmiféle támpontot nem ad a haemophiliára, ellenben előadja, hogy anyja, ha megszúrja magát, a rendesnél erősebben és hosszabb ideig vérzik s hogy egyik fivére gyakran szenved orrvérzésben. Többi 5 testvére él és egészséges.

Az utolsó 2 év folyamán több izben szenvedett szivdobogásban és szédülésben.

Jelen bajának keletkezését nehéz tárgy emelésével hozza kapcsolatba, mely után egy ideig az alhasában napjában több izben jelentkezett kólikaszerű fájdalmakat érzett; 14 nappal ezután, 1906 márczius elején vette észre, hogy vizelete erősen véres. Három napig úgyszólván tiszta vért vizelt, majd 8 napig ismét egészen tiszta volt a vizelete. Ezóta azonban ismét, egészen osztályunkra való felvételéig, mely május 15.-én történt, állandóan vért vizelt s ennek következtében rendkivül legyengült. Vizelés alkalmával az alhasban, a hólyagba és a húgycsőbe kisugárzó fájdalmakat érez. Orvosa különböző vérzéscsillapitó szerekkel kezelte minden eredmény nélkül.

Objectiv vizsgálatnál a meglehetősen elesett, nagy fokban vérszegény nő légzési és vérkeringési szerveit épnek találjuk. A hasban sem különösebb érzékenységet, sem resistentiát kimutatni nem lehet. A vesét kitapintani egyik oldalon sem sikerül.

Az idegrendszer vizsgálata csekély bőrhyperaesthaesiától és a patelláris reflexek mérsékelt fokozódásától eltekintve negativ. A hőmérsék normális. A pulsus 120, kishullámú, dicrot.

A vizelet napi mennyisége 1600 cm³, sötétvörös, lakkszerű. Fajsúlya 1025, vegyhatása alkalikus. A vérreactio igen erős. 24 órai állás után a vér igen magas oszlopban válik ki. Górcső alatt nagyszámú vörös- és fehérvérsejt, kevés hólyag- és hüvelyhámsejt látható. A cystoskopikus vizsgálat, melyet Kiss és Unterberg dr.-ok voltak szívesek végezni, meglehetős nehezen kivihető, minthogy a hólyagvizelet erősen véres és hosszú ideig folytatott öblítésekre is csak kevéssé tisztul fel. Több izben végzett türelmes vizsgálat után végre sikerült meggyőződni arról, hogy a hólyag teljesen normális s hogy a vérzés a bal ureter szájadékából ered, honnan mintegy 5 másodpercznyi időközökben bőven, sugárszerűleg ömlik az élénkpiros vér. Ezen leletet megerősítette a mindkét oldalt végzett ureterkatheterezés is, midőn a jobb vese vizelete tisztának, a bal veséé erősen véresnek mutatkozott. A szokott functionális vizsgálati módszerek (phloridzinpróba, higítás) pedig kimutatták, hogy mind a két vese functioja normális és egymással teljesen egyenlő.

A betegnek osztályunkon való fekvése alatt a haematuriája, a legkülönbözőbb vérzéscsillapító eljárások alkalmazása ellenére, nem hogy csökkent volna, de még inkább fokozódott.

A mind fenyegetőbb anaemia és rohamos erőhanyatlás műtéti beavatkozást indikált, melyet 1906 május 30.-án végeztünk. (Operateur: Herczel tanár.)

A bal vesét lumbális metszéssel szabaddá téve, meggyőződtünk arról, hogy a vese alakja, nagysága és consistentiája minden tekintetben normális. Sem a vese tokján, sem környezetében rendellenességet nem találtunk, s ezért a vesemedencze feltárására határoztuk el magunkat. A vesekocsány digitális compressioja után a vesét egész hosszúságában felezve megállapítottuk, hogy a metszési lapok nagyfokú anaemián kivül kóros elváltozásnak semmi nyomát nem mutatják. A vesemedenczében kevés véres vizelet és vércoagulumok, egyébként ép. Az uretert 10 cm. hosszúságban kipraeparálva, szintén épnek bizonyult.

Ezen negativ lelet ellenére mégis nephrektomiára határoztuk el magunkat és pedig a következő okokból:

Az immár erősen kivérzett nőnél a vérzés sürgős megszüntetése vitális indicatio volt, s erre az egyetlen biztos eljárás a vérzés forrását képező vese eltávolításában állott. Igaz ugyan, hogy sok esetben, így az Illyés esetében is, már egyszerű nephrotomiára is megállt a vérzés, másrészt azonban Wulff, Kapsammer és mások eseteket közöltek, midőn a nephrotomia után újabb igen erős vérzések támadtak, melyek a vese secundaer eltávolítását tették szükségessé egy esetben már néhány órával a végzett nephrotomia után. Ilyen esélyeknek mi ezt a kimerült, kivérzett nőt nem tehettük ki annál kevésbé, mivel egy második műtétet már aligha állott volna ki.

Az eredmény beigazolta eljárásunk helyességét. A beteg már a műtét napján spontan vizelt, a vizelet ekkor még erősen véres volt. A második naptól kezdve a vizelet lassan, de fokozatosan feltisztult, úgy hogy a műtétet követő 4. napon a vizelet már borsárga, fajsúlya 1015, semmi idegen alkotórészt nem tartalmaz.

A vizelet feltisztulásával egyidejűleg a beteg fájdalmai is megszüntek, közérzete és ereje rohamosan javult, úgy hogy sima gyógylefolyás után 1906 julius 1.-én gyógyultan hagyhatta el osztályunkat.

A kiirtott vese makroskopos és górcsövi vizsgálata, melyet Krompecher tanár volt szives végezni, a következő adatokat szolgáltatta: A vese középnagy, méretei: 10½ cm. hosszú, 6 cm. széles, 3 cm. vastag. Tokja elég könnyen levonható, felszine sima, sárgás barnavörös színű, hasonlóképen sárgásbarna színű a vese metszlapja is, különösen a kéregállomány; a velőállomány halvány szürkésvörőses színárnyalatot mutat. A kéreg rajzolata legnagyobbrészt elmosódott.

A vese állománya tömött. A vesemedencze nyálkahártyája kissé injiciált, helyenként pontszerű submucosus vérzésektől tarkított. A medenczével összefüggőleg 11 cm. hosszú ép ureteresonk resekáltatott.

Górcső alatt a glomerulusok kissé sejtdúsabbak s itt-ott egy hyalin glomerulus látható. Ezen minimális, csakis górcsövileg konstatálható elváltozástól eltekintve, a vese úgy makro-, mint mikroskopice teljesen normálisnak tekinthető.

Mint utólag értesültem, a beteg a műtét óta állandóan jól érzi magát s a vérvizelés azóta nem ismétlődött.

Feltünő volt ezen esetben a rendkivül profus, a beteget elvérzéssel fenyegető haematuria, melynek okát sem a műtét, sem az azt követő vizsgálatok nem tudták felderíteni.

A vese pontos anatomiai és szövettani vizsgálata alapján a nephritist a legnagyobb valószinüséggel kizárhatjuk. Tuberculosisnak, köképződésnek nem volt semmi nyoma. Haemophiliát szintén nem vehetünk fel, mert az egyén maga sohasem volt haemophiliás s a műtét alkalmával a szokottnál erősebben nem vérzett.

Hátra volna még a Klemperer-féle veseangioneurosis, a mi ellen szól ismét az egyéb ideges tünetek hiánya és az a körülmény, hogy az ismételten végzett cystoskopi vizsgálat és ureterkatheterismus a vérzést reflectorius úton nem szüntette meg.

Esetünk tehát joggal a Schede, Klemperer, Wulff, Illyés esetei mellé sorozandó és újabb bizonyíték a mellett, hogy ha ritkán is, de előfordulnak ismeretlen okból eredő, anatomice egyáltalán nem tisztázható vesevérzések.

De van még egy másik érv is, melyet az Israel-féle felfogás általánositása ellen felhozhatunk.

Ha áll az, hogy a vérzés oka minden esetben a vese valamely kóros anatomiai vagy szövettani elváltozásában rejlik, akkor hogyan magyarázhatjuk meg azt a sajátszerű és senki által kétségbe nem vont tapasztalatot, hogy a legkülönbözőbb műtéti beavatkozásokkal, mint nephrektomia, nephrotomia, nephropexia, vesedecapsulatio, a vese egyszerű lumbális feltárása, sőt epicystotomia és ureterkatheterismus által sikerült a vérzés azonnali szünetelését elérni, mely az esetek egy részében ideiglenes volt, egy részében azonban állandó maradt. Israel azon magyarázata, hogy a vese congestiv állapotának megszünése következtében áll meg a vérzés, legfeljebb azon esetekben állja meg a helyét, a hol nephrotomia vagy decapsulatio végeztetett. De miért szünik meg egy hosszú idő óta fennálló és mindenféle kezeléssel daczoló vesevérzés a próbaincisiora vagy épen ureterkatheterizálásra? Ha itt is a vese gyuladásos elváltozása s ebből eredő congestiv állapota idézi elő a haematuriát, akkor az ilyen beavatkozásoknak nem hogy megszüntetni, hanem inkább fokozni kellene a vérzést.

Ezen tapasztalatok a mellett látszanak szólni, hogy a vesevérzés, ha ritkán is, de létrejöhet ideges befolyások alatt és épen úgy megszüntethető reflectorius ideghatás útján. Megerősíti ezt az a tapasztalat is, hogy számos ily esetben a vérzéssel egyidejüleg kólikaszerű vagy neuralgiás jellegű fájdalmak állanak fenn (veseneuralgia, névralgie hématurique, Legueu). A Klemperer féle theoriának tehát egyes esetekben elismerjük a jogosultságát.

Röviden összefoglalva azt, a mit a vitás eredetű vesevérzésekről az irodalmi adatok és saját tapasztalatunk alapján mondhatunk, véleményünk a következő:

1. Azon vesevérzések, melyeket essentiális vesevérzés, néphralgie hématurique, néphrite hématurique, renális haemophilia, angioneurosisos vesevérzés és más efajta elnevezéssel illetnek, minden valószinűség szerint aetiologice különböző kategoriába tartoznak.

2. Kétségtelen, hogy az esetek túlnyomó nagy számában ezen vérzéseknek is a vese valamely anatomiailag vagy szövettanilag kimutatható kóros elváltozása képezi a basisát (nephritis, kezdődő tuberculosis, vándorvese, hydronephrosis, vesekörüli adhaesiók stb).

Kétségtelen azonban az is, hogy bizonyos, bár igen csekély számú esetben profus vesevérzés támadhat a nélkül, hogy a vesében vagy környezetében a legcsekélyebb kóros elváltozást lehetne kimutatni.

Ezen vérzések magyarázatára a haemophiliát felvenni csak akkor lehetünk feljogositva, ha a szóban forgó egyén különben is haemophil. A közölt esetek ez irányban positiv bizonyítékokat nem szolgáltattak.

Több valószinüsége van a Klemperer-féle theoriának, általánosságban azonban azt kell hogy mondjuk, hogy ezen vérzéseknek elfogadható magyarázatát adni ez idő szerint nem tudjuk.

Felvehetjük azt, hogy a vesében olyan minimális elváltozások vannak, melyeket a rendelkezésünkre álló eszközökkel kimutatni nem tudunk, vagy pedig azt, hogy a vérzést a vesén kivül álló okok idézik elő.

A kryptogen vesevérzések aetiologiájának kutatása azonban már eddig is hozott egy positiv és pedig nagyjelentőségü eredményt s ez az, hogy sebészeti beavatkozással a legtöbb esetben sikerül ezen vérzéseket megszüntetni.

A nephrotomia e vérzések összes alakjaiban indikálva van, mihelyt a vérzések gyakran és olyan intensitással jelentkeznek, hogy az életet veszélyeztetik. Diagnostikai szempontból is indikálva van a beavatkozás azért, mert a kezdődő tuberculosis vagy daganatképződés felismerésére sokszor ez az egyetlen eszközünk.

Irodalom. 1. *Rayer:* Traité des maladies des reins, 1841. T. III. 351—434. l. — 2. *Lauenstein:* Deutsche med. Wochenschrift, 1887. 26. sz. — 3. *Schede:* Jahrb. des Hamburger Stadtkrankenhauses, 1889. — 4. *Sabatier:* Revue de chir., 1889. 62. l. — 5. *Tuffier:* Berliner klin. Wochenschrift, 1890. 1. sz. — 6. *Senator:* Über renale Hämophilie. Berliner klin. Wochenschrift, 1891. 1. sz. — 7. *Passet:* Zentralblatt f. Harn- und Sexualorgane, 1894. — 8. *Anderson:* Lancet, 1889. április 20. — 9. *Keersmacker:* Néphrite chron. unilat. etc. Annal. de la soc. belge de chir. 1897. — 10. *Klemperer:* Über Nierenblutungen bei gesunden Nieren. Deutsche med. Wochenschrift, 1897. 9—10. sz. — 11. *Grosglik:* Über Blutungen aus anat. unveränderten Nieren. Medicyna, 1897. 26—

30. sz. — *Dieulafoy:* Renale Hämaturie etc. Journ. de méd., 1897. — 13. *Debersaynes:* Un cas d'hémat. rén. essent. Annal. de la soc. belge de chir. 1898. — 14. *Albarran:* Diagnostic des hématuries rénales. Annal. des org. gén.-urin., 1898. 5. sz. — 15. *Demons:* Conduite a tenir dans certaines hématuries dites essentielles etc. Revue de chir., 1898. 11. sz. — 16. *Grosglik:* Über Blutungen aus anat. unveränd. Nieren. Samml. klin. Vorträge, 1898. 203. sz. — 17. *Kammerer:* Explor. nephrotomy. Annals of surgery, 1898. május 18. — 18. *Pinatelle:* Les hématuries essentielles du rein. La Province médicale, 1898. 48. sz. — 19. *Rovsing:* On some obscure haemorrhages from the kidney and their treatment by nephrotomy. Lancet, 1898. augusztus 13. — 20. *Poirier:* Bullet. de la société. de chir. 1898. — 21. *Pousson:* Hématurie sine materie. Soc. de chir. 1898. — 22. *Rovsing:* Centralblatt f. Harn.-u. Sex.-org., 1898. — 23. *Hofbauer:* Ein Fall v. zweijähriger unilat. Nierenbl. Mittheil. aus d. Grenzgebiet. f. Medic. u. Chir., 1899. 5. kötet, 3. füzet. — 24. *Myles:* Notes on a case of haematuria from healthy kidney. Medical Press, 1899. augusztus 2. — 25. *Björn Floderus:* Upsala Läkareforenings Forhandlingen, 1899. IV. kötet, 4. füzet. — 26. *Poljakoff:* Über einen Fall v. Nierenblutung angioneurot. Ursprunges. Deutsche med. Wochenschr., 1899. 44. sz. — 27. *Malherbe-Legueu:* Franczia urologiai congressus, 1899. — 28. *Israel:* Grenzgebiete d. Med. u. Chir., 1899. V. kötet, 3. füzet. — 29. *Debaisieuse:* De l'hémat. rén. essentielle. Annal. de la société. belge de chir., 1899. 15. sz. — 30. *Albarran:* Association française d'urologie, 1899. — 31. *Naunyn:* Hämaturie aus normalen Nieren und bei Nephritis. Mittheil. aus d. Grenzgebieten, 1900. V. kötet, 4—5. füzet. — 32. *Hohn:* Nierenblut. bei Hämophilie. Münchener med. Wochenschrift, 1900. 42. sz. — 33. *Lancereaux:* Hémorrhagies néurophath. des org. génit.-urin. Gazette des hopitaux, 1900. 95. sz. — 34. *Michaux:* Les néphrites chron. hématuriques. Presse médicale, 1900. — 35. *Braatz:* Deutsche med. Wochenschrift, 1900. 10. sz. — 36. *Israel:* Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten, 1901. 37. *Mac-Gowan:* Medical News, 1901. — 37. *Guisy:* Trois cas d'hématurie hystérique. Annal. des org. gén.-urin., 1901. 12. sz. — 39. *Newmann:* Four cases of unilateral renal haematurie etc. Glasgow med. journ. 1901. május. — 40. *Israel:* Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift, 1902. — 41. *Senator:* Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift, 1902. — 42. *Herman:* Über die Sectio renis etc. Zentralbl. für Chir., 1902. 38. sz. — 43. *Eshner:* Unilat. renal hematurie. Journ. of the americ. med. association, 1903. április. — 44. *Wulff:* Zur Kasuistik d. essent. Nierenblutungen. Münchener med. Wochenschrift, 1903. 29. sz. — 45. *Albarran:* Über Hämaturie. Monatsberichte f. Urologie, 1904. 10. l. — 46. *Legueu:* Décapsulation pour néphrite hématurique. Annal. des mal. des org. gén.-urin., 1904. 22. sz. — 47. *Schenk:* Renal hématurie etc. Medic. news. 1904. — 48. *Schüller:* Beitrag z. Lehre v. d. Blut. aus anschein. unverend. Nieren. Wien. klin. Wochenschrift. 1904. 17. sz. — 49. *Nicolich:* Néphrite hématurique bilaterale etc. Annal. des malad. des org. gén.-urin. 1904. 22. sz. — 50. *Stich:* Über Massenblutungen etc. Mittheil. aus d. Grenzgebieten, XIII. köt. 4—5. f. — 51. *Hirth:* Die Diagnose der Hämaturie. Wien. klin. Rundschau, 1904. 31—32 f. — 52. *Lewitt:* Monatsberichte f. Urologie, 1904. — 53. *Zuckerkandl:* Über essent. Nierenblut. Wien. klin. Wochenschrift, 1905. 4. sz. — 54. *Kapsammer:* Wien. klin. Wochenschrift, 1905. 4. sz. — 55. *Paltauf:* Wien. klin. Wochenschrift, 1905. 4. sz. — 56. *Albrecht:* Wien. klin. Wochenschrift, 1905. 4. sz. — 57. *Schüller:* Kasuistisches z. Frage d. sog. essent. Nierenblut. Wiener klin. Rundschau, 1905. 13. sz. — 58. *Escat:* Marseille médic. 1905. — 59. *Illyés:* Ein Fall v. essent. Nierenbl. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 10. sz. — 60. *Jaboulay:* Néphrite hématurique. Lyon méd. 1906. — 61. *Casper:* Über ungewöhnl. Nieren- und Nierenbeckenblutungen. Langenbeck's Archiv, 1906. LXXX. köt. 2. f. — 62. *Casper:* Über gewöhnl. Nierenblutungen. Berlin. klin. Wochenschrift, 1906. 39. szám.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Hochenegg: Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Auf Grundlage von **E. Albert's** „Lehrbuch der Chirurgie" neu bearbeitet von dessen Schülern **G. Alexander, K. Ewald, R. Frank, F. v. Friedländer, M. Gnesda, L. Harmer, J. Hochenegg, K. Jarisch, H. Kettler, A. Lorenz, E. Payr, I. Schnitzler, O. Zuckerkandl.** I. Band. Urban u. Schwarzenberg, 1907.

Az előttünk fekvő tankönyv *Albert* tanár közismert kiváló tankönyvének alapján készült, megszerkesztésében azonban a sebészet rohamos fejlődése folytán több lényeges változtatás vált elkerülhetetlenné. Így nem találjuk a nagy sebészi anyagnak egyetemi előadások szerinti osztályozását, hanem a sebészet nagy tárgyát ezen tankönyv írói a részletes sebészetnek megszokott felosztása szerint tárgyalják. E fejezetek kivétel nélkül alapos és tökéletes képét nyujtják az odavonatkozó ismereteknek, felölelnek minden új haladást, úgy hogy az egykori *Albert*-féle tankönyv fejezeteinek legnagyobb része teljesen átdolgozott és új köntösben jelenik meg.

A most kiadott első kötet a fej, nyak, mellkas, gerinczoszlop és medencze sebészi megbetegedéseit tartalmazza. Ezen kötet munkatársainak nagy sorából megemlítendők *Schnitzler, Friedländer, Jarisch, Lorenz, Ewald, Payr, Reiner* és mások, kik mint *Albert* egykori tanítványai, láthatólag nagy örömmel és lelkesedéssel törekedtek arra, hogy *Albert* klasszikai tankönyvét a haladottabb tudományos korszak részére legalább alapjaiban fenntartsák.

A gyakorlóorvosok és orvostanhallgatók számára — és ezeknek iródott tulajdonképen a munka — minden szükségeset tartalmaz *Albert-Hochenegg* tankönyve. 433 újonnan készült ábra szolgál a szöveg könnyebb értelmezésére. A kötet terjedelme 1075 oldal, ára 24 K.

A munka folytatását tevő II. kötet a has, az ivarszervek és a végtagok sebészi bántalmait fogja felölelni és legközelebb jelenik meg. *Gergő.*

Die Impotenz des Mannes. Von **Dr. Orlowski,** Berlin. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1907.

Bár elég szerény keretben mozog az előttünk fekvő könyvecske, a mely az impotentiának annyira nagyon fontos kérdését tárgyalja, átolvasása után mégis újból megerősödünk abban a tudatban, hogy az emberek többet írnak a kelleténél. Igaz, hogy az elgyengült férfierőnek a themája állandóan napirenden van, de mégsem tudjuk megérteni, hogy épen most, a mikor az utóbbi időkben megjelent kiváló urologiai munkákban neves szakférfiak az újabb kornak a tudását csaknem teljesen kimerítették, mily czélból irta meg a szerző ezt a monographiát, a melyet — a mint mondja — az orvosoknak szánt. A szerző azon az alapon, hogy az impotentiát megfigyelései szerint az esetek 80%-ában a colliculus seminalis hypertrophiája okozza, ez utóbbinak a causticájával elért gyógysikerekre hivatkozva, ezt az „új eljárását" akarja mintegy a nyilvánosságba bevezetni. Ha a szerző csakugyan az orvos részére irta meg ezt a munkáját, úgy csakis a kezdőt érdekelheti és épen ezért semmiképen sem helyeselhetjük, hogy a még kevéssé jártas collegát a causticára, vagyis olyan beavatkozásra buzdítja, a mely egy igen fontos szervnek a — mondjuk esetleg csak részleges — roncsolását czélozza, és pedig annál kevésbé, mert minden szakembernek tudnia kell, hogy a hypertrophiát sokkal enyhébb eljárásokkal is megszüntethetjük. *Drucker Viktor* dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomorfekély gyógyításáról Senator módszere szerint ir *Schnütgen.* Ismeretes, hogy Senator módszere közbülső helyet foglal el a Leube- és a Lenhartz-féle között, a melyek közül az első a gyomrot hosszabb időre a lehető legnagyobb nyugalomba óhajtja hozni, a második pedig aránylag nagyon bőséges táplálkozást enged meg. Senator módszere a kettőnek a hátrányait igyekszik kiküszöbölni: olyan táplálékot ad kielégítő mennyiségben, a mely a nélkül, hogy a gyomrot térfogatával vagy súlyával megterhelné, savkötő hatású és a vérzésre hajlamosságot is mérsékli. Ezen táplálék fő alkotórésze a gelatina: Rp. Gelatinae albae 50·0, Aquae destill. 450·0, Elaeosacchari citri ad 500, Suprarenini (1‰) 5·0. Ebből 3 óránként, súlyos esetekben még gyakrabban vesz a beteg evőkanálnyit. Használat előtt a gelatina meleg vízben felolvasztandó. Teljes ágynyugalom, jégtömlő a gyomor tájékára és folyékony diaeta (tej, mandolatej, tejszin, híg nyálkás levesek, megfagyasztott vajgolyócskák). Ilyen módon kezelt 50 beteg közül 28 meggyógyult átlag 20½ nap alatt; 19 beteget átlag 22·1 ápolási nap után javultan bocsátottak el saját kívánságukra; 1 beteget a fekély átfúródása miatt a sebklinikára tettek át, a honnan később gyógyultan távozott; 2 beteg meghalt, még pedig az egyik a 108. napon (gastritis chronica proliferans, régi gyomorfekély, gastroptosis, gastrectasia, atrophia brunea cordis et hepatis, általános vérszegénység), a másik pedig az 5. napon (a gyomorfekély erős összenövése a hasnyálmirigygyel; a fekély alapjának közepén egy nagyobb verőér szabad vége látszott). A halálozás tehát körülbelül olyan, mint a Leube- és a Lenhartz-féle

módszernél (Senator: 50 eset, 2 halál = 4%; Leube: 195 eset, 8 halál = 4%; Lenhartz: 201 eset, 6 halál = 3%). Feltünő azonban, hogy a Senator módszerével kezelt esetekben a gyógyulás tartama feltünően rövid. (Die Therapie der Gegenwart, 1907. 6. f.)

A salétromsavas higany diagnostikai alkalmazását ajánlja *Marcou*. E kémszer használatát Jéfimov ajánlotta először, midőn vizeletvizsgálattal bélférgek kimutatására törekedett. Marcou az eljárás használhatóságát bélférgek kimutatásánál tagadja, egyéb esetekben azonban dicséri. Számos lázzal és láz nélkül járó betegségben kereste a vizeletnek e reactioját, s vizsgálatainak eredményéről a Roussky Vratch ez év márczius 24.-én megjelent számában számolt be. A vizsgálatot következőképen végezte. A vizeletet előzőleg felforralta, azután néhány csepp salétromsavas higanyt (Belloste-oldatot) öntött hozzá. A keletkező csapadék sötét vagy világos színe adja a reactio positiv vagy negativ eredményét. Magyarázata szerint a sötét színü csapadék a Belloste-oldatnak ammoniumos vegyületekkel való egyesüléséből származik, a melyek lázas és néhány súlyos, lázzal nem járó betegségben a vizeletben nagyobb mennyiségben találhatók. A reactio színe teljesen független a vizelet színétől, pigmenttartalmától.

A reactiót illető vizsgálatairól Marcou a következőkben számol be. Negativ eredményt a láztalan gümökórosak vizelete adott. A lázas tüdőbajosok és a savós mellhártyalobban szenvedők vizelete alig kifejezett s nem állandó reactiót adott. Genyes, gangraenás és interlobáris mellhártyalobban, továbbá has- és mellhártyalobnak egy esetében a reactio positiv volt. Féregnyújtványlobban a gyuladás tartama alatt, heveny izületi csúzban, influenzában és mandulagyuladásban a betegség kezdetén positiv reactiót kapott. Legértékesebb tapasztalatait a hastyphusban és tüdőgyuladásban szerezte. Az előbbiben a csapadék szürke, ritkán egészen sötét. A 3. héttől kezdve azonban fehérré válik, csak complicatio esetén tartja meg sötét színét. A legkifejezettebb és legállandóbb reactio tüdőgyuladásban észlelhető; a betegség javulásakor a csapadék sötét színe világosabbá válik. Gyakorlatilag legnagyobb értéke Jéfimov eljárásának a legutóbb felsorolt két bántalomban van. A typhusban különösen prognostikai szempontból értékes. A tüdőgyuladásnak rendes, kopogtatással és hallgatózással megállapítható eseteiben felesleges a használata. Centrális lobokban, öreg egyéneken, a kiknél kifejezett hőemelkedés, oldalszúrás nincsen, s a nyelvnek szárazsága s a nehézlégzés az egyedüli kóros tünet, a reactio positiv eredménye megkönnyítheti a diagnosis megállapítását. (La semaine médicale, 1907. 22. sz.)

Ország Oszkár dr.

A diazoreactio prognostikai értéke gümőkóros betegeken volt *Williams* vizsgálatainak a tárgya. Tapasztalatai szerint a negativ eredmény kedvező prognosis felvételére jogosít, míg az állandó positiv eredmény rossz jelnek tekinthető. Erről 18 betegen szerzett tapasztalata tanuskodik, a kiknek állapota rosszabbodott, vagy halállal végződött. Érdekes jelenség az, hogy a négerek vizelete igen súlyos gümőkór eseteiben sem adja a diazoreactiót. (Med. Record, 1907 márczius 23.) *Ország Oszkár* dr.

A genyes gyuladás diagnostizálására új vérvizsgálati módszert ajánlott *Caesaris-Demel*. A friss vért brillantkresylkékkel és sudan III-mal kezelve, az összes fehérvérsejtek magja kékre, az esetleg bennök előforduló zsírcseppecskék vörösre festődnek. Normális egyénnél a fehérvérsejtekben nem észlelhető a vörösre festődés, a sudanophilia. Genyedések jelenlétekor azonban mindig találunk néhány, de igen kis számú sudanophilvérsejtet. Némelyik degenerált fehérvérsejt annyira el van zsírral árasztva, hogy a festett zsírcseppek számuknál vagy nagyságuknál fogva a sejtmagvat is elfedik. A szerző ez elváltozott sejteket a fertőzött góczból származtatja. Nagyobb számú állatnak vérét megvizsgálva, 2 esetben észlelte ez elváltozást, a bonczolás lappangó, nem súlyos genyedésnek felvételét igazolta. Az eljárás számos klinikai esetben jó diagnostikai segédeszköznek bizonyult. Így egy mocsárlázban szenvedő nőnél az ismertetett sejtek bőséges jelenléte genyedésre hivta fel a figyelmet, a genyes agyhártyagyuladást mutatott bonczolási eredmény a vizsgálat megbizhatósága mellett szólott. A vizsgálat lokalizált fertőzésekben és oly genyedésekben jár positiv eredménynyel, a melyekben a tályog eltokolva nincsen Caesaris-Demel gyakorlati szempontból módszerét többre becsüli, a szokásos fehérvérsejtszámolásnál és a qualitativ vizsgálatnál. (Giornale dell'Accad. di med. di Torino 1906 junius, julius.)

Caesaris Demel eljárását több szerző kipróbálta, s használhatóságát megerősíti. Ujabban De Marchis foglalkozott vele behatóan. A fehérvérsejtek említett elváltozása, mivolta, majd pedig a különböző genyes megbetegedésekben való előfordulása volt vizsgálatainak a tárgya. A jellegzetes fehérvérsejteket phagocytáknak tartja, a melyek az elzsirosodott sejttörmeléket felfalták. Ennek bizonyítása állatkisérlettel is sikerült, 7 cm³ sterilizált olajnak subcutan befecskendésével pedig egészséges emberen is tudott sudanophiliát előidézni. Zsírban dús táplálék felvétele után 8 órával egészséges egyénen igen kevéssé kifejezett festődést látott. Csonttörés után és diabeteses lipaemiában a vizsgálat negativ eredménynyel járt. Ellenben mindig positiv eredményt látott 17 genyedés (phlegmone, osteomyelitis, genyes pleuritis) esetében. 3 esetben pusztán e vizsgálat indította a genyedés felvételére s a műtét 2 esetben vesekörüli phlegmonét, 1 esetben genyes pyelonephritist derített ki. Genyesnek látszó hygrománál a vizsgálat negativ eredménye genyedés ellen szólott, a műtétnél ürülő savós fibrinosus folyadék eldöntötte az esetet. Igen kisfokú genyedésnél, például furunculusoknál a vizsgálat teljesen eredménytelen lehet. Komplikált középfülgyuladásban a positiv vizsgálati eredmény koponyaüri tályogra hivja fel a figyelmet. Jellemzők tüdőgyuladás 12 esetében szerzett tapasztalatai. Az exsudatum elfolyósodásakor a sudanophil fehérvérsejtek nagy számban észlelhetők s csak akkor tünnek el a vérből, midőn a physikailag kimutatható elváltozás jelei is elenyésztek. Fertőző betegségekben csak genyedéssel járó complicatiók esetén positiv a vizsgálati eredmény (portathrombosis, májtályog). Genyes chronikus hörghurutban nem állandóak a viszonyok. Petekürt és méhkörüli genyes gyuladásokban s általában eltokolt folyamatokban nem észlelhetni sudanophiliát. (Clinica moderna, 1907 márczius 3.)

Ország Oszkár dr.

Sebészet.

Az appendicitis histologiájáról ir *Noll*. Tagadja, hogy a *Meisel* által felvett keringési zavar volna a heveny gyuladások oka; ezeket mindig bakteriumos fertőzés idézi elő, mely a béltractuson, kivételesen pedig a vérpályán át jő létre. A bakteriumok rendszerint a féregnyúlvány distális és középső harmadában telepszenek meg, míg a proximális harmad szabad marad. Ezen localisatio az anatomiai viszonyoktól (a féregnyúlvány megtörései, a féregnyúlvány lymphatikus apparatusának nagyobb gazdagsága a praedisponált részeken) függ. A gyuladás mindig a nyálkahártya bemélyedéseinek mélyén kezdődik, hol a mikroorganismusok nyugalomban vannak. Megtelepedésüket különösen előmozdítják az úgynevezett lacunák, vagyis a nyálkahártya betüremkedései a muscularis mucosae hézagain át a nyirokcsomókba vagy a submucosába. A nyirokcsomókat magukat nem tekinthetjük a mikroorganismusbevándorlás kapujának, a follicululsok gazdagsága csak a nyálkahártya redőzöttségét, egyenetlenségét fokozza s ily módon alkalmas búvóhelyeket alkot a pathogen mikroorganismusok megtelepedésére. A nyálkahártya bemélyedéseinek, a lacunáknak megbetegedései ezen helyeknek a nyirokcsomócskákkal való intim viszonyai folytán maga után vonja az appendix állományának egy a serosa felé ékalakúlag kiterjeszkedő gyuladását, mely tisztán toxikus lehet és bakteriummentes, genyes fibrinosus exsudatum képződésére vezethet a serosa felületén.

Ez a kezdetben bakteriummentes gyuladás később bakteriumok bevándorlása folytán a serosának és muscularisnak genyes beolvadására vezethet, melyen át a nyálkahártya gurdélyszerüen kiboltosulhat, vagy súlyosabb nyálkahártyamegbetegedés esetén a szabad hasürbe átfúródhatik. Ilyen perforatio sokszor csak mikroskopice állapítható meg és többszörös is lehet, olyankor is, a midőn a felvágott processus nyálkahártyáján makroskopice nagyobb elváltozás nem is látható. Ezen perforatiók izomhegek hátrahagyásával, a lumen nevezetesebb változása nélkül, kigyógyulhatnak. Más esetekben a nyálkahártyaredők mélyében keletkező gyuladás nemcsak a falban, hanem magán a nyálkahártya felületén terjed tova és pedig nekrotizáló vagy diphtheritises gyuladás formájában. Az eset súlyossága szerint többé-kevésbé mélyreható

gyuladás keletkezik a mucosában és a submucosában, melynek végül csak a submucosa külön kötőszöveti rétege áll ellen; innen azután a muscularisra és serosára terjedhet át a gyuladás s a féregnyúlvány contractio közben, vagy a benne felhalmozott váladék nyomása folytán megpukkadhat. Ha a folyamat csak a nyálkahártyára terjedt ki, obliteratioval, illetve ha a nyálkahártya-pusztulás nem volt teljes, szükülettel gyógyulhat. Mivel a nyálkahártya öblei a contramesenteriális oldalon a legmélyebbek, a perforatiók is rendesen itt támadnak s a nyálkahártya leginkább a mesenteriolum felé esőleg marad meg.

Hogy az appendicitis különféle formáit különféle mikroorganismusok idézik-e elő, e kérdést függőben hagyja. A bélsárkőre nézve az a véleménye, hogy perforatiót nem idéz elő, ellenben megakadályozhatja a féregnyúlvány obliteratioját gyuladások után, s igy fekélyképződésre vezet; a gyuladás a kő előtt vagy mögött, rendszerint mögötte jő létre, míg azt a nyálkahártya-területet, mely a kővel érintkezik, legalább egy darabig a kő a megbetegedéstől megvédi. Ennek konstatálása azonban csak egész friss esetekben lehetséges.

A *Riedel*- és *Ribbert*-féle chronikus obliteráló appendicitist valamint az *Oberndorfer*-féle formát, hol a submucosából kiinduló chronikus granuláló gyuladás tönkreteszi a nyálkahártyát, nem találta sohasem; azt hiszi, hogy itt gyógyulási formákról van szó.

Klinice ezen vizsgálatokból az a tanulság meríthető, hogy az acut appendicitis teljesen ép féregnyúlványokban keletkezhetik s nem egy lappangó, elhúzódó gyuladás alapján. Ebből a műtétre az következik, hogy operálni kell

1. heves acut rohamokban, a hol a további lefolyást csak nagy bizonytalansággal tudjuk megmondani;

2. oly chronikus esetekben, hol kövek fekélyesedést tartanak fenn, s az exsudatum felszívódása akadályozott (klinice nehézségek állanak fenn);

3. a hol a féregnyúlvány anatomiai viszonyai vagy a gyógyulás folyamán létrejött stenosisok recidivára hajlamosítanak. (Mittheilungen a. d. Grenzgebiete der Med. und Chir., XVII. k. 3. és 4. f.) *Pólya.*

A szemizombénulások keletkezésének magyarázatára lumbális anaesthesia után állatkisérleteket végzett *Asch*. Azon álláspontra helyezkedik, hogy a bénulás az által jön létre, hogy az anaestheticum egyenesen a nervus abducensre hat, nem pedig ezen idegnek a negyedik agygyomrocsban levő magjára. A bénulás aránylag késői keletkezése is a mellett szól, hogy az injiciált anaestheticum az arachnoideán át diffundál és ily módon hat az arachnoidea és dura alatt elfutó idegre. Ennek folytán oly idegeknél, melyek rövid úton fúrják át a durát (acusticus, facialis, vagus), bénulások ritkán jönnek létre. Bénulások elkerülésére Asch a következőket ajánlja: 1. A lumbális analgesiára legjobb a tropacocain, a stovain semmi esetre sem, mivel ez a motorius idegekre erősebben hat. 2. Az anaestheticumból lehetőleg kis dosist használjunk. 3. Concentráltabb oldatokat ne alkalmazzunk. 4. A lumbális anaesthesia után feltétlen nyugalom ajánlatos, lehetőleg felpolczolt felső testtel, mivel így a diffusiót az arachnoideán át legalább felsőbb részeiben s ezzel az anaestheticum toxikus hatását az agyvelő idegeire is elkerüljük. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1907. 13. szám.) *Gergő.*

Lúdtalpbetétek készítésére a következő eljárást ajánlja *Lengfellner*. A lábról gypspéplenyomatot készítünk; a pólyával készült közönséges minta a czélnak nem felel meg. Ha a gypspéplenyomat elkészült, egy darab papirossal meghatározzuk a betét nagyságát, és azután megfelelő nagyságú fémlemezt (1 mm. vastag aluminiumpléhből) idomítunk a positiv mintához. A fémlemezt mindkét oldalára applikált tricot-celluloid-réteggel erősítjük; ez által a fémbetét nemcsak ellentállóbbá lesz, hanem azonkivül némi rugékonyságot is nyer. Igen nehéz betegeknél a celluloid-erősítés helyett aluminiumsínekkel erősíthető a betét talpi felszine. Lengfellner ezen lúdtalp betéteivel nagyon meg van elégedve; ilyen betétek szerinte a lúdtalpczipőt feleslegessé teszik, és mivel a gypslenyomat és betét készítése különösebb nehézségbe nem ütközik, a gyakorló orvosnak is ajánlatos ezen eljárás elsajátítása. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 9. szám). *Gergő.*

Gyermekorvostan.

A diphtheriás hűdések kezelése gyógysavóval. *Ausset* 12 éves leánybeteg kórtörténetét közli, a ki középsúlyos diphtheria kiállása után a 8. napon postdiphtheriás hűdés igen súlyos tüneteit mutatta. A hűdés nemcsak a garatra és a szemmozgató izmokra terjedt ki, hanem az összes végtagok izmait, a bal facialis alsó ágát és a glossopharyngeust is érintette. A megbetegedés 28. napján a légzőizmok hűdéses állapota állott be, úgy hogy a beteget csupán a legerősebb izgató szerekkel sikerült életben tartani. A szerző betegénél, kit ezen súlyos collapsus napján látott először, naponként nagy adag gyógysavót alkalmazott, a mire az állapot szemmel láthatólag megjavult, úgy hogy a beteg egy hónap leforgása után teljesen gyógyult. Ezen esete alapján bebizonyítottnak látja azon, sok észlelő által tagadott tényt, hogy a postdiphtheriás hűdések központi eredetűek is lehetnek, s meglepő jó eredménye alapján diphtheriás hűdés eseteiben a gyakori s nagy serum-adagok alkalmazása mellett tör lándzsát. (La pédiatrie pratique, 1907. 13. sz.) *Faludi Géza* dr.

Bőrkórtan.

Atoxylmérgezés két esetét ismerteti *Brenning* (Berlin). Az atoxyl nevű arsenkészítmény kiváló hatása miatt kiterjedten használatos a dermatotherapiában. Eleinte teljesen ártalmatlan szernek tekintették, utóbb azonban kiderült, hogy olykor — bár kétségtelenül csak igen kivételesen — súlyosabb szövődményekkel is járhat. A közelmultból ismeretes pl. *Borncmann* esete, a melyben a lichen ruber planusos beteg háromszor heti 0·4 gm.-os atoxylos injectiók nyomán (összesen 27·0 gm.) teljesen amaurotikussá vált a kifejlődött atrophia nervi optici következtében. Valószinű, hogy ezen esetben az arsen és az atoxyl egyik componense, az anilin együtthatása okozta a végzetes szövődményt. A szerző 2 esetében a mérgezési tünetek jóval enyhébb lefolyást mutattak, bár igaz, hogy az atoxylnak összes befecskendezett mennyisége is jóval csekélyebb volt. *Brenning* első betege psoriasis universalisban szenvedett és 18 éves volt. 11 injectiót kapott, a melyekben összesen 1·8 gm. atoxyl foglaltatott. A hetedik injectio nyomán heves mérgezési tünetek támadtak, a melyek heves fejfájásban, szédülésben, hányásban és lázban (39·7°) nyilvánultak. E tünetekhez járultak még: szárazság a torokban és teljes vizeletretentio, a mely a csapolást tette szükségessé. Az injectiók abbanhagyására a tünetek hamarosan eltüntek, jóllehet a szédülés és nagyothallás még 2 hétig tartott. A második eset 46 éves férfira vonatkozik, a ki ugyancsak psoriasisban szenvedett. Ez a beteg összesen 2·0 gm. atoxylt kapott 12 injectio alakjában. A tünetek itt teljesen olyanok voltak, mint az első esetben. A vizeletretentio is ép oly erősen mutatkozott, a mi határozottan anilin-mérgezési tünet. (Dermat. Centralblatt, 1907. 5. szám.) *Guszman.*

A botryomykosisról ir *F. Krzysztalowicz* (Krakó). A bőr botryomykosisa oly betegség, melyet az jellemez, hogy apró, kocsányos, teljesen jóindulatú, sajátszerű daganatocskák támadnak, a melyek csaknem állandóan a kézre és ujjakra lokalizálódnak. Az első e bajra vonatkozó közlemény *Poncet* és *Dor*-tól ered (1897), a kik ezeket a kis növedékeket azért azonosították az állatok botryomykosisával, mert a belőlük kultivált coccus ugyanazon tulajdonságokat mutatta, mint az ú. n. botryococcus. A szerző a bőséges irodalmi adatok mérlegelése kapcsán a következő eredményre jut e kérdésben: Van egy különálló betegség, mely sok hasonlatosságot mutat az állatok botryomykosisával. Még korai volna úgy az emberi mint az állati botryomykosis aetiologiáját illetőleg végleges véleményt kimondani. Igen valószinű azonban az összes szövettani és biologiai tények egybevetésének alapján azon következtetésnek helyes volta, hogy az állati és emberi botryomykosis a staphylococcus pyogenes aureus által jön létre. Felvehető egyébként, hogy ez a coccusfaj biologiája valamilyen módon változást szenved *(Galli-Valerio)*, s hogy ezen esetben a bőr a kórjelenségek alakjára és létrejöttére befolyást gyakorol *(Bodin)*. Azok számára, a kik az emberi botryomykosis fajlagos voltát kétségbe vonják, a szerző a „jóindulatú nyeles granulatiós daganat“ elnevezést (granuloma

pediculatum benignum) ajánlja. A baj gyógyítására egyedül a késsel való kiirtás használható. (Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1907. 12. f.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Prostatacarcinoma érdekes esetét közli *Rochet* és *Thevenot*. Az eddigi megfigyelésekből úgy látszott, mintha genytasakok csupán csak a jóindulatú prostatahypertrophiában képződnének. A szerzők azonban most egy 61 éves betegükről referálnak, a kinél a hólyag- és prostatatünetek alapján egyszerű hypertrophiát diagnostizáltak és a kinél a gátmetszés folyamán egy typikus tubulosus prostataepitheliomára bukkantak, a melyben több kisebb-nagyobb genytasak alakult. A műtét, a mely húgycső-végbélsipolyt hagyott maga után, látszólag könnyített a beteg helyzetén, a hasmirigyekben képződött metastasisok azonban egy éven belül mégis csak megölték őt. A genyedést, a mely téves diagnosisra adott okot, bizonyára a húgycső prostatikus részében székelő chronikus fertőzés okozta. (Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1907. 4. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Az omorol *Viett* szerint egyáltalán nem mérges és mégis erősen bakteriumölő hatású ezüstpraeparatum. A többi ezüstsó felett az az előnye, hogy physiologiai konyhasóoldatban és a testnedvekben oldódik. A szerző már sokszor használta ezt a gyógyszert a fertőzésen alapuló női nemi szerveknek a megbetegedéseiben, úgyszintén a férfi húgycsőkankójának a gyógyítására és az elért eredménynyel mindig meg volt elégedve. (Aerztliche Rundschau, 1907.) *Drucker Viktor* dr.

Az essentiális vesevérzés kérdését behatóan tanulmányozta *H. L. Kretschmer*, és a mikor a még mindig homályos eredetű haematuriáról újabb adatokat tár fel, a betegségnek a lényegéről így nyilatkozik:

1. Csak akkor mondhatjuk, hogy a vérzés anatomiailag meg nem változott veséből ered, ha ezt szövettanilag is tudjuk igazolni.

2. Már olyan csekély sérülések is okozhatnak vesevérzést, a milyeneket a mai mikroskopia még ki sem tud deríteni.

3. Sokszor már a decapsulatio, máskor meg csak a nephrektomia vezet teljes gyógyulásra.

4. Egy és ugyanazon klinikai képnek néha nagyon különböző bonczolástani és górcsövi lelet felel meg.

A vérzésnek a forrását legtöbbször a Malpighi-testecskéknek capillaris kacsaiban találjuk meg. (Zeitschrift für Urologie, I. k., 6. f.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

Az intramusculáris higanybefecskendések technikájának módosítását ajánlja *A. Karwowski* (Posen). A syphilis therapiájában nagy szerep jut a kénesős injectióknak. Ilyen injectiókhoz jelenleg Németországban leginkább az oldhatatlan hydrargyrum salicylicum használatos. Szokásos adagolási formulája a 10%-os suspensio paraffinum liquidumban. Ezeknek az injectióknak azonban némi hátrányuk is van, csak úgy, mint a calomel- vagy oleum cinereum-befecskendéseknek. Első sorban a fájdalmasság az, mely nagy kellemetlenséget okozhat és rendesen nagy infiltratumokkal jár karöltve. Joggal rettegett szövődmény azonban a tüdőembolia, mely kisebb mértékben nem is nagyon ritkán jelentkezik. Az embolia az injectio után azonnal heves köhögést vált ki, a mi szerencsétlen esetekben egyre fokozódó súlyos fuladási tünetekbe csaphat át. A szerző több régi és újabb szerzőnek ajánlatát magáévá téve, a következő technikát ajánlja az oldhatatlan kénesőkészítmények injectioja alkalmával. A gondosan megtisztított tűt hirtelen döféssel a glutaeusba szúrja. Ha erre a tűn keresztül vér nem ürül, ráilleszti a fecskendőt a türe s egy-két vonalnyit befecskendez, miközben a beteg állva, mélyen légzik. Ha erre sem mutatkozik köhögési inger, akkor a teljes adagot injiciálja. A szerző szerint ezzel az eljárással kerülhető el leginkább az embolia, mert a legkisebb tünet alkalmával, mielőtt még késő volna, abbahagyható a befecskendés. A fájdalmas infiltratumok szerinte legjobban úgy kerülhetők el, ha a paraffinum liqu. helyett ol. olivarumot használunk. Fájdalomról ilyenkor alig lehet szó, szintúgy beszűrődésekről sem. Megjegyzendő azonban, hogy az ol. olivarumban suspendált hydrargyr. salicyl. nagyobb üledéket ad, mint a paraffinum liqu.-mal készült. A használatát megelőző felrázás ezért erélyesebben végzendő. (Monatshefte f. prakt. Dermatol., 1907. 44. k., 1. f.) *Guszman.*

A syphilises primaer affectio kimetszésének hatásosságáról nyilatkozik *P. Witte* (Posen). A szerző azon meggyőződésből kiindulva, hogy a syphilises primaer laesiora gyanus ulceratiók eltávolítása sohasem lehet káros, hanem csak hasznos, 7 év alatt 57 betegen metszette ki a gyanus részeket. Ezen esetek közül voltak olyanok is, a hol a syphilis első stadiuma már teljesen ki volt fejlődve s így az általános elterjedés meggátlása már eleve ki volt zárható. A szerző a kimetszést 50 biztosan lueses esetben végezte, ezek közül 47 betegen a secandaer tünetek kifejlődtek. Ezekben az esetekben a syphilis lefolyását illetőleg nem lehetett eltérést észlelni. 3 esetben a syphilis secundaer tünetei elmaradtak, a mit a szerző az igen korai excisionak tulajdonít. A kimetszés oly időben történt, a mikor a spirochaeta pallida még ismeretlen volt, de a szerző azért határozottan syphilisesnek tartja három esetét. E nézetét a histologiai képre alapítja, a melyet a három kimetszett részlet nyujtott. A három sklerosis kimetszése a fertőzés utáni 8—14., illetőleg 15. napra esett. A megfigyelési idő a kimetszés óta a 3. esetben $1^1/_2$ esztendő, az első két esetben 7 és 4 esztendő. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 85. k., 1—3. f.) *Guszman.*

Fülorvostan.

A fibrolysin használatáról a középfül betegségeiben ir *Urbantschitsch*. A thiosinamint (allylsulfohúgyanyag) már évek óta használják a hegszövetre gyakorolt puhító hatása miatt különböző betegségekben. Kettős sója, a fibrolysin, 1 molekula thiosinaminból és $^1/_2$ molekula natrium salicylicumból áll és épen olyan hatású, csakhogy vízben oldható lévén, alkalmasabb a befecskendezésre. A szerző nagyszámú nagyothallón végzett befecskendezéseket fibrolysinnel; eleinte 0·3 cm^3-t fecskendezett be a felkar bőre alá, majd lassanként felemelkedett 2·3 cm^3-re. Ha 2—3 napos időközben végzett 10 befecskendezés után még nem mutatkozott semmiféle eredmény, a kezelést beszüntette. A beszúrás után támadó fájdalmak nagyon kisfokúak, de elég sokszor jelentkezett órákig eltartó bágyadtság, fejfájás, rosszullét stb. Legjobb eredmények érhetők el az előrehaladt száraz középfülhurutban, a dobüregbeli adhaesiv folyamatokban, továbbá a sclerosis kezdeti szakában. Sclerosis súlyos esetei, valamint a belső fül megbetegedései nem alkalmasak a fibrolysin-kezelésre. Fontos, hogy egyidejűleg erélyes helyi kezelést is foganatosítsunk, kihasználandó a hegszövetnek a fibrolysin által létesített megpuhulását (katheterezés, a tuba kutaszolása, a dobhártya pneumomassage-a, a Lucaeféle nyomószonda alkalmazása stb.). Ezzel a kombinált eljárással a szerző nagyon sok oly esetben ért el kedvező functionális eredményt, a melyben a tiszta helyi kezelés hatástalannak bizonyult. (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, 61. kötet, 2. füzet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A chloroform vagy aetherbódítás utáni hányás megszüntetésére *Wootton* az oxygenbelégzést ajánlja. Úgy jár el, hogy mihelyest nincs már szükség érzéstelenségre, tüstént oxygent kezd belégeztetni és ezt a betegnek felébredéséig, néha még rövid ideig azon túl is folytatja. (Ref. La semaine médicale, 1907. 20. szám.)

A pruritus senilis gyógyítására már többen ajánlották a savakkal való kezelést. Legújabban *Ströll* ismertet egy idetartozó esetet. A 78 éves férfi rendkivül makacs, nagyfokú, minden kezeléssel daczolt pruritusban szenvedett, a mely sósav használatára 2 nap alatt megszünt. Az orvosságból (Rp. Acidi sulfurici diluti 5·0; Aquae destillatae 170·0; Syr. rub. id. 30·0) két óránként vett be a beteg evőkanálnyit, s a pruritus megszünése után pedig még egy palaczkkal 3 óránként. A baj néhány hét mulva újból mutatkozott ugyan, de a fenti orvosság egy palaczkjának elfogyasztásával meg volt szüntethető. (München. mediz. Wochenschrift, 1907. 21. szám.)

Gastroptosis eseteiben *Riva* tanár jó eredménynyel használja a galvanizálást: a betegnek hanyattfekvésében az egyik nagy elektrodrot az epigastriumra vagy a köldöktájra helyezi, s a nyaknak két oldalán a vagus lefutásának megfelelő helyre egymással összefüggésben álló két kisebb elektrodot tesz; az áram, a mely a nyaktól a has felé haladó irányú, 5—10 milliampère erejü; egy-egy ülés legfeljebb 10 perczig tart. *Borri* legújabban 60 esetről számol be, a melyekben ezzel az eljárással igen jó eredményt ért el. (Ref. La semaine médicale, 1907. 22. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1907. 6. füzet. *Bauer Kálmán:* A degeneratiós idegbajok chemiai ellenőrzéséről. *Ströszner Ödön:* A formaldehyddal való lakásfertőtlenitésről és annak értékéről heveny ragályos kóroknál és gümőkórnál.

Gyógyászat, 1907. 27. szám. *Derera Henrik:* Adatok a szerzett gynatresiák casuistikájához és prophylaxisához. *Schweitzer Artur:* Két új antirheumaticumról.

Orvosok lapja, 1907. 27. szám. *Vermes Mór:* Tabes és syphilis.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 27. szám. *Schönheim Lajos:* Néhány újabb gyógyszerről. *Plesch János:* A vizeletben előforduló epefestenyek diazobenzolreactiójáról. „Urologia" melléklet, 3. szám. *Feleki Hugó:* A húgycső gonorrhoeája és következményei. *Faragó Zsigmond:* Az ondózsinór csavarodásáról. *Csikós Sándor:* A radikális hydrocelemütétek egy módositásáról. *Boros Béla:* Esetek az urologiai sebészet köréből.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Fürst Henrik* dr.-nak, Sziszek város tisztiorvosának a király közhasznú működése elismeréseül a koronás arany érdemkeresztet adományozta

Kinevezés. A székesfőváros főpolgármestere *Wenhardt János* dr. egyetemi magántanárt a balparti kórházakhoz főorvossá, *Schönberger Emil* dr.-t pedig a jobbparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Szendy Károly* dr.-t Nagykomlóson körorvossá választották.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán junius hóban 132 szülés volt, még pedig először szülő 71, többször szülő 61. A született magzatok száma 137, és pedig élő 117, halott 12, macerált 9; érett 101, kora 22, éretlen 14; fiú 64, leány 66, kérdéses nemű 7; törvényes 54, törvénytelen 83. A gyermekágyasok közül meghalt 2. A nőbeteg-osztályon 73 beteget ápoltak, halálozás nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika 82 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 67 volt.

A budapesti poliklinikán junius hóban 4120 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 11,539 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület junius havában 53 esetben nyujtott első segitséget; ezenkivül 28 betegszállitást végzett, 52 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 4-szer téves jelentés folytán vonult ki. A junius havi működési főösszeg tehát 288.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya junius hóban 91 esetben működött.

Megjelent. *Lengyel Loránd* dr.: A vizelet chemiai és mikroskopos vizsgálata, különös tekintettel a gyakorlatra. Budapest. A Magyarországi gyógyszerészegylet kiadása. Ára 6 k. — *Hültl Hümér:* A műtett betegekkel való velebánásról.

Meghalt. *Flesch Salamon* dr., mosoni orvos 70 éves korában. — *Némethy Samu* dr., Ugocsa vármegye tiszti főorvosa e hó 8.-án 49 éves korában Nagyszőllősön. — *Schwitzer Samu* dr. 63 éves korában e hó 10.-én Érsekujváron. — *Sir W. T. Gairdner*, 1899-ig a belorvostan ny. r. tanára a glasgowi egyetemen, junius 28.-án, 83 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *O. v. Franqué* tanár Prágában elfogadta a meghivást a giessemi nőorvostani tanszékre. — *H. Munk* tanár, az ismert physiologus, a berlini állatorvosi főiskolán az élettan tanára, nyugalomba vonul. — *E. Klebs* tanár Berlinben félszázados orvosdoktori jubileumát ünnepli. — *Straub* dr., a würzburgi egyetemen a gyógyszertan tanára elfogadta a meghivást a freiburgi egyetemre. — Megirtuk mult számunkban, hogy a müncheni nőorvostani tanszékre, Winckel tanár utódjául, *Döderlein* tanárt hivták meg Tübingenből, a ki a meghivást el is fogadta. E meghivás előzményei a következők. A tanártestület első jelölése a következő volt: Bumm (Berlin), Rosthorn (Heidelberg), Hofmeier (Würzburg). A két első a meghivást nem fogadta el, a harmadiknak a meghivását pedig a ministerium nem effectuálta, hanem új jelölésre szólitotta fel a kart. A második jelölés a következőképen ütött ki: Hofmeier (Würzburg), Döderlein (Tübingen), v. Herff (Basel). A ministerium erre Döderleint hivta meg, a kivel a müncheni egyetem kiváló eröre tesz szert, bár Hofmeier is tudvalevően szakmájának legjelesebb művelői közé tartozik. — *Déjerine* dr. Párisban az orvosi pathologia tanszékét nyerte el. — *L. Michaelis, M. Mosse* és *P. Lazarus* Berlinben (mind a három belorvos) a tanári czimet kapta.

A Departement du Rhône orvosi syndicatusa hirdetményben értesitette a közönséget arról a határozatról, hogy julius 1.-étől kezdve vasár- és ünnepnapokon az orvosi rendelés- és látogatásért a rendes honorarium kétszerese fizetendő.

A II. nemzetközi physiotherapiai congressus alkalmából, mely *Rómában október 13.-ától 16.-áig* lesz, az olasz közmunkák ministere rendkivüli utazási kedvezményeket engedélyezett a congressus tagjai számára. A beirt rendes és rendkivüli tagok (rendes tagok nejei, kiállitók stb.) 40%—60% dijengedményes szelvényfüzeteket vehetnek igénybe az összes olasz vonatokon és hajókon. A szelvényfüzetek 45 napig érvényesek. Az olasz kormány diplomatiai úton lépéseket tett, hogy a congressus tagjai a külföldön is hasonló utazási dijmérséklésekben részesülhessenek. A római központi bizottság közlése szerint a congressuson a világ legnevesebb szaktudósai fognak résztvenni. A congressus magyarországi bizottságának főtitkára, *Reich Miklós* dr. (Budapest, Muzeum-körút 2) érdeklődőknek a physiotherapiai congressus programmját megküldi.

A lipcsei Reichsgericht egy konkrét eset kapcsán azt az elvi jelentőségü itéletet hozta, hogy az orvosi gyakorlat eladása turpis causa, mely a törvény előtt semmis. E határozat hozatalára alkalmat szolgáltató esetben egy drezdai orvos 70,000 márkáért adta el a praxisát egy kartársának, s midőn az néhány részlet fizetése után a törlesztést kénytelen-kelletlen beszüntette, beperelte őt. Németországban a praxis eladása közönséges dolog; az orvosi szaklapok hirdetései közt sohasem hiányoznak a „jövedelmező praxis" eladására vonatkozó ajánlatok.

Az álomkórság elleni küzdelem ügyében nemzetközi conferentiát tartottak az érdekelt államok (Anglia, Németország, Francziaország, Portugal, Kongo-állam és Sudán) Londonban junius 17—19.-éig.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Secacornin" czimü prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Vereinigte Chemische Werke Act.-Ges. Charlottenburg czég „Atoxyl" czimü prospectusa van mellékelve.

Fényes sorozata a gyermekgyógyászok elismerő leveleinek igazolja, hogy a gyermektáplálás probiemája nagy lépéssel haladt előre a „**Phosphatines Falières**"-nek a gyermektápszerek közé való beiktatása óta. E kiváló tápszer nagy előnyeit a Magyarországon megejtett kisérletek is fényesen igazolják.

Az **Iron** (hangyasavas vaselixir) feltétlenül megbizható, nem bomlékony vaskészitmény, mely javalva van mindazon esetekben, melyekben vas adagolása egyáltalán szóba jöhet, tehát anaemia, sápkór, női bajok, vérzések vagy szülések után, de minden tekintetben figyelemreméltó a reconvalescentiában mint gyorsan ható vérképző és roboráló szer. Készitője: Pray Valér gyógyszerész, Budapest, VIII., Baross-utcza 44.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS.
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyitó intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok

Orvosi laboratorium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb. Prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

ERDEY Dr. 1415/3109 **SANATORIUMA.** **Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülőnők részére.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. CUKOR rendel **Franzensbadban** nő- és szivbetegeknek. Hotel „Holzer", Kulmerstrasse. 4116

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizeleti köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsöi és bakteriologia vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1907 április 24.-én.) 515. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1906. évi junius hó 1-én tartott szakülés.) 516. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1907. évi márczius hó 2.-án tartott szakülés.) 517. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1907 április 24.-én.)

Elnök: **Medvei Béla.** Jegyző: **Török Béla.**

(Vége.)

Aneurysma aortae descendentis.

Irsai Artur: A 60 éves gyári munkásnak időnként szívdobogása van és körülbelül két év óta bal mellkasában, különösen a háti részen igen heves fájdalmakat érez. A mérsékelten fejlett és lesoványodott betegnek szívcsúcslökése az V. bordaközben a bimbóvonalban érezhető, kissé emelő. A szívtompulat befelé normális határt mutat; a bal lapoczközötti tájon a gerinczoszlop mellett a VI—VII. borda magasságában erősen kiemelkedő, körülbelül 4—5 cm. átmérőjü, rugalmas tapintatú daganat látható, mely felett centrumából kiindulólag a peripheria minden irányába terjedő élénk lüktetést lehet érezni. A tumor felett systolés és diastolés hang hallható. Feltünő, hogy a daganat időnként jelentékenyen megkisebbedik. Tekintve ezen tumor megjelenését, illetve a felette található tompulatot, valamint az érezhető, jellegzetes lüktetést és a hallható systolés és diastolés hangot, az aorta lehágó részletének aneurysmáját kell felvenni. Az aorta thoracica lehágó részletében jelentkező aneurysmák tudvalevőleg az aránylag ritkábbak közé tartoznak, mint ezt az erre vonatkozó statistikai összeállítások mutatják, így többek között Lebert 83 esete közül az aorta descendesre csak 9 esett; Crisp 226 esete közül 21; Myers 109 esete közül 19; a bordákat csak kisebb daganatok mellett lehet követni az áttörési helyig, míg a nagyobbakban az aneurysmák aláhúzódnak, s az áttörés helyét nem érezhetjük. Ha az aortabillentyük épek, akkor az aneurysma felett is két tiszta hangot hallunk. Megjegyzendő, hogy a bemutatott esetben a Röntgen-kép is biztosítja a kórjelzést.

Dermographia esete.

Barla-Szabó József: A 28 éves nőbeteg scrophuloderma miatt operáltatott a szent Margit kórházban, melynek belgyógyászati osztályán figyelték meg a dermographiát. Ez abban áll, hogy a beteg bőrének mechanikusan izgatott része elhalványul, környékén pedig diffus pir jelenik meg erős viszketö érzés közben. Majd 5—10 percz mulva az izgatás helyén kiemelkedő, elhalványodott duzzanat képződik, mely $^1/_2$ óráig jól látható és csak 1—$1^1/_2$ óra mulva tünik el. A dermographia mint ritka tünet az idegrendszer oly alapbántalmaiban jelentkezik, melyekben vasomotorius zavarok állanak fenn. Ez esetekben is legtöbbször a test bőrének csak egyes részletein mutatkozik. A jelen esetben bár semminemü idegrendszerbeli bántalom nincs, a dermographia a beteg bőrének minden egyes területén kiváltható.

Idegrendszerbeli megbetegedés hiányában felvehető volna, hogy a vasomotorius zavar e tünetét a betegnek az operatiotól való félelme, mint psychikus shock váltotta ki, de ennek ellentmond azon anamnestikai adat, hogy a duzzanatképződést a beteg már az operatio előtt hetekkel észlelte. Igy a dermographia itt valamely idegrendszerbeli megbetegedés vasomotorius zavarai közül az első és kezdeti tünet lehet.

Salgó Jakab: Az eset két irányban érdekes. Először a tünet nagy foka miatt, azután meg hogy véletlenül jöttek reá, mert semmiféle ideges panasza a betegnek nem volt. Sőt ilyet keresve sem találtak. Lehetséges, hogy egy később kifejlődő idegbajnak előrevetett árnyéka.

Szontágh Félix egy urticaria-esetet emlit, mely 9 hónapig állott fenn. Hat héttel az urticaria jelentkezése után polyneuritis degenerativa fejlödött. Az aetiologiában nincs kizárva, hogy botulismus szerepelt. A bemutatott eset vizelete megvizsgálandó, nincs-e bomlási processus a tápcsatornában.

A kora tavaszi malariáról egy eset demonstrálása kapcsán.

Körmöczi Emil: Az előadó Hochhalt főorvos osztályáról mutat be egy plasmodium vivax-fertőzés által okozott febr. intermittens tertianát. A beteg Erdélyből mult év deczemberében a a fővárosba került kocsisgyerek, ki a postánál van alkalmazva és ki 50-ed magával a VIII. kerületi Német-utczai telepen lakik, az istállók közelében. Az istállókban ismételt vizsgálat mellett sem lelt az előadó anophelest, a telep többi lakója a bemutatás napjáig egészséges és köztük nem is volt beteg az év folyamán. A beteg tagadja, hogy előzőleg lett volna malariája és azt állítja, hogy április 4.-én rázta ki először a hideg. Az előadó ezen eset taglalása és a fertőzés eredésének vizsgálata közben felemliti, hogy fővárosunk ez idő szerint malariamentes. Budapesten fertőzött beteget már évek óta nem észlelt. A mi eset a főváros környékéről mégis észlelés alá kerül, az mind plasm. vivax-fertőzés. Plasmodium praecoxot csak két esetben látott, egy a Balkánból bevándorolt munkásban és egy román disznókereskedőben. Ismerteti ezután a felsőausztriai, németországi és erdélyi plasm. vivax-fertőzéseket és reámutat arra, hogy ezen kora tavaszszal jelentkező eseteket mily nehéz a moskito-elmélettel magyarázni. Új tavaszi anopheles-generatio nem okozhatta például esetében a fertőzést, mert az új generatio a mai időjárás mellett legfeljebb május közepén várható. Kitelelő anopheles-nő által okozott fertőzés pedig nem valószinü. Tudvalevőleg a télire behúzódó anopheles-nök méregtelenitik magukat ismételt vérszívás után. Legfeljebb arra lehetne gondolni, hogy ilyen kitelelő anopheles a tavaszi meleg mutatkozására (ez, ha az incubatiót és a sporocyták fejlődését a szunyogban számításba veszszük, február vége vagy márczius eleje lehetett) felelevenedett és fertözött vért szívott, mit azután a betegbe oltott. Erre annál inkább gondol a bemutató, mert *Jancsó* kisérletei ennek lehetöségét bizonyitják és mert az istálló hömérséke a kritikus időben csakugyan + 16 C.° felett lehetett, mely hömérsék a sporocyták fejlödéséhez okvetlen szükséges. Mindezek ellenére, tekintve a főváros járványmentességét, a telep és a rajta levők egészségi viszonyait, azt gondolja, hogy jelen esetben egy latens behurczolt malaria kitöréséről van szó. Ilyen latens malaria, mint a „Società per gli studi della malaria“ legutóbbi kiadványából is kitünik, hosszú ideig lappanghat, míg kitör. Különben újból hangoztatja azon nézetet, hogy a plasmodiumoknak az emberben lefolyó ivartalan fejlődése befolyásoltatik a meteorologiai viszonyok által. Ezen állítás mellett szól az is, hogy a légváltozásra a plasmodiumoknak az emberben való fejlödése megakad. Ezen nézetet ugyan a merterséges fertőzések lefolyása nem igazolja, de hiszen itt természetes fertőzésről és bonyolultabb viszonyokról van szó. Ha ezen feltevés bebizonyulna, úgy a kora tavaszi eseteket könnyen lehetne magyarázni.

Entz Géza: Az orvosegyesületben felhivtam a figyelmet azon malariamegbetegedésekre, melyeket állatokban tanulmányozhatunk, különösen verebeken. Hosszú időn keresztül a protosomamegbetegedés a madarakon úgy jelentkezik, mint a malaria az embereken. Két ilyen hullámvonal van: tavaszszal kezdődik, azután emelkedik, majd sülyed. Vajjon a plasmodiumokat a szunyogok tartják-e fenn, vagy a madarak, erre nézve felemliti, hogy a verebek százszámra voltak fertőzve, még februárban, márcziusban és áprilisban is. Tehát ezen esetek recidivák. Különben Schaudinn is kifejezte ezen nézetét. A gameták a belső szervekben sokáig megmaradnak, parthenogenesis útján oszlanak és új fertőzéseket hoznak létre.

Medvei Béla: Kérdi, hogy tekintettel a fertőzés rövid tartamára, a klinikai képben mutatkozik-e valami felismerhető különbség? Nevezetesen a lépnagyobbodás milyen, kivált lázszünetes napokon? Azután a vérvizsgálat hányadnapra történt a beérkezés után?

Körmöczi Emil: Entznek köszönöm felvilágositását. Sok mindenfélét fel lehetett volna hozni. A protosoma-fertőzésről van tudomásom. Jancsó felhozza, hogy a culex pipiensben éri el az ivaros szaporodást és a verebekben. Jancsó mondja, hogy csodálatos módon a verebekben is ezt a két görbét találjuk, pedig azt hiszi, hogy a verebekben a protosoma átszenvedése immunitást okoz, tehát ha úgy áll a dolog, mint Entz mondja, nem recidiva, hanem latens fertőzés.

Medvei felszólalása kapcsán az a kérdés merül fel, hogy a vérvizsgálat alapján eldönthető-e, hogy új fertőzés, vagy recidiva van-e jelen? A 8—10. napon jelentkeznek a vérben. Hasonlókép a quartana parasitái. De pl. a vivaxnál egy-két fertőzés után jelentkeznek a gameták és a vérből nem lehet megállapitani, recidiva-e vagy fertőzés. A bemutatott esetben már 7 napja megvolt a betegség, megvolt a léptumor is. Adtunk chinint, mire a léptumor is visszament. Ha csakugyan szerepelnek ezeknél a tavaszi malariáknál olyan alakok, melyek őszszel fertőztek, úgy képzelhető, hogy a beteg nem tud róla, vagy fennáll a malaria klinikai tünet nélkül.

A luesnek atoxyllal való orvoslásáról.

Preis Károly: Az atoxylt, mely a trypanosomiasis ellen némileg bevált, többen lues ellen is alkalmazták, abból kiindulva, hogy a spirochaeta pallida, a lues gyanított okozója, a trypanosomák családjához, vagy legalább is a protozoákhoz tartozik. Tekintettel az irodalomnak erre vonatkozó adataira, mi is próbálkoztunk ezen szerrel az elsődleges szakban egy esetben és a másodlagos szakban (általános nagypapulás syphilid) két esetben, de mind a három esetben az atoxyl teljesen hatástalannak bizonyult, jóllehet, hogy az egyik beteg 24 nap alatt összesen 2·5 gm. atoxylt kapott a bőre alá. Mihelyt azonban az atoxylt abbahagytuk, és sublimatinjectiókra tértünk át, a syphilidek prompt visszafejlődtek.

Alypinkenőcs a chronikus fájdalmas fekélyek gyógyítására.

Preis Károly: Az 56 éves asszony 14 év óta sklerodermiában szenved. A betegségéből kifolyólag a bal lábhátán és belső bokáján fennálló exulceratiók oly nagy állandó fájdalmat okoznak, hogy már egy év óta kénytelen morphiumot szedni. Bór- vagy zinkvaselinkötések fájdalmát egy cseppet sem enyhítik. Végre 10%-os alypinkenőcsöt alkalmaztunk, még pedig a következő módon: alypin 1·0, lanolin, vaselin āā. 5·0 kenőcsből kb. 1 gm.-ot, tehát 10 cgm. alypint dörzsöltünk a fekélyekbe és bőrlintra kent 10%-os zinkvaselinkenőcsöt tettünk fölébe; vatta és kötés. Ettől a pillanattól fogva a beteg fájdalmai teljesen megszüntek, mindig jól aludt és nem is kivánkozott többé a morphium után. Ezen kötést naponta megújítottuk a nélkül, hogy a naponta a fekélyekre alkalmazott 10 cgm. alypin valamely kellemetlen melléktünetet okozott volna. A midőn azonban egy izben próbaképen csak 5%-os alypinkenőcsöt alkalmaztam, a beteg még aznap újból némi fájdalomról kezdett panaszkodni. Ezen kezelés mellett különben a fekélyek is gyógyulásnak indultak.

Mohr Mihály: Az alypint 3%-os oldatban két év óta használja a szemészeti gyakorlatban. Kitünő érzéketlenitő szer, mert gyorsan hat, nem okoz anaemiát, nem szárítja ki a corneát és igy pl. idegen test eltávolítása után a legnagyobb ritkaság, hogy fekély támadjon, a mi azelőtt a cocain használata mellett napirenden volt. Bulbusműtéteknél, enucleationál is kitünően beválik, de óvatosnak kell lenni, mert több izben látott nagy pulsusretardálást 2—3 csepp alypin becseppentése után; a pulsus leszállt perczenként 50—40-re. Még óvatosabbnak kell lenni, ha sebfelületre alkalmazzuk, a hol a felszivódási felület nagyobb.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1906. évi junius hó 1.-én tartott szakülés.)

1. **Grósz Menyhért** dr.: Egy melancholiában szenvedő rabot mutat be, kinél a kór már dementiába megy át. Az illető az elmekórházban melancholiával volt gyógykezelés alatt, s javultan lőn elbocsátva. Törvényszéki orvosi szempontból vizsgálva az esetet, a kóralak megállapításakor szóba jön a szimulálás kérdése is. A beteg verekedés miatt 6 hóra elitélt rab. Kérdésekre nem felel, előzményeket töle megtudni nem lehet, álmában sem beszél, felszólításra azonban reagál. A szimulálásnak ellene szól, hogy nem halmozza az esetleg elmezavarra mutató tüneteket, és hogy felszólításra reagál.

Révész Vilmos dr. kérdi, hogy esetleg nem lehetett volna-e narcosisban feleletet kapni az izgatottsági szak alatt. Az *előadó* szerint ez nem vezetne czélra.

2. **Révész Vilmos** dr. egy gyógyult beteget mutat be, a kinek empyemája volt; bemutatja azért, mert nála a Bülau-eljárást alkalmazta sikerrel, a beteg 27 nap alatt gyógyult.

(1906. évi szeptember hó 1.-én tartott szakülés.)

1. **Schwarcz Illés** dr.: **Szülészeti casuistica. Magas fogó. Perforatio.**

N. N., 29 éves, primipara, kinek utolsó mensese 1905 augusztus közepe táján volt. A szülést vezető szülésznő s a megfigyelő orvos szerint a fájdalmak kezdete 1906 május 7.-én éjjel 12 órakor. Burokrepedés 8.-án déli 12 órakor, méhszáj eltünése d. u. 1½ órakor. Én a szülőnőhöz 8.-án este 9 órakor hivattam, midőn a következő statust találtam: Igen ritka, rövid ideig tartó fájdalmak. Normális temperatura, pulsus perczenként 100. Külső vizsgálatnál a fejet a bemenetre nyomulva találtam, apró részek jobbra, szivhangok baloldalt, számuk perczenként 98. Belső vizsgálat: A medenczebemenetre rányomulva kemény és nehezen configurabilis fej, a promontoriumhoz közel a nyilvarrat a harántban, mögötte 2—3 centimeternyire érezhető a hátulsó falcsont. Nagy kutacs mélyen, kis kutacs balra kissé felhúzva. Typusos Nägele-féle obliquitás. Medenczeméretek: D. Sp. 27; D. Cr. 28; C. E 19; C. D. 10 cm.; C. V. 8 cm. A bemenet oldalsó karimája a vizsgáló ujjal nem érhető el. Tehát egy egyszerüen lapos, nem rhachitises medenczével van dolgunk. Lássuk már most, hogy ezen adott esetben mely körülmények, mily beavatkozásra késztettek.

Szó van egy idősebb primiparáról, a kinél a szülőutak rövidek, tehát a szülési traumának kevésbé ellentállók. A kitolási szak már 7½ órája tart, a fej ily hosszú idő alatt változatlanul vesztegel a bemenetben. Méh kimerülőben, magzati szivhangok ritkulóban. Veszélyben tehát az anya és magzat. A szülést mindkettő érdekében haladéktalanul be kell fejezni. A lábrafordítás feltételei elmultak, marad egyedül a magas fogó, melylyel még élő magzat remélhető. E műtéthez azonban ezen esetben csak mint kisérlethez szabad folyamodni, a mi olykép értelmezendő, hogy ha a fejet egy-két enyhe tractioval nem sikerül keresztülhúzni a szükületen, akkor attól el kell állni, mint esetemben is történt. A szülőnőt harántágyra fektettem s kellő desinficiálás után hozzáfogtam a műtéthez. Minthogy Tarnier-fogóm nem volt, csak közönséges, de hosszabb nyelü fogót használtam. A fogót lege artis a harántba tettem s három óvatos tractiora sem sikerült a fejet a bemeneten keresztülhúzni. Nem maradt más hátra, mint perforálni, a mire el is voltam készülve. A perforálás a pikkelyvarrat közelében történt. Az extractio most már könnyen ment. A magzat nagy érett magzat volt.

Ezen esetből látható, hogy mindent elkövettem a magzat életének megmentésére. Sajnos azonban, élő magzatot világra hozni nem sikerült. Azt hiszem ezt inkább remélhettem volna, mikor még a prophlactikus lábrafordítás feltételei megvoltak, avagy a szülés, illetve kitolási szak korábbi stadiumában, midőn a magas fogót is bátrabban használhattam volna. Kellő időben használva eredményre is vezet a magas fogó, melynek cultiválása a gyakorló orvosok között is mindinkább terjed s ezáltal a perforatiók száma is tetemesen csökken.

A gyermekágy lefolyása nem volt egész zavartalan, a mennyiben a harmadik napon hidegrázás 39 fokos lázzal, mely kétszer ismétlődött. Kétségtelen, hogy felszivódási láz volt, mely hüvelyöblögetésekre el is mult. Ezentúl a gyermekágy zavartalan lefolyású.

2. **Schwarcz Illés** dr.: **Idő előtt levált placenta.**

X. J., 38 éves, multipara. Jelenleg harmadszor gravid, az előbbi szülések rendesek. Utolsó havi bajára nem emlékezik. 1906 augusztus 3.-án reggel 5—6 óra között igen erős szülőfájdalmak kezdődnek, egy órával később pedig a fájdalmakat igen heves vérzés követte. Az előhivott szülésznőnek feltünt a zárt méhszáj melletti vérzés s mig orvost hivatott, a hüvelyt gazezal tamponálta.

A szülőnőhöz d. e. 9 órakor érkeztem, midőn a következő statust találtam:

Közepes termet, elég jól táplált, feltünően halvány szín. Pulsus 88, temperatura normális. Különösen a fájdalmak alatt nagyon nyugtalan, több izben hányt. A has mindenütt egyformán elődomborodó s fájdalomszünet alatt is nagyon érzékeny. Méhfenék a gyomorgödörben, apró részek jobboldalt, fej a bemenet felett mozgatható, szívhangok nem hallhatók sehol. Magzatmozgásokat a fájdalmak kezdetéig érzett, azóta nem. Hüvelyből bő vérszivárgás a tampon daczára. Az eddigi vérveszteségről tanuságot tesz két teljesen átvérzett lepedő s egy ing.

A szülésznő által behelyezett tampon eltávolítása után bő vérzés. Belső vizsgálatkor a méhszáj szüken egy ujjnyi. A hüvelyboltozaton át érezhető a mozgató fej, a hüvelyboltozat jobb fele valamivel vastagabb. Szülőfájdalmak $^1/_4$ óránként követik egymást. Tamponálásra valamivel sürübben.

A mint a belső vizsgálat által meggyőződtem, hogy a szülés kezdetén beállott nagy vérzés nem valamely álképletből, vagy tágult és megrepedt gyüjtőerekből származik, tisztában voltam, hogy a vérzés oka vagy elölfekvő lepény, vagy a lepény idő előtti leválása. E közben a tampon hatása alatt a méhszáj szüken két ujjnyi lett, melyen át egy vastag, puha képlet volt érezhető, melyet placentának minösitettem. A szülést vitális indicatio alapján be kellett fejezni, mert csak ily módon lehetett a vérzést csillapítani, miután a tamponálás cserben hagyott már. Erre pedig egyedüli biztos módszer a bipoláris lábrafordítás.

A szülőnöt harántágyba fektettem s chloroformnarcosisban hozzáfogtam a műtéthez. Perforálom az elölfekvő puha vastag képletet, a mit placentának véltem, melyről azonban perforálás alkalmával tüstént éreztem, hogy nem egyéb a megvastagodott buroknál. E körülmény azonban a műtét menetén nem változtatott.

Befejeztem a lábrafordítást s a lehúzott lábbal, illetve farral tamponáltam. A vérzés szünt, $^1/_4$ óra alatt a magzat megszületett a vállig, midőn extractiohoz fogtam, majd a karok kifejtése után a fejet gördítettem ki, a mi igen könnyen sikerült. Utána nagyobb vérzés kiséretében a placentát exprimáltam.

Az uterus nem contrahálódik, dörzsöljük, miközben a placenta nagyságának megfelelő véralvadékot exprimálunk, ugyancsak vérzés kiséretében. Az uterus erre contrahálódik, a szülőnőnél azonban anaemia jelei mutatkoznak. Visszafektetjük, autoinfusiora s aetherinjectiora a pulsus javul, száma 90. A narcosisból felébredt beteg nagyon nyugtalan, sokat hány. Újra kámfor, melegítő palaczkok. Majd hypodermoklysisre készülök, a beteg azonban 4 órával a műtét után anaemia tünetei között hirtelen meghal.

Jelen esetben kórisménket plac. praeviára tettük s ennek megfelelőleg helyesen s nyugodt lélekkel végezhettük a bipoláris lábrafordítást. Műtét közben azonban kiderült, hogy a mit mi elölfekvő lepénynek hittünk, nem volt más, mint a megvastagodott burok. Tehát hibás lévén a diagnosis, talán helytelen s káros volt a beavatkozás?! Nézzük csak közelebbről a dolgot. Ha nem plac. praev. volt a vérzés oka, akkor mi lehetett más, mint a rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása! Ezzel összevág, hogy a vérzés nem egyidőben jelentkezett a fájdalmakkal, hanem később, midőn a levált lepény mögött levő vértömeg már nem fért el a lepény és a méh fala között, vagyis a belső vérzéshez külső is társult. Hogy szivhangokat nem hallottunk, a mellett szól, hogy a magzat intrauterin légzése megszünt, a mi csak akkor lehetséges, hogyha a plac. és uterus közti összefüggés megszakadt nagyobb területen vagy egészen.

Ugyancsak a plac. időelőtti leválása mellett szól ama puha terimenagyobbodás, mely a hüvelyboltozat jobboldalán volt érezhető, s mely nem volt más, mint a plac. és uterus között lecsuszott véralvadék.

Végre az exprimált retroplacentáris haematoma is a plac. időelőtti leválása mellett szól.

Kérdés, hogy mit kellett volna tenni, hogy ha a műtétel előtt diagnostizáljuk helyesen az állapotot?

Ugyancsak a vérzést megszüntetni! Tamponálással? Ezt próbáltuk eredmény nélkül.

Burokrepesztéssel? Megeshetett volna, hogy a külső vérzést belsővé változtattuk volna. Maradt tehát csak a bipoláris lábrafordítás.

Tehát helyesen jártunk el téves diagnosisunk ellenére is. A szülőnő azonban különben is anaemiás egyén lévén, a nagy vérveszteséget nem birta ki. Érdekes volna még tudni a leválás okát, erre azonban semmi anamnestikus adatom nincsen. Physiologiája egyébként különben sincsen tisztázva.

Nemes Áron dr. a második esetnél megemlékezik röviden a pl. praevia diagnosisáról és prognosisáról. A pl. praevia súlyos complicatioja a szülésnek, ép ezért adott esetben nem töltötte volna az időt tamponálással, a mi a vérzést; csak ideig-óráig tökéletlenül csillapitja, hanem azonnal metreurysist csinált volna. A metreurynter bevezetése multiparánál könnyű, még szüken egy ujjnyi méhszájnál is, tágítja a méhszájat és szünteti a vérzést; kellőképen tág méhszájon keresztül könnyebb a lábrafordítás. Czitálja a többi között két esetét; ezen eljárással nemcsak az anya, hanem több esetben a magzat életét is megmentette. Nem érti továbbá, miért nem történt rögtön beható beavatkozás az anaemia ellen.

Barta Andor dr.: Jelen volt az esetnél; diagnostikai tévedés volt, a mi szük méhszájnál és vastag véralvadékkal fedett buroknál megtörténhetik. Az eset nem pl. praevia volt, a minek az első vizsgálatkor tartotta, hanem lepény korai leválása. Az alkalmazott colpeurynter csak a normális méhfalat nyomta volna. Különben a mint ő az asszonyt megvizsgálta, utána rögtön lábrafordítottak. Az asszonyt pedig a szülés befejezése után megnyugtató állapotban hagyták el.

Grósz Menyhért dr. az első esetre vonatkozólag kérdi, hogy a sublimatöblögetéseket bába avagy orvos végezte-e, s helyes dolog-e a sublimattal, s általában desinficiens szerrel való hüvelyöblités; van-e jótékony hatása, s nem viheti-e fejlebb az infectiót?

Schwarcz Illés dr.: A pl. praevia diagnosisa nem mindig könnyű, klinikákon is előfordultak tévedések; a lábrafordítás azonnal megtörtént, a mint a méhszáj két ujjnyi volt.

Nemes Áron dr.: Akár pl. praevia, akár a lepény korai leválása, a fő dolog a beteget megmenteni; nagy vérzésnél temporizálni mindig műhiba. Metreurysissel gyorsan lehet a méhszájat tágitani, ha gyorsan bevezetik a metreuryntert, feltétlenül vért kimélnek, s időt nyernek, s esetleg — véleménye szerint — a szülőnőt megmenthetik.

Schwarz Illés dr. válaszol Grósz tagtársnak: a subl.-öblítéseknél nem a desinficiáló hatás a fő, hanem a mechanikai, hogy t. i. a hüvelyben pangó, bomló anyagokat eltávolítsuk, mert a gyermekágyas hüvely jó felszivó felület.

Grósz Menyhért dr.: Ha streptococcusinfectio volt, akkor minden beavatkozás hasztalan, ha pedig gyengébb az infectio, úgy sincs baj.

Konrád Béla dr.: Érdekli a hüvelyöblítések kérdése a gyakorló orvost is, a mennyiben az is foglalkozik lázas gyermekágyasok kezelésével. Az álláspont e kérdésben nem egyöntetű, hiszen van szerző, a ki szükségesnek tartja minden szülés után a visszamaradó véralvadékot manuálisan eltávolitani. Egyes esetekben szükséges és hasznos a hüvelyöblítés; a desinficiens hozzáadása annyiban jó, hogy legalább az öblítésre használt vizet sterilizálja.

Barta Andor dr.: Nincs az öblítésekre nézve egyöntetű álláspont, a három órai vaginális öblítést túlerősnek találja.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907 márczius hó 2.-án tartott szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

3. **Hevesi Imre: Világra hozott sokszoros izületi merevség és ferdeség esete.**

G. E., $1^1/_4$ éves leánynyermek, 1907 február 21.-én vétetett fel a sebészeti klinikára. Az egyébként erőteljesen fejlett gyermek valamennyi végtagja sokféle eltérést mutat a rendes alaktól és állástól, valamint számos izületének mozgékonysága is rendellenesen korlátozott. A ma látható kóros elváltozások születésekor is megvoltak és mind a két oldalon egyformák.

Vállizületei a kar közelített állásában merevek, igen csekély

passiv mozgathatósággal, miért karjait törzséhez szorítva tartja. Könyökizületei az egyenes feszítésből csak minimális hajlítást engednek meg. Alkarjai borintásban állanak.

Kezei dorso-volaris irányban középállásban vannak, passive mindkét irányban mozgathatók; ellenben a singcsonti oldal felé erősen el vannak hajolva, mi által a *manus vara* tiszta képét mutatják. Hüvelykujjai a fejlődésben elmaradtak, oppositioban és az alapizületben hajlítva állnak.

Felső végtagjai mozgásképességének majdnem teljes hiánya miatt a gyermek sajátságosan ügyefogyott benyomást kelt, különösen ha mozgáskisérletek végzésekor vállainak emelgetésénél és törzsének ide-oda ingatásánál többre nem tudja vinni. Még lapoczkacsont-forgatás sem áll rendelkezésére hiányzó karmozgásai pótlására.

Alsó végtagjain is több rendbeli eltérés mutatkozik. Csípőizületei passive szabadon mozgathatók. Térdei valgus állásban vannak, melynek kiegészítő szöge mindkét oldalon körülbelül 25 fok; térdizületeit állandóan feszítve tartja, ezek passive mintegy 10—15 foknyi hajlítást engednek meg.

Mindkét oldalon donga lóláb van jelen. A jobb láb bőre a külső boka előtt fillérnyi terjedelemben vékonyabb és festenyzett.

Az egyes tagrészekről készített Röntgen-képek általában a gyermek korához mért csontfejlődést tüntetnek fel. Feltünőbb eltérést mutatnak a singcsontok árnyékai, melyeknek alsó vége az orsócsontoknál 7—8 mm.-rel rövidebb. A hüvelykujjak izcsontjai hypoplasiásak. A lábtőcsontok magvai a dongalábnak megfelelő irányban állanak, t. i. a melyek megvannak.

Az eset érdekessége első sorban abban van, hogy oly sokféle és mindkét oldalon symmetriásan mutatkozó fejlődési rendellenességet tár elénk. Növeli az érdekességet az a körülmény, hogy ezen sokszoros eltéréseknek egészen világos oktani magyarázatát nyerjük, ha bonczolástani viszonyaikat közelebbről szemügyre veszszük. Röviden szólva, még most is sikerül az egyes tagok magzatéleti helyzetét olyan módon helyreállítani, melyből az összes alak- és álláselváltozások másodlagos megterhelési deformitások gyanánt levezethetők. Azon állások, melyeket a tagok in utero minden oldali térszűke, valószinűleg a magzatvíz elégtelensége miatt az ébrényi élet elég korai szakától kezdve hosszabb időn át elfoglalhattak, a következők:

A felső végtagok könyökben kinyújtva, a singcsont felé hajlított, vagyis közelített kézzel szorultak egyenesen a törzs oldalához, miközben a tenyérbe hajtott hüvelyk a tompor mögé, az ujjak pedig a fartájékra nyomódtak. A kéz egyoldalú nyomása a singcsont hossznövésének hátramaradását okozta. A hüvelyk egészében nagyobb nyomás alá került, vérkeringése is meg volt nehezítve és azért a fejlődésben kissé elmaradt. Az alsó végtagok magzati állását úgy kapjuk meg, hogy ha a kifelé fordított czombokat feszített térddel a törzs elülső felületére felhajtjuk, miközben az ébrényi tartásban álló lábak egymáson feküsznek, még pedig a bal láb homorú belső széle a jobb láb külső domborulatán. A bal láb reászorulása hozta létre a jobb bokánál látható nyomásjelet.

Ebbe a helyzetbe volt a magzat beszorítva, mozgásokat nem végezhetett, minek következtében csontjainak izületi végei képlékenységüknél fogva fejlődésükben rendellenes állásokhoz igazodtak, másrészt pedig az izületek tokhártyái, szalagai, izmai, szóval a lágyrészek növése is egyik oldalon elmaradt. Ennek kifejezése a ferdeség és pseudoanchylosis.

A végtagok izomzata a czombok hajlításán kivül activ működésre csak azért nem képes, mert a merevségek miatt gyakorlatra nem tehetett szert. Bevezetett árammal az izmok összehúzódásra ingerelhetők.

A mi a gyógyítás kilátásait illeti, el lehet várni, hogy a ferdeségek kiegyenesítése, a tagok kiigazított állásban való rögzítése, a merevségeknek passiv mozgatásokkal való kezelése az izomzatnak massage és villamozás által történő gyakorlása segélyével a végtagok hasznavehetőségét kielégítő módon el lehet érni.

Hozzászól: *Buday Kálmán*, *Szabó Dénes*.

PÁLYÁZATOK.

1929/907. sz.

A nagykállói magy. kir. állami elmegyógyintézetben a második orvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, 2 évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, első osztályu élelmezéssel, természetbeni lakás, fütés és világítással díjazott **második orvosi állásra** a nagyméltt. m. kir. belügyministernek f. évi junius hó 17.-én 39,131. sz. a. kelt magas rendelete folytán pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magy. kir. belügyminister úrhoz intézett folyamodványokat a nagykállói magy. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához **1907** évi julius hó 31.-éi; nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodnék, az állás kivételesen és ideiglenes alkalmazásban szigorló orvos által is be fog töltetni.

Nagykálló, 1907. julius hó 5.-én.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

2602/907. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú határozatával **Csikszentsimon** székhelylyel ujjászervezett **oltmenti körorvosi állasra**, melyhez Tusnád, Csikverebes, Aratószeg, Csikszentsimon, Csikszentimre és Csikszentkirály községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. **évi julius hó 30.-aig** adják be. Ezen határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: 1560 korona évi fizetés, 180 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvosi állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1907. évi junius hó 24.-én.

3—2 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2602/907. sz

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú véghatározatával ujjászervezett **csikszentmartoni körorvosi állásra**, melyhez Csiknémaság, Csikszentgyörgybácskfalva, Csikszentmárton, Csikcserefalva, Kozmás és Lázárfalva községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. **évi julius hó 30.-áig** hozzám adják be. Határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: évi 1620 korona fizetés, 240 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvos állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1907. évi junius hó 24.-én.

3—2 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2399/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásában levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi és prigori körjegyzőségek, valamint a pervovai körjegyzőségből Pervova és Sumicza községek. A kör tehát 12 községből áll egyelőre, valószinüleg ide lesz csatolva még Lapusnicsel község is.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott díjak.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. § ában, illetve 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előirt képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. **évi augusztus hó** 15.-éig hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választás határnapja tekintetében később fogok intézkedni és erről pályázók értesitve lesznek.

Megjegyeztetik, hogy Bozovics község 4500 lakossal bir, van kir. járásbirósága telekkönyvi hivatallal, adóhivatala, 3 takarékpénztára, 6 ügyvéde, nagy az intelligenciája, ezzel szemben magánorvos itt letelepedve nincs, ennélfogva magángyakorlatra megfelelő kilátás van.

Bozovics, 1907. évi junius hó 25.-én.

3—2 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának sebészeti osztályán egy **alorvosi**, illetve ennek előléptetés útján történő betöltése esetén egy **segédorvosi** és az elmebetegosztályon egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a sebészeti alorvosi állásnál évi 1200 korona, a sebészeti osztály segédorvosi állásánál 1000 korona, az elmebetegosztály segédorvosi állásánál pedig évi 1600 korona készpénzfizetés és mindegyik állásnál I. osztályú élelmezés, lakás, fütés, világitás.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához czimezve, hozzam, f. évi julius hó 25.-ig nyujtsák be.

Gyula, 1907. évi julius hó 8.-án.

2—1 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

1084/907. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező Mária Valéria közkórházban f. évi augusztus hó 1.-évvel megüresedő és 1200 korona, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **két kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerő orvos tartozik a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyujtás esetét kivéve — nem folytathat; nős orvos pályázati kérvénye figyelembe vétetni nem fog.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi julius hó 25. napjának** déli 12 óráig Bezerédj István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyujtsák be, mert az elkésetten benyujtott pályázati kérvény vissza fog utasittatni.

A mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősitett pályázó nem jelentkezik, egy évi gyakorlatra utasitott, esetleg szigorló orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1907. évi julius hó 9.-én.

A polgármester.

524/907. sz.

Talpas községben az **orvosi állás** megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatás, 40 fillér halottkémlési és 40 fillér hússzemledijjal egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi julius hó 31.-éig** adják be.

Kisjenő, 1907. évi julius hó 2.-án.

3—2 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

A Bór- és Lithion-tartalmú

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készitmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól türik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője JENCS VILMOS gyógyszerész,

2027 **Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.**

Klimatikus fürdőhely. **GLEICHENBERG** (Stájerország) Nyári idény: május-október.

Legkedvezőbb félalpesi jellegü klimatikus viszonyok.

Gyógyjavalatok: A légzőszervek (hurut, asthma, emphysema), szivizom megbetegedései, idegbajok, reconvalescentia.

Gyógyeszközök: Inhalatiós- és pneumotherapia, szénsavas fürdők, hidegviz-gyógyintézet, gyógygymnastika, napfürdők stb. **Gyógyforrások:** Konstantin-, Emma-, Klausen-forrás, János-kút.

Gazdagon illusztrált kimerítő prospektust küld, lakás- és kocsirendeléseket elfogad a fürdőigazgatóság.

DEMETER KORNÉL gyógyszerész készitményei SZÁSZVÁROS.

Következő új gyógyszerösszetételeket ajánlja a t. orvos uraknak rendelésre:

Demeter solut. kalisulfoguajacol. **Tartalmaz:** 10%-os kal. sulfonic. guajacol. (vegy. ident. thiocollal) és syrup. aurant. **Alkalmaztatik:** Tuberculosisnál és a tüdő rokon heveny és idült bajainál. Vérhányásnál, katarrhalis bajoknál, idült légcső- és gégefőkatarrhusoknál, valamint asthmában szenvedőknél. A lázt és éjjeli izzadást megszünteti. **Adagolás** gyermekek naponta 1—2 teáskanálnyit, felnőttek 4 teáskanálnyit vesznek be. Ára 2 korona.

Demeter solut. kalisulfoguajacol COMP. **Tartalmaz** 10%-os kal. sulfonic. guajacol., Extr. thymi, Extr. seneg., Codein (0·02 : 100), Extr. aurant. cmp. Lecithin, Phosphátok, Extr. maltis, Vin malag., Ferrum, Syrup és aromás vegyületek. **Alkalmazása** mint a fenti készitménynél, azonkivül kiváló roborans és a reconvalescentia eseteiben. **Gyermekeknél kiváló értékkel bir szamárköhögésnél.** Ára 2 korona 60 fillér.

Demibrom. Idegerősitő. **Tartalmaz:** Ammon. kalium, Natrium, Brom, Calcium, Ferrum, Glycerinophosphoric., Lecithin, Codein (0·05 : 100), Syrup és aromás vegyületet. **Alkalmazása:** epilepsiánál, neurastheniánál, anaemiánál és ebből eredő fejfájásoknál. Ára 2 kor. 60 fill.

Kapható minden gyógyszertárban. 4206/7

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágositással szivesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tüzkárnak a rendes üzem fentartatik.

MALTOCOL. (Törvényileg védve.)

Klinikákon, kórházakban kipróbálva.

Idealis guajakol-készitmény, mely a phthiseotherapia specifikus és hygienikodiaetás kezelés szempontjait legjobban elégiti ki.

Tartalmaz: Fahéjsavas (Hetol) malátaszörpben 7% Kal. sulfo-guajac. 2% Calc. és Natr. glycerophosphor. 1% Natr. camphor. stb. aromás anyagot.

Egy üveg ára: 1 korona 80 fillér.

Kapható minden gyógyszertárban.

Készitési főraktár:

Marberger Gyula orvos-gyógyszerészeti laboratoriumában.

„Vörös-kereszt“ gyógyszertár.

UJPEST, Váczi-út 25. szám.

Minta az orvos uraknak ingyen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER 3040

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

IRON (hangyasavas vaselixir).

Név és árujegy védve.

Vörösesbarna átlátszó, kristálytiszta, állás után is változatlanul maradó folyadék, kellemes savanykás aromatikus izzel, tartalmaz 1% fémvasat.

Hatóanyaga a Ferri- és Ferroformiát, melyet kettőssó alakjában tartalmaz.

Az **IRON**, mely 125 grammos sötét üvegekben jön forgalomba, javalva van mindazon esetekben, a hol vas adagolása egyáltalában szóba jöhet, tehát **sápadtság, anaemia, neurasthenia** és minden más súlyosabb **idegbajnál; tüdővésznél** mint **erősitő** és **étvágyjavitó; női betegségeknél,** mint **vérzések** vagy **szülés** után és egyáltalában a **reconvalescentiában** mint **gyorsan ható vérképző** és **roboráló szer.**

Adagolása: felnőtteknél naponta délben és este étkezés közben 1—1 kávéskanállal **mindenkor** fél pohár czukros vizben, gyermekeknél a kor szerint a fenti adag fele vagy csak negyede veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fill.ér. 3668

Készitője: PRAY VALÉR gyógyszerész. Föraktár: Budapest, VIII., Baross-u. 44.

Reiniger, Gebbert & Schall

villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19.

Villanyos orvosi műszerek és készülékek, galvanisatio, faradisatio, elektrolyse, kataphorese, kaustika, endoskopia, franklinisatio. — Teljes Röntgen-berendezések, kapcsolható központi fényvezetékekhez, akkumulator-áramhoz vagy meglevő erőberendezésekhez.

Árjegyzék ingyen.

51. évfolyam. 29. szám. *Budapest, 1907. julius 21.*

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Winternitz M. Arnold és **Paunz Márk**: Közlemény a budapesti „Stefánia“ szegénygyermek-kórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár. Az oesophagoskopiáról. 520. lap.

Deák Imre: Halálos szívszúrás ritka esete. 522. lap.

Tóth Imre: Védekezés az ipari ólommérgezések ellen. 522. lap.

Sándor István: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár. A haemangiomák gyógykezeléséről. 526. lap.

Tárcza. Weyner Emil: Ovidius kozmetikájából. 527. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. R. Charpentier:* Les empoisonneuses. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Loewi:* A pankreasnak egy eddig ismeretlen működése és viszonya a diabetes mellitushoz — *Gyógyszertan. Einhorn:* A Tucker-féle inhalatiós szer asthma ellen. — *Dalimier:* A bromhigany használata. — *Ewald:* Escalin. — *Belorvostan. Laqueur:* Az idült tüdőbetegségek néhány újabb physikai kezelésmódja. — *Radmann:* Új eljárás járványos agygerincz-velőlob eseteiben. — *G. Klemperer:* Pangásos kezelés heveny izületcsúz eseteiben. *Idegkórtan. Goldscheider:* Psychoreflexes tünetek. — *Sebészet. Ch. Leedham Green:* A fém-varróanyag antisepsises hatása. — *Goldmann* és *Killian:* Orr-melléküreg-genyedés. — *Martin:* A gyomor sebészi kezeléséről gyüjtött tapasztalatok. — *Schade:* A Priessnitz-borogatások hatása a gyuladásokban. — *Strebel:* Rákos daganatnak intratumorális besugárzása. — *Schwarz:* Vizelet-vizsgálás stovainnal végzett lumbális anaesthesia után. — *Gyermekorvostan. Esser:* A rhachitis aetiologiája. — *Kob M.:* A gyermekkori teljes szívburok-összenövés, mint a súlyos szívbántalmak részletjelensége. — *Húgyszervi betegségek. A. Moudet:* A gyermekkorban képződő vesedaganat. — *Moran:* Phosphatkő a hólyagfal innenső részében képződött diverticulumban. — *Venereás bántalmak. M. Joseph:* A nemi betegségek általános therapiája. — *Közegészségtan. Kaiser* A fertőző bélsár desinfectiojának kérdése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Piquand;* A vioform. — *Langstein:* A cystitis a gyermekkorban. 528—533. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 553. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok — Hirdetések. 553. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 534—537. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ szegénygyermek-kórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár.

Az oesophagoskopiáról.[1]

Irták: *Winternitz M. Arnold* dr., egyetemi magántanár, kórházi sebészfőorvos és *Paunz Márk* dr. műtő, a „Budapesti kerületi általános munkásbetegsegélyző pénztár“ orr-gégeorvosa.

A gyakorlat számára alkalmas *oesophagoskopia* megteremtésének érdeme *Mikulicz* nevéhez fűződik. *Mikulicz* mutatta meg, hogy a legtöbb éptestű embernél egyenes merev csövekkel a szájon át be lehet jutni a nyelőcsőbe és így ezen szerv megfelelő bevilágítással egész hosszában átvizsgálható. Ugyancsak *Mikulicz* volt az, a ki számos vizsgált eset kapcsán először irta le a nyelőcsőnek élő emberben szemmel látható ép és kóros viszonyait oly éles megfigyelőképességgel, hogy az őt követő vizsgálók legfeljebb csak egyes újabb adatokat szolgáltathattak az ily módon keletkezett új tanhoz, de sem annak alapját megváltoztatni, sem pedig valami lényegeset hozzátoldani alkalmuk nem volt.

Mikulicz követői az új vizsgálati módszerrel leginkább a nyelőcső betegségeinek tüzetesebb klinikai megfigyelése és a benne megakadt idegen testek eltávolításának technikája körül szereztek érdemeket. Ezek közül legbuzgóbb tanítványaiként *Hacker* és *G. Gottstein* nevét kell kiemelnünk.

Nem szabad azonban felednünk, hogy oesophagoskopiás kisérletek már *Mikulicz* előtt is, nemsokára a gégetükör feltalálása után végeztettek és pedig a gégetükrészés elvei szerint. Így legelőször *Voltolini* (1860-ban) foglalkozott e gondolattal; majd *Semeleder* és *Stoerk* (1866-ban) végeztek ily irányú kisérleteket. *Semeleder* önmagán kisérletezett és saját nyelőcsövébe vezetett be széles lapokkal biró nyelőcsőfogót, a melynek lapjait *Stoerk* szétterpesztve, gégetükörrel igyekezett beletekinteni. Sokat nem látott, mert a nyelőcsőnek ∞-alakban egymáshoz fekvő falzata minden betekintést lehetetlenné tett.

1868-ban *J. A. Bevan* szerkesztett egy oesophagoskopot. Müszere 4 hüvelyk hosszú, 3/4 hüvelyk átmérőjü egyenes cső volt, melynek bevezetése után felülről gégetükör segítségével gyertya vagy magnesiumlámpa fényét lehetett bevetíteni.

Jobb eredményeket ért el *Waldenburg* (1870), a ki 8 cm. hosszú, felső végén 1·5 cm., alsó végén 1 cm. átmérőjü egyenes tubus-szal már egy Zenker-féle diverticulumot tudott diagnostizálni. A bevilágítás itt is gégetükör segítségével történt.

Stoerk, a ki sokat foglalkozott az oesophagoskopiával, kezdetben ezen *Waldenburg*-féle müszerrel dolgozott, de kevés eredménynyel. Később ezen a nyomon szerkesztette meg a könnyebb bevezethetés czéljából a *Durham*-féle tracheális canule mintájára készült hajlítható oesophagoskopját. Ez 11 cm. hosszú, 9 részre tagolt és a csuklóra járó tagoknak megfelelőleg *hajlítható* tubus volt, melyet hajlított állapotban könnyen lehetett bevezetni és azután a nyelőcsőben ismét kiegyenesíteni. Bevilágításra gégetükör szolgált. A mélyebb részek megtekintésére *Stoerk* később három egymásba tolható tubust szerkesztett, melyek a bevezetés után távcső módjára voltak kitolhatók. Hogy a cardiát is megtekinthesse, *Stoerk* hosszú, merev csövet vezetett be a nyelőcsőbe. De sohasem tudott megbarátkozni ezen müszerrel, mert bevezetését erőszakos dolognak tartotta. Ezért ezt az ő tagolt tubusával kombinálta oly módon, hogy az oesophagoskop alsó vége tagolt (Hummerschwanz-Oesophagoskop) volt és így a bevezetése könnyebb lett. Bevezetés után a tagolt, hajlítható rész ki volt egyenesíthető, ha a tubust hossztengelye körül 180°-nyira elfordította. Ily módon *Stoerk* már felülről vetíthette be a fényt és a gégetükröt elhagyhatta.

Bár *Stoerk*-nek igen szép diagnostikai és therapeutikai sikerei voltak, az oesophagoskopiát népszerüvé tenni mégsem tudta.

A gégetükörrel dolgozott *Morell Mackenzie* (1880) is. Müszere lényegileg két lapos fémrúd volt, több fémkarika által egymással szemben elmozdíthatólag összekapcsolva. A bevezetésnél — mely ügyesen szerkesztett nyél segítségével történt — a fémrudak egymáshoz feküdtek és a fémkarikák merőlegesen állottak.

[1] A „Budapesti kir. Orvosegyesület“ sebészeti szakosztályának 1907 február 28.-i ülésén tartott előadás.

Bevezetés után a nyélre gyakorolt nyomás segélyével a fémkarikák vízszintes állásba jutottak, a mi által a fémrudak egymástól — előre és hátra — eltávolodván, így mintegy tubus vázát képezték. A bevilágítás a tubus felső végére erősített gégetükör segélyével történt. *M. Mackenzie* ezen műszerével 50 eset közül 37-ben be tudott nézni a nyelőcsőbe. Eljárása segítségével egy esetben carcinomának cseresznyenagyságú darabját, egy esetben szőlőszemnagyságú polypot és egy esetben csontszilánkot távolított el a nyelőcsőből (1881-ben).

Mindezen törekvések azonban többé-kevésbé meddők maradtak, míg *Mikulicz* nem fogott a kérdés tanulmányozásához (1880-ban).

Eredményeit 1881-ben közölte, mely időponttól kezdve az oesophagoskopia a gyakorlat számára értékes eljárássá fejlődött.

Nem von le *Mikulicz* érdemeiből semmit, hogy *Kussmaul* már 1868-ban tudta, miszerint egyenes tubusokat a szájon át be lehet vezetni a nyelőcsőbe. *Kussmaul* a *Desormeaux*-féle lámpát használta és ő volt az első, a ki oesophagoskopi úton carcinomát látott meg a nyelőcsőben. Tubusai 47 cm. hosszúak voltak; az egyik ovális, a másik körkörös átmetszettel, ez utóbbi 13 mm. átmérővel. *Kussmaul* azonban nem folytatta tovább ez irányú kisérleteit és így felfedezése az oesophagoskopia fejlődésére különösebb befolyást nem gyakorolhatott.

Mikulicz, Stoerk, Hacker szép diagnostikai és különösen *Hacker*-nek fényes therapeutikai eredményei azonban nem találtak kellő visszhangra. Csak a mióta *Th. Rosenheim* Berlinben (1895-ben) újból reáterelte az orvosok figyelmét e vizsgálati mód nagy jelentőségére, kezdtek többen foglalkozni az oesophagoskopiával. És bár *Kelling* ismét az általa tökéletesebb alakban szerkesztett hajlítható és a nyelőcsőben kiegyenesíthető tubusok mellett kardoskodik, újabban pedig *Glücksmann* a nyelőcső mesterséges kitágítását hozta javaslatba, jelenleg mégis mindazok, a kik az oesophagoskopiával behatóbban foglalkoznak *(Hacker, F. Kraus, Th. Rosenheim, G. Gottstein, G. Killian, A. Kirstein, H. Starck* és mások*)*, kisebb jelentéktelen módosításoktól eltekintve, a *Mikulicz*-féle egyenes, merev tubusokat alkalmazzák.

A következőkben ismertetni szándékozunk az oesophagoskopia *technikáját, gyakorlati jelentőségét, alkalmazhatóságának határait*, azonkivül beszámolunk az ezen eljárás segítségével elért *diagnostikai és therapeutikai eredményeinkről.*

* * *

Az oesophagoskopiához különböző hosszúságú és átmérőjü, egyenes, sima fémtubusokat használunk, melyek alsó végükön kihúzható obturatorral vannak ellátva. A tubusok kivül centimeterjelzéssel birnak, hogy a bevezetésnél mindig tájékozva legyünk, mily távolságban vagyunk a műszerrel a fogsortól. *Mikulicz* felnöttek részére 26—36—46 cm. hosszú, 14 mm. átmérőjü, gyermekek részére 26 cm. hosszú, 10 mm. átmérőjü, alsó végükön ferdén levágott, fémpálczára erősített kaucsuk obturatorral ellátott tubusokat használt. Hasonló tubusokat használ *Hacker* is, de olyanokat is, a melyek vége egyenesen van levágva. A *Hacker*-féle tubusok hossza 19—30—40—45 cm., átmérője 10—15 mm. *Rosenheim* tubusai egyenesen vannak levágva, obturator gyanánt azonban puha kaucsukcső, illetve angol oesophagusbougie szolgál. Ma már csak *Ebstein* használja *Stoerk* legutolsó mintáját, az alsó végén tagozott és kiegyenesíthető tubust (ú. n. Hummerschwanz-Oesophagoskop), hajlítható nyelü kaucsukobturatorral.

Ujabban *G. Killian, H. Starck* mandrin gyanánt a tubusokba pontosan beillő angol bougie-kat használnak, melyeknek 3—4 cm. hosszú darabja a tubusból kiáll. Ezen mandrin különösen felnötteknél nagyon megkönnyíti a tubus bevezetését; neve zetesen kevésbé fájdalmas a tubusnak a nyelőcső bemenetén való átvezetése. A műszer végéből 3—4 cm.-nyire kiálló puha bougie ugyanis, a merev fémmüszer előtt haladva, mintegy megnyitja a nyelőcső lumenét, elemelve a gégét és gyürüporczot a gerinczoszlopról, a mi által a műszer bevezetése épen e kritikus ponton tetemesen könnyebb és kiméletesebb lesz.

Kelling hajlítható tubusokat használ. Ezek *Stoerk* elvei szerint tagozott tubusok, melyek kivülről kaucsukcsővel vannak borítva, hogy a tubus egyes részeinek izületei között a nyálkahártya be ne csipődjék. A bevezetés mérsékelten hajlított állapotban történik. Ha a tubus benn van a nyelőcsőben, a fogantyújára gyakorolt nyomás segélyével kiegyenesíthető. *Gottstein* kipróbálta ezen tubusokat *Mikulicz* klinikáján és azt tapasztalta, hogy némely esetben könnyebb velük bejutni a nyelőcsőbe, más esetben azonban fordítva, egyenes tubusokkal sikerül jobban az oesophagoskopia. Minthogy azonban egy izben a műszer használat közben a nyelőcsőben eltört és azt darabokban kellett kiszedni, csak kivételes esetekben ajánlja *Gottstein* a *Kelling*-féle tubusokat, akkor ugyanis, ha az oesophagoskopia egyenes csövekkel nem sikerül.

Czélszerü mindig többféle tubust kéznél tartani és ezek között ovális átmérőjüeket is. *Schreiber* és *Starck* tapasztalatai szerint ezek bevezetése némely esetben könnyebb; szerintük a bevezetésnél a hosszabbik átmérő a frontalsíkban álljon.

A „Stefánia“ szegénygyermekkórházban a *Mikulicz-Hacker*-féle tubusokat használjuk, ferdén és egyenesen levágott végekkel egyaránt. Nem helyezünk különösebb súlyt a tubus végének harántul vagy ferdén leköszörült formájára, bár nem tagadható, hogy a harántul leköszörült tubusok a nyelőcső lumenét jobban széttárják és nem sértenek oly könnyen, mint a ferdén leköszörült végüek; utóbbiakkal azonban hegesen szükült nyelőcsőrészletek jobban megközelíthetők. Tubusaink hossza 20—35 cm., átmérője 7—9—11—13 mm. A bevezetésre pontosan leköszörült és ferdén levágott fémobturatoraink vannak használatban.

Szükségesek még az eljáráshoz vattatampontartók kellő számban, többféle hosszúságban; továbbá egyenes fogók, hosszú, vékony nyéllel — magfogók és horgas fogók, próbakimetszésre éles fogó —, nemkülönben hosszú, egyenesszárú, kis tompa horgok és hosszú, közönséges gombos fémkutatók.

A felgyülemlett nyálka és ételmaradék, s az esetleg felpréselt gyomorbennék eltávolítását *Mikulicz* draincsővel ellátott fecskendővel végezte. Legjobb ez idő szerint a vattatamponokon kivül a *Killian*-féle szivornya. *Mikulicz* nyelőcsőtágulatoknál a bőséges bennék levezetésére oly tubust is használt, melynek külső vége előtt levezető cső volt beillesztve. Ha sok a bennék a tágult nyelőcsőben vagy gyomorbennék tolakodik elő a cardián át, legjobb, ha a beteg felső testét mélyebbre süllyesztjük, az úgynevezett Trendelenburg-féle helyzetbe hozzuk.

A müszereket a bevezetés előtt jó, ha kissé megmelegítjük, mert a hideg tubusokban és müszerek körül gőzök csapódnak le, melyek a tiszta látást esetleg akadályozzák.

Bevilágításra legjobb a villamos fény, melyet a *Leiter*- vagy *Casper*-féle panelektroskoppal vetítünk be vagy még jobban a *Kirstein*- vagy *Clar*-féle homloklámpával. Leggyakrabban a *Kirstein*-féle homloklámpa és a *Casper*-féle panelektroskop vétetik igénybe. Az utóbbi müszernek nagy hátránya azonban, hogy az oesophagoskop külső nyilásának körülbelül 1/3-át elfedi és így a fogók, müszerek stb. bevezetését nehezíti. Demonstratiókra azonban igen alkalmas. A „Stefánia“ szegénygyermekkórházban a *Kirstein*- és *Clar*-féle homloklámpát használjuk.

Újabban *Einhorn* és *Fletcher Ingals* a nyelőcsőben fekvő tubusba vezetnek be kis villamos lámpákat. Ezek előnye a hatásosabb világításon kivül az volna, hogy a vizsgálónak nem kell a lámpát a fején viselnie. Ellenben nagy hátránya, hogy ezen kis lámpák a reájuk csapódó váladék által csakhamar vesztik éles fényüket, továbbá könnyen el is törnek és azonkivül helyet is foglalnak el az amúgy sem tágas tubusban, a mi által a müvi beavatkozást csak megnehezítik *(H. v. Schrötter)*. Nekünk ezen müszerek felől tapasztalatunk nincs.

A beteget a vizsgálatra elő kell készíteni. Ha csak lehet, éhgyomorra vizsgálunk, tehát a reggeli vagy délelőtti órákban. E szabálytól azonban idegen test vagy sürgős vizsgálat esetében el kell tekintenünk. Idegen testet bármely időben a lehető leggyorsabban kell eltávolítanunk. Kitágult nyelőcsőnél (szükület felett) czélszerü lehet annak kiöblítése. Ha ezt elmulasztjuk, a folytonos hányásinger és az elöömlő gyomorbennék a vizsgálást lehetetlenné teheti *(Gottstein)*, a miről nekünk is volt alkalmunk meggyőződhetni.

Minthogy a vizsgálatot legtöbbször nyelési akadály miatt végezzük, az előzményi adatok felvétele és az általános testi vizsgálat után mindig óvatos szondavizsgálat (angol bougie) által kell az akadály vagy supponált kórfolyamat helyét és magasságát centimeterekben megállapítani. Ez egyrészt azért fontos,

mert előre megállapíthatjuk, hogy mily hosszú tubust válaszszunk, másrészt, hogy a tubus bevezetése közben a rajta levő centimeter-léptéken is ellenőrizhessük, hogy az akadály közelében vagyunk-e? Szabályul vegyük, hogy mindig minél rövidebb tubusszal közelítsük meg az akadályt, mert közelebbről jobban látunk és rövidebb tubus mellett a megvilágítás is élesebb. *Hacker* idegen testeknél a szondavizsgálatot angol bougieval végzi, melynek végére elefántcsont vagy nikkelezett fémdarab van erősítve. Kemény idegen testeknél ez a tapintást biztosabbá teheti. Szilárd idegen testeknél — csont, fémdarabok — a Röntgen-sugaraknak is igen jó hasznát vettük.

A vizsgálat felnőtteknél legtöbbször tisztán helyi érzéstelenítéssel végezhető. Fontos a nyelvgyök, garatívek, lágyszájpad, a gégefedő és a kannaporczok, nemkülönben a sinus pyriformisok gondos beecsetelése 10—20% cocainoldattal *(Stoerk, Hacker)* vagy annak valamely megfelelő pótszerével. Magát a nyelőcsövet nem kell érzéstelenìteni, csak annak bemenetébe nyomjuk be az ecsetet nyelés közben. Az érzéstelenítést legczélszerűbb a gégetükör ellenőrzése mellett végezni *(Gottstein)*. Nagyon nyugtalan betegeknek a vizsgálat előtt morphiumbefecskendezés is adható *(G. Killian)*. Felnőtteknél csak kivételesen van helye a narcosisnak. Feltétlenül szükséges azonban az általános narcosis gyermekeknél. A narcosisnak mélynek kell lennie és igen jó azt még a garat képletek helyi érzéstelenítésével kiegészíteni. Mi a garat mélyebb részeit még 5%-os cocainantipyrinoldattal is szoktuk a narcotizált gyermekeknél beecsetelni. A zavaró garatreflexek így teljesen elmaradnak.

A vizsgálat a betegnek ülő *(Stoerk, Kraus)* vagy fekvő *(Mikulicz, Hacker, Rosenheim, Gottstein)* helyzetében történhetik. Az ülő helyzetben való vizsgálatot ma már kevesen végzik, minthogy a betegek sokkal nyugodtabban viselkednek, ha lefektetjük őket. Fekvő helyzetben ugyanis a torokban felgyülemlő nyál könnyebben kicsuroghat, míg ülő helyzetben a gégelégcsőbe jutva, a betegeket ingerli. *Mikulicz* kezdetben szintén ülő helyzetben vizsgált, de csakhamar rájött arra, hogy a betegek oldalfekvésben, kissé lefelé hajlított arczczal türik legjobban a vizsgálatot, mert így a nyál akadálytalanul folyhat le az egyik szájzugon. *Mikulicz* rendesen jobb, ritkábban bal oldalfekvésben vizsgált. *Rosenheim* a háton való fekvést ajánlja. Meglehetősen mindegy, részben a gyakorlat dolga is, hogy mely helyzetet választjuk. A lényeg az, hogy minden erőszak alkalmazása nélkül jussunk be a nyelőcsőbe. Ez az egyik esetben a jobb oldalfekvésben, a másikban a bal oldalfekvésben, esetleg a háti fekvésben fog jobban sikerülni *(Starck)*. Mert nemcsak az oesophagoskopot kell dirigálnunk a bevezetésnél, hanem a testtartásra is folyton kell ügyelnünk, hogy a szájnyilás és a nyelőcső bemenete egy egyenes vonalba jussanak.

Hacker ülő helyzetben vezeti be a tubust, azután a beteget hanyatt fekteti és így vizsgál tovább. Némely esetben a bevezetés csak úgy sikerül, ha a tubust ülő helyzetben a nyelőcső bemenetébe vezetjük és most hanyatt döntve a beteget, vezetjük a tubust tovább *(Rosenheim)*.

Ülő helyzetben való vizsgálat elegendő lehet rövid tájékoztatásra, de ha gondosabb vizsgálatot akarunk végezni, idegen testet eltávolítani vagy egyéb beavatkozást foganatosítani, a fekvő helyzet feltétlenül jobb, a betegekre nézve is kevésbé fárasztó. *(Starck)*.

Egy esetleges cocain-mérgezés vagy közbejött szédülés, roszszullét a beteg részéről sem fog oly nagy zavarokat okozni a fekvő betegnél, mint az ülő helyzetben való vizsgálatnál, melyet ily esetben minden körülmények között rögtön félbe kell szakítani.

Ülő helyzetben való vizsgálatnál a beteget alacsony székre ültetjük; lehetőleg egyenes testtartást kell elfoglalnia; fejét segéd támasztja, a ki a beteg fejével követi a vizsgáló minden jelzését a bevezetés alatt. Fekvő helyzetben is szabadon kell tudni mozgatni a beteg fejét, vagyis vállaival az asztal szélére kell fektetni. A beteg fejét ez esetben is segéd támasztja. A beteg lábait kissé felhúzza, hogy a hasfalizomzat ellazuljon. *Starck* ajánlja, hogy kérdezzük meg a betegtől, mely helyzetben fekszik legjobban és a szerint válaszszuk a jobb vagy bal oldal- avagy háti fekvést. Ez különösen hosszabb endoskopi vizsgálatoknál ajánlatos.

(Folytatása következik.)

Halálos szívszúrás ritka esete.

Közli: *Deák Imre* dr., újvidéki kir. törvényszéki orvos.

Az orvosi gyakorlatban igen gyakran megfoghatatlan problemák fordulnak elő, melyek az orvosok tudását sokszor kemény próbának vetik alá.

Jelen soraimban is orvostörvényszéki gyakorlatomban előfordult ritka esetet óhajtok az orvosi közönséggel megismertetni, oly esettel, mely gondolkodóba ejthet minden orvost.

1907 május 24.-én délelőtt 10 óra tájt Káty községben D. Gy. feleségét czivódás közben mellbe szúrta. A szúrás a bal felkaron hatolt át, azon egy felületes szúrási csatornát okozva és a bal emlőmirigy külső-alsó oldalát is érve, ott végződött. Nagy vérzés a helyszinen, szükségkötés a községi orvos által. A sértett atyja a súlyosan sértettet saját kocsiján a 13·56 km. távolra fekvő Zsablya községbe vitte, saját házába, a hol a szomszéd község orvosa a mellsebet összevarrta. 1907 május 27.-én este 8 órakor beállott a halál. 1907 május 29.-én reggel 8 órakor volt a birói bonczolás. A bonczleletből a következőket közlöm:

11. pont. Külső sérülések: a) A bal emlő külső oldalán a bimbótól 5 cm.-nyire lefelé egy 2 cm. hosszú, egy varrattal egyesített, éles szélű, két csúcsban végződő folytonossághiány.

b) A bal felkar külső-hátulsó oldalán egy 1½ cm. hosszú, éles szélű, két csúcsban végződő folytonossághiány.

c) Ezen sérüléstől 2 cm.-nyire hátrafelé egy az előbbihez teljesen hasonló sérülés.

Belső vizsgálat: 24. A szívburok elülső felületén egy 1½ cm. hosszú, éles szélű, két csúcsban végződő folytonossághiány; a szívburokban 30—50 gm. folyékony vér.

25. A szív elülső felületén a szívburki sérülésnek megfelelő helyen egy 1½ cm. hosszú, éles szélű, két csúcsban végződő folytonossághiány, mely a bal kamara elülső falán egészen áthatol és a bal kamarában végződik.

Vélemény. A halál közvetlen oka belső elvérzés, mely a szív sérülése folytán állott be stb.

* * *

Kétségtelen, hogy szívszúrás esete áll fenn. A szív bal kamaráján talált nyilás oly nagy volt, hogy a kisujjammal könnyen volt átjárható. Az elhalt a sérülést 1907 május 24.-én délelőtt 10 óra tájt szenvedte el, a halál 1907 május 27.-én este 8 órakor állott be, tehát a sérülés után az elhalt még 82 órát élt, söt ezen sérüléssel még 13½ kilometeres útat tett meg parasztkocsin, döczögős, gödrös országúton.

A törvényszéki orvosi irodalomban vannak esetek felsorolva, midőn szívszúrással megsértett emberek még néhány metert jártak, vannak esetek felsorolva, hogy néhány perczig, esetleg 1 óráig éltek, de hogy ily nagy sérüléssel még 82 óráig éltek volna, erről tudomásom nincs, ez mindenesetre oly feltünő s oly ritka eset, hogy érdemesnek tartottam közölni. Kérdés már most az, hogy melyek voltak azok a körülmények, melyek folytán a halál nem azonnal, hanem csak 82 óra után állott be. Én két esetet tudok csak elképzelni. Vagy véralvadék keletkezett, mely a szúrási sebet mintegy tamponálta, mi által a vér csak lassan szivárgott s így csak hosszabb idő után állott be az elvérzés; vagy pedig a mitrális billentyü izma szorult be a nyilásba és tamponálta az üreget. Végül nem lehet elzárkózni annak a lehetősége elől sem, hogy a bal szívizom erős összehúzódása erősen összeszorította a sebszéleket, minek következtében a vér csak lassan szivároghatott ki.

Akármelyik eset is állott fenn, akármi is volt a halál késői beálltának oka, az eset mindenesetre oly feltünő, hogy érdemesnek tartottam a közlésre.

Védekezés az ipari ólommérgezések ellen.

Irta: *Tóth Imre* dr., bányakerületi főorvos.

(Vége.)

Fürdő-, mosakodó-, étkezőhelyiségek, munkaruha.

A fémkohókban a munkások számára testük alapos megtisztítása végett fürdő-, illetőleg mosakodóhelyiségek berendezen-

dők, ezen helyiségekben egyúttal szekrények is felállítandók, hol a munkás utczai, majd munkaruháját és egyéb holmiját zár alatt tarthatja; helyes intézkedés lesz, ennek tőszomszédságában az étkezőhelyiségek berendezése.

A fürdő-mosakodóhelyiségekben a munkások számarányához képest nemcsak kellő számú zuhany, de fürdőkádak is berendezendők, a fürdőkádban minden munkás legalább hetenként egyszer megfürdik; napontai mosakodásra a langyos zuhanyok a legalkalmasabbak, ezek is megfelelő számban állítandók fel, s kellő mennyiségü 30—37 C° melegségü vízzel ellátandók, a zuhanyok felszerelésével együtt oly berendezés is történhetik, hogy a munkás hüvösebb vizet is használhasson zuhanyozásra. A munkás először is felső ruháinak levetése után kezeit mossa meg langyos csorgó vízben szappan nélkül, kefével iparkodik kezeiről a piszkot, rátapadt ólmot és egyéb fémet mechanikai ledörzsöléssel eltávolítani; midőn a lehető tisztaságot 5—6 percznyi mosás, kefélés után elérte, akkor kezeit 2% natronkéneg (natronsulfid) oldatába mártja, ezen oldatban kezeinek bőre többé-kevésbé barnára festődik, a mennyiben a kézen még visszamaradt ólom ólomkéneggé (Bleisulfid) változik át, ezen ólomvegy már nem mérgező; ezután a munkás szappannal és kefével újra mossa kezeit és iparkodik a barna szint eltávolítani, a mi többékevésbé sikerül is. Ezután fehérneműit leveti és vagy kádfürdőt vesz, vagy csak zuhanyt, így egész testét megmosván, megtörölközik és tiszta, ólommentes nappali ruhájába öltözik; munkaruháját, melyhez ing, alsónadrág és felsőruházat tartozik, a szekrénybe akasztja. A munkaruha 1—2 hetenként tisztára mosandó és gyakrabban kiporlandó.

Fürdés után száját az arra rendelt 1/2%-ot tartalmazó natronkénegoldattal jól kiöblíti, ezt teszi közvetlen az étkezés előtt is.

Az étkezőhelyiségben legyenek ételmelegítéshez és esetleg főzéshez takaréktüzhely, asztalok, padok, székek és egyéb szükséges felszerelések. Az asztalok felett minden ülőhelynek megfelelőleg szekrények állítandók fel, hol a munkás ételeit tartja és kulcscsal elzárja. Az étkezőhelyiségben mindig legyen jó minőségü ivóvíz kellő készletben, a szeszes italoknak kiszolgálása betiltandó. A kohó egyéb helyein, akár a kohó udvarán vagy azon kivül, akár az egyes müvek helyiségeiben étkezni szigorúan eltiltandó. A fürdő- és étkezőhelyiségekben a rend és tisztaság fenntartására, az ivóvízbeszerzésre, a tüzelesztésre kiszolgáló személy alkalmazandó.

A munkaruha minden munkásra kötelezővé teendő; leghelyesebb, ha mosószövetből készül, s nyáron könnyebb, télen vastagabb; a hol a munkabérek alacsonyak, ott a munkaadó fog a munkaruháról gondoskodni. A munkaruha nemcsak az egészséget fogja megvédelmezni, de az egyforma tiszta ruha a munkás önérzetét is emeli.

A kohómunkások és egyéb ólommal vagy ólomkészitményekkel foglalkozó munkások munkaideje vagy munkaváltoztatása.

A mely ólom- vagy fémkohókban a keletkező kén- és ólomgőzök a leirt füstelvezető készülékekkel tökéletesen lesznek elvezetve s a munkás a megkivánt tisztaságot betartja, ott sem rövidebb munkaidőre, sem munkacserélésre nincs szükség. Az itteni fémkohóban 12 óráig tart egy munkaszakasz, s pedig reggeli 6 órától esti 6 óráig, és esti 6 órától reggeli 6 óráig s minden két hétben a müszak cserélésekor 24 óráig; ez azonban egy-egy munkásra egy hónapban csak egyszer jut. Kivételt képez az ólomtisztitás, itt 8 óráig dolgoznak. 4 év előtti ideig a tovalapátoló, olvasztópestadagoló munkások 2—3 hónaponként foglalkozásukat felcserélték oly foglalkozással, hol kevésbé voltak az ólommérgezésnek kitéve. 4 év óta ezt nem teszik, hanem 12—15 hónapig is egyazon munka mellett megmaradnak a nélkül, hogy egészségükben szembetünő módon szenvednének. Az ólomtisztításnál foglalkozók is alig betegesznek meg, de itt még munkacserélés történik. Az itteni kohónál sem külön munkaruha, sem fürdés, zuhanyozás nincs behozva, s a munkások is csak ez évi julius hónapban lettek szorítva az étkezőhelyiségben való étkezésre és a kéznek megmosására, s mindazáltal az egészségben feltünő javulás éretett el; biztosra vehető, ha a javasolt intézkedések összesen ki lesznek vive, az ólommérgezés, nevezetesen az ólomkólika csak ritkán fog előfordulni.

Az itteni 4 év alatt szerzett tapasztalatok más egyéb ólommal vagy ólomvegyekkel foglalkozóknál is a foglalkozás zavartalan biztosságát helyezik kilátásba, ha az egyes vállalkozásoknál a kártékony ólmot a megfelelő módon eltávolítják, s a tisztaságot lehető szigorúan betartják. (Kivételt a szénsavas ólomgyárak és ólomfestékgyárak munkásai képeznek; ezen foglalkozást nem ismerem, s azért ezen üzemekről nem nyilatkozhatom, bár itt is csak a kohómunkánál leirt módon történik az ólommal való mérgezés.)

A füst és ólomgőzök elvezetésére javasolt berendezések költsége.

A tovalapátoló pesteknél egy négyszögletes vaspléhből készült tölcsér és kéménye 300—400 márkába kerül, a Pilz-féle olvasztó pestek mellett a pestek nagysága és az épületek magassága szerint 1200—1500 márkába. A lángpesteknél a 2 darab koczka váza és az elvezető cső árát inkább a központi szállóporcsatorna közelsége határozza meg, 300—600 márka lehet.

A natronkéneg, natriumsulfid.

A Na_2S, mely a kereskedésben is kapható és olcsó, nem tiszta vegy, a mennyiben benne szabad NaO és $NaCO_2$ is találtatik, azonban külső használatra teljesen megfelelő; a kémlészeti hivatalokban hydrothiongáznak $NaCO_2$ oldatába történő bevezetésével állítják elő kémlészeti czélokra. Rendkivül érzékeny reagens az ólomvegyekre, a mennyiben ezekkel azonnal ólomkéneget, egy fekete színü ólomvegyet alkot; ezen hatás mondhatni pillanat alatt jön létre, s így a kézre tapadt ólom közömbösítésére teljesen megfelelő; ezen vegyi reactio mutatja, hogy a kefével való mosás után még hol és mennyi ólom maradt vissza a kézen. A kaliumsulfid, kénmáj szintén ily élénken változtatja az ólmot kénólommá, de a keletkezett szín már világosabb, azaz a készitmény kevésbé megbizható, s így a natriumkéneggel nem versenyez. Újabban az akremnin-szappan van szabadalmazva és ajánlva az ólommal bepiszkolt kezeknek mosására, azonban ezen szappan aránylag drága, 1 kgm. 5 márka, másrészt ez a szappan gyorsan bomlik és hatásából veszít, s így nem megbizható; ismeretes továbbá, hogy az ólomoxyd a zsirsavakkal ólomszappant alkot, mely oldató vegyület és a bőrre, illetőleg a hámsejtekre tapad, a bőrön át könnyebben szivódik fel, s így sokkal előnyösebb a kezeket kefével és langyos vízzel mosni, s csak ezután szappant használni a mosáshoz, ha az ólom Na_2S-gel már kénólommá lett átváltoztatva. A kénólmot a szappan már nem változtatja meg.

Az iparban egyéb ólomöntvények előállításánál szükséges berendezések az ólommérgezés ellen.

A hol ólom vagy valamely ólomvegy, pl. kemény ólom üstben olvasztatik meg, ezen üst fölé vasból készült tölcsér állítandó, mely kéménynyel a szabadba vezet; az öntvényminták felett hasonlóan tölcsér és kémény állítandó a keletkező ólomgőzök elvezetésére. Ily müveletek mellett elegendő, ha az ólom megolvad, annak vörös-, még kevésbé fehérizzónak nem kell lennie, s a fekete vagy gyenge vörös oldásnál belőle ólomgőzök úgy sem keletkeznek; azonban akárkányszor elő fog fordulni, hogy az ólom magasabb hőmérsékre lesz hevitve, mintsem szükséges, tehát belőle ólomgőzök fognak elillanni. Ezen mühelyekben a talaj keramittal rakandó ki, és naponta vízzel le mosandó.

Az ólomöntvények alaki igazítása, a betük igazítása és csiszolása, bár ez utóbbi géppel történik, mindazáltal az ezzel foglalkozó munkás kioktatandó a veszélyre, mely ezen foglalkozással együtt jár, s azért ily munkánál is szükséges a külön munkaruha, a kéznek mosása, fürdés, zuhanyozás, külön étkező helyiség, mint az a fémkohónál leiratott.

Az accumulatoroknak ólomvegyekkel való tömésénél a munkások szintén ólommal piszkítják be kezeiket, s azért munka közben ólmos kézzel vagy ólomtól piszkos ruhával szájukat ne töröljék, ne bagózzanak, s akként járjanak el a tisztaság megtartásában, mint az a kohónál leiratott.

Minden más egyéb ipari foglalkozásnál, hol ólom vagy ólomvegy használtatik, mint lakatosok, bádogosok, gáz- és víz-

vezetékcsövek lerakói-, ólomlap-, ólomcső-, göbecsgyártás stb., továbbá keramit- és agyagáruk gyártásánál, hol a glasura előállításánál mázagot használnak, ugyanazon óvintézkedés szükséges, mint a mely a kohónál leiratott.

Utasítás a kohómunkásoknak az ólommérgezés elkerülésére.

Az ólom főleg csak akkor hat károsan az emberi szervezetre, ha a gyomorba jut, azért a munkásnak a tisztaság tekintetében mindent el kell követni, hogy az ólomnak a gyomorba jutását elkerülje.

1. Az ólom vagy vegyei leginkább akként jutnak a gyomorba, ha a munkás ólomtól vagy ólomkészítményektől piszkos kézzel száraz ételeket, kenyeret, szalonnát, sajtot, főtt vagy sült húst (hidegen), kolbászt, hurkát, burgonyát, túrót, gyümölcsöt, kalácsot stb. eszik, a kezein megtapadt ólom ételéhez ragad, s az étellel az ólmot is lenyeli, ha a munkás ételeit a pörkölő, olvasztó és lángpest helyiségeiben tartja, vagy ott melegíti, süti, főzi.

2. A pörkölés, olvasztás, óloműzés, tisztítás alkalmával az ólomból ólomgőzök szállnak a levegőbe, a mázagtermelés, őrlés és csomagoláskor a mázag porlik és mint por a levegőbe száll, lélekzéskor az orrba és garatba, vagy a szájon át történő lélekzéskor a szájba és garatba jut az ólom, itt a nyálkahártyák nedves felületén megtapad, s nyálnyelés vagy evés-ivás alkalmával a gyomorba kerül; a tüdőbe került s ott a légcsövek nyálkahártyáin megtapadt ólom úgy látszik kevésbé veszélyes. Ha a foglalkozásnál (szállóporkamrák tisztogatása, mázagőrlés és csomagolás) nagyobb mennyiségű ólompor van a levegőben, akkor az ellen nedves flanellszövettel bevont vagy még külön nedves szivacscsal is felszerelt légzőkosarakon (respirator) történjék a lélekzés. A garat- és szájüregben megtapadt ólmot a szájnak $^1/_{10}$—$^5/_{10}$% natronkénegoldattal való öblítésével kell evés-ivás előtt ártalmatlanná tenni, ha pedig a munkás tudja, hogy munkaközben véletlenül, akarata ellenére nagyobb mennyiségű ólmot nyelt le, akkor ezen körülményt a legrövidebb idő alatt a felügyelettel megbizott altisztnél jelenti, ki ezen czélra készletben tartott, az ólommérgezés elhárítására szolgáló gyógyszerrel látja el.

A munkás a különböző foglalkozások mellett kezeit ólommal nagyon beszennyezi: ilyen foglalkozások a dús ólom rakása, szállítása, a mázag rakása és szállítása, a mázag őrlése, csomagolása, az olvasztó pesteknél a mázag, pesttalp, egyéb ólom vagy ólomban dús készítményeknek a pestbe történő adagolása, az ólomtisztítás, az ólom ezüsttelenítése zinkkel, a kemény ólom, a kereskedelmi ólom előállítása, kezelése, szállítása stb., a szállóporkamrák kiürítése, a szállópor szállítása, kezelése stb.; ezen munkálatoknál lehetőleg el kell kerülni az ólom és ólomvegyeknek kézbe való fogását, ha mindazáltal a munkás kényszerítve van az ólmot vagy ólmos készítményt kézbe venni, akkor ezen munka bevégezte után rögtön tisztítsa meg kezeit, foglalkozás közben óvakodjék piszkos kezeivel vagy piszkos ruháival száját megtörölni.

3. A fémkohómunkás, de az egyéb ólommal vagy ólomvegyekkel foglalkozó is munkaközben külön felső és alsó ruhát viseljen, melyet 1—2 hétig használhat, mikor is alaposan kimosandó, a munkaruha a munka bevégezte után kiporolandó.

4. A munkás a munka bevégeztével munkaruháit leveti, kezeit és testét alaposan megmossa; ezután tiszta, utczai ruhába öltözködik s úgy távozik lakására. A mosakodás és fürdés következő módon és sorrendben történik: étkezés előtt a munkás köteles a mosakodó helyiségbe menni, s ott kezeit kefével langyos vízzel 5—6 perczig alaposan megmossa, s iparkodik a kezeire tapadt piszkot, ólmot lehetőleg letisztítani, ezután 2% natronkéneg oldatába mártja kezeit, mire bőre a rajta visszamaradt ólom szerint egyik-másik helyen, leginkább a tenyéren sötétbarna színt kap; az ólomból ólomkéneg lett, oly vegyület, mely az egészségére nem ártalmas; ezután kezeit szappannal és kefével újra mossa s iparkodik a sötét színt róluk lemosni, mi többé-kevésbé sikerül is. Ilyen kézmosás után étkezhet, de előbb száját még a készletben levő szájvízzel kiöblíti (gyenge $^1/_{10}$%—$^5/_{10}$% natronkénegoldat). Ha pedig munkáját bevégezte s a lakására akar távozni, elsőben felső ruháit leveti, kezeit a leirt módon megmossa, ezután a fürdőhelyiségbe lép, ott alsó ruháit is leveti és vagy langyos zuhanyt vesz, vagy egész fürdőt és így a testére tapadt ólomport eltávolítja, ezután utczai ruháit magára ölti és lakására távozik.

5. A munkásnak tilos más helyen (a pörkölő, olvasztó, óloműző-tisztítóhelyiségekben, a kohó udvarán) étkezni, vagy a magával hozott ételeket máshol tartani, mint az étkezőhelyiségekben, hol minden munkás számára kulcscsal elzárható külön ételszekrény állítandó fel, hol ételeit tartja. A munkásnak munkaközben tilos a dohányzás, bagózás, tilos a szeszes italoknak élvezete, a részegeskedés határozottan káros, mert ólommérgezésre hajlamosít.

6. Ólommal vagy akárminemű ólomkészítménynyel foglalkozó munkásnak, főleg a fémkohómunkásnak teste megfelelő és helyes táplálásáról kell gondoskodnia; táplálékában a fehérjefélék s pedig a hús, tojás, tej, túró, sajt, továbbá bab, borsó, lencse, továbbá a zsírok, mint a disznózsír, szalonna, vaj, tejföl, olaj megfelelő mennyiségben legyenek, azaz ne csupán lisztes ételekkel és burgonyával táplálkozzék. Lakása legyen tág, száraz, világos, tiszta és jól szellőzött, legyen mértékletes életmódjában, teste ápolására kiváló gondot fordítson, mert mindennapi foglalkozásában a legnagyobb óvatosság és tisztaság mellett is alig kerülheti el, hogy egészségét az ólomtól megvédelmezhesse. A rendes életmódot folytató és jól táplált szervezetű az ólom káros hatását könnyebben elviseli.

7. Az ólommérgezésnek biztos tünete, mikor a foghúsnak a fogakra tapadó széle kékesszürke; a melyik munkásnál ezen tünet jelentkezik, ha kezdő, hagyja el a kohómunkát, ha pedig már idősebb, akkor számára kevésbé fertőző munka jelölendő ki.

8. Helyes intézkedés lesz, ha a munkaadó azon munkásoknak, kik a pörkölés, olvasztás, ólomtisztítás, üzés, csurgatás, mázagőrlés, csomagolás, szállóporkamrák tisztításával foglalkoznak, műszakonként 1—1 liter tejet ad, mert ezzel az egészség lesz megvédelmezve.

Óvrendszabály a nyomdászok és betűszedők részére.

Leghelyesebb védekezés az lesz, ha a munkás elkerüli, hogy semmi, még a legcsekélyebb ólom vagy ólomoxyd se kerüljön gyomrába; mert ha nem jön szervezetébe ólom, nincs ólommérgezés. Azonban a betűszedőnek, nyomdásznak ólommal, a betükkel kell foglalkoznia, azokat ki kell szedni a fiókból, összerakni s hoszzabb ideig kézben tartani, a kiszedett betüket megerősíteni stb.; ezen munkánál ólommal állandóan érintkezik és kezeit, ruháit bepiszkolja, s ha nagy gondot nem fordít a tisztaságra, az ólom könnyen gyomrába kerül; tehát, hogy az ólom káros hatását elkerülje, a következőket kell lelkiismertesen betartania:

1. Munkaközben, midőn kezei ólomlepedékesek, kezével vagy ruhájával száját megtörölni nem szabad, a betüket vagy egyéb ólomtárgyakat szájába tenni nem szabad.

2. Ólomlepedékes kézzel enni nem szabad, főleg száraz ételeknek, melyeket kézben tartunk s kézből eszünk, mint kenyér, sült és főtt burgonya, hideg hús, gyümölcs, sajt, túró, szalonna stb. evése kerülendő, mert ezen étkekre a kézről ólom tapad.

3. Munkaközben dohányozni, bagózni nem szabad.

4. Munkahelyen nyilt edényben tartott vízből vagy egyéb italból inni káros.

5. A betűszedő munkaközben ruhája felett térden alul érő ujjas kötényt viseljen, mely testét egészen körülfogja, ez által ruháit az ólomszenyezéstől védelmezi meg, vagy munkaközben külön munkaruhát viseljen. A külön munkaruha és kötény egy vagy két hetenként kimosandó.

6. A betűszedő, nyomdász egy vagy kéthetenként tisztító meleg fürdőt használjon.

7. Evés előtt és a munkából való távozás előtt a szedő és nyomdász kezeit tiszta langyos vízben kefével alaposan tisztítsa meg, ezen czélra szappant használni nem szabad; mert a kézre tapadt ólomból a szappannal való mosás alkalmával oldható ólomszappan képződik, mely ólomszappan a kézen makacsul visszamarad és veszedelmes.

Midőn a kéz a látható ólomtól és piszoktól a kefe használása mellett megtisztult, a munkás a kezét natronkéneg 2%-os oldatába mártsa be; ha ezen bemártáskor kezein még ólom van, akkor az ólomból rögtön kénólom képződik s ez a kéz bőrét sötétbarnára festi. A szín sötétebb vagy világosabb foka több-

kevesebb ólomra mutat. Ez a kénólom már nem mérgező. Ezen barna szín, a kénólom is eltüntethető, ha újra keféhez nyúl és most szappant is használ, s meleg vízben addig mossa, keféli kezeit, míg a barna szín legnagyobb részben eltávozik. Egy-két óra mulva a netalán visszamaradt barna szín magától is elmúlik.

8. A betüszedő és nyomdász legyen mértékletes, kerülje a szeszes italok használatát, ne éjjelezzen, ne dorbézoljon s testi erejét a rendetlen életmóddal ne gyengítse.

A fémkohó munkásainál a tapasztalat fényesen igazolta, hogy a szeszes italokat élvezők inkább betegszenek meg ólom mérgezésben, mint az abstinensek, az italoktól tartózkodók, vagy kik bort és sört csak mértékletesen élveznek. A szeszes italok élvezése károsan befolyásolja az egészséget, az emésztést rontja, másrészt a szesz a munkást elkábítja, itélőtehetségét gyengíti, a rend és tisztaság iránt közönyössé teszi, az ilyen munkás a kellő tisztaságot nem tartja be, s így nagyobb fokban teszi ki magát az ólommérgezésnek, más tekintetben az iszákos nem taplálkozik megfelelően, s nála gyorsabban fejlödik ki az ólom káros hatása.

A betüszedő és nyomdász tartsa legelső teendőnek a jó táplálkozást és pedig fehérjében és zsírban dús ételeket egyék, ilyenek a tej, tojás, sültek. A szalonnát a régiek az ólommérgezés ellenszerének tartották s a fémkohókban még ma is kapnak a munkások naponta 35—50 gm. szalonnát. A test bő táplálása ellenszere az ólommérgezésnek.

A betüszedő és nyomdász állandóan fordítson gondot egészségére, figyelje meg gyomra és belei müködését, a mint étvágytalanságot, dugulást, vagy gyomrában, hasában fájdalmakat tapasztal, azonnal forduljon orvosi segélyért. Napról napra vizsgálja meg foghúsát, nem tapasztalja-e az ólomszegélyt, ha ez jelentkezett, akkor ha addig nem tette volna, kiváló gondot fordítson a tisztaságra és bő táplálkozásra. Ha pedig ólommérgezés következtében halovány, vérszegény lett, a foglalkozását 1, sőt 4 hónapra is hagyja abba, ott foglalkozzék, hol nincsen ólom, s iparkodjék testi erejét visszaszerezni. Az ólomnak a testből való eltávolítását hathatósan előmozdítják a meleg, kénes ásványfürdők; hazánk ilyen kénesfürdőkkel meg van áldva, ezek a budai fürdők, Margit-fürdő, Artézi-fürdő, Pöstyén, Trencsén Teplicz, Herkulesfürdő, Hévvíz, Harkány, Püspökfürdő, Stubnya, Szklenó, Lipik stb.

Az ólom könnyen tapad a vele érintkező tárgyakra, a kézre, s könnyen kopik, ha ide-oda dobálják; a kopásnál igen finom részecskék válnak le, melyek a levegőbe is elszállnak, ezen finom ólomrészecskék bepiszkolják a munkahely bútorait, a szedőasztalokat, a padlót, a falakat; a munkahelyiségben tartózkodó és ott foglalkozó még akkor is bepiszkolódik ólommal, midőn betüszedéssel nem foglalkozik.

Ezen körülményt a munkahely berendezésénél figyelembe kell venni. Első sorban világos, száraz legyen a munkahelyiség, a nap süssön az ablakokra, legyen eléggé tágas, egy-egy szedőre legalább 30 köbméter tér jusson; legyen állandó szellőztetéssel ellátva, úgy rendezendő be, hogy óránként 2—3-szor újuljon meg a munkahelyiség levegője, sőt czélszerű volna a szellőztetést szellőztető fütéssel összekötni. A munkahely padlója czementből készüljön és olyan lejtéssel, hogy a falak és padló mosása után az alkalmazott víz könnyen elfolyhasson; a falak olajfestékkel vagy vízüveggel vonassanak be. A szedőasztalok és fiókok, ha fából készülnek is, horgany- (zink) lemezzel vonandók be s naponként nedves rongygyal tisztára mosandók. Kivánatos volna, hogy a nagyobb nyomdák fürdőhelyiségekkel is felszereltessenek, hol a munkások gyakrabban tisztító fürdőt vehessenek ingyen.

Munkáslakások.

Minthogy a fémkohó- s más egyéb ólommal foglalkozó munkások ólommérgezésnek vannak kitéve, mely testüket gyengíti és sok egyéb betegségre hajlamossá teszi: az ilyen munkásokra jótékony hatással kell hogy birjon az egészséges lakás. Az egészséges lakás az ólom káros hatását ellensúlyozza, sőt a munkásnak testi szervezetét erősbítvén, az ólom iránt is ellentállóbbá teszi. Azért az ólommal foglalkozó munkásoknak lakása legyen száraz, tágas, világos, jól szellőzött és tisztán tartott, a lakószobában főzni, mosni-vasalni, állatokat tartani nem szabad. A ház talaja, udvara és környéke legyen tiszta, a lakás álljon szabadon, körülötte kert, udvar, szabad tér legyen, a nap járja körül az épületeket. A ház legfölebb akkora legyen, hogy 4 család találjon elhelyezést, azonban mind a négy lakónak külön udvara, kertje, és külön bejárata legyen. Kaszárnyaszerű munkásházak sem az egészségre, sem a békés megférhetésre, sem az erkölcsökre nem kedvezők, bennük a ragályos betegségek ellen óvakodni alig lehetséges.

Összefoglalás.

Minthogy az ólommérgezés csak akként jön létre, hogy a munkás ólomtól piszkos kézzel eszik, mikor is az ólom ételeire tapad, másrészt ólomporos, ólomgőzös levegőt lélekezvén be, az az ólom szájában és garatjában lerakódik vagy ólomtól piszkos kézzel, ólomtól piszkos ruhával száját megtörli, egyszóval az ólmot szájába viszi s onnét a gyomrába lenyeli. Midőn a munkás ruhája ólomtól szennyezett, veszély rá abból keletkezik, hogy kezeit ruháival beszennyezi.

Az ólom, mely testén tapadt meg, kevésbé veszélyes, mert a bőrön át felszívódó ólom vajmi csekély, s ennek káros hatását az egészséges emberi szervezet jobban eltüri.

Ezen okból az ólommal való foglalkozás mellett arra kell törekedni, hogy ólomgőzök, ólomporok, ólomkészítmények se a munkahely levegőjébe, se talajába ne kerüljenek; ezt részben alkalmas felfogó készülékekkel, részben a munkahely talajának keramittal való burkolása után naponta vízzel való mosása által érhetni el.

A hol a munkás kénytelen ólmot vagy ólomvegyet kezébe fogni, vagy kezeit azzal bepiszkolni, arra ügyeljen, hogy az ólom szájába ne kerüljön, tehát ólomtól piszkos kézzel ne egyék, kezeit e czélból langyos vízzel és kefével mossa tisztára, azaz a kezére tapadt ólmot s egyéb piszkot erőművi dörzsöléssel távolítsa el, s ezután a kezén még visszamaradt ólmot natronkénegoldatba mártva, ártalmatlan, már nem veszélyes ólomkéneggé változtassa át.

Az ólommal való foglalkozás mellett külön munkaruha viselendő, mely 1—2 heti időben kimosandó, s naponta kiporolandó; hol ólomgőzök, ólomkészítmények pora jut a levegőbe, ott a munkás a munka bevégezte után naponként langyos zuhanyt vagy tisztító fürdőt vegyen.

Ólomporos vagy ólomgőzös munkahelyiségek élénk szellőztetéssel látandók el, így a tovalapátoló, Pilz-féle olvasztó és ólomtisztító helyiségek, hol a tető fölé nyiló tágas kémények a müvek levegőjét élénken szellőztetik, s nem egyedül a csapoláskor, kihúzáskor keletkező füstöt távolítják el.

Az ólomgőzök, ólomporok eltávolítását nem az épület tetején kivülre, hanem a központi kéménybe kell bevezetni, mert csak így vihető ki, hogy lehetőleg kevés ólom kerüljön a müvek levegőjébe. A hol pedig a foglalkozás mellett sok ólom vagy ólomkészítménypor jut a levegőbe, mint a mázagőrlés, csomagolás, szállóporkamrák tisztítása, a szállópor kezelése, a szénsavas ólomkamrák kiürítése, a szénsavas ólom őrlése, csomagolása, ott a munkás viseljen nedves flanellel bevont vagy nedves szivacscsal ellátott respiratort.

A bányamunkás az oldható ólomérczek fejtésénél a kőzetet nedvesen tartsa a fúrásnál, a kőzet aprításánál, az ércz szemelésénél, szóval arra törekedjék, hogy ólomérczpor a levegőbe ne kerüljön, kezeinek tisztítását a leirt módon eszközölje, s óvakodjék ólompiszkos kézzel, ruhával száját megtörölni.

A festők, mázolók, fényesítők (lakkirozók) ólomkészítményeknek por alakjában a levegőbe jutását kerüljék el a készítmény nedvesen tartásával, a lakkirozók a régi lakknak ledörzsölését nedvesen eszközöljék, s kezeiket, ha festéktől piszkos, terpentinolajjal kenvén be, iparkodjanak a beszáradt festéket meghigítani, s ezután meleg víz, szappan és kefével tisztítsák meg, s a visszamaradt ólmot natronkénegoldattal tegyék ártalmatlanná.

Az ólommal foglalkozó jól táplálkozzék, kerülje a szeszes italokat, mérsékelt életmódot folytasson, s lakása az egészségtan követelményeinek feleljen meg.

Minden egyéb ólommal való foglalkozásnál a lehető tisztaságra kell törekedni a munkahely levegőjében és talajában, továbbá a munkás ólomtól piszkos kezeivel ólmot szájába ne vigyen, s kezeit a leirt módon tisztítsa meg az evés előtt s a munka bevégezte után.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.

A haemangiomák gyógykezeléséről.

Irta: *Sándor István* dr., műtőnövendék.

(Vége.)

Az angiomák műtéti kezelésének hátránya a többé-kevésbé látszó heg, sőt a műtétek indicatiojának épen ez okból korlátot vet a daganat nagysága. Örömmel kell tehát fogadnunk azon eljárásokat, a melyek egyrészről nyomot alig hagynak maguk után, másrészről inoperabilis angiomak kezelésére alkalmasak. Ily eljárás a Nikoladoni által ajánlott és Payr[1] által első izben alkalmazott fémmagnesiummal való kezelés. Mint fentebb már említettük, a régi vegyi eljárásokkal való angiomakezelések egy részének is az volt a czélja, hogy a cavernosus tumor üregeiben vérmegalvadást hozzon létre. Az így keletkező thrombus szervülése, majd kötőszövetes hegesedése, míg egyrészt bizonyos számú capilláris üreget teljesen obliterál, addig egy más részüket a zsugorodás folytán megkisebbíti. A fémmagnesium, miként az alkaliás földfémek, a vízben, tehát a vérsavóban vegybomlást idéz elő. Ez a vegybomlás, melynek tanulmányozása munkánk keretét túlhaladná, feltétlenül vérmegalvadást von maga után. Elősegíti ezt a vérmegalvadást az ezen vegybomlásnál apró hólyagok, buborékok alakjában létrejövő hydrogenfejlődés. Hogy ez csakugyan így van, azt a Mosetig-Moorhof által ugyancsak cavernosus angiomák gyógykezelésére ajánlatba hozott, de veszélyessége miatt elterjedésre nem talált hydrogenhyperoxydinjectiók is bizonyítják. Mert hiszen a sebek mosásakor is láthatjuk, hogy a hydrogenhyperoxydos, habzó öblítőfolyadékban, ha a seb esetlegesen vérzett, megalvadt, vörös fibrinczafatok úszkálnak. Azonkivül elősegíti még a megalvadás létrejöttét az angiomában a magnesium bevezetésekor keletkező mechanikai sérülése a cavernosus üregek belhártyájának. Payr az ő methodusát akként alkalmazta, hogy magnesiumlemezekből körülbelül 3—4 millimeter alapú, 10—15 millimeter hosszú ékeket vagdalt, a melyeket a cavernosus tumornak lehetőleg ép bőrrel fedett helyén tenotommal ejtett nyiláson keresztül ércsípőbe fogva a tumorba dugdosott. Minthogy klinikánkon ezt a kezelési methodust igen nagy tumoroknál alkalmaztuk, a melyekbe a tumornak megfelelő hosszú magnesiumékeket ily módon nem lehetett volna bevezetni, Dollinger tanár eleinte tübe füzött magnesiumdrótot húzott át a tumoron, majd — a mi még egyszerübb volt — vékeny punctiós troisquarton keresztül dugdosta be a magnesiumsodronyokat.

A daganat nagysága szerint váltakozó volt a bevezetett drótok hossza és száma. Átlag 10—12 darab, 6—10 cm. hosszú, 2 mm vastag magnesiumsodronyt tüzdeltünk be egy-egy ülés alkalmával. A műtétet követő napon a tumor megduzzad, de nem fájdalmas, tapintata a fejlődött hydrogenbuborékoktól serczegővé válik. Néhány nap mulva, ha az asepsis betartása sikerült, a duzzanat visszafejlődik, a daganat ismét puhább lesz, a bevezetett sodronyok jól tapinthatók és már a 6—8. napon ujjnyomással eltörhetők. A betegek rendszerint láztalanok, kivételesen mutatnak 1—2 tized fok esti hőemelkedést. A szervezetbe jutott magnesiumnak káros hatását sohasem tapasztaltuk. Négy-öt hét mulva azután a sodronyok helyén heges csomók és kötegek érezhetők. Körülbelül ily időközökben a kezelés újból megismétlendő. A keletkezett hegek zsugorodása ezután még hosszú ideig, több hétig eltart. Összesen 5 betegünknél alkalmaztunk magnesiumkezelést, kivétel nélkül mindannyiszor igen nagy kiterjedésü arczhaemangiomáknál. Sajnos, az eljárás eredménye, különösen ily kiterjedt daganatoknál, nagyon soká várat magára. A betegeket nem lehet, de nem is szükséges ily rendkivül hosszú ideig, esetleg évekig a klinikán tartani. Ebből magyarázható, hogy 5 beteg közül csak kettő követte utasításainkat. Egy az első tüzdelést követő 4. napon a további kezelésbe nem egyezve távozott, egy pedig kétszeri kezelés után egy időre hazabocsáttatván, többet nem jelentkezett. Az ötödik, kiről itt meg kell emlékeznem, ugyanaz, a kinél egy izben a nagy kiterjedésü, a fél fejet és nyakat elfoglaló angiomának részleges exstirpatioja történt és mütét közben a garatbeli angioma megduzzadása miatt tracheotomia vált szükségessé. Ennél a betegnél ugyanis a feltünő puha angioma az ismételt magnesiumos és elektrolysises kezelések ellenére még évek multán sem mutatott kisebbedést, csak kisebb-nagyobb heges göböcskék és kötegek tapinthatók benne. Említésre méltó, hogy ugyanez a beteg gyermekkorában alkoholinjectiókkal kezeltetett másutt, 17 éves korában egyre növekvő tumorral került kezelésünk alá és bár a megszakításokkal 3 évig tartó kezelésnek kosmetikai eredménye semmi, jelenleg, 2 évvel a műtétek után állapotával annyiból meg van elégedve, hogy daganata nem növekszik és — a mi talán a kezelésnek tudandó be — a daganatnak pangás esetén való nagyfokú, kellemetlen megduzzadása azóta lényegesen kisebb fokban jelentkezik.

Az elektromos áramnak vegybontó hatását az angiomák kezelésére Schwarz és Boudet ajánlotta az 1888. i franczia sebészcongressuson. Eljárásuk az úgynevezett unipoláris elektrolysis volt. Így alkalmaztuk ezt eleinte mi is. Nagy, indifferens, a mellre vagy a hátra helyezett elektrodba vezettük a negativ áramot, míg a positiv polust 1—2, a tumorba beszúrt platinatüvel kötöttük össze. 5—10 milliampère erős áramot alkalmaztunk így naponta 10—15 perczig. A kezelés így — igaz — fájdalmas nem volt, de a mi nagy angiomáinknál teljesen eredménytelen is maradt. Igyekeztünk tehát változtatni az eljáráson. A tük számát, majd az áram erősségét növeltük és az unipolárisról a bipoláris elektrolysisre tértünk át. Az eljárás így sokkal hatásosabb, a reactio is megfelelőleg nagyobb. Ennélfogva nem alkalmazható mindennap és a fájdalmasság miatt narcosis válik szükségessé. Valamely sóoldatban az elektromos áram akként hat, hogy a kathodnál kiválnak a kathionok, a melyek egy alkalit alkotnak és a víz hydrogenje szabaddá lesz, az anodnál pedig az anionok, a melyek savat alkotnak és a víz oxygenje lesz szabaddá. Ilyen nagy vegybomlása a vérnek vérmegalvadásra vezet, a mint ez eprouvettában ki is mutatható. Még pedig az anodnál a keletkező sav hatása alatt egy kisebb, szárazabb véralvadék, a kathodnál az alkali hatása alatt egy nagyobb, nedvesebb és világosabb vérrög képződik. Főleg a kathodnál a képződő hydrogen szabad szemmel látható, apró hólyagocskák alakjában hosszabb idő után a tü mellett el is távozik. A kezelésnél tehát a most vázolt chemiai behatáson kivül a keletkező hydrogenbuborékok és a tük beszúrása okozta sértés is mechanice hozzájárul a megalvadás előidézéséhez. Az elektrolysises kezeléssel a klinikán Dollinger tanár utasításai szerint Zimmermann dr. I. tanársegéd kisérletezett. Zimmermann dr. a következőképen alkalmazza a bipoláris elektrolysist: Áramforrásul az utczai áramot használja fel, a kapcsoló tábla közbeiktatásával, rendszerint 50 milliampère erősségben. Elektrodok gyanánt a drága platinatü helyett közönséges aczélvarrótüket használ vékony sodronyra füzve, a mely sodrony fölé izolálás czéljából vékony draincsövet húz. Az így felszerelt tük a müszerekkel együtt kifőzetnek. A beteget narcotizáljuk, a mütét területét akárcsak aseptikus mütéthez előkészítjük. Ezután a tumorba 30—80 tüt beleszúrunk, vigyázva, hogy a tük a daganaton belül ne érintkezzenek. A tükről kilógó, egy darabon draincsövel izolált drótok végeit körülbelül két egyenlő csomóban részben az anoddal, részben a kathoddal kötjük össze. Ezután az 50 milliampère erejü áramot mintegy 20—30 perczen át hagyjuk hatni. Különben mértékül szolgálhat az a körülmény, hogy a kathód körül kis, fehér gyürü keletkezik és hydrogenbuborékok távoznak el és a kathodtük igen könnyen kicsnek. Az anod tüit nehéz kihúzni, mivel körülötte erősen tapadó pörk képződött. Ha ilyenkor kirántjuk a tüket, vérzést kapunk, mely azonban a komprimáló kötés alatt csakhamar megszünik. Ezen körülmények elkerülése czéljából ajánlatos az áram irányát nehány perczczel a tük kihúzása előtt megváltoztatni. Egy izben ilyen elrendezés mellett dolgozva csekély collapsus tüneteket, más esetben pedig körülbelül a narcosisból való felébredés után 2 óráig tartó izgalmi tüneteket, kisebb tonikus és clonikus görcsöket észleltünk. Ezen észleletekből arra kell következtetnünk, hogy a fejen alkalmazott ilyen nagyobb elektromos áramnak az irradiatioja a központi idegrendszerre nem közömbös. Ennélfogva 50 milliampère áramerősséget és maximálisan 20—40 tüt 20 perczig ajánlhatunk mint veszélytelen dosist felserdült, erősebb egyéneknél. Gyengébbeknél és gyermekeknél kisebb ada-

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1902. XXXVI. kötet, 503. l

gokat kell alkalmazni, míg csecsemőknél, kiknek agykérge tudvalevőleg az elektromos árammal szemben rendkivül érzékeny, ez eljárás teljesen mellőzendő. 6 esetben alkalmaztuk a klinikán az elektrolysises eljárást. Az ülések után a tumor megduzzad, bőre pirosabb lesz, a legtöbb beteg esténként nehány tized C° hőemelkedést mutat. 5—6 nap után a duzzanat visszafejlődik, a daganat pedig néha már 2—3 héttel a kezelés után szembetünően megkisebbedik. Ha az áramot hosszabb ideig hagytuk behatni, akkor a tüszúrások apró hegei meglátszanak. 3—4 hetenként, különösen ily nagyobb tumoroknál, a kezelés megismétlendő. A hat beteg közül csak 3 egyezett bele a hosszadalmas, megismételt kezelésekbe. Csak ennyinél jegyezhetünk fel lényegesebb javulást, míg a többiek igen korán, eredmény nélkül távoztak a klinikáról.

Az angiomáknak tüzes vassal való kezelését a klinikán felületes, kis kiterjedésü daganatok elpusztítására használjuk igen gyakran az ambulantián. Az angioma területén a bőrt $^1/_4$% os cocainnal, melyhez cm³-enként 1 csepp Richter-féle tonogent adunk, Hackenbruch módszere szerint circulárisan érzéstelenitjük. A tumort, különösen széli részeit is, a hegyes paquelin-égetővel megszurkáljuk. Az égési pörk kenöcsös kötések alatt 10—14 nap mulva leesik, sima, környezeténél valamivel fehérebb heget hagyva maga után. Nagyobb cavernosus angiomáknak a hegyes paquelinnel való mély megégetését, mely eljárásnak a többek közt különösen Kirmisson[1] a szószólója, a klinikán csak egy izben — kisérletképen — alkalmaztuk.

A teljesség kedvéért meg kell még emlékeznem a Schwalbe[2] által 1876-ban inaugurált és újabban többek[3] által igen ajánlott *alkoholinjectiós therapiáról*, bár ezt az eljárást a klinikán eddig még nem alkalmaztuk. Az eljárás lényege, hogy a tumor körül az ép szövetbe naponta 1—3 cm³ 30—70%-os alkoholt injiciálunk. Ezekhez az adagokhoz fokozatosan szoktatjuk hozzá a beteget. Az alkoholt a szövetbe, nem pedig a vérérbe kell befecskendezni. A befecskendezés helyén, tehát a vérerek, illetve az angiomás üregek körüli kötőszövetben lobos infiltratio keletkezik, mely legfeljebb csak eleinte és csak néhány napig érzékeny. Az infiltratum helyén kötőszövetes hegesedés indul meg, a mely hegesedés a területében levő vérereket és vérüregeket természetesen comprimálja. Ha azután ilyen infiltratumokkal a daganatot már körülvettük, tőle lefelé, a daganat közepe felé folytathatjuk a befecskendéseket. Az eljárás kellő óvatosság és kellő tisztaság mellett teljesen veszélytelen és inoperabilis nagyságú haemangiomák kezelésére is alkalmas.

Táblázatos összeállítás az I. számú sebészeti klinikán az 1897/98. tanévtől az 1905/06. tanév végéig 37 haemangiomás betegen foganatosított gyógyító eljárásokról és ezek eredményeiről.

A kezelés neme	A kezelések száma	Eredmény a távozáskor							Távolabbi eredmény				
		A mütéti seb gyógyult			A daganat								
		per primam	per secundam	nyitva kezeltük	gyógyult	javult	változatlan	Ismeretlen	Recidivamentes	Recidiva	Javult	Változatlan	Ismeretlen
Teljes kiirtás	24	15	6	3	24	—	—	—	10	—	—	—	14
Részleges kiirtás	3	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Krönlein-mütét	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Partsch-mütét	1	—	1	—	—	—	—	—	—	3 hó mulva	—	—	—
Carotis externa lekötés	3	3	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Magnesiumos kezelés	5	—	—	—	—	2	2	1	—	—	2	1	2
Elektrolysises kezelés	6	—	—	—	—	3	3	—	—	—	2	2	2
Paquelinezés	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1

[1] Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten angeborenen Ursprungs. Német kiadás. Enke, Stuttgart, 1899.

[2] Virchow's Archiv, 76. k.

[3] Lásd B. Honsell. Über Alkoholinjectionen bei inoperablen Angiomen. Beiträge z. klin. Chir. XXX. 1902. 251. l. és *Neck:* Über die Behandlung der Blutgefässgeschwülste. Előadás a chemnitzi orvosegyesületben. 1905 XI. 15. Ref. Münch. med. Woch. 1906. 6. sz.

A haemangiomák gyógykezelési methodusai közül a klinikán első sorban a daganatnak véres úton való eltávolítását végezzük a legkiterjedtebben és a legszivesebben. Ez volt eljárásunk mindannyiszor, a midőn a kiirtás által keletkezett defectust a sebszélek összehúzásával, vagy kisebb, nem torzító plasticával elzárhattuk. Egyedül az angioma területéhez vezető nagyerek lekötésétől eredményt nem várhatunk. Az inoperabilis nagyságú angiomák gyógykezelésére az elektrolysist és a magnesiumos kezelést alkalmaztuk, mint a mely eljárásokkal torzító heg visszahagyása nélkül is tudunk egyébként gyógyíthatatlan eseteket legalább lényegesen megjavítani. Ezen gyógykezelések eredményét, ha közölt táblázatomra egy pillantást vetünk, egyáltalán nem mondhatjuk kielégítőnek. Kutatva azonban ezen eredménytelenségnek okát, kitünik, hogy tulajdonképen nem az eljárások lényegében van a hiba, mert ezek alkalmasak volnának teljes gyógyulást is létrehozni, hanem abban a körülményben, hogy nagy kiterjedésü angiomáknál ezeket az eljárásokat hosszú, esetleg évekre terjedő időn át is kell ismételten alkalmaznunk. A magnesiumos kezeléssel igen jó eredményt értünk el ama betegünknél, a ki 3 év leforgása alatt 4 izben vétette fel magát a klinikára és a kinek 7 ülésben 68 darab, 8—14 cm. hosszú magnesiumsodronyt tüzdeltünk a daganatába. Ez a beteg több mint két évvel a mütétek után majdnem teljesen gyógyultnak mondható. Épen úgy a legszebb eredményt az elektrolysises kezeléssel annál a betegnél értük el, ki több mint egy évig klinikánkon tartózkodott és ez idő alatt vagy 60 ülésben mintegy 700 elektrolysises tüszúrást kapott. Kisebb angiomáknál ezen eljárásaink kipróbálva nincsenek, mert hiszen ez esetekben a kés biztos és gyors gyógyulásra vezet. Épen igy nem számolhatok be a Schwalbe-féle interstitiális alkoholinjectiókról sem, bár ez az eljárás is feltétlenül megkisérlendő inoperabilis angiomák kezelésénél, jóllehet valószinüleg megvan — miként a másik két eljárásnak is — az a hátránya, hogy kiterjedtebb angiomáknál a teljes gyógyulás hosszú ideig várat magára.

Gyógyító eljárásaink tehát: kis, felületes angiomáknál a Paquelin égő; a törzsnek és végtagoknak a bőrrel nagy kiterjedésben össze nem kapaszkodott angiomáinál, valamint a fej és az arcz kisebb defectussal kiirtható angiomáinál a kés; az inoperabilis angiomáknál pedig az elektrolysis, a magnesiumos kezelés és az interstitiális alkoholinjectio, még pedig ez utóbbiaknál kellő türelem és kitartás úgy a beteg, mint az orvos részéről.

TÁRCZA.

Ovidius kozmetikájából.

Van valami bájosan vonzó a rég mult századok emlékei között kutatni, keresni évezredek megsárgult pergamenjein azt, a mi különbözik a mi kulturánktól és ezzel együtt fellelni azokat a dolgokat, legyenek bár világrendítő felfedezések, vagy például csak a kozmetika azon szerei, melyeknek használatát az évszázados tapasztalás szentesítette.

Az ilyen összehasonlításra talán legalkalmasabb példa az a fejezet, melyet a római aranykor nagy poetájának, Ovidiusnak „De medicamine faciei" könyvéből közlök itt prózai fordításban, kihagyva természeteten mindazt, a mi csak költői dísz, de az orvos ismeretei szempontjából semmi érdekkel nem bir.

Az arcz ápolószereiről.

Tanuljátok meg ifjú nők, hogy mi emelheti bájaitokat és mi lehet védője szépségteknek. — Az ápolás kapja jutalmul terméketlen földből Ceres ajándékait, s az ápolás veszi el a gyümölcs levének fanyar ízét, a jól ápolt fának jó ízü a termése. Szeretitek a díszt — a magas tetőket aranynyal feditek —, s a fekete földet a rárakott márványlapok fedik el. Lehet, hogy a Sabin nök, kik Tatius földjein éltek, inkább a földet ápolták, s a tüzhely padján ülve, a barna arczú háziasszony egyre csak fonta dagadó hüvelykkel a szálat; maga zárta el a juhot, a kecskét — melyet a tulajdon leánya fejt meg — s erdő rózséjéből maga rakta a tüzet.

A mi asszonyaink ellenben gyengéd leányokat szülnek; aranyos szövettel boritjátok a testeteket — gyakran váltogatjátok

illatos hajatok díszét, ragyogó ékkövek borítják karotokat, Napkelet gyöngyeit füzitek hó nyakatokra, s kettőt a fülbe is, oly nagyot, hogy terhére vannak. — De nem rója senki bűnötökül, hogy tetszeni vágytok — mikor férjeitek is ékszerrel vannak tele. — Asszonyi módra díszítik magukat a férjek — s alig hagynak valamit az asszonyoknak ékül. A mily szeretetet kiküzd valaki magának — az a jutalma; senkit sem szabad elitélni, mert testét ápolja. — Mindenki másnak s magának tetszeni vágyik — Junó madara szétbontja szárnyát, ha tollát dicsérik — s a szépségre sok madár (közülünk) büszke. — S hamarabb gyujtja ez lángra a szerelmet, mint a füvek, melyeket borzalmas módon vág le a varázsló boszorka keze. — Sem a füvekben, sem a kotyvasztott levekben ne bizzatok lányok, sem a forrongó földek ártalmas nyálkájában, borzalmas harczi dazával még senki sem törte össze a kigyót *(csatakigyó)*, sem a víz nem tért még a forrásba vissza. Első gondotok az erkölcsötökre légyen, a szépség csak ott vonzó, hol nemes szép lélek ajánlja.

Nem áll ellentétben az erkölcscsel Ámor. A szépséget az aggkor rabolja el s az arczot mélyen fekvő barázdák szántják. — Eljön az idő, mikor boszúsan néztek a tükörbe és az újabb ránczok a fájdalomnak új okai lesznek. — A nemes kedély megmarad és elegendő s benne él a szerelem és véle enyészik. — Tanuljátok hát meg, ha elhagyja szemeteket a jótevő álom, szelid fényben miképen ragyoghat az arcz.

A rizsmagokat, melyeket hajókon küldenek a lybiai partok szántóvetői, meg kell tisztítanotok kérgétől s héjától — s ugyanennyi lencsét nedvesíts meg, tíz tojással — de maga a mag böven mért két fontnyi legyen. S ha szeles levegőn jól megszárítottad, a nőstény szamár a malom kövén lustán lisztté őrli, azután a soká élő szarvas beléből egy hatodát az egész fontnak — s ha a poros liszt össze van keverve a kivájt hordóban, mindezt reája hintjük; — végy hozzá tizenkét tisztított narcisshagymát, melyet tiszta kövön megöröl a dolgos kéz — egy hatod tuskmagvat és gyantát és végy hozzá kilenczszer ennyi aranyszínű mézet — s mindenki, ki ezzel a szerrel megkeni arczát, fényesebbnek látja, mint tükre maga. A halvány lupinák eredményében is bizhatsz, ha hozzáveszed a testet felfújó magvat (babszem). A kettőnek együtt hat font legyen a súlya, mindkettő egyenlő mértékben és az egészet porlisztté őrli a feketemalom. Használd az ólomfehéret s a vörhenyes nátronnak habját, s a napsütötte földeken termő irisvirágot — dörzsölje szét mindezt ifjú erős kéz — s egy uncia legyen az egésznek súlya. — Ezt összekeverve a turbékoló madarak fészkének anyagával, tajtéknak hivják — eltünteti a foltot az arczról. — S ha megkérded tőlem, hogy mily mérték elegendő: legyen a fele annak, a mennyit egy uncia nyom. És hogy könnyen és lágyan kenhesd a testre, tégy hozzá attikai sárgamézlépet — s ha a haragvó isteneket kiengeszteli is a tömjén — oltáraikra ne adjunk mindent S ha ezt a daganatokat apasztó natronnal kevered, végy mindegyikből egy harmadnyi súlyút. — Ennek egy negyedrészét vedd gyantából, melyet meghámoztál és egy kis darabot a zsíros mirrhából. S ha mindezt szétmorzsoltad s finomra szitáltad, tölts melléje s keverj vele mézet. — Hasznos a köménymag is jóillatú mirrhával együtt — végy köményt öt — mirrhát meg kilencz skrupulányit és a mennyi kezedbe befér hervadó rózsát, — erős tömjént is és drága ammoniasót, — öntsd azután a rizs nyálkás levét rája. (Tömjén, rózsa s a só egyenlő súlyban legyen.) S ha csak rövid ideig éri is puha böröd, mégis sokat használ egész arczod színének. Láttam valakit, a ki hideg vízbe áztatott mákot tésztává gyúrva tapasztott halvány arczára. *Weyner Emil* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Charpentier: Les empoisonneuses. Étude psychologique et médicolegale. Paris. G. Steinheil, éditeur. 1906. 232 l.

A szerző könyve elején terjedelmes kasuistikát közöl, a történelem legelejéről fogva adva a méregkeverő asszonyok életrajzaiból mindazt, a mit az orvos szempontjából említésre méltónak talál. Sajátságos, hogy a mérgezést majdnem mindig asszonyok követik el, ritka eset, hogy férfi teszi és akkor is sokszor az asszony a felbujtó. Ismeretes a latin mondás: *adultera ergo benefica.* A gyilkosságnak ez a módja állandóan fogy és ma is inkább falúhelyen dívik, mint a városokban. Ennek talán az az oka, hogy a falun nem igen tudják, hogy a szervezetben a méreg a halál után kimutatható. Franczia országban csökkent az arsenmérgezések száma, a mikor az arsen kimutatásmódja a hullában ismeretes lett.

Az egyes esetek között legérdekesebb a 19. század elején élő Zwanziger Margit esete, a ki részint mint cseléd, részint mint ápolónő minden családban mérgezést követett el, a hol felfogadták. Ennek az asszonynak sohasem volt haszna tettéből, nem is a haszonért cselekedett és lefejezése előtt azt mondta, hogy az ő halála jótétemény az emberiségre, mert nem tudott volna ellentállni a mérgezés csábításának.

Egynehány méregkeverő asszony súlyosan hysteriás volt; az egyensúlyvesztett agyvelő és a méregkeverő asszony agyveleje „szoros kapcsolatban“ van egymással. A gyilkos hysteriás többnyire a mérget választja fegyverül. A hysteriás tünetek közül legnagyobb szerepet játszsza a rendellenes fokú suggerálhatóság. *Charpentier* szükségesnek tartja, hogy minden méregkeverő elmeállapotát megvizsgálják.

A hysteriás méregkeverő asszonyt Charpentier nézete szerint intézetben kellene elzárva tartani minden a közre veszedelmes más psychopathiás emberrel együtt. Ilyen intézet, mely a mai börtön és a mai kórház között állana középhelyen, sajnos, még nincs. Az elzárásnak az egész élet idejére kell terjednie, az ideiglenes szabadságvesztés nemcsak haszontalan, de káros is. Nagy könnyelműség az ilyen elfajult kártevőket ellenőrzés nélkül szabadon hagyni. Úgynevezett morális hatást várni a büntetéstől szánalmas dolog. Az orvosi megfigyelésnek kellene eldönteni, hogy egy-egy kivételes adott esetben az ilyen elzárt beteg feltételes szabadságra volna-e bocsátható. *Kollarits Jenő* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A pankreasnak egy eddig ismeretlen működéséről és viszonyáról a diabetes mellitushoz tartott előadást *Loewi* tanár a bécsi orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. Ha normális szembe adrenalinoldatot cseppentünk, a pupilla változatlan marad vagy csak igen kis mértékben változik meg. Meltzer azonban kimutatta, hogy az adrenalinbecseppentés erős mydriasist okoz, ha 24 órával előbb az állatnak ganglion cervicale superiorját kiirtottuk. Ez a beavatkozás tehát megszüntette azokat az akadályozó befolyásokat, a melyek miatt az adrenalin a normális állapotban nem hathat a pupillatágítóra. Tudjuk, hogy a pankreas kiirtása után diabetes támad. Az a kérdés merül fel tehát, vajjon nem azon alapszik-e ez a diabetes is, hogy a pankreas kiirtása után bizonyos akadályozó befolyások a sympathicus részéről szünnek meg azon idegek részére, a melyeknek középponti vagy környéki izgatása a glykogennek czukorrá átváltozását fokozza és a czukornak a vizeletbe jutását eredményezi. Ha tehát a pankreas izgató hatású a sympathiás akadályozó befolyásokra, akkor a pankreas kiirtása után azoknak az akadályozó befolyásoknak is meg kell szünniök, a melyek miatt adrenalinbecseppentésre nem tágul ki a pupilla, vagyis adrenalinbecseppentésre mydriasisnak kell támadnia. A kisérletek eredményei csakugyan igazolták ezen felvételt. Diabetes mellitus 18 esete közül 10-ben adrenalinbecseppentésre erős mydriasis keletkezett, míg 28 más bajban szenvedő közül csak kettőn mutatkozott mydriasis, még pedig pankreaselzáródás és Basedow-kór 1—1 esetében. A pankreas működésbeli állapotának megvizsgálására tehát a jövőben az adrenalinbecseppentést is fel fogjuk használhatni.

Gyógyszertan.

A Tucker-féle inhalatiós szer asthma ellen sok orvos és még több beteg tapasztalata szerint igen jó hatású s azért ma már rendkivül elterjedt. Összetételének vizsgálatával már sokan foglalkoztak és cocaint, valamint atropint tartalmazónak találták. Az ezen vizsgálatok alapján összeállított folyadékokkal

azonban nem sikerült olyan jó eredményeket elérni, mint az eredeti Tucker-féle szerrel. Erősen megjavultak az eredmények, a mióta *Einhorn* tanár (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 27. szám) a következő összetételü folyadék használatát ajánlotta: cocainnitrit 1·028, atropinnitrit 0·581, glycerin 32·16, víz 66·23. Kellő belégzőkészüléket használva, mérgezéstől nem kell tartani, a mennyiben naponként 2—3-szor 10 mély belégzést végezve, legfeljebb 0·000517 gramm cocainnitrit és 0·00029 gramm atropinnitrit légeztetik be, a mi csak $^1/_{10}$ illetve $^1/_4$ része az illető szerek maximális adagjának, eltekintve attól, hogy kilégzéskor a belégzett anyag egy része el is távozik. *Schaefer* müncheni gégeorvos körülbelül 30 betegen tett megfigyelései alapján nagyjából ugyanolyan eredményt ért el ezen szerrel, mint a sokkal drágább Tucker félével. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 28. szám.)

A bromhiganyt következő oldatban ajánlja *Dalimier*: 1·08 bromhigany, 1·04 bromnatrium, 100·0 víz. Ezen oldatnak minden köbcentimetere 1 centigramm tiszta higanyt tartalmaz. Az oldat közömbös kémhatású, nagyon könnyen szívódik fel, 120°-nál sterilizálható, a nélkül, hogy megváltoznék és általában nagyon állandó. A szerző 16 esetben használta és a legjobb higanykészítményekkel teljesen egyenrangú hatásúnak találta. 1—2 cm^3 fecskendezendő be az izomzatba. (Bulletin médical, 1907. 44. szám.)

Escalin. Néhány héttel ezelőtt ismertettük volt Klemperer czikkét, a melyben gyomorvérzés és gyomorfekély ellen az escalint ajánlja. A berlini orvosegyesület junius 26.-án tartott ülésén *May* szintén nagyon dicsérte az escalin hatását: gyomorfekély okozta vérzés tíz esetében kivétel nélkül kedvező volt az eredmény, recidiva egy izben sem jelentkezett. Hogy azonban az escalin sem használ minden esetben, *Ewald* hozzászólása bizonyítja, a kinek egyik esetében a három egymás után következő napon adott escalin sem tudta megszüntetni a vérzést, a mely csak a gastroenteroanastomosis után szünt meg. Egyben a bismuthum subnitricum reputatioja érdekében is síkra száll Ewald. Említett czikkében ugyanis azt állította Klemperer, hogy a bismuthum súlyos mérgezést okozhat. Ezzel szemben Ewald a bismuthum subnitricum teljes ártalmatlanságát hangoztatja és azt hiszi, hogy a mérgezés talán onnan eredt, hogy a készítmény nem volt tiszta, arsent tartalmazott; de most már évek óta teljesen arsenmentes készítményeket állítanak elő a gyárak. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 27. szám.)

Belorvostan

Az idült tüdőbetegségek néhány újabb physikai kezelésmódjáról ir *Laqueur*. E módszerek egy csoportjának alapgondolata a vérbőség előidézése általi gyógyítás. A gondolat helyességét igazolja Rokitansky azon észlelete, hogy a bal szív bántalmai esetén a tüdőgümőkór aránylag ritka a tüdővérkörben támadó pangásos vérbőség miatt. Régebben a mellkasra alkalmazott különböző compressekkel és keresztkötésekkel s a mellkas helybeli felmelegítésével akartak tüdőhyperaemiát előidézni. Ez által azonban, a mint az állatkisérletek mutatják, csak a mellfal különböző rétegeiben támad vérbőség, a tüdőben nem. Mindazonáltal e módszerek jótékony hatása kétségbe nem vonható, úgy hogy egyiket-másikat ma is használják. A légszomj, expectoratio s egyéb tünetek javulását látták gümőkóros tüdőhurut, emphysema, idült bronchitis és asthma bronchiale esetén 15 másodperczig tartó, az egész testre alkalmazott gőz- és azt követő még rövidebb ideig ható hideg legyezőzuhanytól, vagy a mellkasra (1 óráig) alkalmazott 60—80° os forró levegőfürdőtől. Tüdővérbőség keletkezik valóban azon módszer alkalmazásakor, melyet Jakoby ajánlott és Leo fejlesztett tovább: a beteg mellkasának mélyebbre helyezése lejtős széken; a beteg feje valamivel magasabban fekszik, alsó végtagjai pedig egy szerkezettel fokozatosan emelhetők. A betegek legalább egy óra hosszat s fokozatosan hosszabb ideig fekszenek naponta ezen széken. Leo tüdőtuberculosis több esetében szép eredményeket látott e kezelés után. Valóságos tüdőhyperaemiát idéz elő a belégzés megnehezítése is: kevés levegő jutván a tüdőbe, reflex útján erőltetett, a rendesnél nagyobb terjedelmű belégzés váltatik ki, miközben a fokozott mellüri negativ nyomás okozta nagyobb szívóhatás következtében tüdővérbőség támad. Objective ilyenkor a légzési zörej lágyabbá válását észleljük. Az eszme Biertől származik s Wassermann vitte át a gyakorlatba. Betegei kis nyilású sípszerü csövecskén légzenek be, míg a kilégzés a rendes úton történik. Kuhn sokkal kényelmesebb készüléket — légző maszkot — szerkesztett, a melylyel a belégzés fokozatosan nehezíthető s a kilégzés akadály nélkül történhetik, a nélkül, hogy a maszkot le kellene venni. A betegek hamar megszokják a szokatlan légzést, a mely haemoptoë után sem jár veszélylyel. Kuhn és Stolzenberg, a kik nagy beteganyagon próbálták ki ezen kezelésmódot, úgy nyilatkoznak, hogy a légszomj, a köhögési inger javul, objective pedig sokszor a hurut csökkenése és a légzési zörej lágyabbá válása mutatható ki a felső tüdőrészletekben is. Tehát nemcsak a tüdővérbőség, hanem a tüdő felső részleteinek tökéletesebb ventilatioja miatt is jótékony hatású e módszer, a miért különösen a tüdőgümőkór I. és II. stadiumában ajánlatos használni. Stolzenberg ellenjavaltnak mondja az eljárást phthisis florida és szívbajok esetén, míg Kuhn szívbetegeknél könnyebbülést látott, a mit úgy magyaráz, hogy a tüdő nagyobbfokú telődése vérrel tehermentesíti a bal szívet. A tüdőgyuladás utókezelésében is használja s asthma bronchialeban szenvedő betegeken is jó eredményeket látott. Érdekes vérvizsgálatainak az eredménye, mely szerint a vörösvérsejtek száma szaporodik a maszk használata folytán, épen úgy mint a ritkított levegőben való tartózkodáskor. Az említett két eljárás előnye az, hogy egyéb kúrákkal (pl. szabadon tartózkodás) jól összeköthető.

A Röntgen-sugarakat is használják újabban az asthma bronchiale és idült bronchitis therapiájában Schilling ajánlata alapján, a ki először észlelte, hogy az átvilágítás a subjectiv tünetek javulását s az elválasztás csökkenését vonja maga után. A hatás lényege még homályos. Az emphysema és asthma bronchiale mechanotherapiája is haladt az újabb időben. Alapelve tudvalevőleg: a kilégzés és expectoratio megkönnyítése a mellkas alsó részleteinek rhythmusos összenyomása által. Az ezen elven alapuló Rossbach-féle készülék, a Strümpell és Gerhardt által ajánlott eljárások annyira elfárasztják magát a beteget vagy ápolóját, hogy általánosan el nem terjedhettek. Boghean oly széket szerkesztett, hogy a mellkas rhythmusos összenyomását alkalmas szerkezet közvetítésével elektromosság eszközli. Jó eredményeket látott e szerkezet használatától asthmában, emphysemában és szívbajokban: az érverés és légzés javult. Más megfigyelők (Schrötter, Laqueur) szintén kedvezően nyilatkoznak a Boghean-féle apparatusról. A betegek jól tűrik a $^1/_2$—$^3/_4$ óráig tartó ülést, az alanyi tünetek (dyspnoë) javulnak, az expectoratio könnyebb lesz, a rohamok intensitása csökken, a hurut visszafejlődik, sőt többször a mellkas tágulási képességének fokozódását is lehetett tapasztalni. A mellhártya- és tüdőgyuladás utókezelésében is elég jó eredménynyel használható. Laqueur a pulsusszám változását nem észlelte, de vérnyomáscsökkenést konstatálhatott, mely eltünt az ülés után, néha azonban állandó maradt, ha oly légszomjjal volt összefüggésben, mely a kezelés után megszünt. Laqueur ezen észlelete arra buzdít, hogy a szívbajok kezelésében is alkalmazzuk a Boghean-féle készüléket, annál is inkább, mert egy közlemény (Külbs, Quincke klinikájáról) szerint az angina pectoris tünetei is tetemesen javulnak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 19. sz.)

Járványos agygerinczvelőlob két esetében új eljárással tett kisérletet *Radmann*: maguknak a betegeknek a cerebrospinális folyadékát fecskendezte a bőr alá. Az állatkisérletek ugyanis azt mutatták, hogy a meningococcus csak a dura zsákba befecskendezése esetén létesíti a fajlagos betegséget, míg a bőr alul bevive ártalmatlan. Felvehető, hogy a bőr alá jutva, azért nem okoz bajt, mert olyan reactio támad, a melynek következtében a meningococcus ott helyben elpusztul; de az sincs kizárva, hogy ezen reactio eredményképen keletkező anyagok a szervezet távolabbi részeiben jelenlevő meningococcusokra is káros hatást tudnak kifejteni. A meningococcusnak a bőr alá fecskendezésével tehát a szervezet veszélyeztetése nélkül mintegy olyan gyárat létesítünk, a mely a meningococcus ellen ható anyagot termel és küld szét a szervezet minden részébe. Minthogy azonban a meningococcus tenyészetei nagyon gyorsan elpusztulnak és virulentiájuk is nagyon változó: legegyszerübb magának a betegnek a cerebrospinális folyadékát

használni a befecskendezésre, mint a mely virulens állapotban tartalmazza a kórokozót. A szerző két esetében jó volt az eredmény. A felkar bőre alá fecskendezett folyadék mennyisége az egyik esetben 8 cm³ volt, a másikban nincs említés téve a mennyiségről. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 27. szám.)

Heveny izületcsúz eseteiben *G. Klemperer* a pangásos kezeléssel tett kisérletet. Minden lobos izület felett délelőtt és délután 2—3, sőt 4 órára is alkalmazta a pangást létesítő köteléket, még pedig szigorúan Bier utasítása szerint úgy, hogy forró piros pangás támadt. A fájdalomcsillapító hatás csaknem mindig feltünő volt és a kötelék levétele után is még 2—5 óra hosszat tartott. 68 eset közül 48-ban állott be a gyógyulás, még pedig 4—7 nap alatt 19 esetben, 8—10 nap alatt 15 esetben, 11—13 nap alatt 5 esetben és 14—20 nap alatt 9 esetben. A többi 20 esetben aspirinra tértek át, ezek közül 8—20 nap alatt 10 gyógyult meg. Kezdettől fogva aspirint adtak további 19 esetben, ezek közül 6—7 nap alatt 3, 8—10 nap alatt 5, 11—13 nap alatt 2, 14—20 nap alatt 4 gyógyult meg. Endo és pericarditis a csupán pangással kezelt 48 eset körül 7-ben, az aspirinnal kezelt 19 eset közül pedig 5-ben fejlődött. A salicylkezelés eredményei tehát valamivel jobbak, mint a pangásos vérbőséggel elérhetők. Tekintve azonban, hogy a salicyl csak ép szív és ép vese esetén használható, sok esetben tehet jó szolgálatot a pangás, a melyet czélszerű a salicylkezeléssel együttesen használni azokban az esetekben is, a melyekben elhúzódó a betegség lefolyása. (Die Therapie der Gegenwart, 1907. 6. f.)

Idegkórtan.

A psychoreflexes tünetek czímén *Goldscheider* előadást tartott, a mely a psychés és testi tünetek kapcsolatáról szólt. Kétségtelen, hogy különféle tünetcsoportok támadhatnak úgy, hogy valamely ideginger az öntudat és akarat hozzájárulása nélkül reflex úton hozza azokat létre. Ilyen lehet a szívdobogás, hányás, asthma stb. A reflex kifejezés ezekre használható, bár nem egészen pontos, mert általánosítás az élettanban ismert reflexfolyamatokról. Külső ingerekre mozgató jelenségek állanak elő, de az utak, melyen az ingerületek haladnak, ismeretlenek. Néha ilyenkor az úgynevezett psyche közbeiktatásával megy végbe a folyamat, az érzés maga észrevétlen maradhat, a mint az például a pupilla fényreflexének kiváltásakor történik. Máskor az érzés öntudatos és az ember igyekszik legyőzni a mozgásjelenséget. Így pl. a gége ingere köhögést vált ki, a melyet legyőzni akarunk. E közben az inger és így a köhögés is fokozódik és lemondunk a köhögés legyőzéséről. Itt tehát az inger érzése okozza, hogy eleinte meggátolni iparkodunk a reflexet, később pedig annak szabad folyást engedünk. Így áll a dolog a fájdalom okozta reflexek létrejöttekor is.

Nagy befolyása van az érzésszínezetnek (Gefühlston) is, az érzés kellemes vagy kellemetlen voltának. *Lehmann* (Kopenhága) pl. azt találta, hogy az érzésszínezet a lélekzést, érverést sőt az izommunkát is megváltoztatja. *Berger* szerint a kellemetlen érzések érszűkülést támasztanak az agyvelőben. A kellemetlen érzés bénítja az izommunkát, a kellemes érzés javítja azt. Élénk kellemetlen érzéskor eláll a lélekzet, az érverésgörbe magassága és hossza csökken. Vajjon ez az érzésszínezet okozhat-e bizonyos tünetcsoportokat, a melyek valamely megbetegedésnek lényeges részei, nem dönthető el. Az ilyen érzésszínezettől kisért reflexeket nevezi Goldscheider psychoreflexeknek. Ezek mellett az érzésszínezet további cselekedetekre is vezethet, a melyek a kellemetlen érzést létrehozó ok megszüntét érik el, vagy a kellemes inger folytatását kivánják biztosítani. Pl. a kellemetlen ízü anyagot kiköpjük stb. Ezeket a reflexekhez csatlakozó mozgásokat gyakran összetévesztik magukkal a reflexekkel, ezek pedig már átmenetek az ösztönös mozgások felé. Az ösztönszerü mozgás akaratlagos mozgás és olyan parancsoló lehet, hogy csakugyan reflexhez válhatik hasonlóvá.

A mikor a reflexmozdulatok fokozottak, az ösztönös mozgások is élénkülnek. Így van ez a neurastheniában, a melyben úgy a kellemetlen érzések, mint az azok megszüntetésére irányuló mozgások fokozottak. Ezért létesülnek a neurastheniás kényszermozgások, a neurastheniás köhögés, felböfögés stb.

Az ilyen mozgások háromféleképen támadhatnak. Pl. köhögni lehet egyszerüen reflectorius úton nem szándékosan, a mikor nem veszszük észre az ingert. Lehet köhögni psychoreflex útján, a mikor az ingert észrevéve, a reflex a leküzdés ellenére kitör. Lehet köhögni szándékosan az inger megszüntetésére.

A reflex függ a kedélyi beállítástól. Váratlan inger egyéb ugyanolyan viszonyok között erősebb reflexműködést okoz. A figyelemmel várt inger reflexe gyorsabban jön. Ha félünk, kis inger is ijeszt; ha jókedvüek vagyunk, a gyenge tréfa is megnevettet. Tehát a képzelet is hathat a reflexfolyamatra épen úgy mint az érzés és érzésszínezet. Ezenkivül az érzés affectusokat ébreszthet fel, a melyek ugyancsak befolyásolhatják a reflexeket, azokat fokozhatják vagy csökkenthetik.

Ezek a külső ingerekre szóló megfigyelések érvényesek a belső bajokban támadó kóros ingerekre is. A belső szervekben nem keletkezik érzés, ha nincs baj. Épen ezért a belső szervek érzését, bármily csekély is, kellemetlen érzés kiséri. Ezek a kellemetlen érzések is okozhatnak mozgást, pl. a bélben székelő kellemetlen érzés hányást. Így támad a terhesek és szívbajosok hányása. Így okoz a székrekedéssel járó kellemetlen érzés ideges zavarokat. Ezek nem egyenesen reflex úton, hanem a kellemetlen érzetek közbejátszásával jönnek létre. Így támad a menstruatio alatt ideges zavar, valamint a nemi érzésekkel kapcsolatban is. Az érzéseknek a reflexekre való hatásába beleszól még az érzések irradiatioja és associatioja is az emlékezet útján. Bizonyos testi érzéseknek állandó kapcsolatuk van valamely lelki állapotokkal, pl. a félelem mellüji szorongás érzésével jár. A kapcsolat olyan, hogy a mondott szorongó érzés, ha egyéb okból támad, félelmi érzést okoz.

A kellemetlen színezetü érzések különösen a neurastheniában szerepelnek, pl. kellemetlen érzés a lábakban nyugtalan lábmozgásokat vált ki stb. Az így támadó kényszermozgások egy ideig az akarat hatalma alatt állanak, a nevelés, psychés befolyás tud azokra hatni. A kellemetlen színezetü érzések megfelelő affectusokat és kedvetlenséget okozhatnak. Ugyancsak a kellemetlen színezetü érzések azok, a melyek valamely betegség képzeletét is létrehozhatják, pl. a szivtájéki érzés a szivbaj, a melltájéki a tüdőbaj képzeletét. Viszont a betegség képzelete új subjectiv tüneteket támaszt. Ez is leginkább neurastheniás és hysteriás embereken fordul elő, de teljesen egészséges emberen is előfordulhat; *Möbius* mondja, hogy mindenki hysteriás egy kicsit. A hysteriában a külső ingerekre támadó affectusok játszszák a legfontosabb szerepet a betegségképzelet és így a hysteriás tünetek létrehozásában.

A betegségképzelethez hasonlóan az egészségképzelet, melyet suggestio útján támasztunk, eltüntetheti a hysteriás tüneteket. *Möbius* szólt arról, hogy ebben a kellemes affectusoknak van szerepük. Ezeknek szerinte a szervi megbetegedésekben is sokkal fontosabb a jelentősége, mint a milyennek általában tartják.

Minden szervi baj kellemetlen érzést és affectust okoz, ezek viszont általános ingerlékenységet váltanak ki. Ezt az átmeneti, az alapbaj elmultával elmuló általános ingerlékenységet gyakran neurastheniának nézik.

Strümpell az ideges dyspepsia magyarázatában körülbelül ugyanolyan gondotmenetben halad, mint Goldscheider. *Strümpell* szerint az ideges dyspepsiáknak túlnyomó többsége psychogen eredetü, azaz a beteg képzeleti életének elsődleges elváltozásából származik; a túlélénk képzeletből testi tünetek támadnak affectusok közrejátszásával; subjectiv érzések továbbá képzeletekből támadhatnak, a melyek tartalma várt vagy félelemmel várt érzéseknek felel meg (autosuggerálás). A beteg gyomorbajtól való félelmében gyomortájéki tüneteket érez, a melyek az aggodalmas várás képzeletéből, tehát bizonyos fokig hallucinatio útján támadnak. Végül ezek a rendellenes képzeletek az akaratos működésre is hatnak és a beteg nem akar enni. *Strümpell* szerint az ideges hányás és böfögés félig öntudatlan, de mégis szándékos beidegzés következménye, a mely a hányástól és böfögéstől való félelem eredményekép áll elő. *Goldscheider Strümpell*-nek ezen nézeteit annyiban túlzottnak tartja, a mennyiben a hallucinatio kifejezést helyteleníti.

Ha az orvos a hangulatra, affectusra, képzeletre hatni tud, jót tehet betegével, sőt akaratlanul is ezt teszi minden rendelé sével. Épen így árt a betegnek minden ügyetlen nyilatkozat. (Deutsche med. Wochenschr., 1907 április 15.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A fém-varróanyag antisepsises hatását tette kisérletes vizsgálódásai tárgyáva *Ch. Leedham Green*. Az találta, hogy a réz nagyon erősen gátolja a bakteriumok fejlődését. A vasnak is van ilyen hatása, de csak akkor, ha megrozsdásodik. Az ólomnak és az ezüstnek nagyon csekély az ilyesféle hatása, a mely az aranyon, platinán, horganyon, aluminiumon, magnesiumon és nikkelen egyáltalában nem mutatható ki. Ezek alapján az ezüstsodrony helyett sebészi czélokra rézből és horganyból készült bronzsodronyt ajánl, mint a mely antisepsises hatásán kivül azzal az előnynyel is bir, hogy nagyon olcsó, nagyon hajlékony és ellentálló s épenséggel nem izgat. A tiszta rézdrótot is jól tűrik a szövetek. (The practitioner, 1907. 3. füzet.)

Orrmelléküreg-genyedés harmincz esetében használta *Goldmann* és *Killian* a Röntgen-fotografálást mint diagnostikai segédeszközt. Azon eredményre jutnak, hogy a melléküregek megbetegedéseiben a Röntgen-fotografálás különösen sagittális irányban rendkivül fontos diagnostikai módszer, mely nemcsak a topographiai viszonyokra vonatkozólag szolgáltat értékes felvilágosításokkal, hanem a kórfolyamatokat is kellő világossággal felismerni engedi. A többi vizsgálati methodusokkal ez az eljárás teljesen egyenértékü és ha nem is tudja őket pótolni, de tökéletesen kiegészíti az általuk nyert kórképeket. Harmincz kórtörténet és 16 jól sikerült Röntgen felvétel zárja az érdekes közleményt. (Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie, 54. k. 1. f.) *Li.*

A gyomor sebészi kezelésével gyüjtött tapasztalatait adja közre *Martin* (Cöln) 72 operált eset kapcsán. Ezek közt szerepel gastroenterostomia 29, resectio 4, gastrostomia 17 esettel. Az összes halálozás a 72 műtétre 15 = 20·83%. A 29 gastroenterostomia közül 15 esik carcinomára, ezek közül meghalt 1; a 14 jóindulatú megbetegedés miatt végzett gastro-enterostomia közül meghalt 2. Gyomorfekély és következményei miatt 18 esetben történt a műtét s ezen esetek alapján a következő conclusiókra jut: 1. Nem komplikált ulcus esetén a sebészi beavatkozás akkor javalt, ha a gondosan végzett belorvosi kezelés nem segit. A pylorustájon ülő ulcus esetén gastroenterostomia végzendő, a gyomorban egyebütt székelő fekély esetén a gastroenterojejunostomiával kapcsolatban. 2. Acut súlyos vérzés esetén előbb gelatina-injectioval igyekezzünk a vérzést csillapitani, azután a fenti, 1. alatti elvek irányadók. 3. Idült recidiváló kisebb vérzések esetén, ha a beteg gyengül, műtét ajánlandó. 4. Perforatio esetén a primaer collapsus lezajlása után lehető gyorsan operálandó. 5. Stenosis esetén, adhaesiók jelenlétében gastroenterostomia végzendő; a gastrolysis egymagában nem elégséges. 6. Callosus, penetráló, tumorképző ulcus esetén excisio illetve resectio végzendő. (Meg kell jegyeznünk, hogy még ezen esetekben is számba veendő jó eredményeket érhetünk el a palliativ gastroenterostomiával, sőt ép *Eiselsberg* is legutóbb a gastroenterostomia mellett emelt szót, úgy hogy a 6. pontot általánosságban nem fogadhatjuk el. Ref.) (Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Gedenkband für Mikulicz. 1907.) *Steiner Pál* dr.

A Priessnitz-borogatások hatását a gyuladásokban vizsgálta *Schade*. Szerinte mindeddig nem méltatták eléggé figyelemre a gyuladás azon tüneteit, melyeket a fokozott osmosis-nyomás, helyesebben a szövetnedvek hyperisotoniája okoz, jóllehet a gyuladás tünetcomplexumának a hyperisotonia lényeges részletjelensége. Vizsgálatai révén Schade megállapítja, hogy: *a*) a szövetnedv osmosis-nyomása a sejtek nagyságát erősen befolyásolja; *b*) a sejtek térfogatán kivül a sejtstructura is változik, a mint ezt *Hamburger* vizsgálatai is igazolják; *c*) a normális sejtfunctio anisotoniás nyomás folytán szenved. Az osmosis-nyomás rendellenes növekedése fájdalmat, végeredményben pedig szövetlaesiót okoz, következményes gyuladással. Vannak azonban lobok, melyekben az osmosis-nyomás nem fokozódik, ilyenek *Ritter és Schade* szerint a tuberculosisos, hideg tályogok. Látható tehát, hogy a modern physikális vegytan részben kiegészíti, részben modifikálja újabb vizsgálati módszerek révén azon nézeteinket, melyeket eddig főleg szövettani vizsgálatok alapján a gyuladásokról magunknak alkottunk. A mi már most a *Priessnitz*-féle borogatások regulatorius hatását illeti, Schade szerint ez a következőkben nyilvánul. A *Priessnitz*-féle borogatás reactiv hyperaemiát okoz, ennek folytán a szövetek osmosis-nyomása is növekszik. Ez által gyorsul a centrifugális nyirokáramlás, minek következménye ismét, hogy a gyuladási termékek gyorsabban szállíttatnak a periferia felé, hol vagy a vérbe jutnak vagy más úton válnak ártalmatlanná. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 18. szám.) *Gergő*

Rákos daganatnak intratumorális besugárzásával igyekezett eredményt elérni *Strebel*. Kisérleteire azon tapasztalatok indították, hogy az x-sugarak therapiás alkalmazásának rendes módjánál csak felszines hatást érünk el, míg a rákos daganat a mélyben zavartalanul terjed tovább. Strebel e czélra külön csöveket szerkesztett, melyek segélyével a sugárzás forrását, szóval az antikathodot, magába a daganatba helyezte át. Ezen csöveknél a kathoddal szemben az üveggömb fala hegyesen kifutó hosszú csövé van kihúzva, melynek végében kis platin-antikathod foglal helyet.

Az x-sugarak intratumorális alkalmazásakor Strebel úgy jár el, hogy *Schleich*-féle infiltratio mellett incisiót ejt a tumorba, a sebbe azután bevezeti a Röntgen-csőnek formalinnal és alkohollal desinficiált antikathod-nyúlványát és ezen át körülbelül 8—10 *Holzknecht*-mennyiségü x-sugarat bocsát. Intensivebb sugárzásnál nekrosisos szövetcylinder képződik. Nagyobb tumoroknál több metszést is ejthetünk és ezek mindegyikén át felváltva sugároztatunk. Végleges eredményekről Strebel még nem számol be, eddigi tapasztalatai szerint az a meggyőződése, hogy ezen módszerrel a rákos daganatot gyorsabban és kiterjedtebben birhatjuk absorptiora, mint az eddigi focális besugárzással. (Deutsche medizin. Wochenschrift, 1907. 11. szám). *Gergő.*

Stovainnal végzett lumbális anaesthesia után a vizeletet vizsgálta *Schwarz* (Berlin, Moabit). Állandóan 4 cgm. stovaint használtak; valamennyi esetben mütét előtt a lelet rendes volt. A lumbális anaesthesiát egyéb narcoticumok egyidejü alkalmazása nélkül végezték. Az esetek túlnyomó számában már 4—5 órával a stovain befecskendezése után a vizeletben fehérje volt kimutatható; könnyebb esetekben a fehérjevizelés 2—4, súlyosabb esetekben 8 napon túl is fennállott, és cylinderek is voltak a vizeletben. Állandó vesemegbetegedést stovain után nem észleltek. (Centralblatt für Chirurgie, 1907. 14. szám.) *Gergő.*

Gyermekorvostan.

A rhachitis aetiologiájáról irt érdekes tanulmányt *Esser*. Vérvizsgálatokat végzett angolkóros gyermekeken és azt találta, hogy állandó leukocytosis mellett (30,000-ig) a neutrophil vérkép balra tolódott az angolkórnak kezdeti szakában is. Ezen leletek a régebbi vizsgálatok eredményével, melyeket chronikusan túltáplált csecsemőkön folytatott, feltünően egyeztek. Ez okból a klinikán megfordult gyermekek kórelőzményében ügyelt a táplálási módra és azt tapasztalta, hogy az angolkór valamennyi esetében, akár természetesen akár mesterségesen táplált gyermekről volt szó, a túltáplálás kimutatható. Párhuzamos állatkisérleteket is végzett patkányokon és a túltáplált állatok csontjaiban angolkóros elváltozásokat tudott kimutatni. A túltáplálás befolyását úgy képzeli, hogy az általa feltételezett állandó leukocytosis csontvelőizgalomra vezetendő vissza, a mely hyperaemiát okoz és a legélénkebb sejtképződés helyén, a csonthártyán és az epiphysiseken éretlen, csontosodásra alkalmatlan szövetképződésben nyilvánul. Ezzel az elmélettel megegyezik, hogy az angolkórt kisérő ú. n. ideges jelenségeket sokan ugyancsak a túltáplálásra vezetik vissza és hogy tapasztalatai szerint a diaeta egyszerű szabályozásával, megszorításával az angolkórt sikeresen lehet befolyásolni. (Münchener med. Woch. 1907. 17. sz.)

Schossberger dr.

A gyermekkori teljes szívburokösszenövésnek, mint a súlyos szívbántalmak részletjelenségének tizenkét esetéről közöl kimerítőbb tanulmányt *Kob M.*, a berlini gyermekklinika volt

tanársegédje. A bántalom — ellentétben a rendszerint tuberculosisos alapon kifejlődő ú. n. latens synechiákkal — mindenkor rheumás eredetű, legtöbbször idült lefolyású és a következő tünetek kiséretében zajlik le: nagyfokú halványság, hullámvonalas lázgörbe, mindkét kamarának a gyakran kiújuló endocarditis miatt kifejlődött hatalmas hypertrophiája, a szívtáj erős elődomborodása és diffus megrázkódtatása, a bordaközök systolés behúzódása, a szívtompulat rögzítettsége, ritkán kimutatható friss pericardiális tünetek, a pericardiális lemezek teljes összenövése (négy bonczolt esetében egynek kivételével), asystolia, a hasi szervekben, főleg a májban, pangás és néha ascites. A kórkép három stadiumát különbözteti meg. Az elsőben lappangva fejlődik ki az endocarditis, a másodikat az e miatt előállott szívhypertrophia és keringési zavarok jellemzik, végül a harmadik stadiumban előáll a fibrinosus pericarditis, mely eredményképen a szívburok lemezeinek teljes összenövésére vezet. A kórjóslat mindenkor rossz. Azon kérdést, vajjon domináló szívburokösszenövés esetén miért fejlődik ki a pangásnak sajátos képe, májmegnagyobbodás és izolált ascites, a szerző sem tudja eldönteni. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1907 junius.) *Schossberger* dr.

Húgyszervi betegségek.

A gyermekkorban képződő vesedaganatról. *A. Moudet* úgy nyilatkozik, hogy az mint feltétlenül rosszindulatú álképlet hirtelen, fokozatosan, minden megállapodás nélkül többnyire igen nagy daganattá fejlődik és rendesen a harmadik életéven belül kerül észlelés alá. A tumor alkatát illetőleg majdnem mindig olyan kevert álképlettel van dolgunk, a melyben sarkomatosus alapon ébrényi elemekből képződött egyéb szövetek is szerepelnek (adenomyosarkoma). A daganat legtöbbször a betegségnek egyetlen diagnostikai jele; a haematuria igen ritka és akkor is csak későn társul hozzá. A beteg gyermeket a tartós lázzal kapcsolatos cachexia igen gyorsan megöli. Az álképletnek az eltávolítása technikailag igen nehéz és többnyire rendkivül súlyos sebészi beavatkozás. (Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1907. 6. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A hólyagfal innenső részében képződött diverticulumban nagy phosphatkövet talált *Moran* és ezt az esetét azért tartja közlésre érdemesnek, mert abban a 195 esetre vonatkozó statistikában, a melyet *Durrieux* állított össze, egyetlen egyszer sem szerepel a diverticulum az elülső hólyagfalban. (Annal. des mal. des org. génitó-urinaires 1907. 5. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A nemi betegségek általános therapiájáról tartott előadást *M. Joseph* (Berlin). A szerző a nemi betegségek sorozatát a gonorrhoeával kezdi. A kankó diagnosisát nem elegendő csak klinikailag megállapítani, szükséges a bakteriologiai vizsgálat is. Diagnostikai tévedések csakis igy kerülhetők el. Mihelyt megállapítottuk a gonococcusok jelenlétét, azonnal kezdjük meg az antisepsises kezelést. Ezt csakis erélyes gonococcusölő szerekkel végezzük. Legjobb e czélra a protargol, melyet 1/4%-os oldatban használunk, felmenve 1%-osig. Az acut kankó kezdetén az argent. nitr. és argentamin túlságosan izgat, az argonin pedig kissé gyenge hatású. Öblítésre, tehát kiterjedtebb használatra a szerző az albargint használja, mint jól bevált szert. Ez 0·1—0·3%-os oldatban használandó. Házi kezelésként a kankófecskendős kezelési mód legtöbbször igen jó. *Joseph* az albarginbefecskendéseket lehetőség szerint naponta 6—8-szor végezteti; a folyadék esetleg 30 perczig is a húgycsőben maradjon. A balsamicumoknak (santololaj, kawa-kawa, gonosan stb.) semmi antisepsises hatásuk nincsen. Adhatjuk azonban erős fájdalmak esetén. E czélból legjobb a santololajból naponta 3 × 0·3 grammot adni, vagy pedig a santylból 3—4 × 10—15 cseppet. A protargol- vagy albarginkezelést csak akkor szabad az adstringens kezeléssel felcserélni, ha a gonococcusvizsgálat több izben negativ volt. Adstringens-szernek igen jó a kal. hypermang., melyből eleinte igen gyenge oldatokat készittetünk (0·01—0·02 : 200). Később sikerrel használható a solutio magister. bismuth. (3·0—5·0 : 200·0). Ha gonorrhoea acuta posteriorral állunk szemben, a szerző a fecskendés elhagyását ajánlja és belsőleg salolt (à 1·0 gm.) és fol. uvae ursi főzetet szedet. Ha a hátulsó kankó makacs, akkor a *Janet*-féle fecskendővel kiöblítések végzendők. Az acut prostatitist ichthyolos (esetleg morphiumos) végbélkúpokkal kezeli és néha az *Arzberger*-féle hűtőkörtével. Egyéb lokális kezelés ilyenkor kerülendő. Chronikus prostatitis ellen igen jó a massage és az azt követő öblítés.

Az ulcus molle kezelésekor a főczél, hogy a virulens fekélyt avirulens sebbé alakítsuk át. E czélból legjobb az acid. carbol. liquef.-os edzés. Ha óvatosan végezzük, a siker csakhamar meglátszik. Hintőpornak legjobb a jodoform (pl. jodoformii 5·0, ol. ligni. sassafras gutt. I.) Ez több-kevesebb sikerrel dermatollal, airollal, aristollal pótolható. A bubo kezelésében a szerző kiváló szerepet juttat a *Bier*-féle kezelésnek.

A syphilist gyakran kisérli meg a szerző abortiv módon kezelni. Ez természetesen csak oly korai esetekben lehetséges, a melyekben jelentékeny mirigymegnagyobbodások még nincsenek. Abortiv kezelés czéljából az excisiót vagy a *Holländer*-féle forrólevegőkészüléket ajánlja. Ezek véleménye szerint gyakran fognak sikerrel járni. Az általános kezelés megkezdhető, mihelyt positiv spirochaeta pallida-leletet kapunk. De a gyakorlat szempontjából a szerző most is még az exspectativ therapia álláspontján áll és a kénesőkúra megkezdését a roseolák jelentkezéséig halasztja. Addig is azonban az indolens bubók táján szürkekenőcsös bekeneséket ajánl. Általánosabb kúrára a szerző hatásosabbnak tartja az erélyes (3—5 gm.) kenőkúrát, bár igen czélravezetőnek tartja az injectiós kezelést is. Ezért ő mindkét kezelési módot felváltva használja. És pedig úgy, hogy ad első sorban kenőkúrát, utána 2-szer injectiós kezelést s végül (rendesen a második év II. felében) újra egy kenőkúrát. Injectiókra legalkalmasabb a sublimat (1·0 : 100) naponkénti befecskendések alakjában mint oldható kénesős só, és a hydrargyrum salicylicum mint oldhatatlan készítmény. Utóbbiból (hydrarg. salicyl. 1·0, paraffin. liquid. ad 10·0) egy kúrára 8—10 intramusculáris injectio elegendő. A sublimatból körülbelül 30 injectio szükséges. A calomelinjectiók igen hatásosak, de nem veszélytelenek, ezért *Joseph* csak kórházban ajánlja. Az egyes kúrák között az inguinális mirigyek táján szürkekenőcsös bekeneséket ajánl. A jodra csak a 2. évben kerüljön a sor. Legjobb és leghatásosabb a jodkalium. A jodipint nem ajánlja, helyette inkább a sajodin adható, a melyet a betegek jól türnek. Súlyos gummás jelenségek igen jól gyógyithatók a régi *Ricord*-féle jodkezeléssel (Hydrarg. bijod. 0·1—0·2, kalii jodati 10·0, aqu. dest. ad 200 0, naponta 3—4 evőkanál). Szintúgy néha kiváló eredmények érhetők el a *Zittmann*-kúrával is. Specifikusan ható fürdő vagy fürdőhely nincsen, de a ki a rendes kúráját ilyen helyen tudja vagy akarja végezni, jól teszi. A hereditaer syphilist a szerző leginkább a protojodure tum hydrarg.-vel és sublimatos fürdőkkel kezeli. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 25—26. sz.) *Guszman.*

Közegészségtan.

A fertőző bélsár desinfectiojának kérdésével foglalkozott *Kaiser*. Ismeretes, hogy a bélsár fertőtlenítésére csupán a mésztejet és a cresolokat tartják a gyakorlati életben alkalmazhatónak. A typhusban szenvedők bélsarának fertőtlenítésére a német császári egészségügyi hivatal az 5%-os vizes creosol oldatot ajánlja, a melylyel legalább egy órán át kell érintkezésben maradnia a bélsárnak. Ugyanez az oldat ajánlható a cholerás ürülék fertőtlenítésére is. Az ily módon történő fertőtlenítés azonban csak akkor eredményes, ha az ürülék híg. Pedig akárhányszor előfordul, hogy a typhusos ürülék nem híg, hanem szilárd. Ilyenkor az említett cresol-oldat, úgyszintén a mésztej is, nem hatol a mélyebb részekbe; kisebb bélsárrögökben is, még ha órákon át voltak érintkezésben a jelzett fertőtlenitő szerekkel, életképes állapotban találhatók a kórokozó csírák. Olyan fertőtlenitő szert kell tehát választanunk, a mely oldja a szilárd bélsarat. Ilyen *Kaiser* szerint a liquor natrii caustici 15%-os töménységben. De még ennek a használata esetén is igénybeveendő a mechanikai szétdarabolás, úgy hogy az egyes részletek nagysága ne haladja meg az 1 cm^3-t. Ilyen módon 3 órai érintkezés után valamennyi csíra elpusztul. (Archiv für Hygiene, 1907. 60. kötet, 2. füzet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A vioform *Piquand* szerint a jodoformnak nagyon jó pótszere. Bakteriumölő hatása legalább is akkora mint a jodoformé, rothadástgátló és szagtalanító hatása pedig sokkal erősebb. Sokkal kevésbé mérgező, mint a jodoform és a többi pótszere, nem izgat, nem okoz eczemát, szaga nem kellemetlen, 140°-on sterilizálható, a nélkül, hogy bomlanék. Javalt mindazon esetekben, a melyekben a jodoformot szoktuk használni. Használható poralakban, vioform-vaselin (1·0 vioform 10·0—40·0 vaselinre) alakjában, továbbá mint antisepsises kenőcs a következő összetételben: Rp. Vioformii 4·0; Hydrargyri bichlor. 0·1; Acidi carbolici crystall. 0·5; Antipyrini 2·0; Acidi borici 2·0; Saloli 1·0; Vaselini 200·0. (Ref. München. mediz. Wochenschrift, 1907. 21. szám.)

A cystitis a gyermekkorban *Langstein* szerint nagyon gyakran elkerüli a figyelmet, s azért minden homályos eredetű lázban meg kell vizsgálni a vizeletet, a mikor is akárhányszor találunk hólyaglobot, a melynek megszüntetésére legjobb az urotropin. Csecsemőnek az 1—3%-os oldatból 3-szor adunk naponként 10 cm^3-t tejben. A salol is használható naponként 4 szer 0·1—0·3 grammos adagban. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 5. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 28. szám. *Fischer Ernő:* A gyomor Röntgen-diagnostikája. *Papp Gábor:* Veronal-mérgezés esete.

Orvosok lapja, 1907. 28. szám. *Parádi Ferencz:* Adatok a syphilis prophylaxisához.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 28. szám. *Manninger Vilmos:* A tetanus prophylaxisa és gyógyitása. „Szülészet és nőgyógyászat" melléklet 2. szám. *Bäcker József:* Myoma kysticum esete. *Dirner Gusztáv:* A hebosteotomia kérdése a drezdai congressuson.

Vegyes hirek.

Új magántanárok. A vallás- és közoktatásügyi minister *Kollarits Jenő* dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán az idegkórtanból, *Hári Pál* dr.-nak ugyanitt a kisérleti kórvegytanból egyetemi magántanárrá történt képesitését jóváhagyóan tudomásul vette és a nevezetteket e minőségükben megerősitette.

Kinevés. *Kubányi Melanie* dr.-t és *Lampel József* dr.-t a belügyminister a pozsonyi országos kórházhoz másodorvossá nevezte ki.

Buday Kálmán dr. kolozsvári egyetemi tanárt az igazságügyminister a törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság tagjává nevezte ki.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület junius hóban 793 esetben nyujtott első segitséget. Ezenkivül 723 szállitást végzett, 87 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 37 esetben vaklárma miatt vonult ki. A junius havi működési főösszeg 1631.

Meghalt. *Cséri János* dr. székesfővárosi gyakorlóorvos e hó 11.-én Bártfán. — *Madarász Imre* dr. 65 éves korában e hó 8.-án Homoród fürdőn. — *Sir William Broadbent*, híres angol orvos, Viktoria királyné, s utána a jelenlegi angol király házi orvosa, julius 10.-én, 72 éves korában. Az elhunyt évtizedeken át volt a belorvostan tanára a londoni St. Mary's Hospitalon, s nagy tudományos irodalmi működést fejtett ki, mely a belorvostan legkülönbözőbb fejezeteire vonatkozik; legnevezetesebb müve 1896-ban megjelent monographiája a szív megbetegedéseiről, melyet legidősebb fiával, John Broadbent-nel együtt irt. Sir W. Broadbent 1893-ban bárói rangra emeltetett.

Kisebb hirek külföldről. A tübingeni nőorvostani tanszékre *K. Menge* tanárt hivták meg Erlangenből, ki azonban a meghivást nem fogadta el. — *Brouardel* tanárnak, a közegészségtan és törvényszéki orvostan nemrég elhunyt tanárának, emlékszobrot állitanak Párisban. — Az oxfordi egyetemen az általános kórtan tanárává egy dán tudóst neveztek ki: *Dreyer* dr.-t, a kopenhágai egyetem magántanárát. Hasonlóképen külföldit neveztek ki legutóbb a lundi (Svédország) egyetemre: *Overton* dr.-t, a ki a gyógyszertan tanszékét nyerte el. De mig az angol orvosi sajtó örömmel üdvözli Dreyer dr. kinevezését, a svéd sajtó kifogást emel Overton dr. meghivása ellen. Overton dr. angol születésü ember, de orvosi tanulmányait Zürichben végezte s legutóbb Würzburgban volt tanársegéd az élettani intézetben. — A marburgi sebészeti tanszékre *P. Friedrich* greifswaldi tanárt hivták meg, a ki a meghivást elfogadta. — *M. Blumreich* (szülész) és *J. Helbron* (szemész) Berlinben a tanári czimet kapta. — *J. Kyanitzyne* dr.-t Odessában a hygiene rendes, *Golubinin* dr.-t Moszkvában a gyógytan rendkivüli és *Orlowski* dr.-t Kazanban a diagnostika rendkivüli tanárává nevezték ki.

A párisi egyetem orvosi fakultása nevezetes határozatot hozott: kimondotta ugyanis, hogy ezentúl az anatomiai, szövettani és gyógyszertani tanszék tulajdonosa nem töltbet be egyúttal kórházi orvosi állást is. Ennek az egyik-másik olvasónk előtt talán érthetetlennek látszó határozatnak a megértéséhez tudni kell, hogy Franczia országban a legtöbb elméleti orvosi tanszék tanára orvosi gyakorlatot is üz; igy pl. a nemrég elhunyt Poirier tanár a mellett, hogy az anatomia rendes tanára s az anatomiai intézet igazgatója volt, egyúttal Páris leghirnevesebb sebészei közé tartozott. Németországban már a mult század eleje óta fennáll ez az incompatibilitási elv, nagy hasznára az elméleti orvostudományok fejlődésének, s hogy Németország e tudományok fejlesztése tekintetében olyannyira túlszárnyalta Franczia országot, abban bizonyosan nagy része van annak is, hogy anatomusaik, physiologusaik stb. valódi szakemberek, a kik egészen csak tudományuknak élnek, s nem csak olyan gyakorló orvosok, a kik mellékfoglalkozásként üzik azt az elméleti tudományt, a melynek a tanárai. A párisi orvosi fakultás határozata azonban időelőtti volt; előbb arról kellene gondoskodniok, hogy az egyetemi tanárok rangjukhoz illő fizetést kapjanak, a melyből mellékkereset nélkül is megélhessenek. Erről Franczia országban azonban még nem gondoskodtak, s ezért érthető, hogy a közoktatásügyi tanács (conseil de l'instruction publique) az orvosi kar határozatát megsemmisitette.

A IX franczia belorvosi congressust október 17.-étől 19.-éig tartják Párisban. Tárgyalásra a következő kérdéseket tüzték ki: 1. A gyomorfekély kezelése. 2. A Basedow-kór pathogenesise és gyógyitása. 3. A haemophilia.

Az olasz orvosok a párbaj ellen. Az olasz orvosegyesület nemrég a párbaj kérdésével foglalkozott s ez alkalommal az egyesület a következő határozatot hozta: „Minthogy az orvosnak az a kötelessége, hogy a betegségeknek és sérüléseknek elejét vegye, nem pedig, hogy maga részt vegyen olyan cselekményekben, a melyekben sebeket ejtenek: minden orvos, a ki párbajban akár mint segéd, akár mint orvos segédkezik s ezzel mintegy bűntársává lesz a párbajozónak, vét orvosi esküje ellen". Határozatba ment, hogy ezt a resolutiót Olaszország minden orvosi egyesületének megküldik azzal a felszólitással, hogy egyesüljenek Italia összes orvosai párbajellenes szövetséggé. Valóban, ha az orvosok — mint a haladás és humanismus férfiai — a párbajban való segédkezést az orvosi ethikával meg nem egyezőnek tekintenék s egyszerűen megtagadnák közreműködésüket, ez igen hathatós eszköz volna ennek a középkori ususnak az elnyomására.

Doyen 100,000 franc-ja. Néhány hét előtt ért véget birói itélettel az a per, a mely három év óta folyt Doyen, a híres — majd azt mondtuk hirhedt — párisi sebész és Crooker amerikai milliomos közt. Doyent több mint három éve Crooker felesége kereste fel, a kinek operálhatatlan mellrákja volt, s a ki Doyen serumába helyezte végső reményét. Doyen előre lefizetendő 100,000 franknyi honorariumot kötött ki magának, a mit meg is kapott. A milliomosné állapota már néhány befecskendezés után rosszabbra fordult, ezért hazautazott — meghalni, de már útközben, Angliában kimult. Crooker a felesége halála után visszakérte Doyentől a pénzét, s midőn ez erről mit sem akart tudni, az ügyet birói útra terelte. A bíróság most Doyen javára döntött, azzal a megokolással, hogy az összeg magas ugyan, de ez a nagy honorarium előzetes megállapodás eredménye, melyben Doyen semmi hamis igéretet nem tett. Még a tetemes perköltséget is a milliomosra rótták.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Vizgyógyintézet a „Fasor" (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyitó intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Dr. Kopits Jenő Budapest, VII., Kerepesi-út 18. testegyenesitő intézetét f. é. augusztus 1-étől **VIII., Gyöngytyúk-utcza 14. sz.** alá helyezi át.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 1703

DR. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10**
1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

SIPOS DEZSŐ dr. rendel **KARLSBADBAN.** Markt, Haus Prinz von Wales.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1907 május 8.-án.) 534. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1906. évi szeptember hó 1-én tartott szakülés.) 535. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 537. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1907 május 8. án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

Lépechinococcus operált esete.

Milkó Vilmos: A 27 éves, azelőtt mindig egészséges nő egy év óta bal hasfelében rohamosan növekedő daganatot vesz észre, mely rendkivüli nagysága ellenére mérsékelt fájdalmakon kivül panaszokat nem okozott. A daganat növekedése óta, noha étvágya jó, erősen lesoványodott. Felvételkor, 1906 márczius 4.-én, a bal hasfelet óriási, csaknem a Poupart-szalagig terjedő, cystikus daganat tölti ki, mely felfelé a bal bordaív alatt tűnik el, a légzési mozgásokat jól követi és felette kifejezett fluctuatio és hydatidarezgés érezhető. Tekintettel a daganat ezen tulajdonságaira és az anamnesisre, az előadó a diagnosist lépechinococcusra tette és Herczel tanár megbizásából márczius 8.-án laparotomiát végzett. A nagy feszülés alatt álló cystát megpungálva, belőle 4 liter, echinococcushólyaggal kevert geny ürült. A tömlő a máj bal lebenyével, a csepleszszel és a belekkel is erősen összenőtt. A tömlő ürege a rekesz kúpja alatt ér véget, a lép nem tapintható, s így világos volt, hogy a lép in toto echinococcustömlővé alakult. Az előadó eleinte a totális kiirtásra gondolt és számos adhaesio felszabadítása után a cystát mobilizálni iparkodott, minthogy azonban ez a rekeszszel is erősen lapszerüen össze volt növe s az onnan való leválasztás előreláthatólag tetemes és nehezen csillapítható vérzéssel járt volna, megelégedett azzal, hogy a cystafalból a mennyit csak lehetett resekált, a csonkot a hasfalhoz kivarrta és a lumbaltájon ellennyilást készitett. A lefolyás teljesen láztalan volt, a beteg gyorsan összeszedte magát és meghízott. Jelenleg a sipoly alig secernál, az üreg szépen húzódik össze. Nehány hét óta azonban a has jobb felében mobilis, csecsemőfejnyi cystikus daganat fejlődik. Minden valószinűség szerint újabb echinococcus-tömlő, mely talán a műtét alatt a hasürbe kijutott hólyagcsából képződött. Egy második műtét feladata lesz ezen tömlőnek lehetőleg totális eltávolítása.

Az előadó a lépechinococcus normális műtétének az incisiót és a kivarrást tartja, a splenectomia csak kivételes esetben javalt. Feltétlenül elvetendő és veszélyes a próbapunctio.

Medvei Béla: Az előadóval ellentétben a Baccelli-féle eljárást különösen gyermekek echinococcusánál alkalmazandónak véli. Bókay János több jól sikerült esetet demonstrált. A szólónak is volt magángyakorlatában esete, melyet a Baccelli-féle eljárással kezelt; három év óta recidiva nem történt.

Herczel Manó: 2—3 hó előtt az orvosegyesületben két echinococcusesetet mutatott be. Az egyik elsődleges tüdőechinococcus volt, a másik másodlagos módon tört át a májból a pleuraűrbe. Az első esetben felemlítette a punctio veszedelmességét. Két évvel ezelőtt volt lépechinococcus-esete, melyben az összes klinikai tünetek a hasfali peritoneummal való szoros összenövés felvételére utaltak. Próbapunctiót végeztünk, hogy később antisepsises folyadékot fecskendezzünk a tömlőbe, s a próbapunctio majdnem a beteg életébe került; oly súlyos peritoneális és intoxicatiós tünetek jelentkeztek, hogy csak sürgősen véghezvitt laparotomiával s odaadó kezeléssel menthettük meg a beteg életét. Tehát még próbapunctiót se végezzünk.

Szontagh Félix: Az echinococcus terén nincsenek tapasztalatai. A mult őszszel 12 éves leánykát kezelt, ki eleinte minden kimutatható ok nélkül halványodott, soványodott. Egyszerre lázak jelentkeztek, urticariaszerű kiütésektől kisérve, ugyanekkor a máj táján duzzanatot talált, mely a gyomor felé folytatódott. Manningerrel együtt megvizsgálta, ki áttörőben lévő echinococcusnak tartotta. A műtétkor a felvételt igazolva látták.

Herczel Manó: Az elsődleges tüdőechinococcus esetében, a melyet előbb is említett, semmi összenövés sem volt. A műtétkor kevés echinococcusfolyadék jutott a pleuraűrbe és ennek következtében magas lázak, urticariaszerű kiütés, súlyos intoxicatiós tünetek támadtak, úgy hogy a beteg vagy két hétig életveszélyes állapotban volt.

Ha a tömlőnek nagy a feszülése, a nagy nyomás következtében a toxinok a vérbe jutnak, lázat, urticariaszerű kiütéseket okozhatnak.

Milkó Vilmos: Az echinococcustömlő széles incisioját kevésbé veszélyes eljárásnak tartja, mint a Baccelli-féle eljárást.

Súlyos intraabdominális vérzés gyógyult esete.

Milkó Vilmos: A 28 éves férfi f. é. április 1.-én szecskavágó gépbe esett, mely a hasát két helyen felhasította. Orvosa az előesett beleket visszahelyezve a bőrt összevarta, s azután a beteget kórházba szállíttatta. Osztályunkra való felvétele alkalmával, mely a sérülés után 24 órával történt, a beteg igen anaemiás, elesett, szapora pulsussal, hűvös végtagokkal. A has diffuse érzékeny, puffadt, kétoldalt és alul tompulat. A diagnosist hasüri vérzésre és következményes peritonitisre téve, laparotomiát végeztünk a felvétel után két órával. A hasürben 1½ liternyi folyékony vér és véralvadék. A belek puffadtak, belöveltek, helyenként lepedékesek. A belek eventerálása után látjuk, hogy a mesosigmoideumban egy 8 cm. hosszú, igen erősen vérző folytonossághiány van. Többszörös körülöltésekkel sikerül az erős verőeres vérzést csillapitani. A hasür kiöblítése meleg konyhasós vízzel, a belek repositioja, miután meggyőződtünk, hogy bélsérülés nincs, Mikulicz-tamponade. A lefolyás eleinte lázas, az összevart hasfalból sokáig erős genyedés, később zavartalan reconvalescentia.

Gastrolysis.

Herczel Manó: Az irodalomban igen ritkán említik azokat az utólagos bántalmakat, melyek mesterséges gyomorsipolyok spontan gyógyulása után a hasfalhoz nőtt gyomor vongálása vagy csavarása folytán állanak elő.

A 18 éves hajadon 1905 augusztusában gombostüt nyelt, a mely állítása szerint négy nap mulva spontan távozott. Ezen idő óta több izben volt vérhányása és állandóan gyomortáji fájdalmakban szenvedett. (Ulcus cardiae.) Ezért 1905 novemberében gastrostomiát végeztek rajta. A mütét után 30 nappal újból tudott a száján át is táplálkozni; a gastrostomianyilás tiz hét mulva záródott. Az ágyból való felkelése alkalmával érzett először újból gyomor-májtáji húzó jellegü fájdalmakat, melyek járás közben és üléskor voltak legerősebbek. Evés után a fájdalmak fokozódtak; csak egyenes álláskor és vízszintes hátfekvésben szüntek meg, minden más helyzet fájdalmas volt. A mütét óta ugyan egyszer sem hányt; de az étkezés után előálló fájdalmak miatt alig mert egyebet enni, mind folyékony táplálékot. Mindenféle belső kezelés eredménytelen volt. Hozzánk 1907 elején került. Két hónapig tartó megfigyelés és kezelés alatt a tünetek nálunk is változatlanok maradtak.

A pylorustáj és a jobb hypochondrium benyomása húzó fájdalmakat okoz. Rendellenes resistentia vagy tompulat az egész hasban nincs. Donáth tanár vizsgálata szerint a fájdalmak ideges eredete kizárható. Ezért postoperativ perigastrikus összenövéseket tételezve fel a fájdalmak okául, annál is inkább, mert a gyomorpróba normális viszonyokat mutatott, a beteget 1907 április 14.-én megoperáltam. Behatolás a középvonalban, a köldök és a proc. ensiformis közt. A gyomor elülső fala mintegy öt koronányi területen a gastrostomia hegéhez nőtt, miáltal az elülső gyomorfalnak a pylorus és a heg közé eső része lapcsra van feszítve, míg a fundus diverticulumszerüen erősen tágult és a heghez való felhuzatása folytán a sagittális tengely körül csavarodott. Természetes, hogy ez által a gyomorperistaltika is gátolva volt. A gyomor leválasztása a hegről a gyomor megnyitása nélkül sikerül; a gyomorfalnak serosától fosztott részét betüremitjük, a serosaszéleket pár csomós varrattal egyesitjük. A hasat rétegesen zárjuk. Egy a mütétet követő negyedik napon kisfokú haematemesissel jelentkezett tüdőinfarctustól eltekintve zavartalan gyógyulás. A mütét óta a beteg fájdalmai teljesen megszüntek és semmiféle helyzetben sem jelentkeztek. Erősen gyarapodott.

Ángyán Béla: Annak a feltüntetésére, hogy a peritoneális összenövések mily tüneteket okozhatnak, egy régebbi esetét említi. Középkorú nőn étkezés után nagy fájdalmak kiséretében több hónapon át hányás jelentkezett. A gyomortartalom a vizsgálatkor semmiféle rendellenességet sem mutatott. A köldök felett tapintva tumorszerű resistentia volt észlelhető. A gyomor felfúvásakor a gyomor kissé

lejebb állt. Az érezhető resistentia szűkületre utalt. A műtét alkalmával kitünt, hogy a pylorus a csepleszszel volt összenőve és ez okozta a felsorolt tüneteket. (Folytatása következik.)

*

Helyreigazítás. Mult számunkban az 515. oldalon *Körmöczi Emil* dr. válasza „*A korai tavaszi malariáról*“ czimű előadásához fűződött eszmecserében tett megjegyzésekre következőképen helyesbitendő:

Körmöczi Emil: A proteosoma-fertőzést csakugyan iparkodnak a malaria-fertőzéssel párhuzamba hozni. Ezt teszi pl. *Jancsó* is, ki épen ezen összehasonlitás alapján hangoztatja már emlitettem véleményét. *Entz* vizsgálatai persze egész más színben tüntetik fel a dolgot, mert az derül ki, hogy a verebek kora tavaszi proteosoma-fertőzése nem más, mint egy latens fertőzés kitörése. Az állatkisérlet tehát megerősiti klinikai észleléseimet.

A vérvizsgálatból nem lehet megállapitani, hogy recidivával van-e dolgunk, mert igaz ugyan, hogy *gameták* voltak jelen, de ez a vivax-fertőzésnél, már egy-két roham után látható, mi pedig a 7. napon vettük a beteget kezelés alá. A latens malaria-fertőzést különben úgy képzelem, hogy az semmiféle klinikai tünetet nem okoz, sem léptumort, sem sinylődést. A tavasz beálltával azután megindul az emberben a plasmodium szaporodása és megjelennek a malaria klinikai tünetei is.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1906. évi szeptember hó 1.-én tartott szakülés.)

(Folytatás.)

3. **Alexander Lajos** dr.: **Az élősködő állatok termelte mérgező anyagokról.**

Az 1905. évi nemzetközi állatorvosi congressus tárgyai közül különösen érdekes és új Linstow dr. göttingai tanár előadása, melyben bebizonyitja, hogy az ember és az állatok sok élősködője, különösen a haematodák és cestodák mérgező anyagokat, toxinokat termelnek.

Már 1874-ben Bohland az anchylostomum duodenalera nézve beigazolta, hogy mérgező anyagokat termel; Mouson és Schlagdenlaufer pedig a cysticercus termicollisban 1882-ben mérget (ptomaint) talált. 1888-ban Debove és Achard az echinococcus-tömlőkben található erősen ható méreganyagra utalt és 1894-ben Schaumann a botriocephalus latusra (emberi galandféreg) vonatkozólag igazolta be, hogy szintén termel bizonyos mérget, mely a perniciosus anaemiához hasonló bántalmat okoz, mely nem ritkán halálos kimenetelü. A legutóbbi években más élősködőkre vonatkozó hasonló észleletek történtek és állatokon megejtett kisérletek útján a bélférgek mérgező sajátsága kisérletileg megállapittatott.

Egészen természetes dolog, hogy az emberi bélférgek mérgező hatása a legismeretesebb, azután a házi állatoké és legkevésbé ismerjük a vadon élő állatok mérgező bélférgeit.

Vannak bélférgek, melyek állandóan mérgező hatást fejtenek ki, bizonyos általuk elválasztott anyag folytán, mig mások csakis kivételesen mérgezők, vagy csak az esetben, ha a gazdaállat testében nagy számban vannak jelen, némelyek pedig csak úgy képesek mérgező hatásukat kifejteni, ha testüknek valamely sérülésén át a mérgező anyag a gazdaállatba jut; ilyenek az echinococcusok, az ascarisok és dracunculusok.

Cao (1901—1902) tagadja a bélférgek ezen mérgező hatását és az állatkisérletek létesitette mérgezési tüneteket pathogen mikroorganismusokra iparkodik visszavezetni.

A bélférgek által elválasztott mérgek azon szervekre hatnak, a melyek a méreggel érintkezésbe lépnek, igy az elszakadt medinaféreg legközvetlenebb környezetére hat, vagy pedig azon szem kötőhártyája betegszik meg, a melyre véletlenül valamely megvágott orsóféregből bizonyos — bár kevés — mennyiségü nedv szivárog; de az emésztési zavarok, kólika, hasmenés mint helyi tünetek magyarázhatók az olyan egyéneknél, a kikben bélférgek vannak. A legtöbb esetben azonban a vér elváltozása az elsődleges tünet és a megváltozott vér által kóros táplálkozásban részesülő központi idegrendszer, valamint a táplálkozási zavart szenvedő egyéb belső szervek megbetegedése másodlagos.

A vér elváltozása abban nyilvánul, hogy a vörösvérsejtek tömegesen szétesnek, a mi perniciosus anaemiát von maga után és leginkább a botriocephalus latus és az anchylostomum nevü élősködők által hozatik létre; azután a fehérvértestecsek szaporodása és szétesése következik be, leukocytosis és eosinophilia, mit különösen a filaria Bancrofti, a trichina spiralis, az anchylostomum duodenale, az ascaris lumbricoides, a bilharzia haematobia és taenia saginata okoz.

A toxin által kórosan elváltozott vér lázat okozhat, a mit a trichina spiralis jelenlétekor észlelhetünk, ritkább ezen eset ascaris lumbricoides vagy trichocephalus dispar jelenlétekor.

A toxint tartalmazó vér bizonyos belső szervek, igy a szív, a máj és a lép elváltozásait feltételezi, zsiros elfajulás következik be bennük, ezt különösen a trichina, az anchylostomum és a botriocephalus jelenlétekor észlelhetjük.

Azonban ezen kórosan elváltozott vér által a hiányosan táplált központi idegrendszer is gyakran megbetegszik és ennek következményeképen általános gyengeség, szellemi depressio, szédülések, ájulás, epilepsia, látási zavarok, fülzúgás, elmebaj, a végtagokban fájdalmasság érzete, a vizelet visszatartása, szivgyengeség, hüdések, izomösszehúzódások és rángatódzások léphetnek fel. Ide sorolható még a bőrön támadó csalánkiütés is, melyet helyi vasomotorius hüdésekre lehet visszavezetni.

Sok esetben halálos a kimenetel. Linstow már 1896-ban összeállitotta a méregtartalmú bélférgekről szóló észleleteit; azonban azóta ezen ismeretek rendkivül bővültek és a mérgezések igazolására számos kisérlet történt, különösen Messiner, Calamida, Mingazzini, Vaulgeard, Kimasset és mások részéről, a kik kétségen kivül bebizonyitották, hogy a bélférgek mérgező anyagokat tartalmaznak.

Én itt csak egy gyakrabban előforduló ilyen féregről fogok bővebben megemlékezni, a többit csak névleg sorolom fel.

Az ascaris lumbricaides. Ha valamely közönséges emberi orsóférget elvágunk, akkor legelébb is az a bizonyos sajátos borsszag üti meg az ember orrát, a mely tüsszentést okoz és könyezést idéz elő. Egyszer Linstow-val magával történt meg, hogy ilyenkor a szemét dörzsölvén, egy kis nedüt az egyik szemének a kötőhártyájára kent és chemosissal egybekötött heves conjunctivitist kapott, mely csak nehezen és hideg, valamint cocain alkalmazása után mult el.

Miram, Bastian, Cobbold, Huber, Leuckart, Artus, Kolbe és mások szintén megerősitik eme észleleteket. Kailett az egész szemtáj hatalmas duzzanatát észlelte, a mihez erős viszketés is járult; más esetekben tüsszögés, a carunculus duzzanata, könyfolyás, heves rosszullét és a kézujjak daganata mutatkozott.

A belekben tartózkodó kevés, sértetlen féreg néha semminemü kórtünetet sem okoz, sokszor mégis hasfájást, hányási ingert, étvágytalanságot, hasmenést, súlyosabb esetekben anaemiát, mydriasist, strabismust, alvás közben fogcsikorgatást, aphoniát, süketséget, vakságot, hysteriát, epilepsiát, agyvértorlódást, vitustáncot, hallucinatiókat és szellemi zavart, sőt igen súlyos esetekben halált is okozhatnak, a mely ugyan a nagy számban jelenlevü ascarisok által eldugult belek mechanikai elzárása, a belek falazatának átfúródása, avagy más mechanikai zavarok által is feltételeztethetik.

Daguin leir esetet, melyben egy gyermek heves kólika, hányás és agybeli tünetek fennállása után elhalt, s bonczolásakor a vékonybél tele volt orsóférgekkel a nélkül, hogy a bél nyálkahártyája a legkisebb sérülést mutatta volna.

Letoux egy erőteljes fiatal ember haláláról értesit, a ki 14 napi heves kólika után görcsrohamban kiszenvedett, s vékonybeleiben száznál több orsóférget találtak. Legutóbb azt tapasztalták, hogy bizonyos ascarisok jelenléte a bélben a typhus abdominalishoz hasonló kórképet okozhat, s az élősködők eltávolitása után gyorsan áll be a teljes gyógyulás; itt a mérgező hatás egészen nyilvánvaló.

Chauffard beszéli, hogy látott egy 18 éves fiatal embert, a ki nagyon szánalmas állapotban vétetett fel a kórházba, igen lesoványodott, rendkivül gyenge volt, petyhüdt és szenvedő arczot mutatott, fejfájás, álmatlanság, bélkorgás, hasfájás tüneteit érezte, a vizsgálat lázat és lépduzzanatot eredményezett; typhust nem lehetett diagnostizálni, mert a jellemző tünetek hiányoztak. Miután úgy a szájon, valamint a végbélen át egy-egy orsóféreg ürült, féregellenes szert adtak a betegnek, mire 39 darab ascaris ürült és a beteg teljesen meggyógyult.

Ilyen typhoid lázakat, melyek ascarisok által hozattak létre, többen észleltek.

Barsi megemlíti, hogy gyermekeknél gyakran látott az asc. lumbricoides által előidézett, a typhus abdominalishoz hasonló bántalmat, melynél sohasem volt jelen sem roseola, sem lépduzzanat és a bélférgek elhajtása után gyorsan állott be a javulás.

Ilyen és hasonló mérgezéseket okoznak az anchylostomum duodenale, az anchylostomum americanum (Stiles), a strongilus filaria (Rud), micrurus, paradoxus, commutatus, a dracunculus medinensis, trichina spiralis, a botriocephalus latus és az echinococcus.

Összevonva a tényeket, azt kell megállapítani, hogy ezek az élősködők bizonyos mérgeket termelnek, melyek a gazda vörösvérsejtjeit megtámadják és a haemoglobinnak reductioját okozzák, többé-kevésbé súlyos kevésvérüség és poikilocytosis jön létre, magtartalmú vörösvérsejtek és megaloblastok lépnek fel, a vörösvérsejtek pénztekercsszerü elrendeződése megakadályoztatik, a fehérvérsejtek néha megszaporodnak, és mindenkor kimutatható egy részüknek eosinnal való festődése (eosinophilia), a mely jelenség kétes esetekben a férgeknek a szervezetben való élősködésére utalhat.

4. **Barta Andor** dr.: **Magas fogó esete.**

Az eset, melyet röviden ismertetni szándékozom, egy 44 éves nőre vonatkozik, a ki nyolczszor normálisan, élő magzatot szült. Utolsó menstruatioidejét s a fájásokkezdetét pontosan megjelölni nem tudja. Számítása szerint azonban a terhesség végén van, s magzatvize három nap előtt már elfolyt. Minthogy mindig gyors szülései voltak — erőteljes, jól fejlett medenczéjü asszony —, már bizonyos aggodalommal látja, hogy a szülés ezúttal nem megy oly gyorsan, s három nap óta már nem alszik, nem táplálkozik rendesen, s úgy véli a környezetével együtt, hogy valami hiba lehet, talán a magzatfekvésben. Én 1906 május 24.-én reggel 1/28 órakor láttam először. Ekkor 36·5 temp., 100 pulsus mellett két ujjnyi méhszájat találtam, s megtartott portiót. A magzat nagy, II. koponyafekvésben, jó szívhangok. Koponya a bemenetre reányomulva. Burok nem áll. Promontorium el nem érhető, fej és medencze között téraránytalanság nem konstatálható. Gyönge, rövid fájások körülbelül 10 perczenként.

Minthogy sem az anya, sem a magzat állapota semmiféle beavatkozásra indicatiót nem nyujtott, egyelőre csak a szülés további észlelésére szorítkoztam. Déli 12 órakor a lelet ugyanaz. A nő a három napos várakozásban s a türelmetlen környezet rémlátásai következtében kimerült és elvesztette minden morális erejét, nem tud többé a szülés spontan lefolyásának lehetőségében hinni s csak igen nehezen nyugtatható meg. 0·01 cgm. morphint subcutan adva, azt reméltem, hogy esetleg egy órai alvás és fájdalomszünet után a nőnek úgy morális, mint physikai ereje visszatér, s az utóbbit esetleg forró fürdőkkel fokozva, játszva fogja legyőzni az akadályokat, melyeket egy IX. szülő lágyrészei nyujtanak. E remény azonban meghiúsult. A morphin narcotikus hatását túlparalyzálta a túlontúl aggódó környezet siránkozása és jajveszékelése. Délután 4 órakor, tehát nyolcz és fél órával az első észlelés óta a szülés csak annyit haladt, hogy a koponya benyomult a bemenetbe, de kimozdítható onnan, kissé configurálódott, kis fejdaganat képződött s a cervix elsimult. A méhszáj azonban csak bőven két ujjnyi. Szívhangok jók, magzatvíz zavaros, gyöngén bomlott szagú, de nem meconiumos. Fájások ritkák, renyhék és rövidek a többszöri meleg fürdők után is. A szülőnő s a környezet legtürelmetlenebb magatartása, sőt a szülőnő 37·6 temperaturája és 120 pulsusa ellenére is megmaradtam az egyedül helyes conservativ állásponton, melyet v. Winckel úgy fejez ki: „Unregelmässigkeiten der Wehen, besonders Wehenschwäche sind für uns keine Veranlassung zur Anwendung der Zange. Wir betrachten sie im Gegentheil als Gegenanzeigen.“ A kiürülő magzatvíz kezdődő vaginális decompositioja ellen lysoformirrigatiokat, a fájások fokozására továbbra is meleg fürdőket, tápláló italokat ajánltam, s a szülést befejező mütét idejét még nem láttam elérkezettnek, mert hisz sem az anyát, sem a magzatot tényleges veszély még nem fenyegette.

Azonban bármily szép erény is a szülészben a conservativismus, s bármennyire helyén volt is itt, ez esetben mégsem akarta meghozni áldásos gyümölcseit. Tudniillik esti 9 órára leesett ugyan a nő hőmértéke 36·9-re, pulsusa 104-re, azonban a fájások teljesen kimaradtak, igazi *absolut* fájdalomgyöngeség állott be. A méhszáj nem tágult, a fej lejebb nem nyomult, beékelődött a bemenetbe. A szívhangok kifogástalanok. A méhszáj elülső ajka oedemásan duzzadt, tehát a lágyrészek hosszas nyomatása már bizonyos, visszafejlődésre talán még képes táplálkozási zavart idézett elő. Ez pedig már komoly veszély, melynek nyomán a puerp. gangraena és a sipolyképződés lehetőségei leskelődik. A szülés befejezésének tehát elérkezett az indicatioja, de mi legyen annak módja?

A míg a fordításnak meg volt a lehetősége, addig hiányzott az indicatioja. Most megvolna az indicatioja, de nincs meg többé a lehetősége, hisz a magzatvíz kiürült, a méh ráhúzódott a magzatra, s a fej beékelődött, configurálódott.

A fordítás és extractio tehát számításon kivül esik. Marad a magas fogó s a perforatio. Természetes, hogy lehetőleg élő magzatot óhajtunk nyerni, tehát egyelőre a perforatiotól eltekintünk. Megvannak-e a fogó feltételei? Az eltünt méhszáj, az üregben levő koponya? Bizony egyik sincs meg. Csakis a magas fogóról lehet szó s arról is igen nehéz körülmények között. Hisz a méhszáj csak ötkoronás nagyságú; azon keresztül kiviselt magzat fejét át nem lehet hozni. Tehát a méhszájat előbb tágítani kell. Mi legyen ennek módja? A legenyhébb volna a hysteuryntesis. Ez azonban egy óránál is több időt igényel, ha a hysteuryntert csak a jó fájásokra bizzuk. Itt azonban semminemü fájások sincsenek. Hogy a hysteurynter fájásokat vált ki? Talán igen, talán nem. Biztosan nem lehet rá számítani. A meleg fürdők is elismert fájás serkentő eszköz, ez esetben mégis cserben hagytak. Ha a hysteuryntert húzás alatt tartjuk, akkor a Barnes-Fehling ballonja kicsúszik, a Champetier des Ribes ballonja a különben is már oedemás, szakadékony szövetben igen könnyen okoz cervixrepedést, s ha sikerül is, igen hosszas eljárás, legalább is egy órát igényel. Ettől tehát elállunk. Marad a Bossi- vagy Frommer-féle, másrészről a véres tágítás.

A Bossi és Frommer vagy igen lassan tágít, ha óvatosan kezeljük, vagy pedig repeszt, mint azt az irodalomban számtalan eset bizonyítja. A concret esethez hasonlókban nem egyszer okozott húgysipolyokat is. A véres tágítás a leggyorsabb, s ha tudunk feltárni, vagy szükség esetén ujj vezetése mellett is cervixrepedéseket varrni, úgy csaknem teljesen veszélytelen is. Az öntudatosan, bátran, nagy számmal alkalmazott incisiók nem szoktak tovább repedni, tehát csak oly mélyek, a minőknek ejtjük őket. Míg a meghúzott Champetier-ballon, a Bossi, ha vakmerően szétcsavartuk s a szük cervixen át extrahált magzat néha a parametriumokba is behatoló, oly erősen vérző repedéseket okozhat, melyeknek ellátása még a leggyakorlottabb szülész részére is — legalább egy szegényes magánlakásban, rossz világítás és elégtelen segédlet mellett — a lehető legnagyobb megpróbáltatás. Mindezeket megfontolva, a véres tágításra határoztam el magamat. Erre akkor is szükségem van, ha perforatiora kerül a dolog. Hisz a nem tágított méhszájon át a perforált fejet sem tudom keresztülhozni.

A nőt mélyen narcotizáltuk, kellő desinfectio után ujj vezetése mellett Siebold-ollóval az oedemás méhszájon radiális irányban nyolcz jó mély incisiót csináltam, nehogy a szakadékony szövetben tovább repedjenek. Erre erős vérzés indult meg. Ennek csillapítása helyett a lehető leggyorsabban vezettem fel a Tarnier-féle magas fogó kanalait a fejre természetesen, mint mindig, a harántátmérőben alkalmazva. A nagy vérzés miatt a controlláló belső vizsgálatnak, az Achsenzug-készülék bekapcsolásának s a próbatractionak egy perczig sem volt szabad tartania. S nem volt szabad felednem, hogy a magas fogó, még e mütét leglelkesebb híveinél is, mindig csak kisérlet, melynek meghiúsulta után rögtön a perforationak kell következnie. Azonban az első pár erőteljes tractio után a fej egy hatalmas zökkenéssel az üregbe jutott. Ekkor levettem a magas fogót s gyorsan üregi fogót alkalmaztam a jobb ferdében. Most már minden nagyobb erőfeszítés nélkül sikerült a fejet a kimenetbe, majd a szeméremrésbe hozni. Itt a fogót levéve, a magzatot exprimáltam. Szerencsére a vérzés megszünt, úgy hogy foglalkozhattam a kissé asphyxiás magzattal, melynek garatjából az aspirált nyák kiszivatván, enyhe bőringerek alkalmazása után csakhamar a szükségesnél is erőteljesebb

sírással bizonyította be életképességét. A magzat fiú, 56 cm. hosszú, 36 fejkerülettel. A magas fogó kanalai véraláfutásokban a typikus helyeken: a homlokon s a tarkón hagyták nyomukat.

A lepény s a burkok körülbelül $^1/_2$ óra mulva leváltak és spontan távoztak. Az uterus, mely a szülés első és második szakában oly leküzdhetetlen atoniát tanúsított, hirtelen kiüríttetvén — csodálatos módon — nem mutatta az atonia nyomait sem. Az anya lágyrészei — az incisiokon kivül — semmiféle sérülést nem szenvedtek. Méhüri mosás után a nőt igen kielégítő állapotban ágyba tettük s analepticumokkal láttuk el.

A gyermekágy lefolyása teljesen zavartalan volt. A nő legmagasabb temperaturája május 27.-én *37·6*, pulsusa *100*, a tizedik napon felkelt. Gyermekével együtt teljesen jól érzi magát.

(Folytatás következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A vesegyuladás physikális gyógyításáról tartott előadást *Strasser* és *Blumenkranz* a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ 1907 május 2.-i ülésén. A hasüri szervek vérrel való ellátását kutató — Strasser és Wolf által végzett — onkometriai kisérletekre támaszkodva, az előadók akkor mondják legkedvezőbbnek a vesevérkeringés feltételeit, ha a test felületére semmi inger nem hat, pl. a közömbös vizfürdőben. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy a bőringerek ugyanazon vérkeringési változásokat okozzák a vesében, mint a bőrben, tehát a hideg alkalmazása a vesében is érszükülést s ennek megfelelő változásokat idéz elő a működésében, a meleg fordítva értágulást, vérbőséget és igy a működés fokozódását vonja maga után. Az előadók vesebetegeken $1-1^1/_2$ óra tartamú közömbös (34—35°) vizfürdők hatását tanulmányozva azt találták, hogy ezek a diuresist általában, külön pedig a nitrogen és konyhasó kiválasztását lényegesen javítják, s a fehérjekiválasztást csökkentik. Táplálék- és vizegyensúlyban végzett vizsgálatok ugyanezt mutatják. Több vizet vagy konyhasót adva a betegnek, azt látták, hogy a fürdő a vesének higitó, illetve sűritő képességét szintén elősegíti. Minthogy a diuresis fokozódik, a fürdők jótékony hatása vesebetegekre nem magyarázható az ú. n. „elvezetés“-sel, a bőr kompenzáló kiválasztó működésével, hanem fel kell vennünk, hogy az ilyen fürdők csakugyan javítják a vese működését. Izzasztó fürdők a fokozott bőrelválasztás ellenére is fokozni tudják a diuresist illetve a nitrogen- és konyhasókiválasztást; azonban azt is észlelték, hogy teljes víz- és konyhasó-egyensúly esetén uraemiás tünetek kiséretében oedema támadt, melyet, minthogy víz- és konyhasóretentio nem volt, intoxicatióból, uraemiás toxikus anyagoknak a vérerek falára gyakorolt hatásából származtatnak. Hosszantartó kezelés közömbös fürdőkkel csökkenti a fehérjevizelést, sőt egyes esetekben egészen megszünteti. Heveny vérzéses vesegyuladás egy esetében is jelentékeny javulást értek el e gyógymóddal. Végül ajánlják az indifferens $1-1^1/_2$ óráig tartó fürdőket s figyelmeztetnek, hogy izzasztó fürdők alkalmazásakor nem szabad gyorsan és tartósan emelni a testhőmérsékeket.

Az előadáshoz füződött eszmecserében többen vettek részt. *Schur* szerint, a ki szintén jó hatását látta az izzasztó fürdőnek a nephritisre, a konyhasó nem alkalmas a vese sűritőképességének megitélésére, mert adagolására a vizelet molekuláris concentratiója nem növekszik; egyúttal felveti a kérdést, honnan származik az oedema az előadók kisérletében izzasztó fürdő használatakor. *Stejskal* kiemeli a diuretin jótékony hatását a fehérjevizelésre. *Noorden* arra figyelmeztet, hogy a diuretinnek egyénenkint s ugyanazon egyén ben is időnként különböző hatása lehet. *Hofbauer* felveti a meghüléses nephritis kérdését. *Strasser* reflektálva a hozzászólásokra, azt mondja, hogy a szervezetnek mindig van annyi vizmennyisége, hogy oedema keletkezhessék retentio nélkül is. Szerinte létezik meghüléses nephritis is: lehűtött állatok nemcsak fehérjevizelést, hanem vesegyuladást is kaphatnak. Nagy befolyása van azonban itt az edzésnek, a mit Noorden kisérletei is igazolnak: a hidegingerek ellen megedzett házinyulak nem kaptak fehérjevizelést. Winternitz is sokszor látott fehérjevizelést meghülés után, azonban még más körülmények is szerepelnek itt, mert nem jő létre minden egyénben. (Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 20 sz.)

PÁLYÁZATOK.

3214/907. sz.

A hevesvármegyei XVI. közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állás**nak választás útján leendő betöltésére ezennel pályázat nyittatik.

A választásra határidőül 1907. évi augusztus hó 13.-ika d. e. 10 órája Pétervására községházához, mint a körorvos székhelyére, azon felhivással tüzetik ki, miszerint a pályázni kivánók kellően felszerelt kérvényeiket alólirott főszolgabiróhoz f. évi augusztus hó 10.-éig nyujtsák be.

A körorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, 200 korona lakbér, 400 korona úti átalány és a 'szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak. A körorvos tartozik a 15 községből álló kerületet kéthetenkint beutazni s azon alkalommal a községházánál jelentkező betegeknek díj nélkül rendelni.

Soronkivüli látogatásokért a természetbeni fuvaron kivül nappal 2 korona, éjjel 4 korona látogatási díj illeti meg, a lakásán jelentkező betegektől pedig 80 fillér díjat szedhet. Megjegyzem, hogy a körorvosi állások és javadalmazások rendezése napirenden lévén, határozottan remélhető, hogy 1908. évtől ezen állás is tetemesebb állami javadalmazásban fog részesülni.

Pétervására, 1907. évi julius hó 14.-én.

Drisnyey Béla, főszolgabiró.

A lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél **egy másodorvosi állás** a mely 1600 korona évi fizetés, I. osztályu élelmezés, egy butorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve, két évi időtartamra betöltendő.

Felhivatnak azon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott, s keresztlevél, vagy születési bizonyitvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt, s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat f. évi augusztus hó 8.-áig az alulirt igazgatóságnál nyujtsák be.

Budapest, 1907. évi julius hó 18.-án.

Budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

2602/907. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú határozatával **Csikszentsimon** székhelylyel ujjászervezett **oltmenti körorvosi állásra**, melyhez Tusnád, Csikverebes, Aratószeg, Csikszentsimon, Csikszentimre és Csikszentkirály községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi julius hó 30.-áig adják be. Ezen határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: 1560 korona évi fizetés, 180 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvosi állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1907. évi junius hó 24.-én.

3—3 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2602/907. sz

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú véghatározatával újjászervezett **csikszentmártoni körorvosi állásra**, melyhez Csiknémaság, Csikszentgyörgybácskfalva, Csikszentmárton, Csikszerefalva, Kozmás és Lázárfalva községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi julius hó 30.-áig hozzám adják be. Határidő után érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: évi 1620 korona fizetés, 240 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvos állását elfoglalni köteles.

Csikszentmárton, 1907. évi junius hó 24.-én.

3—3 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2399/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásában levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi és prigori körjegyzőségek, valamint a pervovai körjegyzőségből Pervova és Sumicza községek. A kör tehát 12 községből áll egyelőre, valószinüleg ide lesz csatolva még Lapusnicsel község is.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott díjak.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. § ában, illetve 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előirt képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi augusztus hó 15.-éig hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választás határnapja tekintetében később fogok intézkedni és erről pályázók értesitve lesznek.

Megjegyeztetik, hogy Bozovics község 4500 lakossal bir, van kir. járásbirósága telekkönyvi hivatallal, adóhivatala, 3 takarékpénztára, 6 ügyvéde, nagy az intelligenciája, ezzel szemben magánorvos itt letelepedve nincs, ennélfogva magángyakorlatra megfelelő kilátás van.

Bozovics, 1907. évi junius hó 25.-én.

3—3 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának sebészeti osztályán egy **alorvosi**, illetve ennek előléptetés útján történő betöltése esetén egy **segédorvosi** és az elmebetegosztályon egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a sebészeti alorvosi állásnál évi 1200 korona, a sebészeti osztály segédorvosi állásánál 1000 korona, az elmebetegosztály segédorvosi állásánál pedig évi 1600 korona készpénzfizetés és mindegyik állásnál I. osztályú élelmezés, lakás, fütés, világitás.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához czimezve, hozzam. f. évi julius hó 25.-éig nyujtsák be.

Gyula, 1907. évi julius hó 8.-án.

2—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

524/907. sz.

Talpas községben az **orvosi állás** megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkém-

lési és 40 fillér hússzemledijjal egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. evi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi julius hó 31.-éig adják be.

Kisjenő, 1907. évi julius hó 2.-án.

3—3 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

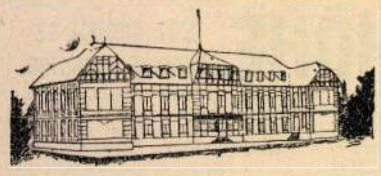
kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.



„Hévíz"-Szanatorium és Gyógyszálloda

(Keszthely-Hévíz, Zala m.)

10 holdas meleg iszaptó, iszapgöngyölések, fürdők, massage, villamozás a házban.

Pensiorendszer, diaetás gyógymód.

Prospektussal és felvilágositással szivesen szolgál **„Hévíz"-Szanatorium és Gyógyszálloda igazgatósága** és **Schulhof Vilmos dr.** fürdőorvos.

NESTLÉ

gyermektisztje

az egészséges

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka. Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elháritja ezeket. **A gyermekápolásról** ismertető füzetet ingyen küld: **NESTLÉ** Wien I., Biberstrasse 11.

Első szaktekintélyek használják.

Üvegje 1.50, 2.50 és 4.50 korona.

Waltersdorfer Pál

droguista

Budapest, VII., Rákóczi-út 8. szám.

! Törvényileg védve !

Waltersdorfer-féle

Benzinol

az Aether és Benzin helyettesitője, orvosi czélokra.

Nem tűzveszélyes!

Nem ég! Nem robban!

Óvakodjunk utánzatoktól!!!

A Waltersdorfer-féle „BENZINOL" kapható a legtöbb gyógyszertár és drogeriában, vagy a fenti főraktárban.

Kórházaknak kiválóan előnyös árak.

Számos elismerő levél.

HAEMOSTAN

Extr. Hydrastis Gossypii Hamamelidis-tabletták. Mérgetlen haemostaticum anyaméh-, tüdő- és egyéb vérzéseknél.

CALMYREN

Valeriana kámforpepsin - pillulák, neurasthenia, hysteria és szivneurosisok ellen.

DISPNON

Theobromin-quebracho-tabletták asthma cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis ellen. Mint diureticum is beválik.

VAGINOL

Higanyoxycyanat-sozojodolalumnol-hüvely gelatinkúpok. Megbizható és nem izgató antisepticum, infectiós és conceptiós prophylacticum hölgyek részére.

STAGOPHOR

Protargolglycerin- és higanyoxycyanat - pastillák, elegáns nikkel-tokban. Védekezés nemi fertőzés ellen.

GELATIN-készítmények

Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, tubuli elastici, suppositoria et amygdal. aurium.

Használatban az összes kiváló klinikákon, a legelső orvosi tekintélyek által rendelve.

Mintákat és irodalmat küld a készitő czég:

Austria-Apotheke, Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Főraktár Magyarország részére:

RICHTER GEDEON „Sas-gyógytár"

Budapest, IX., Üllői-út 105.

DEMETER KORNÉL gyógyszerész készítményei SZÁSZVÁROS.

Következő új gyógyszerösszetételeket ajánlja a t. orvos uraknak rendelésre:

Demeter solut. kalisulfoguajacol. **Tartalmaz**: 10%-os kal. sulfonic. guajacol. és syrup. aurant. **Alkalmaztatik**: Tuberculosisnál és a tüdő rokon heveny és idült bajainál. Vérhányásnál, katarrhalis bajoknál, idült légcső- és gégefőkatarrhusoknál, valamint asthmában szenvedőknél. A lázt és éjjeli izzadást megszünteti. **Adagolás gyermekek naponta 1—2 teáskanálnyit, felnőttek 4 teáskanálnyit vesznek be. Ára 2 korona.**

Demeter solut. kalisulfoguajacol COMP. **Tartalmaz** 10%-os kal. sulfonic. guajacol., Extr. thymi, Extr. seneg., Codein (0·02 : 100), Extr. aurant. cmp. Lecithin, Phosphátok, Extr. maltis, Vin malag., Ferrum, Syrup és aromás vegyületek. **Alkalmazása** mint a fenti készitménynél, azonkivül kiváló roborans és a reconvalescentia eseteiben. **Gyermekeknél kiváló értékkel bir szamárköhögésnél.** Ára 2 korona 60 fillér.

Demibrom. Idegerősitő. **Tartalmaz**: Ammon. kalium, Natrium, Brom, Calcium, Ferrum, Glycerinophosphoric., Lecithin, Codein (0·05 : 100), Syrup és aromás vegyületet. **Alkalmazása**: epilepsiánál, neurastheniánál, anaemiánál és ebből eredő fejfájásoknál. Ára 2 kor. 60 fill.

Kapható minden gyógyszertárban. 4206/7

Név védve. **Extractum** Név védve

Chinae „Nanning"

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

1858

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Cornutin. ergotic. „Bombellon" Alkalmazása: **per os** és **pro injectione.** Ideális anyarozskészítmény, 30 év óta kipróbált kiváló uterinum és haemostyptikum.

Cigarettae Grindel. robust. „Bombellon" Asthma-szivarkák papirhüvely nélkül, **igen megbizható enyhítő szer asthma,** emphysema, bronchitis esetében.

Cellotropin, 151,086. sz. német bir. szab. Specifikum tuberkul. bacillus és streptococcus okozta megbetegedések ellen, javalva **tuberkulosis,** skrophulosis, bronchitis, **pertussis,** orbáncz, hányszékelés esetében. **Nem kreosotkészítmény,** szag- és majdnem iznélküli, igen alkalmas a gyermekgyakorlatban.

Kapható BUDAPESTEN: Gyógyszertár a „Nádor"-hoz (Dr. Egger Leo és Egger J.) **Váczi-körút 17, „Angyal"-gyógyszertár** (Dr. Bayer Dezső) **Üllői-út 39** és **Török József** gyógyszertárában **Király-utcza 12.**

Irodalom és minták az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésre állanak.

H. Finzelberg's Nachfolger
Andernach am Rhein.

Kissingen
elősegíti az anyagcserét.

Rákóczy Maxbrunnen világhirű, anyagcserebántalmak, gyomor- és bélzavarok ellen. gyógy- és asztali víz, a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. **Kissingeni keserűvíz, kissingeni fürdősó, bockleti aczélforrás.**

Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett. Mindenütt kapható és directe is szállítunk. 3808

Kissingen és Bocklet k. ásványfürdők kezelősége.

TARCSA gyógyfürdő Vas vármegyében. — Glaubersótartalmu szénsavdús vas-források. Természetes szénsavas (aczél) és vasas, valamint vasláp-(moor)-fürdők. A tarcsai vasláp — mely a franzensbadihoz hasonló — dr. Hankó tnr., a tudományos akadémia tagjának vegyelemzése szerint **Magyarországon a legjobb, sőt a világhirű Marienbadit is jóval felülmulja úgy vastartalomban, mint szerves alkatrészekben. Ujonnan épült modern hidegvizgyógyintézet férfi- és női osztálylyal.** Kényelmesen berendezett **olcsó lakások,** vendéglőkben **izletes** és páratlanul **olcsó étkezés,** új kávéház és tejcsarnok, villanyvilágitás, térzene, szép kirándulások, kellemes hüvös éghajlat, gyógyszertár. Állandó fürdőorvosok: **dr. Barta Kornél** v. tanársegéd és **dr. Glück Gyula** a vizgyógyintézet vezetője. **A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység, ideges bántalmak, szivbajok, csúzos** (rheumás) **megbetegedések,** továbbá a **légzési — emésztési — és vizeleti szervek** bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május hó 19.-től szeptember hó végéig

Elő- és utósaisonban tetemesen olcsóbb árak. Tarcsai Károly-forrás igen kedvelt borvíz és hurutos bántalmaknál kiváló hatású. Lakás- és ásványvízmegrendelések a fürdőigazgatósághoz intézendők. Kivánatra prospectus. **Vasuti állomás, posta és távirda helyben. Budapestről és Győrből »Tarcsa-fürdő« fóliratú közvetlen I. és II. osztályú kocsik közlekednek naponta oda és vissza.**

Klimatikus fürdőhely. **GLEICHENBERG** (Stájerország) Nyári idény: május-október.

Legkedvezőbb félalpesi jellegű klimatikus viszonyok.

Gyógyjavalatok: A légzőszervek (hurut, asthma, emphysema), szivizom megbetegedései, idegbajok, reconvalescentia.

Gyógyeszközök: Inhalatiós- és pneumotherapia, szénsavas fürdők, hidegvíz-gyógyintézet, gyógygymnastika, napfürdők stb. **Gyógyforrások:** Konstantin-, Emma-, Klausen-forrás, János-kút.

Gazdagon illusztrált kimerítő prospektust küld, lakás- és kocsirendeléseket elfogad a fürdőigazgatóság.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágositással szívesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tüzkárnak a rendes üzem fentartatik.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyúvíz. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 3698
Nádas Márton.
Kútkezelőség: Brassó.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható. 3580
Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER 3040

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Praevalidin Név védve

Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint

kedvező eredmények tuberkulosis, bronchitis, emphysema, anaemia, influenza és kachexiáknál.

Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:
Phillip Röder, Wien, III/2.

Csak gyógyszertárakban kapható.

„NEU-SIDONAL"

új hathatós szer

mindennemű húgysavas bántalom sikeres leküzdésére; mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze **in statu nascendi** különös intensitással hat.

„NEU-SIDONAL" könnyen oldható, igen kellemes izű; absolute ártalmatlan és teljesen közömbös. **Olcsó ára** következtében különösen húgysavas állapotok hosszas kezelésére ajánlható.

Kapható minden gyógytárban.

Napi adagja: 2—5 gramm. Ára: 1 gramm 25 pf. = 30 fill. — Ajánlatos rendelési mód: 10 tabletta à 1 gramm. Ára 2.50 márka = 3 korona.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

51. évfolyam. 30. szám. *Budapest, 1907. julius 28.*

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Avarffy Elek: Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról. Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár. A lumbalanalgesia a nőgyógyászatban. 538. lap.

Török Lajos és Schattelesz Mór: Közlemény a budapesti poliklinika bőrgyógyászati osztályáról és laboratoriumából. Adatok a spirochaeta pallida kimutatásához. 545. lap.

Winternitz M. Arnold és Paunz Márk: Közlemény a budapesti „Stefánia" szegénygyermek-kórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár. Az oesophagoskopiáról. 546. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. G. v. Voss:* Der Hypnotismus, sein Wesen seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. — *Lapszemle. Belorvostan. Galli:* Myocardismus és endocardismus hereditarius. — *Wenkebach:* A rekesz mély állásának befolyása a vérkeringésre. — *Freund:* Adatok a tüdőemphysema gyógyításához. — *Sebészet. Bier:* Az idegenfajú vérnek befolyása a rosszindulatú daganatokra. — *Leyden* és *Bergell:* A rákdaganatok pathogenesise és specifikus szétesése. — *Kausch:* A hysteria szerepe a sebészetben. — *Auffenberg:* Az idegvarratokról. — *Gyermekorvostan. Ehrhardt:* Diphtheriás tovahaladó bőrphlegmone. — *Bőrkórtan. Wolters:* Mechanikai úton létrejött alopecia. — *Hesse:* A kénes zinkpasta mérgező hatása — *Orr-, torok- és gégebajok. Hartmann:* A nasális fejfájás és neurasthenia. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Porter:* A scabies gyógyítása perubalzsammal. — *Mesernitzki:* Tüdővészesek éjjeli izzadása. — *Pope:* Tabes gyógyítása. — *Séjournet:* Szer diabetes mellitus ellen. 548—551. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 551. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok — Hirdetések. 551. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 552—554. lap.

Mellékletek. Borszéky Károly: Közlemény a k. m. tud. egyetem 2. számú (*Réczey Imre* tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról. A pepticus gyomor- és duodenumfekélyek és azok szövődményeinek sebészi kezelése és annak értéke.

F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Digalan" készitménye. — Hell G. et Comp. czég „Honthin" készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról. Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.

A lumbalanalgesia a nőgyógyászatban.

Irta: *Avarffy Elek* dr., egyetemi tanársegéd.

A lumbalanalgesia felfedezése Corning és Bier nevéhez fűződik. Az előbbi volt az, a ki a lumbális analgesia lehetőségére reámutatott, az utóbbi pedig, a ki az első alapozó kisérleteket végezte. Czéljuk a lumbalanalgesiával nem az volt, hogy már most a belégzési narcosist végképen elhantolják, hanem hogy az új módszerrel lehetővé tegyenek a szervezetben még akkor is egy bizonyos analgesiát, a mikor a tüdők útján való narcosisnak ellenjavalataival állunk szemben, a mikor a különböző organikus betegségek a chloroform- és aethernarcosisnak tilalomfát állítatanak eleibe.

Eddigi észleleteink azt mutatják, hogy ezzel az új eljárással sok esetben sikerül pótolni az inhalatiós narcosist, de viszont tapasztalásaink arra is tanitanak, hogy az új módszernek is megvannak a maga veszedelmei. Több ezer esetet jegyeztek már fel az irodalomban az ágyéki érzéstelenitésről, sok becses gondolat és vélemény keletkezett már felőle, de azért még korántsem vagyunk a tapasztalásoknak oly bőséges birtokában, hogy végleges, megállapodott itéletet mondhatnánk felette. Ily nagyjelentőségü kérdés megoldásához és megbirálásához az évek hosszú során át gyüjtött tapasztalás szükséges.

A gerincznarcosis tudatos eszközléséhez az anatomiai viszonyokat, az idegvezetékeket, az érzési központokat és azok localisatioját kell ismerni. E viszonyokat tömören, röviden és könnyen érthetően irja meg Thorbecke a Med. Klinik 1907. 14. számában. A közleményből az idevonatkozó részt kivonatosan idézem: „A lumbális anaesthesiára — mint már neve is mutatja — a gerinczoszlopnak ágyéki részét választjuk, tehát azt a helyet, mely a „cauda equina"-t zárja magába és a mely csontalkotásánál fogva is erre a czélra a legalkalmasabb. A durális zsákot — mint tudjuk — a ligg. denticulata elülső és hátulsó kamarára osztják, melyeknek mindegyike porosus arachnoidális lemez által jobb- és baloldalira van szétválasztva. A durális zsák hátulsó felében erednek az érző-, az elülsőben a mozgatóidegek. A hátulsó részbe fecskendezett szereket tehát legelsőbben az érzőidegvégződések kapják. Tudnunk kell már most még azt is, hogy az alkalmazott analgeticum hatásának mily magasra kell terjednie a gerinczcsatornában a kivánt eredmény elérése végett. Az urethra, vagina és perineum mütéteinél szükséges, hogy az érzéstelenités a XII. intercostális idegig érjen, mert a n. ileoinguinalis, a n. spermaticus ext., pudendus communis és cutan. femoris posterior látják el ezen regiokat és ezek az idegek az utolsó intercostális ideg alatt veszik eredésüket. Hasfali mütéteknél az érzéstelenségnek a VI., ha pedig akár a hasi, akár a vaginális mütét a hashártya megnyitásával van egybekötve, az anaesthesiának a IV. bordaközti idegig kell terjednie."

A mint látható, az érzéstelenitést eszközlő szereknek a gerinczcsatornában nagy területen kell szétömleni, hogy a mütéthez szükséges érzéketlenséget megszerezzék. Ez a szétömlés azonban nem teljesen ártatlan, épen azért a narcosisnak ez a módja kivétel nélkül, azaz minden esetben nem alkalmazható. Indicatioja szóba jöhet akkor, a mikor a tüdőnarcosisnak contraindicatioival találkozunk, tehát a légutak, szív és vese betegségeiben. Természetes azonban, hogy az ágyéki érzéstelenitést nemcsak az emlitett betegségek alkalmából végezhetjük, hanem máskor is mindig, ha azt kiviendő mütétünkre nézve czélszerünek véljük. A lumbális analgesiának általános ellenjavalatait képezik: az agy, a gerinczagy, a gerinczoszlop feletti bőr, a csigolyák megbetegedései, valamint a heveny fertőző betegségek, továbbá sepsis és némelyek szerint a hysteriának is egyik-másik alakja. A korra nézve még nem tudjuk biztosan megállapitani a pro vagy contra határát. A 16. életéven alul való kort általában alkalmatlannak tartják; az öreg egyének arteriosclerosisa azonban úgy látszik nem képez contraindicatiót.

A lumbalanalgesia technikája több szerző leirása nyomán körülbelül a következő: a beteget a mütőasztalra helyezve, leg-

először lemossuk és előkészítjük ott, a hol operálni fogunk, azután ugyancsak lemosásával a beszúrás helyének készülünk a be fecskendéshez. Az injiciálást a betegnek oldalfekvésében vagy ülő helyzetében szokás végezni. Az ülő helyzetben a betegnek jól és az egyenes irányban előre kell hajolni. A beszúrás helyének chloraethyllel való érzéstelenítése után a beszúrás a mandrinnal ellátott tüvel a III—IV. vagy a II—III. ágyékcsigolya között a középvonaltól 1 cm.-nyire extramediálisan fel- és befelé, vagy pedig a középvonalban történik. A durális zsákba bejutva, a beteget kiegyenesítjük, a mandrint kihúzzuk. Ha a beszúrás tökéletes, úgy most liquor cerebrospinalis ürül. Ekkor a fecskendő alkalmazása következik, felszívás a liquorból s a liquorral keveredett szernek befecskendezése lassú nyomással a durális zsákba. Az eljárásnál ügyelnünk kell arra (Thorbecke): 1 hogy a tünek és a mandrinnak lejtősre készített vége függélyesen és ne vízszintesen álljon (sérülések elkerülése végett); 2. hogy a mandrint addig ne húzzuk ki, míg bizonyosan benn nem vagyunk a lumbális zsákban, a mit zökkenés jelez (a tü eldugulhat); 3. hogy ugyanannyi folyadékot nyomjunk be óvatosan, mint a mennyit kibocsátottunk (nyomáskülönbségek elkerülése végett). A tü beszúrásánál a betegek rendszerint fájdalmat nem éreznek, itt-ott kis rángás látható, a mely a lig. interspinale átdöfésénél keletkezik. A tü letolása közben hirtelen támadó intensiv fájdalom azt jelenti, hogy a tü hegye idegszövetet érintett vagy sértett. A befecskendezendő szert a felszívott liquorral keverni szokás azért, hogy a szer nagyobb higításban kerüljön a durális zsákba s igy hatása ne legyen hirtelen nagy fokban hüdítő, a mi különösen akkor volna kellemetlen, ha a folyadék valamiképen a légzőcentrumig is feljutna. A durális zsákba való bejutás néha nehézségekbe ütközik. Kövér egyéneknél, a gerinczoszlop elferdüléseinél elég sokszor nem sikerül a beszúrás. Ilyenkor a sikertelen kisérlet után nem marad más hátra, mint a narcosishoz folyamodni. A lumbalanalgesia technikájára vonatkozik még annak a kérdésnek a megvilágítása is, hogy a befecskendezés után milyen magasra emelhetjük fel a beteg medenczéjét. A magas medenczehelyzetre (Trendelenburg-féle elhelyezés) a gynaekologiai hasmütéteknél majdnem mindig szükség van, de annak fokát, hogy milyen magasra emelhetjük a medenczét veszedelem nélkül, eldönteni nagyon bajos. Ha a lélekzési központ az anaestheticum által szenved, akkor természetesen a legóvatosabban kell eljárni a medenczének emelésével, ne igen legyen 15° nál erősebb és csak lassan, fokozatosan történjék, nehogy az anaestheticum a medullát érje, mert ebben az esetben nagyon kellemetlen, sőt veszélyes jelenségekkel kerülhetünk szembe. Oly mütéteknél, melyek együtt járnak a hashártya megnyitásával is, a fejvégnek kisfokú sülyesztésére rendszerint szükség van, hogy az analgeticum a kellő magasságig (a IV. intercostális idegig) fejtse ki hatását. Egyszerü vaginális mütéteknél a fejvég sülyesztésére semmi szükség sincs. Ha a lejtős fektetés elengedhetetlen, akkor a folyadék befecskendezésétől számítva legalább 10 percznek kell eltelni a lumbalpunctio és a lejtősre fektetés ideje között. Krönig az injiciálás után a beteget még 5—10 perczig ülő helyzetben tartja s csak azután fekteti vízszintesre, majd emeli a medenczéjét.

Az érzéstelenség a lábakon kezdődik és halad felfelé a bordaívig, ritkán feljebb; vízszintes fektetéskor a mamillák fölé terjedni nem szokott. A beteg a befecskendezés után már néhány percz mulva alsó végtagjaiban zsibbadást, bizsergést érez és lábait mozgatni képtelen. A hatás némelykor részben vagy akár teljesen is elmarad, máskor meg nem terjed olyan magasra, a milyen magasra a mütét szempontjából kivánatos volna, hogy feljusson Ez a tökéletlenség sokszor technikai hibának a következése, de megtörténhetik az is, hogy helyesen járva el sem kapjuk meg a tökéletes analgesiát. Az érzéstelenség tartama igen különböző lehet. Elmulhat fél óra alatt, de eltarthat kisebb-nagyobb fokban órákig is. Thorbecke észlelései szerint a hatás annál tovább tart, minél nagyobb adagot fecskendeztünk be az érzéstelenítő szerből és minél nagyobb fokban sülyesztettük a fejvéget. Tapasztalásai szerint az érzéstelenség felülről lefelé haladó irányban szünik meg és pedig úgy, hogy először múlik el a paresis és csak azután az anaesthesia.

Lássuk csak most azokat a tüneteket, melyek a gerinczcnarcosissal kapcsolatosan annak tartama alatt, vagy később, akár napok multán jelentkeznek. Az előbbiek a melléktünetek, az utóbbiak az utóhatások csoportját képezik. A melléktünetek egy része a hibás technika rovására irható és rendszerint akkor fordul elő, a mikor az injiciáló a kellő gyakoroltságot még nem sajátította el; ilyen tünet például a tü bevezetése alkalmával keletkező éles fájdalom az alsó végtagokban, a mi annak a következése, hogy a tü ideggyökeret, vagy magát az ideget sértette; ez a fájdalom mindig a sértés oldalán jelentkezik. Ide sorozhatók még a periosteum sértéséből származó keresztcsontfájdalom, továbbá azok a jelenségek, a melyek túlsok liquor cerebrospinalis kibocsátása által jönnek létre; ilyenkor hányás, erős fejfájás kinozza a beteget. Az analgeticum okozta melléktünetek csoportját alkotják az elhalványodás, izzadás, émelygés, hányás, spontan székürülés, fejfájás, fulladozás, eszméletlenség és a légzés elmaradása. Az utóbbi létrejöhet úgy, hogy a befecskendezett szer a nyúltagyat éri, de keletkezhetik az által is, hogy az analgeticum a nyaki ideggyököket bénítja, minek következtében a légzési izmok működése szünik meg és a levegő nem tud behatolni a tüdőkbe. Az ágyéki gerinczagy érzéstelenítésének utóhatásai, az ú. n. secundaer tünetek az operatio után azonnal, vagy gyakrabban csak néhány nap mulva kezdődnek és napokig, néha hetekig is eltarthatnak. Leggyakoribb ezen utótünetek között a hányás és a fejfájás, a mely akár kínzó mértékig is fokozódhatik. Bier azt tartja, hogy ezek a jelenségek meningeális izgalomnak, „aseptikus meningitis"-nek a következményei. Az említett tüneteken kivül olvashatunk még ritkán előforduló izomhüdésekről is. Némelyek azt is észlelték, hogy a lumbalanalgesia után láz jelentkezik, de e miatt egész bizonyossággal a gerinczvelőérzéstelenítést okolni alig lehet. E complicatiók prophylaxisa a szerzők szerint mindössze abban állhat, hogy első sorban megbizható gyógyszerkészítményeket használjunk, válogassuk meg az alkalmazandó szert, legyünk figyelemmel annak a minőségére, túlmagas dosisokat ne adjunk és különös figyelmet fordítsunk eljárásunk technikájára.

A gerincznarcosis czéljaira különböző szereket használtak. Az első anaestheticum, a melylyel a kisérleteket megindították, a cocain volt. A cocainnak a gerincznarcosisban csak rövid életü szerep jutott, a mennyiben maga Bier is, de mások is csakhamar meggyőződtek arról, hogy a cocain erősen mérgező hatásánál fogva erre a czélra teljesen alkalmatlan. A súlyos mérgezési tünetek, a gyakran előforduló erős fejfájás, hányás, ideges jelenségek, bénulások, coliapsusok a cocaintól mihamar elidegenítették a sebészeket. Még egy utolsó kisérletet tett Bier, a midőn az adrenalinnal kombinálva alkalmazta. Az adrenalinnak ebben a combinatioban az a szerep jutott volna, hogy érszükítő hatásánál fogva az érzéstelenítést csak a „cauda equina"-ra lokalizálja és a szernek magasabbra, az agy felé való jutását megakadályozza. Az ily módon végzett kisérletek jobb eredményeket szolgáltattak, de korántsem olyan jó eredményeket, hogy azokkal meg lehetett volna elégedni és épen ezért a jogos kivánság más alkalmasabb gyógyszer után mindinkább a homloktérbe nyomult. A kisérletek alatt előfordult 12 haláleset a cocainnak renommééját teljesen aláásta, népszerüségre többé már nem számíthatott. A cocain letünése után három szer merült fel a therapiában, a melyeket ma már széltében-hosszában alkalmaznak. Ez a három szer a *novocain*, a *tropacocain* és a *stovain*. A novocaint legkevésbé használják. Legnépszerübb a stovain. H. Meyer (Trendelenburg klinikájáról) a novocain helyett a tropacocaint vagy a stovaint ajánlja. A heidelbergi női klinikán (Medizinische Klinik, 1907. 14. szám) 49 esetben alkalmazták a novocaint és pedig 23-szor laparotomiánál 11 tökéletes eredménynyel. Laparotomiánál 15, vaginális mütéteknél 10 cgm.-ot adagoltak és jobb eredményeket értek el, mint a tropacocainnal. A *tropacocainnal* (tropacocainum hydrochlor. Merck) Holz 110 gynaekologiai és 20 szülészeti esetben kisérletezett. A szert adrenalin nélkül fecskendezte be. Eseteinek körülbelül 1/3-ában észlelt fejfájást, egy öreg asszonynál pedig collapsust is látott. Neugebauer közel 500 esetben látott kedvező eredményeket. Thorbecke a heidelbergi női klinikáról (Mediz. Klinik, 1907. 14. szám) 24 esetet említ, 58%-ban tökéletes analgesiával. Eseteinek 25%-ában egyáltalán nem jelentkezett az érzéstelenség. Legjobb volt az eredmény a hashártya megnyitása nélkül való vaginális mütéteknél. A *stovain* a felfedezése óta (Fourneau 1904) eltelt idő alatt úgy látszik a leg-

kedvezőbb eredményeket mutatta. Az eucainnal és cocainnal rokon, vízben könnyen oldódó és igen jól sterilizálható por, melynek mérgező hatása jóval csekélyebb, mint a cocainé. A forgalomba hozott Billon-féle két cm^3-es phiolák 1 cm^3-e 0·04 gm. stovaint, 0·0011 gm. natr. chloratumot és 0·00013 gm. suprareninum boric.-ot tartalmaz. Egy ampullában tehát 0·08 gm. stovain van. Az adagok rendesen 0·04—0·08 gm. között ingadoznak. Laparotomiához 0·06—0·08, vaginális mütétekhez 0·04—0·06 gm.-ot szoktak általában használni, de könnyű esetekben kevesebb is elég. Bier több mint száz esetben injiciálta a stovaint és melléktüneteket alig látott. A 2 év előtti sebészcongressuson néhány száz esetről tettek említést és pedig az elismerés hangján. Silbermark, Hermes szintén kedvezően nyilatkozik a stovainról. Sonnenburg fejfájást, hányást, émelygést csak elvétve tapasztalt; szerinte vasodilatatio mellett a pulsus meglassubbodik. Thorbecke, a ki mind a három szerrel kisérletezett, 107 stovainizált betegénél 68 (63·5%) tökéletes anaesthesiát látott. 66 laparotomia közül csak 38-szor (57·5%) ért el teljes hatást és 10 esetben a befecskendezésnek hatása egyáltalán nem volt. Arra a következtetésre jut ő is, hogy azoknál az operatióknál, melyek a hashártya insultusával járnak, az eredmény nem nagyon biztató. Chaput közel másfél száz esetében a hatás csak kétszer maradt ki. Berteaux egyik betegén a lumbalanalgesiát követő napon lumbalpunctiót végzett s a liquor cerebrospinalist egészen normálisnak találta. Chartier a stovainisatiót a *szülészetben* is megpróbálta, de kevés eredménynyel. Általában azt tapasztalta, hogy a stovain iránt a szülőnők valószinüleg érzékenyebbek, továbbá, hogy a stovain rendkivül erős méhösszehúzódásokat tud előidézni, miért is oly esetekben, hol erős fájásokra nincs szükség (pl. lábrafordításoknál), a stovaint ellenjavaltnak tartja. D. E. Venus a Wiener klin. Wochenschr. 1907. 20. számában ir érdekesen a lumbalanaesthesiáról. Venus számítása szerint eddig körülbelül 10,000 lumbalanalgesiát végeztek a stovainnal, novocainnal és tropacocainnal. A 10,000 spinalanalgesiára 9 haláleset jut, ezek közül azonban csak 3 esik az eljárás rovására. Az indicatiókról, contraindicatiókról Venus czikkében a következőket olvassuk. Indicatiók: legyengültség, magas kor, arteriosclerosis, szív-, tüdő, vesebajok. Öreg egyének a gerinczvelőérzéstelenitést jól állják ki, 70—80 éves egyéneket lehet vele a narcosis veszélyeitől megóvni. Lefelé a határ a 14—16. életév. Contraindicatiók: genyedő folyamatok, heveny fertőzések stb. Lindenstein szerint idetartozik még a syphilis is az I. és II. stadiumában. A czukorbetegség, iszákosság, hysteria, neurasthenia beállítása a javalatok, illetve ellenjavalatok közé még nem áll vitán felül. Némelyek indicatiót, mások contraindicatiót látnak bennök a gerinczagy érzéstelenítésére nézve. A czikkben még *szülészeti* adatokat is találunk. A szerző szerint Kreis 6 esetében cocaint fecskendezett be subdurálisan és azt találta, hogy egy centigramm cocain a köldökig felterjedő érzéstelenséget tud előidézni, úgy, hogy a vajudók a fájásokat alig érzik, a hasprésnek reflectorius működése azonban továbbra is fennáll. A lepényi időszakot mindig normális lefolyásúnak találta. Doleris azt tapasztalta, hogy a fájások az analgesia tartama alatt sürübben jelentkeznek. Egy császármetszés kapcsán a cocainnak vérzéscsillapító hatását látta, a mikor is erős contractiók mellett a vérzés igen kisfokú volt. Némelyek a cocainnak mérgező hatását észlelték a magzaton. A tapasztalások általában kedvezőknek mondhatók, néhány kisérletező szerint azonban megvan a methodusnak az a hátránya, hogy az izmok hüdése folytán a kitolás időszaka jelentősen elhúzódhatik.

Az I. sz. női klinikán 1907 junius 24.-éig 50 esetben végeztük a spinalanalgesiát stovainnal. Ezen ötven eseten kivül még 3 olyan esetünk van, melyben a punctio nem sikerült: egy osteomalaciás, egy scoliotikus és egy igen kövér asszonynál. A stovainizált betegek kora a 17—56. életév között váltakozott. Végeztük az eljárást úgy vaginális, mint hasmütéteknél egyaránt. A vaginális mütétek száma, melyeknél a gerinczvelőt érzéstelenitettük, 12. És pedig 9-szer excochleatio + cauterisationál, egy colpotomia anteriornál (hólyagkő eltávolítása), egy discissio orif. uteri ext.-nél és egy colporrhaphia ant. + colpoperineorrhaphiánál. Két excochleatiós esetet kivéve, a többinél mind tökéletes volt az érzéstelenség. A theoria szerint a hüvelyoperatióknál volna különösen alkalmas a lumbális érzéstelenités, mi azonban azt tapasztaltuk, hogy valószinüleg a sphincter aninak elernyedése következtében mütét közben feszités, köhögés, de néha minden erőlködés nélkül is bélsár ürül a végbélből s ha ez az ürülés hirtelen történik, beszennyezheti a mütét területét és a mütő kezét is. A gynaekologusok panaszolta spontan székürülésekről Penkert (Münchener Mediz. Wochenschrift, 1907. 25. szám) azt állitja, hogy psychikus befolyások következtében jönnek létre, az egyébként éber beteget félelem fogja el és ennek a kedélyállapotnak hatása alatt a végbél záróizma elernyed, az ürülés pedig bekövetkezik annál is inkább, mert szerinte a stovainnak a zsigerek s igy a belek működésére is semmiféle befolyása sincs. Ezért Penkert ajánlja, hogy a stovainanalgesia mellett még morphiumot és scopolamint is adjunk a betegnek. 550 esete arról tanúskodik, hogy a stovainisatio mellett való morphium-scopolamin okozta bódulatban csak a legritkább esetben fordul elő a spontan defaecatio. Ennek magyarázatát abban találja, hogy a morphium bénitván az ú. n. autonom centrumokat, megszünteti a peristalticát, a scopolamin pedig a centrális idegrendszerre fejtvén ki hatását, távol tart a betegtől minden olyan „lelki insultust", mely a sphincter elernyedését vonhatná maga után.

Hasmetszést 45 esetben végeztünk stovainanaesthesiában. És pedig: ovariotomiát 14 esetben (10 tökéletes, 4 tökéletlen analgesia), amputatio supravaginalist 9 esetben (7 tökéletes, 2 tökéletlen analgesia), ökölnyi subserosus fibromás göb eltávolitását 1 esetben (tökéletes), Alexander-Adams-mütétet 5 esetben (2 tökéletes, 2 tökéletlen anaesthesia, 1 esetben a hatás elmaradt), ventrofixatiót 1 esetben (tökéletes), exstirpatio uterit 2 esetben (1 tökéletes, 1 tökéletlen), Wertheim-féle exstirpatiót 9 esetben (2 tökéletes, 7 tökéletlen érzéstelenség), herniotomiát (hernia mubilicalisnál) 2 esetben (1 tökéletes és 1 tökéletlen), hasfali tályog megnyitását és kivarrását 1 esetben (tökéletes), ascites miatt laparotomiát 1 esetben (hatás elmaradt). Két esetben a stovainnak hatása egyáltalán nem jelentkezett. A 45 laparotomia közül tehát tökéletes érzéstelenséget kaptunk 26 esetben (57·7%), tökéletlent 17 esetben (37·7%) és végül kétszer (4·4%) a hatás egészen elmaradt. Ezen eseteken kivül egy esetben a rákos inguinális mirigyeket és az egyik oldali labium majust irtottuk ki stovainanalgesiában tökéletlen érzéstelenség mellett: ebben az esetben a punctionál liquor cerebrospinalis nem ürült. Az 58 (az 50 eset közül 8-nál két mütétet is végeztünk a stovainanalgesia tartama alatt) mütét közül, melyeket stovainbefecskendezés után végeztünk, tökéletes volt az analgesia 37-szer (63·7%), tökéletlen 19-szer (32·7%) és nem jött létre analgesia 2-szer (3·4%). 50 esetünkre vonatkoztatva az eredmény a következő volt: tökéletes analgesiát kaptunk 29 esetben (58·0%), tökéletlent 19 esetben (38·0%), nem észleltünk hatást 2 esetben (4·0%). Legtovább tartott az érzéstelenség az egyik Alexander-mütétnél és 3 amputatio supravaginalisnál. Általában a supravaginális amputatióknál láttuk a legszebb és legsimább analgesiákat, ellenben legkevésbé sikerültek azok a Wertheim-féle operatióknál, melyeknél a mütét hosszú tartama miatt minden esetben a kisegitő belégzési narcosishoz kellett folyamodnunk. Egyszer hányás és feszítés akadályozta az amúgy is nehéz mütétet, máskor a visszatérő érzékenység és fájdalom miatt kellett a chloroform-aether-oxygennarcosisra áttérnünk. Egyik Wertheim-operationknál sikerült 88 perczig a beteget teljes érzéstelenségben tartani. Az anaesthesia az esetek legnagyobb részében 2—6 percz alatt jelentkezett. 9 esetben előzetesen 2 gm. hedonalt adagoltunk, hatását azonban alig láttuk. Álmosság helyett a legtöbbször inkább excitatiokat észleltünk. Az érzéstelenség teljes eloszlása az eseteknek körülbelül 1/4 részében egy órán túl következett be. Egyszer 4 óra hosszáig is eltartott, míg a paresis és analgesia egészen elmulott. A sebfájdalom itt sem szokott később jelentkezni, mint a narcosisban végezett mütétek után és intensitása sem mutat semmiféle változást.

A tökéletes analgesia eseteink legnagyobb részében körülbelül háromnegyedóráig tartott, úgy hogy 58 mütétünk közül 17-ben az érzékenység miatt kisegitőül a mütét vége felé altatni kellett; hányás és hányinger miatt 7-szer szorultunk a narcosisra. A betegnek Trendelenburg-féle elhelyezését mütéteinknél csak igen kis fokban alkalmaztuk. Rendszerint a 15°-ot sem érte el. Mégis egy esetben súlyos melléktünetekkel kellett megküz-

denünk a légzőizmok hüdése következtében. Ebben az esetben a légzőcentrum úgy látszik szabad volt, mert a beteg légzési mozgásokat próbált végezni, a stovainhatás tehát csak a legfelső cervicális ideggyökökig terjedt fel és a légzőizmok hüdését vonta maga után (l. alább). A melléktünetek közül leggyakrabban észleltünk elhalványodást, émelygést, hányást, csuklást és spontan székelést. Hányás 16 esetben fordult elő, 7-szer miatta altatnunk kellett. Spontan székelést az eseteknek majdnem 1/5-ében (11-szer) láttunk. A melléktünetek közül észleltünk még fejfájást (1 esetben), szédülést, izzadást, szomjúságot, torokszárazságot néhány esetben. A lélekzésben változásokat alig láttunk, a pulsus sok esetben megritkult. Észleltünk 48—60 közötti pulsusszámokat is. Egy alkalommal a légzés kimaradt, úgy hogy körülbelül 10 perczig mesterséges légzés eszközlésére volt szükség. A 48 éves anaemiás asszonynál supravaginális amputatio mütétét végeztük, igen mérsékelt Trendelenburg-fekvésben. A gerinczvelőt szokásunk szerint 6 centigramm stovainnal érzéstelenítettük. A has megnyitása után a beteg hányingert érez, majd néhány percz mulva légzési nehézségek támadnak, melyek egyre súlyosbodnak, miért is az asszonyt egészen vízszintesre fektetjük. A beteg fejét felemelni nem tudja, nyakát nyújtogatja, lélekzeni akar, száraz nyelvét öltögeti, beszélni nem tud, a légzőizmok nem müködnek. Cyanosis nincs, az asszony halovány. Mesterséges légzésre állapota javul és 10 percz mulva magától szív be a Roth-Dräger-készülékből oxygent. Ezen kivül kapott még egy Pravatz digalent. Pulsusában lényeges változást nem találtunk. Ezután a mütétet tovább jól türi, fájdalma nincs, mellékhatások sincsenek. A mütét utáni lefolyás teljesen sima volt.

Utótünetek 8 asszonyon mutatkoztak. És pedig 3 szor fejfájás, négyszer hányás és 1-szer kipirulás a mütét után való napon; a betegnél a fejfájás erős mértékben jelentkezett és 8 napig tartott. (A stovainisatio alkalmával itt véres liquor ürült.) A másik két betegnél a fejfájás igen enyhe volt s csak pár óráig tartott. A hányások szintén nagyon enyhék voltak s legfeljebb kétszer ismétlödtek. Egyik-másik betegnél a mütét napján vagy az azután következő napon az arcz kipirulását észleltük, valószinüleg mint a stovainnak utóhatását. Általában azt mondhatjuk, hogy míg a melléktünetek körülbelül az eseteknek felében mutatkoztak, addig az utóhatásokat csak elenyésző csekély számban (14·0%) volt alkalmunk észlelni. 3 vitiumos asszonynál, 1 tuberculosis pulmonum, 1 pleuritis sicca és 2 tracheitis esetében jól alkalmazhattuk a stovaint az általános narcosis helyett.

Az I. számú női klinikán a lumbális érzéstelenítést úgy végeztük, mint a hogyan az általában szokásos. Ülő helyzetben és nem oldalfekvésben fecskendeztük be az érzéstelenítő szert, mert ülő helyzetben a gerinczoszlop nemcsak hogy jobben ívelhető, hanem egyúttal egyenes lefutása is biztosan ellenőrizhető.

A szert legtöbb esetben a III—IV. ágyékcsigolya között fecskendeztük a gerinczcsatornába és ettől csak ott tértünk el, a hol a punctio az említett helyen nem sikerült. Ilyenkor a II—III. ágyékcsigolya között szúrtuk be a tüt, a hol a durális zsákba való bejutás voltaképen könnyebb, azonban nem veszélytelenebb, mert közelebb vagyunk a központi idegrendszerhez. A befecskendezés után a beteget rögtön, de lassan, óvatosan fektetjük le, úgy hogy eleinte a fej valamivel magasabban van, mint a medencze. A mütét megkezdésekor a beteg egészen a vízszintesben fekszik, laparotomiáknál a has megnyitásakor igen kisfokú Trendelenburg-helyzetben. Az anaesthesia tartama alatt a beteg természetesen mindvégig állandó felügyelet alatt van. Befecskendezésre a Billon-féle stovaint használjuk, ügyelve mindig arra, hogy az oldat világossárga legyen. A vörös oldatok rendszerint már bomlottak s a bennök levő adrenalin elveszítette lokalizáló és a gyors felszívódást gátló hatását. A sterilen készített 2 cm^3-es ampullák egy cm^3-e 0·04 gm. stovaint tartalmaz. Rendszerint két ampullát nyitunk meg s azoknak tartalmát, tehát összesen 4 cm^3-nyi folyadékot szívunk fel a fecskendőbe. A 4 cm^3-nyi folyadék 0·16 gm. stovaint tartalmaz. Most a fecskendőből 2·5 cm^3-t kinyomunk, miáltal a légbuborékokat is kipréseljük. Marad vissza a fecskendőben 1·5 cm^3-nyi oldat, a melyben tehát 0·06 gm. stovain foglaltatik. Ez az a mennyiség, a melyet rendesen alkalmazni szoktunk és pedig ugyanennyi felszívott liquor cerebrospinalissal keverten. A befecskendezés ezután lassan, fokozatosan történik. A mi a melléktüneteket illeti, általában azt jegyezhetjük meg, hogy ezek leginkább ott mutatkoztak, a hol a mütét természeténél fogva a hashártya nagyobbfokú vongálásával volt egybekötve. Ugyanez áll ama nehezebb esetekre nézve is, a melyekben az adnexumokat erős összenövésekből kellett kiszabadítani. A peritoneum izgatásánál szokott rendszerint megjelenni mint mellékjelenség a csuklás és a hányás is. Ugy a fali, mint a zsigeri hashártya izgatása a melléktüneteken kivül még nem épen ritkán érzékenységet vagy fájdalmat is okoz a betegnek, a mi azonban rendszerint csak a mütét végén szokott jelentkezni és egészen türhető szokott lenni. Oly esetekben, a melyekben a hányás nagyobb mértékben vagy sürübben jelentkezik, úgy hogy a mütétet is zavarja, vagy pedig a fájdalomérzés gyorsan tér vissza és a türhetetlenségig fokozódik, a mütétet chloroform-aether-oxygen- (Roth-Dräger-készülékből) narcosisban folytatjuk tovább. Másokkal ellentétben mi azt tapasztaltuk, hogy a stovainizált a narcoticum hatása alatt könnyebben elalszik, a tolerantia nála hamar áll be és nehány gm. chloroformmal (10—15 gm.) meg aetherrel (15—20 gm.) a narcosist huzamos időn keresztül fenn lehet tartani. Altatásra legtöbbször csak az elhúzódó mütétek vége felé volt szükség és a betegeknél a narcosisok után megszokott kellemetlen tüneteket alig láttuk megjelenni. A stovainnak utóhatásai, mint már a részletezésben említettük, elenyészően csekély számban fordultak elő. Betegeink minden esetben teljes épségben, a punctiós hely sima gyógyulásával hagyták el a klinikát.

Összegezve már most tapasztalásainkat, észleletanyagunk felett való itélkezésünkben arra a meggyőződésre jutunk, hogy a lumbális analgesia eddig nálunk is bevált. Oly jó és sima eredményeket láttunk, hogy az eljárásról mi is csak kedvező formában nyilatkozhatunk. A lumbalanalgesiának is megvannak természetesen az esélyei és veszedelmei épen úgy, mint az inhalatiós narcosisoknak. Itt is fejünk felett lebeg mindig a lehetősége annak, hogy bajt is csinálhatunk vele, ha „különösen“ nem vigyázunk és kiváltképen, ha nem individualizálunk. Az a 10,000 lumbalanalgesiás eset, a melyet egy statistikában (Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 20. szám. Sammelreferat von Dr. E. Venus) összegyüjtve ismerünk, arról tesz kétségbevonhatatlanul tanubizonyságot, hogy a gerinczvelőnek érzéstelenítésekor szerencsétlenül végződött eseteknek száma a narcosisok letális eseteinek számával szemben valami többletet mutat, ellenben a lumbális anaesthesia *után* keletkező veszedelmek száma a narcosisok *után* támadó és sokszor végzetes következményekkel járó complicatióknak a számával szemben minoritásban marad. Egyébiránt sokan azt is tagadhatatlannak állítják, hogy az altatások alatt a légzési zavarok, asphyxiák és collapsusok sokkal inkább fenyegetnek, mint a gerinczagy érzéstelenítésénél. A lumbalanaesthesiát követő utójelenségek complexuma a mi tapasztalásaink szerint ténylegesen csekély, ellentétben a narcosissal, a mely után például majdnem mindig támad a beteg nyugalmát és a seb gyógyulását zavaró hányás, úgy, hogy jóformán csodáljuk, ha valamelyik narcotizált asszonybeteg a chloroform vagy aether után nem hány és különös szerencsének tartjuk, ha a hosszú ideig tartó narcosisok után a bronchitisek, pneumoniák, szív- és vesetünetek súlyos következményeikkel együtt kiesnek a perspectivából.

A még fiatal methodusra vonatkozó jelentésemet két olyan megjegyzéssel zárom, melyet minden egyes esetben szem előtt kell tartani. Először, hogy az erőszakoskodásnak a lumbalanalgesia terén sincs jogosultsága: többet akarni, mint a mennyit lehet, nagyobb hiba, mint kevesebbet tenni annál, a mennyi lehetséges. A lumbálpunctiós tü bevezetését mindenáron erőszakolni és két-három sikertelen kisérlet után vissza nem lépni, annyit jelent, mint ártani annak, a kinek használni akartunk. A tü sérthet csonthártyát, ideget, eret, de meg az erőszakolt tü a csontos alapon el is törhet. Másodszor pedig legyünk mindig különös tekintettel az eljárás contraindicatioira. A lumbalanalgesia mai állapotából már valamennyire a jövőjére is következtethetünk. Hogy milyen erős lesz hódító útjában a ma még nélkülözhetetlen, sőt egyre tökéletesedő narcosissal szemben, ki fogja-e állani az idők próbáját úgy, mint a hogy a tüzpróbát kiállotta, minő hullámzások következnek még be az ő barometrumán, előre persze nem tudhatjuk. Annyi azonban már eddig is bizonyosnak látszik,

hogy az eljárás a jelen állapotában is értékes segítsége és kisegítő része lesz a sebészkedésnek... A nőgyógyászati műtéteknek egy része a vaginában, másik része a has üregében folyik le. Az érzéstelenség úgy a vaginális, mint az abdominális műtétekre tökéletes lehet. A vaginális műtéteket zavarja a sphincter ani elernyedése következtében támadó székelés, a hasoperatiokat a hashártya vongálására keletkező hányásinger és hányás. Egészben azonban a körülbelül 3/4—1 óráig tartó teljes érzéstelenség mellett a betegnek egyébként éber állapotában a hasüregben is nyugodtan dolgozhatunk.

Ezeknek a tapasztalásoknak az alapján az érzéstelenítésnek ezt a módját mi gynaekologusok is tovább használni és másoknak is ajánlani fogjuk.

* * *

Eseteink táblázatos kimutatása a következő:

Sorszám	Fej-lap-szám	Betegség	Műtét	A befecskendezett stovain mennyisége	Stovainisatio előtt adott más szer	A műtét tartama	A teljes érzéstelenség bekövetkezett	Érzékenység visszatért	Érzéstelenség[1]	A hatás elmaradt vagy a punctio nem sikerült	A narcosis tartama	Az elhasznált chloroform, aether, oxygen mennyisége	Az analgesia	
													mellék-tünetei	utó-tünetei
1	285/1906	Cysta ovarii. Vitium cordis	Ovariotomia	0·06 gm.	—	32′	12′ mulva	3 óra 43′ mulva	tökéletes	—	—	—	Peritonizálásnál csuklás	—
2	341/1906	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Enucleatio	„	2 gm. hedonal	50′	5′ mulva	2 óra 12′ mulva	tökéletes	—	—	—	Hányás, székelés, izzadás	Kétszer hányt
3	349/1906	Sactosalpynx caseosa	Laparotomia. Resectio proc. vermiformis. Ovariotomia	„	„	80′	4′ mulva kisfokú analgesia	—	tökéletlen	—	88′	34 gm. chloroform	—	—
4	372/1906	Ascites. Tumor adnex. Tbc.	Laparotomia. Ovariotomia	„	„	35′	7′ mulva	3 óra mulva	tökéletes	—	—	—	Hányás. Torokszárazság. Szomjúság. Éhségérzet	—
5	412/1906	Ca. portionis. Cysta ovarii	Laparotomia. Exstirpatio uteri sec. Wertheim	„	„	105′	2′ mulva	63′ mulva	tökéletlen	—	45′	24 gm. chloroform	Hányás. Csuklás. Székelés	—
6	413/1906	Ca. portionis	„	„	„	90′	6′ mulva	—	tökéletes	—	90′	57 gm. chloroform	Hányás, csuklás	—
7	423/1906	Myoma corp. uteri. Hasfali tályog	A tályog megnyitása és kivarrása	„	—	39′	6′ mulva	1 óra 13′ mulva	tökéletes	—	—	—	—	—
8	424/1906	Retroflexio uteri mobilis	Alexander-Adams műtét (jobboldalt a hashártya megnyitása)	„	2 gm. hedonal	85′	10′ mulva	3 óra mulva	tökéletes	—	—	—	—	Műtét utáni napon erős kipirulás
9	431/1906	Osteomalacia	Laparotomia (ovariotomia) narcosisban	—	—	—	—	—	—	A punctio nem sikerült	—	—	—	—
10	434/1906	Ca. cervicis	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Exstirp. uteri s. Wertheim	0·06 gm.	2 gm. hedonal	90′	6′ mulva kisfokú analgesia	—	tökéletlen	—	89′	62 gm. chloroform	—	—
11	4/1907	Ca. port., cervicis et fornicis. Tracheitis	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Wertheim-műtét	„	„	105′	Az excochleatiót nem érezte	37′ mulva	tökéletlen	—	95′	135 gm. chloroform	—	IV. napon fejfájás (?)
12	17/1907	Hernia lineae alb. post laparot.	Herniotomia narcosisban	—	—	—	—	—	—	Scoliosis miatt a punctio nem sikerült	—	—	—	—
13	21/1907	Fibromyoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak	0·06 gm.	—	85′	5′ mulva	82′ mulva	tökéletes	—	—	—	Émelygés. Nehézlégzés. Apnoë. (Mesterséges légzés. Oxygen, coffein, digalen,)	Kórlefolyás sima
14	22/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak.	„	2 gm. hedonal	70′	8′ mulva	40′ mulva	tökéletlen	—	43′	22 gm. chloroform	Hányás	—
15	26/1907	Tumor anteuter. cystic.	Ovariotomia	„	„	28′	7′ mulva	65′ mulva	tökéletes	—	—	—	—	—

[1] „Tökéletes"-nek vettük azt az érzéstelenséget, a mely a műtét *egész* tartamára kiterjedt. „Tökéletlen"-nek neveztük az anaesthesiát akkor, a mikor az érzékenység még a műtét alatt visszatért, jóllehet a beteg addig semmit sem érzett.

Sorszám	Fej-lap-szám	Betegség	Műtét	A befecskendezett stovain mennyisége	Stovainisatio előtt adott más szer	A műtét tartama	A teljes érzéstelenség bekövetkezett	Érzékenység visszatért	Érzéstelenség	A hatás elmaradt vagy a punctio nem sikerült	A narcosis tartama	Az elhasznált chloroform, aether, oxygen mennyisége	Az analgesia	
													melléktünetei	utótünetei
16	29/1907	Cysta ovarii. Ascites. Pleuritis	Ovariotomia	0·06 gm.	—	31′	8′ mulva	20′ mulva	tökéletlen	—	—	—	Hányás	Műtét utáni napon többször hányt
17	38/1907	Cysta ovarii. Tracheitis	Ovariotomia	„	—	90′	—	—	tökéletlen	—	—	30 gm. chloroform	—	—
18	51/1907	Ca. portionis et cervicis	Excochleatio. Cauterisatio	„	—	—	2′ mulva	—	tökéletes	—	—	—	—	I. napon fejfájás
19	52/1907	Calculus vesicae urin. (Gravida m. III—IV.)	Colpotomia anterior	„	—	38′	7′ mulva	—	tökéletes	—	—	—	Hányás. Székelés	—
20	58/1907	Myoma corporis uteri. Vitium cordis	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak.	„	—	91′	13′ mulva	31′ mulva	tökéletlen	—	41′	16 gm. chloroform. 68 gm. aether. 40 l. oxygen	Émelygés. Üres pulsus. Oxyen, digalen	—
21	60/1907	Ca. portionis. Infiltr. param. lat. utriusque	Excochleatio Cauterisatio	„	—	—	14′ mulva	Kisfokú analgesia. Lábát csak 2 óra 15′ mulva tudja mozgatni	tökéletlen	—	—	—	Székelés	—
22	61/1907	Hernia umbilicalis	Laparotomia. Herniotomia	„	—	70′	10′ mulva	30′ mulva	tökéletlen	—	35′	38 gm. aether	Émelygés	—
23	90/1907	Ca. cervicis. Ascites. Cysta ovarii lat. dextri	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Exstirp. uteri s. Wertheim	„	—	145′	—	Az excochleatiót nem éreztè. A hasmetszést érzi.	tökéletlen	—	140′	45 gm. chloroform. 45 gm. aether. 700 l. oxygen	—	—
24	95/1907	Cysta intraligamentosa	Ovariotomia bilateralis	„	—	110′	5′ mulva	—	tökéletes	—	85′	24 gm. chloroform. 31 gm. aether. 5.0 l. oxygen	Hányás	—
25	104/1907	Cysta ovarii. (Gravida m. III.)	Ovariotomia	„	—	43′	3′ mulva	47′ mulva	tökéletes	—	—	—	—	—
26	113/1907	Sactosalpynx caseosa	Laparotomia. Ovariotomia	„	—	65′	12′ mulva	78′ mulva	tökéletes	—	—	—	Szédülés. Elhalványodás. Rövid ideig tartó nehézlégzés	Műtét napján és műtét utáni napon hányt
27	121/1907	Ca. portionis	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Wertheim-műtét	„	—	100′	—	35′ mulva	tökéletlen	—	90′	30 gm. chloroform. 34 gm. aether. 500 l. oxygen	—	—
28	127/1907	Prolapsus vaginae	Curettement. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphia	„	—	65′	3′ mulva	70′ mulva	tökéletes	—	—	—	Fejfájás	8 napig volt fejfájása
29	130/1907	Cysta ovarii. Ascites	Ovariotomia	„	—	50′	20′ mulva	—	tökéletes	—	—	—	Émelygés. Ritka légzés	—
30	137/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak	„	—	65′	5′ mulva	—	tökéletes	—	50′	14 gm. chloroform. 10 gm. aether. 200 l. oxygen	Hányás	—
31	160/1907	Cysta ovarii. Gravida m. II—III.	Ovariotomia narcosisban	—	—	—	—	—	—	Nagyon kövér asszonynál punctio nem sikerült	—	—	—	—

Sorszám	Fej-lap-szám	Betegség	Műtét	A befecskendezett stovain mennyisége	Stovainisatio előtt adott más szer	A műtét tartama	A teljes érzéstelenség bekövetkezett	Érzékenység visszatért	Érzéstelenség	A hatás elmaradt vagy a punctio nem sikerült	A narcosis tartama	Az elhasznált chloroform, aether, oxygen mennyisége	Az analgesia	
													mellektünetei	utótünetei
32	161/1907	Cysta ovarii	Ovariotomia	0·06 gm.	—	35′	5′ mulva	35′ mulva	tökéletes	—	—	—	Émelygés	—
33	165/1907	Ca. portionis et param. lat. sin.	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Wertheim-műtét	„	—	130′	5′ mulva	32′ mulva	tökéletlen	—	115′	52 gm. chloroform. 53 gm. aether. 550 l. oxygen.	Torokszárazság. Izzadás	—
34	180/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak. Resectio proc. vermiformis	„	—	76′	4′ mulva	92′ mulva	tökéletes	—	—	—	Émelygés. Csuklás	—
35	186/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak	„	—	70′	5′ mulva	—	tökéletes	—	—	—	Torokszárazság. Szédülés. Émelygés. Halványság, majd kipirulás.	—
36	189/1907	Retroflexio uteri mobilis	Alexander-Adams-műtét	„	—	55′	—	—	—	Hatás nincs	60′	35 gm. chloroform. 40 gm. aether. 200 l. oxygen	—	—
37	191/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Exstirpatio uteri totalis	„	—	106′	3′ mulva	2 óra 26′ mulva	tökéletes	—	—	—	Émelygés. Halványság. Ritka pulsus (48)	—
38	193/1907	Cysta ovarii	Ovariotomia	„	—	60′	5′ mulva	2 óra 50′ mulva	tökéletes	—	—	—	Hányás. Ritka pulsus (52)	—
39	193 a)/1907	Stenosis orific. uteri ext. Retroflexio uteri fixata	Discissio. Alexander-Adams-műtét	„	—	50′	—	—	tökéletes	—	20′	10. gm. chloroform. 20 gm. aether. 200 l. oxygen	Hányás	—
40	195/1907	Ca. portionis	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Wertheim-műtét	„	—	75′	9′ mulva	—	tökéletes	—	63′	23 gm. chloroform. 35 gm. aether. 450 l. oxygen	Hányinger, erőlködés	—
41	199/1907	Cysta intraligamentosa. Tbc. uteri	Laparotomia. Exstirpatio uteri totalis	„	—	78′	3′ mulva	61′ mulva	tökéletlen	—	20′	9 gm. chloroform. 10 gm. aether. 80 l. oxygen	Szédülés. Ritka pulsus (56)	—
42	201/1907	Ascites. Tbc. peritonei	Laparotomia.	„	—	32′	—	—	—	Hatás nincs	30′	14 gm. chloroform. 12 gm. aether. 80 l. oxygen	—	—
43	207/1907	Retroflexio uteri mobilis.	Alexander-Adams-műtét	„	—	63′	3′ mulva	37′ mulva	tökéletlen	—	—	—	—	—
44	214/1907	Cysta intraligamentosa	Ovariotomia	„	—	52′	3′ mulva	—	tökéletes	—	17′	10 gm. chloroform. 13 gm. aether. 100 l. oxygen	Hányás. Székelés	—

Sorszám	Fej-lap-szám	Betegség	Műtét	A befecskendezett stovain mennyisége	Stovainisatio előtt adott más szer	A műtét tartama	A teljes érzéstelenség bekövetkezett	Érzékenység visszatért	Érzéstelenség	A hatás elmaradt vagy a punctio nem sikerült	A narcosis tartama	Az elhasznált chloroform, aether, oxygen mennyisége	Az analgesia	
													melléktünetei	utótünetei
45	215/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak	0·06 gm.	—	32′	5′ mulva	—	tökéletes	—	18′	10 gm. chloroform. 25 gm. aether. 140 l. oxygen	Hányinger. Székelés	—
46	220/1907	Cysta ovarii	Ovariotomia	„	—	75′	6′ mulva	45′ mulva	tökéletlen	—	35′	15 gm. chloroform. 15 gm. aether. 100 l. oxygen	Székelés	—
47	223/1907	Retroflexio uteri mobilis	Laparotomia. Ventrofixatio	„	—	47′	5′ mulva	—	tökéletes	—	—	—	Székelés	—
48	224/1907	Retroflexio uteri mobilis	Alexander-Adams-műtét	„	—	65′	5′ mulva	45′ mulva	tökéletlen	—	—	—	Hányás. Székelés	—
49	229/1907	Ca. labii maj. dextri. Infiltratio ca. gland. inguin. lat. dextri	Exstirpatio	„	—	62′	6′ mulva	33′ mulva	tökéletlen	*Punctionál liquor cerebrospinalis nem ürült*	39′	15 gm. chloroform. 20 gm. aether. 100 l. oxygen	—	—
50	231/1907	Ca. portionis. Infiltr. param. lat. sin.	Excochleatio. Cauterisatio. Laparotomia. Exstirpatio uteri totalis Wertheim.	„	—	130′	3′ mulva	88′ mulva	tökéletlen	—	75′	45 gm. chloroform. 20 gm. aether. 250 l. oxygen	Hányás	—
51	236/1907	Hernia umbilicalis	Laparotomia. Herniotomia	„	—	54′	8′ mulva	55′ mulva	tökéletes	—	—	—	Hányás. Székelés	I. napon egyszer hányt
52	237/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak	„	—	63′	2′ mulva	75′ mulva	tökéletes	—	—	—	Émelygés	—
53	238/1907	Myoma corporis uteri	Laparotomia. Amputatio supravaginalis Chrobak	„	—	76′	5′ mulva	81′ mulva	tökéletlen	—	—	—	Hányás. Székelés	—

Irodalom. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1906. XXIV. kötet. Neuere Mitteilungen zur Narcose. Von Dr. E. Klien (Leipzig). — Mediz. Klinik, 1907. 14. szám. Weitere Erfahrungen über Lumbalanalgesie. Von dr. Thorbecke (Heidelberg). — Mediz. Klinik, 1907. 7. szám. Ueber Lumbalanästhesie mit Tropacocain. Von Dr. H. Meyer (Leipzig). — Münchener mediz. Wochenschrift, 1907. 25. szám. Bee nflusst die Injektion von Stovain in den Lumbalsack die motorischen Functionen der Eingeweide? Von M. Penkert (Halle). — Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 20. sz. Entwicklung und Ergebnisse der Lumbalanästhesie. Sammelreferat v. Dr. E. Venus (Wien).

Közlemény a budapesti poliklinika bőrgyógyászati osztályáról és laboratoriumából.

Adatok a spirochaeta pallida kimutatásához.

Irta: *Török Lajos* dr. egyetemi magántanár és *Schattelesz Mór* dr.

Az alábbiakban két eljárást, vagy helyesebben laboratoriumi fogást akarunk ismertetni, a melyeknek a spirochaeta pallida kimutatásában hasznát vettük.

Az egyik a spirochaeta pallidát tartalmazó szövetnedv nyerésére vonatkozik, a másik a festési eljárás csekély módosítására. A szövetnedv nyerésére vonatkozó eljárásunk a következő:

Mindkét kéz hüvelyk-, mutató- és középujjára condomet húzva, alaposan megtisztítjuk a seb felületét és környékét szappannal, ezután alkohollal és utána aetherrel jól ledörzsöljük a seb területét. Ha ez megtörtént, sóoldatba mártott vattapamacsot nyomunk a sebre és ezt néhány perczig rajta tartjuk. Ezzel kettős czélt érünk el, és pedig: először a ledörzsölt, tehát vérző felületen a vérzést elállítjuk, másodszor megindítjuk vele a serum gyors és bő kiválasztását.

Most mutató-, hüvelyk- és középujjunk közé fogva a hajszálcsövet, könnyedén körülhúzzuk a seb felületén, míg elég nedvet szívott. Ha több anyagot akarunk, 2—3 ilyen hajszálcsövet töltünk meg. Ezeket mindkét végükön jól elzárjuk pecsétviaszszal vagy paraffinnal, vagy beforrasztjuk. Ily módon elérjük azt, hogy még hetek és hónapok mulva is megvizsgálhatjuk a szövetnedvet.

A beforrasztott vagy paraffinnal, illetőleg pecsétviaszszal elzárt hajszálcsöveket a thermostatba tehetjük és napról napra ellenőrizhetjük a savóban található mikroorgamismusok változásait.

A hajszálcsőben levő vizsgálati anyagból következőképen készítjük el a praeparatumot: a cső egyik végére vékony gummicsövet illesztünk és ennek segítségével egy alkohollal és aetherrel jól megtisztított tárgylemezre kifújjuk tartalmának egy részét, s most egy másik tárgylemezt, melynek csiszolt széle van, könnyedén végighúzunk az elsőn, hogy a vizsgálati anyag minél vékonyabban legyen felkenve, vagy pedig az anyagot üvegpálczikával könnyedén szétterítjük. Azután pár másodperczig száradni hagyjuk a levegőn és utána háromszor végighúzzuk a láng felett. Most hozzáfogunk a festéshez. A festésre rendszerint a Preisz által ajánlott eljárást alkalmazzuk, a melyet csupán annyiban modifikáltunk, hogy a Giemsa-festéket meleg vízzel keverjük. A víz melegítésének az az előnye, hogy a Giemsa-festék meleg vízben teljesen oldódik. Egy destillált vízzel félig töltött eprouvettát láng fölé tartva, a vizet megmelegítjük 55—60 C°-ra. A felmelegített vízhez annyi Giemsát csepegtetünk,

míg sötétkék oldatot kapunk (körülbelül 40 cseppet). Megjegyzendő, hogy a Giemsát sötét cseppentőüvegben tartjuk, lehetőleg jól elzárva és sötét helyen, mert könnyen bomlik. Most a tárgylemezt tiszta csiptetőbe illesztve, jobb kezünkben tartjuk, míg bal kezünkben a Giemsa-oldattal telített eprouvettából annyi oldatot öntünk reá, a mennyi a tárgylemezen elfér. A tárgylemezt kétszer oly magasan tartva a láng felett a láng csúcsától számítva, mint a milyen hosszú a Bunsen lángja, ide-oda mozgatjuk körülbelül százszor, most leöntjük róla az oldatot és frisset öntünk reá és az előbbi procedurát ismételjük. Ezt az eljárást 5—6-szor ismételjük, mivel ha kevesebbszer teszszük, sokszor tökéletlen a festés. Ezután a vízvezetéknél jól leöblítjük a már festett praeparatumot és itatóspapirral leszárítjuk. Hogy jól van-e megfestve, ezt megitélhetjük akképen, hogy a tárgylemezt fehér papirra teszszük. Ha a felkent vizsgálati anyag téglavörös színt kapott, a festés sikerült.

Ez alkalommal az elért eredményekről csupán annyit kivánunk megjegyezni, 1. hogy a hajszálcsőbe felfogott szövetnedvben épen oly gyakran találtuk meg a spirochaeta pallidát, mint a kaparékban; 2. hogy a spirochaeta kimutatása eseteinknek 40%-ában sikerült; 3. hogy a spirochaeta pallida kimutatása feltünő gyakran (78·5%) sikerül széles függő lyökben, ellenben sokkal ritkábban (18·2%) kifejlődött initiális sclerosisban.

A vizsgálatra fordított idő igen különböző volt, néha már néhány percz alatt, máskor csak három órai keresés után találtuk meg a spirochaeta pallidát.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ szegénygyermek-kórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár.

Az oesophagoskopiáról.

Irták: *Winternitz M. Arnold* dr., egyetemi magántanár, kórházi sebészfőorvos és *Paunz Márk* dr. műtő, a „Budapesti kerületi általános munkásbetegsegélyző pénztár“ orr-gégeorvosa.

(Folytatás.)

A „Stefánia“ szegénygyermekkórházban majdnem mindig narcosisban vizsgálunk, és pedig bal oldalfekvésben.

A nem altatott beteget a tubusbevezetés előtt kioktatjuk, hogy nyugodtan viselkedjék, vegyen rendesen, nyugodtan lélekzetet, kezeivel ne kapkodjon; ha fájdalmat érez, ezt jelezze egyik kezének felemelésével, hogy a vizsgálatot megszakítsuk. Ha a beteg látja, hogy jelzését figyelembe veszszük, az újbóli bevezetés ellen rendesen nem fog tiltakozni.

A bevezetés úgy történik, hogy a beteg fejét egy segéddel tartatva, az atlanto-occipitalis izületben mérsékelten hátraszegetjük. Most a megmelegitett és vaselinnel vagy olajjal bekent, mandrinnal ellátott tubust irótoll módjára fogjuk, bal mutatóujjunkat pedig a beteg szájába dugva a tubust a hátulsó garatfal mentén a nyelőcső bemenetébe irányitjuk. Czélszerű, ha felhasználjuk az egyik vagy másik szájzugot. Ezen körülmény igen fontos, mert a tubus bevezetését nagyon megkönnyíti. Arra kell törekednünk, hogy az egyik szájzug (pl. bal oldalfekvésben a jobb) a fej mérsékelt balrafordítása révén a test középtengelyébe kerüljön. Gyermekeknél vagy még hajlékony gerinczoszloppal biró fiatal egyéneknél, a kik fejüket jól tudják hátraszegni, a szájzug felől való igyekezet nem oly fontos, a bevezetés rendszerint ezen fogás nélkül is sikerül. Merev gerinczoszloppal biró idősebb egyéneknél, rövid, kövérnyakú férfiaknál azonban feltétlenül szükséges, hogy a szájzug felől kisérletezzünk, mert ezek fejüket annyira hátraszegezni, hogy a felső metszőfogak a nyelőcső tengelyének meghosszabbításába, illetve ezen vonal mögé kerüljenek, rendszerint nem tudják. Ily esetekben igen előnyös, ha a felső fogak hiányzanak; ilyenkor ezen foghiányokat kell felhasználnunk a tubus bevezetésének megkönnyitésére. Ép, hosszú felső metszőfogak gothikus szájpadlású, prognath arczformájú egyéneknél legyőzhetetlen akadályt képezhetnek a tubus bevezetésénél, különösen, ha a beteg száját kellőképen nyitni nem tudja. Ezen esetek azonban ritkák.

Ha a tubus vége ujjunk ellenőrzése mellett a nyelőcső bemenetébe került, akkor a beteg fejét maximális fokban hátra kell hajlíttatni mindaddig, míg az oesophagoskop a nyelőcső tengelyének meghosszabbítási vonalába nem kerül. A fejet tartó és dirigáló segédnek ezen aktusban (de az egész vizsgálat menetében is) fontos szerepe van, ezért ez a szerepkör csakis az eljárással és a vizsgáló intentioival ismerős egyénre bizható. Csak ha a fej hátraszegése révén az oesophagoskop a nyelőcső hossztengelyébe került, kezdődhetik a tulajdonképeni bevezetés, a nyelőcső úgynevezett „entrérozása“. Ezen actus az oesophagoskopia legnehezebb és egyúttal legkritikusabb momentuma, mert legnehezebb a tubust a nyelőcsőnek a gége, illetve a gyürüporcz mögötti részletén átvezetni. Oka ennek az, hogy itt van az egyedüli legyőzendő „természetes akadály“ *(Mikulicz)*. Itt ugyanis egyrészről a gége gyürüporcza odafekszik a gerinczoszlophoz és a nyelőcsövet összenyomja, másrészről a musculus constrictor pharyng. infer. is ellentáll a bevezetésnek. Ezen akadályt úgy kell legyőznünk, hogy óvatos, de egyenletes erővel toljuk le a tubust és gyengéd, rotáló mozgásokkal igyekszünk legyőzni az ellenállást. Felszólíthatjuk a beteget, hogy nyeljen egyet, a mi elősegíti a műszer gyürüporcz mögötti átjutását, a mennyiben a nyelés pillanatában a gége elemelődvén a gerinczoszlopról, az oesophagus lumene megnyilik. Enyhe zökkenés, mely után az oesophagoskop akadálytalanul, mintegy magától csúszik tovább, jelzi, hogy a bevezetés sikerült. Ezen „zökkenés“ mutatja, hogy a műszer a nyelőcső lumenébe került; de szabályul tekintsük, hogy a mandrin eltávolítása után bevilágítva a tubusba, azonnal győződjünk meg a typikus kép révén arról, hogy csakugyan a nyelőcső lumenébe jutottunk. Nem szabad a tubust tovább vezetni, mielőtt erről meg nem győződtünk; a továbbvezetésnek is mindig a szem ellenőrzése mellett kell történnie. A gyürüporcz mögött elhaladva, a tubus már könnyen csúszik tovább, legfeljebb a fogakhoz való dörzsölődése okoz némi akadályt.

Óvatosan tolva előre a tubust, a nyelőcső mellkasi részébe érve sajátszerü „locsogó csőhang“ jelentkezik a tubusban, mely a légzési mozgások által feltételezett thoracális nyomásingadozások által okoztatik.

Sohasem szabad az oesophagoskopiánál durva erőszakot alkalmazni, különösen a bemenetben nem, mert perforatiót okozhatunk. Itt van ugyanis a nyelőcső a gyürüporczhoz rögzítve és tapadási helyén csak körkörös izomzat alkotja a nyelőcső külső falát. Brutális eljárással tehát a bemeneti részben történhetik baj. Habár mérsékelt, lassan fokozódó erő helyén lehet a bevezetésnél, mégis minden erőszakos behatolási kisérletet óvatosan kerülni kell.

Ha a nyelőcső bemeneti részén túl, az obturator eltávolítása után, szemünk ellenőrzése mellett vezetjük tovább a tubust, az a nyelőcső lumenének irányában rendesen akadálytalanul halad tovább. Ezért állandóan ügyelnünk kell arra, hogy a tubus a helyes irányban meg is maradjon. Ügyelnünk kell tehát arra, hogy a tubus állandóan a test középvonalában maradjon, a mit nemcsak a kiálló tubusvégnek a test hossztengelyéhez való viszonya, hanem az oesophagoskopiás kép is jelez. Ha ugyanis a középvonaltól véletlenül eltértünk, akkor nem a nyelőcső lumene lesz centrálisan beállítva, hanem annak valamelyik fali részlete. Ezért a bevezetés közben figyelemmel kell lennünk a lumen alakjára is, mely a nyelőcső különböző szakaszaiban más és más.

Ugyanis a nyelőcső retrolaryngeális és nyaki része zárt. Ezért a tubus betolásával mindig csak annyit látunk a nyelőcsőből, a mennyit az egy kis tölcsér alakjában maga előtt kitágít. Legjobban észlelhető ez a tubus visszahúzásakor, a midőn a nyálkahártyatölcsér követi a tubust. A tölcsér csúcsában a nyelőcső nyálkahártyája csillagalakú redőzetben fekszik egymáshoz.

A mellkasi részben a nyelőcső lumene nem zárt, hanem nyitott csövet képez, melynek falán a nyálkahártya hosszanti redőzete látható. Legjobban látható ez a trachea oszlási helye alatt. A bal bronchus kereszteződésénél a nyelőcső lumene kissé megszükül, de ez nem okoz észrevehető akadályt.

A nyelőcsőnek azon része, mely a rekeszen halad át, rendesen zárt és pedig oly formán, hogy a nyelőcső jobb elülső fala szorosan odafekszik a bal hátulsó falhoz és így jobbról hátulról balra előre haladó réssé szükül a nyelőcső lumene.

Ha a tubus megakad valahol, meg kell állni és gondosan

kutatni az akadály okát. Erőszakot a lejebb tolásnál alkalmazni nem szabad. Lehetséges, hogy a tubust a nyelőcső falának irányítottuk és ezért nem halad tovább. Ez gyakran megtörténik, különösen, ha már bejutottunk a mellkasi részbe. Rendesen a nyelőcső elülső falának fekszik neki a tubus alsó vége. Ennek oka egyrészt az, hogy a beteg fejét a bevezetéskor túlerősen hátrahajlítottuk, másrészt azon körülmény, hogy a nyelőcső, követve a háti gerinczoszlop physiologiás kyphosisát, kissé hátrafelé hajlik. Ezen úgy segítünk, hogy a beteg fejét kissé előre hajtatjuk, a mikor ismét a lumen irányába kerül a tubus.

Nagy gondot kell fordítani a látótér állandó tisztántartására. E czélból a vattatamponok és a szivornya kezelésére czélszerű egy külön segéd alkalmazása. Ily segítség nélkül a vizsgálat sokkal nehezebb és tovább tart.

Körültekintő, óvatos eljárással az oesophagoskopia a legtöbb esetben sikerül. *Mikulicz* szerint minden ép ember alkalmas az oesophagoskopiára. *Gottstein* említi, hogy *Mikulicz* klinikáján 100 esetben csak 6-szor nem sikerült a tubust bevezetni. *Hacker*nek 1901-ig 400 esetben egyetlen egy balsikere sem volt. *Starck* 200 esetben mindig be tudott jutni a tubussal a nyelőcsőbe. Megtörtént azonban, hogy *Mikulicz* vizsgálatainak első éveiben két izben perforálta a nyelőcsövet a gyürüporcz magasságában ülő carcinoma-esetekben. Említettük fentebb, hogy ez azon hely, a hol physiologiás viszonyok között is akadályt érez az oesophagoskop a gyürüporcznak a nyelőcsőbe való beboltosulása miatt. Épen ezért olyan esetekben, a hol magasan ülő akadállyal vagy rákkal van dolgunk, igen óvatosnak kell lennünk, nehogy a kóros akadályt a gyürüporcz physiologiás ellentállásával összetévesztve, erőszakoljuk a bevezetést és ezáltal esetleg perforatiót okozzunk. Egyes balesetek másokkal is megtörténtek, de ezek kivételek és jórészt a gyakorlatlanság rovására irandók.

Igaza van *Gottstein*nek, hogy az oesophagoskopia nem közömbös és nem egészen ártatlan vizsgálati mód. Azonban kellő elővigyázat és helyes indicatio mellett, tapasztalt és gyakorlott vizsgáló kezében épen annyira jogosult, mint sok más voluminosus és merev műszerekkel végzett vizsgálati eljárás (cystoskopia, ureter-szondázás).

Természetesen nem fogunk minden esetet, a hol nyelési akadályok forognak fenn, azonnal oesophagoskoppal vizsgálni. Nagyon lefogyott, elgyengült betegeknél a priori eltekinthetünk az oesophagoskopiától. Jobb ezeknél a lehetőleg gyorsan készített gyomorsipolylyal megadni a lehetőséget, hogy feltápláltassanak. Ellenjavalt az oesophagoskopia továbbá a nyelőcső heveny gyuladásainál, súlyos tüdő- és szívbajoknál, aneurysmáknál, a gerinczoszlop görbüléseinél és egyéb súlyos általános megbetegedéseknél. Cirrhosis hepatis eseteiben is óvatosnak kell lennünk; könnyen keletkezhetnek a nyelőcső tágult venáiból veszedelmes vérzések *(Starck)*.

Az oesophagoskopia *diagnostikai* és *therapeutikai* szempontból bir kiváló fontossággal. Igaz ugyan, hogy szondával és megfelelő esetekben Röntgen-sugarakkal is néha megállapithatjuk, hogy hol van és milyen természetü a nyelési akadály, mégis az akadály mineműségéről rendesen csak az oesophagoskopia ad teljesen megbizható felvilágositást. A nyelőcső működésének megfelelőleg, mely a tápláléknak a gyomorba való juttatásában áll, annak működési zavarai majdnem mindig nyelési nehézségek alakjában nyilvánulnak. Csak a mióta az oesophagoskopia felvirágzott, sikerült ezen nyelési zavarok természetéről is kellő felvilágositást nyernünk. És e téren az oesophagoskopia sok új és értékes tényt derített ki. A nyelőcső rendes élettani viszonyait csak ez úton lehetett emberen tanulmányozni és sok régi téves nézet dőlt meg.

Nem szándékozunk e helyen a nyelőcső élettani viszonyaira részletesen kitérni, csak megemlítjük, hogy az oesophagoskopia segitségével állapította meg először *Mikulicz*, hogy a nyelőcső mellkasi része az élő emberben nem zárt, mint azt addig a boncz-leletek alapján hitték, hanem nyitott, levegőt tartalmazó cső Ugyancsak *Mikulicz* figyelte meg, hogy a nyelőcső fala nem nyugodt, hanem *pulsatorius*, *respiratorius* és *peristaltikus* mozgásai vannak.

Az előbbiek a szív és az aorta részéről közlött mozgások; a respiratorius mozgások pedig a be- és kilégzés által vannak feltételezve. Belégzésnél tágul, kilégzésnél szükül a nyelőcső mellkasi részének lumene. A peristaltikus mozgásokat a fali izomzat végzi. *Mikulicz* mondotta ki megfigyelései alapján azt is, hogy sphincterszerű berendezés csak a nyelőcső bemenetében van, a musculus constrictor pharyng. inf. által képezve. Ellenben a cardiánál ilyen sphincterszerű zárókészülék nincsen.

A mi az oesophagoskopia diagnostikai jelentőségét illeti, eddigi nézeteinket a nyelőcső betegségeiről is teljesen megváltoztatta. A mit eddig a szondával sötétben tapogattunk, azt az oesophagoskopia segitségével most szemünkkel láthatjuk. *Mikulicz*, *Hacker*, *Gottstein* a kóros változások egész sorozatait vizsgálták és igy nemcsak a carcinomák legkülönbözőbb alakjait sikerült meglátniok, hanem nem egy esetben már oly időben diagnostizálták a bántalmat, a midőn még a vastagabb szondák is akadálytalanul mentek keresztül. Kétes esetekben próbaexcisio végezhető *(Mikulicz, Hacker, Gottstein)*, a mi által többször sikerült a carcinoma diagnosisát pro vagy contra megdönteni. *Gottstein* említi, hogy 44 éves férfinál a carcinoma diagnosisát a fekély széléből kimetszett darab mikroskopi vizsgálatából ulcus peptícumra kellett korrigálni, a mit a további lefolyás is igazolt. Érdekes *Gottstein* azon esete is, melyben 30 éves férfi kifekélyesedett nyelőcsődaganatát carcinomának tartották. Egy kimetszett darab szövettani vizsgálata kimutatta, hogy actinomycosis forog fenn. A próbakimetszést a *Mikulicz* által ajánlott éles fogóval vagy más hasonló műszerrel végezhetjük.

Nekünk is volt alkalmunk egy esetben régebb idő óta fennálló nyelési zavarok miatt mások által carcinoma oesophagira tett gyanut korrigálni és a már kilátásba helyezett gastrostomiát megakadályozni.

A beteg 45 éves nő, kinél 4—5 hó óta nyelési nehézség áll fenn. A folyadék nyelése nem nehezített; szilárdabb ételek (hús, kenyér) azonban a manubrium sterni magasságában meg-megakadnak és csak folyadék utánnyelése mellett haladnak le. Vastag bougieval való vizsgálatnál nem találunk kifejezett akadályt a nyelőcsőben. Az oesophagoskop bevezetése azonban rögtön tisztázta a helyzetet, a mennyiben a nyelőcső felső háti szakaszának megfelelőleg körülbelül a bifurcatio magasságában azt találtuk, hogy a nyelőcső elülső fala körülbelül 5 cm.-nyi területen beboltosul a nyelőcső lumenébe és azt ilyen módon obturálja. Ezen beboltosulás igen élénken pulzált és a mellette lejebb vezetett oesophagoskop elől könnyen kitért. Kétségtelenné vált, hogy nem carcinoma oesophagi van jelen, hanem az aorta ascendens concavitásában székelő aneurysma sacciforme boltosítja be az elülső nyelőcsőfalat, illetve nyomja össze a nyelőcsövet.

Az oesophagoskopia sok oly bajt derített ki, melyet eddig csak sejtettünk. *Mikulicz* oesophagoskopiás úton állította fel a *cardiospasmus* kórképét. Sikerült több esetben a cardián fissurákat, idegen testek által okozott sérüléseket kórismézni *(Mikulicz, Hacker, Harmer, Gottstein, Rosenheim, Glücksmann)*. *Gottstein* lueses fekélyt fedezett fel a nyelőcső felső részében, mely megfelelő kezelésre gyógyult.

Újabban a nyelőcsőtágulatok (diverticulum, dilatatio) képezik behatóbb vizsgálatok tárgyát *(Rosenheim, Killian, Stark)*. Heges szükületek képét élő emberben ily módon sikerült először pontosabban tanulmányozni *(Hacker, Ebstein, Rosenheim, Gottstein* és mások).

Therapeutikus szempontból az oesophagoskopia legszebb eredményeit a nyelőcsőben megakadt *idegen testek* megtalálásánál és eltávolításánál mutatja fel. E téren *Hacker* maradandó érdemeket szerzett. Már 1887 óta gyakorolja az idegen testeknek oesophagoskopiás úton való eltávolitását, és mint mondja, azóta nem kellett idegen test eltávolítása czéljából oesophagotomiát végeznie. Az idegen testek megtalálása és eltávolítása legkiméletesebben és legkevesebb veszélylyel oesophagoskopiás úton történhetik. Igaz ugyan, hogy ha ép nyelőcsőben fennakadt sima felületü vagy puha idegen testekkel (gombok, húsdarabok stb.) állunk szemben, azoknak egyszerű letolása eredményre vezethet, mégis nagyon gyakran nincs tudomásunk a nyelőcső állapotáról; nem tudjuk, vajjon nem stricturák vagy tumorok által szükített nyelőcsőben akadt-e meg az idegen test? Ily esetekben a vaktában történő letolási kisérletekhez nyúlnunk nem szabad. Még kevésbé szabad ezt tennünk, ha kemény, egyenetlen vagy hegyes, szúró idegen test akadt fenn (csontok, szálkák, tük, fogászati lemezek stb.), mert ilyeneknek vaktában való letolása vagy felhúzása már nem egy esetben halálos végü sérülésekre vezetett. Ezért minden

egyes esetben, a hol kemény, szögletes, fellágyulásra nem alkalmas tárgyak akadtak meg a nyelőcsőben, előzetes letolási kisérlet nélkül az oesophagoskopiához kell fordulnunk. Ez annyival inkább kötelességünk, mert igen sokszor a hirtelen megakadt csont vagy ételdarab alatt egy régebben fennálló szükület — idősebb egyéneknél rendesen carcinoma, gyermekeknél többnyire eddig figyelembe nem vett heges strictura — lappanghat és így az erőszakos letolási kisérletekkel csak kárt okozhatunk. Viszont nem szabad felejtenünk, hogy elég sokszor a szonda a nyelőcső falába ékelt kisebb idegen test mellett akadálytalanul haladt le a gyomorba, mikor is az egyszerű szondavizsgálatra támaszkodva, tévesen azt következtethetnők, hogy idegen test nincs a nyelőcsőben ; más esetekben pedig a nyelőcsőből már eltávozott az idegen test, de az általa okozott sérülés még fenntart olyan tüneteket (fájdalmas nyelés, sőt teljes nyelési képtelenség), mintha az idegen test még ott volna. Mindezen esetekben csak az oesophagoskopia adhat kellő felvilágosítást és megnyugtatást a nyelőcsőbeli viszonyokról.

Ha idegen testről van szó, mindjárt úgy készüljünk, hogy a diagnosist egyesitsük a therapiával, azaz az idegen test eltávolításával. Előzetesen mindig szondával óvatosan megállapítjuk az akadály magasságát, hogy ennek megfelelő hosszúságú tubust válaszszunk. Ez természetesen letolási kisérlet nélkül történjék. Adott esetben (csont, fémtárgy) igen jó szolgálatot tehet a Röntgen-kép is.

Hacker, Stoerk, Gottstein, Harmer, Reizenstein, G. Killian, Starck és mások egész sorozatait közlik az oesophagoskopiás úton eltávolított idegen testeknek. A „Stefánia“ szegény gyermekkórházban bőséges alkalmunk volt az oesophagoskopia gyakorlati értékét kihasználni. Az eljárás mindenképen bevált és vele úgyis mint diagnostikai, úgyis mint therapeutikai eljárással igen meg vagyunk elégedve. Eseteink között vannak olyanok, melyekben az idegen test ép nyelőcsőben akadt meg, és olyanok, melyekben heges stricturában ékelődött be. Több esetben idegen test gyanúja miatt végeztük a vizsgálatot.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Von G. v. Voss (Greifswald). Halle a. S., Verlag von C. Marhold, 1907. 42 l. Ára 1.20 márka.

Voss kis füzetében tömören és igen jól foglalt össze a hypnosisról annyit, a mennyit ilyen kevés lapon elmondani lehet. Voss a hypnosist csakis a gyógyítás szempontjából tartja megengedhetőnek ; könnyebb hysteriában, neurastheniában, alkoholismusban, enuresisban, ideges asthmában, sőt szervi megbetegedésekben támadó fájdalmak ellen sikerrel alkalmazta, míg súlyos hysteriában és phobiák ellen nem sok hasznát vette. A szerző sohasem szorul mély álomra és a lassú javulás suggerálását alkalmazza ; a „kelj fel és járj“ módszert ellenben nem szereti, mert ha csütörtököt mond, a beteg rossziránytú suggestio áldozata lesz. Szerinte nehezen képzelhető, hogy hypnosisban valakit bűntettre lehetne csábítani, mert gyakran nem sikerül a hypnosis, ha a betegtől olyat kivánunk, a mi reá nézve csak kissé is kellemetlen. Talán lehetséges ilyen irányban olyanokat valamire rábirni, a kik azt hypnosis nélkül is hajlandók megtenni. *Voss* törvényt kiván, a mely a nem orvost a hypnosistól eltiltja és szükségesnek tartja, hogy a hypnosis alatt egy harmadik személy legyen jelen és a beteg a dologba határozott beleegyezését adja. Ez utóbbi két körülmény, sajnos, megnehezíti a hypnosis alkalmazását. *Kollarits Jenő* dr.

Új könyvek: *E. Marx:* Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. Zweite Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 8 m. — *J. Müller:* Die hygienisch-diätetische Behandlung der Syphiliskranken. Berlin, A. Hirschwald. 3 m. — *Jessner:* Kokkogene Hautleiden. Würzburg, A. Stuber. 1.00 m. — *Simmonds:* Über Form und Lage des Magens unter normalen und abnormen Bedingungen. Jena, G. Fischer. 3 m. — *Pirquet:* Klinische Studien über Vakzination und vakzinale Allergie. Wien, F. Deuticke. 7.20 k. — *Klapp:* Funktionelle Behandlung der Skoliose. Jena, G. Fischer. 3 m. — *Graul:* Anleitung zur Diagnostik der Magen-, Darm- und Konstitutionskrankheiten. Würzburg, A. Stuber. 4.50 m. — *Reichardt:* Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. Jena, G. Fischer. 6 m. — *Perthes:* Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. Stuttgart, F. Enke. 13 m. — *Stiller:* Die asthenische Konstitutionskrankheit. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *Korschelt:* Regeneration und Transplantation. Jena, G. Fischer. 7 m. — *P. Redard:* Précis de téchnique orthopédique. Paris, F. R. de Rudeval. 12 fr. — *P. Jousset:* Prophylaxie de la tuberculose. Paris, Baillière et fils. 2.50 fr. — *G. Vulliet:* Les alcalins. De leur mode d'action et de leur valeur au point de vue de la neutralisation. Paris, Baillière et fils. 3 fr. — *Delbet, Chevassu, Schwartz* et *Veau:* Grands processes morbides. Paris, Baillière et fils. 11.50 fr. — *Rogez, Gouget* et *Boinet:* Maladies des artères et de l'aorte. Paris, Baillière et fils. 8 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Myocardismus és endocardismus hereditarius néven foglalja össze *Galli* tanár a szív izomzatának és belhártyájának öröklött gyengeségét. A vérereknek öröklött csekély ellenállóképességét Huchard „aortisme héréditaire“-nek nevezte Az agyi vérzést, értágulatokat, a félholdalakú aortabillentyük elváltozásait és a nephritis interstitialist veleszületett érgyengeség miatt egyikmásik nemzedékben létrejött arteriosclerosis alakjának tartotta. A szívbetegségek öröklését számos kasuistikai közlemény bizonyítja. Az öröklékenység a dispositio átvitelén alapul. E dispositio nem anatomiai elváltozásban, hanem az érrendszer gyengébb voltában áll, úgy hogy az aránylag kisfokú kóros befolyás is megbetegedést okozhat. A myocardium gyengesége már korán jelentkezhetik. Az ily egyének hosszú, keskeny mellkasúak, nyúlánk termetűek, aránylag csekély megerőltetés után szívdobogásuk és légzési nehézségük támad. Néha émelygés, beszédzavar vagy ájulás is észlelhető náluk. A betegek vérszegények, érlökésük szapora, a vérnyomásuk csekély. Időnként, különösen megerőltetés után, a szívcsúcs felett systolés zörej hallható, a pulmonalis II. hangja kettős. S minthogy ily esetekben a billentyükön és vérerekben eltérés nem állapítható meg állandóan, a szívizomzat gyengeségére kell következtetnünk. A szerző az elmondottakat egy 18 éves fiatal ember kórtörténetével érzékíti, a kinek egész családja szívbajos volt. Gyakori tapasztalat továbbá az is, hogy rheumás szülőknek néha több gyermeke is már korán szívizületi gyuladást és szívbelhártyalobot kap. Így egy rheumás hajlamú anyától származó két gyermek heveny izületi gyuladást kapott. Az idősebbiknél szívbillentyübántalom fejlődött ki, az ifjabbnál halálosan végződött endocarditis. Az anyában a rheumatismus csak később jött létre, s dekompenzált, majd halálos végű szívbajt eredményezett. A szerző az elmondottak alapján a szívbántalmak öröklött dispositioját 3 csoportba osztályozza : aortismus, myocardismus és endocardismus, a melyek arteriosclerosisra, szívizom- és billentyübántalmakra vezethetnek. (Berl. klin. Wochschr., 1907. 13. sz.)

Ország Oszkár dr.

A rekesz mély állásának befolyásáról a vérkeringésre ir *Wenkebach* egy esete kapcsán, a melyben az Oliver-Cardarelli-tünet (a tracheának rythmusos lefelé mozgása) jelenléte, a baloldali radialis pulsus kisebb volta stb. miatt az aneurysma diagnosisát állították fel, noha csak enteroptosis állott fenn. Az enteroptosisnak szükségképeni következménye a rekesznek mély állása. Ennek következtében csökken a rekeszlégzés s így megvan az alkalom a splanchnikus pangásra. Tudjuk, hogy a rekesz első sorban arra szolgál, hogy a vérkeringést a has felől a szív felé elősegítse. Belégzéskor a rekesz leszáll és összeszoritja a hasi szerveket, főleg a májat ; egyúttal a diaphragma és a pericardium, továbbá a vena cava inferior, úgyszintén a jobb szívpitvar és a pericardium valamint a cruradiaphragmatis közötti szoros összefüggés miatt vongáló hatás keletkezik a pericardiumra és főleg a szívnek venosus részére. Könnyen érthető tehát a rekesz állásának nagy jelentősége a vérkeringésre, továbbá az, hogy enteroptosisban nem csupán a vér továbbítása a hasból a szív felé, hanem általában az egész szívműködés mechanismusa is zavart szenved. A rekesznek mély állása egyébként nem csupán az enteroptosisban fordul elő, és a mint ismeretes, az úgynevezett „lógó szív“ képződésével jár ; ilyenkor a szív nem nyugszik a rekeszen, hanem a tracheán és a nagyereken szabadon lóg.

Különösen két tünet mutatja, hogy az ilyen szívnek milyen nehézségekkel kell küzdenie: az egyik az Oliver-Cardarelli-tünet, a másik pedig a jugularisok megduzzadása a radialis-pulsus megkisebbedésével a belégzéskor. Enteroptosis sok esetében czélszerű hasköto viselésével csökkenthetők a zavarok; a rekesz mély állásának azon eseteiben ellenben, a melyekben nincs enteroptosis, az ilyesféle eljárással nem érünk el eredményt. (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907. 8. sz. Ref. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 21. sz.)

Adatok a tüdőemphysema gyógyításához. *Freund* utalt volt rá először, hogy a tüdőnek elsődleges megkárosodása útján támadó emphysemán kivül van olyan is, a mely a mellkas elsődleges megváltozása következtében keletkezik. Freund-nek ezen már mintegy 50 év előtt kifejtett nézetét csak újabban kezdik kellőképen méltányolni. A mellkasnak ezen megváltozása már a fiatalabb korban veheti a kezdetét: a bordaporczok az egyik vagy mindkét oldalon, hol lassabban, hol meg gyorsabban megvastagodnak s belsejükben olyan folyamatok indulnak meg, a melyek végeredményben a porczok megkeményedésére, elmeszesedésére vezetnek. Ilyen módon támad az a sajátszerű megváltozása a mellkasnak, a melyet Freund „a mellkas merev tágulásá“ nak nevez s a mely mellett a mellkas állandóan belégzési állapotban lévén, a légzés természetesen zavart szenved és idővel emphysema származik. A mellkas merev tágulása folytán emphysemássá vált tüdő a mellkas megnyitásakor összeesik, vagyis rugalmassága még megvan, ellentétben a tüdőnek elsődleges megkárosodása útján támadt emphysemával. És ez igen fontos a gyógyítás szempontjából. Mert a mellkas tágult voltán műtéti beavatkozással segítvén, a rugalmasságát még megtartott tüdőnek visszaadhatjuk a rendes, vagy legalább megközelítően rendes légző működését; míg a tüdőnek elsődleges megkárosodása útján támadó emphysemában természetesen nem segíthet az ilyen műtéti beavatkozás, mert a tüdő rugalmassága elveszett. Az ilyen műtétet eddig két esetben végezték. Az egyik esetben Freund ajánlatára *Hildebrand* metszette át a bordaporczokat mindkét oldalon, mire tetemes subjectiv javulás következett be és a tüdő vitális capacitása csaknem a kétszeresére emelkedett. A másik esetet *Mohr* közölte; ebben is tetemes javulásra vezetett a bordaporczoknak átmetszése és a velük szomszédos bordákból 2 cm.-es részeknek resectioja. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 27. szám.)

Sebészet.

Az idegenfajú vérnek befolyásáról a rosszindulatú daganatokra értekezik *Bier*. Már évekkel ezelőtt tapasztalta, hogy bárányvér befecskendezése gyüjtőerekbe vagy a daganat környezetébe nevezetes változásokat hoz létre a daganatban; egy gyermekben kiterjedt sarkomacsomók ilyen kezelés mellett tetemesen megkisebbedtek, a mi persze nem akadályozta meg a halálos kimenetelt. Újabban főleg defibrinált disznóvérrel kisérletezett, ebből 10—20 cm^3-t fecskendezve a daganat környezetébe. Ilyen vér befecskendezése lokálisan gyuladást okoz, ezenfelül pedig lázat; ezen reactiók a befecskendezések megismétlésével, abban az arányban, a mint az ember haemolysise a befecskendett idegen vérrel szemben nő, erősebbek lesznek. A bárányvér hatása enyhébb, de a növekvő haemolysissel itt is fokozódik a lokális és általános reactio. A súlyos reactiók elkerülésére a használt vérfaj változtatása és csak kis adagok alkalmazása ajánlatos. A rosszindulatú daganatokra ezen vérbefecskendezéseknek kétféle hatása van, egyfelől a specifikus daganatszövet tönkremegy és lobos granulatiós szövettel helyettesíttetik, másfelől pedig nagy darabokban elhal a daganat. Ezen lehetőségeket 2 eseten demonstrálja; de ezen 2 esetben (inoperabilis arcz- és inoperabilis thyreoideacarcinoma), melyekben eddig a legjobb sikert érte el, sem pusztult el a daganatszövet teljesen s az egyikben mikroskopice, a másikban makroskopice is ki volt mutatható, úgy hogy praktikus szempontból, a rosszindulatú daganatok meggyógyítása szempontjából eredményt ez ideig még nem ért el. Mindenesetre azonban érdekes pathologiai tény, hogy az idegen fajú vér (mint egyéb lázkeltő anyagok és másféle protoplasmamérgek is, Ref.) befolyásolja a rosszindulatú daganat specifikus szövetének táplálkozását. Említést érdemel a szerzőnek az a rövid megjegyzése is, hogy 3 súlyos prostatahypertrophiát kedvezően sikerült befolyásolni ilyen idegen fajú vér befecskendezésével s a vizeletretentióra ezen injectiók kedvező hatásúak voltak. (Deutsche med. Woch., 1907. 29. sz.) *Pólya.*

A rákdaganatok pathogenesiséről és specifikus szétesésről ir *Leyden* és *Bergell*. A trypsinnek a rákra gyakorolt pusztító hatásából kiindulva, más enzymeket kerestek, melyek a daganatsejteket megtámadják s ilyent találtak a májnedv proteolytikus fermentjében, melynek különös elective és a trypsinnél erősebb hatása van a daganatszövet feloldásában és nekrosisában. 3 inoperabilis daganat esetében ezen májnedv kis dosisainak befecskendése gyors és progressiv szétesést idézett elő. Therapeutikus jelentőséget e ténynek egyelőre nem tulajdonítanak, mert a hatás rapid, súlyos toxikus jelenségekkel jár, melyek az adagolás módja által — fermenthatásról lévén szó — nem mérsékelhetők, de a pathogenesisre nézve az a theoria állítható fel, hogy a rák szertelen növekvésre való hajlamának az oka a szervezet specifikus hydrolytikus képességének csökkenése vagy hiánya. A rák növekedésénél keletkező új sejtmateriális új proteinanyagok képződésével jár s a rák rosszindulatúságának lényege épen abban rejlenek, hogy ezen proteinfelépítés nem korlátoztatik s nem jár megfelelő széteséssel, mint a hogy az a normális szervezetben történik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 23. szám.) *Pólya.*

A hysteria szerepéről a sebészetben szép tanulmányt közöl *Kausch* tanár, a ki ezen határkérdés tárgyalására annál inkább hivatott, mert sebészeti működése előtt psychiatriai, majd belgyógyászati assistens is volt. Ezen dolgozat keretében a hysteriás láztól eltekint s főfigyelmét a hysteriára fordítja olyan esetekben, mikor a sebészi bántalmak notorius hysteriásoknál fordulnak elő s súlyosabb alakban jelennek meg, továbbá midőn a hysteriás tünetek egy határozott testtájra szorítkoznak s így lokális organikus elváltozások képében jelentkeznek. A visceralis hysteria csoportjában érdekes példákat közöl az agyhysteria köréből, midőn fejfájás, cerebrális tünetek: hemiplegia, facialisbénulás stb. miatt műtéti beavatkozás történt; pseudomeningitis, pseudomastoiditis is vezetett már műtétre, a midőn a műtét után derült csak ki, hogy hysteria forgott fenn. Sebészi szempontból nagyon érdekes a pseudoappendicitis hysterica, a mely tekintve, hogy a korai műtét jogosultsága mind általánosabb elismerést nyer, gyakran tesz műtéti beavatkozást szükségessé. Bővebben foglalkozik Kausch a hysteriás ileus kérdésével; az irodalomból 25 ilyen esetet gyüjtött össze, melyek közül 17 esetben műtét is történt. A továbbiakban érdekes adatokkal szolgál a hysteria szerepéhez a vese megbetegedéseiben; főleg az anuria érdemel nagy figyelmet és sokszor nehézségekbe ütközik a felismerése. A splanchnoptosis-, a vándorveseműtétek a hysteriát nem gyógyítják meg és ilyen kórképnél is hysteriára gondolnunk kell. Mindenesetre a hysteria, tekintve, hogy mindenütt organikus affectiokat utánozhat, a sebészek kellő figyelmét érdemli meg. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. 1907. 17. k. 3—4 f.) *Steiner Pál* dr.

Az idegvarratokról értekezik *Auffenberg* az Eiselberg-klinikáról. 20 esetben alkalmaztak idegvarratot, varróanyagul jodcatgutot ajánlanak. Az idegdefectus fedését többféle módon végzik; czélja, hogy a képződő heg a varrat helyén újabb compressiót ne okozzon. Gyakran formalinban keményített borjuverőérrel végzik az ú. n. tubulisatiót, de kipróbálták a gelatinacsöveket, a decalcinált csontcsövecskéket, a Neugebauer-féle izomátültetést is. 13 idegvarrateset közül 6 esetben közvetlen eredmény volt észlelhető, 2 esetben a sensibilitás, 4 esetben a motilitás is javult. E 6 eset közt 3 esetben primaer varrat volt, 3 esetben a sérülés óta 40 nap—12½ hó telt el. E 13 esetből 2 esetben a távolabbi eredmény is tökéletes. Eseteik alapján azon conclusiora jut, hogy 1. minden idegvarrat vagy idegfelszabadítás lehetőleg gyorsan a sérülés után történjék, tehát az idegvarrat a sürgös műtétek közé tartozik; czélszerű a varrat helyén tubulisatiót végezni, szükség esetén a betegtől vett gyüjtőérdarabbal; 2. neuroma esetén helyesebb ennek teljes resectioját végezni, mint a partiális ékkimetszést; 3. energikus utókezelés massage-zsal és faradisatioval a közvetlen eredményt javíthatja. (Arch. f. klin. Chir. 1907. 82, kötet 3. füzet). *Steiner Pál* dr.

Gyermekorvostan.

Diphtheriás tovahaladó bőrphlegmone elnevezéssel *Ehrhardt* docens egy úgy aetiologiai, mint klinikai szempontból egységes új kórképet ir le, a melynek létezésére *Nauwerck*-nek nemrégiben közölt esete hivta fel a figyelmét, s a mely úgylátszik nem is nagyon ritka. A betegség az első életévekben jelentkezik, még pedig főleg gyenge, csekély ellentállóképességü gyermekeken. Oka a diphtheria-bacillus behatolása a bőrbe kis excoriatiókon át. Feltünő, hogy ezek az excoriatiók nem keltik valamely súlyosan fertözött seb benyomását és hogy nem mutatják a sebdiphtheriára jellemző elváltozásokat. A kórokozó úgylátszik azonnal a cutisnak és a subcutisnak mélyebb rétegeibe jut, a hol a fascia fölött a nyirokutakon terjed tova. A diphtheria-bacillusok többnyire magából a betegből erednek; a szerző által közölt 4 eset közül 2-ben torokdiphtheria volt kimutatható Lehetséges azonban, hogy a környezetben előfordult diphtheriás megbetegedésből indul ki a fertözés. A betegség magas lázzal és az általános állapot súlyos megzavarásával veszi kezdetét. Helybelileg beszürödés támad a subcutisban, a mely gyorsan terjed a felület minden irányában és szétesésekor a bőrnek az alatta levő felületes fasciáról leemelödésére vezet. A bőr tüzpiros, párnaszerüen oedemás; tapintáskor a mélységben érezni lehet a kemény beszürödést; az ujjbenyomatok megmaradnak. Nagyobb tályogok nem képződnek; bemetszésre csak kevés, hígan folyó geny ürül s minden irányban mély tasakokba jutni, a melyekben helyenként még könnyen szétválasztható összeköttetések találhatók a subcutis és a felületes fascia között. A baj gyorsan terjed, a fasciát azonban nem töri át. A bőrnek nagy kiterjedésü leemelödése következtében természetesen jelentékeny keringészavarok támadnak a bőrben, a melyek miatt a bőr nagy terjedelemben elüszkösödhetik. A kórjelzés könnyü, a mennyiben az oedemás folyadékban megtalálhatók a diphtheria-bacillusok. A prognosis kedvezötlen. A szerző 4 esete közül 2 halálosan végzödött, 2-ben pedig a hetekig tartott súlyos betegség kiterjedt callosus hegképződésre vezetett. A kezelés sebészi volt, a jövöben azonban a sebészi kezeléssel egyidejüleg a diphtheriaellenes serumot is igénybe fogja venni a szerző. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 26. szám.)

Bőrkórtan.

Mechanikai úton létrejött alopeciákról ir *Wolters* (Rostock). Tudnivaló, hogy az alopeciák aetiologiájában sokszor a traumák is el nem hanyagolandó szerepet játszanak. A trauma alatt itt nem kell mindig ütést, szúrást vagy hasonló behatást érteni, mert traumának tartandó a hajas és szörös testrészeken az állandó kitépés, dörzsölés, törtelés és vakarás is. Az alopeciát előidéző okok között a rendszeres kitépés az, mely határozott kórképpé alakulhat s a melyet *Hallopeau* irt le először és illetett a trichotillomania névvel. Az ilyen eseteket, a melyekben tehát az alopecia a beteg által állandóan s ösztönszerüen végzett tépegetés útján jön létre, a szerző az irodalomból gondosan összegyüjtötte s megtoldotta saját észleleteivel. Az irodalomban összesen 11 esetet talált leirva, saját észleletei 6 esetre vonatkoznak. A trichotillomániás esetek legtöbbször egyéb ideges, kóros tüneteket mutató egyénekre vonatkoznak. Egyben kétségtelen, hogy a hajzatnak vagy szörzetnek dörzsölése vagy tépegetése a legkülönbözőbb ideg- vagy elmebajok kapcsán észlelhető. Gyakori, de nem állandó kiváltó ok a dörzsölésre s tépegetésre a lokális, körülirt viszketési érzet, tehát pruritus. Ilyenkor a haj- és szörszálak eltávolítása a beteg által néha rohamszerüen végeztetik. A roham után a beteg megint teljesen normális egyén benyomását teheti. A trichotillomania olykor egészen fiatal gyermekeken észlelhető. Mindezeket azért fontos tudni és ismerni, mert a létesült alopecia (bajusz, szakál, a fejtető hajzata, fanszörzet) más alapon létrejött kopaszságokkal téveszthető össze. A fejtetőn az ilyen traumás alopeciák némileg hasonlíthatnak a lueses alopeciához. A megkülönböztető jel itt az, hogy a trichotillomaniában a hajszálak hossza egyenlötlen, a bőrből pedig csak erővel téphetők ki. Egyébként hiányzanak egyéb lueses tünetek. Összetéveszthető ez a traumás alopecia még az alopecia areatával, sőt még a különböző parasitás betegségekkel is, de azért kellő körültekintéssel könnyü az eligazodás. (Medizinische Klinik, 1907. 23—24. sz.) *Guszman.*

A kénes zinkpasta mérgező hatását említi *Hesse* (Düsseldorf), a kinek véleménye szerint a kis gyermekeken olykor észlelt úgynevezett eczemahalálnak egyik-másik esetben az alkalmazott kénes kenőcsök lehetnek az okai. Észlelt esetében a 2 hónapos eczemás gyermek bőre igen jól gyógyult kénes zinkpasta használatára. De a hányszor igénybe vette ezen különben igen jól bevált készítményt, a gyermeken mindannyiszor igen súlyos belső mérgezési tüneteket észlelt. Ezek lázban, hasmenésekben és súlyos rosszullétben nyilvánultak. Ezzel szemben a bőr a legkisebb reactiót sem mutatta. A szerző szerint e tünetek oly hevesek voltak, hogy a kénes pasta kihagyása nélkül a gyermek valószinüleg elpusztult volna. A kénes pastához hasonló készítmények, mint a thiol, thigenol és ichthyol, semmiféle zavart sem okoztak. (Dermatolog. Zeitschrift, 1907. 2. f.) *Guszman.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A nasális fejfájásról és neurastheniáról irva *Hartmann* elismeri, hogy a fejfájást gyakran okozza a tarkóizmok koponyán tapadó végének kóros állapota (myalgia, myositis) s hogy faradizálással javítható vagy gyógyítható; de utal arra, hogy a fejfájás és neurasthenia alapját nagyon sokszor a felső légutak elváltozásaiban kell keresnünk. Ezen elváltozások egyik csoportja az orrjárat szükületére vezet s az ilyenkor támadó fejfájást és neurastheniát a szerző azzal a kisérletileg talán nem eléggé indokolt feltevéssel magyarázza, hogy az orrjárat szükülése folytán bekövetkező hiányos légzés a vér oxygen-, sőt haemoglobintartalmának csökkenését, széndioxydnak és egyéb, esetleg toxikus bomlási termékeknek felhalmozódását vonja maga után. Az igy átalakult vér hatása az idegrendszerre idézné elő a fejfájást és neurastheniát. Felfogását támogatja egyrészt Lichtwitz és Sabrazès észleletével, kik az orrüreg nyálkahártyájának adenoid burjánzásait mutató gyermekekben a haemoglobin- s vörösvérsejttartalom csökkenését találták, míg a burjánzások eltávolítása után a rendes viszonyok állottak helyre; másrészt a gyógyitási eredményekkel: az orrjárat tágítása után a tünetek megszünnek. Ilyen hiányos légzésre úgy látszik csak az orrüreg csekélyebb fokú, észre nem vett s ennélfogva a szájlégzés által nem kompenzált szükületei vezetnek, míg nagyfokú szükület esetén a szájlégzést veszik igénybe a betegek, a mely teljesen pótolhatja az orrlégzést, úgy hogy tünetek nem támadnak. A fájdalom felnötteknél föképen a homlokra vagy a fej egész elülső részére terjed ki, de szorítkozhatik a fali vagy nyakszirttájékra is. A felső légutak szükületét okozhatják: az orrszárnyak túlságos közelsége az orrsövényhez, az orrszárnyak petyhüdt volta (öreg egyéneken), a mely miatt mély belégzéskor odalapulnak a sövényhez; a sövény elgörbülései s megvastagodásai; az orrfalaknak a sövényhez való túlságos közelsége, a mikor csekély fokú nyálkahártyaduzzadás már tetemes szükületet idézhet elő; a kagylók (különösen az alsó) nyálkahártyájának duzzadása vagy túltengése, ritkábban orrpolypusok. A therapia a rendes anatomiai viszonyok helyreállítására irányul: az orrbejárat tágítása orrtágítóval (Feldbausch-féle), a sövény és kagylók részleges resectioja, a nyálkahártya apasztása gyógyszeres kezeléssel vagy galvanokaustikával stb.

Az elváltozások másik csoportja nem idézi elő a felső légutak szükületét s a kisérő neurasthenia és fejfájás nem magyarázható hiányos oxygenfelvétellel, hanem az idegeknek mechanikai úton vagy a gyuladás által való izgatása, reflex vagy kisugárzás által. Különösen az orr melléküregeinek megbetegedései jönnek itt számba: neuralgiaszerü fejfájást okoz a Highmor-öböl, a rostasejtek s a homloköböl megbetegedése; az utóbbinak nemcsak a hurutos vagy genyes gyuladása, de az orrüri nyilásának elzáródása miatt benne támadó légritkulás is fejfájást okoz a homlok tájékán, a mit bizonyitanak azon esetek, melyekben kivülről való megnyitáskor gyuladási terméket nem találtak s a tünetek mégis elmaradtak, de a seb begyógyulása után ismét jelentkeztek és csak az orrüri nyilás szondázása után maradtak el végképen. Empyema kibocsátása után, ha nem gondoskodunk az orrüri nyilás átjárhatóságáról, újra jelentkezik a fejfájás, még pedig nem új gyuladásos váladék felszaporodása miatt, mert ilyent nem találunk. A causális therapia természetesen a Highmor-barlang, a rostasejtek s a homloköböl kezelésében fog állani. A homloköblöt, ha csak lehet-

séges, az orrüreg felől nyitjuk meg. Cocain-adrenalinoldattal érzéstelenítjük s lelohasztjuk a nyálkahártyát, ha szükséges, galvanokaustikával apasztjuk vagy a középső orrkagyló elülső végét lecsípjük; cocain-adrenalinoldatba mártott vattával körülcsavart szondával megnyitjuk s tágítjuk a nyilást, kibocsátjuk az esetleg bennlévő váladékot s azután Politzer eljárása szerint levegőt fúvunk be. Ha az intranasális kezeléssel nem érünk czélt, kivülről nyitjuk meg a homloköblöt; azonban ilyenkor is helyre kell állítani az orrüreggel való közlekedést s a netalán együtt megbetegedett rostasejteket is meg kell nyitni. (Deutsche medizin. Wochenschrift, 1907. 18. sz.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A scabies gyógyítását perubalzsammal következő módon végzi *Porter*: A beteg fél órára lehetőleg forró fürdőbe ül s utána közönséges szappannal alaposan ledörzsölik. Megszáradása után perubalzsam és glycerin 3:1 arányú keverékét dörzsölik puha körömkefe segélyével a bőrébe, a minek elvégeztével tiszta gyapotinget húz. Súlyos esetekben a bedörzsölés másnap megismétlendő. A kúra után 7 napig nem szabad fürdenie. A beteg ruházata természetesen alaposan fertőtlenítendő. (British medical journal, 1907. márczius 30.)

Tüdővészesek éjjeli izzadása ellen *Mesernitzki* az oleum salviae-t ajánlja, mint a mely szerinte a zsályaleveleknek tulajdonképeni ható alkotórésze. Következőképen rendeli: Rp. Olei salviae aether. 1·0; Spir. vini rectific. (90%) 25·0. M. D. S. 10—12 cseppet naponként 3—4-szer. (Ref. Mediz. Klinik, 1907. 26. sz.)

Tabes esetét közli *Pope*, a melyben több hónapon át folytatott fibrolysinkezelésre az ataxia tünetei meglehetősen javultak. Kétnaponként fecskendeztek 2—3 cm^3-t az izomzatba. (British med. journal, 1907 junius 22.)

Diabetes mellitus ellen *Séjournet* a santonint ajánlja, mint a mely szer talán az idegrendszerre gyakorolt megnyugtató hatása útján gyakorol jótékony befolyást. Az eset súlyosságához mérten naponként kétszer vagy háromszor ad az étkezések idején közepes adag santonint két héten át, majd 20—30 napig szünetet tart s újból megkezdi a santonin használatát. E mellett hosszabb időn át megszakítás nélkül használtat lithium carbonicumot vagy benzoicumot 2 gm.-os adagban naponként kétszer. (La Quinzaine Thérapeutique, 1907 márczius 10.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 29. szám. *Neu Nándor:* Bőrbetegségek gyógyitása alsol-crêmmel. *Justus Jakab:* A szervezet physiologiai bromtartalmáról.

Orvosok lapja, 1907. 29. szám. *Parádi Ferencz:* Adatok a syphilis prophylaxisához.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 29. szám. *Fáykiss Ferencz:* Az ütőerek varratai.

Vegyes hirek.

Heim Pál dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán a gyermekkori betegségek semiotikája czimű tanból magántanárrá történt képesitését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyóan tudomásul vette és a nevezettet e minőségben megerősitette.

Kinevezés. *Zakariás Andor* dr.-t az igazságügyminister a szamosújvári fegyintézethez orvossá nevezte ki. — Budapest székesfőváros főpolgármestere a balparti kórházakhoz *Krausz Jenő* dr.-t alorvossá, *Bíró György* dr.-t és *Fetter József* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki. — *Havas Dezső* dr.-t a szabadkai első kerületi tisztiorvosi állásra nevezték ki.

Választás. *Mezei Izsó* dr.-t és *Blum László* dr.-t Szabadkán trachoma-orvossá, *Brautigam Károly* dr.-t pedig Gután körorvossá választották.

Jubileum. *Gönczi Adolf* dr. tiszteletbeli megyei főorvos, a szikszói járás orvosa 25 éves orvosi működésének évfordulóját e hó 20.-án ünnepelte Szikszó város, valamint Abauj-Torna vármegye orvos-gyógyszerészegylete. — A napokban ünnepelték Mádon *Blasberger Ignácz* dr. körorvos harmincz éves orvosi jubileumát; az ünnepség keretében átadták neki a koronás arany érdemkeresztet, a melylyel a király buzgó, hosszú működése elismeréséül kitüntette.

Szontagh Félix dr. egyetemi magántanár lakását augusztus hó 1.-én VIII., Baross-utcza 21. sz. alá teszi át.

A kötelező egy évi orvosgyakorlat kitöltésére kijelölt kórházak közé a vallás- és közoktatásügyi minister újabban a marosvásárhelyi állami kórház szülészeti osztályát is felvette egy orvosgyakornok engedélyezésével.

A szabolcsvármegyei nyiregyházai „Erzsébet" közkórházban 1906-ban összesen 3504 beteget (1936 férfi és 1568 nő) ápoltak; egy-egy betegre 17·74 ápolási nap esett. A halálozás 3·45% volt. Műtétet 540 esetben végeztek; az operáltak közül 2 halt meg (kizárt sérvnek véresen műtett 4 esete közül 2).

Meghalt. *Novák Károly* dr. kincstári főorvos Mármarosszigeten. — *Illésy János* dr. e hó 18.-án 63 éves korában Czegléden. — *J. J. Grancher* tanár, a párisi Pasteur-intézet igazgató-tanácsának elnöke, a gyermekorvostan tanára a párisi egyetemen, julius 16.-án 64 éves korában. Az elhunytban Franczia ország egyik legjelesebb orvosát, a tuberculosis elleni küzdelem egyik leglelkesebb bajnokát veszti el. Grancher Pasteur munkatársa volt a veszettség elleni védőoltásra vonatkozó vizsgálataiban s azontúl is benső barátja maradt a nagy tudósnak. A 80-as évek közepe óta úgy irodalmilag, mint társadalmi téren is egész erejét a tuberculosis elleni küzdelemnek szentelte, s különösen a gyermekkori tuberculosist tette tanulmányai tárgyává. — *Hoyer* dr., ismert histologus, az élettan és szövettan nyugalmazott tanára Varsóban. — *Grut* dr., valaha a szemészet tanára Kopenhágában.

Kisebb hirek külföldről. Leyden tanár utódjává a berlini egyetemen, miután Müller és Krehl tanárok a meghivást nem fogadták el, *His Vilmos* tanárt nevezték ki Göttingából. His, ki fia a nehány év előtt elhunyt nagyhirű anatomusnak, 1863-ban született, s Curschmannak, a lipcsei klinikusnak tanitványa. Munkálatai különösen a szivbajokra s az anyagcserebántalmakra vonatkoznak. — Freiburgban *Goldmann* dr. a sebészeti kisérletező kórtanból, *Ritschl* dr. az orthopaediából fizetéses rendkivüli tanár lett. — Bruxellesben *Hager* dr., az élettan tanára, megválik állásától, s teljes erejét az Institut Solvay-nak fogja szentelni (magánalapitványból létesült biologiai intézet), melynek igazgatója. — Charkowban *Melnikow-Raswedenkow* dr.-t a kórbonczolástan rendes tanárává nevezték ki. — Martin tanár utódjává a greifswaldi gynaekologiai tanszékre *W. Stoeckel* berlini docenst hivták meg, a ki a meghivást elfogadta. — *J. F. Bergmann* ismert wiesbadeni orvosi könyvkiadót a würzburgi egyetem orvosi kara tiszteletbeli doctorrá nevezte ki.

A berlini és charlottenburgi iskolaszék elhatározta, hogy állandósitja azokat az előadásokat, a melyeket a mult évben kisérletképen tartottak a nemi élet veszedelmeiről az érettségizett fiatal embereknek.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég **„Digalen"** czimű prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz a Hell G. et Comp. czég **„Honthin"** czimű prospektusa van mellékelve.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. **Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS.**
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyitó intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Elektromágneses intézet, **Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizeleti köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1907 május 8.-án.) 552. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (II. ülés 1907 márczius 5.-én.) 553. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 554. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1907 május 8.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

(Vége.)

Heveny gyomorátfúródás.

Herczel Manó: A 24 éves férfibetegnek székrekedésen kivül azelőtt soha semmi baja nem volt. Három nap óta mérsékelt gyomorpanaszok, étvágytalanság, hányásinger. Folyó hó 3.-án délelőtt 10 órakor hirtelen rosszul lesz, igen heves görcsös fájdalmak támadnak a jobb hasfélben, úgy hogy a beteg összeesik. Az orvos, ki a beteget egy órával később látta, gyomorátfúródás diagnosissal az előadó osztályára szállíttatta. Felvételkor a mérsékelten elesett beteg hőmérséke 37·6°, pulsusa 80, erőteljes, a májtompulat eltünt, a has behúzódott, a jobb bordaív alatt és az ileocoecalis tájon erős nyomási érzékenység, a jobb hasfél izomzata erősen összehúzódott. Rögtöni laparotomia (két órával az átfúródás után).

A pylorus elülső falán, közvetlenül a duodenum határán, lencsényi, éles szélü átfúródás. A hasürben kevés gáz és körülbelül 1/4 liternyi gyomortartalom. Az előadó az átfúródás felett a serosát hat Lembert öltéssel összevarrta, a befolyt gyomortartalmat szárazon kitörölte s a hasat teljesen bevarrta. Jelenleg, hat nappal a műtét után a beteg állapota teljesen kielégitő, peritoneális tünet nincs, a has érzékenysége egészen megszünt. Minthogy csak harántvarratokkal lehetett a likat zárni, előreláthatólag szükület fog a pyloruson fejlődni, miért is későbbre gastro-enterostomia van tervezve.

Milkó Vilmos: Herczel tanár osztályán négy esetben végzett heveny gyomorátfúródás miatt laparotomiát. Az első két beteg, kiket 1½—2 órával az átfúródás után operált, meggyógyult, a másik kettő, kiket az átfúródás után 15—16 órával operált, meghalt. Jellegzetes tünetek a hirtelen támadó nagy fájdalom, az izomcontractura, a májtompulat eltünése. Ha ezen tünetek megvannak, javalt a laparotomia.

Az egyik esetben az ileocoecalis érzékenység félrevezette. Átfúródott appendicitisnek tartotta és csak a műtét nyujtott teljes világosságot. Nem czélszerű a gastroenteroanastomosist azonnal végezni, mert nagyon megnyujtja a műtét idejét. Az operatio után 4—5 napig nem adnak a betegnek a szájon át táplálékot. Lehetne jejunostomiát is végezni és igy táplálni a beteget.

Traumás labyrinthvérzés.

Fleischmann László: A bemutatott rendőrt hat hét előtt egy megvadult tehén fellökte és mellére taposott. A rendőr hanyatt esett, tarkóját megütötte, elkábult, de csakhamar magához tért. Azóta folyton szédül, feje kábult, nehezen jár, jobb füle zug és nem hall rá. Kezdetben véreset köpött, ez azonban teljesen megszünt. Panaszai miatt két héttel ezelőtt kereste fel a Rókus-kórház fülbetegosztályát, a következő állapotban. A fejen, a füleken, a külső hangvezetékekben és a dobhártyákon sérülésnek semmi nyoma. Mindkét dobhártya és dobüreg ép. A jobb fülön sem suttogó, sem társalgó beszédet nem hall, Webert az egészséges bal fülére lateralizálja, a csontvezetés tetemesen megrövidült, levegővezetés útján sem magas, sem mély hangvillákat nem hall. A facialis ép, nystagmus nincs, behunyt szemmel erősen inog és csakhamar jobb oldalára esik. Balra fordított fejjel előre, jobbra fordított fejjel hátra bukik. Behunyt szemmel csak pár lépést tud tenni, azonnal jobb oldalára esik.

Ezen tünetek ma is változatlanul fennállnak és typusos tökéletes képét nyujtják a jobboldali labyrinthsérülésnek és pedig labyrinthvérzésnek, mely nagyrészt a csigára, kisebb mértékben a vestibularis részre esik. Míg ugyanis a csigában elhelyezett idegvégkészülék teljesen tönkrement, mert a beteg egyetlen hangot sem percipiál, addig a pitvar-ívjárati részben elhelyezett idegvégkészülék, bár sérült, de még ingerlékeny, a mit bizonyit az a körülmény, hogy ezen labyrinth izgatására, pl. hideg vízzel (25 C°) való kifecskendezésre, igen élénk, az ellenkező oldal felé irányuló rotatorius nystagmus áll elő. Ha ellenben a vestibularis apparatus is teljesen müködésképtelen volna, akkor ez a labyrinth sem reagálna, vagyis nem lehetne a labyrinth ingerlésével nystagmust kiváltani.

A koponyaalapi repedés kizárható, mivel sem az orrból, sem a fülből, sem a szájból vérzés nem volt; labyrinth-commotio sem vehető fel, mivel ez esetben úgy az egyensúlyi zavarokban, mint a hallásban már javulásnak kellett volna beállni. Végül vérzést a hallóideg lefutása körül is ki kell zárnunk, mert ez esetben más idegeknek is, de legalább is az arczidegnek bénulva kellene lenni. A prognosis quoad auditum rossz, mivel idősebb egyénről lévén szó, a különben is kedvezőtlen resorptiós viszonyok mellett a vérzés felszívódása még kevésbé várható. Sokkal több a remény a vestibularis apparatus körülirt megbetegedésének javulására. A therapia teljes nyugalomból, 1%-os pilocarpinnak subcutan befecskendezéséből, jodkali és hashajtók adagolásából áll. Az eset azért érdemel bemutatást, mert a labyrinthnek izolált traumás sérülése ritka és még ritkábban lehet a kórkép praegnans voltánál fogva a sérülést ily pontosan lokalizálni.

Typhus utáni sinusthrombosis operált esete.

Fleischmann László: A 18 éves férfibeteg folyó év elején typhus miatt kezeltetett a szt. Rókus-kórházban a II. osztályon. Már defervescált, de nyolcz napi lázmentes szak után recidiva jelentkezett, mely hat napig tartott. Ennek lezajlása után negyednap ismét lázas lett és jobb füle mögött, a mely betegsége eleje óta folyt, fájdalmas duzzanat támadt. A külső hangvezeték hátulsó-felső falának besüppedése heveny genyes otitis mellett, a kisugárzó fejfájások a homlok és a tarkó felé, a 37—38·5°-ig terjedő hőemelkedések kétségtelenné tették a mastoiditis diagnosisát, mely miatt február 27.-én typusos Schwartze-féle csecsnyújtványlékelést végeztek az antrum mastoideum megnyitásával. A csecsnyújtvány sejtjei részben már elgenyedt sarjakkal voltak kitöltve, válaszfalaik puhák, helyenként teljesen elpusztultak, itt-ott apró csonttályogok voltak találhatók. Ez elváltozások fokozott mértékben terjedtek a hátulsó agygödör felé, a hol is a sinus transversus fala 2 cm. hosszúságban és 1 cm. szélességben genyes sarjakkal volt fedve, megvastagodott, rugalmatlan és nem pulzált. Hasonló elváltozások voltak a sziklacsont felső-hátulsó polusában, a középső és a hátulsó agygödör közötti zugban.

A sinus tartalma felől egyelőre biztosságot nem szerezhetvén, megelégedtem a beteg csontrészletek eltávolításával és a további teendőket a lefolyástól tettem függővé. Este a beteg láztalan, másnap állandóan lázas (37·2—39°), harmadnap reggel hőmérséke 38·6°, nyelve bevont és kissé száraz, sokat szomjazik, foetor ex ore, elesett, de subjective euphoriában van. Ez okból a sinus feltárására és megnyitására határoztam el magam és újabb narcosisban a sinus transversusnak egész leszálló szárát tettem szabaddá. Falának megbetegedése a felső könyöktől az alsóig terjedt. Miután köröskörül a csontot mindenütt az ép dura határáig eltávolítottam, alul és felül a vérzés elkerülése végett a sinus fala és a csont közé komprimáló kis tamponokat dugtam és a sinust hosszában felhasítottam, mire üréből a lument nem teljesen obliteráló, szennyes barnavörös thrombus volt eltávolítható. A tamponok kihúzása után úgy alulról mint felülről erős vérzés állott be, jeléül annak, hogy a lumen szabad. A sinust tamponáltam, a vena jugularis lekötésétől pedig, tekintettel arra, hogy meg voltam győződve a fertőző gócz teljes eliminálásáról és tekintettel a betegnek nagyon gyenge állapotára, elállottam. Két nappal a műtét után a beteg teljesen láztalan lett, öt nap mulva a sinus thrombotizált és az üreg besarjadzása zavartalanul haladt előre. Ma a beteg teljesen meggyógyult, a heg nem torzító, a dobhártya teljesen begyógyult, a beteg hallása kitünő, ereje annyira gyarapodott, hogy két hét óta foglalkozása után jár (czipész).

Az osztályon az utolsó év folyamán operált sinusthrombosis-esetek között ez volt az egyetlen, a hol a v. jugularist nem kötöttem alá, különben szabálynak tekintjük mindig a vena alákötését és pedig lehetőleg azzal kezdjük a műtétet. A megoperált 12 eset közül hét meggyógyult, öt meghalt, és pedig négy meningitis, egy régi tüdőtuberculosis miatt. Négy esetben a bulbus v. jugularis is fel lett tárva, ezek közül három gyógyult meg. A bemutatott esetet a fertőzés eredete teszi érdekessé, a typhus-otitisek ugyanis ritkán szoktak sinusthrombosisra vezetni.

A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(II. ülés 1907 március 5.-én.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Lipscher Sándor.**

Irsai Artur: Fibrolysinnel kezelt bárzsingszűkület. A 43 éves napszámosnőt azon panasza miatt vették fel a Margit-kórházba, hogy napok óta a legnagyobb nehézséggel tud csak folyadékot nyelni, sőt időnként még a folyadék sem megy le a bárzsingján. Felemlíti, hogy 1½ évvel ezelőtt véletlenségből lúgoldatot ivott. Hosszú ideig kutaszolták és javult is, de az utóbbi időben a szondázás ellenére is mind rosszabbul bir táplálkozni. Felvételekor a 10. sz. szondával nehezen lehetett a szűkületen átjutni. Ekkor megkezdettük a fibrolysin-injectiokat (tudvalevőleg a fibrolysin natr. salicyl. + thiosinamin). A Merck-gyár által készített ampullákat használtuk. Minden ilyen ampulla 0·2 thiosinaminnak felel meg. Kezdetben másodnaponként kapta a beteg az injectiókat és az eredmény feltünő volt. A 3. befecskendezés után a 12. sz., a 5. után a 13. sz. szonda könnyen hatolt át a szűkületen. A 7. után a 15. sz., a 10. után a 17. sz. szondát lehetett keresztülvezetni. A beteg nyelése napról napra javult és most elég könnyen nyel, testsúlyban gyarapszik.

Szükségesnek tartom megjegyezni, hogy úgy ezen esetben, mint a 2 évvel ezelőtt bemutatott többi esetben is a thiosinaminnak hatása tulajdonképen abban nyilvánult, hogy puhítva a heges szűkületet, a szondázás által való tágítás biztosabban és gyorsabban volt végezhető.

Navratil Imre: Előnyösnek tartja az oldatban kapott fibrolysint.

Polyák Lajos: Lueses gégeszűkület esetében előbb 60 bedörzsölést végeztetett a beteggel, azután fibrolysint adott és így lehetővé vált az intubatio útján való tágítás.

Irsai Artur: Rhinoscleroma esete. A biharmegyei születésü csendőr f. évi január havában jelentkezett az I. belklinika gégeambulatoriumában azon panaszszal, hogy orrának jobb fele fájdalmas, feltünően kemény tapintatú és a mi legjobban bántja, ezen orrfele teljesen el van dugulva. Minthogy kórházba való felvételét kivánta, a Margit-kórházba vették fel. A jobb orrczimpa porczkemény tapintatú, a nyálkahártya halványpiros, dudorzatos, az orrnyilás tölcsérszerüleg szükült. Egy kiirtott részletnek górcsövi vizsgálata a következő eredményt adta: A szövetdarab lobos szövetnek bizonyul, melyet gömbsejtek, nagy számú plasmasejt és elszórtan *Mikulicz*-féle sejtek infiltrálnak. A klinikai képet a szövettani lelet tehát megerősíti.

Baumgarten Egmont: Papilloma laryngis. A 24 éves beteg egy év óta áll a poliklinikán többszörös gégepapillomák miatt kezelés alatt. A papillomák néha az egész gégét kitöltik, de eredményt nem érhetünk el, mert a beteg csak addig jár el a kezelésre, míg nehézlégzése megszünik. Az előadó egyik munkájában kiemeli, hogy ily többszörös papillomák felnöttekben rendesen akkor támadnak, ha *juvenilis* gégéjük van, tehát oly egyénekben, kikben a gégeporczok csontosodása nem állott be. Ezen betegnél is ezt a jelenséget észleltem, mert ha egy Vohsen-féle lámpát tartunk a külső gége középvonalára és a gégetükröt bevezetjük, látjuk, hogy a gége halványan átviláglik, a mely tünetet rendesen csak a 6—8 éves gyermekeken észlelhetjük.

Baumgarten Egmont: Gégecrisis tabes dorsualis kapcsán. Az Orvosegyesületben már több ilyen gégetünetekkel járó tabeses beteget mutatott be, de ezeknél rendesen vagy egy-, vagy kétoldali posticus-hüdés volt jelen. Ezen 34 éves férfibetegnél csak köhögési rohamok állanak fel fuldoklási érzéssel, és csak az utolsó időben jelentkezett hányás is. Ezen tünet miatt, ámbár a gégében semmiféle elváltozást vagy mozgási zavart nem látott, mégis tüstént tabesre gyanakodott és a további vizsgálat ezen feltevését teljesen beigazolta.

A betegnél mindkét pupilla fényre nem, alkalmazkodásra reagál (Argill Robertson), a fénytörő kötegek tiszták, a szemfenék rendes. A térdtünet és az Achilles-reflex hiányzik, lancináló fájdalmak vannak.

A betegnek luese nem volt, sejtelme sincsen idegbajról. Érdekes, hogy a betegnek az apja szintén tabesben szenvedett. A tabesnek ilyen korai alakjait az idegorvosok ritkán látják, ezeket a szem- vagy gégeorvosok fedezik fel, de ezeknél is a nagy ritkaságok közé tartoznak.

Zwillinger Hugó: Tavaly egy tabeses gégeizom- és inyvitorlahüdést mutatott be. Fuldoklási rohamok jelentkeztek, melyek a posticushüdéssel voltak magyarázhatók. Nem tévesztendők össze azon valódi krisissel, melynek képét a köhögés uralja és melyet Semon theoriája magyaráz, hogy tudniillik a záróizom központjának reflectorius ingerlékenysége fokozott a nyúltagyban lefolyó lob következtében. Ezt igazolja a cocain-kisérlet, mely után a krisis szünetel. Ezen esetek azok, melyek gyakran téves diagnosisra vezetnek; a beteg köhög, fuladozik, torkában kellemetlenséget érez, tussis convulsivára gondolunk és csak a lefolyás mutatja, hogy tévedtünk.

Kérdem a bemutatót, esetében tudott-e ilyen rohamokat kiváltani, mint az a gége- vagy az orrnyálkahártya érintése által néha sikerül; és a therapia tekintetében vannak-e újabb tapasztalatai?

Polyák Lajos: A gégeizomhüdéseket a gégekrisisektől el kell különiteni. Egy tabeses nőn súlyos gégekrisisek voltak laryngospasmustünetekkel; a morphium jobban használt, mint a gége cocainozása, mert ez paraesthesiákat okozott. Olyan eljárást nem ismer, mely segiteni tudna.

Baumgarten Egmont: Az első szak a gégekrisis, a posticushüdés csak később következik be. A therapia jodkali és hidegvizkúra.

Baumgarten Egmont: Recurrens-hüdés esete. Ritkán látni ily kifejezetten a recurrens-hüdés harmadik szakát, mint ezen esetben, sőt lehetne az ilyen lelet után még egy negyedik szakot is felvenni, a melyben az izmok atrophiája jut kifejezésre. A betegnél a bal gégefél teljesen mozdulatlannak és lényegesen rövidebbnek látszik, a bal hangszalag hosszúkás sarló alakot mutat, a hangoztatáskor compensatio már régen nincs, miért is teljes hangtalan a beszéd. Az epiglottis bal fele szintén merev. Az ilyen kifejezett hüdéseket csak a lassan fejlődő aorta-aneurysmákban látjuk, mert minden más megbetegedésben a beteg már előbb elpusztul. Ezen esetben is az 54 éves férfiban nagy aneurysma van jelen, mely a Röntgen-vizsgálatkor is feltünően látható.

Ezen esetben a betegnek a rekedtségén kivül még alig volt más panasza és szintén a gégeosztályon jelentkezett először és csak itt fedeztük fel, hogy milyen komoly baj okozza a gégetüneteket.

Navratil Imre: Koponyaalapi sarkoma okozta légzéscentrum-nyomás folytán beállott halál. F. évi január 31.-én a mentők egy beteget szállítottak osztályomra, a ki tracheotomizálva volt és ennek ellenére nagyfokú légzési nehézségek között néhány óra mulva meghalt. A bonczolás a következőket derítette ki:

Koponyaalapi daganat (alkalmasint sarkoma) átterjedve a koponya hátulsó részére, a nyúltagy bulbusának compressiójával, érintve a csigolyák előtti sejtszövetet, a garat hátulsó és jobboldali falát, az epiglottist, valamint a gége és a bárzsing jobb falát. Tracheotomia. A bal kulcscsontfeletti táj böralatti emphysemája. A tüdők vérbősége, a máj, lép és vese cyanosisa. Fuladás következtében halál. A bal nyaktájon dermoidcysta. A bal vese adenomája.

Epicrisis: Az agyalapi daganatnak a koponyaboltozat usurálása folytán a koponyaürbe történt behatolása a nyúltvelő bulbusának összenyomatására és ezáltal a légzőközéppont hüdésére vezetett.

Baumgarten Egmont: A tracheotomiát ő indikálta, mert úgy látszott, hogy a nehézlégzést az okozza, hogy a garatbeli daganat nyomja a gégét. Persze áliandó javulás nem következett be. Arra, hogy a daganat a légzéscentrumot nyomja, nem gondolt.

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap“ 1907. évi 51. évfolyama 30. számához.

Közlemény a k. m. tud. egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár, udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról.

A pepticus gyomor- és duodenumfekélyek és azok szövődményeinek sebészi kezelése és annak értéke.

Borszéky Károly dr., első tanársegéd.

A) Klinikai rész.

Az 1906.-iki sebész-congressuson *Krönlein* „A pepticus gyomorfekély sebészi kezeléséről“ tartott előadása élénk vitára adott alkalmat, a mely vitában a leghirnevesebb sebészek vettek részt. A vita folyamán annyira ellentétes felfogások és nézetek nyilvánultak meg, hogy a kérdést eldöntöttnek venni, a tárgy felett az aktákat lezárni nem lehet. A congressus óta egész sorozata jelent meg az ezen tárgygyal foglalkozó kisebb-nagyobb dolgozatoknak, a melyek mindegyike érdekes betekintést nyujt ezen kérdés részleteibe. Azonban épen ezen dolgozatok mutatják a legjobban, hogy milyen nagy, sokszor elvi fontosságú különbség van nemcsak a belgyógyászok és a sebészek egyrésze között a gyomor- és duodenumfekélyek sebészi kezelésének javalatait és a műtét időpontját illetőleg, hanem főként a sebészek között a műtéti beavatkozás mineműségére nézve. Vannak sebészek — az igaz kevesen — a kik a gyomorfekély kezelésével szemben ugyanolyan álláspontra helyezkednek, mint a féregnyúlvány megbetegedésével; kizárólag a sebészet birodalmába szeretnék keriteni ezen ősidők óta par excellence belgyógyászati megbetegedést és radicalisan akarnának eljárni minden esetben, midőn egy vérzés megismétlődik és a fekély kimetszésében látják prophylaxisát a fekély átfúródásának és a heges pylorusszűkületnek. Ezzel szemben *Leube*, *Sahli* és mások a belgyógyászati kezelés teljesen kielégitő jó eredményeire hivatkozva, a műtétet csakis olyan esetekben tartják megengedhetőnek, a mikor a fekély átfúródott vagy ha a gyógyulás után belső kezeléssel meg nem javítható súlyos boncztani elváltozások jöttek létre a gyomorban. A mig a pepticus gyomor- és duodenumfekély kóroktanának kérdése tisztázva nincsen, addig ezen megbetegedés csakis akkor képezheti rationalisan sebészi beavatkozás tárgyát, ha olyan szövődményekhez vezetett, a melyek vagy közvetlenül veszélyeztetik a beteg életét, vagy pedig belgyógyászati kezeléssel meg nem szüntethetők. Ebben a kérdésben a sebészek legnagyobb része megegyezik és találóan mondja *Sahli* az egyszerű szövődménynélküli gyomorfekély sebészi kezelésére vonatkozólag, hogy a műtét ilyenkor „gerade so gut ein Kunstfehler, wie die Unterlassung einer nothwendigen Operation“.

Jelentékenyebbek az ellentétek az egyes szövődmények kezelését illetőleg; a fekély átfúródása a szabad hasüregbe ma már absolut javalatát képezi a műtéti beavatkozásnak; azonban a fekély okozta vérzés kezelése még mindig állandó vita tárgyát képezi. Ez nemcsak a műtét indicatioját illeti általában, hanem a műtét mineműségét is. A pylorusszűkületek, a homokóragyomor műtéti kezelésére vonatkozólag ugyancsak eltérők a vélemények. A sebészek egy része csakis a heges rész kiirtásában — tehát a pylorusresectioban, vagy a részleges gyomorresectioban látja a radicalis gyógyulás lehetőségét, míg a sebészek másik része a gastroenteroanastomosissal vagy pyloroplasticával, vagy a gastroanastomosissal ért el jó sikert.

A műtét sikerének megitélésénél nem vehetjük mértékül sem azt, hogy a műtétet hány beteg élte túl szerencsésen, sem azt, hogy a műtét után közvetlenül milyen volt a beteg közérzete, sőt még az objectiv leletet sem. A közvetlen műtéti mortalitást az asepsis és a műtéti technika tökéletesedése jelentékenyen leszállitotta ugyan, azonban egy hasmetszés szükségnélküli végzését csupán azért, mert nem ártok vele, mégsem lehet megengedhetőnek tartani akkor, ha a gyógyulásnak más veszélytelenebb útjai is vannak. Ha egy gyomorfekély belső kezelésével is meg tudom gyógyitani a beteget, ezt az utat feltétlenül elébe kell helyezni az asepsis védőszárnyai alatt büntetlenül végrehajtott fekélykimetszésnek; laparotomiával is meg tudom gyógyitani a beteget, azonban a két gyógymód koczkázata között mégis van valami különbség! A közvetlen műtéti halandóság tehát magában véve nem elegendő egy műtéti mód értékének megitélésénél; ugyanez áll a közvetlen eredményre is.

Egy callosus gyomorfekély miatt végzett gastroenteroanastomosis a jelenlevő pylorusszükület összes kellemetlen és kinzó tüneteit egy csapásra megszünteti, a beteg meghizva „gyógyultan“ távozik, de egy fél év mulva a sipolynyilás beszűkülhet, vagy a fekély tovább terjedhet a mélység felé, egy nagy véreret arrodálhat vagy átfúródhat a szabad hasüregbe, vagy egy új fekély keletkezhet az elvezető jejunalis kacson és a gyógyult beteg eredeti bajában elhal.

Viszont vannak esetek, a melyeknél a műtét jó hatása csak hosszabb idő mulva észlelhető, a mikor a tágult gyomor már megkisebbedett és a pangással járó egyéb tünetek is visszafejlődtek. Ezért a műtét végzése után hosszabb idő mulva megejtett vizsgálatok és azok eredményei szolgáltatják a legbecsesebb anyagot a gyomor- és duodenumfekélyek sebészi kezelésének mérlegelésénél.

Az eddig megjelent közlemények mindegyike egyoldalú és magán viseli a szerző egyéni felfogását; ezen felfogásának és tapasztalatainak megfelelőleg azonos körülmények között

mindig egy és ugyanazon műtéti módot alkalmazza és ennek eredményeiről számol be. Minthogy pedig ezen felfogásból és tapasztalatokból levont következtetések sokszor egymással homlokegyenest ellenkezők: azon részen kell lenni az igazságnak, a hol nagyobb a tapasztalat.

Ezen okok indítottak engem arra, hogy mindazon gyomor- és duodenumfekélyek eseteit, a melyek *Réczey* tanár klinikáján észlelve lettek és műtét tárgyát képezték, összegyüjtsem és további sorsuk iránt érdeklődjem. Az életben levők közül azokon, a kiken lehetett, utóvizsgálat végeztetett, a kiknél ez nem volt lehetséges, azok állapotáról irásbeli felvilágositást kértem.

Az anyag, a melyet ily módon feldolgoztam, tiz évre terjedő, tehát még oly időkben kezdődik, a midőn még a gastroenteroanastomosisok és pylorusresectiók technikája nem állott a mai fejlettség szinvonalán. Az esetek száma 34-et tesz ki; ezek között műtéve lett 33. Ezen szám, habár nem is nagy, talán mégis hozzájárul a kérdés tisztázásához.

Hogy következtetéseimet ne csak egyoldalúan a sebészileg kezelt esetekből legyek kénytelen levonni, *Kétly Károly* ő méltósága kegyes engedelmével az ő klinikáján kezelt pepticus fekélyek kórtörténeteit is átvizsgáltam és felhasználtam.

Az esetek feldolgozása és az irodalom áttekintése közben több olyan körülményre akadtam, a melyek kellő magyarázatát megadni nem tudtam. Igy különösen három körülmény volt az, a mely figyelmemet megragadta: a gyomorvérzések csillapítására ajánlott gastroenteroanastomosisok kérdése, ezen műtét hatásmódja azon nyilt fekélyeknél, a melyeknél egyidejűleg pylorusszűkület nincsen jelen és végül az ezen műtét után keletkező ulcus pepticum jejuni.

Ezen kérdések megfejtése czéljából a klinika műtőintézetében állatkisérleteket végeztem, a melyeket alább részletesen közlök.

A tárgy terjedelmes voltánál fogva nagyon messzire vezetne, ha a gyomor- és duodenumfekélyek kóroktanával és pathologiájával bővebben foglalkoznék; az sem czélom, hogy a klinikai tünetek taglalásába bocsátkozva, a fekélyek korai diagnostikájával foglalkozzam. Mindezekre csak annyiban térek ki, a mennyiben a sebészi kezelés és a műtét indicatiojának felállításakor elkerülhetetlenül szükséges. Egyébként csupán saját eseteink és a klinikán elfogadott elvek alapján a műtéti beavatkozás indicatioját akarom körvonalazni és megállapitani az egyes műtéti eljárásokkal elért közvetlen és maradandó eredményeket és ezen eredményeket a másokéval összehasonlitva a sebészi kezelés értékét megállapitani.

A kérdés ilyen tárgyalása okvetlenül szükségessé teszi az eseteknek bizonyos csoportosítását, a mit a műtétnél talált anatomiai lelet szerint a következőleg végeztem:

I. Szövődmények nélküli nyilt fekély.
II. Szabad hasüregbe átfúródott fekély.
III. Vérzést okozó fekély.
IV. Callosus áthatoló fekély.
V. Heges szűkületet okozott fekély.
  1. Pylorusszűkület.
  2. Homokóragyomor.
  3. Cardiaszűkület.
VI. Duodenumfekély.

Az észlelt 34 eseten végzett 33 műtét a következő volt:

Gastroenteroanastomosis antica	1
„ postica	24
Pylorusresectio	4
Gastroenteroplastica	1
Fekélyvarrat + gastroenteroanastomosis .	1
Próbalaparotomia	2

I. Szövődmény nélküli nyilt fekély.

A legújabb időkig a pepticus gyomorfekély csakis akkor képezte sebészi beavatkozás tárgyát, ha valamely szövődmény fellépte következtében a belső kezelés eredménytelennek bizonyult. A mint azonban e szövődményes gyomorfekélyek műtevésénél tett tapasztalatok bővültek, felszinre került ezen szövődmények prophylaktikus kezelése, illetve azon törekvés, hogy a gyomorfekélyek sebészi úton radicalisan már olyan stadiumban vétettek kezelés alá, a midőn még semmi szövődmény a fekélyhez nem társult. Ez tehát annyit jelentene, hogy az esetleg fellépő szövődményekre való tekintettel sebészileg kell kezelni minden gyomorfekélyt. Ezen álláspontot követendőnek csakis akkor lehet mondani, ha egyrészről az ajánlott sebészi beavatkozás közvetlen mortalitása kisebb lenne, mint a belső kezelteké, másrészt, ha az operált esetek a műtét után állandóan gyógyultaknak volnának tekinthetők, ép úgy, mint a féregnyújtvány eltávolitásával gyógyitott appendicitisek. Lássuk először, hogy a belsőleg kezelt eseteknél milyen a közvetlen halálozás, milyenek az állandó eredmények, s milyen százalékban lép fel a gyógyult eseteknél recidiva.

Kétly tanár klinikáján 1896—1906 ig terjedő időben összesen 62 pepticus gyomorfekély volt kezelés alatt és pedig 28 férfi és 34 nő. Ezen esetek között csakis biztosan kórismézettek vannak és nincsenek beszámitva a fekély begyógyulása után keletkezett pylorus-szűkületek és gyomortágulatok esetei.

Ezen 62 eset közül kettőben műtét végeztetett; meghalt 4 (6·4%) és pedig a fekély átfúródásában 1, gyomorvérzésben 2, kimerülésben 1. Gyógyultan vagy lényegesen javultan elbocsáttatott 54, javultan 2.

A gyógyultan elbocsátott 54 beteg közül recidivával ismét felvétetett a klinikára 5; ezek közül 1-nél recidiva 5-ször, 1-nél 3-szor, 3-nál 1-szer észleltetett. Egy esetben az első felvétel után három év mulva minden kétséget kizárólag gyomorrák. jelenléte állapittatott meg. A recidiva fellépte 2 hó és 5 év között váltakozott. Összegezve ezen adatokat a következőkben állapithatjuk meg a kezelt esetek sorsát:

Hatvankét eset közül	meghalt	4 =	6·4%
„ „ „	gyógyult	54 =	87·1%
„ „ „	javult	2 =	3·2%
„ „ „	operálva lett	2 =	3·2%
A gyógyultan elbocsátott 54 eset közül	recidivált	5 =	9·3%
„ „ „ 54 „	„ rákos lett	1 =	1·8%

Ebből látható, hogy a belgyógyászilag kezelt gyomorfekélyeknek 87·1%-a gyógyul, a gyógyult esetek közül 9·3% 10 évi idő alatt recidivával jelentkezett. Ezt a számot a recidivák minimumának kell tekinteni, mert csupán csak azokra az esetekre vonatkozik, a melyek újabb felvétel czéljából a klinikán jelentkeztek, tehát nem foglaltatnak benn azok, melyek elbocsáttatásuk után elhaltak, vagy másutt kezeltettek. A pontos számot csakis a kezelt esetek összessége további sorsának ismeretéből lehetne megállapitani. Ha az irodalomban közölt ilyen gyüjtőstatistikák adataival a *Kétly*-klinika fennebbi adatait összehasonlítjuk, látni fogjuk, hogy az adatok között lényeges különbség van, t. i. a kezelés után gyógyultan elbocsátott eseteknek utánvizsgálása alkalmával jóval több halálesetet és recidivát lehetett kimutatni, mint a mennyit a *Kétly*-klinika adatai mutatnak. Igy *Warren* 125 olyan esete közül, a melyek további sorsa ismeretes 77·6%-ot tesz ki a gyógyult esetek száma és 22·4%-ot azok, a melyekben a kezelés később eredménytelennek bizonyult. Ezen utóbbiak között 2·4%-ot tett ki a fekély rákos degeneratioja, 10·4%-ot a később keletkezett heges pylorus-szükület, 9·6%-ot a fekély okozta vérzésben vagy átfúródásban elhaltak száma.

Schulz 157 esete közül 77%-ban a gyógyulás állandónak bizonyult, 15·2%-ban a végleges eredmény rossz volt, és 7·8% az ulcus okozta szövődményekben meghalt. A belső kezelés közvetlen eredményeit illetőleg *Schulz* adatai majdnem teljesen megegyeznek a *Kétly*-klinika adataival. Az ő 291 esete közül 89% gyógyult, 5·5% meghalt és 5·5% csak lényegtelenül javult.

James Russel eseteinek utánvizsgálásakor 42·6% állandó gyógyulást, 6·4% mortalitást és 44·7% kedvezőtlen eredményt (recidiva, szükület stb.) tudott megállapitani.

Mindezen adatok összevetéséből megállapithatjuk, hogy a belgyógyászilag kezelt esetek tekintélyes része gyógyul és hogy a gyógyulás az eseteknek 42—77%-ában állandó is marad. Már ez a nehány szám elegendő ahhoz, hogy a gyomorfekély elvi sebészi kezelése felett pálczát törjünk. A

kétféle kezelés közül az egyiket sem lehet a másik fölé helyezni, mint egyedül jogosultat; a kettő egymást ki kell hogy egészítse.

Az egyszerű, szövődmény nélküli fekély sebészi kezelését ez idő szerint nem tekinthetjük radicalis kezelésnek, hanem csak tünetinek; mindaddig ilyen is fog maradni, a míg a fekélyt előidéző okot megszüntetni képesek nem leszünk. Ilyen törekvés nyomait feltalálhatjuk ugyan, azonban ezek csak kisérletek minden positiv eredmény nélkül.

Azon lehetőségre, hogy a peptikus fekély gyomorbeidegzési zavar volna, már *Lenhossék* 1823-han felhivta a figyelmet. Azóta egy egész sorozata a búvároknak (*Rokitansky, Günzburg, Pincus, Schiff* stb.) iparkodott vagy a központi vagy a környéki idegrendszer sértésével kisérleti úton fekélyt előidézni. Ujabban *Della Vedova*-nak sikerült a kisérletek felében a hasi vagus, plexus coeliacus és a splanchnicus resectiojával fekélyeket előidézni. Ezen feltevésből kiindulva jutott 1903-ban *Alvarez* azon gondolatra, hogy a környi idegek resectiojával a meglevő fekélyt meg lehet gyógyitani. Ő egy-két év óta gyomorfekélyben szenvedő betegének a 7—9. háti csigolyák magasságában ülő mély lipomáját eltávolitván azt észlelte, hogy a műtét után erős vérhányás jelentkezett, a mely megszünvén, a beteg meggyógyult. A gyógyulás még 5 év mulva is állandónak bizonyult.

Ő a fekélynek ezen begyógyulása és a végzett műtét között oki összefüggést keresett, és azt a 8. bordaközti ideg keresztülmetszésében vélte feltalálni. Ezért egy másik esetben ezen ideget mindkét oldalt átmetszette; a vérhányás, valamint a fájdalmak ezen esetben is megszüntek, de 6 hónap mulva a tünetek ismét felléptek.

Alvarez ezen recidivát a keresztülmetszett idegek regeneratiojának tulajdonitja és ezért az egyszerű átmetszés helyett az ideg egy hosszabb darabjának kimetszését ajánlja. Követője nem akadt.

Általánosan ismert tény, hogy a pepticus gyomorfekélyek nagy részében hyperchlorhydria van jelen. *Günsburg, Pavy Sammelsohn* és *Matthes* ezen hyperchlorhydriában látják a fekély okát. Ha ezt képesek volnánk műtét útján megszüntetni, akkor a meglevő fekély begyógyulására kedvező körülményt teremtenénk és újabb fekélyek keletkezését megszüntetnők. Az aciditás ezen csökkentése czéljából ajánlották ezért a gastroenteroanastomosis végzését a szövődmény nélküli fekélynél; a gyomor-bélnyiláson keresztül állandóan epe és pancreasváladék jut a gyomorba, a mely alkalicus váladék a gyomor szabad sósavát közömbösiti. Ezen alkalizáló hatáson kivül még azért is ajánlották a gastroenteroanastomosist, mert a gyomor gyors kiürülését és a pylorus tájékán ülő fekély nyugalomba helyezését eredményezi.

A gastroenteroanastomosis kiváló jó hatását meglevő nyilt fekélyekre olyan esetekben, midőn egyidejűleg a gyomor rendes kiürülése nehezitve van és a gyomorban az étel pang — tehát pylorusszükületeknél vagy gyomorsülyedésnél — senki kétségbe nem vonja. Azonban, hogy a gastroenteroanastomosis kedvező hatással volna a nyilt fekélyek begyógyulására akkor is, mikor a gyomor kiürülésének semmi akadálya nincs, az bebizonyitva nincsen.

Ritter, Gerhardt, Guttmann, Bourget, Hirsch és más vizsgálók kimutatták, hogy a sósav mennyiségének megszaporodása nem állandóan kiséri a gyomorfekélyt. *Schneider* vizsgálatai szerint az ulcusok 18·5%-ában hyperaciditás, 36·8%-ban anaciditás van jelen. Ha tehát anaciditás mellett is vannak fekélyek jelen, akkor a sósav mennyiségének megszaporodása nem lehet oka a fekélynek, legfelebb egy gyakran jelenlevő tünete. A hyperaciditás megszüntetése gastroenteroanastomosis útján tehát egyébnek, mint tüneti kezelésnek nem tekinthető. Hasonlóképen téves az a felfogás, hogy gastroenteroanastomosissal képesek vagyunk a gyomrot nyugalomba helyezni és a pyloricus részen levő fekélyeket a keringésből kirekeszteni, ha a pylorus átjárható. Alább részletesen olvasható kisérleteim minden kétséget kizárólag bebizonyitották azt, hogy átjárható pylorus mellett a gyomortartalom épen úgy távozik a pyloruson keresztül a belekbe, mint a gyomorbélsipolynyiláson át; sőt még a pylorus mesterséges megszűkitése után is ezen az úton keresztül is távozik a gyomortartalom, nemcsak a gastroenteroanastomosis nyilásán át. Én a használatban levő gastroenteroanastomosis módszerek mindegyikét alkalmaztam kisérleteimnél különböző nagy nyilással, különböző távolságban a pylorustól és a nagy görbülettől, de minden esetben kétségtelenül ki lehetett mutatni, hogy a gyomortartalom a pyloruson keresztül is távozik. Sem a gastroenteroanastomosis módja, sem a készitett nyilás helye és nagysága, sem az anastomosishoz felhasznált bélkacs isoperistalticus vagy antiperistalticus elhelyezése nem képes ezen a tényen semmit sem változtatni; a gyomor peristalticája tartalmát a pylorus felé hajtja és csakis akkor, ha ezen keresztül még nagyobb munkával sem képes továbbittani, akkor ürül ki a mesterségesen készitett nyiláson keresztül. Ezek után a gastroenteroanastomosis alkalmazását egyszerű nyilt fekélyeknél nem tarthatjuk indokoltnak; később látni fogunk példákat, hogy meglevő gastroenteroanastomosis mellett is fejlődtek újabb fekélyek és a meglevők épen úgy tovább terjedtek, sőt átfúródtak, mintha gastroenteroanastomosis nem is lett volna készitve. Statistikai adatokat azon szövődmény nélküli gyomorfekélyekről, a melyek gastroenteroanastomosissal lettek gyógyitva, nem hozok fel, mert szerintem ezen adatoknak valami nagy fontosságuk nincsen; ha *Monoprofit* 36 ilyen operált esete közül egy sem halt meg és a fekély minden kimutatható tünete megszünt, ez csak azt bizonyitja, hogy gastroenteroanastomosis után is gyógyulnak a fekélyek.

Egy további módja a fekély sebészi kezelésének annak kimetszésében áll; egy elvitázhatatlan előnye van ezen módszernek és ez abban áll, hogy a kimetszés után visszamaradó heg finom vonalas, tehát kevésbé okoz szűkületet és ezen egy fekély minden szövődményének: mint például rákos degeneratiójának elejét veszi. Azonban valójában még sem más ez a kezelés, mint tüneti, mert kizárólag csak egy localis beavatkozásra szoritkozik; nem szünteti meg a fekélyt előidéző ok további behatását, sőt az esetleg jelenlevő többi fekély begyógyulására sem teremt kedvező viszonyokat. A kimetszés ellen szól esetleg több fekély jelenléte (*Carless* szerint az esetek 13%-ában), valamint a fekély feltalálásának nehézségei annak rejtett elhelyezkedése mellett, vagy a hozzáférhetés nehézségei. Igaz ugyan, hogy *Moynihan* 31 ily módon operált beteg közül csupán egyetlen egyet veszitett el, azonban a többi sebész nagy része nem dicsekedhetik ilyen jó eredménynyel. *Albertin* egy esetében a fájdalmak semmit sem enyhültek a fekély kimetszése után. *Schuchardt* egy betege a fekély kimetszése után meghalt; bonczolatnál derült ki, hogy még egy második fekélye is volt, mely a műtét alkalmával nem ismertetett fel. Ez az oka annak, hogy *Rydygier, Ali Krogius* és *Hinterstoisser* ismételt ajánlatai daczára sem alkalmazzák a kimetszést; sőt pl. *Ricard* azt mondja: „La résection de l'ulcère est une opération, qui par ses allures d'opération radicale devait seduire les chirurgiens. J'ai moi-même succombé a cette tentation et il fut, il y a quelques années, une période de ma vie chirurgicale, ou je recherchai les ulcères pour les enlever.“ *Lambotte*, a feltétlen sebészi beavatkozás hive szerint „l'ulcère est incurable medicalement et son traitement doit relever avant tout de la chirurgie“. Szerinte a sebészi beavatkozásnak olyannak kell lennie, hogy a gyomor kiürülését meggyorsitja és hogy a fekélyt eltávolitsa. A fekély kimetszése egymagában nem elegendő a gyógyuláshoz; szerinte t. i. minden pepticus fekélyhez szükségképen a pylorus záróizmának egy görcse is társul, a mely a gyomorbennék pangásához vezet. Ezért vagy a sphincter görcsét kell legyőznünk, vagy egy gastroenteroanastomosist kell készitenünk. Ő „sphincterectomie pylorique“ név alatt új műtéti módot ajánl, a mely a záróizom kimetszésében áll. „Cette opération est plus facile et moins grave, que la gastroenterostomie; elle est plus physiologique, puis qu'elle respecte la forme anatomique du viscère et ne supprime pas les réflexes gastroduodenaux“. *Lambotte* ezen eljárásával az eseteknek egész sorozatában igen jó eredményeket tudott elérni, de hogy ezen jó eredmény maradandó-e, azt a jövő fogja megmutatni. Az ily módon

operált esetek száma nem oly nagy és a műtét óta eltelt idő sem elegendő ahhoz, hogy eljárásáról végleges itéletet lehetne alkotni.

Van Izeren hasonlóképen a pylorusspasmusban látja legfőbb okát annak, hogy a fekélyek olyan rossz gyógyhajlamot mutatnak. Ő állatkisérletei alapján ezen spasmust egy pylorotomia extramucosának elnevezett műtéttel akarja megszüntetni. A muscularis mucosáig egy hosszmetszést vezet a pyloruson végig és a sebszélek erős széjjelhúzásával tágitja a pylorus lumenét. A sebet nem egyesiti. Módszere emberen kipróbálva nincsen.

A fekély kimetszésén és a gastroenteroanastomosison kivül még az eljárásoknak egy egész sorozatát alkalmazták a fekély műtéti kezelésénél.

Mikulicz, *Küster*, *Körte*, *Armstrong* a fekély cauterezését alkalmazták. *Podries* annak kikanalazásával akart egy erősebb reactiv lobot kiváltani, mely a fekély hegedését siettetné.

Ezenkivül végeztek pylorusplasticát, sőt jejunostomiát is ilyen indicatio alapján.

A mi a sebészi beavatkozással gyógyitott fekélyek statistikáját illeti, az az alkalmazott műtéti mód szerint nagyon különböző eredményeket mutat. *Lieblein* az irodalomból 73 olyan műtétileg kezelt gyomorfekély esetét állitotta össze, a melyekben minden szövődmény jelenlétét ki lehetett zárni. *Ezen esetek különféle műtéti mód szerint kezelve összesen 12% közvetlen műtéti halálozást mutatnak.* Ezek között volt 43 gastroenteroanastomosis, 15 fekélykimetszés, 9 pyloroplastica, 3 körkörös pylorusresectio és 1—1 fekélykimetszés combinálva pylorusplasticával, illetve gastroenteroanastomosissal és 1 gastrostomia. Ezen műtétek 12%-ot kitevő közvetlen műtéti mortalitása az egyes műtétek szerint a következőképen oszlik meg: 5 gastroenteroanastomosis, 3 fekélykimetszés és 1 pylorusresectio. Ha ezen 12% mortalitásból csupán azokat számitjuk, a melyek közvetlenül a műtéti beavatkozás következtében haltak meg és nem pneumoniában vagy kimerülésben: akkor úgy látszik, hogy a sebészileg kezelt esetek műtéti halandósága körülbelül megegyezik a belsőleg kezeltekével.

Az a kérdés már most, hogy milyen álláspontra helyezkedjünk a fekélyek kezelésénél? Lehet-e nyugodt lelkiismerettel a betegnek azonnal a műtétet ajánlani, a mint a kórisme meg van állapitva, vagy hagyjuk a fekélyt belgyógyászilag kezeltetni?

Mikulicz a sebészi beavatkozásnak feltétlen hive s álláspontját igy indokolja meg: „Die Lebensgefahr in welcher sich ein Kranker mit offenem Geschwür befindet, ist zum mindestens nicht geringer, höchst wahrscheinlich erheblich grösser als die Gefahren, welchen wir heute den Kranken durch eine technisch vollendete Operation aussetzen.“ Az kétségtelen, hogy egy gyomorfekélyben szenvedő beteg súlyos veszélynek van kitéve, ha czélszerűtlenül él; azonban azt sem lehet kétségbe vonni, hogy a mai belgyógyászati kezelés ezen veszélyeket a minimumra képes reducálni, és hogy a kitartással és lelkiismeretességgel alkalmazott modern fekélytherapiával elért eredmények semmivel sem maradnak a sebészi kezeléssel elért eredmények mögött. Ezt még olyan sebész is elismeri, mint *Ricard*, a ki éveken át minden fekélyt megoperált; tapasztalatai eddigi felfogását megváltoztatták, úgy hogy ma azt mondja: „L'ulcère est du ressort de la thérapeutique médicale, par laquelle il est le plus souvent curable; *le chirurgien ne doit intervenir, que dans les cas d'ulcères rebelles ou compliqués.*“

Ezen a nézeten vagyunk mi is és a szövődmény nélküli fekély sebészi kezelésében a sebész meg nem engedhető túlkapását látjuk.

II. Szabad hasüregbe átfúródott fekély.

A pepticus gyomor- és duodenalis fekélyek átfúródása a szabad hasüregbe azon szövődmény, a mely valamennyi között a legsúlyosabb és feltétlenül azonnali sebészi beavatkozást kiván. Szerencsére ezen átfúródás nem gyakori; *Kreuzer*-nek a zürichi klinikán észlelt 116 esete közül 14-ben, *Kétly* tanár klinikáján 63 eset közül 1-ben, a mi 34 esetünk közül 3-ban fordul elő, *Hoffmann* 52 esete közül 14-ben. A duodenum-fekély átfúródása úgy látszik valamivel gyakoribb, mint a gyomorfekélyé; legalább ezt látszanak bizonyitani a statistikai adatok: *Chwostek* 63 duodenalis fekélye közül átfúródott 27 (42%), *Collin* 262 esete közül 181 (69%) és *Oppenheimer* 79 esete közül 38 (48%). Különben nincsen semmi különbség sem az átfúródás létrejöttét, sem a sebészi beavatkozást illetőleg a gyomor- és duodenum-fekélyek között, úgy hogy a kettőt együtt tárgyalhatjuk.

Hogy melyek azok az okok, a melyek egy fekély átfúródását okozzák, az ma még ismeretlen. A közölt esetek egy részében hevesebb mozgásról, a hasprés erősebb igénybevételéről találunk említést téve; igy *Haim* 42 esete közül az átfúródás 12-szer öltözködés közben jött létre, sőt direkte a hasat ért erőbehatás után is észleltek átfúródást (*Lennander*, *Hollis* esetei). Ilyen észleleteket azonban csak elvétve találunk. Ezért a gyomor teltségi viszonyaiban keresték a magyarázatát úgy okoskodván, hogy a gyomorba jutott étel vagy mechanice súrolja a fekélyt vagy a gyomor megtelése következtében létrejövő vongáltatás vezet átfúródáshoz. E mellett látszanak bizonyitani azon esetek, a melyekben az átfúródás étkezés alatt vagy közvetlenül utána jött létre; ilyen eseteket közölnek *Hildebrandt*, *Goodwin*, *Wynter*, *Shettle*, *Thomson* és *Moore*. Ezzel ellentétben állanak azon esetek, a midőn a perforatio üres gyomor mellett vagy teljes nyugalomban következett be, és ilyen eseteket is elég nagy számmal találunk. *Haim* hét esetében, *Clairemont* és *Ranzi* valamint *Farroe* esetében az átfúródás alvás közben következett be. *Whitby* betegének fekélye átfúródott, pedig napok óta a végbélen keresztül tápláltatott.

Ebből látható, hogy mennyire különbözők azon okok, a melyeknek az átfúródást tulajdonitják. Több szerző azon körülményre hivta fel a figyelmet, hogy nőknél az átfúródás jóval gyakoribb volna, mint férfiaknál. *Goldstücker* az 1905. októberig terjedő idevonatkozó irodalomból az összes eseteket véve úgy találta, hogy átfúródás kétszer sőt háromszor oly gyakori nőknél, mint férfiaknál. Az ő munkájából továbbá az is kitünik, hogy a megbetegedett férfiak általában magasabb korúak voltak, mint a nők. *Haim* szerint ezen körülmény magyarázata az, hogy nőknél a fekély igen gyakran a sápkórhoz társul, a mely baj főként a fiatalabb kor betegsége. Hogy azonban e tekintetben is vannak kivételek, azt a többek között *Musser* és *Keen* 70 éves, *Riedel* 60 éves nőbetegénél észlelt átfúródás is bizonyitja. Sőt még a gyermekkorban is fordulnak elő átfúródások: *Cheyne* egy 13 éves leánynál és *Gringer Bisset* egy 45 órás csecsemőnél létrejött fekélyátfúródást közölnek.

Ezek után azt kell mondanunk, hogy a pepticus fekélyek átfúródásának oka ép olyan kevéssé ismeretes, mint a fekélyt előidéző ok általában. Azonban minden valószinűség szerint ezen ok sem egy külső behatásra, sem a beteg korára vagy nemére nem vezethető vissza, hanem a fekély természetére, illetve azon körülményre, hogy nagyfokú-e és állandó-e a hyperchlorhydria. Legtermészetesebb magyarázata az átfúródásnak az, hogy hiányzanak a fekély gyógyulására kedvező körülmények és hogy az előidéző ok állandóan megvan, intensitásában nem csökken. Erre a felvételre jogosit az a körülmény, hogy a perforált esetek elég nagy számában megemlitve találjuk a baj régi fennállását, sőt azt a körülményt is, hogy ezen betegek vagy egyáltalában nem, vagy csak rövid ideig tartó kezelésben részesültek.

Nem akarjuk e helyen sem az átfúródás tüneteit, sem annak kórismézét, valamint a kórisme felállitásának nehézségeit tárgyalni; hasonlóképen nagyon messze vezetne az átfúródás pathologiai tárgyalásába bocsátkozni: mi csupán a bekövetkezett átfúródás kezelését és a vele elérhető eredményeket tartjuk szem előtt. A kérdés tehát a következő: 1. feltétlenül szükséges-e minden átfúródásnál, ha azt felismertük, azonnal a műtét vagy megkisérthetjük-e a belső kezelést? 2. miben álljon a műtéti beavatkozás? 3. milyenek az elért eredmények?

Legkönnyebb az első kérdésre megadni a feleletet; a belgyógyászok és a sebészek majdnem egyhangúan indicáltnak tartják a műtétet, a mint az átfúródás felismertetett. Diagnosticus kételyek esetében legtalálóbb *Mikulicz* álláspontja, a ki azt mondja, hogy egy átfúródásos hashártyagyuladás már magában véve indicálja a műtéti beavatkozást, akár ismerjük az átfúródás helyét, akár nem. Mindazon átfúródási esetek, a hol a beteg műtét nélkül meggyógyult, csak nagy óvatossággal fogadhatók el, mert egy diagnosticus tévedés lehetőségét nem zárhatni ki egész biztosan. *Pariser* az irodalomból 15 ilyen spontan gyógyulási esetet állított össze, a melyekhez *Goldstücker* még kilencz esetet csatol. Hogy spontan gyógyulás a fekély kedvező elhelyeződése, valamint üres gyomor mellett lehetetlen volna, azt senki sem állítja ugyan, de ez oly véletlen, a melyre számítani nem szabad. De még ezen spontan „gyógyulás“ sem tekinthető mindig gyógyulásnak, még ha a beteg a fulminans tüneteket szerencsésen túl is élte. Hogy egy átfúródott fekély a gyomron vagy a duodenumon begyógyulhasson a nélkül, hogy a csepleszszel, a hasfallal vagy a szomszédos szervekkel összenövések jönnének létre az átfúródás helyén, ezt pathologiailag jóformán lehetetlennek kell tartanunk. Az eltokolt hasfali vagy rekeszalatti tályogok vagy perigastricus összenövések, csepleszleszorítások vagy szögletbetörések jórészben az ilyen spontan gyógyult acut átfúródások következtében jönnek létre. Az ilyen spontan gyógyulásnak igen tanulságos egy esetét közli *Lapeyre*. Egy 32 éves nő acut átfúródás tünetei között évek előtt megbetegszik; bajából műtét nélkül felgyógyul ugyan, de jobb epigastrumában egy resistentiát érez, a mely terhesség alatt rohamosan nőtt és kifakadván, egy gyomorsipoly keletkezett. Az irodalomban kezelt 70 spontán keletkezett gyomorsipoly közül *Lapeyre* 15-ben tudta kimutatni, hogy az pepticus fekély átfúródásának következménye volt. *Kronheimer* Sonnenburg klinikájáról szintén közöl egy ilyen esetet. *Morris* két esetet közöl, a melyeknél a gyomorfekély átfúródása következtében vese-gyomorsipoly keletkezett. *Stein* esetében a gyomorfekély belső kezelésre gyógyult; két évvel a gyógyulás után hirtelen átfúródásos tünetek léptek fel a betegnél, a melyek lezajlása után három héten át bűzös geny ürült a vizelettel és nyolcz napon át a székletéttel. A fekély tehát beletört a colonba és a vesébe.

Ezen műtét nélkül gyógyult esetek tehát semmiképen sem befolyásolhatják azon meggyőződésünket, hogy feltétlenül operálni kell minden átfuródást és pedig minél hamarább. A műtétről csak kényszerítő körülmények hatása alatt mondhatunk le akkor, ha a műtéttel már elkéstünk. Így volt ez 3. számú esetünkben, a hol már egy oly előrehaladt hashártyalob tünetei között került a beteg a klinikára, hogy a műtétről le kellett mondanunk; behozatala után néhány óra mulva a beteg meghalt.

Az átfúródást néha követő shockra nem kell tekintettel lennünk és nem kell elhalasztanunk a műtétet, mint azt *Leube* ajánlja, kedvezőbb időpontra, hanem minél előbb kell operálni, mert minden halasztással csak csökkentjük a műtét jó sikerének esélyeit. Igazat kell adni *Lennander*nek, a ki azt mondja, hogy a shock ellen a legjobb kezelés a műtét. Ha ezeket tartjuk szem előtt, akkor műtéti eredményeink meg fogják hazudtolni *Riedel* azon pessimistikus állítását, hogy: „Kranken mit Perforationsperitonitis kann nur noch ein glücklicher Zufall nützen.“ Nem a szerencsés véletlen, hanem a czéltudatos gyors beavatkozás mentheti meg a beteget. Természetesen itt is a siker kulcsa nemcsak a sebész kezében van, hanem a kezelő orvoséban is, a kinek a beteg megmentésében ugyanannyi rész jut, mint a sebésznek, ha idejekorán állapítja meg a műtét indicatioját.

A második kérdésre, hogy milyen beavatkozás a legczélszerűbb, már nehezebb megadni a feleletet. Általános érvényű szabályokat adni, a melyeket minden esetben követhetünk, nem lehet; annyira különbözők és egymástól elütők az ilyen esetek, hogy a követendő eljárást mindig az eset szabja meg. De mint minden átfúródásos hashártyalobnál, úgy itt is az átfúródás helyének felkeresése, annak elzárása és a hasüreg ellátása képezi teendőnket. *Mitchell* a beteg erőbeli állapotának megjavítására azt ajánlja, hogy a tulajdonképeni műtét előtt helybeli érzéstelenítés mellett nyissuk meg a hasüreget, hogy a benne levő gázok eltávozhassanak. Két esetében a hasüreg ezen egyszerű megnyitása után a beteg feltünően rossz érverése azonnal megjavult, légzése megkönnyebbedett. Nézetünk szerint ez csak időveszteséget jelent a nélkül, hogy a beteg subjectiv érzésének időleges javulásán kivül valami hasznot hozna. Sokkal czélszerűbb a műtétre való előkészületek alatt a betegnek bőséges konyhasós infusiót adni. A klinikán sok esetben volt alkalmunk ezen infusiók áldásos voltáról meggyőződni; az érverés, a mely néha már alig tapintható és nagyon szapora, kihagyó, meglassul, erősebbé válik, az intoxicatiora mutató tünetek enyhülnek úgy, hogy nem egy appendicitis vagy más bélátfúródás utáni hashártyagyuladásnál az infusio mentette meg a beteget.

Minthogy a műtét alá kerülő ezen esetek legtöbbjében a kórisme az átfúródás helyét illetőleg nem biztos, annak felkeresése és megtalálása a műtét egyik legnehezebb mozzanatát képezi. A hasüreg megnyitása után gázok távoznak és a hashártya súlyos lobos tüneteket mutat: átfúródásos hashártyalobkórisménk tehát helyes volt és a hashártya súlyosabb elváltozásai, a cseplesz odatapadása, a belek összenövése stb. figyelmünket a gyomor, illetve a duodenum felé terelik. A hassebet szükség szerint tágítjuk, hogy kényelmes hozzáférhetést és jó betekintést nyerhessünk. Sokszor a gyomor megtekintésekor már megtaláljuk a fekélyt; ha az átfúródás kicsiny vagy a gyomor illetve a duodenum hátsó falán ül, vagy magasan a cardiánál van, felismerése nehezebb. 1. számú esetünkben a beteg az átfúródást követő ötödik napon került műtét alá; a hasüreg megnyitása után egy nagyfokú általános hashártyagyuladást találtunk. A belek sokszorosan össze voltak tapadva, szétfejtésükkor újabb és újabb tályogok nyiltak meg, úgy hogy már a gyomorhoz való odajutás és tájékozódás is nehéz volt. Végigvizsgáljuk a gyomor mellső felületét, előhúzzuk, de az átfúródás helyét nem találjuk meg. A beteg állapota a műtét gyors befejezését sürgeti; annyit tudunk, hogy az átfúródásnak a gyomron kell lennie, de azt megtalálni nem tudjuk. Kénytelenek vagyunk egy tampont helyezni a gyomor fölé. Bonczolatnál kitünt, hogy egy lencsényi átfúródás volt jelen a cardia táján magasan.

Ehhez hasonló esetet nem egyet találunk az irodalomban feljegyezve bizonyságául annak, hogy az átfúródás helyének feltalálása néha milyen nehéz; különösen áll ez a kis fekélyekre.

Körte egy esetben szintén nem tudta az átfúródásos nyilást megtalálni; a gyomor fölé egy tampont helyezett és a beteg meggyógyult. *Turner* és *Englisch*, *Keetly*, *Biekersteth*, *Chalier* valamint *Federmann* szintén nem tudták az átfúródás helyét megtalálni. *Wheeler* az átfúródás után 26 óra mulva végzett laparotomiánál a gyomrot a bal májlebenynyel összetapadva találta. Ezt szétfejtvén sem tudta a perforatió helyét megtalálni, azonban egy serosaráncz alatt a szonda a gyomorba jutott. A perforatiós nyilás felett a gyomor serosája összetapadt és a gyomortartalom további kijutását a hasűrbe megakadályozta; Hasonló eseteket közölnek még *Moore* valamint *Rice* is. A gyomor serosájának ilyen viselkedése a fekélyátfúródásoknál ritka; másnemű átfúródásoknál, a hol az átfúródás környékén levő serosa ép, nem lobos — ez gyakoribb. Nekünk is volt alkalmunk egy gyomorlövésnél tapasztalni, hogy a behatolás helyét a serosa összetapasztotta, úgy hogy csakis a gyomor falának elvékonyodásából tudtuk az átfúródást megállapítani.

Arra is találunk példákat elég nagy számmal, hogy átfúródás több helyen jött létre és csak az egyik lett felismerve és ellátva.

Ezért *Jones* azt ajánlja, hogy minden ilyen czélból végzett laparotomiánál a gyomor hátsó falát is pontosan végigvizsgáljuk. *Althorp* és *Bush* közölnek eseteket, a hol a gyomor hátsó falán levő átfúródás csakis a mesocolon átmetszése után volt feltalálható. *Clarke* és *Franklin* eseteiben a mellső gyomorfalon levő átfúródott fekélyt bevarrták, de a duodenumon levőt

nem ismerték fel. *Fairchild* esetében a duodenumon levő egyik fekély felismertetett és elláttatott, de két másik, a melyik pedig szintén átfúródott volt, nem.

Ha az átfúródott fekély megtaláltatott és hozzáférhetővé van téve, akkor annak ellátása képezi további teendőnket. Az elzárás egy- vagy többrétegű varrattal történik. Ha a nyilás a gyomor olyan helyén van, a hol a serosából bő ránczokat szedhetünk, akkor mindenesetre tanácsos a többrétegű varrat. *Mitchell* még ilyenkor is elegendőnek tartja az egyrétegű varratot. *Brunner* egysoros varrattal elzárt 33 átfúródásos esete közül csak 16 gyógyult, míg 126 többrétegű varrat közül 77 gyógyult. Ez az utóbbi varrásmód előnyét bizonyítaná, ha csak a varraton fordulna meg a műtét sikere. *Jones* ezen varratoknál sokkal biztosabbnak tartja a dohányzacskó varratot.

A varratok alkalmazásának hátránya, hogy szűkületet okoz; a pylorus tájékán vagy a curvaturán ülő átfúródásoknál a varratnak a gyomor hossztengelyére harántul való alkalmazásával a szűkületet elkerülhetjük, ha a fekély nem nagy kiterjedésü és környezete nem nagy területen lobos. Ilyen esetekben, valamint a duodenumon ülő átfúródásoknál a szűkületet nem igen fogjuk elkerülhetni. Ezért az ilyen esetekben, ha csak a beteg erőbeli állapota megengedi, még egy gastroenteroanastomosist vagy pylorusplasticát is kell az átfúródási nyilás elzárása után csinálni. Az a tagadhatatlan nagy előnye a gastroenteroanastomosisnak megvan ilyen esetekben, hogy a gyomor gyors kiürülésére kedvező körülményeket teremt és megszünteti a pylorospasmust. *Goldstücker* az irodalomban hét ilyen esetet talált 3 gyógyulással. *Paterson* a perforatiós nyilás elzárása után a gastroenteroanastomosist feltétlenül ajánlja, mert a műtétet csak lényegtelenül hosszabbítja meg és a legjobb kilátást nyujtja az esetleg még jelen levő fekélyek gyógyulására. Második számú esetünkben, a hol az átfúródás utáni negyedik napon végeztük a műtétet, mi is kénytelenek voltunk a perforatiós nyilás elzárása után még egy gastroenteroanastomosist is végezni. Az átfúródás a duodenum mellső felszinén volt és annak kétrétegű elzárása után a duodenum lumene annyira megszűkült, hogy attól kellett tartanunk, hogy a gyomortartalomnak a duodenumba való jutása lehetetlenné lesz téve. E miatt valamint a rendkivül nagyfokú gyomortágulat miatt elkerülhetetlennek tartottuk a gastroenteroanastomosist. Fájdalom a beteg alig egynehány órával a műtét után meghalt. A magyar irodalomban *Dollinger* és *Milkó* közölnek eseteket, melyekben szintén végeztek gastroenteroanastomosist a perforatiós nyilás elzárása után; betegük meggyógyult. *Michaux* azt ajánlotta, hogy a perforatiós nyilást használjuk fel a gastroenteroanastomosishoz; még ha ezen nyilás különben kedvező helyen feküdne is, a környezet lobos volta lehetetlenné teszi ezen terv kivitelét. *Scudder* azt ajánlja, hogy a gastroenteroanastomosist a perforatiós nyilás elzárása után csak hosszabb idő mulva végezzük, ha a beteg erőbeli állapota megjavul. Egy gyomorfekélyátfúródás után négy hó mulva és egy duodenumfekélyátfúródás után öt hét mulva végezte sikerrel ezen műtétet.

A varrat lehető legteljesebb kirekesztése érdekében *Lempp* a jejunostomiát ajánlja, különösen akkor, ha már a hashártyalob nagyobb fokú. *Eiselsberg* szintén jejunostomiát készit és a nyilást mindaddig nyitva hagyja, mig a gyomornedv hyperaciditása meg nem szünt. *Krause* betege, a kinél jejunostomia lett csinálva a varrat után, meghalt. Hogy a jejunostomiának nincsen meg az a kivánt hatása, hogy a gyomrot teljesen működésen kivül helyezi és igy a fekély begyógyulására a legkedvezőbb viszonyokat teremti, azt *Brodnitz* az 1906. sebészcongressuson egy betegén demonstrálta; ő t. i. pylorusszűkület miatt gastroenteroanastomosist végzett, a mely után egy évvel a gyomorban egy új fekély keletkezett. Ő ezt kimetszette, de a baj recidiválván, a gyomor teljes function kivül való helyezése czéljából egy jejunostomiát csinált. Azonban azt tapasztalta, hogy ha a sipolyba ételt öntött, a gyomorban erős nedvelválasztás indult meg épen úgy, mintha az étel directe a gyomorba jutott volna.

Eiselsberg a jejunostomiát főleg a beteg táplálása érdekében tartja szükségesnek. Hét esete közül, a hol fekélyátfúródás miatt jejunostomiát is végzett, 3 meggyógyult. Ő az ilyen indicatio alapján végzett jejunostomiát, „mittelst eines operativen Eingriffs erzielte Leube'sche Kur"-nak tartja.

Ha az átfúródás a duodenumon van és a pylorus még átjárható, akkor a varrott terület teljes nyugalomba helyezését *Berg* oly módon akarja elérni, hogy gastroenteroanastomosist készit és a pylorust művileg egy dohányzacskóvarrattal annyira szűkiti, hogy rajta keresztül a duodenumba semmi a gyomorból nem juthat.

Az átfúródási nyilásnak bevarrása az elzárás legbiztosabb és legegyszerübb módja; azonban nem minden esetben vihető keresztül. Gyakran annyira lobos az átfúródott fekély környezete, hogy a varrás teljesen lehetetlen: a fonalak átvágnak. Igy történt ez *Mauclaire*, *Eschbach*, *Villard*, *Pinatello* és *Porges* eseteiben.

Ilyenkor az elzárást vagy a csepleszszel eszközölték, vagy tamponade-val. A csepleszt vagy egyszerűen a nyilás felett rögzitették vagy dugasz alakjában a perforatiós nyilásba belegyömöszölték és igy rögzitették. Ez az eljárás csak végső szükség esetén kisérelhető meg; *Bonheim* ily módon ellátott és gyógyult betegével szemben *Clairmont* és *Ranzi* esetében a csepleszsnek a nyilás feletti része necrotizált és a beteg meghalt.

Ha ilyen direct elzárásokra nem is alkalmas a csepleszs, a varrat biztositásában igen jó szolgálatot tehet. *Mikulicz*, *Lennander* és *Bonheim* nagyon ajánlják; második számú esetünkben a varrat felett mi is rögzitettük a csepleszt.

Az egyszerű tamponade-ot csakis olyan esetekben alkalmazták, midőn a beteg állapota a perforatiós nyilás egyesitését nem engedte meg, vagy a midőn az akár az erős összenövések, akár a falzat erős szakadékonysága vagy a nehéz hozzáférhetés miatt nem sikerült. *Brunner* munkájában megemlitett 15 ilyen eset közül három maradt életben. Hogy az alkalmazott varrat biztosabban tartson *Hume*, *Mitchell* és *Bonheim* a fekély kimetszését illetve a szélek felfrissitését ajánlották. *Kiefer* ezt nemcsak a varrat biztossága érdekében tartja szükségesnek, hanem azért is, mert szerinte az átfúródott fekélynek nincsen semmi gyógyhajlama és az egyesités daczára is megmarad a fekélynek az a tulajdonsága, hogy tovább terjed. Az angol és amerikai sebészek — kiknek e téren a legnagyobb tapasztalataik vannak — ezen eljárást követendőnek tartják, ha technikailag kivihető. *Kiefer* és *Waitz* közölnek ilyen kimetszés után gyógyult egy-egy esetet.

Noetzel szerint a fekély teljes kimetszése nemcsak veszélyes, mert rendszerint igen nagy defectusokat okoz a gyomorfalban, a melyek egyesités után a gyomorműködést igen megnehezitik, de felesleges is. Szerinte teljesen elegendő az átfúródott fekély széleinek felfrissitése, mert ez által a necroticus széleket eltávolitva az egyesitést pontosabban és gyorsabban végezhetjük. *Petersen* és *Machol* szerint egy fekélynek a kimetszésével nem sokra jutunk, mert az esetleg jelenlevő többi fekélyeket egynek eltávolitása nem akadályozza meg a tovaterjedésben.

Találunk eseteket leirva, a hol a fekély kimetszése helyett azt a perforatiós nyilással együtt kesztyűujjszerűleg befelé türemlítették a gyomor üregébe és felette a gyomor serosáját egyesitették; *Hume* és *Häberlin* egy-egy esetben igy jártak el, de betegük meghalt; *Bonheim* egyik esetében a beteg meggyógyult.

Azon esetben, ha a gyomor perforatiós nyilását bevarrni nem lehet, *Braun* annak kivarrását ajánlja a hassebbe. *Lorenz* az ilyen egyszerű kivarrást olyképen módositotta, hogy az átfúródási nyiláson keresztül egy kathetert tól előre a gyomorba a pyloruson keresztül a duodenumba és igy rögziti a gyomrot a hassebbe. Ezzel a gyomrot teljesen működésen kivül akarja helyezni a nélkül, hogy egy gastroenteroanastomosist csinálna. A kivarrással kezelt esetek közül egyedül a *Villard* betege maradt életben; ha az átfúródás pillanatában a gyomor nem volt üres, akkor a varrás előtt a gyomor kiüritését tartják szükségesnek akár gyomorcsövön át (*Dol-*

linger), akár a perforatiós nyiláson át egy katheter segitségével, mint azt *Maunsell* ajánlotta.

Hátra volna még a hasüreg ellátásának kérdése. Mint már előbb láttuk, csak ritka kivételes esetekben történhetik meg az, hogy a gyomor vagy duodenum átfúródásához nem szegődik általános hashártyalob. A duodenum átfúródásánál észleltek retroperitonealis áttörést; *Collin* 181 esete közül 54-ben volt ez igy. *Wagner* közöl egy esetet, a hol az áttörés után egy retroperitonealis tályog keletkezett, a mely a jobb lágyéktájig sülyedt le. Hasonlóképen ritka localisatioját a hashártyalobnak közlik az átfúródás után *Taylor* és *Russel*. Esetükben az átfúródás a gyomor hátsó falán volt és a foramen Winslowii eldugaszolódása vagy összetapadása folytán nem jutott a szabad hasüregbe sem gáz, sem gyomortartalom, hanem minden a bursa omentalisban gyülemlett meg.

Ha a gyomor az átfúródás pillanatában teljesen üres volt, akkor a cseplesz vagy a gyomor serosája a kis nyilást el tudja zárni. Minden más esetben az átfúródás után a gyomortartalom beleömlik a szabad hasüregbe; az átfúródás helyétől és nagyságától függ már most a kiömlő tartalom mennyisége és vele együtt az általános hashártyalob kifejlődésének gyorsasága. *Brunner* pontos vizsgálatai kimutatták, hogy ezen körülményeken kivül a gyomorbennék sósavtartalma, valamint az a körülmény is lényeges szerepet játszik a hashártyalob kifejlődésének gyorsaságában, hogy van-e pylorusszükület jelen, azaz, hogy a gyomortartalom pang-e. U. i. mennél nagyobb a sósavtartalom, annál kevésbé fertőző a gyomorbennék; a pangó gyomortartalom tehát sokkal fertőzőbb, mintha a gyomor motilitása zavartalan volt.

Különben itt is, mint az átfúródásos hashártyaloboknál általában, vannak, kik a hasüreg kiöblitésénél jobbnak tartják a szárazon kitörlést. Tény az, hogy mind a két módon lehet jó eredményeket elérni, ha kellő gonddal és alapossággal végezzük. A műtét elvégzése után csak ritkán lehetünk abban a kedvező helyzetben, hogy a hasüreget teljesen elzárhassuk; a legtöbbször a hashártyalob már oly fokot ért el, hogy a drainezést vagy a Mikulicz-tamponade-ot nem fogjuk elkerülhetni.

Hogy a műtét elvégzése után a beteg további kezelésére nagy gondot kell fordítani: az természetes. Bőséges infusiokat adunk és az étrendet szigorúan megszabjuk; legjobb, ha a beteg 2—3 napon át a szájon át semmi táplálékot nem vesz magához. *Musser* és *Keen* a betegnek a műtét utáni elhelyezésére is nagy súlyt fektetnek. Ez a fektetés az átfúródott fekély helyzete szerint különböző; ha a kis görbületen van, akkor a beteget ülő helyzetbe kell hozni a műtét után (Fowler positio), mig ha a mellső falon van, akkor egész rézsútos helyzetbe.

Ha a gyomor- és duodenumfekély-átfúródások miatt végzett műtétek eredményeit vizsgáljuk, legelőször össze kellene hasonlítanunk a belgyógyászatilag kezelt esetek eredményeit a sebészileg kezeltekével; azonban ezen összehasonlítás megtételére szükséges adatokat az irodalomban találni nem lehet. A műtét nélkül gyógyult esetek kis száma — még ha a diagnosis helyességében nem kételkedünk is — és egy nagyobb számú esetekből álló olyan kimutatás, a hol a halálesetek is fel volnának jegyezve, nincsen. Ezen körülmény természetes magyarázata az, hogy maguk a belgyógyászok sem kezelik ma már belsőleg az átfúródásos eseteket. Egyébként a műtéti beavatkozással elért eredmények helyes összeállítása is nehéz azért, mert értékkel csakis az egy helyről közölt összes esetek birnak, a melyeknél a gyógyult esetek mellett azok is közölve vannak, a melyekben műtéttel segíteni már nem lehetett.

Ha pl. *Haim* összeállítását helyesnek tartjuk, akkor az esetek 62%-ában sikerült a beteget megmenteni. Ilyen eredmények azonban a valóságnak nem felelnek meg és onnan származnak, hogy az operált esetek közül legnagyobbrészt csak a gyógyult esetek közöltetnek. *Englisch* 52%-ra, *Garré* 30%-ra becsüli a gyógyult esetek számát. *Brunner* szerint az eseteknek legfelebb egy harmada menthető meg műtéttel. *Goldstücker* az 1905. évi októberig terjedő időben közölt összesen 411 műtött esetről tesz említést, a melyek közül 230 gyógyult meg, a mi 56%-nak felel meg. *1905. október 1.-étől 1906. október 1.-éig a magyar irodalomban közölt eseteket és saját két esetünket is beleszámítva, 79 újabb esetet találtam közölve 42 gyógyulással, a mi 53·1%-nak felel meg.* Legújabban *Federmann* 11 átfúródott és operált gyomorfekély esetét közli *Sonnenburg* osztályáról; ezek közül meghalt 7, gyógyult 4 (28%.)

Ha ezen számok hű képét nem is adják a műtéti beavatkozással elért eredményeknek, annyit kétségkivül mégis bizonyitanak, hogy a gyomor- és duodenum-fekélyek ezen legsúlyosabb complicatiojában megbetegedett egyéneknek egy tekintélyes részét sikerül megmenteni a műtéttel. Hogy a műtét annál inkább kecsegtet sikerrel, mennél hamarább végezzük: azt a következő adatok bizonyitják legjobban:

Haim által közölt 46 műtött eset közül a bekövetkezett átfúródás után

5	órán	belül	operáltak	közül	gyógyult	4,	meghalt	2
10	„	„	„	„	„	8,	„	1
15	„	„	„	„	„	5,	„	3
24	„	„	„	„	„	6,	„	4
	a később		„	„	„	4,	„	9

F. és G. Gross által közölt 237 operált eset közül

12	órán	belül	operáltak	közül	gyógyult	66,	meghalt	22
24	„	„	„	„	„	26,	„	29
48	„	„	„	„	„	27,	„	36
	a később		„	„	„	6,	„	25

Ebből látható, hogy míg az első 12 órán belül operáltaknak csak 15—18%-ja halt meg, addig a 36 órán túl operáltak mortalitása 92—95%. Ez bizonyitja a legjobban, hogy milyen sürgős ilyen esetekben a műtét; az átfúródás bekövetkezése után óráról órára csökken a műtét sikerének esélye.

A halál oka az esetek túlnyomó nagy többségében hashártyalob volt, ámbár találunk eseteket feljegyezve, a hol a beteg pneumoniában, rekeszalatti tályogban, valamint bélvérzésben halt meg. *Brunner* által összeállitott esetek közül a sikerült műtét után 16-ban volt az előbbi, 10-ben az utóbbi a halál oka; a gyógyulást is ezen utóbbi két szövődmény zavarja meg a leggyakrabban.

Mindezen adatok a műtét közvetlen eredményét mutatják; azonban az átfúródás veszedelméből megmenekült beteget nem lehet még alapbajából, azaz a gyomor- vagy duodenumfekélyből meggyógyultnak tekinteni; a behegedt fekélyhelyen egy új fekély képződhetik, a mely vérzés vagy átfúródás még mindig végzetessé válhat. Ezért érdekes és tanulságos volna ismerni az átfúródásból műtétileg meggyógyult betegek további sorsát. Erre vonatkozó adatokat az irodalomban csak *Noetzel* közleményében találtam. 14 gyomorfekélyátfúródás miatt operált beteg közül nyolcz életben maradt; ezek közül hatnak további sorsa ismeretes. Mindegyik a műtét után 4 hét—$2\frac{1}{2}$ év alatti időben teljesen jól érezte magát, ment minden gyomorműködési zavartól. Mindezen hat esetben az átfúródott fekély kimetszése után a sebet egyesitette; egy esetben a varrat után még gastroenteroanastomosist is végzett. Egyik esete a műtét után három hónappal myocarditisben meghalt; a bonczolásnál a gyomor hege vonalasnak találtatott minden beszűrődés nélkül a környezetben.

Saját eseteink a következők:

Szabad hasüregbe áttört fekély.

1. *Lencsényi fekély a gyomor mellső falán a cardia táján. Műtét az átfúródást követő ötödik napon. Fekély nem találtatott meg. Halál.*

B. J., 38 éves földmíves. Felvétetett 1898. szeptemb. 14.-én. Évek óta szenved gyomorbajban; vért sohasem hányt. Négy nap előtt hirtelen rosszul lett, elájult, hasa fájni kezdett. Ezóta széke nem volt, szelek sem mentek. Sokszor csuklott, többször hányt. Mindenféle hashajtót és beöntéseket alkalmaztak nála minden eredmény nélkül. Állapota folyton súlyosbodott.

Beteg igen elesett, nyugtalan, arczát hideg veriték boritja, végtagjai hűvösek. Vontatottan beszél; légzése szapora és felületes. Kopogtatási eltérés a mellkas felett nincs. Nyelv kissé bevont, száraz. Lehelet

bélsárszagú. Has egyöntetűen puffadt; nyomásra mindenütt, de különösen a gyomortájékon fájdalmas. Kopogtatási hang a has felett mindenütt dohos, tompulat, resistentia ki nem mutatható. Májtompulat alsó határa magasabban van a rendesnél. Végbél teljesen üres. Hőmérsék 39° C; érverés könnyen elnyomható, kis hullámú, száma perczenként százon felüli.

Kórisme: Átfúródásos hashártyagyuladás. Áttört gyomorfekély?

Műtét: Helybeli érzéstelenítés. A hasat a középvonalban a köldök felett megnyitjuk. Vékonybelek egymás között és a csepleszszel álhártyásan összetapadtak; szétválasztásuk után mintegy két liternyi szürkés híg geny ürül ki. A hasüreg megnyitásakor gázok távoznak. Vastag- és vékonybeleken, gyomor mellső felületén mindenütt részint könnyen leválasztható, részint tapadós álhártyás felrakódás. Gyomrot előhúzzuk, de rajta semmi anyaghiányt nem tapintunk. Féregnyújtvány ép. A genyes hashártyalob okát nem találván meg, a hasüreget steril konyhasó-oldattal bőven kiöblítjük és Mikulicz-tamponade-ot alkalmazunk. A hasfal sebét szűkitjük. Nehány óra mulva a beteg meghal.

Bonczjegyzőkönyv: Szabad hasüregben félliternyi savanyú szagú zavaros híg folyadék. A hashártya mindenütt erősen belövelt, fényvesztett. *A gyomor mellső falán a cardia táján egy alig lencsényi, vérzéses udvarral körülvett fekély, mely a gyomor falát perforálta.* Eltokolódásnak semmi nyoma.

2. *Fillérnyi fekély a duodenum mellső falán közvetlenül a pylorus alatt. Igen nagyfokú gyomortágulat. Műtét az átfúródás utáni negyedik napon. Fekély bevarrva, gastrojejunostomia retrocolica postica. Halál.*

S. M., 34 éves lakatos. Felvétetett 1905. márczius 6.-án. Több mint négy év óta szenved gyomortáji fájdalmakban és rossz emésztésben; időként savanyú felböfögései vannak; gyakran hány. A hányadék csak ételmaradék volt; véreset sohasem hányt. Székszorulásai gyakran voltak. Négy nap előtt étkezés után hirtelen rosszul lett; gyomrában, majd hasában erős fájdalmak léptek fel, csuklani kezdett, gyakran hányt. Ezen idő óta sem széke nem volt, sem szelek nem távoztak.

Lesoványodott férfibeteg hasa puffadt, főként a köldök feletti tájék, a hol az érzékenység maximumát éri el. A vakbél tájékán sem érzékenység nincs, sem resistentia nem tapintható. Kopogtatási hang mindenütt dobos; májtompulat majdnem teljesen eltünt. Mellkas felett semmi eltérés. Végbél üres, hólyagban nehány cm³ szalmasárga vizelet. Beteg folyton csuklik és többször nagymennyiségű ételmaradékot hány; a hányadék nem bélsárszagú. Hőmérsék 37·2, érverés szapora, könnyen elnyomható, néhol kihagyó; száma perczenként 110. Műtétre előkészülés alatt konyhasós infusio.

Kórisme: Átfúródásos hashártyagyuladás. Áttört gyomorfekély?

Műtét chloroformnarcosisban behozatala után fél órával. Hasüreget a középvonalban a köldök felett kezdődő és a köldök alá folytatott metszéssel megnyitjuk. Az előtoluló vékonybelek puffadtak és serosájuk erősen belövelt. A gyomor rendkivül erősen tágult hólyagszerű; alsó határa majdnem a symphysisig ér. A gyomor annyira feszes, hogy a sebvonalba húzását csupán punctio után merjük eszközölni. A punctio nyilását Lembert-Czerny-varratokkal azonnal elzárjuk. A gyomrot előhúzván, annak mellső falát végignézzük, de rajta sehol semmi kórosat nem találunk. A pyloricus rész vizsgálatánál azonban kitünik, hogy a duodenum mellső falán közvetlenül a pylorus alatt egy fillérnyi perforatiós nyilás van, a melyből állandóan szivárog béltartalom a hasüregbe. Kellő izolálás után a fekély széleit kissé körülnyirjuk és a nyilás széleit kettős rétegben alkalmazott varratokkal elzárjuk. A varrat fölé nehány öltéssel a csepleszt rögzítjük. Minthogy ezen varratunkkal a duodenum lumenét annyira megszűkitettük, hogy az a kisujj hegyét alig hogy átbocsátja, még egy gastrojejunostomia retrocolica posticát is csinálunk varrattal a szokásos módon. Mikulicz-tamponade. Hasfalvarrat. A műtét után a beteg ismételten konyhasós infusiót kap.

Hat óra mulva a beteg meghal.

Bonczjegyzőkönyv: Belek jelentékenyen puffadtak, serosájuk belövelt; gyomor fundusa igen erősen kitágult; a fundus alsó része és a pylorieus tájék erősen összehúzódott; a nagy görbület legmélyebb pontja a köldök alatt 3 cm.-nyire foglal helyet. Az összehúzódott és kitágult rész határán van a varrat, a mely mindenütt jól tart. Közvetlenül a pylorus alatt, a duodenum mellső falán egy 4 cm. hosszú varratokkal egyesitett folytonossághiány van, melyhez a cseplesz részint oda van varrva, részint oda tapadva. A fekély alapja és partjai hegesek.

3. *Fekély a gyomor mellső falán közel a pylorushoz. Átfúródás ideje ismeretlen. Műtét nélkül beszállítása után nehány órával meghalt.*

S. L., 51 éves férfi. Felvétetett 1897. október 30.-án. Hosszabb idő óta gyomorbajos. Állitólag egy hónap előtt hirtelen erős gyomorfájdalmai támadtak, a melyhez véres hányás csatlakozott. Tegnap este állapota hirtelen rosszabbra fordult, fájdalmai fokozódtak, sok vért hányt, széke is véres volt.

Beteg in ultimis van. Hasa erősen puffadt, tapintásra mindenütt egyformán fájdalmas. Kopogtatási hang mindenütt dobos; tompulat, resistentia nincs. Májtompulat megkisebbedett. Állandóan csuklik, többször bélsárszagút hány; a hányadék nem véres. Hőmérséke 38·2; érverése alig érezhető, nagyon szapora.

Beszállíttatása után 5 órával általános peritonitis tünetei között meghal.

Bonczjegyzőkönyv: Körülbelül egy liternyi savanyú szagú, szennyesbarna csokoládészerű zavaros folyadék a hasüregben, a mely a *gyomornak mellső falán közel a pylorushoz található gömbölyű átfúródása folytán keletkezett.* A fekélynek a gyomor felé tekintő nyilása mintegy *tallérnyi*, innen a hashártya felé lépcsőzetesen kisebbedik és vége körülbelül krajczárnyi éles likkal, minden reactio nélkül a szomszédos területen a hasüregbe nyilik.

III. Vérzést okozó fekély.

Az átfúródás után a vérzés azon szövődmény, mely a gyomor- vagy duodenumfekélyben szenvedő beteg életét közvetlenül veszélyezteti; azonban az átfúródást a vérzésnél sokkal veszélyesebbnek kell tartanunk azon oknál fogva, hogy ez utóbbi ritkábban ér el oly fokot, hogy a beteget életveszélybe döntené. Ismeretes dolog ugyanis, hogy kisebb vérzés a gyomor- és duodenum-fekélyeknél gyakran észlelt tünet. *Boas* 82 biztosan kórismézett ulcus-eset közül 35 esetben (58·3%) tudott a székletétben vért kimutatni, *Siegel* 89 eset közül 66-ban (74·1%). Különös fontosságot csak akkor tulajdonithatunk neki, ha nagyfokú vagy igen gyakran ismétlődvén, heveny vérszegénységet okoz. *Tuffier*, *Savariand* és *Dieulafoy* a fekély okozta vérzéseket felosztják foudroyans, heveny és idült vérzésekre. *Moynihan* ezen három csoporton kivül megkülönbözteti még a csekély vagy kisfokú vérzéseket; az e fajta vérzések csak a belgyógyászt érdeklik; belső kezelésre megszünnek, sebészi beavatkozásra nem adnak okot.

Foudroyansnak a vérzést akkor mondjuk, ha a beteg egyszerre oly nagy mennyiségű vért hány, hogy a heveny vérszegénység tünetei azonnal fellépnek és a beteg élete a legkomolyabban veszélyeztetve van. Hogy ulcusos betegek milyen számban esnek áldozatul az ilyen foudroyans vérzésnek, azt a következő statistikai adatok bizonyitják a legjobban: *Debove* és *Rémond* szerint az ulcusban szenvedő betegek 5%-a, *Leube* szerint 1·1%-a, *Brinton*, valamint *Welch* szerint 3%-a, *Kaupe* szerint 3—5%-a, *Moullin* szerint 2·5%-a, *Tuffier* szerint 8%-a hal meg gyomorvérzésben. *Müller* 120 ulcus miatt meghalt betegnél 35 esetben talált vérzést, 14 esetben pedig a vérzés volt a halál oka.

Ezen esetekben a vérzés ütőeres szokott lenni és valamelyik nagyobb ér arrosiojából származik; valamelyik art. coronaria vagy az art. splenica képezik leggyakrabban a vérzés forrását. Azonban a vérzés foka és az arrodált ér nagysága között valami szoros összefüggést megállapitani nem lehet, mert az sok minden más körülménytől is függ. Észleltek halálos vérzéseket, a hol a bonczolatnál csak szorgos vizsgálat után megállapitható minimalis kis fekélyt találtak [*Dollinger* egyik esetében (Évkönyv III. 8. sz. eset) a gastroenteroanastomosis után egy nappal a beteg egy liternyi vérhányás után meghalt; az elvérzés a gyomorfal egy apró vérerecskéjéből történt, a melynek nyilását még a bonczasztalon sem lehetett megtalálni], mig *Tuffier* és *Jeanne* 17 esetben észlelték az art. splenica arrosioját és ezek közül csupán 3-ban volt a vérzés halálosan foudroyans, 7 esetben a vérzés 24—48 óráig tartott; *Litten* esetében 17 napig. *Brenner* egy 71 éves nőt észlelt, kinél a gyomorfekély magát a szivet arrodálta, s a beteg a gyomorvérzésnek csak a harmadik napján halt meg. *Grünfeld* egy duodenum-fekély okozta aortaperforatiót észlelt és a beteg csak a tizedik napon halt meg, pedig az átfúródás helyén egy babnyi nyilás volt az aorta falában.

Heveny a vérzés olyan esetekben, a midőn az nem olyan fokú, hogy egyszeri roham alatt a beteg elvérzik, hanem ha az naponta vagy másod-harmadnaponkint ismétlődve veszélyezteti a beteg életét. Az első rohamot egy hét mulva, sőt még később is követheti az újabb. Az egyszerre kihányt vér mennyisége nem haladja meg az 1 litert, de a székletét napokon keresztül is véres szokott lenni. A beteg ilyenkor egy heveny vérszegénységben szenvedő képét mutatja, és vérében a vörösvérsejtek száma jelentékenyen megkevesbedett.

Az *idült* vérzésnél az egyszerre kihányt vér mennyisége nem haladja meg a 100—200 gm.-ot; de rövidebb-hosszabb szünet után ismét és ismét fellép a rendszeres belgyógyászati kezeléssel daczolva. A betegek általános tápláltsága nagy fokban szenved, lesoványodnak és halványak.

A vérzések ilyen felosztásának nem felel meg valami meghatározott kórboncztani elváltozása a fekélynek, hanem e felosztás csak a klinikai szükségletnek tesz eleget. Határai nem élesek, úgy hogy az egyes esetek beosztásánál inkább a beteg erőbeli állapota a mérvadó.

Míg a fekély átfúródásánál valami lényegesebb különbséget a gyomor és duodenum fekélyei között nem találunk, addig a vérzést illetőleg a kettő között már nagyobb a különbség. T. i. a duodenalis fekélyeknél gyakrabban észlelhetni foudroyans vagy heveny vérzéseket, mint a gyomorfekélyeknél. *Krauss* szerint az összes duodenalis fekélyeknek 33%-ában lép fel súlyos vérzés, a mely *Perry* és *Shaw* szerint 13%-ban halálos. *Oppenheimer* szerint több mint 100 eset közül 34-ben észleltek heveny vérzést. Ez a tény magyarázatát abban leli, hogy a duodenalis fekélyek legnagyobb része nagyobb edények közvetlen szomszédságában van és így az arrosio lehetősége nagyobb, mint a gyomorfekélyeknél. Különösen áll ez a duodenum alsó és hátsó felszinén ülő fekélyeknél; itt fut le az art. gastroduodenalis, itt adja egyik ágát, az art. pancreatico duodenalist. *Collin* összeállításában a duodenalis fekélyek okozta vérzés forrása a következő volt: arrodálva volt az art. pancreaticoduodenalis 12-szer, az art. gastroepiploica dextra 3-szor, az art. pancreatica 2-szer, az aorta abdominalis 2-szer, a vena portae 2-szer, az art. hepatica, valamint a vena mesenterica superior 1-szer. Mindezen esetek legtöbbjében a vérzés halálos volt.

Egy gyomorfekély okozta heveny vérzés birta *Mikulicz*-ot 1887-ben arra a gondolatra, hogy sebészileg beavatkozva a vérzés ura lehessen. Ezen első kisérlet óta 20 év telt el és ma már a sebész a belgyógyászszal együtt kezeli az ilyen eseteket, hogy szükség esetében, ha belső kezelésre a vérzés meg nem szünik, beavatkozzék. Azonban ezen beavatkozás indicatioját illetőleg megállapodás még ma sem történt. A belső kezelés a foudroyans esetekkel szemben jóformán teljesen tehetetlen; ezek volnának tehát azok az esetek, a melyek a sebészi beavatkozást leginkább indicálnák. Azonban az ily esetek legtöbbjében a beavatkozásra nem kerül a sor, a beteg elhal, mielőtt még a műtétre gondolni is lehetne. De vannak esetek, a melyek a nagy vérzést kiállják, s a beteg kezd magához térni. Ilyen esetekben a műtét indicatioja *már* nem áll fenn; ha ugyanis a beteg egy ilyen nagy vérzés után felocsudik, akkor mindenek szerint a vérzés már megszünt; az arrodált ér nyilását thrombus zárja el és azt megbolygatni, a kivérzett betegen egy nagy műtétet végezni annyit jelent, mint őt újra halálos veszedelemnek kitenni annál is inkább, mert a klinikusok sokszor észlelték már, hogy egy erősebb vérzés után a fekély állandóan meggyógyul. A heveny vérzések belső kezelésre a legtöbbször megszünnek, vagy legalább enyhülnek. A sebészi beavatkozás ilyenkor súlyos, technikailag nehéz, hosszú ideig tart, úgy, hogy már eleve sem biztat fényes eredménynyel.

A sebészi beavatkozás szükségességének megitélésénél még egy fontos körülmény van, melyet sohasem szabad szem elől téveszteni: a diagnosis helyességének kérdése. T. i. hogy tényleg a gyomorból vagy a duodenumból történik-e a vérzés, és hogy azt tényleg egy fekély okozza-e, nem-e valamely más olyan ok, a melylyel szemben a sebészi beavatkozás tehetetlen vagy fölösleges. Ismeretes, hogy vese-, szívbajok is okozhatnak gyomorvérzéseket, valamint tbc, lues és rák, sőt hysteriás vérzéseket is észleltek már. A kórisme megállapításának részletezése helyett idézem *Tuffier* és *Jeanne* meghatározását, a mely a gyakorlati igényeknek a leginkább megfelel: „Ha egy eddig egészséges vagy már hosszabb idő óta gyomorbajban szenvedő fiatalabb egyénnél hirtelen gyomorvérzés lép fel, akkor annak oka egy fekély.“

Mikor indikált egy fekély okozta vérzésnél a sebészi beavatkozás? A foudroyans vérzések — mint már láttuk — beavatkozás tárgyát nem képezhetik, azért csakis a heveny és idült esetekről lehet itt szó. Ha azonban meggondoljuk, hogy a sebészi beavatkozás ilyen esetekben a legsúlyosabbak közé tartozik és kétes eredményű, akkor a műtét indicatioját nagyon szükre fogjuk szabni; olyan esetekre tartva fenn azt, a hol a belgyógyászati kezelés teljesen sikertelen maradt és a diagnosis helyességéhez kétség nem fér. Még a sebészi kezelés nagy hive, Tuffier is azt mondja: „Le traitement médical est le seul, qui doive être appliqué à une gastrorragie ulcéreuse, même très abondante, et l'intervention est uniquement réservée à celles, qui lui résistent.“ A legnagyobb nehézség azonban épen abban áll, hogy mikor tartsuk a belgyógyászati kezelést sikertelennek, azaz, hogy mikor érkezett el az ideje annak, hogy a sebészi kezeléshez forduljunk? Határozott időpontot megállapitani itt sem lehet. Ajánlották a vörösvérsejtek számának meghatározását és ha az egy bizonyos számon alul van, akkor lenne a sebészi kezelés indicált. Hogy azonban ezt mértékül venni nem lehet, azt *Dieulafoy* következő megfigyelése igazolja. Három, többszörös vérhányás után vérszegénynyé lett beteg vörösvérsejtjeinek száma 12 és 13 ezer között volt: az egyik meghalt, a másik műtéttel, a harmadik belső kezelésre meggyógyult. Hasonlóképen nem lehet a pulsus számát, az esetleges hőemelkedést vagy az egyszerre kihányt vér mennyiségét mértékül felállitani. *Döntőnek egyedül csak a beteg erőbeli állapotát tarthatjuk és azt, hogy van-e jelen a belső kezeléssel daczoló más szövődménye is a fekélynek egyidejűleg a vérhányáson kivül, mint pl. pylorusszűkület, vagy perigastricus odanövések.*

Részünkről csak ezt tartjuk a sebészi beavatkozás indicatiojának mértékéül és nem érthetünk egyet *Kocher*, *Rodman*, *Robson*, *Tuffier* és *Jeanne*-val, a kik a vérhányás második, legfelebb harmadik fellépte után operálnak. Látni fogjuk, hogy azok a sebészi eljárások, a melyek a vérzés direct csillapitására törekszenek, beható nagy műtétek, melyeknek mortalitása még a leggyakorlottabb sebésznél is igen nagy; azok pedig, melyek a gyomor nyugalomba helyezésére törekesznek, eredményeikben bizonytalanok. Ezért mi a sebészi beavatkozást csak oly esetekben tartjuk indicálva, a mikor a beteget a gyakori vérhányás, melyet a belső kezelés csillapitani nem képes, nagyon elgyengiti; egyszóval, nem a vérzések számát, hanem a beteg erőbeli állapotát tartjuk mérvadónak.

A sebészi beavatkozásokat, melyeket gyomorvérzések esetében végezni lehet, három nagy csoportba lehet osztani: az elsőbe tartoznak azok, a melyeknél a vérző hely felkerestetik és elláttatik — tehát a direct vérzéscsillapitó műtéti módok, — a másodikba azok, a melyek vagy a gyomrot, illetve a duodenumot nyugalomba akarják helyezni, vagy pedig a vérző edényt folytonosságban kötik le, nem a vérzés helyén — indirect vérzéscsillapitó módok, — harmadikba a vérző fekélynek vagy a pylorusnak kimetszése. Nézzük azokat egyenkint és a velük elért eredményeket.

1. Direct vérzéscsillapitó módok.

Kétségkivül ezen módok volnának a legbiztosabbak eredmény tekintetében; azonban keresztülvitelük feltétele, hogy a vérző fekély a gyomorban vagy a duodenumban felismertessék és hozzáférhető legyen. A felismerésen és a hozzáférhetőségen hiúsul meg azonban legtöbbször a beavatkozás.

Hasmetszést végzünk egy erősen kivérzett, elgyengült betegnél. A gyomrot telt állapotban találjuk; mellső falán egy hosszú metszést csinálunk, hogy jó betekintést nyerjünk; a gyomor majdnem egy liternyi részben alvadt, részben híg folyékony vérrel telt; ezt kiürítve a sánczszerűen erősen kiemelkedő ránczok között mindenütt váladékot találunk, mely a nyákhártya megtekintését megnehezíti és annak részenkint való letörlése sok időt vesz igénybe. Szakaszonkint kiforditjuk a gyomorsebbe a hátsó gyomorfalat is, bevilágitunk egy reflectorral, nem találjuk sehol a vérző helyet, mert a látótérbe mindenütt vér ömlik; tapintani sem tudunk sehol semmi fekélyt. „Nem ismerünk kinosabb, izgatóbb és fárasztóbb hasi műtétet, mint a vérző gyomorfekély utáni ilyen hiábavaló keresést“ — mondják *Tuffier* és *Jeanne*. A hosszas keresés után a gyomor ismét megtelt vérrel és ha a beteg állapota még megengedi — elülről kezdhetjük ismét a keresést, a míg vagy kénytelenek leszünk beismerni, hogy a vérzés forrását nem tudjuk megtalálni, vagy ráakadunk egy kis fekélyre, magasan a cardián, melyet ellátni meg sem próbálhatunk.

Szerencsére, nem minden esetben van ez így; a fekély kedvező elhelyeződése mellett arra ráakadunk és láthatjuk, hogy a fekély a vérzés forrása. Különböző sebészek különböző módon látták el a vérző fekélyt. *Mikulicz* cauterizálta egy Paquelin-égővel és a vérzés elállott. *Armstrong* hasonló módon járt el két esetben jó sikerrel. Azonban ezen eljárás csakis felületes kis fekélyeknél képes a vérzést elállitani, a mikor inkább csak parenchymás jellegű. Nagyobb, kiterjedtebb fekélyeknél a vérző területet körülölthetjük, vagy ha a környezet lobos volta miatt ez lehetetlen, a fekélyt keztyűujjszerűleg a gyomor üregébe húzhatjuk és az így készitett kúpot alapján leköthetjük.

2. Indirect vérzéscsillapító módok.

A fekélyhez vezető ütőérnek az arrosiotól távolabb eső helyen való lekötése ott, a hol az teljesen ép, nem lobosan infiltrált területen végezhető. *Roux* ajánlotta. O ezen eljárást a kimetszéssel egyidejűleg egy, a kis görbületen közel a pylorus mellett fekvő fekélynél alkalmazta jó sikerrel. *Mikulicz* szintén jó eredményt ért el egy esetben az ilyen lekötéssel. *Tuffier* és *Jeanne* az art. lienalis és az art. gastroduodenalis lekötését is ajánlották az e helyen levő vérző fekélyeknél. *Witzel* az art. coronaria sup. dextra és sinistra lekötésével szüntette meg a vérzést.

Az eddig emlitett eljárások mindegyike inkább az acut vérzéseknél jön alkalmazásba; chronicus, gyakran ismétlődő vérzéseknél a vérző fekély direct felkeresése és ellátása háttérbe szorul azon eljárásokkal szemben, a melyek a vérzés csillapitását a fekély gyógyulásával iparkodnak elérni. Ugyanez áll a több helyről történő vérzésekre is. Azon feltevésből kiindulva, hogy a gastroenteroanastomosis a nyilt fekélyre gyógyitólag képes hatni, ajánlotta *Doyen* ezen műtétet a vérzés megszüntetésére.

Egy 23 éven át igen gyakori gyomorvérzésben szenvedő és nagyon kivérzett betegnél hasmetszést végezve, a pyloruson egy 8 cm. átmérőjű callosus, vérző fekélyt talált. Gastroenteroanastomosist végzett és a vérzés két éven át egyáltalán nem ismétlődött, a beteg állandóan meggyógyult. *Doyen* óta ezen eljárást többen végezték; az irodalomban a mi esetünket is hozzászámitva összesen 27 vérzés miatt végzett gastroenteroanastomosis van feljegyezve. Az esetek legtöbbjében a vérzés megszünt; arra is találunk példát, hogy ütőeres vérzést is képes a gastroenteroanastomosis megszüntetni. Igy *Mayo-Robson* közöl egy esetet, a hol egy igen erős vérzés második fellépte után a már jóformán haldokló betegen gastroenteroanastomosist végzett Murphy-gombbal. A vérzés megszünt, de a műtét utáni 10. napon a beteg perforatiós hashártyalobban, melyet a Murphy-gomb okozott, elhalt. A bonczolatnál kitünt, hogy egy duodenalis fekély az art. gastroduodenalist arrodálta, de a nyilást egy erősen tapadó thrombus teljesen elzárta; a vérzés megszünt. *Wateshouse* gastroenteroanastomosis után vérzést csakis rövid idővel a műtét után észlelt, a mikor még a gastroenteroanastomosis jó hatását nem fejtette ki. Azonban a vérzés nem minden esetben szünik meg gastroenteroanastomosis után. 4. számú esetünkben az öt év óta gyakran ismétlődő vérzés gastroenteroanastomosis után egy éven belül többször fellépett még, de azután végleg kimaradva a beteg meggyógyult.

Quénu egy vérző fekély miatt végzett gastroenteroanastomosist; a vérzés nem szünt meg és a beteg műtét utáni 8. napra meghalt. Igy volt az *Krönlein* két esetében, valamint *Porge* esetében is. *Dollinger* egy esetében (Évkönyv VI. 14. eset.) a beteg gastroenteroanastomosis utáni napon az art. gastroduodenalis arrosiojában halt meg. *Hoffmann* egy esetében a gastroenteroanastomosis után 29 nap mulva halt meg a beteg a fekélyből származó vérzésben. A gastroenteroanastomosisnak a vérző fekélyre gyakorolt hatásának vizsgálása czéljából állatkisérleteket végeztem. Az alább részletesen közölt kisérletekből az tünik ki, hogy gyomorvérzés esetében a gastroenteroanastomosisnak csak akkor van valami kimutatható jó hatása, ha a vérzéssel egyidejűleg a pylorus is szükült; ellenkező esetben ezen műtétnek valami gyógyitó hatást nemcsak hogy nem lehet tulajdonitani, hanem az ily módon kezelt állatok nagyobb része elpusztult, mig a controll-állatoknál, a hol a gastroenteroanastomosis nem végeztetett, a vérzés megszünt. *Küster* ezért azt ajánlotta, hogy az egyszerű gastroenteroanastomosist kössük össze a fekély cauterizálásával. *Czerny* egy esetben a vérző fekély kimetszése után, *Mayo-Robson* az edény lekötése után végzett gastroenteroanastomosist. *Connel* azt ajánlja, hogy a gastroenteroanastomosis nyilásán át minden esetben fel kell keresni a vérző helyet. Azonban épen a vérző hely fel nem találása miatt végzik a legtöbbször a gastroenteroanastomosist. *Quénu* ezért a gastroenteroanastomosist csakis oly esetben ajánlja, mikor a vérző fekély a pyloruson van s a beteg állapota a pylorectomiát nem engedi meg. Olyankor, a midőn a fekélyt nem tudja megtalálni, akkor úgy jár el, hogy a nagy görbületen lehetőleg közel a cardiához készíti a nyilást és a gyomrot egy fonállal a gastroenteroanastomosis-nyilás alatt lekötvén, a keringésből kirekeszti; ha a fekély véletlenül a nyilástól a pyloricus rész felé esik, akkor az eljárás jó eredménynyel járhat; ha azonban a fekély a nyilás felett van, a nélkül, hogy valamivel is többet használtunk volna, mint az egyszerű gastroenteroanastomosissal, művileg egy homokóragyomrot készitettünk a betegnél. Mint már emlitettem, a gastroenteroanastomosist azon felvétel alapján ajánlották, hogy a gyomrot nyugalomba helyezi; ezen nyugalomba helyezés fokozására *Eiselsberg* a jejunostomiát ajánlotta. *Bunge* két esetben a jejunostomiát a gastroenteroanastomosissal egyidejűleg végezte. A jejunostomia értékéről ilyen esetben ugyanezt mondhatjuk, a mit a fekélyátfúródásnál már emlitettünk. Tévedés azt hinni, hogy a gyomrot jejunostomiával absolut nyugalomba helyezni lehetséges. A mint a sipolyba táplálékot öntünk, a gyomornedvelválasztás épen úgy megindul, mintha a táplálék a gyomorba jutott volna. Sőt ilyenkor nem lévén semmi a gyomorban a mi a sósavat leköti vagy közömbösíti: a fekély gyógyulására és a vérzés megszüntetésére kedvező viszonyokat épen nem hoztunk létre.

3. A vérző fekély kimetszése.

Az eddig emlitett eljárásoknál sokkal biztosabb és egyszersmind a vérzés megismétlődése szempontjából is ajánlatos a fekély kimetszése és a gyomorseb egyesitése. A gyomor mellső falán ülő, jól mozgatható és nem túlnagy kiterjedésű fekélyeknél ezen eljárás jó eredménynyel végezhető. *Tuffier* és *Lejars* igen ajánlják. *Roux* és *Buck* egy kis fekélyt operáltak ily módon jó sikerrel; *Price* egy gyermektenyérnyi darabját távolította el a mellső gyomorfalnak. Betege meggyógyult. Azonban a legtöbb sebész nem tartja indicáltnak ilyen beható nagy műtéteket legyengült és kivérzett betegeken végezni. *Van Kleef*-nek ugyan sikerült egy vérzés miatt végzett pylorectomiával a beteget megmenteni, de már *Elliot* ily módon operált betege meghalt. *Abbé*, *Hirsch*, *Keen*, *Mixter*, *Michaux*, *Pringle* és *Salzer* egy-egy esetben a gyomrot felhasitották és a vérzés csillapitása érdekében semmit sem tudván végezni, a sebet zárták. Ezen 7 eset közül kettő meggyógyult. *Tuffier* az ilyen „gastrotomie évacuatrice“ jó hatását abból magyarázza, hogy a gyomrot kitöltő vér a mirigyeket elválasztásra, az izomzatot összehúzódásra ingerli; a mint a gyomrot kitöltő vért kiürítjük, a vérzés spontan csillapodására kedvező feltételeket teremtettünk.

Nézzük már most, hogy a sebészi beavatkozással általában és az egyes műtéti módokkal milyen eredményt lehet elérni. Nagyobb számú esetből összeállított statistikák a következők: *Savariand*-é 1898-ból, *Rodman*-é és *Robson*-é 1901-ből, *Moynihan*-é 1903-ból *Tuffier-Jeanne*-é 1905-ből. *Robson* statistikája annyira tele van hibákkal, s adatai annyira ellentmondók és a többi statistikákkal annyira ellentétben áll, hogy figyelmen kivül kell hagyni.

Savariand 15 esetben végzett műtétről és eredményeiről számol be; ezek közül meggyógyult 5, meghalt 10, a mi 66·6% mortalitásnak felel meg. *Rodman* statistikáját 32 esetből állitotta össze; ezek közül gyógyult 20, meghalt 12, azaz 37·5% a halálozás. *Tuffier* és *Jeanne* 24 oly esetet gyüjtöttek

össze, melyek *Rodman* statistikájában nem foglaltatnak benn. Ezek közül 2 esetben az eredmény ismeretlen, 14 gyógyult, 8 meghalt, a mi 36·3% halálozást jelent. Ezen 24 esettel kibővítvén *Rodman* statistikáját 52 esetről számolnak be 37% halálozással. *Moynihan* két statistikát közöl, az egyik 26 esetről számol be 14 halálesettel, a másik 32-ről 13 halálesettel.

Én az irodalomból mindazon eseteket összegyüjtöttem és táblázatba állitottam könnyebb áttekintés szempontjából, a melyek 1906. decz. 31.-éig közölve lettek. 26 olyan esetet találtam, a melyek a *Tuffier-Jeanne*-féle statistikában nem szerepelnek.

Műtét neme	Esetek száma	Gyógyult	Meghalt	Mortalitás %-ban
Fekélykimetszés	17	12	5	29·4
Lekötés, körülöltés	12	9	3	25
Cauterezés	4	2	2	50
Edénylekötés folytonosságban	3	3	0	0
Pylorus plastica	2	1	1	50
Pylorectomia	2	1	1	50
Gastro-entero-anastomosis	23	11	12	52·1
Gastr.-ent.-anast. kimetszéssel	2	1	1	50
Gastr.-ent.-anast. cauterezéssel	1	1	0	0
Gastr.-ent.-anast. lekötéssel	1	1	0	0
Jejunostomia	2	?	?	?
Jejunostom. Gastr.-ent.-anast.	2	2	0	0
Gastrotomia	7	2	5	71·5
Összesen	78	46	30	38·4

A statistikából tehát az tünik ki, hogy a sebészeti beavatkozás gyomorvérzések esetében 38·4% mortalitással jár. Ez a szám azonban mindenek szerint kisebb a valóságnál; kisebbnek kell mondanunk azért, mert csak casuisticus esetek összeállitásából származik. Ha az egyes műtétek mortalitását külön tekintjük, különösen nagynak tünik fel a halálozás azon műtéteknél, a melyek a vérző helyet directe keresik fel és annak ellátásával akarják a vérzést csillapitani: pedig ezek azok a műtétek, a melyek hatás tekintetében a többiek felett messze felülállnak. T. i. ha vérző fekélyt tartalmazó gyomorfal, vagy az egész pylorus el lett távolitva, akkor a recidiva, azaz a vérzés újabb fellépte nem fenyeget. Másként áll azonban a dolog a gastroenteroanastomosissal vagy a jejunostomiával. A statistikai adatokat egyedül mérvadóknak itt nem tekinthetjük azért, mert csakis a közvetlen halálozást mutatják, azaz azt, hogy a gyomorvérzés miatt végzett gastroenteroanastomosis után hány százaléka halt meg a betegeknek azért, mert a vérzés nem szünt meg, vagy pedig, mert a kivérzett beteg a műtétet nem birta ki, vagy mert egy hashártyalob fejlődött ki. Azonban *egy sebészi beavatkozás valódi értékét csakis az állandó, a maradandó eredmény szabhatja meg.* Azt kellene tehát tudnunk, hogy a gastroenteroanastomosis után hány esetben ismétlődött hosszabb idő — 1—2 év alatt — a vérzés és hányban volt állandó a gyógyulás; vagy legalább annyit, hogy lehet-e számitani a vérzések számának és intensitásának csökkenésére. Csakis akkor, ha azt ismernők, lehetne nyugodt lelkiismerettel mondani, hogy minden olyan esetben, a hol a belső kezelés nem segit, gastroenteroanastomosist kell végezni. Azt kell mondanom, hogy ettől a ponttól jelenleg még távol vagyunk. Az irodalomban egyedül *Moullin* dolgozatában találtam megemlitve, hogy utóvizsgálatot végzett 18 gyomorvérzés miatt operált betegen. Ezek közül a vérzés egynél változatlanul megmaradt, kettőnél még nehányszor ismétlődött, a többi állandóan meggyógyult. *Moullin* 18 esete nagyon kevés ahhoz, hogy belőlük következtetést lehetne vonni, annál is inkább, mert eseteiben a műtétek többfélék voltak. *Dollinger* egy 3 év óta gyakran ismétlődő vérzés miatt végzett gastroenteroanastomosis esetében (Dolg. II., 2. sz. eset) a vérhányás 11 hónapig szünetelt, de akkor ismét fellépett. Egyetlen esetünkben, a hol gyakran ismétlődő vérzés miatt gastroenteroanastomosist végeztünk, a vérzés, mint már emlitettük, az első éven belül több alkalommal ismétlődött és csak ezután következett be a gyógyulás.

Mindezek alapján a gyomorfekélyből származó vérzéseknél a sebészi beavatkozást problematicus értékünek tartjuk; jogosultsága szerintem csak ott van, a hol a vérzésen kivül a fekélynek más szövődménye (pylorus-szűkület, homokóragyomor stb.) is van jelen. Szövődmény nélküli esetekben csak kivételesen végezhető, ha a belső kezelés eredménytelen és a beteget a gyakori vérzés nagyon legyöngitette.

Saját eseteink a következők:

4. Vérzést okozó gyomorfekély. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Egy éven belül vérzés több izben jelentkezett, azután állandó gyógyulás.

R. M., 19 éves nő, felvétetett 1905. junius 21. Öt év óta hasában folytonos fájdalmakat érez. Erős gyomorégései és gyakori vérhányásai vannak; a hányadék nem nagy mennyiségű élénkpiros, aludt vérrel kevert. Székszorulásban szenved, székletéte gyakran feketés, szurokszerű. Állandóan orvosi kezelés alatt állott, folyton bismuthot szedett.

Halvány, gracilis beteg. Has mérsékelten puffadt, diffuse fájdalmas. Resistentiát nem lehet tapintani. Gyomor alsó határa felfúvásnál köldök felett két harántujjnyira. Próbareggeli után vett gyomortartalomban sósav +, tejsav —, összaciditás 78. Próbaebéd után 5 óra mulva gyomor üres.

Kórisme: Ulcus pepticum ventriculi. Haematemesis.

Műtét: Augusztus 7.-én chloroformnarcosisban. Gyomor rendesnél nem nagyobb, teljesen szabadon előhúzható, sehol rögzitve nincs. Mellső felületén a kis curvatura közelében egy fillérnyi heges folt. Pylorus kisujj számára, habár nehezen, de mégis átjárható. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás: Műtét után nagyon sokszor epéset hány. Láztalan; augusztus 14-én varratkiszedés, sebszélek per primam begyógyultak. Augusztus 30-áig naponta többször hány, úgy hogy már egy circulus vitiosusra gondolva laparotomiát akarunk csinálni. Gyomormosásokra állapota javul, hányás megszünik, csupán állandóan fájdalmakról panaszkodik. Véres a hányadék sohasem volt. Lassankint megerősödik és szeptember 18.-án távozik.

Utóvizsgálat: 1906. február 2. Más baja miatt jelentkezve előadja, hogy a műtét után négy hónappal két izben nagyobb mennyiségű és öt hónappal egymás után 3-szor kevesebb vért hányt, fájdalmai csökkentek, de savanyú felböfögései még mindig vannak.

1906. augusztus 25. Ismét jelentkezett. Február hóban egyszer még hányt vért, azóta nem. Jól érzi magát, csak ha többet eszik jelentkeznek előbbi fájdalmai.

1906. szeptember 28. Belgyógyászati klinikán megejtett vizsgálat eredménye: Próbareggeli 1 óra után kivéve: sósav 0·09, tejsav: —, összaciditás: 18. Próbaebéd: sósav: 0·11, összaciditás: 34. Motoricus képessége a gyomornak jó.

Utolsó jelentkezése óta egyszer sem hányt, jól érzi magát.

5. Nagyfokú vérhányás. Gyógyszeres kezelésre műtét nélkül gyógyult.

S. Zs., 35 éves munkás, felvétetett 1899. február 3. Már évek óta szenved gyomorbajban; étkezés után igen gyakran a gyomortájon erős fájdalmai vannak, a melyek ellen orvosa natr. hydrocarb.-t rendelt; gyakran vannak savanyú felböfögései. Székei rendetlenek; 2—3 napig tartó székrekedést hasmenést szokott követni. A felvétel napján délután hirtelen hányási inger lépett fel erős szédülés közben. Egy mosdótálnyi vért hányt, a miután elájult és homlokát a szekrény szélébe ütötte; a mentők szállították a klinikára.

Lesoványodott halvány férfibeteg. A jobb homlokdudor felett egy csonthártyáig hatoló 4 cm. hosszú zúzott seb. Teljes eszméletnél van, de szemei kápráznak és hányási ingere van. Mellkas felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nincs; has behúzódott, nyomásra különösen az epigastriumban fájdalmas. Resistentia, kopogtatási eltérés nincs. Pulsusa filiformis, alig tapintható; légzés szapora, felületes, hőmérsék 36·8. A délután folyamán két izben összesen ½ liternyi vért hányt. Felmelegíttetik, konyhasós infusiót kap, belsőleg jéglabdacsokat nyel. Bőr alá ergotin. Homlokseb egyesíttetik. Absolut tejdiaetára és nagy adag bismuthra az állapot javul. A vérzés február 5.-én kis fokban megismétlődik. A kihányt vér erősen savi vegyhatású.

Márczius 2.-án gyógyultan távozik és további kezelésre a kórház belosztályára utasittatik.

IV. Callosus gyomorfekély.

Callosus fekélynek az olyan nyilt gyomorfekélyt nevezzük, a melynek sajátsága a kötőszövet lobos burjánzása, a serosa nagy kiterjedésű megvastagodása, a mélység felé való terjedés és a környezettel való összenövés. Klinice az ily fekélyekre jellegző a nagy fájdalmasság, a hosszú fennállás és az a körülmény, hogy

a belgyógyászati kezeléssel daczolnak. (Rebellische Form des Magengeschwürs *Petersen-Machol.*) Legtöbbször, ha csak a gyomor hátsó falán nem ülnek, a hasfalon keresztül tapintható terimenagyobbodást okoznak, mely nyomásra fájdalmas. A pyloruson vagy a praepyloricus részen ülő ilyen fekélyek a pylorust szűkitik és gyomortágulásához vezethetnek még a heges gyógyulás bekövetkezése előtt is. Hogy vajjon a pylorusszűkület ilyenkor a lobos duzzadás következtében fellépett mechanikai elzáródás következménye-e, vagy pedig csak pylorospasmus, az még eldöntve nincs. A callosus fekély és az egyszerű nyilt pepticus fekély között kórboncztani különbség tulajdonképen nincsen; a megkülönböztetésre alapot csupán csak a klinikai tünetek nyujtanak. A legtöbb ilyen fekélyt azelőtt rákosnak tartották, csupán a górcsövi vizsgálat derítette ki, hogy a fekély lobos; a környezettel való erős összenövés, a kemény tapintat, valóságos tumor jelenléte és a környi mirigyek megnagyobbodása még ma is nem egy esetben kétségessé teszik a kórismét. A callosus fekély jóval ritkább mint az egyszerű pepticus fekély.

Reinchard 1888-ban még csak 18 ilyent tudott összeállítani az irodalomból; ma már, hogy jobban megtanultuk azokat ismerni, sokkal nagyobbra tehető számuk. *Brenner* 51, *Hofmann* 29, *Schwarz* 13 esetet ir le. A mi 34 észlelt esetünk közül 9 ilyen callosus fekély volt.

Schwarz ezen fekélyeket az összekapaszkodás szerint felosztja 1. gyomor-hasfali; 2. gyomor-pancreas és 3. gyomor-májfekélyekre. A gyomor-hasfali fekélyeknél a gyomor mellső felületén lévő fekély a nyákhártya felől a serosa felé terjedvén, lobos összenövés jön létre a fekély alapját képező serosa és a hasfali peritoneum között. Ha ezen stadiumban a fekély meggyógyul a mélység felé való terjedése megszűnik és csupán perigastrialis összenövés mutatja a gyógyult fekély helyét. Hogyha azonban a fekély nem gyógyult még meg, akkor tovább terjed a fali peritoneumon át a hasfalzatra és erős beszűrődést, fájdalmas duzzanatot okoz, a mely duzzanat széteshet, s tályogképződéshez vezethet.

Az ilyen hasfali tályogok a fekély kerületének megfelelő nyiláson át a gyomor üregével közlekedésben állanak, és a tályog feltisztulása után épen úgy keletkezhetnek spontan gyomorhasfali sipolyok, mint az átfúródott fekélyeknél láttuk. *Schwarz* az irodalomból 10 ilyen callosus gyomor-hasfali fekélyt tudott összegyüjteni; *Brenner* 6 ilyen esetről tesz említést, *Hofmann* 4-ről. A mi 9 callosus fekélyünk között szintén volt egy eset, mely praeperitonealis tályog keletkezéséhez vezetett; a tályog körülbelül gyermekökölnyi volt és a hasüreg felé teljesen el volt határolva.

A gyomor-pancreas-fekélyeknél a gyomor hátsó falán a nagy görbülethez közel fekvő fekély terjed rá a pancreasra és nagy kiterjedésű erős összenövésekhez vezet a két szerv között. Ilyenkor is jöhetnek létre eltokolt tályogok, azonban ezek jóval ritkábbak mint a hasfali tályogok. Ezen fekélyeknek kórisméje, illetve az összenövés felismerése a műtét előtt igen nehéz, ha nem lehetetlen. *Brenner* szerint klinikailag ezeket főként az erős, kínzó fájdalmasság jellemzi, a mit megszüntetni a belső kezelés csak ideig-óráig tud. Ő ezen fájdalmasságot a fekély alapjának lobos voltából magyarázza, illetve abból, hogy a fekély alapját képező pancreas a gyomor peristalticája által mechanice és a gyomorsav által chemice is állandóan ingereltetik. Minthogy a callosus fekélyek kedvencz székhelye a gyomor hátsó fala, ezen gyomor-pancreas-fekélyek aránylag a leggyakoriabbak. *Hofmann* 7 ilyen operált esetet említ.

A gyomor-máj-fekélyek főleg olyan esetekben jönnek létre, a mikor a fekély a pyloruson, vagy a praepyloricus részen foglal helyet. Az odanövések rendszerint csak felületesek, de észleltek már mélyen a máj állományába beterjedő fekélyt is.

Az összenövés ráterjedhet az epehólyagra is, a mi epekőrohamokat utánzó görcsös fájdalmakat válthat ki. Az ilyen esetek diagnosticus tekintetben sok nehézséget okoznak, nem csak a műtét előtt, hanem még a hasüreg megnyitása után is. A lobos és összenőtt gyomorfal és epehólyag közé a cseplesz is oda szokott tapadva lenni, úgy hogy nem egyszer lehetetlen megállapitani, hogy a gyomorban kell-e keresnünk az odanövés okát vagy az epehólyagban. Ezen fajta fekélyeknél is keletkezhetnek eltokolt tályogok, a melyek véletlen megnyitása vagy beszakitása a műtétnél végzetes lehet a betegre. A már említett 9. sz. esetünkben a májjal és epehólyaggal összekapaszkodott és pylorusszűkületet valamint igen nagyfokú gyomortágulatot okozott callosus fekély ilyen eltokolt hasűri tályog képződéséhez vezetett. A tályogot drainezve és gastroenteroanastomosist végezve az éveken át tartó lázak és folytonos hányás miatt a végsőkig elgyötört beteg bámulatos hamar összeszedte magát és teljesen meggyógyult.

Hogy ezen összenövések egymással sokféleképen combinálva fordulhatnak elő, az természetes. Néha a gyomor az őt környező szervek mindegyikéhez annyira oda van tapadva, hogy helyzetében jóformán rögzitve van és alig képes helyzetét megváltoztatni; egy merev falú tömlőt képez. Unicum számba megy 12 sz. ilyen esetünk. Egy 25 éves nő, kinél évek előtt igen erős, hosszú ideig tartó, alig csillapitható vérhányás mutatkozott; felgyógyulása után nyelési nehézségek léptek fel, úgy hogy csak folyadékot tudott nyelni; néhány hónap óta az étkezés után $^1/_2$—2 órával ezt is kihányta. Bárzsingszondával cardialis szűkületet találtunk, a melyet tágitva laparotomiát végeztünk. A műtétnél a gyomrot erősen összezsugorodva helyzetében teljesen rögzitve találtuk; össze volt nőve a máj bal lebenyével és az epehólyaggal, a pylorustájon a fali hashártyával, a nagy görbület alatt a haránttremesével, hátsó felülete nagy kiterjedésben a pancreassal. A mesocolon valamint a lig. gastrocolicum meg volt vastagodva, úgy hogy hozzá sem lehetett férni a gyomor hátsó felületéhez. Az egész gyomorfal megvastagodott kemény tapintatú volt, mellső felületén pirosas megvastagodások. Ép hely csupán a mellső felületen a cardia alatt mintegy ötkoronásnyi darabon volt, ezt a helyet használtuk fel egy gastroenteroanastomosis antecolica végzéséhez; az anastomosis végrehajtása a gyomornak mélyen való rögzitettsége miatt igen nehezen volt végezhető. A beteg meggyógyult. Aránylag ritkák az olyan callosus fekélyek, a melyek nem vezetnek összenövésekhez; korai stadiumban végzett hasmetszésnél találtak ilyen eseteket is, különösen a kis görbületen ülő fekélyeknél. *Brenner* 7 ilyen esetet operált, *Hofmann* 4-et. A mi 9 callosus fekélyünk között a pyloruson levő négy fekély teljesen szabadon mozgatható volt, a környezettel sehol össze nem kapaszkodott.

A callosus fekély kezelése ma még a legélénkebb vita tárgyát képezi. A belgyógyászati kezelés sok esetben hatástalannak bizonyul még akkor is, ha hosszú időn át a legszigorubb kúra foganatositttatik. A baj kezdeti szakában semmiféle olyan tünetet, olyan diagnosticus jelet nem ismerünk, a melyből a fekély callosus jellegére lehetne következtetni. Sőt az is kétséges, hogy a callosus fekélyek nem képezik-e egyszerű pepticus fekélynek csak későbbi stadiumát, a melybe a fekély akkor jut, ha gyógyulása nem következik be rövidebb idő alatt. Lehetséges, hogy az egyszerű pepticus fekély a beteg czélszerütlen magatartása folytán vagy más ismeretlen okból egy reflectoricus pylorusspasmust vált ki, a minek következtében a pangó gyomorbennék, az esetleges hyperaciditás a meglevő fekélyt erősen irritálja, a mi a fekély környezetének lobos infiltratiojához és a fekély alapjának necrosisához vezet. Hogy ez nem pusztán hypothesis, azt az a körülmény bizonyitja, hogy észleltek és leirtak olyan pepticus gyomorfekélyeket, a melyekben klinice a pylorusszűkület minden tünete megvolt, de műtétnél a pylorus teljesen átjárhatónak bizonyult.

A callosus fekély továbbfejlődésénél, ha már tapintható daganat keletkezett, vagy diagnostizálható összenövések jöttek létre, akkor a kórisme megállapitása könnyebb.

Hogy a callosus fekélyek még ilyen stadiumban is meggyógyulhatnak műtét nélkül, belső kezelésre, az tagadhatatlan tény. Azon gyomorrákok, a melyeknél a tapintható tumor valamely gyógyszerre vagy próbalaparotomiára eltünt, s a betegek meggyógyultak, ide tartoznak. Ilyen eset pl. a *Rottenspieler*-é: egy cachecticus kinézésű betegnél a gyomor nagy

görbülete felett egy jókora, dudoros felületű daganatot tapintott, a melyet a gyomornedv chemismusa stb. alapján rákosnak tartott. Egy év mulva a beteg hízni kezdett, a tumor megkisebbedett; másfél év mulva ismételt gyomorvérzések után a tumor teljesen eltünt, a beteg meggyógyult. *Schloffer* több belső kezelésre gyógyult esetét említi; hasonlóképen *Brenner* és *Stendel* is. De minden kétséget kizárólag bizonyítják a spontan gyógyulás lehetőségét azon esetek, melyeknél műtét alkalmával a gyomorfalat erősen megvastagodottnak, jóformán kérgesnek tapintjuk kivülről, de a gyomor megnyitása után a megvastagodott serosának megfelelő nyákhártyán vagy semmit, vagy egy kis heget találunk.

A callosus fekélyek spontan gyógyulását tehát tagadni nem lehet; azonban legtöbbször maguk a belgyógyászok azok, a kik az ilyen eseteket a sebészhez utasítják. Diagnosticus kétségek, kifejezett pylorusszűkület és gyomortágulat, erős fájdalmak azon okok, a melyek a belgyógyászt legtöbbször erre kényszerítik. Említettük már, hogy nem ritkán még a hasüreg megnyitása után sem dönthető el, hogy a tapintott daganat ulcustumor-e vagy rák; mennyivel inkább kétséges tehát a kórisme a műtét előtt. Kétségtelen, hogy a gyomornedv chemiai és bacteriologiai vizsgálata a kérdést sok esetben eldöntheti, azonban nem mindig. Vannak callosus fekélyek, különösen a melyek gyomortágulathoz vezettek, a melyeknél a sósav mennyiségének csökkenése vagy teljes hiánya mellett tejsavat, valamint hosszú bacillusokat találtak. Ilyen esetben a műtétet nemcsak a sebész tartja indicáltnak.

De nemcsak az esetleg már kifejlődött pylorus-szűkület és következményes gyomortágulat az egyedüli ok, a mely miatt az ilyen callosus fekélyek sebészi kezelése indicált lehet; a rendkivül erős fájdalmak, akár összenövések okozzák azokat, akár a fekély alapjának irritatioja, valamint a vérzések. Ezen utóbbiak tárgyalásánál láttuk, hogy a fekély alapját képező edényarrosiók milyen gyakoriak és milyen végzetesek lehetnek.

A sebészi beavatkozás, a mely ilyen callosus fekélynél szóba jön: a gastroenteroanastomosis és a fekély kimetszése (partialis gyomorresectio vagy pylorusresectio). A pylorusplastica, a *Lereta*-féle tágitás, a gastrolysis, a gastropexia végzése ilyen esetekben nem tekinthető indicáltnak.

A leginkább elterjedt és a leggyakrabban alkalmazott eljárás a **gastroenteroanastomosis**. A sebészek tekintélyes része ezt a műtétet tartja az egyedül jogosultnak és megengedhetőnek a callosus fekélyeknél akár okoznak azok pylorusszűkületet, akár nem.

Jogosultságát ezen műtétnek azzal bizonyithatjuk, hogy 1. tényleg képes meggyógyitani a fekélyt és a jelenlevő pylorusszűkület következményeit képes visszafejleszteni; 2. a sebészi kezelés közvetlen eredményei a belső kezeléssel elért eredményekkel felvehetik a versenyt. A döntő bizonyitékot azonban a kétféle kezeléssel elért maradandó eredmények összehasonlitása fogja nyujtani.

Nézzük először a gastroenteroanastomosis utáni műtéti mortalitást a különböző sebészeknél; ezen számok kizárólag csak a callosus fekélyeknél végzett gastroenteroanastomosisokra vonatkoznak és pedig annak minden fajtájára. Ezen összeállításnál tekintet nélkül voltam a gastroenteroanastomosis minőségére, valamint arra is, hogy varrattal végeztetett-e, vagy Murphy-gombbal. Az összeállításnál csakis gyüjtőmunkákat vettem figyelembe, egyes casuisticus közleményeket nem; tettem ezt azon egyszerű oknál fogva, mert a közölt casuisticus esetek legnagyobb része gyógyult esetekről szól; az ilyen esetekből összeállitott statistika tehát nem ad a valóságnak megfelelő hű képet.

Kreuzer munkájában 85 operált gyomorfekélyről számol be *Krönlein* klinikájáról; ezen esetek közül 66-szor végeztetett *Hacker*-féle gastroenteroanastomosis 7·6% mortalitással és 8-szor *Wölfler*-féle 50% mortalitással. *Kreuzer* munkájában a callosus gyomorfekélyeket különválasztja a penetráló fekélyektől, de a kórtörténetekből sok esetben nem lehet biztosan megállapitani, hogy a fekély callosus volt-e vagy nem. Ezért bármily értékes anyagot szolgáltat munkája máskülönben, ezen összeállitásba eseteit nem vehettem be.

Callosus gyomorfekély miatt végzett gastroenteroanastomosisok.

Szerző neve	Esetek száma	Gyógyult	Meghalt	Mortalitás %-ban
Brenner	30	26	4	10·3
Carle Fantino	3	2	1	33·3
Czerny	55	50	5	9
Hofmann	15	11	4	26·6
Körte	8	6	2	25
Kümmel	9	8	1	11·1
Küster	7	5	2	28·5
Mikulicz	19	16	3	15·7
Rydygier	15	12	3	20·0
Schloffer	7	5	2	28·5
Warnecke (gyüjtőstatist.)	50	42	8	16
Saját eseteink	5	5	—	0

Ha ezen táblázatra tekintünk, az operativ mortalitás nagysága szembetünő; azonban ezen mortalitás csak igen kis részben irható a műtét rovására. A halálokok között feltünő nagy számmal van képviselve a gyomorvérzés, átfúródás a szabad hasüregbe, kimerülés és pneumonia, a mi részben az alapbaj súlyosságában leli magyarázatát, részben abban, hogy teljesen elgyengült betegeken végeztetett. Igazat kell adnunk *Hofmann*-nak, a ki azt mondja az ilyen indicatio alapján végzett gastroenteroanastomosisról: „Die Gefahr des Eingriffes hängt nicht so sehr in der ausgeführten Operation, als viel mehr in der Schwere des Grundleidens und in dem Allgemeinzustande des Kranken ab.“

Ezen közvetlen műtéti mortalitást össze kellene most hasonlitani a callosus fekélyek belgyógyászatilag kezelt eseteinek mortalitásával. Ilyen összehasonlitás azonban lehetetlen, még pedig azért, mert élőben műtét nélkül a fekély callosus voltát biztosan felismerni nem lehet. Összehasonlitó statistikát tehát csakis a fekélyekre általánosságban lehet felállitani.

Egy további kérdés, hogy ha a callosus fekélyben szenvedő beteg a gastroenteroanastomosisból meggyógyult, meggyógyul-e fekélyéből is. Erre a feleletet az operált esetek utóvizsgálata adja meg. *Brenner* callosus gyomorfekély miatt végzett 26 operative gyógyult gastroenteroanastomosisa közül 22 további sorsa ismeretes; közülük 14 teljesen gyógyult (63·6%), 5 nél gyomorzavarok még mindig fennállanak és 3 meghalt (2 ismeretlen bajban, 1 a fekély átfúródásában).

Hofmann operative gyógyult 9 ilyen esete közül 5 beteg részint az ulcussal összefüggő (perforatio, vérzés), részint attól független betegségben elhalt és 4 gyógyult teljesen. *Jedlicka* 18 betegen végzett callosus gyomorfekély miatt gastroenteroanastomosist. Ezek között csak 2 van olyan állapotban, hogy a műtéttel elért eredményt jónak mondhatja, az utánvizsgált esetek közül azonban 8 nak sorsa ismeretlen maradt. *Ali Krogius* 4 esete közül 2 fekélyátfúródásban, 2 vérzésben halt meg. *Saját eseteink* közül 5 esetben végeztetett gastroenteroanastomosis. Az eredmény 4 esetben teljes gyógyulás, 1 esetben javulás volt.

Ezen utánvizsgált eseteken kivül vannak esetek leirva, a melyeknél részint a műtétnél, részint más okból történt halál után a bonczolat igazolja a callosus fekély teljes gyógyulását. Igen tanúlságos 3 ilyen esetet közöl *Brenner*.

Az első esetben egy, a gyomor mellső falán, közel a pylorus mellett levő callosus fekély miatt gastroenteroanastomosist végzett. *Három év mulva* záródásos tünetek miatt relaparotomiát kellett végeznie, tudniillik egy vékonybélkacs belecsúszott a mesocolon nyilásába és összenyomta az elvezető jejunumkacsot. A laparotomia alkalmával kitünt, hogy a fekély teljesen eltünt, a gyomorfal teljesen normális volt, semmi odanövés vagy heg a régi fekély helyén található nem volt.

Második esetben a hátsó gyomorfalon a pylorusra ráterjedő tenyérnyi callosus fekély miatt végzett gastroenteroanastomosis antecolica antica után tiz hó mulva a még mindig fennálló erős fájdalmak miatt relaparotomiát végezvén, kitünt, hogy a pylorus rögzitve van a májhoz és epehólyaghoz, de a fekély helyén egykoronásnyi fehér heg van, a melynek környezete teljesen ép, sehol callosusan beszürődve nincsen. További 9 hó mulva a keletkezett hasfali sérv miatt harmadik laparotomiát végzett, a mely alkalommal a fekély teljes meggyógyulását lehetett constatálni.

A harmadik esetben a kis görbület közepén ülő fekély a mellső hasfallal és a májjal volt összekapaszkodva és felterjedt a cardiáig. Tiz hónappal a végzett gastroenteroanastomosis után a keletkezett hasfali sérv miatt relaparotomiát végzett, s ekkor kitünt, hogy a gyomor jól mozgatható, fala nem infiltrált és a mellső hasfallal csak igen lazán van összetapadva.

Hofmann egyik esetében a beteg 2 évvel a műtét után strychnin-mérgezésben meghalt. A pyloruson volt nagy callosus fekély helyén a bonczolatnál csak egy lapos heg volt található.

Wallis egy a pyloruson levő daganat miatt, mely azt teljesen beszükitette, gastroenteroanastomosist végzett. Egy hónap mulva a tumor radicalis eltávolitása czéljából laparotomiát végzett, de a régebben talált tumor nyomtalanul eltünt.

Valliet egy nagy inoperabilis pylorustumor miatt gastroenteroanastomosist végzett; a beteg műtét után meghizott és 18 hó mulva a tumor teljesen eltünt.

Ugyanilyen esetet közölnek *Schloffer*, *Schön*, valamint *Larsen* is.

Kammerer egy tyúktojásnyi pylorustumor miatt, a mely nagy gyomortágulathoz vezetett, gastroenteroanastomosist végzett. Öt hét mulva a tumor kiirtása czéljából relaparotomiát végzett, de a tumor teljesen eltünt. Ugyanilyen két esetet közöl *Dowd* is.

Jesset 56 éves nőnél egy tojásnyi callosus fekély miatt, a mely a pylorust beszükitette, gastroenteroanastomosist végzett; a beteg 10 év mulva apoplexiában meghalt és a bonczolatnál a tumor helyén egy alig észrevehető kis heg volt. Hasonló eset praeparatumát mutatta be a hamburgi orvosegyesületben *Sick*.

Mindezen esetek azt bizonyitják tehát, hogy gastroenteroanastomosis után a beteg nemcsak klinikailag vehető gyógyultnak, hanem a fekély anatomiailag tényleg meg van gyógyulva.

A gastroenteroanastomosis gyógyitó hatását szépen bizonyitja *Hacker* egyik esete is, a melyben egy callosus fekély okozta cardiaszükület visszafejlődését észlelte gastroenteroanastomosis után egyidejű pylorusszükületnél. Ő ezen jó hatást abból magyarázza, hogy a cardiát folytonosan ingerlő pangó gyomorbennék gyors lefolyása biztositttatik. Ehhez hasonló a mi már előbb emlitett 12. számú esetünk is. Ebben is ráterjedt a fekély okozta callosus infiltratio a cardiára is, úgy hogy a beteget, a ki a műtét előtt még folyadékot is csak nehezen tudott nyelni, rendszeresen sondáztuk, hogy legalább a folyadékokat könnyen lenyelhesse. A beteg állapota nem engedte, hogy szükületét teljesen kitágitsuk. Az egyidejű pylorusszükület miatt végzett gastroenteroanastomosis után 3—4 héttel a beteg tudott már compactabb ételeket is nyelni. A műtét jó hatása tehát itt is szembetünő.

Mindezek alapján tény gyanánt kell elfogadnunk a gastroenteroanastomosis gyógyitó hatását a fekélyekre. A kérdéssel, hogy minek tulajdonitható ezen jó hatás, a kisérleti részben bővebben fogok foglalkozni. E helyen csupán csak constatálni akarom, hogy ezen kérdésre biztos feleletet adni nem lehet. Eddig az volt az általánosan elfogadott nézet, hogy a gastroenteroanastomosis jó hatása a gyomortartalom gyors elvezetéséből és a gyomor pyloricus részének nyugalomba helyezéséből áll. Állatkisérleteim bizonyitják, hogy ezen nézet nem felel meg a valóságnak; ugyanis minden kétséget kizárólag meg lehetett állapitani, hogy a gyomortartalom átjárható pylorus mellett nemcsak a készitett sipolynyiláson át hagyja el a gyomrot, hanem a pyloruson keresztül is még azon esetekben is, midőn a pylorus erősen szükitve volt. És ebben a tekintetben valamiféle különbség az egyes gastroenteroanastomosis-módok között, a nyilás nagysága és helye között, valamint az elvezető bélkacs iso- vagy antiperistalticus elhelyezése között ki nem mutatható. A gyomor összehúzódásai a gyomortartalmat a pylorus felé hajtják és ezen keresztül továbbitják még akkor is, ha a gyomrot a béllel bárhol is egy tág nyilás köti össze.

Azon esetekkel szemben, mikor a gastroenteroanastomosis gyógyitólag hatott, egy egész sorozata van az olyanoknak, a midőn a műtét a fekély továbbfejlődését vagy egy új fekély keletkezését nem tudta megakadályozni, valamint olyanoknak, a midőn a gastroenteroanastomosis nyilása újra beszükült, vagy az elvezető jejunalis kacson egy pepticus fekély keletkezett.

Mindazok az esetek, a melyekben a gastroenteroanastomosis végzése után a beteg egy circulus vitiosusnak, egy varratelégtelenség okozta átfúródásos hashártyalobnak, vagy egy belső incarcerationak, a mely a vékonybélkacsoknak a mesocolon nyilásába való előesése által jött létre, áldozatul esett, nem számithatók ide; ezek nem hozhatók fel a gastroenteroanastomosisnak a callosus fekélyekre gyakorolt gyógyitó hatása ellen, hanem még ha később is következett be a halál, mégis a közvetlen műtéti mortalitás rovatába tartoznak.

Ugyanilyen beszámitás alá tartoznak azok az esetek is, a midőn a készitett gastroenteroanastomosisnyilás a műtő hibájából szükül meg, vagy sarkantyúképződés a nyilást elzárja.

Közismert dolog, hogy minden gastroenteroanastomosisnyilás idővel beszükül és erre már előre számitva, jó hosszúra készitjük a nyilást; e miatt a varrattal készitett gastroenteroanastomosis határozott előnyt érdemel a Murphy-gombbal készitett varrat felett, a melynek nyilása aránytalanul kisebb a varrattal készithető nyilásnál. *Neuweiler* az ide vonatkozó irodalmat áttanulmányozván, statistikát állitott össze a készitett sipolynyilás beszükülését illetőleg. 32 ilyen esetet tudott az irodalomban találni, a melyek közül 28-szor varrattal, 4-szer Murphy-gombbal végeztetett a gastroenteroanastomosis. *Kehr* egy 20 éves leánynál 3-szor volt kénytelen laparotomiát csinálni a nyilás ismételt beszükülése miatt. *Körte* egyik esetében a Braun-féle entero-enteroanastomosissal combinált gastroenteroanastomosis után 3 évvel végzett laparotomia alkalmával a belek közti nyilást teljesen elzáródva, a gyomor nyilását 1—2 mm.-nyire beszükülve találta. *Gelpke* közöl egy Socin által operált esetet, a melyben a műtét után 3 évvel végzett bonczolásnál a nyilás teljesen elzáródva találtatott. *Kramer* 6 ilyen esetet közöl; közülök 3-nál a sectio alkalmával állapitották meg a nyilás beszükülését, 3 pedig újabb műtétet tett szükségessé.

Ide tartozik a mi 13. sz. esetünk is. Egy 40 éves nőnél, a ki már 14 év óta szenved gyomorbajban, hányásban és heves gyomorfájdalmakban, egy a pylorust beszükitő callosus gyomorfekély miatt, a mely a pancreassal is összekapaszkodott volt, gastroenteroanastomosis retrocolica postica végeztetett varrattal. A műtét után a beteg állapota megjavult, ezen javulás azonban alig tartott 6 hónapig; régi panaszai miatt egy második laparotomiát végeztünk nála, a midőn kitünt, hogy a callosus fekély teljesen eltünt, helyét egy sima felületű, puha heg foglalja el, azonban a gastroenteroanastomosis-nyilás annyira be van szükülve, hogy rajta sem a gyomor felől, sem a bél felől átjutni nem lehetett. Az elvezető jejunalis kacs közvetlenül a nyilás alatt meg volt vastagodva, serosája be volt lövelve. Egy második nyilás készitése után a beteg állapota ismét megjavult.

Ez az eset is bizonyitja a gastroenteroanastomosis gyógyitó hatását a fekélyre; azonban azt is bizonyitja, hogy nem nyujt biztos garantiát egy újabb fekély keletkezése ellen.

Pantaloni egy callosus pylorusfekély miatt, a mely szükületet okozott, gastroenteroanastomosist végzett, a tapintható

tumor műtét után eltünt, azonban 18 hó mulva újra mutatkozott, úgy hogy egy második műtét vált szükségessé.

Az irodalomban találunk arra is elég példát, hogy a meglevő gastroenteroanastomosis daczára új fekély keletkezett, sőt az át is fúródott a szabad hasüregbe. Így *Brentano* esetében egy 26 éves nőnél már hosszabb idő előtt végeztek gastroenteroanastomosist; a nyilás közvetlen közelében egy új fekély keletkezett, a mely átfúródván, egy újabb gastroenteroanastomosist tett szükségessé. *Delaloye* egyik betege a műtét után 7 hét mulva halt meg a fekély átfúródásában. *Brenner* valamint *Hofmann* egy-egy esetében hasonlóképen hosszabb idő telt el a műtét és az átfúródás okozta halál között. *Hofmann*nak ezenkivül egy 4 év előtti gastroenteroanastomosis nyilásában új fekélyt kellett kiirtania. *Kramer* 2 esetében szintén keletkezett fekély a gastroenteroanastomosis-nyilás körül.

Egy további ok, a mely a gastroenteroanastomosissal elért időleges jó eredményt teljesen megronthatja és a már „gyógyult" beteget ismét életveszélybe dönti: az elvezető jejunalis kacson fellépő *ulcus pepticum*. A mióta 1899-ben Braun egy gastroenteroanastomosis után 11 hóval perforatiós tünetek között meghalt betegnél ezen fekély jelenlétét megállapította és létrejöttét a végzett gastroenteroanastomosissal oki összefüggésbe hozta, az általános figyelem ezen veszélyes complicatiora fel lett hiva.

Ámbár ulcus pepticum jejuni nemcsak callosus fekélyek miatt végzett gastroenteroanastomosis után észleltetett, hanem heges, vagy más jóindulatú pylorusszükület után is, mégis az ismétlések elkerülése végett e helyen tárgyalom.

Hogy a pepticus jejunalis fekély a végzett gastroenteroanastomosissal szoros okozati összefüggésben van, az kétségtelen; olyan betegeknél a kiken gastroenteroanastomosis nem végeztetett, észlelve nincsen. A míg ezen műtétet kiterjedten nem végezték, nem is volt ismeretes. *Tiegel* az irodalomból 22 esetet tudott összegyüjteni, a melyhez *Lieblein* még ötöt csatol; ezenkivül *Frankel*, *Delaloye* egy-egy és *Gosset* két esetet közöltek, úgy hogy az eddig ismert összes esetek száma 31-et tesz ki. Ide tartoznak még a mi 13. sz. esetünk, és *Dollinger* valamint *Imrédy* esete is.

Ebből látható, hogy az esetek száma nem nagy, különösen ha tekintetbe veszszük, hogy az utóbbi évtizedben milyen gyakran végeztetett gastroenteroanastomosis. Egynehány adat álljon itt annak kimutatására, hogy a végzett gastroenteroanastomosisok mily kis töredékében lép fel ezen súlyos szövődmény. *Mikulicz* 160 gastroenteroanastomosis után kétszer, *Mayo-Robson* 266 után egyszer, *Cačkowič* 115 után háromszor észlelték felléptét. Mi 25 jóindulatú gyomormegbetegedés miatt végeztünk gastroenteroanastomosist és csupán csak egy esetben észleltük jelenlétét.

Nézetem szerint az ulcus pepticum jejuni keletkezése a gastroenteroanastomosis után sokkal gyakoribb, mint azt általában gondoljuk. E felsorolt számok távolról sem közelitik meg a valóságot, mert legnagyobbrészt csakis oly esetekre szoritkoznak, a melyekben a fekély átfúródáshoz vezetett akár a szabad hasüregbe, akár a hasfalba. A fekély felismerése rendkivül nehéz, sőt lehetetlen, ha csak valamiféle szövődményt nem okoz. Hányszor észleljük nyilt callosus fekély miatt végzett gastroenteroanastomosisok után hetek mulva is, hogy a beteg étkezés után fájdalmakról panaszkodik, hogy táplálkozása nem igen akar megjavulni, hányás, hasmenés gyengitik. A legtöbbször hajlandók vagyunk ezen tüneteket egy circulus vitiosusnak, vagy az epének a gyomorba való bejutásának tulajdonitani, pedig talán egy pepticus jejunalis fekély jelenléte okozza azokat, a mely később ép úgy spontan meggyógyul, mint a gyomor ily természetü fekélyei.

Valószinü, hogy ezen fekélyek lehetőségére figyelmeztetve levén a jövőben felismerésük is tökéletesbedni fog és ekkor lesz csak lehetséges pontosan megállapitani, hogy milyen gyakran lép fel gastroenteroanastomosis után.

Az a körülmény, hogy rákos pylorusszükület miatt végzett gastroenteroanastomosis után pepticus jejunalis fekélyt sohasem észleltek, már sejteti ezen fekély okait is. A gyomor chemismusának megváltozása, a hyperchlorhydria ezen fekély létrejöttében mindenesetre nagy szerepet játszik; hogy azonban nem ez az egyedüli oka, hanem valami más ismeretlen tényező is, a mellett szólnak azon esetek, a hol a gyomor szabad sósava megszaporodva nem volt (*Kocher* és *Heidenhain* esetei), vagy épen hiányzott (*Mikulicz*). Hasonlóképen érthetetlen, hogy miért okoz egy esetben az erősen megszaporodott sósav a gyomorral közvetlenül érintkező bélkacsban fekélyt, mig száz és száz más esetben nem. Valószinü, hogy a gyomor chemismusának megváltozása mellett ezen fekély létrehozásában épen úgy közrejátszik valamely ismeretlen más tényező, mint a gyomor ilyen fekélyénél. *Kocher* a jejunalis fekély keletkezését oly módon magyarázza, hogy a gyomornyilás alatti bélrészlet időnkint erősen összehúzódik (a mit egy laparatomia alkalmával közvetlenül meg is figyelhetett) és az itt pangó gyomorbennék hosszabb ideig hat be a bél mucosájára. *Steinthal* esetében a gastroenteroanastomosis utáni tizedik napon egy átfúródott fekély mellett több friss fekély és apró haemorrhagiák találtattak az anastomosishoz felhasznált jejunalis kacson. Ez és ehhez hasonló más esetek, midőn a műtét után igen rövid idő mulva keletkezett a fekély, a mellett szólnak, hogy a megváltozott vérkeringési viszonyokban is kell a létrehozó okot keresni. Erre pedig elég alkalom van: a mesenterium vongálása, a vérző edények bekötése, a varrat vagy még inkább a Murphy-gomb nyomása mind közreműködhetnek apró thrombusok létesitésében; lehetséges, hogy ezen trombusok és az általuk okozott minimalis nyákhártyanecrosisok csekély ellenállási helyet létesitenek, a hol azután az önemésztés lehetséges. Fontos kérdés, hogy a különböző gastroenteroanastomosis módszereknek van-e valami befolyásuk a pepticus jejunumfekély létrehozásában. Ha feltételezzük, hogy ezen fekélyek létrejöttében a gyomor megszaporodott sósavtartalma játszsza a legfőbb szerepet, akkor mindazokat a módszereket, a melyekben az alcalicus vegyhatású epe- és pancreasváladék nem ömlik közvetlenül a készitett gyomorbélsipolynyilás mellett a bélbe, kevésbé ajánlatosnak kell tartanunk mint a többieket, hol a gyomorsav behatása csupán csak a nyilás közvetlen szomszédságára szoritkozhatik. E szerint a legtökéletesebbnek kell ezen szempontból tartanunk a *Hacker*-féle gastroenteroanastomosis retrocolica posticát.

Nem ajánlatos a *Braun*-féle entero-enteroanastomosissal complicált gastroenteroanastomosis, valamint a *Roux*-féle, mert ezen két eljárásnál a gyomornedv a bélnedv közömbösitő behatása nélkül directe érinti azon jejunumrészletet, a mely a gyomornyilás és az entero-enteroanastomosis helye között fekszik; ezen 2—5 cm. hosszú jejunumrészlet mintegy praedisponálva van a fekélyképződésre. De theoreticus okoskodás a kérdést nem döntheti el. Lássuk, hogy az észlelt fekélyek milyen fajta gastroenteroanastomosisok után léptek fel.

Delaloye valamint *Gosset* összeállitása szerint:

a fekély gastroenteroanatomosis	antica után fellépett		22-szer
„	postica „	„	6-szor
ismeretlen módszer	„	„	3-szor

Ezek között nyolcz entero-enteroanastomosissal volt combinálva, egy pedig Roux-féle.

Ha tekintetbe veszszük egyrészt, hogy valamennyi módszer között leginkább elterjedt és igy a legnagyobb számban is végeztetik a Hacker-féle anastomosis, másrészt, hogy az entero-enteroanastomosist csakis az utóbbi években kezdették egyes sebészek a circulus vitiosus elkerülése czéljából alkalmazni, valamint hogy a Roux-féle anastomosist csak nagyon kevesen alkalmazzák, ezen összeállitásból constatálni lehet, hogy a gastroenteroanastomosis antecolica antica, valamint a Braun-féle entero-enteroanastomosis és a Roux-féle műtét után sokkal gyakrabban észleltetik a pepticus jejunalis fekély, mint a Hacker-féle eljárás után. Ámbár *Petersen-Machol* állitása, hogy az előirás szerint pontosan végzett gastroenteroanastomosis retrocolica postica után jejunalis fekély nem léphet fel, ma már megdöntöttnek tekinthető, mégis szembetünő az ezen műtét után észlelt jejunalis fekélyek csekély száma. Mig *Robson* 236 Hacker szerint operált anastomosis után egyetlen jejunalis fekélyt sem észlelt, addig 30 Wölfler szerint operált eset közül egyszer keletkezett ilyen.

Lieblein döntő fontosságúnak tartja *Neumann* esetét: egy gastroenteroanastomosis után circulus vitiosus keletkezett, e miatt *Braun*-féle entero-enteroanastomosist végzett, és csak ezután lépett fel a jejunumban fekély.

Azon kérdés eldöntésére, hogy az ulcus pepticum jejuni létrejötténél lehet-e valamelyes szerepet tulajdonítani a gyomor hyperchlorhydriájának, valamint azon kérdést illetőleg, hogy a gastroenteroanastomosis különböző módszerei közül tényleg többször fordul-e elő ezen fekély egy bizonyos módszer után — állatkisérleteket végeztem. 12 esetben végeztem gastroenteroanastomosist részint szűkitve a pylorust, részint átjárható pylorus mellett és az állatoknak műtét után állandóan sósavat adtam nagy mennyiségben a gyomorba, hogy a normalis sósavmennyiséget fokozzam. A 12 eset közül csupán egyetlenegyben sikerült ulcus pepticum jejunit előidézni; ez az állat 17 nappal a műtét után átfúródásos hashártyalobban pusztult el és a boncolatnál kitünt, hogy az elvezető jejunalis kacson egy lencsényi jellegző fekély keletkezett, a mely átfúródott. A többi 11 esetben az eredmény teljesen negativ volt; daczára a több hónapot is meghaladó időnek, a melyen keresztül az állat nagymennyiségű sósavat kapott, fekélyt előidézni nem sikerült.

A mi a fekély keletkezésének idejét illeti a gastroenteroanastomosis után, az nagyon különböző lehet: Az esetek legtöbbje e műtét után 3—6 hónap mulva észleltetett, de *Steinthal* esetében 10 nap mulva, *Czerny* esetében nyolcz év mulva lépett fel.

Gosset a pepticus jejunalis fekélyeket klinikai megjelenésük szerint 3 csoportba osztja: az elsőbe tartoznak azok, a hol minden prodromalis tünet nélkül a műtét után hosszabb idő mulva acut átfúródás következik be a szabad hasüregbe; minthogy ilyenkor az átfúródást megelőzőleg semmi klinikai tünetet a fekély nem okoz, ezen alakot *lappangónak* nevezi. A másik két alaknál az áttörés előtt összenövések jönnek létre; az egyik csoportjában az eseteknek a mellső hasfallal, a másik csoportjában más szervekkel. (*Czerny* esetében a colonnal.) A mellső gastroenteroanastomosisok után az előbbi, a hátsó után az utóbbi szokott fellépni.

Ez a felosztás azonban nem teljes; vannak esetek, a melyekben a fekély sem át nem fúródik a szabad hasüregbe, sem összenövéseket nem mutat a környezettel. Mellső gastroenteroanastomosis után az összenövés létrejöttére kedvező körülmények vannak jelen; az elvezető jejunalis kacs serosája és a hasfali peritoneum közvetlenül érintkeznek. Igaz ugyan, hogy ezen érintkezés a gyomor különböző teltségi viszonya és a kacs peristalticája miatt, valamint a nyilás elhelyezése szerint is nem folytonos és nem egy területre localizálódik, azonban még rövid ideig tartó nyugalom is elégséges, hogy a jejunalis kacs lobos serosája a vele érintkező hashártyához oda tapadjon. A hátsó gastroenteroanastomosisnál az összenövésre nem ilyen kedvezők a viszonyok, azért az ezek után keletkezett jejunalis fekélyek inkább fúródnak át a szabad hasüregbe, ha átfúródásig jut a dolog. Szerencsére ez nem mindenkor van így épen ezen esetek azok, a melyek nem illeszthetők be a *Gosset* által felállított csoportok egyikébe sem. A mint a gyomor pepticus fekélyei között is különbség van a callosus és az egyszerű fekély között, úgy a teljesen hasonló, ismeretlen, de ugyanazon ok által feltételezett jejunalis fekélyek között is kell különbségnek lennie. Vannak rosszindulatú fekélyek, a melyek átfúródáshoz vezetnek akár a szabad hasüregbe, akár a környezetbe — és vannak jóindulatúak, a melyek spontan gyógyulnak. A gyomor ilynemű fekélyeinek tünettana ismeretes és azért a nem complicált egyszerű nyilt gyomorfekély felismerhető. A jejunum ilyen fekélyeit még ez idő szerint felismerni nem tudjuk. A már említett 13. sz. esetünk példája az olyan fekélynek, a mely a *Gosset* által felállított csoportok egyikéhez sem tartozik. A jejunum elvezető kacsján egy keményebb tapintatú terület volt, a melynek megfelelőleg a bélfalzat rigidebb, vastagabb, a serosa erősen belövelt — és a kacs sehova odatapadva nem volt. Természetes, hogy a fekély jelenlétét nem diagnostizáltuk a műtét előtt és hogy az indicatiót a laparotomiára a gyomorbélnyilás beszűkülése képezte.

Ezekből látható, hogy a pepticus jejunumfekélyek diagnosticája ma még alig valamivel több a sejtésnél, és habár nem gyakran észlelt szövődményét képezi is a gastroenteroanastomosisnak, lehetőségére mégis gondolnunk kell és mindent el kell követnünk, hogy kifejlődését megakadályozzuk. Én ezen fekély prophylaxisát nem látom egy bizonyos gastroenteroanastomosis-módban, sem a varratnak a Murphy-gomb fölé való helyezésében; nem adhatok igazat *Gosset* és *Goepel* felfogásának, a kik az anastomosis helyét lehetőleg távol helyezik a pylorustól, hogy a bélkacsnak a gyomorral érintkező helye lehetőleg távol essék a sósav forrásától, hanem a gyomorfekélynek belső kezelésében a gastroenteroanastomosis után is. A gastroenteroanastomosis végleges eredményeinél látni fogjuk, hogy a legtöbbször hosszabb idő telik el, a míg az ilyen betegeket véglegesen gyógyultnak mondhatjuk.

Ezen hosszú idő alatt a jejunalis kacsban épen úgy keletkezhet fekély, mint bármely helyen a gyomorban. Ezért a gastroenteroanastomosis után is kezelni kell a fekélyt; különösen az esetleg még fennálló hyperchlorhydria káros behatásától kell óvnunk az anastomosishoz felhasznált jejunalis kacsot, a mit alkalicus vizek hosszabb időn át való rendszeres alkalmazásával érhetni el a legegyszerübben.

Ezen utókezelés a legjobb prophylaxis; minthogy azonban a tapasztalat azt mutatja, hogy ezen pepticus jejunalis fekély aránylag gyakrabban lép fel a *Roux*-féle, mint az entero-enteroanastomosissal combinált anastomosisok után — ennek alkalmazása lehetőleg mellőzendő.

A már kifejlődött pepticus jejunumfekély kezelése azon szövődmények szerint különböző, a melyek felléptek. A szabad hasüregbe történt átfúródás azonnali hasmetszést és az átfúródási nyilás ellátását teszi szükségessé épen úgy, mint a gyomor átfúródott fekélyei. A hasfalba történt átfúródásnál sem igen fogjuk a sebészi beavatkozást elkerülhetni, ámbár *Brodnitz*-nak, valamint *Cackowic*-nak belső kezeléssel sikerült egy már sipolyképződéshez vezetett esetet meggyógyitani. A sebészi beavatkozás eredményei épen nem mondhatók fényesnek. A *Tiegl* által közölt esetek közül 13 eset képezte műtét tárgyát, ezek közül 3 az átfúródást követő hashártyalobban halt meg, 8 recidivált és csak 2 gyógyult véglegesen.

Ha most gastroenteroanastomosissal elért közvetlen és maradandó eredményeket vizsgáljuk, s számba veszszük a 9—33·3%-ig terjedő közvetlen műtéti halálozást, azaz 91—66·7% műtéti gyógyulást és a 44·4—63·6%-ig terjedő végleges gyógyulást, akkor azt mondhatjuk, hogy *gastroenteroanastomissal képesek vagyunk a callosus gyomorfekélyeknek körülbelül felét állandóan meggyógyítani.*

Ezért a gastroenteroanastomosis minden más műtéti eljárás felett előnyt érdemel és teljesen egyetértünk *Ricard*-dal, a ki azt mondja: „Aprés ma pratique, suffit presque toujours pour guérir l'ulcère: mettre l'estomac au repos par la gastroenterostomie, soigner l'état de la muqueuse gastrique par un traitement post-opératoire.“

* * *

A callosus gyomorfekély egy második műtéti módja, a melyet jelenleg a gastroenteroanastomosis mellett a leggyakrabban használnak, a fekély kiirtása, tehát **a partialis gyomor- vagy pylorusresectio.**

Sok érvet lehet felhozni a fekély kimetszésének jogosultsága mellett is, ellen is. A callosus fekélyekről láttuk, hogy mily makacsak szoktak lenni, mennyire daczolnak a belső kezeléssel: érthető tehát az a törekvés, hogy annak begyógyulását ne egy hatásmódjában ismeretlen és nem feltétlenül biztosan gyógyitó gastroenteroanastomosissal akarjuk elérni, hanem a fekélynek, akárcsak egy rosszindulatú daganatnak eltávolításával épben vezetett metszéssel. Ily módon minden későbbi szövődmény a leggyökeresebben elkerültetik; nem kell tartanunk a fekély továbbterjedésétől, az edényarrosióktól stb.; a kimetszés helyén egy vonalas heg marad

vissza. Azonban bármilyen csábító legyen is ezen fekélykimetszés, a valóságban még sem úgy áll a dolog, a mint azt theoriában gondolni lehetne. Legelőször is számba kell vennünk, hogy a callosus fekély kimetszését még jelenleg is, a mikor a műtét technikája már igen nagy tökélyre emelkedett, egy beható, nagy műtétnek kell tekintenünk, a melynek mortalitása jóval nagyobb, mint a gastroenteroanastomosisé. A beavatkozás súlyosságának mérlegelésénél pedig nem szabad szem elől tévesztenünk egy perczre sem, hogy egy jóindulatú gyomormegbetegedés gyógyitásáról van szó, a melynél a gyógyulás még belső kezelésre is bekövetkezhetik. Számba kell továbbá venni, hogy a callosus fekélyek néha többes számmal lépnek fel a gyomorban és egynek az eltávolításával a teljes gyógyulást még nem érhetjük el, valamint azt is, hogy még ha egyedüli is volt az eltávolított fekély, semmi garantiánk nincs, hogy idővel nem képződik-e a gyomor más helyén egy újabb fekély, mert kiirtással nem szüntettük meg azt az okot, a mely a fekély képződéséhez vezetett. De meg fordulnak elő esetek, hol a fekély kimetszése technikailag kivihetetlen; egy magasan a cardián ülő, vagy a májjal és pancreassal szorosan összekapaszkodott fekély kiirtása lehetetlen.

Rydygier-t, *Ali Krogius*-t és mindazokat a sebészeket, a kik a fekély kimetszését ajánlották, főleg azok az esetek indították ezen eljárás ajánlására, a melyekben a gastroenteroanastomosis hatástalan maradt és a melyekben a beteg ezen műtét későbbi szövődményeiben halt meg. Ezen hátrányokat akarják elkerülni és a biztos gyógyulást akarják elérni még nagyobb koczkázat árán is. Nézzük, hogy a fekélykimetszés közvetlen műtéti mortalitása tényleg nem nagyobb-e mint azt ajánlói állítják.

Szerző neve	Esetek száma	Gyógyult	Meghalt	Mortalitás %-ban
Billroth	10	3	7	70
Brenner	21	15	6	28·6
Czerny	7	3	4	55·5
Hofmann	6	3	3	50
Kramer	12	3	9	75
Kreuzer	4	3	1	25
Körte	6	5	1	16·6
Kümmel	4	3	1	25
Lauenstein	8	4	4	50
Mikulicz	8	6	2	25
Rydygier	8	4	4	50
Schloffer	2	1	1	50
Warnecke (gyüjtőstatist.)	26	15	11	42·3
Saját eseteink	4	4	—	0

Ezen kimutatásban csupán a callosus fekély miatt végzett resectiók foglaltatnak, a heges pylorusszükület miatt végzett pylorusresectiók nem. A mortalitás 0—75% között változik, tehát a gastroenteroanastomosis mortalitásánál (0—33%) jóval nagyobb. A mortalitás ezen nagy ingadozása nem a különböző technikában keresendő egyedül, hanem a műtétre kerülő esetek különbözőségében. Az egyik sebész ugyanis a fekélyt csupán akkor irtja ki, ha a kiirtás könnyen végezhető, ha nem jár nagy technikai nehézségekkel, míg a másik még ilyenkor is megpróbálkozik a kiirtással. Azonkivül benne foglaltatnak a pylorusresectiók mellett a kis görbületen, valamint a gyomor mellső falán levő fekélyek miatt végzett kisebb kiterjedésü partiális resectiók is, a mely utóbbi műtét mortalitása jóval kisebb, mint az előbbieké.

De ha még mindezeket latba vetjük is, igen nagynak kell tartanunk a fekélyresectio közvetlen mortalitását; ilyen nagy veszélylyel járó műtét általános alkalmazását tehát indokoltnak tartani nem lehet.

De nézzük, hogy azon esetek, a melyek a műtétből kigyógyultak, tekinthetők-e állandóan gyógyultaknak?

Recidivamentes maradt és legalább is kielégítő jó egészségben volt a műtéti gyógyulás után:

Billroth	3	esete közül	2
Brenner	15	„ „	8
Czerny	3	„ „	2
Hofmann	3	„ „	2
Kramer	3	„ „	3
Kreuzer	3	„ „	3
Körte	5	„ „	3
Mikulicz	6	„ „	3
Rydygier	9	„ „	1
Warnecke	26	„ „	3
Saját eseteink	4	„ „	3

A legbecsesebb adatokat tartalmazza *Brenner* statistikája; az ő 15 operative gyógyult resectiós esete közül az állandó gyógyulás szempontjából elesik 3, a melyek közül 2-nél a műtét újabb keletű, 1 pedig rákban halt meg; a fennmaradó 12 eset közül állandóan gyógyult 8, a mi 66·6%-nak felel meg és nem teljes a gyógyulás, azaz időnkinti panaszok vannak jelen 4-nél. A 8 állandóan gyógyult eset közül 4-nél fekélykimetszés végeztetett, 4 esetben pylorusresectio (2 Billroth I. módszere szerint és 2 Billroth II. módszere szerint). A 4 nem teljesen gyógyult eset mindegyikében partialis resectio végeztetett.

A míg tehát a gastroenteroanastomosissal az eseteknek csak 63·6%-ában tudott teljes gyógyulást elérni, addig a fekély resectiojával 66·6%-ban érte azt el. Azonban ezen 3%-nyi különbséggel szemben, a mi a gastroenteroanastomosist és a resectiót kiállott betegek állandó gyógyulása között van, a közvetlen műtéti halandóság sokkal nagyobb különbséget mutat; a míg a gastroenteroanastomosisé 13·3%, addig a resectioé 28·6%. Óriási különbség, a mely nem áll arányban az állandó gyógyulás 3%-kal kedvezőbb voltával!

Ezek alapján érthető, hogy jelenleg a sebészeknek csak egy kis töredéke ajánlja minden műtét alá kerülő callosus fekélynél annak eltávolitását. Azonban vannak esetek, a midőn ezen eljárásnak mi feltétlenül előnyt adunk a gastroenteroanastomosis felett; t. i. azok az esetek, a midőn diagnosticus kétség merül fel, hogy nem rák a gyomron tapintható callosus fekély. A megkülönböztetés néha igen nehéz, néha lehetetlen, sőt vannak esetek, midőn csak igen szorgos górcsövi vizsgálattal lehet a rákos degeneratiót kimutatni. Ilyen a mi 8. és 10. sz. esetünk. Műtét alatt nem lehetett eldönteni, hogy rákos-e a pyloruson ülő tyúktojásnyi tumor, vagy csak callosus fekély. A kis görbületen tapintott nehány borsónyi mirigyre, valamint a beteg korára és cachekticus kinézésére való tekintettel resectiora határoztuk el magunkat. A kiirtott pyloruson ülő infiltrált környezetű fekély egy typicus callosus fekély képét mutatta macroscopice, de a górcsövi vizsgálat egy legkezdetibb stadiumban levő rákot állapitott meg; még a mirigyek is lobosaknak bizonyultak. *Hacker* egy tünetre figyelmeztet, a mely ha jelen van, jól értékesithető a diagnosis megállapitásánál. Ő ugyanis úgy találta, hogy a fekély feletti serosa halványpiros árnyalatot mutat (flaumige Rötung). Ezen szineződés egy elmosódó, gyakran sugaras pír, a mely igen edénydús perigastrialis álhártya által van feltételezve, és a hasüreg megnyitása után azonnal szembe tünik, még mielőtt a gyomor ujjal érintve lett volna. Rákos fekélyeknél ezen szineződés hiányzik, azonban régibb fennállású hegesedésnek induló callosus fekélyeknél szintén hiányzik.

De nemcsak az esetleg már meglevő rákos degeneratio az, a mi a fekély kiirtását indokolttá teszi, hanem a fekély gyógyulása utáni hegben keletkező ráktól való félelem is. Hogy gyomorfekélyben szenvedett betegeknél gyakran észleltek rákot, az régen ismert dolog. (*Bakes* szerint: „hauptsächlich das Entstehen des Carcinoms stempelt das callöse Geschwür zu einer chirurgischen Erkrankung.“) *Duplant* szövettani vizsgálatai alapján ugyan tagadja, hogy egy gyomorfekély directe rákká változhat át, azonban *Hayem* szerint ezen rákos degeneratio szövettanilag bebizonyitott tény. Ő 9 ilyen esetet vizsgált. *Fuetterer*, a ki 6 ilyen ulcusból származó rákot ész-

lelt, kimutatta, hogy a fekély alsó széléből szokott a rák kiindulni. Ő a nyulaknál művileg előidézett fekélyek alsó szélén rákos sarjadzásokat tudott kimutatni. *Oettinger* szerint ezen degeneratio előfordul ugyan, de nem gyakori; ő mindössze 3 ilyen esetet észlelt. *Moynihan* szerint az összes gyomorrákok 10%-a, *Mayo-Robson* szerint 60%-a ulcusból származik. *Mathieu* 3 esetet közöl, a melyekben a fekély széléből indult ki a rák; az egyik esetben a fekély már 24 év óta állott fenn, a másik kettőben 10, illetve 2 év óta. *Fuetterer* az ide vonatkozó irodalomból 46 esetet közöl, a melyekben a fekély rákos degeneratioja ki lett mutatva. *Hoche* esetében a betegnek egy gyomorfekélye volt, a melyből rák fejlödött oly módon, hogy az egyidejűleg jelenlevő kifekélyesedett oesophagusrák secundaer úton fertőzte a fekélyt.

De nemcsak a fekély degeneratioja folytán keletkezhet rák, hanem annak gyógyulása után visszamaradó heg is kedvencz fellépési helye a ráknak; minthogy gastroenteroanastomosis után is heges gyógyulása jön létre a fekélynek, ez a műtét a rák esetleges későbbi fejlödésére semmi befolyással nincsen. És tényleg tekintélyes számú esetet lehet az irodalomból összegyüjteni, a hol a callosus vagy egyszerű nyilt fekély miatt végzett gastroenteroanastomosis után hosszabb idő mulva a beteg gyomorrákban pusztult el.

A rendelkezésemre álló irodalomból összegyüjtöttem azon eseteket, a melyekben nyilt fekély, vagy annak gyógyulása után keletkezett heges pylorusszükület miatt végzett gastroenteroanastomosis után a beteg a fekély vagy a heg helyén keletkezett rákban halt meg.

Szerző	Esetek száma	Halál	Forrás
Delaloye...	1	1 év	Deutsche Zeitschrift, 38. k.
Hayem	1	18 hó	La presse médic., 1903.
Kramer	6	?	Beiträge, 51. k.
Kreuzer	2	?	Beiträge, 49 k.
Mayer...	1	1/2 év	Wiener klin. Wochenschr. 1905
Noetzel	3	2—3 év	Bruns Beiträge, 51. k.

Ezen esetek a mellett szólnak, hogy a gastroenteroanastomosis tényleg nem képes a rák keletkezését megakadályozni. *Noetzel* és *Rydygier*, a fekélyresectio lelkes hívei, ezt abból magyarázzák, hogy a resectio után keletkező heg és a között, a mely a fekély spontan gyógyulása után keletkezik, lényeges különbség van. Az előbbi sima, vonalas heg, az utóbbi csillagos vaskos. Ezen heg közepe rosszul táplált és a fekély kiújulására mindig praedisponáló helyet képez és rák keletkezésére is sokkal kedvezőbb, mint a műtéti vonalas heg. Ezen feltevést a tapasztalás is igazolni látszik, mert a fekélyresectioval kezelt esetek közül csupán egyetlenegyet tudtam találni az irodalomban, a melyben a beteg rákban halt el. Ez *Brenner* egy esete. Ezért mondja *Rydygier* „Die Magenresection bei Ulcus gibt in den Fällen wo sie ausgeführt werden kann eine raschere und sicherere Dauerheilung als alle anderen Palliativoperationen, da sie eben die Radikaloperation und das in jeder Hinsicht rationellere Verfahren ist, welches zugleich mit der Verbesserung der Circulationsverhältnisse auch den Krankheitsherd entfernt."

Eiselsberg a ráktól való félelmet túlzottnak tartja és ezen indicatio alapján nem végez resectiót. *Krönlein* a gastroenteroanastomosis nagy híve, a resectiót csupán olyan esetekben tartja indokoltnak, ha rák gyanúja forog fenn. „Die Excision des Magengeschwürs soll nur ganz ausnahmsweise ausgeführt werden. Schon der Umstand, dass das Magengeschwür häufig multipel auftritt, dass ferner die topische Diagnose selbst bei freigelegtem Magen oft ganz unmöglich ist und endlich, dass die Operation der Excision auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen kann, sollte von diesem Verfahren abmahnen. Zudem genügt die Operation der Indicatio causalis viel weniger als die Gastroenteroanastomose und müsste eigentlich, um einigermassen als rationell gelten zu können, stets mit dieser letzteren Operation kombiniert werden."

Ez a mi álláspontunk is s nem adhatunk igazat *Noetzel*nek, a ki azt állitja, hogy több fekélynek egyidejű jelenléte nem képezheti akadályát annak, hogy a megtalálhatót és hozzáférhetőt el ne távolitsuk.

A fekély resectioján és a gastroenteroanastomosison kivül callosus fekélyeknél az *Eiselsberg*-féle egyoldalú pyloruskirekesztést és a jejunostomiát is ajánlották és végezték is. Az ily módon operált esetek száma azonban oly csekély, hogy ezen műtétekkel elért közvetlen és állandó gyógyulásról képet alkotni nem lehet.

Az elmondottakat egybefoglalva azt kell mondanunk, hogy a callosus gyomorfekély sebészeti kezelésében normalis eljárásnak a gastroenteroanastomosist kell tekintenünk, a mely nem nyujt ugyan minden esetben biztos gyógyulást, de a vele elért eredmények a belső kezelés eredménytelensége mellett kielégitők. Egyetlen komolyan számbavehető hátránya, a melyet eddigelé semmiféle műtéti móddal biztosan elkerülni nem lehetett, a pepticus jejunumfekély keletkezése; ennek elkerülésére csak egy mód van és ez az operált beteg további belső kezelésében áll. A fekély resectioját csupán akkor tartjuk megengedhetőnek, ha a rák gyanúja forog fenn.

Eseteink a következők:

6. *Ulcus callosum pylori; resectio pylori. Állandó gyógyulás.*

Cs. P. 57 éves fi, felvétetett 1902. február 5. Másfél év óta szenved gyomorbajban. Három izben nagyobb mennyiségű élénkpiros vért hányt; azóta többször rendetlen időközökben hányt; a hányadék ételmaradékból állott. Állandóan gyomorégése és savanyú felböfögései vannak. Öt hónap óta hasában egy kis daganat növését veszi észre; lesoványodott.

Jelenállapot: Halvány, lesoványodott beteg. A köldöktől kissé jobb felé egy gyermekökölnyi kemény, sima felszinű, élesen elhatárolt könnyen mozgatható térfogatnagyobbodás, a mely a légzőmozgásokat némileg követi, azonban helyében rögzithető. Gyomor alsó határa felfúváskor a köldök alatt két ujjnyira; a tumor felfúvásnál helyzetét nem változtatja. Gyomortartalom egy órával a próbareggeli után nagymennyiségű szabad sósavat tartalmaz, tejsavat ismételt vizsgálatok után sem lehetett kimutatni.

Kórisme: Pylorusszükület. (Carcinoma ?)

Műtét: 1902. február 24.-én chloroformnarcosisban. Gyomor mérsékelten tágult; mellső felszinén a pylorus mellett egy csillagos heg. A pylorus maga erősen megvastagodott, a mellső falon egy galambtojásnyi nagyjában sima felületű, de helyenkint besüppedést mutató tumor, a mely a pylorust szükíti. A pylorus szabadon mozgatható, sehol rögzitve nincsen; megnagyobbodott mirigyeket nem találni. Resectio; gyomorcsonk és duodenumvarrat. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica.

Lefolyás: Teljesen láztalan; műtét után nem hányt. Márczius 3. Sebszélek per primam egyesültek. Április 17. Gyógyultan távozik; klinikai tartózkodása alatt 4·5 kgm.-ot hizott.

A kimetszett gyomorrészlet vizsgálata: A gyomorrészlet és a rajta levő duodenumcsonk legnagyobb hossza 12 cm., szélessége 5·5 cm. A duodenum felől csupán egy gombos kutatóval lehet a gyomorba jutni, felvágva a pylorus közvetlen szomszédságában egy fillérnyi vaskos fehéres heges mucosától körülvett kerek fekély; a fekély alapja sima hegszövet, a melyen az erősen túltengett izomréteg és a vaskos, kéregszerű serosa felismerhető. A submucosa teljesen egynemű. Górcső alatt: az ulcus pepticum chronicum jellegző képe; az izomréteg erősen túltengett; a nyákhártyaszéleken mindenütt adenomás burjánzás.

Hozzá intézett levélre 1906. augusztus 30.-án válaszol. Jelenleg mint inas szolgál. Csak 1903. januárban kezdett dolgozni, addig nagyon gyenge volt; azóta ismét megerősödött. Műtét óta egynehányszor hányt, különösen akkor, ha szeszes italokat ivott. A köldök felett egy kis daganata van, a mely ha hanyatt jekszik eltünik. (Sérv ?) *Különben teljesen jól érzi magát.*

7. *Ulcus callosum pylori. Resectio pylori. Műtéti gyógyulás. További sorsa ismeretlen.*

Sz. J. 35 éves fi, felvétetett 1904. junius 5.-én. Gyomorpanaszai nyolcz hónap óta vannak. Két hónap óta étkezés után 1/2—2 óra mulva hányni szokott. Hányadéka véres sohasem volt.

Jelenállapot: Erősen lesoványodott beteg hasa teknőszerűleg behúzódott, a gerinczoszlop jól kitapintható. Az epigastrium kissé elődomborodik. A jobb mesogastriumban diónyi tömött, elmosódott határú fájdalmatlan terimenagyobbodás tapintható, mely nyomásra kissé fájdalmas. A próbareggeli tejsavat tartalmaz, *szabad sósarat nem.* A próbaebéd hét óra mulva is nagyrészt emésztetlenül marad meg a gyomorban. Gyomor alsó határa felfujásnál a köldök magasságában van.

Kórisme: Carcinoma pylori, gyomortágulat.

Műtét: 1904. junius 22.-én chloroformnarcosisban. Gyomor erősen tágult; pylorus helyén jókora diónyi összehúzódott izomtapintatú

tumor, mely sehol rögzítve nincsen, jól kiemelhető a hasüregből. Pylorusresectio; a gyomor csonkját bevarrjuk és a duodenum csonkját közel a gyomor bevarrt részéhez implantáljuk a hátsó gyomorfalba. A pylorushoz közel a kis curvaturán nehány babnyi mirigy, a melyeket szintén eltávolítunk.

Lefolyás: Teljesen láztalan. Julius 1. Hasfal sebszélei per primam egyesültek. Julius 17. Erősen meghizva távozik.

A kimetszett gyomorrészlet vizsgálata: A kiirtott pyloruson koronányi fekély van, melynek széleit és alapját erősen hegesen megvastagodott szövet képezi. A pylorus annyira szűkült, hogy lumene alig lúdtollvastagságú.

Górcső alatt álképletre gyanus részeket nem találni, csupán lobos természetű sejteket. A kiirtott mirigyek szintén csak lobosak; a carcinomás degeneratio jelei teljességgel hiányoznak.

További sorsáról semmi felvilágosítást nem kaphattunk.

8. *Ulcus callosum pylori kezdeti carcinomás degeneratio nyomaival. Situs inversus viscerum totalis. Resectio pylori. Állandó gyógyulás.*

F. J. 54 éves nő, felvétetett 1905. szeptember 30.-án. Több mint fél év óta gyakori hasmenésben, savanyú felböfögésekben és gyomortáji erős fájdalmakban szenved, a melyek étkezés után fokozódnak. Orvosa gyomorburut ellen kezelte, de állapota nem javulván, két hét előtt pontos belgyógyászati vizsgálatnak vetette magát alá; gyomortágulást állapitottak meg nála és gyomormosást végeztek, majd klinikánkra utasitották.

Jelenállapot: A mellkas vizsgálatakor feltünik, hogy különben rendes tompulati viszonyok daczára a szivcsúcslökés a jobb bimbóvonalban tapintható és hogy az egész szivtompulat a szegycsont mögött és tőle jobboldalt van. A megejtett Röntgen-felvétel is megerősitette ezen leletet. A has bal oldalán egy kis gömbölyded, kevéssé mozgatható resistentiát lehet tapintani a bordaiv alatt a középvonaltól nem messze. A resistentia nyomásra fájdalmas, a kopogtatási hang felette tompult és gyomorfelfuváskor a resistentia eltünik. A gyomor alsó határa két haránt ujjal ér a köldök alá. A próbareggeli után két órával vett gyomor váladék nagy mennyiségű; sósav 0·24%, tejsav nincs, összaciditás 65. A próbaebéd után még 6 óra mulva is rosszul emésztett ételmaradék; szabadsósav +, tejsav —.

Kórisme: Situs inversus viscerum. Tumor ventriculi. (Ulcus callosum? cc.?) Gastrektasia. Insufficientia motorica.

Mütét: 1905. szeptember 11.-én chloroformnarcosisban. A hasüreg megnyitása után a májat baloldalt, a lépet jobboldalt találjuk; hasonlóképen a cardia is jobboldalt foglalt helyet, a pylorus és duodenum baloldalt. A gyomor igen erősen kitágult, mellső felületén a cardia alatt a kis görbület közelében egy fillérnyi heg; a pyloruson egy galambtojásnyi kemény tapintatú tumor, a mely a pylorust annyira szűkiti, hogy a kisujj hegyét sem lehet rajta átvezetni.

A kis görbületen nehány borsónyi mirigy. Nem levén lehetséges eldönteni, hogy a pyloruson levő tumor callosus-fekély-e vagy carcinoma, a pylorus resectiojára határozzuk el magunkat. A pylorust szabályszerűen resecáljuk és a duodenum csonkját a gyomor csonkjával egyesitjük.

Lefolyás zavartalan; a beteg rendkivül lassan és nehezen szedi össze magát.

A resecált gyomorrészlet leirása. A kiirtott körkörös darab a rajta kétoldalt lógó duodenum, illetve gyomorcsonkhoz képest egy merev körkörös szűkületet alkot, a mely felvágva két vaskos mucosaszéltől párhuzamosan befoglalt ulcus callosum képét adja. A fekély alapja sima hegszövet, a melyben friss metszlapon a túltengett muscularis és a megvastagodott serosa felismerhetők; *a fekély alapján levő vaskos submucosa teljesen homogen.* A nyálkahártyadudorok körkörösen leemelhetők a fekély alapjáról, a melytől élesen elválasztottak.

Górcső alatt *jellegzetes ulcus chronicum pepticum képét kapjuk*, a submucosa hyalin hegesedésével az izomréteg túltengésével és a nyálkahártyaszélek adenomás burjánzásával. E szélek felől a carcinomás infiltratio lehető legkezdetibb szaka indul meg az ulcus felé, szép átmeneti képekkel az adenomás túltengésbe. A mirigycsöves adenocarcinoma a muscularist sehol el nem éri és a kis borsónyi kiirtott mirigyek is csupán lymphadenitis catarrhalis hyperplastica elváltozásait mutatják. *Kórisme*: Strictura pylori ex ulcere peptico cicatriceo cum infiltratione adenocarcinomatosa incipienti.

Deczember 2. Próbareggeli után 1 órával gyomor üres; próbaebéd után 2 órával nyert gyomorváladék alig 100 cm³, szabad sósav: 0·20, tejsav: —, összaciditás: 60.

Deczember 4. Gyógyultan távozik; műtét óta 3 kgm.-ot hizott. A hozzá intézett levélre 1907. január 26.-án válaszol.

A klinikáról való távozása óta 9 kgm.-ot hizott; mindent tud enni, semmi diaetát nem tart, hányása, savanyú felböfögései nincsenek. Teljesen jól érzi magát.

9. *Ulcus callosum perforatum; praeperitonealis tályog. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

L. Gy., 42 éves férfi, felvétetett 1906. május 5. Több mint 18 év óta szenved gyomorbajban, a mely miatt évenkint 1—2-szer karlsbadi kúrát is használt. Igen erős gyomorégései szoktak lenni, a mi miatt minden étkezés után sodabicarbonicát használt. 9 hó előtt majdnem folytonos gyomorgörcsei támadtak. F. évi április 14.-én igen nagy mennyiségű vért hányt; has felpuffadt és nagyon érzékeny lett. Ezen idő óta ágyban fekvő beteg.

Jelenállapot: Rendkivül lesoványodott, halvány férfibeteg. Testsúlya 44·5 kgm. Has kissé puffadt, nyomásra a jobb epigastrium igen fájdalmas, felfúvásnál a gyomor felső határa a köldök felett 4 ujjnyira, alsó határa a symphysis felett 3 ujjnyira. Gyomor felett locsesanás. Próbareggeli két óra mulva kivéve: sósav +, tejsav: +. Próbaebéd után 7 órával a gyomor egészen telt rosszul emésztett ételmaradékkal; szabad sósav: +, tejsav: +.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, nagyfokú gyomortágulás.

Mütét: Chloroformnarcosis 1906. május 18. A hasüreg megnyitása után kitünik, hogy a máj alsó széle és a gyomor pyloricus része szálagosan erősen összenőtt, úgy hogy közvetlenül nem is tapintható; a duodenum a sokszoros odanövések miatt nem ismerhető fel. A gyomor felszabadítása és a szálagok óvatos szétpraeparálása közben egy teljesen eltokolt, sürű, szagtalan, kb. 3 evőkanálnyi genyet tartalmazó tályog nyilik meg, a mely tulajdonképen extra-, illetve praeperitonealis elhelyeződésű, a mennyiben a mellső hasfali peritoneum a máj és a pylorus összenőtt helyéhez van letapadva és a tályogüreg hátsó falát képezi. A geny kiömlésekor a szabad hasüreget nagy törlökkel izoláljuk és a tályogüreget jodoformgazeval kitömjük. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal az odavezető kacs felfüggesztve. A hasüreget nem lehetett teljesen zárni, mert a hashártya a tályog közelében nagyon szakadékony, lobos. Tamponade.

Lefolyás teljesen zavartalan; a tályog falai összeesnek és az üreg szépen sarjadzik, jól tűri az ételt A seb junius 28.-ára teljesen behámosodott. 5 kilogrammot hizott.

Gyomorvizsgálat junius 29. Esti gyomormosás után éhgyomorra a gyomor teljesen üres. Próbareggeli után 1 órával igen kevés bennék, melyben szabad sósav, + tejsav —. Próbaebéd 2 óra mulva: szabad sósav 0·07%, tejsav: —, összaciditás 40. Epe kimutatható. Próbaebéd után 6 óra mulva a gyomor teljesen üres. Julius 1. A klinikáról elbocsáttatik.

Utóvizsgálat november 17. Esti gyomormosás után éhgyomorra 3—4 cm³ folyadékot kaptunk, mely erős sósavreactiót ad. Próbareggeli 1 óra mulva kivéve: sósav 0·09, tejsav —, összaciditás 65. Epe kimutatható. Próbaebéd 2 óra mulva kivéve: sósav 0·18, tejsav —, összaciditás 65. Epe kimutatható.

Próbaebéd 3 óra mulva kivéve: sósav 0·20, tejsav —, összaciditás 80.

Próbaebéd után 4 órával gyomor teljesen üres. Salolpróba 1 óra mulva positiv. Felfúvásnál gyomor alsó határa két haránt ujjnyira van a köldök alatt. A klinikáról való elbocsáttatása óta 6 kilogrammot hizott, teljesen jól van.

További sorsáról 1907. márczius 20.-án kelt levélben értesit. Egészen jól érzi magát, mindent tud enni, utolsó vizsgálat óta 2 kilogrammot hizott, egyszer sem hányt. Hasfali sérve keletkezett a hegvarrat felső zugában (a tamponade helye).

10. *Ulcus callosum pylori, carcinomás degeneratio legkezdetibb szakában. Resectio pylori. Állandó gyógyulás.*

P. L. 42 éves férfi. Felvétetett 1906. május 28. Nyolcz hónap előtt vette észre, hogy gyakran vannak savanyú felböfögései és hogy állandó gyomornyomása van, a mely nyomás étkezés után 2—3 órával heves fájdalommá fokozódik. Az utóbbi két hónap óta naponta az esti órákban hányt; a hányadék véres sohasem volt.

Jelenállapot. Eléggé jól táplált, de igen anaemiás beteg. Has nem puffadt, gyomor felett locsesanás nincs. A jobb bordaiv alatt egy kis homályos resistentia, a mely nyomásra fájdalmas. Felfúváskor a gyomor alsó határa a köldök magasságában találtatik. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra mintegy 30 cm³ barnás folyadékot kapunk, a mely a sósavreactiót erősen adja. Próbareggeli 2 óra mulva kivéve: szabad sósav: 0·22%, tejsav —, összaciditás 50. Próbaebéd 6 óra mulva kivéve sok emésztetlen ételmaradék; szabad sósav 0·20%, tejsav: +, összaciditás 65. Salolpróba 2½ óra mulva positiv.

Kórisme: Pylorusszűkület. Tumor pylori (cc? ulcus?).

Mütét chloroformnarcosisban junius 7.-én Gyomor mellső felületén a kis görbület közelében néhány heges behúzódás. A pyloruson egy galambtojásnyi kemény tapintatú resistentia, a mely a pylorus lumenét teljesen beszűkiti; sehol odanövések nincsenek, megnagyobbodott mirigyek nem találhatók. A tumor természetét megállapitani nem levén lehetséges, resectiojára határoztuk el magunkat. A gyomor csonkját, valamint a duodenum csonkját háromszoros varrattal vakon elzárva, egy gastroenteroanastomosis retrocolica posticát csinálunk varrattal.

Lefolyás teljesen zavartalan. Junius 16. Sebszélek per primam egyesültek; jól táplálkozik, semmit sem hány.

A kiirtott gyomorrészlet leirása: a resecált gyomorrészlet a nagy hajlaton történt felvágás után nagyjából egyenszárú háromszög képét adja, hossza 12·5 cm., legnagyobb szélessége 25 cm. Nyákhártyáját mindenütt vastag, szivós, szürkésfehér nyálkaréteg vonja be. A nyákhártya sárgás-vöröses, kissé tömöttebb, megvastagodott, rajta sekély barázdák által határolt szemölcsös kiemelkedések láthatók; e dudorok megfeszités által el nem simithatók. A pyloricus rész erősen megvastagodott; tőle 2·5 cm.-nyire a kis hajlaton 4·5 cm. hosszú, 5 cm. széles kerek fekély foglal helyet, a melynek szélein a nyákhártya véresen beszűrődött. A fekély tölcsérszerűleg szűkülve mintegy 3 cm.-nyire a mélységbe terjed, falait fibrinosus lepedék boritja és alapját heges kötőszövet képezi. Az izomréteg mindenütt erős túltengést mutat főleg a pyloruson, benne szabad szemmel is kivehető vaskos kötőszövetes kötegek haladnak, a melyek helyenkint 1·5 cm.-nyire is a megvastagodott heges subperitonealis kötőszövetből látszanak benyomulni.

Górcső alatt a nyálkahártya kis túltengést, a muscularis mucosae mérsékelt megvastagodást mutat. A fekély szélein a nyálkahártya mirigyei gömbsejtesen infiltrált sarjszövetbe mennek át, a melyben még távolabb is láthatók egyes kissé tágult mirigycsövecskék. A fekély

falait keskeny rétegben szemcsés vörösvérfestéket tartalmazó és gömbsejtesen beszűrődött sarjszövet alkotja, a melyet a gyomorfalnak élesen megszakított rétegeiből vékony kötőszöveti rostok választanak el. A sarjszövet közé helyenkint hámsejtek typusát mutató sejtek nyomulnak be, a melyek aprók, sokszögletesek, magvuk kerek és durván szemcsézett. A fekély alapját heges kötőszövet képezi, a melynek hyalinosan elfajult rostjai között az említett kicsiny hámsejtek foglalnak helyet. E heges kötőszövet subserosusan széles csík alakjában a pylorusra is ráterjed és mindenütt nyúlványokat bocsát az erősen túltengett izomréteg nyalábjai közé.

Kórisme: Strictura pylori ex ulcere peptico cicatriceo (cum infiltratione adenocarcinomatosa incipienti?).

Julius 7. A klinikáról elbocsáttatik; 2·5 kgm.-ot hizott.

Utóvizsgálat julius 10.-én Próbareggeli után 1 órával erősen epés váladék nyerhető, kimutatható epefestenynyel; sósav —, tejsav —; keményítőemésztés tökéletes. Próbaebéd után két órával ismét erősen epés váladék ürült, gyengén savi reactioval; sósav —, tejsav —. Julius 11. Éhgyomorra 5 cm³ erősen epetartalmú folyadékot kaptunk a gyomorcsővel. Próbareggeli után fél órával: szabad sósav 0·08, tejsav: —, összaciditás 30. Próbaebéd után négy órával gyomor teljesen üres; a mosóvíz gyengén epésen festődött. Jodkalipróba 20 percz mulva, salolpróba 1 óra mulva positiv.

Vérvizsgálat: fajsúly 1046, haemoglobintartalom 3·5%, vörösvérsejtek száma 3.175,000, fehérvérsejteké 3.100.

A hozzá intézett levélre 1907. márczius 25.-én felel. A klinikáról való elbocsáttatása óta hízott; szeptemberig nem tudott semmit sem dolgozni, annyira gyenge volt, de most már nehezebb földmívesmunkákat is képes végezni, de hamar kifárad. Mindent tud enni, de napjában többször kénytelen enni, mert egyszerre nem bir sokat. Más panasza nincsen.

11. Ulcus callosum pylori összekapaszkodva pancreasszal és májjal. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica, állandó gyógyulás.

G. M. 60 éves férfi; felvétetett 1906. október 3. Másfél év óta szenved gyomorbajban; gyakori savanyú felböfögései és fájdalmai vannak, a melyek étkezés után — különösen ha többet evett — fokozódnak. Véreset soha sem hányt; az utóbbi hónapok alatt több mint 10 kg.-mot veszített testsúlyából és annyira elgyengült, hogy mindig ágyban fekszik.

Jelenállapot. Erősen lesoványodott, majdnem cachektikus kinézésű beteg. Gyomor alsó határa felfúvásnál köldök magasságában; has jobb oldalán, az egyenes hasizom széle mellett egy, nyomásra fájdalmas, homályos resistentia tapintható, a mely felett a kopogtatási hang tompult. Próbareggeli után 1 órával a bevett ételmennyiségnek majdnem teljesen megfelelő mennyiségű gyomorbennék nyerhető. Szabad sósav: —, tejsav: —, összaciditas 15. Heller-féle vérpróba: —. Vajsavpróba positiv. Górcső alatt: hosszú bacillusok nem találtattak.

Kórisme: Pylorusszűkület (tumor pylori?), gyomortágulás.

Műtét chloroformnarcosisban 1906. október 8.-án. Gyomor alsó határa köldök magasságában, előhúzása nem sikerül teljesen; a pyloricus rész könnyen szétválaszthatólag a mellső hasfali peritoneumhoz van rögzítve, hátrafelé szívósan a pancreashoz, oldalfelé a májhoz van odanőve. A pylorus mellett egy infiltrált kemény tapintatú tumor, a mely különösen a gyomor hátsó fala felé igen kemény és a pylorus lemezét teljesen beszűkíti. A cseplesz a gyomor egész pyloricus részéhez legyezőszerűleg oda van tapadva. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica az odavezető kacs felfüggesztésével. A gyomor üregének megnyitása után ujjunkat a gyomorba vezetjük; a gyomor hátsó falán a pylorus mellett egy fillérnyi fekélyt érezni.

Lefolyás teljesen zavartalan. Október 16. Sebszélek per primam egyesültek. Egyszer sem hányt. október 29. Gyógyultan távozik.

Gyomorvizsgálat. Október 30. este a gyomor tisztára lett mosva. Deczember 1. Ehgyomorra gyomortartalmat nem lehetett kapni. Próbareggeli 1 órával az étkezés után kivéve: sósav: —, tejsav: —, összaciditas 24. Próbaebéd: 5 óra mulva gyomor teljesen üres. Deczember 2. Próbaebéd négy óra mulva kivéve. Szabad sósav: 0·10%, tejsav: —, összaciditas: 40. Jodkali 25 percz mulva mutatható ki a keményítőpapiroson füstölgő légenysavval. Epe kimutatható. Gyomor alsó határa két haránt ujjnyival a köldök felett.

Utóvizsgálat 1907. márczius 16.-án Teljesen jól érzi magát. Műtét óta 20 kgr.-mot hizott, mindent tud enni, foglalkozásának zavartalanul tesz eleget. Resistentiát gyomor felett nem érezni. Újabb gyomorvizsgálatba semmiképen sem egyezik bele.

12. Ulcus callosum; stenosis cardiae et pylori. Gastroenteroanastomosis antecolica antica. Állandó gyógyulás.

N. R. 28 éves nő. Felvétetett 1906. november 27. Egy év előtt erős gyomorgörcsöket kapott és több izben véreset hányt. Baja miatt hosszabb ideig kórházban feküdt; onnan gyógyultan elbocsáttatván, szeptember havában észrevette, hogy nehezen tud nyelni és a nagyobb falatokat mind kihányja. Azóta kizárólag csak folyadékokkal táplálkozott, de étkezés után 2—3 órával nagy fájdalmak között mindent kihány. Állapota folyton rosszabbodott és 20 kilogrammot veszitett testsúlyából.

Jelenállapot. Nagyon elgyengült, rosszul táplált, sápadt beteg. Egy középvastag bárzsingkutató 40 cm.-nyire a felső fogsortól megakad és a szűkületen át csak egy filiformis bougie vezethető be a gyomorba.

Has behúzódott, gyomortájék nyomásra fájdalmas; az epigastriumban tyúktojásnyi kissé dudoros felületű resistentia tapintható, a mely felett tompult a kopogtatási hang.

A beteg csak folyadékot tud nyelni és az étkezés után 3—4 órával igen sok nyálkával kevert, rosszul emésztett ételmaradékot hány. A gyomorvizsgálat megejthetése és a beteg táplálkozásának megjavítása czéljából a cardia szűkületét annyira kitágították, hogy a legvékonyabb gyomorcső levezethető volt. *Kétly* professor klinikáján megejtett vizsgálat a következőket mutatta: Gyomor alsó határa felfúvásnál a köldök magasságában van. Röntgen-átvilágításnál a bismuthbolus a szűkületnek megfelelő helyen nehány perczig megakad és ezután lassan hosszúra nyúlva jut a gyomorba. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra mintegy 30 cm³ nyákos folyadék nyerhető, a mely savi vegyhatású, de a szabad sósavreactiót nem adja. Próbareggeli után 1½ órával kivett gyomorbennékben szabad sósav —, tejsav +, összaciditas 30. Próbaebéd után 6 órával rosszul emésztett ételmaradék bőven ürül, szabad sósav 0·09, tejsav +, összaciditas 40. Salolpróba 3 óra mulva positiv.

Kórisme: Pylorus- és cardiaszűkület (callosus gyomorfekély?)

Műtét chloroformnarcosisban 1906. deczember 20.-án. Gyomor kis fokban tágult és helyzetében a pancreas és a májfelé rögzítve van, úgy hogy nem húzható elő. Az egész hátsó felület, elül a cardia és a pylorus környéke erősen megvastagodott, beszűrődött; helyenkint halványpiros területek és álhártyás felrakódások találhatók.

A colon transversum mintegy 2 cm. darabon a gyomor nagy görbületéhez rögzített és a lig. gastrocolicum egy része szintén megvastagodott. Az egész gyomor egy merev falú csővé alakult át; csupán a mellső felületen van egy alig kis gyermektenyérnyi ép hely. Ezen helyet használjuk fel a gastroenteroanastomosis antecolica antica készítéséhez; az egyesítés rendkivül nehéz a gyomornak mélyen fekvő erős rögzítettsége és a serosa erős megvastagodott, szakadékony voltánál fogva. A gyomor megnyitása után a bevezetett ujj a pylorust erősebben, a cardiát kisebb fokban szűkültnek találja.

Lefolyás. Egy galambtojásnyi hasfali tályog keletkezett, a melynek feltisztulása után a hasfalakat másodlagos varrattal egyesitjük. A beteg állapota tulajdonképen csak a harmadik héttel kezdett javulni. Február közepe táján már mindent le tud nyelni és semmit sem hány ki.

Utóvizsgálat 1907. február 26.-án. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra semmi folyadék nem nyerhető. Próbareggeli után 45 percz mulva a gyomor teljesen üresen találtatott. Próbaebéd után 4 órával a gyomor teljesen üres. Február 27. Próbareggeli után 30 perczczel kivett gyomorbennék mintegy 30 gm.-nyi sárgás, bőséges nyákkal kevert, a mely a szabadsósav-reactiót nem adja. Próbaebéd után 2 órával kivett bennék sárgás; epefestenypróba erősen positiv. A kék lakmuspapirt gyengén vörösíti, de úgy congo-, mint a tropeolin-papirosokra hatástalan. A Günzburg-féle phloroglucin-vanilin-próba negativ. Biuretkémlés positiv. Az Uffelmann-féle, valamint a ferrum-sesquichloratumpróba gyengén positiv. Összaciditas 32.

Márczius 3. Klinikáról elbocsáttatik; a műtét óta 12 kilogrammot hizott.

További sorsáról 1907. márczius 26.-án és május 15.-én értesit. Teljesen jól érzi magát, semmi gyomorfájdalma nincs, sohasem hányt, mindent meg tud enni és folyton éhes. Még éjjel is eszik ha felébred. A klinikáról való távozása óta ismét 10 kilogrammot hizott.

13. Callosus fekély miatt végzett gastroenteroanastomosis; a nyilás beszűkülése és ulcus pepticum jejuni miatt újabb gastroenteroanastomosis. Végleges eredmény: nem teljes gyógyulás.

G. R. 40 éves nő, felvétetett 1906. november 27. Már 14 év óta szenved gyomorbajban, a mely miatt állandó orvosi kezelésben részesült; éveken át naponta mosták a gyomrát. 1906. január havában daganatot kezdett érezni az epigastriumában és e miatt 1906. május elején megoperálták. Értesülésünk szerint a pylorustájon gyermektenyérnyi callosus fekélyt találtak nála, a mely a pylorust teljesen megszűkitette és a pancreashoz rögzítette; gastroenteroanastomosis retrocolica posticát végeztek varrattal 5 cm.-nyi hosszúságban. A műtét után mintegy hat hónapon keresztül teljesen jól érezte magát, de ekkor régi panaszai miatt Kétly tanár klinikájára vétette fel magát; az ott megejtett gyomorvizsgálatnál a következők találtattak. Előzetes esti gyomormosás után kevés szabad sósavreactiót adó váladék nyerhető; próbareggeli 1 óra mulva kivéve tejsav +, sósav 0·16%, összaciditas 80. Próbaebéd után 3 óra mulva tejsav +, szabad sósav 0·18%, összaciditas 70. Próbaebéd után 6 óra mulva még mindig található meg nem emésztett ételmaradék. A próbák kivételekor a gyomorcsőhöz többször kevés vér tapadt oda. Felfúváskor a gyomor alsó határa a köldök felett két haránt ujjnyira van. Megfigyelési idő alatt a beteg több alkalommal hányt és fájdalmai főleg étkezés után igen hevesek.

Kórisme: a gyomor-bélsipolynyilás beszűkülése.

Műtét: 1906. deczember 3.-án chloroformnarcosisban. A hasüreg megnyitása után kitünt, hogy a pylorust két ujjnyi széles, sima heg teljesen megszűkíti és a gyomor hátsó falán készített nyilás is annyira meg van szűkülve, hogy rajta sem a gyomor, sem a bél felől átjutni nem lehet; az anastomosishoz felhasznált jejunum kacs mindenütt egyformán tág, leszorítás sehol sincs. Az elvezetőkacs mintegy 1 cm. távolságban a gyomornyilástól vastagabb keményebb tapintatú, serosája kissé vörös. Ezen helyet Lembert-varratokkal odaerősitjük a gyomorfalhoz és az eredeti nyilás mellett egy új, jó tágas nyilást készitünk.

Lefolyás teljesen zavartalan, hasfal sebe per primam begyógyult. Betegen még meglevő retroflexioja miatt ventrofixatiót végeztünk. 1907. május 24.-én távozik.

Utóvizsgálat 1907. márcz. 23.-án. Éhgyomorra gyomor teljesen üres; próbareggeli után 1 órával: szabad sósav 0·10%, tejsav —, összaciditás 30. Epefestenypróba +. Próbaebéd 3 nap mulva: tejsav nyomokban, sósav 0·12%, összaciditás 34. Epefestenypróba +. Próbaebéd után 6 óra mulva gyomor teljesen üres.

1907. április 15.-től beteg gyakori gyomorfájdalmakról, gyomorégésről panaszkodik; belső kezelésre ezen panaszai enyhülnek.

1907. május 20. Gyomorvizsgálat eredménye: próbareggeli után 1 óra mulva 100 gm.-nyi gyomorbennék, a mely a congopapirost minimalisan kékíti, a kék lakmust intensive pirosra festi. Tejsav +, sósav 0·12%, összaciditás 34. Próbaebéd 4 óra mulva: 100 gm.-nyi bennék. *Barnás emésztett vér.* Epefestenypróba positiv.

Szigoru belső kezelés és diaeta rendeltetett.

1907. junius 14. Fájdalmai, kellemetlenségei, ha az előirt diaetát megtartja, egyáltalában nincsenek, de a legcsekélyebb étkezési kihágás után fájdalmai és a gyomorégés újra fellép. A klinikáról való távozás óta 1 kg.-mot hizott.

14. *Ulcus callosum pylori összekapaszkodva a pancreassal. Perigastritis. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

H. J., 25 éves férfi, felvétetett 1907. április 5.-én. Egy év óta érez gyomrában erős fájdalmakat étkezés után; nyolcz hónap óta igen gyakran vannak savanyú felböfögései és rendetlen időközökben hány. A hányás után nagy megkönnyebbedést érez; a hányadék nagymennyiségű és nem ritkán hosszabb idő előtt megevett ételmaradékot tartalmaz. Legutóbb másfél hónapon keresztül belgyógyászati kezelésben részesült, a mikor naponta gyomormosásokat végeztek nála. Ekkor állapota lényegesen megjavult, de a kezelés megszünte után régi panaszai fokozott mértékben gyötörték; a legutóbbi időkben naponta hányt, erősen lefogyott és elgyengült.

Jelenállapot. Lesoványodott, halvány fakószinű beteg. Has nyomásra sehol sem érzékeny. Gyomor felett loccsanás érezhető; a jobb bordaív alatt egy tyúktojásnyi resistentia tapintható, a mely nem mozgatható. Felszivásnál a gyomor alsó határa a köldök magasságában van. Próbareggeli után 1 órával igen sok rosszul emésztett ételmaradék, sósav +, tejsav +. Próbaebéd 4 óra mulva kivéve sósav —, tejsav +.

Kórisme: Pylorusszűkület; gyomortágulás.

Műtét chloroformnarcosisban április 19.-én. Gyomor tágult. Helyzetében úgy a mellső hasfalhoz, mint a pancreashoz sokszorosan rögzitve van. A gyomor mellső felületén sok álhártyás felrakódás; a pylorus tájékán a gyomor fala vastagabb, kérges tapintatú és erősen rögzitett. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal; az odavezető kacs felfüggesztve.

Lefolyás teljesen zavartalan. Április 28.-án sebszélek per primam egyesültek. Teljesen jól érzi magát. Felvétele óta 3 kgm.-ot fogyott.

Utóvizsgálat május 10.-én Éhgyomorra gyomor teljesen üres. Próbareggeli 1 óra mulva kivéve: 250 cm³ fűzöld gyomortartalom, melyben sósav —, tejsav —, összaciditás: 17. Epefestenypróba positiv. Május 11.-én próbaebéd után 2½ óra mulva: sósav —, tejsav +, összaciditás 20. Epefesteny +.

Május 12.-én próbaebéd után 4 óra mulva a gyomor teljesen üres. Május 13.-án távozik.

További sorsáról junius 1.-én értesülünk. Teljesen jól van, mindent tud enni, zavartalanul dolgozik, semmi panasza nincs. A klinikáról való elbocsáttatása óta 8 kgm.-ot hizott.

V. Heges szűkületet okozó fekély.

A magára hagyott vagy belgyógyászatilag kezelt pepticus fekély hegedéssel gyógyul; ezen heg nagysága és vastagsága, a fekély nagysága, mélysége és elhelyeződése szerint különböző: néha egészen kicsiny, alig látható fehéres behúzódás jelzi a mucosán a fekély helyét, míg a serosa a heg felett egészen sima, semmi változást nem mutat. Máskor már a külső felszinén látszik mély csillagos heg, melynek közepe behúzódott és a gyomor a hasfalhoz, vagy a többi környező szervhez perigastrialis odanövések által rögzitve van. Ha ezen heg a gyomor mellső vagy hátsó falán ül, a betegnek semmi kellemetlenséget nem okoz, még ha a heges összezsugorodás nagy fokot ért is el; hogy ha azonban a heg a pylorus, vagy a cardia tájékán ül, a zsugorodás maga után vonja a gyomor lumenének beszűkülését, esetleg teljes átjárhatatlanságát. Megtörténhetik nagyobb kiterjedésű heges zsugorodásoknál, hogy a gyomor mellső és hátsó fala, vagy kis és nagy görbülete közelittetik és előáll az a jellegző elváltozás, a mit homokóra-gyomornak nevezünk. A homokóra-gyomor, a cardiaszűkület, de főkép a pylorusszűkület képezik a pepticus gyomorfekély leggyakoribb és legfontosabb szövődményét. Mind a három igen súlyos megbetegedést jelent, a melyet megszüntetni csupán csak sebészi beavatkozással lehet; a belgyógyászi kezelés legfelebb a szűkület okozta kellemetlen és kinzó tüneteket képes enyhiteni ideig-óráig, de tartós gyógyulást létrehozni nem.

1. Pylorusszűkület.

A callosus fekélyek tárgyalásánál láttuk, hogy ezen fekélyek még a begyógyulás és az azt követő heges zsugorodás előtt is szűkithetik a pylorust, részint a lobos duzzanat, részint a callosus megvastagodás folytán; ezek tudniillik a nyilt fekélyek által okozott szűkületek képezik a pylorusszűkületek első csoportját; a pyloruson levő fekély begyógyulása után visszamaradó körkörös heg zsugorodása által okozott szűkületek képezik a második csoportot, tudniillik a valódi heges szűkületek csoportját. De szűkülhet a pylorus lumene olyan módon is, hogy a fekély perigastrialis odanövésekhez vezetett, a melyek szögletbe törést, vagy szalagos leszoritást okoznak. Ezek képezik a pylorusszűkületek harmadik csoportját.

Minthogy a nyilt fekély okozta pylorusszűkületeknél a kórképet nem a szűkület és az általa feltételezett másodlagos gyomorelváltozások (gyomortágulat, motoricus insuff.) dominálják, hanem a callosus fekély (fájdalmasság, tapintható tumor, vérzés): ezért az ezen csoportba tartozó szűkületeket a callosus fekélyeknél tárgyalni czélszerűbbnek tartottam. Ezeknél a pylorusszűkület jelenléte csak alárendelt fontosságú és még nem okozhatott másodlagos elváltozásokat a gyomorban. A pyloruson ülő fekély begyógyulása után létrejövő heges zsugorodás okozta szűkületek a tulajdonképeni szűkületek; a nyilt fekélyek okozta szűkületek épen oly kevéssé tartoznak ide, mint akár a pylorus-spasmus vagy álképlet által okozott szűkület.

Hogy milyen gyakran fejlődik a gyomorfekély begyógyulása után pylorusszűkület, arra positiv adatunk kevés van; *Gerhardt* 10%-ra becsüli gyakoriságát. Hogy ezen szám csak hozzávetőleges lehet, az kitünik, ha meggondoljuk, hogy szűkület jelenlétét csakis akkor vagyunk képesek megállapitani, ha az oly fokot ért el, hogy következményes tünetei a beteget arra kényszeritik, hogy bajára gyógyulást keressen. Ez az időpont pedig csakis nagyobbfokú szűkületek esetében és akkor is csak azok hosszasabb fennállása után következik be. *Warren* 125 belgyógyászilag kezelt eset további sorsáról nyert felvilágositást; ezen esetek közül 13-nál (10·4%) a beteg gyógyultan való elbocsáttatása után heges pylorusszűkület fejlődött ki. Ha idevonatkozó eseteink kórtörténeteit elolvassuk, látni fogjuk, hogy a legtöbbször éveket tesz ki az az idő, a mely a fekély begyógyulása és a szűkület első nyilvánulása között eltelt. Hogy ez az idő a szűkület tényleges kifejlődésének ideje volna, az ellen szólnak kórtani ismereteink, melyek szerint a hegek zsugorodása olyan későn már nem szokott bekövetkezni.

A legtöbbször fiatal, erőteljes egyénekről van szó, a kiknek gyomorizomzata a fokozott munkát hosszú időn át képes elvégezni: a szűkület a compensatio stadiumában évekig lappangó maradhat. Sőt az sincsen kizárva, hogy czélszerű táplálkozás mellett ilyen állapotban marad a beteg haláláig; azonban a mint a motoricus insufficientia bekövetkezik és létrejön a gyomortágulás: a betegek felkeresik a belgyógyászt, a kinek működése a pylorusszűkület diagnosisának megállapitásával be van fejezve. Ha a gyomorfekély illetékességi kérdése, — hogy vajjon tisztán belgyógyászat körébe tartozó megbetegedés-e, vagy tisztán sebészeti-e — ezen stadiumig kétséges is: a motoricus insufficientiával járó szűkületet okozó stadiumban ma minden kétségen felül már a sebészet körébe tartozik.

A gyomorfekély ezen stadiumában épen úgy absolut indicatioját képezi a sebészi beavatkozásnak, mint a fekély perforatioja a szabad hasüregbe. A műtét időpontját illetőleg a vélemények eltérők; *Fleiner* szerint a szűkület olyan eseteiben, a midőn a beteg szigorú diaeta és belgyógyászati kezelés (gyomormosás) daczára folytonosan veszit testsúlyából és a vizelet napi mennyisége is állandóan csökken, a műtét feltétlenül indicálva van. *Fleiner* ezen meghatározása azonban azon legvégső időpontot szabja meg, a melyen túl már nem lehet halogatni a műtétet. Jól situált betegek, a kiknek módjukban van éveken át gyomormosásokat végeztetni és semmi testi munkát nem kénytelenek végezni, várhatnak ezen időpontig.

Azonban szegény munkásembereknél a műtét indicatiojának felállításával nem késhetünk ilyen hosszú ideig; de még olyan esetekben sem indokolt elodázni a műtétet, a mikor a beteg körülményei azt nem sürgetik, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy a gastroenteroanastomosis vagy bármely más műtét eredményei annál kedvezőbbek, mennél hamarább lett az végrehajtva, tehát oly időben, mikor még a gyomor falában a degeneratiós folyamatok nem indultak meg. *Ezért mi a műtéti beavatkozást minden olyan esetben indicáltnak tartjuk, a midőn a pylorusszűkület jelenléte kétségtelenül megállapítható, akár van jelen következményes gyomortágulás és motoricus insufficientia akár nincs.* Ezen véleményünk teljesen megegyezik *Krönlein*-ével, a ki azt mondja: „Jede sicher nachgewiesene Stenose des Pylorus, gleichgültig, ob erheblichen oder leichteren Grades, fällt der operativen Behandlung anheim."

A mi az ilyen esetekben végzendő műtéti beavatkozást illeti, az többféle lehet. Leginkább elterjedt a gastroenteroanastomosis; de végeztek egyszerű pylorusszűkületeknél pylorusplasticát, pylorusresectiót, pylorusdivulsiót (Loreta-féle műtét) és gastropexiát is. Ezen műtétek közül a pylorusplastica, a pylorusresectio és divulsio a szűkület megszüntetése útján akarja a gyomor rendes kiürülését biztositani, a gastroenteroanastomosis a szűkületnek a keringésből való kirekesztése útján, a gastropexia, valamint a gastrolysis a gyomornak kedvezőbb helyzetbe való hozatala útján. A műtéti mód megválasztásánál nem szabad szem elől téveszteni:

1. hogy egy jóindulatú gyomormegbetegedéssel állunk szemben, a mely ha nem is képes sebészi beavatkozás nélkül gyógyulni, mégsem válik feltétlenül halálos kimenetelűvé a betegre. Ezért az ajánlott műtétek közül a siker egyenlő kilátása mellett feltétlenül előnyt kell adnunk a kisebb beavatkozásnak a nagyobb felett.

2. Hogy a heges pylorusszűkület egy gyomorfekély gyógyulása után keletkezett szövődmény csupán, hogy tehát a fekélyt okozó dispositio vagy a fekélyt előidéző ok még mindig fennállhat a betegnél. Ezért a legtökéletesebb ideális műtét az volna, a melylyel úgy a szűkületet képesek vagyunk megszüntetni, mint a fekélyt előidéző okot. Minthogy ilyen műtéttel nem rendelkezünk, a többiek felett előnyt kell adnunk az olyannak, a mely a gyomor szabad kiürülése mellett a fekély leggyakoribb tünetét, t. i. a hyperaciditást befolyásolni képes.

3. Hogy a választott műtéti módnak olyannak kell lenni, a mely a gyomor kiürítését állandóan biztositsa, hogy újabb beszűkülés létre ne jöhessen és végül,

4. hogy a műtétnek idővel valami más káros befolyása ne keletkezhessék a gyomortartalom megváltozott útja következtében.

Lássuk, hogy az egyes műtéti módok mennyiben képesek ezen követelményeknek megfelelni.

a) Gastroenteroanastomosis.

Valamennyi ajánlott műtéti mód között ez a legrégibb és még ma is a legelterjedtebb eljárás, mert a heges pylorusszűkületek minden esetében alkalmazható. Az ezen eljárással készített új nyiláson át a gyomortartalom jól és biztosan kiürül még akkor is, ha a gyomor tágulása és a motoricus insufficientia már nagy fokot ért el. Sokat vitatkoztak azon kérdés felett, hogy a gastroenteroanastomosis melyik módja az, a mely mellett a gyomortartalom levezetése a legkönnyebben történik és a melynél egyszersmind úgy a circulus vitiosus, mint a duodenumba ömlő epe és pancreasváladéknak a gyomorba jutása elkerülhető. A kérdés úgy áll, hogy mindegyik módszernek vannak a másik felett előnyei épen úgy, mint hátrányai és hogy mindegyikkel lehet kifogástalan jó eredményeket elérni, ha a műtétet jól végezzük. Theoreticus szempontból a legjobbnak kell tartani és a normális viszonyoknak is a leginkább megfelel a gastroenteroanastomosis retrocolica postica; *a klinikán rendesen ezt alkalmazzuk és tapasztalataink alapján semmi okunk nincsen ezen műtéti módtól eltérni.* Mi a műtétet az eredeti Hacker-féle előirás szerint végezzük rövidre szabott odavezető kacscsal és annak felfüggesztésével Kapeller szerint. Az anastomosist minden alkalommal varrattal, jó tág nyilással készitjük; Murphy-gombot egyetlen egy alkalommal sem használtunk. Igaz ugyan, hogy a gomb alkalmazása a műtét tartamát valamivel megröviditi és technikája is egyszerűbb, de az ily módon készitett nyilás sokkal kisebb, mint a varrattal készithető és daczára a kifogástalan technikának, még sem kerülhető el biztossággal a gombnak a gyomorba jutása. A Hacker-féle műtét ellen érv gyanánt hozzák fel, hogy a műtétet nem lehet a hasüregen kivül végezni és hogy ezáltal a hasüregnek gyomortartalommal való befertőzése könnyebben történhetik, mint az elülső anastomosisnál. Ez kétségtelenül igaz; azonban a gyomor, illetve a bél megnyitása előtt compressekkel a hasüreget annyira izolálhatjuk, hogy ha gyakorlatlan segéd mellett ki is jut valami a gyomortartalomból, a hasüreg fertőzését mégis biztosan elkerülhetjük. Különben igen fontos a betegnek a műtétre való előkészitése, a beleknek és a gyomornak kellő kiürítése, a minek megtörténte után az infectio veszélye igazán a minimumra reducálható. Mi a klinikán heges pylorusszűkület miatt összesen 16 gastroenteroanastomosist végeztünk. Ezen esetek közül 12 simán, minden complicatio nélkül gyógyult, 4 pedig meghalt, a mi 25% mortalitásnak felel meg. A halál oka ezen esetekben a következő volt: 17. sz. esetben a műtét utáni 39. napon inanitio, 15. sz. esetben a műtét utáni 4 órában, a 19. sz. esetben a műtét utáni 12. napon az oesophagus peptikus fekélye által okozott elvérzés, 22. sz. esetben a műtét utáni 5. napon az elvezető vékonybélkacsnak a mesocolonba ejtett nyilásban történt szögletbetörés által okozott incarceratio.

Circulus vitiosus gyanuja miatt 30. számú esetünkben relaparotomiát végeztünk; ezen esetben a beteg a műtét után hányni kezdett és a hányás az alkalmazott gyomormosások daczára sem akart megszünni. Ezért a circulus vitiosus kifejlődésére gondoltunk, minthogy a meteorismus hiánya egy keringési akadály felvétele ellen szól. A műtét utáni ötödik napon végzett laparotomiánál azonban a hasban mindent a legnagyobb rendben találtunk, csakhamar meg is szünt a hányás és a beteg meggyógyult. Minden fajtájú gastroenteroanastomosis után észleltek már ilyen makacs, hosszantartó hányást, a minek oka minden valószinűség szerint az epének gyomorba jutása és nem a sipolynyilás hiányos működése.

Gastroenteroanastomosis után a legtöbb szerző azt találta, hogy az epe jelen van a gyomornedvben, azonban nem minden esetben; *Carle* és *Fantino* a vizsgált eseteknek majdnem mindegyikében tudtak epét a gyomornedvben kimutatni, még ha elenyésző kis mennyiségben is. *Kausch* még évek mulva is talált epét az operáltak gyomornedvében. *Petersen* és *Machol* az eseteknek csupán 40%-ában tudták az epét kimutatni. Mindezen esetekben azonban az epe jelenléte a gyomorban csupán a gyomornedv vizsgálata alkalmával lett kimutatva, a betegnek egyáltalában semmi kellemetlenséget nem okozott. *Kelling* figyelmeztetett arra először, hogy neurastheniás, legyöngült és érzékeny egyéneknél a gyomorba jutott epe kellemetlen tüneteket okozhat. Az epe iránt intolerans ilyen egyének állandóan hányási ingerről, rossz szájízről panaszkodnak és gyakran hánynak. Hogy egyedül az epének kell-e tulajdonitani ezen kellemetlen tüneteket és nem-e valami passagezavaroknak, az eldöntve nincs. *Hartmann* és *Soupault* az epe ilyen hatását határozottan tagadják; fennebb emlitett esetünkben a laparotomiánál a gyomornyilástól elvezető kacsot teltnek találtuk és sehol semmi leszorítást vagy szögletbetörést találni nem tudtunk.

A gastroenteroanastomosis többi módjairól közvetlen tapasztalataink nincsenek és azért azok tárgyalásába nem is akarok bocsátkozni; gastroenteroanastomosis anticát összesen csak egy esetben végeztünk, akkor is a viszonyok kényszeritettek erre. Egy néhány szóval akarok csupán megemlékezni a circulus vitiosus biztos elkerülése czéljából ajánlott *Roux*-féle gastroenteroanastomosisról és a *Braun*-féle enteroenteroanastomosisról. A *Roux*-féle műtéttel kétségtelenül teljes biztossággal elkerülhető a regurgitatio; azonban technikailag

valamennyi más gastroenteroanastomosisnál sokkal nehezebb és aránytalanul nagyobb beavatkozás, ezért normális műtéti mód gyanánt ajánlani nem lehet. A *Braun*-féle entero-enteroanastomosist az elülső anastomosisok után észlelt gyakori circulus vitiosus miatt végezték; ha valaki föltétlenül a Wölfler-féle műtéthez ragaszkodik és az esetleges circulus bekövetkezésétől félvén még egy entero-enteroanastomosist is végez: a a műtétet meghosszabbítja és egy ulcus pepticum jejuni keletkezésére kedvezőbb körülményeket készit, mint a Hacker-féle anastomosis által. A heges pylorusszűkület miatt végzett gastroenteroanastomosisok közvetlen műtéti halálozása különböző sebészek statistikája szerint a következő: *Minz* 28·1%, *Haberkant* 21·1%, *Hoffmann* 8%, *Körte* 25·9%, *Kreitzer* 7·6%, *Kocher*, mint *Dollinger* 0%, *Mayo-Robson* 11·4%, *Montprofit* 5·7%, tehát átlag 6—10% mortalitas. Ez ugyan nagy számnak mondható, de ezen eseteknek jó nagy részébe nem irható a halál a műtét rovására, hanem pneumonia és kimerülés is szerepelnek a halál okai között. A gastroenteroanastomosis valódi értékét a vele elért maradandó eredmények mutatják, a mint azt alább még látni fogjuk.

b) Pylorusresectio.

A callosus fekélyek resectiojának tárgyalása után e helyen a pylorusresectiókról nem sok mondani valónk van. Ha már a callosus nyilt fekély által okozott pylorusszűkületek műtéti módjánál sem tartottuk föltétlenül indokoltnak ezen eljárást, annál inkább kell ezt mondanunk a heges szűkületre vonatkozólag, a hol diagnosticus kétség nem létezik, valamint rákos degeneratio veszélye is jóval kisebb. *Rydygier* 1902-ben ugyan azt állitotta, hogy: „Die Pylorectomie nicht der Vergangenheit angehört, sondern als die vollkommenere Operation, die Operation der Zukunft sein wird.“ Azonban jóslata nem vált be, mert ma a sebészek túlnyomó nagy többsége a heges szűkületek miatt nem végzi. Ő azon véleményben van, hogy a pylorusresectio után a gyomor kiürülése ép olyan biztosan megjavul és hogy új fekélyek keletkezése épen úgy elkerülhető, mint a gastroenteroanastomosis után; sőt a circulus vitiosus keletkezése, valamint az ulcus pepticum jejuni keletkezésének veszélye ily módon ki van zárva. Ezen két utóbbi előnye a pylorusresectionak kétségtelenül megvan, azonban nagyobb számú esetre támaszkodó tapasztalat ez idő szerint még nem áll rendelkezésünkre annak bebizonyitására, hogy erősen kitágult gyomor és nagyfokú motoricus insufficientia jelenlétében végzett pylorusresectio után a gyomor kiürülési képessége tényleg olyan jó-e, mint a gastroenteroanastomosis után. Ha tekintetbe veszszük a tágult, a köldök alá érő gyomor elhelyeződését és azt a magassági különbözetet, mely ilyenkor a gyomor fundusa és a duodenum azon része között van, a mely a gyomorral egyesitve lett, a mechanikai törvényeknek sokkal megfelelőbb és az elsatnyult gyomorizomzatra sokkal kisebb munkát ró egy gastroenteroanastomosis nyilása, mint a pylorusresectio útján való kiürités. Habár a heges pylorusszűkület miatt végzett pylorusresectio közvetlen műtéti eredményei sokkal jobbak mint a callosus fekély okozta szűkületekéi, mégis jóval behatóbb és súlyosabb műtétnek kell tartani, mint a gastroenteroanastomosist, ezért *mi ilyen indicatio alapján sohasem végezzük ezen műtétet. Krönlein* is hasonló véleményen van: „Die Resection des Pylorus bei Pylorusstenose und Pylorusulcus kann dann gerechtfertigt sein, wenn die Induration des callösen Tumor den Verdacht auf Karzinom aufkommen lässt. Sonst tritt hier die Gastroenteroanastomose in ihre Rechte“.

c) Pylorusplastica.

A hegesen szükült pylorusnak plastikus úton való kitágitása és ez által a gyomortartalom rendes úton való kiürülését lehetővé tenni *Mikulicz* gondolata volt; ilyen úton a szűkület minden kellemetlen következménye egy, az anatomiai viszonyokon keveset változtató műtéttel meg volna szüntethető. A gondolat maga és az azt megvalósitó műtét *Mikulitz* lángeszére vall, azonban a tapasztalat csakhamar beigazolta, hogy a vele elért eredmények a várakozásnak nem felelnek meg.

Először is kitünt, hogy a plasticus úton tágitott pylorus és a normalis pylorus között lényeges különbség van és hogy a kitágitott pylorus nagyon gyakran ismét szükül. *Mikulicz* és tanitványai ezen műtétet azért ajánlották első sorban, mert kevésbé beható műtétnek tartották, mint a gastroenteroanastomosist és hatás tekintetében a pylorusresectioval egyenértékűnek gondolták. *Mattoli* szerint a pylorusplastica „une opération theoriquement ideal, à l'abri de tout accident de reflux, facile à exécuter et ne durant pas longtemps.“ Azonban a pylorusplastica még sem pótolhatja a gastroenteroanastomosist és nem bir azzal az előnynyel sem, melylyel a pylorusresectio, t. i. hogy a megbetegedett és hegesen elváltozott pylorust a szervezetből eltávolitja. A gastroenteroanastomosist a heges szűkületek minden esetében alkalmazhatjuk: akár körkörös a a pylorusszükitő heg, akár álszalagos leszorítás, vagy szögletbetörés okozza a szűkületet, még akkor is, ha a gyomor nagy fokban tágult és motoricus insufficientia van jelen. A pylorusplasticát bármily egyszerűnek és technikailag könnyűnek is állitsák hivei, még sem tekinthetjük veszélytelenebb beavatkozásnak, mint a gastroenteroanastomosist. Ezt bizonyitja ezen műtétnek 25%-nyi mortalitása *Mikulicz* eseteiben, 9·9% *Carle* és *Fantino*, 22·2% *Czerny* eseteiben és *Warnecke* gyüjtőstatistikája szerint 13 9%; a legújabb statistikák szerint ugyan ezen műtét mortalitása nagyon megkisebbedett, sőt *Morison* 20 és *Gelpke* 6 esete közül egy sem halt meg, azonban ezen esetek száma nem elég nagy arra, hogy tényleg veszélytelenebbnek lehetne mondani, mint a gastroenteroanastomosist. *Planchu* az irodalomból összesen 171 pylorusplasticát állitott össze 21 halálesettel, a mi 12·2% mortalitásnak felel meg.

A pylorusplastica indicatioját *Mikulicz* és *Kausch* az idők folyamán mind szűkebb és szükebb körre szoríttották úgy, hogy kevés heges pylorusszűkület maradt csak hátra, melyben ezen műtétnek minden más felett előnyt adnak. Szerintük pylorusplasticát csak akkor lehet végezni, ha a pylorus teljesen szabad, sehol a környezethez rögzitve nincsen, ha a heg a pylorusnak csupán mellső felszinén van, tehát nem körkörös és a gyomortágulás nagyobb fokot még nem ért el. Nyilt fekély jelenléte a pyloruson, vagy a gyomor praepyloricus részén, valamint erősebb odanövések a környezethez lehetetlenné teszik a műtét kivitelét. Ebből látható, hogy a pylorusplastica tehát a heges szűkületeknek csakis legkönnyebb eseteiben végezhető, ilyen esetek pedig a műtét alá kerülő eseteknek elenyésző kis töredékét képezik.

De nézzük, hogy ily módon operált esetekben miként változnak meg a gyomor functionalis viszonyai és hogy milyenek az állandó eredmények?

Ezen kérdések megitélésére ugyan nem sok adat áll rendelkezésünkre az irodalomból, de ezen aránylag kevés adat is elégséges a pylorusplastica értékének megitéléséhez. Az esetek, melyek czéljainkra felhasználhatók: *Mikulicz* 28 esete, *Carle* és *Fantino* 11 esete, *Morison* 20 esete, *Czerny* 9 esete, *Gelpke* 7 esete. A műtött esetek közül a műtétileg gyógyultakban a gyomortágulat visszafejlődött ugyan, de a rendes nagyságát nem érte el. A motoricus functio *Kausch* vizsgálatai szerint megjavul ugyan, azonban jóval lassabban, mint a gastroenteroanastomosis után és a gyomor kiürülése a rendes időnél később következik be. A hyperaciditás csak lényegtelenül csökken, epe és pancreasváladék jelenléte a gyomornedvben nem mutatható ki. Nagyfokú gyomortágulat és motoricus insufficientia eseteiben a betegek subjectiv érzése ugyan jobb volt a műtét után, de objectiv javulást kimutatni nem lehetett.

Az állandó eredményt illetőleg az operative gyógyult esetek további sorsa a következő volt:

Szerző	Esetek száma	Gyógyult	Javult	Nem gyógyult	Meghalt	Recidivált	Ismeretlen
Bergh	8	4	—	—	—	4	—
Carle, Fantino	10	6	3	—	—	1	—
Czerny	7	3	—	—	—	4	—
Gelpke	7	5	—	—	1	1	—
Hoffmann	3	3	—	—	—	—	—
Kramer	8	1	—	—	5	1	1
Kreuzer	1	—	1	—	—	—	—
Mayo	19	13	—	—	—	6	—
Mikulitz	21	15	—	5	—	1	—
Morison	20	15	—	—	1	3	1
Stick	5	3	—	—	—	2	—
Összesen	109	68	4	5	7	23	2

Ezen táblázatból látható, hogy az operative gyógyult 109 eset közül 68-ban maradt a gyógyulás állandó, a mi 62·4%-nak felel meg. Ez a szám tehát azt mutatná, hogy az eseteknek több mint felében végleges gyógyulást lehet elérni pylorusplasticával, azonban mint már láttuk, ily módon a heges pylorusszűkületeknek csupán legkönnyebb esetei lettek megoperálva, a melyeknél sem nagyobbfokú motoricus insufficientia, sem gyomortágulás még nem fejlödött ki: a melyekben tehát a gyomor izomzata még képes fokozottabb munka kifejtésére. Hogy jól végzett pylorusplastica képes a pylorus lumenét annyira megtágitani, hogy a gyomor tartalmát minden nehézség nélkül könnyen képes rajta keresztülhajtani, az kétséget nem szenved. Azonban az eddigi tapasztalatok azt is mutatják, hogy a megtágitott nyilás idővel beszükül. A beszükülés fokától, illetve a gyomorizomzat munkabirásától függ már most, hogy ismét bekövetkeznek-e a szükület tünetei vagy sem. Minthogy pedig a pylorusplastica a gyomor izomzatának még jó állapotában van végezve, könnyen érthető, hogy az esetek 62%-ában, az utóvizsgálat idejében a szükület még a compensatio stadiumában volt. Hogy a plasticus úton megtágított nyilás tényleg szükül, azt 109 eset közül 23 bizonyitja, tehát 21·1%-ban a pylorusszükület tünetei ismét kifejlödtek és egy gastroenteroanastomosis készitését tették szükségessé.

A pylorusplastica ezen tagadhatatlan hátrányát nem sikerült eddig semmiféle módon javitani. *Mikulicz* a pylorus kiadó tágitását ajánlotta úgy, hogy a pylorusplastica valósággal gastroduodenostomia jelentőségével birjon. Azonban ezen tágitásnak nagyon is megvannak a szükre szabott határai, a melyeket túllépni a varrat biztonságának veszélyeztetése nélkül nem lehet. A túlságos nagyra készitett hosszmetszésnek haránt-irányban való egyesitése a varrat erős megfeszülését vonja maga után, sőt az egyesités lehetetlen lehet, a mint azt *Schuchard* esete bizonyitja. *Gelpke* a pylorusplastica hatását oly módon akarja fokozni, hogy a gyomor kiürítése lehetőleg megkönnyittessék, a mit úgy iparkodik elérni, hogy a hosszmetszést lehetőleg közel csinálja a gyomor nagy görbületéhez, a minek következtében a pylorus a rendesnél mélyebb helyzetet foglalna el.

Ezek alapján mi a pylorusplasticát mint olyan műtétet, mely a gastroenteroanastomosisnál alig veszélytelenebb, de sokkal megbizhatatlanabb, nem végezzük.

Nem érthetünk egyet *Lieblein*-nel, ki a pylorusplasticára vonatkozólag a következőket mondja: „Derjenige Chirurg, welcher seinen Kranken das beste will, wird sicher auch die Pyloroplastik in geeigneten Fällen anwenden, wenn gleich sich ihm hierzu die Gelegenheit viel seltener bieten wird als für die Gastroenterostomie und so sehr ich jenen Standpunkt nicht billige, welcher die Pyloroplastik der Gastroenterostomie vorziehen will, so ist es meiner Ansicht nach auch zu weit gegangen, wenn man als einziges Verfahren für die Behandlung der gutartigen Pylorusstenose die Gastroenterostomie hinstellt. Ich möchte glauben, dass sich beide Operationen, was die Indication ihrer Anwendung betrifft, gegenwärtig ergänzen sollen und in ihrer eklektiven Anwendung dasjenige Verfahren erblicken, das uns bei der Behandlung der gutartigen Pylorusstenose die besten Erfolge zu geben verspricht.“

d) Pylorusdivulsio.

Jóformán csak történeti értékkel birnak mindazok a műtéti eljárások, a melyeket a pylorusplastica helyett ajánlottak a heges szükület megszüntetésére. Ezek között még a legtöbbször végezték a *Loreta* által ajánlott pylorusdivulsiót. Ez a műtét abban állott, hogy a gyomor mellső falán ejtett nyiláson át tompán ujjal, vagy műszerrel tágittatik a pylorus mindaddig, a mig nyilása két ujj számára átjárhatóvá nem válik. Az eljárásnak durva volta minden bővebb magyarázat nélkül szembetünő és e mellett még hatásában ki nem számitható. A pylorust szükitő körkörös hegen az erőszakos gyors tágitás után csillagos repedések jönnek létre, melyeknek kiterjedését úgy a felület, mint a mélység felé előre megszabni nem lehet. *Loreta* eljárását csupán olyan heges szükületeknél ajánlja, a melyeknél semmi lobos tünet nincsen és a hol egy nyilt fekély jelenlétét ki lehet zárni; azonban még ilyenkor is megtörténhetik, hogy a repedés a serosáig terjed és hogy a mucosa a heges gyürű körül olyan súlyos zúzódást szenved, hogy necrotizál. Hogy ilyen körülmények között könnyen fejlődhetik ki egy általános hashártyagyuladás, az természetes. *Novaro* közöl egy esetet, hol a tágitás után keletkező vérzés halált okozott. *Lieblein* összeállitotta a *Loreta*-féle műtét mortalitását, a mely 29—59% között változik. Általános elterjedést ezen műtét sohasem ért el; *Haberkant* 1896-ban csak 31 operált esetet tudott összegyüjteni és ezeknek is a legnagyobb részét maga *Loreta* végezte. Az újabb időben teljesen elhagyták, csupán *Heinlein* közölt 1900-ban ismét egy esetet.

A maradandó eredmények sem jobbak semmivel sem a *Loreta*-féle műtét után, mint a közvetlen műtéti eredmények. A berepesztett pylorus ismét beszükül, a mint a heges zsugorodás bekövetkezik, mert a hegek többszörös számmal fordulnak elő, sugarasak és nem hosszirányúak. Maga *Loreta* észlelt három recidivát; ilyenekről tesznek még említést *Falleroni*, *Zelenkow* és *Huttington* is.

Hahn a pylorus szétrepesztéséhez nem tartja szükségesnek a gyomor falába egy nyilás készitését, hanem a gyomor mellső falát betüremliti a gyomor üregébe és igy tágitja a pylorust. Ez még durvább eljárás, mint a *Loreta* által ajánlott, mert itt még a mellső gyomorfal is súlyos zúzódásokat kell hogy szenvedjen minden nagyobb erőkifejtéssel járó tágitásnál. A tompa tágitás helyett *Ceccarelli* a gyomor üregé felől bemetszéssel való tágitást javasolt egy úgynevezett pylorotomia internát. Ajánlóikon kivül mások nem is végezték.

e) Gastropexia és gastrolysis.

A heges pylorusszükület olyan eseteiben, midőn egyidejüleg gyomortágulás is van jelen, mint láttuk, rationalisan pylorusplastica nem végezhető, vagy ha végzik, nem jár semmi eredménynyel. A pylorusplastica hivei még ilyenkor sem tartják jónak a gastroenteroanastomosist, hanem a plasticus úton megtágított pyloruson keresztül a gyomortartalomnak továbbjutását oly módon akarják biztositani, hogy vagy a gyomrot kisebbitik meg gastroplicatioval, vagy a gyomor nagy görbületét rögzitik egy magasabb helyén a hasfalnak. Ezen utóbbi műtétet 1896-ban *Duret* végezte ilyen indicatio alapján először, utána *Hartmann* és *Rovsing* is alkalmazták; újabban lelkes pártolója akadt *Gelpke*-ben, a ki a gyomor nagy görbületét a bordaivhez rögzitette. Ő egyedül gastropexiával két esetben, pylorusplasticával együttesen négy esetben ért el jó eredményt. Egy ily módon operált esetében azonban mégis kénytelen volt gastroenteroanastomosist végezni. Hogy heges szükület nélkülî gastroptosisoknál és atoniás gyomortágulásnál ez az eljárás jó sikerrel alkalmazható: az valószinű, hogy azonban heges pylorusszükületeknél még csak múló eredményeket is lehessen vele elérni, annak bebizonyitására ezen néhány eset nem elegendő.

2. Homokóragyomor.

A gyomorfekély begyógyulása után keletkező heges zsugorodása a gyomorfalnak a pylorusszűkületen kivül még egy szövődmény okozójává válhatik, t. i. létrejöhet azon elváltozása a gyomornak, a mit homokóragyomor név alatt ismerünk. Ez az elváltozás sokkal ritkább, mint a pylorusszűkület; *Grünfeld* szerint az összes gyomorfekélyek 30%-ában jönne létre ezen elváltozás, de közülök az eseteknek csupán 5%-a ér el olyan fokot, hogy klinice konstatálható tüneteket okozna. De még ezt a számot is magasnak kell tartanunk, ha szemügyre veszszük, hogy milyen körülmények között jöhet létre egy fekély begyógyulása után a homokóragyomor. Ha egy fekély a pyloruson vagy annak közelében ül és gyógyulásának bekövetkezése után a keletkező heg zsugorodik, a gyomor lumenének beszűkülése könnyen bekövetkezhet, mert a gyomornak a duodenum felé eső része anatomice is szűk. Mennél közelebb fekszik a fekély a gyomor fundusához, annál kisebb a valószinűség, hogy a heges zsugorodás oly fokot érhessen el, hogy e helyen szűkület jöhessen létre. Ez csak nagy kiterjedésü, olyan fekélyeknél fordulhat elő, a melyek a gyomornak úgy mellső, mint hátsó falát övszerüen körülveszik, vagy legalább is a gyomor kerületének egy nagy részére terjednek rá; ilyen fekélyek pedig nagyon ritkák.

Nem akarok a homokóragyomor különböző alakjaival, valamint klinikai tüneteivel és diagnosticájával foglalkozni, csak megemlítem, hogy a homokóragyomor subjectiv tünetei nagyjában megegyeznek a pylorusszűkület tüneteivel és nyilvánulásuk nem annyira a szűkület fokától függ, mint annak elhelyeződésétől. Ha ugyanis a szűkület a kis görbülethez közelebb fekszik, akkor sokkal hamarább és kisebbfokú szűkület mellett fognak a tünetek fellépni és fog a cardialis gyomorrész következményes kitágulása, valamint a motoricus insufficientia kifejlődni, mintha a szűkület a nagy görbület közelében van elhelyezve.

A homokóragyomor kezelésében a belgyógyászat ép olyan tehetetlen, mint a pylorusszűkületében. Jogosultsága csupán oly eseteknél van, mikor a szűkület oly fokú, hogy a cardialis gyomorrész izomzata azt még le tudja győzni. A sebészeti beavatkozás ugyanoly utakon halad, mint a pylorusszűkületek kezelésénél; a gyomortartalomnak a bélbe való bejutását vagy olyan módon igyekszik elérni, hogy a szűkületet megszünteti, vagy azt kikerüli. Az előbbi csoportba tartozik a szűkület kimetszése és a gastroplastica, az utóbbiba a gastroanastomosis és a gastroenteroanastomosis.

A szűkült rész kimetszése ugyanolyan megitélés alá esik, mint a pylorusresectio: egy beható nagy és hosszadalmas műtét, a melyet ilyen indicatio alapján végezni nem tarthatunk indokoltnak. *Hedlung* egy esetben a resectiót oly módon végezte, hogy a szűkült rész kimetszése után a cardialis gyomorcsonkot teljesen elzárva a pyloricus csonkot annak hátsó falába implantálta. *Schomerus*, a ki 1904-ben az irodalomból 137 operative kezelt esetét tudta összegyüjteni a homokóragyomornak, hét esetét említi a resectionak, közülök 6 meggyógyult.

A gastroplastica ugyanoly módon végeztetik, ugyanolyan előnyei és hátrányai is vannak, mint a pylorusplasticának. A hegesen szűkült rész egy hosszirányú metszéssel a gyomor mellső falán felhasittatik és harántirányban egyesittetik; egészen körül irt kis területre szoritkozó hegesedéseknél, a hol a varrat ép gyomorfalon végezhető, minden nagyobb feszülés nélkül, kétségtelenül előnyt érdemel minden más eljárás felett különösen akkor, ha a gyomor motoricus insufficientiája és tágulata még nem következett be és főként akkor, ha a heges szűkület a nagygörbület közelében van. A környezettel összenőtt, a gyomorfal nagy kiterjedésü, kemény, rigid hegesedésével járó és a kis görbület közelében fekvő szűkületek ilyen plasticus tágitásra nem alkalmasak. *Hofmann* különösen a *Narath*-féle plasticát ajánlja. *Schomerus* összeállitása szerint 47 esetben végeztetett a gastroplastica 10·6 mortalitással. *Eiselsberg* 7 ily módon operált esete közül 4 esetben recidiva keletkezett. *Becco* a Loreta-féle tágitást homokóragyomornál is ajánlja; *Moynihan* egy esetben sikerrel végezte.

A *gastroanastomosist Wölfler* végezte legelőször. *Schomerus* összeállitásában 19-szer szerepel ezen műtét 16% mortalitassal. Csupán olyan esetekben végezhető, a hol a gyomor két része odanövések által nincsen rögzitve és egymáshoz jól, minden feszülés nélkül odafektethető. A gastroplastica felett, mint azt *Lieblein* különösen hangsúlyozza, az a nagy előnye van, hogy tágas nyilás készithető és hogy a varrás ép gyomorfalban végezhető, a heges rész teljesen érintetlenül marad. A gastroenteroanastomosis feletti előnye, hogy a gyomor pyloricus része nincs kirekesztve az emésztésnél. Az esetek elég nagy száma bizonyitja, hogy gastroanastomosis után a szűkület minden tünete egyszer s mindenkorra megszünik és a beteg állandóan gyógyul; azonban vannak esetek, a hol a nyilás beszűkülése egy második műtétet tett szükségessé (*Hofmann*).

A *gastroenteroanastomosis* mindenütt ott alkalmazható, a hol a többi műtét valamilyen okból nem végezhető, tehát főként erősebb összenövések és nagyobbfokú gyomortágulás esetében. Valamennyi többi műtét felett tagadhatatlan előnye, hogy a gyomortartalom könnyü elvezetését teszi lehetővé a szűkületnek és a pylorusnak kikerülésével. Alkalmazását jogosan egyedül abban az esetben lehet kifogásolni, a mikor a pyloricus gyomorrészlet aránytalanul nagyobb és tágultabb, mint a cardialis gyomor. (Schomerus esetei közül 52-ben végeztetett gastroenteroanastomosis 11·5% mortalitással. Mattoli az olasz irodalomból 14 ily esetet gyüjtött össze 1 halálozással. Mi egyetlen esetünkben szintén gastroenteroanastomosist végeztünk jó eredménynyel.) Ha a homokóragyomor mellett egyidejüleg pylorusszűkület is van jelen, akkor egyedül gastroenteroanastomosis csak akkor elegendő, ha a pyloricus gyomor kicsiny és a középső szűkület nagyfokú úgyannyira, hogy a pyloricus részbe semmi vagy csak kevés étel jut. Minden más esetben a pylorusszűkület megszüntetéséről is kell gondoskodni, különben a beteg állapotán beavatkozásunkkal nem sokat segitettünk.

Schomerus esetei közül 52-ben végeztetett gastroenteroanastomosis 11·5% mortalitassal. *Mattoli* az olasz irodalomból 14 ilyen esetet gyüjtött össze 1 halálozással.

Mi egyetlen esetünkben szintén gastroenteroanastomosist végeztünk állandó jó eredménynyel.

3. Cardiaszűkület.

A pepticus fekély elhelyeződése a cardia tájékán a legritkább és ebből következik, hogy a cardiaszűkület a legritkább szövődménye a pepticus fekélynek. Vannak szerzők, kik a fekélynek a cardia tájékán való ritka localisatioját abból magyarázzák, hogy a gyomor ezen része a megszaporodott sósavtartalom behatásának a legkevésbé van kitéve; illetőleg a hatás e helyre nem olyan állandó és nem olyan nagyfokú, mint a gyomor többi részére. A szűketet természetesen e helyen is vagy callosus fekély vagy a fekély be gyógyulása után keletkezett hegesedés okozza.

Az irodalomban nagyon kevés ilyen fekélyokozta cardiaszűkület van közölve, de még ezek mindegyikében sem lehet biztonsággal eldönteni, hogy nem az oesophagus alsó harmada volt-e tulajdonképen a szűkült rész. A mi eseteink között csupán egyetlen egy cardiaszűkület volt, de ebben sem volt a szűkület heges, hanem callosus fekély által okozott.

Ha a cardiaszűkület oly fokú, hogy nyelési nehézségeket okoz, akkor annak kitágitása válik szükségessé. Ezen kitágitás vagy nyelőcsősondákkal történhetik vértelen úton, épen úgy, mint a nyelőcső heges szűkületeinél, vagy ha ilyen úton nem érünk czélt, végezhetjük a tágitást előzetes gastrostomia után retrograd úton. Nehezen lehet elképzelni olyan cardiaszűkületet, melyet ezen módon kitágitani nem lehet s azért a sebészek nagy többsége minden más beavatkozást, a mely a szűketet directe akarja megszüntetni, akár plasticával, akár resectioval, nem tart szükségesnek, és mégis egy egész soro-

zatát ajánlották az ilyen műtéteknek, melyeket azonban józan itélet sohasem fog acceptalni.

Loreta a cardiaszűkület divulsioját ajánlotta a gastrostomia útján épen úgy, mint a pylorusszűkületeknél. Ezen eljárást *De Marsi* úgy módosította, hogy egy gastrostomiás nyilásból elvégezte a cardia divulsioját és a szájon keresztül egy vastag bougiet vezetett rajta keresztül, melyet a gyomornyilásból kivezetett. A cardiaplasticát 1895-ben *Bossi* ajánlotta először kutyákon és hullákon végzett kisérletei alapján. Ő a műtétet oly módon ajánlja végezni, hogy a cardiát jól előrehúzva és a rekesz nyilásából kiszabadítva az oesophaguson kezdődő 7 cm.-nyi hosszirányú metszést csinál és a sebet haránt irányban egyesíti a Heinecke-Mikulicz-féle pyloroplastica módjára. „La cardioplastie — mondja *Montprofit* — n'est donc pas, jusqu' à présent, sorté du domain du laboratoire et il faudra encore du temps sans doute, pour qu'elle tente les chirurgiens." A cardiektomiát valamint az oesophagogastrostomiát, mint azt *Krehl* és *Biondi* ajánlották, ezideig legalább élő emberen nem próbálták meg.

Saját eseteink a következők:

15. *Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Halál műtét után 4 órával.*

R. J., 28 éves nő, 1897. január 7. Több mint 10 év óta havonként legalább 2—3-szor vért hány, néha annyit, hogy egy kis mosdótálra valót is kitett. Igen gyakran szenved gyomorfájdalmakban. Beteg igen lesoványodott. Has felső része teknőszerűleg behúzódott. Gyomor alsó határa a köldök alatt 2 haránt ujjnyira. Bárzsing, cardia szabadon átjárható, a cardia tájéka nyomásra érzékeny. Gyakori savanyú felböfögés. A bevett táplálékot 1/2 óra multva kihányja. A hányadék véres. Hőmérsék rendes.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Műtét: Chloroformnarcosisban január 18. A gyomor a kis görbület táján heges, megvastagodott foltokat mutat; a pylorus körkörösen szűkült, az ujj hegyét nem fogadja be. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

A chloroform-narcosisból felébredve igen gyenge, érverése alig tapintható. 4 órával a műtét után meghal.

Bonczjegyzőkönyv. Hasüregben kevés, kissé véres savó. Hashártya mindenütt sima, fénylő. Gyomor erősen zsugorodott; a pyloruson csak egy vékony szonda vezethető keresztül. A kis görbületen 5 cm. széles terület hegesen elváltozott, megvastagodott. Az anastomosis a pylorustól 30 cm.-nyire fekvő bélrészleten van készítve. Varratok mindenütt jól tartanak. Inanitio.

16. *Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

J. K., 24 éves férfi, felvétetett 1897. márczius 1. Évek óta szenved gyomorbajban, a mely miatt ismételten volt orvosi kezelés alatt. Gyakori savanyú felböfögései vannak; öt hónap óta mind gyakrabban hány. Evés után 2—3 órával erős görcsöket kap, a melyek csak akkor szünnek meg, ha hányt. A hányadék nagy mennyiségű; véres nem volt. Az utóbbi időkben nagyon lefogyott.

Lesoványodott, halvány beteg. Légzőszervei épek. Has behúzódott, gyomor a pylorus körül nyomásra érzékeny. Gyomor alsó határa felfuváskor a köldök alatt egy haránt ujjnyira van. Hányadék erősen savanyú szagú és szabad sósavat tartalmaz.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, következményes gyomortágulattal.

Műtét 1897. április 2.-án chloroform-narcosisban. A pyloruson egy ujjnyi széles heges köteg, a mely a pylorust a szomszédsághoz rögzítve tartja. A pylorus nyilása alig 4 mm.-nyi kérges, túltengett izomzatú nyálkahártyával bir, mintegy 5 cm. hosszaságban. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás zavartalan; per primam gyógyulás. Május 4.-én gyógyultan távozik.

Beteg 1899. deczember 14.-én baloldali alkartörés miatt 3 hétig feküdt a klinikán. A kórtörténetben semmiféle gyomorpanaszról említés nincs téve. A most hozzáintézett kérdésre nem felelt, nem található fel.

17. *Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Halál műtét után 39 nappal inanitioban.*

Sz. J., 22 éves férfi. Felvétetett 1897. október 24.-én. Három év előtt gyomorfájása és erős vérhányása volt; ez alkalommal székei is véresek voltak. Azóta igen gyakran szenved erős fájdalmakban, a melyek különösen étkezés után jelentkeznek. Egy év óta úgy a szilárd, mint a folyékony ételt sokszor közvetlenül, máskor 3—12 óra multva az étkezés után kihányja. Állandóan fogy és gyengül.

A nagyon lesoványodott és halvány beteg hasa behúzódott. A pylorus táján galambtojásnyi, kemény tapintatú, gömbölyű térfogatnagyobbodás tapintható. Gyomor alsó határa a köldökig ér. Testsúlya 39 kgm. Próbareggeli után a gyomornedv erősen savi vegyhatású; sósav +, tejsav —.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Műtét november 28.-án Schleich-féle infiltratiós anaesthesiában. Pylorus körkörösen szűkült, kisujj számára át nem járható. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Műtét utáni első napokban beteg sok epés folyadékot hány; deczember 7.-én seb per primam egyesült. Deczember 29.-én erős vérhányás lép fel, mely beteget erősen legyengíti; széke véres. Erőbeli állapota folyton fogy. 1898. január 4.-én meghal.

Bonczjegyzőkönyv: Hashártya mindenütt sima, fénylő. A jejunumnak a recessus duodeno-jejunalistól számított 30 cm.-nyire eső részlete van a gyomorhoz varrva. A gyomor és a jejunum savós felszinei, valamint a gyomor üregében a nyákhártya felszine pontosan egyesített és össze van növe. A nyákhártyában még néhány varrat látható. Gyomor erősen megkisebbedett; pylorus erősen tömött és rajta a duodenumon keresztül még a kisujj sem vezethető át; felmetszése után kitünik, hogy az egész pyloricus részen 10 cm. hosszaságban az izomréteg rendkivül megvastagodott és a billentyűtől hátrafelé 11 mm. vastagságot ér el. A gyomor belfelülete e helyen egészen sima, heges felülethez egészen hasonló. A kis hajlat táján, különösen az elülső falon a gyomorfenék felé haladva, az idült hurut folytán megvastagodott nyálkahártya ólomszürke színű. Két sima falú caverna a jobb tüdő felső lebenyében. Induratio hepatis, induratio cyanotica renum.

18. *Heges pylorusszűkület, gyomortágulás. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Műtéti gyógyulás. További sorsa ismeretlen.*

S. P., 45 éves férfi. Felvétetett 1898. május 11.-én. Már hosszabb idő óta szenved gyomorbajban. Másfél év óta minden 2—3. napon nagymennyiségű savanyú szagú ételmaradékot hány, úgy hogy már az utolsó hónapokban csak folyadékokat mert magához venni. Hányadéka véres sohasem volt. Folytonosan orvosi kezelés alatt volt, három izben csinált karlsbadi kúrát, a mely után mindig jobban érezte magát, de csak rövid időre. Kezelő orvosa ajánlatára műtét czéljából vétette fel magát.

Jelenállapot: Lesoványodott, halvány, cachekticus kinézésű beteg. Mellkasi szervek épek; has behúzódott, nyomásra az epigastriumban kissé fájdalmas. Resistentia nem érezhető sehol. Gyomorfelfúvásnál a gyomor alsó határa a köldök alatt 3 ujjnyira. Hányadék egy liternyi, nem véres. Próbareggeli: tejsav: —, sósav: +.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, következményes gyomortágulat.

Műtét: Chloroformnarcosisban május 24.-én. Gyomor erősen tágult, petyhüdt, vékony falú. Gyomor mellső és hátsó falán a pyloruson egy-két ujjnyi porczkemény tapintatú heges gyűrű, a mely szabadon mozgatható, sehová rögzítve nincsen. A pylorus kisujj számára nem járható át. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás: Műtét után az első három napon összesen ötször epés folyadékot hányt. Diónyi hasfali tályog, a mely gyorsan feltisztul. Junius 19.-én gyógyultan távozik.

Daczára ismételt levélbeli megkeresésnek állapotáról felvilágositást kapni nem tudtunk.

19. *Heges pylorusszűkület; gyomorkő. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Halál műtét után 12. napon az oesophagus pepticus fekélye által okozott elvérzésből.*

G. Á., 56 éves férfi. Felvétetett 1898. szeptember 3.-án. Másfél év óta veszi észre, hogy étvágya nagyon csökkent, hogy étkezés után kinos gyomornyomást érez, gyakran savanyú felböfögései vannak. Javasasszonyok erősen savanyú folyadékba áztatott füveket adtak be neki. Vérhányása sohasem volt.

Erősen lesoványodott, halvány. Pylorustáj nyomásra fájdalmas, ugyanott homályos resistentia tapintható. Éhgyomorra való mosásnál mintegy 800 cm^3 barnás, kávéaljszerű folyadék emelhető ki, mely erősen savanyú vegyhatású, szabad sósavat tartalmaz. Górcső alatt az üledék haránt csíkolt izomrostokat, keményítőszemcséket és sok sarcinát tartalmaz. Gyomor alsó határa felfúváskor a köldökön halad keresztül.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Műtét szeptember 4.-én chloroformnarcosisban. Pylorus hegesen megvastagodott, gyomron régi perigastritis nyomai. A gyomorban szilvanagyságú idegen test tapintható. A pylorus kisujj számára se járható át. Gasroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal. November 12.-éig zavartalan láztalan lefolyás; seb per primam egyesült. November 13.-án erős hasmenés lép fel. Szeptember 16.-án meghal.

Bonczjegyzőkönyv: A gastroenteroanastomosis szépen gyógyult, a serosák és nyálkahártyák mindenütt összetapadtak. A belek felvágásánál kitünt, hogy a colon transversumtól kezdve felfelé a colon ascendens, vakbél, az ileum tiszta, felül higan folyós, habzó, vörös, a vastagbélben megemésztett barnás bélsárral kevert vérrel van megtöltve; a vér a jejunum, duodenum és gyomorban teljesen hiányzik. A vérrel telt belek mucosáján sem ulcerationak, sem pangásnak, sem haemorrhagiának semmi nyoma. A gyomor jelentékenyen tágult, pyloricus része 2 cm. hosszúságban kisujjnak alig átjárható, merev, vastag falú csővé alakult. Az oesophagus tágult, a cardia felett féldiónyi kiöblösödést mutat, mely kiöblösödésnek belső felszine fekélyes. Az ulceratio fenekén két kis nyilás látható, melyen át gombos szondával a kis curvaturán elágazódó nagyobb venák lumenébe jutunk.

Haemorrhagia propter rupturam venae oesophageae in ulceratione, subsequente anaemia maximi gradus.

A gyomorban talált gyomorkövet Liebermann L. tanár növényi eredetűnek találta.

20. *Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

W. M.-né, 39 éves nő. Felvétetett 1900. augusztus 6.-án. Évek óta szenved gyomorbajban. Öt hónap előtt véreset hányt három napon keresztül egymás után; azóta állandóan heves gyomorfájdalmai vannak, a melyek különösen étkezés után 2—3 óra mulva tűrhetetlenek. Szigorú diaetát tart és ennek daczára is gyakran hány.

Jelenállapot: Elég jól táplált, de halvány beteg. Hasa nem érzékeny nyomásra sehol. Resistentia nem tapintható sehol sem. Gyomor alsó határa felfúvásnál köldök magasságában.

Próbareggelinél: tejsav: —, sósav +. Hányadék is tartalmaz szabad sósavat.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Műtét augusztus 21.-én chloroformnarcosisban. Gyomor mérsékelten tágult. Pyloruson másfél cm.-nyi heges gyűrű, a mely részben a hátsó falra is ráterjed; sima felületű, egyenletes, porczkemény tapintatú. Pylorus kisujj hegyét nem fogadja be. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás: Műtét után kétszer epés folyadékot hányt. Augusztus 29.-én sebszélek per primam egyesültek. Szeptember 10.-én gyógyultan távozik.

Hozzá intézett levélre 1906. szeptember 2.-án válaszol. Műtét után öt hónap mulva abortált. 1902 ben gyermeke született. A szülés után még a gyermekágyban többször hányt, két alkalommal véreset. Azóta teljesen egészségesnek mondja magát, nagyon meghízott. Mindent ehetik, semmi sem árt meg neki.

21. *Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Műtéti gyógyulás. További sorsa ismeretlen.*

K. J., 38 éves nő. Felvétetett 1903. márczius 3.-án. Három év előtt egy alkalommal vért hányt; ezután néhány hétig feküdt, de azután két éven át teljesen jól érezte magát. Mintegy nyolcz hónap előtt erős gyomorfájdalmakat kezdett érezni, a melyek azóta folyton ismétlődnek és erősbödnek. Többször rendetlen időközökben hányni szokott, különösen akkor, ha gyomrát erősebben megterheli. Az utóbbi hónapokban lesoványodott.

Jelenállapot: Elég jól táplált beteg. Has jobboldalt a pylorustájon nyomásra fájdalmas. E helyen egy kis resistentiát lehet tapintani, a mi azonban a gyomorfelfuvásnál eltünik. Gyomor alsó határa a köldök felett van. Hányadék erősen savi vegyhatású.

Kórisme: Pylorusszűkület. (Gyomorrák?)

Műtét chloroformnarcosisban márczius 25.-én. Gyomor nem nagyobb a rendesnél. Mellső falon a kis curvatura közelében egy heges behúzódás. Pyloruson egy ujjnyi heges gyűrű, a mely a lument annyira szűkíti, hogy az ujjhegyet sem fogadja be. A gyomor egész pyloricus része megvastagodott. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás: Műtét után közvetlenül egyszer és a következő nap folyamán még kétszer hányt. Harmadik naptól folyadékot kap, nem hányt. Április 2.-án: sebszélek per primam egyesültek. Teljesen jól érzi magát, meghízott. Április 18.-án: gyógyultan távozik.

További sorsa ismeretlen, állapotáról semmi felvilágosítást nem tudtunk nyerni.

22. *Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanostomosis retrocolica postica varrattal. Halál ötödik napon. Halál oka ileus; a mesocolonban ejtett nyíláson az elvezető vékonybélkacs szögletbe tört.*

B. Gy., 34 éves férfi, felvétetett 1902. november 22.-én. Tizenöt év óta szenved gyomortáji fájdalmakban. Minden étkezés után 2 órával erős korgás mellett heves fájdalmak lepik meg, melyek az egész felső hasi tájékra kiterjednek. Hányni nem szokott. Tiz év előtt három hónapig tartó heves gyomorégése volt.

Jelenállapot: Jól táplált beteg. Hasban rendellenes resistentia nem található. A felfújt gyomor alsó határa egy harántujjal áll a köldök alatt. Próbareggeli után vett gyomorváladékban a sósavtartalom megszaporodott, tejsav nincs. Motoricus functio tökéletlen.

Műtét 1902. november 29.-én chloroformnarcosisban. A gyomor alsó curvaturáján a pylorus mellett csillagos, tömött fehéres heg tapintható, mely a pylorust annyira szűkíti, hogy a kisujj hegyét sem fogadja be. A gyomor venái erősen tágultak. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Lefolyás: November 30.-ától deczember 2.-áig beteg folytonosan hány, epigastrium erősen meteoristicus. Deczember 3.-án meghal.

Bonczjegyzőkönyv: A hasüreg megnyitásakor előtolakodnak a hatalmasan puffadt vékonybelek. A hasüregben kevés, hígan folyó szagtalan, barnásvörös alvadékmentes vér; a peritoneum mindenütt sima fénylő, csupán a gyomortájon van a serosán néhány fibrincsik. Pontosabb vizsgálatnál feltünő a belek között fennálló különbség; míg ugyanis a vékonybelek nagy része csaknem feszülésig, repedésig tágult, addig a vékonybelek egy kisebb része és az egész vastagbél csaknem teljesen összeesett, üres. A kettő közötti határ, a mely 1·5 cm.-re fekszik az ileocoecalis billentyű felett, a mesocolon lemezében fekszik, a hol a sebészileg készített nyílás peremén a vékonybél szögletben megtört; e topographiai helyzet oly módon jött létre, hogy *a gastroenteroanastomosis retrocolica postica eszközlésénél ejtett mesocolon transversum nyíláson át az elvezető kacs mellfelé a colon elé türemkedett ki és azután súlyával a nyílásban fekvő részlet szöglettörését idézte elő.* Az odavezető kacs, a mely a gyomorfalhoz 3 varrattal serosusan odarögzitett, a legfelső jejunumkacsnak felel meg. A gyomor és bél közlekedési nyilása jó két ujjnyi; réteges varratai jól tartanak.

A gyomor igen erősen tágult, petyhüdt fala vaskos, egyrészt a túltengett, megvastagodott izomrétegtől, másrészt a palaszürke dudoros nyálkahártyától. Az utóbbi tapadós nyákkal bevont és egyenetlenségei a gyomorfal kinyujtásakor sem tünnek el. A pylorus egyenletesen szűkülő tölcsérrré alakult át, a melynek csúcsa alig vájt kutatónak átjárható és a pyloricus rácznak felel meg, a melynek magassága 6 cm. úgy a mellső, mint a hátsó falon. A tölcsér falai merev, ellenálló hegszövettől alkotottak, a melyen a nyákhártya helyét petyhüdten sarjadzó vékony, halvány sarjfelszin foglalja el, ezzel szemben a gyomornak említett dudoros nyálkahártyája csaknem élesen metszett, meredek széllel végződik. A tölcsért kivül a serosán csillagos fehér hegesedés jelöli, a mely azonban fénylő endotheltől borított.

Diagnosis. Ulcus cicatriceum circulare pylori cum stenosi consecutiva maximi gradus, dilatatio ventriculi cum hypertrophia musculari et gastritide chronica polyposa. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica facta. Prolapsus intestini tenuis per aperturam mesocoli transversi propter eandem factam. Ileus consecutivus. Degeneratio parenchymatosa diffusa universalis.

23. *Heges pylorusszűkület, gyomortágulás. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

L. H., 54 éves férfi, felvétetett 1903. márczius 30.-án. Körülbelül két év óta igen heves fájdalmakat érez a gyomortájon a köldök felett jobboldalt; a fájdalmak az étkezéstől függetlenül jelenkeznek, néha napokig szünetelnek. Utóbbi fél év óta gyakran hány, legtöbbször nehány órával az étkezés után; nehányszor a hányadék véres volt.

Jelenállapot: Lesoványodott, gyenge férfibeteg, fakósárgás arczszínnel. Hasban semmi resistentia nem tapintható. Gyomortájon élénk peristalticus mozgás. Felfúvásnál gyomor alsó határa köldök magasságában. Próbareggeli után vett gyomortartalomban sósav van, tejsav nincs; a gyomortartalom összaciditása 61; próbaebéd után 6 óra mulva sok ételmaradék. Testsúly 54 kgm.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, gyomortágulat.

Műtét április 16.-án Schleich-féle infiltratiós anaesthesiában. Gyomor igen tágult; pylorus helyzetében rögzített, rendkivül kemény, egyenletesen szivós, csaknem körkörös heggé alakult 2 harántujjnyi szélességben; a pylorus a kisujj hegyét nem fogadja be. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica.

Lefolyás: Műtét után háromszor epés hányadék. Láztalan lefolyás. Egy mogyorónyi hasfali tályog. Május 30.-án gyógyultan távozik. Testsúly elbocsátásnál 55·6 kgm.

Utóvizsgálat 1906. augusztus 26.-án. Testsúly 63 kgm. Semminemű panasza nincsen, teljesen jól érzi magát, úgy hogy csak nagy nehezen sikerül őt a gyomorvizsgálatokra rávenni.

Próbareggeli után vett gyomortartalomban sósav van, tejsav nincs; *összaciditás 38.* Próbaebéd után 6 órával gyomor üres.

24. *Heges pylorusszűkület, gyomortágulás. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

K. G., 58 éves férfi, felvétetett 1904. február 8.-án. Három év óta szenved gyomorbajban, de fiatal korában is sokat betegeskedett. Régebb idő óta vannak savanyú felböfögései, többször hányt. Négy hónap óta baja súlyosbodott, majdnem minden nap hány este felé; hányás előtt erős feszülést érez a gyomrában, igen puffadtnak érzi magát. Állandóan orvosi kezelés alatt állott. A hányadék véres nem volt.

Jelenállapot: Halvány beteg, lefogyott. A jobboldali rectusszél mellett a köldök felett egy homályos resistentia, mely nyomásra fájdalmas. Gyomor alsó határa felfúvásnál a köldök magasságában. Próbareggeli után vett gyomortartalomban sósav +, tejsav —, összaciditás 68. Hányadék igen nagymennyiségű.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, gyomortágulat.

Műtét: Február 26.-án chloroformnarcosisban. Gyomor tágult, mellső felületén csillagos heg. Pylorus a pancreas-szal és a májjal összekapaszkodott, heges. Mellső felületen harántujjnyi heges gyűrű, a mely a lument szűkíti. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás: Műtét utáni két napon többször hány. Láztalan lefolyás. Márczius 6.-án. Hasfal sebszélei per primam egyesültek. Márczius 30.-án meghízva gyógyultan távozik.

Utóvizsgálat 1906. augusztus 10.-én. Teljesen jól érzi magát, műtét óta foglalkozásának mint korcsmáros zavartalanul tesz eleget Műtéti heg linealis, semmi diastasis. Meghízott.

Próbareggeli után vett gyomortartalomban sósav +, tejsav —, összaciditás 40. Négy órával próbaebéd után gyomor üres.

25. *Heges pylorusszűkület, gyomortágulás. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.*

V. J., 46 éves nő, felvétetett 1905. szeptember 12.-én. Négy év óta szenved gyomorbajban, a mely miatt már több izben feküdt kórházban. Két év előtt egyszer véreset hányt; állandóan erős görcsös fájdalmai vannak a gyomor tájékon; a fájdalmak étkezés után fokozódnak és csak akkor szünnek meg, ha hányt. A hányás után nagy megkönnyebbülést érez. Hónapok óta csak folyadékokkal táplálkozik; annyira elgyöngült, hogy dolgozni képtelen.

Jelenállapot: Jól fejlett, de erősen lesoványodott beteg. Mellkasi szervek épek. Kétoldali odanőtt czombsérv. Gyomor alsó határa felfúvásnál köldök alatt egy harántujjnyival; resistentia nem tapintható. Próbareggelinél 2 órával a reggeli után emésztetlen ételrészek; sósav +,

tejsav —. Próbaebéd 6 órával az étkezés után: szabad sósav 0·28%, tejsav nyomokban; összaciditás 70.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, gyomortágulás.

Műtét október 18.-án chloroformnarcosisban. Gyomor nagy görbülete köldökig ér; pyloruson egy ujjnyi széles szivós, körkörös heg, a mely a pancreas felé rögzítve van; gyomor mellső felületén a pylorus közelében csillagos heg. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal; az odavezető kacs felfüggesztve.

Lefolyás: Teljesen láztalan; hasfal sebe per primam egyesült. Műtét után és a következő napon többször hányt; a hányadék epés volt.

November 15.-én. Kétoldali herniája is megoperáltatott; sebének begyógyulása után deczember 6.-án utóvizsgálat.

Gyomor alsó határa köldök magasságában. Előzetes esti gyomormosás után próbareggeli: 2 óra és 1 óra mulva gyomor teljesen üres, csak kevés zöldes nyák található.

Próbaebéd: 2 óra mulva vett gyomorváladékban epe mutatható ki. Szabad sósav 0·10%, tejsav —, összaciditás 30. A laparotomia után hízott, jól érzi magát, mindent eszik, nem hány. 1905. deczember 9.-én távozik.

A hozzá intézett kérdésre 1906. november 15.-én felel. Teljesen jól érzi magát, mindent tud enni, egyszer sem hányt, fájdalmai nincsenek, hízott Székletétei rendesek.

26. Heges pylorusszűkület, igen nagyfokú gyomortágulás és gyomorsülyedés. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.

B. I. 39 éves nő. Felvétetett 1906. január 6. Már legalább 4 év óta vannak gyomorfájásai, a melyek időnkint rendkivül hevesek, órákig, néha naphosszat is eltartanak és különösen bővebb étkezés után jelentkeznek. Hét hónap óta naponta hány az étkezés után 1/2—1 órával; a hányás után a fájdalmak és a gyomorégés megszünnek. A hányadék ételmaradékokból állott, véres nem volt, csupán a legutóbbi hetekben két alkalommal. A hányadék mennyisége a megevett ételmennyiségnek megfelelő. Állandóan székszorulásban szenved; vizelete kevés és igen sürű, üledékes.

Jelenállapot: Bőralatti szövet minimalis; has igen petyhüdt, hasfal bő ránczokba szedhető; rendellenes elődombosodás vagy resistentia nem tapintható. Gyomor felett erős locsecsanás hallható; felfúváskor a gyomor felső határa a köldök magasságában, alsó határa három harántujjnyira a symphysis felett van. Salol öt óra mulva jelenik meg a vizeletben. Próbareggeli adása előtt este gyomormosás. Éhgyomorra a gyomorból semmi sem nyerhető, de a mosófolyadékban sósav congopapirral kimutatható. Próbareggeli után 1 órával kivett gyomorbennék: sósav 0·16, tejsav —, összaciditás 69. Salol 26 óra mulva tünt el a vizeletből.

Próbaebéd után hat óra mulva kb. 200 cm³ zavaros, barnás emészték ürül. Sósav: 0·30, tejsav —. összaciditás 72. A kilencz nap előtt bevett Sahli-féle golyó sem per os, sem per anum nem távozott.

Kórisme: Heges pylorusszűkület. Igen nagyfokú gyomortágulat és gyomorsülyedés.

Műtét chloroformnarcosisban 1906. január 15.-én Gyomor óriásilag tágult, pyloruson egy 2 cm.-nyi heges gyűrű, a melyen keresztül a kisujj nem vezethető át; pylorus szabadon mozgatható. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica az elvezető kacs felfüggesztésével.

Lefolyás teljesen láztalan. Január 30. Sebszélek per primam egyesültek. Február 3. Gyógyultan távozik. Távozás napján próbareggeli, 1 órával étkezés után: gyomor teljesen üres, semmi bennék nincs. Próbaebéd 2 órával etkezés után: sósav 0·10, tejsav: —, összaciditás 30. Epe kimutatható.

Utánvizsgálat 1906. deczember 7. Igen meghízott, teljesen jól érzi magát, semmi néven nevezendő panasza nincsen.

Kétly professor klinikáján megejtett gyomorvizsgálat eredménye a következő: Gyomor felső határa köldök felett egy harántujjnyira, alsó határa két harántujjnyival köldök alatt. Gyomor felett locsecsanás nem hallható. Esti gyomormosás után deczember 8. Próbareggeli sósav 0·16%, tejsav —, összaciditás 45. Epe nem mutatható ki.

27. Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.

D. I.-né 36 éves nő. Felvétetett 1906. november 6. Két év óta savanyú felböfögései vannak és gyakori émelygései. Nyolcz hónappal ezelőtt állapota rosszabbodott; fájdalmai tűrhetetlenek, étkezés után 2—3 naponként nagymennyiségű igen savanyú szagú ételt hány; a hányás után állapota nem igen enyhül. A hányadék véres nem volt soha; állandó székrekedései vannak. Orvosa karlsbadi kúrát rendelt neki, de állapota nem javult.

Jelenállapot: Lesoványodott, anaemiás beteg. Lógó has; a hasfalak bő ránczokba emelhetők; resistentiát nem tapintani; has nyomásra sehol sem fájdalmas. Gyomor felett locsecsanás nincs. Esti gyomormosás után próbareggeli: étkezés után 1 1/2 órával kivett gyomorbennék mintegy 50—60 cm³, szabad sósav 0·26%, tejsav: —, összaciditás: 70.

Próbaebéd után négy órával kivett gyomorbennékben meg nem emésztett ételmaradék; szabad sósav 0·24%, tejsav +, összaciditás: 75.

Gyomor alsó határa felfúvásnál a köldök alatt 1 harántujjnyira találtatik.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, gyomortágulás.

Műtét chloroformnarcosisban 1906. november 17. A pylorus egy ujjnyi vastag kemény gyűrűvé változott, a melyen keresztül a kisujj nem vezethető át. Gyomor tágult; pylorus sehol rögzítve nincsen. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica rövidre szabott odavezető kacscsal és felfüggesztéssel.

Lefolyás teljesen zavartalan. November 25. Sebszélek per primam egyesültek. Nem hány.

Utánvizsgálat deczember 2. Próbareggeli előzetes esti gyomormosás után 1 órával étkezés után: gyomor teljesen üres, csak igen kevés epés nyák ürül; a mosófolyadékban szabad sósav nem mutatható ki. Próbaebéd után két órával kivett gyomorbennékben szabad sósav 0·14%, tejsav —, összaciditás: 40.

1906. deczember 5. Gyógyultan elbocsáttatik; a műtét óta 1 kilogrammot hizott.

Állapotáról a hozzá intézett levélre 1907. márczius 20.-án válaszol. Teljesen jól érzi magát, folytonosan éhes; mindent eszik, de egyszerre sokat nem tud enni. Nem hányt. Hizott; hogy mennyit, nem tudja.

28. Hegespylorus szűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.

G. A. 43 éves férfi, felvétetett 1906. május 15. Öt év óta szenved étvágytalanságban és savanyú felböfögésekben. Két év óta étkezés után 2—3 órával igen erős fájdalmai vannak, a melyek az egész hasra kisugároznak. Nyolcz hónap előtt 2—3 héten át majdnem minden nap hányt étkezés után; a hányadék véres sohasem volt. A hányás gyomormosásokra megszünt ugyan, de fájdalmai étkezés után még mindig fennállanak. Erősen elgyengült és lefogyott, különösen az utóbbi hónapok alatt.

Jelenállapot: Elég jól táplált beteg. Hasban resistentia nem érezhető; nyomás sehol sem fájdalmas. Gyomor alsó határa felfúvásnál a köldök magasságában találtatik. Esti gyomormosás után próbareggeli két órával étkezés után: szabad sósav 0·18%, tejsav: —, összaciditás 50. Próbaebéd négy órával étkezés után szabad sósav 0·22%, tejsav +, összaciditás 65.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Műtét: chloroformnarcosisban 1906. junius 9.-én. Pylorus tájékán több csillagos behúzódás és a lument szűkítő körkörös merev heg. Pylorus szabadon mozgatható, sehol rögzítve nincs. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal; az odavezető kacs felfüggesztve.

Lefolyás teljesen zavartalan. Junius 17.-én sebszélek per primam egyesültek; a műtét után háromszor epéset hányt.

Junius 28.-án gyomorvizsgálat. Próbareggeli egy óra mulva: gyomor teljesen üres. Junius 29. Próbaebéd után két órával vett gyomorbennékben szabad sósav 0·12%, tejsav —, összaciditás 40. Junius 30.-án gyógyultan távozik.

A hozzá intézett levélre 1907. február 4.-én válaszol. Teljesen jól van, zavartalanul dolgozhat. Újabb vizsgálatba nem egyezik bele.

29. Heges pylorusszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.

L. I. 51 éves férfi. Felvétetett 1906. november 24.-én. Már 12 év óta szenved gyomorbajban; eleintén csak gyakori savanyú felböfögései és étkezés után fellépő gyomornyomásai voltak, de az utóbbi két év alatt igen gyakori hányási ingerei és gyomorégése van. Hat hét óta minden bővebb étkezés után 3—4 órával hány; a hányadék véres nem volt soha. Nagyon lefogyott és elgyengült.

Jelenállapot: Halvány, elgyengült beteg. Felfúvásnál gyomor felső határa rendes, alsó határa két harántujjal a köldök alatt. Gyomor felett locsecsanás. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra 200 cm³ zöldes színű, nyákos folyadék nyerhető; szabad sósav 0·07, tejsav —, összaciditás 29. Próbareggeli után sósav 0·04, tejsav —, összaciditás 43. Próbaebéd után három órával sósav —, tejsav +, összaciditás 60. Salolpróba 2 1/2 óra mulva positiv. Vizelet tiszta, idegen alkotórészeket nem tartalmaz.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, nagyfokú gyomortágulás.

Műtét: chloroformnarcosisban deczember 1. Gyomor erősen tágult, falzata megvékonyodott. A gyomor egész pyloricus része a mellső falon szélesebb, a hátsó falon keskenyebb területen heges, merev. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal, rövidre szabott odavezető kacscsal.

Lefolyás teljesen zavartalan. Deczember 8. Sebszélek per primam egyesültek. Egyszer sem hányt, jól táplálkozik.

Utóvizsgálat 1907. január 11. Felfúvásnál gyomor alsó határa köldök alatt valamivel. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra 30 cm³ zöldes-sárgás nyálka ürül, a mely gyengén savi vegyhatású, a szabad sósavpróbát azonban kifejezetten nem adta; az epefestenypróbák vele jól kimutathatók. Egy órával a próbareggeli után kivett gyomorváladék epével kevert, a sósavpróbát kifejezetten adta, valamint az epefestenypróbákat is, de tejsavat nem tartalmazott Szabad sósav 0·14%, összaciditás 50. Próbaebéd után két órával kivett gyomorváladék 0·21%, sósavat tartalmazott, tejsavat nem, az összaciditás 54. A gelatinacapsulában bevett 20 gm. jodkali lenyelése után 20 percz mulva volt kimutatható jod a köpetben.

1907. január 12.-én a klinikáról elbocsáttatik.

Utóvizsgálat 1907. április 2. Elbocsáttatása óta 3 kg.-ot hizott; teljesen jól érzi magát, zavartalanul tud dolgozni, csak még mindig gyengének érzi magát. Felfúvásnál gyomor alsó határa valamivel a köldök felett. Előzetes esti gyomormosás után április 3.-án éhgyomorra igen kevés sűrű nyák. Próbareggeli után 1 órával kivett gyomortartalom: szabad sósav 0·16%, tejsav —, összaciditás 50. Próbaebéd után 2 1/2 órával kivett gyomortartalomban szabad sósav 0·22%, tejsav —, összaciditás 60. Salolpróba 1 óra mulva positiv. Gyomorbennékben epefesteny egy alkalommal sem volt kimutatható.

30. Heges pylorusszükület. Gastroenteroanastomosis retrolica postica; circulus vitiosus gyanuja miatt 5. napon relaparotomia. Állandó eredmény: nem teljes gyógyulás.

K. J. 42 éves férfi, felvétetett 1906. szeptember 1. Kilencz hónap előttig teljesen egészséges volt, ekkor kezdette észrevenni, hogy daczára jó étvágyának erős gyomorfájdalmakat kap étkezés után, a melyek csak akkor enyhülnek, ha hány. A hányadék heteken keresztül véres volt; egy alkalommal nagyobb mennyiségű vért hányt, úgy hogy nehány napig utána ágyban kellett maradnia és azóta állandóan orvosi kezelés alatt áll. Két izben kórházban is feküdt. Erősen lesoványodott. Négy hét előtt Kétly prof. klinikájára vétetett fel, a honnan műtét czéljából áttétetett.

Jelenállapot: Has mérsékelten elődomborodó, gyomortáj nyomásra fájdalmas. A jobb rectus széle mellett egy galambtojásnyi resistentiát lehet tapintani, a mely a gyomor felfúvásakor helyét nem változtatja; a gyomor alsó határa a köldök magasságában van. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra a gyomorból mintegy 300 cm³ sötét gyomortartalom nyerhető, sósav nincs, tejsav nyomokban. Próbareggeli 1 óra mulva kivéve: sósav —, tejsav +, összaciditás 20. Próbaebéd 6 óra mulva kivéve: sósav —, tejsav +, összaciditás 40. Salolpróba: 3 óra mulva positiv.

Kórisme: Pylorusszűkület. Tumor pylori. (cc. ?)

Műtét chloroformnarcosisban szeptember 12.-én. Gyomor kis fokban tágult, mellső felületén több helyén álhártyás, szívós felrakódás. A pyloricus részen körkörösen egy megvastagodás tapintható, a mely a pylorus lumenét beszűkíti. A pylorus maga szabad, sehova rögzítve nincsen. A kis görbületen három lencse-borsónyi mirigy, a melyeket kimetszünk. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal, az odavezető kacs felfüggesztve. A gyomor megnyitása után a gyomor pyloricus részén a hátsó falon két nagyobb és egy kisebb fekélyt tapintunk.

Lefolyás: Műtét után a beteg epéset hány és a hányás szeptember 12., 13. és 14.-én folyton tart. A has nyomásra nem érzékeny, temperatura normalis. Gyomormosásra a hányás 3—4 órára szünetel, de azután a mint a legkevesebb tejet is magához veszi, azonnal ismét fellép. Szeptember 19.-éig az állapot semmit sem javulván, circulus vitiosusra gyanakodván szeptember 17.-én relaparotomiát végeztünk. A hasüreg megnyilása után peritonitisnek semmi jelét nem találjuk. Felkeressük a készített nyilást, az elvezető bélkacsot normalis tágasságúnak találjuk, sehol szögletbe törés vagy leszoritás nincsen. A készített sipolynyiláson keresztül két ujj bevezethető a gyomorba. A hasüreget ismét zárjuk.

Szeptember 19.-éig a hányás még folyton tart daczára a naponta kétszer alkalmazott gyomormosásnak.

Szeptember 20-ától a hányás megszünt, a beteg kezd táplálkozni, de rendkivül nehezen szedi össze magát.

A kiirtott mirigyek lobosak, semmi álképleti elváltozás ki nem mutatható.

Gyomorvizsgálat október 20.-án. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra pár csepp zöldes folyadék nyerhető, a mely gyengén savi, szabad sósavat nem tartalmaz. Próbareggeli 1 óra mulva kivéve sósav —, tejsav nyomokban, összaciditás 8·5. Próbaebéd 2 óra mulva kivéve sósav —, tejsav +, összaciditás 20. Nagymennyiségű epe.

Október 22. Nem egészen 1 kilogrammot hizott a műtét óta. A klinikáról távozik.

Utóvizsgálat 1907. márczius 3.-án: Elég jól érzi magát, csak időnkint még mindig vannak fájdalmai; ha többet eszik, hányingerei vannak. Klinikáról való távozása óta különösen az első 3—4 hét alatt többször hányt; 2·5 kgm.-ot hizott elbocsáttatása óta.

Gyomor alsó határa valamivel a köldök felett. Esti gyomormosás után márczius 4.-én próbareggeli 1 óra mulva nagyon kevés, zöldes sűrű nyákot tartalmazó bennék. Próbaebéd 4 óra mulva kivéve sósav 0·8%, tejsav -, összaciditás 30. Epe jelenléte kimutatható. Salolpróba ¾ óra mulva positiv.

31. Heges pylorusszükület miatt végzett gastroenteroanastomosis antecolica antica utáni circulus vitiosus megoldása. Állandó eredmény kedvezőtlen.

K. G. 24 éves nő, felvétetett 1904. julius 28. Négy év óta állandóan belgyógyászati kezelés alatt állott gyomorfekély miatt; egy év előtt egy helybeli kórházban gyomortágulás miatt gastroenteroanastomosist végeztek nála. A műtét után három hónapig teljesen jól érezte magát, azonban ezen idő után étkezés után ismét igen erős gyomorgörcsök léptek fel; majdnem minden nap hány. Nagyon erősen lesoványodott.

Jelenállapot: Igen halvány, teljesen lesoványodott beteg. Has nyomásra nem érzékeny, resistentia nem tapintható. A hányadék epés szinű, savi vegyhatású, meg nem emésztett ételmaradékból áll. Felfúvásnál gyomor alsó határa köldök magasságában található, a felfúvás igen fájdalmas és nehány ökröndözés után a beteg hány. Próbareggeli sósav —, tejsav +, epe kimutatható. Sok meg nem emésztett ételmaradék.

Kórisme: Heges pylorusszűkület, circulus vitiosus post g. e. a. (a sipolynyilás beszűkülése?)

Műtét augusztus 5.-én chloroformnarcosisban. Gyomor tágult, gastroenteroanastomosis antecolica antica; pylorus hegesen teljesen beszűkült, a készített gyomor-bélnyilás beszűkülve nincs. Az odavezető jejunalis kacs erősen tágult, az elvezető kacs összecsettebb. Az előbbit a gyomor magasságában átvágjuk, vakon elzárjuk ezen részét, másik végét az elvezető kacsba implantáljuk.

Lefolyás: Teljesen láztalan, hasfal sebe per primam egyesült. A beteg állapota ezen időtől gyorsan javult, jól táplálkozik, a felvett táplálékot igen jól megemészti, nem hány, görcsei nincsenek. Szeptember 20 gyógyultan távozik.

Utóvizsgálat 1906. május 26.-án. Nem jól érzi magát, 3—4 hét óta ismét erős gyomorégései és hányingerei vannak, időnkinti fájdalmakkal; hányása nem volt. A második számú belgyógyászati klinikára utasitjuk, a hol rendszeres kezelésben részesült.

1906. november 5. Panaszai nem szüntek meg teljesen, de enyhültek. A megejtett gyomorvizsgálat eredménye a következő:

Gyomor alsó határa köldök felett. Próbareggeli után 2 órával kevés ételmaradékkal kevert gyomornedv nyerhető; sósav positiv, tejsav —, összaciditás 70. Epe nem mutatható ki.

32. Homokóragyomor. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Állandó gyógyulás.

T. S. 24 éves nő, felvétetett 1905. október 30.-án. Négy év óta szenved gyomorbajban. Véreset sohasem hányt, de állandóan savanyú felböfögései vannak és étkezés után 3—4 órával hány. A hányás csak akkor marad el, ha folyadékkal táplálkozik és abból is egyszerre keveset iszik.

Jelenállapot: Jól fejlett, kissé lesoványodott nő. Hasban semmi resistentia nem tapintható; nyomásra az epigastrium kissé fájdalmas. Gyomor alsó határa felfúvásnál egy harántujjnyival a köldök felett van. Próbareggeli 2 órával étkezés után sósav +, összaciditás 65

Kórisme: Heges pylorusszűkület, kisfokú gyomortágulás.

Műtét 1905. november 20.-án chloroformnarcosisban. Gyomor tágult; a pylorus és a cardia között a pylorustól 3 harántujjnyira egy 2 cm. széles, majdnem teljesen körkörös heges behúzódás, a mely a gyomrot egy nagyobb cardialis és egy kisebb pyloricus részre osztja; a körkörös heg helyén a gyomor lumene annyira szűkült, hogy a kisujj hegyét alig fogadja be. A pylorus átjárható, a pyloricus gyomorrész vastagabb falú, összeesett. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica a gyomor cardialis részén.

Lefolyás: A műtét utáni 3 első napon többször epéset hányt. Galambtojásnyi hasfali tályog, a melynek feltisztulása után deczember 17.-én teljesen gyógyultan hagyja el a klinikát.

Utóvizsgálat 1906. november 29.-én. Súlyban a műtét óta gyarapodott, semmi panasza nincsen, teljesen jól érzi magát, mindent eszik. A gyomorvizsgálat eredménye a következő:

Próbareggeli 1 órával étkezés után: a kivett gyomorbennék mintegy 50 cm³-nyi, szabad sósav +, tejsav —. Epe nincs. Próbaebéd 2 órával étkezés után: a kivett gyomorbennék 60 cm³, erősen pépes, nehezen szűrődő, sósav 0·12, összaciditás 40.

VI. A pepticus duodenumfekély.

A duodenum pepticus fekélyei jóval ritkábban képezik műtét tárgyát, mint a gyomor ilynemű fekélyei; ennek nemcsak az az oka, hogy számuk jelentékenyen kisebb, mint a gyomorfekélyeké, hanem az is, hogy felismerésük az élőben igen nehéz. Sebészeti beavatkozás tárgyát a legutóbbi időkig jóformán csakis azon duodenumfekélyek képezték, a melyeknél a fekély átfúródása az azonnali beavatkozást tette szükségessé. Az ezen alkalommal tett meglehetős szomorú tapasztalatok terelték a figyelmet a duodenum fekélyei felé és indították egyrészt a belgyógyászokat arra, hogy a fekély ezen localisatiojját felismerni és azt a gyomor ilyen fekélyeitől megkülönböztetni iparkodjanak — másrészt a sebészeket arra, hogy a belső kezelés eredménytelensége esetében beavatkozzanak.

A pepticus duodenumfekély aetiologiája ép oly kevéssé ismeretes, mint a gyomorfekélyé; tehát egyebet, mint tüneti kezelést itt sem végezhet a sebész; azonban, ha a pepticus gyomorfekély szövődményei következtében gyakran teszi szükségessé a sebészeti beavatkozást, akkor a duodenum pepticus fekélyeinél ezen beavatkozás sokkal gyakrabban lesz szükséges, mert itt a szövődmények — mint a statistika bizonyítja — sokkal gyakoribbak és sokkal súlyosabbak. A fekély átfúródása és a vérzés a duodenalis fekélyeknél gyakrabban lép fel, mint a gyomorfekélynél, a mit a duodenum falzatának, különösen izomrétegének vékonyabb volta, valamint a nagy edények közvetlen szomszédsága (a. gastroduodenalis, pancreaticoduodenalis, aorta) eléggé meg is magyaráz. *Chvostek* szerint az esetek 43%-ában, *Murphy* és *Neff* szerint 50%-ában, *Collin* szerint 69%-ában észleltetett a fekély átfúródása, súlyosabb vérzés. *Perry-Schaw* szerint 17%-ában, *Kraus* szerint 33%-ában, *Oppenheimer* szerint 34%-ában az eseteknek.

Klinikai megjelenését illetőleg a duodenalis fekélyek épen olyan sajátságokat mutatnak, mint a pepticus gyomorfekélyek; ezek is lehetnek egyszerű, szövődmény nélküli

fekélyek, a melyek esetleg begyógyulhatnak a nélkül, hogy a betegnek valami különös kellemetlenséget okoztak volna és így a legtöbbször nem is lettek felismerve; a bonczolásnál felfedezett csillagos hegek tanubizonyságai a szövődmény nélkül lezajlott ilyen fekélyeknek. Az ilyen gyógyulást a nélkül, hogy a fekély valami súlyos tünetet okozott volna, ritkának kell tartanunk. *Krausz* 80 duodenumfekély esete közül csupán kettőnél talált heges gyógyulást, tehát alig 2·5%-ában az eseteknek. *Collin* 8·7%-ban. A legtöbbször a fekélyt nagyon súlyos tünetek kisérik, a mit a fekély okozta összenövések, illetve a fekélynek az őt környező és vele szomszédos szervekre való átterjedés érthetővé tesz; csak a gyomorfekélylyel azonos *callosus duodenalis fekélyek*, a melyek erős infiltrált széllel birnak, a mélység felé terjednek és esetleg a hasfalakon keresztül is tapintható tumorokat okoznak. Az ilyen callosus duodenalis fekélyek leggyakrabban a pancreassal kapaszkodnak össze, de észleltek már összenövéseket az epehólyaggal és a májjal is. Az ilyen fekélyek részint infiltráló voltuknál fogva mechanice szűkithetik a duodenum lumenét, részint az összenövések szögletbetörések útján eredményezhetnek szűkületet. De épen úgy, mint a pyloruson ülő gyomorfekély, úgy a duodenumfekély is begyógyulása után szűkületet okozhat heges zsugorodása által. A fekély, illetőleg a heg elhelyezésétől függ, hogy a szűkület a duodenumnak suprapapillaris vagy infrapapillaris részén fejlődik ki; ezen felosztás (*Herz* a ritkán előforduló papillaris szűkületeket külön csoportba sorozza) klinikai szükségnek tesz eleget, a mennyiben a tünetek különbözők lesznek a szerint, a mint az epe és a pancreasváladék lefolyása akadályozva van-e vagy nincs. A duodenumfekély leggyakrabban a pylorus közelében levén elhelyezve, a keletkező szűkület is a legtöbbször suprapapillaris elhelyeződésű; az ilyen duodenalis szűkületek felismerése nagyon nehéz, annál is inkább, mert a szűkület hosszasabb fennállása és nagyobb foka mellett a gyomor következményes tágulása uralja a kórképet. A szűkület hosszasabb fennállása mellett sohasem fog hiányozni ezen gyomortágulat, ha a fekély közvetlenül a pylorus mögött van; a mélyebben fekvő szűkületeknél a gyomortágulás nem állandó jelenség ugyan, de ritkán hiányzik. *Reiche* a pylorusszűkület okozta gyomortágulás és a között, a mely a duodenalis szűkület eredménye, különbséget talált; szerinte ugyanis a gerinczoszlophoz feszesen rögzített duodenum megakadályozza ilyenkor a gyomornak lefelé való sülyedését és a gyomor „mint egy felfújt gummiballon“ oldal és mellfelé tágul. Ezen kitágulását a gyomornak *Reiche* a duodenumszűkületeknél jellegzőnek mondja. A mi két esetünkben a gyomor ilyen alakú tágulása nem volt jelen. Mélyebben fekvő szűkületeknél először a duodenumnak a szűkület és a pylorus közötti része tágul ki, a mennyire ezen tágulást a rögzitő szalagok megengedik — és a gyomortágulás csak akkor következik be, ha a pylorus a duodenumban megrekedt bennék folytonos visszafolyása következtében insufficienssé válik. (*Albu*). *Reiche* egy esetet közölt, a melyben a gyomor és a duodenum egy homokóraszerű tágult részszé változott át; a behúzódást a pylorus képezte. *Oppenheimer* egy esetet közöl, a melyben a duodenumfekély begyógyulása után keletkezett heg a vena portaet leszoritván, thrombusképződéshez vezetett.

A duodenumfekély sebészeti kezelésének indicatioi megegyeznek a gyomorfekély sebészeti kezelésének indicatioival. Külön megemlitést csupán a szövődménynélküli fekély kezelése érdemel. Ez a kérdés egyike azoknak, a melyekkel mostanáig nem igen foglalkoztak és mindaddig nincs is kilátás a kérdés tisztázására, a mig ezirányú tapasztalataink nem bővülnek. Ez pedig csak akkor remélhető, ha a belgyógyászok a duodenumfekélyeket felismerik, azt a gyomor ilyen fekélyeitől meg tudják különböztetni és e mellett tudatában vannak annak, hogy a duodenum és a gyomor pepticus fekélyei között a prognosist illetőleg lényeges különbség van. A pepticus gyomorfekélyek nagy részénél a belső kezeléssel jó eredmények is érhetők el, a fekély az esetek nagy részében gyógyul A duodenum pepticus fekélyeiről ugyanezt nem mondhatjuk, legalább is hiányzanak még ez ideig nagyobb számú esetre támaszkodó olyan statistikák, a melyekből a belső kezelés értékét meg lehetne állapitani. *Pagenstecher*, *Krauss*, *Collin*, *Lennander* és *Laspeyres* statistikái csupán azt mutatják, hogy a duodenumfekély prognosisa sokkal kedvezőtlenebb mint a gyomorfekélyé és hogy ezen betegeknek aránytalanul nagyobb része esik áldozatul ezen bajnak, mint a gyomorfekélyben szenvedők. Ezért *Tuffier* azt ajánlotta, hogy a mint a duodenumfekély diagnostizáltatott, vegyük azt sebészeti kezelés alá és ne várjuk meg, míg egy súlyos szövődmény bekövetkezése az azonnali műtétet indicálja. Hogy vajjon *Tuffier* ezen követelménye nem épen olyan túlhajtott-e, mint azon sebészeké, a kik minden gyomorfekélyt sebészileg akarnak kezelni, azt a jövő fogja megmutatni. Jelenleg a duodenumfekély prognosisát rossznak és a belső kezelést igen sokszor eredménytelennek kell mondanunk azért, mert a kórismézett esetekhez a legtöbbször súlyos szövődmények társultak; nincs kizárva azonban, hogy épen csak azok az esetek lettek kórismézve, illetve belsőleg kezelve, a melyek a duodenumfekély legsúlyosabbjai közé tartoznak, t. i. a callosus fekélyek: tehát azok, a melyekről tudjuk, hogy a gyomor pepticus fekélyei között is a legsúlyosabbak és a belső kezeléssel leginkább daczolnak. Lehetséges, sőt valószinű, hogy a duodenumfekélyek egy nagy része meggyógyul a nélkül hogy kórismézve lett volna, vagy hogy mint gyomorfekély lett kezelve. Hozzájárul ehhez, hogy sokszor a duodenumfekély a gyomorfekélylyel egyidejűleg fordul elő, és hogy esetleg ezzel egyidejűleg gyógyul. Ezen feltevés jogosultsága mellett szólnak *Krug*-nak adatai, a melyek szerint a kieli kórboncztani intézetben bonczolás alá került 53 duodenum-fekély esete közül 9-ben volt egyidejűleg gyomorfekély jelen. *Collin* 262 esetre vonatkozó összeállításában 74-szer a fekély közvetlenül a pylorus mögött volt, 4-szer a fekély magára a pylorusra is ráterjedt és 2 esetben a fekélyt a pylorus két részre osztotta úgy, hogy fele a gyomorban, fele a duodenumban volt elhelyezve. *Röschmann* 3 duodenumfekély esetét közli, a melyekben egyidejűleg pepticus oesophagusfekély is volt jelen.

A mig a duodenumfekély diagnostikája nem érte el a tökéletességnek azt a fokát, melyet a gyomorfekélyek diagnostikája, addig a sebészeti kezelést, mint a belső kezelésnél megbizhatóbbat indicáltnak kell tartanunk a szövődménynélküli fekélyek kezelésénél is.

A sebészeti kezelés maga ugyanolyan, mint a gyomorfekélyeké, t. i. a fekély vagy directe távolittatik el, vagy a keringésből kirekesztetik és ezáltal a gyógyulásra kedvező viszonyokat teremtünk.

Az egyes módszerek értékének meghatározása nehéz, mert igen kevés tapasztalat felett rendelkezünk. De ha a duodenumfekély pathologiáját ismerjük és nem felejtjük el, hogy a fekélyt előidéző ok ismeretlen — akkor azokat a módszereket, a melyek a duodenumfekély kimetszésével akarják a beteget meggyógyitani, mint veszélyes, súlyos beavatkozásokat, a melyeket különben csak a legritkább esetben lehet alkalmazni — elvetendőknek kell tartani, ellentétben *Glücksmann* és *Landerer*-rel, a kik a fekély kimetszését nagyon ajánlják. Szerintük a fekély nagy kiterjedése esetében az egyszerű kimetszés helyett a duodenum körkörös resectioját kell végezni. *Unge* esetében a fekély resectioja után egy pancreassipoly keletkezett, *Kiefer* esetében pedig az epehólyaggal összekapaszkodott fekély annak izolálásakor beszakadt. *Mayo* és *Postempski* a duodenum mellső falán ülő fekélyt thermocauterrel megégették.

Sokkal biztosabb sikerekkel kecsegtet és a legenyhébb beavatkozás a fekély gyógyitására a gastroenteroanastomosis. *Laspeyres* mindössze 3 esetet tudott az irodalomból összegyüjteni (*Codivilla* 2 esete, *Pagenstecher* 1 esete), a melyben szövődmény nélküli duodenumfekély miatt gastroenteroanastomosis végeztetett. Ezek közül *Codivilla* egyik esetében, a melyben a pylorus teljes kirekesztése végeztetett *Eiselsberg* szerint, a beteg 4 hónappal a műtét után tüdőtuberculosisban meghalt és a bonczolatnál a műtét alkalmával talált nyilt fekély helyén egy centimeternyi kerek heg volt. *Codivilla* másik betege

5 évvel a gastroenteroanastomosis után teljesen jól érezte magát, fájdalmai a műtét után teljesen megszüntek.

Von Siedel és *Ledderhose* callosus duodenumfekély miatt, a mely tapintható tumort okozott, végeztek gastroenteroanastomosist és alkalmuk volt a műtét után a subjectiv tünetek megjavulása mellett a tumor visszafejlődését észlelni. A magyar irodalomban *Pólya Jenő* közölt egy duodenumfekély miatt végzett gastroenteroanastomosist. A betegen 3 év előtt subphrenicus tályog miatt végzett műtétet és már akkor gyanakodott egy duodenumperforatiora. Ezen műtét után a beteg $2^1/_2$ éven át teljesen jól érezte magát, de ezen idő óta az étkezés után $2—2^1/_2$ órával heves fájdalmai keletkeztek, majd utóbb epés hányás is jelentkezett. Próbareggeli után nyert gyomorbennékben sok szabad sósav mutatható ki. Laparotomiánál kiderült, hogy a gyomor pyloricus része és a duodenum táján erős összenövések vannak. Gastroenteroanastomosis retrocolica után a beteg teljesen meggyógyult, gyomorpanaszai megszüntek és emésztése jó. Az előzményben említett rekesz alatti tályog tehát valószinűleg egy duodenalis fekély átfúródásából keletkezett; a közölt műtéti leletből azonban nem lehet biztosan megállapitani, hogy vajjon egy újabb fekély keletkezett-e vagy pedig az eredeti fekély begyógyulása következtében szűkület jött létre és a jelenlevő odanövések nem még az első fekély átfúródásának a következményei-e.

A fekély begyógyulása után keletkezett duodenalis szűkületek kezelésére is mint a legbiztosabb módot a gastroenteroanastomosist lehet ajánlani. Azonban egy körülmény van, a melyről a gastroenteroanastomosisnak ilyen indicatio alapján való végzésénél nem szabad megfeledkeznünk: t. i. arról, hogy átjárható pylorus esetében a gastroenteroanastomosis daczára is jut gyomorbennék a duodenumba, s ott a szűkület felett meggyülvén, esetleg szövődmények keletkezésére adhat okot. Ha a szűkület vagy a fekély közvetlenül a pylorus alatt van, akkor a szűkület felett megrekedt gyomorbennék különösebb kellemetlenséget nem okozhat: a pyloruson keresztül ismét könnyen visszafolyhat a gyomorba és ezzel a feszülés megszünik; ha azonban a szűkület mélyebb fekvésű (infrapapillaris), akkor a gyomorbennék ezen pangása és a duodenum erős puffadása esetleg igen súlyos következményekkel járhat. *Kelling* szerint a duodenum erős kitágulása a gyomornak a gastroenteroanastomosis-nyiláson át való kiürülését is képes lehet megakadályozni. Valószinűleg ez képezi magyarázatát azon balsikereknek, a midőn a duodenumfekély miatt végzett gastroenteroanastomosis daczára sem szüntek meg a beteg fájdalmai és a nyilt fekély gyógyulása nem akart előrehaladni.

Ezért átjárható pylorus mellett a gyomorbennéknek a gastroenteroanastomosis-nyiláson át való biztos elvezetéséről kell gondoskodnunk és meg kell kimélnünk a szűkületet vagy a fekélyt a pangással vagy feszüléssel járó minden insultustól. Ezt biztosan elérhetjük vagy oly módon, hogy a pylorus tökéletes kirekesztését végezzük *Eiselsberg* szerint, vagy pedig a pylorust egyszerű lekötéssel művileg átjárhatatlanná teszszük. A kettő között az *Eiselsberg*-féle eljárás kétségtelenül a tökéletesebb, azonban egyszersmind a súlyosabb is, a melyet egy elgyengült betegnél nem igen ajánlatos végezni. A pylorusnak lekötéssel való szűkitését nekünk élő emberen végezni nem volt alkalmunk, az irodalomban sem találtam sehol megemlitve. Azonban végzett állatkisérleteim alapján kizártnak tartom, hogy a lekötés következtében valamiféle átfúródás jöhessen létre a lekötési barázdában, valamint azt is, hogy a lekötési fonal esetleges átvágása után (mint az a kisérleti kutyákon történt) a pylorus ismét kitáguljon. Kisérleti állataimnál közvetlenül a pylorus mögött végzett szoros lekötésnél a fonal teljes átvágása után a duodenum összes rétegeiben egy vonalas heg volt látható a bél lumenének majdnem teljes beszűkülése mellett. A leszorító fonál egynehány esetben még a bél lumenében, csupán a mucosa által rögzítve fel volt található, s sehol a leszorítás helye körül a legcsekélyebb lobos reactio feltalálható nem volt. (Ezirányú tapasztalataim különben mindenben megegyeznek *ifj. Genersich Antal*-lal együtt végzett béllekötéseknél tett már régebbi tapasztalataimmal.) Egyetlen lehetőség van, a mi miatt ezen pylorusleköté̇st embernél esetleg nem volna tanácsos végezni: tudniillik lehetséges, hogy a lekötés erős görcsös fájdalmakat vált ki. Ezen görcsös fájdalmak, ha fellépnek is, nem lehetnek tartósak.

Ladevèze duodenalis szűkületeknél a gastroenteroanastomosis helyett a pylorusplastica analogiájára végzett plasticát ajánl; 6 ily módon operált esetet emlit, a melyek mindegyikében gyógyulás következett be. *Bennet*, *Bier* és *Bazy* a szűkületnek közvetlenül a pylorus közelében való localisatioja miatt pyloroduodenoplasticát végeztek sikerrel.

A duodenoplasticáról csak ugyanazt mondhatjuk, mint a pyloroplasticáról azon hozzáadással, hogy a duodenumon levő szűkületeknél még ritkábban kerül a sebész azon helyzetbe, hogy ezen műtétet végezhesse a szűkület kiterjedése és elhelyeződése miatt, mint a pylorusszűkületeknél.

Klinikánkon az átfúródást okozott duodenalis fekélytől eltekintve, egy callosus nyilt fekély által okozott és egy heges szűkületet volt alkalmunk észlelni. Mind a két esetben a kórismét jóindulatú pylorusszűkület okozta gyomortágulatra tettük és ezen indicatio alapján végeztünk laparotomiát.

Az irodalomban kevés adatot találunk a gyomornedv összetételéről duodenalis szűkületeknél, a legtöbb szerző hyperchlorhydriát talált *(Devie-Roux, Bouveret, Mikulicz, Kausch)*. Csupán *Leube* észlelt egy esetben rendes mennyiségű sósavat és *Robin* egy esetben teljes szabad sósavhiányt.

Még kevesebb adatunk van azon hatás megitélésére, a mit a végzett gastroenteroanastomosis, vagy a fekélykimetszés a gyomor chemismusára gyakorol; *Lieblein* csupán egy esetet tudott találni (*Hoffmann*), a melyben a gastroenteroanastomosis után vett gyomorváladék szabad sósavat nem tartalmazott és epe, valamint trypsin benne ki volt mutatható.

A mi első esetünkben (33. sz.) a gyomorvizsgálatnál szabad sósav volt kimutatható, tejsav nem találtatott; a második esetben (34. sz.) az összaciditás erős megszaporodása mellett úgy szabad sósav, mint tejsav ki volt mutatható. Mindkettőben határozott motoricus insufficientia volt jelen.

34. sz. esetünkben a heges duodenumszűkület miatt végzett gastroenteroanastomosis után egy hónap mulva megejtett gyomorvizsgálatnál a szabad sósav mennyisége 0·20%-ról 0·08%-nyira csökkent és a tejsav eltünt. Epe ki volt mutatható.

33. sz. esetünkben még egy szerfelett ritka szövődmény is társult a duodenumfekélyhez, a melyet csak pylorusszűkület okozta gyomortágulásoknál észleltek, tudniillik tetania lépett fel a végzett gastroenteroanastomosis után 10 nappal.

Gumprecht 1897-ben 40 tetania esetét gyüjtötte össze az irodalomból, a melyek legtöbbje jóindulatú pylorusszűkület által okozott gyomortáguláshoz társultak, de észleltek (*Albu, Kuckeim, Trevelyan*) rákos szűkületeknél is. *Gatzky* esetében a tetania egy traumás eredésű gyomortáguláshoz társult; egy retroperitonealis vérömleny keletkezett ugyanis, a mely a duodenumot összenyomta.

Ujabban *Hoffmann* közölte a tetania egy esetét, a melyben a *Nicoladoni* által végzett pylorusresectio utáni napon léptek fel a tetania jellegző tünetei. *Hofmann* ezen súlyos szövődmény okát esetében a műtét okozta shockban keresi.

Esetünkben a gyomortágulás nem volt nagyfokú, de a beteg igen elgyengült állapotban került műtet alá. A végzett gastroenteroanastomosis után a hányás egészen kimaradt, a beteg már kezdte magát összeszedni, a mikor a műtét utáni 10. napon a tetania összes jellegző tünetei kezdettek mutatkozni. Normális hőmérsék mellett a 10. nap reggelén az ulnaris területen mindkét oldalon tonicus összehúzódások léptek fel, a kézfej typicus őzfejszerű tartásával. Ezen tünetek folytonosan súlyosbodtak, a beteg semmi táplálékot nem vett magához, sensoriuma kezdett zavart lenni és a tetania fennállásának 7. napján a beteg általános kimerültség tünetei között meghalt. Boaczolatnál a duodenumon 2 cm.-nyire a pylorustól kétfilléresnyi meredek szélü, az izomrétegig terjedő, a pancreassal összekapaszkodott fekély találtatott. Az agyburkok erősen belöveltek, vizenyősen átivódottak; az agyállomány oedemás, tésztatapintatú.

Nem igen érthető, hogy miért lépett fel esetünkben a tetania a gastroenteroanastomosis után 10 nappal, midőn

már a gyomor kiürülése jó volt. A gastroenteroanastomosis teljesen jól functionált, semmiféle canalisatiós zavar nem volt jelen, a mint a bonczolat is igazolta.

A tetania fellépte mindenkor igen súlyos szövődményét képezi a gyomortágulásnak; *Canningham* a mortalitást 70—80%-ra becsüli. A *Grusirow* által összegyüjtött 47 eset közül 34 végződött halálosan.

Saját eseteink a következők:

33. Ulcus callosum duodeni. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Tetania. Halál.

P. N., 36 éves férfi, felvétetett 1906. szeptember 30.-án. Két hónap óta érez heves fájdalmakat gyomortájékán; ugyanezen idő óta majdnem minden nap a korai esti órákban hányni szokott. Gyomorfájdalmai az étkezés után 2—3 órával kezdődnek és a hányás felléptéig állandóan fokozódnak. A hányás minden erőlködés nélkül könnyen történik és utána nagy megkönnyebbülés lép fel. A hányadék véres nem volt. Nagyon lefogyott.

Jelenállapot: Lesoványodott, gyengén fejlett férfibeteg. Has teknőszerűleg behúzódott és nyomásra a jobb bordaív alatti tájékon igen fájdalmas. Ezen a helyen egy kis resistentiát lehet érezni, a mely nem mozgatható. Fájdalmai innen indulnak ki és a gerinczoszlop felé sugároznak ki. Hátul a paravertebralis vonalban a hatodik és hetedik háti csigolyák magasságában fájdalmas terület. Gyomor alsó határa felfúvásnál a köldök felett két harántujjnyira van. Előzetes esti gyomormosás után éhgyomorra kevés nyákos folyadék nyerhető, a mely a sósavreactiót adja. Próbareggeli 1 óra mulva kivéve: sósav 0·18, tejsav —, összaciditás 50.

Kórisme: Pylorusszűkület (Ulcus callosum ventriculi?)

Műtét chloroformnarcosisban deczember 7.-én. Gyomor erősen tágult; a pylorus teljesen szabadon átjárható, szűkületnek, vagy szögletbe törésnek semmi nyoma. Feltünő, hogy közvetlenül a pylorus mögötti duodenumrészlet igen tágult és megvastagodott falú. A megvastagodás a pylorus alatt két harántujjnyira kezdődik. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás deczember 16.-áig zavartalan. Teljesen láztalan, egyszer sem hányt, a sebszélek per primam egyesültek, bőséges székletét. Jól táplálkozik.

Deczember 17. Normalis temperatura mellett fájdalmas tonicus összehúzódások lépnek fel mindkét alkarban a nervus ulnaris területén; kéz mindkét oldalt erős özfejtartásban van. Ezen contractura az idegre gyakorolt nyomásra fokozódik. (Trousseau-tünet.)

Deczember 18. A görcsök nagyon gyakran ismétlődnek és narcoticumokra nem igen engednek. Masseter erősen összehúzódott és a n. facialis mechanicus ingerlékenysége fokozódott. (Chvostek-tünet.) Hőmérsék maximuma 37·2, pulsus 120.

Deczember 19—23. Az állapot folytonosan rosszabbodik. Sensorium zavart, semmi ételt vagy italt nem akar magához venni. Vizelet napi mennyisége 600—800 gm., fehérjetartalmú. Tüdőoedema jelei mutatkoznak.

Deczember 24.-én beáll a halál.

A bonczjegyzőkönyv idevonatkozó része a következő:

Szív, tüdők, vesék épek. Lép felére megkisebbedett, tokja ránczos. Gyomor erősen tágult, három ujjnyira a köldök alá ér, nyálkahártyája halvány; hátsó falában a nagy görbület felett egy a duodenumtól 20 cm.-nyire fekvő bélkacs van bevarrva. Az operatiós terület teljesen reactiomentes, a környező peritoneum mindenütt sima, fénylő és úgy az oda-, mint az elvezető kacs 3—4 ujj számára átjárható. A pylorus teljesen átjárható, szűkülve nincs. A duodenum nyákhártyája nem egész 2 cm.-nyire a pylorustól két fillérnyi terjedelemben kifekélyesedett; a fekély éles, meredek szélű, a submucosáig illetve az izomrétegig terjed és a fekélynek megfelelő serosa erősen megvastagodva hegesen odanőtt a pancreashoz.

Agyburkok erősen belöveltek, vizenyősen átivódottak, könnyen levonhatók; agyállomány vérszegény, oedemás, tésztatapintatú.

Diagnosis: Kerek duodenalis fekély, a mely a muscularisig terjed és a duodenumnak a pancreashoz való heges odanövéséhez és a duodenum szűkületéhez vezetett. Hatalmas gyomortágulás. Gastroenteroanastomosis teljesen meggyógyulva. Súlyos heveny bélhurut. Kifejezett oedema a lágy agyburok és az agy részéről. Sorvadt pajzsmirigy és lép.

34. Heges duodenumszűkület. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica. Gyógyulás.

B. L., 43 éves férfi, felvétetett 1907. február 6.-án. Egy év előtt heves gyomorfájdalmak lepték meg, a melyek rohamokban jelentkeztek; gyakran volt émelygése, hányási ingere, sőt néha napjában többször is hányt. Fájdalmai leghevesebbek az étkezés után 3—4 órával voltak. Karlsbadi kúrára állapota megjavult ugyan, de a mint a kúrát abbahagyta, előbbi fájdalmai ismét fokozottabb mértékben jelentkeztek.

Jelenállapot: Gyengén fejlett, meglehetősen lesoványodott férfibeteg. Has behúzódott; a hasfalon át rendellenes resistentia nem tapintható; a jobb epigastrium nyomásra kissé fájdalmas. Felfúváskor a gyomor alsó határa a köldök magasságában van.

Gyomorvizsgálat: esti gyomormosás után éhgyomorra a gyomor teljesen üres. Próbareggeli az étkezés után egy órával kivéve: sósav 0·20%, tejsav —, összaciditás 70. Próbaebéd 2½ óra mulva kivéve: sósav 0·16 tejsav +; összaciditás 56. Próbaebéd hat óra mulva: kevés emésztetlen ételrész. Salolpróba: két óra mulva positiv.

Kórisme: Heges pylorusszűkület.

Műtét chloroformnarcosisban február 22.-én. Gyomor, különösen a pyloricus rész tágult. Pylorus teljesen szabadon átjárható, sehova rögzítve nincsen, teljesen puha tapintatú. A duodenum kezdeti tájékán, közel a pylorushoz egy hegesen szűkült mintegy két cm. darab, a mely a kisujj hegyét nem fogadja be és a pancreas felé erősen rögzítve van széles darabon. Gastroenteroanastomosis retrocolica postica varrattal.

Lefolyás: Teljesen zavartalan. Márczius 1.-én. Sebszélek per primam egyesültek.

Gyomorvizsgálat márczius 25.-én. Próbareggeli után egy órával igen kevés epésen festenyzett sűrű tapadós nyák. Próbaebéd után négy órával kevés zöldessárgás folyadék, mely határozottan savi reactiót ad. Márczius 27. Próbaebéd két órával az étkezés után kivéve: ételrészeket egyáltalán nem mutató zöldessárgás folyadék, sósav 0·08%, tejsav —, összaciditás 40.

Márczius 29. Minden panasz nélkül gyógyultan távozik.

Állapotáról május 2.-án ad hirt. Teljesen jól érzi magát, mindent tud enni, fájdalmai egyáltalában nincsenek. A klinikáról való távozása óta 4 kgm.-ot hízott.

A sebészeti kezelés végeredményei.

A sebészi kezelés valódi értékét, mint már többször említettem, csakis az operált esetek további sorsának ismerete alapján állapithatjuk meg pontosan. Ezen adatok birtokában összehasonlithatjuk a sebészeti kezelés végső eredményeit a belsőleg kezeltekével és megállapithatjuk, hogy az alkalmazott különböző műtéti módok között melyik érdemel a többi felett előnyt.

Saját 34 esetünk közül a statistikai összeállításnál figyelmen kivül hagytam a szabad hasűrbe átfúródott 3 fekély esetét, valamint azon 1 esetet, melyben műtéti beavatkozás nem történt. A fentmaradó 30 esetben a közvetlen műtéti eredmény a következő volt:

Műtét neme	Esetek száma	Gyógyult	Meghalt	Mortalitas % ban
Gastro-entero anastomosis	25	20	5	20
Resectio pylori	4	4	—	0
Gastro-entero plastica	1	1	—	0
Összesen	30	25	5	16·6

Ebből látható, hogy az operált 30 eset közvetlen mortalitása 16·6%-nak és gyógyulása 83·4%-nak felel meg. Ezen mortalitás egyedül csak a gastroenteroanastomosis rovására esik, míg a resectio, valamint a gastroenteroplasticánál egy betegünk sem halt meg. Nem felelne meg a valóságnak ezen adat alapján azt a következtetést vonni le, hogy a pylorusresectionak mortalitása 0 lévén, ezen műtét a fekély kezelésénél előnyt érdemel a gastroenteroanastomosis felett, a melynek közvetlen műtéti mortalitása 20%-nak felelvén meg, jóval nagyobb, mint a resectioé. A gastroenteroanastomosisnak ezen nagy mortalitása magyarázatát abban leli, hogy ezen műtétet igen elgyengült egyéneken is végeztük azon reményben, hogy állapotukon ezen aránylag enyhe beavatkozással segíteni fogunk tudni; nem hagyható azonban figyelmen kivül az sem, hogy ezen betegeinken a műtétet még azon időben végeztük, midőn a műtét technikájába nem voltunk még annyira begyakorolva mint ma. 1902 óta jóindulatú szűkület miatt vegzett gastroenteroanastomosis eseteink közül csupán 1 betegünk halt meg, az is a műtét utáni 17. napon tetaniában.

A 25 gastroenteroanastomosist a következő indicatiók alapján végeztük:

Indicatio	Esetek száma	Gyógyult	Meghalt
Heges pylorusszűkület	16	12	4
Callosus fekély	5	5	—
Homokóra-gyomor	1	1	—
Duodenumfekély	2	1	1
Vérző fekély	1	1	—
Összesen	25	20	5

A halál oka az 5 eset közül csupán egyben volt olyan, hogy közvetlenül a műtét rovására irható. Ezen esetben (22. sz.) a beteg a műtét utáni 5. napon ileus tünetei között halt meg; a bonczolásnál kitünt, hogy az elvezető jejunumkacs a mesocolonban ejtett nyiláson szögletbe törve incarceratiohoz vezetett. A többi 4 esetben a már fennebb említett tetanián kivül egy-egy esetben inanitioban halt el a beteg a műtét után 4 órával, illetve 39 nappal, egy esetben pedig a műtét utáni 12. napon az oesophagus pepticus fekélye által okozott elvérzés volt a halál közvetlen oka.

Pylorusresectiót callosus fekély miatt 4 olyan esetben végeztünk, midőn a kórismét biztosan megállapítani nem tudván, nem zárhattuk ki a carcinoma jelenlétét. Az esetek mindegyikében a pylorus szabadon mozgatható levén, a resectio semmiféle technikai nehézségekbe nem ütközött, simán és gyorsan volt végezhető: a mely körülmények mind közrejátszottak abban, hogy operált betegeink közül egyet sem veszítettünk el.

Gastroenteroplasticát egyetlen esetben végeztünk jó eredménynyel; a műtétet egy év előtt végzett gastroenteroanastomosis antecolica antica után fennálló circulus vitiosus tette szükségessé.

Közvetlen műtéti eredményünk tehát 83·4% gyógyulást és 16·6% mortalitást mutat; nézzük, hogy a gyógyult esetek további sorsa milyennek bizonyult.

A műtétileg gyógyult 25 eset közül 3-nak további sorsát nem sikerült megtudnunk; a többi 22 beteg közül a műtét óta eltelt idő alatt egy sem halt meg, gyógyult vagy lényegesen javult 19, javult 1, nem javult 2. A gyógyulás százaléka, ha azon 3 beteget, a kiknek további sorsa ismeretlen maradt, a számításból kihagyjuk, 90·9%, ha ezeket is beszámítjuk, 80%. A végzett műtétek szerint az állandó eredmény a következő volt:

Műtét neme	Esetek száma	Gyógyult	Javult	Nem gyógyult	Ismeretlen
Gastro-entero anastomosis	20	16	1	1	2
Pylorus-resectio	4	3	—	—	1
Gastro-entero-plastica	1	—	—	1	—
Összesen	25	19	1	2	3

Ebből látható, hogy állandó gyógyulás vagy javulás következett be a gastroenteroanastomosis 20 esete közül 85%-ban, a resecált 4 eset közül 75%-ban.

A fekély mineműségét illetőleg következőleg oszoltak meg a műtétileg gyógyult esetek:

A fekély neme	Esetek száma	Gyógyult	Javult	Nem gyógyult	Ismeretlen
Heges pylorusszűkület	13	9	—	2	2
Callosus fekély	9	7	1	—	1
Homokóra-gyomor	1	1	—	—	—
Duodenumszűkület	1	1	—	—	—
Vérzést okozó fekély	1	1	—	—	—
Összesen	25	19	1	2	3

A heges pylorusszűkületnek tehát 69·2%-ában, a callosus fekélyeknek 88·8%-ában lehetett állandó gyógyulást illetve javulást constatálni.

A mi a műtét és az azutáni utolsó vizsgálat, illetve utolsó értesülés idejét illeti, az a legrégibb esetben 6 év, a legfiatalabb esetben 6 hónap volt. Ezen idő után megoperált esetek e helyen megemlítve nincsenek.

A nem gyógyult két eset egyike gastroenteroanastomosis volt (30. sz. eset), a melyet heges pylorusszűkület miatt végeztünk. A műtét után napokon keresztül a beteg erősen epésen festenyzett béltartalmat hányt úgy, hogy egy circulus vitiosus keletkezésére gondoltunk és e miatt a műtét utáni 5. napon relaparotomiát végeztünk; a hasüreg megnyitása után azonban mindent rendben találtunk. A hányás csak több napon keresztül rendszeresen alkalmazott gyomormosásra szünt meg, de a beteg még ezután is csak igen nehezen tudta magát összeszedni. A műtét után 6 hónappal megejtett utóvizsgálatnál epe úgy éhgyomorra, mint próbareggeli után ki volt mutatható és a betegnek még mindig voltak hányingerei, sőt gyakrabban hányt is. Úgy látszik tehát, hogy a gastroenteroanastomosis azért nem hozta meg ez esetben a kivánt eredményt, mert a beteg a gyomorba nagyobb mennyiségben beleömlő epét nem tűrte. Hogy a készített gastroenteroanastomosis jól functionált, arról nemcsak a relaparotomia alkalmával győződhettünk meg, hanem a műtét után 6 hónappal megejtett gyomorvizsgálat alkalmával is. A műtét előtt kimutatható tejsav egy hónappal a műtét után már csak nyomokban, 6 hónap mulva egyáltalán nem volt kimutatható; az összaciditás a műtét előtt 40 volt, a műtét után 30, illetve 20-ra szállott alá. A gyomor kiürülése rendessé vált, sőt annak megkisebbedését is ki lehetett mutatni. Megjegyzendő, hogy sem a műtét előtt, sem egy hónappal utána szabad sósavat a gyomornedvben kimutatni nem lehetett és 6 hónap mulva is csak 0·8%-ot tett ki próbaebéd után. Lehetséges, hogy a szabad sósav ezen hiányának az epének a gyomorba jutása mellett szintén része van abban, hogy a beteg állapota nem javult meg.

A második nem gyógyult (31. sz.) esetben az egy év előtt végzett gastroenteroanastomosis antecolica antica daczára a beteg hányása nem szünvén meg, relaparotomiát végeztünk, a mikor is kiderült, hogy egy circulus vitiosus áll fenn; ennek megszüntetése czéljából a gyomorboz vezető jejunalis kacsot a gyomor magasságában átvágtuk és szabad végét az elvezetőkacsba implantálva egy Y alakú gastroenteroanastomosist készítettünk. Műtét után a beteg körülbelül két éven át zavartalanul jól érezte magát; azonban régi panaszaival ezután ismét felkereste a klinikát és daczára a rendszeresen alkalmazott belső szerelésnek, állapota nem javult meg teljesen. A második műtét után 2 év és 3 hónap mulva megejtett gyomorvizsgálatnál kifejezett hyperaciditás volt megállapitható (70 összaciditás), és ennek tulajdonítható állapotának rosszabbra fordulása. Az Y alakú anastomosissal meg lehetett ugyan szüntetni a circulus vitiosust, azonban az epének a gyomorba való jutása is meg levén szüntetve, a fekély okozta hyperaciditás újra előállott, daczára, hogy a gyomor motoricus functioja kifogástalannak bizonyult, tehát a készített sipolynyilás beszűkülése nem következett be.

Ezekből látható, hogy a *gyomor- és duodenumfekély sebészeti kezelésével 80% állandó gyógyulást tudtunk elérni és csak 20%-ban volt a beavatkozás eredmény nélküli.*

Nézzük, hogy a mi eredményeink mennyiben egyeznek meg a másokéival?

Kreuzer[1] Krönlein klinikájáról 67 olyan operált esetről számol be, a melyek további sorsa ismeretes. Ezen esetek 85%-ában az eredmény kedvező, 15%-ban kedvezőtlen volt, köztük 3% halálozás. Ezen összeállításban nem foglaltatnak benn azon operált esetek, a melyeknek további sorsa ismeretlen maradt (az operált esetek 7%-a). Kreuzer ezen összeállításában 3 pylorusresectio, 63 gastroenteroanastomosis, 1 pylorusplastica, 3 explorativ laparotomia, 1 gastrotomia és 1 ulcusvarrat szerepel. A pylorusresecált esetek mindegyike, a gastroenteroanastomosizált betegek 87·4%-a gyógyult állandóan.

Brenner[2] 51 esetről számol be. Ezen esetek közül 30-szor gastroenteroanastomosist végzett (13·3% közvetlen műtéti mortalitással) és 21-szer a fekély resectioját 28·6% mortalitással. A műtétileg gyógyult esetek közül 34-nek a további sorsa ismeretes. Közülök 65·3% állandón gyógyult, 34·7% nem gyógyult vagy meghalt. Azon 14 eset közül, a melyben gastro-

[1] *Kreuzer*: Die chirurgische Behandlung des runden Magengeschwürs u. seiner Folgezustände. (Beitr. zur klin. Chirurgie, Bd. 49.)
[2] *Brenner*: Gastroenterostomia oder Resection bei Ulcus callosum ventriculi? (Archiv f. klin. Chir. Bd. 78.)

enteroanastomosis végeztetett, állandóan gyógyult 63·6%, a resecált 12 eset közül 66·6%.

Delaloye[1] 38 gastroenteroanastomosisa közül a közvetlen műtéti mortalitas 15·79% volt; a műtétileg gyógyult 32 esetben az állandó eredmény a következő: gyógyult 75%, meghalt, nem javult, vagy további sorsa ismeretlen 25%-nak.

Kramer[2] 100 heges pylorusszűkület miatt végzett gastroenteroanastomosis további sorsáról számol be; köztük 32 meghalt; 9-en újabb műtét vált szükségessé (a nyilás beszűkülése, új fekély keletkezése stb. miatt), 6-nak sorsa ismeretlen. Tehát 47% kedvezőtlen eredmény 53% állandó gyógyulással szemben.

Hofmann[3] 52 műtétileg kezelt gyomorfekély további sorsáról közöl összeállítást. A különböző módokon operált esetek műtéti mortalitasa 17·3%-ot tesz ki. Azon 37 eset közül, a kiknek további sorsáról felvilágosítást lehetett kapni, 9 meghalt, 2 nem teljesen, 26 teljesen gyógyult. Az esetek 70·2 százalékában biztos gyógyulás volt megállapítható.

Ezen összeállításokból látható, hogy a különböző műtéti móddal kezelt gyomorfekély az eseteknek 85—53%-ában állandóan gyógyult; ezen számok a mi 80%-ot tevő gyógyulásunkkal tehát körülbelül megegyezők, a különbség nem lényeges, és részint az alkalmazott műtét, részint a műtét alá került esetek súlyossága szerint változik. Azon szerzők statistikája, a kik például a szövődmény nélküli fekélyt is megoperálják, kedvezőbb, mint azoké, a kik ily esetben műtétet nem végeznek.

Hasonlítsuk most össze a sebészeti kezelés közvetlen és állandó eredményeit a belsőleg kezeltekével:

Kétly professor klinikáján, a már részletezett adatok szerint 62 eset volt kezelés alatt; ezek közül

gyógyult	54
javult	2
meghalt	4
műtét alá került	2

A belső kezelés az eseteknek 87·1%-jában volt tehát eredményes, míg 12·9%-ban a kezelés eredménytelen volt. A gyógyultan elbocsátott 54 eset közül 9·3% ismételten recidivált, 1·8% carcinomásan degenerált, 11·1%-ban tehát az állandó eredmény kedvezőtlen volt.

Schulz 291 esete közül 260 = 89% a kezelés befejeztével gyógyult, 31 = 11% nem javult vagy meghalt. A gyógyultan elbocsátottak közül 157-nek további sorsa ismeretes; ezek közül 121 = 77% állandón gyógyult, 36 = 23% nem gyógyult vagy meghalt.

Warren 125 esete közül 97 (77·6%) gyógyult, 28 (22·4%) nem gyógyult vagy meghalt.

A különböző szerzők eredményeinek középértékét véve, a sebészeti kezelés 69%-ban, a belső kezelés 75%-ban járt állandó gyógyulással.

Ezen adatok alapján azon végső conclusiora juthatunk, hogy a *pepticus fekély belsőleg kezelendő, mert az ily módon meggyógyult betegek tekintélyes része állandóan gyógyultan is marad; azon esetekben, a melyek a belső kezelés daczára nem javulnak vagy a melyekben a fekély begyógyulása után olyan következményes elváltozások keletkeztek, a melyekkel szemben a belső kezelés eredménytelen, a sebészeti beavatkozással állandó jó eredmény érhető el az esetek nagy többségében.*

A különféle sebészeti beavatkozások közül egyedül csak a gastroenteroanastomosis ajánlható, a fekély resectioját csupán akkor tartjuk megengedhetőnek, ha a jelenlevő tumor természete kétséges.

Azon 22 beteg közül, a kiknek további sorsa ismeretes, 11-nél közvetlen utánvizsgálat végeztetett, a többiek állapotáról irásbeli értesítést kaptunk. Ezen 11 eset a legbecsesebb, mert a gyomor chemismusának és motoricus képességének változását mutatja, a végzett műtét után közvetlenül és hosszabb idő mulva.

Nézzük először, hogy a pylorusresectiós eseteinkben milyen változás állott be a gyomor chemismusában, valamint a motoricus functioban?

A callosus fekély miatt végzett 4 pylorusresectio esete közül 1-nek további sorsa ismeretlen; a többi 3 eset mindegyikében lehetett szabad sósavat kimutatni a műtét előtt, a melynek mennyisége 0·20 és 0·24% között változott. Ha tehát nem mondhatjuk is, hogy minden esetben hyperaciditás illetőleg hyperchlorhydria volt jelen, annyit mégis megállapithatunk, hogy a műtét alá került esetek mindegyikében a sósav a physiologicus mennyiség legmagasabb határai között ingadozott.

Az egyik esetben a pylorusresectio után 2 hónappal megejtett gyomorvizsgálatnál a szabad sósav mennyisége 0·20-ra szállott le, a műtét előtti 0·24-ról, az összaciditás pedig 65-ről 60-ra; a második esetben 0·22-ról 0·08-ra, az összaciditás 65-ről 30-ra szállott le a műtét után 1 hónappal. Mindkét esetben ki lehetett tehát mutatni úgy a szabad sósav, mint az összaciditás csökkenését; ezen csökkenés az első esetben jelentéktelen, a második esetben azonban tetemes volt. Ez a különbség magyarázatát a resectio módjának különböző voltában nyeri: az egyik esetben a gyomor csonkja a duodenum csonkjával directe egyesitve lett, a másik esetben a gyomor és a duodenum csonkja vakon elzáratott és gastroenteroanastomosis végeztetett. A mig tehát az első esetben csupán a callosus fekély távolittatott el, a második esetben a készitett gyomorbélsipolyon keresztül az epe közömbösitő hatása is érvényre jutott és ebből magyarázható az aciditás ily nagymérvű csökkenése. Az első esetben műtét után epét nem lehetett kimutatni, a másodikban igen.

A motoricus működés mind a két esetben teljesen rendbe jött a műtét után; műtét előtt mind a két esetben határozott motoricus insufficientiát lehetett kimutatni; a próbaebéd után 6 órával, reggeli után 2 órával emésztetlen ételmaradék volt a gyomorban található. Az első esetben a műtét után 2 hónappal próbareggeli után 1 órával a gyomor teljesen üresnek találtatott és próbaebéd után 2 órával csupán 200 cm^3-nyi gyomortartalom volt nyerhető. A második esetben a próbareggeli után 1 órával és a próbaebéd után 4 órával a gyomor egészen üres volt. Ugyancsak a motoricus insufficientia megszüntét bizonyitja a második esetben megejtett salolpróba is; a műtét előtt a salicylsavat a vizeletben csak $2^1/_2$ óra mulva lehetett kimutatni, és a műtét után a próba már 1 óra mulva positiv volt.

A betegek subjectiv érzése mind a 4 esetben a műtét után teljesen megjavult; a hányás és a fájdalmak megszüntek és az erőbeli állapot is lassankint a rendesre tért vissza; valamennyinek testsúlya növekedett. Az esetek egyikében sem lépett fel recidiva és a készitett nyilás beszűkülésére valló tünetek sem lettek észlelve, pedig a legrégibb esetünk 1902. február havában lett megoperálva.

Négy pylorusresecált esetünk közül tehát a kedvező eredményt utóvizsgálattal állapithattuk meg 2-ben, levélbeli értesülés bizonyitja 1-ben és 1-nek további sorsa ismeretlen. A legpessimisticusabb számitás szerint is ez 75% állandó gyógyulásnak felel meg.

Brenner callosus fekélyt 21 esetben resecált; ezek közül 6 (28·6%) meghalt, 3 további sorsa ismeretlen. A fennmaradó 12 eset közül 8 (66·6%) állandóan gyógyult, 4 nem teljesen munkaképes. A teljesen gyógyultak között volt 4 partialis resectio, 2 pylorusresectio, a csonkok direct egyesitésével, 2 pylorusresectio gastroenteroanastomosissal. A négy nem teljesen gyógyult mindegyike partialis resectio volt.

A műtétileg gyógyult 20 gastroenteroanastomosis közül 2-nek további sorsa ismeretlen, a többi 18 eset közül 16-nál utólagos gyomorvizsgálat végeztetett.

A gastroenteroanastomosissal elért eredmények tárgyalásánál külön kell választanunk azon eseteket, a melyekben a műtét nyilt callosus fekélyek által okozott pylorusszűkület, vagy vérzést okozó fekély miatt végeztetett, azoktól, a melyeknél heges szűkület nem volt. Az előbbi esetekben ugyanis egy még be nem gyógyult, tehát progrediáló folya-

[1] *Delaloye*: Beitrag zur Gastroenterostomie. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 38.)

[2] *Kramer*: Beiträge zur Pathologie u. Therapie der gutartigen Pylorusstenosen. (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 51.)

[3] *Hofmann*: Bericht über 52 operativ behandelte Fälle von Ulcus ventriculi. (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 50.)

mattal állunk szemben, míg az utóbbiakban egy már begyógyult fekély által okozott kóros elváltozással. Az előbbi esetek a szűkület megszüntetése után sem tekinthetők gyógyultaknak, mert a be nem gyógyult fekély érintetlenül maradt, és ha a gastroenteroanastomosis nincs a fekélyre gyógyító hatással, épen úgy szövődményekhez vezethet, mintha gastroenteroanastomosis nem végeztetett volna. Azonban a heges szűkületeket sem tekinthetjük olyanoknak, a melyeknél a folyamat már minden kétséget kizárólag meggyógyult: a hegesen gyógyult fekélyek mellett lehetnek egyidejűleg nyilt fekélyek is jelen, vagy keletkezhetnek újak az idők folyamán az arra már hajlamos nyákhártyán, vagy hajlamos egyénnél. Az operált egyének utánvizsgálása tehát itt is épen olyan fontos, mint a nyilt fekélyek eseteiben.

Callosus fekélyeknél végzett gastroenteroanastomosis eredményei:

Öt esetben végeztük callosus fekély miatt e műtétet: 4 esetben gastroenteroanastomosis retrocolica posticát, egyszer antecolica anticát. Ez utóbbit csupán azért, mert egy hátsó nyilás készítése technikailag lehetetlen volt. Az esetek mindegyikében a fekély a pyloruson volt elhelyezve; egy esetben (9. sz.) a fekély a hasfallal összekapaszkodva egy praeperitonalis tályog képződéséhez vezetett, a 12. sz. esetben pedig a pyloruson kivül egy cardialis fekély is volt jelen. 14 sz. esetünkben a callosus fekély mellett rendkivül nagy kiterjedésü és sokszoros perigastriális odanövések voltak jelen. Külön említést érdemel a 13. sz. esetünk is, a melynél a meglevő pylorusszűkületet okozó fekély miatt más helyen végeztek a betegnél gastroenteroanastomosist. A készített nyilás beszükült, illetőleg a nyilás körül részben az elvezető jejunalis kacsot is szükítő új callosus fekély keletkezett. Mind a négy esetben többszörös összenövések voltak jelen a pancreassal, a májjal, a már részletesen tárgyalt esetben majdnem az egész gyomor infiltrálva volt.

Öt eset közül 3-ban a műtét előtt szabad sósav ki volt ugyan mutatható, azonban mennyisége még a physiologikus mennyiségnél is kevesebb volt (0·09—0·06%), tehát hyperchlorhydriáról ez esetekben szó sem lehet; 2 esetben a szabad sósav teljesen hiányzik. Tejsav 4 esetben ki volt mutatható; az összaciditás 15 és 40 között változott.

A műtét után az egyes esetekben a gyomor secretionalis, valamint motoricus viszonyai a következőleg változtak meg:

9. sz. eset. Műtét előtt sósav +, tejsav +, összaciditás nincs megadva. Műtét után 1 hóval: próbareggeli után sósav +, tejsav —, próbaebéd után sósav 0·07, tejsav —, összaciditás 40. Epe kimutatható. Műtét előtt próbaebéd után 7 órával a gyomor egészen telt, rosszul emésztett ételmaradékkal. Műtét után 1 hóval: próbareggeli után 1 órával igen kevés gyomorbennék, próbaebéd után 6 órával gyomor teljesen üres. Műtét után 6 hóval próbaebéd után 4 órával gyomor teljesen üres. Gyomor alsó határa felfúvásnál műtét előtt symphysis felett 3 ujjal, műtét után 6 hóval 2 ujjal köldök alatt.

11. sz. eset. Műtét előtt sósav —, tejsav —, összaciditás 15. Műtét után 2 hóval próbareggeli után sósav —, tejsav —, összaciditás 24. Próbaebéd után sósav 0·10, tejsav —, összaciditás 40. Epe kimutatható. Műtét előtt, a próbareggeli után 1 órával a bevett ételmennyiségnek teljesen megfelelő mennyiségü gyomorbennék nyerhető. Műtét után 2 hóval ebéd után 5 órával gyomor teljesen üres. Gyomor alsó határa felfúvásnál műtét előtt a köldök magasságában, műtét után 2 hóval két haránt ujjal a köldök felett.

12. sz. eset. Műtét előtt próbareggeli után sósav —, tejsav +, összaciditás 30; próbaebéd után sósav 0·09, tejsav +, összaciditás 40. Műtét után 2 hóval próbaebéd után sósav —, tejsav gyengén +, összaciditás 32. Epe kimutatható. Műtét előtt a próbareggeli után 1½ órával, ebéd után 6 órával rosszul emésztett ételmaradék bőven ürül. Műtét után 2 hónappal próbareggeli után 45 perczczel, próbaebéd után 4 órával gyomor teljesen üres.

13. sz. eset. Műtét előtt próbareggeli után HCl 0·16, tejsav +, összaciditás 60; próbaebéd után HCl 0·18, tejsav +, összaciditás 70. Műtét után 1½ hóval HCl 0·1%, tejsav —, összaciditás 30, próbareggeli után; próbaebéd után HCl 0·12%, tejsav +, összaciditás 34. Műtét után 5 hóval próbareggeli után HCl 0·12, tejsav +, összaciditás 34. Vér, epe kimutatható. Műtét előtt próbaebéd után 6 órával a gyomor meg nem emésztett ételmaradékokkal telt.

14. sz. eset. Műtét előtt próbareggeli után sósav +, tejsav —. Műtét után 1 hóval: próbareggeli után sósav —, tejsav —, összaciditás 17. Próbaebéd után sósav —, tejsav —, összaciditás 20, epefesteny +. Műtét előtt próbareggeli után 1 órával, ebéd után 4 órával rosszul emésztett ételmaradék bőven ürül. Műtét után 1 hóval: próbaebéd után 4 órával gyomor teljesen üres.

Ezen 5 eset közül 4-ben a gyógyulás tökéletesnek mondható; a hányás, a gyomorfájdalmak megszüntek, a betegek a műtét után testsúlyban gyarapodtak és teljesen egészségesnek érzik magukat. Csupán egy esetben (13. sz. eset) nem mondható teljesnek a gyógyulás; ezen betegnél az első gastroenteroanastomosis után 6 hónap mulva, a régi panaszok miatt ismét kellett gastroenteroanastomosist végezni. Ezen második műtét után 4 hónap mulva ismét felléptek olyan tünetek, a melyek egy új fekély keletkezésére mutattak; a gyomorvizsgálatkor nyert vér ezen felvételt csak megerősitette. Az ekkor elrendelt belső kezelésre a beteg panaszai ugyan teljesen megszüntek, azonban a legcsekélyebb diaetahibára újra fellépnek. Ezen esetünket tehát gyógyultnak nem tekinthetjük; ezen esetben a gastroenteroanastomosis daczára új fekély keletkezett. A többi 4 eset mindegyikében megjavult a gyomor motoricus működése, legfeltünőbb a változás az 5. sz. esetben, a melyben a műtét előtt, próbareggeli után 1½ órával, ebéd után 6 órával a gyomor rosszul emésztett ételmaradékkal telve találtatott, míg a műtét után 2 hóval próbareggeli után 45 perczczel, ebéd után 4 órával a gyomor teljesen üres volt. A gyomor ezen gyors kiürülése következtében a műtét előtt jelen volt tejsav a gyomornedvből eltünt (két esetben teljesen, egy esetben a műtét után csak nyomokban volt feltalálható), sósav, ha műtét előtt nem volt kimutatható, ismét kimutathatóvá vált.

A gastroenteroanastomosis gyógyító hatása a callosus fekélyek ezen eseteiben tehát nem tagadható.

A vérzést okozó fekély egy esetében (4. sz.) a műtét előtt HCl +, tejsav —, összaciditás 78; műtét után 1 év és 1 hóval próbareggeli után HCl 0·09, tejsav —, összaciditás 18. Próbaebéd után HCl 0·11, tejsav —, összaciditás 34. A műtét után 4, 5 és 6 hónappal a beteg több izben hányt vért, de azóta 8 hónapon keresztül, a midőn a vizsgálat nála megejtetett, vérhányás nem mutatkozott. Hogy a vérzés ezen megszünésében a gastroenteroanastomosisnak volt-e része: arra határozottan igenlőleg felelni nem lehet. Annyi kétségtelen, hogy a szabad sósav mennyisége a műtét után megcsökkent és a gyomornedv összaciditása több mint felére szállott le. Valószinű, hogy a szabad sósav mennyiségének ezen megcsökkenésével a nyilt fekély begyógyulása is bekövetkezett, a mi a vérzés megszünését okozta.

A heges pylorusszűkület miatt végzett és műtétileg gyógyult 12 gastroenteroanastomosis közül utóvizsgálat végeztetett 8 esetben.

Ezen 8 eset közül műtét előtt szabad sósav kimutatható volt 7 szer, tejsav 4 szer; ezen utóbbi esetek közül egyben a sósav hiányzott.

A szabad sósav mennyisége 5 esetben volt meghatározva és 0·04, 0·22, 0·26, 0·28, 0·30%-ot tett ki, tehát négy esetben a physiologikus mennyiségnél tetemesen magasabb volt.

A secretionális viszonyok megváltozását a műtét után a következő táblázat mutatja, megjegyezvén, hogy több alkalommal végzett és különböző adatokat mutató vizsgálatok közül csak a legmagasabb értékek foglaltatnak benne. (Részleteket l. a kórtörténetek között.)

Az eset száma			23. sz. eset	24. sz. eset	25. sz. eset	26. sz. eset	27. sz. eset	28. sz. eset	29. sz. eset	30. sz. eset
Műtét előtt		HCl	+	+	0·28	0·30	0·26	0·22	0·04	—
		Tejsav	—	—	—	—	+	+	+	+
		Összaciditás	61	68	70	72	75	65	60	40
Műtét után	közvetlenül	HCl	—	—	0·10	0·10	0·14	0·12	0·21	—
		Tejsav	—	—	—	—	—	—	—	+
		Összaciditás	—	—	30	30	40	40	54	20
	hosszabb idővel	HCl	+	+	—	0·16	—	—	0·22	0·8
		Tejsav	—	—	—	—	—	—	—	—
		Összaciditás	38	40	—	45	—	—	60	30

Ezen táblázatból látható, hogy a szabad sósav mennyisége mindazon esetekben, a melyekben a műtét előtt hyperchlorhydria volt jelen, megcsökkent és hogy ezen csökkenés maradandó. A 29 sz. esetben a műtét előtt talált 0·04%-nyi sósav-mennyiség egy hónappal a műtét után 0·21-re, 4 hónap mulva 0·22%-ra emelkedett. Ezen esetek mindegyikében a beteg subjectiv érzése teljesen megjavult, panaszaik mind megszüntek. A 30 sz. esetben a műtét előtt szabad sósavat nem lehetett kimutatni, de tejsavat igen; egy hónappal a műtét után sósav még mindig nem volt kimutatható, de tejsav igen, azonban az összaciditás felényire csökkent; a 6 hónap mulva megismételt vizsgálatnál már 0·8%-ot tett ki a sósav és a tejsav eltünt. Ezen esetben a beteg panaszai nem szüntek meg teljesen.

Érdekes az epe viselkedése is a műtét után. A 25, 26, 27, 29 és 30 sz. esetben a műtét után közvetlenül epe ki volt mutatható a gyomornedvben; ezen esetek közül csupán egyetlen egyben (a melyik nem gyógyult) találtatott 6 hónap mulva is epe.

A gyomor motoricus képessége minden egyes esetben a műtét után megjavult, sőt két esetben a gyomor határozott megkisebbedését lehetett megállapitani a műtét után 4, illetve 11 hó multán. A 26 sz. esetben műtét előtt a gyomor felső határa a köldök magasságában, alsó határa a symphysis felett 3 harántujjnyira volt és a 11 hó mulva megejtett vizsgálatnál a felső határ a köldök felett 1, az alsó határ a köldök alatt 2 harántujjnyira találtatott. A gyomor tehát kezdett ismét eredeti helyzetébe visszatérni és megkisebbedni, a mint kiürülése akadálytalanul történt.

Ezekből látható, hogy a gastroenteroanastomosis hatása tartós, a hyperaciditás csökkenése maradandó, a tágult gyomor idővel megkisebbedik.

Homokóragyomor miatt végzett gastroenteroanastomosis szintén állandóan gyógyult. A műtét előtt jelenlevő szabad sósav mennyisége a 2 év után végzett vizsgálatnál 0·12%-nyinak találtatott és az összaciditás 65-ről 40-re szállott le.

Heges duodenumszűkület esetében a műtét előtt a szabad sósav mennyisége próbareggeli után 0·2%, próbaebéd után 0·16% volt; az előbbi után tejsav nem találtatott, a próbaebéd után igen. Az összaciditás 70, illetve 56 volt. A gastroenteroanastomosis után 1 hóval a sósav mennyisége 0·08-ra, az összaciditás 40-re szállott le; epe ki volt mutatható.

Gastroenteroplasticát végzett esetünkben az 1 év előtt készített gastroenteroanastomosis antecolica antica daczára stenoticus tünetek voltak jelen. Próbareggeli után szabad sósav nem találtatott, tejsav igen és epe is. A végzett műtét után 2 évvel a gyomorvizsgálatnál tejsav nem találtatott, de szabad sósav igen és az összaciditás 70 volt. A gyomor kiürülése zavartalan. Ezen objectiv leletből meg lehet magyarázni, hogy a betegnek régi gyomorégései és fájdalmai, habár kisebb mértékben, de még mindig megvannak; ezen esetben úgy látszik, az Y formájú gastroenteroanastomosis kifogástalan működése daczára egy új fekély keletkezett, vagy a már begyógyult fekély ismét kiújult.

B) Kisérleti rész.

Az előbbi fejezetben már említést tettem azon kérdésekről, a melyekre feleletet állatkisérletekkel akartam kapni. Az első kérdés, a melylyel foglalkoztam, a következő volt:

Gyomorbélsipoly készítése után a gyomortartalom kizárólag ezen keresztül távozik-e átjárható pylorus esetében vagy nem és kimutatható-e valami különbség a használatos gastroenteroanastomosis-módok, a nyilás helye vagy az anastomosishoz felhasznált bélkacs isoperistalticus vagy antiperistalticus elhelyezése mellett a gyomortartalom útjában?

Ezen kérdés eldöntése nemcsak theoreticus értékü a gyomorfekélyeknél alkalmazott gastroenteroanastomosis hatásmódjának magyarázására, hanem gyakorlati értékkel is bir a duodenumszűkületek és fekélyek kezelésére nézve.

A gyomortartalom útjának megállapitására két lehetőség van: az egyik az, hogy a készitett gastroenteroanastomosis után bismuthot, higanyt vagy bármely olyan anyagot juttatunk az állat gyomrába, a mi Röntgen-átvilágitásnál árnyékot ad és ezen anyagok útját Röntgen-átvilágitásnál vizsgáljuk élő állatban. Az ily módon megejtett vizsgálatok eredményei azonban nem teljesen megbizhatók, különösen nem akkor, ha a gyomorbélsipolynyilás a pylorus közelében van.

A második mód az, hogy az állat gyomrába olyan festőanyagot juttatunk, a mely a gyomor, illetve a bél nyákhártyáján látható nyomot hagyva a gyomortartalom útját biztosan jelzi. Ha az állatot a festék beadása után 2—3 órával megöljük, akkor biztosan meg lehet állapitani azt az útat, a melyet a gyomortartalom követett. A kérdés most az volt, hogy milyen festék a legalkalmasabb ezen czélra: megpróbáltam az eosint, fuchsint, carmint, methylenkéket és a legjobbnak ez utóbbit találtam.

Kisérleteimet kutyákon végeztem és pedig oly módon, hogy különböző módszerek szerint végeztem gastroenteroanastomosist és hosszabb idő mulva, a midőn már felvehettem, hogy a gyomortartalom keringése állandósult a megváltozott viszonyokhoz képest — az állatnak beadtam a festéket és 2—3 óra mulva megölve a legnagyobb óvatossággal in situ felnyitottam a belet a készitett sipolynyilás és a pylorus között. Eleintén a methylenkéket tömény vizes oldatban gyomorcsövön át öntöttem bele a jóllakott állat gyomrába; később azonban, a midőn láttam, hogy kevés festék is elegendő nyomot hagy maga után: úgy jártam el, hogy nagyobb húsdarabok közepébe téve az oldatlan festéket, az állattal lenyelettem, az éheztetett állatok kivétel nélkül mind mohón felfalták a húst.

Ilyen kisérletet 35 esetben végeztem, nem számitva azon eseteket, a melyekben a kutyák varratelégtelenség vagy más ok miatt a műtét következtében elpusztultak. A végzett műtétek a következők voltak: 15 gastroenteroanastomosis antica, 14 postica, 4 Roux-féle és 2 Kocher-féle anastomosis. Az anastomosist 33 esetben varrattal, 2 esetben Murphy-gombbal végeztem. A Roux- valamint a Kocher-féle anastomosist csak kisebb számban tudtam végezni, mert csak nagy kutyákon végezhető. A gyomron a nyilást az esetek egy részében közel a cardiához, másik részében közel a pylorushoz, vagy a kettő között a középen készitettem egyszer vagy másszor kis nyilással; az anastomosishoz felhasznált vékonybélkacsot az esetek egy részében isoperistalticusan helyeztem el, a másik részében antiperistalticusan.

A midőn kisérleteim első sorozatának elvégzése után kiderült, hogy gyomorbennék minden esetben feltalálható a pylorus és a sipolynyilás közötti bélrészletben is: meg kellett állapitani azt is, hogy tényleg a pyloruson keresztül jut-e bele a gyomorból a tartalom és nem esetleg a sipolynyilás felől. Ezért controlképen négy esetben a készitett sipolynyilás felett közvetle nüllekötöttem az odavezető bélkacsot; ha ilyenkor is található gyomorbennék a duodenalis kacsban, akkor az csakis a pyloruson keresztül juthatott oda.

Miután ezen esetekben is kitünt, hogy a pyloruson keresztül is jut gyomorbennék a belekbe, az esetek további részében a pylorust egy selyemfonállal szükitettem megállapitandó, hogy a pylorusszükületek esetében végzett gastroenteroanastomosisnál is ugyanilyenek-e a viszonyok.

A kisérletek röviden a következők voltak:

1. Átjárható pylorus, isoperistalticusan elhelyezett vékony bélkacs mellett végzett gastroenteroanastomosis.

1. kisérlet. Kis szürke pudli. G. e. a. antica varrattal, nyilás a pylorus és cardia között középen. 1906. október 4. Methylenkék tömény oldatban beadva. November 10.-én. Két óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza: 3 cm., távolság a pylorustól 4 cm., cardiától 6 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 5 cm. Duodenumban a pylorus és a sipolynyilás között a nyákhártyát intensive kékre festő gyomortartalom.

2. kisérlet. 1906. október 4. Kis fekete bastard. G. e. a. antica varrattal; nyilás közvetlenül a pylorus mellett. 1906. november 10.-én methylenkék tömény oldatban beadva, 2½ óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3·5 cm., távolság a pylorustól 2 cm., cardiától 9 cm., nagy

görbülettől 3 cm., kis görbülettől 6 cm. Duodenumban a pylorus és sipolynyilás között kevés gyomortartalom, nyákhártya mindenüttkék.

3. kisérlet. 1906. október 5. Kis tarka juhászkutya. G. e. a. antica varrattal, nyilás a cardiához közel. 1906. november 11.-én methylenkék tömény oldatban beadva, 3 óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 2 cm., távolság a cardiától 2 cm., pylorustól 6 cm., kis görbülettől 2 cm., nagy görbülettől 3 cm. Duodenumban igen kevés gyomortartalom, nyákhártya intensive kék.

4. kisérlet. Kis tarka bastard. 1906. október 7. G. e. a. antica varrattal, nyilás a cardiához közel. 1906. november 20.-án. Methylenkék tömény vizes oldatban telt gyomorba beadva, 2 óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3·5 cm., távolság a cardiától 3 cm., pylorustól 7 cm., nagy görbülettől 1 cm., kis görbülettől 4 cm. Duodenumban sok gyomorbennék. nyákhártya kék.

5. kisérlet. 1906. október 8. Középnagy fekete bastard. G. e. a. postica varrattal; nyilás közel a pylorushoz. 1906. november 21.-én. Methylenkék tömény vizes oldalban telt gyomorra beadva; $1^1/_2$ óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 4 cm., távolság a cardiától 8 cm., pylorustól 3 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 4 cm. Duodenumban sok gyomorbennék, nyákhártya kék.

6. kisérlet. 1906. október 8. Kis mopszli. G. e. a. postica Murphy-gombbal közel a cardiához. 1906. november 23.-án. Methylenkék tömény vizes oldatban telt gyomorba beadva. $3^1/_2$ óra mulva megölve; gyomor majdnem egészen üres valamint a duodenum is; mindkettőnek nyákhártyája intensive kék. Murphy-gomb a gyomorban; nyilás átmérője 1·5 cm., távolság a cardiától 4 cm., pylorustól 6 cm., kis görbülettől 2 cm., nagy görbülettől 4 cm.

7. kisérlet. 1906. október 10. Kis tarka hím juhászkutya. G. e. a. postica varrattal, nyilás körülbelül a középen. 1906. november 24.-én. Methylenkék tömény vizes oldatban telt gyomorra beadva. 2 óra mulva megölve. Nyilás hossza 3 cm., távolság a pylorustól 3 cm., cardiától 4 cm., kis görbülettől 2 cm., nagy görbülettől 2·5 cm. Duodenum telve gyomortartalommal.

8. kisérlet. 1906. október 10. Kis szürke nőstény bastard. G. e. a. postica varrattal; nyilás a pylorushoz közel. 1906. november 25.-én. Methylenkék tömény vizes oldatban telt gyomorra beadva, $2^1/_2$ óra mulva megölve. Nyilás hossza 3·5 cm., távolság a pylorustól 2 cm., cardiától 7 cm., nagy görbülettől 1·5 cm., kis görbülettől 3·5 cm. Duodenum gyomortartalommal telve.

9. kisérlet 1906. október 11.-én. Nagy fekete hím mészároskutya. Roux-féle anastomosis. 1906. deczember 2. Egy darab marhahús közepébe 1 grm. methylenkék betéve és a kutyával lenyeletve. Két óra mulva megölve. Gyomornyilás nagysága 1 cm.; távolsága pylorustól 7 cm, cardiától 8 cm., nagy görbülettől 1 cm., kis görbülettől 6 cm. A bélkacs hossza a gyomornyilástól a duodenum beszájadzásáig 5 cm. Úgy a duodenumnak a pylorustól a bélbe való beszájadzása helyéig, mint a gyomorba bevarrt bélkacs nyákhártyája intensive kékre festődött.

10. kisérlet 1906. október 12.-én. Nagy fekete hím komondor. Roux-féle anastomosis. 1906. deczember 2.-án. Methylenkék porban beadva. Két óra mulva megölve. Gyomornyilás nagysága 1·5 cm.; távolsága pylorustól 5 cm., cardiától 8 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 6 cm. A bélkacs hossza a gyomornyilástól a duodenum beszájadzásáig 4 cm. Úgy a duodenumnak, mint a gyomorba bevarrt bélkacsnak nyákhártyája erősen kékre festődött.

11. kisérlet 1906. október 12.-én. Nagy fehér nőstény juhászkutya. Kocher-féle anastomosis. 1906. november 30.-án. Methylenkék porban beadva és $2^1/_2$ óra mulva megölve. Gyomornyilás hossza 1·5 cm, távolsága pylorustól 5 cm., cardiától 7 cm, nagy görbülettől 1 cm., kis görbülettől 5 cm. Duodenum nyákhártyája erősen kékre festődött.

II. Szűkített pylorus, isoperistalticusan elhelyezett vékonybélkacs mellett végzett gastroenteroanastomosis.

12. kisérlet 1906. október 13. Kis tarka hím bastard. G. e. a. antica varrattal. Pylorus vastag selyemfonállal erősen szűkítve. 1906. november 15.-én. Methylenkék porban beadva és két óra mulva megölve. Leszorítás helyén megvastagodás, fonal kivülről nem látszik. Gyomornyilás hossza 3·5 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 6 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 4 cm. Pylorust lekötő fonál kacsa egy kis darabon még nyákhártyától fedve van. Duodenum igen erősen kékre festődött.

13. kisérlet 1906. október 13. Kis szürke nőstény bastard. G. e. a. antica varrattal közel a pylorushoz; pylorus leszorítva. 1906. deczember 15. Methylenkék porban beadva. Lekötés helyén megvastagodás. Nyilás hossza a gyomorban 3 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 6 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 4 cm. Lekötési fonál nem található. Duodenumban sok gyomorbennék.

14. kisérlet 1906. október 13.-án. Kis mopszli hím. G. e. a. antica varrattal, közel a cardiához; pylorus leszorítva. 1906. deczember 20. Methylenkék porban beadva és $1^1/_2$ óra mulva megölve. Gyomornyilás hossza 3·5 cm., távolsága pylorustól 5 cm., cardiától 2·5 cm., nagy görbülettől 2 cm, kis görbülettől 2·5 cm. Lekötési fonál nem találtatott. Duodenumban sok gyomorbennék.

15. kisérlet 1906. október 14.-én. Kis tarka bastard hím. Gastroenteroanastomosis. Murphy-gombbal kb. a közepén; pylorus leszorítva. 1906. deczember 20. Methylenkék porban beadva és két óra mulva megölve. Murphy-gomb a gyomorban; nyilás nagyon beszűkült, alig 0·5 cm. átmérőjű; távolsága pylorustól 4 cm., cardiától 7 cm., nagy görbülettől 1·5 cm., kis görbülettől 4 cm. Lekötési fonal nem találtatott. Duodenum erősen kékre festődött.

16. kisérlet 1906. október 14.-én. Kis tarka nőstény bastard. G. e. a. postica varrattal közel a pylorushoz; pylorus leszorítva. 1906. deczember 28. Methylenkék porban beadva és két óra mulva megölve. Gyomornyilás nagysága 3·5 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 7 cm., kis görbülettől 3 cm., nagy görbület felett közvetlenül. Lekötési fonal nem találtatott. Duodenumban sok gyanús bennék.

17. kisérlet 1906 október 14.-én. Kis fekete hím bastard. G. e. a. postica varrattal közel a cardiához; pylorus leszorítva. 1906. deczember 27. Methylenkék porban beadva és $1^1/_2$ óra mulva megölve. Gyomornyilás nagysága 4 cm., távolsága pylorustól 5 cm., cardiától 2 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 1·5 cm. Lekötési fonal nem találtatott. Duodenum telve gyomorbennékkel.

18. kisérlet 1906. október 14.-én. Kis vörös juhászkutya hím. G. e. a. postica varrattal, közel a pylorushoz. Pylorus szűkítve. 1906. deczember 27. Methylenkék beadva és két óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3 cm., távolsága pylorustól 1·5 cm., cardiától 7 cm., nagy görbülettől 1 cm., kis görbülettől 2 cm. Lekötési fonal in situ, de serosával beboritva. Duodenumban kevés gyomorbennék.

19. kisérlet 1906. október 15.-én. Kis tarka hím bastard. Pylorus szűkítve. G. e. a. postica a pylorus és cardia között a középen. 1906. deczember 27. Methylenkék beadva és $2^1/_2$ óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3·5 cm., távolsága pylorustól 3 cm., cardiától 6 cm, nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 4 cm. Lekötési fonal nem találtatott. Gyomor és duodenum üres, de a nyákhártya mindenütt intensive kék.

20. kisérlet 1906. október 15.-én. Nagy tarka nőstény bastard. Pylorus szűkitve. G. e. a. Roux szerint. 1906. deczember 29. Methylenkék beadva és $1^1/_2$ óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 1·5 cm., távolsága pylorustól 4 cm., cardiától 8 cm., kis görbülettől 4 cm., nagy görbülettől 3 cm.; az anastomosishoz felhasznált bélkacs hossza az implantatio helyéig 4·5 cm. Lekötési fonal nem találtatott. Duodenumban sok gyomortartalom.

21. kisérlet. 1906. október 16.-án. Nagy fekete nőstény bastard. Pylorus szűkitve. Kocher-féle g. e. a. 1907. január 3. Methylenkék beadva és 2 óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 1 cm., távolsága pylorustól 4 cm., cardiától 7 cm., nagy görbülettől 3 cm., kis görbülettől 4 cm. Lekötési fonal nem találtatott. Duodenumban kevés gyomorbennék, nyákhártya erősen kékre festődött.

III. Átjárható pylorus, antiperistalticusan elhelyezett vékonybélkacs mellett végzett gastroenteroanastomosis.

22. kisérlet 1907. január 5.-én. Kis szürke pudli, nőstény. G. e. a. antica varrattal, közel a pylorushoz. 1907. január 30. Methylenkék beadva és 1 óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 3 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 4 cm., kis gürbülettől 2 cm., nagy görbülettől 2·5 cm. Duodenumban sok gyomorbennék.

23. kisérlet 1907. január 5.-én. Kis vörös hím bastard. G. e. a. anticavarrattal, közel a pylorushoz. 1907. február 1. Methylenkék beadva és 2 óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 2·5 cm., távolsága pylorustól 1·5 cm., cardiától 5 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 3 cm. Duodenumban kevés gyomorbennék, nyákhártya intensive kék.

24. kisérlet 1907. január 5.-én. Kis tarka hím bastard. G. e. a. antica varrattal, közel a cardiához. 1907. február 1. Methylenkék beadva és 2 óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 3 cm., távolsága pylorustól 4 cm., cardiától 2 cm., nagy görbülettől 1·5 cm., kis görbülettől 2 cm. Duodenumban kevés gyomorbennék, nyákhártya halványkék.

25. kisérlet 1907. január 6.-án. Kis tarka pudli. G. e. a. postica varrattal, a cardiához közel. 1907. január 10. Methylenkék beadva és $1^1/_2$ óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 2·5 cm, távolsága pylorustól 4 cm., cardiától 2 cm., nagy görbülettől 3 cm., kis görbülettől 2 cm. Duodenumban sok gyomorbennék.

26. kisérlet 1907. január 6.-án. Kis szürke juhászkutya. G. e. a. postica varrattal, a cardia és pylorus között a középen. 1907. január 30. Metylenkék beadva és 2 óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 2 cm., távolsága cardiától 3 cm., pylorustól 4 cm., nagy görbülettől 1 cm., kis görbülettől 5 cm. Duodenumban sok gyomorbennék.

27. kisérlet. 1907. február 1. Kis tarka nőstény bastard. G. e. a. postica varrattal pylorushoz közel. 1907. február 26.-án methylenkék beadva és 4 óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3 cm., távolsága pylorustól 1 cm., cardiától 6 cm., nagy görbület felett közvetlenül, kis görbülettől 2 cm. Gyomor és duodenum teljesen üres, mindkettő nyálkahártyája halványkék.

IV. Szűkített pylorus, antiperistalticusan elhelyezett vékonybélkacs mellett végzett gastroenteroanastomosis.

28. kisérlet. 1907. január 10. Kis szürke hím juhászkutya. G. e. a. antica varrattal pylorushoz közel. Pylorus leszorítva. 1907. február 6. Methylenkék beadva és két óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 4·5 cm., nagy görbülettől 1·5 cm., kis görbülettől 2 cm. Lekötési fonál majdnem teljesen átvágott, csupán csak a fonal kacsját tartja még a mucosa; a kacs többi része a gyomor lumenében szabadon lóg. Duodenumban kevés gyomorbennék.

29. kisérlet. 1907. január 10. Kis tarka nőstény bastard. G. e. a. antica varrattal a cardiához közel. Pylorus leszorítva. 1907. márczius 4. Methylenkék beadva és $1^1/_2$ óra mulva megölve. Sipolynyilás nagysága 2 cm., távolsága pylorustól 5 cm., cardiától 2 cm., nagy görbülettől

3 cm., kis görbülettől 1 cm. Lekötési fonal nem találtatott. Duodenumban sok gyomorbennék.

30. kisérlet. 1907. január 10. Kis fekete mészároskutya. G. e. a. postica varrattal pylorushoz közel. 1907. január 30.-án methylenkék beadva és 1½ óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 2 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 6 cm., kis görbülettől 1 cm., nagy görbülettől 3 cm. Lekötési fonal in situ. Duodenumban sok gyomorbennék.

31. kisérlet. 1907. január 12. Kis tarka hím bastard. G. e. a. postica varrattal a cardiához közel. 1907. február 1. methylenkék beadva és 1½ óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 2·5 cm., távolsága pylorustól 4 cm., cardiától 2·5 cm., nagy görbülettől 2 cm., kis görbülettől 1·5 cm. Lekötési fonal a serosával teljesen fedve. Duodenumban kevés gyomorbennék.

V. Az odavezető vékonybélkacs leszorítása mellett végzett gastroenteroanastomosis.

32. kisérlet. 1907 január 26. Kis vörös hím bastard. G. e. a. antica antiperistalticusan elhelyezett vékonybélkacscsal, a mely selyemfonállal az anastomosis helye előtt szűkittetik; nyilás a pylorus és cardia között a középen. 1907. február 12. Methylenkék beadva és 1½ óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3 cm., távolsága pylorustól 3 cm., cardiától 4 cm., kis görbülettől 2 cm., nagy görbülettől 3 cm. Duodenum a pylorustól a lekötés helyéig erősen tágult, telve van gyomorbennékkel. A pancreas kivezető csöve a beszájadzástól 2 cm.-ig szintén kékre festődött. Lekötési fonal serosával csak részben van beborítva, kacs szabadon fekszik.

33. kisérlet. 1907. január 26. Kis fekete juhászkutya. G. e. a. antica isoperistalticusan elhelyezett vékonybélkacscsal; az odavezető kacs lekötve az anastomosisnyilás felett. Nyilás közel a pylorushoz. 1907. február 10. Methylenkék beadva és két óra mulva megölve. Sipolynyilás hossza 3 cm., távolsága pylorustól 1·5 cm., cardiától 4 cm., nagy görbülettől 1 cm., kis görbülettől 3 cm. Duodenum erősen tágult, telve van gyomorbennékkel. Lekötési fonal in situ.

34. kisérlet. 1907. január 27. Kis tarka bastard. G. e. a. postica antiperistalticusan elhelyezett vékonybélkacscsal; az odavezető kacs az anastomosisnyilás felett lekötve. Nyilás pylorushoz közel. 1907. február 20. Methylenkék beadva és 2 óra mulva megölve. Nyilás hossza 3·5 cm., távolsága pylorustól 2 cm., cardiától 7 cm., nagy görbület felett közvetlenül, kis görbülettől 4 cm. Duodenum különösen a lekötés felett erősen tágult és gyomorbennékkel telt. Lekötési fonal kivülről nem látható a bélen.

35. kisérlet. 1907. január 28. Nagy szürke bastard. G. e. a. Roux szerint. A duodenum közvetlenül a vékonybélbe való implantio előtt leköttetik; ezenkivül a pylorus is szűkittetik. 1907. márczius 1. Methylenkék beadva és 2½ óra mulva megölve. Lekötés a pylorus felett nem találtatik, helyén egy vonalas heges megvastagodás, duodenumon a lekötés változatlan. Sipolynyilás nagysága a gyomorban 1·5 cm., távolsága pylorustól 2·5 cm., cardiától 8·5 cm., Duodenum rendes tágasságú, benne kevés gyomorbennék; nyákhártyája halványkék.

Ezen kisérletekből minden kétséget kizárólag megállapitható: hogy *a gyomortartalom nemcsak a gastroenteroanastomosisnyiláson keresztül jut a bélbe, hanem a pyloruson keresztül is, még akkor is ha a pylorus szűkült; a gyomortartalom ezen útját sem az anastomosishoz felhasznált vékonybélkacs elhelyezésével, sem a nyilás nagyságával vagy helyével megváltoztatni nem lehet.*

A második kérdés, a melylyel kisérletileg foglalkoztam, a gyomorvérzéseknek gastroenteroanastomosissal való kezelése volt. Eredetileg az volt a tervem, hogy azon a módon, a mint azt *Fibich*[1] tette kisérletileg, a pepticus fekélyhez hasonló gyomorfekély által idézek elő a kutyák gyomrában vérzést: hogy a pepticus gyomorfekély okozta vérzéssel lehetőleg analog viszonyokat teremtsek. Ezen tervem azonban nem sikerült; a nyákhártyából kivágott darabka helyén keletkezett vérzés a savval való érintés után megszünt; próbáltam egy ütőér felett készíteni a fekélyt, de a kisérlet igy sem sikerült. Ezért kénytelen voltam úgy eljárni, hogy a gyomron készitett nyiláson keresztül egy tenotommal belülről végighasitottam körkörösen a gyomor mellső és hátsó felületén a nyákhártyát úgy, hogy a serosa sértetlen maradt és a gyomron készített nyilást a gastroenteroanastomosis készitéséhez használtam fel. Hogy ezen műtét hatását kellőleg mérlegelhessem, iparkodtam teljesen hasonló helyén a gyomornak ugyanolyan sérülést előidézni egy körülbelül hasonló nagyságú és súlyú controllállaton és a gyomor sebét egyesitve semmi egyebet az állattal nem csináltam. Ily módon véltem elérhetőnek azt, hogy két körülbelül hasonló súlyosságú gyomorvérzés egyikében végzett gastroenteroanastomosis hatása a nem operált másik esettel szemben megitélhető legyen. Minthogy ezen kisérleteknél a 3 controllállat életben maradt és a kettő, a melynél gastroenteroanastomosist is végeztem, elpusztult, ugyanezen kisérletet megismételtem a pylorus szűkitése mellett és a műtét előtt éhgyomorra beadott sósav jelenlétében.

A kisérletek részletes leirása a következő:

36. kisérlet. 1907. márczius 1. Kis fekete hím bastard. A gyomor mellső falán egy 2 cm. nyilást ejtve egy tenotommal a gyomor mucosája közvetlenül a pylorus előtt körkörösen végighasittatik úgy, hogy még az izomréteg is keresztül lett vágva; a serosa sértetlen maradt. A gyomron készitett nyilásnak megfelelőleg egy gastroenteroanastomosis készittetik.

Az altatásból a kutya magához jön ugyan, de rendkivül csendes marad, nem is áll lábra. A műtétet követő éjjel megdöglik; ketreczében sok kihányt vér volt.

Bonczolatnál a gyomor és a vékonybelek felső része telve van emésztett vérrel; a varratok mindenütt jól tartanak, a szabad hasüregben semmi vér nincsen. A metszés körkörösen a pylorus előtt 2—3 cm.-nyire volt és helyenkint csak a muscularisig ért, de a nagy görbület felé eső részen az izomréteg a serosáig be van hasitva és egy 1·5 mm. átmérőjü ütőér lumene látható.

37. kisérlet. 1907. márczius 1. Controllállat a 36. sz. kisérlethez. Minden teljesen hasonlóképen végeztetett, mint az előbb, csak a gyomor mellső falán ejtett seb egyesittetett. Műtét utáni nap folyamán a kutya igen csendes, semmit sem eszik, két alkalommal vért hányt, nem áll fel. Márczius 3. Kezd enni és ezen időtől fogva semmi eltérés az állatnál szembetünővé nem vált.

38. kisérlet. 1907. márczius 2. Kis szürke juhászkutya. Metszés a gyomor mellső falán keresztül; tenotommal a gyomor mucosája és muscularisa körkörösen körülvágatik a cardia felé eső részen. Gastroenteroanastomosis.

Az altatásból a kutya magához jött, lábra is áll, kétszer részben folyékony, részben alvadt vért hányt; a műtét után 4 órával megdöglött.

Bonczolatnál a gyomor igen erősen telt alvadt, részben folyékony vérrel; a legfelső vékonybélrészletben is van kevés vér; a varratok mindenütt jól tartanak, a szabad hasüregben semmi vér nincsen. A metszés a cardiától 4 cm.-nyire van, de nem teljesen körkörös; helyenkint a serosáig, helyenkint csak a muscularisig ér; a kis görbület alatt egy átmetszett, a gyomor hátsó falán egy hosszirányban megmetszett ütőér van.

39. kisérlet. 1907. márczius 2. Controllállat a 38. sz. kisérlethez. A gyomorfalon a nyilást a cardia közelében ejtjük és meggyőződünk arról, hogy a vérzés ütőeres. Kutya életben maradt.

40. kisérlet. 1907. márczius 3. Kis tarka bastard. Metszés a gyomor hátsó falán; tenotommal a gyomor mucosája és muscularisa körkörösen körülvágatik a pylorus felé eső részen. G. e. a. postica a készített nyilás felhasználásával.

A műtét utáni 2—3 napon keresztül az állat részvétlenül fekszik, alig mozdul. Egyszer vért hányt. A negyedik napon iszik tejet és 5. napra már vigan ugrál.

41. kisérlet. 1907. márczius 3. Controllállat a 40. sz. kisérlethez. Metszés ugyanoly módon és helyen, mint az előbbi esetben; gyomorfalvarrat. Életben maradt.

42. kisérlet. 1907. márczius 4. Középnagy vörös bastard. Metszés a mellső gyomorfalon és tenotommal a gyomornyálkahártya és izomrétege körülmetszetik a pylorus közelében. A gyomornyilásnak megfelelően g. e. a. Pylorus selyemfonállal szűkittetik.

Altatás után a kutya magához tér, de igen csendes. Négy izben vért hányt. A műtétet követő éjjel megdöglik.

Bonczolatnál a gyomorban kevés, a belekben sok emésztett vér. Varratok mindenütt jól tartanak, hasüregben az anastomosis nyilása körül kevés alvadt vér. A metszés a pylorus előtt 3 cm.-nyire van; a pylorus előtt a nagy görbület felett egy 1 mm.-nyi átmetszett ütőér lumene látszik tapadó thrombussal kitöltve.

43. kisérlet. 1907. márczius 4. Controllállat a 42. sz. kisérlethez. Metszés ugyanoly módon és helyen, mint az előbbi esetben; gyomorfalvarrat; pylorus selyemfonállal szűkitve. Altatás után az állat magához tér, több izben hányt vért és 3 óra mulva megdöglött.

Bonczolatnál a gyomor telve van alvadt vérrel; a kis görbület alatt egy átmetszett ütőér lumene tátong; a nyilást thrombus nem zárja el.

44. kisérlet. 1907. márczius 6. Kis fekete hím bastard. Műtét előtt 1 órával 2 evőkanál acid. hydrochl. dilutumot kap üres gyomorra. Metszés a mellső gyomorfalon; a gyomornyálkahártya és izomrétege a cardia közelében körüskörül végig metszetik. A gyomornyilásnak megfelelően gastroenteroanastomosis. Pylorus selyemfonállal erősen megszűkittetik.

Altatásból igen nehezen ébred; egymás után többször véreset hány. A műtét utáni napon igen csendes, mozdulatlanul fekszik; harmadik napon, bár ingadozva, de járkál. Életben maradt.

45. kisérlet. 1907. márczius 6. Controllállat a 44. sz. kisérlethez. Metszés ugyanoly módon és helyen, mint az előbbi esetben; gyomorfal-

[1] *Fibich*: Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Gastroenteroanastomose auf das Ulcus ventriculi. (Archiv f. klin. Chir. Bd. 79.)

varrat, pylorus selyemfonállal szűkítve. Altatás után magához tér, folytonosan hány vért. 2½ óra mulva megdöglik.

Bonczolatnál a gyomorban kevés alvadt vér; a duodenumnak csupán legfelső részében van kevés vér. A kis körbület tájékán egy átmetszett ütőér látható minden thrombus nélkül. Varratok a gyomorfalban jól zárnak.

46. kisérlet. 1907. márczius 10. Középnagy hím juhászkutya. Műtét előtt 1 órával 2 evőkanál acad. hydrochloric. dilutumot kap üres gyomorra. Metszés a hátsó gyomorfalban; a gyomornyálkahártya és izomrétege a pylorus előtt körüskörül belülről végig metszetik; a gyomornyilásnak megfelelően hátsó g. e. a. Pylorus selyemfonállal erősen megszűkittetik.

Altatásból nehezen ébred; többször nagyobb mennyiségű vért hány. Műtét utáni napon már élénk; tejet eszik. Életben maradt.

47. kisérlet. 1907. márczius 10. Controllállat a 46. sz. kisérlethez. Metszés ugyanolyan módon és helyen, mint az előbbi esetben. Gyomorfalvarrat, pylorus erősen megszűkítve. Műtét utáni napon sokszor ételmaradékokkal kevert vért hány; hosszú ideig igen csöndes marad, alig eszik valamit, gyakran hány. Márczius 25.-étől kezd jobban táplálkozni; megmarad.

Tehát átjárható pylorus mellett végzett g. e. a. után a gyomorvérzés csupán egyetlen esetben szünt meg, míg a 3 controllállat mindegyike életben maradt; a szükitett pylorus mellett és előzetes sósavadás után végzett 3 eset közül a g. e. a. után 2 kutya életben maradt, míg a 3 controllkutya közül csupán 1 maradt életben.

Ebből az következik:

Átjárható pylorus mellett a gyomorvérzésre a gastroenteroanastomosisnak semmi vérzéscsillapító hatása nincsen és ezen hatás még szűkült pylorus mellett sem feltétlenül megbizható.

A harmadik kérdés a gastroenteroanastomosis utáni ulcus pepticum jejuni keletkezése. Minthogy ezen fekélyek kivétel nélkül csak heges szűkületek, vagy callosus fekélyek miatt végzett gastroenteroanastomosis után észleltettek, a legtöbb szerző véleménye megegyezik abban, hogy a gyomortartalom megszaporodott sósava okozza a bélben ezen fekélyt; a legújabb időkig azonban ezen kérdés kisérleti úton vizsgálva nem volt. Én ezen kérdést oly módon véltem megoldhatónak, hogy különböző módon végzett gastroenteroanastomosisok után a gyomor rendes sósavtartalmát növelve az állatokat életben hagytam. A sósavtartalmat eleintén csak gyomorcsövön át bevitt higitott sósavval növeltem, később *Katzenstein*[1] közleményének megjelenése után tiszta hús etetésével is. *Katzenstein* u. i. kisérletileg kimutatta, hogy a tiszta hús élvezete a gyomor sósavelválasztását nagy mértékben képes fokozni. Minthogy kisérleteimmel kezdetben a kutyákon semmi elváltozást megállapitani nem tudtam, daczára, hogy a műtét után heteken át naponta kapott az állat sósavat, később a pylorust is szükitettem. Kisérleteimnél az embereken heges pylorusszükület miatt végzett gastroenteroanastomosishoz lehetőleg analog viszonyok létrehozására fektettem a fősúlyt; ezért már a gastroenteroanastomosis végzése előtt növeltem a gyomor sósavtartalmát és az anastomosishoz felhasznált jejunalis kacs minden szándékos sértésétől tartózkodtam. Ha a gyomor fokozott sósavtartalma okozza a jejunalis fekélyt, akkor létre kell jönnie ezen fekélynek a jejunum nyálkahártyájának minden szándékos sérülése nélkül is. *Katzenstein* egy gastroenteroanastomosis anticát és egy posticát végzett egy-egy kutyán és a hátsó nyákhártyavarrat befejezése után a gyomor és a vékonybél egymással szemben fekvő helyein a nyákhártyából egy kis darabkát kivágva *Fibich* eljárása szerint az igy keletkezett hiányt tömény sósavval megedzette. Mindkét kutyája megdöglött, az egyik a műtét utáni harmadik, a másik az ötödik napon; mindkét esetben a gyomornyákhártya hiánya már csak minimalis volt, egészen felületes és gombostűfejnyi friss sarjadzásos felületté változott; a vékonybélben az elváltozás sokkal súlyosabb volt, mert mindkét esetben átfúródás jött létre a nyákhártyahiány helyén. *Katzenstein* kisérletileg létrehozott jejunalis fekélye és az emberi gastroenteroanastomosis után létrejött fekély között lényeges különbség van. Minden gastroenteroanastomosisnál egy teljesen ép nyákhártyával biró jejunalis kacs hozatik érintkezésbe a gyomorral: tehát a gyomor megszaporodott sósavtartalma *ép* jejunalis nyákhártyára hat; *Katzenstein* pedig a gastroenteroanastomosis után közvetlenül egy defectust készit a jejunum nyákhártyáján, a melyet tömény sósavval megkezdve még mélyit is és igy teszi ki a jejunumot a gyomorsósav hatásának. Ezért *Katzenstein* jejunalis fekélyeit nem lehet analognak tekinteni az emberi jejunalis fekélyekkel; az ő fekélyei csak műtermékek és azt igazolják, hogy a sósav a gyomron előidézett nyákhártyahiányokra hatástalan, mig a jejunum nyákhártyáján létrehozott hiányok bogyógyulását megakadályozni képes, sőt ha az a hiány elég mély volt, a bélfal átfúródását is képes előidézni. *Katzenstein* az ő általa előidézett fekélyeket az első kisérletileg előidézett jejunalis fekélynek állitja, pedig *Lieblein* munkájában[1] megemlíti, hogy *Stefan Watts* kutyán varrattal végzett mellső gastroenteroanastomosis után észlelt két pepticus fekélyt a jejunumban, a melyek a műtét után 3 hónappal átfúródván az állat halálát okozták. A valódi pepticus jejunalis fekélyek a gastroenteroanastomosis után nem 3—5 nap mulva keletkeznek, hanem tapasztalat szerint hosszabb idő telik el, mig *kifejlődnek.*

Én 12 idetartozó kisérletet végeztem; 4—4 esetben mellső, hátsó és Roux-féle anastomosis után az operált állatoknak naponta sósavat adva — vártam, hogy fejlődik-e ki ulcus pepticum jejuni vagy sem. A 12 operált és ily módon kezelt kutya közül csupán egyetlen egynél fejlődött ki ilyen fekély és az állat a műtét utáni 17. napon átfúródásos hashártyalobban pusztult el. Az elvezető jejunalis kacson a sipolnyilás szélétől 3 cm.-nyi távolságban egy jellegző lencsényi fekély keletkezett, a mely a bélfalat átfúrta. A többi 11 esetben ilyen fekély nem keletkezett, pedig az operált állatok közül több teljes 6 hónapon keresztül volt megfigyelés alatt és állandóan kapott sósavat.

48. kisérlet 1906. november 20.-án. Kis fekete hím bastard. G. e. a. antica varrattal a pylorus közelében. 1906. november 22.-étől 1907. május 10.-éig minden nap kapott két evőkanál acid. hydrochlor. dilutumot gyomorcsövön. Egyáltalában semmi kóros tünet ezen idő alatt a kutyán nem mutatkozott; jól táplálkozott, de ennek daczára erősen lefogyott. 1907. május 11.-én megöletett. Sipolnyilás 3 cm.-nyi tág; sem a gyomor, sem a jejunalis kacs nyálkahártyáján semmi kóros elváltozás kimutatható nem volt.

49. kisérlet 1906. november 20.-án. Kis tarka nőstény bastard. G. e. a. antica varrattal a pylorus közelében. 1906. november 22.-étől 1907. május 20.-áig minden másodnap kapott két evőkanál higitott sósavat. Ezen idő alatt semmi kóros tünet; jól táplálkozott. 1907. május 22.-én megöletett. Sipolnyilás 3·5 cm. tág; sem a gyomor, sem a jejunalis kacs nyákhártyáján semmi kóros elváltozás kimutatható nem volt. A nyelőcsőben a bifurcatio magasságában 2 lencsényi, a cardia felett 2 cm.-rel egy fillérnyi pontszerű vérzéses udvarral körülvett fekély a nyákhártyán, a mely csak a submucosáig terjed.

50. kisérlet 1906. deczember 5.-én. Kis szürke juhászkutya. G. e. a. antica varrattal a pylorus és cardia között a középen. 1906. deczember 6.-ától kezdve mindennap két evőkanál higitott sósavat kapott. Deczember 19.-éig a kutya igen élénk volt, jól táplálkozott. Deczember 20.-ától igen csendes lett, semmit sem evett. Deczember 21.-én has meteoristicus. Deczember 22.-én reggelre megdögölve találtatott. *Bonczolatnál* hasüregben gáz: a belek egymás között és a fali hashártyával sokszorosan összetapadtak; serosájuk mindenütt erősen belövelt. A gastroenteroanastomosishoz felhasznált *jejunalis kacsnak a nyilástól elvezető részén, annak szirkától 3 cm.-nyire, a mesenterium tapadásával szemközti oldalon egy lencsényi necroticus szélű fekély, a mely a bélfal egész vastagságára kiterjed,* úgy hogy a kutató rajta keresztül a szabad hasüregbe jut. Varratok mentén sehol semmi genyedés vagy tályogképződés.

51. kisérlet 1906. deczember 2.-án. Kis fekete mopszli. G. e. a. antica varrattal a cardiához közel; pylorus selyemfonállal szükitve. Műtét előtti két napon két-két kanállal kapott higitott sósavat. 1906. deczember 3.-ától 1907. május 26.-áig minden másodnap kapott sósavat és az utolsó két hónapban zsirszegény húsételeket kapott. Semmi kóros tünet nem mutatkozott. 1907. május 27.-én megöletett. Sem a gyomornyákhártyán, sem a jejunum nyákhártyáján fekélyt kimutatni nem lehetett.

52. kisérlet 1906. november 21.-én. Kis tarka bastard. G. e. a. postica varrattal a pylorus közelében. 1906. november 23.-ától 1907. május 16.-áig kezdetben mindennap, később másodnaponként kapott sósavat.

[1] *Katzenstein*: Über die Änderung des Magenchemismus nach der Gastroenterostomie. (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 4.)

[1] *Lieblein:* Die Geschwüre des Magen-Darmkanals. (Deutsche Chirurgie 1905. 330 oldal.)

Semmi kóros tünet rajta ezen idő alatt nem mutatkozott; nagyon lesoványodott. Május 17.-én megöletett. Sem a gyomorban, sem a jejunalis nyákhártyán fekély nincsen; sipolynyilás 2·5 cm. hosszú.

53. kisérlet 1906. november 21.-én. Kis tarka nőstény bastard. G. e. a. postica varrattal a pylorus közelében; duodenum közvetlenül a pylorus mögött lekötve 1906. november 23.-ától 1907. április 25.-éig minden másodnap kapott higított sósavat és zsírszegény húst. Semmi kóros tünet nem mutatkozott. Április 26.-án megöletett. Sipolynyilás 3 cm. hosszú; sem a gyomor, sem a jejunum nyákhártyáján nincsen fekély.

54. kisérlet 1906. november 23. Kis nőstény bastard. Gastroenteroanastomosis postica varrattal a pylorus és cardia között középen; pylorus szűkitve. Műtét előtti három napon keresztül kapott higított sósavat. Deczember 24.-étől 1907. május 20.-áig minden másodnap kapott sósavat. Semmi kóros tünet nem mutatkozott, május 21.-én megöletett. Sipolynyilás 3·5 cm. hosszú. Sem a gyomor, sem a jejunum nyákhártyáján fekély nem találtatott.

55. kisérlet 1906. november 26. Kis szürke, hím juhászkutya. Gastroenteroanastomosis postica varrattal a cardia közelében; pylorus szűkitve. Műtét előtt három napon keresztül kapott higított sósavat. November 27.-étől 1907 április 26.-áig minden másodnap kapott sósavat. Semmi kóros tünet nem mutatkozott, április 28.-án reggel a ketreczben összeharapta egy másik kutya, akkor megöletett. Sipolynyilás 2·5 cm. hosszú. Sem a gyomor, sem a jejunum nyákhártyáján fekély nem találtatott.

56. kisérlet 1906. október 14. Nagy fekete hím, mészároskutya. Gastroenteroanastomosis Roux szerint. Október 15.-től 1907. május 3-ig minden másodnap kapott higított sósavat. Semmi kóros tünet nem mutatkozott, május 4.-én megöletett. Sipolynyilás nagysága a gyomorban 1·5 cm.; a duodenum hossza az implantatio helyéig 10 cm. Sem a gyomorban, sem a jejunumban fekélyesedésnek még csak nyomát sem lehetett kimutatni.

57. kisérlet 1906. deczember 6. Nagy szürke hím, komondor. Roux-féle gastroenteroanastomosis. Deczember 7.-étől 1907. május 3.-áig minden másodnap kapott higított sósavat. Semmi kóros tünet nem mutatkozott, május 4.-én megöletett. Sipolynyilás nagysága a gyomorban 2·5 cm.; a duodenum hossza az implantatio helyéig 12 cm. Sem a gyomor, sem a jejunum nyákhártyáján semmi fekély nem találtatott.

58. kisérlet 1906. deczember 17. Nagy tarka nőstény, komondor. Roux-féle gastroenteroanastomosis, a pylorus leszorítva; műtét előtt öt napon keresztül kapott higított sósavat. Deczember 18.-ától 1907. május 16.-áig minden másodnap kapott higított sósavat; semmi kóros tünet nem mutatkozott, május 18.-án megöletett. Sipolynyilás nagysága a gyomorban 2 cm.; a duodenum hossza az implantatio helyéig 11 cm. Sem a gyomor, sem a duodenum nyákhártyáján nem találtatott fekély.

59. kisérlet 1906. deczember 20. Nagy fekete hím, mészároskutya. Pylorus selyemfonállal szűkittetik. Deczember 21-től 28-áig naponta kapott higított sósavat. Deczember 29.-én második laparotomiánál gastroenteroanastomosis Roux szerint. Deczember 30.-ától május 24.-éig minden második napon kapott higított sósavat; semmi kóros tünet nem mutatkozott, május 25.-én megöletett. Sipolynyilás nagysága a gyomorban 2 cm., a duodenum hossza az implantatio helyéig 10 cm. Nyelőcsőben 4 lencsényi felületes fekély; sem a gyomorban, sem a duodenumban nem találtatott fekély.

Ezen kisérletekből azt következtetem, hogy gastroenteroanastomosis után mesterségesen *lehet ugyan egy pepticus fekélyt a jejunumban előidézni a gyomorba hosszabb időn keresztül bevitt sósavval, azonban ezen fekélyképződés nem következik be minden esetben, úgy hogy a fekély létrejötténél a hyperchlorhydrián kivül okvetlenül valamely más, eddig ismeretlen ok közreműködését is fel kell tételezni.* Minthogy a 12 kisérlet közül csak egy esetben keletkezett pepticus jejunumfekély, valamelyik gastroenteroanastomosismódszer után (különösen a Roux-féle) gyakrabban való fellépését kimutatni nem lehet.

Legyen szabad e helyen is főnökömnek *Réczey Imre* ő méltóságának hálás köszönetet mondani nagybecsű tanácsaiért és támogatásáért. Köszönettel tartozom még *Kétly Károly* ő méltóságának a kórtörténetek szives átengedéséért és klinikáján eszközölt számos vizsgálatért, valamint a klinika mindazon tagjainak, kik a kisérletek végzésénél nekem segitségemre voltak.

Budapest. 1907. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szám.